

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Schau auf meine Hände“
Erfahrungen und Erlebnisse Gehörloser Patienten im
Krankenhaus

Verfasserin
Sonja Pirringer

angestrebter akademischer Grad
Magistra (Mag.)

Wien, im März 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium

Pflegewissenschaft

Betreuer: V.- Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Vorwort und Dank

Die Arbeit richtet sich an alle Interessierten, die sich intensiver mit dem Thema Gehörlosigkeit befassen wollen, vor allem jedoch an all jene Personen (gehörlos oder hörend), die beruflich oder ehrenamtlich in diesem Bereich des Pflegesystems mit Gehörlosen Erwachsenen oder Jugendlichen in Kontakt treten.

.....an meine Familie und Freunde die mich während meines Studiums immer wieder motivierten und seelischen Zuspruch leisteten, wenn Zweifel und Ungeduld sich breit machten. Für die Geduld und das Verständnis nicht immer die Zeit gehabt zu haben, welche ich gerne aufgebracht hätte.

.....an Frau Prof. Dr. Mayer die mich während meiner Diplomarbeit betreute. Sie verstand es mir unterstützend, hilfreich und optimistisch zur Seite zu stehen, falls ich das Ziel aus den Augen verlieren sollte.

.....an meine Arbeitskolleginnen Lisa, Martina, Monika und Birgit die mich während meines Studiums unterstützten, die Dienste so zu absolvieren, wie es für mich gerade möglich war.

.....an die Studienkolleginnen Dagmar und Sonja, die ich durch das Studium kennen lernte und begleiteten, dessen Freundschaft ich nicht mehr missen möchte.

.....an Frau Brigitta Mikulasek vom Witaf, die sich dazu bereit erklärte das Interview mit den Gehörlosen zu dolmetschen und zahlreiche Tipps und Ratschläge weitergab.



Abstract

Die vorliegende Arbeit widmet sich den Lebensumständen der Gehörlosen in Österreich und deren Erfahrungen im Umgang mit Spitälern. Im ersten Teil wird die Anatomie und Funktion des Ohres, die Ursachen der Gehörlosigkeit und die Unterstützung technischer Hilfsmittel beschrieben. Ein kurzer geschichtlicher Rückblick schildert die Lebensbedingungen der Gehörlosen in der Vergangenheit. Auch die heutige Situation, sowie die „Gemeinschaft“ der Gehörlosen, aber auch deren eigenen „speziellen und spezifischen“ Gewohnheiten, Bräuche und Kultur werden beleuchtet. In dem Kapitel Sprache und Ausdruck wird auf die Gebärdensprache und deren Bedeutung eingegangen, auf dessen Unterschiede, sowie auf deren Gemeinsamkeiten, zur Lautsprache werden aufgezeigt.

Ein Kapitel widmet sich der Wichtigkeit der Kommunikation im Krankenhaus. Kommunikation bedeutet sich dem Gegenüber mitzuteilen, und mit ihm eine soziale Interaktion aufzubauen, unabhängig davon auf welcher Ebene sich der jeweilige Kommunikationspartner gerade befindet. Sich anderen mitzuteilen, heißt nicht nur Informationen einholen bzw. erhalten zu können, es beinhaltet auch die Möglichkeit Informationen über das derzeitige Befinden zu geben, seine Bedürfnisse zu äußern, aber auch seine Anerkennung zum Ausdruck zu bringen. Gerade im Krankenhaus ist es wichtig, dass Beschwerden und Symptome, die dem Pflegepersonal oder den Ärzten mitgeteilt werden, von diesen auch verstanden werden, um so rasch wie möglich die entsprechende Behandlung zu erhalten. Wie sich auch bei Gesprächen mit Betroffenen zeigte, ist ein Hauptanliegen der Gehörlosen, dass das Personal im Krankenhaus der Gebärdensprache mächtig sein sollte oder zumindest die wichtigsten und gebräuchlichsten „Gebärden“ beherrscht.

Im empirischen Teil werden die Ergebnisse der durchgeführten Interviews aufgearbeitet und in verschiedene Kategorien aufgelistet und eingeteilt.

Zusammenfassend zeigte sich, dass sich die Gehörlosen mehr Personal im Krankenhaus wünschen, welches auf ihre speziellen Bedürfnisse eingehen kann. Nur so kann gewährleistet werden, dass aufgrund von Gehörlosigkeit keine Diskriminierung erfolgt. Die Gehörlosigkeit darf kein Grund für eine schlechtere Behandlung sein. Es muss unser Ziel sein, eine Gesprächsbasis aufzubauen, denn nur so kann gegenseitiges Vertrauen und Verständnis entstehen und nur so kann eine bestmögliche pflegerische Betreuung und Beziehung geboten werden.

Abstract

The present work focuses on the lives of the deaf community in Austria and their experiences in dealing with hospitals. The first part described the anatomy and function of the ear, hearing tests and examination methods, as well as the causes of deafness. A brief historical review describes the living conditions of the Deaf in the past. Also, highlighted its today`s situation, and the “community” of the deaf, but also their own “special and specific” habits, customs and culture. The chapter deals with language and expression, sign language and their significant differences, as well as their similarities, to spoken language.

A chapter is devoted to the importance of communication in the hospital. Communication means to communicate to the opponent and to build a social interaction, regardless of the level at which they are located, the respective communication partner may be. Other means to communicate information not only seek, receive or can, it includes the ability to give information about the current condition to express his needs, but also to express his appreciation.

Especially in the hospital, it is important that the signs and symptoms that are communicated to the nurses or doctors to be understood by them, to move as quickly as possible given the appropriate treatment. It was evident also in discussions with interested parties, is a major concern of the deaf, that staff at the hospital of sign language is powerful, or at least the most important and most common “gestures” dominated.

In the empirical part of the results of the interviews will be processed and listed in different categories and divided. In summary, the deaf want more staff in the hospital, which can adress their specific needs. Only this will ensure that no discrimination takes place because of deafness. The deafness may be a reason for a worse treatment. It must be our goal to build a basic conversation, because only then can we develop mutual trust and understanding, and only that way the best possible nursing care and relationship can be offered.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	9
1.1. Zugang zum Thema.....	9
1.2. Ziel der Diplomarbeit.....	10
1.3. Fragestellungen.....	11
1.4. Methode und Vorgehensweise.....	11
2. Der Gehörsinn.....	13
2.1. Anatomie und Physiologie des Ohres.....	15
2.1.1. Das äußere Ohr.....	16
2.1.2. Das Mittelohr.....	16
2.1.3. Das Innenohr.....	18
2.1.4. Häutiges und Knöchernes Labyrinth.....	19
2.1.5. Der Hörnerv und dessen Hörbahnen.....	20
2.1.6. Der Hörvorgang.....	21
2.1.7. Die Funktion des Hörsystems.....	23
2.2. Gehörlosigkeit.....	24
2.2.1. Ursachen der Gehörlosigkeit.....	25
2.3. Technische Hilfsmittel.....	26
2.3.1. Hörgeräte.....	26
2.4. Akustische Hilfsmittel.....	27
2.4.1. Signalanlagen.....	27
2.4.2. Blink- und Vibrationswecker.....	27
2.5. Technische Geräte.....	28
2.5.1. Schreibtelefone.....	28
2.5.2. Faxgeräte und Mobiltelefone.....	29
2.5.3. Videotelefone.....	29
2.5.4. Internet und Medien.....	30
3. Gehörlosigkeit.....	32
3.1. Ein historischer Exkurs – Geschichte der Gehörlosen.....	32
3.2. Aspekte der Gehörlosenkultur und deren Gemeinschaft.....	37
3.2.1. Definition Kultur.....	37
3.2.2. Kultur der Gehörlosen.....	37
3.2.3. Merkmale einer Gehörlosenkultur.....	40
3.2.4. Verhaltensregeln in der Gehörlosenkultur.....	41
3.3. Österreichische Gebärdensprache (= ÖGS).....	46
3.3.1. Anerkennung der österreichischen Gebärdensprache (=ÖGS).....	48
4. Sprache und Ausdruck.....	50
4.1. Definition von Sprache.....	50
4.2. Die Gebärdensprache.....	51
4.2.1. Aufbau der Gebärdensprache.....	52
4.2.2. Ausdrucksvariablen der Gebärdensprache.....	54
4.3. Der Gebärdenraum.....	58
4.4. Problematik der Gebärdensprache.....	60
4.5. Fingeralphabet.....	61
4.6. Die Lautsprache.....	64
4.6.1. Lautsprachbegleitende Gebärde.....	65

4.6.2. Grammatik und Satzbau.....	65
5. KRANKENHAUS ALS ORT DER KOMMUNIKATION	67
5.1. Kommunikation	67
5.1.1. Definition Kommunikation.....	67
5.1.2. Verbale Kommunikation	68
5.1.3. Nonverbale Kommunikation	69
5.1.4. Interaktionsprozesse in der Pflege: verbal – nonverbal	69
5.1.5. Kommunikation im Alltag.....	70
5.1.6. Kommunikation im Krankenhaus	71
5.1.7. Erkennen des Defizits Gehörlosigkeit / Schwerhörigkeit	72
5.1.8. Kontaktaufnahme	74
5.1.9. Lautsprachliche Kommunikationsregeln	74
5.1.10. Gebärdensprachliche Kommunikation	77
5.1.11. Verhaltenstipps für Pflegepersonen	79
5.1.12. Kommunikationsregeln bei Gehörlosen	82
5.2. Bereiche eines Krankenhauses	85
5.2.1. Stationäre Versorgung	85
5.2.2. Ambulanz.....	87
5.2.3. Operation.....	88
5.2.4. Visite.....	89
6. Aktueller Forschungsstand zum Thema Gehörlose im Krankenhaus....	92
7. Methodologie.....	95
7.1. Forschungsansatz.....	95
7.2. Methode der Datenerhebung.....	99
7.3. Bestimmung der Stichprobe	103
7.4. Ethische Überlegungen	104
7.5. Methode der Datenauswertung	106
8. Ergebnisse.....	111
8.1. Ergebnisse	111
8.2. Ergebnisdarstellung.....	139
9. Empfehlungen für die Praxis	143
10. Ausblick.....	148
Literaturverzeichnis.....	150
Abbildungsverzeichnis.....	155
Anhang	156
CURRICULUM VITAE	158

1. Einleitung

1.1. Zugang zum Thema

„vielleicht ist es an der Zeit, sich mehr mit dem beschäftigen, was man als Kompensation bezeichnen könnte, als auf das zu schauen, was diese Menschen mehr haben als andere, statt wie gebannt auf das zu starren, was ihnen fehlt.“

Diese Sprichwort sagt, bereits sehr deutlich aus, wie sich ein gehörloser Mensch fühlen muss. Aus eigener Erfahrung weiß, ich wie es ist, wenn man angestarrt wird. Es ist sehr unangenehm, ständig nachzufragen was den der Gesprächspartner gegenüber gerade gefragt hat. Da meine Ohren selbst immer wieder verschlagen sind, da zuviel an Cerumen produziert wird, kann ich mich ein wenig in die Situation eines Gehörlosen hineinversetzen. Dies passierte zu Beginn meiner Berufslaufbahn und mittlerweile habe ich mich daran gewöhnt, alle paar Monate den HNO-Arzt aufzusuchen, um diese Ursache zu beseitigen. So einfach haben es die Gehörlosen nicht, denn die Gehörlosigkeit ist nicht durch einen einfachen Eingriff wettzumachen. Aus eigenem Interesse recherchierte ich nun, wie es ist, wenn man gehörlos ist und entdeckte die Gebärdensprache, welche ich anschließend erlernte. Während des Studiums ergab sich die Möglichkeit bei Prof. Fellingner ein zweisemestriges Seminar zu besuchen. Hier wurde mir vermittelt wie gehörlose Menschen leben und kommunizieren. Auch besuchten wir die Gebärdensprachambulanz und einige andere Einrichtungen. Es reifte der Entschluss in mir, über diese kleine Gruppe im medizinischen und speziell im pflegerischen Bereich eine Diplomarbeit zu verfassen und somit mehr über diese Personengruppe zu erfahren.

Es ist für mich faszinierend zu beobachten, wie einfach es ist, sich mit den Händen und der Mimik im Gesichtsbereich mit einem anderen Menschen zu unterhalten. Einer anderen Person seinen derzeitigen gesundheitlichen Zustand in jeder Lebenslage zu erklären, ist sicher nicht immer ganz leicht. Trotz allem schaffen die Gehörlosen Menschen ihre Gefühle und Empfindungen von ihrer Seite her ihrem derzeitigen Gesprächspartner darzustellen. Was uns als „Hörende“ oft gar nicht mehr bewusst ist, wie viel wir eigentlich bei unserer täglichen Kommunikation nicht mehr wahrnehmen oder beachten.

Es sollte doch Möglichkeiten geben, sich mit gehörlosen Menschen zu verständigen. Denn gerade die Kommunikation bildet die Basis einer vertrauensvollen Beziehung, die zu dem Patienten während seines Aufenthaltes im Krankenhaus aufzubauen ist. Ich stellte mir die Frage, wie so ein professioneller Umgang und dessen individuell abgestimmten Pflegehandlungen wohl aussehen sollten.

1.2. Ziel der Diplomarbeit

Ziel dieser Diplomarbeit ist es, das Bewusstsein für gehörlose Menschen und den Einsatz der Pflegewissenschaft zu fördern. Mit Hilfe einer empirischen Betrachtung in Form einer Gegenüberstellung verschiedener Standpunkte will ich den Anreiz zu einer Diskussion geben, die die einseitige Betrachtungen von Gehörlosigkeit als grundsätzlich behindertes Defizit, wie sie von hörenden Mitmenschen zumeist entgegengebracht wurde bzw. wird, in Zukunft in einem anderen Blickwinkel zu betrachten.

Es stellt sich die Frage, ob die Gehörlosen in das System des derzeitigen Gesundheitswesens integriert werden können, oder ob sie eine anderwärtige Unterstützung benötigen würden.

Dem Pflegepersonal kommt hier eine große Verantwortung gleich, denn sie sind wesentlich daran mitbeteiligt, ob sich der Gehörlose im Krankenhaus zurechtfindet oder nicht.

Die Gehörlosen möchten als normale Menschen behandelt werden und nicht als „stumme“ Behinderte gelten. Es sollen die Möglichkeiten und Erfordernisse ermittelt werden, welche Unterstützung seitens des Pflegepersonals vorhanden sein sollten, damit sich der Gehörlose Patient im Krankenhaus aufgenommen und geborgen fühlt.

1.3. Fragestellungen

Die zentralen Forschungsfragen der Diplomarbeit bei Gehörlosen Menschen und deren Situationen im Krankenhaus stellen sich wie folgt dar:

- Wie erleben die Gehörlosen die Situation im Krankenhaus?
- Was bedeutet diese Situation im Krankenhaus für die Gehörlosen und wie gehen Sie mit dieser um?
- Welche Hilfestellung könnte der Pflegeberuf hier im Umgang mit den Gehörlosen leisten?
- Wie könnten die Pflegepersonen zur besseren Kommunikation zwischen den Beteiligten beitragen?

1.4. Methode und Vorgehensweise

Die theoretische Abhandlung dieser Arbeit untergliedert sich in fünf Themenbereiche.

Im ersten Teil wird der Gehörsinn genau beschrieben, wie das Ohr in seiner Anatomie und Physiologie und deren technischen Hilfsmitteln zur Unterstützung wie z. B.: akustische Hilfsmitteln, technische Geräte, Hörgeräte, Internet und Medien.

Im zweiten Themenbereich wird ein kurzer historischer Exkurs über die Geschichte der Gehörlosen gegeben. Zum besseren Verständnis wird, sowohl auf die Kultur, die Gemeinschaft und die Anerkennung der österreichischen Gebärdensprache eingegangen.

Im dritten Themenbereich stehen Sprache und Ausdruck im Mittelpunkt. Es werden sowohl die Lautsprache als auch die Gebärdensprache erläutert, jeweils mit ihren Besonderheiten und Aufgabenstellungen.

Im vierten Themenbereich wird die nonverbale und verbale Kommunikation im Krankenhaus beschrieben und hier im Besonderen wie das Pflegepersonal mit der Kommunikationssituation Gehörloser Patienten umgehen könnte.

Im Anschluss der nun beschriebenen Themenbereiche wird der aktuelle Forschungsstand aufgezeigt. Im empirischen Teil werden die Erlebnisse und Erfahrungen der Gehörlosen aus ihrem subjektiven Blickwinkel zusammengefasst. Dazu wird der qualitative Forschungsansatz verwendet. Die Daten werden mittels qualitativen Gruppeninterviews und einer Dolmetscherin erhoben, transkribiert und nach „Mayring“ ausgewertet. Es wurden die ethnischen Gesichtspunkte beachtet und auf die außergewöhnliche Kommunikationssituation Rücksicht genommen.

Im letzten Teil erfolgt die Darstellung der Ergebnisse, welche in Kategorien unterteilt wurden und somit die Bedürfnisse besser verdeutlicht werden können. Abschließend erfolgt die Konklusion der Ergebnisse.

Teil I: Theoretische Darstellung zum Thema Gehörlosigkeit

2. Der Gehörsinn

„Es wäre ein Glück, wenn man die Ohren und anderen Sinne so verschließen könnte wie die Augen.“ (Georg Christoph Lichtenberg)

Dieses Sprichwort zeigt sehr deutlich, wie wichtig unser Hörsinn ist und nicht willentlich oder sogar reflexartig ausgeschaltet werden kann wie der Sehsinn. In diesem Punkt unterscheidet er sich wesentlich vom Auge. Wir, als Gesellschaft erzeugen in unserer Umwelt ständig Klänge und Geräusche welchen wir nicht entfliehen können. Wir erzeugen immer mehr Lärm, welcher wächst und wächst egal ob, man in der Stadt oder auf dem Lande lebt. Möchte sich jemand der akustischen Angriffen erwehren so hat man mehrere Möglichkeiten. Erstens man hält sich die Ohren zu, zweitens man stopft sich Stöpsel in die Ohren oder drittens man verlässt die Geräuschkulisse (vgl. Wagner, Spielmann 2004, S.10).

Das Ohr ist ständig in Bereitschaft und auf Empfang gestellt, um von allen Seiten die Information und Signale aufzunehmen und bei Gefahr dies dem Körper zu signalisieren. Der Hörsinn bleibt ein passiver und dienender Vorgang. Die Klänge breiten sich über Wellenbewegungen aus und werden von der Ohrmuschel aufgefangen. Studien belegen, dass genau diese Wellenbewegungen bereits im Mutterleib vom Embryo wahrgenommen werden. Man kann nicht genau beweisen, ob das Baby wirklich hören kann oder nicht. Niemand kann sich an die Zeit und Geräusche im Mutterleib bzw. bei der Geburt erinnern (vgl. Wagner, Spielmann 2004, S.11f).

Das eigentliche Hörorgan im Innenohr wird bereits viereinhalb Monate nach der Zeugung entwickelt und ist dort bereits vollständig in ihrer Größe angelegt. Ebenso unveränderlich ist bei der Geburt eines Babys auch schon die Form des Außenohres fertig angelegt, während alle anderen Körperteile im Laufe des Wachsens nicht nur die Größe, sondern auch die Form verändern, wie z.B.: die Nase (vgl. Wagner, Spielmann 2004, S11f).

Mit dem Verändern des Körpers im Laufe der Zeit, trifft auch die Kommunikation zwischen den Gehörlosen und den Personal. Die Kommunikationswege sollten von beiden Seiten bewältigt werden und sich auf eine Partnerschaft des miteinander einlassen. Es besteht in dieser besonderen Kommunikationssituation ein ständiges Nehmen und Geben, sowohl in der Mimik, Gestik als auch in der gesamten Körperhaltung. Für das menschliche Gehör stellt die Sprache das wichtigste Schallmuster dar. Im Begriff „aufeinander Hören“ wird diese einseitige Inanspruchnahme eines Rates auf ein wechselseitiges Geben und Nehmen erweitert. Die Fähigkeit, aufeinander zu hören, versinnbildlicht die harmonische Grundlage einer gleichberechtigten Freundschaft oder Partnerschaft (vgl. Wagner, Spielmann 2004, S.11f).

Das folgende Kapitel soll einen kurzen medizinischen Überblick geben, wie komplex sich unser Gehörssystem darstellt. Es soll aber auch aufzeigen, welche Aufgaben und Zusammenhänge miteinander verknüpft werden müssen, um überhaupt „Hören“ zu können. Es werden die Grundlagen des Hör- und Gleichgewichtsorgans vermittelt, um Verständnis für dieses Sinnessystem zu erhalten.

2.1. Anatomie und Physiologie des Ohres

Das Gehör nimmt beim Menschen bezüglich der sozialen Kommunikation eine zentrale Stellung ein und dient zudem als richtungsunabhängiges Warn- und Orientierungssystem. Diese anatomischen und physiologischen Funktionen des Ohres werden nun in diesem Abschnitt genau aufgelistet (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.144).

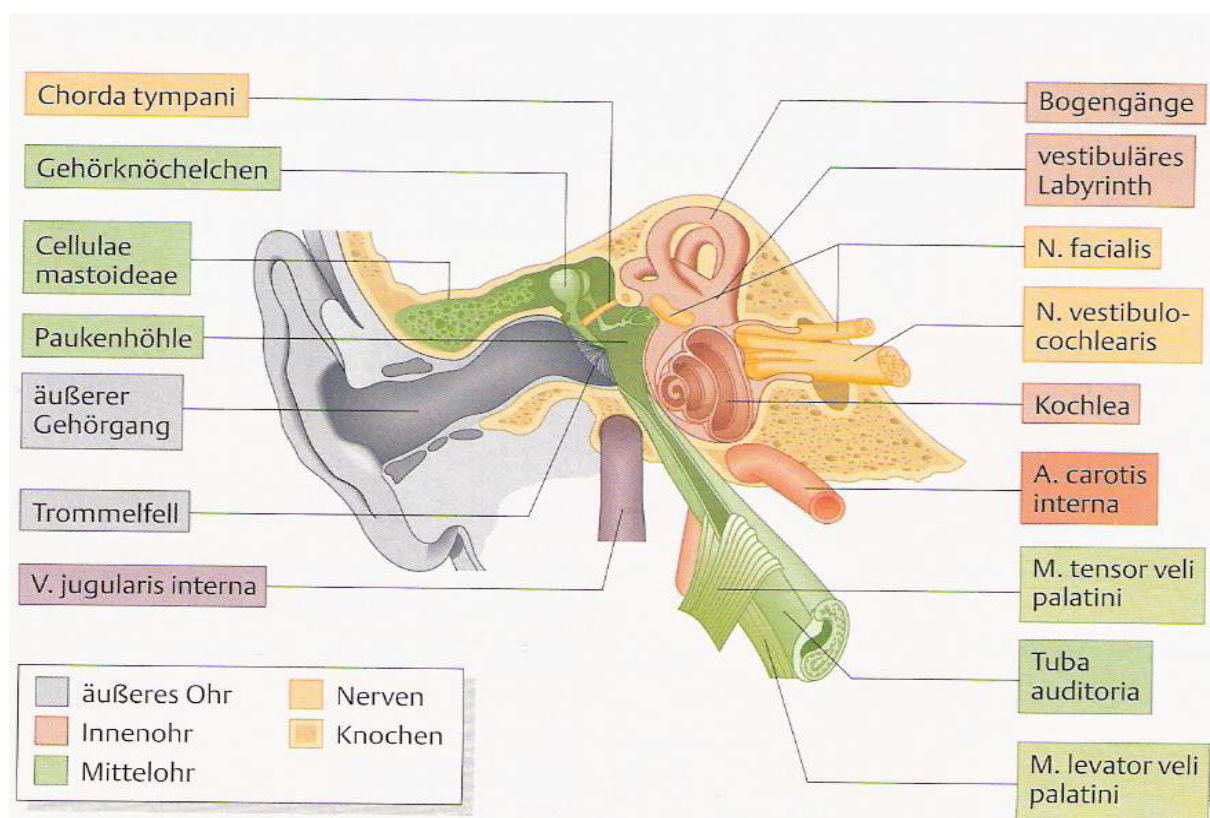


Abb. 1: Anatomie des Ohres (Probst, Grevers, Iro, 2008, S.144)

2.1.1. Das äußere Ohr

Das Außenohr oder auch *Auris externa* genannt wird untergeteilt in Ohrmuschel (*Auricula*) und äußerer Gehörgang (*Meatus acusticus externus*). Die formenden Elemente des äußeren Ohres bestehen aus elastischem Knorpel und aus Knochen, die über ihr Periost bzw. Perichondrium fest mit der Haut verwachsen sind. Die Funktion des äußeren Ohres ist die einer akustischen Antenne, welche die Schallwellen der Außenwelt auf das empfindlichere Mittelohrsystem überträgt. Die Ohrmuschel und der Gehörgang bilden zusammen einen Schalltrichter, der gewisse Frequenzbänder, im Bereich von 2-4 kHz verstärkt. Die Verstärkung findet nicht im Sinne einer Amplitudenerhöhung statt, sondern durch Resonanz, d.h. gewisse Wellenlängen schwingen besser. Aufgrund der differenzierten Berechnung der Schallwellen durch die Form der Ohrmuschel existieren zwei verschiedene Schallwege. Es gibt einen direkten über das *Cavum conchae* und einen indirekten über die *Helix* und *Anthelix*. Dieser etwas längere Weg weist eine kurze Schallverzögerung von rund 0,2 ms auf, die bei der akustischen Analyse, insbesondere beim Orten einer Schallquelle in der vertikalen Ebene, Bedeutung erlangt. Daneben dient die Ohrmuschel durch Verwirbelung auch als Windbrecher und reduziert so einen andauernden akustischen Einfluss von Luftbewegungen (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.145).

2.1.2. Das Mittelohr

Das Mittelohr (= *Auris media*) besteht aus Trommelfell, Paukenhöhle, Gehörknöchelchen, Mittelohrmuskeln und pneumatisches System des Schläfenbeines. Dieses setzt sich aus pneumatisierten Hohlräumen zusammen, die in die Paukenhöhle (*Cavum tympani*) und die Warzenfortsatzzellen (*Cellulae mastoideae*) aufgeteilt werden.

Diese stehen über die Ohrtrompete (Tuba auditoria) mit dem Nasopharynx in Verbindung und kann deshalb auch als spezialisierte Nasennebenhöhle bezeichnet werden. Diese Verbindung ist mit respiratorischem Flimmerepithel ausgekleidet, welche Becherzellen aufweisen. Topographisch grenzt das Mittelohr an funktionell wichtige Strukturen oder schließt diese teilweise ein. z.B.: den Nervus facialis, die Arteria carotis interna,...(vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.145).

Die Paukenhöhle als wichtigster Mittelohrraum ist gegen den äußeren Gehörgang durch das Trommelfell (Membrana tympanica) abgegrenzt, welches seinerseits mechanisch über die Kette aus drei Gehörknöchelchen an das Innenohr gekoppelt ist. Diese bilden die Schallleitungskette und zusammen mit der Chorda tympani den eigentlichen Inhalt der Paukenhöhle. Die Hauptfunktion des Mittelohres besteht in der Impedanzmessung. Aufgrund von unterschiedlichen akustischen Impedanzen von Luft und Flüssigkeit, d.h. unterschiedliche Widerstand würde eine direkte Ankopplung der Luftschwingungen an das flüssigkeitsgefüllte Innenohr zu einer Reflexion der Schallwellen führen. Diesen Übertragungsverlust möglichst klein zu halten bzw. bei bestimmten Frequenzen möglichst die gesamte Schwingungsenergie der Luft auf die Flüssigkeit zu übertragen, ist die Aufgabe des Mittelohres. Dabei stellt der Größenunterschied der Bertragungsoberflächen zwischen Trommelfell und Steigbügel Fußplatte den entscheidenden Faktor dar. Wie das äußere Ohr weist auch das Mittelohr eine Resonanzfrequenz auf, bei der die Schallenergie besonders effektiv übertragen wird, welche etwa bei 1 kHz liegt. Das Mittelohr hat aber auch noch eine zweite wichtige Funktion zu erfüllen, nämlich die atmosphärischen Luftdruckschwankungen, welche durch ändernde Wetter- und Höhenunterschiede ausgeglichen werden müssen. z.B.: Flugzeug, Seilbahn,...Als Gegenregulation findet über die Tuba auditoria periodisch ein Druckausgleich zwischen der Umgebung und der Paukenhöhle statt, der aber Druckverschiebungen in der Paukenhöhle nicht ganz verhindern kann. Sie schützt damit das Innenohr (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.145f).

2.1.3. Das Innenohr

Das Innenohr bezeichnet man als *Auris interna*, welches in das Felsenbein eingebettet ist. Es untergliedert sich in das Vorhof- Bogengang- System des vestibulären Endorgans und in die Kochlea als auditorisches Endorgan. Das Innenohr liegt in der Pars petrosa des Schläfenbeins und besteht aus mehreren zusammenhängenden Gängen, die als Labyrinth bezeichnet werden (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.146).

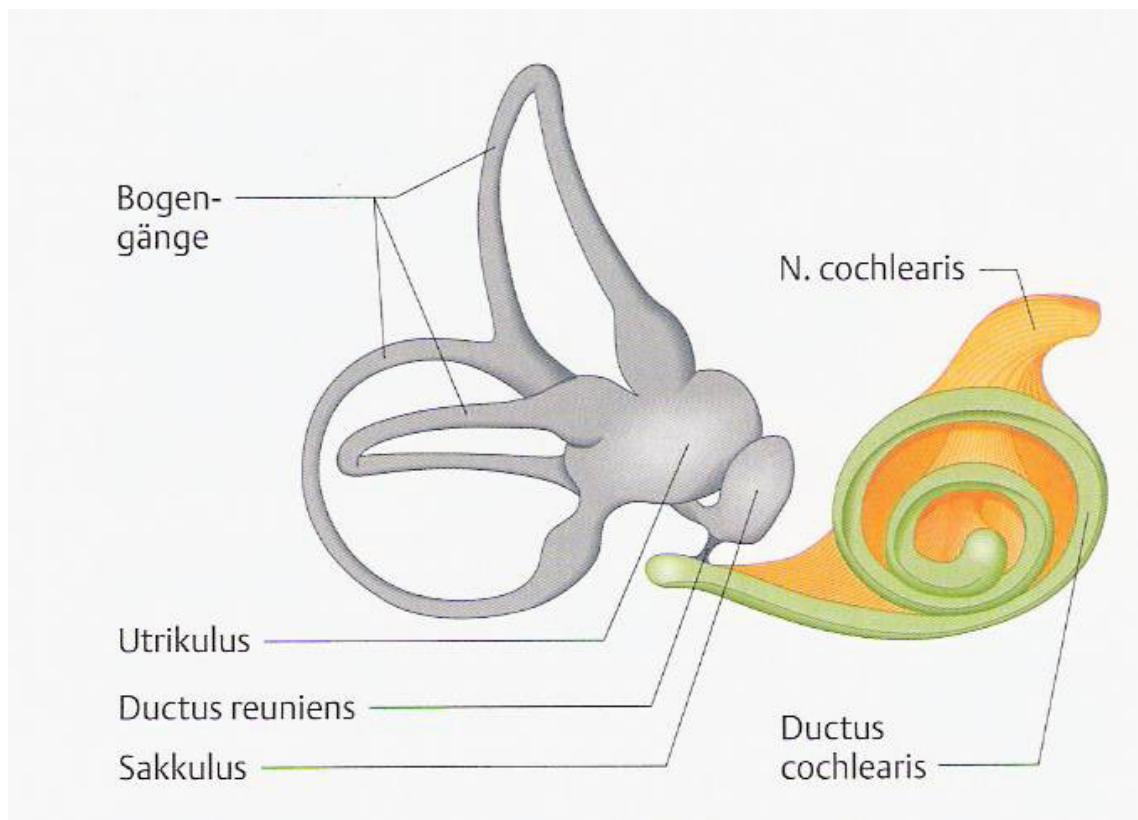


Abb. 2: Innenohr (Probst, Grevers, Iro, 2008, S.146)

2.1.4. Häutiges und Knöchernes Labyrinth

Dieses ist mit einer kaliumreichen Flüssigkeit, der Endolymphe, gefüllt und enthält Sinneszellen, die Zilien tragen und deshalb auch als Haarzellen bezeichnet werden. Es wird in das vestibuläre Labyrinth und in die Cochlea unterteilt, die durch den dünnen Ductus reunies verbunden sind. Es besteht aus den drei Bogengängen, dem Utrikulus und dem Sakkulus, die ebenfalls durch einen Gang miteinander verbunden sind (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.146).

