Kathleen Schwarz • Volker Hielscher

Gute Kommunikation mit Menschen, die Beeinträchtigungen mit dem Sprechen haben

Eine Informationsbroschüre und Handlungshilfe für Fachkräfte im Gesundheitswesen

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. Saarbrücken iso

ProDigA Digital unterstützte Interaktionsarbeit

Impressum

Kathleen Schwarz, Volker Hielscher: Gute Kommunikation mit Menschen, die Beeinträchtigungen mit dem Sprechen haben. Eine Informationsbroschüre und Handlungshilfe für Fachkräfte im Gesundheitswesen.

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e.V., Saarbrücken

(www.iso-institut.de)

Februar, Saarbrücken 2023

ISBN: 978-3-935084-41-3

Online-Version zum Download unter www.iso-institut.de/veroeffentlichungen

Urheberrecht der Fotos und Abbildungen:

Schulz von Thun Kommunikation GmbH, S. 10; LogBUK GmbH, S. 26, 27; Methodenzentrum Unterstützte Kommunikation gUG, S. 27; METACOM SYMBOLE, S. 26, 27; TalkTools GmbH, S. 28, 29; iStockPhoto: wildpixel, Cover; DigtialStorm, S. 11; DESKCUBE, S. 12; SIphotography, S. 14; Morsa Images, S. 23; Mekitik_Boy, S. 31; AaronAmat, S. 35; scyther5, S. 42.

Die Handlungshilfe wurde im Rahmen des Vorhabens ProDigA „Versorgungsprozesse digital unterstützen für die Gestaltung guter Interaktionsarbeit“ entwickelt. Das Vorhaben wird über das Programm „Zukunft der Arbeit: Arbeiten an und mit Menschen“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und dem Europäischen Sozialfonds gefördert.

GEFÖRDERT VOM

Bundesministerium für Bildung und Forschung

ESF Europäischer Sozialfonds für Deutschland

EUROPÄISCHE UNION

Zusammen. Zukunft. Gestalten.

Inhalt

Inhalt 5
Vorwort 7
Zielsetzung der Handlungshilfe 9
1. Grundlagen der achtsamen und gewaltfreien Kommunikation 11
1.1 Wie kommunizieren wir? 11
1.2 Auswirkungen von Stressoren auf die Kommunikation 14
1.3 Stressreduzierung durch achtsame und wertschätzende Kommunikation 15
2. Das Erleben der Betroffenen und die Merkmale von Sprach- und Sprechstörungen 19
2.1 Neurologische Sprechstörungen (Dysarthrien) 21
2.2 Erworbene Sprachstörungen (Aphasien) 22
2.3 Sprechapraxie 22
2.4 Sprachstörungen bei Demenz - primär progressive Aphasie (PPA) 23
3. Unterstützte Kommunikation (UK) bei Erwachsenen 25
3.1 Körpereigene Kommunikationshilfen 26
3.2 Nicht-elektronische Kommunikationshilfen 27
3.3 Elektronische Kommunikationshilfen 29
4. Praktische Hinweise: Kompetent und sicher kommunizieren 33
4.1 Eine bewusste Grundhaltung zu (unterstützter) Kommunikation einnehmen .. 33
4.2 Was ist bei der Begrüßung und beim Erstkontakt zu beachten? 34
4.3 Kommunikationshilfen erfolgreich in Gesprächssituationen nutzen 35
5. Personal im Gesundheitswesen in der Kommunikation unterstützen 37
5.1 Bestandsaufnahme für Einrichtungen und einzelne Personen 37
5.2 Expertise für die Umsetzung Unterstützter Kommunikation 40
5.3 Interaktionsunterstützung durch Information und Sensibilisierung 44
5.4 Kommunikative Achtsamkeit in der Einrichtung verstetigen 50
Anhang 51
Literatur 53
Die Autor:innen 57

Vorwort

Viele Pflegekräfte und andere Fachkräfte des Gesundheitswesens haben in der Versorgung immer häufiger mit Menschen zu tun, die sich aufgrund von Erkrankungen nicht mehr gut lautsprachlich artikulieren können. Für professionell Helfende ist die Verständigung mit diesen Personen nicht immer einfach; sie nimmt viel Zeit in Anspruch und es kann zu Missverständnissen kommen. An diesem Punkt setzt die vorliegende Broschüre an: Sie ist gleichermaßen Informationsbroschüre wie auch Handlungshilfe für Fach- und Führungskräfte bei Gesundheits- und Pflegedienstleistern. Sie soll für Kommunikationsbarrieren sensibilisieren sowie Hinweise für eine „gute" Kommunikationsgestaltung geben und daher nicht nur zum Patientenwohl, sondern auch zur Arbeitsentlastung in der Versorgung beitragen.

Die Broschüre wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts entwickelt, das vom Saarbrücker iso-Institut koordiniert und gemeinsam mit Forschungs- und Praxispartnern durchgeführt wurde. In dem Vorhaben „ProDigA - Versorgungsprozesse digital unterstützen für die Gestaltung guter Interaktionsarbeit" ging es um die Verbesserung der Versorgungsprozesse für Menschen mit komplexen neurologischen Erkrankungen. Die Versorgung dieser Patient:innen erfordert meist eine größere Zahl unterschiedlich spezialisierter Dienstleister. Um diese umfängliche Versorgungssituation herzustellen und sie am Laufen zu halten, ist ein intensiver Austausch zwischen Patient:innen (meist auch Angehörigen) und den am Versorgungsprozess beteiligten Hilfsmittelanbietern, Pflegedienstleistern, Therapeut:innen etc. erforderlich. Diesen Austausch zu unterstützen war eines der Ziele des Vorhabens ProDigA (Projekt-Website). Es wurden dazu verschiedene Maßnahmen entwickelt, unter anderem auch die hier vorliegende Broschüre für Fach- und Führungskräfte im Gesundheitswesen.

Die Handlungshilfe wäre ohne die wertvollen Erfahrungen, Hinweise und Anregungen von Patient:innen und von Fachkräften aus Pflege und Versorgung nicht zustande gekommen. Sie haben uns Einblick gewährt in die Herausforderungen, Bedarfe sowie Probleme bei der Kommunikation im Versorgungsalltag und waren damit Ideengeber für die hier vorliegende Broschüre. Ein besonderer Dank gilt den teilnehmenden Patient:innen im Projekt „ProDigA", die uns nicht nur einen Teil ihrer kostbaren Zeit geschenkt, sondern tiefe Einblicke in ihre Lebenssituation gewährt haben. Wir waren beeindruckt von dem Lebensmut und dem positiven Umgang mit ihrer Krankheit und den damit verbundenen Einschränkungen und Herausforderungen. Ebenso bedanken wir uns bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegewerks in Berlin. Sie haben sich trotz der hohen zeitlichen Beanspruchung in der Pflege und unter den Belastungen der Coronapandemie Zeit genommen, um darüber zu berichten, welche alltäglichen Herausforderungen die Kommunikation mit Menschen, die sich lautsprachlich nur schwer oder gar nicht mehr artikulieren können, mit sich bringt. Ein großes Dankeschön gilt zudem den Coaches für Unterstützte Kommunikation, die aufgrund ihrer jahrelangen Expertise viele wertvolle Hinweise geben konnten, wie „gute" Kommunikation mit den betroffenen Patient:innen mittels Techniken der Unterstützten Kommunikation (UK) gelingen kann. Zu guter Letzt geht der Dank an Herrn Frank Leder und die Mitarbeiter:innen von TalkTools GmbH, die ihre Erfahrungen aus der Perspektive eines Hilfsmittelversorgers in großer Offenheit mit uns geteilt und viele wertvolle Anregungen für diese Broschüre gegeben haben.

Saarbrücken, im Februar 2023

Die Verfasserin und der Verfasser

Zielsetzung der Handlungshilfe

Immer mehr Menschen mit einem komplexen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgungsbedarf werden zu Hause oder in Einrichtungen der Langzeitpflege betreut. So werden steigende Zahlen von Patient:innen mit außerklinischer Beatmung verzeichnet (Karagiannidis et al. 2019), aber auch von Menschen, die einen Schlaganfall erleiden (von Büdingen 2022) oder an Multipler Sklerose (Haas 2019), Morbus Parkinson (Info Neurologie + Psychiatrie 2019) oder an einer Demenz (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2022) erkranken. Ein Teil dieser Patient:innen muss mit einem Krankheitsverlauf leben, der schwere Beeinträchtigungen nach sich zieht. Auch bei vergleichsweise seltenen degenerativen neurologischen Erkrankungen wie zum Beispiel der Amyotrophen Lateralsklerose (ALS) wächst die Zahl der Menschen, die mit diesen Krankheitsbildern längere Zeit überleben und die von fortschreitenden Lähmungen des Bewegungsapparats sowie der Sprech-, Kau- und Atemmuskulatur betroffen sind. In der Summe ist davon auszugehen, dass eine zunehmende Zahl von Menschen versorgt werden muss, deren Fähigkeit zur lautsprachlichen Kommunikation aufgrund von schweren Erkrankungen beeinträchtigt ist.

In der Folge haben in der medizinischen und pflegerischen Versorgung Ärzte, Pflegekräfte und informell Pflegende immer öfter mit Menschen zu tun, die unter Sprech- und Sprachstörungen leiden. Diese Personen sind beim Sprechen schwer verständlich oder sie haben Schwierigkeiten, die „richtigen“ Worte zu finden; sie verfügen nur (noch) über eine begrenzte oder auch fehlende Lautsprache oder sie können (z.B. wegen der Notwendigkeit einer Beatmung) nicht mehr sprechen. Aufgrund der Sprech- bzw. Sprachstörungen kann es auch zu Missverständnissen kommen, da Rückmeldungen, Wünsche, Abneigungen und Interessen der Patient:innen nicht richtig „ankommen“ und das gegenseitige Kennenlernen und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses erschwert werden. Manche der Betroffenen reagieren aufgrund der Sprachlosigkeit bzw. fehlender Möglichkeiten, sich mitzuteilen, mit aggressivem Verhalten oder mit Teilnahmslosigkeit und Rückzug bei medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen.

Für professionell Helfende erweisen sich diese Kommunikationssituationen gerade im pflegerischen Alltag als anspruchsvoll und mitunter als belastend. Im Projekt ProDigA wurden im Rahmen einer Patienten- sowie Expertenbefragung verschiedene Faktoren herausgearbeitet, die die Kommunikation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen erschweren:

- Oft haben Ärzt:innen, Pflegekräfte und Therapeut:innen nur wenig oder gar keine Kenntnisse zum Thema Unterstütze Kommunikation. Diese ist derzeit nicht Bestandteil der Ausbildung. Darum verfügen auch nur wenige Stationen in Kliniken und Pflegeeinrichtungen oder ambulante Pflegedienste über entsprechende Hilfsmittel zur Kommunikation wie zum Beispiel Kommunikations- bzw. Alphabettafeln.
- Diese fehlenden Kenntnisse führen auch dazu, dass manche Menschen nicht die geeigneten Kommunikationshilfen zur Verfügung gestellt bekommen, die sie aufgrund ihrer Erkrankung eigentlich benötigen.
- Zwar hat sich in der Langzeitpflege die Informationssammlung und Risikoeinschätzung anhand der Strukturierten Informationssammlung (SIS) weitgehend durchgesetzt. Dort wird u.a. auch die Kommunikationsfähigkeit von Pflegebedürftigen angesprochen – allerdings wird die Erfassung der kommunikativen Fähigkeiten und der ggf. genutzten Hilfsmittel nicht detailliert vorgegeben. Daher gibt es bislang in Kliniken bzw. in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen kein einheitliches Vorgehen zur Erfassung der Kommunikationsfähigkeit.

- Im stressigen, zeitlich eng strukturierten Arbeitsalltag bleibt meist wenig Zeit für Gespräche mit den Patient:innen. Dies ist in der Kommunikation mit Menschen, die in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sind, besonders gravierend, weil gerade diese Personen einen erhöhten Zeitaufwand für die Verständigung benötigen.
- Der Verlauf und die wichtigsten Fakten zu neurologischen Krankheitsbildern, die zu Beeinträchtigungen des Sprechens führen können, scheint nicht bei allen Pflegekräften und informell Pflegenden bekannt zu sein. Hier ist unter Umständen ein Informationsbedarf gegeben.
- Gelegentlich zeigen sich auch unreflektierte Verhaltensweisen in der Kommunikation, zum Beispiel über die betreffenden Patient:innen zu sprechen anstatt mit ihnen. Sind Angehörige anwesend oder in der Nähe, passiert es schnell, dass diese Personen stellvertretend für die Patient:innen angesprochen werden und nicht der direkte Austausch gesucht wird.

Bislang liegen kaum systematische Studien vor, inwiefern die Kommunikation mit Menschen, die an einer Sprach- und/oder Sprechstörung leiden, durch das Gesundheitspersonal als Anforderung oder Arbeitsbelastung wahrgenommen werden (Hielscher et al. 2023).

An diesen Herausforderungen setzt diese Handlungshilfe an. Sie soll für diese spezifischen Interaktionssituationen sensibilisieren und eine gelingende Kommunikation zwischen den Beteiligten unterstützen. Sie richtet sich vorwiegend an professionell Pflegende sowie Therapeut:innen und andere Dienstleister, die Menschen mit komplexen neurologischen Krankheiten versorgen, pflegen und betreuen. Davon sollen sowohl die betroffenen Personen wie auch die Arbeitssituation des Gesundheitspersonals profitieren. Ziel der Broschüre ist dabei,

- die Handlungssicherheit von professionell Helfenden in anspruchsvollen Kommunikationssituationen zu verbessern,
- Stress zu reduzieren und zur Entlastung des Personals beizutragen,
- die Versorgungsqualität und die Zufriedenheit der Patient:innen zu verbessern,
- die Bereitschaft und die Kompetenzen aufzubauen, Hilfsmittel der Unterstützten Kommunikation im Versorgungsalltag zu nutzen,
- einen Haltungs- und Perspektivwechsel zu fördern, um mehr Sensibilität für Menschen, die in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sind, zu schaffen.

Die Handlungshilfe ist zweigeteilt aufgebaut: In den Abschnitten eins bis vier werden Informationsblöcke zu den Themen Kommunikation, Merkmale von Sprach- und Sprechstörungen, Hilfsmöglichkeiten der Unterstützten Kommunikation und praktische Hinweise für ein „gutes“ professionelles Kommunikationsverhalten angeboten. Diese Informationen richten sich gleichermaßen an Fach- und Führungskräfte im Gesundheitswesen. Sie können modular gelesen und genutzt werden. Ein zweiter Teil dieser Broschüre ist als Vorgehensbeschreibung und Tool-Box angelegt. Sie kann insbesondere durch Leitungskräfte, zum Beispiel Pflegedienstleitungen in Kliniken, Pflegeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten genutzt werden, die die Umsetzung der Themen „achtsame Kommunikation“ und „Unterstützte Kommunikation“ angehen wollen. Im Zentrum stehen dabei die Unterstützung einer Bestandsaufnahme zu Kommunikationssituationen und -hilfen in der Einrichtung sowie Anregungen zur Durchführung von eines Workshops für Mitarbeiter:innen, um UK als ein Leitziel der Unternehmenskultur zu etablieren. Die Handlungshilfe umfasst überdies Verweise auf nützliche Links, Checklisten und ähnliche Tools.

1. Grundlagen der achtsamen und gewaltfreien Kommunikation

1.1 Wie kommunizieren wir?

Kommunikation ist ein Grundbedürfnis des Menschen und bildet die Basis für das menschliche Zusammenleben. Gleichzeitig ist Kommunikation essenziell für die Teilhabe und eine selbstbestimmte und selbstständige Lebensführung. Jede Art von Verhalten in einer Situation mit anderen Menschen ist Kommunikation. „Man kann nicht *nicht* kommunizieren". Dies gilt auch dann, wenn man schweigt (Watzlawick, P. 2016, S. 58 f.).

Die wichtigste Form der Kommunikation ist die verbale Kommunikation, die es Menschen ermöglicht, wechselseitig komplexe Botschaften auszutauschen. Es gibt unterschiedliche wissenschaftliche Kommunikationsmodelle. Eines der bekanntesten ist das „Vier-Ohren-Modell" der Kommunikation, welches durch den Psychologen und Kommunikationswissenschaftler Friedemann Schulz von Thun entwickelt wurde. In jeder Kommunikation gibt es demnach einen Sender und einen Empfänger. Eine Kommunikation entsteht jedoch erst, wenn der Empfänger die Möglichkeit hat, auf die Nachricht des Senders zu antworten. Das kann verbal oder nonverbal erfolgen. Dabei gilt: Wahr ist nicht, was der Sender sagt, sondern, was der Empfänger versteht. Das Gehörte wird von den eigenen Werten, Vorstellungen, Vorurteilen etc. beeinflusst. Jede Äußerung einer Person, ob bewusst oder unbewusst, transportiert laut Schulz von Thun vier Botschaften und kann dementsprechend auf vier Ebenen verstanden werden (Schulz von Thun 2011):

- Sachinformation: In der Botschaft des Senders wird eine sachliche Information transportiert. Dabei sollen mit Hilfe von Daten, Fakten und Sachinhalten entsprechende Sachinformationen übermittelt werden.
- Selbstkundgabe: Mit dem Selbstkundgabe-Schnabel gibt der Sender gewollt oder unfreiwillig etwas über sich selbst preis. Dabei verrät er etwas über seine Gefühle, Wertvorstellungen sowie die inneren Bedürfnisse und Befindlichkeiten. Der Empfänger nimmt diese Informationen mit dem Selbstkundgabe-Ohr auf und versucht, die Persönlichkeit des Senders einzuschätzen: „Mit wem habe ich es zu tun?"
- Beziehungshinweis: Der Sender gibt zu erkennen, wie man zum Empfänger steht und was man von der Beziehung zwischen Sender und Empfänger hält. Insbesondere werden nonverbale Signale wie Tonfall, Gestik und Mimik vermittelt, die meist schwer vom Sender zu kontrollieren sind.
- Appell: Hier wird deutlich, was der Sender durch Einflussnahme auf den Empfänger erreichen möchte. Es handelt sich also um Wünsche, Appelle, Ratschläge, Handlungsanweisungen, Effekte etc. Dies erfolgt offen oder indirekt und vermittelt dem Empfänger über das Appell-Ohr, welche Erwartungen an das Handeln, Denken oder Fühlen gestellt werden.

