

Unterstützte Kommunikation in Neurologie, Rehabilitation und Klinik

1 Einleitung

Die Anzahl der Gründe für eine erworbene Kommunikationseinschränkung im Kontext Neurologie, Rehabilitation und Klinik ist groß: Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Parkinson, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Demenzen, Erkrankungen im Mund-Rachenbereich, Beatmung, Fremdsprachigkeit, vorbestehende kommunikative Herausforderungen etc. Schmerzen, Muskelfehlfunktionen und Bewegungseinschränkungen, sowie Veränderung der Sinneswahrnehmungen, Veränderungen in den kognitiven Bereichen, aber auch Bewusstseinsveränderungen und Sprach- und Sprechstörungen können u.a. auftreten. Dabei können die Ausprägungen je nach Gesundheitsproblem und Schweregrad variieren, auch ganz individuelle Verläufe sind möglich.

Für die Patient:innen bedeutet dies, dass ihre Selbstwirksamkeit eingeschränkt ist. Wünsche, Absichten, Bedürfnisse und Fragen können nicht wie gewohnt oder eingeschränkt formuliert werden. Eine Abhängigkeit vom Gegenüber entsteht. Die eingeschränkten Verständigungsmöglichkeiten und ggf. das Nicht-Verstehen können zu Missverstehenssituationen, zu Frust und Resignation auf allen Seiten und zu einer Beeinflussung des Krankheitsverlaufs führen. Der Einsatz alternativer Möglichkeiten zur Kommunikation bietet hier den Patient:innen, Angehörigen und dem Betreuungspersonal Wege zur Verständigung.

2 Auswirkungen eingeschränkter Kommunikation auf Patient:innen, Angehörige und medizinisches Personal

Die Einschränkungen im Verstehen und/oder im Produzieren von Sprache führen zu einer Abhängigkeit der Betroffenen gegenüber ihrem Umfeld. Dadurch erleben sich diese weniger selbstwirksam. Inhalte können nicht mehr wie gewohnt vermittelt werden. Das Initiieren von Gesprächssituationen, das Aufrechterhalten eines Gespräches oder auch dem Gespräch eine Wendung zu geben, ist erschwert bis unmöglich. Dies hat insbesondere eine Bedeutung, da sich die Betroffenen bis zur Erkrankung als kompetente Kommunikationspartner:innen erlebten. Die Erkrankung ändert dies entweder schlagartig oder schleichend. Dies hat jedoch nicht nur Auswirkungen auf die betroffene Person, auch das Umfeld (z.B. Angehörige und medizinisches Personal) wird vor Herausforderungen gestellt. Sie müssen u.a. Sachverhalte verknüpfen, Signale erkennen und interpretieren, Vermittelnde sein, Nachfragen, Unklarheiten oder Ungereimtheiten aufspüren, sensibel sein für die Einschränkungen und die damit verbundenen Emotionen und, nicht zu vergessen, das Akzeptieren einer „erfolglosen“ Kommunikationssituation. Die Art, miteinander zu kommunizieren, muss neu geordnet und gelernt werden – für Betroffene und das Umfeld (Beukelman et al., 2007).

3 Erfassen von Fähigkeiten

Zu Beginn steht ein Erfassen der Kommunikationsfähigkeiten, Ressourcen und Herausforderungen an. Dabei scheint eine Kombination aus Befragung, Evaluation und Erprobung zur Beurteilung der Kommunikationsfähigkeit die optimale Vorgehensweise:

- Kombination aus indirekten Verfahren zur Selbst- und Fremdeinschätzung und direkten Verfahren zur Untersuchung der tatsächlichen Kommunikationsfähigkeit, z.B. durch Fragebögen
- Erfassen von Tagesablauf, Interessen und Aktivitäten, der Kommunikationsanlässe und -partner:innen
- Evaluation der sprachlichen Fähigkeiten bezogen auf die Modalitäten: Verstehen, Schreiben, Lesen, Sprechen
- Assessment der beteiligten Komponenten, wie z.B. Kognition, Motorik und Vigilanz
- Erprobung von alternativen Kommunikationsmöglichkeiten und Erfassen ihrer Auswirkungen auf die Kommunikation

Die Diagnostikergebnisse dienen der Grundlage für das gemeinsame Bestimmen von Zielen mit dem:der Patient:in und Angehörigen und der Auswahl von Methoden und Materialien.

Leider existieren weder im neurologischen noch im klinischen Bereich deutschsprachige, standardisierte Evaluationstools zur Erfassung der Kommunikationsmöglichkeiten bezogen auf die UK bzw. Ableitungen daraus. Ein mögliches Vorgehen innerhalb einer Intensivstation ergibt sich durch den Algorithmus ‚SPEACS-2‘ (Happ et al. 2014). Dieser wurde entwickelt, um die Kommunikation von nichtsprechenden Intensivpatient:innen zu screenen und mögliche Interventionen aufzuzeigen.

