

**Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation
für Menschen am Lebensende
im Hospiz- und Palliativbereich**

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Heidi Sailer-Strümpf

51841141

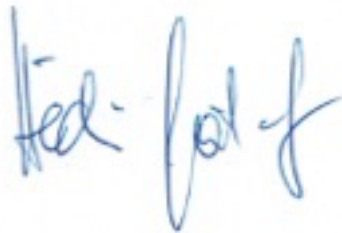
Begutachter/in: Dipl. Ing. Martin Morandell

Marz, Februar 2021

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.

06.02.2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Hed. Hof'.

Abstract

Vielen Menschen am Lebensende ist es häufig aufgrund ihrer physischen oder kognitiven Einschränkungen nicht mehr möglich sich in der gewohnten Form, insbesondere mittels Lautsprache, zu kommunizieren. Im Rahmen dieser Arbeit wird daher der Frage nachgegangen, welche Möglichkeiten die unterstützte Kommunikation für Menschen mit Kommunikationseinschränkungen am Lebensende im Hospiz- und Palliativbereich bietet. Es werden die Grundzüge der unterstützten Kommunikation und deren Möglichkeiten, Anwendungsgebiete und Einsatzbereiche aufgezeigt. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf den Bedürfnissen von Menschen am Lebensende und wie, unter Anwendung unterstützter Kommunikation, diese befriedigt werden können. Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen, dass die unterstützte Kommunikation für den Hospiz- und Palliativbereich viele Möglichkeiten im Bereich der körpereigenen Hilfsmittel ebenso wie der körperfremden Kommunikationsmittel, welche in nicht-elektronische und elektronische Hilfsmittel unterteilt werden, bietet. Es wird auf die Möglichkeiten niederschwelliger Kommunikationsmittel, natürlicher und komplexer Sprachausgabegeräte, dazu passende Voice- und Message Banking sowie Ansteuerungsmöglichkeiten mittels Mundmaus oder Joystick eingegangen. All diese Hilfsmittel können je nach individuellen Einschränkungen, Einbezug von Betroffenen Angehörigen und dem Pflegepersonal zu Hause, sowie in Pflegeanstalten angewendet werden und so zu einer verbesserten Lebensqualität für sterbende Menschen beitragen.

Schlüsselbegriffe: Unterstützte Kommunikation, UK, Hospiz, Palliativmedizin, Menschen am Lebensende.

Abstract

At the end of their life, many people face restrictions of using their voice and also other forms of communication, often due to physical or cognitive limitations. This study examines and analyses the opportunities of augmentative and alternative communications (AAC) people with communication impairments at the end of their life, in the hospice or more general in palliative care sector. Basic concepts and technologies of AAC, areas of application, are shown. The focus is directed towards typical social and human needs of people at the end of life and how these needs can be addressed in a satisfying way for all stakeholders. Results of a literature research show that supported communication for the hospice and palliative care sector brings benefits through endogenous aids as well as external communication aids (non-electronic and electronic aids). The possibilities of low simple communication methods, natural and complex speech output devices, voice-banking and message-banking as well as control options using a mouth mouse or joystick are discussed. All of these tools can be used at home and in nursing homes, depending on the individual limitations, the involvement of those affected by relatives and the nursing staff, and thus contribute to an improved quality of life.