Das häutige Labyrinth ist im Felsenbein in das knöcherne Labyrinth eingebettet. Zwischen den beiden Labyrinths besteht ein Hohlraum, der mit Perilymphe gefüllt ist. Das knöcherne Labyrinth kann man in drei Abschnitte unterteilen, das Bogengangsystem, die Cochlea und das Vestibulum. Zwischen den Bogengängen und der Cochlea bildet das Vestibulum einen größeren Hohlraum, der den Sakkulus, den Utriculus, die Basis des Ductus cochlearis und die Verbindungsgänge des häutigen Labyrinths enthält. Das Fenestra ovalis als Verbindung zum Mittelohr wird von der Stapelfußplatte bedeckt und stellt damit den „akustischen Eingang“ des Labyrinths dar. Die Schwingungen werden hier nach der Impedanzmessung durch das Mittelohr auf die Perilymphe übertragen. Da das gesamte Labyrinth mit dem kaum kompressiblen Perilymphe gefüllt ist, können die Schwingungen nur bei gleichzeitigem Druckausgleich wirksam übertragen werden. Dieser Druckausgleich findet am runden Fenster (Fenestra cochleae) statt.

Es befindet sich am Ende des ovalen Fensters der Scala tympani, welcher durch eine bewegliche Membran verschlossen ist und die zweite Öffnung des knöchernen Labyrinths zur Paukenhöhle hin ist. Die Blutversorgung des Innenohres wird von der Arteria labyrinthina versorgt, die meist aus der Arteria inferior anterior cerebelli entspringt.

Sie zieht gemeinsam mit dem Nervus vestibulocochlearis durch den Meatus acusticus internus, in dem sie sich in die Arteria vestibuli und in die Arteria cochlearis aufteilt (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.146f).

2.1.5. Der Hörnerv und dessen Hörbahnen

Der Nervus Vestibulocochlearis verlässt den Hirnstamm anatomisch als einheitlicher Nervenstamm, funktionell ist der obere ventrale Anteil als Nervus vestibularis aber klar vom unteren dorsalen Nervus cochlearis getrennt. Der Nervus vestibularis bildet im Fundus des Meatus das Ganglion vestibulare, von welchem aus die verschiedenen Nervenfasern zu den Anteilen des vestibulären Endorgans abgehen. Das Ganglion cochleare liegt nicht im Meatus, sondern im knöchernen Modiolus der Schnecke. Der Hörnerv enthält vorwiegend afferente Fasern, die zu den vestibulären und cochleären Kernen des Hirnstammes führen. Die Funktion des afferenten Hörnerves kann als passive Informationsübermittlung betrachtet werden. Die Information ist bei den Synapsen bereits komplex in neurobiologische Signale = Aktionspotentiale transformiert, die mit einer digitalen Informationsübermittlung verglichen werden kann. Entscheidend ist die genaue zeitliche Weiterleitung. Das zentrale Hörsystem beginnt im Hirnstamm mit dem Nucleus cochlearis, dem Endpunkt des Nervus cochlearis. Der Nucleus cochlearis erhält im Gegensatz zu vielen anderen Kerngebieten seine Afferenzen ausschließlich von einer Seite. Die Hörbahn verläuft hauptsächlich, aber nicht nur kontralateral über die beiden unteren Olivenkomplexe weiter zum Thalamus und den Arealen des auditorischen Kortex, der im Temporallappen lokalisiert ist (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S. 148f).

Zwei funktionelle Systeme sind von besonderer Bedeutung für die Frequenzzuordnung:

Das tonotope System: Bei der Frequenzverarbeitung in der Cochlea erfolgt bereits eine Zuordnung von bestimmten Frequenzen zu bestimmten Fasern des Nervus acusticus wird auch als Ortsprinzip bezeichnet. Dieses Prinzip wird in einem Teil der zentralen Hörbahn bis zur Hirnrinde aufrechterhalten (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.149).

Das nicht- tonotope System: Parallel zum tonotopen System erfolgen andere, von der Frequenzanalyse unabhängige zentrale Verarbeitungen, z.B.: von zeitlichen Abfolgen. Neben diesen anatomisch identifizierbaren Systemen der aufsteigenden Hörbahn sind zahlreiche Kollateralverbindungen auf allen Ebenen vorhanden. Die Anzahl der Neurone nimmt im allgemeinen in den höheren Zentren zu, die aufsteigende Hörbahn zeigt damit eine Diversifikation (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.149).

2.1.6. Der Hörvorgang

Der Hörvorgang wird durch die Cochlea als das eigentliche akustische Sinnesorgan als Gehör betrachtet. Es stellt in physiologischer als auch in klinischer Funktion und Anatomie eine zentrale Bedeutung für das Hören da. Die Hauptaufgabe der Gehörsinn ist es, die auditorischen Schallereignisse möglichst genau und zeitgerecht in die neurale Kodierung zu übersetzen. Die Cochlea hat dazu ein System entwickelt, wo sie die breiteren Frequenzbänder des Schalls auf schmalere Bänder weiterleitet und sich so an die neuralen Gegebenheiten des Ohres anpasst. Die Übersetzung der akustischen Information in neurale Signale ist ein Problem der Zeitauflösung, da ein Großteil der Informationen in der zeitlichen Struktur der akustischen Schwingungen liegt.

Die Schwingungen von mehreren tausend Hertz können nicht eins zu eins in der Cochlea umgesetzt werden, da die Impulse in den Nervenfasern nur die Verarbeitung pro Sekunde erlaubt. Außerdem wird auch noch ein Druckpegelbereich bei der Verarbeitung des Schalles transformiert, der im Schwankungsbereich vom Rauschen bis hin zu lauten Schallereignissen reicht (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.149ff).

Die Cochlea bewältigt die komplexe Aufgabenstellung indem sie zwei mechanische Funktionen zur Hilfe nimmt, dies sind die Frequenzanalyse und die biomechanische Verstärkung. Bei der Frequenzanalyse werden bestimmte Frequenzen örtlichen Nervenfasern zugeordnet, dieses Prinzip nennt man Tonotopie. Beim zweiten System der biomechanischen Verstärkung werden die Schwingungen mit niedriger Amplitude mit Hilfe des cochleären Verstärkers vergrößert und bei größerer Verstärkung nimmt die Amplitude ab (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.149ff).

Die inneren Haarzellen werden als die eigentlichen Hörzellen betrachtet, die eine Transformation der akustischen Information in neurale Signale vornehmen. Im Rahmen einer psychoakustischen Betrachtung wird der Zusammenhang zwischen dem physikalischen Schallereignis und dem Hörereignis des Normalhörenden hergestellt. Der Schalldruckpegel, der erforderlich ist, um Töne unterschiedlicher Frequenz als gleich laut zu empfinden, ist auch beim Hörgesunden unterschiedlich. Das menschliche Hörorgan nimmt die Frequenzen der Sprache zwischen 1 und 4 kHz am besten wahr (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.149ff).

2.1.7. Die Funktion des Hörsystems

Die Aufgabe des zentralen Hörsystems ist es, die auditorischen Signale zu trennen und zu erkennen. Dabei kann man zwei Grundfunktionen unterscheiden, die Schallokalisation (Wo?) und die Schallbildererkennung (Was? Wer?). Diese beiden Funktionen lassen sich nicht genau voneinander trennen und sind bei den Menschen besonders hoch entwickelt, weil wir uns visuell orientieren (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.149).

Die Schallokalisation verschaltet sich zum großen Teil in der binauralen auditorischen Information im Hirnstammbereich. Dies läuft wie folgt ab: der Schall trifft auf das der Schallquelle zugewandtem Ohr früher und mit höherer Intensität auf als auf das der Schallquelle abgewandte Ohr. Die Schallquelle muss nicht immer aufs neue identifiziert werden, die Lokalisation einer oder mehrere Schallquellen ist gleichzeitig möglich (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.149).

Die Schallbildererkennung mit der Benennung und Identifikation einer Schallquelle ist eine Großhirnfunktion, welche auf Erfahrung und Erlernen beruht. Sie ist auf die neurale Verarbeitung der Information in der Kochlea und im Hirnstamm angewiesen, die eine Schallokalisation einschließt. Das Richtungshören und die damit zusammenhängenden Funktionen bilden eine wesentliche Grundlage für die Schallbildererkennung. Die Schallidentifikation schließt die Trennung von „erwünschten“ auditorischen Informationen oder Schallquellen gegenüber „störenden“ ein, wobei die „störenden“ Schallquellen als „Lärm“ bezeichnet werden. Die auditorische Bildererkennung ist dynamisch und transitorisch. Die Erkennung von Sprachlauten und deren Zusammenhang zu Silben, Wörtern, Phrasen und Sätzen ist in Zusammenhang mit der menschlichen Kommunikation das wichtigste Beispiel für die Erfassung von schnell wechselnden Schallmustern.

Musik kann als eine spezialisierte Art der Schallbilderkennung aufgefasst werden (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.149).

2.2. Gehörlosigkeit

Gehörlosigkeit bezeichnet das Fehlen der Hörfähigkeit, d.h. der Gehörsinn ist nicht ausgebildet. Das Gehör entwickelt sich in den ersten Lebensjahren und hängt eng mit der Entwicklung der Lautsprache zusammen. Beim Gehörlosen fehlen diese Entwicklungen und die zentralen Muster der Lautsprache sind nicht angelegt. Der Gehörlose hat deshalb grundverschiedene Sprachkonzepte verglichen mit einem ertaubten Menschen (Probst, Grevers, Iro 2008, S.164).

Taubheit bezeichnet den Verlust der Hörfähigkeit. Die Abgrenzung zu vibratorischen Empfindungen von tiefen Frequenzen ist nicht einfach, weshalb Taubheit oft funktionell durch den vollständigen Verlust des Sprachverstehens definiert wird (Probst, Grevers, Iro 2008, S.164).

Gehörlosigkeit ist eigentlich keine gesonderte Hörstörung, sondern beruht auf einem hochgradigen Schallempfindungsschaden. Anders ausgedrückt: die sensorische oder neurale Schwerhörigkeit bedeuten im Extremfall eine praktische Taubheit oder Gehörlosigkeit. Eine absolute Taubheit, bei der keinerlei Hörreste mehr vorhanden sind, ist sehr selten und tritt eigentlich nur dann auf, wenn der Hörnerv oder das primäre Hörzentrum zerstört sind. Ungefähr 98% der gehörlosen Menschen verfügen über Hörreste. Diese Hörreste sind jedoch so gering, dass Lautsprache auf natürlichen Weg nicht oder bei Verwendung elektronischer Hörhilfen nur unter bestimmten Bedingungen, d.h. durch spezifische Förderung und Erziehung, erlernt werden kann. Lange Zeit galt als Gehörlosigkeit, wenn der Hörverlust im Hauptsprachbereich (liegt zwischen 500 und 4.000 Hz) größer als 90 dB war.

Durch die Entwicklung der modernen Hörgerätetechnik und durch die Effektivität auditiv-verbaler Frühförderung ist diese Definition nicht mehr haltbar (Leonhardt 2003, S.53f).

2.2.1. Ursachen der Gehörlosigkeit

Die Ursache der Hörstörung kann auf jeder Stufe des Hörsystems liegen – vom Zerumen im äußeren Gehörgang bis hin zur Durchblutungsstörung der Hörrinde. Eine wichtige Aufgabe ist es, sowohl in der Klinik als auch bei der Diagnostik, die Zuordnung der Hörstörung. Hörstörungen können ihre Ursachen auch in einer kombinierten Schädigung verschiedener Strukturen haben. Ebenso kann es bereits vor, während und nach der Schwangerschaft oder im Erwachsenenalter zu Hörbeeinträchtigungen kommen (vgl. Probst, Grevers, Iro, 2008, S.181; vgl. Strutz, Mann, 2001, S.281).

- Pränatale Ursachen : Viruserkrankungen der Mutter, wie Röteln, Grippe, Mumps, Meningitis, Masern, Scharlach, Diabetes, Nierenerkrankungen etc,...(vgl. Strutz, Mann, S.281).
- Perinatale Ursachen (während, kurz vor und nach der Geburt): Probleme beim Geburtsvorgang bzw. bei Frühgeburten, z.B.: Verletzungen im Kopfbereich bei der Geburt, Sauerstoffmangel des Neugeborenen und schwere Neugeborenenengelbsucht (vgl. Strutz, Mann, 2001, S.281).
- Postnatale Ursachen: als Folgen von Hirnhaut- und Mittelohrentzündung bzw. Kopfverletzungen durch Stürze und Unfälle (vgl. Strutz, Mann, 2001, S.281).

- Vererbung: Gehörlosigkeit kann genetisch von einer Generation auf eine weitere übertragen werden (Probst, Grevers, Iro, 2008, S.184).

2.3. Technische Hilfsmittel

Diese technischen Hilfsmittel erleichtern, sowohl den Schwerhörigen als auch den Gehörlosen an unserer Gesellschaft teilzunehmen.

2.3.1. Hörgeräte

Das Hörgerät ist ein spezieller akustischer Verstärker, welcher über ein Mikrophon empfangener Schall aus der Umgebung verstärkt wird und über einen Lautsprecher dem Ohr zugeführt. Wichtig ist bei Verwendung eines Hörgerätes, dass die Cochlea in der Lage sein muss, das verstärkte und bereits bearbeitete Signal aufzunehmen und an den Hörnerv weiterzugeben. Durch die moderne Technik lassen sich die akustischen Töne differenzierter bearbeiten und optimieren das Signal, welches zum Hörgerät führt. Diese neuen Hörgeräte passen sich nun besser an die Bedürfnisse des Patienten an. Die Versorgung mit einem Hörgerät, das für viele Schwerhörige bzw. Gehörlose ein wichtiges Hilfsmittel darstellt, um ihre Umwelt besser wahrzunehmen zu können. Es gibt Hörgeräte welche hinter dem Ohr getragen werden, sogenannte HdO- Geräte, aber auch in der Cochlea oder ganz im Gehörgang (vgl. Strutz, Mann, 2001, S.953ff).

2.4. Akustische Hilfsmittel

2.4.1. Signalanlagen

Sie dienen zur Umsetzung von akustischen Signalen (Türklingel, Telefon, Babyweinen etc.) in optische Signale oder Vibrationsimpulse. Eine Signalanlage besteht aus mindestens einem Sender und einem Empfänger. Der Sender nimmt die akustischen Signale auf und wandelt sie in Funkimpulse um, welche über das Stromnetz oder „über die Luft“ übertragen werden (vgl. www.humantechnik.com).



Abb. 3: Funktionsempfänger – Signalanlage (www.humantechnik.com, 2009)

2.4.2. Blink- und Vibrationswecker

Diese Hilfen wecken durch Lichtblitze und /oder Vibrationen mittels Vibrationskissen (vgl. www.humantechnik.com).



Abb. 4: Vibrationswecker (www.humantechnik.com, 2009)

2.5. Technische Geräte

2.5.1. Schreibtelefone

Anstelle von Tönen und Lautsprache übertragen und empfangen Schreibtelefone nur Schriftzeichen. Das erste deutsche Schreibtelefon kam 1976 auf den Markt, besaß eine Buchstaben- Tastatur und einen metallbeschichteten Papierstreifen, auf dem die Nachricht eingebrannt wurde. Neuere Modelle verfügen über mehrzellige LCD-Bildschirme, auf den geschriebener und empfangener Text abgelesen werden kann. (vgl. www.hgt.de).



Abb. 5: Schreibtelefone (www.hgt.de, 2009)

2.5.2. Faxgeräte und Mobiltelefone

Viele Gehörlose nutzen zur Kommunikation das Faxgerät oder die SMS-Funktion ihres Handys. Besonders gehörlose Menschen der älteren Generation sind mit dem Internet nicht vertraut und haben so trotzdem die Möglichkeit, schnell Nachrichten zu versenden. In Österreich sind Gehörlose für ihren Telefonanschluss von der Grundgebühr befreit. Für Handys gibt es spezielle Geräte, die mittels Blinken oder Vibration auf das Klingeln aufmerksam machen. Einige davon haben jedoch den Nachteil, dass sie auch auf fremde Telefone im Umkreis von bis zu fünf Metern reagieren (vgl. www.deaftec.de/mobilfunknetz/uebersicht_vibrator.html, www.deaftec.de/telekommunikation/uebersicht_sms.html).

2.5.3. Videotelefone

Sie sind mit einem zusätzlichen Videobildschirm ausgestattet und ermöglichen Gehörlosen so das Kommunizieren mit Gebärdensprache. Zwischen 1990 und 2000 war aufgrund des hohen Kaufpreises die Nachfrage eher gering. Mittlerweile stellt das Internet eine Alternative dar. (vgl. www.deaftec.de/telekommunikation/uebersicht_bifon.html)



Abb. 6: Video bzw. Bildtelefone
(www.deaftec.de/telekommunikation/uebersicht_bifon.html, 2009)

2.5.4. Internet und Medien

Das Internet ist für die Gehörlosen eine willkommene Möglichkeit, sich mit anderen Menschen auszutauschen und sich über aktuelle Ereignisse in der Welt zu informieren. Ab 1992 wurde es bei gehörlosen Menschen immer beliebter, 1997 kommen Programme wie ICQ und MSN auf den Markt, die ebenfalls sehr gern genutzt werden. Heute gibt es Foren und Chats für „Deafies“.

z.b.: www.gehörlos.at ,

www.oeglb.at (Österreichischer Gehörlosenverbund),

www.deaftec.de (Technik für Gehörlose),

www.maxclub3000.com (Forum),

Im Fernsehen gibt es die Sendung „Sehen statt Hören“ dies ist ein Wochenmagazin für Gehörlose das vom Bayrischen Rundfunk produziert und wöchentlich 30 Minuten lang auf Sendern wie WDR, dem Bayrischen Fernsehen oder 3sat ausgestrahlt wird. Das Magazin bringt Informationen aus allen gesellschaftlichen Bereichen, von Arbeitswelt, Familie, Freizeit, Sport über Kunst, Kultur, Bildung, Geschichte bis hin zu politischen, sozialen, rechtlichen und behindertenspezifischen Themen. Einzigartig dabei ist, dass dies die einzige Sendereihe in der deutschen Fernsehlandschaft ist, die im Bild sichtbar macht, was man sonst nur im Ton hört. Nicht im „Off“, sondern im „On“ werden hier die Inhalte präsentiert – mit den visuellen Mitteln des Fernsehens, Gebärdensprache und offenen Untertiteln (vgl. www.br-online.de/br-intern/sendungen/sehenstatt hoeren).

Laut einer Umfrage rufen täglich 1,8 Mio. Menschen täglich den ORF Teletext auf. Gehörlose verwenden den Teletext, um Untertitel einzublenden oder um aktuelle Nachrichten abzurufen. Auf Seite 770 bietet der ORF eine Übersicht über das Service „Lesen statt Hören“, welches Rubriken wie „Untertitel-Vorschau“, „Beratung und Hilfe“ oder „Gehörlosensport“ umfasst. Leider werden aber nur circa 20% der

Sendungen des ORF für Gehörlose und hörbehinderte Menschen zugänglich gemacht und Untertitelt, so der Österreichische Gehörlosenverband (vgl. http://kundendienst.orf.at/technik/tt_integral.html, <http://teletext.orf.at>).

3. Gehörlosigkeit

„Wer nicht hören und nicht sprechen kann, kann auch nicht denken.“ (Aristoteles 384 – 322 v. Chr.)

In diesem Kapitel soll ein historischer Überblick geschaffen werden, um zu sehen wie sich die Geschichte der Gehörlosen zugetragen hat. Es werden einige historische Persönlichkeiten aufgelistet, welche für die Entwicklung der Gebärdensprachen und deren schulische und berufliche Ausbildung für die Gehörlosen wichtig waren.

Weiters wird die Kultur der Gehörlosengemeinschaft und deren Aktivitäten näher beschrieben, um einen kleinen Einblick zu erhalten, wie sich der Umgang mit Gehörlosen und deren Lebensgewohnheiten gestaltet.

3.1. Ein historischer Exkurs – Geschichte der Gehörlosen

Der folgende geschichtliche Überblick vermittelt einen groben Eindruck über die Stellung der Gehörlosen in der Gesellschaft im Wandel der Zeit. In der darstellenden Arbeit wird auf die gegenwärtige Situation eingegangen, damit der/die Leser/in einen Einblick erhält, wie diese Bilder historisch gewachsen sind und welche Mythen mit ihnen verbunden sind.

Der historische Exkurs wird von Leonhardt wie folgt dargestellt:

Im Altertum galt es als dumm, wer sich nicht sprachlich ausdrücken konnte. Menschen ohne Gehör wurden nicht als vollwertige Menschen anerkannt. Das Christentum des Mittelalters sah Menschen, die die Worte der heiligen Schrift nicht hören und beten konnten, als gottlose Kreaturen an. Es wurde ihnen keine Bildung zuteil, da sie im Gegensatz zu Blinden beispielsweise als unbildbar galten. Sie mussten die niedrigsten Arbeiten verrichten und waren von der Gesellschaft abgeschnitten (vgl. Leonhardt, 2003, Kapitel 13, S.200- 241).

Eine wirkliche Beschäftigung mit der Gehörlosigkeit beginnt erst sehr spät. Die Feststellung des bisher falsch interpretierten – Zusammenhanges zwischen Gehörlosigkeit und Stummheit, dass nämlich Stummheit durch Gehörlosigkeit insofern bedingt wird, als die eigene Stimme nicht gehört werden kann und deshalb auch nicht verwendet wird, existiert nachweislich aus dem 16. Jahrhundert. Der italienische Mathematiker, Arzt und Philosoph Hieronymus Cardanus (1501 –1576) entwickelt eine Methode für den Unterricht gehörloser Schüler auf der Grundlage des Schriftbildes und widerlegt damit, die bis dahin immer noch gültige Meinung, dass Gehörlose nicht bildungsfähig seien (vgl. Leonhardt, 2003, Kapitel 13, S.200-241).

Aus dieser Zeit gibt es Belege über Sprech- und Lesetraining gehörloser Kinder in adeligen Familien. Doch welcher war der Beweggrund, die Gehörlosennachfahren zum Sprechen zu bringen? Das vordringliche Interesse der Adelsfamilien war es, die Erbfolge zu garantieren und damit den Familienbesitz zu sichern. Ein Stummer galt vor dem Gesetz nicht als juristische Person und durfte deshalb die Erbschaft nicht antreten (vgl. Leonhardt, 2003, Kapitel 13, S.200- 241).

Vor allem geistliche Ordensbrüder nehmen sich der gehörlosen Kinder an. Pedro ponce de Léon (1508 –1584), ein spanischer Benediktinermönch, und sein Landsmann Manuel Ramirez de Carrión (1579 –1652) lehren die Kinder das Ablesen der Worte von den Lippen und das verwenden der Stimme, die sie selbst nicht hören, und erzielen mit diesem Lautsprachenunterricht beachtenswerte Erfolge. Diese Methode bezeichnet man als Oralismus.

In etwa zur gleichen Zeit unterrichtet der selbst gehörlose Mönch Etienne de Fay (*1669) einige Schüler in Gebärdensprache und bildet damit eine kleine Gehörlosengemeinschaft, die sich in seiner Gebärdensprache unterhält.

Abbé Charles Michel de l'Epée (1712 – 1789) eröffnet 1760 in Paris die erste Gehörlosenschule. Er gilt als der Erfinder der bilingualen Methode, das bedeutet, den Unterricht in Gebärdensprache zu halten, jedoch auch Lippenlesen und sprechen zu unterrichten, um eine Kommunikation mit Hörenden zu ermöglichen (vgl. Leonhardt, 2003, Kapitel 13, S.200- 241).

In diesem Punkt hat er heftige Auseinandersetzungen mit Samuel Heinicke (1727--1790), der in Leipzig die „Taubstummenschule“ leitet und ein starker Verfechter der oralistischen Methode ist. Das bedeutet, dass Heinicke sie als einzig sinnvolle Methode hält, Gehörlose zu unterrichten und sie zu nützlichen Mitgliedern der Gesellschaft darin zu machen, ihnen ausschließlich das Lippenlesen und Sprechen beizubringen (vgl. Leonhardt, 2003, Kapitel 13, S.200- 241).

Für die Entwicklung der Gehörlosenschulen in Österreich ist Charles Michel de l'Epée ausschlaggebend, denn Kaiser Josef II. lässt nach einer Reise nach Paris mit einem Besuch an der dortigen Gehörlosenschule im Jahre 1777 ein vergleichbares Institut in Wien errichten (vgl. Leonhardt, 2003, Kapitel 13, S.200- 241).

Der Amerikaner Thomas Hopkins Gallaudet (1787 – 1851) reist nach Frankreich, um die Methode des Pfarrers Michel de l'Épée kennen zu lernen. Er erlernt die französische Gebärdensprache und nimmt den selbst Gehörlosen Pädagogen Laurent Clerc (1785 – 1869) mit nach Amerika. In Connecticut gründet er 1817 das „American Asylum for the Deaf“. Dort entwickelt sich die American Sign Language (ASL) aus den französischen Gebärdensprachdialekten heraus (vgl. Leonhardt, 2003, Kapitel 13, S.200-241).

Gallaudets Sohn gründet in Anlehnung an die Idee seines Vaters mit der Unterstützung von Abraham Lincoln das Gallaudets College als „Lehrinstitut für Taubstumme“. Heute heißt dieses College „Gallaudet University“ und ist weltweit die einzige geisteswissenschaftlich ausgerichtete Universität für gehörlose Studenten (vgl. Leonhardt, 2003, Kapitel 13, S.200- 241).

Mitte des 19. Jahrhunderts entsteht in Wien der erste Gehörlosenverein, der WITAF (Wiener Taubstummen—Fürsorgeverband). „Der Taubstummen – Courier“ wird als Kommunikationsplattform und Sprachrohr für den Erhalt der Gebärdensprache in den Schulen ins Leben gerufen, da sich der Eindruck verdichtet, dass sich auch hier -- wie fast überall im deutschsprachigen Raum – die oralistische Methode (Lippenlesen und Lautsprache statt gebärden) durchsetzen könnte (vgl. Leonhardt, 2003, Kapitel 13, S.200- 241).

Der herrschende Methodenstreit zwischen gebärdensprachlichen und oralistischem Unterricht wird 1880 am II.Internationalen Taubstummenlehrerkongress in Mailand unter Ausschluss der Gehörlosen Lehrer beigelegt. Der Beschluss lautet, dass der Lautsprache gegenüber der Gebärdensprache der Vorzug zu geben sei. Die Gebärdensprache existiert nur noch im Untergrund (vgl. Leonhardt, 2003, Kapitel 13, S.200-241).

Unter der Herrschaft des Nationalsozialismus werden Gehörlose, genau wie andere Menschen mit Behinderung behandelt. Gesetze werden verabschiedet, die die Zwangsterilisation („Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ aus 1934, „Gesetz zum Schutz der Erbgesundheit“ aus 1935) legitimieren (vgl. Leonhardt, 2003, Kapitel 13, S.200- 241).

Mitte des 20. Jahrhunderts wird in Rom der Weltverband der Gehörlosen gegründet. Bis heute spielt dieser Verband eine wichtige Rolle im Engagement für die Rechte der Gehörlosen. Erst im Jahre 1960 wird durch den amerikanischen Linguisten William Stokoe wissenschaftlich belegt, dass die Gebärdensprache eigenständige Sprachen sind. Damit bringt er die Diskussion um die Gebärdensprachverwendung im Unterricht neu ins Rollen. Im selben Jahr wird es für Gehörlose in Österreich möglich, einen Führerschein zu bekommen (vgl. Leonhardt, 2003, Kapitel 13, S.200- 241).

Ende der 70er Jahre wird erstmals das Cochlea Implantat an Erwachsenen Menschen erprobt. Dieses neu entwickelte elektronische Gerät soll den fehlenden Hörsinn herstellen. Dazu wird in den Schädelknochen hinter dem Ohr ein Implantat gesetzt, das mit einer Elektrode bis in die Gehörschnecke (Cochlea) reicht und das Innenohr überbrückt. Ein zweites Gerät in der Größe eines tragbaren Kassettenrecorders wird um den Hals getragen. Die Miniaturisierung der Technik ist mittlerweile so weit fortgeschritten, dass der extern zu tragende Teil nur noch die Dimension eines übergroßen Hörapparats erreicht. An der Ablehnung von Seiten der Gehörlosen hat sich jedoch nicht viel geändert (vgl. Leonhardt, 2003, Kapitel 13, S.200- 241).

3.2. Aspekte der Gehörlosenkultur und deren Gemeinschaft

Die Gehörlosengemeinschaft sieht sich nicht als eine Selbsthilfegruppe, die zusammenkommt, um ihre Probleme mit der hörenden Welt zu besprechen. Sie ist in erster Linie eine Sprachgemeinschaft mit gemeinsamen Kulturgut, Bräuchen, Traditionen, Identität und Sprache (vgl. www.witaf.at).

3.2.1. Definition Kultur

Kultur (lateinisch: *cultra* = Pflege des Körpers und Geistes) ist die Gesamtheit des vom Menschen geschaffenen. Dies schließt einerseits physische Dinge, wie Werkzeuge ein, aber auch die durch den Menschen hervorgerufene Veränderung der Natur, die geistigen Hervorbringungen der Menschheit wie Schrift und Kunst sowie die sozialen Organisationsformen, in denen die Menschen zusammenleben.

Der Begriff wird einerseits generell auf die Menschheit als Ganzes bezogen, andererseits aber auch als Zusammenfassung der Lebensumstände einer bestimmten Ethnie oder Region (beispielsweise die amerikanische Kultur) oder historischen Phase (zum Beispiel die minoische Kultur) (vgl. www.adlexikon.de/Kultur.shtml).

3.2.2. Kultur der Gehörlosen

Die Gehörlosen stehen hier nicht als Einzelpersonen, sondern als Personen mit gleichen Interessen, als Personen, die ihre Identitäten als ähnlich betrachten. Ich spreche hier von einer Gruppe, welche – Gehörlose und hochgradig schwerhörige zusammengerechnet - in Österreich in etwa

20.000 Personen umfasst. Diese fühlen sich zugehörig zu einer sozialen Gruppe, nämlich die der Gehörlosengemeinschaft.

Diese soziale Gruppe ist auch Trägerin einer Kultur. Das Wort Kultur soll verwendet werden, wie es Fritz Hermanns verwendet. Kultur beschreibt, im Unterschied zu dem Wort Gesellschaft, nicht eine Gruppe von Personen, sondern deren Denk- und Verhaltensweisen, Mentalität und Praxis (www.witaf.at).

Es werden nun einige Beispiele zur Praxis angeführt, die uns verdeutlichen, dass Gehörlosigkeit alle Bereiche des Lebens betrifft. Unter Gehörlosen ist es nicht der richtige Weg, sich zu räuspern, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, dies funktioniert nur mittels Handzeichen oder Berührung. In einem Gehörlosenhaushalt werden wir an Stelle der Türklingel mit Sicherheit ein Blitzlicht vorfinden. Und wir sollten uns auch nicht darüber wundern, dass der Telefonhörer so aussieht, als würde er nie verwendet werden. Und, und, und,.... (www.witaf.at).

Doch deuten diese Umstände, vor allem die eigene Sprache, auf die Existenz einer eigenen Kultur hin? Diese Frage lässt sich über die Definition der Zugehörigkeit einer Personen zu einer Gruppe (gesellschaftliche Identität) oder zu einer Kultur (kulturelle Identität) klären. Fritz Hermanns meinte, dass erst die sprachliche Eigenheit, die aus einer Kultur heraus erwächst, dieselbe zu einer Kultur macht. Damit ist die Sprache einerseits Produkt einer Kultur, andererseits auch konstituierender Bestandteil derselben. Die Sprache bietet durch ihr Vokabular und die zugeordneten Bedeutungen Konzepte, auf welche Weise man die Dinge sieht; das bedeutet, dass über die Sprache ein Zugang zu Dingen und Vorgängen erlernt wird. Diese Sichtweise ist abhängig von der Umgebung der Menschen und damit ein typisches Merkmal einer Kultur (www.witaf.at).

Im Fall der Gebärdensprache ergibt sich für die Sprecher zusätzlich zum Status einer Kultur auch ein Minderheitenstatus, da die Gemeinschaft der Gehörlosen nicht über ein autonomes geographisches Gebiet verfügt, sondern in einem Gebiet lebt, das von einer hörenden Mehrheit dominiert wird, die in Lautsprache kommuniziert. Um einen Vergleich betreffend Sprachminderheiten zu den etwa 20.000!!!! potentiellen Sprechern der Gebärdensprache in Österreich zu geben, ziehe andere Daten der Bundesländer mit ein. In Kärnten und Burgenland leben ebenso Sprachminderheiten, welche ihre Umgangssprache sprechen wie z.b.: ungarisch, kroatisch, slowenisch.

Die Zahl der Sprecher der Gebärdensprache kann sich also ohne weiteres mit anderen Minderheitssprachen messen. Ein Unterschied ist jedoch, die geographische Streuung, die sich bei Sprechern der Gebärdensprache über das gesamte Staatsgebiet erstreckt, wohingegen die Sprecher des ungarischen, des kroatischen und des slowenischen eher regional konzentriert ist (www.witaf.at).

Es muss aber auch betont werden, dass nicht (immer) der reine Hörverlust ausschlaggebend für die Dazugehörigkeit zu der Gehörlosengemeinschaft ist. Auch hörende Personen, meist Kinder gehörloser Eltern, werden als ein Teil dieser Gemeinschaft akzeptiert, denn die innere Haltung und das Problemverständnis ist ausschlaggebend (www.witaf.at).

