

Unterstützte Kommunikation in der Klinik – Ein Lagebericht

Anna Lena Grans¹, Sabrina Beer²

¹REHAVISTA GmbH,

²LogBUK GmbH, Praxis für Logopädie und Ergotherapie und Beratungsstelle für UK, Rosenheim

Einführung

Die Klinik, ein Ort, der für die wenigsten Menschen Entspannung und Wohlbehagen bedeutet. In einer Klinik ist man, wenn es einem körperlich oder seelisch schlecht geht, man z.B. Schmerzen hat oder krank ist. In diesem Zustand geschehen Abläufe, die man nicht kennt und die einen persönlich und körperlich nah betreffen.

Es gibt Situationen, in denen ein Klinikbesuch langfristig geplant wird und sich der Patient darauf einstellen kann. Ebenso gibt es den Fall, bei dem der Patient von jetzt auf gleich in die Klinik kommt. Dabei ist er möglicherweise, wenn er eingeliefert wird, nicht bei Bewusstsein. Wacht er dann in der Klinik wieder auf, weiß er nicht, wo er ist, was mit ihm passiert ist oder passieren wird. Das kann Stress verursachen. Aufgrund verschiedener weiterer Faktoren wie: Beatmung, Medikation, herabgesetzte Wachheit, Beeinträchtigungen der Stimmbildung und/ oder des Schluckens, begleitende komplexe neurologische Störungen ist es möglich, dass Patienten in ihrer gewohnten lautsprachlichen Kommunikation erheblich eingeschränkt werden. Welche emotionale Belastung dies für den Patienten bedeutet, lässt sich nur erahnen. Für den Patienten ist es bedeutend, nachfragen zu können, um Abläufe zu verstehen oder sich z.B. bei Schmerzen mitzuteilen. Ebenso ist es für das medizinische Personal wichtig, Fragen über das Wohlbefinden, Symptome und zur Krankengeschichte zu stellen. Im Bereich der Grund- und Behandlungspflege ist eine erfolgreiche Kommunikation von enormer Relevanz (Bauersfeld & Bauersfeld 2011). Techtzern und Martinsen (2000) zählen Menschen, die temporär oder langfristig in ihren verbalen Ausdrucksmöglichkeiten eingeschränkt sind zum Personenkreis der UK (Unterstützte Kommunikation). Die UK und das Wissen, wie diese eingesetzt wird, spielen weitreichende und ungenutzte Schlüsselrollen, die Qualität von gesundheitlicher Versorgung und patientenorientierter Pflege zu verbessern (Blackstone 2012). Aufgabe der UK ist es, Methoden und Materialien zur schnellstmöglichen Sicherstellung der Kommunikation bereit zu stellen und das Umfeld mit den Methoden vertraut zu machen.

Aktuelle Situation zur UK in deutschen Kliniken

Der Bereich von alternativen Formen der Kommunikation (z.B. Methoden der UK) ist in deutschen Kliniken noch kein selbstverständliches Thema. „Im Gegensatz zu internationalen Entwicklungen und Standards [...] werden in Deutschland in der (reha)pädagogischen und therapeutisch-klinischen Praxis die Methoden der UK bislang nur selten und nicht in der Bandbreite des gesamten Spektrums von Mitteln und Strategien eingesetzt“ (Hennig et al. 2017, S. 140). So ist beispielsweise eine spezielle Kommunikationsassistenz als fester Bestandteil des Pflege- und therapeutischen Versorgungsteams wünschenswert, aber weit entfernt von der Realität. In einzelnen Fällen liegt eine logopädische Begleitung vor, im Fokus der Therapie steht jedoch häufig die Behandlung der Schluckstörung oder die funktionale Wiederherstellung von Sprache. Teilhabeorientierte Ziele und Ressourcen im Hinblick auf UK scheinen im klinischen Kontext noch wenig bis gar nicht erkannt worden zu sein.

Bereits 2007 entstand in einem Projekt der Universität Landau (Prof. Andreas Fröhlich, Svenja Bauersfeld) und einer Firma für elektronischen Hilfsmitteln ein Klinik-Kommunikationsbuch. Dieses wurde zudem auf der damaligen ISAAC-Tagung vorgestellt und gleichzeitig ein politisches Statement zum Thema abgegeben. Betrachtet man dieses Thema nun, über 10 Jahre später, stellt man fest, dass wir uns in Deutschland immer noch in den Anfängen der Umsetzung befinden. Lauer (2010) fordert für Rehabilitationseinrichtungen, dass jeder Arzt über so viel Basiskenntnis in UK verfügen sollte, dass er bereits beim Aufnahmegespräch, das meist mit den begleitenden Angehörigen geführt wird, den Patienten in das Anamnesegespräch einbeziehen kann. Bei den Visitengesprächen während des Aufenthaltes sollte der Arzt die aktuell benutzten Hilfsmittel einsetzen und sich mit dem Patienten direkt unterhalten können (17.007.001).

