

---

## 6. Die vielfältigen Möglichkeiten der Kommunikation mit Schwerkranken

Dr. phil. Carola Otterstedt im Gespräch mit  
Dr. phil. Stefanie Böttger, Neuropsychologin



*Abb. 54: Die leitende Neuropsychologin der Neurologischen Frühreha-Station eines Münchener Krankenhauses, Frau Dr. Stefanie Böttger (links), bat die Autorin und Referentin für Tiergestützte Therapie, Frau Dr. Carola Otterstedt um Unterstützung in der Realisierung des Projekts Tiergestützte Therapie mit Kaninchen für die Neurologische FrühReha.*

**Dr. Carola Otterstedt:** Frau Dr. Böttger, Sie sind Neuropsychologin in einer Neurologischen Frührehabilitation in einem Münchener Krankenhaus. Welche Aufgaben gehören zu Ihrer Tätigkeit?

**Dr. Stefanie Böttger:** Die Neuropsychologie befasst sich allgemein mit der Bedeutung des Gehirns für die geistigen, seelischen und sozialen Leistungen eines Menschen. Der Neuropsychologe in der Klinik untersucht und behandelt Störungen dieser Funktionen bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen, z.B. nach einer Schädel-Hirn-Verletzung oder einem Schlaganfall.

Für die leichter betroffenen Patienten in einer weiterführenden Rehabilitation steht eine Vielzahl von Methoden für die Arbeit mit den höheren geistigen Leistungen zur Verfügung, z.B. standardisierte Gedächtnistests oder Sprach-

trainingsverfahren. Die schwer betroffenen Patienten in der Neurologischen Frührehabilitation sind jedoch meist nicht in der Lage, mit diesen Verfahren zu arbeiten. Für sie werden spezielle Ansätze benötigt, mit deren Hilfe grundlegende Funktionen wie Wahrnehmung, Kommunikationsfähigkeit, Orientierung und seelische Verfassung beurteilt und gefördert werden. Hierzu verwenden wir z.B. Berührungsreize wie Stofftiere, Alltagsgegenstände, Photos von Familienangehörigen, Abbildungen von Hobbys wie dem Garten und die persönliche Ansprache. Diese Verfahren setzen wir anfangs am Bett und im weiteren Verlauf, wenn der Patient im Rollstuhl sitzen kann, auf der Station, im Therapieraum und im Park des Krankenhauses ein.

In der Frührehabilitation sind auch die Angehörigen der Patienten eine wichtige Zielgruppe für den Neuropsychologen. Sie vermitteln wesentliche Informationen über den Patienten und wirken beratend und aktiv bei der Therapie mit. Zudem benötigen sie oft selbst therapeutische Unterstützung in ihrem Schock, ihrer Angst und ihrer Trauer über die schwere Erkrankung des Patienten.

Die vielschichtige Arbeit für die Frührehabilitations-Patienten kann nur in einem interdisziplinären Team geleistet werden. In unserem Team wirken Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen, Seelsorger und Sozialpädagogen zusammen.

Über die Frührehabilitation hinaus umfasst meine Tätigkeit den Konsildienst für die Schlaganfall-Spezialstation (Stroke Unit), die neurologische Intensivstation, die neurologischen Akutstationen, die neurologische Tagesklinik und fallweise die kardiologischen Stationen. Hierbei geht es um die diagnostische Einschätzung und Beratung für die weitere Behandlung.

**Dr. Carola Otterstedt:** Sie begegnen tagtäglich Menschen, die auf Grund einer Krankheit, z.B. eines Schlaganfalls oder eines Unfalls, Einschränkungen ihrer Sinneswahrnehmungen und ihrer Ausdrucksmöglichkeiten erleben. Können Sie uns Ihre Patientengruppe etwas beschreiben?

**Dr. Stefanie Böttger:** Wir behandeln überwiegend Patienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, jedoch auch Patienten mit anderen Erkrankungen, z.B. einer Schädel-Hirn-Verletzung nach einem Unfall, entzündlichen Erkrankungen des Gehirns, einem Gehirntumor oder einem Sauerstoffmangel im Gehirn nach einem Herzstillstand.

Bei den älteren Schlaganfallpatienten sind tendenziell mehr Frauen, bei den jüngeren Patienten mit den anderen Erkrankungen tendenziell mehr Männer vertreten. Damit ist die Altersgruppe angesprochen: Wir behandeln überwiegend Patienten mit 60 Jahren oder älter. Gelegentlich betreuen wir auch sehr junge Patienten. Der jüngste Patient mit einem Schlaganfall, den ich kannte, war 17 Jahre alt. Vom sozialen Hintergrund her sind alle Schichten vertreten.

Die älteren Patienten haben häufig internistische, kardiologische oder orthopädische, zum Teil auch onkologische Vorerkrankungen. Viele Patienten haben somit bereits Krankheitserfahrung und auch Krankenhauserfahrungen. Erstaunlicherweise berichten aber auch ältere und alte Patienten, dass sie noch nie ernsthaft erkrankt waren und daher auch noch nie in einem Krankenhaus

behandelt werden mussten; sie erleben diese Situation jetzt zum ersten Mal. Aus der Erfahrung heraus, immer gesund und selbständig gewesen zu sein, fällt es diesen Patienten besonders schwer, sich auf einmal in einer abhängigen Position zu befinden.

Vom Familienstand her sind die alten Patienten häufiger alleinstehend bzw. verwitwet. Viele ältere Patienten haben aber auch wieder einen neuen Lebensgefährten gefunden. Bei den jüngeren Patienten haben sehr viele eine eigene Familie. Ihre Angehörigen sind in den meisten Fällen sehr bemüht, sich um den Patienten zu kümmern. Jüngere Patienten haben in der Regel auch einen weiteren Freundeskreis und dadurch einen größeren Besucherkreis.

**Dr. Carola Otterstedt:** Woher kommen Ihre Patienten, was erleben sie auf der Neurologischen Frührehabilitation und wohin entlassen Sie Ihre Patienten?

**Dr. Stefanie Böttger:** *Frührehabilitation* heißt, dass die therapeutische Behandlung so früh wie möglich nach Eintritt des akuten Krankheitsereignisses einsetzt. Wir übernehmen die meisten Patienten aus dem eigenen Hause, von der Schlaganfall-Spezialstation, von der neurologischen Intensivstation oder von einer der neurologischen Akutstationen. Etwa ein Zehntel unserer Patienten kommt aus anderen Krankenhäusern.