Diese Gemeinschaft hat ganz spezifische Verhaltensmuster: Begrüßungen, Augenkontakte, die Verlagerungen der Aufmerksamkeit, wenn jemand etwas sagen will,..... Und sie benützen auch Alltagsgegenstände, die sie von hörenden Menschen unterscheiden: Lichtwecker, Vibrationswecker, Lichtglocke, Fax, Schreibtelefon....

Oder um ein anderes Beispiel zu nennen: Gehörlose haben keine Höflichkeitsform „Sie“ in ihrer Anrede. Sie drücken ihre Verehrung und ihren Respekt intensiver in der Körpersprache aus.

Diese Kultur besteht also aus den spezifischen Verhaltensregeln und Besonderheiten, die aus den Bedürfnissen dieser Gemeinschaft heraus entstanden sind und sie wird an die Kinder weitergegeben. Sie vereint Gehörlose aus allen Schichten, Altersgruppen, Hörbeeinträchtigungen und Gebärdensprachkenntnissen. Diese Gemeinschaft hilft dem Gehörlosen seine Identität, sein Selbstwertgefühl aufzubauen. In der Gehörlosengemeinschaft spielt sich auch das kulturelle Geschehen ab. Gehörlosengemeinschaften der einzelnen Städte oder Stadtteile bilden meist freiwillige Sozialorganisationen, wie Sportklubs oder Theatergruppen, die sich innerhalb des kulturellen Kontext dieser Gemeinschaft bewegen und für sie und vor allem mit ihnen arbeiten. Man muss aber auch die aktive Reisefreudigkeit gehörloser Personen bewundern.

Weil sie als Minderheit so weit verstreut sind, kommen zu einer besonderen Feier Gehörlose oft aus anderen Ländern angereist, um Kontakte zu knüpfen und meist halten diese Kontakte sehr lange. Durch das Medium des Internets und Faxgeräte ist es ihnen möglich, über weite Strecken hinweg Freundschaften zu pflegen, auch wenn ihre Schriftsprache nicht die beste ist (vgl. www.witaf.at).

3.2.3. Merkmale einer Gehörlosenkultur

Neben der Kreation einer eigenen Sprache sehen die Merkmale einer Gehörlosenkultur wie folgt aus:

- Der Organisation von Vereinen,
- Dem hohen Prozentsatz endogamer Ehen (Ehen zwischen Gehörlosen),
- In spezifischen Umgangsformen und Tabus (das betrifft zum Beispiel die Kontaktaufnahme, das Eröffnen und Beenden eines Gespräches,.....)

- Den eigenen Kunstformen (z.B.: Gehörlosentheater und Gebärdensprachenpoesie),
- Einer eigenen Art des Humors (z.B.: gehörlosenspezifische Witze),
- Einer eigenen Namensgebung (Namensgebärden) und in
- Mythen.

Aus diesen Merkmalen lässt sich folgern, dass aus der Sicht der Gehörlosen die Hörbehinderung nicht die erste Priorität besitzt, sondern die Gehörlosenkultur. Es bedeutet, dass sich die Gehörlosen mehr als eine Sprach- und Kulturgemeinschaft verstehen und weniger als eine Behindertengruppe. Die Hörbehinderung wird als ein Teil des Lebens und nicht als absoluter Mangel betrachtet (vgl. Leonhardt 2003, S.154).

Dass sich die Kultur der Gehörlosen nicht aktiv und bewusst gegen die Hörenden abgrenzt, ist ein weiterer interessanter Aspekt: es herrscht ein stetiger und reger Austausch. Die Gebärdensprache ist an vielen Volkshochschulen ein gut besuchter Kursus, der Beruf des Gebärdendolmetschers ist anerkannt und mehr und mehr gefragt. Doch die Gemeinsamkeiten reichen inzwischen noch weiter: beispielsweise gibt es in ganz Deutschland Theatergruppen, die sich komplett oder auch teilweise aus Gehörlosen zusammensetzen. Auch in die bildende Kunst hat die lautlose Sprache ihren Weg gefunden. Es gibt Maler, die in ihren Werken die Bewegungen der Gebärden nachempfinden, Skulpturen sprechen die Sprache des Fingeralphabets (vgl. Leonhardt 2003, S.154).

3.2.4. Verhaltensregeln in der Gehörlosenkultur

Verhaltensregeln sind Schlüsselaspekte des Gehörlosen Verhaltens und ergeben sich aus der Nutzung von visueller und räumlicher statt akustischer Wahrnehmung.

Diese Regeln allein machen aber nur einen kleinen Teil des Identitäts- und Zusammengehörigkeitsgefühl aus, welches nach außen als Kultur der Gehörlosen in Erscheinung tritt. Zu diesen Verhaltensregeln im Alltag zitiert Böck folgende Punkte:

- **Aufmerksamkeits- Erlangen und Berührung**
Gehörlose berühren einander öfter als Hörende. Eine Unterhaltung beginnt meist mit einer Berührung an der Schulter oder am Ober- bzw. Unterarm um die Aufmerksamkeit des anderen zu erlangen.
- **Sprecherwechsel**
Sprecherwechsel kann unter anderem durch ein Winken mit einer Handgelenksbewegung erfolgen. Dass man etwas äußern will, kann aber auch über den Gesichtsausdruck gezeigt werden.
- **Unterbrechen einer laufenden Unterhaltung**
Das Unterbrechen einer laufenden Unterhaltung unterliegt ebenfalls genauen Regeln. Ein plötzliches Abwenden während der Unterhaltung wird zum Beispiel als Beleidigung empfunden. Möchte ein dritter einer gerade gebärenden Person eine dringende Frage stellen, so berührt er den Gebärdenden am Oberarm oder an der Schulter und sucht den Blickkontakt zur zweiten Person, bei der er sich für die Unterbrechung entschuldigt. Dann stellt er der ersten Person seine Frage, wendet sich bevor er geht noch einmal zur zweiten und entschuldigt sich bei ihr für die Störung.
- **Die Hände eines anderen festhalten**
Die Hände einer gebärdenden Person festzuhalten kann mit „Mundzuhalten“ eines gerade Sprechenden verglichen werden und ist eine sehr aggressive Handlung.

- Der Einsatz von Licht, um Aufmerksamkeit zu erregen
Möchte man die Aufmerksamkeit eines Gehörlosen erlangen, beispielsweise beim Eintreten in ein Zimmer, in dem er sich befindet, so wird dies durch Lichtsignale versucht: man betätigt ein- oder zweimal kurz den Lichtschalter, was mit einem Türklopfen verglichen werden kann.
- Privatheit und Vertraulichkeit
Die Unterhaltungen sind allgemein einsehbar und es ist schwieriger Privatheit und Vertraulichkeit zu erlangen. Aus diesem Grund werden bestimmte Themen im öffentlichen Raum des Gehörlosenvereins diskutiert, außer sie sind bereits allgemein bekannt.
- Sich Verabschieden in der Gehörlosengemeinschaft
Sich Verabschieden ist ein lang dauernder Prozess in der Gehörlosengemeinschaft, da immer noch abschließend, bevor man endgültig geht, viel besprochen werden muss (Böck 2004, S.62f).

Bräuche

auch Bräuche sind ein Teil der Gehörlosenkultur. Sie sind jedoch weniger erforscht als beispielsweise die unter Verhaltensregeln angeführten Besonderheiten. Böck listet nun einige Bräuche auf:

- Heiraten und Hochzeiten
Eine Hochzeit ist bei Gehörlosen oft ein sehr öffentliches Ereignis, zu dem alle eingeladen werden müssen. Sie erscheinen oft wie „Dorfhochzeiten“, an der jeder Dorfbewohner teilnimmt.

Reden und ähnliche Bräuche, die auf Hochzeiten Hörender gang und gebe sind, sind eher unüblich.

➤ Zeit und Pünktlichkeit

Veranstaltungen können ohne weiters eine halbe Stunde später als angesetzt beginnen, damit den Teilnehmern die Möglichkeit gegeben wird sich vorher noch auszutauschen. In der Regel haben sich Gehörlose viel zu erzählen. Der Umgang mit der Zeit und Pünktlichkeit wird unter Gehörlosen etwas anders gehandhabt als bei Hörenden.

➤ Soziale Gebräuche

Soziale Gebräuche sind bis heute kaum erforscht worden.

➤ Spiele und Rategeschichten

Spiele sind ein wichtiger Bestandteil des Brauchtums Gehörloser. Auf Partys findet man immer wieder Rategeschichten oder Pfandspiele, die sich oft aus Verhaltensweisen und der Sprache der Gehörlosen ableiten.

Es wäre für die Zukunft ein großes Anliegen, diese Gebräuche genauer zu erforschen und zu beschreiben (Böck 2004, S.64).

Traditionen

Bis heute sind auch die Traditionen und deren Ausdruck noch relativ wenig erforscht worden. Auf regionaler Ebene können zum Beispiel Weihnachtspartys für gehörlose Kinder und Ältere sowie regelmäßige Zusammenkünfte insofern als traditionell verstanden werden, da sie sich wiederholen und auf eine lange Geschichte und eine wichtige Stellung in der Gemeinschaftsarbeit verweisen.

Traditionelle Geschichten der Gehörlosengemeinschaft handeln von der eigenen Vergangenheit, die immer wieder mit Anfeindungen und dem Zwang zur oralistischen Methode zu tun hat. Trotz der schrecklichen Erfahrungen hat Humor einen nicht zu unterschätzenden Platz in ihren Erzählungen. Geschichten werden in Humor verpackt (vgl. Böck 2004, S.65).

Ein Beispiel für eine Tradition der französischen Gehörlosen stellt das alljährliche Treffen zum Todestag von Abbé de l'Epée im Institut National de Jeunes Sourds de Paris (INJS) dar. Die ehemaligen Schüler des Instituts, die Anciens Élèves, treffen sich mit den Lehrern und Schülern des Instituts und verbringen gemeinsam einen Tag voller Festlichkeiten und verschiedener Aktivitäten (vgl. Böck, 2004, S.65).

Verhalten, Gebräuche und Traditionen formen einen starken Kernbereich der Gehörlosenkultur, definieren sie aber nicht vollständig. Nach Kyle müssen mindestens zwei Aspekte noch hinzugefügt werden: einerseits die „kulturelle Identität“ und der Stolz der Gehörlosen (deaf pride), andererseits die „Dimension Gehörlose Welt – Hörende Welt“ (Kyle 1991, S.210ff zitiert aus Böck 2004, S.65).

3.3. Österreichische Gebärdensprache (= ÖGS)

Lange Zeit war der Begriff „taubstumm“ in aller Munde, und ist es auch heute noch. Diese Bezeichnung stammt noch aus jener Zeit, in der man meinte, gehörlose Menschen seien bildungsunfähig und dumm. Aber auch an der Schwelle zum dritten Jahrtausend gibt es noch immer Benachteiligung und Diskriminierung vieler Gehörloser in der Gesellschaft. Außerdem meinen viele Leute, dass im Wort „stumm“ nicht nur eine Sprechunfähigkeit, sondern auch Kommunikationsunfähigkeit zu finden ist. Gehörlose verfügen über den gleichen Sprechmechanismus wie jeder andere Mensch auch, nur dass sie ihre Stimme und deren Lautstärke oder Klang mittels Gehör nicht steuern und kontrollieren können (www.witaf.at).

Die Gebärdensprache Gehörloser ist ein eigenständiges visuelles Sprachsystem, das sich durch eine Jahrhundert lange Kommunikation Gehörloser entwickelt hat. Sie ist unterteilt in die nationalen Gebärdensprachen, also zum Beispiel in die Österreichische Gebärdensprache mit Wiener, Tiroler oder Burgenländischen Dialektformen (www.witaf.at).

Lautsprachliche Verständigung und Ausdrucksformen sind für einen taub geborenen Menschen und für jemanden, der sein Hörempfinden schon früh verloren hat, unnatürlich, künstlich. Ein - zumeist - Taubgeborener greift aber, selbstverständlich auf seine Muttersprache, die Gebärdensprache, zurück, wenn er freie Wahl hat. Gebärdensprache ist eine natürliche Sprache, deren Erwerbsprozess sich mit dem Vorgang bei Erlernen einer gesprochenen Sprache bei Klein(st)Kindern vergleichen lässt. Da es sich um eine natürliche Sprache handelt, kommt der Kultur, die mit dieser Sprache engstens verbunden ist, auch eine große Bedeutung zu. Sprechen also Gehörlose untereinander, verwenden sie die Österreichische Gebärdensprache, kurz ÖGS (www.witaf.at).

Ein ganz besonderer Stellenwert kommt der ÖGS als leistungsstarkem und zugleich entspanntem Verständigungsmittel der Gehörlosen untereinander zu. Sie ist gleichsam die Seele der Gehörlosengemeinschaft, die deshalb auch Gebärdensprachgemeinschaft genannt wird. Gebärdensprache ist nicht nur für die soziale Gruppe der Gehörlosen identitätsstiftend, sondern auch für die Identität und Selbstfindung jedes einzelnen Gehörlosen von großer Bedeutung. Will man die Österreichische Gebärdensprache erlernen, ist es unbedingt notwendig, sich auch mit Gehörlosen und ihre Kultur auseinander zu setzen (www.witaf.at).



Abb. 7: Internationales Symbol für Gehörlose (www.commonswikimedia.org, 2009)

3.3.1. Anerkennung der österreichischen Gebärdensprache (=ÖGS)

Die österreichische Gebärdensprache war bis 2005 gesetzlich nicht anerkannt. Die europäische Union hatte bereits zweimal ihre Mitgliedsstaaten dazu aufgefordert, die nationalen Gebärdensprachen anzuerkennen und die Rechte dazu zu sichern.

Dieser Forderung sind in der Zwischenzeit folgende Länder nachgekommen: Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Norwegen, Portugal, Schweden, tschechische Republik und die slowakische Republik (www.bizeps.or.at).

Erste Versuche die ÖGS auch auf politischer Ebene durchzusetzen wurden in den 80iger Jahren unternommen. In den 90er Jahren wurden abermals Versuche zur Anerkennung der Gebärdensprache in Österreich in Angriff genommen, diese scheiterten jedoch im Parlament. Die Begründung des dortigen Ausschusses war, dass die Gehörlosen keine Volksgruppe und ihre Sprache gelte nicht als ethnische Minderheitensprache.

Es wurde außerdem bei parlamentarischen Sitzungen über Gehörlose und deren Lebenssituationen besprochen, wo diese mit falschen Bezeichnungen bzw. Begriffen verwendet wurden, dies zeigt den nicht Standesunterrichteten Informationsstand der Politiker (www.bizeps.or.at).

Durch die nicht Anerkennung der Sprache ergaben sich für die Gehörlosen nun auch Nachteile und Probleme. Ihnen wurde in der persönlichen Entwicklung und unter der Wahrnehmung ihrer Rechte eine starke Einschränkung auferlegt. Sie konnten nicht wie andere, ihre rechtliche und soziale Situation entsprechend handeln, als die restliche Bevölkerung (www.bizeps.or.at).

Die Gesetzgebung erfolgte am 1. September 2005 und wurde als Zusatz in Absatz 3 zu Artikel 8 des Bundesverfassungsgesetzes vom Nationalrat beschlossen:

(3) Die Österreichische Gebärdensprache ist als eigenständige Sprache anerkannt. Das Nähere bestimmen die Gesetze (www.parlament.at).

Wie der Satz „Das Nähere bestimmen die Gesetze“ nun von den zuständigen Politikern und Verwaltungsbereichen der Behörden interpretiert wird, wird sich im Laufe der nächsten Jahre herausstellen. Durch die Anerkennung der Gebärdensprache in Österreich ist ein Meilenstein in der Geschichte der Gehörlosen Personen geschafft worden und hat die Situation wesentlich verbessert.

4. Sprache und Ausdruck

„Das Verständliche an der Sprache ist nicht das Wort selber, sondern Ton, Stärke, Modulation, Tempo, mit denen eine Reihe von Wörtern gesprochen wird,

kurz, die Musik hinter den Worten,

die Leidenschaft hinter der Musik,

die Personen hinter dieser Leidenschaft:

Alles das also, was nicht geschrieben werden kann.“ (F. Nietzsche)

Im folgenden Abschnitt sollen die Besonderheiten von Gebärdensprache präsentiert werden und die Unterschiede zwischen ihnen und der Lautsprachen hervorgehoben werden.

4.1. Definition von Sprache

Um die Bedeutung der Sprachmodalitäten der Laut- als auch der Gebärdensprache einschätzen zu können, sollte man zunächst näher bestimmen, was Sprache eigentlich ist. Die Definitionen von Sprache sind vielfältig. Es kommt darauf an, unter welchen Gesichtspunkten man Sprache betrachtet. Dabei orientiert man sich an den Gebieten der Phonologie, Morphologie, Syntax, Semantik und Pragmatik. Demnach sollte man Sprache als konventionelles Zeichensystem definieren, dessen Elemente eine bestimmte Struktur aufweisen, nach bestimmten Regeln miteinander verknüpft werden und im Sinne der symbolischen Interaktionen der zwischenmenschlichen und intrapersonellen Verständigung dienen (vgl. Wisch 1990, S.21).

4.2. Die Gebärdensprache

Es soll nun versucht werden, einige immer noch weit verbreitete falsche Annahmen bezüglich Gebärdensprachen zu korrigieren und den Forschungsstand darzustellen:

Gebärdensprache ist ein Überbegriff für eine ganze Sprachfamilie. Fälschlicherweise wird immer noch häufig angenommen, es gäbe eine einzige internationale Gebärdensprache. Das Erstaunen ist zumeist groß, wenn man erklärt, dass Gebärdensprachen nicht nur in jedem Land unterschiedlich sind, sondern es auch unzählige regionale Varianten gibt. Laut Skutnabb-Kangas gibt es an die 6000 verschiedenen Gebärdensprachen, annähernd so viele wie gesprochene Sprachen (vgl. Krausneker, 2003b, S.102).

Gebärdensprachen dürfen keineswegs mit künstlich erfundener Kunst oder Plansprachen gleichgesetzt werden (vgl. Krausneker 2003, S.102). Gebärdensprachen sind natürlich gewachsene und vollwertige Sprachen. In Gebärdensprache kann über alles, egal ob Gefühle, Politik, Emotionen, etc. geredet werden. Jede kleine Einzelheit kann mit ihr ausgedrückt werden. Will man Gebärden „flüstern“, so kann man sie kleiner und niedriger als normalerweise im Gebärdenraum produzieren. Man kann gebärden aber auch „schreien“, indem man sie größer und außerhalb des Gebärdenraums formt. Das Gesichtsfeld ist sehr wichtig für die Vermittlung von Details und Einzelheiten der Gebärden (vgl. Boyes Braem 1992, S.14).

Die Gebärdensprachen weisen eigene komplexe grammatikalische Strukturen auf (vgl. Boyes Braem 1992, S.13f). Der Satzbau in der Gebärdensprache unterscheidet sich von dem der Lautsprache. In Lautsprachen herrscht vorwiegend das Prinzip der Aneinanderreihung, während in den Gebärdensprachen das Prinzip der Simultanität stärker ist.

In Gebärdensprachen werden gleichzeitig verschiedene Bausteine genutzt, Bausteine der manuellen sowie der nicht manuellen Ebene.

Dies ermöglicht sehr viel Information auf einmal in einzelnen Gebärdenzeichen „hineinzupacken“. Hörende, welche Gebärdensprache erlernen wollen, haben vor allem mit den so genannten nicht-manuellen Komponenten Schwierigkeiten (vgl. Fachverband des Diakonischen Werkes der EKD 1995, S.276).

Im Gegensatz zu Lautsprachen, die über den akustischen Kanal verstanden werden, nutzen Gebärdensprachen den visuellen Kanal. Sie bestehen aus einem manuell-gestischem Code, weshalb zum Verstehen von Lautsprachen in erster Linie Mund und Ohren von Bedeutung sind, zum Verstehen von Gebärdensprachen aber sind es Hände und Augen der Gebärdenden (vgl. Boyes Braem 1992, S.9).

4.2.1. Aufbau der Gebärdensprache

Es gibt die Möglichkeit, jedes Wort einzeln zu gebärden und daher das Deutsche eins zu eins zu übersetzen, was LbG - lautbegleitende Gebärde- genannt wird. LbG ist aber eine künstliche Sprache, von Hörenden mit etwas Gebärdenkenntnissen gemacht. Sie ist eine gute Möglichkeit, die Verständigung zwischen Hörenden und Gehörlosen zu erleichtern, hat aber mit Gebärdensprache an sich nichts zu tun. LbG ist, vereinfacht ausgedrückt, das Sichtbarmachen der Lautsprache. LbG bedient sich der Gebärdenzeichen der Österreichischen Gebärdensprache, ohne deren Grammatik und Syntax zu beachten. Sie setzt aber auch eine gute Lautsprachkompetenz voraus. Sprechen Gehörlose untereinander, verwenden sie Österreichische Gebärdensprache, kurz ÖGS. Sie ist eine visuelle Sprache und folgt einer eigenen Grammatik, die im folgenden noch genauer erläutert werden.

Will man die Gehörlosen und ihre Kultur verstehen lernen, ist es unbedingt notwendig, sich mit der ÖGS auseinander zusetzen. Man erlag lange Zeit dem Irrglauben, ÖGS sei keine vollwertige Sprache, da sie z.B. keine Abstraktionen ausdrücken könne. Vor ungefähr 30 Jahren haben aber Forscher (Linguisten und Sprachpsychologen) aus den USA und Deutschland den Nachweis erbracht, dass jede Gebärdensprache ein total gültiges visuelles Sprachsystem ist (www.witaf.at).

ÖGS ist daher als vollwertige Sprache anzuerkennen, da sie a) nicht, wie etwa die Pantomime an konkrete und bildhaft darstellbare Inhalte gebunden ist, sondern jegliche komplexe und abstrakte Idee auszudrücken vermag und b) eine eigene linguistische Struktur besitzt, die von der gesprochenen Sprache unabhängig ist (www.witaf.at).

Die Funktionen der Gebärden werden weitgehend als grobmotorische ablaufende Bewegungsfolgen der Hände sind hinweisender, nachzeichnender, charakteristischer Merkmale darstellender Art. Sie deuten räumliche sowie zeitliche Beziehungen an oder sind willkürlich gesetzte, abstrakte Zeichen. Die Gebärden werden visuell wahrgenommen, also auch von Menschen registriert, deren akustischer Sinn geschädigt ist. Als optische Zeichen sind sie nur bei guten Lichtverhältnissen in angemessener Distanz und mäßigen Ausführungstempo gut wahrnehmbar. Gebärden stellen in ihrer Zeichengestalt meist einen konkret sach- oder situationsbezogenen Bewegungsablauf dar. Es gibt z.B. in der Gebärdensprache keine Gebärde für „schneiden“, es gibt nur die Gebärde für das entsprechende Werkzeug, nämlich „Messer“. Die Gebärdensprache bleibt mit ihren strukturellen Eigenheiten auf einer niedrigeren Informationsstufe stehen. Den Gebärden fehlen sämtliche Flexionen, ebenso gefügte grammatikalischen-syntaktischen Strukturen.

Die Aneinanderreihung von Gebärden erfolgt willkürlich, meist nach der Wichtigkeit ihrer Bedeutung für den Sprecher oder nach dem zeitlichen Ablauf der Ereignisse (vgl. Fachverband des Diakonischen Werkes der EKD 1995, S.275f).

Folgende Arten von Gebärden können unterschieden werden:

- Natürliche Gebärde.
- Hinweisende Gebärde.
- Sachbezogene Gebärde (Formbeschreibender Art, in Tätigkeit nachahmender Art, darstellender Art)
- Der Sprechbewegung nachempfundene Gebärde
- Zusammengesetzte Gebärde
- Abstrakte Gebärde

4.2.2. Ausdrucksvariablen der Gebärdensprache

Unsere Körpersprache ist kulturabhängig. Körperhaltungen und Gestik geben zum Teil Auskunft über unsere physische und psychische Befindlichkeit. Bestimmte Ausdrucksformen und Haltungen signalisieren Abwehr, Freude, Angst, Entspannung und rufen entsprechende Reaktionen beim Gegenüber hervor. Im Folgenden soll auf einzelne Schwerpunkte differenzierter eingegangen werden (vgl. Fachverband des Diakonischen Werkes der EKD 1995, S.283).

Der Gesichtsausdruck

Die wichtigen nonverbalen Signale werden durch den Gesichtsausdruck übermittelt, insbesondere die Augensprache ist wichtig. Der menschliche Gesichtsausdruck ist individuell verschieden.

Es lassen sich laut Studien aber sieben Hauptgruppen von Stimmungen unterscheiden: Freude, Überraschung, Angst, Wut, Traurigkeit, Ekel/Abscheu und Interesse. Diese sieben Hauptgruppen von Stimmungen können, auch ohne den situativen Zusammenhang erkannt werden. Gesichtssignale werden während einer sprachlichen Interaktion verwendet, um die Bedeutung von Äußerungen in verschiedener Weise zu vervollständigen oder zu ergänzen, um von Seiten des Zuhörers ein Feedback zu gewährleisten oder um die fortwährende Aufmerksamkeit zu zeigen, aber auch, um das Gesagte zu betonen. Diese mimischen Signale haben häufig eine klare Bedeutung, z.B. Zustimmung oder Ablehnung, und haben daher eine unmittelbare Wirkung auf das Verhalten des Gegenübers (vgl. Fachverband des Diakonischen Werkes der EKD 1995, S.283f).

Blick und Augenstellung

Eine besondere Bedeutung in der nonverbalen Kommunikation hat der Blick. Es gibt verschiedene Kriterien, nach denen ein Blickkontakt gewertet werden kann:

- Die Dauer des Blickes
- Die Pupillenweite
- Die Blinzelhäufigkeit
- Öffnung der Augen
- Gesichtsausdruck im Bereich der Augen
- Die Entfernung der beiden kommunizierenden Menschen

Die Persönlichkeitsstruktur beeinflusst die Dauer und Häufigkeit des Blickes (vgl. Fachverband des Diakonischen Werkes der EKD 1995, S.284).

Körperhaltungen, Körperbewegungen und Gesten

Körperbewegungen und –haltungen sowie Gesten sind in der Regel keine in sich geschlossenen Kommunikationsformen. Sie sind kultur- und milieuabhängig. Das Sprechen ist individuell mit Gesten und Körperbewegungen verbunden. Gesten und Körperhaltungen drücken emotionale Befindlichkeiten aus. Die Hände sind nicht so, wie das Gesicht zum Ausdruck von Gefühlen geeignet. Trotzdem können sich Gefühle auch in den Händen und in anderen Körperteilen zeigen. Körperbewegungen können als ein Überfließen von emotionalen Spannungen, oder als ein Ausdruck von Selbsteinstellung interpretiert werden. Es gibt viele Körperhaltungen und Gesten, die innerhalb einer Kultur eine allgemein akzeptierte Bedeutung haben. Dabei ist festzustellen, dass diese konventionellen Gesten und Körperbewegungen teilweise bereits mit den uns bekannten natürlichen Gebärden gleichgesetzt werden können. Die Botschaft, die durch eine Geste übermittelt wird, kann durch die Art der Ausführung verstärkt werden. z.B.: die Geste Kopfnicken – Bedeutung Zustimmung (vgl. Fachverband des Diakonischen Werkes der EKD 1995, S.285f).

Mundbild und Lippenlesen

Ein Gehörloser kann höchstens 33% eines oralen Gespräches durch Lippenlesen mitbekommen. Den Rest muss er versuchen, durch den Kontext richtig zu „erraten“. Mundbilder können folgende Funktionen haben: Sie können einen Bedeutungsunterschied zwischen Gebärden kennzeichnen, welche dieselben manuellen Komponenten haben. Zum Beispiel sieht die Gebärde für „Eltern“, „Zwillinge“ und „doppelt“ gleich aus. Durch ein entsprechendes Bild kann aber leichter erkannt werden, welches Wort gemeint ist.

Manchmal kann durch ein stimmlos ausgesprochenes Wort die Gebärde verfeinert werden; zum Beispiel: man macht die Gebärde für „Blumen“, gleichzeitig das Mundbild für „Veilchen“ (www.witaf.at).

Das Mundbild kann aber auch eine ganz andere Bedeutung als die Gebärde beinhalten, so dass zwei Symbole oder Werte gleichzeitig mitgeteilt werden. Der Mund kann zum Beispiel das Wort „Schuh“ formen, während man die Art der Schuhe, wie etwa „Klettverschluss“ gebärdet. In seltenen Fällen wird nur ein Mundbild verwendet. Das ist meist der Fall, wenn die entsprechende Gebärde nicht bekannt ist, wie bei Eigennamen (www.witaf.at).

Hierbei gibt es manuelle und nicht manuelle Komponenten. Manuelle Komponenten sind die Hände, wobei die Handform, die Handstellung, die Ausführungsstelle und die Bewegungsrichtung relevant sind. Zu den nicht-manuellen Komponenten gehören der Gesichtsausdruck, die Kopf- und Körperhaltung sowie das Mundbild und die Mimik (vgl. Boyes Braem 1992, S.17).

Manuelle Kommunikationsmittel:

- Hände und Arme

Nichtmanuelle Kommunikationsmittel:

- Gesichtsausdruck
- Blick
- Kopf
- Oberkörper
- Mundbild
- Gebärden bestehen aus vier simultanen Parametern: Handform
- Ausführungsstelle
- Bewegung
- Handstellung
- Außerdem existieren noch sublexikalische Regeln und Prozesse

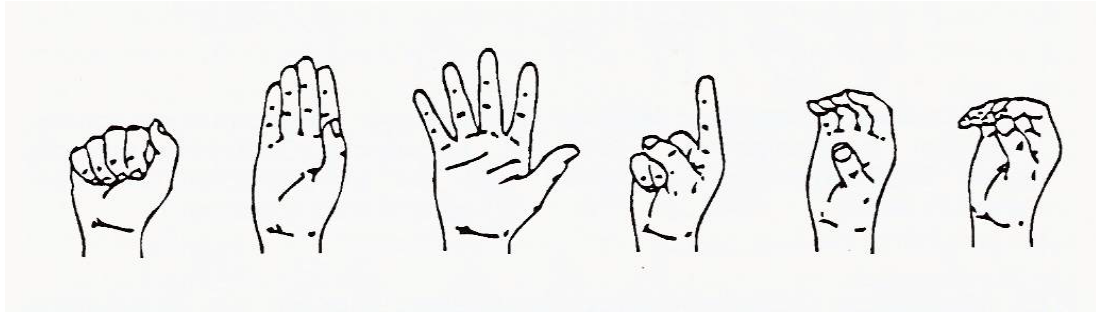


Abb. 8: Handstellungen (Boyes Braem, 1995, S. 22)

4.3. Der Gebärdenraum

Im Gegensatz zur Pantomime existiert bei der Gebärdensprache ein eingegrenzter „Gebärdenraum“. Während die Pantomime den gesamten Körper als Ausdrucksmittel nutzt, kommen bei der Gebärdensprache ausschließlich Gesicht (Mimik), Oberkörper, Arme und Hände zum Einsatz (vgl. Boyes Braem, 1995, S.23).

Pantomimisch würde sich der Körper selbst darstellen, bei der Gebärdensprache stehen linguistische Symbole für mentale Inhalte, z.B.: die Finger repräsentieren die Beine. Diese Verwendung von Symbolen (einzelne Zeichen) erlaubt dem gebärdensprachlichen Erzähler, von verschiedenen Personen zu berichten, ohne einen Rollenwechsel vornehmen zu müssen, was einen wesentlichen Anteil pantomimischer Darstellungen bildet. Durch das Ausnutzen eines dreidimensionalen Raumes lassen sich komplexe Beziehungen oft „komprimierter“ darstellen als in der gesprochenen Sprache, die Sachverhalte lediglich durch Linearität ausdrücken vermag (vgl. Boyes Braem, 1995, S.23).

Inkorporation in der Gebärdensprache macht eine Gleichzeitigkeit verschiedene Informationen durch Nutzung des dreidimensionalen Raumes möglich, z.B.: werden Adverben, Numeralinformationen oder Zeitaspekte teilweise auf diese Art dargestellt. Ebenso können durch den Raum Objekt und Subjekt verdeutlicht werden, sowie durch Modifikation der Bewegung verschiedene Aspekte dargestellt werden (vgl. Boyes Braem, 1995, S.23).



Abb. 9: Der Gebärdensraum (Boyes Braem, 1995, S. 23)

4.4. Problematik der Gebärdensprache

Wie bei jeder Sprache können auch hier Probleme entstehen und es gibt sowohl Vor- als auch Nachteile der Gebärdensprache. Bis heute werden in vielen europäischen Gehörlosenschulen Betroffene (fast) ausschließlich oral erzogen, was noch auf das Gebärdensprachverbot von 1880 zurückzuführen ist. Die meisten hörbehinderten Kinder und Jugendlichen verbringen ihre 12 jährige Schulzeit mit Artikulationstraining, ohne dass jemals auf den Inhalt des Vermittelten eingegangen wird. Wegen der geringen Wissensvermittlung vergrößert sich, auch der Sprachwortschatz nicht sehr und die Allgemeinbildung geht auf Kosten des Stimmtrainings. Ein weiteres Problem ergibt sich daraus, dass der Sprachunterricht erst im Alter von sechs Jahren begonnen wird (www.witaf.at).