Keywords: Augmentative and Alternative Communication, AAC, Hospice, Palliative Care, End of Life.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	7
1.1 Problemdarstellung.....	7
1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung	8
1.3 Methode.....	8
2 Begriffsdefinitionen	10
2.1 Hospiz.....	10
2.2 Palliativmedizin	10
2.3 Unterstützte Kommunikation (UK).....	12
3 Kommunikationsbedürfnisse im Hospiz- und Palliativbereich.....	13
3.1 Persönliche Bedürfnisse	13
3.2 Kommunikation mit dem Personal.....	14
3.3 Direkte Kommunikation	16
3.4 Kommunikation auf Distanz.....	16
4 Unterstützte Kommunikation	18
4.1 Anwendungsgebiete unterstützter Kommunikation	18
4.2 Arten der unterstützten Kommunikation	18
4.3 Ziele und Prinzipien der unterstützten Kommunikation	25
4.4 Relevante Ansätze für den Hospiz- und Palliativbereich.....	26
5 Möglichkeiten der UK für Menschen am Lebensende	28
5.1 Formen der UK im Hospiz- und Palliativbereich	28
5.1.1 Körpereigene Kommunikationsmittel	28
5.1.2 Niederschwellige Kommunikationsmittel.....	29
5.1.3 Sprechende Tasten.....	30
5.1.4 Sprachausgabegeräte.....	30
5.1.5 Voice Banking und Message Banking	31
5.1.6 Umfeldsteuerung.....	32
5.1.7 Ansteuerungsmöglichkeiten.....	32
5.2 Probleme und Barrieren für UK im Hospiz- und Palliativbereich	33
5.3 Welche Einsatzmöglichkeiten ergeben sich daraus?	35
5.3.1 Einsatz bei Beatmung / Tracheotomie	35
5.3.2 Einsatz bei Aphasie	36
5.3.3 Einsatz bei Demenz	36

5.3.4 Einsatz bei Personen mit vegetativen Status.....	36
5.3.5 Einsatz bei ALS.....	36
5.3.6 Einsatz bei Hörbeeinträchtigung	37
5.4 Welche Bedürfnisse können mit UK befriedigt werden?	37
6 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage	40
7 Zusammenfassung und Ausblick.....	43
Literaturverzeichnis	44
Abbildungsverzeichnis	49
Tabellenverzeichnis	50

1 Einleitung

"Kommunikation ist bis ans Lebensende ein menschliches Grundbedürfnis und subjektiv für Lebensqualität von entscheidender Bedeutung. Sie ist eine wesentliche Bedingung für soziale Partizipation und Selbstbestimmung und zudem eine wichtige Grundlage jeder Entwicklung" (Wilken, 2014, S.7).

1.1 Problemdarstellung

Menschen am Lebensende ist es häufig nicht mehr möglich sich uneingeschränkt mit ihrer Stimme oder anderen Kommunikationsformen mitzuteilen, im Gegensatz zu Personen ohne Spracheinschränkungen, welchen es möglich ist zu sprechen, zu gestikulieren, ihre Mimik einzusetzen oder zu schreiben. Um mit anderen kommunizieren zu können, müssen sie sich ihrer „Sprachlosigkeit“ zuwenden, sich damit auseinandersetzen und neue Wege finden sich mitzuteilen. Neue Kommunikationsmöglichkeiten müssen den Betroffenen vorgestellt, angeboten und nähergebracht werden. Es ist auch für die Angehörigen sinn- und wertvoll sich mit diesen neuen Wegen auseinanderzusetzen, um den Kontakt mit den sterbenden Menschen aufrechterhalten und weiter pflegen zu können (Beer, 2015a, S. 422ff). Die Grundlage der palliativmedizinischen Philosophie und Praxis ist die Kommunikation. Alle Ebenen der Kommunikation tragen zur Begleitung des Menschen am Lebensende bei, ganz gleich ob das nun zwischen Ärzteteam und Patientinnen und Patienten und Familienmitgliedern, zwischen den zu behandelnden Personen und Angehörigen oder auch zwischen den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Palliativteams ist (Schulz-Quach & Schnell, 2019, S. 124). Mit „unterstützter Kommunikation“ soll kommunikationsbeeinträchtigten Menschen die Möglichkeit geboten werden sich effektiv zu verständigen. Der Einsatz von unterstützter Kommunikation bedeutet demnach für die betroffenen Personen, dass sie an ihrer Umwelt teilhaben können und somit deutlich mehr Lebensqualität erfahren können.

Im englischen ist die unterstützte Kommunikation (UK) unter dem Begriff „AAC“ (Augmentative and Alternative Communication) bekannt (Kristen, 2000).