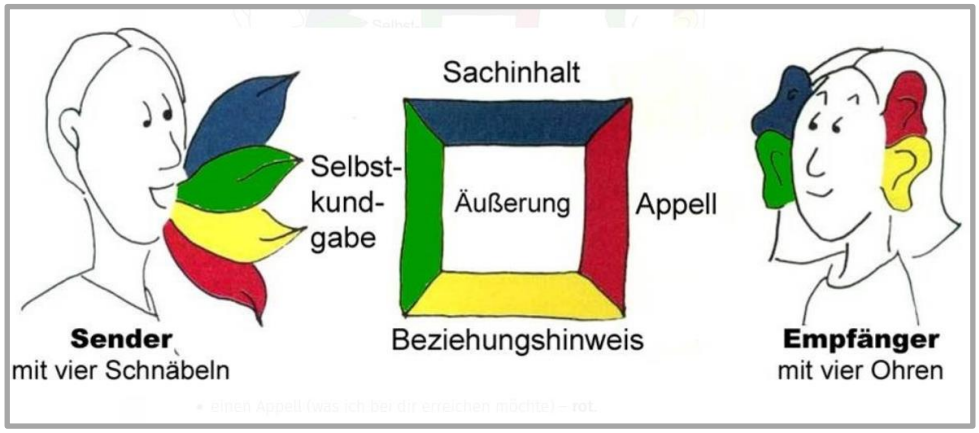

Abbildung 1: Das Kommunikationsquadrat (Schulz von Thun), besser bekannt unter "Vier-Ohren-Modell". Quelle: "Vier-Ohren-Modell"

Erst wenn dem Empfänger die vier Botschaften einer Nachricht bewusst sind, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass diese richtig entschlüsselt wird. Beeinflusst wird die Entschlüsselung von Faktoren wie den eigenen Erfahrungen, dem sozialen Umfeld, der Motivation und Situation, in der sich der Empfänger gerade befindet; ebenso fließen die Weltanschauung, Werte bzw. Verhaltensmuster mit ein. Grundsätzlich gilt, dass aufgrund der Komplexität der Kommunikation die Nachricht des Gegenübers eigentlich nicht hundertprozentig verstanden werden kann.

Darüber hinaus wird die Gesprächssituation durch sprachbegleitende bzw. nonverbale Kommunikationssignale (Paralinguistik) mitgeprägt. Diese werden vom Gesprächspartner/Empfänger ebenso wahrgenommen und bilden oft die Realität der persönlichen Stimmung und Emotionen ab. Dabei handelt es sich zumeist um unbewusst gesetzte Signale, die das Gesagte entweder unterstützen oder auch im Kontrast zu den gesprochenen Worten stehen. Daher können sie als eine Art Code betrachtet werden. Folgende nonverbalen Signale ergänzen das Sprechen:

- Paralinguistische Phänomene, auch akustisch-auditive Phänomene genannt, zeigen sich in der Stimme und im Sprechausdruck. Dazu zählen das Lachen, der Tonfall, die Tonlage, das Sprachtempo sowie Sprachpausen.
- Die Körpersprache wird unterschieden in Mimik und Gestik:
  - Die Mimik bezeichnet den Gesichtsausdruck, also das Minenspiel (Augen, Gesichtszüge, Blickrichtung…) im Gesicht. Mimische Äußerungen können beabsichtigt, aber auch unbeabsichtigt erfolgen.
  - Die Gestik bezeichnet die Ausdrucksbewegungen der Gliedmaßen (Bewegung der Hände, der Arme, der Schultern und des Kopfes). Dazu zählt auch die Körperhaltung im Sitzen, Gehen oder Stehen. Gestische Äußerungen laufen ebenfalls meist unbewusst ab und vermitteln dem Gesprächspartner Signale zum persönlichen Befinden bzw. zur Haltung gegenüber dem Anderen und zur eigenen Erwartungshaltung.
- Das äußere Erscheinungsbild wie Kleidung, Haut, Haare, Körperbau etc. gehört mit zur Körperhaltung eines Menschen und hat häufig Einfluss auf die Gesprächspartner, da den unterschiedlichen Merkmalen bestimmte Charaktereigenschaften zugeschrieben werden. Diese Zuschreibungen oder „Schubladen" wirken sich ebenfalls auf die verbale und die nonverbale Kommunikation aus.
- Die Berührung ist wahrscheinlich die intimste Art der Kommunikation für das Individuum. Sie ist gleichzeitig die direkteste und intensivste Form, mit der Umwelt zu

interagieren und durch Fühlen wahrzunehmen. So gilt eine Umarmung oder ein Kuss zwischen Liebenden oder Eltern und Kind als die intensivste kommunikative Form (Fröhlich 2015). Die eigenen Emotionen werden so auf der körperlichen Ebene ausgedrückt. In der pflegerischen Versorgung kann man jemandem durch nette Worte und/oder das Halten bzw. Streicheln der Hand Trost schenken.

Kommunikation beschränkt sich demnach nicht nur auf gesprochene Sprache oder das geschriebene Wort. Gerade in der Versorgung von Menschen mit Einschränkungen der verbalen Mitteilungsfähigkeit spielen die visuelle Kommunikation, die taktile Kommunikation durch Berührung und Körperkontakt, die vibratorische Kommunikation durch Vibrationen, die olfaktorische Kommunikation durch den Geruchssinn, geschmackliche Kommunikation und die somatische Kommunikation durch den Austausch von Zärtlichkeiten eine große Rolle (ebenda). Das Pflegepersonal zählt für die Betroffenen in Kliniken, Pflegeeinrichtungen oder in der häuslichen Intensivpflege zu den wichtigsten Bezugspersonen, weshalb eine gute Kommunikation für beide Seiten besonders wichtig ist. Mit den Methoden und Materialien der Unterstützen Kommunikation wird das Gesundheitspersonal in die Lage versetzt, die Kommunikation aktiv selbst zu gestalten (siehe Kap. 3).

Basale Kommunikation

In der medizinischen und pflegerischen Versorgung spielt die basale Kommunikation eine wichtige Rolle. Dabei handelt es sich um ein körperorientiertes heilpädagogisches Konzept, um mit Menschen zu kommunizieren, die schwerste geistige- und/oder körperliche Beeinträchtigungen haben und sich nur unzureichend oder gar nicht lautsprachlich verständigen können (Link: Basale Kommunikation - ein Weg zum andern (winfried-mall.ch)). Das Wort „basal“ bedeutet hier nach A. Fröhlich „voraussetzungslos“, das heißt, in der Kommunikation mit den Betroffenen werden vom Gesprächspartner keine Vorbedingungen gestellt. Ziel der basalen Kommunikation bzw. Stimulation ist es die Gesundheit und das Wohlbefinden zu steigern sowie die Selbstständigkeit und Partizipation zu fördern. Dabei geht es in erster Linie darum, Situationen der Begegnung zweier Menschen zu schaffen. Basale Kommunikation sucht Anknüpfungspunkte, um zu kommunizieren und kann daher Voraussetzungen für anschließende sinnvolle Fördermöglichkeiten schaffen.

1.2 Auswirkungen von Stressoren auf die Kommunikation

Bekanntermaßen ist die Arbeit von Menschen im Gesundheitswesen einem hohen Anforderungsdruck ausgesetzt. Die verschiedenen Stressoren können für den Einzelnen belastend sein und zu physischen und psychischen Erkrankungen führen. Befragungen zu den Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege zeigen seit langem, dass Zeitdruck und Hektik wichtige belastende Faktoren sind, die sich unter Umständen auch auf die Qualität der Arbeit auswirken. Weitere strukturelle bzw. organisatorische Stressoren sind Arbeitsverdichtung, Personalmangel, fehlende Informationen zu arbeitsrelevanten Themen, das Einspringen aus dem Dienstfrei sowie Schichtarbeit, Wochenendarbeit und Nachtarbeit (DGB-Index Gute Arbeit 2018).

Zudem geht die personenbezogene Pflege häufig mit schwerer körperlicher Arbeit einher, etwa mit schwerem Tragen, Heben oder Stemmen, oder mit Arbeitsvollzügen in Zwangshaltungen. All diese Faktoren stellen auf Dauer physische Belastungen dar (Rothgang et al. 2020). Psychische Belastungen hingegen entstehen dadurch, dass das Gesundheitspersonal täglich schwerstkranke Menschen versorgt und mit starken Emotionen, Leid und Sterben konfrontiert wird. Hinzu kommt, dass sich Patient:innen bzw. Angehörige nicht immer kooperativ verhalten. Zudem erleben Pflegende nicht selten Gewalt, zum Beispiel Beschimpfungen, Kneifen und Kratzen, aber auch Schläge, Bedrohungen und sexuelle Belästigungen. Das Personal fühlt sich in diesen Situationen häufig hilflos, wütend, ängstlich, verärgert oder es wird von Selbstzweifeln geplagt (ebenda). Die beruflichen Anforderungen in der Patientenversorgung und die damit einhergehenden Stressoren sind somit sehr hoch.

Diese belastenden Faktoren können sich negativ auf die Kommunikationsfähigkeit des Personals auswirken und sich auf das Umfeld übertragen. Doch gerade im Gesundheitssektor ist die Qualität der Kommunikation von herausragender Bedeutung: „Eine klare, eindeutige und zielorientierte Kommunikation erhöht die Qualität aller Pflegeprozesse, gibt Patienten, Bewohnern und Angehörigen Sicherheit, Orientierung und spart erhebliche Zeitressourcen“ (Mantz 2016, S.13). Die Qualität der Kommunikation leidet mitunter unter dem Zeitdruck und der Hektik des Arbeitsalltags:

- Worte werden unter Umständen nicht mehr mit Bedacht gewählt: Durch die „richtige“ oder „falsche“ Wortwahl kann jemand ermutigt oder geängstigt, getröstet oder verletzt, ermutigt oder gedemütigt werden.
- Ein erhöhtes Sprechtempo geht oft mit vielen Informationen einher, die vom Gegenüber möglicherweise nicht mehr sinnvoll verarbeitet werden können.
- Die Konzentration auf den Patienten bzw. die Patientin mit einem empathischen Zuhören und Antworten wird vernachlässigt und Blickkontakt reduziert, um nicht noch zusätzlich „in Beschlag“ genommen zu werden.
- Möglicherweise werden Gespräche auf das Nötigste reduziert, weil die Gedanken schon bei der nächsten Aufgabe sind.

Anstatt sein Gegenüber mit professioneller Ansprache und warmherzigen Worten zum richtigen Zeitpunkt zu beruhigen und Orientierung zu geben, stiftet dieses Verhalten eher Verwirrung. Die Gesprächspartner:innen können sich und die eigenen Bedürfnisse als nicht ernst genommen wahrnehmen. So kann insgesamt die Kommunikation mit Kolleg:innen, Patient:innen sowie Angehörigen leiden. Dies wiederum kann Gereiztheit, Ärger und emotionale Belastungen sowie Missverständnisse für die Beteiligten zur Folge haben. Eine missverständliche und misslungene Kommunikation kann nicht zu einer gesundheitsförderlichen Arbeitsatmosphäre beitragen (Mantz 2016).

1.3 Stressreduzierung durch achtsame und wertschätzende Kommunikation

Wenn auch der Arbeitsalltag im Gesundheitssektor häufig fordernd ist, so können professionelle Helfende auch selbst einiges für eine gelingende Kommunikation tun. Eine achtsame Kommunikation hilft im Verständnis zwischen Helfenden und Patient:innen sowie zwischen Kollge:innen, sie stärkt die professionelle Interaktion im Arbeitsalltag und sie trägt nicht zuletzt zu einer Entlastung und zu mehr Zufriedenheit der Helfenden bei. Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte der achtsamen und gewaltfreien Kommunikation dargestellt und Hilfestellungen für die Gesprächsführung im Arbeitsalltag aufgezeigt.

Unter dem Begriff Achtsamkeit in der Kommunikation versteht man eine erhöhte Aufmerksamkeit im gegenwärtigen Moment (Hölzel, Brähler 2015). Dabei gilt es, Abstand zu vorangegangenen Situationen zu gewinnen, unabhängig davon, wie stressig oder belastend diese waren. Auch zukünftige Ereignisse, wie zum Beispiel anstehende Aufgaben, sollen möglichst ausgeblendet werden. Unkonzentriertheit, belastende Gedanken und Gefühle verhindern eine achtsame Kommunikation.[1] Der Fokus liegt auf der inneren Haltung des Individuums und erfordert die Reflexion der eigenen Gedanken und Emotionen. Diese Faktoren sind für eine achtsame Gesprächsführung von Bedeutung:

- Selbstwahrnehmung: Die eigenen Bedürfnisse und Gefühle sollten bewusst gemacht und angenommen werden. Nur so ist es möglich, diese dem Gegenüber zu kommunizieren. Eine Klarheit über die eigenen Bedürfnisse und Gefühle fördert zugleich das Verständnis der Bedürfnisse und Emotionen des Gegenübers.
- Einfühlungsvermögen (Empathie): Eine achtsame Haltung hat auch Einfluss auf das eigene Vermögen zur Empathie. Diese Fähigkeit ermöglicht es dem Menschen, sich in die Emotionen des Gegenübers hineinzufühlen und ist eine der wichtigsten sozialen Kompetenzen, um soziale Beziehungen aufzubauen (Günther 2015). Sie ist die Basis dafür, aktiv zuzuhören und mit achtsamen Worten auf den/die Gesprächspartner:in einzugehen.
- Perspektivwechsel: Die Fähigkeit, sich in sein Gegenüber und dessen aktuelle Situation, Absichten, Pläne etc. hineinzuversetzen ist ebenso eine wichtige soziale Kompetenz. Diese Kompetenz ist insbesondere für Fachkräfte im Gesundheitswesen wichtig, da sie täglich mit Menschen konfrontiert sind, die mit Ängsten, Schmerzen, Unwissenheit etc. zu kämpfen haben und erwarten, mit ihren Nöten ernst genommen zu werden.

---

[1] Quelle: https://sprachraum.org/2017/01/30/achtsame-kommunikation/

- Aktives Zuhören bedeutet, sich auf den Kommunikationspartner zu konzentrieren und die eigenen Bedürfnisse zurückzunehmen. Dies wird durch eine zugewandte Körperhaltung unterstützt. Von Bedeutung ist ein ehrliches Interesse an der Person und eine wohlwollende, möglichst unvoreingenommene Haltung. Dazu gehört, im Gespräch die Aussagen des Gesprächspartners zusammenzufassen und den eigenen Eindruck wiederzugeben. So wird es möglich, sich selbst zu kontrollieren, ob alles richtig verstanden wurde. Dazu gehören aber auch Nachfragen, wenn etwas unklar geblieben ist. Es wird empfohlen, die Aussagen des Gegenübers nicht zu bagatellisieren und zur Problemlösung konkrete Vorschläge anstatt Ratschläge zu formulieren.

- Die richtigen Worte finden: Es ist in bestimmten Situationen nicht immer einfach, die richtigen Worte zu finden. Denn einerseits ist es die Aufgabe von Fachkräften, Patient:innen und Angehörige aufzuklären, zu informieren, zu beraten, anzuleiten und zu motivieren. Andererseits kommt es gleichzeitig darauf an, Vertrauen aufzubauen, eine Beziehung herzustellen und Ängste zu nehmen. Die Wortwahl sollte so erfolgen, dass sie die „Botschaft“ rüberbringt, gleichzeitig aber den Respekt wahrt, nicht verletzend ist und die Annahme der inhaltlichen Aussage erleichtert. Bestimmte Schlüsselwörter können negative Assoziationen und Abwehrreaktionen auslösen und sollten in der Kommunikation vorsichtig genutzt werden (zum Beispiel „Problem“, „Stress“, „müssen“, „kein“, „nicht“, „schnell“, „gleich“, „später“, „Sekunde“, „Moment“). Gleiches gilt für Schlüsselsätze in der Kommunikation, die im Arbeitsalltag zumeist als „normal” gelten, weil sie ständig gesagt, aber nur selten hinterfragt werden, zum Beispiel: „Wir müssen erstmal abwarten”.

Die Fähigkeit zur achtsamen Kommunikation kann erlernt werden. Sie bietet eine Ressource, die Herausforderungen im Patientenkontakt besser zu bewältigen und sich auf das Wesentliche zu konzentrieren. Achtsame Momente steigern die Lebensqualität und erhöhen die (Arbeits-)Zufriedenheit. Eine Reflexion der erlernten und gefestigten Denk- und Kommunikationsmuster kann einen (positiven) Einfluss auf das Stressempfinden haben (Günther 2015).

Ein kurzes Innehalten: Wie gehe ich in die Kommunikation hinein?

Um achtsam kommunizieren zu können und im Moment anzukommen, gilt es innezuhalten und die Aufmerksamkeit auf das „Jetzt” zu lenken. Es gibt Situationen, die psychosozial so belastend sind, dass ein achtsames Gespräch gegenwärtig emotional nicht möglich ist. Dann ist es sinnvoller, mit einem zeitlichen Abstand in die Kommunikation zu gehen. Die Trainerin für Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Stressbewältigung Sylke Känner hat einige Fragen formuliert, die vor oder während einer Gesprächssituation ein Innehalten und eine Selbstvergewisserung unterstützen können:

- Bin ich in der Gegenwart? Oder kreisen meine Gedanken um Vergangenes oder Zukünftiges?
- Was passiert gerade? Was denke ich? Was fühle ich?
- Welche Resonanz haben die Worte in meinem Körper? Welchen Geschmack haben meine Worte?
- Sind sie konstruktiv, positiv oder verletzend?
- Wie klingt meine Stimme?

- Bin ich mir meiner Körperhaltung und meines Gesichtsausdruckes bewusst?
- Schlucke ich etwas hinunter?
- Was lösen meine Worte aus? Sehe und spüre ich ihre Wirkung?
- Was ist meine Motivation zu sprechen oder zu schweigen?
- Ist mein Schweigen trennend oder verbindend?
- Kann ich Fehler entspannt zugeben?
- Weiß ich schon, was ich gleich sagen werde oder was als nächstes passiert?
- Fühle ich mich meinem Gegenüber verbunden?
  Habe ich Angst, das Falsche zu sagen?

