

Unterstützte Kommunikation in der Klinik

Herausforderungen und Möglichkeiten

Sabrina Beer

ZUSAMMENFASSUNG. Die Gründe für eine Einschränkung in der Kommunikation für Patienten im Krankenhaus sind vielfältig: Eine Beatmung, neurologische Erkrankungen, ganzkörperliche Schwäche, Fremdsprachigkeit u.a. führen dazu, warum sich Betroffene „sprachlos“ erleben können. Sie können ihre Wünsche, Absichten, Bedürfnisse und Fragen nicht formulieren. Teilweise wird ein Ja-/Nein-Code etabliert und vereinzelt gibt es Kommunikationstafeln mit basalem Vokabular. In diesen Situationen sind die Patienten stark von ihrem Gegenüber abhängig. Ein Nicht-Verstehen führt zu Frust und Resignation auf allen Seiten. Der Einsatz von alternativen Möglichkeiten zur Kommunikation bietet hier den Patienten, Angehörigen und dem Klinikpersonal Wege zur Verständigung.

Schlüsselwörter: Klinik – Unterstützte Kommunikation – Assessment – low-tech – high-tech – Kommunikation

Einführung

Ein Klinikaufenthalt stellt für PatientInnen und ihre Angehörigen eine außergewöhnliche Situation dar und ist oft mit Ängsten und Stress verbunden. Aufgrund verschiedener weiterer Faktoren wie Beatmung, Medikation, herabgesetzte Wachheit, begleitender neurologischer Störungen ist es möglich, dass Betroffene in ihrer gewohnten Kommunikation erheblich eingeschränkt werden. Welche emotionale Belastung dies für die Patienten bedeutet, lässt sich nur erahnen.

Es ist für die Patienten wichtig, Fragen stellen zu können, um Abläufe zu verstehen oder Schmerzen mitzuteilen. Ebenso ist es für das medizinische Personal wichtig, Fragen über das Wohlbefinden, Symptome und zur Krankengeschichte zu stellen. Im Bereich der Grund- und Behandlungspflege ist eine erfolgreiche Kommunikation von enormer Relevanz (Bauersfeld & Bauersfeld 2011). Erfahrungen während dieser Zeit können für PatientInnen und deren Angehörige traumatisch sein (Carroll 2007).

Ist-Zustand

Standardisierte Assessments der Kommunikationsmöglichkeiten bei Klinikaufenthalten scheinen nicht zu existieren. Dies betrifft Normalstationen ebenso wie Intensivstationen. Kommunikation findet in allen Berufsgruppen statt, die mit PatientInnen zu tun haben (z.B. Pflegenden, ÄrztInnen, Thera-

peutInnen, Mitarbeitende im Bereich Röntgen und Labor etc.). Materialien sind, wenn überhaupt, nur sporadisch vorhanden und die Möglichkeiten der Unterstützung für eine gelingende Kommunikation noch nicht allen Beteiligten bewusst. So finden sich wenige deutsche Publikationen zum Thema. In einzelnen Fällen liegt eine logopädische Begleitung vor, im Fokus der Therapie steht jedoch häufig die Behandlung der Schluckstörung oder die funktionale Wiederherstellung von Sprache. Teilhabeorientierte Ziele und Ressourcen im Hinblick auf UK scheinen im klinischen Kontext noch wenig bis gar nicht erkannt worden zu sein.

Dabei wurden die positiven Effekte von UK in Kliniken bereits in Studien nachgewiesen. Eine gelingende Kommunikation zwischen Arzt, Pflege und Patient stellt einen entscheidenden Faktor bei der Genesung dar. Den Patienten wird es ermöglicht, Angaben zu Bedürfnissen und ihrer Krankheit zu machen. Außerdem können medizinische Abläufe nachvollzogen werden. Dadurch erfährt der Patient das Gefühl von Kontrolle und kann neben den medizinischen Angaben auch seine Persönlichkeit zum Ausdruck bringen (Weber & Köhler 2014).