Dabei wurden die positiven Effekte von UK in Kliniken bereits in Studien nachgewiesen. Eine gelingende Kommunikation zwischen Arzt/ Pflege und Patient stellt einen entscheidenden Faktor bei der Genesung dar. Den Patienten wird es ermöglicht, Angaben zu Bedürfnissen und ihrer Krankheit zu machen. Außerdem wird es ermöglicht medizinische Abläufe nachzuvollziehen. Dadurch erfährt der Patient das Gefühl von Kontrolle und kann neben den medizinischen Angaben auch seine Persönlichkeit zum Ausdruck bringen (Costello & Santiago zit.n. Weber & Köhler 2014). Außerdem wurde gezeigt, dass Patienten mit Zugang zu entsprechenden kommunikativen Möglichkeiten weniger Medikamente zur Schmerzlinderung oder Sedierung benötigen und die Liegedauer auf der Intensivstation sich verkürzt (Happ 2004; Patek et al. 2006). Bartlett und sein Team wiesen (2008) in ihrer Studie nach, dass sich das Risiko für Komplikationen reduziert, wenn die Patienten frühzeitig und konkret ihr Unwohlsein beschreiben bzw. mitteilen konnten. Damit verbunden war zudem eine reduzierte Überwachungsnotwendigkeit der Patienten.

Trotzdem konnte ein flächendeckender Einsatz von UK in deutschen Kliniken noch nicht erzielt werden. Blackstone (2012) formuliert treffend: „Die schlechte Nachricht ist, dass nur ein winziger Prozentsatz derer, die über die Möglichkeiten und Hilfen Bescheid wissen müssten, überhaupt von deren Existenz weiß. Die augenblicklichen Anstrengungen diese Neuigkeiten zu verbreiten, sind oft zu kümmerlich und ineffektiv. Einige gute Ansätze stecken in den Kinderschuhen, verfügbare Lösungen werden aber zu selten eingesetzt, um den Patienten und deren Gesundheitsversorgung von maximalem Nutzen zu sein“ (S. 17.055.001). Die Aussage von Blackstone als eine der führenden Autorinnen der UK auf internationaler Ebene, lässt darauf schließen, dass der Einsatz von UK auch international Mängel in ihrer Umsetzung aufweist.

Es ist zu vermerken, dass sich trotz vieler Widerstände, ein Bewusstsein für Kommunikation in den Kliniken entwickelt. Einzelne Kliniken haben UK als Projekt in ihrem Haus implementiert. So z.B. die Universitätsklinik Freiburg, das Universitätsklinikum Heidelberg, das Evangelisches Krankenhaus Oldenburg und das Krankenhaus Werne. Ferner entstanden vereinzelt Zusammenarbeiten zwischen Kliniken und Universitäten, z.B. im Projekt „Interdisziplinäre Sprechstunde für UK“ zwischen der Universität Oldenburg und dem Evangelischen Krankenhaus in Oldenburg (Hennig et al. 2017).

Überdies ist allgemein auf die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema UK in Kliniken hinzuweisen. Vereinzelt entstehen dazu Abschlussarbeiten (u.a. Sturmair 2012; Ehwald 2018).

Der Schritt zu deutschen Publikationen zum Thema UK und Kliniken bleibt dabei eher überschaubar und bildet bisher die Ausnahme. Blickt man auf die internationale Literatur kommt man an den Autoren Costello und Blackstone nicht vorbei. Sie behandeln das Thema ausführlich und haben Wege aufgezeigt, wie eine Umsetzung aussehen und diese auch gelingen kann.