Angelehnt an Silke Känner: www.sylke-kaenner.de/achtsame-kommunikation/

Auf Grundlage dieser achtsamen Haltung kann Kommunikation systematisch angelegt werden. Eines der bekannten Handlungskonzepte ist das der gewaltfreien Kommunikation, welches vom amerikanischen Psychologen Marshall B. Rosenberg entwickelt wurde. Unter dem Begriff Gewalt versteht Rosenberg vor allem ein fehlendes sprachliches Einfühlungsvermögen und eine "lebensentfremdende Kommunikation", welche durch Vorurteile, moralische Urteile, Leugnen von Verantwortung, Manipulation, Anweisungen und Forderungen geprägt ist. Ziel des Konzeptes der gewaltfreien Kommunikation (GFK) ist es, die eigenen Möglichkeiten dahingehend zu erweitern, dass auch in schwierigen Situationen eine gelingende und wertschätzende Kommunikation möglich ist (Rosenberg 2016). Grundannahme ist dabei, dass Menschen entsprechend ihrer Bedürfnisse handeln. In der Konsequenz sollten in einer Kommunikationssituation die eigenen Bedürfnisse ebenso wichtig genommen werden wie die jedes anderen. Vor diesem Hintergrund werden Hinweise gegeben, die Bedürfnisse des Kommunikationspartners zu erkennen und darauf einzugehen:

Beobachtung, ohne zu bewerten:

- So sollte in einem Gespräch der Fokus auf Beobachtungen gelegt und Beobachtungen von Bewertungen getrennt werden. Mitschwingende Bewertungen werden vom Gegenüber häufig als Kritik wahrgenommen mit der Konsequenz, dass die eigentliche inhaltliche Botschaft gar nicht mehr gehört wird.
- Adverbien wie „immer", „nie", „jemals", „jedes Mal" etc. oder zuspitzende Adjektive lösen beim Gegenüber nicht selten eine Abwehrreaktion aus und sollten möglichst vermieden werden.

Gefühle wahrnehmen und ausdrücken:

- Eine weitere Komponente besteht darin, die eigenen Gefühle auszudrücken und für diese die Verantwortung zu übernehmen, also nicht dem Gesprächspartner die Schuld an den eigenen Gefühlen zuzuschreiben. Dazu gehört ebenso, die Gefühle des Gegenübers ernst zu nehmen, auch oder gerade dann, wenn man das Besprochene selbst anders bewerten würde.
- Über die eigenen Gefühle offen zu sprechen oder diese konkret benennen zu können, fällt vielen Menschen schwer. Mit Hilfe von Ich-Botschaften kann man die eigenen Gefühle, Emotionen und Bedürfnisse leichter kommunizieren. Die Chancen sind groß, dass das Gegenüber auf ein "Ich fühle mich missverstanden" empathischer reagiert als auf ein „Du verstehst mich nicht".

Bedürfnisse erkennen:

- Emotionen und Gefühle sollten getrennt von ihren Auslösern und Gründen betrachtet werden. Auslöser für die Emotionen und Gefühle mögen zwar das Gesagte und Tun des Gegenübers sein, als eigentliche Gründe sollten jedoch die eigenen unerfüllten Bedürfnisse betrachtet werden.
- Interpretieren wir die verbalen Äußerungen und nonverbalen Signale des Gesprächspartners als negativ, gibt es laut Rosenberg vier typische Reaktionen:
- "Uns selbst die Schuld geben" ist einerseits nicht zielführend und kann andererseits das eigene Selbstwertgefühl und –vertrauen mindern.
- "Anderen die Schuld geben" ist ebenso kontraproduktiv, da diese Gedanken meistens aus dem Gefühl von Ärger heraus entstehen.
- "Die eigenen Gefühle und Bedürfnisse wahrnehmen" ist hingegen essentiell, um diese benennen zu können.
- "Die Gefühle und Bedürfnisse der anderen wahrnehmen" und erkennen ist ebenso wichtig, um sich in das Gegenüber hineinzuversetzen und konstruktive Lösungen zu finden.

Bitten formulieren:

- Wenn es um die Erfüllung der eigenen Bedürfnisse geht, sollte dies als Bitte formuliert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Bitte in positiver Handlungssprache formuliert wird und konkret benannt wird, was vom Gegenüber gewünscht wird. Es muss sich natürlich um einen realistischen Wunsch handeln und die Bitte sollte nicht als Anweisung formuliert werden. Je klarer die Bitte, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Gegenüber die Bedürfnisse erfüllt.
- Bevor die Bitte ausgesprochen wird, sollten die eigenen Gefühle und Bedürfnisse benannt werden. Sonst kann aus einer Bitte schnell eine Forderung werden.
- Um sich zu vergewissern, dass das Gegenüber verstanden hat, worum es in der Bitte geht, sollte diese vom Zuhörer nochmals wiederholt werden.
- Ebenso bedeutsam ist es, ist in dieser Situation zu wissen, was das Gegenüber angesichts der Bitte empfindet, darüber denkt oder bereit ist zu tun. Die Bitte um Offenheit des Zuhörers sollte ausdrücklich formuliert werden.

Rosenberg versteht unter der gewaltfreien Kommunikation nicht nur ein Handlungskonzept, sondern vielmehr einen Lern- und Entwicklungsprozess des Bewusstseins, der die innere Haltung und Einstellung, welche sich auch in nonverbalen Signalen äußern, dauerhaft verändert.

2. Das Erleben der Betroffenen und die Merkmale von Sprach- und Sprechstörungen

Die Fähigkeit, sich in sein Gegenüber hineinzuversetzen, ist eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen guter Kommunikation. Gerade in Gesprächssituationen mit Menschen, die zwar in ihrer Kommunikationsfähigkeit, aber nicht kognitiv eingeschränkt sind, soll die im Folgenden skizzierte Betroffenenperspektive den Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen helfen nachzuvollziehen, was es für die Betroffenen bedeutet, „sprachlos" zu sein. Ein Perspektivwechsel und ein Verständnis für die Art der lautsprachlichen Einschränkungen kann zudem den Druck aus angespannten Situationen nehmen und so die Belastungen von herausfordernden Gesprächssituationen reduzieren.

Für die Patient:innen bedeutet die Diagnose einer schweren neurologischen Erkrankung eine einschneidende Lebensveränderung. Während eine Diagnose zum Beispiel bei einem Schlaganfall häufig schnell gestellt werden kann, dauert es bei anderen Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit oder ALS häufig Wochen oder Monate, bis feststeht, woran die Betroffenen leiden – eine Zeit, die für diese Menschen durch Unsicherheit und Ängste geprägt ist.

Die hier angesprochenen neurologischen Erkrankungen gehen oft mit unterschiedlichen körperlichen Einschränkungen einher. Insbesondere bei fortschreitenden Krankheitsverläufen werden der Alltag und der Bewegungsradius der Betroffenen schrittweise immer stärker eingeschränkt. Wie die Betroffenen den Alltag mit ihrer Erkrankung erleben, ist für Außenstehende häufig nur schwer begreifbar. Sandra Schadek hat ihre Erfahrungen und die Veränderung ihrer Lebenssituation durch die Diagnose ALS wie folgt beschrieben: „Im Prinzip muss der Betroffene bei vollem Bewusstsein zusehen, wie der eigene Körper immer schwächer wird. Damit wird der kranke Körper zum Gefängnis des gesunden Geistes" (Schadek 2009, S.19). Sie beschreibt den in kurzer Zeit stattfindenden Wandel von einem gesunden Menschen hin zu einem Pflegefall. Der Verlust der eigenen Selbstständigkeit und Selbstbestimmung und die neue Abhängigkeit von Familie und Freunden sowie von Pflegekräften ist aus Sicht der Erkrankten eine besondere Herausforderung: „Ich musste mein Leben ständig neu definieren und vom alten Leben Abschied nehmen. (…) Ich musste nicht nur die ALS als einen Teil meines Lebens annehmen, sondern auch mich selbst als eine abhängige, kranke, letztendlich eine behinderte Frau" (ebenda, S. 43). Nicht selten verändern sich auch die Beziehungen in der Partnerschaft, der Familie und im Freundeskreis.

Der Verlust der Lautsprache wird als eine besonders dramatische Einschränkung erlebt. Für Außenstehende ist es nur schwer vorstellbar, wenn Gedanken, Gefühle oder auch Wünsche und Bitten nicht mehr spontan geäußert werden können. „Ich hatte so viel zu sagen, konnte mich an Gesprächen jedoch nicht beteiligen, wie ich es gerne wollte. Oft hatte ich einen Satz oder Kommentar schon im Kopf, sprach ihn aber nicht aus und nahm nur noch in Gedanken an Unterhaltungen teil" (ebenda, S. 28). Diese Beeinträchtigungen spiegeln sich dann meist auch im Kommunikationsverhalten des sozialen Umfelds: „Menschen, die sprechen (...) sprechen hinter euch, neben euch, um euch herum (...) durch euch hindurch

und sie sprechen sogar für euch, aber niemals mit euch. Ihr werdet ignoriert, bis ihr euch wie ein Möbelstück fühlt (...)“ (Rick Creech).[2]

Aus Scham über die eigene schlechte verbale Kommunikationsfähigkeit ziehen sich viele Betroffene aus Gesprächen zurück. „Ich wollte nicht anders, sondern normal sein und schämte mich, dass ich es offensichtlich nicht mehr war. (…) Häufig erschrak ich sogar, als ich meine gequälte Tonlage hörte, und bald hatte ich selbst zu Hause Angst, sobald das Telefon klingelte oder jemand an der Haustür war“ (ebenda, S. 33). Gelegentlich fallen die Betroffenen aufgrund der undeutlichen, unnatürlichen und teils sonderbaren Lautsprache in der Öffentlichkeit auf; sie werden missverstanden oder ihnen wird unterstellt, dass sie betrunken sind oder eine geistige Behinderung haben – gerade dies wird als eine besondere psychische Belastung erfahren. Aufgrund der Lähmungserscheinungen nicht nur des Sprechapparats können Gefühle wie Zuneigung oder Nähe ebenfalls nur schwer nonverbal ausgedrückt werden, etwa durch Zärtlichkeiten, Mimik und Gestik gegenüber Familienmitgliedern oder anderen nahestehenden Personen.

Die genannten körperlichen und sozialen Einschränkungen machen deutlich, wie wichtig es ist, die Betroffenen dabei zu unterstützen, durch Kommunikation am Alltagsleben teilzuhaben. Sie sind dabei allerdings maßgeblich auf den Willen und die Fähigkeit ihres Gegenübers angewiesen, auf ihre Einschränkungen einzugehen und die Kommunikationssituation angemessen zu gestalten.

Gut zu wissen! - Rechtliche Grundlagen

Kommunikation ist laut UN-Behindertenrechtskonvention, die auch Deutschland unterzeichnet hat, ein Grundrecht jedes Menschen (Artikel 2, 21). Dementsprechend ist dies auch in der Sozialgesetzgebung verankert (§33 SGB V, §84 SGB IX). Jeder Mensch hat ein Recht auf Teilhabe, unabhängig von der Art der Einschränkung. Somit haben alle Personen mit einer körperlichen und/oder kognitiven Beeinträchtigung, die sich in irgendeiner Weise auf die Kommunikationsfähigkeit auswirkt, Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln zur Unterstützten Kommunikation. Die Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen und Maßnahmen zur Sicherung der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens erfolgt durch die Krankenkassen (Kamps, Boenisch 2020).

Die Einschränkungen der Fähigkeit, sich lautsprachlich zu artikulieren, werden als Sprach- oder Sprechstörung bezeichnet. Die Ursachen bzw. Symptome für eine Sprach- und Sprechstörung sind sehr unterschiedlich, stehen aber bei Erwachsenen meist in Verbindung mit einer neurologischen Erkrankung. Die Symptomkreise werden in Dysarthrie, Aphasie, Sprechapraxie oder primär progressive Aphasie unterschieden. Im Folgenden werden die wesentlichen Merkmale dieser Symptomatiken kurz skizziert. Zu berücksichtigen ist dabei, dass es sich um erworbene Sprach- oder Sprechstörungen handelt und dass der Spracherwerb bei den Betroffenen abgeschlossen ist.

---

[2] Quelle: https://uol.de/sonderpaedagogik/ambulatorium/beratungsstelle-fuer-unterstuetzte-kommunikation/uk-was-ist-das (Aufruf am 11.01.2023).

2.1 Neurologische Sprechstörungen (Dysarthrien)

Dysarthrien sind die am häufigsten auftretende neurologische Sprechstörung, von denen meistens Erwachsene betroffen sind. Ursachen dieser Störung sind in der Regel neurologische Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, ALS oder Schädel-Hirn-Traumata. Bei Dysarthrien handelt es sich um eine Schädigung der Sprechmotorik, die durch Läsionen der Muskulatur oder Beeinträchtigungen des zentralen und peripheren Nervensystems ausgelöst werden. Dabei fällt es den Betroffenen schwer, Sprechbewegungen zu steuern und auszuführen. Sprachlaute wie Konsonanten und Vokale können nicht mehr richtig gebildet werden. Weiter sind auch die Sprachmelodie sowie der Sprachrhythmus betroffen (Staiger et al. 2017; Ackermann 2018). Die Lautsprache basiert auf einem Zusammenspiel von Sprechatmung, Stimmgebung und Lautbildung. Gibt es in diesen Bereichen Beeinträchtigungen, führt dies häufig zu „erheblichen Einbußen der Verständlichkeit sprachlicher Äußerungen“ (Ackermann 2018, S. 5). Diese Symptomatik hat nichts mit kognitiven Einschränkungen oder einer geistigen Behinderung zu tun. Die Auswirkungen auf die Lautsprache können sehr facettenreich sein:

- Das Sprechen selbst ist für die Betroffenen mitunter sehr anstrengend und bedarf hoher Konzentration, vor allem bei längerem Sprechen wird die geschwächte Muskulatur stark beansprucht. Die Aussprache ist dann meist verlangsamt und leise. Durch die Anstrengung kommt es zur mimischen Mitbewegung.
- Auch wenn die Aussprache noch recht deutlich ist, kann sich die Stimme für Außenstehende kraftlos, heiser, rau, behaucht bzw. gepresst anhören. Lautes Rufen ist dann, ebenso wie das Singen hoher Töne, nicht mehr möglich.
- Die Aussprache der Betroffenen wirkt verwaschen oder nuschelnd und ist schwer verständlich.
- Ist die Funktion der Zunge gestört, kann die Artikulationsschärfe reduziert sein, wodurch die Aussprache nasal klingt. Dies kann auch ein leichtes Lispeln zur Folge haben.
- Bei fortschreitenden Erkrankungen fällt es den Betreffenden aufgrund der Schwächung der Muskeln zunehmend schwerer, die Lippen, die Zunge sowie die Atmung zu kontrollieren. So wird es schwieriger, die sogenannten Plosivlaute zu bilden, davon betroffen sind die Buchstaben „b“, „p“, „d“, „t“, „k“, „g“. Gleiches gilt auch für die Konsonantenverbindungen „str“, „kl“, „pfl“ und „spr“.
- Ein weiterer wesentlicher Einflussfaktor auf das Sprechen ist die nachlassende Atemfunktion. Die Betroffenen müssen dadurch häufiger geräuschvoll Luft holen. Das Sprechen kann dadurch angestrengt und abgehackt klingen. Die Auswirkungen der Symptome in den genannten Bereichen Atmung, Artikulation und Stimme verstärken sich gegenseitig und erfordern eine hohe Konzentration auf den Sprechvorgang, so dass ein flexibles, spontanes Reagieren im Gespräch beeinträchtigt ist. Die erschwerte Atmung führt beim Sprechen auch zu einem Wechsel zwischen Tonhöhe und Lautstärke.
- Wenn die Lippen und der Kiefer nicht mehr richtig bewegt werden können, verändert sich das Klangbild der Vokale (Wellinger o.J.).
- Ebenso typisch für neurologische Sprechstörungen ist eine verlangsamte und monotone Sprechweise sowie die verminderte Lautstärke bzw. eine erhöhte Stimmlage.

- Bei Betroffenen von Morbus Parkinson kann es zu Fehlern bei der Wortbetonung kommen. Zudem fällt es den Patient:innen häufig schwer, die richtigen Worte zu finden. Auch können Symptome wie beim Stottern und/oder ein beschleunigtes Sprechtempo auftreten. Ebenso typisch ist aufgrund der Versteifung der Gesichtsmuskulatur eine starre Mimik. Auf Außenstehende kann dies im Gespräch gleichgültig oder emotionslos wirken.

2.2 Erworbene Sprachstörungen (Aphasien)

Bei der Aphasie handelt es sich vorwiegend um eine erworbene Störung der Sprachverarbeitung, hervorgerufen durch Beeinträchtigungen des zentralen Nervensystems aufgrund einer Mangeldurchblutung der sprachrelevanten Areale im Gehirn (Bartels 2017). Eine Aphasie kann u.a. nach einem Schlaganfall, einem Schädel-Hirn-Trauma oder durch Tumore entstehen. In der Regel sind Aphasie-Patient:innen nicht von kognitiven Einschränkungen betroffen. Typisch bei der Aphasie ist, dass die Auswahl passender Wörter erschwert ist oder die gesprochenen Wörter nicht in der richtigen Reihenfolge stehen, obwohl die Wörter bzw. Sätze in Gedanken richtig angeordnet sind. Die Sprachstörung äußert sich wie folgt:

- Häufig treten Wortfindungsstörungen auf. Die Betroffenen kennen zwar die Bedeutung eines Objekts, wenn sie zum Beispiel ein Auto sehen, finden aber nicht das entsprechende Wort.
- Auch falsche Wörter auszusprechen ist typisch für die Erkrankung. Betroffene wollen zum Beispiel das Wort Auto sagen, sprechen aber das Wort Treppe aus.
- Es kann auch vorkommen, dass einzelne Buchstaben bzw. Wörter vertauscht werden, oder dass Wörter und Sätze unverständlich sind.
- Aphasie-Patient:innen suchen beim Sprechen auch häufig nach den richtigen Wörtern, so dass dadurch der Redefluss ins Stocken geraten kann.
- Ebenso kann eine flüssige Sprachproduktion erfolgen, wobei die Sätze für das Gegenüber keinerlei Sinn ergeben.

2.3 Sprechapraxie

Bei einer Sprechapraxie liegt bei Erwachsenen mit abgeschlossener Entwicklung der Lautsprache eine Störung der Sprechplanung vor. Ursachen für eine Sprechapraxie sind meistens ein Schlaganfall oder ein Schädel-Hirn-Trauma. Patient:innen sind dabei nicht mehr in der Lage, die automatisierten Sprechbewegungen (Sprechgedächtnis) abzurufen (dbs 2021; Otto, Wimmer 2021). In schweren Fällen können Betroffene sich gar nicht mehr verbal mitteilen. Für Gesprächspartner, „wirkt es so, als ob der Mund nicht mehr wüsste wie er sich bewegen soll, um das Zielwort auszusprechen“ (dbs 2021, S. 1). Sofern die Erkrankung allein auftritt, ist ebenso das (laute) Lesen betroffen, während das Sprachverständnis und das Schreiben nicht beeinträchtigt sind. Häufig tritt die Sprechapraxie jedoch im Zusammenhang mit einer Aphasie auf. Die reine Sprechapraxie ist durch folgende Symptome gekennzeichnet (dbs 2021, S. 3):

- Betroffene ersetzen und/oder vertauschen beim Sprechen die Laute.
- Nach unverständlichen Wörtern können auch mehrere verständliche Wörter folgen.