Außerdem wurde gezeigt, dass Patienten mit Zugang zu entsprechenden kommunikativen Möglichkeiten weniger Medikamente zur Schmerzlinderung oder Sedierung benötigen und sich die Liegedauer auf der Inten-

Sabrina Beer ist Logopädin und seit 2013 fachliche Leiterin des Praxisnetzwerkes und Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation „LogBUK GmbH“. Sie verfügt über langjährige Erfahrung in der Therapie von Kindern und Erwachsenen mit neurologischen Störungsbildern innerhalb Akutsetting, Rehabilitation und ambulanter Praxis. 2013 schloss sie das Masterstudium Neurorehabilitation an der Donauuniversität Krems ab. Zu Beginn ihrer Berufslaufbahn standen eine Ausbildung zur Krankenschwester und Tätigkeiten auf Intensivstationen. Aktuell durchläuft sie eine DGSv-zertifizierte Ausbildung „professionelle Supervision und Coaching“.



sivstation verkürzt (Happ et al. 2004, Patek et al. 2006). In einer anderen Studie wurde nachgewiesen (Bartlett et al. 2008), dass sich das Risiko für Komplikationen reduzierte, wenn die Patienten frühzeitig und konkret ihr Unwohlsein beschreiben bzw. mitteilen konnten. Damit verbunden war auch eine reduzierte Überwachungsnotwendigkeit der Patienten.

Trotzdem konnte ein flächendeckender Einsatz von UK in deutschen Kliniken noch nicht erzielt werden. Dabei ist die Zielgruppe klar definiert: Techtzner & Martinsen (2000) zählen Menschen, die temporär oder langfristig in ihren verbalen Ausdrucksmöglichkeiten eingeschränkt sind, zum Personenkreis der UK. Blackstone (2012) formuliert treffend: „Die schlechte Nachricht ist, dass nur ein winziger Prozentsatz derer, die über die Möglichkeiten und Hilfen Bescheid wissen müssten, überhaupt von deren Existenz weiß. Die augenblicklichen Anstrengungen, diese Neuigkeiten zu verbreiten, sind oft zu kümmerlich und ineffektiv. Einige gute Ansätze stecken in den Kinderschuhen, verfügbare Lösungen werden aber zu selten eingesetzt, um den Patienten und deren Gesundheitsversorgung von maximalem Nutzen zu sein“ (S. 17.055.001).

Es ist zu vermerken, dass sich trotz vieler Widerstände langsam ein Bewusstsein für Kommunikation in den Kliniken entwickelt. Einzelne Kliniken haben UK als Projekt in ihrem Haus implementiert. Deutsche Publikationen zum Thema UK und Kliniken bleiben dabei allerdings überschaubar und bilden bisher die Ausnahme. Im Bereich der internationalen Literatur tauchen immer wieder die Autoren *Costello* und *Blackstone* auf. Diese behandeln das Thema ausführlich und haben Wege aufgezeigt, wie eine Umsetzung aussehen und gelingen kann.

Bewusstsein schaffen

Bei einer Befragung von Studierenden und älteren Personen gaben beide Gruppen als wichtigste Aktivitäten des täglichen Lebens während einer Krankheit die Interaktion mit Familie und Freunden sowie die Erhaltung der persönlichen Autonomie an (*Ditto et al. 1996*).

In einer Studie von *Patek et al. (2004)* wird berichtet, dass 88% der Patienten ihre Kommunikation während der Intubation als frustrierend bezeichneten. 86% der Patienten waren der Meinung, dass eine Kommunikationstafel ihre Frustration verringert hätte.

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 „communication vulnerability“. 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 kognitiven Einschränkungen (mit/ohne UK-Unterstützung)
- Aktuell erworbenen Einschränkungen der Kommunikation als Resultat der fortschreitenden Erkrankung, eines Unfalls, eines Ereignisses oder Palliativ-Patienten
- Temporäre Einschränkungen in der Kommunikation, die auf eine medizinische Behandlung zurückgehen (z.B. Beatmung, Sedierung)
- Sprachlichen Einschränkungen, z.B. aufgrund kultureller Unterschiede, unterschieden Sprachniveaus, reduzierten medizinischen Sprachkenntnissen oder Lese-/Rechtschreibschwierigkeiten

