

Unterstützte Kommunikation in der Langzeitpflege - am Beispiel von Aphasikerinnen und Aphasikern

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Claudia Müller
Matrikelnummer 01011165

Begutachter/in: Frau Mag.^a Dr.ⁱⁿ Martina Nitsch

Hart bei Graz, Februar 2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.



04. Februar 2020

Unterschrift

Abstract

Der Mensch definiert sich zu einem großen Teil über Sprache, und Kommunikation ist ein wichtiger Bestandteil unseres Alltags. Ist nun der Sprachprozess gestört, eingeschränkt oder gar nicht möglich, sind die Folgen für Betroffene oftmals Probleme und Konflikte mit dem Umfeld, Verzweiflung und Depression. Diese Arbeit beleuchtet das Fachgebiet der Unterstützten Kommunikation als Möglichkeit zur Interaktion mit Menschen, welche am Krankheitsbild der Aphasie leiden. Aphasie ist eine zentral bedingte Störung der Sprache nach abgeschlossenem Spracherwerb, welche durch eine erworbene Hirnschädigung und auch durch eine degenerative Erkrankung auftreten kann. Diese Abhandlung setzt sich mit älteren Aphasikern und Aphasikerinnen im Setting Pflegeheim auseinander. Die durchgeführte Literaturanalyse zeigt die verschiedenen Möglichkeiten der Anwendung Unterstützter Kommunikation auf. Des Weiteren werden die einzelnen Krankheitsbilder der Aphasie erläutert. Als Ergebnis der Recherche werden die verschiedenen Kommunikationshilfen in der Anwendung durch das Personal eines Pflegeheimes beleuchtet. Dabei wird auf die jeweilige aphasische Ausprägung der Erkrankung bei Bewohnerinnen und Bewohnern eingegangen.

Schlüsselbegriffe: Unterstützte Kommunikation, Aphasie, Sprachstörung, Pflegeheim

Abstract

Speech and communication are part of the human being. People can get different problems, if the language process is disturbed, such as conflicts with their social surroundings, despair and depression. This paper highlights the possibilities of augmentative and alternative communication in order to interact with people suffering from aphasia. Aphasia is a central speech disorder after speech development is completed. Acquired brain damages or degenerative diseases can cause this speech disorder as well. This paper focuses on people with aphasia who are living in a nursing home. The conducted literature review points out the possibilities of using augmentative and alternative communication as well as the different kinds of aphasia. As conclusion the different ways for employees in a nursing home are shown to communicate with people with aphasia by using the possibilities of augmentative and alternative communication.

Keywords: augmentative and alternative communication, speech disorder, aphasia, nursing home

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Relevanz des Themas	8
1.2	Zielsetzung	9
1.3	Forschungsfrage.....	9
1.4	Methode.....	10
2	Unterstützte Kommunikation	10
2.1	Körpereigene Kommunikationsformen.....	12
2.2	Nichtelektronische Kommunikationshilfen der körperexternen Kommunikationsformen.....	13
2.3	Elektronische Kommunikationshilfen der körperexternen Kommunikationsformen.....	14
2.4	Systemübergreifende Kommunikationsformen	16
3	Aphasie	16
3.1	Schlaganfall als Ursache der Aphasie	18
3.2	Akute Aphasie.....	20
3.3	Aphasische Symptome (Krankheitszeichen).....	22
3.4	Standardsyndrome (Krankheitsbilder) der Aphasie	25
3.4.1	Globale Aphasie	25
3.4.2	Broca-Aphasie.....	25
3.4.3	Wernicke-Aphasie	26
3.4.4	Amnestische Aphasie.....	27
3.4.5	Sonderformen der Aphasie	28
4	Effektive Kommunikation mit aphasischen Bewohnerinnen und Bewohnern in der Altenpflege	29
4.1	Unterstützte Kommunikation mit aphasischen Bewohnerinnen und Bewohnern durch das interdisziplinäre Team im Setting Pflegeheim.....	31
4.2	Kommunikationshilfen der Unterstützten Kommunikation speziell für Personen mit Aphasie	34
5	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage	35
6	Conclusio und Ausblick	40

Literaturverzeichnis	42
Abbildungsverzeichnis	44
Tabellenverzeichnis	44

1 Einleitung

Unser Alltag ist von Kommunikation bestimmt und sie ist sehr wichtig für uns Menschen. Wenn wir sprechen verwenden wir nicht nur die Lautsprache, sondern zusätzlich automatisch auch Mimik und Gestik, um Inhalte wiederzugeben. Das bedeutet wir kommunizieren jeden Tag multimodal. Steht einer Person Lautsprache als Kommunikationsform nicht zur Verfügung, etwa aufgrund einer Erkrankung, wird es für sie schwierig effektiv zu kommunizieren. Aus diesem Grund sollte ein umfassendes multimodales Kommunikationssystem, wie es die Unterstützte Kommunikation darstellt, betroffenen Menschen angeboten werden. (Vock & Lüke, 2019, S. 18f.).

Da sich Menschen zu einem großen Teil über Sprache identifizieren, ist ein Sprachverlust ein enormer Einschnitt in das Leben der betroffenen Person. Aphasie ist eine mögliche Erkrankung, bei welcher durch die Sprachstörung ein mehr oder weniger starker Verlust der Sprache eintritt. Nichts ist mehr so für einen Aphasiker oder eine Aphasikerin wie es vor der Krankheit war. Dieser Umstand ist schwer zu begreifen und zu akzeptieren. Die Folge sind oftmals Probleme im Alltag durch Konflikte mit dem Umfeld der betroffenen Personen sowie tiefe Verzweiflung, Depressionen und dadurch auch Veränderung der eigenen Persönlichkeit (Rupp-Adelmann & Bauer, 2010, S. 123ff.).

Im Rahmen der Betreuung und Pflege älterer Menschen zeichnet sich Kommunikation dadurch aus, dass die Kommunizierenden sich wohl fühlen, die Gesprächsteilnehmer zufrieden sind und die gesteckten Ziele erreicht werden. Das Verhalten der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner während der Kommunikation sollte von beiden Seiten als effektiv und angemessen empfunden werden. Die Art der Kommunikation kann dabei sehr unterschiedlich sein. Sie kann gesprochen oder geschrieben sein, aber genauso mit Händen und Füßen passieren. Kommunikation kann jedoch auch aus vielerlei Gründen problematisch sein (Wingchen, 2006, S. 14ff.).

Der Alltag eines älteren Menschen mit Aphasie ändert sich oftmals auch durch die Übersiedlung in ein Pflegeheim. Betroffene, meist alleinstehende Personen, sind in vielen Fällen nicht mehr in der Lage ihr Alltagsleben selbstständig zu bewältigen. Achtet man darauf, wie sehr uns Menschen Sprache durch die Alltäglichkeit leitet, stellt

man schnell fest, dass ein ganz normaler Tag ohne sie undenkbar wäre. Durch das Auftreten von zusätzlichen Erkrankungen nach einer Hirnverletzung, wie Halbseitenlähmung oder Gesichtsfeldeinschränkung, werden kaum beachtete tägliche Routineaufgaben plötzlich zu schwierigen, und mitunter unlösbaren, Herausforderungen (Lutz, 2004, S. 261ff.).

1.1 Relevanz des Themas

Kommunikation ist als Grundrecht eines jeden Menschen zu betrachten. Unterstützte Kommunikation verhilft Menschen mit einer kommunikativen Beeinträchtigung zu einer effektiven Form sich mit anderen Menschen auszutauschen, unabhängig vom Alter der Person. Ihnen wird damit die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglicht und so auch die Lebensqualität verbessert (Nonn, 2011, S. 2).

In den vergangenen Jahrzehnten wurde sich die Arbeitswelt des wichtigen Stellenwertes der Kommunikation bewusst. Diese Kompetenz wurde auch in der Pflege als Sicherung von Qualität erkannt. Im Bereich der Langzeitpflege geht es dabei vor allem um den Erhalt oder die Wiederherstellung des seelischen Wohlbefindens der Pflegebedürftigen. Einen erheblichen Anteil dazu bestreitet die Kommunikation mit Bewohnerinnen und Bewohnern. Die Kommunikation in Pflegeeinrichtungen umfasst neben Bewohnerinnen und Bewohnern auch deren Angehörige und Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Berufsgruppen. Des Weiteren ist auch der Kontakt unter den Bewohnerinnen und Bewohnern wichtig. Schließlich erhöht eine erfolgreiche Kommunikation die Zufriedenheit aller und stärkt die Beziehung zwischen Personen. Nicht zu vergessen ist, dass durch angemessene und effektive Kommunikationsstrategien die Arbeitsbelastung des Personals verringert wird. Es kann damit ständiges Wiederholen von Gesagtem reduziert und das Mithelfen bei Durchführungen von Pflegeaktivitäten erhöht werden (Sachweh, 2012, S. 37ff.).

Unterstützte Kommunikation wird in der Sprachtherapie mit Kindern im deutschsprachigen Raum vielfach eingesetzt. Im Gegensatz dazu wird sie im Einsatz bei Erwachsenen mit Sprachstörung eher vernachlässigt. Man erkennt dies daran, dass es wenig Literatur und Forschungsprojekte dazu gibt und auch Beratungsstellen oder Weiterbil-

dungsmöglichkeiten so gut wie gar nicht angeboten werden. Ein Einsatz von Unterstützter Kommunikation bei Menschen mit Schädigung der Spontansprache und dem Vorhandensein eines aphasischen Krankheitsbildes stellt eine hilfreiche und ergänzende Maßnahme der Sprachtherapie dar. Es wäre daher wichtig Studien durchzuführen, in denen Konzepte aus der Therapie mit Kindern in der Arbeit mit sprachgestörten Erwachsenen erforscht werden (Giel, 2012, S. 11.014.001ff.).

Die Unterstützte Kommunikation hat das Ziel, Menschen mit Sprachstörung neue Optionen zu bieten, um ihre Möglichkeiten der Verständigung zu erweitern. Damit soll betroffenen Personen soziale Teilhabe weiterhin möglich gemacht werden. Diese Anwendungen zum kommunikativen Austausch mit anderen Personen dienen deshalb nicht nur der Sprachtherapie sondern auch der Alltagskommunikation von Aphasikerinnen und Aphasikern (Lüke & Vock, 2019, S. 9ff.).

1.2 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es Methoden der Unterstützten Kommunikation zu beschreiben und ihre Anwendbarkeit bei Menschen mit Aphasie aufzuzeigen. Dabei soll auf den Schweregrad der Erkrankung geachtet werden. Als Setting für die möglichen Anwendungsformen bezieht sich diese Bachelorarbeit auf Pflegeheime. Es soll gezeigt werden, wie Unterstützte Kommunikation durch die Professionen im Pflegeheim in der alltäglichen Kommunikation mit aphasischen Bewohnerinnen und Bewohnern eingesetzt werden kann.

1.3 Forschungsfrage

Für diese Bachelorarbeit ergibt sich durch die Themenschwerpunkte folgende Forschungsfrage, die es zu beantworten gilt:

- Welche Möglichkeiten der Verständigung bietet die Unterstützte Kommunikation dem interdisziplinären Team eines Pflegeheimes im Umgang mit aphasischen Bewohnerinnen und Bewohnern?

1.4 Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfrage und des gesetzten Zieles dient als methodische Vorgangsweise die Literaturanalyse.

Die Literaturanalyse wurde mit Hilfe von einschlägiger Literatur der Bibliotheksdatenbank der Ferdinand Porsche Fern-Fachhochschule, Bibliotheken der Fachhochschule Joanneum und der Karl-Franzens-Universität Graz sowie Google Scholar durchgeführt.

Es wurden folgende Suchbegriffe zur Recherche verwendet: Unterstützte Kommunikation UND Aphasie UND Pflegeheim, Prävalenz UND Inzidenz UND Aphasie, Interdisziplinarität UND Altenpflege sowie Kommunikation UND Altenpflege. Weiters wurden die Schlagworte Standardsyndrome Aphasie, effektive Kommunikation und Schlaganfall verwendet. Zu diesen Suchbegriffen fand sich Fachliteratur aus den Bereichen Medizin, Logopädie und Pflege.