Die Gründe wofür unterstützte Kommunikation (UK) begründet und angewandt wird, sind laut von Tetzchner & Martinsen (2002) folgende:

1. UK als Ausdrucksmittel
2. UK als Unterstützung des Spracherwerbs oder Wiedererwerbs
3. UK zur Unterstützung der vorhandenen Sprache
4. UK als Ersatzsprache

Sprachlosigkeit kann dazu führen, dass die betroffenen Personen selten angesprochen werden. Der Umgang mit nicht-elektronischer sowie elektronischer Unterstützung muss für die betroffene Person leicht zu bedienen und nicht abschreckend sein und vor allem auch einen Nutzen bringen. Gerade im Hospiz- und Palliativbereich kann mit eben diesen Hilfsmitteln viel zur Verbesserung der Lebensqualität beigetragen werden.

Die unterstützte Kommunikation sieht es als oberste Priorität, den betroffenen Personen wieder Teilhabe am Alltag zu ermöglichen. Daher ist es sinnvoll die jeweils passenden Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation so früh wie möglich anzuwenden, um nicht nur die Patientin und den Patienten, sondern auch Angehörige wie auch dem Pflegepersonal hier eine Stütze sein zu können. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass das Erlernen und die Anwendung der neuen Systeme für den Erkrankten zeitaufwendig sein kann und auch geschult werden muss, daher ist hier bei allen Seiten Geduld und Wollen gefragt (Beer, 2015a).

1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung

In dieser Bachelorarbeit soll die Frage beantwortet werden, ob und wie es möglich ist Menschen in hospiz- und palliativ Situationen die gewünschte Kommunikation zu gewährleisten und damit auch das Lebensumfeld so angenehm wie möglich zu gestalten.

Ziel soll es sein, Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation aufzuzeigen und vor allem auch deren Umsetzung, den Einsatz und die Etablierung im Hospiz- und Palliativbereich zu eruieren. Es wird beantwortet welche Möglichkeiten die unterstützte Kommunikation hierfür bietet, um den Bedürfnissen nach Kommunikation nachkommen zu können und ob deren Einsatz/Nutzung für Menschen an ihrem Lebensende sinnvoll und machbar ist.

Daher ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Welche Möglichkeiten bietet die unterstützte Kommunikation für Menschen mit Kommunikationseinschränkungen am Lebensende im Hospiz- und Palliativbereich?

1.3 Methode

Als methodische Vorgangsweise zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche durchgeführt.

Hierfür wurde einschlägige Fachliteratur in Form von Büchern und Zeitschriften herangezogen. Die Literaturrecherche wurde anhand von google scholar, google books, in den Bibliothekssuchmaschinen der Ferdinand Porsche FernFH (Pro Quest Ebook Central, Elektronische Zeitschriftenbibliothek) sowie dem Internet vorgenommen.

Es wurde gezielt nach Literatur zu folgenden Begriffen gesucht: Hospiz, Palliativmedizin, Unterstützte Kommunikation mit und ohne den Begriffen Bedürfnisse, Distanz, Lebensende, Barrieren, Möglichkeiten, Anwendungsgebiete, Demenz. Des Weiteren wurde nach den Begriffen AAC bzw. Augmentative and Alternative Communication mit und ohne den Begriffen Aphasia, Acute and Critical Care Settings, sowie auch nach End of Life, Demenz, Kommunikationshilfen gesucht.

2 Begriffsdefinitionen

In diesem Kapitel werden die wesentlichen Fachbegriffe definiert und erklärt, was zur besseren Verständlichkeit beim Lesen der Arbeit verhelfen soll.

2.1 Hospiz

Der Begriff „Hospiz“ kommt aus dem lateinischen „hospitium“ und bedeutet Gastfreundschaft oder Herberge. Die moderne Hospizbewegung geht auf die englische Krankenschwester und spätere Ärztin Cicely Saunders (1918-2005) zurück. Sie gründete 1967 das St. Christopher's Hospice in London, um Missstände in der Betreuung Sterbender abzuwenden und schwerstkranken und sterbenden Menschen eine lebenswerte und würdevolle Zeit bis zum Tod zu ermöglichen.

Der bis heute geltende Leitspruch Saunders für die Hospizidee lautet: „Low tech and high touch“ – ein Minimum an Technik und ein Maximum an Streicheleinheiten!