- Häufig kommt es am Wortbeginn zu Suchbewegungen der Artikulationsorgane (Lippen, Zunge, Kiefer)
- Beim Sprechen ist eine veränderte Betonung der Silben zu bemerken. Zudem ist das Sprechen langsamer als normal. Es kommt sehr häufig gerade zu Beginn eines Wortes zu Wortabbrüchen, erneuten Anläufen bzw. Korrekturversuchen.
- Das Sprechen ist für die Betroffenen mit einem hohen Maß an Konzentration verbunden und daher sehr anstrengend. Die Anstrengung äußert sich sowohl in der Mimik und Gestik als auch in der Stimme.

2.4 Sprachstörungen bei Demenz - primär progressive Aphasie (PPA)

Im Gegensatz zur plötzlich auftretenden Aphasie, zum Beispiel durch einen Schlaganfall, ist die PPA eine Folge demenzieller Erkrankungen. Diese bringen neurodegenerative Prozesse mit sich, die u.a. durch einen schleichenden Abbau der sprachlichen Fähigkeiten gekennzeichnet sind. Im Krankheitsverlauf sind diese Sprachstörungen häufig mit weiteren kognitiven Beeinträchtigungen kombiniert (Dressel, Lange 2015). Die Sprachstörung kann bereits auftreten, bevor die ersten Anzeichen einer Demenz-Erkrankung vorliegen. Die Symptome werden mit dem Fortschreiten der Erkrankung jedoch immer ausgeprägter, daher die Bezeichnung primär progressiv.

Die Beeinträchtigungen können sich je nach Subtyp auf die Anwendung und das Verständnis der grammatikalischen Regeln beziehen, auf die Reduzierung des Sprachschatzes und damit verbundene Wortfindungsstörungen sowie auf phonologische Fehler, bei denen die Aussprache bzw. Verwendung des Lautes im sprachlichen Kontext nicht störungsfrei gelingt. Sprachstörungen im Zusammenhang mit einer Demenz können nicht therapiert, also Fähigkeiten neu erlernt oder zurückerlangt werden. Im Umgang mit den Patient:innen können allerdings kommunikationsunterstützende, ressourcenorientierte Arbeitsweisen mit einem Respekt des Eigentempos in der Kommunikation und mit einem Fokus auf soziale Teilhabe sinnvoll sein (Knels, von der Heide 2017).

3. Unterstützte Kommunikation (UK) bei Erwachsenen

Mit den Methoden und Techniken der Unterstützten Kommunikation (UK) sollen Menschen, die nicht oder kaum lautsprachlich kommunizieren können, darin unterstützt werden, sich der Umwelt mitzuteilen. Die Zielgruppe der UK ist breit gefächert. Grundsätzlich können nahezu alle Betroffenen einer angeborenen, erworbenen, temporären oder dauerhaften Einschränkung der verbalen Kommunikationsfähigkeit durch UK ihre Möglichkeiten verbessern, sich zu verständigen.

Nicht nur die Betroffenen profitieren von UK, auch für professionell Helfende im Gesundheitswesen wird der Arbeitsalltag mit dieser Patientengruppe deutlich vereinfacht. UK erlaubt ihnen, sich direkt mit den Patient:innen auszutauschen und während medizinischer, pflegerischer oder therapeutischer Maßnahmen in Kommunikation mit den Betroffenen zu bleiben. Letztere werden in die Lage versetzt, sich trotz Einschränkungen der Lautsprache zu ihrem physischen und psychischen Befinden sowie zur Wirksamkeit der Maßnahmen mitzuteilen (Erdélyi, Hennig, 2020). Die Patient:innen haben so die Möglichkeit, weiterhin selbstbestimmt an ihrer Versorgung mitzuwirken. Sie können ihre Bedürfnisse sowie Befindlichkeiten und Krankheitssymptome ausdrücken und in die pflegerischen und medizinischen Abläufe eingebunden werden. Je besser solche Informationen mitgeteilt werden können, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Komplikationen reduziert werden.

Kurz gefasst hat der Einsatz von UK für die Patient:innen ein enormes Potenzial zur Mitwirkung an der Versorgung und zur Verbesserung der Lebensqualität:

- Sie kann im Rahmen der Behandlung medizinisch notwendige Informationen zu Vorerkrankungen, zu Schmerzen oder Allergien, zum aktuellen Gesundheitszustand während der Behandlung, zum allgemeinen Wohlbefinden etc. erschließen.
- Sie erlaubt es den Betroffenen, Fragen stellen zu können, um die medizinischen Abläufe, Diagnosen, Behandlungsmöglichkeiten nachzuvollziehen.
- Sie kann ein Mindestmaß an Partizipation bei der Versorgung gewährleisten und ermöglicht es, eigene Bedürfnisse zu benennen, Wünsche zu äußern oder sich bei einem Hilfebedarf bemerkbar zu machen.
- Sie erlaubt ganz allgemein Teilhabe durch die Unterstützung sozialer Interaktion.

Patient:innen mit komplexen neurologischen Erkrankungen müssen sich in der Regel wiederkehrenden Krankenhausaufenthalten unterziehen. Insbesondere für diese Gruppen ist es eine besondere Belastung, bei einer Änderung des Gesundheitszustands oder gar in einem medizinischen Notfall sich nicht spontan sprachlich äußern zu können. In diesen Situationen ist es für die Betroffenen besonders wichtig, auf Hilfsmittel zurückgreifen zu können, die die Kommunikation ermöglichen oder unterstützen.

Unabhängig davon, ob ein Krankenhausaufenthalt ansteht oder ob eine dauerhafte ambulante oder stationäre Versorgung aufgenommen wird, ist zu klären, welche Voraussetzungen, Anforderungen und Bedarfe die betreffende Person hinsichtlich der Unterstützung

durch UK mitbringt. Checklisten können dabei helfen zu erfassen, welche Hilfsmittel aufgrund der vorliegenden Beeinträchtigungen überhaupt in Frage kommen (Kap. 5). Bei der Herangehensweise ist es besonders wichtig, die Person nicht auf ihre Defizite zu reduzieren, sondern den Fokus darauf zu legen, welche Ressourcen zur Kommunikation noch vorhanden sind und wie eine sinnvolle Unterstützung aussehen kann.

Leider werden die Möglichkeiten und Technologien der Unterstützten Kommunikation in vielen Pflegeeinrichtungen und Kliniken bislang nur wenig genutzt. Leitlinien für die Implementierung von UK in Kliniken werden zwar von logopädischer Seite gefordert, sind aber bislang nicht umgesetzt (Beer 2019), ebenso ist das Thema UK bis heute kein Bestandteil der Aus- und Fortbildung von Ärzt:innen oder Pflege(fach)kräften. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die Methoden und Anwendungsmöglichkeiten der Unterstützten Kommunikation kurz dargestellt. Dabei wird deutlich, wie breit gefächert die Möglichkeiten sind, Menschen mit Beeinträchtigungen der verbalen Ausdrucksfähigkeit durch UK zu unterstützen. Die Darstellung soll Dienstleister im Gesundheitswesen anregen zu überprüfen, ob die Kommunikationsfähigkeit der von ihnen versorgten Personen nicht durch bislang noch nicht in Betracht gezogene Methoden oder Hilfsmittel besser unterstützt werden könnte.

3.1 Körpereigene Kommunikationshilfen

Der Mensch verfügt über vielfältige körpereigene Ausdrucksmöglichkeiten, die in einem „normalen“, verbal geführten Gespräch eher unbewusst zum Tragen kommen. So verstehen sich Menschen in langjährigen vertrauten Beziehungen häufig auch ohne viele Worte.

Personen, mit Beeinträchtigungen der Lautsprache können in vielen Fällen auf nonverbale Kommunikationsformen zurückgreifen. Dazu gehören Mimik, Gestik, Lautäußerungen, Blick- und Zeigebewegungen, Gebärdensprache, das Fingeralphabet oder individuelle Zeichen (Otto, Wimmer 2021). Für professionell Helfende sollte in einem „Über-Mich-Info-Blatt“ (Kap. 3.2) festgehalten werden, über welche nonverbalen Strategien die betreffende Person verfügt. Die Angehörigen könnten bei der Anamnese unterstützend zur Seite stehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nichtsprechende Menschen unter Umständen auf Ja/Nein-Fragen anders reagieren als mit Kopfnicken oder -schütteln. Betroffene mit weitreichenden motorischen Einschränkungen antworten z. B. womöglich mit Augenbewegungen oder Hand- und Fußzeichen. Das Ja/Nein-Konzept der Unterstützten Kommunikation ist die einfachste Methode, ohne weitere Hilfsmittel in eine Kommunikation zu kommen (Kap. 3.2). Es erweist sich jedoch als zeitintensiv und schwierig einsetzbar, wenn die Inhalte komplex sind (Braun 2021).

Eine andere Möglichkeit, sich ohne Worte verständlich zu machen, sind Gebärden. Diese müssen aber zunächst von den Betroffenen und dem Gegenüber erlernt werden. Die Gebärdensprache ist komplex und bietet sich für die Kommunikation mit professionell Helfenden in der klinischen und ambulanten Versorgung nur im Ausnahmefall an (Otto, Wimmer 2021). Häufig eignen sich einfache Blickbewegungen, Blinzeln oder Mimik und Gestik besser für die Kommunikation, die mit Hilfe der Vokalisation (der Buchstabe W für Wasser oder F für Fernbedienung) verstärkt werden können. Experten empfehlen, die Fähigkeit, grundlegende Bedürfnisse durch körpereigene Methoden zu kommunizieren, in jedem Fall anzustreben (Braun 2021).

3.2 Nicht-elektronische Kommunikationshilfen

Die Auswahl an nicht-elektronischen Kommunikationshilfen ist sehr vielfältig, ebenso wie deren Einsatzmöglichkeiten. Im Folgenden werden nur die Methoden und Materialien vorgestellt, die im Rahmen der Kommunikationsunterstützung von Erwachsenen eingesetzt werden können. Für eine gute Kommunikation ist es zudem wichtig, dass die Betreffenden ihre gegebenenfalls vorhandenen weiteren Hilfsmittel wie Brille, Hörgerät bzw. Gebiss nutzen. Ebenso sollte immer eine Bestätigung des Erzählten/Besprochenen erfolgen (Beer 2019).

Über-Mich-Info-Blatt und Krankenhaus-Pass

Die Idee hinter einem Über-Mich Dokument in Kliniken, stationären sowie ambulanten Einrichtungen ist zum einen, dem Gesundheitspersonal die Möglichkeit zu geben, sich im stressigen Berufsalltag einen schnellen Überblick über die Kommunikationsfähigkeit und -möglichkeiten der betreffenden Patient:innen zu verschaffen. Zum anderen wird ein Weg geebnet, die jeweilige Person mit einer größeren Handlungssicherheit anzusprechen. Die Betroffenen profitieren dadurch, dass Überforderungssituationen, Missverständnisse oder gar ein Ignorieren in der Kommunikation vermieden werden. Das „Über-Mich"-Info-Blatt sollte standardmäßig gut sichtbar am Bett der lautsprachlich eingeschränkten Patient:in angebracht sein (zum Beispiel A4 laminiert, siehe Beispiel im Anhang). Im Rahmen des Aufnahmegesprächs sollten Informationen darüber erfasst werden, wie die Person kommuniziert (Gestik, Mimik etc.) und ob nicht-elektronische und/oder elektronische Hilfsmittel mitgeführt werden. Darüber hinaus können auch Auskünfte zu Themen wie „so kann ich Nahrung und Getränke aufnehmen", „so nehme ich Medikamente ein", „so schlafe ich", „so möchte ich gepflegt und zur Toilette begleitet werden", „das sind meine Vorlieben und Abneigungen", „ich interessiere mich für…" und „was sind weitere Besonderheiten" aufgeführt werden. Informationen zu persönlichen Interessen können helfen, ein Gespräch anzufangen. **Wichtig:** Da dieses Blatt sehr persönliche Informationen enthält, müssen die betreffenden Personen ihr Einverständnis darüber geben, ob überhaupt und welche Angaben in das Blatt aufgenommen werden. In stationären Heimen und in der ambulanten Versorgung sollten die Angaben regelmäßig überprüft und eventuell angepasst werden. Wichtig ist, dass alle an der Versorgung Beteiligten Zugang zu diesem Dokument erhalten.

Eine erweiterte Variante zur Übermittlung wichtiger Informationen stellt der Krankenhaus-Pass dar. Er wird von den Patient:innen mitgeführt und enthält wichtige Informationen wie Name und Adresse, Kontakt- bzw. Vertrauenspersonen, Krankheitsbild, Medikation, Art und Weise der Kommunikationsmöglichkeiten, Bedarfe und Anforderungen an die Versorgung, Vorlieben und Abneigungen bei medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen (zum Beispiel Angst vor Spritzen) etc. Da aufgrund der Beeinträchtigungen der Patient:innen diese den Pass häufig nicht von sich aus übergeben, sollte im Krankenhaus bei der Aufnahme gezielt danach gefragt werden. Über folgenden Link kann kostengünstig ein individueller Krankenhaus-Pass erstellt werden: Krankenhaus Pass - Hospital Pass (krankenhaus-pass.at).

Ja-/Nein-Konzept (Symbolkarten)

Das Ja-/Nein-Konzept ist eine wichtige Methode, um schnell und unkompliziert in Kommunikation zu treten. Mit Hilfe dieser Methode ist es möglich, alltägliche Bedürfnisse mitzuteilen, Teilhabe an der Versorgung zu sichern und an medizinischen und pflegerischen Entscheidungen mitzuwirken. Dabei können die Betroffenen durch Körperbewegungen oder das Zeigen auf entsprechende Symbole Zustimmung oder Ablehnung signalisieren. In welcher Form das Ja bzw. Nein kommuniziert wird, kann vorab in dem Über-Mich-Info-Blatt

hinterlegt werden (Abb. 2). Sowohl ein „Ja“ wie auch ein „Nein“ können dabei auf den Wahrheitswert einer Aussage („ich stimme zu“, „das ist richtig“ etc.) wie auch auf Absichten der Personen bezogen werden („ja bitte“, „das möchte ich“, „ja, mach mal“ etc.). Dabei ist es besonders wichtig, geschlossene Fragen zu stellen, die mit Ja/Nein beantwortet werden können. Was die Antwortmöglichkeiten anbelangt, so kann es je nach Fähigkeiten der betreffenden Person sinnvoll sein, auch Optionen für die Antworten „ich weiß nicht“, „ich bin noch am Überlegen“, „ist mir egal“ oder „was anderes“ zu schaffen. In diesem Fall sind entsprechende Symbole hilfreich (Abb. 3). Themen, die regelmäßig abgefragt werden (zum Beispiel „Kaffee oder Tee zum Frühstück?“), können in dem Dokument „Über Mich“ festgehalten werden, so dass die Wiederholung der Abfragen entfallen kann.

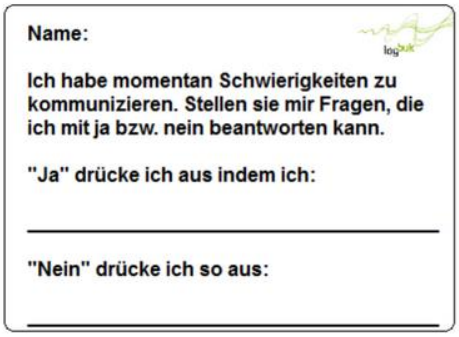

Abbildung 2: Ja-/Nein-Code, Quelle: https://www.uk-im-blick.de/blog/post/ja-und-nein

Abbildung 3: Ja-/Nein-Symbole, Quelle: https://www.uk-im-blick.de/blog/post/ja-und-nein

Kommunikations-Tafeln

In der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist es von besonderer Bedeutung, dass Patient:innen mitteilen, ob und wo sie Schmerzen haben, wie das tägliche Befinden ist und welche Bedürfnisse ihnen gerade wichtig sind. Bei Menschen mit Beeinträchtigungen der lautsprachlichen Kommunikation können so genannte Kommunikations-Tafeln diesen Prozess unterstützen. Sie ermöglichen es Ärzt:innen oder Pflegekräften, die gewünschten Informationen zu erfragen (Abb. 4). Die betroffenen Personen können auf diesem Wege mitteilen, ob sie zum Beispiel eine Umlagerung im Bett möchten oder bestimmte Wünsche bei der Morgenhygiene haben, Haare waschen, Nägel schneiden oder geschminkt zu werden. Die Tafeln beinhalten verschiedene Situationen, Bilder bzw. Fotos, etwa Körperansichten, pflegerische Interventionen, Pflege- und Hygieneartikel etc. Diese Darstellungen sind mit erläuternden Wörtern oder Sätzen unterlegt.

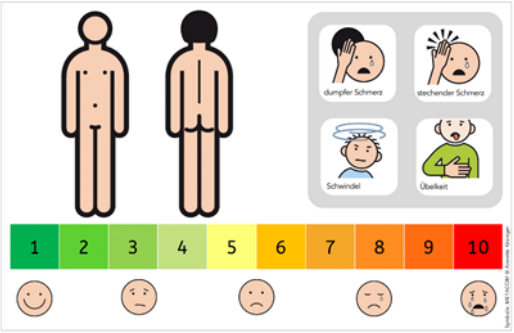

Abbildung 4: METACOM Schmerztafel, Quelle: https://uk-couch.de/downloads/schmerzskala/

UK-Mappen bzw. -Bücher

Neben einzelnen Tafeln gibt es auch umfangreiche Mappen und Bücher, die komplexere Aussagen ermöglichen. Solche Mappen und Kommunikationstafeln können einerseits themengebunden für bestimmte Situationen eingesetzt werden, andere bilden einen flexiblen Wortschatz ab, der situationsübergreifend eingesetzt werden kann. UK-Mappen bieten

den Vorteil, dass gleichzeitig über mehrere Aspekte oder Zusammenhänge kommuniziert werden kann, zum Beispiel über Symptome, Medikamente und deren Einnahme. Das Methodenzentrum Unterstützte Kommunikation in Oldenburg hat ein Buch speziell für die pflegerische Versorgung entwickelt (Abb. 5 und 6).