Blick über den Tellerrand

Ein entwickelter Standard in den USA ist die „Joint Commission“. Dort ist die Bereitstellung von Kommunikation innerhalb der Klinik Voraussetzung für die Akkreditierung des Krankenhauses durch die „Joint Commission“. Diese wiederum ist für die meisten Kliniken in den USA überlebensnotwendig, da sie ohne Akkreditierung keine Patienten der beiden großen Kostenträger „Medicare“ und „Medicaid“ behandeln dürfen (Weber & Köhler 2014). Im Jahr 1998 wurde der internationale Zweig der Joint Commission (USA) gegründet. Sie erhielt den Auftrag auch auf internationaler Ebene, die Qualität und Sicherheit der Patientenbehandlung zu verbessern. Deutschland gehört der Joint Commission International (JCI) an, eine Akkreditierung jedoch ist nicht verpflichtend. So waren es 2014 etwa fünf Krankenhäuser in Deutschland, die sich akkreditieren ließen. Aktuell sind es nur noch zwei: Das Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz, akkreditiert seit 02.10.2010 und das Kreiskrankenhaus Greiz GmbH in Greiz, akkreditiert seit 22.11.2013 (Joint Commission International o.J.).

So bleibt es wünschenswert eine Verpflichtung zu Akkreditierungsstandards in deutschen Kliniken zu haben, die die Kommunikation und insbesondere UK einschließen. Im Besonderen vor dem Hintergrund der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der WHO, ist eine Akkreditierung in Bezug auf UK zu argumentieren. Das höchste Ziel der ICF zielt auf die Teilhabe ab und formuliert dabei ihre Anwendungsbereiche „wie z.B. im System der sozialen Sicherheit, bei der Evaluation von Managed Health Care (gesteuerte Gesundheitsversorgung)“ (ICF 2005, S.12).

(Scheinbare) Grenzen und Barrieren

Ein Erklärungsversuch der aktuellen (misslichen) Lage zu UK in Kliniken liegt darin, dass Medizin zu den „klassischen“ Professionen, wie Jura und Theologie, gehört. Diese Professionen unterliegen einer zentralen Rolle (Heilung und Rechtsprechung) in einer Gesellschaft, so dass ihnen besondere Privilegien und Wichtigkeit eingeräumt wurden: Eine eigenständige Verwaltung (Ärztammer), Festlegung der Ethik ihres beruflichen Handelns sowie die Kontrolle über die eigenen Ausbildungs- und Fortbildungsbereiche gehören hierzu. Gleichzeitig wird Ärzten ein hoher Vertrauensvorsprung entgegengebracht und eine nicht hinterfragte, fachliche sowie moralische Autorität zugeschrieben (Körner 2015). Dieses uneingeschränkte Vertrauen in fachliche und moralische Autorität hat sich den letzten Jahren durch gesellschaftliche Veränderungen etwas aufgeweicht (ebd.), dennoch bleiben gewisse Strukturen der Berufsgruppe erhalten. Welche einer interdisziplinären Disziplin wie der UK es schwer aber nicht unmöglich macht, mit diesen geschlossenen Strukturen zu kooperieren.

Schaut man auf das Ausbildungs- und Fortbildungsangebot von Ärzten und des Pflegepersonals, scheint hier UK keine Bedeutung zu finden. Folglich liegt die Vermutung nahe, dass die UK nicht in die Leitlinien für Kliniken aufgenommen wurde. Diese Vermutung bestätigt sich. In den Leitlinien großer Klinikverbände, wie u.a. der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN) oder der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft e.V. ist festzustellen, dass es keine explizierten UK-Leitlinien für Kliniken gibt. Ebenso in den Weiterbildungsordnungen, für beispielsweise die Intensivmedizin und Anästhesie oder der Fachweiterbildung

Intensivpflege, Deutsche Gesellschaft für NeuroIntensiv- und Notfallmedizin (DGNI), werden keine UK spezifischen Themen angeboten.

Spezialisiert man die Suche, auf den sprachtherapeutischen-/ logopädischen Bereich im Hinblick auf UK und Klinik. So ist ebenfalls festzustellen, dass in den Ausbildungscurricula der Logopädie das Thema „UK“ nur in einem kleinen Anteil, aber ohne speziellen Bezug zur klinischen Anwendung, aufgegriffen wird.

