

Sprachlos auf Station

Unterstützte Kommunikation in Krankenhaus, Intensivstation und Pflege:
warum Verständigung hier Patientensicherheit ist

Lars Tiedemann

Dipl. Heilpädagoge (FH) · AssistUK

5. August 2026

Arbeitsfassung. Es gibt einen Ort, an dem fast jeder Mensch vorübergehend zur Zielgruppe der Unterstützten Kommunikation wird: das Krankenhaus. Beatmungsschlauch, Sedierung, Schlaganfall, Operation im Mundraum, Erschöpfung — und plötzlich kann jemand nicht mehr sagen, wo es schmerzt, was er fürchtet, was er ablehnt. Für Menschen, die schon vorher unterstützt kommunizierten, potenziert sich das Problem: Sie treffen auf ein System, das ihre Kommunikationsform nicht kennt und ihr Hilfsmittel im Nachttisch verstaut. Dieser Text begründet, warum Kommunikation im Klinik- und Pflegekontext keine Komfortfrage ist, sondern Patientensicherheit — und was auf Station mit einfachsten Mitteln möglich ist. Quellen mit Prüfvermerk am Ende.

Inhalt

1. Der blinde Fleck des Gesundheitssystems
2. Die Zahlen: Kommunikation als Sicherheitsrisiko
3. Die zwei Gruppen: vorübergehend und dauerhaft sprachlos
4. Was auf der Intensivstation geht
5. Wenn unterstützt Kommunizierende ins Krankenhaus kommen
6. Pflege im Alltag: die Dauerstrecke
7. Das System in der Pflicht
8. Wie wir es bei AssistUK halten
9. Grenzen dieses Textes
10. Fazit in fünf Sätzen
11. Literatur (mit Prüfvermerk)

1. Der blinde Fleck des Gesundheitssystems

Kliniken sind Orte höchster Spezialisierung — und ausgerechnet die Grundfunktion, über die alles andere läuft, hat dort keine Zuständigkeit: das Gespräch mit Menschen, die nicht sprechen können. Wer beatmet ist, wird gefragt und kann nicht antworten; wer nach dem Schlaganfall keine Worte findet, bekommt Entscheidungen erklärt, denen er nicht zustimmen und die er nicht ablehnen kann; wer mit Kommunikationshilfe lebt, erlebt regelmäßig, dass sie »erst mal weggeräumt« wird. Das ist keine Böswilligkeit, sondern Systemblindheit: In den Abläufen ist Kommunikation Voraussetzung, nirgends Aufgabe.

Die Folgen sind konkret: unerkannter Schmerz, Angst ohne Ausweg, Fehldeutungen (»unruhig«, »verwirrt«, »unkooperativ« — oft schlicht: unverstanden), Entscheidungen über Köpfe hinweg. Ehemalige Intensivpatientinnen beschreiben die Sprachlosigkeit am Schlauch übereinstimmend als eine der schlimmsten Erfahrungen der gesamten Behandlung — Panik nicht trotz, sondern wegen wacher Wahrnehmung.

2. Die Zahlen: Kommunikation als Sicherheitsrisiko

Der stärkste Hebel, um das Thema aus der Komfort-Ecke zu holen, ist die Sicherheitsforschung: Die kanadische Studie von Bartlett und Kollegen (2008) fand bei Patientinnen und Patienten mit Kommunikationsbeeinträchtigungen ein **etwa dreifach erhöhtes Risiko für vermeidbare unerwünschte Ereignisse** im Krankenhaus. Der Mechanismus ist banal und tödlich ernst: Wer nicht melden kann, dass das Medikament anders wirkt, die Sonde drückt, der Schmerz neu ist, bei dem versagt das Frühwarnsystem, auf dem Klinikroutinen aufbauen. Kommunikationszugang ist damit dieselbe Kategorie wie Händedesinfektion — **Patientensicherheit**, nicht Wohlfühlprogramm. Wer Etats und Prioritäten verhandelt, sollte mit dieser Zahl beginnen.

3. Die zwei Gruppen: vorübergehend und dauerhaft sprachlos

Die Klinik-Kommunikation hat zwei verschiedene Zielgruppen, und sie brauchen Verschiedenes:

Die vorübergehend Sprachlosen — beatmet, sediert-erwachend, nach Operationen, mit akutem Schlaganfall: Menschen mit voller oder erschöpfter Sprache, aber blockiertem Sprechweg. Sie brauchen **sofort verfügbare, lernfreie Mittel**: Ja/Nein-Verabredungen, Buchstaben- und Symboltafeln, Schreibtafeln, Blickrahmen. Für sie ist Unterstützte Kommunikation eine Brücke über Tage oder Wochen.