Englische Suchbegriffe waren: augmentative and alternative communication AND adults AND aphasia. Zu diesen Suchkriterien fand sich Literatur in den Fachjournalen Expert Review of Medical Device und Augmentative and Alternative Communication.

2 Unterstützte Kommunikation

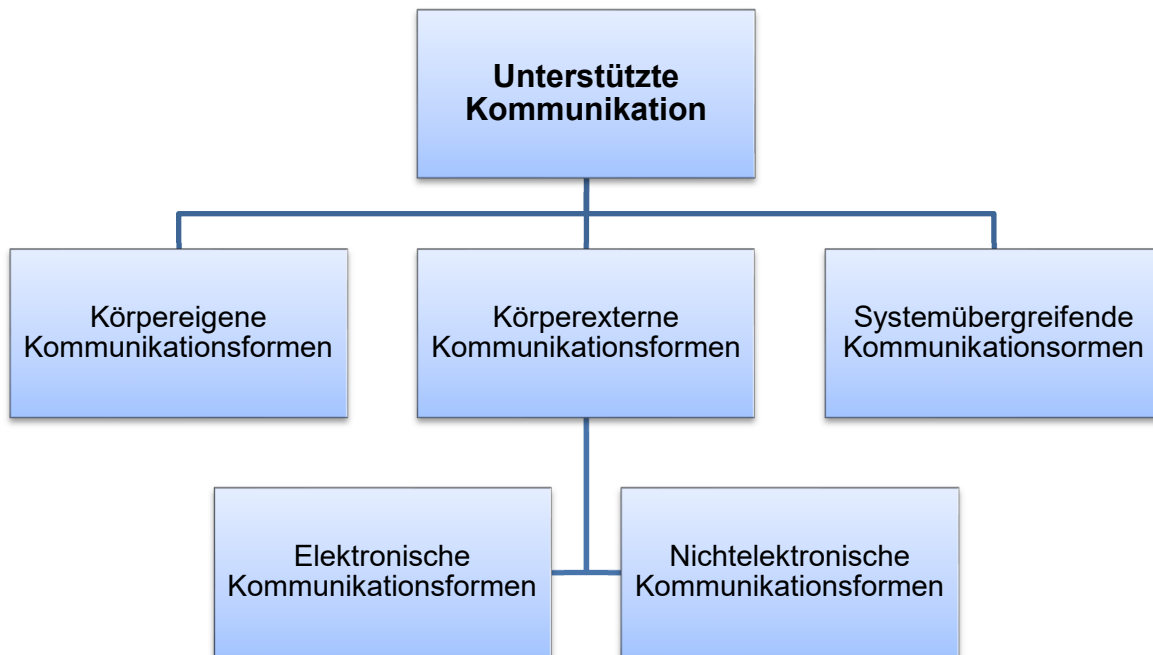
Das Fachgebiet der Unterstützten Kommunikation entstand in den 1960iger-Jahren im skandinavischen und angelsächsischen Raum durch das erstmalige Einsetzen von grafischen Zeichen, Gesten und Gebärden sowie technischen Geräten mit Sprach- und Schriftausgabe zur Förderung der Kommunikation bei kommunikativ beeinträchtigten Menschen (Renner, 2004, zitiert in Nonn, 2011, S. 3).

Die Unterstützte Kommunikation definiert sich über die Verwendung körpereigener und körperexterner (durch Hilfsmittel unterstützte) Kommunikationsformen. Abbildung 1 zeigt eine grafische Darstellung der verschiedenen Arten. Externe Formen werden in elektronische und nichtelektronische Kommunikationsformen unterteilt. Unterstützte Kommunikation bietet ein großes Spektrum an Möglichkeiten der Verständigung mit unterschiedlichen Personen in verschiedenen Situationen. Es können auch mehrere

Kommunikationsformen gleichzeitig eingesetzt werden. Daher spricht man von einem multimodalen Kommunikationssystem. Diese Formen sind Mimik, Körpersprache, Blickrichtung und Augenbewegung, Zeigen, Gesten, Gebärden oder Handzeichen, Laute und Lautsprache, externe akustische Signale, wie etwa Hupe oder Klingel, dreidimensionale Symbole, grafische Formen, wie zum Beispiel Fotos, Bilder oder Zeichnungen, Schrift, Kommunikationstafeln und -bücher sowie elektronische Kommunikationshilfen (Nonn, 2011, S. 10f.).

Kommunikationsformen der Unterstützten Kommunikation werden in motorisch und grafisch sowie in abhängig und unabhängig geteilt. Gesten und Gebärden werden den motorischen Formen zugezählt. Dazu gehören auch das Erlernen eines Gebärdensystems, des Fingeralphabets oder der Gebärdensprache, unter Miteinbezug von Mimik, Stimme und Körpersprache. Zweidimensionale Symbole, etwa Fotos oder Zeichnungen, sowie dreidimensionale Symbole, wie ein Becher für das Bedürfnis etwas zu trinken, zählen zu den grafischen Formen. Diese Symbole werden über Kommunikationsbücher oder -tafeln sowie elektronische Hilfsgeräte angezeigt. Die abhängige Kommunikationsform steht für die Unterstützung der kommunikationsbeeinträchtigten Person durch eine Partnerin oder einen Partner, um sich mitteilen zu können. Wenn nun die kommunikationsunterstützte Person auf mehrere Bildsymbole einer Kommunikationstafel zeigt, dient die Partnerin oder der Partner als Übersetzerin oder Übersetzer indem sie oder er anhand der Symbole einen Satz bildet. Im Gegensatz dazu bildet die betroffene Person bei der unabhängigen Form ihre Mitteilung selbstständig. Hierbei bieten elektronische Kommunikationshilfen mittels Sprachausgabe der ausgewählten Bildsymbole einen großen Vorteil zur Verständigung (Nonn, 2011, S. 11f.).

Abbildung 1: Formen der Unterstützten Kommunikation



Quelle: Eigene Darstellung

2.1 Körpereigene Kommunikationsformen

Lautsprache, Gesten, Gebärden und basale Kommunikationsformen sind Körperregungen, die Menschen zur Kommunikation nutzen, in den meisten Fällen spontan und intuitiv. Diese werden den körpereigenen Kommunikationsformen zugezählt. Mit basalen Formen sind jegliche mimische Ausdrücke, Blicke, Körperbewegungen sowie die Atmung gemeint. Vorteile der körpereigenen Formen liegen in der Verfügbarkeit und Ortsunabhängigkeit sowie in der schnellen und spontanen Einsetzbarkeit. Nachteilig an dieser Art der Kommunikationsform ist, dass die Bedeutung der Körperregungen meist nur vertrauten Personen bekannt ist und, abgesehen von Gebärden, nur wenige verschiedene Bedeutungen ausgedrückt werden können (Lüke & Vock, 2019, S. 22f.).

Gesten werden in deiktische und ikonische Gesten sowie Embleme getrennt. Deiktische Gesten bezeichnen hinweisende Gesten und deuten auf ein sichtbares Objekt, eine Person oder eine Handlung hin. Bildhafte oder auch symbolische Gesten werden ikonisch genannt. Sie sind sehr abhängig von der anwendenden Person, da Formen auf unterschiedliche Weise dargestellt werden können. Ein Ball kann etwa mit abgerundeten Händen vor dem Bauch, aber auch nur mit einem gekrümmten Finger ge-

zeichnet werden. Embleme sind Gesten, welche der kulturellen Haltung einer Bevölkerung zugeordnet werden. Kopfnicken oder Kopfschütteln als Ausdruck für „Ja“ oder „Nein“ fallen in diese Kategorie. Zur Kommunikation mit sprachgestörten Erwachsenen sind deiktische Gesten und Embleme gut geeignet, da sie Personen bekannt sind und unmittelbar eingesetzt werden können (Lücke & Vock, 2019, S. 25ff.).

Bei Verwendung wichtiger Gebärden sind diese von betroffenen Personen sowie Kommunikationspartnerinnen und Kommunikationspartnern zu erlernen. Dabei ist es hilfreich vermittelte Gebärden in einem Nachschlagewerk festzuhalten. Gebärden bieten neben Gesten eine gute Möglichkeit einen großen Wortschatz auszudrücken und nehmen eine besondere Stellung bei körpereigenen Kommunikationsformen ein (Lücke & Vock, 2019, S. 31).

2.2 Nichtelektronische Kommunikationshilfen der körperexternen Kommunikationsformen

Nichtelektronische Kommunikationshilfen werden als Hauptkommunikationsmedium oder als Ergänzung zu anderen Kommunikationshilfen eingesetzt und stehen zahlreich zur Verfügung. Sie sind ein wichtiger Bestandteil des multimodalen Systems der Unterstützten Kommunikation. Zur Erstellung von Kommunikationsmaterialien fungieren spezielle Softwareprogramme und es gibt eine große Auswahl an vorgefertigten Kommunikationsbüchern, -ordnern und auch -tafeln (Lücke & Vock, 2019, S. 31ff.).

Stellvertretend für eine Handlung, ein Objekt, ein Tier, eine Situation oder eine Person werden hier **gegenständliche Zeichen** in Form von dreidimensionalen Objekten, Realgegenständen, Modellen, Miniaturen oder auch Teile eines Gegenstandes verwendet. Die eingeschränkte Darstellung eines umfassenden Vokabulars und die schwere Handhabung größerer Gegenstände wirkt sich nachteilig auf diese Art der Hilfe aus. **Fotos** sind konkret und realitätsnah in ihrer Anwendung und stehen aufgrund der Digitalisierung leicht zur Verfügung. In der Anwendung von Fotos als Kommunikationshilfe ist zu bedenken, dass eine Darstellung wichtiger Wörter des Kernvokabulars nicht möglich ist, das Gesehene von jeder Person unterschiedlich interpretiert werden kann und der Hintergrund unter Umständen vom eigentlichen Fokus ablenkt (Lücke & Vock, 2019, S. 32f.).

Bildsymbole sind zweidimensionale Zeichen, die einer Symbolsammlung oder einem Symbolsystem zugeordnet werden. Es werden transparente, transluzente und opake Bildsymbole unterschieden. Transparente Bildsymbole sind einfach zu erkennen und in ihrer Bedeutung einfach zu verstehen. Sie müssen nicht erst erlernt werden. Ein Hund etwa kann durch ein transparentes Bildsymbol dargestellt werden. Transluzente Bildsymbole werden durch eine kurze Erklärung verständlich gemacht. Als Darstellung für „schlafen“ kann etwa ein Bett mit einer liegenden Person angewendet werden. Bildsymbole sind opak, wenn sie erlernt werden müssen. Sie weisen keine Ähnlichkeit mit dem Bezeichneten auf und werden auch durch frühere Erfahrungen nicht verstanden. Opake Bildsymbole werden eingesetzt für Wörter wie „und“ oder „da“, aber auch für „Glück“ oder „Freiheit“. Symbolsysteme bestehen aus einer begrenzten Anzahl bestimmter miteinander kombinierbarer Symbole. Im Gegensatz dazu verfügen Symbolsammlungen über eine Vielzahl an graphischen Symbolen zu verschiedenen Wortarten, welche keine eindeutigen Anwendungsregeln einer Grammatik aufweisen (Lücke & Vock, 2019, S. 33ff.).

Ist eine Person mit Sprachstörung in der Lage zu lesen und zu schreiben, kann sie als nichtelektronische Kommunikationshilfe auf **Schriftsprache** zurückgreifen. Dies nutzen viele erwachsene Betroffene. Liegt zusätzlich eine motorische Beeinträchtigung vor und das Schreiben mit einem Stift ist nicht möglich, kann auf schriftbasierte Kommunikationsmaterialien, welche den elektronischen Kommunikationshilfen zugerechnet werden, zurückgegriffen werden. Über eine Tastatur kann jede erdenkliche Aussage formuliert werden, welche mit einer synthetischen Stimme wiedergegeben wird. Bei Eingabe in die Tastatur werden Wörter vorgeschlagen und können direkt aktiviert oder häufig benutzte Phrasen abgespeichert und durch wenige Klicks aufgerufen werden (Lücke & Vock, 2019, S.39ff.).