Konkrete Barrieren sind darüber hinaus: Die personelle und materielle Situation. Der Personalschlüssel in Kliniken bleibt zu bemängeln, die pflegerische Versorgung ist kaum zu bewältigen. Wie es eine internationale Pflegvergleichsstudie zeigt sind es in Deutschland im Schnitt 13 Patienten pro Pflegekraft, in den USA 5,3 Patienten, 7 in den Niederlanden, 7,7 in Schweden und in der Schweiz 7,9 (Simon & Mehmecke 2017). Zudem ist die hohe Fluktuation von Personal im Alltagsablauf durch Schichtdienste zu erwähnen, sodass mehrere Personen in die Kommunikationsstrategien eines Patienten eingearbeitet werden müssen. Dabei entstehen immer wieder Überforderungen im technischen, sowie dem didaktischen Umgang mit den Geräten. Didaktisches Wissen aus der UK ist hier im Besonderen übergeordnet zusehen und nicht allein auf Geräte zu reduzieren. Folglich bedarf es ein umfangreiches Fachwissen über UK-Methoden und -Strategien, um eine Auswahl der passenden Kommunikationsform für den jeweiligen Patienten zu finden. Deutlich wird zum einen, dass ein vorgefertigtes Seitenset für alle Patienten nicht ausreicht (aber schon mal ein Anfang ist) und zum anderen ein „Material-Pool“ mit verschiedenen Adaptionmöglichkeiten zur Ansteuerung notwendig ist. Nicht zu vergessen sind die hygienischen Anforderungen an das Material. Kommunikationstafeln müssen desinfizierbar sein, ebenso wie die elektronischen Hilfen. Auch infrastrukturelle Probleme, wie die Halterung eines Kommunikationsgerätes, Wechselwirkungen zwischen den Systemen und Behinderung der pflegerischen Tätigkeiten können zu weniger Einsatz von UK führen.

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

Erschwerend kommt hinzu, dass UK häufig immer noch als letzte Möglichkeit der Kommunikationsunterstützung betrachtet wird. Im Fokus der Behandlung steht die funktionelle Wiederherstellung des Sprechens und der Sprache und UK als temporäre Kommunikationsüberbrückung, welche eine Teilhabe ermöglicht, wird dabei übersehen.

Wahrnehmen, Überprüfen, Bereitstellen

Folgende niederschwellige Kommunikationsmittel sollen auf jeder Intensiv- oder Überwachungsstation und auch auf den Normalstationen vorhanden sein (symbolbasiert + schriftsprachlich):

- ✓ Kommunikationstafeln für die Themen: Schmerz, Bedürfnisse, Körper, Gefühle
- ✓ Buchstabentafeln: einfach, komplex
- ✓ Ja- / Nein: Wortkarten / Symbolkarten
- ✓ Ja- /Nein - Code: Information
- ✓ Kommunikations-Pass mit Instruktionen
- ✓ Ja- / Nein-Fragen Hierarchie
- ✓ White-Boards als Schreib- / Zeichentafel
- ✓ Thementafeln zum Ermöglichen von Hinweisen für Gesprächsthemen
- ✓ Symbolhafte und schriftsprachbasierte Darstellung von Routineabläufen
- ✓ Adaptionmöglichkeiten des Schwesternrufes (Tasten)

Aufgrund von motorischen Begebenheiten ist es dem Patienten manchmal nicht möglich eine Tafel direkt anzusteuern, dann müssen andere Formen der Ansteuerung in Betracht gezogen werden. Auch ein Einsatz von elektronischen Kommunikationshilfen muss neben den low-tech-Materialien angedacht und ggf. ermöglicht werden. Dies befähigt den Patienten zu einer unabhängigeren Kommunikation. Über die Komplexität der Kommunikationsstrategie muss individuell je nach Fähigkeiten entschieden werden. Jedoch können schon bei unklaren Fähigkeiten des Patienten bzgl. Wachheit und sprachlich-kommunikativen Kompetenzen elektronische Hilfen als ein Mittel zur Diagnostik bzw. zur strukturierten Beobachtung eingesetzt werden (vgl. Beer 2017).

Hervorzuheben ist der Personenkreis mit sprachlichen Einschränkungen aufgrund kultureller Unterschiede, geringen medizinischen Sprachkenntnissen oder Einschränkungen in der Lese-/Rechtschreibfähigkeiten (Costello et al. 2010). Eine einfache Unterstützung, die mehr Transparenz für den Patienten schafft, könnten hier „Übersetzungen“ wichtiger Dokumente in leichte Sprache und / oder symbolunterstützende Ablaufpläne sein. Gerade bei ausländischen Patienten ist neben der Fremdsprache, die vielleicht in einem gesundheitlichen Notstand nicht und nur unzureichend vom Patienten abzurufen ist, der kulturelle Unterschied ein wichtiger Aspekt. Hier kann eine Kommunikationstafel in der eigenen Landessprache mit zentralem Vokabular eine Brücke zwischen Kommunikation und Kultur darstellen. (siehe Abb. 1)