Die dauerhaft unterstützt Kommunizierenden, die als Patientinnen kommen: Sie bringen ihr System mit — und brauchen vor allem, dass das System **funktionsfähig bleibt und benutzt wird** (Abschnitt 5). Für sie ist die Klinik eine Hochrisikozone für erlernte Passivität im Zeitraffer: Nirgendwo wird schneller über einen Menschen hinweg gehandelt als im Stationsbetrieb.

Beide Gruppen teilen die Grundausrüstung, die auf jeder Station liegen sollte — und die zusammen weniger kostet als ein einziger Verbandswagen: laminierte Kommunikationstafeln (Schmerz, Grundbedürfnisse, Gefühle, Buchstaben), Schreibmaterial, ein Blickrahmen, und ein Team, das die Ja/Nein-Frage beherrscht.

4. Was auf der Intensivstation geht

Die Intensivpflege ist der am besten untersuchte Klinikbereich unseres Themas, und die Befunde sind ermutigend: Die Arbeitsgruppe um Mary Beth Happ hat gezeigt, dass **schon kurze Schulungen des Pflegepersonals plus einfachste Materialien** (Tafeln, Schreibzeug, angepasste Ruf-Taster) die Kommunikation zwischen Pflegenden und wachen beatmeten Patientinnen messbar verbessern — mehr erfolgreiche Verständigungsakte, mehr Kommunikation über Schmerz und Befinden. Und die Befragungslinie von Patak und Kolleginnen zeigt das Gegenstück aus Patientensicht: Beatmete berichten hohe Frustration über gescheiterte Verständigung — und benennen konkret, was geholfen hätte: dass jemand Tafeln anbietet, Zeit lässt, Fragen klug stellt.

Die praktischen Regeln für das Bett am Monitor, aus dieser Forschungslinie kondensiert:

1. **Erst der Kanal, dann die Frage:** Vor jeder inhaltlichen Frage klären, *wie* geantwortet wird — Blinzeln? Nicken? Handdruck? Zeigen? Und die Verabredung **an das Bett schreiben**, für jede Schicht.
2. **Geschlossene Fragen sind hier Handwerk:** systematisch, eine nach der anderen, mit gesicherter Ja/Nein-Verabredung — die Schmerzfrage zuerst.
3. **Zeit ist die Intervention:** Die zehn Sekunden, die eine Antwort per Tafel braucht, fühlen sich im Stationstakt wie Stillstand an und sind der ganze Unterschied.

4. **Brille und Hörgerät zuerst:** Die häufigste »Kommunikationsstörung« auf Station ist eine nicht aufgesetzte Brille, ein Hörgerät in der Schublade.
5. **Angehörige als Dolmetscher ernst nehmen** — sie kennen die Signale — und trotzdem direkt mit der Person sprechen, nicht über sie.

5. Wenn unterstützt Kommunizierende ins Krankenhaus kommen

Für Menschen, die dauerhaft mit Unterstützter Kommunikation leben, entscheidet die Aufnahme über Wochen: Kommt das System mit ans Bett — oder in den Schrank? Die Regeln, die sich in der Begleitpraxis bewährt haben:

Das Hilfsmittel ist Körperteil, nicht Gepäck. Kommunikationshilfe, Ansteuerung und Halterung gehören ans Bett wie die Brille; »zur Sicherheit weggeräumt« ist die Enteignung der Stimme. Wo das Gerät wirklich nicht einsetzbar ist (Operationssaal, bestimmte Lagerungen), muss die Papier-Ebene bereitliegen — das Backup-Prinzip des Nichtelektronik-Textes wird hier zur Klinikregel.

Der Kommunikationspass geht voran. Zwei, drei Seiten am Bett — *So kommuniziere ich. Das bedeutet mein Blinzeln. So fragt man mich richtig. Das beruhigt mich.* — sind das wirksamste Instrument des gesamten Aufenthalts, weil sie in jede Schichtübergabe passen. Idealerweise existiert er vor jedem geplanten Aufenthalt (der Übergänge-Text beschreibt das Format; die Demenz- und Notfall-Varianten unterscheiden sich nur im Inhalt).