Die Frührehabilitation dauert auf unserer Station im Durchschnitt vier Wochen. Bei einer langdauernden, jedoch positiven Entwicklung fördern wir die Patienten individuell auch über eine längere Zeitdauer, gelegentlich bis zu zwei oder drei Monaten. Nach erfolgreich abgeschlossener Frührehabilitation sind unsere Patienten zu etwa einem Drittel in alltagspraktischen Bereichen selbständig, das heißt sie können sich mit Hilfe vom Bett in einen Stuhl umsetzen, im Bad zurecht kommen, ihre Mahlzeiten einnehmen, sich im Rollstuhl vorwärts bewegen, mit Unterstützung gehen und eventuell Treppen steigen. Zu etwa zwei Drittel benötigen sie hierbei jedoch noch Hilfestellungen.

Wenn diese Schnittstelle erreicht ist, werden die Patienten in eine weiterführende Rehabilitations-Klinik verlegt. Dies kann eine neurologische oder auch eine geriatrische Rehabilitations-Klinik sein. Wenn die Patienten die hierfür notwendigen Voraussetzungen nicht erreichen, müssen sie in die privathäusliche Pflege bzw. in eine Pflegestation, das heißt in den meisten Fällen in ein Pflegeheim verlegt werden.

## ► Ursachen der Kommunikationsstörungen

**Dr. Carola Otterstedt:** Welche Ursachen haben die Kommunikationsstörungen bei den von Ihnen und Ihren Kollegen betreuten Patienten?

**Dr. Stefanie Böttger:** Die Ursachen für die Kommunikationsstörungen liegen in den verschiedenen Diagnosen unserer Patienten. Dies sind beispielsweise Schlaganfall (Apoplexia cerebri), kombinierte Verletzung von Schädel und Gehirn (Schädel-Hirn-Trauma) durch Unfallverletzung, Hirntumor, entzündliche Erkrankungen der Hirnhaut oder des Hirngewebes (Meningitis bzw. Enzephal-

tis), andere entzündliche Erkrankungen des Gehirns bzw. des peripheren Nervensystems (z.B. Polyneuropathie) oder Sauerstoffmangel im Gehirn nach einem Herzstillstand (Hypoxie).

Patienten nach einem Schlaganfall bilden auf unserer Station die Hauptgruppe.

Die Einschränkungen der Sinneswahrnehmungen, die sich auf die Kommunikationsfähigkeit auswirken, sind zunächst im Bereich der Wachheit und dem Bewusstsein der Patienten begründet. Wenn die Patienten auf unsere Frührehabilitation kommen, ist die Wachheit oft noch gemindert bzw. wache Patienten sind noch ohne Bewusstsein. Damit sind die Kommunikationsmöglichkeiten grundsätzlich eingeschränkt.

## ► Vorbereitung der Kommunikationsaufnahme

**Dr. Carola Otterstedt:** Die Mehrzahl Ihrer Patienten verbringt viele Stunden am Tag im Bett liegend. Welche Wertigkeit hat die Lagerung des Patienten für die Kommunikation?

**Dr. Stefanie Böttger:** Die Lagerung ist ein wichtiger Aspekt im Rahmen der Kommunikation. Wollen wir mit einem Patienten gut kommunizieren, müssen wir dafür sorgen, dass er sich so wohl wie möglich fühlt; vor allem muss er durch eine optimale Lagerung eben in der *Lage* sein, all die ihm möglichen Kommunikationselemente einzusetzen. Beispielsweise ist es lagerungsabhängig, inwieweit Augenbewegungen möglich sind und ihre Signale erkannt werden können. Aufgrund einer ungünstigen Lagerung weichen die Augen gelegentlich spontan nach einer bestimmten Richtung ab und können nicht gezielt eingesetzt werden. Auch ist es individuell abhängig, ob eine Verständigung erfolgreicher im Liegen oder im Sitzen stattfinden kann. Manche Patienten sind im Sitzen wacher und verfügen über mehr Bewegungsmöglichkeiten als im Liegen. Allerdings ist das Sitzen für manche Patienten noch so anstrengend, dass alle Kräfte allein hierfür benötigt werden und keine weiteren Reserven vorhanden sind. In diesen Fällen gelingt eine Verständigung im Liegen besser als im Sitzen. Es ist auch durchaus möglich, dass man im Liegen ein anderes *Ja*-Signal verwendet, z.B. mit den Augen nach oben schauen, als im Pflegerollstuhl, in dem möglicherweise ein Kopfnicken eher möglich ist als im Liegen.

Wenn unsere Patienten in einem Pflegerollstuhl gelagert werden, können sie in der Regel erst wenige aktive Körperbewegungen ausführen. Trotzdem drücken sie bereits mit ihrer passiven Körperhaltung für uns sichtbar aus, wie sie es schaffen, sich in dieser Lagerung zu halten, und ob es ihnen angenehm bzw. unangenehm ist. Diese passiven Zeichen werden zunehmend durch eigene, aktive Signale der Patienten abgelöst.

**Dr. Carola Otterstedt:** Welche Möglichkeiten haben wir in der sensiblen Kommunikation, den Patienten auf einen Dialog vorzubereiten?

**Dr. Stefanie Böttger:** Bei schwerstkranken, bettlägerigen Patienten können wir auf drei sensible Wahrnehmungsebenen zurückgreifen. Zum einen arbeiten

wir auf der *somato-sensiblen Ebene*. Hier wird die Berührungswahrnehmung des Patienten angesprochen, z.B. wenn ich mit meiner Hand oder verschiedenartigen Materialien wie einem weichen Tuch die Hand oder auch das Gesicht des Patienten berühre.

Auf der *propriozeptiven Ebene* wird die Wahrnehmung für die Haltung und Bewegung eines Körperteils angesprochen. Diese wird z.B. ausgelöst, wenn ich meine Hand unter die des Patienten schiebe und die Hand und den Unterarm des Patienten ein wenig abstütze. So kann ich vorsichtig den Arm hin und her bewegen und dann wieder ablegen. Interessant ist dabei, ob der Patient ein Gespür für seine Armhaltung entwickeln kann.

Auf der *vestibulären Ebene* kann ich bettlägerige Patienten mit Hilfe des Bettgestells an ihre Wahrnehmung für das Gleichgewicht heranzuführen. Ich verändere die Lage des Bettoberteils, indem ich es vorsichtig nach oben und dann wieder nach unten fahre. Bewegt sich das Oberteil nach oben, empfinden dies manche Patienten eher als unangenehm, werden auf diesem Weg aber auch wacher und konzentrierter und können besser an der Kommunikation teilnehmen.

