

Kommunikation unter intensivmedizinischen Bedingungen

von Dr. Paul Diesener

Nach einer schweren Verletzung oder Erkrankung des Zentralen Nervensystems (ZNS) sind viele uns selbstverständlich erscheinende Alltagsfertigkeiten nicht mehr oder nur sehr eingeschränkt möglich. Das hängt damit zusammen, dass jede körperliche oder geistige Wahrnehmung oder Äußerung durch unser störanfälliges Nervensystem gesteuert wird. Hierzu gehören so selbstverständliche Dinge wie die sprachliche Kommunikation aber auch Essen und Trinken und nicht zuletzt die Atmung. Je elementarer die gestörte Funktion, desto intensiver die medizinischen Maßnahmen zu deren Erhalt. Schließlich geht es ums Überleben. Wie es trotz oder besser dank dieser intensivmedizinischen Rahmenbedingungen möglich ist, alltagspraktische Fähigkeiten wie die sprachliche Kommunikation wieder zu erlangen, davon handelt dieser Beitrag. Die Ausführungen basieren auf 15 Jahren Erfahrung im Umgang mit Schluck- und Atemstörungen. Vor allem praktische Fragestellungen sind Gegenstand dieser Ausarbeitung, die rein empirisch fundiert ist. Es wird bewusst auf Referenzen verzichtet. Der Beitrag ist daher als Diskussionsbeitrag, Denkanstoß und Hilfestellung für diejenigen verstanden, die im Umgang mit neurologisch schwerst beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen nach praxisnahen Informationen suchen.

Künstlicher Atemweg

Künstlicher Nahrungsweg

In der Intensivmedizin werden Maßnahmen ergriffen, die lebensrettend sind oder schwerwiegende Beschwerden lindern sollen. Ihr zunächst störender Einfluss auf Kommunikation und Nahrungsaufnahme spielt in der Akutklinik noch keine große Rolle. Erst in der Frührehabilitation überschneiden sich intensivmedizinische Erfordernisse und rehabilitatives Denken.

Ein *künstlicher Atemweg* ist in der Akutbehandlung lebensrettend, behindert aber die sprachliche Äußerungsfähigkeit durch Überbrückung der Stimmbänder.

Während der kritischen Phasen einer neurologischen Erkrankung oder Verletzung wird die *Ernährung auf künstlichem Weg* fortgesetzt, wenn die orale Nahrungsaufnahme nicht mehr möglich ist. Da die künstlichen Nahrungswege aber auch ihrerseits die Luft- und Speisewege nicht unbeeinträchtigt lassen, wird der spätere Kostaufbau unter Umständen erschwert.

Im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlung und auch in der Frührehabilitation werden eine Vielzahl *Medikamente* eingesetzt, die nicht ohne Einfluss auf die Funktion von Rachen und Kehlkopf sind. Medikamente, die auf die Nervenleitung wirken, können die Empfindung und Motorik derart dämpfen, dass eine lautsprachliche Kommunikation schwer behindert oder gar unmöglich ist. Stören die Medikamente auch die natürlichen Schutzreflexe wie Schlucken und Husten, so dass zum Schutz der Atmung ein künstlicher Atemweg zweckmäßig ist, muss zunächst auf eine sprachliche Kommunikation verzichtet werden.

Die *Umgebung* der Intensivstation, aber auch die Frührehabilitationsabteilung ist für den aufwachenden, noch desorientierten Patienten ein kommunikations-feindlicher Raum mit zahlreichen Störfaktoren wie z. B. akustischen Alarmen oder Fehlalarmen von Monitoren. Deren Bedeutung können die Patienten entweder nicht erfassen oder als bedrohlich empfinden, z. B. wenn sie Alarme zwar wahrnehmen aber allesamt auf sich beziehen. Die Hektik und die große Zahl von Personen, die zudem in einem für den Patienten undurchschaubaren Rhythmus täglich wechseln und in einsiger Betriebsamkeit ständig einen ver-

Abb. 1:
Wo/Weil
Atmung und
Nahrung sich
kreuzen

Rahmenbedingungen der Intensivmedizin / Störfaktor für die Rehabilitation