4 UK in der Neurologie und Rehabilitation

Im Bereich der Neurologie und Rehabilitation treten folgende Sprach- und Sprechstörungen häufig auf:

Dysarthrie

Bei den verschiedenen Formen der Dysarthrie, einer neurogene Sprechstörung, ist häufig die Atmung, aber auch Sprechmotorik, Sprechmelodie, Sprechrhythmus und Stimme in unterschiedlichem Ausmaß beeinträchtigt. Die Steuerung und die Ausführung von Sprechbewegungen sind betroffen. Dysarthrien können sich unterschiedlich auswirken, z.B.:

- Sprechatmung: verkürzte Ausatemdauer, Sprechen auf Restluft
- Stimmklang: heiser, behaucht, rau, gepresst, veränderte Tonhöhe
- Aussprache: undeutliche, verwaschene Artikulation
- Nasalität: nasaler Klang
- Sprechrhythmus: verlangsamt, abgehackt, Pausen, schnell
Sprechmelodie: reduziert, monoton

Sprechapraxie

Bei der Sprechapraxie handelt es sich ebenfalls um eine Sprechstörung. Ihr zugrunde liegen eine Störung der Planung von Sprechbewegungen. Sie zeigt sich im Bereich von Artikulation, Sprechmelodie und -rhythmus sowie Sprechverhalten. Je nach Schweregrad sind die Betroffenen mehr oder weniger stark in ihrer Kommunikation eingeschränkt. Sie wissen genau, was sie sagen wollen, die motorische Umsetzung in Form von Sprechen

gelingt jedoch nicht bzw. fehlerhaft. Dies kann dazu führen, dass sie für ihr Gegenüber unverständlich sind. Folgende Symptome können beobachtet werden:

- vermehrte Sprechanstrengung
- Suchbewegungen der Lippen und Zunge
- Unterschiedlichkeit der Fehler: Das gleiche Wort kann bei Wiederholung auf verschiedene Art falsch oder manchmal auch richtig ausgesprochen werden

Typisch sind auch sog. „störungsfreie Inseln“, es kommen teilweise Wörter oder ganze Sätze flüssig und korrekt über die Lippen, wie z.B. Höflichkeitsfloskeln, Äußerungen mit starkem emotionalen Gehalt und Schimpfwörter.

Aphasie

Bei der Aphasie handelt es sich um eine Störung der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung, die durch eine Schädigung des Gehirns hervorgerufen wird. Gründe hierfür können z.B. ein Schlaganfall, ein Schädelhirntrauma, ein Hirntumor oder entzündliche Erkrankungen des Gehirns sein. In den meisten Fällen liegt die Schädigung im Bereich der linken Großhirnhälfte. Je nachdem welches Areal geschädigt ist, kommt es zu unterschiedlichen Ausfällen und einem individuellen Bild. Alle Bereiche und Modalitäten der Sprache können in unterschiedlichem Ausmaß beeinträchtigt sein: Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben.

Alle Symptome können dazu führen, dass die Kommunikationsfähigkeiten der Betroffenen soweit eingeschränkt sind, dass sie sich nicht mehr ausreichend verständigen können. Ist die Verständlichkeit so stark eingeschränkt, dass eine Kommunikation nicht zielführend durch Lautsprache oder Körpersprache möglich ist, sollte der Einsatz von Möglichkeiten der UK in Betracht bezogen werden. Auch motorische Einschränkungen, die die Teilhabe am täglichen Leben einschränken oder verhindern, können den Einsatz von assistiven Technologien erforderlich machen. Das kann z.B. das Bedienen von Fernseher, Musikanlage und Computer betreffen. Hier dient UK zum Erhalt der Selbstständigkeit. Auch bei Einschränkung von kognitiven Funktionen leistet UK einen wertvollen Beitrag. Abläufe können besser nachvollzogen werden, Orientierung wird ermöglicht. Dies kann auch dazu beitragen, dass Angst und andere Emotionen ggf. vermieden werden können, z.B. durch das Nachvollziehen von Untersuchungsabläufen oder dem Tagesgeschehen. Bei Einschränkungen im Verstehen und/oder der aktiven Nutzung von Sprache und des Sprechens ist UK eine Möglichkeit, Kommunikationsfunktionen zu erhalten oder anzubahnen.