**Dr. Carola Otterstedt:** So wie wir das Oberteil bewegen können, haben wir natürlich auch die Möglichkeit, dies mit dem Fußteil zu machen. Natürlich immer in Abhängigkeit von dem gesundheitlichen Status des Patienten sowie seiner Stimmung. Im passenden emotionellen Rahmen haben wir so allerdings die Chance, auch einmal etwas unkonventionell nicht nur die Wahrnehmung des Körpers, sondern auch eine anregende Stimmung, ein Lachen und Augenglitzern zu motivieren. Dies ist nicht mit jedem Patienten zu machen, aber viele haben Freude daran. Es belebt das Ganze ein bisschen und macht die Ernsthaftigkeit auf der Station ein wenig entspannter.

**Dr. Stefanie Böttger:** Ja, wenn auch bei unseren schwerstkranken Patienten Grenzen gesetzt sind, ist es sehr wichtig zu versuchen, immer wieder etwas Humorvolles oder Lustiges in die Kommunikation und Therapie einfließen zu lassen.

## ► Einschränkungen der physischen Talente

**Carola Otterstedt:** In welcher Form wirken sich bei Ihren Patienten Einschränkungen des Sehsinns auf die Kommunikationsfähigkeit aus?

**Dr. Stefanie Böttger:** Einige neurologische Erkrankungen, z.B. ein Schlaganfall in den hinteren Gehirnteilen, schränken das Gesichtsfeld bzw. das Blickfeld so ein, dass die Patienten entweder die rechte oder die linke Raumseite nicht wahrnehmen (*Hemianopsie*). Dies beeinflusst natürlich den Blickkontakt sowie die nonverbale und verbale Kontaktaufnahme zu einem Kommunikationspartner. Der Patient sieht sein Gegenüber auf der betroffenen Seite nicht. Umgekehrt können Angehörige, Ärzte, Pfleger und Therapeuten keinen oder nur erschwerten Blickkontakt mit dem Patienten aufnehmen.

Ich erinnere mich an einen 25-jährigen Hypoxie-Patienten, dessen Gehirn auf Grund einer Drogenvergiftung vorübergehend unzureichend mit Sauerstoff ver-

sorgt war und den wir mehrere Monate auf unserer Frührehabilitation behandelten. Auf Grund einer Schädigung der sogenannten Sehrinde im Gehirn litt der junge Mann an einer cerebralen, d.h. durch die Gehirnschädigung verursachten Blindheit, die eine beidseitige Gesichtsfeldeinschränkung bedingte. Dieser Patient nahm nur noch Hell-Dunkel-Unterschiede vor allem durch bewegte Reize wie den Lichtkegel einer Taschenlampe oder den Licht- und Schattenwechsel bei Spazierfahrten im Freien in seinem Sehfeld wahr. Farben, Formen und Personen konnte er nicht mehr erkennen, so dass er seinen Blick überwiegend die in Ferne gerichtet hielt.

Dieser Patient konnte seine Umgebung nicht mehr wahrnehmen, nicht die Menschen, die vor ihm standen, nicht deren Mimik und deren Gestik. Dies ist natürlich für die Familienangehörigen und Freunde, die mit diesem Störungsfeld unvertraut sind, sehr irritierend. Die gesamte Kommunikation ist auf die akustische Ebene begrenzt.

Ein anderer Patient auf unserer Station hatte eine sogenannte *Prosopagnosie*, das heißt eine Störung bei der Wahrnehmung bzw. dem Wiedererkennen von Gesichtern. Der Patient konnte Menschen, die auf ihn zukamen, nicht unterscheiden. Dies betraf vor allem unvertraute Menschen (Ärzte, Therapeuten, Pfleger). Das Nichtwissen, welche Person ihm gegenüberstand, erschwerte natürlich die Kommunikation für den Patienten. Er benötigte Zeit dafür, die Personen an ihrer Stimme und den Gesprächsinhalten zu erkennen. Darüber hinaus versuchte er, besondere Merkmale wie die berufsspezifische Kleidung oder eine Brille bei dem ihm gegenüberstehenden Gesprächspartnern zu finden.

**Dr. Carola Otterstedt:** Welche komplexen Wahrnehmungsveränderungen beeinflussen die Kommunikationsfähigkeit der Patienten?

**Dr. Stefanie Böttger:** Patienten mit Schlaganfällen in der rechten Gehirnhälfte leiden unter einem sogenannten *Neglect*, d.h. einer fehlenden Wahrnehmung bzw. Aufmerksamkeit für die linke Raum- und Körperhälfte. Augen, Kopf und Körper „haften“ an der rechten Seite, eine Zuwendung zur linken Seite ist oft nur mit viel Aufforderung und Führung möglich. Charakteristisch für dieses Syndrom ist, dass sich die Patienten der Störung selbst nicht bewusst sind und sie daher kaum ausgleichen können. Blickkontakt zu Kommunikationspartnern auf der linken Seite wird kaum aufgenommen, auch wenn die Patienten Gesprochenes hören und verstehen sowie sprachlich adäquat darauf reagieren können. Jede nonverbale Kommunikation über Mimik bzw. Gestik ist jedoch weitgehend ausgeschlossen. Da die Neglect-Patienten insgesamt starke Aufmerksamkeitsschwankungen haben, beeinträchtigen diese die Kommunikation zusätzlich.

**Dr. Carola Otterstedt:** Welche Auswirkungen können Einschränkungen des Hörsinns auf die Kommunikation des Patienten mit dem ihn betreuenden Team haben?

**Dr. Stefanie Böttger:** Unsere Schlaganfallpatienten sind häufig bereits unabhängig von der akuten Erkrankung altersbedingt schwerhörig. Dies ist in der Regel weniger relevant für die an die Schwerhörigkeit gewohnten Angehörigen

eine Kommunikationseinschränkung als für die Therapeuten, das Pflegepersonal und die Ärzte. Sie müssen immer wieder daran denken, ausreichend laut und langsam zu sprechen. Nur so können wir eine Kommunikation aufbauen und laufen nicht Gefahr zu denken: „Der Patient nimmt uns überhaupt nicht wahr, er kann sich nicht konzentrieren, er ist nicht kontaktfähig“.