2.3 Elektronische Kommunikationshilfen der körperexternen Kommunikationsformen

Aufgrund der Vielzahl elektronischer Kommunikationshilfen werden diese kategorisiert und je nach Funktionalität und Komplexität des Inhaltes für die entsprechende Zielgruppe eingesetzt (Lücke & Vock, 2019, S. 54).

Hilfen zur Kommunikationsanbahnung sind eine Kategorie dieser Kommunikationsform. Zu erwähnen sind hierbei das adaptierte Spielzeug und sprechende Tasten. **Adaptiertes Spielzeug** verfügt über einen sogenannten Taster, welcher das Spielgerät aktiviert, um das Erleben von Ursache und Wirkung darzustellen. Diese Art des Spielzeuges wird in der Unterstützten Kommunikation vorwiegend in der Therapie mit Kindern eingesetzt. **Sprechende Tasten** werden auch in der Therapie mit Erwachsenen eingesetzt. Diese Tasten sind in der Lage nur eine Aussage oder auch eine ganze Sequenz von Aussagen wiederzugeben und Audioaufnahmen zu tätigen (Lüke & Vock, 2019, S. 56ff.).

Einfache symbolbasierte elektronische Kommunikationshilfen arbeiten mit papierbasierten Kommunikationsschablonen, welche mit Bildsymbolen und den entsprechenden Schriftbildern mittels einer speziellen Software erstellt und gedruckt werden. Diese Schablonen werden in die Kommunikationshilfe eingelegt und mit einem Fingerführ raster versehen. Danach bekommen die Felder eine dem Symbol entsprechende Audioaufnahme hinterlegt, welche direkt durch die unterstütz kommunizierende Person durch Druck auf das Feld abgespielt werden kann. Zwar gibt es Schablonen mit bis zu 30 Begriffen, dennoch hält sich die Anzahl der auswählbaren Aussagen mit dieser Art der Kommunikationshilfe in Grenzen (Lüke & Vock, 2019, S. 58ff.).

Sprachausgabegeräte oder Talker sind die gängige Bezeichnung **komplexer symbol- und schriftbasierter Kommunikationshilfen**. Sie alle verfügen über eine künstliche Sprachausgabe und vorgefertigtes oder selbst erstelltes Vokabular. Ein umfassender Wortschatz und komplexe Grammatikfunktionen ermöglichen die Bildung grammatikalisch korrekter Aussagen. Durch technische Errungenschaften in den letzten Jahren, wie etwa die Entwicklung des Tablets, ist diese Art der Unterstützten Kommunikationsmethode ein effektives Mittel zur Therapie mit betroffenen Personen. Tablets haben sich vor allem durchgesetzt, da sie einfach überall hin mitgenommen werden können und von der Umwelt als modern und auch „normal“ empfunden werden und dadurch nicht stigmatisieren. Aus diesen Gründen entstehen auch immer mehr Applikationen zur speziellen Anwendung in der Unterstützten Kommunikation. Mit diesen Kommunikationshilfen lassen sich bei Möglichkeit auch soziale Medienkanäle nutzen oder Telefonkopplungen erzeugen, zum Beispiel zur Versendung von Textnachrichten. Im

Rahmen des Einsatzes solcher Tablets ist jedoch zu bedenken, dass immer auf die individuelle Situation der betroffenen Person Rücksicht genommen werden muss. Motorische Einschränkungen etwa können die Anwendung eines Tablets beeinträchtigen oder auch ausschließen (Lüke & Vock, 2019, S. 61ff.).

Wie bereits unter der Schriftsprache als Kommunikationshilfe erwähnt, zählen auch **schriftbasierte Kommunikationshilfen** zu den elektronischen Unterstützungsmöglichkeiten. Betroffenen steht ein vollständiger Zeichensatz zur Verfügung, welcher mit Hilfe einer Tastatur eingegeben und durch eine künstliche Stimme ausgegeben wird. Zur erleichterten Handhabung werden Wörter vorgeschlagen, welche durch Eingabe erster Buchstaben von der Software identifiziert werden. Auch ganze Phrasen können abgespeichert und wiedergegeben werden. Die Geräte werden unterschieden durch eine Standardtastatur oder eine Tastatur am Bildschirm, ein sogenannter Touchscreen (Lüke & Vock, 2019, S. 79f.).

2.4 Systemübergreifende Kommunikationsformen

Nonn (2011, S. 96f.) nennt die Ja/Nein-Reaktion als weitere Kommunikationsform der Unterstützten Kommunikation. Systemübergreifend bezeichnet hier die Art der Ausgabe der Antwort mit Ja oder Nein. Dies kann über eine Kopfbewegung oder eine Geste als körpereigene Form passieren. Körperexterne Methoden erfolgen etwa mit Hilfe von Bildsymbolen oder einem Sprachausgabegerät für Ja und Nein. Bei dieser Art der Kommunikation kommt es darauf an, die Entscheidungsfragen gut und eindeutig zu formulieren. Hilfreich und zielführend ist es bei der Fragestellung direkt nach Objekten oder Handlungen zu fragen. Das bedeutet Fragen wie „Möchtest du eine Banane?“ oder „Möchtest du einen Spaziergang machen?“ sind geeignet. Die unterstützt kommunizierende Person sollte es als leicht und angenehm empfinden zu antworten.

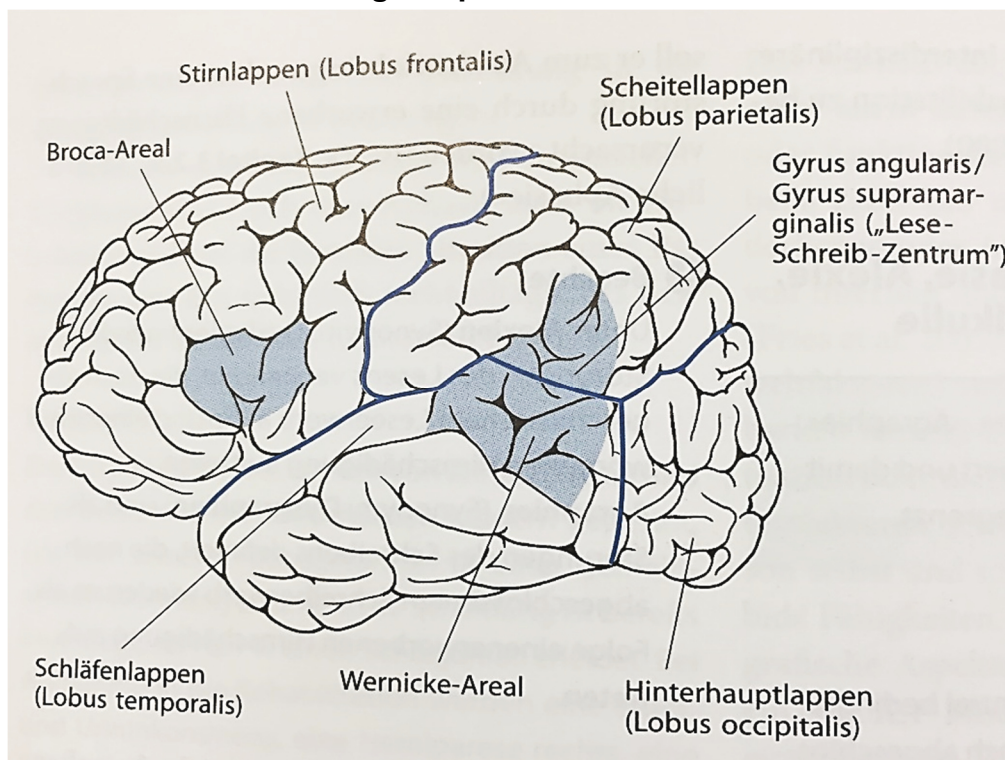
3 Aphasie

Bereits im alten Ägypten, etwa 3000 Jahre v. Christus, wurde erkannt, dass Kopfverletzungen die Sprache zerstören, trotzdem hat es sehr lange gedauert bis die Aphasie

ein Forschungsthema wurde. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts erklärte ein französischer Arzt namens Dax, dass eine Aphasie durch eine Verletzung in der linken Gehirnhälfte ausgelöst würde. 1861 entdeckte dann der französische Chirurg Broca das „motorische Sprachzentrum“ im linken Stirnhirn und 1874 wies der deutsche Psychiater Wernicke darauf hin, dass es in der linken Hirnhälfte, etwas weiter hinten, noch ein „sensorisches Sprachzentrum“ geben müsse. Seit diesen Entdeckungen beschäftigen sich Forscherinnen und Forscher mit den Zusammenhängen von Sprache und Gehirn (Lutz, 2004, S. 14).

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts hat sich die Aphasieologie zu einem gemeinsamen Forschungsbereich für Neurologinnen und Neurologen, Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, Neurolinguistinnen und Neurolinguisten sowie Neurobiologinnen und Neurobiologen entwickelt. Man erkannte, wie in Abbildung 2 dargestellt, dass Sprache durch das Teamwork einer sehr großen Zahl von neuronalen Netzwerksystemen erzeugt und verarbeitet wird und sich über das gesamte Gehirn, mit Schwerpunkten in der linken Hemisphäre, erstreckt (Lutz, 2004, S. 16f.).

Abbildung 2: Sprachareale im Gehirn



Quelle: Schneider, Wehmeyer & Grötzbach (2012, S. 16)

Aphasien definieren sich als zentral bedingte Störungen der Sprache nach abgeschlossenem Spracherwerb, welche typischerweise aufgrund einer erworbenen Hirnschädigung plötzlich einsetzen. Ursache können etwa ein Schlaganfall, Schädel-Hirn-Verletzungen, Hirntumore, Hirnatrophien (fortschreitende Abbauprozesse des Gehirns) oder Hirnentzündungen sein. Allerdings kann es auch durch degenerative, das bedeutet durch Abnützung bedingte, Erkrankungen, wie zum Beispiel Morbus Alzheimer, zu aphasischen Störungen kommen. Aphasie ist eine multimodale Sprachstörung, da es zu Beeinträchtigungen auf allen linguistischen Ebenen und sprachlichen Modalitäten kommen kann. Sie ist jedoch keine Sprech-, Denk- oder Hörstörung (Schneider, Wehmeyer & Grötzbach, 2012, S. 15).

Menschen mit Aphasie wissen wie ein Gespräch geführt wird und haben auch keine Beeinträchtigung in der Interpretation von situativen Kontexten. Ebenso wirkt sich ihr emotionaler Zustand in gleicher Weise auf sprachliche Äußerungen aus wie bei einem sprachgesunden Menschen. Die Beeinträchtigung tritt erst in der Verarbeitung im Sprachsystem auf, etwa wenn das passende Wort nicht abgerufen werden kann (Müller, Walther & Herzog, 2014, S. 177f.).

Bei dieser Sprachstörung ist das gespeicherte, sprachliche Regelsystem, also das Programm für die Erzeugung und Verarbeitung der Sprache sowie das Programm zur Umsetzung in eine wahrnehmbare Sprache betroffen. Menschen mit Aphasie stehen die Sprachprozesse des Gehirnes nicht mehr zur Verfügung. Die Fähigkeit der sprachlichen Realisierung – Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben – funktioniert nicht mehr richtig. Die Störung fällt jedoch sehr unterschiedlich aus. Auch die Gestik kann durch eine Aphasie betroffen sein und plötzlich nicht mehr richtig abgerufen werden (Lutz, 2004, S. 27f.).