Eine Paradoxie findet sich in österreichischen Gehörlosenschulen wieder. Kaum ein Lehrender beherrscht die Gebärdensprache. So können Lehrende oftmals ihre Schüler nicht verstehen, aber sie verbieten ihnen den Gebrauch der Gebärdensprache. Ein guter Vergleich wurde in einer Fachanhörung zur Anerkennung der Gebärdensprache gemacht: Man stelle sich einen Lehrer für Blinde vor, der in der Schule an der Tafel schriebe. Es ist erwiesen, dass die Lautsprache niemals zur inneren Denksprache eines Gehörlosen wird (www.witaf.at).

Viele Gehörlose sprechen sich gegen diese hohen lautsprachlichen Forderungen aus, vor allem weil sie folgende Kriterien für Gehörlose nicht erfüllen:

- leichte und schnelle Erlernbarkeit der Lautsprache
- leichte Reproduzierbarkeit oder leichte Wahrnehmbarkeit
- als Muttersprache ungeeignet, da das Kleinkind mit dieser Sprache nicht experimentieren kann.
- Es ermöglicht nicht eine aktive und passive Kommunikation zu gleichen Teilen.

All diese Kriterien lassen sich auf die Gebärdensprache anwenden, nicht aber auf eine lautsprachliche Erziehung gehörloser Personen (www.witaf.at).

4.5. Fingeralphabet

Das Fingeralphabet ist eine Kommunikationsform, bei der einzelne Handformen den einzelnen Buchstaben des Alphabets entsprechen. Mit dem Fingeralphabet können Wörter der Lautsprache statt auf Papier in der Luft buchstabiert werden. Buchstabiert wird normalerweise an der Stelle (vor der Brust), mit derselben Handstellung (Handfläche zum Adressaten gerichtet) und mit Ausnahme der Übergänge von einem Buchstaben zum nächsten, mit so wenig Bewegung wie möglich (vgl. Boyes Braem, 1995, S. 146).

Man kann nicht nur einzelne Wörter, sondern auch ganze Sätze mit dem Fingeralphabet buchstabieren. Die Sätze folgen genau der Wortstellung und den grammatikalischen Regeln der gesprochenen Sprache. Kommunikation mittels Fingeralphabet allein ist in der Produktion ermüdend und für den Zuschauer über längere Zeit sehr anstrengend (Boyes Braem, 1995, S.146).

Das Fingeralphabet bedient sich einzelner Handformen, denen einzelne Buchstaben des Landesalphabets zugeordnet sind. So kann jedes Wort der Lautsprache buchstabiert werden. Diese Anwendung kommt häufig bei Eigennamen zum Tragen. Aber es können auch Sätze buchstabiert werden, die dann den grammatikalischen Regeln der österreichischen Lautsprache folgen. Es darf aber nicht erwartet werden, dass, wenn man nun das Fingeralphabet beherrscht, es keine Probleme mehr gibt, sich mit Gehörlosen zu verständigen.

Erstens kann man nur ganze Sätze buchstabieren, wenn das gegenüber der landesüblichen Lautsprache mächtig ist, zweitens ist das Konzentrieren auf das Buchstabieren sehr anstrengend und ermüdend und drittens sind verschiedenste Fingeralphabete im Umlauf (in England ist ein zweihändiges Fingeralphabet in Gebrauch, Thailändisches zeigt die Töne der gesprochenen Sprache an...). In europäischen Ländern ist das Fingeralphabet nicht so weit verbreitet, wie etwa im amerikanischen Raum. Vor allem die ältere Generation ist zu spät mit dem internationalen Einfingeralphabet konfrontiert worden und bevorzugt deshalb heute noch das bekannte zweihändige „Stummerlalphabet“ (www.witaf.at).

Beim internationalen Fingeralphabet wird nur eine Hand verwendet, weil eine Hand wesentlich schneller ist als zwei. Das internationale Fingeralphabet sollte zuerst gelernt werden, da man sich durch Buchstabieren meistens aus der Klemme einer unbekannten Gebärde retten kann (www.speechdat.org/finger/einf3.html).

Es heißt zwar „internationales Fingeralphabet“ ist aber trotzdem nicht überall gleich. Weltweit sind verschiedene Grundtypen in Gebrauch:

- Das einhändige Fingeralphabet
- Das zweihändige Fingeralphabet
- Das Fingeralphabet, das die Laute der gesprochenen Sprache darstellt
- Das Fingeralphabet, das die Wort-Bilddarstellung („Ideogramme“) der gesprochenen Sprache wiedergibt

Die einhändigen Varianten stammen von einem gemeinsamen Ursprung (Fingeralphabet von Bonet) und weisen somit auch eine große Ähnlichkeit untereinander auf. Auf dieser Basis wurde auf dem Kongress des Weltverbandes der Gehörlosen in Stockholm 1963 das internationale Fingeralphabet definiert (www.speechdat.org/finger/einf3.html).

Die zweihändigen Varianten, wie sie in Australien, Indien, Indonesien, Schottland und Anglo-Kanada verwendet werden, gehen auf das englische Fingeralphabet zurück. Das japanische Fingeralphabet gibt keine Buchstaben wieder, sondern nur Silben (www.speechdat.org/finger/einf3.html).



Abb. 10: Fingeralphabet (www.speechdat.org/finger/einf3.html)

4.6. Die Lautsprache

Die Neugeborenen können bereits zwischen menschlichen und Umgebungsgeräuschen unterscheiden. Bereits hier zeigt sich, dass die Diskriminationsfähigkeit von großer Bedeutung ist, um gesprochene Sprache überhaupt zu verstehen. Die Produktion von Lauten beginnt mit Vokalisierung, die auch dann auftreten, wenn der auditorische Input und das Feedback fehlen. Um diese ersten Lautproduktionen jedoch aufrechtzuerhalten bzw. weiterzuentwickeln, ist ein Feedback – also das Hören – unerlässlich. Zwischen dem 12. und 18. Lebensmonat werden vom voll-sinnigen Kind erste Ein-Wort-Sätze gebildet. Etwa im 18. Monat erscheinen die ersten Zwei-Satz-Sätze, die in der Anzahl rapide zunehmen. Die rasante Entwicklung des Erwerbs des komplexen Sprachsystems ist noch beeindruckender, wenn man sich die unzulänglichen sprachlichen Reize, die das Kind im Spracherwerb erhält, vor Augen führt (vgl. Claudia Strasser, 1997, S. 24).

Selbstgespräche, die das Kleinkind führt, wurden in früherer Zeit als schädigend für die soziale Interaktion mit anderen angesehen. Erst später erkannte man, dass diese Selbstgespräche wichtig für die kognitive Entwicklung des Kindes sind. Unter Selbstgesprächen versteht man laute Gespräche des Kindes, die jedoch keine soziale Funktion haben. Viele Untersuchungen bestätigten den positiven Zusammenhang zwischen Selbstgesprächen und Fortschritten in der Ausführung bestimmter Aufgaben (vgl. Claudia Strasser, 1997, S. 24ff).

Lautspracherziehung: Entwicklung der Lautsprache, so dass das gehörlose Kind vom Hörenden verstanden wird. Wesentliche Bestandteile der Frühförderung sind laut Zenner:

- Anbahnung, Verstärkung, Erweiterung kindlicher Lautäußerungen
- Aufbau des Dialogs über visuelle, vibratorische und taktile Hilfen,

- Förderung der taktil-kinästhetischen Eigenwahrnehmung,
- Aufbau einer ökonomischen Sprechatmung,
- Lautbildung unter Einbeziehung der Gesamtmotorik.

4.6.1. Lautsprachbegleitende Gebärde

Zusätzlich zur Lautsprache werden Gebärden eingesetzt. Die Unterstützung der Lautsprachenerziehung durch Gebärden ist z.B. indiziert, wenn im Verlauf der Frühförderung erkennbar wird, dass zentrale Verarbeitungsstörungen die Lautsprachanbahnung erschweren. Der Vorteil davon ist, dass bei Gehörlosen das Erlernen von Wortschatz, Satz schemata und Wortbildungen erleichtert werden (Zenner, 1997, S.113).

Der Begriff lautsprachbegleitende Gebärde (LBG) bezieht sich auf den methodischen Gebrauch der Gebärden, um Morpheme der gesprochenen Sprache auszudrücken. Der Begriff „LBG“ wird zuweilen auch weniger konkret verwendet, indem er sich auf eine Anwendung der Gebärden bezieht, bei der sehr viel stimmloses Aussprechen von Wörtern der gesprochenen Sprache benutzt wird. Gehörlose, die Gebärdensprache als Erwachsene erlernen, behaupten manchmal, sie würden nicht Gebärdensprache, sondern eher lautsprachbegleitende Gebärden verwenden (Boyes Braem 1995, S.148).

4.6.2. Grammatik und Satzbau

Indogermanische Sprachen drücken Einzahl, Mehrzahl, Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft durch kleine Änderungen der Vokale und Endungen von Wörtern aus. Diese kleinen funktionalen Änderungen der Grundwortformen und die Unterscheidung der Wortarten können nicht gebärdet werden. Oberbegriffe werden kaum gebildet.

Das zeigt, dass einfache Gebärdensprachen vorwiegend auf die Inhaltserfassung und Übermittlung ausgerichtet sind, ohne differenzierte formale Strukturen zu beachten. Hauptsächlich werden Einwortsätze verwendet. Durch Zwei- und Dreiwortsätze ist es möglich, sich differenzierter auszudrücken. Die Grundaussagen stehen immer in der Gegenwartsform. Artikel, Fürwörter usw. werden nicht gebärdet. Satzgefüge und Satzverbindungen gibt es in einfachen Gebärdensprachen nicht. Frage- und Befehlssätze werden durch entsprechende Mimik und Gestik als solche gekennzeichnet; die Wortfolge im Satz entspricht der Bedeutsamkeit der Aussage. Sie lässt immer erkennen, was dem bzw. der Gebärden am wichtigsten ist. Dieses Wort steht am Anfang (vgl. Fachverband des Diakonischen Werkes der EDK 1995, S.279).

Werden Gebärden sprachunterstützend verwendet, so muss man darauf achten, sie synchron zur Lautsprache einzusetzen. Räumliche Beziehungen erfordern, auch in der Gebärdensprache, die Reihenfolge Subjekt – Objekt, z.b.: Mann im Auto, Auto in Garage und nicht umgekehrt. Sprache ist erlernt und nicht angeboren. Dies gilt auch für die Gebärdensprache (vgl. Fachverband des Diakonischen Werkes der EKD 1995, S.279).

5. KRANKENHAUS ALS ORT DER KOMMUNIKATION

„Gib jeden Tag die Chance, der schönste deines Lebens zu werden.“ (Mark Twain)

5.1. Kommunikation

Im nachstehenden Kapitel wird der Focus auf den Aspekt der Kommunikation in der Pflege gerichtet und hier im speziellen wie es bei Gehörlosen Personen aussieht. Es wird die Kommunikation verbal als auch nonverbal beschrieben werden, wie sie im Krankenhaus abläuft und wie wichtig die Kommunikations- und Umgangsregeln bei Gehörlosen Patienten sind. Der Gehörlose durchläuft während eines Aufenthaltes alle Stufen der Untersuchungsverfahren und erlebt dabei, die Ebenen der Kommunikation.

5.1.1. Definition Kommunikation

Mit Zeichen oder Signal meinen wir ein Element des Verhaltens, der Erscheinung usw. eines Organismus, das von den Sinnesorganen eines zweiten Organismus wahrgenommen wird und dessen Verhalten beeinflusst. Nur mechanische Einflüsse schließen wir aus: A stößt B fort, ist ein mechanischer Effekt (selbst wenn es vielleicht ebenso ein Kommunikationsvorgang ist). Zeichen wirken normalerweise aus einem Abstand, wenn wir auch bestimmte Formen von Körperkontakt in Betracht ziehen wollen. Manche Signale dienen dem Zweck, etwas mitzuteilen: diese werden Kommunikationen genannt.

Signale sind sehr deutlich abzugrenzende Verhaltensformen, denn sie haben Bedeutungen: sie können für andere Gegenstände oder Ereignisse stehen oder Erwartungen auf ein daraus folgendes Verhalten schaffen. Ein anderes Kriterium ist, ob der Sender sein Signal verändert, um von dem Empfänger die gewünschte Reaktion hervorzulocken. Man kann jemanden mit Erfolg dominieren, indem man sich nonverbaler Signale bedient wie: aufrecht stehen, die Hände an der Hosennaht, nicht lächeln, laut sprechen (vgl. Argyle 1996, S.14ff).

Im Kommunikationszusammenhang besitzt die Körpersprache ebenso wie die verbale Sprache Mitteilungsscharakter. Beide Formen der Mitteilung müssen gelernt werden (vgl. Argyle 1996, S.14ff).

5.1.2. Verbale Kommunikation

Verbales Verhalten beruht gewöhnlich auf Sprechakten, schließt aber auch Geschriebenes ein sowie Gesten, die für Buchstaben oder Worte stehen. Jedenfalls ist das Sprechen durchweg von komplizierten nonverbalen Signalen begleitet, die die Rede veranschaulichen, ein Feedback geben und durch eine Synchronisierung helfen. Davon sind einige direkt ein Teil der verbalen Mitteilung, besonders die prosodischen Signale von Versmaß, Stimmhöhe und Betonung. Andere nonverbale Signale sind von den sprachlichen Inhalten unabhängig, einschließlich der paralinguistischen Signale der emotionalen Tönung des Sprechers. Jedoch werden nonverbale Signale oft durch verbale Chiffren bewirkt; z.B.: können symbolischen Handlungen oder Gegenstände, die in Ritualen angewandt werden, einen Namen oder spezifische Bedeutung haben und nonverbale Verhaltensweisen, wie z.B. „Charme“, „Würde“ und „staatliches Auftreten“, können verbal kategorisiert werden. Andererseits stehen einige nonverbale Signale für Gefühle, Einstellungen oder Erfahrungen, die sich nicht in Worten ausdrücken lassen (Argyle 1996, S.17).

5.1.3. Nonverbale Kommunikation

Körpersprache, nonverbale Kommunikation spielt im menschlichen Sozialverhalten eine zentrale Rolle. Wenn wir menschliches Sozialverhalten verstehen wollen, müssen wir dieses nonverbale System aufschlüsseln. Zumindest wissen wir, was diese Signale sind: Gesten, Kopfbewegungen und andere Körperbewegungen, Körperhaltung Gesichtsausdruck, Blickrichtung, räumliche Nähe und Einstellung, Körperkontakt, Orientierung, Tonfall und andere nonverbale Aspekte in Sprache, Kleidung und Schmuck. Jeder dieser Bereiche kann in eine Reihe von weiteren Variablen unterteilt werden. Man kann sich gut vorstellen, wie verschiedene Botschaften durch verschiedene Körpersignale übermittelt werden wie z.B.: Emotionen... (vgl. Argyle 1996, S.13).

5.1.4. Interaktionsprozesse in der Pflege: verbal – nonverbal

Sprache und Kommunikation sind Instrumente des Verstehens wobei Worte, Begriffe, Gesten und andere nonverbale Zeichen einer Deutung bedürfen (Schrems 2003, S.265). Stehen keine verbalen Mittel zur Verfügung oder reichen diese nicht aus, beginnt der Körper zu sprechen. Die durch die Bezeichnung nonverbale implizierte Abgrenzung zur gesprochenen Sprache bedeutet jedoch nicht, dass in der Körpersprache nicht alle Grundelemente der Kommunikation enthalten sind. Wesentliches Element ist, dass die verbale Sprache und die Körpersprache aufeinander bezogen sind (vgl. Schrems 2003, S.269f).

Im folgendem stellt eine kurze Aufstellung das Zusammenspiel von Sprache, Kommunikation und dessen Verhalten bei der Körpersprache dar.

Grundlagen kommunikativer Entwicklung und kommunikativen Verhaltens :

Immer wieder wird die Frage gestellt, wann kommunikatives Verhalten beginnt. Die menschliche Kommunikation soll anhand eines Schemas, der so genannten Kommunikationstreppe dargestellt werden. Sie ist nicht statisch zu sehen, sondern hat fließende Übergänge, d.h. die Inhalte verschiedener Stufen beeinflussen sich gegenseitig.

- pränatale biochemische Kommunikation
- pränatale Reize und pränataler Körperkontakt
- empathische Kommunikation
- Gestik und Körpersprache
- Gebärdensprache
- Lautsprache

Wenn ein Mensch sich aufgrund von Behinderungen nicht oder kaum äußern kann, sollte versucht werden, die Gebärdensprache als Kommunikationsmittel einzusetzen (vgl. Fachverband des Diakonischen Werkes der EKD, 1995, S.281).

5.1.5. Kommunikation im Alltag

Im Zusammenleben mit den Menschen ist das primäre Verhalten das Kommunizieren. Bei jeder Kontaktaufnahme registriert man bewusst die Haltung, Sprache und Gestik des Gegenübers sowie die emotionale Komponente wie Tonfall, Tonhöhe und Lautstärke. Weiters kontrollieren Menschen, die hören können, ständig unbewusst ihre Hörfähigkeit und die eigene Aussprache. Sie können aus dem Gehörten sogar Nebengeräusche herausfiltern und die Richtung bestimmen, woher das Geräusch, das sie hören, kommt. Gehörlose haben nicht die Möglichkeit, das Hören zu nutzen. Sie sind von den Geräuschen und Gesprochenem um sich abgeschnitten. Sie müssen mit den Augen hinsehen, um etwas zu sehen und somit Informationen aufzunehmen.

Darum kann an Gehörlosen schnell eine Information vorbeilaufen. Wie bestimmte Dinge heißen, schnappen Hörende zwischendurch auf, ein Gehörloser weiß die Antwort nur dann, wenn er genau diese Information gelesen oder gesehen hat. En passant, d.h. nebenbei zufällig gehört, erfährt er das nicht. Das kann schnell zu Missverständnissen führen, wenn z.B. etwas nur per Lautsprecher durchgesagt wurde. Daher ist es wichtig, Informationen so mitzuteilen, dass Gehörlose es sehen können. Kommunikation, Orientierung, Lernen, Interagieren, mit der Umwelt, fast alles verläuft visuell. Sehr viele Gehörlose denken sogar in Gebärdensprache. Das Gehirn verarbeitet die Gebärdensprache jedoch in den Sprachreizen und nicht wie zu erwarten in den Arealen für visuelle Reize (vgl. Maletzki, Stegmayer, 2003, S.167ff).

5.1.6. Kommunikation im Krankenhaus

Sowohl in unserer Gesellschaft als auch im Krankenhaus bildet die Kommunikation und soziale Interaktion die Basis jeden Handelns und sichert das Funktionieren eines Betriebes. Der stetige Informationsaustausch sichert ein professionelles Arbeiten und entsprechende Qualität.

Auch im Bereich der Pflege ist das „Pflegen“ von Patienten ohne Sprache nur sehr schwer möglich. Nur ein gesichertes, fundiertes Wissen über den Gesundheitszustand des Patienten ermöglicht eine individuell auf den Patienten abgestimmte und bestmögliche Betreuung während seines Aufenthaltes im Krankenhaus. Dies beginnt im Rahmen des Pflegeprozesses mit der Informationssammlung. Neben Patientenbefunden und Beobachtungen spielt das Erstellen einer Anamnese durch das Gespräch eine zentrale Rolle. Aber auch während des restlichen Krankenhausaufenthaltes liefern Gespräche mit dem Patienten immer wieder neue Informationen über Gesundheitszustand, Wohlbefinden, Stimmungslage, Bedürfnisse und dergleichen.

Informationen über mögliche Verhaltensweisen, Aufklärungsgespräche, Untersuchungen, Pflegehandlungen etc. müssen dem Patienten klar und verständnisvoll angekündigt und übermittelt werden. Gehörlosigkeit kann diesen Informationsfluss jedoch stören und beeinträchtigen. Sehr häufig ist die Kommunikation eingeschränkt, Informationen unzureichend oder nicht zuverlässig genug. Viele gehörlose Patienten im Krankenhaus haben Sorge, nicht verstanden zu werden, sich nicht ausdrücken zu können, für dumm gehalten zu werden, die Ärzte zu missverstehen, wichtige Details nicht zu begreifen und schließlich schlecht informiert zu bleiben. Sie ziehen sich sehr oft zurück und suchen kaum Kontakt zu anderen Patienten oder zum Pflegeteam. Haben Pflegepersonen zusätzlich Hemmungen, mit gehörlosen Patienten Kontakt aufzunehmen, wird die ganze Situation noch mehr dazu führen, dass sich viele Betroffene weiter zurückziehen, sich isoliert und einsam fühlen (vgl. Tannich, 12/05, S.29).

Gehörlosigkeit stellt also für das Pflegepersonal eine besondere Herausforderung dar. Wie soll man sich verständigen, ohne zu sprechen. Es ist wichtig, neben Sprache einen anderen Weg der Kommunikation zu finden, um gehörlose Patienten optimal zu versorgen.

5.1.7. Erkennen des Defizits Gehörlosigkeit / Schwerhörigkeit

Grundsätzlich gibt es einige Verhaltensmuster seitens des Patienten, die auf eine Hörbehinderung schließen lassen. Denn das Erkennen bzw. Wissen des Defizits Schwerhörigkeit/Gehörlosigkeit durch das Pflegepersonal ermöglicht erst, die Erstellung der Pflegediagnose und somit eine individuelle Pflegeplanung.

Gehörlosigkeit kann oftmals vermutet werden, wenn der Betroffene auf ein Ansprechen nicht reagiert, weil er seinen Gesprächspartner nicht gesehen hat. Viele wirken auch hektisch, unkonzentriert, verwirrt oder reagieren unlogisch, wenn ihnen Informationen mitgeteilt werden und sie Schwierigkeiten haben, diese zu verstehen. Weiters schauen Gehörlose dem Gesprächspartner sehr konzentriert und angestrengt auf Gesicht und Lippen, damit sie in einem Gespräch folgen können. Schwerhörige Patienten fragen häufig nach, was gesagt wurde oder antworten falsch, wenn sie falsch verstanden haben. Sollte daher ein Patient auf seine Hörbehinderung nicht von sich aus darauf hinweisen, und der Verdacht auf ein Hördefizit besteht, ist es sinnvoll den Betroffenen rücksichtvoll darauf „anzusprechen“ (vgl. www.schwerhoerigen-netz.de).

In jedem Fall ist das Bestehen und die Art der Hörschädigung des Patienten in der Fieberkurve bzw. Pflegedokumentation zu vermerken und deutlich sichtbar zu kennzeichnen. Auch soll das ganze interdisziplinäre Team bzw. auch Mitpatienten über die Hörbehinderung informiert werden.

Auf Wunsch des Patienten kann zusätzlich ein Schild mit dem Hinweis „Ich bin gehörlos. Ich brauche Blickkontakt und deutliches, langsames Sprechen“ am Krankenbett angebracht werden. Bei Untersuchungen außerhalb der Station kann der Patient dazu angeregt werden, ein Informationsblatt über Verhaltenstipps im Umgang mit Gehörlosen für die Mitarbeiter anderer Krankenhausbereiche mitzunehmen. In jedem Fall muss jedoch immer zuvor das Einverständnis des Patienten eingeholt werden, da der öffentliche Hinweis auf eine bestehende Hörbehinderung von einigen gehörlosen Patienten strikt abgelehnt wird, da es für sie einer Stigmatisierung bzw. Diskriminierung gleichkommt. Es ist empfehlenswert, diese Angelegenheit mit jedem Patienten individuell zu besprechen und das weitere Vorgehen gemeinsam zu vereinbaren (vgl. www.schwerhoerigen-netz.de).

5.1.8. Kontaktaufnahme

Gehörlose nehmen aufgrund der natürlichen Verschärfung der anderen Sinne das, was sie visuell wahrnehmen, intensiver und stärker auf, als Hörende sehen und spüren können. Um eine gehörlose Person auf sich aufmerksam zu machen, gibt es daher verschiedene Möglichkeiten.

Zum einem kann man Signale nutzen, zum Beispiel dem Betroffenen winken oder das Licht kurz ein- und ausschalten. Dies ist besonders empfehlenswert, wenn es sich um eine größere Gruppe handelt. Die zweite Möglichkeit besteht darin, Kontakt zum Gehörlosen in Form von Berührung und Vibration aufzunehmen. So kann ganz einfach mit dem Fuß ein paar Mal auf den Boden gestampft oder gemeinsam an einem Tisch sitzend auf den Tisch geklopft werden. Dies mag zwar im ersten Moment für Außenstehende eigenartig erscheinen, aber es ist eine übliche Vorgehensweise im Umgang mit Gehörlosen, denn sie spüren Vibrationen um ein vielfaches stärker als Hörende. Wenn der Gehörlose in der Nähe mit dem Rücken zu einem gewendet ist, kann die Kontaktaufnahme auch durch ein leichtes Schulter klopfen oder Berührung am Oberarm oder oberhalb des Knies erfolgen. Das Ansprechen einer gehörlosen Person von hinten ist immer zu vermeiden, da der Betroffene die sich nähernde Personen nicht hört und dieser erschreckt reagieren kann. Berührungen am Rücken sind daher zu unterlassen (vgl. www.schwerhoerigen-netz.de).

5.1.9. Lautsprachliche Kommunikationsregeln

Nach der Kontaktaufnahme ist vor dem Ansprechen immer die Zeit abzuwarten, bis direkter Blickkontakt zum gehörlosen Patienten hergestellt ist. Dabei gilt, den Betroffenen beim Sprechen anzusehen und immer und dauerhaft Augenkontakt zu halten. Erst dann kann mit dem Sprechen begonnen werden.

Oft empfinden Hörende dies als anstarren und unangenehm, es ist in jedem Fall jedoch Voraussetzung, um ein Gespräch führen zu können. Weiters soll ein Sichtabstand von mindestens 70 cm eingehalten werden, um einen optimalen Blickwinkel zum Lippenablesen zu ermöglichen. Das heißt, eher Distanz halten und sich keinesfalls von der Seite her dem Ohr nähern wie im Fall von schwerhörigen Menschen.

Das Gesicht des Gesprächspartners soll beim Kommunizieren immer gut beleuchtet sein. Das bedeutet, dass das Gesicht der sprechenden Person zum Fenster blickt und der Mund dadurch gut beleuchtet ist. Im Gegenlicht kann nämlich der Gehörlose das Gesicht der Pflegeperson schlecht erkennen und wird zusätzlich geblendet (vgl. www.witaf.at).

Gesten, wie den Kopf zur Seite drehen, sich an der Nase kratzen oder Haare aus dem Gesicht streichen, in Unterlagen blicken etc. machen ein Lippenlesen fast unmöglich. Auch Vollbärte, Oberlippenbärte, schmale Lippen oder Piercings erschweren das Ablesen sehr und ein Sprechen mit Kaugummi oder Zigarette im Mund verzerrt ebenfalls das Mundbild. Eine ruhige Kopfposition muss während eines Gespräches beibehalten werden. Gehörlose, welche in Lautsprache kommunizieren, müssen vom Mund ablesen und dies erfordert hohe Konzentration. Ein gutes Mundbild des Gesprächspartners ist dafür sehr wichtig. Es ist darauf zu achten, deutlich zu artikulieren, Hochdeutsch und mit normaler Stimme zu sprechen. Sogar eher flüstern, dann ist das Mundbild meist deutlicher. Brüllen hat absolut keinen Zweck, auch wenn man die Angewohnheit besitzt, bei schwerhörigen Patienten bei Satzwiederholungen die Stimme zu erheben. Weitere Kriterien sind gleichmäßiger Rhythmus, langsames sprechen, aber nicht im Zeitlupentempo, einfache, kurze Sätze bilden und Pausen einlegen, damit der Betroffene die Information verarbeiten und gegebenenfalls Fragen stellen kann. Hilfreich sind auch kurze, präzise W-Fragesätze (Wer? Was? Wie? Wann? Warum? Wo? Wohin?). Diese sind leichter von den Lippen abzulesen und können unter Umständen nur durch ein bestimmtes Kopfnicken vom Gehörlosen beantwortet werden.

Auch Dialekte, Fremd- oder Modewörter sollten so weit wie möglich vermieden werden. Generell gilt, unnatürliches oder übertriebenes Sprechen erschwert meist das Ablesen vom Mund und das Verstehen (vgl. www.witaf.at).

Es ist vorteilhaft, sich im Laufe des Gespräches durch Rückfragen zu vergewissern, ob der Patient alles richtig verstanden hat. So kann von vornherein Verständigungsproblemen vorgebeugt werden. Kann der Gehörlose dem momentanen Gesprächsverlauf nicht folgen, ist es sinnvoll, die übermittelte Information zu wiederholen bzw. Satz- und/ oder Wortwahl zu wechseln. Auch bei mehrmaligem Nichtverstehen, sollte der Gesprächspartner freundlich und geduldig bleiben und sich Zeit nehmen, das Gesagte öfter und mit anderen Worten zu wiederholen. Spürt nämlich der Gehörlose Ungeduld und Verärgerung, täuscht dieser unter Umständen aus Verunsicherung und Angst vor, verstanden zu haben. So entstehen oft schwere Missverständnisse (vgl. www.witaf.at).

Unterstützend in Gesprächen können Mimik, Gestik, Körpersprache und natürliche Gebärden eingesetzt werden. Dadurch kann Gesagtes hilfreich untermauert werden und das Verstehen fällt für den Patienten leichter. Jeder von uns kennt „natürliche Gebärden“ für Durst, Hunger oder Schmerzen. Pflegepersonen können versuchen, auch ohne Gebärdensprachkenntnisse mit Hilfe von Gebärden zu kommunizieren.

Als Hilfestellung empfiehlt sich trotzdem das Gebärdenhandbuch „Medizinisches Handbuch. Österreichische Gebärdensprache“ für medizinische Fachvokabular, herausgegeben durch den Österreichischen Gehörlosenverbund. Zumal können in diesem Buch Gebärdenzeichen nachgeschlagen werden, beziehungsweise durch das Vorlegen des entsprechenden Bildes bestimmte Themen in einem Gespräch angekündigt und übermittelt werden (vgl. www.witaf.at).

Wird ein bestimmtes Wort nicht verstanden, kann es natürlich auch aufgeschrieben werden, vor allem bei Eigennamen von Medikamenten, Untersuchungen und dergleichen. In vielen Fällen können ohnehin Informationen schriftlich übermittelt werden, damit sie nicht falsch verstanden werden. Denn im Krankenhaus sind Fachausdrücke nicht immer zu vermeiden. Voraussetzung dafür ist jedoch immer, dass der Betroffene die Deutsche Schriftsprache beherrscht. Trotzdem soll darauf geachtet werden, dass nur das Nötigste und wichtige Informationen niedergeschrieben werden, damit eine zwischenmenschliche Kommunikation und Interaktion nicht unterbunden werden. Aber auch das Fingeralphabet kann für Eigennamen oder Fremdwörter eingesetzt werden. Dieses kann relativ von Gehörlosen erklärt werden und bedarf nur wenig Zeitaufwand, um es zu erlernen (vgl. www.witaf.at).

Lange Gespräche mit Gehörlosen können den Betroffenen, da Absehen vom Mund eine hohe Konzentration erfordert und aufgrund der ständigen Anstrengung, etwas zu verstehen, schnell ermüden. Daher ist das Verständnis aufzubringen, wenn er sich zurückziehen möchte, um sich zu erholen (vgl. www.witaf.at).

5.1.10. Gebärdensprachliche Kommunikation

Bevorzugen Betroffene eine Gesprächsführung in Gebärdensprache, sollte vorab mit dem Patienten geklärt werden, ob ein Gebärdensprachdolmetscher gewünscht ist. Dieser ist in jedem Fall frühzeitig zu bestellen und ein fester Termin für Untersuchungen, geplante Aufnahmen etc. zu vereinbaren. Aber auch bei Verständigungsschwierigkeiten im Pflegealltag darf nicht davor gescheut werden, einen Dolmetscher in Absprache mit dem Patienten bei inhaltlich wichtigen Themen hinzu zu ziehen (vgl. www.oegsdv.at).

Dieser kann in allen Fällen die Kommunikation um vieles erleichtern und vor allem dafür sorgen, dass umfassende Informationen dem Gehörlosen auf eine Weise vermittelt werden, die seiner natürlichen Sprache entspricht, die Gebärdensprache. Gesetzlich hat jeder Patient ein Recht auf Aufklärung, auch der gehörlose Patient. Deshalb ist es wichtig, frühzeitig an die Möglichkeit eines Dolmetschers zu denken und das Hintergrundwissen, in welcher Weise die Anforderung dessen erfolgen kann (vgl. www.oegsdv.at).