Gelegentlich berichten Patienten oder Angehörige auch von einer akuten Verschlechterung des Hörsinns infolge der neurologischen Erkrankung. Diese *cerebralen Hörstörungen* lassen sich diagnostisch beschreiben. Sie äußern sich zum Beispiel in der beeinträchtigten Fähigkeit, einzelne Laute zu unterscheiden. Lautes Sprechen ist hierbei nicht hilfreich, sondern wird oft sogar als zusätzlich störend von den Patienten empfunden. Leider gibt es bisher kaum Therapiemöglichkeiten. Diese Höreinschränkungen erschweren die Kommunikation für alle Beteiligten.

**Dr. Carola Otterstedt:** Der älteste unserer Sinne ist der Geruchssinn. Welche Auswirkungen haben Veränderungen in der Wahrnehmung von Gerüchen und Geschmacksarten auf die Kommunikation?

**Dr. Stefanie Böttger:** Einige Patienten fühlen sich durch Störungen des Geruchs- und Geschmackssinn vor allem emotionell stark beeinträchtigt. Dies scheint die Kommunikation formal nur wenig zu beeinträchtigen. Interessant wäre es jedoch zu untersuchen, inwieweit sich die subjektive Befindlichkeit der Patienten auf die emotionelle Beteiligung in der Kommunikation auswirkt.

**Dr. Carola Otterstedt:** In der Begleitung von Schwerkranken integriert man zunehmend auch Methoden, deren Ziel es ist, den einzelnen Sinnen Impulse zu geben. Mit welchen Möglichkeiten erreichen Sie auf Ihrer Station eine Stimulation des Geruchssinnes?

**Dr. Stefanie Böttger:** Ich habe einige Duftreize aus der Natur, wie Citrusfrüchte, Lemongras oder Rosenduft. Aus Sicherheitsgründen verwenden wir keine Duftlampen, sondern nehmen stattdessen kleine Fläschchen, in denen Öle mit verschiedenen Düften enthalten sind. Zusätzlich greifen wir auf die dem Patienten vertrauten Düfte, z.B. des Rasierwassers oder des Lieblingsparfüms zurück. Die Auswahl der verschiedenen Düfte ist abhängig von den Vorlieben der Patienten.

Da jede Haut einen anderen Geruch besitzt, der den der Essenz beeinflusst, verwende ich als Duftträger bevorzugt ein privates Taschentuch des Patienten. So kann er die vertraut duftende Wäsche und zusätzlich eine ihm wohlthuende Essenz mit dem Geruchssinn wahrnehmen.

Da viele unserer Patienten nicht in der Lage sind, flüssige oder feste Nahrung aufzunehmen, sollte man Duftstoffe von Lieblingsgetränken und -speisen vermeiden. Derartige Düfte würden in dieser Phase nur zu traurigen Stimmungen führen. Besonders vorsichtig sind wir auch bei der Anwendung von Duftreizen, die Allergien auslösen oder durch Alkohol und andere Essenzen die labile körperliche Verfassung des Patienten gefährden könnten.



## ► Sensible nonverbale Zeichen

**Dr. Carola Otterstedt:** Welche sensible nonverbale Zeichen kann man als wichtige Hinweise zum Befinden des Patienten und zur besseren Verständigung mit ihm erkennen und wie reagieren Sie auf sensible Kommunikationszeichen?

**Dr. Stefanie Böttger:** Es gibt verschiedene Ebenen der sensiblen Kommunikation. Bei den schwerstkranken Patienten profitieren wir zunächst von der *vegetativen bzw. psychomotorischen Kommunikationsebene*. Wir achten auf Anzeichen, die uns sagen, ob es dem Patienten gut geht, ob er z.B. schmerzfrei und entspannt liegt. Angespannte Patienten schwitzen, sind unruhig oder ihre Augen bzw. Hände sind in ständiger Bewegung. Wir versuchen über die Lagerung dem Patienten Struktur und Sicherheit zu geben, damit er sich entspannen und beruhigen kann. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass eine Handberührung oder ein kühlender Waschlappen, vielleicht bereits durch die Zuwendung, viele Patienten entspannen lässt. Dies ist eine wichtige Grundlage, bevor wir zu kommunizieren beginnen. Mit der Berührung durch unsere Hände beginnt – auf eine eben berührende Weise – bereits eine gemeinsame Kommunikation. Wir können oft auch eine Entspannung mit Hilfe der Lieblingsmusik des Patienten erreichen. Sensible nonverbale Zeichen sind oft schwierig zu unterscheiden und zu deuten. Das Behandlungsteam versucht in diesen Situationen gemeinsam herauszufinden, was das Bedürfnis des Patienten ist und auf was er im einzelnen mit den sensiblen nonverbalen Zeichen reagiert.

Patienten, die über Herzfrequenz, Pulsanstieg, Atmung, Muskelspannung und Körpertemperatur reagieren, sind in der Regel noch nicht fähig, über einen *Ja/Nein-Code* zu kommunizieren. Das Team ist jedoch bemüht, so bald wie möglich ein *Ja*-Signal zu erkennen und achtet besonders auf dazu geeignete nonverbale Zeichen. Zum Beispiel kann ein Händedruck ein *Ja*-Signal sein: „Drücken Sie meine Hand einmal, wenn Sie *Ja* meinen, drücken Sie zweimal, wenn Sie *Nein* meinen.“ Hierbei kann allerdings zweimal drücken für viele Patienten in dieser frühen Phase schon eine Überforderung sein.

**Dr. Carola Otterstedt:** Wenn die Handinnenfläche des Begleiters unter der oft leicht gebeugten Hand des Patienten so liegt, dass die Fingerspitzen des Patienten unsere Handfläche berührt, dann hat der Patient mit ganz wenig Kraftaufwand die Möglichkeit, nur mit Hilfe kleinster Bewegungen auf sich aufmerksam zu machen. Unsere Handflächen sind ja besonders sensibel.

## ► Körperhaltung & Körperbewegung

**Dr. Carola Otterstedt:** Neben den sensiblen nonverbalen Zeichen, neben Mimik und Gestik, ist meines Erachtens auch die Körperhaltung eine wichtige Kommunikationsebene. So können wir im Ausdruck der Körperhaltung erkennen, ob sich der Patient gerade in sich zurückzieht oder ob er sich wohl fühlt und an seiner Umwelt interessiert ist. Sicher bedarf es sowohl genauer Kenntnis der Krankheiten und ihrer Folgen auf die Körperhaltung als auch der Erfah-



rung über den individuellen Ausdruck des einzelnen Patienten, um solche Zeichen nicht zu missdeuten.