3.1 Schlaganfall als Ursache der Aphasie

Die österreichische Gesundheitsstatistik befasst sich mit zentralen Themen des Gesundheitswesens in Österreich. In der Gesundheitsbefragung 2014 wurde die Bevölkerung bezüglich chronischer Erkrankungen befragt. Dies erfolgte in Form einer repräsentativen Stichprobe von 15.771 Österreicherinnen und Österreichern in Privathaushalten.

halten im Alter ab 15 Jahren. Gefragt wurde unter anderem nach Schlaganfall-Erkrankungen und daraus resultierenden chronischen Beschwerden. Die Befragung ergab, dass 0,8% von 7,2 Millionen Personen in Österreich einen Schlaganfall erlitten hatten oder noch an chronischen Beschwerden infolge des Schlaganfalles leiden. In der Altersgruppe 60 und mehr Jahre stiegen die Werte, bei Männern waren es nun 2,4% und bei Frauen 1,9% der Befragten, wie Tabelle 1 zeigt (www.statistik.at, 27.10.2019).

Tabelle 1: Auszug der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014

Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls		
	Befragte in 1.000	Betroffene in %
Insgesamt	7.235,4	0,8
Männer / 60 und mehr	886,1	2,4
Frauen / 60 und mehr	1.101,8	1,9

Quelle: In Anlehnung an Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2014.- Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren. – Hochgerechnete Zahlen. Erstellt am 10.11.2015

Die Österreichische Schlaganfall Gesellschaft berichtet von 25.000 Österreicherinnen und Österreichern, welche jährlich einen Schlaganfall erleiden. In der Altersgruppe von 65 bis 74 Jahren sind 6% und ab 74 Jahren und älter sind über 10% der Bevölkerung betroffen (www.ogsf.at, 27.10.2019).

Die häufigste Krankheitsursache für eine Aphasie ist ein Schlaganfall (Apoplex). Es kommt dabei zu einer akuten, umschriebenen Durchblutungsstörung im Sprachzentrum des Gehirns. Dabei tritt in den meisten Fällen eine Embolie in einer Blut zuführenden Arterie auf. Dies bedeutet, dass es durch im Blut mitgeführte nicht lösliche Teilchen zu einem Verschluss im Gefäß kommt. Diese verschließenden Teilchen nennt man Embolus. Sie können direkt aus dem Herzen stammen oder es lösen sich Ablagerungen an der Innenwand der Halsschlagader (Ateria carotis) oder aus der großen Körperschlagader (Aorta). Andere Gründe für einen Schlaganfall können eine Gefäßverengung (Stenose) oder ein Gefäßverschluss (Thrombose) sein. Bei einer Verengung wird ein Hirngefäß durch Ablagerungen so stark verengt, dass der Blutstrom zu wenig wird und es damit zu einer Zellschädigung kommt. Ein Gefäßverschluss entsteht durch die Bildung eines Blutgerinnsels. Durch diese Durchblutungsstörung gelangt nun nicht genug Sauerstoff und Nährstoff in das betroffene Gebiet. Dies führt dann zum

Erlöschen der Zellfunktionen. Bleibt diese Ernährungsstörung nun aufrecht so kommt es zu einem Zelluntergang in dem betroffenen Areal, man nennt dies einen Hirninfarkt. Bei einer Aphasie findet sich nun dieses zugrunde gegangene Zellgewebe direkt in den Sprachregionen der Großhirnrinde oder in den benachbarten Gebieten (Huber, Poeck & Springer 2006, S. 24 ff.).

Eine Studie von Engelter et al. (2006, S. 1379–1384) an der Universitätsklinik Basel zeigte auf, dass etwa 30% aller Patientinnen und Patienten mit erstmaligem Schlaganfall initial aphasisch waren. Von 188.015 Einwohnerinnen und Einwohnern im Jahr 2002 in Basel erlitten 269 einen erstmaligen Schlaganfall. 80 Betroffene hatten in Folge eine Aphasie. Die Inzidenzrate liegt laut Engelter et al. jährlich bei 43 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

Croquelois und Bogousslavsky (2011, S. 392–399) untersuchten retrospektiv an der neurologischen Abteilung des Krankenhauses Lausanne mehr als 6.000 Patientinnen und Patienten mit erstmalig aufgetretenem Schlaganfall. In 1.541 Fällen, somit etwa 26%, erlitten die Betroffenen eine Aphasie als Folge des Schlaganfalles. Die Untersuchung zeigte weiters, dass die Häufigkeit der Aphasie mit dem Alter der Patientinnen und Patienten anstieg. 61% der Aphasikerinnen und Aphasiker waren älter als 65 Jahre.

3.2 Akute Aphasie

Nach einer plötzlich auftretenden Hirnschädigung spricht man in den ersten vier bis sechs Wochen von einer akuten Aphasie. Die sprachlichen Störungen verändern sich in diesem Zeitraum stark, daher ist in dieser Phase die Einteilung in klassifizierte Krankheitsbilder noch nicht sinnvoll (Schneider et al., 2012, S. 28).

In der Akutphase findet eine grundlegende Unterscheidung in nichtflüssige und flüssige Sprachproduktion, sowie in Mutismus statt. Bei Mutismus kommt es noch zu keinen Sprachäußerungen, sondern lediglich zu emotionalen Lauten. Ebenso ist das Sprachverständnis noch sehr schlecht. Es ist zwar möglich, die Aufmerksamkeit der betroffenen Person auf sich zu lenken und auch Gefühlsreaktionen zu erzeugen, aber eine sprachliche Kommunikation bleibt aus (Huber et al., 2006, S. 15f.).

Bei nichtflüssiger Sprachproduktion werden bei kommunikativer Stimulierung lediglich Automatismen geäußert. Damit sind beliebige, nicht passende Wendungen, Wörter oder Silben gemeint, die unkontrolliert und auch unbeabsichtigt geäußert werden und immer wiederkehren. In weiterer Folge kann es auch zur Verwendung sinnloser Flüche und Tabuwörter, sowie zu unverständlichen Wortfragmenten und nichtexistenten Lautabfolgen, sogenannten Neologismen, kommen. Ist die Schädigung weniger schwer, ist es Betroffenen möglich von Beginn an Satzfragmente und einzelne Wörter zu äußern. Störungen treten bei der Wortfindung auf und sie haben große Mühe Gedanken zu formulieren. In einigen Fällen ist das Nach- und Mitsprechen sehr vertrauter Worte und auch Sätze überraschend gut möglich. Des Weiteren kann es zu unwillkürlichen Wiederholungen bereits gelungener Äußerungen oder Fragen und Bemerkungen der Gesprächspartnerin oder des Gesprächspartners kommen (Huber et al., 2006, S. 16f.).

Menschen mit flüssiger Aphasie sprechen viel, manchmal auch überschießend, und gut artikuliert, jedoch mit Wortsalat und Kauderwelsch, ohne diese Störung selbst zu bemerken. Erschwerend kommt bei mehrsprachigen Personen eine unkontrollierte Sprachvermischung hinzu. Ratlosigkeit und Panik verstärken die Problematik, da die Gesprächspartnerin oder der Gesprächspartner den Inhalt des Gesagten nicht versteht, die Betroffene oder der Betroffene aber glaubt richtig zu sprechen (Huber et al., 2006, S. 18).

Die akute Aphasie bedingt anfänglich auch oft eine Störung des Sprachverständnisses, sowohl bei flüssiger als auch bei nichtflüssiger Sprachproduktion. Betroffene können auf einfache Fragen zu vertrauten Situationen, wie das Befinden oder unmittelbare Bedürfnisse, richtig reagieren. Schwierigere sprachliche Anforderungen, wie unerwartete Fragestellungen, führen zu einer falschen Reaktion oder zu einer Verständnislosigkeit (Huber et al., 2006, S. 18f.).

Ist die Akutphase abgelaufen, kommt die betroffene Person in eine postakute Phase, in welcher sich ein symptomatisches Bild feststellen lässt. Es kommt zu einem Bewusstsein der Sprachstörung bei Betroffenen und auch im Umfeld. Das Umdenken und die Akzeptanz der neuen Situation sind notwendig, jedoch häufig mit Problemen,

wie Rückschlägen, Depression oder auch sozialer Isolation, belastet. Die Aphasikerin beziehungsweise der Aphasiker muss nun Sprache ohne Sprache lernen. In der chronischen Phase der Aphasie letztendlich lernt die betroffene Person sich mit der Situation abzufinden und zu arrangieren (Rupp-Adelmann & Bauer, 2010, S. 79ff.).

Eine Klassifizierung nach Krankheitsbildern, sogenannten Syndromen, wird erst in der chronischen Phase vorgenommen, da in der Akutphase die Symptomatik zu stark fluktuiert (Schneider, Wehmeyer & Grötzbach, 2012, S. 28).

3.3 Aphasische Symptome (Krankheitszeichen)

Ist die akute Phase der Aphasie abgeklungen zeigt sich immer deutlicher ein charakteristisches Muster der sprachlichen Störungsmerkmale. Um die Sprachstörung zu begreifen ist es wichtig die Spontansprache der Betroffenen beziehungsweise des Betroffenen zu beobachten. Hier zeigen die Symptome welche Ebenen der Sprachverarbeitung gestört sind und Auswirkungen auf die Alltagskommunikation werden erkennbar. Des Weiteren werden sodann kommunikative Ziele der Behandlung abgeleitet, und es können Fortschritte im Verlauf eingeschätzt werden (Huber et al., 2006, S. 38f.).

Die Sprachproduktion ist bei allen betroffenen Personen gestört. Das Sprachverstehen sowie die Schriftsprache können unterschiedlich beeinträchtigt sein. Zusätzlich können modalitätsspezifische Begleitstörungen vorliegen, welche das jeweilige Inputsystem, das sind die Hör- und Sehrinde im Gehirn, sowie das Outputsystem, das sind die motorischen Rindenregionen im Gehirn, welche für Hand- und Sprechbewegungen zuständig sind, betreffen. Diese Begleitstörungen betreffen nur das Sprechen, jedoch nicht das Verstehen und nicht das Schreiben. Das Schreiben kann allerdings aufgrund anderer Störungen beeinträchtigt sein, etwa durch eine eingeschränkte Feinmotorik. Ebenso können rezeptive, das bedeutet Sinneseindrücke aufnehmende, Modalitäten etwa durch Seh- oder Hörstörungen eingeschränkt sein. Grundsätzlich bleibt die Abgrenzung einer Aphasie Spezialisten vorbehalten (Huber et al., 2006, S. 21ff.).

Huber et al. (2006, S. 22f.) nennen folgende aphasische Symptome:

- **Agrammatismus:** Meint eine telegrammstilartige Redeweise mit Vereinfachung von Satzstrukturen. Häufig werden auch Endungen oder Artikel weggelassen.
- **Anathrie:** Dies ist die Unfähigkeit zu Sprechen.
- **Dysarthrie:** Betroffene haben eine verwaschene und mühevoll Artikulation, die eine Sprechanstrengung aufgrund von Störungen der Stimmgebung, der Sprechatmung und der Sprechgeschwindigkeit hervorruft.
- **Dysprosodie:** Meint eine monotone und abgehackte Sprechweise sowie Abweichungen in der Sprechmelodie und/oder dem Sprechrhythmus.
- **Echolalie:** Hier finden Wiederholungen von Äußerungen der Gesprächspartnerin oder des Gesprächspartners statt.
- **Jargon:** Es kommt zu flüssiger, oft auch überschießender Sprachproduktion mit sinnlosen Wortaneinanderreihungen, Redefloskeln oder Wortneubildungen (Neologismen).
- **Mutismus:** Meint die Unfähigkeit zur sprachlichen Kommunikation. Es kommt lediglich zur Bildung emotionaler Laute.
- **Logorrhoe:** Dabei kommt es zu ungehemmter, überschießender und inhaltsarmer Sprechweise.
- **Neologismen:** Es werden Wörter neu gebildet, die in der Standardsprache nicht vorkommen.
- **Paragrammatismus:** Es kommt hierbei zu Satzverschränkungen und Satzteilverdoppelungen in flüssiger Redeweise.
- **Perseveration:** Laute, Wörter, Satzteile und Sätze werden unbeabsichtigt und unpassend wiederholt und die Betroffene oder der Betroffene ist nicht fähig Gesagtes zu hemmen.
- **Phonematische Paraphasie:** Ein Wort wird lautlich verändert durch Ersetzen, Auslassen, Umstellen oder Hinzufügen einzelner Laute.
- **„Recurring utterances“:** Dieses Symptom meint fortlaufende Sprachautomatismen, die sich aus aneinandergereihten Silben, Wörtern oder Satzfragmenten bilden.
- **Redefloskel:** Dies ist eine inhaltsarme Redewendung.