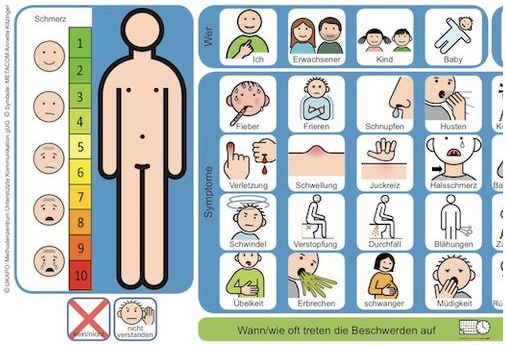

Abbildung 5: UKAPO Unterstützte Kommunikation in der Apotheke, Quelle: https://web.mezuk.org/produkt/ukapo-kommunikationsmappe-fuer-arzt-und-apotheke/

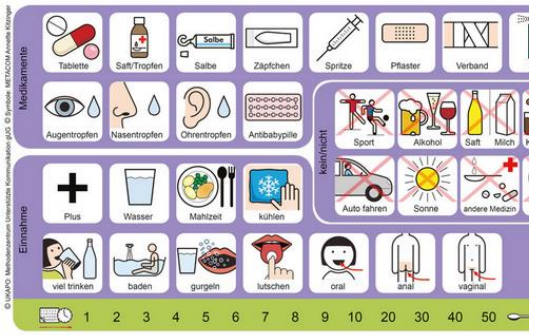

Abbildung 6: UKAPO Unterstützte Kommunikation in der Apotheke, Quelle: https://web.mezuk.org/produkt/ukapo-kommunikationsmappe-fuer-arzt-und-apotheke/

Durch geeignete Kalendervorlagen kann überdies die Planung des Tages- oder des Wochenablaufs zusammen mit den Patient:innen erfolgen. Dabei werden Tagesaktivitäten und -routinen durch Symbole und Wörter bestimmten Uhrzeiten zugeordnet (siehe Abb. 7 und 8).

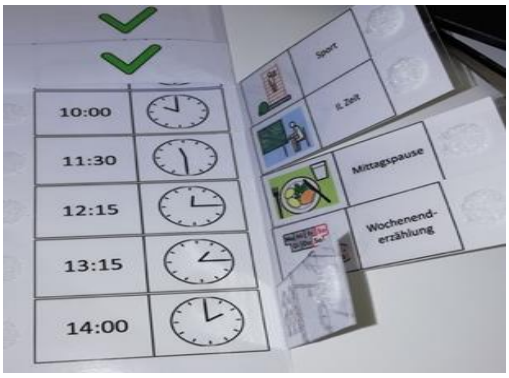

Abbildung 7: Umklappplan, Quelle: www.metacom-symbole.de

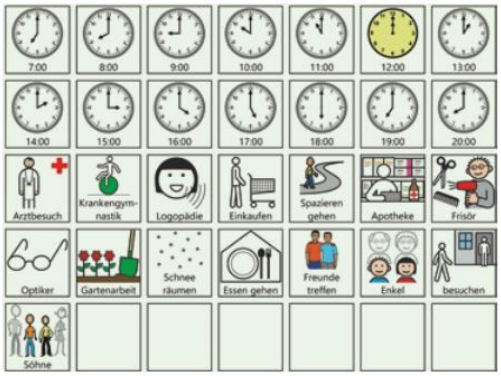

Abbildung 8: Symbole für Tagesplan, Quelle: https://www.logbuk.de/literatur?file=files/docs/Vorgehen%20Aphasietherapie-forumlogopaedie.pdf&cid=1038

Über das Internet sind Angebote an Symbolsoftware (wie BORDMARKER-PCS, METACOM oder SYMBOLMATE) zu finden, mit der Symbole, Tafeln und Mappen mit Hilfe entsprechender Vorlagen selbst am Computer gestaltet werden können. Ein umfangreicher Pool an Bildern erleichtert die Zusammenstellung, und ermöglicht eine Individualisierung für den einzelnen Nutzer bzw. die Nutzerin. Für die Akzeptanz der Nutzer:innen ist es wichtig, dass die gewählten Symbole oder Fotos klar nachvollzogen und eindeutigen Aussagen zugeordnet werden können.

3.3 Elektronische Kommunikationshilfen

Wenn die verbale Kommunikationsfähigkeit sehr eingeschränkt oder nicht mehr vorhanden ist, stehen den Betreffenden darüber hinaus verschiedene elektronische Kommunikationshilfen zur Verfügung. Der Schritt, diese Hilfen in Anspruch zu nehmen, fällt vielen Betroffenen schwer, denn die Aufgabe der lautsprachlichen Kommunikation wird häufig als

weiterer Verlust von Autonomie erfahren. Dennoch können elektronische Hilfsmittel die Betroffenen wieder etwas unabhängiger von Dritten machen und ihre Teilhabemöglichkeiten fördern. Da die Hilfsmittel spezifisch auf die persönlichen Fähigkeiten und Bedürfnisse angepasst werden, können sie auch von Personen, die nur noch über eine sehr geringe Bewegungsfähigkeit verfügen (motorische Restfunktionen, Augenbewegungen und Muskelbewegungen), selbstständig bedient werden (Braun 2021).

Die Bandbreite an zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln ist sehr groß. Das Grundprinzip besteht darin, dass über geeignete Eingabetechnologien Tablet-Computer genutzt werden, um Worte und Sätze zu schreiben, die von der Kommunikationshilfe laut vorgelesen, angezeigt oder elektronisch versendet werden können. Die Eingabe kann mit Minimalbewegungen der Arme oder Beine oder durch Kopf- und Augenbewegungen gesteuert werden. Für die Bedienung der elektronischen Kommunikationshilfen oder Hilfsmittel sind keine speziellen technischen Vorkenntnisse notwendig.

Die Ansteuerung der elektronischen Kommunikationshilfen kann über verschiedene Möglichkeiten erfolgen, die jeweils auf die Fähigkeiten der einzelnen Person angepasst werden:

- Touchpad
- spezielle Tastaturen wie
  - Fingerführraster
  - große Felder
  - farbige Tasten
- Mausersatzgeräte wie
  - Joysticks
  - Trackballs
  - Mund- oder
  - Kopfmaus
- Augensteuerung

Die Oberfläche der Kommunikationshilfe wird über große Tafeln dargestellt und ermöglicht sowohl Texteingaben wie auch symbolgestützte Aussagen (vgl. Abb. 9 und 10).

Abbildung 9: Tabletoberfläche, Quelle: TalkTools GmbH

Abbildung 10: Tabletoberfläche symbolbasiert, Quelle: TalkTools GmbH

Elektronische Kommunikationshilfen unterstützen in mehrfacher Hinsicht eine aktive und selbstbestimmte Lebensführung der Patientinnen und Patienten:

- ✓ Die Nutzer:innen erhalten die Möglichkeit, über selbst formulierte Aussagen mit dem Umfeld zu kommunizieren (siehe Abb. 11). Mit der technischen Unterstützung sind so auch spontane Gespräche möglich. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Texteingabe durch die Art der Ansteuerung verzögert erfolgt. Ebenso können auch die vielfältigen Möglichkeiten der gesprochenen Sprache, zum Beispiel Stimmmodulation und „Zwischentöne“ nur eingeschränkt genutzt werden.

Abbildung 11: Elektrorollstuhl mit elektronischer Kommunikationshilfe, Quelle: TalkTools GmbH

- ✓ Zudem wird den Nutzer:innen ein Zugang zu elektronischen Geräten (PC, Tablet, Smartphone), deren Funktionen (Office-Programme, E-Mail-Programme, Messengerdienste wie WhatsApp etc.) sowie zum Internet und zu sozialen Netzwerken ermöglicht. Dabei stehen ihnen alle Funktionen wie Lesen, Schreiben, Dateien anlegen, Fotos anschauen und Musik hören etc. zur Verfügung. In Einzelfällen kann durch die Kommunikationshilfen auch die weitere berufliche Tätigkeit der Betroffenen ermöglicht und unterstützt werden.
- ✓ Darüber hinaus kann mit der Kommunikationshilfe auch eine Umgebungssteuerung für das Wohnumfeld verknüpft werden. So können die Betroffenen die Beleuchtung ihrer Wohnung, Türen und Fenster oder Rollläden sowie TV-Geräte, Streaming-Dienste, etc. bedienen. Dies bietet eine erhebliche Erleichterung und mehr Selbstständigkeit im Lebensalltag.

Für viele Menschen sind elektronische Kommunikationshilfen das zentrale Medium, um mit dem unmittelbaren sozialen Umfeld, aber auch mit der „Welt“ kommunikativ verbunden zu bleiben. Der Lebensalltag wird stark durch die Nutzung des Computers geprägt, da durch die Kommunikationshilfe die Betroffenen in die Lage versetzt werden, eine gewisse Autonomie über das eigene Leben beizubehalten und aktiv eigenen Interessen nachzugehen. Mit Hilfe der Technologie haben manche Betroffenen sich inspirieren lassen, ihre Biografie in Büchern oder auf eigenen Webseiten festzuhalten, manche lassen andere Menschen über soziale Netzwerke am eigenen Leben und Sterben teilhaben.

Da die Patient:innen auf das Funktionieren der Kommunikationshilfen tagtäglich angewiesen sind, ist es wichtig, dass das Personal im Gesundheitswesen und andere betreuende Personen die Funktionsweise der Geräte verstehen, deren Nutzung im Alltag fördern und einfache Störungen beheben können (Otto, Wimmer 2021). Zudem müssen bei vielen Betroffenen im Verlauf der Erkrankung immer wieder Anpassungen der Hilfsmittel vorgenommen werden. Bei Anpassungsbedarfen und bei technischen Problemen sollte allen professionell Helfenden bekannt sein, welcher Dienstleister in diesen Fällen kontaktiert werden muss.

Gut zu wissen! - Was ist zu tun, damit Patient:innen elektronische Kommunikationshilfen und andere Hilfsmittel erhalten?

Bei einem gegebenen Bedarf haben Patientinnen und Patienten Anspruch auf die notwendigen Hilfsmittel. Diese Hilfen werden durch Angehörige, Therapeut:innen oder die Patient:innen selbst beantragt. Aber auch andere Personen, zum Beispiel Pflegekräfte können zu einem Hilfsmittelversorger Kontakt aufnehmen, wenn sie bei einer/einem von ihnen betreuten Patient:in einen Bedarf für ein Hilfsmittel sehen. Dies betrifft nicht nur die elektronischen Kommunikationshilfen, sondern kann sich ebenso auf einen Bedarf an Hilfsmitteln zur Unterstützung der Mobilität (Elektrorollstuhl, Handrollstuhl, Therapie-Hilfsmittel) sowie an Assistenzsystemen zur Erleichterung des Alltags (Roboterarm, Speiseroboter, Trinkhilfen) beziehen.

Sofern der Hilfsmittellieferant die betreffende Person bereits versorgt, kann er einen Vor-Ort-Termin machen und die „initiierende“ Pflegekraft hat mit dem Prozess der Beantragung nichts weiter zu tun.

Der Hilfsmittellieferant ermittelt während eines kostenlosen Beratungstermins vor Ort gemeinsam mit den Betreffenden den Bedarf. Dabei wird geprüft, welche Kommunikationshilfe mit welcher Ansteuerung in Frage kommt. Daraufhin wird ein Erprobungsbericht für den Kostenträger (meist die Krankenkasse) durch den Anbieter erstellt und anschließend der Antrag für das Hilfsmittel eingereicht. Häufig werden Anträge für Hilfsmittel zunächst abgelehnt und erst nach einem Widerspruch bewilligt. Eine Auskunft seitens der Krankenkassen über die Gründe der Ablehnung bekommen nur Patient:innen bzw. ihre gesetzlichen Betreuer:innen.

Nach der Genehmigung des Hilfsmittels erfolgt die Lieferung und technische Einweisung der Patient:innen und der Personen, die an der Versorgung beteiligt sind. Im Nachgang werden durch den Hilfsmittelversorger eventuell notwendige technische Anpassungen oder Nachschulungen durchgeführt. Der Service umfasst zudem die telefonische Unterstützung und einen Reparaturservice.

Manche Hilfsmittel-Versorger bieten spezielle Schulungen und Workshops für Gesundheitspersonal an. Voraussetzung für die Teilnahme ist die Freistellung durch den Arbeitgeber.

4. Praktische Hinweise: Kompetent und sicher kommunizieren

Jeder Mensch hat das Bedürfnis nach einer gelingenden Kommunikation mit anderen. Im stressigen Alltag des Gesundheitspersonals kann es gelegentlich vorkommen, dass die Qualität der Kommunikation mit Kolleg:innen oder Patient:innen leidet. Diese Situation wird dann erschwert, wenn die Gesprächspartner in ihrer Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigt sind.

Die folgenden praktischen Hinweise sollen das Personal im Gesundheitswesen darin unterstützen, kompetent und sicher ein achtsames Gespräch mit den Betreffenden zu führen und dabei die Methoden und Materialien der Unterstützten Kommunikation sinnvoll einzusetzen. Eine gute Patienteninteraktion trägt zum Abbau von Unsicherheiten und zur Entlastung im Arbeitsalltag bei.

4.1 Eine bewusste Grundhaltung zu (unterstützter) Kommunikation einnehmen

Meist gehen Menschen spontan in eine Kommunikationssituation hinein. Für den Umgang mit Menschen, die unter einer Beeinträchtigung der Verbalsprache leiden, ist es allerdings notwendig, ganz bewusst eine förderliche Grundhaltung für die Kommunikation einzunehmen: sich Zeit zu nehmen, geduldig zu sein, das Gegenüber aussprechen zu lassen, zu warten, auch wenn es länger dauert, und nicht die Sätze zu beenden bzw. Antworten vorwegzunehmen. Dies kann im Arbeitsalltag mitunter eine Geduldsprobe sein. Ein bewusstes Herangehen hilft aber, bereits vorab den Druck in der Gesprächssituation zu verringern und Missverständnissen vorzubeugen. Es kann auch sinnvoll sein, sich gelegentlich zu vergegenwärtigen, wie man sich selbst in der Situation der Betroffenen fühlen würde (sprachlos, abhängig von Dritten und hilflos in einer ungewohnten und unkontrollierbaren Situation). Ein solcher Perspektivwechsel kann eine hilfreiche Methode sein, um das eigene Verhalten oder das der Kolleg:innen in bestimmten Situationen zu reflektieren. Er erleichtert die Kommunikation und einen würdevollen Umgang mit dieser Patientengruppe.

Wenn bekannt ist, dass sich Patient:innen mit Beeinträchtigungen der Kommunikationsfähigkeit in der Einrichtung befinden, sollten die für den Betreffenden notwendigen Materialien für Unterstützte Kommunikation (zum Beispiel Kommunikationsmappe für die Pflege) beim Betreten des Zimmers mitgeführt werden. Einerseits erspart dies Zeit und erleichtert dem Personal die Kommunikation. Andererseits kann ein „Vergessen“ der Materialien bei den Betroffenen den Eindruck erwecken, dass ihre Kommunikationsbedürfnisse nicht ernst genommen werden. Im Rahmen der Kommunikation sollten zudem folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Nicht-sprechende Personen sind auf den Willen und die Motivation ihres Gegenübers angewiesen, eine Kommunikation zu ermöglichen. Sie merken schnell, wenn ihr Gesprächspartner kein Interesse daran hat, Unterstützte Kommunikation anzuwenden. Es sollte Verständnis für das Bedürfnis nach Kommunikation gezeigt und keine direkte oder indirekte Kritik an den nicht-elektronischen oder elektronischen Kommunikationshilfen geäußert werden. Sätze wie: „Bisher sind wir auch ohne klargekommen“, „Wir brauchen UK nicht, wir werden uns auch so verstehen“ oder

„Dafür habe ich keine Zeit“ können für die Betreffenden sehr verletzend sein, da sie ohne die Methoden und Materialen der UK sprachlos bleiben müssen.

- Zum achtsamen Einsatz von nicht-elektronischen und elektronischen Kommunikationshilfen gehört auch, diese nicht (ungefragt) beiseite zu legen, zum Beispiel weil die Gefahr besteht, dass sie vielleicht bei Untersuchungen, beim Essen etc. verschmutzen könnten.
- Wichtige Informationen wie Befunde, Therapiemöglichkeiten, Medikation etc. sollten nicht zuerst den Angehörigen bzw. Bezugspersonen mitgeteilt werden, sondern immer den Betreffenden selbst – es sei denn, dies wurde im Vorfeld anders vereinbart.
- Es kommt öfters vor, dass bei Gesprächen auch Angehörige oder andere Bezugspersonen anwesend sind. Auch wenn davon auszugehen ist, dass zwischen den Angehörigen bzw. Bezugspersonen und den Patient:innen eine enge Bindung besteht, muss deren Meinung nicht zwingend mit der Meinung der lautsprachlich beeinträchtigten Person übereinstimmen. Auch unter professionell Helfenden kommt es vor, dass aus guter Absicht heraus geglaubt wird zu wissen, was für die zu versorgende Person das Beste ist. Daher sollte man sich im Falle von Absprachen bei den Betroffenen immer aktiv rückversichern.
- Im Gespräch sollte neben der Nutzung der Kommunikationshilfe ebenso auf die Mimik und die Körperhaltung der Betroffenen geachtet werden.

4.2 Was ist bei der Begrüßung und beim Erstkontakt zu beachten?

Im Folgenden werden einige Hinweise gegeben, die für die Eröffnung der Kommunikationssituation von Bedeutung sein können:

- Nach dem Betreten des Zimmers ist es wichtig, Blickkontakt mit den Betreffenden aufzunehmen und sie anschließend zu begrüßen. Daraufhin bietet sich die Gelegenheit, sich selbst kurz vorstellen. Die Betroffene Sandra Schadek beschrieb ihre Erfahrungen zum Thema Begrüßung folgendermaßen: *„Einige Menschen waren sogar so unsicher, wie sie sich mir gegenüber verhalten sollten, dass sie mich der Einfachheit halber weder bei der Begrüßung noch bei der Verabschiedung beachteten. Wie Luft behandelt zu werden, ist natürlich kein schönes Gefühl…“* (Schadek 2009, S.29).
- Wenn Angehörige bzw. Bezugspersonen anwesend sind, sollte die Aufmerksamkeit zunächst den Patient:innen gelten, auch wenn die anderen Anwesenden ihrerseits viele Fragen haben. Einer dem Zeitdruck geschuldeten Neigung, die kommunikative „Abkürzung“ über die Angehörigen bzw. Bezugspersonen zu nehmen, sollte widerstanden werden: *„Ich finde es bis heute furchtbar, wenn jemand mit einer anderen Person über mich redet, obwohl ich dabei bin und derjenige genauso gut mich persönlich fragen konnte“* (ebenda). Bei einem Erstkontakt kann die betreffende Person gefragt werden, wie sie es bevorzugt, das Gespräch zu führen und wie Angehörige bzw. Bezugspersonen einbezogen werden sollen. Somit signalisiert man den Betreffenden, dass man ihre Bedürfnisse nach Kommunikation und Teilhabe ernst nimmt.
- Um mehr über die Betreffenden zu erfahren, vor allem welche Methoden und Materialien für eine Kommunikationsunterstützung genutzt werden können, sollte danach gefragt werden, ob ein „Über-Mich“-Buch bzw. Info-Blatt bereits existiert und wo sich dieses befindet. Im Idealfall ist das Dokument so platziert, dass es für das Gesundheitspersonal gut einsehbar ist.