**Dr. Stefanie Böttger:** Wenn Patienten die Körperhaltung wieder kontrollieren können, ist der Körperausdruck für uns ein wichtiges Zeichen. Bei den Patienten, die Körperbewegungen erst ansatzweise wieder beeinflussen können, sind für uns die Hinweise der Angehörigen sehr wertvoll. Sie erkennen auch kleinste Bewegungsmuster als vertraut wieder und können an kleinen Anzeichen erkennen, wie sich der Patient fühlt. Auch die Angehörigen profitieren davon, wenn sie solche Bewegungen das erste Mal wieder sehen: „So hat mein Mann es früher auch immer gemacht, jetzt ist ein neuer Schritt geschafft“.

**Dr. Carola Otterstedt:** Ich habe den Eindruck, dass gerade die Körperhaltung, aber auch die Körperbewegungen zeigen können, wie aufmerksam ein Mensch in der Kommunikation ist. So kann man gelegentlich sehen, dass Patienten bei regelmäßigen Besuchen in ihrer Haltung unverändert bleiben. Bei einem unerwarteten Besuch oder bei einem Tierbesuch steigt aber ihre Motivation und sie bemühen sich um eine aufrechte Haltung. Es scheint, dass je attraktiver, aber auch je förmlicher der Kommunikationspartner ist, sich der Patient umso mehr um eine Körperhaltung und um Bewegungen bemüht, die ein Kommunikationsangebot an Mensch bzw. Tier ausdrücken oder signalisieren: „Es geht mir schon besser“.

**Dr. Stefanie Böttger:** Bei unseren schwerkranken Patienten sind uns dabei wie gesagt die Hinweise der Angehörigen eine große Hilfe, da sie den Vergleich zu früheren Bewegungsmustern haben. Es sind manchmal minimale Zeichen wie eine kleine Handbewegung, die der Patient auch in seinem Leben vor dem Unfall bzw. vor der Krankheit ausgeführt hat. Der situative Kontext, in dem er damals diese Geste machte, kann für uns sehr aufschlussreich sein.

**Dr. Carola Otterstedt:** Diese Hinweise der Angehörigen zeigen uns auch, dass zu Körperbewegung und Motorik eben nicht nur der rationale Wille gehört, vielmehr benötigen die Patienten einen emotionalen Antrieb. Dieser emotionelle Impuls ist in der Krankenhausumgebung für viele Patienten nicht erlebbar und so werden sie fälschlicherweise als *unkooperativ* bezeichnet.

**Dr. Stefanie Böttger:** Das hört man leider immer wieder in den Patientenbesprechungen. Um diesem Missverständnis vorzubeugen, ist es mir ein wichtiges Anliegen, die emotionale Ebene anzusprechen und besonders zu fördern. Unsere Patienten können auf der kognitiven, verbalen und motorischen Ebene meist nur eingeschränkt reagieren. Auf der emotionalen Ebene, die für das *Menschsein* sehr wichtig ist, können sie dagegen häufig am ehesten reagieren. Ein Schwerpunkt meiner Arbeit liegt daher darin, gemeinsam mit den Angehörigen, zu denen eine enge gefühlsmäßige Verbindung besteht, am Patienten zu arbeiten. Bevor die anderen genannten Ebenen wieder erlebbar und einsetzbar sind, können die Patienten ihnen gegenüber ihr emotionelles Erleben ausdrücken: Lachen, aber auch genervt und gereizt sein dürfen, sich ab-, aber auch sich zuwenden. Bei der Arbeit auf der emotionalen Ebene habe ich auch besonders gute Erfahrung im Einsatz der Tiergestützten Therapie gesammelt.

## ► Kommunikation und Aufnahmefähigkeit

**Dr. Carola Otterstedt:** Wie können wir Menschen auf anderen Bewusstseinssebenen – im Koma oder auch mit eingeschränktem Bewusstsein – dialogisch begegnen?

**Dr. Stefanie Böttger:** Wir folgen dem Grundsatz, dass jeder Patient vollwertig angesprochen wird. Wir nehmen unsere Patienten als Erwachsene wahr und ernst. Dies kann allerdings unter Umständen vor allem bei den Angehörigen auch dazu führen, dass Patienten im sogenannten *vegetativem Status*, d.h. wache, aber bewusstlose Patienten überschätzt werden. Zufällige Reaktionen oder sogar nur Reflexe werden als bewusste Antworten auf verbale Ansprache hin fehlinterpretiert. Es bedarf viel sachlicher Aufklärung und emotioneller Beratung für die Angehörigen, um den Zustand ihres Patienten angemessen verstehen und begreifen zu können. Letztendlich bleibt in jedem Fall unsere Stimme und die Möglichkeiten der Variation ihres Tonfalls und ihrer Dynamik. Ich unterstütze die Angehörigen, ihre Stimme einzusetzen, da sie gerade mit ihrer vertrauten Stimme bei dem Patienten möglicherweise auch unbewusste Reaktionen hervorrufen, die die unvertraute Stimme eines fremden Therapeuten nicht erreichen kann.

Patienten im sogenannten *Minimally Conscious State* sind wach und haben ihre Augen geöffnet, verfügen aber nur zeitweise über Bewusstsein und Kontaktfähigkeit. Wir haben derzeit zwei Patienten mit einem hypoxischen, das heißt durch Sauerstoffmangel bedingten Hirnschaden auf der Station. Ihr Bewusstsein ist nur zeitweise gegeben. Für einen Dialog steht somit als erstes die oben beschriebene körperlich-vegetative, oft unbewusste Ebene zur Verfügung. Während der bewussten Phasen können sie sich über einfache Bewegungen von Augen, Kopf, Finger oder Hand sowie fallweise auch verbal ausdrücken, diese Kommunikationsebene aber nicht konstant aufrechterhalten. Ein wesentlicher Schwerpunkt in der Arbeit mit diesen Patienten besteht darin, über nonverbale oder auch verbale Zeichen einen sogenannten *Ja/Nein-Code* sicher aufzubauen, um grundlegende Probleme und Bedürfnisse wie Schmerzen und Durst gezielt mitteilen zu können.

Bei *somnolenten Patienten* ist die Wachheit eingeschränkt, sie sind jedoch z.B. durch laute Ansprache erweckbar. In den wachen Phasen ist das Bewusstsein vollständig gegeben, so dass eine aktive Kontaktaufnahme und Kommunikation zeitweise möglich ist.