Saunders Forschungen stellten das Konzept „total pain“ auf, dem Schmerz in all seinen Dimensionen, der körperlichen, psychischen, sozialen sowie der spirituellen. Ihrer Meinung nach ist es für die Betreuung am Lebensende erforderlich, dass all diese Dimensionen berücksichtigt werden. Das Hospiz wird als „Raststätte“ für den letzten Lebensabschnitt vor dem Tod verstanden und will das Sterben in Geborgenheit ermöglichen.

In den frühen 1970er Jahren war die Hospizidee nur in den englischsprachigen Ländern bekannt, erst in den 1980er Jahren wurden auch im deutschsprachigen Raum die ersten Hospize gegründet. 1975 wurde durch den kanadischen Arzt Balfour Mount der Begriff „Palliative Care“ für die Hospizbewegung im Zusammenhang mit Krankenhäusern eingeführt, Grund hierfür war, dass im Französischen der Begriff „hospice“ die Bezeichnung für Pflegeheime war (<https://www.hospiz.at/hospiz-palliative-care/geschichte/>, 07.11.2020).

2.2 Palliativmedizin

Das Wort „palliativ“ wird auf das lateinische „pallium“ (Mantel, Umhang) oder auch „palliare“ (bedecken, tarnen, lindern) zurückgeführt (Müller-Busch, 2019, S. 4).

Inhaltlich steht die Palliativmedizin für eine allumfassende und aktive Betreuung von Patientinnen und Patienten, wobei das Augenmerk darauf gerichtet ist die Schmerzen und andere Symptome ständig zu kontrollieren, zu überwachen und zu lindern und ebenso die sozialen, psychologischen und spirituellen Probleme gleichwertig zu berücksichtigen. Die Palliativmedizin hat eine interdisziplinäre Ausrichtung und soll die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen verbessern.

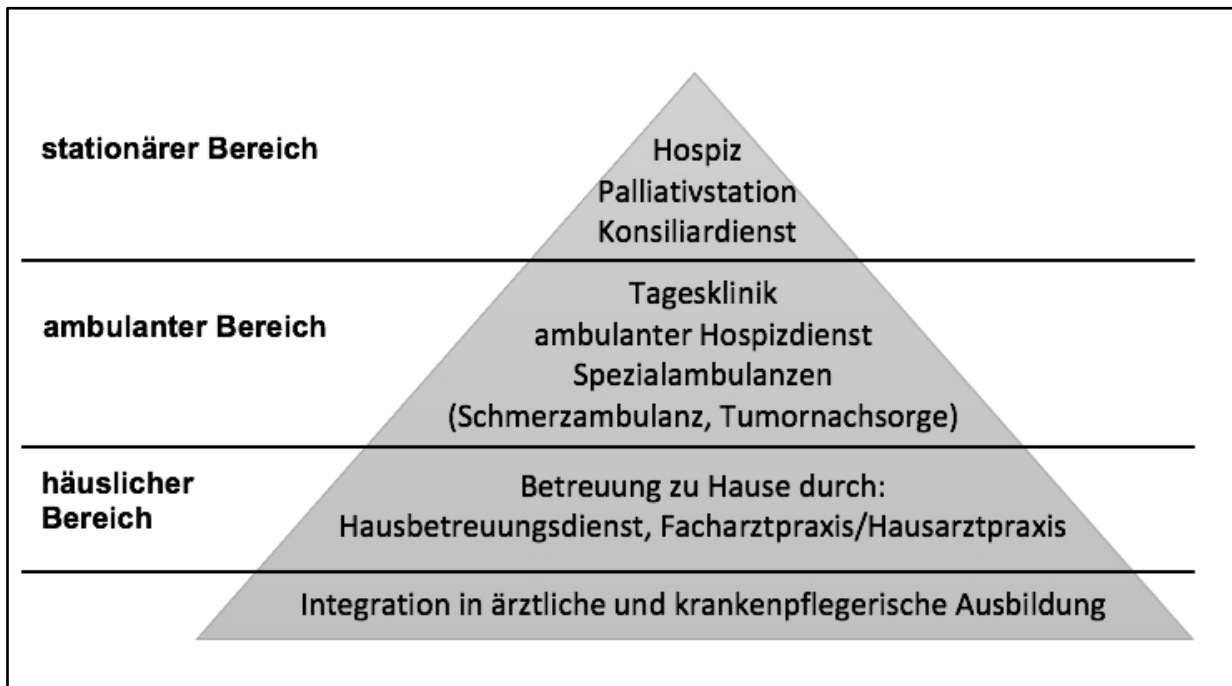
Für diese Betreuung und Hilfestellung steht eigentlich der Begriff „Palliative Care“ (Palliative Betreuung). Der Unterschied zwischen *Palliativ Medizin* und *Palliative Care* (palliative Betreuung), kann so beschrieben werden, dass Palliativmedizin die ärztlichen palliativmedizinischen Maßnahmen darstellt, in der palliativen Betreuung werden alle Bemühungen sämtlicher interdisziplinären Teams zusammengefasst. Der Begriff „Palliativmedizin“ wird im deutschsprachigen Raum zumeist als Synonym für beide Begriffe verwendet (Aulbert et al., 2011, S. 2f).