In folgenden Situationen ist ein Dolmetscher sinnvoll: Aufnahme des Patienten, Anamnesegespräch, Untersuchungen, diagnostische und therapeutische Gespräche, Vor- und Nachbereitung von Operationen, Abschluss- und Entlassungsgespräche. Besonders wichtig für die Pflege ist die Durchführung eines Anamnesegesprächs im Beisein eines Dolmetschers, denn nur durch genaue Erfassung der gesundheitlichen Probleme und Defizite kann eine optimale und ganzheitliche Betreuung erfolgen. Die anfallenden Kosten für die Bestellung eines Gebärdensprachdolmetscher werden in Österreich vom Fond Soziales Wien im Rahmen eines Jahresbudgets für medizinische Leistungen, auf welches der Gehörlose zurückgreifen kann, übernommen (vgl. www.oegsdv.at).

In jedem Fall können auch Angehörige, falls vom Patienten erwünscht, in Gespräche miteinbezogen werden. Vor allem in der Informationssammlung können diese helfen, Daten zu erfassen bzw. als Übersetzer ihre Dienste in Anspruch genommen werden. Hier ist jedoch immer individuell abzuklären, in welchem Ausmaß der Patient damit einverstanden ist. Dasselbe gilt für Personen, die im Krankenhaus tätig sind und der Gebärdensprache mächtig sind. Auch hier ist die Verschwiegenheitspflicht zu beachten und auch die Tatsache, in wieweit ein Außenstehender einer Gebärdensprachübersetzung mit medizinischen Fachbegriffen mächtig ist (vgl. www.oegsdv.at).

5.1.11. Verhaltenstipps für Pflegepersonen

Damit eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patienten und Pflegeperson entstehen kann bzw. um diese zu gewinnen, soll grundsätzlich die Nähe zum Patienten gesucht werden. Eine offene Körperhaltung, Freundlichkeit und Geduld signalisiert dem Gehörlosen die Bereitschaft, sich auf ein „Gespräch“ einlassen zu wollen und zeigt Interesse an seinen Bedürfnissen. Das Ziel ist, Vertrauen zu übermitteln und wertvolle Informationen über das Befinden des Patienten zu gewinnen. Bei Körperkontakt wie Händeschütteln, Berühren oder Streicheln sind jedoch die Bedürfnisse oder Abneigungen individuell im Einzelfall zu berücksichtigen, grundsätzlich haben Gehörlose aber viel weniger Scheu vor Berührungen als Hörende (vgl. www.visuelles-denken.de).

Vor dem Betreten des Krankenzimmers gebietet es der Anstand, an die Tür zu klopfen. Auch gehörlosen Patienten kann dieser Respekt entgegen gebracht werden, indem ersatzweise die „Lichthupe“ betätigt wird. Zumindest soll der Gehörlose extra begrüßt werden, denn es kann vorkommen, dass er Hereinkommende nicht bemerkt hat. Umgekehrt wird der Gehörlose nach dem Klopfen an der Tür nicht abwarten, dass „Herein“ gerufen wird. Der Betroffene muss sich durch Blickkontakt vergewissern, ob er willkommen ist (vgl. www.visuelles-denken.de).

Vor Pflegehandlungen ist es wichtig, den Patienten darüber zu informieren und den Ablauf genau zu erklären, um Ängste und Misstrauen vorzubeugen. Keinesfalls sprechen und Pflegehandlungen/hinweisende Bewegungen zeitgleich ausführen. Gehörlose können nicht gleichzeitig Sprache von den Lippen ablesen und Bewegungen folgen. Bei Informationsaustausch oder Pflegehandlungen muss daher konzentriert darauf geachtet werden, abwechselnd zu sprechen und zu handeln. Bei einigen Pflegehandlungen am Patienten bedarf es außerdem während der Ausführung nicht zwangsläufig einem Gespräch.

In diesem Fall kann auf der Ebene der Basalen Stimulation gearbeitet werden und dem Patienten dadurch, Informationen über angewandte Pflege übermittelt werden. So zeigt zum Beispiel die Initialberührung den Beginn einer Pflegehandlung an oder ein fester Händedruck das Ende. Es muss jedoch immer auf die Art und Qualität der Berührung geachtet werden. Berührung soll konstant mit bestimmten, gleichmäßigen Druck ausgeführt werden, aber keinesfalls zu fest. Die Finger der Hand bleiben geschlossen, um eine möglichst große Auflagefläche zu erhalten und eine Hand soll beim Umgreifen den Körperkontakt aufrecht halten. Gleichmaßen kann eventuell in manchen Situationen auf Einmalhandschuhe verzichtet werden, um die Berührungsqualität zu verstärken. Wichtig ist, wie bei jedem Patienten, dem Betroffenen Lob und Bestätigung durch Blickkontakt zu zeigen. Oft gelingt dies durch ein einfaches Lächeln, Kopfnicken oder Anwenden von ermutigenden Gesten (vgl. www.visuelles-denken.de).

Krankenbeobachtung ist ein wichtiger Bestandteil der Pflege. Das Pflegepersonal ist bei gehörlosen Patienten, die sich unter Umständen nicht ausreichend verständigen können, noch mehr gefordert, wachsam für nicht sprachliche Signale zu sein. Gestik ist die Sprache des Körpers. So übermitteln Körperhaltung, Gangbild, Bewegung, Mimik und Gestik dem Gesprächspartner eine Fülle von nonverbalen Informationen. So werden zum Beispiel Schmerzen, Unwohlsein, Übelkeit und dergleichen von jedem Menschen instinktiv durch eindeutige Körpersprache zum Ausdruck gebracht. Die Aufgabe des Pflegepersonals ist, diese Anzeichen frühzeitig zu erkennen und folgerichtig zu handeln (vgl. www.visuelles-denken.de).

In bestimmten Situationen kann es sehr hilfreich sein, auf gemeinte Körperstellen zu zeigen, sowie Bilder und anatomische Modelle zu nutzen, um ein besseres Verständnis zu erzielen. So können Informationsgespräche, aber auch Visiten und dergleichen für den Betroffenen um vieles einfacher gestaltet werden. In vielen Fällen hilft es sogar, eine einfache Skizze anzufertigen oder Stichworte aufzuschreiben.

Auf dem Nachtkästchen sollen immer Papier und Stift bereit liegen (vgl. www.visuelles-denken.de).

Negativ sind auf jedem Fall Gespräche von Pflegepersonen untereinander während Pflegehandlungen, die den Patienten nicht mit einbeziehen. Wird über den Patienten hinweg eine Unterhaltung geführt, erleben dies viele Patienten, auch hörende Personen, als Desinteresse gegenüber der eigenen Person. Bei gehörlosen Patienten kommt noch hinzu, dass sie dem Gesprächsinhalt nicht folgen können. Sie fühlen sich unter Umständen noch mehr ausgegrenzt, verletzt und einsam. Gehörlose müssen daher in Gesprächsrunden unbedingt mit einbezogen werden. Vorab können kurze Hinweise gegeben werden, worüber gesprochen wird, damit der Gehörlose dem Gespräch besser folgen kann. Besonders in langen Gesprächen ist es sinnvoll, immer wieder das Thema oder Stichworte bekannt zu geben. Dadurch wird vermieden, dass er sich ausgeschlossen fühlt, denn Einsamkeit und Verlassenheit in einer Gruppe verletzen mehr, als allein in einem Zimmer zu sein. Gibt ein Hörgeschädigter in einem Gespräch falsche Antworten darf er unter keinen Umständen ausgelacht werden, weil er falsch verstanden hat. Der Gesprächspartner soll ruhig und locker erzählen, was er als komisch empfunden hat. In der Regel wird der Gehörlose mit Humor reagieren. Auch Gehörlose brauchen eine Beschäftigung während ihres Krankenhausaufenthaltes. Ihnen kann daher auf jeden Fall ein Fernsehgerät, Zeitschriften, eine Unterhaltung oder dergleichen angeboten werden. Eventuell kann dem Betroffenen auch ein Zugang zum Internet ermöglicht werden (vgl. www.visuelles-denken.de).

5.1.12. Kommunikationsregeln bei Gehörlosen

Da die Gebärdensprache eine visuelle Sprache ist, sollten einige Dinge beachtet werden, darauf legt der Wiener Taubstummen – Fürsorgeverband (Witaf) wert:

- Gehörlose Menschen spüren Vibrationen. Durch Klopfen mit dem Fuß auf den Boden kann man sich bemerkbar machen.
- Den Gehörlosen beim Sprechen ansehen, so hat er die Möglichkeit von den Lippen abzulesen.
- Es ist ebenfalls wichtig, für gute Lichtverhältnisse zu sorgen und Gegenstände, die den Blickkontakt beeinträchtigen, zu entfernen.
- Kaugummi kauen und Zigaretten rauchen vermeiden.
- Langsam und deutlich sprechen und kurze, klare Sätze verwenden. Fremdwörter und Dialekt- Ausdrücke vermeiden.
- Bei schwierigen Wörtern ist aufschreiben hilfreich.
- Die Verwendung von Mimik, Gestik und natürlichen Gebärden (z.B.: essen, schlafen,...) hilft beim verstehen. Sprechen Sie ruhig mit „Händen und Füßen“.
- Auch wenn ein Gehörloser nach dem zweiten Wiederholen immer noch nichts verstanden hat, darf man nicht die Nerven verlieren, sondern sollte den Begriff lieber anders umschreiben.
- Wenn Sie Gehörlosen etwas mitteilen wollen, können Sie auch das Fingeralphabet benutzen.
- Nicht durcheinander, sondern nacheinander sprechen (www.witaf.at).

Da gehörlose Menschen nicht das Telefon benützen können, müssen unbedingt Faxnummern und Email-Adressen angegeben werden. Bei der Kommunikation mit schwerhörigen und gehörlosen Menschen müssen Ärzte und Fachpersonal folgende Punkte beachten, wie sie Srb- Rössler in ihrer Broschüre BIZEPS darstellt:

- Gehörlose Menschen zur Kontaktaufnahme immer auf die Schulter tippen, nie auf den Rücken
- nicht leise von hinten nähern
- Gespräche in schallarmen Räumen führen
- nicht ins Ohr sprechen (Zischlaute sind schwer verstehbar)
- Umgebungsgeräusche vermeiden (schwerhörige Menschen sind durch Hörgeräteverstärker lärmempfindlicher, z. B. verursacht das Hantieren mit Metall Schmerzen)
- Einverständnis des gehörlosen Patienten und Entscheidungsrecht vor Hinzuziehen eines Gebärdensprachdolmetschers einholen
- leise Nebenbemerkungen vermeiden bzw. alles Gesagte dem Betroffenen mitteilen
- Lichteinfall beachten
- Blickkontakt halten, um das Lippenabsehen/“-ablesen“ zu ermöglichen
- gut, aber nicht übertrieben stark artikulieren
- nicht zu schnell oder zu laut sprechen
- nicht andere Personen für den Betroffenen antworten lassen
- bei wichtigen Mitteilungen nachfragen, ob alles verstanden wurde

An Krankengeschichten und Überweisungen hat für das Personal gut sichtbar der Vermerk „Patient ist gehörlos“ bzw. „Patient ist schwerhörig“ angebracht zu werden. Es muss Rücksprache mit den Patienten gehalten werden.

Physiotherapeuten müssen darauf achten, dass schwerhörige und gehörlose Patienten meist auf das Lippenabsehen/“-ablesen“ angewiesen sind und daher nicht gleichzeitig hören/verstehen und eine Übung beobachten können.

Visuelle Ausstattung: Warteräume müssen mit visueller Beschriftung und einem visuellen Aufrufsystem ausgestattet sein.

Glasplatten an Aufnahmestellen sind zu vermeiden (Spiegelung) oder müssen zumindest eine große Öffnung in Mundhöhe haben, um das Absehen/“Ablesen“ vom Gesicht zu ermöglichen.

Für Krankenhauspersonal (Ärzte, Pflegepersonal usw.) sollten vermehrt Gebärdensprachkurse auf freiwilliger Basis angeboten werden. Derzeit gibt es Gebärdensprachkurse für Schwesternschüler am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und an der Semmelweislinik im Rahmen der Ausbildung.

Es sollte auch bei gehörlosen Menschen das 4-Augen-Gespräch gewahrt bleiben. Somit wäre es der Idealfall, wenn Ärzte oder das Fachpersonal selbst der Gebärdensprache mächtig sind.

In speziellen Gesundheitseinrichtungen für gehörlose Menschen muss Gebärdensprachkompetenz Aufnahmekriterium sein, sodass zumindest dort die Möglichkeit eines 4-Augen-Gesprächs mit dem jeweiligen Facharzt sichergestellt ist. Außerdem ist darauf zu achten, dass die wichtigsten Fachrichtungen dort vertreten sind.

Es sollten in Arztpraxen und Gesprächsräumen raumakustische Maßnahmen durchgeführt werden und eine Induktionsanlage installiert werden.

Gesetzliche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden wie z. B. für Dolmetschkosten. Falls von gehörlosen Patienten ein Gebärdensprachdolmetscher gewünscht wird und das Bundessozialamt die Kosten nicht übernimmt, sollten Dolmetschkosten vom jeweiligen Sozialversicherungsträger übernommen werden (Srb – Rössler 2005, S.87).

5.2. Bereiche eines Krankenhauses

In diesem Abschnitt werden die einzelnen Netzwerke des Krankenhauses beschrieben und es wird ein Einblick erbracht, wie die Bereiche miteinander verwoben sind.

5.2.1. Stationäre Versorgung

Die stationäre Behandlung erfolgt im Krankenhaus. Es handelt sich um Einrichtungen, in denen primär durch ärztliche und pflegerische Leistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt und gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird. Zu diesen Leistungen tritt noch die Verpflichtung, für Unterbringung und Verpflegung zu sorgen so Haubrock, Peters, Schär:

Die vollstationäre Behandlung

Die teilstationäre Behandlung

Die vor- und nachstationäre Behandlung und

Die ambulanten Operationen.

Bei der Aufteilung der Krankenstationen wird Wert darauf gelegt, eine überschaubare Größe nicht zu überschreiten, aber auch – vor allem wegen der damit verbundenen höheren Kosten – nicht zu kleine Stationen zu schaffen. Die richtige Größe liegt nach allgemeiner Ansicht bei etwa 30-35

Betten. Innerhalb der Krankenstationen sind kurze Wege vor allem für die Tätigkeiten des Krankenpflegepersonals eine wesentliche Grundforderung. Eine Krankenstation sollte außerdem so eingeteilt sein, dass wechselnde Belegungsmöglichkeiten denkbar sind (Frauen, Männer, verschiedene Fachgebiete). Vorteilhaft ist auch die in diesem Zusammenhang erwähnenswerte Tendenz, jedem Krankenzimmer eine Sanitärzone vorzuschalten, die Wascheinrichtungen, Toiletten, Schmutzraum und Abstellmöglichkeiten enthält und das Krankenzimmer gleichzeitig gegen Lärmeinwirkung vom Stationsflur abschirmt (vgl. Beske, 1997, S.126).

Empfehlenswerter Umgang mit gehörlosen Patienten:

Bei stationären aber auch ambulanten Aufenthalten ist es hilfreich, dass nur wenige Pflegepersonen die Betreuung des gehörlosen Patienten übernehmen, sodass sich der Gehörlose auf ein Mundbild einstellen kann. Ein ständiger Wechsel des Personals kann dazu führen, dass wenig Information verstanden wird. Im günstigsten Fall betreut während einer Schicht nur eine Pflegeperson den gehörlosen Patienten im Sinne der Individualpflege. Pflegepersonen, welche Offenheit gegenüber gehörlosen Patienten zeigen sind sicherlich am besten für die Betreuung geeignet. Eventuell gibt es Pflegepersonen, die Erfahrungen im Umgang mit Gehörlosen und Freude an der Arbeit mit ihnen haben bzw. das Fingeralphabet oder Gebärdensprache beherrschen (vgl. www.visuelles-denken.de).

Im Nachtdienst sollte die Nachtschwester bei Rundgängen im Zimmer während der Schlafenszeit den Gehörlosen behutsam auf sich aufmerksam machen, am besten durch Berührung am Oberarm.

Keinesfalls eignet sich die Ankündigung durch die Betätigung der Lichthupe, denn dies bedeutet für den Patienten in der Regel eine abrupte Unterbrechung des Schlafs und dieser erschrickt unter Umständen sehr. Im abgedunkelten Zimmer ist das eigene Gesicht mit einer Taschenlampe zu

beleuchten, damit der Gehörlose die Möglichkeit hat, von den Lippen abzulesen. Eine weitere wichtige Aufgabe ist es, dass gesamte stationäre Team über Verhaltensregeln im Umgang mit gehörlosen Patienten aufzuklären und unterstützende Hinweise zu geben, sodass bestmögliche, interdisziplinäre Betreuung eines gehörlosen Patienten möglich wird (vgl. www.visuelles-denken.at).

5.2.2. Ambulanz

Unter ambulanter Versorgung wird das medizinische Leistungsgeschehen verstanden, das nicht auf die Einrichtungen eines Krankenhauses angewiesen ist. Die ambulante Versorgung durch den Arzt umfasst Leistungen, die von der Feststellung und Bestätigung der Gesundheit bis hin zur Veranlassung von Hilfeleistungen durch andere Gesundheitsberufe gehen können (vgl. Kirschnick, 1996, S.440).

Empfehlenswerter Umgang mit gehörlosen Patienten:

Der Ambulanzbereich stellt für Gehörlose oftmals besondere Schwierigkeiten dar. Aufrufe oder Lautsprecheransagen werden vom Betroffenen nicht gehört, daher muss das Pflegepersonal ins Wartezimmer gehen und sich direkt an den Gehörlosen wenden, um ihn aufzurufen. Er kann persönlich begrüßt werden oder durch Handzeichen und Winken auf sich aufmerksam gemacht werden. Auch hier ist der Vermerk über die Hörschädigung unbedingt in der Karteikarte zu vermerken, die anderen Teammitglieder darüber zu informieren und entsprechende Verhaltensregeln bezüglich der Kommunikation anzuwenden (vgl. www.visuelles-denken.de).

Terminabsprachen sind schriftlich zu dokumentieren. Im Falle von Terminverschiebungen oder spätere Anfragen kann dies nicht telefonisch erfolgen. So sind anstelle des Telefons das Faxgerät, eine SMS oder eine

andere schriftliche Form der Verständigung zu wählen (vgl. www.visuelles-denken.de).

5.2.3. Operation

Für operative Eingriffe am und im menschlichen Körper sind spezielle Räume notwendig. Sie werden in einer Klinik mit chirurgischen Fachabteilungen in einer Operationsabteilung zusammengefasst. Die Räume einer Operationsabteilung sind wie folgt unterteilt: Personal- und Patientenschleuse, Waschräume, Geräte- und Lagerräume, Sterilisationsräume, Aseptische/septische Operationsräume und einem Personalaufenthaltsraum (vgl. Kirschnick, 1996, S.440f).

Um das Einschleppen von Keimen zu vermeiden, sind in Operationsabteilungen spezielle Schutzvorkehrungen notwendig. So dürfen die dort beschäftigten Personen die Abteilung nur über die Personalschleuse betreten. Hier erfolgt das Anziehen der speziellen Schutzkleidung und die Händedesinfektion. Die spezielle Schutzkleidung setzt sich aus folgenden Gegenständen zusammen:

- Hemd und Hose
- Schuhe
- Mundschutz
- Haarhaube.

Die jeweiligen Hygienepläne sind zu beachten (Kirschnick, 1996, S.440).

Operationsabteilungen sind aus hygienischen Gründen baulich von den Stationen getrennt. Patienten werden deshalb über eine spezielle Patientenschleuse eingeschleust (Kirschnick, 1996, S.440).

Es gibt Operationsräume, die ausschließlich für aseptische bzw. septische Eingriffe benutzt werden. Die Geräteausstattung und die Einteilung in sterile und unsterile Zonen, ist in allen Operationsräumen ähnlich. Beide Bereiche

sind räumlich getrennt und nur über separate Personal- und Patientenschleusen zu erreichen (Kirschnick, 1996, S.442).

Empfehlenswerter Umgang mit gehörlosen Patienten:

Bei Untersuchungen muss individuell auf die jeweilige Situation eingegangen werden. Der Patient muss im Voraus genau darüber informiert werden, was gemacht wird. Bei Interventionen, die außerhalb des Krankenzimmers stattfinden wie z.B. Röntgen, Therapien, Operationen usw., müssen die Erwartungen der Ärzte und des Pflegepersonals an die gehörlosen Patienten deutlich formuliert werden. Unbedingt muss sich vergewissert werden, ob Anweisungen wirklich verstanden wurden. Vorzugsweise ist der Betroffene zu begleiten. Ist dies nicht möglich, ist der Patient auch über den Weg zu informieren, evtl. eine Skizze anzufertigen. Bei Untersuchungen mit Mundschutz, abgewandtem Gesicht oder in einem dunklen Röntgenraum ist die Kommunikation unterbrochen. Vorher kann ein Verhalten durch Zeichen vereinbart werden, z. B. 2x tippen auf die rechte Schulter bedeutet tief einatmen (vgl. www.visuelles-denken.de).

5.2.4. Visite

Die Visite ist wichtiger Bestandteil der Therapie und Pflege innerhalb des Krankenhauses und bedeutet den Besuch des Kranken durch den Arzt und/oder das Pflegepersonal (Kirschnick, 1996, S.191).

Erwartungen an die Visite wie sie von Kirschnick beschrieben werden:

Patienten

- Medizinische Hilfe
- Information
- Beratung

Pflegepersonal

- Vermittlung der vom Arzt weisungsabhängigen Maßnahmen
- Fachliche Diskussion über angeordnete oder anzuordnende Pflegemaßnahmen

Ärztlicher Dienst

- Fachliche Diskussion über Sinn, Zweck und Erfolg angeordneter und anzuordnender Therapiemaßnahmen

Verschiedene Visitenformen:

- Tägliche Visite durch den Stationsarzt
- Wöchentliche Oberarzt- und/oder Chefvisite
- Verbandsvisite
- Pflegevisite

Vorbereitung

- Bereitlegen aller notwendigen Patientenunterlagen (z.B. Röntgenbilder, Untersuchungsergebnisse)
- Richten benötigter Materialien, z.B. Verbandwagen
- Mitteilung wichtiger Beobachtungen am Patienten vor Beginn der Visite an den Arzt
- Reinigungsarbeiten im Krankenzimmer während der Visite sollen unterbleiben
- Zeitpunkt und Art der Visite müssen allen beteiligten Personen (z.B. Patienten, Pflegepersonal) bekannt sein

Ablauf der Visite

- Zeitliche Freiräume für Patientenfragen einplanen
- Patienten sollen sich zur Visite im Krankenzimmer aufhalten
- Bettruhe ist nur bei bestimmten Patienten notwendig
- Die verantwortliche Pflegeperson steht dem verantwortlichen Arzt gegenüber

- Angeordnete Maßnahmen werden sofort schriftlich dokumentiert und abgezeichnet

Nachbereitung der Visite

- Sachgerechte Versorgung aller benötigten Gegenstände
- Ausarbeitung und Aktualisierung der angeordneten Maßnahmen (z. B. Änderung von Pflegeplänen, Anmeldung von Untersuchungen) (Kirschnick, 1996, S.191).

Empfehlenswerter Umgang mit gehörlosen Patienten:

Während der Visite kann das Pflegepersonal dazu beitragen, die Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu optimieren. Besonders bei Arztvisiten, wo oft bis zu 10 Ärzte und Schwestern das Krankenbett umlagern, muss genügend Zeit für eine angemessene Kommunikation eingeplant werden, damit der Patient das Gespräch versteht und alle Zusammenhänge erfasst. Die Gesprächsführung muss immer mit dem Patienten und nie über ihn erfolgen. Nach einem Gespräch zwischen Personal untereinander muss der Betroffene immer über die Gesprächsinhalte nachträglich informiert werden (vgl. www.visuelles-denken.de).

6. Aktueller Forschungsstand zum Thema Gehörlose im Krankenhaus

„In allen Dingen der Natur ist etwas Wunderbares.“ (Aristoteles 384 – 322 v. Chr.)

Im Zuge der Forschungsarbeit zum Thema Gehörlose im Erleben und Erfahrungen im Krankenhaus wurde in folgenden Datenbanken recherchiert: Medline, Cinahl, Pubmed, Hamburger Bibliothek

Es wurde mit folgenden Schlagwörtern gesucht: gehörlos, Körpersprache, Krankenhaus, Pflege bei gehörlosen Patienten, Deaf, Hospital, Nurse

Die Literatursuche zeigte, dass es über diese Thematik kaum Studien aufzufinden sind, welche sich im speziellen mit der Problematik der Gehörlosen im Krankenhaus auseinandersetzen. In diesem Bereich der Pflege, als auch der Medizin scheint es noch einen Aufholbedarf zu geben. Bei der Recherche wurde der Eindruck erweckt, dass das Thema der Gehörlosigkeit in beiden Bereichen sehr wenig Aufmerksamkeit erhält.

Es gibt zwar Studien und Publikationen, doch diese behandeln das Thema der Cochlea-Implantate, deren Weiterentwicklung und Chancen im Kindesalter und bei Jugendlichen wie folgende Autoren in ihren Studien publizieren.

Studie 1: „Early natural auditory-verbal education of Children with profound hearing impairments in der Federal Republic of Germany: results of a 4 year study“ von Diller, Graser, Schmalbrock.

Studie 2: „Temporal envelope expansion of speech in noise for normal-hearing and hearing-impaired listeners: effects on identification performance and response times“ von Apoux, Crouzet, Lorenzi.

Studie 3: „Factors Associated with Development of Speech Perception Skills in Children Implanted by Age Five von den Autoren Geers, Brenner und Davidson

Die aufgezählten Studien sollten aufzeigen, dass die Gebärdensprache in naher Zukunft aussterben wird, weil mehr und mehr Cochlea- Implantate eingesetzt würden – die Gehörlosen betrachten diese Entwicklung aber sehr kritisch und stehen dem Implantat teilweise sehr skeptisch gegenüber (vgl. <http://www.uni-mainz.de/FB/medizin/asu>).

In der folgenden Studie wird eine Forschungsarbeit aus der Literaturrecherche vorgestellt, welche das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin aus Deutschland unter der Leitung von Prof. Dr. Eva Münster und Dr. Johannes Höcker ermittelt.

Studie 4:

Gehörlose Menschen sind in Deutschland medizinisch benachteiligt – Studie will Status quo aufdecken, welche von Feber bis März 2009 im Internet durch eine Videobefragung durchgeführt. Es sollte bis zum Sommer 2009 eine Auswertung erfolgt sein, jedoch wurden die Ergebnisse bis dato nicht publiziert.

Ein medizinischer Notfall ist oftmals schon bedrohlich genug, aber für gehörlose Menschen kann er sich selbst in einem weniger schlimmen Fall zur Katastrophe auswachsen: Viele der Gehörlosen können sich verbal nicht detailliert ausdrücken, medizinischem Personal fehlt oft die Sensibilität im Umgang mit Gehörlosen und Dolmetscher sind in Notfällen kaum verfügbar. Aber auch in der normalen medizinischen Versorgung, vom Arztbesuch bis zur Teilnahme an Präventionskursen, sind Gehörlose in unserer Gesellschaft schlechter gestellt.

Die Verantwortlichen der Studie wollten die Gehörlosen in ihrer eigenen Sprache ansprechen und daher wurden die Fragen nämlich in Gebärdensprache gestellt und in einem Gebärdenvideo im Internet gezeigt. Die Antworten können direkt am PC angeklickt werden. Die Fragen die es zu beantworten gilt, betreffen zum Beispiel die eigentliche Erkrankung, die Beschaffung von Informationen und Kenntnisse über die staatlichen Unterstützungen, die Zufriedenheit mit Arzt und Krankenhaus oder Hilfen beim Übersetzen.

Dass die Betroffenen selbst sehr daran interessiert sind, zeigt die gute Resonanz, denn es haben bereits in den ersten Wochen über 800 Teilnehmer den Internet-Fragebogen ausgefüllt. (vgl. <http://www.uni-mainz.de/FB/Medizin/asu>).

Teil II: Empirische Darstellung des Forschungsthemas der Gehörlosigkeit

„Wer sichere Schritte tun will, muss sie langsam tun.“ (Johann Wolfgang von Goethe)

Im zweiten Abschnitt der Diplomarbeit wird es sich, um die Bewältigung mehrere Krankenhaussituationen bei Gehörlosen Patienten handeln. Über deren Berichterstattung soll nun die Datenauswertung, Analyse und Datenerhebung stattfinden. Es wird auch eine Diskussion und Konklusion der Ergebnisse erörtert werden. Wie wirken sich die verschiedenen Aspekte und Bedingungen für Gehörlose im Krankenhaus aus.

7. Methodologie

In diesem Kapitel wird die Vorgehensweise der empirischen Untersuchung näher beschrieben. Ich möchte zuerst auf den Forschungsansatz und der Methode der Datenerhebung eingehen und weiterführend darüber berichten, wie die gewählte Forschungsmethode und die Stichprobe dargestellt werden. Weiters werden ethnische Überlegungen beschrieben und danach erfolgt die Datenauswertung und Datenanalyse.

7.1. Forschungsansatz

In der zugrunde liegenden Arbeit wurde nach dem Erleben und den Erfahrungen Gehörloser Menschen im Krankenhaus und deren Aspekte in ihrer jeweiligen Situationen erfragt.

Ausgangspunkt einer Befragung sind die Anliegen und Erkenntnisinteressen des/der Forscher/in. Die Interessen des/der Forscher/in sind so etwas wie die Tür zum untersuchten Forschungsfeld (Konrad 2001, S.17).

Erst nachdem sich öffentliche und private Institutionen für die Meinung des „Bürgers auf der Straße“ zu interessieren begannen, wuchs allmählich ein Bewusstsein für die Notwendigkeit größerer demoskopischer Umfragen und damit auch für die hierfür erforderlichen Erhebungsinstrumente.

Das Interview entwickelte sich zum „Königsweg der praktischen Sozialforschung“ (Konrad 2001, S.33f).

In der qualitativen Forschung wird der Mensch ganzheitlich betrachtet. Man geht davon aus, dass Menschen komplexe Wesen sind, die sich durch ihren persönlichen Ausdruck voneinander unterscheiden. Wahrheit ist hier nichts Objektives sondern etwas Subjektives. Wahrheit ist auch immer Kontext, vom Zusammenhang abhängig. In der qualitativen Forschung will man die Erfahrungen eines Menschen in seiner natürlichen Umgebung untersuchen und herausfinden, welche Bedeutung sie für ihn haben (vgl. Mayer 2002, S.71f).

Qualitative Forschung ist daher nicht theoriegeleitet, sondern theoriebildend. Da die Theoriebildung ein Schließen vom Besonderen auf das Allgemeine darstellt, ist die Denklogik qualitativer Forschung induktiv. Aus diesen Gründen ist die Datenerhebung in der qualitativen Forschung offen. Der Prozess der Datenerhebung und Auswertung wird flexibel gestaltet, d.h. Instrumente und Vorgehensweise werden an den Daten und den Erfahrungen der Menschen, die man beforscht weiterentwickelt. Die Erhebungsinstrumente wollen das subjektive Erleben „einfangen“, daher sind sie nicht oder höchstens halb standardisiert. Die Daten werden mit Hilfe von interpretativen Methoden ausgewertet. Das Ergebnis einer solchen Auswertung sind keine numerischen Daten, sondern Beschreibungen (vgl. Mayer 2001, S.66f).

Die Schwierigkeiten der Gehörlosigkeit haben für die betroffenen Menschen große Auswirkungen auf die Interaktion und Kommunikation, welche in der Betreuung der Patienten im Mittelpunkt stehen sollten. Bei den Forschungsfragen in der Diplomarbeit galt es zu erforschen, wie sich die Erfahrungen gehörloser Menschen im Krankenhaus und deren Situation erleben, wie sie mit den Situationen umgehen und welche Bereiche hier eine Rolle spielen.

Um die persönliche Sichtweise und die Darstellung des subjektiven Erlebens Gehörloser Menschen im Krankenhaus zu untersuchen, eignet sich der qualitative Forschungsansatz, der sowohl bei der Erhebungs- und Auswertungsmethode angewendet wird.

Für die Datenauswertung werden nun folgende qualitative Gütekriterien, welche nach Mayring beschrieben sind, aufgelistet:

Verfahrensdokumentation

In der qualitativen Forschung ist das Vorgehen sehr spezifisch und auf den jeweiligen Gegenstand bezogen. Daher werden die Methoden meist speziell für diesen Gegenstand entwickelt oder differenziert. Das muss bis ins Detail dokumentiert werden, um den Forschungsprozess nachvollziehbar zu machen. Dies betrifft die Explikation des Vorverständnisses, Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums, Durchführung und Auswertung der Datenerhebung. Diese Arbeit kann dem Gütekriterium der Verfahrensdokumentation gerecht werden, indem der gesamte Forschungsprozess einschließlich des theoretischen Vorverständnisses genau dargestellt wurde.

Argumentative Interpretationsabsicherung

Interpretationen spielen eine entscheidende Rolle in qualitativ orientierten Ansätzen, deshalb bezieht sich eine Qualitätseinschätzung besonders auf interpretative Teile.

Dabei gilt die Regel, dass Interpretationen argumentativ begründet werden müssen. Die Interpretationen muss in sich schlüssig sein, wo Brüche sind müssen sie erklärt werden. Schließlich ist es besonders wichtig nach Alternativdeutungen zu suchen und sie zu überprüfen.