Besonders stark in der Kommunikation eingeschränkt sind Patienten, die sich in dem sogenannten *Locked-In-Syndrom* befinden. Das Locked-In-Syndrom ist der Fachbegriff für den Zustand nach einer Schädigung des vorderen Hirnstamms, z.B. durch einen Schlaganfall, eine Verletzung oder eine entzündliche Erkrankung, die vor allem die absteigenden Nervenfasern betrifft. Die Patienten sind bei vollem Bewusstsein, jedoch tetraplegisch, d.h. dass sie über keine Bewegungsmöglichkeit ihres Körpers verfügen. Betroffen ist der gesamte Körper: Arme, Hände, Beine, Füße, Rumpf, Kopf und Gesicht. Nicht einmal ein mimischer Ausdruck ist möglich. Hierbei besteht die große Gefahr, diese Patienten als bewusstseins- und kontaktunfähig einzuschätzen. Auffal-

lend ist in dem erstarrten Körper bei manchen Patienten allein ein lebhafter Augenausdruck, der eine Kommunikation über die Augen als „Augenzwiesprache“ erahnen lässt.

Die einzige Ausnahme für eine Bewegungsmöglichkeit sind vertikale Augenbewegungen, die für die Kommunikation eingesetzt werden können. Mit Hilfe dieser Augenbewegungen können die Begleiter des Patienten einen Ja/Nein-Code aufbauen. Die Kommunikation mit dem Patienten findet über einfache Fragen statt, die als Antwort ein *Ja* bzw. ein *Nein* zulassen, z.B. die Frage „Liegen Sie bequem?“. Meist wird *Ja* über die Augenbewegung nach oben signalisiert; *Nein* wird entweder passiv durch keine Reaktion, was allerdings häufig schwer zu interpretieren ist, oder, sofern möglich, aktiv durch ein kurzes Augenschließen signalisiert.

Wenn der Ja/Nein-Code mit dem Patienten gut eingeübt ist, kann man zu einer Verständigung mit Hilfe einer Buchstabentafel übergehen. Hierbei wird dem Patienten eine Tafel, auf der die Buchstaben des Alphabets in fünf Zeilen angeordnet sind, gezeigt. Über den Ja/Nein-Code können einzelne Buchstaben aus den Zeilen und Spalten ausgewählt und daraus Wörter zusammengesetzt werden. Anfangs ist dieses Vorgehen mühsam und benötigt viel Zeit. Im Verlauf erwerben manche Locked-In-Patienten jedoch eine erstaunliche Fertigkeit im Umgang mit der Buchstabentafel und sind somit in der Lage, auch spontan Mitteilungen nicht nur über grundlegende Bedürfnisse, sondern auch über persönliche Wünsche und Probleme zu äußern. Ein Locked-In-Patient auf unserer Station konnte mir auf diesem Weg seine zeitweisen Todewünsche, seine Liebe zu seiner Familie, seinen Ärger über Pfleger und Ärzte und auch seine Hobbys mitteilen.

## ► Einschränkungen der psychischen Talente

**Dr. Carola Otterstedt:** Wie wirkt sich eine Kommunikationseinschränkung auf die seelische Befindlichkeit der Patienten aus?

**Dr. Stefanie Böttger:** Auf der sprachlichen Kommunikationsebene gibt es schwerpunktmäßig zwei Störungsarten, auf die die Patienten seelisch unterschiedlich reagieren. Patienten nach einem Schlaganfall in der vorderen linken Gehirnhälfte verfügen über ein gut erhaltenes Sprachverständnis, sind jedoch in der Sprachäußerung so beeinträchtigt, dass sie sich anderen nur schwer oder überhaupt nicht mitteilen können (*Broca-Aphasie*). Sie nehmen diese Störung bewusst wahr und reagieren meist *depressiv*. Patienten nach einem Schlaganfall in der hinteren linken Gehirnhälfte können sich sprachlich äußern; diese Äußerungen wirken jedoch wie „Wortsalat“ und sind für andere unverständlich. Zusätzlich ist bei zwar erhaltenem akustischem Verständnis für Töne und Laute das Verstehen von Sprache so schwer eingeschränkt, dass sie weder ihre eigenen Sprachfehler bemerken, noch verstehen, was andere Menschen zu ihnen sagen (*Wernicke-Aphasie*). Die betroffenen Patienten nehmen diese Beeinträchtigung jedoch selbst meist nicht bewusst wahr und reagieren häufig *gereizt* auf die entstehenden Kommunikationsprobleme.

Die Patienten im *Locked-In-Syndrom* können sich auf Grund ihrer schweren motorischen Beeinträchtigungen weder verbal noch mimisch oder gestisch äußern, verstehen aber, wenn man sie anspricht. Sie sind in der Regel auf Grund ihrer Gesamtsituation mit schwerer motorischer Störung und weitgehender Kommunikationseinschränkung *depressiv* gestimmt.

Bei Patienten im sogenannten *vegetativen Status* (kein Bewusstsein) oder im *Minimally Conscious State* (teilweise Bewusstsein) können wir uns im Wesentlichen nur auf die oben beschriebenen körperlich-vegetativen Anzeichen von Wohlsein oder Unwohlsein beziehen.

Wenn diese Patienten das Bewusstsein wiedererlangen und beginnen, kontaktfähig zu werden, reagieren sie zunächst häufig mit einer ausgeprägten *psychomotorischen Unruhe*, so dass sie mit den Händen an der Bettdecke nesteln, sich Sonden oder Katheder ziehen und – soweit es die Motorik erlaubt – sich unruhig im Bett hin und her bewegen. Wenn das Bewusstsein vage erwacht, tauchen bei den Patienten Fragen auf, auf die sie zunächst keine Antworten finden: Was ist passiert? Wo befinde ich mich? Sie kennen die unvertraute Umgebung nicht. Das macht *Unruhe, Spannung und Angst* und ist für die psychische Befindlichkeit der Patienten sehr belastend.

**Dr. Carola Otterstedt:** In welchen zeitlichen und situativen Zusammenhängen beobachten Sie Gefühle der Angst bei Ihren Patienten?