- **Semantische Paraphasie:** Dabei tritt ein fehlerhaftes Wort der Standardsprache auf, welches jedoch eine bedeutungsmäßige Ähnlichkeit mit dem Zielwort aufweist.
- **Sprachanstrengung:** Es fällt schwer Gedanken aufgrund von Wortfindungsstörungen sprachlich auszudrücken.
- **Sprachautomatismen:** Es kehren formstarre Wörter oder Satzfragmente in der Sprachproduktion immer wieder und werden unbeabsichtigt geäußert.
- **Sprachfluss:** Bei einer durchschnittlichen Phrasenlänge von mehr als fünf Wörtern bei wenigen Unterbrechungen ist der Sprachfluss flüssig. Weniger als fünf Wörter bei vielen Unterbrechungen und Verlangsamung der Sprechgeschwindigkeit sind nichtflüssig artikuliert.
- **Sprechapraxie:** Sprechbewegungen haben eine erschwerte Initiierung und Koordinierung. Es kommt zu Verwechslungen von artikulatorischen Zielen und einer langsamen Sprechweise.
- **Sprechanstrengung:** Es kommt zu sprechmotorischen Schwierigkeiten durch eine Beeinträchtigung von Stimmgebung, Sprechatmung und auch Artikulation.
- **Sprechgeschwindigkeit:** Die Sprechgeschwindigkeit kann sehr verlangsamt oder verlangsamt sein, aber auch übersteigert.
- **Stereotypie:** Die Betroffene oder der Betroffene verwendet formstarre Redefloskeln, die mehrfach wiederkehren, jedoch meistens der Gesprächssituation angemessen sind.
- **Wortfindungsstörung:** Die Betroffene oder der Betroffene kommt im Sprachfluss ins Stocken, da ein bestimmtes Wort nicht gefunden wird, zum Beispiel zur Bezeichnung eines Gegenstandes.

Aphasische Symptome treten bei betroffenen Personen nicht zufällig auf. Als Unterscheidung der verschiedenen Krankheitsbilder (Syndrome) der Aphasie dienen charakteristische Einzelsymptome, welche in Kombination mit anderen immer wieder auftreten. Einzelne Symptome sind dabei vorherrschend und werden deshalb Leitsymptome genannt. Es wird in vier verschiedene Standardsyndrome eingeteilt (Huber et al., 2006, S. 39). Tabelle 2 zeigt dies nach Erklärung der aphasischen Krankheitsbilder im Überblick.

3.4 Standardsyndrome (Krankheitsbilder) der Aphasie

Die Klassifikation der Aphasie stellt sich in der Theorie einfacher dar als sie im klinischen Alltag ist, denn nicht jede durch einen Schlaganfall ausgelöste Sprachstörung passt in ein genaues Schema. Ebenso kommt es immer wieder zu Mischformen der Krankheitsbilder. Diese Einteilung der Standardsyndrome erfasst jedoch die überwiegende Zahl der Aphasien für Personen nach einem Schlaganfall und hat sich daher durchgesetzt (Lutz, 2004, S. 29).

3.4.1 Globale Aphasie

Bei dieser Form sind alle sprachlichen Modalitäten stark betroffen. Sie ist die schwerste Form der Aphasie. Die Leitsymptome der globalen Aphasie sind Sprachautomatismus und Stereotypie (Huber et al., 2006, S. 39).

Betroffenen Personen fehlen Äußerungen entweder ganz oder sie sind weitgehend unverständlich. Auch das Verstehen ist schwer beeinträchtigt und bessert sich meist nur langsam. Lesen und Schreiben sind gänzlich gestört. Eine Sonderform der globalen Aphasie stellt die Monophasie dar. Personen mit dieser Sprachstörung bringen immer wieder die gleichen Silben, Wörter oder Phrasen hervor, jedoch ohne Sprechanstrengung und unter guter Artikulation. Im Laufe der Zeit kann es bei einer globalen Aphasie zu einer Wandlung in eine Broca- oder eine Wernicke-Aphasie sowie zu einer Mischform dieser beiden Aphasien kommen (Lutz, 2004, S. 29ff.).

3.4.2 Broca-Aphasie

Diese Form der Aphasie ist nach dem französischen Arzt Broca benannt, welcher erstmals das vordere Sprachzentrum im menschlichen Gehirn nachwies. Betroffene sprechen meist stockend und in unvollständigen Sätzen. Sie haben eine langsame und monotone Aussprache und verwechseln Laute. Leitsymptome der Broca-Aphasie sind Agrammatismus und Sprechapraxie. Agrammatismus meint die Störung des Sprachwissens und somit die richtige grammatikalische Planung von Sätzen. Der Satzbau erinnert an den Stil eines Telegrammes. Das Sprachverstehen ist nur mittelgradig bis leicht beeinträchtigt. Sehr lange und komplexe Sätze werden jedoch nur schwer verstanden. Schreiben und Lesen ist meistens möglich, aber auch telegrammartig. Durch

die Sprechapraxie kommt es zur Störung der Lautbildung und der Aussprache. Selbst einfache und hochvertraute Worte müssen mühsam und bewusst artikuliert werden (Huber et al., 2006, S. 41ff.).

3.4.3 Wernicke-Aphasie

Der deutsche Arzt Carl Wernicke beschrieb bereits 1874 aphasische Krankheitsbilder und versuchte sie hirnanatomisch zu begründen. Bei einer nach ihm benannten Wernicke-Aphasie sprechen betroffene Personen flüssig, klar artikuliert, jedoch inhaltsarm und überschießend. Der jeweilige Gedanke kann sprachlich nicht eindeutig mitgeteilt werden. Paraphasien und Paragrammatismus sind die Leitsymptome dieser Aphasie. Paraphasien teilen sich in zwei Gruppen, welche sich im Sprachgebrauch häufig mischen. Bei einer semantischen Paraphasie kommt es zu bedeutungsmäßigen Wortverwechslungen. Betroffene treffen den Sachverhalt nicht genau und verwechseln etwa Wörter, wie zum Beispiel Jahr und Woche. Die phonematische Paraphasie beschreibt lautliche Entstellungen von Wörtern. Es kann zu so starken Veränderungen von Wörtern kommen, dass Inhaltswörter nicht mehr erkennbar sind. Diese sinnlosen lautlichen Neubildungen von Äußerungen werden als Neologismen bezeichnet. Durch den Paragrammatismus kommt es zu auffällig langen und fehlerhaft verschachtelten Sätzen. Des Weiteren werden Sätze abgebrochen oder es kommt zum Einschleichen inhaltsarmer Redefloskeln (Huber et al., 2006, S. 45ff.).

Die Wernicke-Aphasie zeigt starke Störungen des Sprachverständnisses. Vertraute Sprachinhalte werden dabei eher verstanden als neue, unerwartete Inhalte. Zusätzlich kommt es zu einer Reduktion der auditiven sprachlichen Merkspanne, das bedeutet die Verarbeitung von gehörten Informationen ist beeinträchtigt. Um dieses Defizit zu kompensieren, versuchen betroffene Personen über vermehrtes Sprechen eine Sicherheit des Verstehens zu erlangen. Dadurch kommt es jedoch häufig zu einem Teufelskreis, da sich die Aphasikerin beziehungsweise der Aphasiker und die Sprachgesunde beziehungsweise der Sprachgesunde gegenseitig nicht verstehen und dies nicht verständlich machen können. Dieses Unverständnis kann Aggressionen auslösen, welche mitunter zu Konflikten zwischen den Sprachpartnern führen. Die Schriftsprache ist meist flüssig, jedoch in Folge der generellen konstruktiven Störung oft unleserlich. Betroffene machen beim Schreiben dieselben Fehler wie beim Sprechen.

Unter günstigen Umständen wandelt sich eine Wernicke-Aphasie in eine Amnestische Aphasie (Huber et al., 2006, S. 47ff.).

3.4.4 Amnestische Aphasie

Die Amnestische Aphasie hat als Leitsymptome Wortfindungsstörungen und inhaltsarme Redefloskeln. Betroffene Menschen sprechen flüssig und verfügen vorwiegend über einen intakten Satzbau sowie eine intakte Grammatik. Ihre Spontansprache bleibt jedoch inhaltsarm und umständlich. Bei einer sehr schweren Ausprägung dieser Aphasie-Form können Sachverhalte nicht ausgedrückt werden, obwohl diese klar sind. Bestimmte Wörter sind aus dem inneren Wortschatz nicht abrufbar. Um Gedanken zu formulieren ist eine große Anstrengung beim Sprechen notwendig. Äußerungen werden daher oft abgebrochen, um Sprechpausen einzulegen und um danach eine inhaltsarme Redefloskel hervorzubringen. Mit der Zeit behelfen sich betroffene Personen mit Umschreibungen, um ihre Wortfindungsstörung zu kompensieren (Huber et al., 2006, S. 50f.).

Komponenten wie Wortwahl, Lautbildung oder Satzbau sind bei dieser Aphasie nur wenig gehemmt. Auch das Sprachverständnis sowie Schreiben und Lesen sind kaum beeinträchtigt. Die amnestische Aphasie ist die leichteste Form der Standardsyndrome und hat die besten Aussichten sich zurückzubilden. Durch Übermüdung, seelische Belastung oder Stress können sich Restsymptome bemerkbar machen (Huber et al., 2006, S. 52).

Tabelle 2: Symptomausprägung der aphasischen Krankheitsbilder

Symptome	Syndrome der Aphasie			
	Globale Aphasie	Wernicke Aphasie	Broca Aphasie	Amnestische Aphasie
Echolalie	● ●	●		
Perseveration	● ●	●	○	
Redefloskel		●	●	● ●
Stereotypie	● ●	● ●	●	●
Sprachautomatismen	● ● ●			
„Recurring utterances“	● ● ●			
Agrammatismus			● ● ●	
Paragrammatismus		● ● ●		
Phonematische Paraphasie	○	●	● ●	○
Semantische Paraphasie	○	● ●	●	●
Neologismen	● ●	● ●	●	
Logorrhoe	○	● ●		
Sprachfluss nichtflüssig	● ●		● ●	
Sprechanstrengung	● ●		● ●	
Wortfindungsstörung	● ●	● ●	● ●	● ● ●

Quelle: In Anlehnung an Schneider, Wehmeyer & Grötzbach (2012, S. 27)

Anmerkung: ●●● Leitsymptom ●● stark ausgeprägt
 ● vorhanden ○ gelegentlich vorhanden

3.4.5 Sonderformen der Aphasie

Zusätzlich zu den Standardsyndromen werden noch die Leitungsaphasie sowie die Transkortikale Aphasie beschrieben. Aufgrund von Störungen des sprachlichen Arbeitsgedächtnisses kommt es bei der Leitungsaphasie zu Unzulänglichkeiten beim Nachsprechen. Betroffene haben Schwierigkeiten vorgesprochene Wörter und Sätze zu wiederholen. Bei einer Transkortikalen Aphasie funktioniert das Nachsprechen herausragend gut, jedoch wird das Gesagte falsch oder gar nicht verstanden (Huber et al., 2006, S. 53f.).