Eingriffe werden kommunizierbar geplant. Vor geplanten Operationen gehört die Frage ins Vorgespräch: Wie kommuniziert die Person im Aufwachraum, wenn Hände zittern und Augen schwer sind? Die Antwort (verabredete Ja/Nein-Signale, Großfeld-Tafel, Angehörige zur Ansprache) wird dokumentiert — nicht improvisiert um drei Uhr nachts.

Und die Assistenz bleibt. Wo Menschen mit Assistenz leben, ist deren Anwesenheit in der Klinik keine Besucherfrage, sondern Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur; das deutsche Recht hat die Begleitung durch vertraute Personen in bestimmten Konstellationen ausdrücklich abgesichert. In der Praxis entscheidet oft Hartnäckigkeit — auch dafür ist der Pass das Papier, auf das man zeigt.

6. Pflege im Alltag: die Dauerstrecke

Jenseits der Akutklinik — in Langzeitpflege, ambulanter Pflege, Wohnformen mit Pflegebedarf — ist Kommunikation keine Episode, sondern Dauerzustand, und dort gilt verschärft, was der Einrichtungs-Text begründet: Verankerung schlägt Engagement. Drei Punkte sind pflegespezifisch:

Die Pflegehandlung ist die Kommunikationssituation. Waschen, Lagern, Essen anreichen — hier passiert die meiste Interaktion des Tages, und hier entscheidet sich, ob sie

mit oder an dem Menschen passiert: ansagen, was kommt; Pausen für Signale; Ja/Nein-Verabredungen auch bei Menschen, denen niemand mehr Antworten zutraut. Die Sieben-Ebenen-Logik des Basale-Kommunikation-Textes gilt bis zuletzt: Es gibt kein »zu schwer betroffen für Kommunikation«, es gibt nur unbeantwortete Signale.

Schmerz braucht einen Meldeweg. Wo Sprache fehlt, müssen Beobachtungsinstrumente und verabredete Schmerzzeichen die Meldung übernehmen — die Verhaltens-Regel aus dem Schwestertext (»bei Veränderung zuerst den Körper prüfen«) ist in der Pflege tägliche Pflicht.

Dokumentation trägt die Verständigung über Schichten. Was bedeutet welches Signal, was wurde verabredet, was funktioniert — im Pflegesystem dokumentiert, nicht im Kopf der Bezugskraft. Personalwechsel ist in der Pflege der Normalfall; der Übergabemechanismus muss es auch sein.

7. Das System in der Pflicht

Damit aus Einzellösungen Standard wird, braucht es dieselben Bausteine wie überall — bezogen auf die Klinik: Kommunikationstafeln als **Stationsstandard** (nicht als Privatinitiative der einen Pflegekraft), das Thema in **Einarbeitung und Pflichtfortbildung**, eine benannte **Zuständigkeit** (Logopädie und Pflegeentwicklung sind natürliche Anker) und die Aufnahmefrage »**Wie kommunizieren Sie?**« als Pflichtfeld der Anamnese — vier Wörter, die das Thema systemfähig machen. International firmiert das unter kommunikationsfreundlichen beziehungsweise kommunikationszugänglichen Einrichtungen; man braucht das Etikett nicht, um die vier Bausteine umzusetzen. Der rechtliche Rahmen ist derselbe wie im Einrichtungs-Text (UN-BRK Art. 21; Patientenrechte setzen Verständigung voraus: Aufklärung und Einwilligung sind Kommunikationsakte) — eine Klinik, die nicht kommunizieren kann, kann streng genommen nicht aufklären.

8. Wie wir es bei AssistUK halten

Unsere Werkzeuge sind nicht für den Stationsbetrieb gebaut, und dieser Text empfiehlt bewusst das Gegenteil von Software: Papier, Verabredungen, vier Fragen im Aufnahmebogen. Was wir beitragen: die **druckbaren Tafeln** unserer Vokabulare als kostenlose Grundausrüstung, den **Kommunikationspass** als Format in unseren Übergangs-Materialien — und diesen Text im Downloads-Bereich, geschrieben auch für die Sozialdienste, Logopädinnen und Pflegeteams, die das Thema in ihrem Haus auf die Tagesordnung setzen wollen. Wo eine unserer Nutzerinnen in die Klinik muss, ist unsere Rolle die des Hintergrunds: Das System muss vorher so dokumentiert sein, dass Fremde es in fünf Minuten verstehen.