**Dr. Stefanie Böttger:** Angst spielt eine sehr große Rolle, wenn die Patienten allmählich das Bewusstsein wiedererlangen. Sie finden sich dabei in einer fremden Umgebung wieder, in der sie die bedrohlich wirkenden technischen Geräte und medizinischen Maßnahmen um sich wahrnehmen. Es kommen Therapeuten, von denen die Patienten oft nicht wissen, was sie von ihnen wollen. Die meisten Patienten haben keine Erfahrung mit therapeutischen Maßnahmen und Rehabilitationsabläufen. Meistens haben die Patienten auch körperliche Schmerzen, sind aber von der mentalen Leistung her nicht in der Lage zu verstehen, was überhaupt passiert ist. Sie können ihre Situation in dieser Phase nicht einschätzen und vergessen für das Verständnis wichtige Informationen. Da bleibt eigentlich keine andere Reaktionsmöglichkeit als Angst. Wenn eine Gefühlsmöglichkeit wieder gegeben ist, habe ich kaum einen Patienten gesehen, der entspannt reagiert. Die Patienten, die anfangen, die schwere Krankheitssituation zu erahnen, reagieren nachvollziehbar mit Angst und Unruhe. Diese Patienten werden leider von unerfahrenen Therapeuten auch als unkooperativ erlebt.

Wenn es motorisch oder sprachlich möglich wird, zeigen die Patienten ihre Angst z.T. auch, indem sie aggressiv reagieren. Aus meiner Erfahrung ist der Grund für solch eine Aggressivität in der Frührehabilitation nur selten eine auf der organischen Hirnstörung basierende Wesensveränderung. Vielmehr stehen diese Reaktionen in der Regel für Überforderung, Angst und Panik.

**Dr. Carola Otterstedt:** Inwieweit ist die Arbeit von Seelsorgern in diesem Rahmen, aber auch für Ihre Arbeit allgemein eine Unterstützung?

**Dr. Stefanie Böttger:** Unsere Station wird regelmäßig von einer Seelsorgerin besucht. Sie kann vor allem den Patienten sehr helfen, die Bezug zur Kirche,

zur Religion und zur Seelsorge haben. Durch die seelsorgerische Begleitung entsteht wieder ein Stück Vertrauen. Man kann sich an etwas orientieren, was bereits im gesunden Leben Wert und Bestand hatte und vertraut war.

**Dr. Carola Otterstedt:** Ist ein Getragenwerden durch den Glauben für die Patienten spürbar?

**Dr. Stefanie Böttger:** Sofern der Glaube wieder im Bewusstsein verankert ist, ja. Ich sehe dies aber auch in Abhängigkeit davon, welche Persönlichkeit die seelsorgerische Begleitung durchführt. Unsere Seelsorgerin hat rein menschlich von dem Ausdruck ihrer Augen, von dem Klang ihrer Stimme und von der Melodie ihrer Sprache her eine sehr wohltuende und stützende Ausstrahlung. Dies wirkt bereits positiv und angenehm auch auf die Patienten, die den Sinn von Worten noch nicht wieder verstehen können.

In diesem Zusammenhang beziehe ich mich noch einmal auf die Phase der Angst. Ich glaube, dass in dieser Phase des wiedereinsetzenden Bewusstseins, in der der Patient die beschriebenen Ängste erlebt, das Bedürfnis nach menschlicher Zuwendung ein existentielles Anliegen darstellt.

Nahezu durchgehend erlebe ich, dass in allererster Linie die Angehörigen und vertrauten Bezugspersonen die wichtigste Rolle spielen. Mein Vorgehen als Neuropsychologin ist dabei, mich dem Kontakt der Angehörigen zu ihrem Patienten anzuschließen. Verhaltenstherapeutisch wird dieses Vorgehen als Konditionierung bezeichnet. Wenn ich allein einen Patienten anspreche, ihn berühre, ihn im Bett auf- und niederlasse oder ihm Duftreize zur Stimulation gebe, reagiert dieser Patient auf mich als fremde Person zunächst häufig mit Unruhe und Abwendung. Kommt seine ihm vertraute Ehefrau zu Besuch, so sieht dieser Patient sie an, fixiert seinen Blick auf sie, reagiert auf ihre Stimme und wendet sich nicht von ihr ab, sondern ihr zu. Wenn ich öfters zusammen mit der Ehefrau bei dem Patienten bin, profitiere ich von ihrer Vertrautheit: Er kann auf uns beide reagieren. Ich unterhalte mich mit der Ehefrau, zum Teil zu ihm hingewendet, zum Teil aber auch ihn in Ruhe, ihm eine Pause lassend, während ich mit ihr zusammen bei ihm bin. Das Ziel der Konditionierung besteht darin, dass auch ich dadurch eine gewisse Vertrautheit für den Patienten gewinne, ihm dadurch einen Zugang zu mir verschaffen und selbst zu ihm Kontakt gewinnen kann.

**Dr. Carola Otterstedt:** Ich glaube, dass diese Art von miteinander vertraut werden eine gute Basis Ihrer Arbeit mit dem Patienten, aber eben auch mit den Angehörigen darstellt.

Patienten werden rund um den Tag gepflegt, versorgt und begleitet. Der Patient erlebt seinen Alltag aus der Perspektive des *Nehmenden*, der kaum eine Möglichkeit besitzt, einen Ausgleich zwischen *Nehmen und Geben* herzustellen. Es überrascht daher nicht, dass beispielsweise Besuchern im Krankenhaus nicht selten angeboten wird, bei den Mahlzeiten der Patienten mitzuesessen und dass dem Personal kleine Geschenke gemacht werden. Kulturell geprägt, dass *Geben seliger macht als Nehmen*, erleben Patienten wie auch Bewohner von Pflegeheimen eine Ohnmacht im Ungleichgewicht des *Nehmens und Gebens*. Welche Möglichkeiten gibt es für die schwerstkranken Patienten auf Ihrer Station?

**Dr. Stefanie Böttger:** Unsere schwerstkranken Patienten haben kaum die Möglichkeit, etwas Materielles zu schenken. Wenn der Patient ansprechbar und kommunikationsfähig ist, versuche ich, dieses Thema auf eine andere Ebene zu lenken. Ich versuche, ihm zu erklären, dass er seinem Besuch nichts Materielles schenken muss, sondern dass der Besucher, vor allem der Angehörige sich am meisten darüber freut, den Patienten zu sehen, dass es ihm besser geht und dass er als Mensch anwesend ist. Das ist allerdings für die Patienten oft schwer anzunehmen. Und doch versuche ich immer wieder zu erklären, dass ein Blick, ein Lächeln, eine Handberührung und eine Geste ein großes Geschenk sein können.