In dieser Arbeit wurde versucht diesem Kriterium insofern gerecht zu werden, als dass alle Interpretationen mit Originalzitaten aus den Interviews unterlegt und damit argumentiert wurden.

Regelgeleitetheit

Das Material muss nach bestimmten Verfahrensregeln systematisch bearbeitet werden. Die Analyseschritte werden vorher festgelegt, das Material wird in sinnvolle Einheiten unterteilt und die Analyse wird systematisch von einer Einheit zur nächsten durchgeführt.

Das Kriterium der Regelgeleitetheit konnte insofern erfüllt werden, als dass die Datenbearbeitung nach dem Prinzip der Datenanalyse nach Mayring erfolgt ist, wodurch ein systematisches Vorgehen gewährleistet wurde.

Nähe zum Gegenstand

In der qualitativen Forschung versucht man in die natürliche Lebenswelt der Beforschten zu gehen. Wichtig dabei ist eine Interessensübereinstimmung mit den Beforschten zu erreichen und ein offenes gleichberechtigtes Verhältnis herzustellen um eine größtmögliche Nähe zum Gegenstand zu finden.

Diesem Anspruch konnte in der Arbeit insofern nachgekommen werden, als dass die Forscherin vor den Interviews Expertengespräche führte, und über eine Stellvertreterin eines Vereins mit den Interviewpartnern Kontakt aufnehmen konnte. Bei den Interviews wurde auf die besonderen Bedürfnisse der Interviewpartner im Hinblick auf ein angenehmes ungestörtes Gespräch, geachtet.

Kommunikative Validierung

Die Gültigkeit der Ergebnisse und der Interpretationen kann man überprüfen, indem man sie den Beforschten vorlegt und mit ihnen diskutiert. Finden sich die Befragten in den Analyseergebnissen wieder ist ein wichtiges Argument zur Absicherung der Ergebnisse. Um eine zusätzliche Belastung der Interviewteilnehmer, durch eine weitere Inanspruchnahme ihrer Zeit zu vermeiden, wurde diesem Gütekriterium in dieser Arbeit nicht nachgekommen (vgl. Mayring 2002, S.144ff).

7.2. Methode der Datenerhebung

Um einen besseren Einblick in die Situation der Gehörlosen Menschen und deren Erlebnisse eines Krankenhausaufenthaltes aufzuzeigen wurde als Methode der Datenerhebung das qualitative Interview gewählt.

In qualitativen Interviews ist der Grundgedanke eingebettet, dass die Betroffenen selbst zur Sprache kommen und ihre eigene, subjektive Deutung von Ereignissen und Erlebnissen zu erfassen. In der Pflegeforschung hat sich das qualitative Interview als die Methode der Wahl etabliert, da sie tiefere Einblicke und Erlebnisse der Befragten in bestimmten Situationen am besten wiedergibt (vgl. Mayer 2002, S.126).

Gruppendiskussion als Forschungsmethode

Das Gruppeninterview ist eine Sonderform der mündlichen Befragung. Es ist eine mündliche Befragung mit mehreren Teilnehmern bzw. ein Gespräch einer Gruppe zu einem bestimmten Thema, welches auf einer gemeinsamen Wahrnehmung der Wirklichkeit erfasst. Die optimale Gruppengröße bewegt zwischen vier und zwölf Teilnehmern, wobei es dafür nur Erfahrungswerte und keinen Standart gibt. Bei den Probanden handelte

es sich um eine homogene Gruppe, d.h. alle Mitglieder waren Gehörlos¹ (vgl. Mayer 2002, S.134f).

Hinsichtlich der Terminologie existiert keine Einigkeit und Einheitlichkeit in den Vorstellungsinhalten, die mit dem Begriff der Gruppendiskussion assoziiert werden – ähnlich wie bei deren methodischer Einordnung. Allgemein kann man die Gruppendiskussion als Gespräch einer Gruppe zu einem bestimmten Thema unter Laborbedingungen auffassen. Die Gruppendiskussion ist eine Erhebungsmethode, die Daten durch die Interaktionen der Gruppenmitglieder gewinnt, wobei die Thematik durch das Interesse des Forschers bestimmt wird (Lamnek 2005, S.26f).

Diese Einordnung ist aber nur begrenzt aussagekräftig, da viele und vieldimensionale Varianten von Befragungsformen existieren, weshalb es kaum möglich erscheint, diese Vielfalt in ein einheitliches Schema zu bringen. Nicht umsonst gibt es entsprechende Klassifikationskriterien für Befragungen, die auf eine multiple Differenziertheit dieser Methode aufmerksam machen. Einige Klassifikationskriterien mögen tatsächlich dafür herhalten, auch Gruppendiskussion als eine Form der Befragung einzuordnen wie bei Lamnek:

- Grad der Standardisierung (standardisiert – teilstandardisiert – nicht standardisiert)
- Kommunikationsart (schriftlich – mündlich)
- Struktur der Befragten (einzeln – Gruppe)
- Intention der Befragung (ermittelnd – vermittelnd)
- Interviewer- Verhalten (hart – neutral – weich).

Verwendet man dieses, für die Befragung entwickelte, Kategorieschema, so lässt sich die Gruppendiskussion als nicht -standardisierte mündliche Form der Befragung von Gruppen mit – zumeist ermittelnder- Intention fassen.

¹ Synonym für Gruppendiskussion

Da es innerhalb des qualitativen Paradigmas in besonderer Weise auf die Schaffung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Befrager und Befragtem sowie auf das Einfühlen in die Situation des Befragten ankommt, ist aus Sicht dieser Position ein weicher bis neutraler Kommunikationsstil seitens des Diskussionsleiters angebracht (Lamnek 2005, S.32).

Zur Anzahl der Diskussionsteilnehmer findet man in der Literatur divergierende Angaben. Lamnek selbst spricht von 9 -12 Diskutanten. Aus seinen Erfahrungen heraus, kann letztlich keine definitive Entscheidung über die „richtige“ Gruppengröße getroffen werden. Die tatsächliche Festlegung und Bestimmung der Gruppengröße sollte unter Berücksichtigung der Probleme, die sich einerseits bei zu kleinen, andererseits aber bei zu großen Gruppen ergeben können, in Abhängigkeit von Fragestellung, Gegenstand und Erkenntnisinteresse erfolgen (vgl. Lamnek 2005, S.109f).

Vorgehensweise bei der Befragung

Ursprünglich war ein Einzelinterview geplant, doch durch die besonderen Umstände hat sich ein Gruppeninterview heraus kristallisiert. Die Forscherin hatte zuvor mit der geschäftsführenden Sekretärin des Wiener Taubstummen- und Fürsorgeverband =Witaf's und gleichzeitiger Übersetzerin per e-mail Kontakt aufgenommen. Sie hat sich auch bereit erklärt das Interview kostenlos zu übersetzen. Sie erhielt den Interviewleitfaden und ein Informationsblatt zugesandt, welches sie im Aushang des Vereins platzierte. Den Mitgliedern des Witaf's wurde so das Interview zur Kenntnis gebracht. Die Teilnehmer/Innen konnten bei der geschäftsführenden Sekretärin des Vereins ihr Interesse bekunden und sich gleichzeitig anmelden, um am Gespräch teilzunehmen. Die Pflegeforscherin hatte einen flexiblen Interviewleitfaden vorbereitet und dieser unterstütze dieses auch während dem Gespräch mit den Gehörlosen.

Durch den besonderen Umstand, dass alle Betroffenen gehörlos waren und die Dolmetscherin übersetzte, entstand in dieser Situation ein Gruppeninterview, wo alle Beteiligten zu Wort kamen. Die Dolmetscherin hatte die Aufgabe das „Gezeigte“ der Gebärdensprache in die Lautsprache zu dolmetschen. Sie übersetzte es laut in die Lautsprache und es wurde auf einem Tonband aufgezeichnet. Um bei der Auswertung des Interviews keine Fehler aufkommen zu lassen, war von der Interviewerin geplant das Gespräch zusätzlich mit einem Video aufzuzeichnen, was jedoch von den Gehörlosen abgelehnt wurde. Die Teilnehmer wurden mit Nummern versehen, sodass beim Auswerten des Interviews nicht mehr nachvollzogen werden kann, wer welche Aussage getätigt hat. Es wurde Ihnen zu Beginn des Interviews versichert, dass alle Aussprüche anonym behandelt werden. Die Anordnung der Sitzplätze erfolgte reihum und am Kopfende saßen die Forscherin und die Dolmetscherin, sodass die Gehörlosen einen guten Blickkontakt zur Übersetzerin hatten.

Die Befragung hat im Wiener Taubstummen- und Fürsorgeverband in einem der Aufenthaltsräume der Gehörlosen stattgefunden. Bei den Räumlichkeiten wurde darauf geachtet, dass dieser ruhig und lichtdurchflutet war, so dass das Gespräch ungestört ablaufen konnte. Dort fanden sich alle Beteiligten für das Interview ein. Es wurde versucht eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, um so den Teilnehmern ein gutes Gesprächsklima zu ermöglichen.

Das Interview dauerte insgesamt 90 Minuten und wurde mit einem Tonband aufgezeichnet und anschließend nach den wissenschaftlichen Standards ausgewertet. Der Interviewleitfaden diente zur Gedächtnisstütze der Forscherin und leitete sie durch die Befragung. Der Leitfaden wurde flexibel eingesetzt, so dass für etwaige offene Fragen während dem Interview noch Freiraum vorhanden war.

Der Interleitfaden findet sich im Anhang wieder und hat folgende Aspekte beinhaltet:

- Erleben der Situation – Betreuung der Gehörlosen durch das Gesundheitspersonal im Krankenhaus und deren Kommunikation
- Erfahrungen in der Situation – Kommunikationssituationen, emotionale Erfahrungen während des KH- Aufenthaltes
- Bewältigung der Situation -- Umgang mit den Gehörlosen, Verbesserungsvorschläge

7.3. Bestimmung der Stichprobe

In der qualitativen Forschung geht es um die Erforschung der persönlichen Wirklichkeit der Befragten, also um einen induktiven Vorgang wo danach eine Theorie aufgestellt werden kann. Ziel ist es, in einer bestimmten Situation einige typische Handlungen herauszufiltern. Die Pflegeforscherin sucht nach ihrem Wissensstand und Erkenntnissen einzelne Fälle für die Befragung aus.

Das Auswahlverfahren der Befragten sollte sowohl nützlich und angemessen sein. Die Stichprobe ist zweckgebunden, d.h. das Auswahlverfahren ist an bestimmte Kriterien gebunden (vgl. Mayer 2001, S.132).

Um die Schwierigkeiten und deren Situation der Gehörlosen Menschen bei einem Krankenhausaufenthalt zu erfahren, wurden die Betroffenen in einem Gruppeninterview befragt. Das Interview wurde durch eine Dolmetscherin begleitet, da sie das Gespräch von der Gebärdensprache in die Lautsprache übersetzte. Es fanden sich insgesamt zwölf Probanden die sich für das Interview bereit erklärten, davon waren elf Frauen und ein Mann anwesend. Die Befragten waren im Alter zwischen 61 und 88 Jahren (61, 62, 64, 66, 66, 69, 70, 82, 84, 85, 85, 88).

Es waren alle Probanden bereits seit der Kindheit ertaubt oder gehörlos. Manche Probanden versuchten durch ein Hörgerät die Gehörlosigkeit zu verbessern, was allerdings in keinem Fall wirklich zu dem gewünschten Erfolg des Hörens führte. Bei allen Teilnehmern lag in den letzten Jahren einen Krankenhausaufenthalt vor.

7.4. Ethische Überlegungen

Jede Forscherin hat die Pflicht sowohl in der Praxis als auch in der Forschung die Rechte der Personen zu wahren. Dem Grundsatz gemäß etwas Gutes zu tun und sie vor Schaden zu schützen, dies sollte auch in der Pflegeforschung selbstverständlich berücksichtigt werden. Ethik in der Forschung hat die Aufgabe die Rechte und Grundsätze an den Personen die an Forschungsstudien teilnehmen nicht zu verletzen (vgl. Mayer 2002, S.55).

Die Pflegeforscherin hat die Aufgabe bei ethisch empirischen Fragestellungen sich an die drei grundlegenden Faktoren des Persönlichkeitsschutzes zu halten, die folgende Punkte umfassen:

- Umfassende Information und freiwillige Zustimmung aller Teilnehmerinnen (= freiwillige Teilnahme);
- Anonymität;
- Schutz des Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden.

Diese ethischen Überlegungen sind in der Diplomarbeit miteinbezogen und die Forschung basierend in diesem Sinne. Diese drei Faktoren werden nun wie folgt näher beschrieben: (vgl. Mayer 2002, S.55ff).

Umfassende Information und freiwillige Zustimmung:

Die Pflegeforscherin hat mit der Geschäftsführenden Sekretärin erstmals telefonisch Kontakt aufgenommen und angefragt, ob es möglich wäre Einzelinterviews durchführen zu können. Es wurde auch nachgefragt, ob ein Dolmetscher/in zur Übersetzung mitkommen könnte. Die Sekretärin, welche selbst auch Dolmetschdienste durchführt, erklärte sich nach einem Telefonat bereit diese Übersetzungsdienst zu übernehmen. Es wurde ein Informationsblatt erstellt, wo über das Thema, Zweck und die Fragestellungen der Arbeit der Pflegeforscherin Interviewteilnehmer/innen sich bereit erklären würden, an einem Interview teilzunehmen. Dieses Informationsblatt wurde im Aushang des WITAF ausgehängt und um Kontaktaufnahme bei der Geschäftsführenden Sekretärin wurde gebeten. Die Interviewteilnehmer/innen stimmten zu Beginn des Interviews mündlich zu. Sie wurden auch über ihr Recht jederzeit aus der Untersuchung auszusteigen informiert.

Anonymität und Vertraulichkeit:

Die Anonymität und Vertraulichkeit wurde den Interviewpartner/innen mündlich auf dem Informationsblatt zugesichert, es wurde darauf hingewiesen dass ihre Identität geheim bleibt. Die Pflegeforscherin achtete darauf dass die Daten an einem sicheren Ort aufbewahrt wurden und nur von ihr eingesehen und bearbeitet werden konnten.

Die Aufbereitung und die Darstellung der Daten erfolgte so, dass keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen möglich sind. Bei sehr kleinen Stichproben in der qualitativen Forschung sollte genau auf dieses Detail geachtet werden. Bei der Aufzeichnung des Gespräches wurden die einzelnen Teilnehmer des Gruppeninterviews mit Nummern versehen, sodass die Anonymität und Vertraulichkeit gewahrt wurde.

Schutz des Einzelnen vor eventuellen physischen und psychischen Schäden:

Schäden die den Teilnehmer durch Forschung zugefügt werden könnten, können körperlich als auch psychischer Natur sein. Die Pflegeforscherin hat die Aufgabe die Untersuchungen genau zu planen und die Risiken möglichst klein zu halten (vgl. Mayer 2002, S.59).

Bei den Beteiligten im Forschungsprojekt handelte es sich um Personen welche alle gehörlos waren und ihre Erfahrungen und Erlebnisse im Krankenhaus mittels Gebärdensprache berichteten. Bei dem Gespräch war von Beginn an eine Dolmetscherin anwesend, der die geschilderten Erlebnisse der Klienten von der Gebärdensprache in die Lautsprache übersetzte und somit auf dem Tonband aufgenommen werden konnten. Das Gruppeninterview wurde in den gewohnten Räumlichkeiten der Klienten durchgeführt, da ihnen die Umgebung bekannt und vertraut war. Es wurde versucht von Seiten der Forscherin und der Dolmetscherin eine angenehme Atmosphäre und Gesprächsklima zu schaffen. Nach dem Interview fand noch eine gemütliche Runde statt, wo alle Teilnehmer in Ruhe miteinander kommunizierten.

7.5. Methode der Datenauswertung

Der erste Schritt nach der Gewinnung des Materials ist die Aufbereitung der Daten. Für das vorliegende Interview, welches in Tonbandaufzeichnungen und somit ebenfalls eine Kommunikation stattgefunden hat, wörtlich und in verschriftlichter Form wörtlich transkribiert. Die Forscherin hat sich mit dem gewonnenen Datenmaterial vertraut gemacht und die Transkription selbst durchgeführt (vgl. Mayer 2002, S.163).

Bei der Auswertung der Daten wurden bestimmte Richtlinien beachtet:
Das es sich um ein Gruppeninterview bei Gehörlosen Menschen handelt, welches durch eine Dolmetscherin übersetzt wurde und gleichzeitig auf einem Tonband aufgenommen wurde, der Text wurde Zeile für Zeile durchnummeriert, damit die Textstellen schneller aufgefunden werden können, im weiteren wurde auf die Wahrung der Anonymität der Gesprächspartner geachtet.

Nach der Aufbereitung der Daten erfolgt die Bearbeitung und Auseinandersetzung des Materials mittels interpretativ - reduktiven Verfahren. Die interpretativ – reduktiven Verfahren hingegen sind deskriptiv. Hier bleibt man beim Offensichtlichen, bei dem, was gesagt wurde bzw. niedergeschrieben ist. Der Text wird reduziert, umschrieben und in Kategorien zusammengefasst, die dann miteinander verknüpft und interpretiert werden (Mayer 2002, S.166).

Um Kategorien richtig bilden zu können, wird als weiteres Vorgehen die Inhaltsanalyse ausgewählt. Diese Vorgangsweise ist induktiv und wird aus dem gewonnen Datenmaterial erhoben und Bezug nehmend auf die Forschungsfragen sehr gut bei offenen Erhebungsverfahren eingesetzt (vgl. Mayer 2002, S.169).

Induktives Vorgehen strebt nach einer möglichst naturalistischen, gegenstandsnahen Abbildung des Materials ohne Verzerrungen durch Vorannahmen des/der Forscher/in und ermöglicht dadurch eine Erfassung des Gegenstandes in der Sprache des Materials (vgl. Mayring 2007, S.75). Eine der bedeutendsten inhaltsanalytischen Verfahren ist die Inhaltsanalyse nach Mayring welche für die eigentliche Datenanalyse dieser Forschungsarbeit verwendet wurde.

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring:

Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse gegenüber anderer Interpretationsverfahren besteht darin, dass die Analyse in einzelne Interpretationsschritte, die vorher festgelegt werden, zerlegt wird. Dadurch wird sie für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar. Das Ablaufmodell der Analyse muss zwar im konkreten Fall an das jeweilige Material angepasst werden, es lässt sich jedoch ein allgemeines Modell zur Orientierung aufstellen (vgl. Mayring 2007, S.53).

Die Bestimmung des Ausgangsmaterials:

Die Inhaltsanalyse ist eine Auswertungsmethode, d.h. sie hat es mit bereits fertigen sprachlichem Material zu tun. Zuerst muss genau definiert werden, welches Material der Analyse zugrunde liegen soll (Mayring 2007, S.47).

Nachdem die Festlegung des Materials, die Analyse der Entstehungssituationen und die formalen Charakteristika des Materials bereits in den vorhergehenden Kapiteln ausführlich dargestellt wurden, sollen im Folgenden die einzelnen Schritte des Ablaufmodells, anhand dessen die Datenanalyse durchgeführt wurde, beschrieben werden (vgl. Mayring 2007, S.61f).

1.Schritt: Bestimmung der Analyseeinheiten

Definition der Inhaltstragenden Teile des Materials. Aus den bearbeiteten Interviews wurden jene Stellen ausgewählt, in welchen die interviewten, Gehörlosen Interviewpartner berichten, welche Erfahrungen und Erlebnisse sie im Krankenhaus erlebt haben und wie sie mit den jeweiligen Situationen umgegangen sind.

2.Schritt: Paraphrasierung

Die einzelnen Kodiereinheiten werden in eine knappe, auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form, umgeschrieben, dabei werden nicht inhaltstragende Textbestandteile fallengelassen.

Die Paraphrasen werden auf einer einheitlichen Sprachebene formuliert und stehen schließlich in einer grammatikalischen Kurzform.

Das mündliche Interview wurde in eine schriftliche Form gebracht und anschließend die Paraphrasen herausgearbeitet.

3.Schritt: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus;
Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau

Aufgrund des vorliegenden Materials wird das Abstraktionsniveau der ersten Reduktion bestimmt. Die Gegenstände der Paraphrasen und die Satzaussagen (Prädikate) werden auf der definierten Abstraktionsebene, generalisiert, wobei darauf geachtet werden muss, dass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind. Paraphrasen die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen, werden belassen. In Zweifelsfällen wird darauf hingewiesen theoretische Vorannahmen zu Hilfe zu nehmen.

Die aus den Paraphrasen gewonnen Aussagen der Gehörlosen Personen in Bezug nehmend zu ihren Erlebnissen und Erfahrungen im Krankenhaus wurden nun zusammengefasst.

4.Schritt: Erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen

Bedeutungsgleiche oder auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht wesentlich inhaltstragende Teile oder inhaltsgleiche Paraphrasen werden gestrichen, zentral inhaltstragende Paraphrasen werden belassen. Auch da werden in Zweifelsfällen theoretische Vorannahmen zu Hilfe genommen.

5.Schritt: Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau

Sich aufeinander beziehende und über das Material verstreute Paraphrasen mit gleichem Gegenstand und ähnlicher Aussage werden zusammengefasst (Bündelung).

Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand beziehungsweise mit gleichem Gegenstand und verschiedener Aussage werden zu einer Paraphrase zusammengefasst (Konstruktion/ Integration). Wieder sind in Zweifelsfällen theoretische Vorannahmen zu Hilfe zu nehmen.

Durch die Reduktion konnten die Aussagen der Gehörlosen Personen in abstrakter Form zu Kategorien eingeteilt werden.

6.Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriesystem

In diesem Schritt werden die verbliebenen Paraphrasen zu Hauptkategorien zusammengefasst.

In der vorliegenden Arbeit wurden folgende Hauptkategorien aufgestellt und zusammengefasst: Medien, Therapien, Selbsterfahrung, Diskriminierung, Kommunikation, Dolmetscher, Krankenhausstrukturen und Krankenhauspersonal.

7.Schritt: Rücküberprüfung des zusammengestellten Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

Am Ende dieser Reduktionsphase muss genau überprüft werden, ob die als Kategoriensystem zusammengestellten neuen Aussagen das Ausgangsmaterial noch repräsentieren (vgl. Mayring 2007, S.61f).

8. Ergebnisse

„Tu erst das Notwendige, dann das Mögliche, und plötzlich schaffst du das Unmögliche.“ (Franz von Assisi)

8.1. Ergebnisse

Der Umgang mit Gehörlosen im Krankenhaus ist wichtig, weil im Zentrum die zwischenmenschliche Kommunikation und soziale Interaktion steht. Sich den anderen mitzuteilen bedeutet nicht nur Informationsaustausch und Anerkennung, sondern auch grundlegende Bedürfnisse der eigenen Person zum Ausdruck zu bringen. Denn gerade Kommunikation bildet die Basis, eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten aufzubauen. Die Hauptkategorien die nun gefunden wurden, sind miteinander verbunden und betreffen den gesamten Bereich eines Krankenhauses. Das wichtigste für die Patienten ist es, bei einem Notfall eine Nachricht wegschicken zu können, dies ist in der Kategorie der **„Medien“** wiedergegeben. Gehörlose Patienten im Krankenhaus haben Sorge, nicht verstanden zu werden und wichtige Details zu missverstehen. Hier können nun durch die Gehörlosigkeit verschiedene Schwierigkeiten auftreten, wie z.B. in den Ambulanzen, im Operationsbereich oder auf den Stationen. Fehlende Kommunikation und ein nicht auf Gebärdensprache geschultes Personal führen zu Wissensdefiziten, Unsicherheit und unter Umständen zur Enttäuschung und Ausgrenzung. Diese Kategorien werden beinhaltet in den Bereich der **„Kommunikation“**, **„Diskriminierung“** und **„Dolmetscher“** und weiterführend die der **„Therapien“**. Nicht zuletzt können Missverständnisse im Gesundheitsbereich ernsthafte Folgen haben. Einfach anwendbare Hilfsmaßnahmen und Verhaltensempfehlungen können jedoch helfen, Kommunikationsbarrieren zwischen Personal und Patient zu überwinden. Dieser Aspekt wird unter der Kategorie

„Krankenhausstrukturen“ und **„Selbsterfahrung“** bestimmt. Entgegengebrachtes Verständnis und Kommunikationsbereitschaft lässt gegenseitiges Vertrauen wachsen und ermöglicht eine bestmögliche medizinische und pflegerische Betreuung. Dies wird in der Kategorie des **„Krankenhauspersonals“** beachtet.

In Folge werden nun die acht Hauptkategorien und deren Unterkategorien dargestellt und beschrieben.

Medien

Die Auswertung des Interviews ergab als erste Hauptkategorie Medien und dessen dazugehörigen Unterkategorien werden nun näher aufgezählt und beschreiben.

Medien

- Untertitel bei Fernsehapparaten
- Auf ausreichende Lichtverhältnisse achten
- Fernsehbeiträge tragen zu einer anderen Sichtweise bei Hörenden
- Technische Apparate bringen Erleichterungen
- Durch moderne technische Geräte kann der Gehörlose selbst Hilfe holen

Die Gehörlosen selbst geben im Interview einige Wünsche an, welche Ihnen im Bereich der Medien wichtig wären.

Untertitel bei Fernsehapparaten:

Die Betroffenen selbst wünschen sich, dass am Fernsehbildschirm Untertitel eingeblendet werden:

„...Mir persönlich fehlt bei den Fernsehapparaten mit Untertitel im Spital. Bravo. Zustimmung von fast allen und lächeln.“

Auf ausreichende Lichtverhältnisse achten:

Die Gehörlosen würden sich wünschen, dass in den Aufenthaltsräumen wo sich der Fernsehapparat befindet, dass auf ausreichende Lichtverhältnisse geachtet werden sollte. Damit der Patient einen guten Blick auf den Bildschirm hat, wenn er noch zusätzlich schlecht sieht.

Das Pflegepersonal sollte versuchen die Situation wahrzunehmen und den Konflikt zu lösen. Es zeigt nicht von Professionalität als Pflegeperson sich einfach wegzudrehen und zu gehen.

„...Ich selbst hab einen Fernseher gehabt im Spital und da gab es aber Nichtraucher- und Raucher-Fernsehzimmer und da haben die Leute immer das Licht abgedreht und ich wollte einfach Licht haben, weil ich ja dann schlecht sehe. Ich hab zur Schwester gesagt: ich möchte gern sehen, weil ich ja den Ton nicht höre. Die Schwester hat nur mit den Schultern gezuckt.“

Fernsehbeiträge tragen zu einer anderen Sichtweise bei:

Durch die regelmäßigen Fernsehbeiträge berichten die Gehörlosen, dass der Umgang und die Schüchternheit gegenüber ihnen im Laufe des Zeitgeschehens sich verbessert haben.

„...Ja das Fernsehen hat auch viel dazu beigetragen, das man weiß, wie man mit Gehörlosen umzugehen hat. Aber es ist generell heute viel besser als vor 30 Jahren. Vor 30 Jahren war es wirklich eine Katastrophe.“

Technische Apparate bringen Erleichterung:

Technische Hilfsmittel sind für Gehörlose wichtig, um kommunizieren zu können, wie z.B.: Faxgeräte, Bildtelefonate. Sie erleichtern im Notfall das Hilfe holen.

„...Erinnerst du dich als meine Mama einen Anfall hatte und wir nicht telefonieren konnten und ich hab dir ein Fax geschickt und du hast den Notarzt gerufen und bist dann gekommen.“

„...Ohne Fax sind Gehörlose jetzt wirklich erschossen.“

Durch moderne technische Geräte kann der Gehörlose selbst Hilfe holen:

Bei einem Notfall rief man früher die Polizei und diese alarmierte die Rettung. Durch die modernen Hilfsmittel kann man heute selbst als Gehörloser die benötigte Hilfe anfordern.

„...Mein Mann hatte einmal vor vielen Jahren eine Nierenkolik um 2:00 Uhr in der Früh und ich hab das bei der Polizei gemeldet, weil früher waren die Polizeistationen offen und dann bin ich nach Hause und die Polizei hat den Arzt verständigt. Aber jetzt sind die Polizeiwachzimmer z. B: wesentlich reduziert, es gibt nicht mehr in jedem Bezirk in unmittelbarer Nähe eine Station und die sind auch in der Nacht zugesperrt.“

„...Es gibt eine Notrufnummer jetzt, früher hats das nicht gegeben und es gibt jetzt – Gott sei Dank – auf Initiative des Witaf auch so eine Notrufnummer die man per Fax bzw. auch per SMS übermitteln kann und da kann ich auch jemanden holen.“

Zusammenfassung:

Die modernen Medien machen es den Gehörlosen möglich, sich bei einem Notfall in der eigenen Wohnung bzw. wenn der Gehörlose in der Umwelt unterwegs ist, sich verständlich zu machen. Dies kann mittels SMS oder Fax- Notruf geschehen, wo der Gehörlose genau beschreibt, wo er sich gerade befindet und was passiert ist. Der Kommunikationsaustausch und die Informationsaufnahme sind heute wesentlich leichter als früher. Trotzdem gibt es noch immer Bereiche, die eine Herausforderung für die Patienten ergeben, wie z.B. im Krankenhaus wenn sie in einem Mehrbettzimmer liegen.

Therapien

Bei der Auswertung ergab sich die zweite Hauptkategorie „Therapien“ und dessen Unterkategorien die nun aufgelistet werden.

Therapien

- Ablehnung der Therapie
- Vorlegen einer Ambulanzkartei
- Bescheid erhalten über die Gehörlosigkeit
- der Gebärdensprache nicht mächtig
- Stationäre Aufnahme zur Weiterbehandlung
- Eingehen der Therapeuten auf die Patienten

Hier nun einige Aussagen von den Gehörlosen wie sie die Therapien wahrgenommen und erlebt haben.

Ablehnung der Therapie:

Eine Therapieform, nämlich die der Psychotherapie konnte nicht angenommen werden, da ein Dolmetscher nötig gewesen wäre.

„...ich hatte Depressionen und hätte eigentlich eine Therapie gebraucht, aber da hätte ich auch einen Dolmetscher gebraucht, also ich hab dann leider keine entsprechende Therapie besuchen können.“

„...Klientin hat die Therapie nicht angenommen, da sie einen Dolmetscher gebraucht hätte.“

Vorlegen der Ambulanzkartei:

Die Patientin hat durch das Vorlegen einer Ambulanzkarte die Therapie beginnen können, da in diesem Fall keine Kommunikation mit dem Spitalspersonal notwendig war.

„...Nur einzig war bei der Therapie bei Bestrahlungen und war ich 3 Wochen durchgehend, aber da ist immer wieder das selbe gemacht worden, da hab ich einfach eine Terminkarte gehabt, bin hingekommen, hab mich ausgezogen, bin bestrahlt worden und bin wieder zurück. Also wir haben überhaupt nicht kommuniziert, die hat aufgrund des Scheines gewusst was los ist und hat mich hingewiesen das wir hingehen sollen, ausziehen, also es war ein kleiner Raum da habe ich gewartet bis die Bestrahlung aus war und bin zurück.“

Bescheid erhalten über die Gehörlosigkeit:

Die Therapien werden von den Ärzten angeordnet und das Personal erhielt Bescheid über die Gehörlosigkeit der Patienten. Die Therapeutin informierte sich über die Umgangsregeln bei Gehörlosen. Die Therapeutin war sehr nett und zeigte sich sehr verständnisvoll und geduldig.

„...ich bin am Montag hingekommen zu dieser Therapie, da waren wirklich viele Leute, 10-12 Personen, und die Therapeutin ist gleich zu mir gekommen und hat gesagt:“ sie sind die Dame die nicht hört, sie hören nicht“ Und ich hab ja gesagt, dann hat sie gesagt kommen sie her und die Therapeutin ist genau vis a vis von mir gestanden und hat immer gesagt: „Schauen sie mich an was ich mache“ und dann hat sie angefangen für mich einfach was vorzuzeigen und habe es nachgemacht, und sie hat sehr gut gesagt, morgen sie wieder und das habe ich 14 Tage so gemacht und das war wirklich gut und dann war es auch gut mit der Hand, sie war aber sehr lieb. Sie hat gesagt:“ Kommen sie, stellen sie sich genau vis a vis und schauen sie.“

„...Therapeutin war sehr nett während der Behandlung.“

Der Gebärdensprache nicht mächtig:

Das Personal konnte nicht gebärden, es hat aber versucht langsam zu sprechen bzw. es wurde langsam gesprochen.

„...Therapeutin konnte Gebärdensprache nicht, zeigt Übungen vor.“

„...Nein, konnte sie nicht. Sie hat irgendwo vorgezeigt, das war im Lorenz Böhler Unfall-Krankenhaus.“

„...Nein, ich war ganz alleine, da konnte keiner Gebärden. Die haben langsam gesprochen.“

„...Therapeutin konnte keine Gebärden, hat sich sehr bemüht.“

Stationäre Aufnahme zur Weiterbehandlung:

Pat. wurde stationär aufgenommen, damit die Therapie durchgeführt werden konnte.