4 Effektive Kommunikation mit aphasischen Bewohnerinnen und Bewohnern in der Altenpflege

Der Zweck der Kommunikation in der Altenpflege hat primär einen sachlichen Charakter. Es geht darum Aktivitäten der Pflege, Therapie und des Alltages anzukündigen, zu begleiten und zu begründen, aber auch zu erklären. Sie dient daher als Werkzeug zur Bewältigung gemeinsamer Handlungen. Diese betreffen die Absprache mit Kolleginnen und Kollegen über Aufgaben und dergleichen, die Durchführung von Aktivitäten an und mit Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohnern sowie den Informationsaustausch mit Angehörigen oder dritten Personen. Für Gespräche außerhalb der beruflichen Tätigkeit, die ebenso wichtiger Bestandteil der Kommunikation sind, findet sich leider nur sehr selten Zeit (Sachweh, 2012, S. 49ff.).

Die Einteilung in vier Aphasiesyndrome darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass kein aphasischer Mensch hinsichtlich seiner Sprachstörung einem anderen exakt gleicht. Daher lässt sich auch der Umgang mit Betroffenen nicht spezifizieren. Eine Sprachtherapie ist ein Sprungbrett zur Überwindung der Sprachlosigkeit und sie kann auch Jahre nach einem Schlaganfall noch erhebliche Verbesserungen in der Kommunikationsfähigkeit bewirken. Es sollte jedoch kein Druck auf betroffene Personen zur Therapie ausgeübt werden. Aphasikerinnen und Aphasiker denken klar und treffen eigene Entscheidungen. Selbstständigkeit sollte gezielt gefördert werden, ohne zu viel helfen zu wollen. Persönliche Informationen und eine lückenlose Biografie helfen, um ein besseres Bild und einen Zugang zur Person zu erlangen. Situationen, in denen Sprachprobleme offensichtlich werden, sollten besser vermieden werden. Um eine Isolation von aphasischen Menschen zu überwinden, ist es hilfreich eine Anregung zu gemeinschaftlichen Aktivitäten zu schaffen. Soziale Kontakte sind trotz Sprachbehinderung möglich und wertvoll (Sachweh, 2012, S. 257f.).

In der effektiven Kommunikation mit Menschen mit Amnestischer Aphasie ist es wichtig den betroffenen Personen das Vertrauen zu geben, sich selbst ausdrücken zu können. Sie ist die leichteste Form der Aphasie und Betroffene sprechen flüssig. Als Leitsymptom findet sich die Wortfindungsstörung. Zu frühe Hilfe im Finden von Wörtern und Unterbrechungen sind zu meiden. Erst wenn die Person um Hilfe bittet sollte ein

Wort vorgeschlagen werden. Um Blockaden zu vermeiden, wenn Wörter nicht einfallen, sollte die Betroffene oder der Betroffene aufgefordert werden, es später noch einmal zu versuchen. Inhaltlich falsche Wörter sollten kommentarlos und ohne das Wort auszubessern, akzeptiert werden (Sachweh, 2012, S. 235ff.).

Die Broca-Aphasie ist geprägt von einer stark verlangsamten und von Pausen unterbrochenen, nicht flüssigen Ausdrucksweise. Dadurch ist das Formen längerer Sätze nicht möglich. Um mit einer betroffenen Person effektiv zu kommunizieren ist es wichtig Geduld und Nachsicht zu haben und die Kommunikationspartnerin beziehungsweise den Kommunikationspartner ernst zu nehmen. Überlegungen zu Wörtern sollten nicht unterbrochen werden und bei Bedarf am besten einzelne Begriffe vorgeschlagen und die Reaktion abgewartet werden. Einfache Ja-/Nein-Fragen sind hilfreich im Gespräch mit Broca-Aphasikerinnen und Broca-Aphasikern. Kritik ist zu vermeiden, denn Menschen mit dieser Form der Aphasie wissen, dass sie ständig Fehler machen (Sachweh, 2012, S. 240ff.).

Um mit Menschen mit Wernicke-Aphasie effektiv zu kommunizieren, ist es wichtig den Redeschwall freundlich, aber bestimmt, am besten durch entsprechende Mimik oder Gestik, zu bremsen. Die Wernicke-Aphasie zählt zu den flüssigen Formen der Erkrankung. Der Sprachfluss bleibt erhalten, ist jedoch viel hastiger und Sätze werden immer länger und verschachtelter. Außerdem merken betroffene Personen nicht, dass ihre Äußerungen nicht verstanden werden und sie sind oft nicht fähig Worte zu verstehen. Einen großen Stellenwert hat hier die nonverbale Kommunikation mit Gesten und basaler Kommunikation. Für Kommunikationspartnerinnen und Kommunikationspartner ist es auch hilfreich sich auf das Gespräch sehr zu konzentrieren. Der Inhalt ist zwar durch die einzelnen gesagten Worte nicht richtig erklärt, aber der Sinn ergibt sich manchmal im Nachhinein trotzdem (Sachweh, 2012, S. 245ff.).

Die Globalaphasie ist die schwerste Form. Betroffene Menschen produzieren lediglich lautlich veränderte und nicht mehr verständliche Wörter oder wiederkehrende sinnlose Silben. Trotz der Einschränkungen ist es wichtig diese Aphasikerinnen und Aphasiker in das Gespräch einzubeziehen, nicht vor ihnen über sie zu sprechen und sie vor allem

nicht zu ignorieren. Nonverbale Kommunikation sollte geübt werden, um zu kommunizieren. Ebenso kann es hilfreich sein, Antwortkarten mit Ja oder Nein in ein Gespräch einzubauen (Sachweh, 2012, S. 251ff.).

Um respektvoll mit aphasischen Menschen umzugehen ist es wesentlich sie wie einen Erwachsenen zu behandeln und sie nicht zu bevormunden. Die Sprachbehinderung bedeutet nicht, dass betroffene Personen desorientiert oder dement sind. Sie sollten nicht zu sozialen Kontakten gezwungen, aber die Einladung zur Teilnahme kann ruhig ausgesprochen werden. Ein Verständnis für Frustration, Aggression und auch Mutlosigkeit ist wichtig. Eine sprachgestörte Person sollte im Rahmen ihrer Möglichkeiten immer in das Gespräch miteinbezogen werden, auch wenn in ihrem Namen gesprochen wird, um nicht den Eindruck zu erwecken, man rede über einen leblosen Gegenstand. Darüber hinaus ist es von großer Bedeutung Gesprächsbemühungen nicht einzustellen und Betroffene nicht zu ignorieren, sondern immer wieder gezielt anzusprechen (Sachweh, 2012, S. 258f.).

Um Aphasikerinnen und Aphasiker zur Kommunikation anzuregen sind regelmäßige, nicht zu lange dauernde Gespräche anzubieten, jedoch ohne sie zu etwas zu zwingen. Der Austausch mit anderen Aphasikerinnen und Aphasikern ist zu fördern, auch wenn die Kommunikation dadurch noch erschwert wird. Sie erkennen dann jedoch, dass sie in ihrem Schicksal nicht allein sind. Um Verzweiflung in Grenzen zu halten ist es wichtig Kommunikationsversuche und Verbesserungen der Leistung zu loben, dadurch kann das Selbstvertrauen der Person gestärkt werden. Eine weitere Anregung kann das Singen sein. Musikbegeisterte Aphasikerinnen und Aphasiker können oft trotz gestörter Spontansprache singen und Liedertexte wiedergeben. Dies kann ihnen neuen Mut geben (Sachweh, 2012, S. 262f.).

4.1 Unterstützte Kommunikation mit aphasischen Bewohnerinnen und Bewohnern durch das interdisziplinäre Team im Setting Pflegeheim

Um Methoden der Unterstützten Kommunikation möglichst erfolgreich einzusetzen, ist es wichtig verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. Dazu zählen einerseits der richtige Zeitpunkt zum Einsatz der Methoden und der Einbezug des privaten Umfeldes der

betroffenen Person, da der Transfer in die Alltagskommunikation wesentlich ist. In weiterer Folge zählen die Auswahl und Anpassung der Methoden der Unterstützten Kommunikation sowie eine therapeutische Begleitung. Bei sprachgestörten Erwachsenen sollte so schnell als möglich damit begonnen werden durch Methoden der Unterstützten Kommunikation ihnen eine Möglichkeit der Kommunikation zu bieten. Wichtig dafür sind die Akzeptanz und die Motivation zum Einsatz der Kommunikationshilfen, sowohl bei der betroffenen Person als auch bei ihrem Umfeld. Das Umfeld ist von Beginn der Therapie an zu involvieren, um einen Transfer in den Alltag zu gewähren. Am Anfang sollte auf wenige, individuell angepasste Begriffe anhand einer entsprechenden Methode zurückgegriffen werden. Danach sollte eine sukzessive Steigerung des eingesetzten Vokabulars erfolgen. Letztendlich sind zum effektiven Gebrauch einer unterstützt kommunizierenden Methode eine umfassende Einführung für alle Beteiligten und auch eine zeitliche sprachtherapeutische Begleitung entscheidende Aspekte zur erfolgreichen Anwendung, da der Umgang mit der eingesetzten Methode richtig erlernt werden muss (Lüke & Vock, 2019, S. 10ff.).

Die Kerngruppe eines interdisziplinären Teams einer Pflegeeinrichtung für ältere Menschen besteht aus den Berufsgruppen Altenpflegerinnen und Altenpflegern, Pflegehelferinnen und Pflegehelfern sowie Hausärztinnen und Hausärzten. Des Weiteren finden sich in diesen Arbeitsgruppen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Logopädinnen und Logopäden, Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten, Zivildienstleistende, Konsiliarärztinnen und Konsiliarärzte, Seelsorgerinnen und Seelsorger sowie das Hauswirtschaftspersonal. Ebenso sind diesen Betreuungsteams auch Angehörige und Freunde der zu pflegenden Person zuzurechnen. Auch wenn Altenpflegerinnen und Altenpfleger meist die besten Informationen zu Bewohnerinnen und Bewohnern haben, ist die Kooperation zu den anderen Berufen wichtig und von hohem Interesse für die Betreuten. Um die Lebensqualität, die Gesundheit und das Wohlbefinden zu erhalten und auch zu verbessern, bedarf es des Einsatzes verschiedener Professionistinnen und Professionisten. Das Team selbst profitiert von dieser Interdisziplinarität einerseits durch effektivere Behandlung, Pflege und Problemlösung, andererseits werden durch gemeinsames Arbeiten Kosten und Zeit gespart und damit die

Wirtschaftlichkeit gestärkt. Grundlagen dieser Teamarbeit sind die störungsfreie Kommunikation und ein funktionierender Informationsaustausch untereinander (Mötzing & Wurlitzer, 2006, S. 57ff.).

In Gesundheitsfachberufen hat sich in den letzten Jahrzehnten das Konzept der Evidenzbasierten Praxis etabliert. Sie beruht auf dem Konzept der Evidenzbasierten Medizin, anhand von Wirksamkeitsstudien Diagnosen und Behandlungen auszuwählen. Im Konzept der Evidenzbasierten Praxis geht es um die Berücksichtigung von Wirksamkeitsstudien einerseits, aber ebenso um eine klinische Expertise durch eine Therapeutin beziehungsweise einen Therapeuten und um die Perspektiven der betroffenen Person und ihrer Angehörigen. Ihr Ziel ist eine optimale klinische Versorgung betroffener Menschen. Zum Einsatz Unterstützter Kommunikation bei Aphasikerinnen und Aphasikern liegen bisher nur wenige Befunde vor, obwohl diese Sprachstörung nicht selten auftritt und häufig zu starken Einschränkungen in der Kommunikation der betroffenen Person führt (Lücke & Vock, 2019, S. 112ff.).