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

Damit ein Einsatz von UK erfolgreich ist, ist es wichtig, dass die Kommunikation mit beeinträchtigten Patienten als positive Auswirkung auf die Qualität und die Patientensicherheit im Rahmen des Klinikaufenthaltes von allen Personengruppen wahrgenommen wird, die mit den Patienten in Kontakt kommen. Um UK umsetzen zu können, müssen Konzepte zur Implementierung zur Wissensvermittlung, Anwendung im Alltag, Zeit und Ma-

terial 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

Einschätzen der Kommunikation

Ein wichtiger Aspekt zu Beginn der Betreuung ist die Erhebung und die Dokumentation der kommunikativen Fähigkeiten. Da der physische Zustand der PatientInnen häufig Schwankungen unterliegt (z.B. bedingt durch Medikamente oder durch den kritischen bzw. sich verändernden Gesundheitszustand), sollte die Einschätzung der kommunikativen Fähigkeit ggf. regelmäßig/wiederholt erfolgen. Beim Erkennen von Sprach- und Sprechstörungen wird ein logopädisches bzw. neurologisches Konsil angeregt.

Mögliches Vorgehen:

- Erfassen von motorischen, sensorischen, kognitiven und sprachlichen Ressourcen
- Auswahl und Zur-Verfügung-Stellens von Methoden und Materialien
- Transparente und nachvollziehbare Dokumentation der Ergebnisse
- Instruktion des Umfeldes

Wie bereits erwähnt, gibt es bisher keine deutschsprachigen standardisierten Evaluationsstools zur Erfassung der Kommunikationsmöglichkeiten bei Aufnahme bzw. Ableitun-

gen daraus. Ein mögliches Vorgehen ergibt sich durch den Algorithmus „SPEACS-2“ (Happ et al. 2014). Dieser wurde entwickelt, um die Kommunikation von nichtsprechenden Intensivpatienten zu screenen und mögliche Interventionen aufzuzeigen.

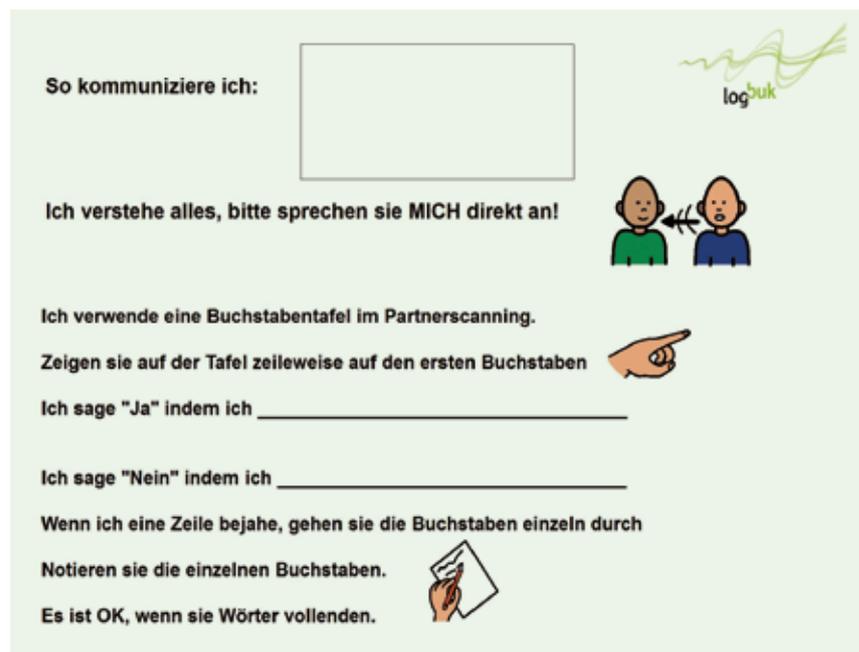
Ermöglichen der Kommunikation

Äußere Faktoren

Der erfolgreiche Einsatz einer Kommunikationsstrategie wird maßgeblich von äußeren Faktoren beeinflusst: So spielen z.B. die Positionierung der Patienten oder Kenntnisse des Umfeldes eine große Rolle. Besonders wichtig ist es daher, Informationen über die Art und Weise der Kommunikationsmöglichkeiten der Patienten und die benötigte Unterstützung in einem „Kommunikationspass“ (Abb. 1) zusammenzufassen und zugänglich zu machen.

Aufgrund von motorischen Gegebenheiten ist es den Patienten manchmal nicht möglich, eine Tafel direkt anzusteuern, dann müssen andere Formen der Ansteuerung in Betracht gezogen werden. Auch ein Einsatz von elektronischen Kommunikationshilfen muss neben den Low-tech-Materialien angedacht und ggf. ermöglicht werden. Dies befähigt den Patienten zu einer unabhängigeren Kommunikation. Über die Komplexität der Kommunikationsstrategie muss je nach Fähigkeiten entschieden werden.