„...in der Ambulanz dort, der Arzt nach dem Unfall hat gefragt ob ich alleine bin. Da hab ich gesagt:“ Ja ich wohne ganz alleine und bin ganz alleine mit der Straßenbahn gekommen und müsste mit der Straßenbahn kommen zu den Therapien.“ Dann hat er gesagt:“ Da müssen sie stationär dableiben 3 Wochen um die Therapien durchführen zu können.“ Das ist aber ganz gut verlaufen.“

„...Zu einem späteren Zeitpunkt stationär aufgenommen, da Infusionstherapie verabreicht wurde.“

„...Pat. alleine zuhause, deshalb stationäre Aufnahme für 3 Wochen im Krankenhaus zur Physikalischen Therapie.“ „...Keine Versorgung zu hause gehabt.“

Eingehen der Therapeuten auf den Patienten:

Die Gehörlosen erwähnten immer wieder, dass das Personal zwar nicht in der Gebärdensprache geschult ist, jedoch kommt es immer wieder auf die/den Therapeuten/in an, welche die Therapie leitet. Die Therapeuten sind nett und bemühen sich auf die Gehörlosen einzugehen und somit fühlen sich diese auch wohl und geborgen.

„...Therapeutin auf die Gehörlosigkeit eingegangen.“ „...Therapeutin sich liebevoll um die Patientin gekümmert.“

„...Patient fühlt sich bei der Therapie wohl.“

„...Therapeutin zeigte, die Übungen vor und Patient kam damit gut zurecht.“

„...Patient hatte im Krankenhaus Therapie, die außerhalb fortgeführt wurde und Arzt hat die Therapeutin informiert.“

Zusammenfassung:

Die Therapien und ihre vielfältigen Möglichkeiten der Anwendungen werden von den Gehörlosen ebenso in Anspruch genommen wie von uns normalen Klienten. Es können Schwierigkeiten entstehen, wenn das Personal die Gebärdensprache nicht beherrscht. Viele Angehörige der Gehörlosengemeinschaft beschreiben aber, dass sich alle Therapeuten sehr bemüht haben und die Übungen vorgezeigt wurden.

Eine andere Form die Therapie zu erledigen ist, dass der Arzt die Therapeuten informiert, dass es ein Gehörloser Patient ist. Es gibt aber auch Therapien die nicht in Anspruch genommen werden können, da ein Dolmetscher notwendig wäre, wie z. b. eine Psychotherapie.

Selbsterfahrung

Als dritte Hauptkategorie etablierte sich die der „Selbsterfahrung“ und deren Unterkapiteln, welche hier beschrieben werden.

Selbsterfahrung

- Erfahrungen weitergeben
- Hilfe holen
- Vertrauen zum Arzt
- Auf sich selbst achten

Hier werden nun Eindrücke von den Gehörlosen wiedergegeben, welche Erfahrungen sie diesbezüglich erlebt haben.

Erfahrungen weitergeben:

Die Gehörlosen geben ihre Eindrücke an die Mitglieder weiter.

„...Gehörlose die im Krankenhaus waren geben ihre Erlebnisse und Erfahrungen an die Gehörlosengemeinschaft weiter.“

Hilfe holen:

In einer Notsituation werden auch fremde Personen angesprochen, damit diese auch Hilfe herbeirufen können.

„...Wer hilft mir! Wer hilft mir!“, ich war so verzweifelt, bin auf die Straße und hab auf der Straße gerufen. Dann hat eine Frau mich beobachtet und ich hab gesagt: „Bitte hilf mir, mein Mann liegt am Boden“, also diese Bekannte, die das gesehen hat, die herunter gekommen ist, hat die Rettung angerufen.“

Vertrauen zum Arzt:

Eine gute vertrauensvolle Beziehung zum Hausarzt, der auch schon die Familienanamnese kennt ist sinnvoll und eine wesentliche Erleichterung für die Gehörlosen.

„...Wichtig ist einfach auch ein ganz guter Hausarzt, ein Vertrauenshausarzt. Also ich hab einen, der heißt genauso wie sie, und mit dem bin ich wirklich hochzufrieden, der hat auch ein Fax, wenn ich dem faxe, der kommt um 10:00 Uhr am Abend und schaut wie es mir geht, was los ist mit mir.“

„...Hausärzte nehmen sich sehr wenig Zeit für Gehörlosen und sind schnell aus der Sprechstunde entlassen.“

Auf sich selbst achten:

Die Angst in ein Pflegeheim zu müssen ist groß und ein einschneidendes Erlebnis, daher versuchen sie solange wie möglich ihre Selbstständigkeit zu erhalten und gesund zu leben.

„...Als je älter ich werde um so mehr Angst habe ich, weil man weiß auch nicht komme ich dann ins Spital noch nach Hause oder nicht, was kommt, was wird, also es gibt Verlustängste wenn man alt ist, auch verliere ich jetzt die Wohnung, muss ich im Spital bleiben, komme ich ins Heim, wie wird das.“

„...Krankenhausaufenthalten löst für Gehörlose Stress und Angst aus.“

Zusammenfassung:

Viele Gehörlose haben sowohl positive als auch negative Erfahrungen in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens erlebt. Diese Erlebnisse geben sie bei den Treffpunkten in der Gehörlosengemeinschaft weiter. Sie sind darum bemüht, dass es ihren Mitgliedern in der Gemeinschaft nicht ebenfalls so ergeht. Der Zusammenhalt ist stärker ausgeprägt als bei anderen Vereinen. Sie achten auch auf ihre Gesundheit und eine guten Beziehungen zu den ihnen vertrauten Ärzten.

Diskriminierung

Als vierte Hauptkategorie ergab sich die der „Diskriminierung“ und deren Unterkategorien werden nun näher beschrieben.

Diskriminierung

- Den Mensch wahrnehmen
- Auswahl des Krankenhauses

- Alleine in einem Zimmer liegen
- Orientierung im Krankenhaus
- Behinderung nicht gleich sichtbar sein

Hier werden die Aussagen der Interviewten über die Diskriminierung dargelegt.

Den Mensch wahrnehmen:

Im Laufe der Zeit haben die Mitmenschen von den Gehörlosen einen anderen Eindruck bekommen. Die Behandlung und der Umgang in den Krankenhäusern hat sich zwar gebessert, aber es gibt noch immer zuwenig geschultes Personal die die Gebärdensprache erlernt hat.

„...Die Zeiten gegenüber Gehörlosen haben sich verändert und sind besser geworden.“

„...Wesentliche Besserung gegenüber Gehörlosen als noch vor 30 Jahren im Krankenhaus.“

„...Gehörlose wollen als wertvolle Menschen wahrgenommen werden.“

„...Patient musste sich im Intimbereich entkleiden, da der Oberarzt einen Blick auf die OP-Stelle werfen wollte. Schwester hat dazu einen derben Ausspruch geäußert, während sich alle entkleideten. Dieses Erlebnis liegt Jahre zurück.“ „...Patient ist sich überfahren vorgekommen.“

Auswahl des Krankenhauses:

Es war ihnen ein großes Anliegen, das sie sich das Krankenhaus selbst aussuchen zu können und nicht aufgrund der Hörbehinderung nur in das Haus der Barmherzigen Brüder eingeliefert werden. In diesem Haus gibt es eine Gebärdensprachambulanz und die Mitarbeiter können einige wenige Gebärden.

„...Das Krankenhaus selbst aussuchen können.“

„...Keine Diskriminierung der Gehörlosen bei einem Spitalsaufenthalt durch die Hörbehinderung.“

„...Gehörlose wollen nicht diskriminiert werden durch ihre Hörbehinderung.“

„...Gebärdensprachambulanz können alle gebärden, aber in den anderen Ambulanzen kommt es zu Problemen.“

„...Gehörlose wollen selbst bestimmen in welches Spital sie kommen.“

„...Spital kann man sich nicht aussuchen.“

Alleine in einem Zimmer liegen:

Die Gehörlosen wollen nicht gemeinsam mit anderen Gehörlosen in einem Zimmer liegen, da sie sonst nicht in Ruhe ihre Erkrankung auskurieren können. dann nicht ihre Ruhe genießen können. Sie müssten sonst immer mit dem anderen Gehörlosen Mitpatienten reden. Sie finden es besser mit Normalhörenden in einem Zimmer zu liegen bzw. es sollte einen Treffpunkt in den Sozialräumen geben.

„...Als Gehörloser alleine bei Normalhörenden liegen.“

„...Alleine in einem Zimmer liegen, um Ruhe von anderen Gehörlosen zu haben.“

„...Nicht gemeinsam mit anderen Gehörlosen in einem Zimmer liegen.“

„...Treffpunkt der Gehörlosen in den Aufenthaltsräumen.“

Orientierung im Krankenhaus:

In einem anderen Krankenhaus finden sich die Gehörlosen nur schlecht zurecht, da sie die Örtlichkeiten nicht kennen. Die Gehörlosen gehen bei Beschwerden zu den Barmherzigen Brüder in den zweiten Bezirk, denn dort befindet sich die Gebärdensprachambulanz. Es scheint für sie aber von Vorteil zu sein, wenn sie mit einen Mitarbeiter des Krankenhauses befreundet sind. Bei den Gehörlosen verkürzen sich, somit die Wartezeiten und die Verwirrungen an welchen Schalter sie sich nun anmelden sollten. Außerdem sollte die Gehörlosigkeit bekannt gegeben werden.

„...In einem neuen Krankenhaus findet sich der Gehörlose schlecht zurecht.“

„...Ein Vorteil für den Gehörlosen ist es, wenn er einen Mitarbeiter des Krankenhauses persönlich kennt.“

„...Wird der Gehörlose von einem Spitalsmitarbeiter begleitet, so wird dieser bei den Anmeldestellen bevorzugt.“

„...Die Gehörlosen ohne Begleitung müssen lange Wartezeiten in Kauf nehmen.“

„...Sie werden auch an die falschen Stellen oder mit Umwegen zu dem Schalter geschickt.“

„...Wegbeschreibungen werden nicht präzise weitergegeben.“

„...Sie sollten die Patienten abholen und nicht rufen, weil sie dieses nicht hören und oft noch länger warten müssen.“ „...Gehörlosigkeit bekannt gegeben.“

„...Gehörlose werden am Schalter nicht beachtet oder ignoriert.“

„...Gehörloser immer bemerkbar machen.“

Behinderung nicht gleich sichtbar sein:

Die Gehörlosen empfinden es als eine große Diskriminierung, wenn sowohl für das Krankenhauspersonal als auch für den Besucher ihre Behinderung deutlich zu erkennen ist. Die Gehörlosigkeit sollte in der Krankengeschichte vermerkt sein und das Personal nochmalig darauf aufmerksam gemacht werden. Daraufhin erfolgte großer Applaus und Zustimmung von Seiten der Gehörlosen.

„...Kein Schild am Bett, wo jeder die Behinderung sehen/lesen kann, diese Situation wäre für sie nicht akzeptierbar.“

„...Kein Schild am Bett hängen, wo die Behinderung zu lesen ist.“

„...In der Krankengeschichte sollte die Gehörlosigkeit vermerkt sein.“ „...Zustimmung bei allen Gehörlosen.“

„...Bei Visite wurde die Gehörlose Angehörige ignoriert. Gehörlose fühlte sich nicht beachtet und in der Situation hilflos.“

Zusammenfassung:

Die Gehörlosen wollen nochmals zum Ausdruck bringen, dass sich die Situation ihnen gegenüber seit den letzten 40 Jahren verbessert hat. Sie werden nicht mehr als dumm, blöd und nicht bildungsfähig gesehen. Ein großes Anliegen ist ihnen im Krankenhaus, dass die Hörbehinderung nicht gleich für jedermann erkennbar ist. Diese Aussage fand bereits während dem Interview enormen Zuspruch.

Dolmetscher

Als nächster Bereich wird die Hauptkategorie „Dolmetscher“ und die dazugehörigen Unterkategorien aufgezählt.

Dolmetscher

- Einsatz von mehr Dolmetschern
- Kostenübernahme
- Personal beherrscht die Gebärdensprache
- Unterstützung bei der Angehörigenauskunft

Hier werden nun einige Aussagen über die Wichtigkeit der Dolmetscher kundgetan.

Einsatz von mehr Dolmetschern:

Es sollten für die Übersetzung mehr Dolmetscher zur Verfügung stehen. Es würde manches Missverständnis von Beginn der Kommunikation an, aus dem Weg gehen. Jedoch ist es bei sehr intimen Angelegenheiten eher unangenehm für den Gehörlosen, wenn er seine Probleme nicht direkt mit seinem Gesprächspartner besprechen kann.

„...Dolmetscher haben eine wichtige Aufgabe.“

„...Nur zum Teil gedolmetscht oder gar nicht.“

„...Besser wäre in Begleitung eines Dolmetschers.“

Kostenübernahme:

Muss ein Gehörloser ins Krankenhaus gebracht werden, so ist die Bezahlung in Österreich nicht ganz klar geregelt. Die Kosten für einen Dolmetscher werden nur bei den Berufstätigen Gehörlosen übernommen, aber nicht bei Pensionisten. Gerade diese berichten, aber im Interview das sie aufgrund ihres Alters immer wieder längere Aufenthalte im Krankenhaus hätten. Sie könnten sich aber die Kosten für einen Dolmetscher nicht leisten, da ihre Bezahlung nicht geklärt ist.

„...Mehr Dolmetscher sollten zur Verfügung stehen und dessen Bezahlung geklärt werden.“

„...Dolmetscher stehen nur für Berufstätige zur Verfügung.“

„...Die Pensionisten erhalten die Dolmetscherkosten nicht bezahlt.“

„...Dolmetscher wären wichtig bei einem Aufenthalt, jedoch ist die Bezahlung ungeklärt.“

Personal beherrscht die Gebärdensprache:

Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder gibt es seit mehreren Jahren eine Gebärdensprachambulanz, wo das gesamte Personal die Gebärdensprache beherrscht. Dies ist für den Gehörlosen sehr angenehm und er fühlt sich aufgehoben und geborgen. Der Gehörlose benötigt keinen Dolmetscher und kann seine gesundheitlichen Probleme direkt mit dem Arzt oder dem Pflegepersonal besprechen.

„...Gebärdensprachambulanz ist wichtig, da sie eine Anlaufstelle für alle ist.“ „...Kein Dolmetscher notwendig gewesen.“

„...Kein Dolmetscher nötig bei Barmherzige Brüder, da diese gebärdensprachlich kommuniziert.“

„...Beschwerden den Arzt oder die Gebärdensprachambulanz aufgesucht.“

„...Gebärdensprachambulanz können alle gebärden, aber in den anderen Ambulanzen kommt es zu Problemen.“

„...Gebärdensprachambulanz fühlen sich die Patienten wohl und geborgen.“

„...Patient außerhalb des Bereiches sind, treten Probleme auf.“

Unterstützung bei der Angehörigenauskunft:

Die Gehörlosen erhielten keine Auskunft vom Arzt und sie mussten warten bis ein Hörender Angehöriger oder ein Dolmetscher ins Krankenhaus kommt um Auskunft zu erhalten.

„...Auskunft auch an Gehörlose Angehörige.“

„...Hörende Angehörige sprachen mit den Ärzten um den Gehörlosen zu helfen. Früher gab es noch keine Dolmetscher.“

„...Gesprächen mit Krankenhaus-Personal nehmen Gehörlose Angehörige Dolmetscherdienste in Anspruch.“ „...Dolmetscher leisten in der Situation Hilfestellung.“

„...Bei der Visite einen Dolmetscher benötigt.“

Zusammenfassung:

Ein großes Anliegen ist den Gehörlosen auch aufzuzeigen, wie wichtig Dolmetscher für sie wären. In Österreich werden die Kosten für Dolmetscher nur bei Berufstätigen übernommen. Die Pensionisten müssen die Dolmetscher selbst bezahlen, was aber für viele Gehörlose aufgrund des schlechteren Einkommens kaum leistbar ist. Auch die geringe Anzahl der zur Verfügung stehenden Dolmetscher steht zur Debatte, da die Termine genau im Vorhinein vereinbart werden müssen. Bei Akuteinsätzen ist es nicht möglich schnell einen Dolmetscher zu erreichen.

Kommunikation

Die sechste Hauptkategorie ist eine der wichtigsten, nämlich die der „Kommunikation“ und dessen Unterkapiteln.

Kommunikation

- Kontaktaufnahme vor der Pflegehandlung
- Ignoranz in der Sprechstunde
- Tragen von Mundschutz
- Lautsprachliche Kommunikation

Hier werden nun die Erlebnisse und Wahrnehmungen von den Gehörlosen Patienten dargestellt.

Kontaktaufnahme vor der Pflegehandlung:

Für den Gehörlosen ist es wichtig, dass mit ihm kommuniziert wird, wenn bei ihm pflegerische Handlungen durchgeführt werden. Diese pflegerischen Handlungen sollten nicht wortlos getan werden, sondern durch zeigen oder aufschreiben versuchen mit dem Gehörlosen in Kontakt zu treten. Man sollte versuchen langsam zu sprechen und das Gesicht beim Gespräch nicht wegzudrehen.

„...Medikamente nicht einfach hinstellen bzw. ausleeren und wieder gehen.“ „...Besucher die Situation aufgeklärt und als Gehörloser nachfragen, wofür die Medikamente gehören.“

„...Tabletten nicht auf das Nachtkastchen leeren, weil diese sonst verrutschen würden und der Patient weiß nicht mehr wo die Tabletten sind.“

„...Die Medikamente sollten immer an einem bestimmten Platz liegen.“

„...Von den Lippen ablesen.“

„...Personal soll langsam sprechen.“

„...Keine Gebärdensprache und Mundablesen auch nicht immer möglich.“

„...Langsam gesprochen und Zeit nehmen.“

„...Personal hat sich Mühe gegeben, weil Patient gehörlos ist.“

„...Gehörlose lesen vom Mund ab und kann lautsprachlich kommunizieren.“

„...Schwester hat deutlich gesprochen und Lippen lesen war möglich, so kann man gut kommunizieren.“

„...Im Alter wird Lippen ablesen schwieriger.“

„...Hausarzt sprach langsam und deutlich wichtig, wenn er nicht Gebärdensprache kann.“

Ignoranz in der Sprechstunde:

Ein Problem ergibt sich, wenn ein Gehörloser Angehöriger Auskunft haben möchte. Er wird von den Ärzten ignoriert bzw. oft nicht als Ansprechpartner in Betracht bezogen, sondern nur der hörende Angehörige. Dies empfinden die Gehörlosen als Missachtung und Respektlosigkeit ihrerseits gegenüber. Diese Empfindung tritt auch bei niedergelassenen Ärzten auf, wenn sie sich in Behandlung geben. Ein hörender ist sehr lange im Sprechzimmer des Arztes. Ein Gehörloser ist sehr rasch wieder aus dem Besprechungszimmer hinausbeordert.

„...Arzt spricht nur mit Hörenden Angehörigen.“

„...Ohne Hörende Angehörige hätte der Gehörlose Angehörige bestimmte Informationen nicht erhalten.“

„...Hörende und Gehörlose Angehörige haben mit dem Arzt ein Gespräch geführt.“

„...Gehörlose Angehörige erhielten keine Beachtung, sondern nur die Hörenden Angehörigen.“

„...Ärzte gaben Informationen nur an Hörende Angehörige weiter.“

„...Hörende bekommen mehr Aufmerksamkeit und Zeit beim Arzt.“

„...Gehörlose werden von Ärzten ignoriert und wird nur mit Hörenden Angehörigen kommuniziert.“

Tragen von Mundschutz:

Eine besondere Situation ist, wenn der Gehörlose einen Eingriff benötigt, welcher beim Zahnarzt oder im Operationssaal stattfindet. Hier trägt das Personal Mundschutz und der Gehörlose kann nicht mehr von den Lippen ablesen. Es ist somit für ihn keine Kommunikation mehr möglich, und er kann seine Beschwerden nicht mehr äußern.

„...Patient wollte sich verständlich machen, weil sie keine Narkose erhalten hatte, aber das Pflegepersonal reagierte nicht, war eine furchtbare Erinnerung.“

„...Pflegepersonal gab genaue Anweisungen wann die Operation sein wird. Gute Betreuung nach Operation.“

„...Durch das Tragen des Mundschutzes ist es nicht mehr möglich von den Lippen abzulesen.“

„...Bei den Zahnarztterminen ergeben sich Probleme durch das Tragen des Mundschutzes.“ „...Kommunikation durch Mundschutz ist deshalb nicht möglich.“

„...Gehörlose kann keine Information mehr aufnehmen.“

„...OP-Bereich gab es Probleme, da alle mit Mundschutz arbeiten und nicht mehr kommuniziert werden kann.“

Lautsprachliche Kommunikation:

Kann ein Gehörloser selbst lautsprachlich sprechen so hat er gegenüber anderen Gehörlosen einen Vorteil, da er sich besser mitteilen kann. Eine angenehme Atmosphäre entsteht dann, wenn das Personal einige Gebärden könnte und somit eine bessere Kommunikationseinheit mit dem gehörlosen Patient entsteht. Die Kommunikationssituation zwischen dem Personal und dem Gehörlosen sollte entspannt und herzlich sein.

„...Gehörlose die selbst lautsprachlich kommunizieren können, haben es in der Umgebung leichter.“

„...Patient hat Worte aufgeschrieben, weil sie schlecht spricht.“

„...Gut wäre, wenn Personal einige Gebärden könnte, das trägt zum Wohlbefinden und besseren Genesung bei.“

„...Personal gebärden kann, ergibt eine bessere Kommunikation.“ „...Pflegepersonal hat sich bemüht.“

„...Personal ist offener und kann nonverbal kommunizieren.“

„...Kommunikation zwischen Arzt und Patient muss gut sein.“

„...Durch den Umgang mit Gehörlosen ergibt sich eine bessere Kommunikation.“

„...Bekannter Arzt sprach der Pat. ins Ohr, obwohl sie gehörlos ist. Großes mit Erstaunen bei den Gehörlosen.“ „...Blinden würden auch keine Zeitung in die Hand geben.“

Zusammenfassung:

Die Kommunikation ist besonders bei Gehörlosen sehr wichtig. Dies sollte die Pflegekraft berücksichtigen, wenn sie bei diesen Patienten eine pflegerische Handlung aus- bzw. durchführen möchte. Ein wertvoller Aspekt der höchste Beachtung erhalten sollte, ist dies der Geduld und Ruhe. Nur so kann Vertrauen und Sicherheit auf beiden Seiten aufgebaut und entgegengebracht werden. Dass diese soziale Interaktion auch bei ihren Angehörigen sein sollte, sollte wohl nicht mehr implizit erwähnt werden.

Erschwert kann die Kommunikation nur dann sein, wenn wie z. B. ein Mundschutz keinerlei Kommunikation mehr zulässt. Hier sollten andere Wege des Austausches mit dem Klienten gefunden werden.

Krankenhausstrukturen

Die Datenauswertung ergab als nächste Hauptkategorie „Krankenhausstrukturen“ und deren Unterkapiteln.

Krankenhausstrukturen

- Sympathie spielt eine Rolle
- Schwierigkeiten bei der Bettenbelegung
- Narkoseerlebnis

In der Kategorie Krankenhausstrukturen berichten die Gehörlosen über deren Erfahrungen und Erlebnisse.

Sympathie spielt eine Rolle:

Viele Gehörlose werden zumeist wieder ins Haus der Barmherzigen Brüder zurückgeschickt, da ihre Krankengeschichte bekannt und sich die Problematik mit der schwierigen Kommunikation nicht vorhanden ist. Die Patienten werden nicht oft wahrgenommen oder als dumm behandelt. Aus Beobachtungen und Erfahrungen der Gehörlosen ist zuerkennen, dass nach Sympathie die Klienten behandelt und aufgerufen werden.

„...Im Ursprungspital wird behandelt, weil Anamnese bereits bekannt ist.“

„...Patient als dumm behandelt.“

„...Pat. werden nach Sympathie behandelt.“

„...Als Patient das Gefühl, das man zwischen den Spitälern herumgereicht wird, was für ältere Patienten eine große Belastung ist.“

„...Spezielle Behandlung in einem Spital und Nachbehandlung im Ursprungsspital. Pat. wollte das Bundesland wechseln, da sie in Wien lebt.“

„...Bauliche Gegebenheiten ergeben auch Probleme.“

„...Auf die Bedürfnisse des Einzelnen eingehen.“

Schwierigkeiten bei der Bettenbelegung:

Eine Problemstellung hat sich ergeben, da in einem Spital die Bettenbelegung nicht gut organisiert war. Daraus entstand die Schwierigkeit, dass bereits der nächste Klient auf das Bett wartete. Das Personal hatte auf die Beschwerden anfangs nicht entsprechend reagiert und tat sich mit der Situation schwer. Auch mit Mitpatienten ergeben sich durch die erschwerte

Kommunikation Probleme oder aber, wenn die baulichen Räumlichkeiten schlecht ausgestattet sind.

„...Patient musste bereits das Bett verlassen, da es für den nächsten Patienten benötigt wurde. Angehörige (Tochter) hat sich über die Vorgehensweise beschwert. Erst nach der Beschwerde mit warmen Getränken und Decken versorgt worden.“

„...Infusion ist zu schnell getropft und Patient hat Beschwerden geäußert.“

„...Patient ist sich überfahren vorgekommen.“

„...Auf Kleinigkeiten sollte geachtet werden, wenn der Patient gehörlos sind.“

„...Fenster wurden immer wieder geöffnet, deshalb war es kalt im Zimmer Infusion zu schnell getropft und Patient benötigte einige Tage zur Erholung.“ „...Patient hat den Eingriff schlecht vertragen.“

„...Verständigungsprobleme mit Mitpatienten im Krankenhaus.“

Narkoseerlebnis:

Eine Gehörlose erzählte sehr ausführlich über ihr Erlebnis bei einem Eingriff im Bereich der Anästhesie.

„...Als Kind ein furchtbares Erlebnis mit der Narkose erlebt als sie operiert wurde. Patient hat seitdem Angst vor der Narkose.“ „...Vor 30 Jahren gab es noch andere Vorgaben nach einer Operation.“

„...Patient hatte Schmerzen und es wurde eine Operation angeordnet, da keine lokale Therapieform mehr Hilfe brachte.“ „...Patient werden heute in einem Gespräch über die Risiken und Gefahren bei einer Narkose aufgeklärt. Narkoseverabreichung ist heute moderner, individueller als früher.“

„...Patient hat keine Beruhigungsspritze erhalten und daher die gesamte OP bei vollem Bewusstsein miterlebt.“ „...Der Patient wurde vorher vom Operateur nicht aufgeklärt, warum sie keine Spritze erhalten soll.“ „...Arzt war sehr grob.“ „...Durch die Abdeckung bei der OP konnte sich die Pat. weder mit Narkosearzt noch mit dem Operateur verständigen.“ „...OP war

erfolgreich und der Arzt hat erst im nachhinein gesagt warum sie keine Beruhigungsspritze bekam.“

„...Durfte nicht aufstehen nach der Operation, war für Patient schlimm, weil sie einen Dauerkatheder erhalten hatte.“ „...Hat mitgeholfen um schnell wieder aufstehen zu können.“

„...Zuerst in einem großen Zimmer und nach der Operation in ein kleines Zimmer verlegt worden.“

Zusammenfassung:

Die baulichen Gegebenheiten eines Krankenhauses sind bereits für Normale Personen nicht immer im Überblick leicht zu erkennen, wie muss es daher einem Gehörlosen ergehen, wenn er ein Spital betritt. Es sind die Wege zu den Ambulanzen, Laboren und Röntgenabteilungen zwar zu meist recht gut beschildert, jedoch ist der Schriftzug oft in lateinischer Sprache geschrieben was es nicht unbedingt leichter macht. Bei Eingriffen zeigt sich, dass sich im Gegensatz zu früheren Jahrzehnten einiges verändert hat, und man heute mehr auf den Klienten eingeht.

Krankenhauspersonal

Als letzte Hauptkategorie stellt sich nun das „Krankenhauspersonal“ und dessen dazugehörigen Unterkapiteln dar.

Krankenhauspersonal

- Zeit und Geduld mitbringen
- Private Probleme zuhause lassen
- Pflegehandlungen vorher erklären
- Verständigung hörender Angehöriger
- Freunde die in der Medizin arbeiten
- Mehr Pflegepersonal auf den Stationen

➤ Gebärdensprache erlernen

Es finden sich hier die Wahrnehmungen und Schilderungen aus Sicht der Gehörlosen.

Zeit und Geduld mitbringen:

Das Pflegepersonal sollte Zeit und Geduld mitbringen, wenn es bei dem Patienten pflegerische Handlungen ausübt. Das Personal sollte einige Gebärden können um besser mit dem Klienten kommunizieren zu können. Der Gehörlose fühlt sich dadurch geborgen, respektiert und aufgehoben.

„...Das Pflegepersonal sollte sich Zeit nehmen und langsam sprechen.“

„...Personal sollte einige Gebärden können, um auf die Patienten einzugehen.“

„...Gebärdensprachlich vom Personal behandelt.“

„...Arzt war nett und Patient hat sich aufgehoben gefühlt.“

„...Gute Information und Betreuung durch das Pflegepersonal.“

„...Pflegepersonal sollte ein paar Gebärden können, Pat. fühlt sich aufgehoben.“

„...Barmherzigen Brüdern da das Personal zum Teil die Gebärdensprache kann und kein Dolmetscher nötig und der Aufenthalt sehr angenehm.“

„...Nachdem Gespräch mit Schwester besser gefühlt.“

„...Das Pflegepersonal auf Toilette begleitet.“

„...Schwester hat Patient über medizinische Gegebenheiten gut informiert.“

„...Bedürfnisse des Patienten eingehen und geduldig bleiben.“

„...Bei Abholung zu Untersuchungsterminen sollte dies gemeinsam mit Schwester oder dem Träger sein.“

Private Probleme zuhause lassen:

Beim Pflegepersonal kann es im beruflichen wie auch im privaten Umfeld zu Schwierigkeiten kommen, diese Probleme sollten aber während der

Arbeitszeit in den Hintergrund treten. Sie sollten sich ihre verantwortungsvolle Tätigkeit konzentrieren.

„...Das Pflegepersonal sollte freundlich bleiben und wenn sie selbst Probleme haben.“

„...Schwierigkeiten sollte das Pflegepersonal zu Hause lassen.“

„...Patient hat versucht mit Pflegepersonal in Verbindung zu kommen.“ „...Der Patient von Schwester ignoriert.“

Pflegehandlungen vorher erklären:

Das Pflegepersonal sollte dem Gehörlosen immer jede Handlung die es bei ihm durchführen möchte, auch zuvor erklären. Die Medikamente einfach ohne Erklärung hinzustellen und zu gehen, zeigt auch die Scheue und Schüchternheit über das Wissensdefizit in diesem Bereich des Pflegepersonals.

„...Handlungen ohne Erklärung von Pflegepersonal.“

„...Keine Erklärung vom Pflegepersonal wofür die Medikamente sind.“ „...Besuch hat nachgefragt, wofür das Medikament eingenommen werden sollte.“ „...Arzt wurde geholt und hat Medikament der Klientin erklärt.“

„...Keine Professionalität von Pflegepersonal wenn, Informationen nicht an Patient weitergehen.“

„...Schwester hat das Medikament nicht erklärt und Besucher hat nachgefragt wofür das Medikament ist, obwohl er selbst gehörlos ist.“

„...Verabreichen der Medikamente ist für Gehörlose eine besondere Situation und Pflegepersonal soll sich Zeit nehmen.“

„...Schwester hätte erklären müssen, wofür das Medikament ist entweder durch Gebärden oder langsames Sprechen.“

Verständigung hörender Angehöriger:

Die hörenden Angehörigen wurden verständigt, damit sie mit dem Pflegepersonal und den Ärzten sprechen konnte.

„...Ich hab dann meine Tochter angerufen, die kennt mich ja und ich hab einfach ins Telefon hineingerufen: Tina, Tina der Papa liegt im Spital, und kurze Zeit später ist meine Tochter dann nach Hause gekommen und dann sind wir gemeinsam ins Spital gefahren und geschaut was los ist.“

„...Sohn wurde verständigt, ist berufstätig. Sohn hat sich um die Mutter gekümmert.“

Freunde die in der Medizin arbeiten:

Persönliche Kontakte zum Krankenhauspersonal sind für Gehörlosen wichtig, da es ihnen helfen kann, wenn Hilfe gebraucht wird.

„...Ich war im vorigen Jahr bei einer Herzuntersuchung weil der Arzt gemeint hat ich muss in die Nuklearmedizin gehen um einen genauen Befund zu machen und ich hab gefragt: „Wo, in welche Abteilung?“ und dann habe ich gesehen, ich kenn da keinen und hab gesagt: „Bitte wo soll ich hingehen?“ und hab den Zettel hergezeigt und der Arzt hat mich dann hingeführt und hat mich zur richtigen Abteilung gebracht und dann hat der Arzt für mich etwas gesprochen und dann bin ich dort aufgenommen worden. Aber ich kenn diesen Arzt durch Verbindungen und darum hat er mir wahrscheinlich auch geholfen weil er mich persönlich kennt.“

„...Schwester hat die Patientin auf eine Beobachtung aufmerksam gemacht.“

Mehr Pflegepersonal auf den Stationen:

Der Interviewte wünscht sich mehr Betreuung durch das Pflegepersonal und es sollten mehr Pflegepersonen auf den Stationen arbeiten können.

