

Pflege ist ein Gespräch

Selbstbestimmung in der Pflege: wie Kommunikation sie möglich macht
— und wie Team, Leitung und Schutzkonzepte sie tragen

Lars Tiedemann

Dipl. Heilpädagoge (FH) · AssistUK

10. August 2026

Arbeitsfassung. Nirgendwo im Leben eines Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf wird so viel kommuniziert wie in der Pflege — und nirgendwo wird so selten gefragt. Der Schwestertext »Sprachlos auf Station« behandelt die Klinik und die Frage, wie Menschen dort verstanden werden; dieser Text behandelt die Dauerstrecke und die andere Richtung: wie ein Mensch, der unterstützt kommuniziert, seine eigene Pflege führt — anleitet, korrigiert, auswählt, ablehnt. Selbstbestimmung in der Pflege entscheidet sich nicht in Bescheiden und Organisationsformen, sondern dreihundertmal am Tag am Körper: beim Wasser, das zu heiß ist, beim Tempo, das zu schnell ist, bei der Tür, die offen steht. Der Text beschreibt das Vokabular, die Gesprächsregeln, die Hilfsstrukturen und die Schutzkonzepte, die dafür stehen müssen. Quellen mit Prüfvermerk am Ende; ein erheblicher Teil ist gekennzeichnete Praxiskonsens.

Inhalt

1. Die dichteste Gesprächszone des Lebens
2. An mir, mit mir, nach meiner Ansage: was Selbstbestimmung in der Pflege heißt
3. Das Gespräch in der Pflegehandlung
4. Das Pflege-Vokabular: die Regierungswörter
5. Anleiten: die Person arbeitet ein
6. Das Team um die Person: Hilfsstrukturen, die dienen
7. Schutzkonzepte: Sicherheit, die mitgeplant ist
8. Wie wir es bei AssistUK halten
9. Grenzen dieses Textes
10. Fazit in fünf Sätzen
11. Literatur (mit Prüfvermerk)

1. Die dichteste Gesprächszone des Lebens

Rechnet man zusammen, mit wem ein Mensch mit hohem Pflegebedarf am Tag die meisten Worte wechselt — oder wechseln müsste —, dann liegt die Antwort fast nie bei der Logopädin, selten bei der Familie und fast immer bei den Menschen, die pflegen. Waschen, Anziehen, Lagern, Essen anreichen, Transfer, Zähne, Haare, Toilette: Das sind, je nach Bedarf, mehrere Stunden Interaktion täglich, am Körper, in der Intimsphäre, in beide Richtungen deutbar und missdeutbar. Der Klinik-Text dieser Reihe hat dafür den Satz geprägt: **Die Pflegehandlung ist die Kommunikationssituation.**

Dieser Text nimmt denselben Satz und dreht die Blickrichtung. Dort ging es darum, dass Pflegende verstehen, was der Mensch meldet — Schmerz, Angst, Unbehagen. Hier geht es darum, wer die Handlung führt: ob die Person bestimmt, *wie* sie gewaschen, gelagert, berührt, angezogen wird — oder ob all das über sie hinweg geschieht, freundlich, routiniert und stumm. Denn genau hier, nicht in Anträgen und Paragraphen, wird Selbstbestimmung real oder unwirklich: **Selbstbestimmung ist kein Verwaltungsakt, sondern ein Kommunikationsereignis.** Sie findet statt oder scheitert in dem Moment, in dem das Wasser zu heiß ist und die Person das sagen kann — oder nicht.

2. An mir, mit mir, nach meiner Ansage: was Selbstbestimmung in der Pflege heißt

Man kann jede Pflegesituation an drei kleinen Wörtern sortieren. Pflege *an* mir: Ich werde versorgt wie ein Gegenstand von Wert — sorgfältig vielleicht, aber ohne Beteiligung; über Reihenfolge, Tempo und Berührung entscheidet, wer die Hände frei hat. Pflege *mit* mir: Ich werde angesprochen, mir wird angesagt, was kommt, meine Signale werden gelesen — der Standard guter Pflege. Und Pflege *nach meiner Ansage*: Ich bestimme, was wann wie geschieht, und die pflegende Person setzt es um — nicht in jedem Handgriff neu verhandelt, aber nach Regeln, die von mir stammen und die ich jederzeit ändern kann. Zwischen »an«,

»mit« und »nach« liegt der ganze Unterschied zwischen Verwahrung, guter Betreuung und Selbstbestimmung — und der Weg von einer Stufe zur nächsten ist immer derselbe: mehr Kommunikation.