Gerade bei geplanten Klinikaufenthalten ist eine gute Vorbereitung möglich. Ein Beispiel dafür ist „Der Krankenhaus-Pass“ (siehe Abb. 2). Der Krankenhaus-Pass ist ein Projekt der Vorarlberger Landesregierung. 2016 durchlief das Projekt eine Pilotphase in fünf Vorarlberger Sozialeinrichtungen. Bis 2020 wird zurzeit an Weiterentwicklung und Implementierung des Krankenhaus-Passes gearbeitet (connexia o.J.). Ziel ist es, die Begegnung zwischen Patientinnen bzw. Patienten und dem Personal in der Klinik zu erleichtern. Wichtige Informationen über die Patientin und den Patienten werden kurz und prägnant dargestellt. Gleichzeitig hat der Pass eine Signalwirkung und macht Angestellte in der Klinik auf die spezifische Situation der Patienten aufmerksam (ebd.). Eine andere hilfreiche Vorbereitung ist, die Formulierung einer genauen Liste mit wichtigen Themen: Über welche Themen derjenige gern redet, was er gern fragen möchte, etc.

Sammlung von UK Materialien für den Klinik Einsatz

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

- Deutschsprachige Seite zum Thema UK bei Erwachsene / UK in der Klinik inkl. Materialseite: <https://uk-im-blick.de>
- Englischsprachige Seite zum Thema UK in der Klinik inkl. Material: <http://www.patientprovidercommunication.org/>
- Buch: Handbuch der Unterstützten Kommunikation. von Loeper Literaturverlag (Hrsg.). Karlsruhe 2003. Kapitel 17. Jordan und Tapken (2013) praxisnahe Kopiervorlagen für UK in ärztlicher Praxis und medizinischer (Notfall-) Versorgung.
- Buch: Augmentative Communication Strategies für Adults with Acute or Chronic Medical Conditions. David Beukelman, Kathryn Garrett, Kathryn Yorkston. Paul H Brookes Publishing. 2007.
- Praxis und Beratungsstelle für UK – LogBUK. Unter: <https://www.logbuk.de/materialien> - Materialien zur Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten in zwei Übersichtstabellen, sowie Buchstabentafeln, Schmerztafeln, Ja-Nein-Kommunikation
- Methodenzentrum Unterstützte Kommunikation (MEZUK). Kommunikationstafel für medizinische Belange. <http://www.mezuk.de/#mezuk-shop2> - Tafeln als auch APP-Variante
- REHAVISTA. Klinikseitenset unter: https://www.rehavista.de/?at=Mat_Boardmaker – Kommunikationstafeln in diversen Sprachen; Kommunikationstafelset „Klinik“, Kliniktafel „multilingual“
- Metacom Symbole. Unter: <https://www.metacom-symbole.de/downloads/ewExternalFiles/Schmerzskala.pdf> - Schmerzskala; und unter: https://www.metacom-symbole.de/downloads/download_fremdsprachen.html - mehrsprachige Kommunikationsseiten
- TobiiDynavox: Unter: <http://www.tobiidynavox.de/boardmaker/boardmaker-mehrsprachige-tafeln/> - ebenfalls mehrsprachige Tafeln

Fazit

Deutlich ist, dass die Klinik ein besonderes Setting für die Unterstützte Kommunikation ist. Der Personenkreis derer, die an den Methoden der UK profitieren erweitert sich um ein Vielfaches in Bezug auf die derzeitige Nutzerschaft von UK. Zugleich werden das Potential und die Weite von UK aufgezeigt. An dieser Stelle ist eine klare Forderung für die Implementierung und Verankerung von Leitlinien für UK in Kliniken zu formulieren. Auf dem Weg der Bewusstseinsbildung und Implementierung von UK im klinischen Kontext ist der Auftrag nicht allein durch vereinzelnde Praxisprojekte von einzelnen Personen getan. Benötigt wir das Engagement von Verbänden, Wissenschaft und politische Bestrebungen. Ziel muss ein Umdenken innerhalb der professionseigenen Strukturen und der medizinischen Verbänden sein. Dabei sollte der Blick darauf gelenkt werden UK in die klinische Leitlinien aufzunehmen und es sollte als Maßstab für Qualitätsstandards in Kliniken dienen. Darüber hinaus sollten Ausbildungscurricula von Pflege, Therapeuten und Ärzten überarbeitet werden und zu guter Letzt über Wege der Finanzierung und über Forschungsmöglichkeiten nachgedacht werden.