4.1 Blick auf die Statistik

Deutschland zählt aktuell um die 84 Mill. Einwohner:innen. Davon sind rund 27 % im Alter zwischen 40 und 60 und 22% zwischen 60 bis 80 Jahre alt (statistisches Bundesamt). Laut Deutscher Alzheimer Gesellschaft e.V. leben zurzeit ca. 1,8 Mio. Menschen mit Demenz in Deutschland, wobei im Jahr 2021 440.000 Menschen über 65 Jahren an Parkinson erkranken. An Morbus Parkinson sind zurzeit ca. 400.000 Menschen erkrankt (Deutsche Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörung). Pro Jahr ereignen sich ca. 270.000 Schlaganfälle (Deutsche Schlaganfall Gesellschaft).

An ALS erkranken etwa ein bis zwei von 100.000 Personen pro Jahr (Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V.). Bei Schädel-Hirnverletzungen geht man von bis zu 400 pro 100.000 Einwohner:innen pro Jahr aus. 180 von 100.000 Schädel-Hirntraumata (SHT) sind so schwer, dass langfristige Schäden zu erwarten sind. Mehr als 4.000 Patient:innen werden

jedes Jahr zu Langzeitpflegefällen. Bei Kindern bis fünfzehn Jahren ist das SHT die häufigste Todesursache, und die häufigste Todessache der unter 45-jährigen (Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie).

4.2 Fallbeispiele

Wie vielfältig UK in neurologischen Settings ihren Einsatz findet, beleuchten die folgenden Fallbeispiele aus der täglichen Arbeit in unserer Praxis und Beratungsstelle für UK:

ALS

Es handelt sich um einen männlichen Patienten. Er war zum Zeitpunkt der Begleitung 43 Jahre alt. Seine Diagnose lautet ALS. Sein Familienstand ist geschieden, er hat eine jugendliche Tochter und pflegt einen engen Kontakt zu seiner Mutter. Er lebt in einer außerklinischen Intensivwohngruppe und ist von Beruf Reisebürokaufmann. Als Freizeitaktivitäten gibt er reisen, sich mit seiner Tochter und Mutter austauschen, Biathlon ansehen und klassische Musik hören, an. Die Diagnosestellung erfolgte 2012. Zu Beginn war eine Kommunikation noch gut möglich. Nach zwei Jahren wurde seine Verständlichkeit zunehmend schlechter. Er zeigte eine Dysarthrie. Anfang 2015 hatte er einen starken Schub und wurde beatmungspflichtig und ist seitdem tracheotomiert. Im gleichen Jahr erfolgte die Vorstellung bei uns durch die Kontaktaufnahme der Pflege der Intensivwohngruppe

Die Kommunikation beim Erstkontakt erfolgt über eine Ja-Nein-Kommunikation, mimische Äußerungen (z.B. lachen und Augen verdrehen), einen Eye-Gaze-Rahmen mit Buchstaben und über das Buchstabieren mittels Partnerscanning. Die Handfunktion ist beidseitig massiv eingeschränkt und auch ansonsten gibt es wenig Willkürmotorik, außer der Möglichkeit, Lippen und Zunge, sowie Augen zu bewegen. Eine Positionierung erfolgt liegend im Bett oder im Pflegerollstuhl. Bei der Befragung gibt er an, dass ihm ein selbstständiges Bedienen des Fernsehers, der Musikanlage und des Lichtes wichtig sei. Darüber hinaus möchte er Emails selbstständig schreiben und sich mit seiner Tochter und seiner Mutter, sowie dem Pflegepersonal weiter unterhalten können.

Im Buchstabieren über Partnerscanning (Buchstaben sind auf drei Reihen verteilt, das Gegenüber fragt die Reihen ab und dann die Buchstaben in der entsprechenden Reihe, der Patient zeigt über das Öffnen des Mundes an, sobald der richtige Buchstabe genannt wurde) ist er mit geübten Personen sehr schnell (für ihn ist es in Ordnung, wenn angefangene Wörter ergänzt werden).

Der Eye-Gaze-Rahmen mit den Buchstaben ist erst kurz im Einsatz und erfordert von allen Beteiligten noch Übung. Hier wurde durch uns, als Erleichterung für den:die Kommunikationspartner:in, die Buchstaben auch auf der Rückseite vermerkt, sodass die Zuordnung des Blickes fehlerfrei erfolgen konnte. Da im pflegerischen Bereich häufig eine Kommunikation über Ja/Nein-Fragen erfolgte, wurde noch eine „Hitliste“ mit häufigen Begebenheiten erstellt, sodass auch Pflegekräfte, die den Patienten noch nicht so gut kennen, seine häufigen und teilweise speziellen Anliegen (z.B. mit dem trockenen Waschlappen über das Gesicht kratzen) schneller erfragen konnten.