Das ist keine Wunschprosa, sondern in Deutschland geltende Rechtslage. **Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention** sichert das Leben in der Gemeinschaft mit gleichen Wahlmöglichkeiten zu, und das deutsche Teilhaberecht hat daraus konkrete Ansprüche gemacht: **Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX** dienen ausdrücklich der »selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages«, und das Gesetz legt fest, dass die Leistungsberechtigten über **»Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme« selbst entscheiden**. Dazu kommen das Persönliche Budget (§ 29 SGB IX), mit dem Menschen ihre Unterstützung selbst einkaufen können, und seit 2021 die Gewaltschutzpflicht der Leistungserbringer (§ 37a SGB IX, Abschnitt 7). Die Organisationsformen — Persönliches Budget, Assistenzdienste, das Arbeitgebermodell — haben eigene Literatur und eigene Beratungsstellen und sind nicht Thema dieses Textes. Sein Thema ist die Stelle, an der alle diese Formen stehen und fallen: **Entscheiden setzt Verständigen voraus**. Ein Recht, über Ablauf und Zeitpunkt zu bestimmen, ist für einen Menschen ohne verlässliche Lautsprache exakt so viel wert wie die Kommunikationswege, über die er diese Entscheidungen äußern, präzisieren und durchsetzen kann.

Und noch etwas gehört in dieses Kapitel, weil es die häufigste stille Gegenrede ist: »Bei ihr weiß man doch nicht, was sie will.« Die Antwort dieser Reihe steht im Haltungs-Text — **im Zweifel für die Person**: Wo Signale mehrdeutig sind, ist die am wenigsten gefährliche Annahme die, dass ein Wille da ist und gelesen werden kann (Donnellan 1984). Wer sich umgekehrt entscheidet — kein erkennbarer Wille, also entscheiden wir —, produziert genau die erlernte Passivität, die er später als Beleg anführt: Carmen Basil hat beschrieben, wie Menschen aufhören zu kommunizieren, wenn Kommunizieren nichts ändert. **Eine Pflege, die nie fragt, erzeugt die Menschen, die »nichts sagen«.**

3. Das Gespräch in der Pflegehandlung

Die Mikroebene zuerst, denn dort wird alles entschieden. Die Regeln sind unspektakulär, ihre Summe ist ein anderes Leben:

Ansagen — und dann warten. Jede Handlung wird angekündigt, bevor Hände den Körper berühren, und nach der Ankündigung kommt eine Pause, in der ein Signal Platz hat: ein Ja, ein Nein, ein Gleich, ein Anders. Die Pause ist der Punkt, an dem aus Information Mitbestimmung wird — eine Ansage ohne Antwortfenster ist nur eine höflichere Form des Überfahrens.

Die Verabredung trägt die Schicht. Wie die Person Ja und Nein zeigt — Blinzeln, Nicken, Laut, Taste, Blick zur Karte —, ist verabredet, dokumentiert und für jede neue Kraft in einer Minute lernbar. Der Text »Die Sprache am Körper« beschreibt dieses Handwerk; in der Pflege ist es tägliche Grundausstattung, nicht Kür.

Zeit ist keine Nebenbedingung, sondern die Intervention. Eine Antwort über Augensteuerung, Tafel oder Taster braucht Sekunden bis Minuten, und der Pflegetakt sieht sie nicht vor. Trotzdem gilt: Die zehn Sekunden, in denen die Person »wärmer« buchstabiert, sind keine verlorene Pflegezeit — **sie sind die Pflege.** Ein Dienstplan, der Verständigung nicht einpreist, hat Selbstbestimmung bereits wegorganisiert, bevor die erste Frage gestellt ist.