In einem systematischen Review von Einzelfallstudien und Korrelationsstudien untersuchten Russo et al. (2017) den Einsatz von komplexen elektronischen symbol- und schriftbasierten Kommunikationshilfen. Getestet wurde dieser etwa durch Anwendung eines Sprachausgabegerätes. Testpersonen waren ausschließlich Erwachsene mit aphasischer Sprachstörung nach einem Schlaganfall. In diesem systematischen Review wurden die Ergebnisse von 30 Studien zur Fragestellung zusammengefasst und bewertet. In Einzelfallstudien werden unter möglichst kontrollierten Bedingungen eine oder mehrere Variablen bei einer oder mehreren einzelnen Personen getestet und wiederholt gemessen. Korrelationsstudien geben Aufschluss über Zusammenhänge zwischen verschiedenen getesteten Variablen. Hierbei werden Personen beobachtet oder befragt. Eine Kausalität kann jedoch nicht genannt werden, da unklar bleibt, welcher Faktor ursächlich für die anderen ist. Der Review ergab in 53% der Studien einen positiven Effekt auf die teilnehmenden Betroffenen durch die Verwendung der elektronischen Kommunikationshilfe. 37% der Studien berichteten von einem gemischten Effekt. Nur 10% der Studien wiesen keine Verbesserung der Kompensation der Beeinträchtigung in der Kommunikation nach.

Dieser systematische Review wies weiters darauf hin, dass bis zu diesem Zeitpunkt keine qualitativ höherwertigen Studien, wie randomisierte kontrollierte Studien, zu diesem Thema vorlagen und daher auch nicht einbezogen werden konnten. Des Weiteren zeigte sich in dieser Forschungsarbeit, dass ein Erfolg durch den Einsatz von Methoden Unterstützter Kommunikation nur gegeben ist, wenn die Nutzung neuer Formen zur Kommunikation in vollem Umfang akzeptiert wird und diese dadurch im Alltag eingesetzt werden (Russo et al., 2017).

Ein Review von Beukelman, Fager, Ball & Dietz (2007) beschäftigte sich ebenfalls mit dem wissenschaftlichen Stand Unterstützter Kommunikation bei Erwachsenen mit erworbener neurogener Sprachstörung. Er zeigte auf, dass die Anwendung von Unterstützter Kommunikation von Personen mit Aphasie häufig abgelehnt wurde, da ein Verständnis und eine Akzeptanz für diese Kommunikationshilfen fehlten. Betroffene fürchteten eine Behinderung der Wiederherstellung ihrer natürlichen Sprache durch die Anwendung Unterstützter Kommunikation. Kommunikationshilfen der Unterstützten Kommunikation wurden bisher nur sparsam bis gar nicht in der Rehabilitation schwerer chronischer Aphasie eingesetzt, oft wohl auch aufgrund fehlenden Wissens des zuständigen Personals. Dies behinderte das Erlernen eines multimodalen Kommunikationsansatzes. Laut Autoren müssen das Potenzial und die Notwendigkeit Unterstützter Kommunikation im Bereich der Rehabilitation erst erkannt werden. Entscheidungsträger wie Familienangehörige, Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte oder Logopädinnen und Logopäden sollten auf die Anwendungen vorbereitet werden. Forschungsergebnisse in diesem Bereich waren bis zum Zeitpunkt dieser Studie noch sehr begrenzt verfügbar. Künftig wird es laut Review wichtig sein Personen, welche auf die Anwendung Unterstützter Kommunikation angewiesen sind, gut zu unterweisen und zu unterstützen.

4.2 Kommunikationshilfen der Unterstützten Kommunikation speziell für Personen mit Aphasie

Einige Kommunikationshilfen wurden im Besonderen für die Handhabung im Umgang mit aphasischen Menschen entwickelt. Zu nennen ist das im Verlag Langenscheidt erschienene Buch von Merle „Mit Bildern sprechen“ aus dem Jahr 2017. Dargestellt

werden alltägliche Situationen in farbigen Bildern. Aufgrund der Ringbindung des Buches ist es auch mit einer Hand nutzbar und durch eine spezielle Beschichtung schmutzabweisend. Im Bereich der elektronischen symbolbasierten Kommunikationshilfen wird „Lopopad“ angeboten, entwickelt von der Firma Rehavista. Die Inhalte des Logopads wurden explizit für Menschen mit Aphasie oder anderen Sprachstörungen entwickelt. Das Pad bietet ein spezielles, mit einfachen Kommunikationsinhalten aufgebautes, Vokabular für die fotobasierte Aufarbeitung der Biografie der betroffenen Person, störungsspezifische Übungsinhalte sowie die Möglichkeit einer situationsbezogenen Kommunikation über Szenenbilder. Eine weitere elektronische Hilfe für Erwachsene mit Pflegebedarf bietet die Anwendung „Pflegeseiten“, entwickelt von TobiiDynavox. Sie enthält ein einfaches symbolhaftes Vokabular, welches speziell auf Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen zugeschnitten ist. Darin finden sich Wörter und Phrasen zu Pflegesituationen, alltäglicher Kommunikation oder auch eine Schmerzskala (Lüke & Vock, 2019, S. 53ff.).

Weiters zu erwähnen als Beispiele simpler, aber effektiver Kommunikationshilfen speziell für Aphasikerinnen und Aphasiker sind zum einen elektronische Stifte, wie etwa der Anybookreader. Durch zum System gehörende Klebepunkte, welche überall angebracht werden können, wird durch Berührung dieser mit dem elektronischen Stift ein zuvor für diesen Punkt definierter Text vom Stift abgespielt. Zum anderen bieten Szenenfotos für Dynavox-Geräte eine Hilfe in der Kommunikation. Hierbei können Fotos mit einem erklärenden geschriebenen oder gesprochenen Text in das Gerät mit digitaler Oberfläche geladen werden. Durch Antippen werden sie dann ausgewählt und abgespielt (Erdélyi, 2014).

5 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Schlussfolgerungen aus der Arbeit und der Beantwortung der Forschungsfrage anhand einer Diskussion der Ergebnisse der Literaturrecherche.

„Welche Möglichkeiten der Verständigung bietet die Unterstützte Kommunikation dem interdisziplinären Team eines Pflegeheimes im Umgang mit aphasischen Bewohnerinnen und Bewohnern?“

Zwischenmenschliche Kommunikation ist etwas ganz Alltägliches und Wichtiges für Menschen. Wir identifizieren uns zu einem großen Teil über Sprache. Wir senden und empfangen Nachrichten an und von verschiedenen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern. Dies geschieht meist unbewusst und ohne dass wir uns spezielle Gedanken zur Nachricht machen. Wir Menschen drücken uns allerdings nicht nur rein lautsprachlich aus. Automatisch verwenden wir neben Lautsprache auch Mimik und Gestik und kommunizieren auf diese Weise multimodal, um Inhalte wiederzugeben. Kommt es nun zu einer Störung unserer Sprache ist es wichtig Alternativen zur Kommunikation zu haben, um weiter unsere Bedürfnisse auszudrücken und sozial teilhaben zu können (Schulz von Thun, 2008, S. 25ff.; Vock & Lüke, 2019, S18f.).

In dieser Arbeit wurden zuerst die Kommunikationsformen der Unterstützten Kommunikation erhoben, um Möglichkeiten im Einsatz mit aphasischen Bewohnerinnen und Bewohnern einer Pflegeeinrichtung aufzuzeigen. Dabei ergab sich ein breites Spektrum an verschiedenen Hilfsformen bei unterschiedlichen Ausprägungen einer Sprachstörung. Diese reichen von einfachen Möglichkeiten, wie der Verwendung von Mimik, Gestik, Schriftsprache, über die Anwendung von Schablonen als einfache symbolbasierte Kommunikationshilfen, bis hin zu komplexen Systemen, wie dem Einsatz von elektronischen Kommunikationshilfen mit Sprachausgabefunktion (Vock & Lüke, 2019, S. 19ff.).

Das nächste Kapitel näherte sich der Thematik Aphasie. Es wurden auslösende Faktoren aufgezeigt und die Erkrankung definiert. Aphasie bezeichnet eine Sprachstörung, welche nach Spracherwerb durch eine Hirnschädigung ausgelöst wird. Müller, Walther & Herzog (2014, S. 177f.) berichten, dass betroffene Personen wissen wie ein Gespräch geführt wird und sie den situativen Kontext richtig interpretieren können, aber die Verarbeitung im Sprachsystem ist beeinträchtigt. Nach Abklingen der akuten Phase der Erkrankung findet eine Klassifizierung in Standardsyndrome statt. Diese beschreiben das jeweilige Krankheitsbild anhand der auftretenden Krankheitszeichen. Aufgrund dieser unterschiedlichen Ausprägungen der Erkrankung spiegelt sich die Sprachstörung individuell bei Betroffenen wider. Für das interdisziplinäre Team eines Pflegeheimes ist die Kommunikation mit aphasischen Bewohnerinnen und Bewohnern

am besten im jeweiligen Einzelfall zu betrachten (Sachweh, 2012, S. 257f.; Schneider, Wehmeyer & Grötzbach, 2012, S. 15ff.).

Die Literaturrecherche hat zudem ergeben, dass zur effektiven Kommunikation zwischen betreuenden Personen und aphasischen Bewohnerinnen und Bewohnern in einer Betreuungs- oder Pflegeeinrichtung Verschiedenes zu beachten ist. Betroffenen soll Nachsicht, Geduld und Vertrauen entgegengebracht werden, um sich selbst ausdrücken zu können. Aphasikerinnen und Aphasiker sind ins Gespräch miteinzubeziehen, es sollte nicht vor ihnen über sie gesprochen werden. Eine gezielte Förderung der Selbstständigkeit, ohne zu viel helfen zu wollen, sollte Anwendung finden. Situationen sind zu meiden, in denen die Sprachprobleme offensichtlich werden. Gemeinsame Aktivitäten anregen hilft, um soziale Kontakte zu initiieren. Manchmal ist es aber auch notwendig den Redeschwall einer Aphasikerin oder eines Aphasikers zu bremsen, etwa bei einer Wernicke-Aphasie. Im Gespräch mit aphasischen Personen sollte man sich immer bewusst sein, dass klares Denken und das Treffen von Entscheidungen nicht eingeschränkt sind. Eine Bevormundung ist nicht angebracht (Sachweh, 2012, S. 235ff.).

In Betrachtung dieser Ergebnisse der Recherche wird aufgezeigt, dass die Form der Aphasie der Bewohnerin beziehungsweise des Bewohners einer Pflegeeinrichtung Ausschlag über den Einsatz Unterstützter Kommunikation gibt. Zusätzlich kommt es darauf an, wie intensiv die einzelnen Professionen eines Pflegeheimes Gespräche mit betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern führen. Viele Gespräche mit wichtigem sachlichen Inhalt werden sich in den pflegenden und therapeutischen Disziplinen ergeben. Dies betrifft diplomiertes Pflegepersonal, Logopädinnen und Logopäden, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie Medizinerinnen und Mediziner (Mötzing & Wurlitzer, 2006, S. 57ff.).

Eine Kommunikation mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit Globaler Aphasie wird sich hauptsächlich auf die Anwendung körpereigener, nonverbaler Kommunikationshilfen beschränken. Aufgrund ihrer Erkrankung ist eine verbale Kommunikation für Betroffene dieser Aphasie-Form fast nicht möglich. Ihr Sprachverständnis ist stark beein-

trächtigt und ihnen ist es, wenn überhaupt, nur möglich einzelne Laute zu bilden. Non-verbale Kommunikation sollte mit diesen Bewohnerinnen und Bewohnern geübt werden und die systemübergreifende Kommunikationshilfe der Ja/Nein-Reaktion in Gespräche eingebaut werden (Huber et al., 2006, S. 39; Sachweh, 2012, S. 258f.).

Da Wernicke-Aphasikerinnen und Wernicke-Aphasiker flüssig und klar artikuliert sprechen, jedoch überschießend und sehr inhaltsarm, wird es für Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner immer wieder notwendig sein, diesen Redeschwall zu bremsen. Bei dieser Form der Aphasie ist das Sprachverständnis beeinträchtigt, daher versuchen Betroffene ihre Schwierigkeiten des Verstehens durch vermehrtes Sprechen zu kompensieren. Diese Ausgangslage führt mitunter zu Konflikten in Gesprächen, da das Gesagte von beiden Kommunizierenden oft nicht verstanden wird. Auch bei dieser Form der Aphasie bieten körpereigene Kommunikationshilfen der Unterstützten Kommunikation gute Möglichkeiten zur Interaktion zwischen betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Pflegeheim. Der Einsatz körperexterner Hilfen ist ebenfalls anzudenken, da sie zusätzliche Möglichkeiten der Förderung der Kommunikation mit und für Aphasikerinnen und Aphasiker bieten, vor allem für Logopädinnen und Logopäden im Team einer Pflegeeinrichtung. Ihnen bieten sich so geeignete Möglichkeiten in der Therapie der Sprachstörung (Huber et al., 2006, S. 45ff.; Sachweh, 2012, S. 245ff.).