■ Abb. 1: Kommunikationspass



Möglichkeiten kennen und bereitstellen

Jeder im Versorgungsprozess sollte Basis-kommunikationsstrategien kennen und wissen, dass es Möglichkeiten zur Alternativen Kommunikation gibt und wo Materialien zu finden sind bzw. wer in der Klinik zu diesem Thema unterstützend tätig werden kann.

Basiskommunikationsstrategien

- Bereitstellen von Brille, Hörgerät, Gebiss
- Blickkontakt herstellen
- Mimik und Gestik einsetzen
- Pausen, angepasstes Sprechtempo, ggf. Vereinfachen von Aussagen/Fragen
- Bestätigung von Informationen/Verstandenem

Alternative Möglichkeiten zur Kommunikation

- Sprechventil
- Lippenlesen/Überartikulation
- Schreiftafel
- Gesten, Zeichen, Codes – z.B. für Ja/Nein, wichtige Begebenheiten
- Sprechzeichen
- Kommunikationstafel (Buchstaben, Wörter, Sätze, Symbole, Fotos) zum Zeigen, Partnerscanning, Blickauswahl etc.
- Elektronische Kommunikationsgeräte mit Kommunikationsstrategien
- Adaptionmöglichkeiten des Schwesternrufes
- Umfeldsteuerung (Bett, Licht, Musik etc.)
- Symbolhafte und schriftsprachbasierte Darstellung von Routineabläufen
- Mehrsprachige Kommunikationstafeln
- etc.

Ja-/Nein-Kommunikation

Die Beantwortung von Entscheidungsfragen (ja/nein) ist häufig ein Weg, um Bedürfnisse auszudrücken oder um sich an Vorgängen zu beteiligen. Allerdings ist der Gefragte davon abhängig, dass das Gegenüber die richtigen Fragen stellt. Und ein „Ja“ bzw. „Nein“ reichen als Antwortmöglichkeiten bei Weitem nicht aus.

Wird der Patient zum Beispiel gefragt, ob er einen Kaffee trinken möchte, könnte er nur mit „ja“ und „nein“ antworten. Stellt man ihm jedoch mehr Möglichkeiten zur Verfügung, kann er mit „was anderes“ zum Ausdruck bringen, er hat zwar Durst, aber das Abgefragte passt nicht zu seinen Wünschen. Auch gibt es Fragen, die mit einem „ich weiß nicht“ verknüpft sein können, wie z.B. „war Ihr Mann gestern da?“. Daneben sind „ich überlege noch“ als Ausdrucksmöglichkeit und „ist mir egal“ für die Beantwortung von Entscheidungsfragen sinnvoll.

Bewährt hat es sich auch, Themen, die häufig auftauchen, in einer Übersicht zusammenzufassen. So können diese schneller erfragt werden und sind auch für den Personenkreis präsent, der den Patienten nicht genau kennt (Abb. 2). Auch spezielle Anliegen des Patienten können hier vermerkt werden. So wäre z.B. das Anliegen „mit dem Waschlappen über das Gesicht reiben“ ein Wunsch des Patienten, auf den man nicht unbedingt sofort kommt, ihm aber ein großes Bedürfnis ist.

Beim Thema Ja-/Nein-Kommunikation ist weiterhin zu beachten, dass, wenn ein Auswählen der Antwort über Zeigen oder Blick-