Die Kommunikationshilfe muss dahin, wo die Pflege ist. Gepflegt wird nass, liegend, nachts, unbekleidet — genau dann ist das Gerät oft außer Reichweite, aus Sorge, aus Platzgründen, aus Gewohnheit. Die Regel aus dem Klinik-Text gilt zu Hause verschärft: **Das Hilfsmittel ist Körperteil, nicht Gepäck.** Und wo es wirklich nicht hinkann — in die Dusche, unter den Lifter —, muss die Papier-Ebene bereitliegen: die laminierte Tafel im Bad, der Blickrahmen am Haken, die verabredeten Körpersignale. Ein Mensch, der nur angezogen und aufrecht widersprechen kann, kann in der Pflege nicht widersprechen.

Auch das gehört zum Gespräch: das Gespräch. Pflege ist nicht nur Steuerung, sie ist Beziehungszeit — oft die verlässlichste des Tages. Small Talk, Neckerei, das Lieblingsthema, Schweigen, das gewählt ist: Wer die Pflegekommunikation auf Funktionswörter verengt, macht aus einer menschlichen Situation eine Bedienoberfläche. Die Person entscheidet auch das: ob geredet wird — und worüber.

4. Das Pflege-Vokabular: die Regierungswörter

Ob ein Mensch seine Pflege führen kann, hängt banal davon ab, ob die nötigen Wörter **schnell erreichbar** in seinem System liegen. Prüft man Vokabulare daraufhin, fehlen fast immer dieselben Felder:

Die Korrektur- und Richtungswörter: *höher, tiefer, fester, sanfter, wärmer, kälter, langsamer, schneller, warte, nochmal, anders, weiter, fertig, so ist gut.* Das sind unscheinbare Wörter — es sind die Regierungswörter der Pflege. Wer sie hat, kann jede Handlung steuern, ohne sie je komplett beschreiben zu müssen; wer sie nicht hat, kann nur ertragen oder eskalieren. Sie gehören auf die schnellste Ebene des Systems und auf die Tafel im Bad, nicht in eine Unterkategorie »Sonstiges«.

Reihenfolge und Auswahl: *zuerst, dann, lieber, heute nicht, das andere.* Selbstbestimmung heißt selten »ganz oder gar nicht«; meistens heißt sie Reihenfolge, Variante, Ausnahme.

Der Körper — vollständig und beim Namen. Der Gewaltschutz-Text begründet, warum alle Körperteile korrekt benannt ins Vokabular gehören; die Pflege ist der Ort, an dem diese Wörter täglich gebraucht werden — für das Steuern (*der linke Arm zuerst*), für das Melden (*da drückt es*) und für das Grenzen-Ziehen.

Schmerz und Unbehagen, differenziert: *tut weh, brennt, drückt, juckt, kribbelt, zu eng, mir ist kalt, mir ist schlecht, schwindelig.* Ein einziges Schmerz-Symbol ist für die

Dauerstrecke Pflege zu grob — Pflegende können nur unterscheiden, was die Person unterscheiden kann.

Intimsphäre: *Tür zu. Ich möchte allein sein. Deck mich zu. Nicht jetzt. Ich möchte, dass das jemand anderes macht.* Das sind die am schwersten zu sagenden Sätze der Pflege — gerade deshalb müssen sie als fertige, schnell erreichbare Aussagen vorliegen und nicht erst zusammengebaut werden müssen, wenn die Situation schon läuft.

Dazu kommt, was nicht aufs Gerät gehört, sondern an die Wand: In der Praxis bewährt sich eine **Pflege-Tafel im Bad** — wasserfest, groß, mit genau diesen Feldern —, die auch dann funktioniert, wenn Hände nass und Geräte weit sind. Sie ist in einer Stunde gebaut und verändert jeden Morgen.

5. Anleiten: die Person arbeitet ein

In der klassischen Vorstellung arbeitet die erfahrene Pflegekraft die neue ein. Bei selbstbestimmter Pflege ist die wichtigste Fachkraft für diesen Körper die Person selbst: Sie weiß, wie der Transfer nicht wehtut, in welcher Reihenfolge das Anziehen funktioniert, was Panik auslöst und was beruhigt. **Einarbeitung heißt: Die neue Kraft lernt zuerst, wie die Person spricht — und dann erst, wie man den Lifter bedient.** Wer es umgekehrt macht, bekommt Pflegende, die perfekt heben und nie fragen.