Den Schwestern fehlt oftmals die Zeit sich um alle Pflegebedürftigen richtig kümmern zu können. Die Ärzte geben viele Tätigkeiten an das Pflegepersonal ab.

„...Pfleger, Ärzte, Schwestern also über die Schwestern kann man sich wirklich nicht beschweren, aber Ärzte sind oft wirklich mit wenig Geduld behaftet. Die laden alles auf die Schwestern ab. Die Schwester wird ihnen das schon sagen, die Schwester macht das dann schon.“

„...Also Ärzte, ich würde mir wünschen dass die Ärzte sich auch mehr Zeit nehmen kann für die Patienten.“

„...Ärzte sollte sich mehr Zeit nehmen für die Patienten.“

„...Also wünschenswert wäre einfach auch mehr Personal, mehr Betreuung.“

Gebärdensprache erlernen:

Das Pflegepersonal und die Ärzte sollten die Umgangsregeln der Gehörlosen in ihrer Ausbildung kennen zu lernen. Es wäre danach vielleicht die Zurückhaltung gegenüber dieser Patientengruppe nicht so groß.

„...Ärzte sollten einige Gebärden im Studium erlernen.“

„...Das Pflegepersonal sollte über die Verhaltensregeln im Umgang mit Gehörlosen Bescheid wissen. Das Pflegepersonal ist offener geworden.“

„...Personal sollte im Umgang mit Gehörlosen geschult werden.“

„...Durch Berücksichtigung bei den Umgangsregeln mit Gehörlosen könnte auf beiden Seiten Ärger und Frust vermieden werden.“

Zusammenfassung:

Im Krankenhaus findet sowohl das Personal als auch der Gehörlose eine besondere Situation vor. Der Patient hat nicht nur die Sorge um seine Gesundheit, sondern auch die Problematik dass er sich nicht gut verständigen kann. Da das Personal in ihrer Ausbildung die Gebärdensprache nicht erlernt, erleben wir auf beiden Seiten eine Unsicherheit. Zusätzliche Erschwernisse wie z. b. Auseinandersetzungen im

beruflichen als im Privaten Bereich des Krankenhauspersonals bringen
Unruhe im Ablauf des Betriebes.

8.2. Ergebnisdarstellung

Die Unterkategorien wurden angelegt und in Hauptkategorien hier nun eingeteilt. Die Ergebnisse werden hier in grafischer Form dargestellt:

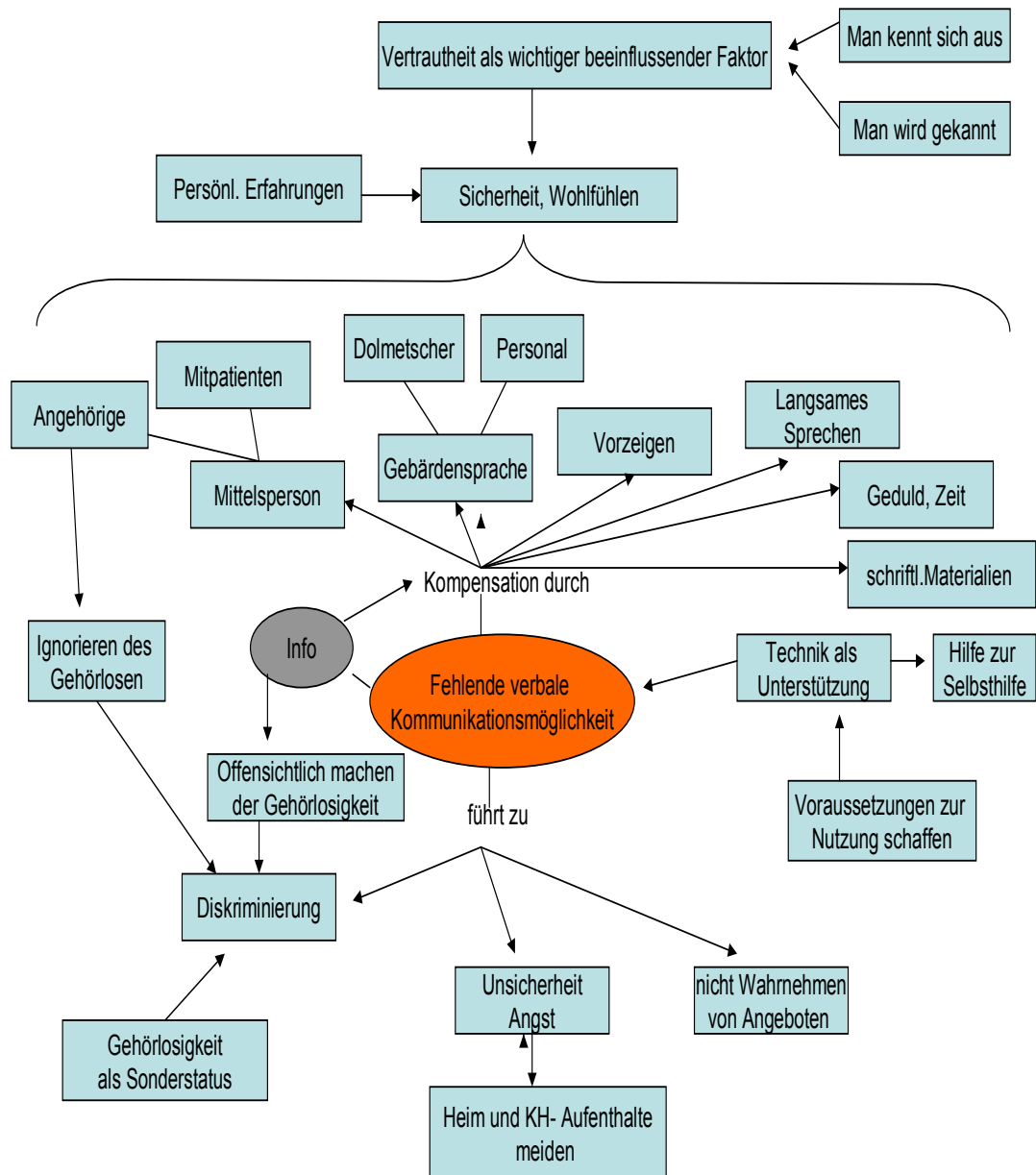


Abb. 11: Grafik nach der Auswertung

In einem zweiten Schritt wurde die erste Reduktion nochmalig überarbeitet und es entstand ein neues Abstraktionsniveau. Als große Überschrift steht die fehlende verbale Kommunikationsmöglichkeit im Mittelpunkt, von welcher sich folgende Richtweisungspfeile ableiten lassen. Sie zeigen die Möglichkeiten auf, wie man durch Kompensation mit den Gehörlosen Patienten umgehen könnte. Andererseits soll auch erwähnt werden, was durch ein Fehlverhalten, ein nicht Kommunizieren mit dem gehörlosen Patienten entstehen kann. Durch die Kompensation könnte der Umgang mit den gehörlosen Patienten, somit zu mehr Vertrauen und Sicherheit führen. Diese Zufriedenheit kann entstehen, wenn man schriftliche Materialien bereitlegt, aber auch den Patienten gegenüber mehr Geduld und Zeit investiert.

Eine gute verbale Kommunikation kommt auch zustande, wenn sich das Krankenhauspersonal durch langsames Sprechen und Vorzeigen die eigenen Barrieren überwindet. Die Kommunikation kann durch die Gebärdensprache wesentlich verbessert werden, welches entweder durch das Personal geschieht, die die Sprache beherrscht oder durch einen Dolmetscher welcher übersetzt. Die Kompensation kann auch durch Mittelspersonen übernommen werden, welche diese Funktion des miteinander kommunizieren übernehmen könnten. Die Gesprächsführung kann durch Mitpatienten oder von Angehörigen bewerkstelligt werden. Durch diese Kommunikation mit den Angehörigen könnte auch die Ignoranz bzw. der Ausschluss des Gehörlosen entstehen, wenn man ihn in dieser Situation nicht mit einbindet und darauf achtet.

Durch eine ausreichende Informationsweitergabe und Bekanntgabe der Gehörlosigkeit an das gesamte Personal, können Kommunikationsschwierigkeiten vermieden werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt der Kommunikationsbewältigung, ist die der Technik als Unterstützung. Die Gehörlosen können durch technische Hilfsmittel Hilfe von außen anfordern. Es sollten die Voraussetzungen

und Bedingungen für die Gehörlosen geschaffen werden, damit die Technik auch genutzt werden kann wie z.B.: entsprechende Lichtverhältnisse, technische Geräte,...

All diese Maßnahmen tragen dazu bei, dass sich beim Gehörlosen ein Gefühl des Wohlbefindens und Sicherheit im Krankenhaus einstellt. Durch diese Faktoren schafft man Vertrautheit, die der Gehörlose braucht und sich auch wünscht. Ein anderer beeinflussender Faktor ist, dass sich der Gehörlose in einem ihm vertrauten Krankenhaus bewegt, wo bereits Wege und Räumlichkeiten bekannt sind und somit keine Probleme darstellen. Ein anderer Aspekt ist, wenn der Gehörlose einen Mitarbeiter des Krankenhauses kennt und sich somit auch geborgen, vertraut und aufgehoben fühlt, da dieser ihm jederzeit weiterhelfen kann. Auch spielen persönliche Erfahrungen, welche der Gehörlose Patient selber in den Aufenthalten erlebt hat bzw. welche sie aus den Gesprächen in der Gehörlosengemeinschaft mitgenommen haben eine Rolle.

Es soll aber auch aufgezeigt werden, welche Konsequenzen es für die Gehörlosen haben kann, wenn auf die fehlende verbale Kommunikation nicht eingegangen wird. Daraus ergibt sich, dass sie medizinische Angebote, wie etwa eine Psychotherapie nicht wahrnehmen können. Ebenso resultiert durch dieses nicht Kommunizieren mit dem Gehörlosen Unsicherheit, Angst und Diskriminierung. Die Gehörlosen selbst, achten sehr auf ihre Gesundheit und streben eine langanhaltende Selbständigkeit in ihrem Alter an, um einen Krankenhaus – und/oder Heimaufenthalt zu vermeiden.

Ein weiterer Schritt in der fehlenden Kommunikation ist, die der Diskriminierung gegenüber dem Gehörlosen, welcher nun aus mehreren Sichtweisen beleuchtet wird. Einerseits ist es wichtig, die Information an das Personal im Krankenhaus weiter zugeben, dass der Patient gehörlos ist. Dadurch entsteht aber, für den Patienten eine offensichtlich machen

der Gehörlosigkeit, welche wiederum zur Diskriminierung führen kann. Sie wollen kein Schild am Bett hängen haben, welches zeigt, dass sie gehörlos sind. Dieser Aspekt ist gerade bei Gehörlosen ein sehr wichtiger Punkt, welcher auch einen sensiblen Umgang mit dem Patientengut erfordert.

Eine Ignoranz des Gehörlosen gegenüber seiner Person kann zur Diskriminierung führen, wenn das Personal nur mehr über dessen Angehörigen kommuniziert. Der Sonderstatus der Gehörlosigkeit kann ebenfalls zur Diskriminierung beitragen, da die Gehörlosen in einem eigenen Zimmer oder bei Normalhörenden liegen möchten. Sie hätten gerne ein Mitspracherecht, wenn es sich um die Wahl des Krankenhauses handelt. Sie möchten vielleicht nicht nur in das Spital der Barmherzigen Brüder eingeliefert werden, obwohl dort das Personal gebärdensprachlich kompetent ist und sie dort, ein Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens vorfinden.

Wichtige Eckpunkte aus der Grafik:

- Kompensation durch eine verbale Kommunikation mit dem Gehörlosen
- Geduld, Zeit und Aufmerksamkeit gegenüber dem Gehörlosen wäre empfehlenswert
- Gebärdensprache bzw. einige wichtige Gebärden erlernen
- Information an alle Mitarbeiter
- Einbeziehen des Angehörigen oder Dolmetschers in das Geschehen
- Respektvoller Umgang mit dem Gehörlosen

9. Empfehlungen für die Praxis

Hier findet man Empfehlungen und Tipps, wie man den Umgang und den Aufenthalt Gehörloser Patienten im Krankenhaus gestalten könnte.

Diese Ergebnisse können, sowohl aus der Literatur als auch aus der Empirie dieser Diplomarbeit nachvollzogen werden.

- **Kommunikation mit Gehörlosen**

Das Pflegepersonal muss Verständnis für die Probleme des Gehörlosen zeigen und danach trachten, sein Vertrauen zu gewinnen. Dazu ist es notwendig, auf den Gehörlosen zuzugehen und sich zu trauen, mit ihm zu kommunizieren. Kein Gehörloser wird einen Hörenden auslachen, wenn er etwas „falsches sagt“ oder ein wenig verkrampft ist. Im Gegenteil, jedes Bemühen wird vermutlich durch Aufmerksamkeit honoriert. Je nach Möglichkeiten und Fähigkeiten von Seiten der Pflegeperson und des Patienten, sollte die Pflegeperson in ausreichendem Maß eine Kommunikation pflegen. Egal, ob sie selbst die Gebärdensprache und das Fingeralphabet beherrscht oder die Pflegeperson so klar spricht, dass der Gehörlose von den Lippen ablesen kann, oder man einen Dolmetscher hinzuzieht. Das Ziel sollte es sein, dass es bezüglich Pflegehandlungen und ärztlicher Betreuung ohne Bedeutung ist, ob der Patient gehörlos oder hörend ist. Dies ist auch in den Ergebnissen der empirischen Auswertung deutlich zum Ausdruck gebracht worden. In der Literatur wird ebenso ein solcher Umgang mit Gehörlosen beschrieben, wie es im Kapitel Kommunikation im Krankenhaus dargelegt wird. Hier noch einige Aussagen aus dem Interview:

„...Gehörlose die selbst lautsprachlich kommunizieren können, haben es in der Umgebung leichter.“

„...Keine Gebärdensprache und Mundablesen auch nicht immer möglich.“

„...Gehörlose lesen vom Mund ab und kann lautsprachlich kommunizieren.“

- Gebärdensprache erlernen

Es wäre wünschenswert, wenn an allen Krankenhäusern Gebärdensprachkurs auf freiwilliger Basis angeboten werden. So könnte zumindest ein kleiner Teil des Krankenhauspersonals geschult werden und sich professionell mit den Gehörlosen verständigen.

Im Krankenhaus findet sowohl das Personal als auch der Gehörlose eine besondere Situation vor. Der Patient hat nicht nur die Sorge um seine Gesundheit, sondern auch die Problematik dass er sich nicht gut verständigen kann. Da das Personal in ihrer Ausbildung die Gebärdensprache nicht erlernt, erleben wir auf beiden Seiten eine Unsicherheit. Um dies noch zu untermauern hier ein kurzer Auszug aus dem Interview:

„...Das Pflegepersonal sollte über die Verhaltensregeln im Umgang mit Gehörlosen Bescheid wissen. Das Pflegepersonal ist offener geworden.“

„...Gut wäre, wenn Personal einige Gebärden könnte, das trägt zum Wohlbefinden und besseren Genesung bei.“

„...Personal gebärden kann, ergibt eine bessere Kommunikation.“ „...Pflegepersonal hat sich bemüht.“

- Professionelles Kommunizieren durch das Pflegepersonal

Die Wahrscheinlichkeit einen gehörlosen Patienten im Pflegealltag anzutreffen, ist zu 6,4% (laut Statistik Austria) gegeben. Oftmals ist die Kommunikation zwischen Patient und Pflegepersonal in diesen Fall unzureichend oder auf ein Minimum beschränkt. Weiters gibt es in der Regel weder technische Hilfen für Gehörlose, noch sind Ärzte, Pflegepersonal und Therapeuten über Probleme und über Möglichkeiten zu

deren Abhilfe ausreichend informiert. Nur in seltenen Fällen kann das Personal gebärdensprachlich kommunizieren.

Dadurch sind falsche Handlungsweisen oftmals vorprogrammiert und die Bedürfnisse der Patienten bleiben zum Teil unberücksichtigt. Es ist daher, im Interesse jedes einzelnen Mitarbeiters im Krankenhaus, sich Informationen im Umgang mit Gehörlosen Menschen anzueignen. Der Patient muss die Möglichkeit haben, sich dem Personal mitteilen zu können, um Bedürfnisse transparent zu machen. Sie mitzuteilen ist somit gleichbedeutend mit Wohlbefinden und Sicherheit. Diese Aussagen können, sowohl aus der Literatur als auch aus dem Interview nachvollzogen werden. Dies soll nun mit folgenden Sätzen noch verdeutlicht werden:

„...Handlungen ohne Erklärung von Pflegepersonal.“

„...Keine Erklärung vom Pflegepersonal wofür die Medikamente sind.“ „...Besuch hat nachgefragt, wofür das Medikament eingenommen werden sollte.“ „...Arzt wurde geholt und hat Medikament der Klientin erklärt.“

„...Keine Professionalität von Pflegepersonal wenn, Informationen nicht an Patient weitergehen.“

- Dolmetscher

Der Gehörlose selbst muss Sorge dafür tragen, dass ein Gebärdensprachdolmetscher als Kommunikationshilfe bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen anwesend ist. Weiters übernimmt das Bundessozialamt nur Kosten für Dolmetscherdienste und technische Hilfsmittel, wenn diese mit dem Arbeitsplatz, Berufsausbildung oder Schulungen zu tun haben, jedoch nicht im Gesundheitsbereich. Diese nicht berufsbezogenen Dolmetschdienste wie z.B. Arztbesuche werden von den Bundesländern je nach Landesgesetz gefördert. Andererseits besteht die Gefahr, dass der Gehörlose akut eine medizinische Behandlung benötigt und er sich um die Bestellung eines Dolmetschers nicht im Voraus

kümmern konnte. Jeder Mensch hat aber das Recht auf ärztliche Aufklärung und diese Aufklärung kann in bestimmten Fällen nur mit Hilfe eines Gebärdensprachdolmetschers erfolgen.

Deshalb muss auch in Österreich die Gesetzeslage bezüglich Kommunikationshilfen Gehörloser geändert werden, sodass auch in unserem Land der Gehörlose Anspruch auf einen Dolmetscher hat und die jeweilige Sozialversicherung die anfallenden Kosten bei Inanspruchnahme eines Dolmetschers erbringt. Zumal ja auch viele Krankenhäuser Dolmetscher für fremdsprachige Patienten durch das Krankenhaus selbst zur Verfügung stellen und die Patienten keine zusätzlichen Kosten anfallen. Auch der gehörlose Patient hat dieses grundlegende Recht auf eine Verständigung.

In Österreich werden die Kosten für Dolmetscher nur bei Berufstätigen übernommen. Die Pensionisten müssen die Dolmetscher selbst bezahlen, was aber für viele Gehörlose aufgrund des schlechteren Einkommens kaum leistbar ist. Auch die geringe Anzahl der zur Verfügung stehenden Dolmetscher steht zur Debatte, da die Termine genau im Vorhinein vereinbart werden müssen. Bei Akuteinsätzen ist es nicht möglich schnell einen Dolmetscher zu erreichen.

Mit folgenden Aussagen aus der Empirie soll dies noch klarer werden:

„...Bei der Visite einen Dolmetscher benötigt.“

„...Mehr Dolmetscher sollten zur Verfügung stehen und dessen Bezahlung geklärt werden.“

„...Dolmetscher stehen nur für Berufstätige zur Verfügung.“

„...Die Pensionisten erhalten die Dolmetscherkosten nicht bezahlt.“

„...Dolmetscher wären wichtig bei einem Aufenthalt, jedoch ist die Bezahlung ungeklärt.“

- Angehörige mit einzubeziehen

Sofern es möglich ist, wäre es wünschenswert und hilfreich, Angehörige so gut wie möglich in die Pflege mit einzubeziehen.

Dabei ist es wichtig, dass der Gehörlose und dessen Angehörigen in den Mittelpunkt gerückt werden sollten und nicht durch eine verbale Kommunikation der Hörenden in den Hintergrund gestellt wird. Auch die Literatur beschreibt, wie wichtig es ist, die Angehörigen mit ins Boot zu nehmen. Auch der Witaf und der österreichische Gehörlosenverband schließen sich dieser Meinung an. Auch die Gehörlosen selbst pflichteten bei, wie dies nun folgende Aussagen darstellen:

„...Ohne Hörende Angehörige hätte der Gehörlose Angehörige bestimmte Informationen nicht erhalten.“

„...Hörende und Gehörlose Angehörige haben mit dem Arzt ein Gespräch geführt.“

„...Gehörlose Angehörige erhielten keine Beachtung, sondern nur die hörenden Angehörigen.“

„...Ärzte gaben Informationen nur an hörende Angehörige weiter.“

10. Ausblick

„Blindheit trennt von Dingen, Taubheit trennt von Menschen“ (Immanuel Kant)

Schön wäre es, wenn man in einigen Jahren für Gehörlose ein Pflegesystem ermöglichen könnte, wodurch einwandfreies kommunizieren ermöglicht würde.

Eine funktionierende Kommunikation bildet die Grundlage für eine patientengerechte Betreuung. In diesem Sinne kann bereits in Krankenpflegeschulen intensiver auf das Thema Hörschädigung und Gehörlosigkeit eingegangen werden. Angehende Pflegepersonen sollten die Möglichkeit haben, durch Kursangebote in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule, fachgerechtes Kommunizieren mit Gehörlosen zu trainieren. Ein im Unterricht integrierter Gebärdensprachkurs könnte somit die Voraussetzung bilden, sich schon in der Ausbildung zumindest ein Grundvokabular der Österreichischen Gebärdensprache anzueignen, um eine Basiskommunikation zu ermöglichen. Gehörlose selbst können nur sehr schwer bzw. nur durch jahrelanges üben die Sprache der Hörenden lernen, und selbst dann unter Umständen nur unzureichend.

Ein Hörender kann die Gebärdensprache und das Fingeralphabet in wenigen Wochen erlernen, da man als Hörender die physiologischen Fähigkeiten mit sich bringt. Mit innerer Bereitschaft, Übung und Aufmerksamkeit kann eine zusätzliche Kompetenz erlangt werden, um eine vertrauensvolle Beziehung zum Gehörlosen Patienten aufzubauen. In jeder Hinsicht soll der Patient ermutigt werden, offen und frei mit dem Pflegepersonal zu kommunizieren, so wird die Situation für beide Beteiligten einfacher.

Es zählt zu den wichtigsten Aufgaben des Pflegepersonals, ein gutes Klima welches aus Vertrautheit, Sicherheit, Geborgenheit, Wohlfühlen und Rücksichtnahme für den Gehörlosen Patienten zu schaffen. Bereits durch einfache Hilfsmaßnahmen und Verhaltensregeln lassen sich Kommunikationsbarrieren überwinden, mit dem Ergebnis einer gelungenen Gesprächsführung.

Zusätzliche Erschwernisse wie z. B. Auseinandersetzungen im beruflichen als im privaten Bereich des Krankenhauspersonals bringen Unruhe im Ablauf des Betriebes. Das Personal sollte Professionalität und Souveränität am Arbeitsplatz zeigen. Dies haben die Gehörlosen auch im Interview ganz deutlich zum Ausdruck gebracht.

Sollten wir es als Pflegepersonal für schwierig empfinden, mit einem Gehörlosen Patienten Kontakt aufzunehmen, so möchte ich zu Bedenken geben, dass es für sie eine Überwindung bedeutet, sich auf andere einzulassen. Zum Abschluss würde ich gerne auf das im Ausblick erwähnte Sprichwort verweisen.

Literaturverzeichnis

Argyle, Michael (1996): Körpersprache und Kommunikation, 7.Auflage, Paderborn, Jungfermann Verlag

Beske, Fritz (1997): Lehrbuch für Pflegeberufe, Band 1, Theoretische Grundlagen, 7. neubearbeitete Auflage, Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag

Böck, Christiane (2004): Die kulturelle und die sprachenpolitische Situation der Gehörlosen in Frankreich, Diplomarbeit, Wien

Boyes Braem, Penny (1992): Einführung in die Gebärdensprache und ihre Erforschung, 2.korr. Auflage, Hamburg, Signum Verlag

Boyes Braem, Penny (1995): Einführung in die Gebärdensprache und ihre Erforschung, 3. überarbeitete Auflage, Hamburg, Signum Verlag

Fachverband des Diakonischen Werkes der EKD (1995): Schau doch meine Hände an, Sammlung einfacher Gebärden zur Kommunikation mit nichtsprechenden Menschen, 3. erweiterte Auflage, Reutlingen, Diakonie-Verlag

Haubrock, Manfred; Peters, Sönke H. F.; Schär, Walter (1997): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, Berlin; Wiesbaden, Ullstein Mosby GmbH & Co. KG

Kirschnick, Olaf (1996): Pflegeleitfaden für Auszubildende und Tutoren in Pflegeberufen, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, München – Wien, Urban & Schwarzenberg

Konrad, Klaus (2001): Mündliche und schriftliche Befragung – Ein Lehrbuch, 2. Auflage, Landau, Verlag Empirische Pädagogik

Krausneker, Verena (2003): ÖGS – Deutsch- bilingualer Spracherwerb gehörloser Kinder in der Volksschule: eine soziolinguistische, teilnehmend-beobachtende Begleitdokumentation der bilingualen Klasse ÖGS – Deutsch in Wien

Lamnek, Siegfried (2005): Gruppendiskussion Theorie und Praxis, 2. erweiterte Auflage, Weinheim und Basel, Beltz Verlag

Leonhardt, Annette (2003): Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik, 2.Auflage, München, Basel, Ernst Reinhardt Verlag

Maletzki, Walter; Stegmayer, Angelika (2003): Klinikleitfaden. Pflege. 5. Auflage, München/Jena, Urban & Fischer Verlag

Mayer, Hanna (2001): Pflegeforschung: Elemente und Basiswissen, 2. Auflage, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Mayer, Hanna (2002): Einführung in die Pflegeforschung, 1. Auflage, Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Mayring, Phillip (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung, 5.Auflage, Basel, Weinheim, Beltz Verlag

Mayring, Phillip (2007): Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken, 9.Auflage, Basel, Weinheim, Beltz Verlag

Probst, Rudolf; Gerhard, Grevers; Heinrich, Iro (2008): Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, 3. korrigierte Auflage, Stuttgart, Georg Thieme Verlag KG

Schrems, Berta (2003): Der Prozess des Diagnostizierens, 1.Auflage, Wien, Facultas Universitätsverlag

Srb-Rössler, Annemarie (2005): BIZEPS – Behindertenberatungszentrum, Zentrum für Selbstbestimmtes Leben, Horn, Druckerei Berger

Strasser, Claudia (1997): Auswirkungen des Gebärdenverbots auf die Identität, das Selbstbild und das Soziale Netzwerk schwer hörgeschädigter Menschen, Diplomarbeit, Salzburg

Strutz, Jürgen; Mann, Wolf (2001): Praxis der HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Stuttgart, Georg Thieme Verlag

Tannich, Hannes (2005): Erfolgreich kommunizieren mit Schwerhörigen und Gehörlosen. In: Österreichische Pflegezeitschrift. Ihr Berufsverband. Zeitschrift des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes. 12/05.

Wagner, Susanne; Thomas, Spillmann (2004): Augenblicke für das Ohr, Zürich, Rüffler & Rub Sachbuchverlag

Wisch, Fritz-Helmut (1990): Lautsprache und Gebärdensprache, Die Wende zur Zweisprachigkeit in Erziehung und Bildung Gehörloser, Band 17, Hamburg, Signum-Verlag

Zenner, Hans-Peter (1997): Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, London, Weinheim, New York, Chapman & Hall GmbH

Internetquellen

www.humantechnik.com 25.9.2009

www.hgt.de 25.9.2009

www.deaftec.de/mobilfunknetz/uebersicht_vibrator.html 25.9.2009

www.deaftec.de/telekommunikation/uebersicht_sms.html 25.9.2009

www.deaftec.de/telekommunikation/uebersicht_bifon.html 25.9.2009

www.oeglb.at 14.5.2008

www.deaftec.de 17.5.2008

www.maxclub3000.com 8.12.2008

www.br-online.de/br-intern/sendungen/sehenstatthoeren 8.12.2008

<http://teletext.orf.at> 8.12.2008

www.adlexikon.de/Kultur.shtml 15.6.2008

www.witaf.at 15.6.2008

www.speechdat.org/finger/einf3.html 23.11.2008

www.bizeps.or.at 23.11.2008

<http://www.uni-mainz.de/FB/Medizin/asu> 22.2.2009

www.parlament.at 25.9.2009

www.commonswikimedia.org 25.9.2009

www.schwerhoerigen-netz.de 2.10.2009

www.oegsdv.at 2.10.2009

[www.visuelles- denken.de](http://www.visuelles-denken.de) 2.10.2009

www.statistikaustria.at 13.11.2009

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Anatomie des Ohres (Probst, Grevers, Iro, 2008, S.144)	15
Abb. 2: Innenohr (Probst, Grevers, Iro, 2008, S.146).....	18
Abb. 3: Funktionsempfänger – Signalanlage (www.humantechnik.com, 2009)	27
Abb. 4: Vibrationswecker (www.humantechnik.com, 2009)	28
Abb. 5: Schreibtelefone (www.hgt.de, 2009).....	28
Abb. 6: Video bzw. Bildtelefone (www.deafftec.de/telekommunikation/uebersicht_bifon.html, 2009)	29
Abb. 7: Internationales Symbol für Gehörlose (www.commonswikimedia.org, 2009)	47
Abb. 8: Handstellungen (Boyes Braem, 1995, S. 22).....	58
Abb. 9: Der Gebärdenraum (Boyes Braem, 1995, S. 23).....	59
Abb. 10: Fingeralphabet (www.speechdat.org/finger/einf3.html)	63
Abb. 11: Grafik nach der Auswertung	139

Anhang

Interviewleitfaden

Erleben der Situation

Einstiegsfrage: Bei Ihnen wurde eine Krankheit festgestellt und Sie bekamen eine Diagnose gesagt.

Kommunikation:

Wie wurde Ihnen die Diagnose gesagt?

Was haben Sie in diesem Moment empfunden?

Was geschah nachdem Sie die Diagnose erfahren hatten?

Wie reagierten ihre Angehörigen auf die Diagnose?

Erleben:

Wie haben Sie den KH- Aufenthalt erlebt bzw. empfunden?

Welche Schwierigkeiten ergaben sich während dem Aufenthalt im Krankenhaus?

Wie haben Sie den Umgang mit dem Pflegepersonal erlebt und wie haben Sie mit Ihnen kommuniziert?

Wie war die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen z.B. : Therapeuten, OP, Ärzte

Wie wurden Sie als Gehörloser Patient behandelt, welche Probleme ergaben sich daraus?

Was bedeutet ein Krankenhausaufenthalt für einen Gehörlosen?

Erfahrungen in der Situation

Einstiegsfrage: Welche Erfahrungen haben Sie in dieser Situation erlebt?
(Diagnose, Kommunikation)

Was hat Sie beschäftigt?

Was ging Ihnen durch den Kopf?

Was bzw. Wie haben Sie sich dabei gefühlt?

Was haben Sie dabei empfunden?

Wie haben Sie das Gespräch erlebt?

Wie haben Sie die Kommunikation während des Gespräches erlebt?

Bewältigung der Situation

Einstiegsfrage: Wie würden Sie heute mit der Situation umgehen?

Was war während des Krankenhausaufenthaltes förderlich?

Was war während des Krankenhausaufenthaltes hemmend?

Welche Situationen waren für Sie schwierig?

Wenn Sie zurückblicken, wo gab es für Sie Probleme oder Belastungen?

Hätten Sie Wünsche bzw. Vorschläge im Umgang mit Gehörlosen im Krankenhaus?

Möchten Sie mir als Krankenschwester noch etwas mitgeben?

Danke für das Interview.

CURRICULUM VITAE

Name: Sonja Pirringer
Geburtsdatum: 10.08.1976
Geburtsort: Amstetten
Staatsbürgerschaft: Österreich
Familienstand: Ledig

Schulbildung:

1983 – 1987 Volksschule Erlauf
1987 – 1991 Hauptschule Pöchlarn
1991 – 1993 Zweijährige Schule für Sozialdienste, St.Pölten
1993 – 1996 Krankenpflegeschule der Stadt Wien, Wilhelminenspital
1997 – 1998 Studienberechtigung
1998 – 2005 Studium der Psychologie an der Universität Wien
2005 – dato IDS- Pflegewissenschaft an der Universität Wien
2003 – 2004 Gebärdensprachkurs

Berufliche Laufbahn:

1996-1998 Neurologische Station mit Akutversorgung, KH
Wilhelminenspital
1998 – 2003 Pneumologische Station, KH Wilhelminenspital
2003 – dato Schlaflabor und Pneumologische Station, KH
Wilhelminenspital