Aus der Literatur ergeben sich in der Kommunikation mit Broca-Aphasikerinnen und Broca-Aphasikern verschiedene Möglichkeiten der Verständigung mittels Unterstützter Kommunikation. Betroffene dieser Aphasie-Form sprechen im Gegensatz zu Wernicke-Aphasikerinnen beziehungsweise Wernicke-Aphasikern langsam, stockend und in unvollständigen Sätzen. Sie neigen in Sprache und Schrift zu einem Telegrammstil. Durch ihre Störung der Lautbildung müssen selbst hochvertraute Wörter erst mühsam artikuliert werden. Gerade bei Betroffenen mit dieser Form der Aphasie ist viel Geduld und Nachsicht geboten. Als Möglichkeit der Kommunikation ist hier die systemübergreifende Kommunikationsform der Ja/Nein-Reaktion anzuraten. Wie bereits bei Wernicke-Aphasikerinnen und Wernicke-Aphasikern erwähnt, ist auch hier der Einsatz zusätzlicher Kommunikationsformen, körpereigen und körperextern, möglich. Körperei-

gene Formen sind hilfreich in der Alltagskommunikation, um sachliche Inhalte zu kommunizieren. Der Einsatz körperexterner Hilfen wird in der therapeutischen Förderung Anwendung finden können (Huber et al., 2006, S. 41ff.; Sachweh, 2012, S. 240ff.).

Die Amnestische Aphasie stellt sich in der Literatur als die leichteste Form der Erkrankung dar. Betroffenen fällt es schwer das richtige Wort zu finden und sie verwenden inhaltsarme Redefloskeln. Diese inhaltsarmen Redefloskeln werden von Aphasikerinnen und Aphasikern dann eingesetzt, wenn die Anstrengung den richtigen Gedanken zu formulieren zu groß wird. Das Sprachverständnis sowie Lesen und Schreiben sind in der Amnestischen Aphasie nur wenig beeinträchtigt. Diese Form hat die besten Aussichten sich zurückzubilden, daher ist es wichtig diesen Personen das Vertrauen zu geben sich selbst ausdrücken zu können. Der Einsatz gezielter Unterstützter Kommunikation wird hier nur sehr bedingt nötig sein. Allerdings findet Kommunikation wie eingangs erwähnt immer multimodal statt. Körpereigene Kommunikationshilfen durch Gesten und Mimik werden daher sicher Anwendung finden. Auch die Ja/Nein-Reaktion bietet eine Anwendungsmöglichkeit der Gesprächsführung zwischen betroffenen Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohnern und dem Team eines Pflegeheimes (Huber et al., 2006, S. 50ff.; Sachweh, 2012, S. 235ff.).

In Bezug auf die Evidenzlage von Studien zum Thema Unterstützte Kommunikation bei Erwachsenen mit Aphasie liegt bisher sehr wenig vor. Ein aktueller systematischer Review von Russo et al. (2017) zeigte bei Einsatz komplexer elektronischer symbol- oder schriftbasierter Kommunikationshilfen bei mehr als der Hälfte der zusammengefassten Studien einen positiven Effekt auf die teilnehmenden Betroffenen. Lediglich bei 10% der Studien war keine Verbesserung der Kompensation der Beeinträchtigung nachweisbar. Der Review zeigte allerdings auch auf, dass bisher keine qualitativ höherwertigen Studien, wie etwa randomisierte kontrollierte Studien, zur Thematik vorliegen.

Die durch die Fragebeantwortung erläuterten Anwendungsmöglichkeiten der Unterstützten Kommunikation mit aphasischen Bewohnerinnen und Bewohnern einer Pflegeeinrichtung zeigen deutlich den vielfältig möglichen Einsatz dieser Disziplin. Es finden sich bereits verschiedene Kommunikationshilfen, speziell in der Anwendung mit

Aphasikerinnen und Aphasikern, am Markt. Zu nennen ist das Buch „Mit Bildern sprechen“, erschienen im Langenscheidt Verlag, sowie auch die elektronisch symbolbasierte Kommunikationshilfe „Logopad“ der Firma Rehavista, welche spezielles Vokabular in Symbolform zu verschiedenen Themen bietet und Dynavox-Geräte, welche Aphasikerinnen und Aphasikern Szenenfotos zur Verfügung stellen um etwas zu erzählen (Erdélyi, 2014; Lüke & Vock, 2019, S. 53ff.).

Die Literatur zeigt auch auf, dass die Profession der Logopädie eine wichtige Aufgabe hat in der Langzeitpflege. In Pflegeeinrichtungen wird vielfach der Fokus nur auf pflegende Professionen gerichtet. Bewohnerinnen und Bewohner mit Sprachstörungen, welche nicht selten in pflegenden Einrichtungen anzutreffen sind, bedürfen aber einer gezielten Therapie. Damit sollte versucht werden eine Verschlechterung der Störung so lange als möglich hinauszuzögern oder im Idealfall die Beeinträchtigung sogar zu verbessern.

Schlussfolgernd muss festgehalten werden, dass Betroffene einer Aphasie an einer plötzlich aufgetretenen Störung ihrer Sprache leiden. Für uns Menschen ist Sprache und Kommunikation sehr essenziell. Aus diesem Grund ist es für Aphasikerinnen und Aphasiker wichtig zu versuchen, sich auf diese neue Situation einzustellen und Alternativen der Kommunikation zu haben und zu nutzen. Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner sollten Nachsicht und Geduld haben sowie die Förderung der Kommunikation in jeder Gesprächssituation nutzen. Für das interdisziplinäre Team in einer Pflegeeinrichtung kann Unterstützte Kommunikation ein guter Weg zur Gesprächsführung mit aphasischen Bewohnerinnen und Bewohnern sein, von welcher beide Seiten profitieren.

6 Conclusio und Ausblick

Die erhobenen Daten zeigen, dass die Anwendung der verschiedenen Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation in einem Pflegeheim eine effektive Hilfe in der Gesprächsführung zwischen aphasischen Bewohnerinnen und Bewohnern und dem interdisziplinären Team bietet. Für pflegende Professionen ist es ein guter Weg, um

sachliche Inhalte zu kommunizieren. Therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bieten die Anwendungsmöglichkeiten einen Nutzen zur Förderung der Kommunikation ihrer betroffenen Patientinnen und Patienten. Für Aphasikerinnen und Aphasiker im Pflegeheim ist es wichtig weiterhin soziale Kontakte zu pflegen und Wünsche und Bedürfnisse äußern zu können. Dafür benötigen sie entsprechende Hilfsmittel, welche ihnen die Unterstützte Kommunikation bieten kann.

Diese Arbeit gibt einen Überblick über die Möglichkeiten der Anwendung Unterstützter Kommunikation zwischen Aphasikerinnen und Aphasikern und dem interdisziplinären Team im Setting Pflegeheim. Für die Zukunft wäre es wichtig vor allem randomisierte kontrollierte Studien zu dieser Thematik durchzuführen. Könnten gute Ergebnisse durch den Einsatz Unterstützter Kommunikation bei Erwachsenen mit Aphasie aufgezeigt werden, würde man wohl die Anwendung vorantreiben. Es könnten explizite Schulungen sowohl für Professionistinnen beziehungsweise Professionisten als auch für Angehörige und interessierte Menschen angeboten werden.

Die Literaturrecherche zur vorliegenden Arbeit gestaltete sich mitunter etwas schwierig, da dieses Thema noch nicht ausreichend in Studien behandelt wurde. Es gibt Literatur aus den jeweiligen Fachbereichen, welche sich aber kaum mit übergreifenden Aspekten beschäftigt. Die Thematik der Unterstützten Kommunikation findet sich primär nur im Fachbereich der Logopädie und bezieht sich vor allem auf Anwendungen bei Kindern und Jugendlichen zur Sprachförderung.

Literaturverzeichnis

- Beukelman, D.R., Fager, S., Ball, L. & Dietz, A. (2007). AAC for adults with acquired neurological conditions: A review. *Augmentative and Alternative Communication*, 23 (3), 230-242. <https://doi.org/10.1080/07434610701553668>
- Croquelois, A. & Bogousslavsky, J. (2011). Stroke aphasia: 1,500 consecutive cases. *Cerebrovasc Dis*, 31, 392–399. <https://doi.org/10.1159/000323217>
- Engelter, S., Gostynski, M., Papa, S., Frei, M., Born, C., Ajdacic-Gross, V., ... Lyrer, P. (2006). Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke*, 37 (6), 1379–1384. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000221815.64093.8c>
- Erdélyi, A. (2014). Unterstützte Kommunikation bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen – Ein Überblick. *Sprachtherapie aktuell: Schwerpunktthema Unterstützte Kommunikation = Sprachtherapie?!*. Online Vorveröffentlichung <https://doi.org/10.14620/stadbs140902>
- Giel, B. (2012). Unterstützte Kommunikation bei zentral bedingten Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter. In Loeper Literaturverlag & isaac Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (S. 11.014.001- 11.019.001) (12. erweiterte Auflage 2015). Karlsruhe: Loeper Literaturverlag.
- Huber, W., Poeck, K. & Springer, L. (Hrsg.) (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie: Eine Einführung für Therapeuten, Angehörige und Betroffene*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Lüke, C. & Vock, S. (2019). *Unterstützte Kommunikation bei Kindern und Erwachsenen*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag GmbH.
- Lutz, L. (2004). *Das Schweigen verstehen: Über Aphasie* (3. überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

- Mötzing, G. & Wurlitzer, G. (2006). *Leitfaden Altenpflege* (3. Auflage). München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag.
- Müller, F., Walther, E. & Herzog, J. (Hrsg.) (2014). *Praktische Neurorehabilitation: Behandlungskonzepte nach Schädigung des Nervensystems*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Nonn, K. (2011). *Unterstützte Kommunikation in der Logopädie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Renner, G. (2004). *Theorie der Unterstützten Kommunikation*. Berlin: Edition Marhold.
- Rupp-Adelmann, M. & Bauer, A. (2010). *Fehlende Worte: Störungen des Sprechvermögens*. Wien: Verlagshaus der Ärzte GmbH.
- Russo, M.J., Prodan, V., Meda, N.N., Carcavallo, L., Muracioli, A., Sabe, L., ... Olmos, L. (2017). High-technology augmentative communication for adults with post-stroke aphasia: a systematic review. *Expert Review of Medical Devices*, 14, 355-370. <https://doi.org/10.1080/17434440.2017.1324291>
- Sachweh, S. (2012). „Noch ein Löffelchen?“. *Effektive Kommunikation in der Altenpflege* (3. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Schneider, B., Wehmeyer, M. & Grötzbach, H. (2012). *Aphasie: Wege aus dem Sprachdschungel* (5. Auflage). Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Schulz von Thun, F. (2008). *Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation* (46. Auflage). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Wingchen, J. (2006). *Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe: Ein Lehr- und Arbeitsbuch* (2. Auflage). Hannover: Brigitte Kunz Verlag.

Onlinequellen:

https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=106059 [Abruf am 27.10.2019]).

https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=105604 [Abruf am 27.10.2019]

<https://www.ögsf.at/stroke-units/zahlen-und-fakten/> [Abruf am 27.10.2019]

<https://anybookreader.de/unterstuetzte-kommunikation/> [Abruf am 09.11.2019]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Formen der Unterstützten Kommunikation	12
Abbildung 2: Sprachareale im Gehirn	17

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auszug der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014	19
Tabelle 2: Symptomausprägung der aphasischen Krankheitsbilder	28