Das Werkzeug dafür ist ein Dokument, das es in vielen Varianten gibt und das hier einen klaren Absender hat: die **Anleitung aus meiner Feder**. Zwei bis sechs Seiten, in Ich-Form, von der Person verfasst oder mit ihr erarbeitet und von ihr autorisiert: *So kommuniziere ich, das bedeuten meine Signale. So werde ich geweckt, gewaschen, gelagert — Schritt für Schritt, mit meinen Worten. Das mag ich, das mag ich nicht, das tut mir weh. So sage ich Stopp, und das passiert dann.* Es ist das Pflege-Gegenstück zum Kommunikationspass aus dem Übergänge-Text — nicht über die Person geschrieben, sondern von ihr, und genau das ist der Punkt: Ein Dokument, das die Person autorisiert hat, macht sie zur Autorin ihrer Pflege, auch gegenüber der zwanzigsten neuen Kraft. In der Ich-Buch-Logik unserer Vokabulare ist es der ernsteste Anwendungsfall.

Und weil Einarbeitung nie fertig ist: **Korrektur ist Alltagsrecht, nicht Beschwerde.** Ein *anders* oder *nochmal* mitten in der Handlung ist kein Angriff auf die Professionalität, sondern die Rückmeldung, aus der die Professionalität für diesen Menschen erst entsteht. Teams, die das verstanden haben, erkennen den Unterschied sofort: Bei ihnen wird in der Pflege gesprochen — in beide Richtungen.

6. Das Team um die Person: Hilfsstrukturen, die dienen

Selbstbestimmte Pflege scheitert selten an der einzelnen Pflegekraft und oft an der Struktur: Personalwechsel ist der Normalfall, Dienste müssen geplant, Ausfälle vertreten, Konflikte geklärt werden. Ohne Struktur muss die Person jede Verabredung mit jeder Kraft einzeln

erkämpfen — das erschöpft, und Erschöpfung ist der leiseste Feind der Selbstbestimmung. Deshalb gehört zur selbstbestimmten Pflege ein Stück Organisation: ein **Team um die Person**, oft mit einer Teamleitung, bei größeren Konstellationen mit einem Leitungs- oder Planungsteam, das Dienstpläne, Einarbeitung und Vertretung organisiert. Der Einrichtungstext dieser Reihe hat den Grundsatz geprägt, dass Verankerung Engagement schlägt; hier gilt er im Kleinen — mit einem entscheidenden Zusatz: **Die Struktur dient der Person, nicht die Person der Struktur**. Ob das stimmt, zeigt sich an fünf beobachtbaren Stellen:

1. Die Rollen sind geklärt — und die oberste liegt bei der Person. Was gepflegt wird, wie, in welcher Reihenfolge, von wem lieber und von wem nicht: Das entscheidet die Person. Teamleitung und Planungsteam übersetzen diese Entscheidungen in Pläne, Einarbeitung und Absprachen — sie bündeln, sie ersetzen nicht. **Eine Teamleitung, die die Entscheidungen der Person verstärkt, ist ein Gewinn; eine, die an ihrer Stelle entscheidet, ist ein Vormund mit Dienstplan.**

2. Es gibt einen festen, barrierefreien Rückmeldeweg. Ein regelmäßiges Gespräch zwischen Person und Teamleitung — mit Zeit, mit dem eigenen Kommunikationssystem, ohne dass die besprochene Pflegekraft daneben steht. Und dazwischen ein schriftlicher Weg: Nachrichten, Wunschliste, Änderung am Plan — **bedienbar mit der eigenen Ansteuerung**, sei es Augensteuerung, Taster oder Tastatur. Wo Pläne und Absprachen digital geführt werden, ist die Barrierefreiheit dieser Werkzeuge keine Komfortfrage: Ein Dienstplan, den die Person nicht selbst lesen und kommentieren kann, ist ein Plan über sie.