- Ebenfalls sollte im Erstkontakt geklärt werden, ob die Person nicht-elektronische und/oder elektronische Kommunikationshilfen mit sich führt und wie diese genutzt werden sollen. Für die Information des Personals zu den elektronischen Hilfen und zu ihrer Nutzung sollten gegebenenfalls auch die Angehörigen bzw. Bezugspersonen eingebunden werden.
- Zu einem respektvollen Umgang gehört unter Umständen ebenso, dass die Frage der persönlichen Ansprache mit dem oder der Patient:in geklärt wird, also ob ein „Du“ oder „Sie“ bevorzugt wird.
- Von Patientenseite wird immer wieder der Aspekt von Würde und Respekt im alltäglichen Umgang thematisiert. Besonders sensible Situationen entstehen dann, wenn professionell Helfende ihr Gegenüber nicht richtig verstehen. Reaktionen wie: „Herr Meyer Sie sprechen so schlecht, ich verstehe Sie nicht“ sind wenig glücklich und können verletzend wirken. In einer achtsamen Kommunikation könnte es besser sein zu sagen: „Herr Meyer, wir kennen uns noch nicht so gut, ich würde Ihnen gerne ein paar Ja/Nein-Fragen stellen“. Nicht selten kommt es auch vor, dass Kommunikationspartner dazu neigen, den Äußerungen der Patient:innen zuzustimmen, obwohl sie eigentlich gar nicht verstanden haben, was die Person mitteilen wollte. Damit jedoch ist beiden Seiten wenig geholfen. In diesem Fall sollte besser mitgeteilt werden, dass der Betreffende nicht verstanden wurde und ein Versuch unternommen werden, sich zum Beispiel mit dem Ja/Nein-Schema an die Aussage heranzutasten.

4.3 Kommunikationshilfen erfolgreich in Gesprächssituationen nutzen

Wie in Abschnitt 3 bereits gezeigt, gibt es eine große Bandbreite elektronischer und nicht-elektronischer Kommunikationshilfen für die Patientinnen und Patienten. Die Kommunikation mit diesen Hilfen muss nicht nur von den Patient:innen, sondern auch von den Kommunikationspartnern erlernt und eingeübt werden.

Bereits der Einsatz von Kommunikationstafeln oder -mappen ist voraussetzungsvoll. Diese Kommunikationssysteme können unter Umständen sehr individuell aufgebaut sein. Die Tafeln sollten immer in der unmittelbaren Umgebung der von Sprechbeeinträchtigungen betroffenen Person verfügbar sein. Professionell Helfende sollten sich mit dem Aufbau und der Handhabung der Tafeln sowie mit der Ansteuerung durch die jeweilige Person (bejahen/verneinen, zeigen) vertraut machen und die Tafeln in der Kommunikation regelmäßig nutzen. Es kann eine gewisse Zeit der Übung erfordern, bis die Kommunikation mit Hilfe der Tafeln einigermaßen „reibungslos“ gelingt. Für die Kommunikationssituation empfiehlt es sich überdies, folgende Hinweise zu berücksichtigen.

- Bei der Formulierung von Fragen ist es sinnvoll, von den allgemeineren Fragen zu den detaillierten Fragen zu gehen, insbesondere wenn nur das Ja/Nein-Konzept zur Verfügung steht. Offene Fragen sollten vermieden werden.
- Die Nutzung von Kommunikationsmappen bzw. -tafeln ermöglicht es, auch Alternativfragen zu stellen, die durch das Zeigen auf Symbole beantwortet werden können. Ebenso ist bei umfassenderen Mappen eine thematische Auswahl möglich. Kommunikationsmappen mit einer größeren Zahl an Symbolen erlauben zudem eine Kommunikation, in der die Betreffende sich mitteilen können. So ist es möglich, auch persönliche Fragen zu stellen: „Wollen Sie mir über Ihre Familie etwas erzählen? Ja? Wollen Sie mir etwas über Ihre Enkelkinder erzählen?“ Diese Herangehensweise greift das Grundbedürfnis auf, sich kommunikativ mitzuteilen – auch wenn dazu Kommunikationshilfen nötig sind.

- Menschen, die elektronische Kommunikationshilfen nutzen, benötigen Zugang zum Internet. Das bedeutet, dass Kliniken oder stationäre Pflegeeinrichtungen ein leistungsfähiges WLAN vorhalten müssen, damit sich die betreffenden Personen mit ihrer Kommunikationshilfe auch in der Einrichtung bewegen können.
- Die Ansteuerung elektronischer Kommunikationshilfen (Augensteuerung oder Joystick) muss regelmäßig (zum Beispiel nach dem Aufwachen oder nach einem Positionswechsel) neu positioniert bzw. kalibriert werden. Diese Aufgabe fällt unter Umständen auch den professionell Helfenden zu, wenn sie nicht von anwesenden Bezugspersonen übernommen wird. Gleiches gilt für das Aufladen der elektronischen Hilfsmittel wie Elektro-Rollstuhl, Tablet etc. Gelegentlich bestehen hier Hemmschwellen oder Ängste, etwas falsch zu machen, da die Handhabung und der Umgang mit elektronischen Hilfsmitteln nicht Teil der Ausbildung ist und gerätespezifisch variiert. Sofern Unsicherheiten an diesem Punkt bestehen, kann der Hilfsmittelanbieter für eine technische Einweisung angefragt werden. In der Regel unterstützen diese auch bei Nachfragen oder Problemen in der Handhabung der verschiedenen Geräte.
- Generell ist für die Kommunikation mit diesen Hilfen immer hinreichend Zeit einzuplanen, damit sie für den Betreffenden zufriedenstellend verlaufen kann. Die Beendigung der Kommunikation sollte aktiv mitgeteilt werden und im Einverständnis mit dem bzw. der Patient:in erfolgen.
- Die Kommunikation kann je nach Tagesform der Betroffenen unterschiedlich gut funktionieren. Sollte eine gelingende Kommunikation trotz aller Bemühungen beider Gesprächspartner nicht zu Stande kommen, kann es sinnvoll sein, das Gespräch im Einverständnis mit dem Gegenüber zu beenden und zu einem anderen Zeitpunkt fortzuführen. (Otto, Wimmer 2022).

Es empfiehlt sich sehr, sich im Arbeitsteam gemeinsam mit den an der Versorgung beteiligten Kolleginnen und Kollegen über die Erfahrungen mit der Nutzung der Kommunikationshilfen auszutauschen. Von positiven Erfahrungen, aber gerade auch von nicht optimal verlaufenen Situationen und von einer Reflexion des eigenen Verhaltens können alle Teammitglieder lernen (Kap. 5.3). Ein Feedback der Patient:innen zur Qualität der Kommunikation kann ebenfalls hilfreich für interne Lernprozesse sein. Ein solches Feedback kann bei Personen, die eine elektronische Kommunikationshilfe nutzen, per E-Mail oder über ein Online-Formular angefragt werden.

5. Personal im Gesundheitswesen in der Kommunikation unterstützen

Wie kann es nun gelingen, die Erkenntnisse zur Kommunikation mit Menschen, die Einschränkungen der Lautsprache haben, nachhaltig in der Versorgung umzusetzen? Dies ist eine Aufgabe, die sowohl die Strukturen und Abläufe in den Einrichtungen wie auch die Information und Sensibilisierung der Mitarbeiter:innen betrifft. Entscheidend ist dabei, dass Leitungskräfte wie die Pflegedienstleitung oder die Einrichtungsleitung das Thema zu „ihrer" Sache machen. Denn der Fokus liegt auf einer Verbesserung der Lebensqualität der Patient:innen und zugleich auf der Stärkung der Handlungssicherheit und der Entlastung von professionell Helfenden in herausfordernden Gesprächssituationen.

Im Kern steht dabei eine systematische Bestandsaufnahme in der Einrichtung und für die einzelnen Personen, die in der Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigt sind. Sie liefert ein Bild, wie die Einrichtung und das Personal zum Thema Unterstützte Kommunikation (UK) aufgestellt sind und wie die Bedarfe und der IST-Stand der Versorgung mit Hilfsmitteln bei den Patient:innen aussehen. Damit bildet die Bestandsaufnahme eine Grundlage, um passgenaue Maßnahmen und Umsetzungsschritte für die Einrichtung und die zu versorgenden Personen zu entwickeln.

5.1 Bestandsaufnahme für Einrichtungen und einzelne Personen

Der erste Schritt zur nachhaltigen Umsetzung Unterstützter Kommunikation in der Einrichtung ist die Durchführung einer Bestandsaufnahme zu denjenigen Patient:innen bzw. Bewohner:innen, die an einer Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit leiden. Dabei geht es zum einen darum, ein Bild zu gewinnen, wie häufig diese Patient:innen in der Praxis versorgt werden, wie stark die Belegschaft mit dem Thema Kommunikationsbeeinträchtigungen konfrontiert ist und wie die Einrichtung dieses Thema in ihren Strukturen und Abläufen adressiert. Nachfolgend wird eine Reihe von Fragen formuliert, die gewissermaßen als „Checkliste" für eine Standortbestimmung der Einrichtung verstanden werden können. Die Fragen können vermutlich von Leitungskräften gut beantwortet werden. Es ist dazu sinnvoll, die Antworten stichwortartig zu dokumentieren. Eine Durchsicht der Pflegedokumentation oder der Personaleinsatzplanung kann für einzelne Fragen wichtige Aufschlüsse liefern. Bereits die Beschäftigung mit diesen Fragen kann erste Rückschlüsse und Hinweise auf organisatorische oder individuelle Handlungsbedarfe erlauben.

Checkliste für Leitungskräfte: Erfassung komplexer Kommunikationssituationen in der Einrichtung

- ✓ Wie häufig kommt es vor, dass in Ihrer Einrichtung Patient:innen mit Einschränkungen in der Lautsprache stationär oder ambulant versorgt werden? Wie viele Personen sind es aktuell? Ist die Zahl weitgehend konstant oder schwankt sie stark?
- ✓ Gibt es weitere Personen, die aufgrund körperlicher bzw. motorischer Einschränkungen in irgendeiner Form in der Kommunikation beeinträchtigt sind? Zum Beispiel durch den Verlust der Fähigkeit, einen Stift zu halten oder eine Computer-Maus zu bedienen?
- ✓ Werden Beeinträchtigungen in der Kommunikationsfähigkeit in der Pflegedokumentation bzw. in der Anamnese bei der Aufnahme präzise erfasst? Ist die derzeitige Praxis der Dokumentation hinreichend?
- ✓ Welche Kolleg:innen in der Einrichtung sind an der Versorgung dieser Patient:innen beteiligt?
- ✓ Inwiefern wirkt sich die Kommunikationssituation auf die Versorgung dieser Patientengruppe aus? Werden hierzu Informationen erfasst? Sollte dies der Fall sein, wo werden diese erfasst?
- ✓ Gab es bezüglich der Kommunikation schon einmal negative Rückmeldungen oder Beschwerden seitens der Patient:innen oder seitens der Angehörigen? Wie ist man in der Einrichtung damit umgegangen und welche Maßnahmen wurden aufgrund der Beschwerden eingeleitet? Wurden die Beschwerden und die Problemlösungen dokumentiert?
- ✓ Inwiefern verfügt die Einrichtung über Materialien der Unterstützten Kommunikation wie Kommunikationsmappen und -Tafeln etc.? Zu welchen Anlässen und mit welcher Regelmäßigkeit werden sie von den Mitarbeiter:innen genutzt?
- ✓ Wie viele der versorgten Personen verfügen über eine elektronische Kommunikationshilfe? Wie viele Personen verfügen über eine Umgebungssteuerung?
- ✓ Ist das Personal im Umgang mit den Hilfsmitteln (ausreichend) geschult?
- ✓ Welche Hilfsmittelanbieter liefern Kommunikationshilfen für welche Patient:innen? Gibt es dazu eine schnell verfügbare Übersicht?
- ✓ Besteht für die Nutzer:innen elektronischer Kommunikationshilfen im Wohnumfeld Zugang zum Internet (vorzugsweise WLAN)? Ist die Qualität des WLAN ausreichend für die elektronische Kommunikation?
- ✓ Nutzt die Einrichtung ein so genanntes "Über-Mich-Info-Blatt", in dem die wichtigsten Punkte betreffend die Kommunikation sowie Informationen zu Bedarfen, Abneigungen, Interessen etc. erfasst werden?
- ✓ Bestehen alternative Möglichkeiten zur Nutzung des Schwesternrufs für Menschen, die sich lautsprachlich nicht mehr äußern können und zusätzlich motorisch eingeschränkt sind?

Mit Blick auf die Qualitätssicherung kann unter dem folgenden Link eine standardisierte Checkliste (Fragebogen) heruntergeladen werden, die auf eine systematische UK-Umsetzung abstellt. Sie kann nicht nur zur Bestandsaufnahme, sondern auch dazu genutzt werden, Fortschritte in der Umsetzung der Unterstützten Kommunikation nach einem gewissen Zeitraum abzubilden.
https://backend.paraplegie.ch/sites/default/files/2019-06/checkliste_zu_uk_in_organisationen_deutsch.pdf

In einem zweiten Schritt sollten für Patient:innen mit Beeinträchtigungen in der Lautsprache die jeweiligen kommunikativen Fähigkeiten erfasst werden. Dabei soll erfasst werden, wie sich die jeweilige Person verständlich machen kann, welche Hilfsmittel sie bereits nutzt und wie sie Kommunikationshilfen ansteuern kann. Ebenso sollen die bisherigen Erfahrungen im Kommunikationsalltag mit der betreffenden Person zusammengetragen werden. Diese Informationen können in einem persönlichen Profil oder an geeigneter Stelle in der Pflegedokumentation abgelegt werden. Sie dienen dazu, einen individuellen Überblick für professionelle Helfer:innen zu ermöglichen und können einen Erfahrungsaustausch im Arbeitsteam anregen. Folgende Aspekte stehen bei der Bestandsaufnahme zur Person im Vordergrund:

Checkliste für Leitungskräfte: Erfassung der kommunikativen Fähigkeiten der Patient:innen

- ✓ Was ist über die Interessen der Person bekannt? (Kontakt zu Familie/ Freunden, Hobbys etc.)?
- ✓ Welche Kommunikationsanlässe werden gewünscht?
- ✓ Kann die Person mit Hilfe körpereigener Funktionen (Mimik, Gestik, Handzeichen, Blick, Laute etc.) sozial interagieren?
- ✓ Gibt es bestimmte Symbole, die die Person in Verbindung mit nicht-elektronischen Kommunikationshilfen nutzt (Fotos, Bildsymbole, Objekte etc.)?
- ✓ Nutzt die Person derzeit elektronische Kommunikationshilfen? Um welche handelt es sich? Für welche Zwecke werden diese genutzt (Sprachausgabe, WhatsApp, Social Media, E-Mails etc.)?
- ✓ Wie sieht der Kommunikationsalltag mit der Person bisher aus? Welche Maßnahmen wurden ergriffen, um in Kontakt zu treten?
- ✓ Ist eine Kommunikation unter Nutzung der genannten Hilfsmittel möglich, also wird das, was die betreffende Person mitteilen möchte, gut verstanden?
- ✓ Hat die Person Einschränkungen in der Wahrnehmung, zum Beispiel bei der Dosierung von Kraft oder der Wahrnehmung von Druck? Liegen Beeinträchtigungen des Gleichgewichtssinns, des Sehens oder Hörens vor?
- ✓ Welche motorischen Einschränkungen hat die Person?
- ✓ Bei Patient:innen, die zu Hause leben, sollte zudem mit erfasst werden, ob sie insgesamt bedarfsgerecht mit Hilfsmitteln versorgt sind. Dies bezieht sich nicht nur auf Kommunikationshilfen, sondern auch auf andere Hilfsmittel.

Zur Erhebung der kommunikativen Fähigkeiten stehen darüber hinaus weitere Checklisten zur Verfügung:

Erdélyi, A.; Hennig, B.; Mischo, S.; Klaus-Karwisch, B.; Schlünz, G. (2022): Oldenburger Inventar für Unterstützte Kommunikation (Handbuch mit Fragebogen).

Der Beobachtungsbogen zu kommunikativen Fähigkeiten BKF-R wird von der Universität Koblenz-Landau herausgegeben und ist kostenlos erhältlich: https://www.bkf-r.de/

Auf Basis der gewonnen Ergebnisse kann überlegt werden, welche Methoden und Materialien der Unterstützen Kommunikation für die jeweilige Person geeignet sind. Darüber hinaus kann auf dieser Basis ein strukturierter Erfahrungsaustausch der an der Versorgung beteiligten professionell Helfenden organisiert werden. Im Sinne einer „Fallbesprechung“ könnte reflektiert werden, wie die Kommunikation momentan abläuft, welche positiven

und negativen Erfahrungen die Mitarbeiter:innen mit dem Einsatz der Hilfsmittel gemacht haben und wo Probleme oder Hemmnisse in der Handhabung aufgetaucht sind.

5.2 Expertise für die Umsetzung Unterstützter Kommunikation

Liegen die Ergebnisse der Bestandsaufnahme sowie der kommunikativen Fähigkeiten der Betroffenen in der Einrichtung vor, können schrittweise Maßnahmen zur systematischen Nutzung der Unterstützten Kommunikation priorisiert, geplant und umgesetzt werden. Die Maßnahmen können sich dabei auf ganz unterschiedlichen Ebenen bewegen. Naheliegend ist zunächst, alle Personen mit einem entsprechenden Bedarf angemessen mit Hilfsmitteln zur Kommunikation auszustatten. Es kann aber beispielsweise parallel dazu auch zielführend sein, die Anamnese bzw. die Pflegedokumentation auf die präzise Erfassung der kommunikativen Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen hin auszurichten oder in der Einrichtung ein leistungsstarkes W-Lan zu installieren, um einen Internetzugang zu gewährleisten. In jedem Falle ist es hilfreich, die Erfahrung von Expert:innen in die Umsetzung mit einzubeziehen:

UK-Beratungsstellen

In Deutschland gibt es viele regionale Beratungsstellen für Unterstützte Kommunikation. Die regionalen Ansprechpartner:innen sind auf der Website der Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation zu finden (https://www.gesellschaft-uk.org/familien/beratung.html). Diese Beratungsstellen informieren über die Methoden nicht-elektronischer und elektronischer Hilfsmittel der UK. In einem persönlichen Gespräch mit den Betroffenen und den Bezugspersonen werden geeignete Kommunikationsstrategien identifiziert und gemeinsam ein individuelles Kommunikationskonzept entwickelt. Zudem unterstützen die Berater:innen bei der Auswahl, der Beantragung und beim Erlernen des Kommunikationssystems (Otto, Wimmer 2021). Von Einrichtungen aus kann die Kontaktaufnahmen zu den Beratungsstellen angebahnt werden. Zudem können die Beratenden gegebenenfalls Hinweise geben, wie Methoden der UK auch in der Einrichtung umgesetzt werden können. Im Einzelfall kann auch abgestimmt werden, inwiefern die Beratungsstellen auch die Information und Sensibilisierung der Mitarbeiter:innen unterstützen können.