Die Definition für Palliativmedizin der Weltgesundheitsorganisation beschreibt diese als einen „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Erkrankungen und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen“ (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>, 31.01.2021). Das soll durch Vorbeugen und Linderung von Schmerzen anhand frühzeitiger Erkennung und Einbeziehung spezialisierter Fachkräfte, genauester Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und auch allen anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art erfolgen.

Die oberste Priorität in der Palliativmedizin ist die Linderung von Schmerzen und schwerwiegenden Symptomen, Palliativmedizin steht für das Leben und sieht das Sterben als normalen Prozess. Ihr Ziel ist es die Lebensqualität bis zum Tod zu erhalten und auch zu fördern, dabei will sie den Tod weder hinauszögern noch beschleunigen. Die Palliativmedizin unterstützt Patientinnen und Patienten dabei ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu verbringen, sie unterstützt aber auch die Angehörigen in der Zeit während der Erkrankung und auch in der Trauerzeit danach.

In der Palliativmedizin sind verschiedene Berufsgruppen und Fachrichtungen involviert und arbeiten in multiprofessionellen Teams miteinander (https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf, 07.11.2020).

Abbildung 1: Organisationsformen in der Palliativmedizin



(Quelle: eigene Darstellung nach Aulbert et al., 2011, S. 3)

2.3 Unterstützte Kommunikation (UK)

Unter dem deutschen Sammelbegriff „Unterstützte Kommunikation“ werden alle pädagogischen und therapeutischen Hilfen und Maßnahmen verstanden, die Personen aufgrund nicht vorhandener oder eingeschränkter Lautsprache zur Verfügung gestellt werden können, um ihnen die Kommunikation mit anderen und Mitbestimmung zu ermöglichen. Im englischen Raum wird der Begriff „AAC“ (Augmentative and Alternative Communication) verwendet, „augmentative“ steht für das Ergänzen der unzureichenden Lautsprache und „alternative“ für das Ersetzen der Lautsprache (Braun, 2020, S. 20).

Diese fehlende Lautsprache kann durch eine andere Form der Kommunikation, eben der „Unterstützten Kommunikation“ ausgeglichen werden. Dies geschieht zumeist anhand von Gebärden, grafischen Symbolen, Schriftzeichen, Bildern, und anderem. Aber auch anhand von elektronischen Hilfen, mit oder ohne Sprachausgaben (Wilken, 2014, S.9). Unterstützte Kommunikation soll Menschen mit eingeschränkter Kommunikation die Möglichkeit bieten sich effektiv zu verständigen. Der Einsatz von Kommunikationssystemen bedeutet für die betroffenen Personen, dass sie an ihrer Umwelt teilhaben können und somit deutlich mehr Lebensqualität erfahren können (Kristen, 2000).