3. Der Dienstplan kennt ihre Stimme. Wer kommt, ist keine reine Verwaltungsgröße: Vorlieben werden erfragt, Wechselwünsche sind möglich, und eine Person aus dem Team ablehnen zu können — ohne Begründungszwang, ohne dass es bestraft wird — gehört zur Selbstbestimmung wie das Nein zur Kartoffel. Dass Wünsche an Grenzen der Planbarkeit stoßen, ist wahr; dass sie gar nicht erst erhoben werden, ist das Muster, das dieser Text angreift.

4. Die Dokumentation ist transparent — in beide Richtungen. Verabredungen, Signale, Vorlieben stehen im Übergabesystem, damit sie Schichten überleben (das begründet der Klinik-Text). Neu ist die Richtung: Die Person kann mitlesen, was über sie geschrieben wird, und ihre Sicht kommt hinein — als Zitat, als eigener Eintrag, als Korrektur. Wer nur beschrieben wird, ist ein Fall; wer mitschreibt, ist eine Auftraggeberin.

5. Über sie wird nicht ohne sie gesprochen. Teambesprechungen, in denen es um ihre Pflege geht, finden mit ihr statt — oder sie gibt vorher schriftlich hinein und bekommt nachher berichtet. »Nichts über uns ohne uns«, der Leitsatz der Behindertenbewegung, ist hier keine Parole, sondern eine Terminfrage.

Diese fünf Punkte sind aus unserer Begleitpraxis kondensiert und als Praxiskonsens gekennzeichnet — es sind dieselben Bausteine, die im Großen jede Einrichtung braucht, hier auf das persönliche Team gewendet. Neu beforscht sind sie nicht; beobachtbar sind sie sofort.

7. Schutzkonzepte: Sicherheit, die mitgeplant ist

Es wäre unehrlich, einen Text über Pflege zu schreiben und den dunkelsten Teil auszulassen. Pflege ist Abhängigkeit in intimen Situationen, oft hinter geschlossenen Türen — und die Zahlen der Gewalrforschung sind eindeutig: Kinder mit Behinderungen erleben Gewalt rund dreieinhalbmal häufiger als andere (Jones u. a. 2012), auch für Erwachsene sind die Risiken deutlich erhöht (Hughes u. a. 2012), und die Gewalt kommt überwiegend aus dem Nahraum — aus genau den Kontexten, in denen gepflegt wird. Der Gewaltschutz-Text dieser Reihe entfaltet das; hier steht, was davon in jede Pflegekonstellation gehört, ob Einrichtung, Dienst oder persönliches Team. Seit 2021 sind Leistungserbringer in Deutschland ohnehin zu Gewaltschutzkonzepten verpflichtet (§ 37a SGB IX) — ein Schutzkonzept, das Kommunikation nicht mitdenkt, bleibt dabei Papier:

1. Das Schutz-Vokabular ist auch in der Pflegesituation erreichbar. *Nein. Stopp. Das will ich nicht. Das tut weh. Geh weg. Ich möchte mit jemandem sprechen.* — als schnelle, fertige Aussagen, auch auf der Tafel im Bad, auch nachts. Ein Nein, das erst zusammengebaut werden muss, kommt zu spät.

2. Das Alltags-Nein wird respektiert — auch mitten in der Handlung. Ein Stopp beim Waschen verschiebt, verändert, verhandelt; es wird nicht überfahren, auch nicht »nur schnell zu Ende gemacht«. Der Gewaltschutz-Text begründet, warum das die billigste Prävention ist, die es gibt: Ein Nein, das dreihundertmal im Jahr an banalen Stellen wirkt, steht im Ernstfall zur Verfügung — eines, das nie etwas ändert, wird nicht gemeldet werden.

3. Es gibt eine Vertrauensperson außerhalb des Pflegeteams. Jemand, der regelmäßig kommt, nicht pflegt, nicht im Dienstplan steht und mit dem die Person allein spricht. Übergriffe im Nahraum kann man nicht dem Nahraum zur Kontrolle geben; der Meldeweg muss aus der Abhängigkeit herausführen.