**Dr. Carola Otterstedt:** Ich denke, wir haben für die Patienten viel erreicht, wenn die ihn pflegenden, behandelnden Menschen authentisch eben diese Geschenke bewusst annehmen können, wenn wir als Begleiter nicht über diese Momente hinweggehen. Manch einer schlüpft auch schnell aus dem Zimmer, weil er es nicht gewohnt und es ihm peinlich ist, Geschenke anzunehmen. Wenn wir dem Patienten zeigen, wie wichtig dieser Augenblick oder dieser stille schöne Moment des Daseins auch für uns war, dann reagieren wir nicht unprofessionell, sondern in einem hohen Maße authentisch und wahrhaftig. Unser Gegenüber wird uns glauben, weil er seine und unsere Emotionen annehmen kann und erkennt, dass wir auch *nehmen* können. Wir signalisieren, dass die Patienten uns nicht eine Last sind, vielmehr unser Wissen, unsere Professionalität bereichern. Wir müssen einen Weg in der Interaktion mit dem Patienten finden, auf dem für ihn erkennbar wird: *Du bist so wie du bist wichtig, weil du uns auch in dieser Lebensphase etwas geben kannst.* Was der Patient uns gibt, steht in Abhängigkeit von den Möglichkeiten des Patienten und denen des Begleiters. Manch einer entdeckt vorbildhafte Geduld, die Akzeptanz, Emotionen leben zu können, aber auch die Möglichkeit, in Zeiten der Ohnmacht, der Trauer und der Wut eben diese nicht verbergen zu müssen, sie vertrauensvoll einer Bezugsperson mitteilen zu dürfen.

Dies ist allerdings nicht allen Patienten und auch nicht allen Begleitern möglich. Vielleicht können manche Patienten dies aus ihrem authentischen Leben, aus der Weise heraus, wie sie auch vor dem Unfall oder vor der Krankheit gelebt haben. Für viele wird der Umgang miteinander jedoch erleichtert, wenn die Patienten wieder in der Lage sind, kleine Handlungen zu organisieren.

**Dr. Stefanie Böttger:** Beispielsweise fahren wir bei schönem Wetter mit unseren Patienten viel in den Park hinaus. Dabei haben wir die Möglichkeit zu sagen: Jetzt nehmen wir eine Blüte mit und die können Sie heute Nachmittag Ihrer Frau schenken.

**Dr. Carola Otterstedt:** Materielle Geschenke haben den Vorteil, dass der Patient etwas Konkretes übergeben kann, das man festhalten kann, das ausdrücken möchte: *Ich kann dir etwas geben.* Dies scheint vor allem auch dann sehr wichtig, wenn man sich selbst als schwer beeinträchtigt empfindet, wenn man selbst schon mit dem Gedanken gespielt hat: *Wäre es nicht besser, ich wäre gleich gestorben?* Um zu vermitteln, dass allein schon das *Dasein* des Patienten für die Familie wichtig ist, scheint mir das konkrete Geschenk von Sei-

ten des Patienten sehr hilfreich. Das kann eben die auf einer Rundfahrt gepfückte Blume sein, aber auch eine Praline aus der Cafeteria.

**Dr. Stefanie Böttger:** Leider sind bereits diese Besorgungen für viele unserer Patienten nicht umsetzbar, da sie diese Strecken selbst im Rollstuhl noch nicht bewältigen können. Dabei entsteht dann wieder das Gefühl, sogar bei der Besorgung eines Geschenkes von anderen Menschen abhängig zu sein.

Erfreulicherweise gibt es aber auch Beispiele, die nicht nur eben das Bedürfnis zu geben zeigen, sondern auch Möglichkeit, dieses Bedürfnis umzusetzen: Einer unserer Patienten hatte sich ein Stück Apfel von seiner Mahlzeit aufgespart, um dies unseren Kaninchen geben zu können.

**Dr. Carola Otterstedt:** Das Apfelstück hätte er seiner Ehefrau vielleicht nicht anbieten mögen – nach dem Motto: Sie kann sich einen ganzen Apfel selber kaufen, was könnte ihr das Apfelstück wert sein? Das Apfelstück als Metapher anzunehmen, ist nicht leicht verständlich. Neben *Nehmen* auch *Geben* können, hat meiner Meinung nach eine besondere Bedeutung im Rahmen der emotionellen und sozialen Aspekte einer Rehabilitation.

**Dr. Stefanie Böttger:** Unsere Patienten geben Teile der Mahlzeiten zwar häufig dann an ihre Angehörigen weiter, wenn sie selbst keinen Appetit haben. Aber das Apfelstück auch als Metapher zu beachten, halte ich für sehr wichtig.

**Dr. Carola Otterstedt:** Also scheint es von großer Bedeutung zu sein, dass wir Dinge entdecken, wie auch schwerkranke Menschen einem anderen Menschen etwas geben können. Und wie man diese Gabe sichtbar machen könnte. Dies ist ein wesentlicher Aspekt in der Betreuung von schwerkranken Patienten. Nur *Nehmen* müssen, wird keinem Menschen wohl tun.

## ► Einschränkungen der verbalen und mentalen Talente

**Dr. Carola Otterstedt:** Welchen Wert hat Ihrer Meinung nach der differenzierte Einsatz unserer Stimme?

**Dr. Stefanie Böttger:** Ich setze meine Stimme gerne ein, indem ich den Patienten in ruhiger Weise z.B. von unserem Stationsalltag oder etwas aus dem allgemeinen Weltgeschehen erzähle. Mir ist dabei zunächst nicht wichtig, ob der Patient alle Einzelheiten versteht, viel mehr Wert liegt meiner Meinung nach in der persönlichen Ansprache. Für die Patienten, die als Bettlägerige nicht aus ihrem Zimmer kommen, bedeuten die Alltagsgeschichten von der Station auch ein Stück erweiterter Horizont. Es gibt Begleiter, die den Patienten etwas vorlesen. Ich bin aber der Meinung, dass die persönliche Ansprache durch die persönlichen Inhalte einen viel höheren Aufforderungscharakter besitzt, als allein die Stimme, die nur Texte verliest.

**Dr. Carola Otterstedt:** Eine Kommunikationsblockade im verbalen Bereich lässt viele Menschen im Dialog mit dem Patienten verstummen. Bedingt eine *Sprachlosigkeit* immer gleichzeitig eine Störung des Sprachverständnisses und der Sprachproduktion? Welche Möglichkeiten für eine bessere Kommunikation können wir aufzeigen?