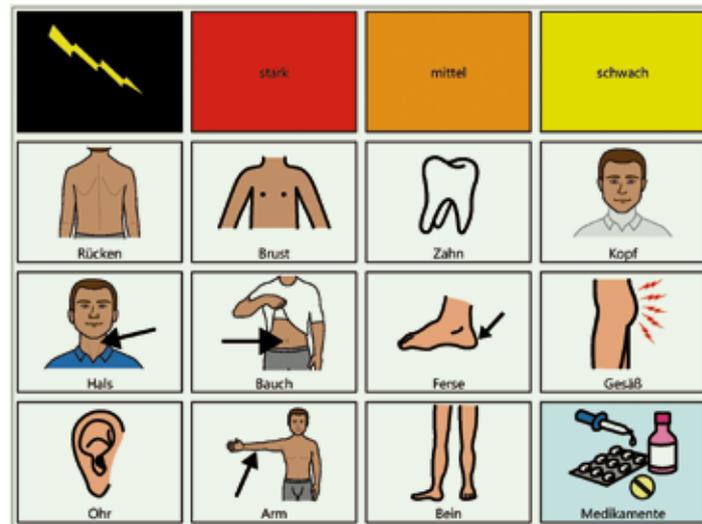
■ Abb. 2: Info Ja-/Nein-Code



■ Abb. 3: Ja-/Nein-Symbole



■ Abb. 4: Schmerztafel



auswahl auf die Bildkarten nicht möglich sind, sogenannte Codes für ein „Ja“ und „Nein“ etabliert werden (z.B. Augen schließen, Zunge herausstrecken, Hand heben). Die Information über den verwendeten Code muss jedoch als Information am Bett für alle Beteiligten zugänglich sein.

Außerdem sollte darauf geachtet werden (sofern irgendwie möglich), den Code für „Ja“ und „Nein“ auf zwei „Systeme“ zu verteilen, also zwei unterschiedliche Regionen zu bevorzugen, z.B. Ja = Augen schließen, Nein = auf das Bett klopfen. So werden Fehlinterpretationen deutlich vermindert.

Schaffen von Auswahlmöglichkeiten und Kommunikationstafeln/-karten

Die Beantwortung von Entscheidungsfragen ist von der Komplexität her nicht zu unter-

schätzen. Die Patienten müssen die Frage verstehen und dann auch kognitiv differenzieren, welche Antwortoptionen passen könnten (Abb. 3, 4). Leichter wird es, wenn man den Patienten eine Auswahlmöglichkeit gibt (das können z.B. Realgegenstände, Fotos oder Symbole sein).

Ein weiterer Schritt für eine umfassendere Kommunikation bieten Kommunikationstafeln oder -bücher. Hier muss vorab evaluiert werden, wie viele Felder pro Seite und welche Art der Darbietung für den Patienten nötig sind (Schriftsprache, Symbole, Fotos). Nicht zu vernachlässigen ist auch die Art der Ansteuerung. Kann der Patient die Auswahl durch Zeigen oder Blickauswahl treffen oder agiert er im (Partner-)Scanning?

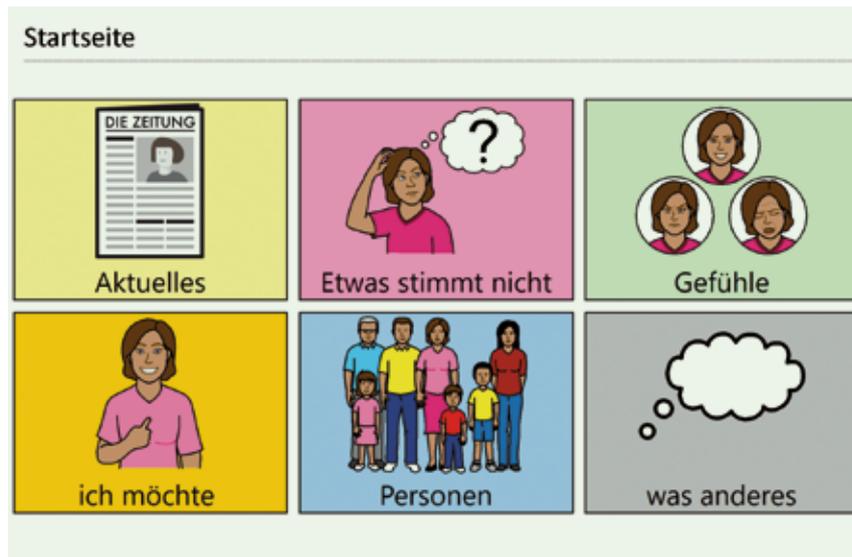
Damit der Patient auch über das Kommunizieren kann, was für ihn bedeutend ist, ist es

wichtig, neben alltäglichen Begebenheiten auch individuelle Kommunikationsseiten zur Verfügung zu stellen. Hierbei muss geprüft werden, welche Anordnung der Seiten für den Patienten sinnvoll und zielführend ist (z.B. pragmatisch orientiert, nach Kategorien geordnet etc.) (Abb. 5).