4. Intimpflege hat verabredete Regeln. Angekündigt wird immer; Vorlieben (wer, wie, in welcher Reihenfolge) sind erfragt und dokumentiert; Wünsche nach gleichgeschlechtlicher Pflege werden ernst genommen; und über Berührung wird gesprochen wie über etwas Besprechbares — eine Pflege, die kommentarlos über den Körper verfügt, lehrt täglich, dass genau das normal ist.

5. Der Beschwerdeweg funktioniert nachweislich. Nicht als Briefkasten im Flur, sondern als erprobter Weg: Die Person weiß, an wen sie sich wie wendet, hat die Wörter dafür, und mindestens einmal ist der Weg probeweise gegangen worden. Ein Beschwerdeweg, den noch nie jemand benutzt hat, ist kein beruhigendes Zeichen, sondern ein ungetestetes System.

Und die Grenze, in beide Richtungen: Ein Vokabular ersetzt kein Schutzkonzept — Prävention, Intervention und Aufarbeitung gehören in die Hände spezialisierter Stellen. Aber ein Schutzkonzept ohne funktionierende Kommunikationswege ersetzt sich selbst: Es schützt die Akten, nicht den Menschen.

8. Wie wir es bei AssistUK halten

Unsere Rolle ist schmal und klar: **Wir bauen Kommunikationswerkzeuge; Pflege organisieren wir nicht.** Was wir beitragen: Vokabulare, in denen die Regierungswörter der Pflege, die Körper- und Grenzwörter und die Intimsphäre-Sätze zur Grundausrüstung gehören und nicht zum optionalen Paket; druckbare Tafeln, aus denen die wasserfeste Pflege-Tafel fürs Bad in einer Stunde entsteht; Ich-Buch- und Pass-Formate, die zur Anleitung aus eigener Feder taugen; und die Texte dieser Reihe als kostenlose, zitierfähige Grundlage für Teams, Dienste und Angehörige, die ihre Pflegekonstellation an den fünf Strukturfragen und fünf Schutzbausteinen messen wollen. Ob Werkzeuge digital bedienbar sind – mit Augensteuerung, Taster, Scanning –, prüfen wir bei allem, was wir bauen; dieselbe Frage empfehlen wir für jedes Planungs- und Dokumentationswerkzeug, das in einer Pflegekonstellation eingesetzt wird.

9. Grenzen dieses Textes

Dieser Text ist kein Pflegestandard und keine Pflegefachweiterbildung: Kinästhetik, Prophylaxen, fachgerechte Transfers und das Schmerzassessment bei nicht sprechenden Menschen haben eigene Professionen und eigene Literatur. Er ist auch kein Rechtsratgeber: Die Organisationsformen selbstbestimmter Unterstützung – Persönliches Budget, Assistenzdienste, Arbeitgebermodell – sind nur benannt; wer sie erwägt, findet bei den Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatungsstellen (EUTB) kostenfreie, trägerunabhängige Beratung. Die Rechtsangaben beschreiben deutsches Recht (Stand August 2026). Und die ehrlichste Grenze: Für die Wirksamkeit der hier beschriebenen Struktur- und Schutzbausteine gibt es Plausibilität, Rechtsrahmen und Praxiskonsens, aber kaum kontrollierte Studien – die Forschung zu Unterstützter Kommunikation in der Langzeitpflege ist dünn, und wo ich aus Begleitpraxis verallgemeinere, ist das gekennzeichnet. Was dieser Text von seinen Schwestertexten übernimmt (Gewaltzahlen, erlernte Passivität, Entscheidungsregeln), ist dort belegt und geprüft.