Darüber hinaus bietet die Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation Fort- und Weiterbildungen für professionell Helfende an, unter anderem zur zertifizierten UK-Fachkraft (https://www.gesellschaft-uk.org/fort-und-weiterbildungen.html).

Hilfsmittelanbieter

Sofern die Bestandserhebung einen Bedarf für elektronische Kommunikationshilfen ergeben hat, sollte eine Kontaktaufnahme zu einem spezialisierten Hilfsmitteldienstleister erfolgen. Bei einem Termin vor Ort kann der Anbieter verschiedene Gerätetypen zeigen und gemeinsam mit den betreffenden Personen die geeigneten Hilfsmittel erproben und individuell anpassen. Die Hilfsmittelversorger bieten überdies spezielle Schulungen und Workshops für Gesundheitspersonal an. Voraussetzung für die Teilnahme ist die Freistellung durch den Arbeitgeber. Auf der Website der Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. gibt es die Möglichkeit, nach geeigneten Hilfsmittelanbietern sowie Beratungsstellen gezielt zu suchen: Umkreissuche Beratungsangebote - Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation (gesellschaft-uk.org)

Welche Materialien für die Unterstützte Kommunikation sollten Einrichtungen im Gesundheitswesen vorhalten?

Wie in Kap. 5.1 beschrieben erfolgt die Auswahl und der Einsatz von Methoden und Technologien der UK nach dem Gesundheitszustand, den individuellen Fähigkeiten und Bedar-

Empfohlene Materialien für Einrichtungen im Gesundheitswesen (Beer 2015):

- Kommunikations-Pass mit Hinweisen zu den Kommunikationsmöglichkeiten und -wünschen
- Blicktafeln/Symboltafeln zu den Themen:
  - Schmerzen
  - Körper
  - Bedürfnisse
  - Gefühle
  - pflegerische Versorgung
  - Themen, die für die tägliche Arbeit wichtig sind
- Termin- und Zeittafeln
- Thementafeln, um den Patient:innen die Möglichkeit zu geben über verschiedene Themen wie Familie, Hobbys, Wetter, Fernsehen etc. zu kommunizieren
- Ja-/Nein-Fragen: Wort- und Symbolkarten
- Ja-/Nein-Hierarchie-Fragen

fen der betreuten Patient:innen. Je nach Krankheitsverlauf müssen die individuellen Hilfsmittel im Laufe der Zeit immer wieder angepasst werden. Diese Maßnahmen sind jeweils auf einzelne Person bezogen. Es wird allerdings empfohlen, darüberhinausgehend eine Grundausstattung an Materialen zur Unterstützten Kommunikation auch in Kliniken sowie in stationären und ambulanten Einrichtungen der Langzeitpflege vorzuhalten, die die professionelle Helfenden bei Bedarf flexibel einsetzen können:

Über verschiedene Anbieter können online Materialien zur Unterstützten Kommunikation bezogen werden, die auf die Situation der pflegerischen Versorgung oder der Akutversorgung in Kliniken abstellen. Ein Teil dieser Materialien kann erworben werden, manche werden auch kostenlos zur Verfügung gestellt. Nachfolgend wird eine Auswahl[3] an Materialien und Tools vorgestellt:

Kostenlos erhältliche Materialien

- Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation: Materialsammlung für die Klinik und Pflege: UK-im-Krankenhaus-Download-Materialien
- LogBUK: Materialsammlung: https://www.logbuk.de/freie-materialien
- LogBUK: Blog zum Thema UK-im-Blick mit Schwerpunkt Erwachsene, neurologische Erkrankungen und eben auch in der Klinik: https://www.uk-im-blick.de/
- Die Website www.widget-health.com bietet viele mehrsprachige Materialien wie einen Kommunikationspass, Tafeln für ambulante Operationen etc. an: https://widgit-health.com/downloads/languages.htm#German sowie Symbole im

[3] Diese Auswahl ist das Resultat einer Internetrecherche, die im Rahmen der Erstellung dieser Broschüre durchgeführt wurde. Sie ist keinesfalls vollständig und erhebt daher nicht den Anspruch, eine vollständige Marktübersicht zu liefern.

Rahmen der Versorgung: https://widgit-health.com/downloads/bedside-messages.htm.

- Kommhelp e.V.: Kommunikationspass für Betroffene: Link zum Kommunikationspass für den Notfall
- Loeper Literaturverlag: Materialien für die Notfallversorgung: Materialien zur UK in ärztlicher Praxis und medizinischer (Notfall-)Versorgung
- Metacom: Großes Angebot an Materialien zum Ausdrucken und selbst Gestalten: http://www.metacom-symbole.de/downloads/download_materialien.html
- Metacom Schmerzskala: www.metacom-symbole.de/downloads/ewExternalFiles/Schmerzskala.pdf
- Setzer-Verlag: Verschiedene Materialien wie Anamnesebogen: http://www.setzer-verlag.com/epages/79584208.sf/de_DE/?ObjectPath=/Shops/79584208/Categories/Download
- Englischsprachige Materialien für die Klinik: https://widgit-health.com/downloads/index.htm
- Sprechzeichen GbR: Kommunikationshilfe für den Pflegebereich: https://www.sprechzeichen.de/about.html
- Website anni.care: Über die Website https://anni.care/ können durch die Angabe der körperlichen Einschränkungen Informationen zu individuell geeigneten Hilfsmitteln aufgerufen werden

Kostenpflichtige Materialien

- Methodenzentrum Unterstützte Kommunikation: UK Pflege Kommunikationsmappe für alle Altersgruppen: https://web.mezuk.org/produkt/uk-pflege-kommunikationsmappe-fuer-alle-altersgruppen/
- https://kulturkonsens.de/zeigetafeln/
- Rehavista: Kommunikationstafelset für die Klinik, Deutsch: https://www.rehavista.de/shop/artikel/kommunikationstafelset-klinik
- Rehavista Kommunikationstafelset für die Klinik, Multilingual: https://www.rehavista.de/shop/artikel/kommunikationstafelset-klinik-multilingual
- Rehavista: Curapad - Der tabletbasierte Sprachcomputer versetzt die Betroffenen in
- die Lage, sich je nach vorliegender Beeinträchtigung gegenüber dem medizinischen Personal und Angehörigen mitzuteilen: https://www.rehavista.de/shop/produkte/kommunizieren/sprachcomputer/curapad
- Rehavista: Kommunikation mit Geflüchteten (arabisch, albanisch): https://www.rehavista.de/suche?q=gefl%C3%BCchtet
- LogBUK: Materialkisten: https://www.logbuk.de/materialkisten
- Setzer-Verlag: Materialien für die Notfallmedizin: http://www.setzer-verlag.com/epages/79584208.sf/de_DE/?ObjectPath=/Shops/79584208/Products/978-3-9821731-4-6
- Tobii dynavox: Geräte mit unterstützenden Technologien und Apps für UK: https://de.tobiidynavox.com/pages/produkte
- Hard, N. (2014). Kommunikationshilfen: für die stationäre und ambulante Pflege. Untertitel in 8 Sprachen. Schlütersche Verlag

- Knoblich, P.; Sepperl, A. (2015). Sprechzeichen - Kommunikationshilfe für den Pflegebereich, 2. Auf., Sprechzeichen GbR
- Verständigungstafeln. Verlag Hawelka, 2007: https://www.verlaghawelka.de/tafeln-poster/verstaendigungs-tafeln/index.html

UK Apps für mobile Endgeräte (Android/Apple)

- Virginia 3.1 ist eine kostenlose App (https://play.google.com/store/apps/details?id=app.virginia.firstrelease&hl=de), welche ein nach Themen geordnetes, krankenhausspezifisches Vokabular anbietet. Es können Aussagen u.a. zu Schmerzen, Befinden, Bedürfnissen, Pflegeaspekten und Mediennutzung gemacht werden.
- UKAPO (https://web.mezuk.org/ukapo-app/): Die App ist kostenpflichtig, funktioniert ohne Internetanbindung und bietet eine Schrift- oder Sprachausgabe. Auch sie unterstützt Aussagen zu Gesundheitsstatus, Symptomatiken, Medikation sowie zu medizinischen Produkten und Dienstleistungen. Wichtige Aussagen können gespeichert und ausgedruckt werden.
- Diverse Apps mit der Funktion „Text zu Sprache“ (“text to speech”) werden für Android und Apple angeboten („SprachAssistent“, „meine zweite Stimme“, „Laber“, „Sprachausgabe“, „write & Talk lite“ etc.). Sie sind für Menschen geeignet, die nicht sprechen, aber ein Smartphone oder Tablet bedienen können. Die eingegebenen bzw. ausgewählten Wörter werden in Lautsprache wiedergegeben. Einige Apps bieten auch die Möglichkeit, ganze Sätze zu speichern.

Empfohlene Videos

- Kommunikation ohne Worte - KoW®: https://www.youtube.com/watch?v=giloLCKg-pk
- Wenn Patient:innen verstummen: Wie nonverbale Kommunikation gelingt. Talk mit Dr. Astrid Steinmetz - KoW®: https://www.youtube.com/watch?v=c2v4f5e3z9w
- VIP GmbH: Nähe und Distanz in der außerklinischen Intensivpflege: https://www.youtube.com/watch?v=WAeokjtVhUM
- VIP GmbH: Basiskurs Nähe und Distanz: https://www.youtube.com/watch?v=vfppSmcfO1Q

Weiterführende Informationen

- Die Zeitschrift für Unterstützte Kommunikation vom Loeper Literaturverlag: https://inklusiv-shop.ariadne.de/kommunikation/unterstuetzte-kommunikation/zeitschrift-uk/?p=1
- Fachartikel zu Unterstützter Kommunikation zum kostenlosen Download: https://www.logbuk.de/literatur
- UK Podcast: https://getpodcast.com/at/podcast/infos-zur-unterstutzten-kommunikation-der-uk-podcast/der-uk-podcast-folge-1-auswahlmethoden_e6d1ec434c

5.3 Interaktionsunterstützung durch Information und Sensibilisierung

Aus den vorangegangenen Abschnitten ist bereits deutlich geworden, dass eine gelingende Unterstützte Kommunikation die aktive Mitwirkung der professionell Helfenden erfordert. Sie sind diejenigen, die eine Kommunikation mit Menschen, die nicht sprechen können, häufig erst ermöglichen. Damit diese „Ermöglichung“ guter Kommunikation in der Praxis tatsächlich auch realisiert wird, muss das Personal in Gesundheitseinrichtungen zum einen über die Kommunikationsformen dieser Patientengruppe und über das Angebot und die Handhabung von Kommunikationshilfen informiert sein. Zum anderen bedarf es häufig ebenso einer Reflexion der Sichtweisen und Wahrnehmungen in Bezug auf Patient:innen, die in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sind. Eine achtsame Kommunikation und ein sensibler Umgang mit diesen Menschen setzt eine Haltung voraus, für die die Bedingungen im Arbeitsalltag von Gesundheitseinrichtungen meist eher ungünstig sind.

Daher sollte in den Einrichtungen der Information und Sensibilisierung des Personals für die Patientenkommunikation im Allgemeinen und für Unterstützte Kommunikation im Besonderen ein hoher Stellenwert beigemessen werden. Nicht zuletzt werden durch die Stärkung der kommunikativen Handlungskompetenz von Mitarbeiter:innen Unsicherheiten und Stressbelastungen im Arbeitsalltag reduziert. Innerhalb von Einrichtungen kann dies sehr unterschiedlich umgesetzt werden. Zwar können die voranstehenden Kapitel dieser Broschüre dafür eine Informationsgrundlage bilden. Allerdings ist der Effekt betrieblicher Umsetzungsmaßnahmen dann am ehesten nachhaltig, wenn Informationsvermittlung und Erfahrungsaustausch miteinander verbunden werden. In dem Maße, wie professionell Helfende ihre Praxiserfahrungen, ihre Gefühle und Handlungsweisen einbringen können, wachsen die Chancen, dass sie sich das Thema Kommunikation und Hilfsmittelnutzung auch tatsächlich aneignen. Erst dann können sich Arbeitsroutinen und Kommunikationsverhalten für Fragen der Achtsamkeit und für die Nutzung von Unterstützter Kommunikation öffnen.

Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, einen Workshop von zwei bis drei Stunden Dauer durchzuführen. Dieser Workshop sollte folgende inhaltliche Elemente umfassen:

- Verbale und nonverbale Kommunikation
- Wodurch zeichnet sich eine achtsame und wertschätzende Kommunikation im Allgemeinen aus?
- Welche Vorteile bietet eine achtsame und wertschätzende Kommunikation für Personal im Gesundheitswesen?
- Was sind erworbene Sprech- und Sprachstörungen bei Erwachsenen, welche Krankheitsbilder zählen dazu und wie wirken sich diese aus (Beispiele aus der Versorgungspraxis)?
- Wie sehen diese Einschränkungen aus der Perspektive der Betroffenen aus?

- Was ist Unterstützte Kommunikation, welche Methoden und Materialien gibt es, um in Kommunikation zu treten? Welche Vorteile bietet UK für das Personal sowie für die Patient:innen?
- Erfahrungen der professionell Helfenden mit herausfordernden Gesprächssituationen
- Individuelles Vorgehen: Wie wurde bisher eine Kommunikation mit den Betroffenen hergestellt?

Das Workshopangebot richtet sich primär an diejenigen Personen, die an der Versorgung von Patient:innen mit Einschränkungen in der lautsprachlichen Kommunikationsfähigkeit beteiligt sind. Die vorliegende Broschüre kann als Handout für die Veranstaltung genutzt werden. Die folgende Übersicht gibt Anhaltspunkte für die Konzipierung und Planung des Workshops.

Planung und Durchführung des Workshops:

Die Planung, Vorbereitung, Durchführung sowie Moderation des Workshops sollte durch die PDL oder eine andere Leitungskraft in der Einrichtung erfolgen; ggf. können Fachkräfte mit Expertise zu Kommunikation/Pflegeinteraktion hinzugezogen werden.

Zielgruppe und Ansprache der Teilnehmenden:

Die Teilnehmerzahl sollte idealerweise zwischen 6 bis 8 Personen liegen, damit in einer überschaubaren Runde ein vertrauensvoller Erfahrungsaustausch ermöglicht wird.

- In der Vorbereitung sollten zunächst diejenigen Personen identifiziert werden, die mit der Pflege von Personen mit einer lautsprachlichen Beeinträchtigung betraut sind.
- Daraufhin erfolgt die Ansprache dieser Personen sowie die Einladung zum Workshop mit allen wichtigen Informationen (Datum, Ort, Zeit, Thema).
- Gegebenenfalls können auch weitere interessierte Fachkräfte in den Workshop einbezogen werden.
- Die Teilnehmer:innen sollten durch den Arbeitgeber für den Workshop freigestellt werden.

Lernziele/Lernergebnisse:

- Kompetenzaufbau in der Kommunikation mit Patient:innen, die unter Beeinträchtigungen der verbalen Kommunikationsfähigkeit leiden
- Sensibilisierung für die Perspektive der Betroffenen
- Integration der Methoden und Materialien der UK in den Pflegealltag
- Stressreduktion in herausfordernden Gesprächssituationen durch Verbesserung der Handlungskompetenz

Workshop-Themen:

- Bedeutung von Kommunikation für das Individuum
- Sprach- und Sprechstörungen aufgrund neurologischer Erkrankungen bei Erwachsenen und was das für die Betroffenen bedeutet
- Unterstützte Kommunikation für Gesundheitsberufe
- Ergebnisse der internen Bestandsaufnahme zu den kommunikativen Fähigkeiten der Bewohner:innen bzw. Patient:innen in der Einrichtung

- Nicht-elektronische und elektronische Hilfsmittel der Unterstützten Kommunikation

Lehr- und Lernmethoden:

- Input-Vortrag mittels Power Point-Präsentation
- Erfahrungsaustausch mittels Praxisbeispielen
- Rollenspiel: Kommunizieren ohne zu sprechen

Folienpräsentation

Für den Einstieg des Workshops und zur Informationsvermittlung sollte eine Power Point-Präsentation vorbereitet werden. Diese sollte in das Thema einführen und um Daten der Bestandsaufnahme zu Bewohner:innen/Patient:innen ergänzt werden, die an einer Einschränkung der Lautsprache leiden (Anzahl, Geschlecht, Alter und Krankheitsbild der Betroffenen; Hilfsmittel; derzeitige Methoden der Kommunikation etc.). Diese Präsentation kann den inhaltlich-thematischen Einstieg in den Workshop unterstützen.

Lehr- und Lernmaterialen:

Neben geeigneten Räumlichkeiten wird für die Durchführung des Workshops technisches Equipment für die Power Point-Präsentation benötigt, wie Laptop, Beamer und Leinwand. Für die Ergebnissammlung zum Erfahrungsaustausch der Mitarbeiter:innen sowie für die Verbleibe aus dem Workshop sollten ein Flipchart, eine Pinnwand sowie ein Moderationskoffer zur Verfügung stehen. Als Anschauungsmaterial und zusätzliche weitere Informationen können Beispielmaterialien der Unterstützen Kommunikation oder die vorliegende Handlungshilfe an die Teilnehmenden verteilt werden.

Ergebnisse und Verbleibe dokumentieren:

- Welche Schritte werden zukünftig wie umgesetzt?
- Wie kann eine nachvollziehbare Dokumentation der geeigneten Methoden für die Kommunikation für die Patient:innen aussehen?
- Wie kann die Zugänglichkeit der Informationen für das Personal gewährleistet werden?

Planung eines Reflexionstreffens:

Im Nachgang des Workshops sollte ein Reflexionstreffen durchgeführt werden. Dabei kann besprochen werden, inwiefern die Umsetzung der vereinbarten Schritte gelungen ist und wie die Erfahrungen des Personals dabei waren. Das Reflexionstreffen sollte so terminiert sein, dass erste Umsetzungserfahrungen gesammelt werden können. Ein zeitlicher Nachlauf von vier bis sechs Wochen könnte dafür sinnvoll sein.