Angehörige instruieren

Angehörigen fällt es oft schwer, ohne Instruktionen und Ermutigung seitens des Personals bzw. eine Erklärung darüber, wie die Kommunikationshilfsmittel einsetzbar sind, in eine Kommunikationssituation zu gelangen. Daher ist es besonders wichtig, sie in der Kommunikation zu unterstützen, ihnen Ideen zu geben und sie in der Art und Weise der Kommunikationsgestaltung zu instruieren und anzuleiten (Broyels et al. 2012).

■ Abb. 5: Pragmatisches Kommunikationsbuch – Startseite



Nicht-muttersprachlicher Personenkreis

Einfache Unterstützungen, die mehr Transparenz für den Patienten schaffen, könnten hier „Übersetzungen“ wichtiger Dokumente in leichte Sprache und/oder symbolunterstützende Ablaufpläne sein. Gerade bei ausländischen Patienten ist neben der Fremdsprache, die vielleicht in einem gesundheitlichen Notfall nicht und nur unzureichend vom Patienten abzurufen ist, der kulturelle Unterschied ein wichtiger Aspekt. Hier kann eine Kommunikationstafel in der eigenen Landessprache mit zentralem Vokabular eine Brücke zwischen Kommunikation und Kultur darstellen.

Geplanter Klinikaufenthalt

Gerade bei geplanten Klinikaufenthalten ist eine gute Vorbereitung möglich. Ein Beispiel dafür ist „Der Krankenhaus-Pass“. Der Krankenhaus-Pass ist ein Projekt der Vorarlberger Landesregierung (*connexia* o.J.). Ziel ist es, die Begegnung zwischen PatientInnen und dem Personal in der Klinik zu erleichtern. Zielgruppe für diesen Pass sind Menschen mit einer Behinderung, Demenz und/oder Menschen, die nicht gut lesen und schreiben können. Wichtige Informationen über die Patienten werden kurz und prägnant dargestellt. Unabhängig davon wäre bei geplanten Eingriffen,

die eine Beatmung nach sich ziehen, eine Aufklärung der Patienten über Kommunikationseinschränkungen und Vorstellung von Möglichkeiten für alternativen Kommunikation und ggf. die Formulierung einer Liste mit wichtigen Themen ein Ansatzpunkt zur besseren Patientenversorgung.

Grenzen und Barrieren

Beschäftigt man sich mit dem Thema UK in der Klinik, müssen auch die Grenzen und Barrieren aufgezeigt werden. Bei einem Personalschlüssel in Kliniken mit im Schnitt 13 Patienten pro Pflegekraft ist die pflegerische Versorgung kaum zu bewältigen (*Simon & Mehmecke* 2017). Weiter ist die hohe Fluktuation von Personal im Alltagsablauf durch Schichtdienste zu erwähnen, sodass mehrere Personen in die Kommunikationsstrategien eines Patienten eingearbeitet werden müssen. Dabei entstehen immer wieder Überforderungen im technischen sowie im didaktischen Umgang mit den Geräten.

Es bedarf eines umfangreichen Fachwissens über UK-Methoden und -Strategien, um eine Auswahl der passenden Kommunikationsform für den jeweiligen Patienten zu finden. Ein „Material-Pool“ mit vorgefertigten Materialien, verschiedenen Adaptionsmöglichkeiten zur Ansteuerung, aber auch Möglichkeiten zur Individualisierung müssen vorhanden sein.

Nicht zu vergessen sind die hygienischen Anforderungen an das Material. Kommu-

UK-Materialien für den Klinik-Einsatz

Es stehen bereits verschiedene Materialien für die Umsetzung teilhabeorientierter Kommunikation in der Klinik bereit. Dabei handelt es sich um Literatur, konkrete Materialien wie Kommunikations-/ Schmerztafeln, Ja/Nein-Codes u.a. sowie Anleitungen, Checklisten und Vorschläge für die Umsetzung von UK in Kliniken. Hier einige „Informations- und Material-Lieferanten“ im Überblick:

- Deutschsprachige Seite zum Thema UK bei Erwachsenen/UK in der Klinik inkl. Materialseite: <https://uk-im-blick.de>
- Englischsprachige Seite zum Thema UK in der Klinik inkl. Material: www.patientprovidercommunication.org
- Buch: Handbuch der Unterstützten Kommunikation. ISAAC & von Loeper (Hrsg.) (2018). Teil 17: UK in Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Pflege. Silke Jordan & Marion Tapken: Unterstützte Kommunikation in ärztlicher Praxis und medizinischer (Notfall-) Versorgung (praxisnahe Kopiervorlagen)
- Buch: David Beukelman, Kathryn Garrett, Kathryn Yorkston (2007). Augmentative Communication Strategies für Adults with Acute or Chronic Medical Conditions. Brookes Publishing
- Buch: Kommunikationshilfen: für die stationäre und ambulante Pflege. Untertitel in 8 Sprachen. Hard, N. (2014). Schlütersche Verlag
- Kommunikationstafel für medizinische Belange. Methodenzentrum Unterstützte Kommunikation (MEZUK). www.mezuk.de/#mezuk-shop2 – Tafeln als auch APP-Variante
- REHAVISTA. Klinikseitenset: www.rehavista.de/?at=Mat_Boardmaker
- REHAVISTA. Kommunikationstafelset „Klinik“, Kliniktafel „multilingual“: www.rehavista.de/index.php?srcName=Klinik&findName=Finden&srcText=&at=Produktsuche&srcANR=
- REHAVISTA. Kommunikation mit Geflüchteten: www.rehavista.de/index.php?srcName=Kommunikation+f%C3%BCr+Gefl%C3%BCchtete&findName=Finden&srcText=&at=Produktsuche&srcANR=
- Schmerzskala: www.metacom-symbole.de/downloads/ewExternalFiles/Schmerzskala.pdf
- Mehrsprachige Kommunikationsseiten: www.rehavista.de/?at=Mat_Boardmaker
www.metacom-symbole.de/downloads/download_fremdsprachen.html
www.tobiidynavox.de/boardmaker/boardmaker-mehrsprachige-tafeln/
- Bildgestützte Kommunikation, umfangreiche mehrsprachige Materialien zu Anamnesegesprächen in der Notfallmedizin, für die Pflege und zur spezifischen Klinik einzelner Erkrankungen und Situationen: www.setzer-verlag.com
- Material für Notfälle, Routine-Abläufe, usw.: <https://widgit-health.com/downloads/index.htm>
- Knoblich, P. & Sepperl, A. (2015). Sprechzeichen – Kommunikationshilfe für den Pflegebereich. Sprechzeichen GbR, www.sprechzeichen.de
- Kommunikationsbücher und Materialien in Englisch: <https://widgit-health.com/products/index.htm>
- Materialien für die Notfallmedizin, Anamnese und Pflege: www.setzer-verlag.com

nikationstafeln müssen desinfizierbar sein, ebenso wie die elektronischen Hilfen. Auch infrastrukturelle Schwierigkeiten, wie die Halterung eines Kommunikationsgerätes, Wechselwirkungen zwischen den Systemen und Behinderung der pflegerischen Tätigkeiten können zu weniger Einsatz von UK führen.

Ein weiterer Faktor ist der Patient selbst. Wechselnde Gesundheitszustände verbunden mit variierenden motorischen und kognitiven Bedingungen, aber auch eine wechselnde Vigilanz und Belastbarkeit stellen eine Herausforderung dar (Happ et al. 2004).

Im Ausbildungs- und Fortbildungsangebot für Ärzte und Pflegepersonal scheint UK wenig Bedeutung zu haben. In den Leitlinien führender Klinikverbände, wie u.a. der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN) oder der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft e.V. gibt es keine explizierten UK-Leitlinien für Kliniken. Ebenso in den Weiterbildungsordnungen, z.B. für die Intensivmedizin und Anästhesie oder in der Fachweiterbildung Intensivpflege der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI), sind UK-spezifische Themen nicht zu finden.

Spezialisiert man die Suche auf den sprachtherapeutischen-/logopädischen Bereich im Hinblick auf UK und Klinik, ist ebenfalls festzustellen, dass in den Ausbildungscurricula der Logopädie das Thema „UK“ nur in einem kleinen Anteil und ohne speziellen Bezug zur klinischen Anwendung aufgegriffen wird. Erschwerend kommt hinzu, dass UK häufig immer noch als letzte Möglichkeit der Kommunikationsunterstützung betrachtet wird. Im Fokus der Behandlung steht die funktionelle Wiederherstellung des Sprechens und der Sprache – UK als temporäre Kommunikationsüberbrückung, die eine Teilhabe ermöglicht, wird dabei übersehen.