Des Weiteren wurde die Möglichkeit einer Augenansteuerung erprobt. Die Ansteuerung gelang ihm sicher. Mit einer Verweildauer von 1000ms steuerte er eine schriftbasierte Oberfläche an und konnte mit Hilfe der integrierten Umfeldsteuerung auch, wie gewünscht, Fernseher, Musik und Licht nach Einspeisen der Fernbedienung und eines Infrarotsteckers

bedienen. Die Versorgung mit der Augensteuerung zog sich über zehn Wochen hin. Nach der Auflieferung erfolgte eine therapeutische Begleitung durch uns. Das Pflegepersonal und die Angehörigen wurden in der Positionierung des Gerätes und im Gebrauch der Oberfläche geschult. Inhalte wurden verfeinert (z.B. Kontaktlisten) und zusammen mit dem Patienten wurde die Handhabung der Kommunikationssoftware und Hardware geübt. Nach acht Terminen waren sowohl das Umfeld, als auch der Patient selbst firm in der Handhabung des Gerätes.

Dieser Patient hatte bei Erstkontakt keinen Zugriff auf seine Verbalsprache mehr. Daher konnte Message bzw. Voice Banking bei ihm nicht durchgeführt werden. Message Banking ermöglicht es Patient:innen persönliche, bedeutsame Wörter, Phrasen und Sätze aufzunehmen und in ein Kommunikationsgerät einzubinden. Bei Voice Banking wird es Patient:innen ermöglicht, die eigene Stimme aufzunehmen, zu speichern und dadurch eine persönliche/synthetische Stimme zu erhalten, welche sich an die eigene Stimme anlehnt. Im Sinne eines proaktiven Management sollte zu Beginn der Erkrankung an diese Möglichkeiten gedacht und der/die Patient:in darüber informiert werden.

Parkinson

Es handelt sich um einen männlichen Patienten. Er ist zum Zeitpunkt der Erstvorstellung 52 Jahre alt. Er leidet an einem atypischen Parkinsonsyndrom. Dieses wurde 2007 diagnostiziert. Er ist verheiratet, hat zwei erwachsene Söhne. Er lebt zusammen mit seiner Frau in häuslicher Gemeinschaft und war von Beruf Ingenieur. Als Freizeitaktivitäten gibt er Handwerken, Malen und in Gesellschaft sein an. Er wird auf seinen Wunsch und durch den Kontakt seiner behandelnden Logopädin in unserer Praxis und Beratungsstelle für UK vorgestellt.

In der ersten Stunde (2015) berichten der Patient und seine Frau, dass seit einigen Monaten die Verständlichkeit des Gesagten und seit ca. vier Wochen die Verständlichkeit massiv abgenommen habe, sodass sogar die Ehefrau ihn häufig nicht mehr verstehe. Er ist in seiner Kommunikation erheblich beeinträchtigt. Häufig kann erst durch Nachfragen die Sachlage ganz geklärt werden. Aktives Telefonieren ist ihm nicht mehr möglich, da der/die Gesprächspartner:in ihn nicht versteht. Regelmäßig hat er Kontakt zur Familie, zu Therapeut:innen und zu Bekannten bzw. Freund:innen welche ihn besuchen. Er gibt an, stark unter seiner eingeschränkten Verständlichkeit zu leiden.

Nach dem Anamnesegespräch mit Erfragen der Wünsche und der Ziele erfolgt eine Befunderhebung und Erprobung diverser Kommunikationshilfen. Es besteht insgesamt ein rigider Gesamtkörpertonus. Die Finger und Hände kann der Patient verlangsamt bewegen. Es besteht ein Kraftdefizit. Ein Pinzettengriff ist möglich, ebenso wie das einzelne Bewegen der Finger zum Daumen. Eine motorische Ansteuerung mittels Bedienung mit den Fingern (überwiegend mit dem Zeigefinger der rechten Hand) gelingt, zum Teil sogar bimanuell. Allerdings wird ein Fingerführaster benötigt, da der Patient sonst mit dem Ballen der Hand umliegende Tasten drückt. Unterschiedliche Hardwareoptionen und Kommunikationsstrategien wurden ausprobiert. Dabei zeigt sich, dass als Strategie die Schriftsprache die schnellste und effektivste Art zu kommunizieren darstellt. Er benötigt eine Anschlagsverzögerung, da sonst Buchstaben doppelt oder häufiger ausgelöst werden.