Die Dauer des Workshops kann je nach den zeitlichen Möglichkeiten der Einrichtung flexibel angepasst werden. Es ist auch möglich, den Workshop auf zwei Termine aufzuteilen und dem Erfahrungsaustausch oder der Diskussion von Fallbeispielen aus der Einrichtung einen größeren Platz einzuräumen. Allerdings ist von einem zeitlichen Mindestaufwand von nicht unter zwei Stunden auszugehen. Untenstehend findet sich ein Beispiel für den Ablauf des Workshops.

Workshop-Abschnitte	Hinweise an die Moderation
Begrüßung durch Moderator:in	Erläutern: Ziel des Workshops, Ablauf, zeitliche Planung (ggf. Pause), Hinweis auf Reflexionstreffen.
Vorstellung der Teilnehmenden (ggf. Namensschilder vorbereiten, wenn sich die Teilnehmenden untereinander nicht kennen)	Name, Alter, Aufgabe, Dauer der Unternehmenszugehörigkeit
Input zur IST-Situation der Betreuung kommunikationseingeschränkter Patient:innen in der Einrichtung	Kurze Präsentation durch die Leitungskraft zur Versorgung von Patient:innen mit Beeinträchtigungen der Lautsprache in der Einrichtung (Zahlen zu Art der Einschränkung, genutzte Hilfsmittel etc.) (Folienpräsentation). Ggf. Rückfrage an die Teilnehmenden: • Wer ist an der Versorgung dieser Patient:innen beteiligt? • Wie läuft die Kommunikation mit diesen Personen bisher?
Input zum Thema Kommunikation, Sprach- und Sprechstörungen sowie UK und Sensibilisierung	Präsentation durch Leitungskraft oder Fachkraft: • Bedeutung von Kommunikation für das Individuum • Was ist achtsame und wertschätzende Kommunikation? • Charakteristika von Sprach- und Sprechstörungen bei Erwachsenen • Probleme der Sprachlosigkeit von Patient:innen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung • Was ist Unterstützte Kommunikation (UK)? • Vorteile für das Personal und die Patient:innen • Körpereigene Kommunikationshilfen • Nicht-elektronische Kommunikationshilfen • Elektronische Kommunikationshilfen • Wie erhalten Betroffene die entsprechenden Hilfsmittel? Je nach den zeitlichen Möglichkeiten kann dieser Part knapp oder ausführlicher gehalten werden. Es kann auch sinnvoll sein, nach der Einführung zur (achtsamen) Kommunikation eine Gesprächsrunde mit der Gruppe zu machen, inwieweit Achtsamkeit im Arbeitsalltag und im Privatleben gelingt.

Moderierter Erfahrungsaustausch zu den persönlichen Erfahrungen der Mitarbeiter:innen	An dieser Stelle sollen die Teilnehmenden • über eigene Erfahrungen mit herausfordernden Gesprächssituationen sprechen und dabei benennen, welche positiven, aber auch negativen Erfahrungen sie in dieser Situation gemacht haben. Wie wurde die Kommunikation mit diesen Patient:innen erlebt? Was ist schwierig/belastend gewesen? • berichten, mit welchen Methoden und Mitteln sie versucht haben, eine Kommunikation mit den Betroffenen herzustellen. Dabei geht es konkret um Methoden, die erfahrungsgemäß gut funktioniert haben und die, die weniger gut geeignet sind. An dieser Stelle sollte auch berichtet werden, wie die Betroffenen reagiert haben. • diskutieren, wie UK in den Versorgungsalltag eingebunden werden könnte. Welche Zeitanteile werden dafür benötigt? Welche Methoden und Materialien sind sinnvoll? Welche Schulungs- und Unterstützungsbedarfe treten dabei auf?
Rollenspiel: Kommunikation ohne Sprechen	Im Rahmen eines Rollenspiels sollen die Teilnehmenden angeregt werden, sich in die Situation der Patient:innen hineinzuversetzen: • Teilnehmende in 2er-Gruppen aufteilen. • Karten mit unterschiedlichen Sätzen vorbereiten (Beispielsätze: „Ich möchte gerne Wasser trinken“, „Ich möchte im Bett umgelagert werden“, „Ich habe Bauchschmerzen“, „Ich würde gerne mit meiner/m behandelnden Ärztin/Arzt sprechen“, „Können Sie bitte das Fenster schließen, mir ist kalt“, „Können Sie mir sagen, wie spät es ist“, „Welche Behandlung steht als nächstes an“, etc.). • Der erste Partner bekommt eine Karte mit einem Satz darauf und muss sich auf die Hände setzen, so dass man diese wie bei neurologischen Erkrankungen nicht mehr benutzen kann. Weiter soll sich die erste Person vorstellen, dass sie ein Pflaster auf dem Mund hat und nicht sprechen kann. • Jetzt soll der erste Partner versuchen dem Gegenüber zu verdeutlichen, was auf der Karte steht. • Partner 2 darf natürlich alles fragen. • Die Personen haben jeweils 10 Minuten Zeit.

	• Danach werden die Rollen getauscht. Anschließend sollte eine kurze Reflexionsrunde durchgeführt werden: Wie ist es uns jeweils in der Rolle des Patienten und des fragenden Helfenden gegangen? Inwiefern kommt man „automatisch“ zum Ja/Nein-Konzept und auf eine Fragetechnik, die sich vom Großen/Allgemeinen ins Kleine/Besondere bewegt?
Praktische Hinweise zur Kommunikation	In diesem Abschnitt des Workshops soll zusammengetragen werden, was jeder und jede Einzelne in der Kommunikation mit Menschen, die lautsprachlich eingeschränkt sind, beachten sollte. Hierzu können die Teilnehmenden animiert werden, Ideen und Hinweise auf Karten zu notieren, die von der Moderation an die Pinnwand gehängt werden. Die Teilnehmenden sollen die Kärtchen dann kurz erläutern und die Gruppe kann sie jeweils kommentieren. Die Moderation kann auf Basis der Ausführungen in Kapitel 4 dieser Broschüre auch selbst Hinweise einbringen, wenn aus der Gruppe nur wenige Aspekte genannt werden.
Abschlussgespräch und Sammlung der Ergebnisse bzw. Verbleibe	Moderierte Abschlussdiskussion: • An welchen Patientenbeispielen kann man herausarbeiten, wie man besser/leichter kommuniziert? • Exemplarisch wird für jede bzw. jeden betreffenden Patient:in individuell herausgearbeitet, welche UK-Hilfen genutzt werden (können)und wie man sich in der Kommunikation darauf einstellt. • Vereinbarungen zur weiteren Umsetzung in der Einrichtung festlegen. Falls die Zeit fehlt, für alle betreffenden Patient:innen der Einrichtung die Bedarfe in Ruhe durchzusprechen, könnte dies auch nur exemplarisch gemacht und ein systematischer Durchgang für alle Personen in nachfolgende Teambesprechungen verlagert werden (Kap. 5.4).
Weiterführende Materialien zur Verfügung stellen	Diese Broschüre oder einige der in Kap. 5.2 aufgeführten Materialien könnten als Handout verteilt werden.

5.4 Kommunikative Achtsamkeit in der Einrichtung verstetigen

Der oben vorgeschlagene Informations- und Sensibilisierungsworkshop kann ein erster Schritt sein, um die Themen Achtsame Kommunikation und Unterstützte Kommunikation in der Einrichtung zu starten. Damit dies allerdings kein „Strohfeuer“ bleibt und daraus eine gelebte, nachhaltige Organisationspraxis wird, bedarf es weiterer Verstetigungsschritte.

Bereits weiter oben wurde angesprochen, dass im Anschluss an den Workshop ein Reflexionstreffen sinnvoll sein kann, in dem die Teilnehmenden ihre Erfahrungen in der Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen besprechen können. Gegebenenfalls können dort auch Anpassungen von Maßnahmen verabredet werden, die sich aus einem „Praxistest“ von einigen Wochen ergeben haben. Aufgrund der häufigen Personalwechsel im Gesundheitswesen empfiehlt es sich, den Workshop in größeren Zeitabständen für neu eingestellte Mitarbeiter:innen zu wiederholen.

Darüber hinaus kann insbesondere das Thema Unterstützte Kommunikation in Teambesprechungen einfließen, indem in regelmäßigen Abständen Fallkonstellationen für bestimmte Patient:innen durchgesprochen werden und dabei die Kommunikationsweisen, die Unterstützungsbedarfe und die möglichen Hilfsmittel der UK für die jeweilige Person systematisch reflektiert werden. Hierzu bedarf es einer entsprechenden inhaltlichen Vorbereitung und einer ausreichenden zeitlichen Budgetierung der Teambesprechung.

Es sollte das Ziel sein, Achtsame Kommunikation als Teil der Organisationskultur zu entwickeln. Rückmeldungen von Patientenseite zeigen immer wieder, dass entwürdigende Erlebnisse oder auch Qualitätsmängel in der Versorgung nicht aus Absicht, sondern aus Unachtsamkeit verursacht werden, die durch die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen begünstigt wird. Es bleibt daher immer wieder die Anforderung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, eine Balance herzustellen zwischen der möglichst effizienten Aufgabenbewältigung und der Empathie für den hilfebedürftigen Menschen.

Anhang

Über-Mich Info-Blatt

Im Rahmen des Aufnahmegesprächs können in einem „Über-Mich"-Info-Blatt Informationen darüber erfasst und dokumentiert werden, wie die Person kommuniziert (Gestik, Mimik etc.) und ob nicht-elektronische und/oder elektronische Hilfsmittel mitgeführt werden. Da dieses Blatt sehr persönliche Informationen enthält, müssen die betreffenden Personen ihr Einverständnis darüber geben, ob und welche Angaben in das Blatt aufgenommen werden. Diese Angaben sollten regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Das „Über-Mich" Info-Blatt sollte standardmäßig am Bett der lautsprachlich eingeschränkten Patient:innen liegen (z.B. A4 laminiert).Wichtig ist, dass alle an der Versorgung Beteiligten Zugang zu diesem Dokument erhalten. Nach dem untenstehenden Beispiel könnte für die Einrichtung ein einfaches, jeweils angepasstes Übersichtsblatt erstellt werden.

Name, Vorname: Alter:
Diese körpereigenen Kommunikationsformen nutze ich:
Ich nutze folgende nicht-elektronische Hilfsmittel zur Kommunikation:
Ich nutze folgende elektronische Hilfsmittel zur Kommunikation:
So kann ich Nahrung und Getränke aufnehmen:
So nehme ich Medikamente ein:
So schlafe ich:
So möchte ich gepflegt und zur Toilette begleitet werden:
Das sind meine Vorlieben und Abneigungen:
Ich interessiere mich für:
Weitere Besonderheiten:

Literatur

Ackermann, H. et al. (2018): Neurogene Sprechstörungen (Dysarthrien), S1-Leitlinie. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. URL: https://dgn.org/leitlinie/125 (abgerufen am 15.01.2023).

Barlett, G. R., Blais, R., Tamblyn, R., Clermont, R. J., MacGibbon, B. (2008): Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in the acute care settings. In: Canadian Medical Association Journal 178, S. 1555-1562).

Bartels, H. (2017): Erworbene Sprachstörungen bei Erwachsenen. Aphasien. In: Siegmüller, J., Bartels, H. (Hrsg.): Leitfaden: Sprache. Sprechen. Stimme. Schlucken. München. S. 230-258.

Beer, S. (2015): Sprachlos auf der Intensivstation. In: isaac-Tagungungsband 2015. URL: https://www.logbuk.de/literatur?file=files/uploads/file/Literatur/beer_sprachlos-auf-der-intensivstation-2015.pdf&cid=303 (abgerufen am 15.01.2023).

Beer, S. (2019): Aktivitätenorientiertes Vorgehen in der Aphasietherapie. In: Forum Logopädie. Jahrgang 33 (4), S. 6-11). URL: https://www.logbuk.de/literatur?file=files/docs/Vorgehen%20Aphasietherapie-forumlogopaedie.pdf&cid=1038 (abgerufen am 15.01.2023).

Beer, S., Grans, A. L., (2018): Unterstützte Kommunikation in der Klinik. In: Zeitschrift für Unterstützte Kommunikation 2/2018. Loeper Literaturverlag. S. URL: https://www.logbuk.de/literatur?file=files/docs/UK%20in%20der%20Klinik-forumlogopaedie.pdf&cid=1037 (abgerufen am 15.01.2023).

Braun, U. (2021): Kleine Einführung in AAC. In: Zeitschrift für Unterstütze Kommunikation. Loeper Literaturverlag. 01/2021. S.12-17.

dbs - Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie (2021): Sprechapraxie bei Erwachsenen. Informationen für Betroffene, Angehörige und therapeutisch-medizinische Berufe. URL: https://www.dbs-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/dbs-Broschuere_Sprechapraxie_2021.pdf (abgerufen am 15.01.2023).

DGB-Index Gute Arbeit (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. URL: https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada (abgerufen am 15.01.2023).

Dressel, K., Lange, I. (2015): Klassifikation und Therapie der primär progressiven Aphasie In: Spektrum Patholinguistik 8, 57–69. URL: https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/7974/file/spath08_S57-69.pdf (abgerufen am 15.01.2023).

Erdélyi, A., Hennig, B. (2020): Unterstützte Kommunikation im Gesundheitswesen. In: Boenisch, J., Sachse, S. K. (Hrsg.) (2020): Kompendium Unterstützte Kommunikation Taschenbuch. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. S. 304-313.

Erdélyi, A., Hennig, B., Klaus-Karwisch, B., Mischo, S., Schlünz, G. (2022): Oldenburger Inventar für Unterstützte Kommunikation – OLI für UK: Handreichung und Inventar. modernes lernen.

Fröhlich, A. (2015): Basale Stimulation: Ein Konzept für die Arbeit mit schwer beeinträchtigten Menschen. Düsseldorf, Verlag selbstbestimmtes leben.

Günther, B. (2015): Achtsame Kommunikation in der Arztpraxis: Technik, Kultur, Führung und Selbstmanagement. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Haas, J. (2020): „Die Diagnose Multiple Sklerose (MS) wird heute früher gestellt“. Experteninterview der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft, Bundesverband e.V. https://dgn.org/wp-content/uploads/2019/05/190527_Experteninterview_Haas.pdf (abgerufen am 15.01.2023).

Hielscher, V. (2023): Interaktionsarbeit in asymmetrischen Kommunikationssituationen. Veröffentlichung in Vorbereitung.

Hölzel, B., Brähler, C. (2015): Achtsamkeit mitten im Leben: Anwendungsgebiete und wissenschaftliche Perspektiven. O.W. Barth Verlag, München.

InFo Neurologie + Psychiatrie (2019): Anzahl der Parkinson-Patienten hat sich verdoppelt. InFo Neurologie und Psychiatrie, 21 (4), S. 17.

Kamps, N., Boenisch, J. (2020): Rechtliche Grundlagen in der UK-Versorgung. In: Boenisch, J., Sachse, S. K. (Hrsg.): Kompendium Unterstützte Kommunikation Taschenbuch. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. S. 357-364.

Karagiannidis. C., Strassmann, S., Callegari, J., Kochanek, M.,Janssens, U.,Windisch, W. (2019): Epidemiologische Entwicklung der außerklinischen Beatmung: Eine rasant zunehmende Herausforderung für die ambulante und stationäre Patientenversorgung. In: Dtsch Med Wochenschr; 144(09): S. e58-e63.

Klingels, U., Driever, V. (2019): Fallstricke in der Unterstützten Kommunikation. In: Zeitschrift für Unterstützte Kommunikation. Loeper Literaturverlag. 01/2019. S.38-39.

Knels, C., von der Heide, B. (2017): Neurodegenerative Erkrankungen. Primär progressive Aphasie. In: Siegmüller, J., Bartels, H. (Hrsg.): Leitfaden: Sprache. Sprechen. Stimme. Schlucken. München. S. 308-312.

Mantz, S. (2016): Arbeitsbuch Kommunizieren in der Pflege: Mit heilsamen Worten pflegen. Taschenbuch. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

Nolte, K., Grötzbach, H. (2015): Dysarthrie aus der Patientenperspektive. In: Neurol Rehabil 2015; 21 (2): 72–76. Hippocampus Verlag 2015. URL: https://www.hippocampus.de/media/316/cms_5549c1963d70f.pdf. (abgerufen am 15.01.2023).

Otto, K., Wimmer, B. (2021): Unterstützte Kommunikation: Ein Ratgeber für Eltern, Betroffene, Angehörige sowie Therapeuten und Pädagogen (Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute). Schulz-Kirchner Verlag. Idstein.

Rosenberg, M. B. (2016): Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens. Junfermann Verlag, München.

Rothgang, H., Müller, R., Preuß, B. (2020). BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. Berlin.

Schadek, S. (2009): Ich bin eine Insel: Gefangen im eigenen Körper. rororo Verlag.

Schulz von Thun, F. (2011): Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch-Verlag.

Simon, M., Mehmecke S. (2017): Nurse-to-Patient-Ratios: URL: https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-006526/p_fofoe_WP_027_2017.pdf (abgerufen am 15.01.2023).

Staiger, A., Schölderle, T., Brendel, B., Ziegler, W. (2017): Neurogene Sprechstörungen. In: Siegmüller, J., Bartels, H. (Hrsg.): Leitfaden: Sprache. Sprechen. Stimme. Schlucken. München. S. 282-302.

von Büdingen, H.-J. unter Mitarbeit von M. Theil (2019): Schlaganfall – Zahlen, Daten, Fakten. URL: https://schlaganfallbegleitung.de/wissen/schlaganfall-fakten (abgerufen am 15.01.2023).

Watzlawick, P., Beavin, J. Jackson, D. (2016): Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Hogrefe Verlag, Bern.

Wellinger, I. (o.J.): „Im Gespräch bleiben...“ – Kommunikation und Sprechen bei ALS. URL: https://www.dgm.org/muskelkrankheiten/als/kommunikation/sprechen-bei-als (abgerufen am 15.01.2023).

Wleklinski, A., Plescher, L. M. (2019): Fallstricke in der UK. In: Zeitschrift für Unterstützte Kommunikation, Loeper Literaturverlag. 01/2019. S.36-37.

Die Autor:innen

Kathleen Schwarz, M.A., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e.V. in Saarbrücken.

Volker Hielscher, Prof. Dr. rer. pol., ist Geschäftsführer und wissenschaftlicher Leiter des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e.V. in Saarbrücken.