9. Grenzen dieses Textes

Dieser Text ist ein Überblicks- und Begründungstext, kein Klinikstandard und keine Pflegefachweiterbildung; Schmerzassessment bei nicht sprechenden Menschen, Delir-Abgrenzung, rechtliche Detailfragen der Begleitung und Einwilligung haben eigene Fachliteratur und eigene Professionen. Die zitierte Evidenz stammt überwiegend aus der Intensivpflege-Forschung des englischsprachigen Raums; für deutsche Normalstationen und Langzeitpflege ist die Studienlage dünn, und die Praxisregeln der Abschnitte 5 bis 7 sind Begleit- und Konsenswissen, keine geprüften Programme. Die Bartlett-Zahl beschreibt Assoziation in einem Gesundheitssystem, nicht deutsche Kausalstatistik — ihre Größenordnung, nicht ihre Dezimale ist die Botschaft.

10. Fazit in fünf Sätzen

Im Krankenhaus wird fast jeder Mensch irgendwann vorübergehend zur Zielgruppe der Unterstützten Kommunikation — und wer es dauerhaft ist, erlebt dort die härteste Bewährungsprobe seines Systems. Kommunikationszugang ist Patientensicherheit: Wer nicht melden kann, hat ein vielfach erhöhtes Risiko vermeidbarer Zwischenfälle. Auf der Intensivstation wirken einfachste Mittel nachweislich — Tafeln, Schreibzeug, verabredete Signale, geschulte Fragen, Zeit. Für unterstützte Kommunizierende gilt: Das Hilfsmittel ist Körperteil, der Kommunikationspass geht voran, Eingriffe werden kommunizierbar geplant. Und systemfähig wird das alles mit vier Bausteinen — Tafeln als Standard, Thema in der Einarbeitung, benannte Zuständigkeit und die Aufnahmefrage »Wie kommunizieren Sie?«.

11. Literatur (mit Prüfvermerk)

Kernquellen am 05.08.2026 geprüft (✓); Praxisregeln als Konsens gekennzeichnet.

1. ✓ **Bartlett, G., Blais, R., Tamblyn, R., Clermont, R. J. & MacGibbon, B. (2008).** Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *CMAJ*, 178(12), 1555–1562. — Rund dreifach erhöhtes Risiko vermeidbarer unerwünschter Ereignisse bei Kommunikationsbeeinträchtigung.
2. ✓ **Happ, M. B. u. a. (2014).** SPEACS-Studienlinie: Effekte von Pflegeschulung plus einfachen Kommunikationsmaterialien auf die Verständigung mit wachen beatmeten Patientinnen und Patienten (u. a. *Heart & Lung*, 43(2)). — Kurze Schulungen und Low-Tech-Material verbessern die Kommunikationsqualität messbar. (Studienlinie geprüft; Einzelergebnisse über mehrere Publikationen verteilt.)
3. ✓ **Patak, L., Gawlinski, A., Fung, N. I., Doering, L. & Berg, J. (2004).** Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Heart & Lung*, 33(5), 308–320. — Frustration beatmeter Patientinnen und konkrete hilfreiche Partnerhandlungen aus Patientensicht.
4. ✓ **Artikel 21 UN-Behindertenrechtskonvention.** — Zugang zu Kommunikationsformen im Umgang mit öffentlichen Diensten; Rahmen auch für Gesundheitseinrichtungen. (Aus dem geprüften Bestand des Einrichtungs-Textes.)

5. ✓ **Tiedemann, L. (2026).** Ohne Strom (Tafeln, Blickrahmen, Backup-Prinzip) · Die Sprache am Körper (Ja/Nein-Verabredungen) · Das Vokabular zieht mit (Kommunikationspass) · Der Einzelfall genügt nicht (Verankerungsbausteine) · Die Worte gehen, der Mensch bleibt (Demenz und Pflege) · Verschüttet, nicht verschwunden (Aphasie in der Akutphase) · Der Schrei ist ein Satz (Schmerz- und Verhaltensmeldung). AssistUK-Grundlagenreihe. — Die Werkzeuge, die dieser Text in den Klinik- und Pflegekontext stellt.

Die fachliche Position, Auswahl und Verantwortung liegen bei mir. — L. T.