Erprobt wurden ein ‚Allora 2‘, eine tabletbasierte Lösung mit App ‚Predictable‘, sowie ein ‚Light Writer‘. Bei der Erprobung zeigte sich, dass der Patient mit dem ‚Allora 2‘ am besten zurecht kommt. Hier waren v.a. die größeren Tasten und der größere Kontrast im Display,

sowie die Möglichkeit, das zweite Display auch im Nachbarzimmer zu platzieren, ausschlaggebend. Innerhalb des Versorgungsprozesses wurde dem Patienten ein Gerät zum Wiedereinsatz von der Kasse zur Verfügung gestellt. Da der Kostenträger einen ‚Light Writer‘ im Bestand hatte, erfolgte eine Versorgung mit diesem Gerät. Da sich auch in diesem Fall der Versorgungsvorgang über 8 Wochen hinzog, bekam der Patient in der ersten Stunde von uns eine Buchstabentafel und eine Tafel zum Eintragen von häufig gebrauchten Wörtern und Floskeln für zu Hause, sodass eine Basiskommunikation gesichert war.

Der Patient setzte den ‚Light Writer‘ von Anfang an motiviert zur Kommunikation ein. Zweieinhalb Jahre später (Anfang 2018) erfolgt ein erneuter Kontakt durch die Ehefrau. Der Allgemeinzustand ihres Mannes habe sich verschlechtert und die Ansteuerung des ‚Light Writers‘ mit den Händen sei nicht mehr möglich. Inzwischen besteht eine Anarthrie, d.h. ihm ist es nicht mehr möglich verbal zu kommunizieren. Die Feinmotorik der Hände lässt eine Ansteuerung nicht mehr zu. Es gelingt ihm nicht, die Tasten zielgerichtet zu drücken. Überhaupt ist ihm das wiederholte, willkürliche und zielgerichtet Ansteuern über die Hände nur noch stark eingeschränkt möglich. Er ermüdet dabei sehr schnell und es kommt zum Erliegen der Ansteuerungsmöglichkeit. Die Ehefrau hat zwischenzeitlich das Buchstabieren im Partnerscanning etabliert. Dies ist jedoch auch mühsam und ermöglicht dem Patienten keine eigeninitiierte und selbstständige Kommunikation. Aus diesem Grund erfolgte erneut eine Befunderhebung mit Erprobung. Es wurde ein ‚Allora 2‘, Scanning und eine Augensteuerung ausprobiert. Wie erwartet gelang die Ansteuerung des ‚Allora 2‘ und des Scanning nicht zufriedenstellend bzw. war motorisch kaum umzusetzen. Bei der Augensteuerung gelang die Ansteuerung einer symbolbasierten Seite mit vorgefertigten Aussagen zur schnellen Kommunikation genauso wie das Ansteuern einer schriftbasierten Seite zum Verfassen von individuellen Aussagen. Die Versorgung mit der Augensteuerung erfolgt im Mai 2018. Der Patient und die Ehefrau werden durch unsere Praxis begleitet und in der Ansteuerung, Positionierung und im Einpflegen von wichtigen Wörtern und Sätzen unterstützt. Im Verlauf verbessert sich der Allgemeinzustand des Patienten wieder etwas. Versuchsweise wird mit einer Maus und dann mit einem Joystick an guten Tagen die Kommunikationsoberfläche angesteuert. Dies entlastet und motiviert ihn zugleich, da die Ansteuerung über die Augen mit großer Konzentration verbunden ist.

Muskeldystrophie

Der Mann ist 20 Jahre alt und leidet an einer Muskeldystrophie. Er lebt im elterlichen Umfeld. Bisher wurde er von einer Individualbegleitung unterstützt, welche Unterrichtsmitschriften und schriftliche Arbeitsaufträge für ihn übernahm, sofern er dies nicht mehr bewerkstelligen konnte. Nun steht ein Studium an und die Fakultät regte eine Vorstellung bei einer Beratungsstelle für UK an. Er äußert den Wunsch, zukünftig selbstständig schriftliche Beiträge verfassen zu können und möchte Möglichkeiten zur Ansteuerung des Computers kennenlernen. Früher arbeitete der Patient mit der Software ‚Multitext‘ in Verbindung mit speziellen Tastaturen und Musersatzgeräten. Dies sei jedoch nun nicht mehr möglich, da das Pensum für schriftliche Aufgaben sich so stark erhöht habe, dass seine Motorik dies nicht mehr bewältigen könne und sich Ermüdungssymptome zeigen würden.

Erprobt wurden deshalb: ‚Dragon Dictation‘, ‚PC Eye plus‘ und Taste. Mit ‚Dragon Dictation‘ gelingt ihm das Eingeben von Texten und Sprachbefehlen zur Steuerung des PC. Da jedoch bei längerem Sprechen die Verständlichkeit des Gesagten nachlässt, ist dies keine alleinige Lösung. Deshalb wurde zusätzlich das ‚PC Eye plus‘ von ‚tobiidynavox‘ erprobt. Die Kalibrierung war erfolgreich und der Patient arbeitete mit der Verweilfunktion und konnte damit zielgerichtet Felder auf dem Bildschirm ansteuern. Zusätzlich zur Eingabemethode

„Verweilen mit den Augen“ wurde eine Taste erprobt, mit welcher er das jeweilige Item auf dem Bildschirm auswählt, nachdem er es mit den Augen kurz fixiert hat.