Literaturverzeichnis

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

Bauersfeld, S. (2007): „Hilfe, Herr Doktor...“. Vorstellung eines neuen Kommunikationsbuches zur Verwendung in Kliniken. In: Stefanie Sachse; Cordula Birngruber & Silke Arendes (Hg.): Lernen und Lehren in der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe: von Loeper, S. 27-37

- Bauersfeld, S. / Bauersfeld, S. (2011): Unterstützte Kommunikation im Kontext medizinisch beruflicher Pflege. In: Silke Jordan (Hg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe: von Loeper-Literaturverlag, S. 17.038.001-17.049.001.
- Beer, S. (4/2017): Kommunikation trotz Beatmung oder Trachealkanüle? Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation (UK). In: Gepflegt Durchatmen. IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH. Unterhaching. S.60-64
- Beer, S. (2017): Einsatz von Augensteuerungen bei „basalen“ Anwendern. In: Unterstützte Kommunikation (4), S. 36–42.
- Blackstone, S. (2012): Zugang zu Kommunikationsmöglichkeiten in allen Bereichen des Gesundheitswesens In: Silke Jordan (Hg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. 9. Aufl. Karlsruhe: von Loeper-Literaturverlag, S. 17.050.001-17.057.001.
- Connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gGmbH (o.J.): Ein Produkt für Vorarlberg. Der Krankenhaus Pass. Online verfügbar unter <https://www.krankenhaus-pass.at/krankenhaus-pass.html#erklaerung>, zuletzt geprüft am 21.02.2018.
- Costello, J. M.; Patak, L.; Pritchard, J. (2010): Communication vulnerable patients in the pediatric ICU: Enhancing care through augmentative and alternative communication. In: Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach 3, 289-301.
- Costello, J. M.; Santiago R. (2014): AAC Assessment an Intervention in the Intensive Care / Acute Care Settings: From Referral Through Continuum of Care. Vortrag internationale isaac Konferenz, Lissabon.
- DIMDI/WHO (Hgg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), deutschsprachige Fassung (International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001). Genf: World Health Organization.
- Ehwald, K. (2018): Das elterliche Erleben von kommunikativen Situationen eines unterstütz kommunizierenden Kindes oder Jugendlichen während eines Krankenhausaufenthaltes. Eine qualitative Interviewstudie unter Berücksichtigung des Einsatzes eines nichtelektronischen oder elektronischen Hilfsmittels. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Katholischen Hochschule Freiburg, Freiburg.
- Happ, M.B.; Roesch T.K.; Garrett, K. (2004): Electronic voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a medical intensive care unit: a feasibility study. In: Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care, 33, S. 92-101
- Hennig, B.; Erdelyi, A.; Groß M. (2017): Unterstützte Kommunikation als interdisziplinäres Arbeitsfeld im klinischen Kontext. In: Dorothea Lage; Karen Ling (Hg.): UK spricht viele Sprachen. Karlsruhe: von Loeper-Literaturverlag, S. 139-153.
- Jordan, S.; Tapken M. (2013): Unterstützte Kommunikation in ärztlicher Praxis und medizinischer (Notfall-) Versorgung. In: Silke Jordan (Hg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. 10. Aufl. Karlsruhe: von Loeper-Literaturverlag, S. 17.063.001-17.068.001.
- Joint Commission International (o.J.): JCI-Accredited Organizations. Online verfügbar unter <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Germany&a=Hospital%20Program>, zuletzt geprüft am 13.02.2018.
- Körner, J. (2015): Psychotherapeutische Kompetenzen. Wiesbaden: Springer
- Lauer, H. G. (2010): Unterstützte Kommunikation in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung. In: Silke Jordan (Hg.): Handbuch der Unterstützten Kommunikation. 7. Aufl. Karlsruhe: von Loeper-Literaturverlag, S. 17.003.001-17.008.001.
- Patek, L.; Gawlinski, A.; Fung, N. I.; Doering, L.; Berg, J.; Henneman, E. A. (2006): Communication boards in critical care: Patients' view. In: Applied Nursing Research (4), 19, S. 182-190
- Simon, M.; Mehmecke, S. (2017): Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Online verfügbar unter https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf, zuletzt geprüft am 19.02.2018.
- Sturmair, D. (2012): Sprachlos im (Krankenhaus)Alltag. Masterarbeit.
- Weber, S.; Köhler, M. (2014): Unterstützte Kommunikation im Klinikalltag. Notwendigkeiten und Grenzen. In: Unterstützte Kommunikation, 2014 (4), S.6-11.