3 Kommunikationsbedürfnisse im Hospiz- und Palliativbereich

Die Bedürfnisse Sterbender unterscheiden sich nicht von denen anderer Menschen und allen voran steht das Bedürfnis, als lebender Mensch gesehen und auch so behandelt zu werden. Hinsichtlich der Betreuung von Hospiz- und Palliativpatienten ist es notwendig auf unterschiedlichste Problematiken in der Kommunikation einzugehen, welche sich aus den Krankheitsbildern der Betreuten ergeben (Hören, Sehen, Krankheit) (Gatterer & Croy, 2007, S. 177f).

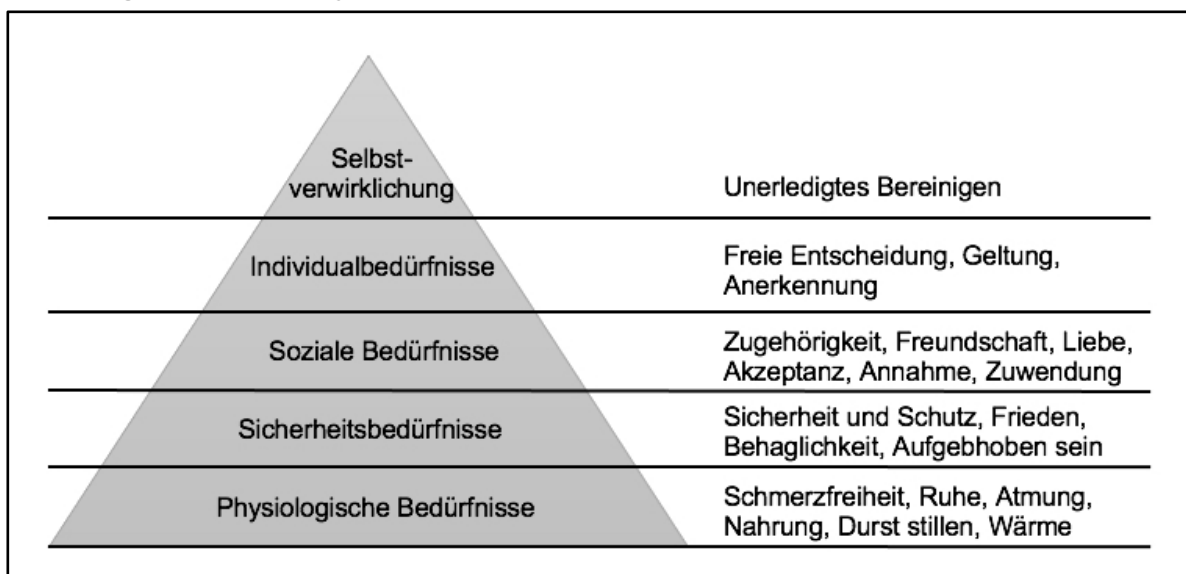
3.1 Persönliche Bedürfnisse

Wie das Leben eines jeden Menschen einzigartig ist, ist auch das Sterben und der Tod individuell und facettenreich und so gestalten sich auch die persönlichen Bedürfnisse sehr unterschiedlich.

Maslow hat in seiner Bedürfnispyramide die Bedürfnisse des Menschen illustriert. Es werden fünf hierarchische Ebenen unterschieden, die nächsthöheren Bedürfnisstufe kann nur dann erreicht werden, wenn die darunterliegende erfüllt wurde (<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/beduerfnishierarchie-31397/version-254956>, 03.01.2021).

In der hier angeführten Abbildung werden anhand dieser Bedürfnispyramide die „Bedürfnisse der Sterbenden und des Sterbenden“ aufgezeigt.