Der Patient wurde beim Erlernen der Software ‚Dragon Dictation‘ und bei der Ansteuerung des Computers mit den Augen begleitet. Es wurden Aspekte wie z.B. die Anpassung der Verweildauer und die Optimierung der Kalibrierung behandelt. Darüber hinaus wurde das Schreiben mit der Bildschirmtastatur und das Agieren bei Fehlauflösungen geübt.

Alzheimer-Demenz

Der Patient ist 76 Jahre alt und hat eine Alzheimer-Demenz. Er lebt mit seiner Ehefrau im häuslichen Setting. Zum Zeitpunkt der Vorstellung zeigten sich ein stark eingeschränktes Gedächtnis und häufige Wortabrufstörungen und Satzabbrüche. Die behandelnde Logopädin und die Ehefrau kamen zusammen mit dem Patienten zur Beratung.

Als Ziel gaben die Beteiligten an, dass Handlungsabläufe ermöglicht, über Aktuelles berichtet und Tages- und Wochenereignisse in Erinnerung gerufen werden sollten, aber auch nachträglich noch darüber gesprochen werden sollte.

Zusammen besprachen wir die Möglichkeiten für das Erstellen von Handlungsplänen. Hier wurden Möglichkeiten wie Fotos von einzelnen Handlungsschritten und schriftlicher Notiz, Fotos von Handlungsschritten und Nachrichten vom AnyBook Reader und Fotos von Handlungssequenzen mit Versprachlichung auf dem Book Creator erarbeitet.

Die Tages- und Wochenereignisse wurden in Form eines Klettwochenplans realisiert. Die Wort- und Bildkarten dazu wurden dann auch in einen Wochenkalender geklebt und mit Notizen versehen, dieser diente dann als Tagebuch. In diesem Wochenkalender wurde auch der Punkt „Aktuelles“ verankert. Die ersten beiden Seiten wurden mit laminierten Blankoblättern versehen. Auf diesen wurden mit einem Folienstift aktuelle Begebenheiten vermerkt. Auf den letzten beiden Seiten wurden wichtige Personen und Kontaktmöglichkeiten notiert.

5 UK in der Klinik

Ein Klinikaufenthalt stellt für Patient:innen und ihre Angehörigen eine außergewöhnliche Situation dar und ist oft mit Ängsten und Stress verbunden. Aufgrund verschiedener weiterer Faktoren ist es möglich, dass Betroffene in ihrer gewohnten Kommunikation erheblich eingeschränkt werden. Welche emotionale Belastung dies für die Patient:innen bedeutet, lässt sich nur erahnen. Eine gelingende Kommunikation zwischen Ärzt:in, Pflege und Patient:in stellt einen entscheidenden Faktor bei der Genesung dar. Dabei wurden die positiven Effekte von UK in Kliniken bereits in Studien nachgewiesen.

So berichten Weber & Köhler (2014), dass mit Hilfe von UK den Patient:innen es ermöglicht wird, Angaben zu Bedürfnissen und ihrer Krankheit zu machen. Auch medizinische Abläufe können nachvollzogen werden. Dadurch erfährt der/die Patient:in das Gefühl von Kontrolle und kann neben den medizinischen Angaben auch seine/ihre Persönlichkeit zum Ausdruck bringen.

Eine weitere Studie zeigte, dass Patient:innen mit Zugang zu entsprechenden kommunikativen Möglichkeiten weniger Medikamente zur Schmerzlinderung oder Sedierung benötigen und die Liegedauer auf der Intensivstation sich verkürzt (Happ et al. 2004; Patek et al. 2004).

Patek et al. (2004) berichten, dass 88% der Patient:innen ihre Kommunikation während der Intubation als frustrierend bezeichneten. 86% der Patient:innen waren der Meinung, dass eine Kommunikationstafel ihre Frustration verringert hätte.

In einer anderen Studie (Bartlett et al., 2008) wurde nachgewiesen, dass sich das Risiko für Komplikationen reduziert, wenn die Patient:innen frühzeitig und konkret ihr Unwohlsein beschreiben bzw. mitteilen konnten. Damit verbunden war auch eine reduzierte Überwachungsnotwendigkeit der Patient:innen.