10. Fazit in fünf Sätzen

Pflege ist die dichteste Gesprächszone im Leben eines Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf – und der Ort, an dem sich Selbstbestimmung nicht in Bescheiden, sondern dreihundertmal am Tag am Körper entscheidet. Der Weg von der Pflege *an* mir über die Pflege *mit* mir zur Pflege *nach meiner Ansage* ist immer derselbe: mehr Kommunikation – angesagte Handlungen mit Antwortfenster, verabredete Signale, Zeit, und ein System, das auch nass, liegend und nachts erreichbar ist. Dafür braucht das Vokabular die Regierungswörter der Pflege – höher, sanfter, langsamer, warte, anders, so ist gut – samt Körperwörtern, differenziertem Schmerz und den fertigen Sätzen der Intimsphäre. Die Strukturen um die Person – Team, Teamleitung, Planung – sind Verstärker ihrer Entscheidungen, nicht deren Ersatz: erkennbar an geklärten Rollen, barrierefreien

Rückmeldewegen, Mitsprache im Dienstplan, transparenter Dokumentation und Besprechungen, die nicht ohne sie stattfinden. Und weil Pflege Abhängigkeit in intimen Situationen ist, gehört der Schutz von Anfang an dazu: erreichbare Nein- und Meldewörter, ein Alltags-Nein, das wirkt, eine Vertrauensperson außerhalb des Teams, verabredete Regeln für die Intimpflege und ein Beschwerdeweg, der nachweislich funktioniert.

11. Literatur (mit Prüfvermerk)

Rechtsquellen und Kernstudien geprüft (✓); als Praxiskonsens gekennzeichnete Abschnitte sind bewusst nicht mit Einzelstudien belegt.

1. ✓ **§ 78 SGB IX (Assistenzleistungen).** — Leistungen zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages; die Leistungsberechtigten entscheiden über Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme. (*Wortlaut web-geprüft 10.08.2026, gesetz-im-internet.de.*)
2. ✓ **§ 29 SGB IX (Persönliches Budget)** — Rechtsanspruch seit 01.01.2008; ✓ **§ 37a SGB IX (Gewaltschutz)** — Schutzkonzept-Pflicht der Leistungserbringer seit 2021. (*Aus dem geprüften Bestand des Paradigmen- bzw. Einrichtungs-Textes.*)
3. ✓ **Artikel 19 UN-Behindertenrechtskonvention** (in Deutschland in Kraft seit 2009). — Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft mit gleichen Wahlmöglichkeiten.
4. ✓ **Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K. et al. (2012).** Prevalence and risk of violence against children with disabilities. *The Lancet*, 380(9845), 899–907. — Gepoolte Prävalenz 26,7 %; rund 3,7-fach erhöhtes Risiko.
5. ✓ **Hughes, K., Bellis, M. A., Jones, L. et al. (2012).** Prevalence and risk of violence against adults with disabilities. *The Lancet*, 379(9826), 1621–1629. — Deutlich erhöhte Gewaltrisiken auch bei Erwachsenen; Nahraum-Kontexte.
6. ✓ **Basil, C. (1992).** Social interaction and learned helplessness in severely disabled children. *Augmentative and Alternative Communication*, 8(3), 188–199. — Erlernte Passivität als Interaktionsfolge; hier auf die Pflegebeziehung gewendet.
7. ✓ **Donnellan, A. M. (1984).** The criterion of the least dangerous assumption. *Behavioral Disorders*, 9(2), 141–150. — Entscheidungsregel unter Unsicherheit; Grundlage des »im Zweifel für die Person«.
8. ✓ **Perske, R. (1972).** The dignity of risk and the mentally retarded. *Mental Retardation*, 10(1), 24–27. (Titel im historischen Wortlaut zitiert.) — Würde des Risikos; Schutz, der jede Entscheidung abnimmt, schädigt Würde und Entwicklung.
9. ✓ **Tiedemann, L. (2026).** Sprachlos auf Station (Klinik und Partnersicht) · Nein sagen können (Gewaltschutz, Körper- und Meldewörter) · Der Einzelfall genügt nicht (Verankerungsbausteine) · Die Sprache am Körper (Ja/Nein-Verabredungen) · Im Zweifel für die Person (Haltung und Kompetenzvermutung) · Das Vokabular zieht mit (Kommunikationsspass) · Verwahrt, gefördert, gefragt (Paradigmengeschichte). AssistUK-Grundlagenreihe. — Die Schwestertexte, deren Pflege-Seite dieser Text entfaltet.

Die fachliche Position, Auswahl und Verantwortung liegen bei mir. — L. T.