Fazit

Deutlich ist, dass die Klinik ein besonderes Setting für die Unterstützte Kommunikation ist. Der Zugang zu alternativen Kommunikationsmöglichkeiten für Patienten mit Kommunikationseinschränkungen muss verstärkt und ausgebaut werden. Das Erlernen von alternativen Kommunikationsstrategien unter Zuhilfenahme von Low-tech- und/oder High-tech-Lösungen ist sinnvoll. Insbesondere das Pflegepersonal als erster und engster Kontakt der Patienten muss geschult und instruiert werden. Hier liegt das Augenmerk auf einem niedrigschwelligen Zugang zu Methoden der Unterstützten Kommunikation.

Als zweiter Schritt muss ein therapeutisches Assessment folgen, das den Ausbau und gegebenenfalls die Ausweitung in Richtung Kommunikationsmöglichkeiten zum Ziel hat. An dieser Stelle ist eine klare Forderung für die Implementierung und Verankerung von Leitlinien für UK in Kliniken zu formulieren. Es sollte als Maßstab für Qualitätsstandards in Kliniken dienen. Darüber hinaus sollten Ausbildungscurricula von Pflege, Therapeuten und Ärzten überarbeitet werden und zu guter Letzt über Wege der Finanzierung und über Forschungsmöglichkeiten nachgedacht werden.

LITERATUR

- Bartlett, G.R., Blais, R. & Tamblin, R. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in the acute care settings. *Canadian Medical Association Journal* 178 (12), 1555-1562
- Bauersfeld, S. & Bauersfeld, S. (2011). Unterstützte Kommunikation im Kontext medizinisch beruflicher Pflege. In: Jordan, S. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (17.038.001-17.049.001). Karlsruhe: von Loeper
- Blackstone, S. (2012). Zugang zu Kommunikationsmöglichkeiten in allen Bereichen des Gesundheitswesens. In: Jordan, S. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (17.050.001-17.057.001). Karlsruhe: von Loeper
- Broyles, L.M., Tate, J.A. & Happ, M.B. (2012). Use of augmentative and alternative communication strategies by family members in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 21 (2), e21-32
- Carroll, S.M. (2007). Silent, slow lifeworld: the communication experience of nonvocal ventilated patients. *Qualitative Health Research* 17 (9), 1165-1177
- Connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gGmbH (o.J.). *Ein Produkt für Vorarlberg. Der Krankenhaus Pass*. www.krankenhaus-pass.at/krankenhaus-pass.html#erklaerung (26.04.2019)
- 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* 3 (4), 289-301

- Ditto, P.H., Druley, J.A., Moore, K.A., Danks, J.H. & Smucker, W.D. (1996). Fates worse than death: the role of valued life activities in health state evaluations. *Health Psychology* 15 (5), 332-343
- Ebert, D.A. (1998). Communication disabilities among medical inpatients. *New England Journal of Medicine* 339 (4), 272-273
- 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* 33 (2), 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. & Henneman, E.A. (2006). Communication boards in critical care: patients' view. *Applied Nursing Research* 19 (4), 182-190
- 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 (5), 308-320
- Simon, M. & Mehmecke, S. (2017). *Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser*. www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf (19.02.2018)
- Tetzchner, von S. & Martinsen, H. (2000). *Einführung in die Unterstützte Kommunikation*. Heidelberg: Winter
- Weber, S. & Köhler, M. (2014). Unterstützte Kommunikation im Klinikalltag. Notwendigkeiten und Grenzen. *Unterstützte Kommunikation* 4, 6-11

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2019-53020190402

Korrespondenzanschrift

Sabrina Beer
LogBUK GmbH
Salinstr. 11a
83022 Rosenheim
sabrina.beer@logbuk.de

SUMMARY. Augmentative communication in the clinic

There are many reasons for patients in hospitals to be restricted in their communication: ventilation, neurological diseases, weakness of the whole body, foreign language skills, etc. The feeling of "speechlessness" can be the result of these and other disabilities. They are not able to share their wishes, intentions, needs and questions. It can be helpful to arrange individual codes for yes/no or use communication boards with basal vocabulary. In these situations, patients depend on their fellow men badly. Feeling misunderstood leads to frustration and resignation on both sides. Alternative and augmentative communication (AAC) makes it easier for the patients, relatives and caregivers to communicate more efficiently.

KEYWORDS: Clinic – AAC – assessment – low-tech – high-tech – communication