Ebert (1998) beschreibt in seiner Studie, dass knapp 16 % der Patient:innen in einem Krankenhaus Einschränkungen in der Kommunikation haben. Aus dieser Gruppe haben ca. 26 % Hör- und Sehbeeinträchtigungen, 18 % Sprach- und Sprech Einschränkungen und 56 % Einschränkungen des mentalen Status.

Daher ist es von besonderer Bedeutung, ein Bewusstsein für das Thema Kommunikation im Setting Klinik aufzubauen. Ziel sollte es sein, sensibel zu werden für Faktoren, die eine Kommunikationseinschränkung nach sich ziehen.

Costello (2010) benennt diese Faktoren als kommunikative Verwundbarkeit. Dies bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Kommunikationseinschränkungen besonders hoch ist, sofern bestimmte Faktoren gegeben sind. Je nach Grund kann es zu Schwierigkeiten im Sprechen oder Verstehen von Sprache kommen. Er zählt dazu Personengruppen mit:

- Sprachlichen Einschränkungen aufgrund vorbestehender Hör-, Sprach – und kognitiver Einschränkungen (mit / ohne UK-Unterstützung)
- Aktuell erworbenen Einschränkungen der Kommunikation als Resultat der fortschreitenden Erkrankung, eines Unfalls, eines Ereignisses oder bei Palliativ-Patient:innen
- Temporäre Einschränkungen in der Kommunikation, die auf eine medizinische Behandlung zurückgehen (z.B. Beatmung, Sedierung)
- Sprachliche Einschränkungen, z.B. aufgrund kultureller Unterschiede, unterschieden Sprachniveaus, reduzierter medizinischer Sprachkenntnisse oder Lese-/Rechtschreibschwierigkeiten

5.2 Wahrnehmung von UK

Damit ein Einsatz von UK erfolgreich ist, ist es wichtig, dass die Kommunikation mit beeinträchtigten Patient:innen als positive Auswirkungen auf die Qualität und die Patient:innensicherheit des Klinikaufenthaltes von allen Personengruppen wahrgenommen wird, die mit den Patient:innen in Kontakt kommen. Um UK umsetzen zu können, müssen Konzepte zur Implementierung zur Wissensvermittlung, Anwendung im Alltag, Zeit und Material bereitgestellt werden. Als Basis sollten folgende Aspekte Beachtung finden:

- Schulung über die Bedeutung der Kommunikation, Barrieren und Ressourcen
- Etablierung von Assessments zur Einschätzung der Kommunikationsfähigkeit
- Kennen und Anwenden von Basiskommunikationsstrategien
- Kennen von nicht-technischen und technischen Unterstützungsmöglichkeiten bezogen auf die Kommunikation
- Dokumentation

5.3 Fallbeispiel

Beatmungsentwöhnung

Es handelt sich um eine weibliche Patientin. Sie ist 58 Jahre und befindet sich nach einer Herzoperation im prolongiertem Weaning (langsame Entwöhnung von der Beatmung). Sie liegt auf einer Weaningstation, ist tracheotomiert und hat bedingt durch die Operation und aufgetretenen Nebenerscheinungen eine Polyneuropathie, was dazu führt, dass ihre Hand- und Armfunktion eingeschränkt ist. Ein Schreiben mit einem Stift gelingt ihr nicht.

Es findet eine konsiliarische Betreuung durch uns in der Klinik statt. Im Erstkontakt werden eine Buchstabentafel mit Satzanfängen ausprobiert. Ihr gelingt es, wenn die Arme unterstützend gelagert werden, mit dem Finger auf der Tafel Buchstaben bzw. Satzanfänge zu zeigen. Da auch hier häufig eine Kommunikation mittels Ja-/ Nein-Fragen erfolgt, wird auch hier die „Hitliste“ etabliert. Eine Augensteuerung wäre hier möglich, die Klinik hält jedoch keine Kommunikationsgeräte bereit. Von einer Beantragung sehen wir ab, da eine Versorgung sich realistisch betrachtet sicher auf zwei bis drei Monate belaufen würde. Da die Prognose in diesem Fall jedoch hoffen lässt, dass eine Besserung des Gesundheitszustandes schneller eintritt, erscheint uns dieser Weg als Irrläufer. Nach vier Wochen zeigen sich Fortschritte in der Hand- und Armmotorik, sodass wir mit dem ‚iPad‘ der Patientin anfangen zu experimentieren. Ihr gelingt es, an guten Tagen die Bildschirmtastatur des Tablets anzusteuern, langsam und mit Unterstützung durch Vergrößerung der Auflagefläche für die Arme und Hände. So kann die Patientin Nachrichten auf dem Gerät in ein Office-Dokument tippen und Emails schreiben. Das Halten eines Stiftes gelingt ihr immer noch nicht ausreichend, aber mit dem Finger kann sie auf dem Tablet handschriftlich schreiben. Da sich die Entblockungszeiten (Zeiten, in der die Luft aus dem Ballon an der Trachealkanüle entlassen wird) inzwischen auch ausgeweitet haben, kann sie im entblockten Zustand auch verbal kommunizieren.

6 Resümee

Beim Einsatz von UK ist die Zielgruppe der Menschen mit erworbenen Kommunikationseinschränkungen noch wenig präsent. Dies rührt sicherlich zum einen von den Ursprüngen der Unterstützten Kommunikation im Bereich Behindertenpädagogik, zum anderen sicherlich an der Unkenntnis am Versorgungsprozess beteiligter Personen dieser speziellen Zielgruppe.

Der Zugang zu alternativen Kommunikationsmöglichkeiten für Patient:innen mit erworbenen Kommunikationseinschränkungen muss verstärkt und ausgebaut werden. Das Erlernen von alternativen Kommunikationsstrategien unter Zuhilfenahme von Lowtech- und/ oder High-Tech-Lösungen ist sinnvoll.

Die variierenden Krankheitsverläufe und auftretenden Symptome erfordern ein individuell auf die Patient:innen abgestimmtes Vorgehen. Oft werden Maßnahmen im Bereich der UK spät oder gar nicht eingesetzt. Ein proaktives Agieren im Sinne von vorausschauendem Planen und Vorbereiten in Bezug auf den Krankheitsverlauf ist hier ein wichtiger Bestandteil im Fallmanagement. Um dies umsetzen zu können, ist es wichtig, dass alle Berufsgruppen, die mit diesen Patient:innen arbeiten, um die Möglichkeiten im Bereich UK wissen und sensibilisiert sind im Wahrnehmen von Auffälligkeiten. Einfache Hilfen müssen von allen Berufsgruppen gekannt und einsetzbar sein. Wünschenswert wäre zudem eine zeitliche

Beschleunigung der Versorgungsabläufe, v.a. bei akuten Schüben, intermittierenden Begebenheiten und progredienten Erkrankungen.

UK kann für alle Beteiligte einen Benefit darstellen und einen Beitrag bei der Genesung, Wohlbefinden und dem Erleben der Situation leisten.

Tipp der Autorin:

Der Blog „UK-im-Blick“ (<https://www.uk-im-blick.de/>) beschäftigt sich mit dem Thema UK bei erworbenen Kommunikationsbeeinträchtigungen im Erwachsenenalter und dient als Informationsportal. Dort werden bei Weiterentwicklung neue Aspekte hinzugefügt, es gibt eine Materialsammlung und die Möglichkeit zum Austausch.

Literatur

- Bartlett, G. R., Blais, R. & Tamblyn, R. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in the acute care settings. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 1555-1562.
- Beukelman D.R., Fager S., Ball L., Dietz A. (2007). Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders, 23, 230-242.
- Costello, J.M., Patak, L. & Pritchard, J. (2010). Communication vulnerable patients in the pediatric ICU: Enhancing care through augmentative and alternative Communication. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach*, 3, 289-301.
- Ebert, D. A. (1998). Communication disabilities among medical inpatients. *New England Journal of Medicine*, 3, 339-272.
- Happ, M.B., Roesch T.K. & Garrett, K. (2004). Electronic voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a medical intensive care unit: a feasibility study. *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*, 33, 92-101.
- Happ, M.B., Garrett, K.L., Tate, J.A., DiVirgilio, D., Houze, M.P., Demirci, J.R., George E., Sereika S.M. (2014). Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart & Lung*, 43(2), 89-98.
- Patek, L., Gawlinski, A., Fung, N. I., Doering, L. & Berg, J. (2004). Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Heart & Lung*, 33, 308-320.
- Weber, S. & Köhler, M. (2014). Unterstützte Kommunikation im Klinikalltag. Notwendigkeiten und Grenzen. *Unterstützte Kommunikation*, 4, 6-11.
- Statisches Bundesamt: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/_inhalt.html#sprg643056 [28.06.2023]
- Statisches Bundesamt: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-altergruppen.html#249808> [28.06.2023]
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf [28.06.2023]
- Deutsche Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörung: <https://parkinson-gesellschaft.de/fuer-betroffene/die-parkinson-krankheit?dpg/spende> [28.06.2023]
- Deutsche Schlaganfall Gesellschaft: <https://www.dsg-info.de/aktuelles-nachrichten/pressemeldungen/> [28.06.2023]
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie: <https://www.dgnc.de/gesellschaft/fuer-patienten/schaedel-hirn-trauma-sht/> [28.06.2023]
- Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V.: <https://www.dgm.org/muskelerkrankungen/amyotrophe-lateralsklerose-als> [28.06.2023]