Abbildung 2: Bedürfnispyramide des Sterbenden



(Quelle: Eigendarstellung, frei nach http://www.pkgodzik.de/fileadmin/user_upload/Beauftragter_Sterbebegleitung/Beduerfnisse_Sterbender.pdf, 20.12.2020)

Grundlegende Bedürfnisse, die auch in der täglichen Kommunikation Sterbender zum Tragen kommt, sind unter anderem:

- Das Bedürfnis, nicht in Einsamkeit sterben zu müssen, sondern an einem vertrauten Ort umgeben von den liebsten Menschen, die einem das Gefühl von Hoffnung vermitteln.
- Das Bedürfnis, nach Schmerzfreiheit soweit dies möglich ist - um nicht leiden zu müssen.
- Das Bedürfnis, unerledigte Dinge vor dem Tod noch zu erledigen.
- Das Bedürfnis, Empfindungen und Emotionen, wie Angst und Verunsicherung, zum Thema Tod zum Ausdruck zu bringen und ausleben zu dürfen.
- Das Bedürfnis, auf sämtliche Fragen, auch wenn sie unangenehm sind, ehrliche und vollständige Antworten zu bekommen.
- Das Bedürfnis, in der Religion Trost zu finden indem es möglich ist Rituale zu leben, sich den Sinnfragen zu stellen.
- Das Bedürfnis, in Frieden und mit Würde zu sterben (Aulbert et al., 2011, S. 2f).

Diese Bedürfnisse wollen von Menschen am Lebensende auch verständlich weitergegeben werden. Das Grundbedürfnis sich auszudrücken, sich bemerkbar zu machen und in weiterer Folge verstanden zu werden ist vorhanden und die Umsetzung dieser Kommunikation essenziell.

Durch Kommunikationseinschränkungen, welche häufig bei sterbenden Menschen aufgrund von Erkrankungen, Kraftverlust oder Medikation auftreten, kommt es zu Nachteilen in der Verständigung und darüber hinaus in der gesamten sozialen Teilhabe. Ohne Kommunikation der persönlichen Bedürfnisse kommt es zu keiner aktiven Mitbestimmung und Mitsprache am eigenen Lebens. Durch ein Falsch- und Nichtverstehen kommunizierter Bedürfnisse kommt es zu Frust und Resignation bei der zu kommunizieren versuchenden Person (Wilken, 2020, S. 9).

Umso näher der sterbende Mensch seinem Lebensende kommt, umso mehr ist seine Lebensqualität davon abhängig, dass er Sicherheit verspürt. Diese Sicherheit liegt einer in der Gefühlsebene verankerten Gewissheit zugrunde, welche den Boden der Lebensqualität auf den letzten Wegstrecken schafft (Kojer et al., 2007, S.131).

3.2 Kommunikation mit dem Personal

Die Kommunikation zwischen Ärztin oder Arzt, Patientin oder Patienten mit den Angehörigen und zwischen den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Palliativteams mit der

Patientin oder dem Patienten ist die Grundlage der palliativmedizinischen Philosophie und Praxis und ist maßgeblich für die Begleitung von Menschen am Lebensende.

Das Kommunikationsbedürfnis von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten verlangt nach medizinischem Personal, das sich Zeit für sie nimmt und zuhört. Menschen am Lebensende haben also eine konkrete Vorstellung wie eine funktionierende, befriedigende Arzt-Patienten-Kommunikation funktionieren soll. Die wichtigsten Erwartungen sowie die häufigsten Mängel, welche diese Kommunikationen ausmachen sind in der folgenden Tabelle sehr anschaulich dargestellt (Schulz-Quach & Schnell, 2019, S. 124f).

Tabelle 1: Wichtige Faktoren in der Kommunikation zwischen Arzt und Patienten

Erwartungen und Wünsche an den Arzt	Mängel im ärztlichen Gespräch
Krankheitsrelevante Informationen vermitteln	Fehlendes Angebot, über Ängste und Sorgen zu sprechen
Hoffnung und Zuversicht erwecken	Fehlende emotionale Unterstützung
Fachlich kompetent und empathisch handeln	Arzt unterbricht, wenn der Patient Informationen mitteilt oder Fragen stellt
Fragen ohne Zeitdruck stellen können	Gefühl, nur ein beliebiger Fall zu sein
Ausreichend Zeit mit dem Arzt haben	Keinen primären ärztlichen Ansprechpartner haben
Verständnis für psychosoziale Probleme	Fehlende Zeit, um zuzuhören
Ehrliches Interesse, Mitgefühl	Spürbare Hektik
Als Person ernst genommen werden	Als Person nicht ernst genommen werden
Vertrauensvolle und persönliche Arztbeziehung	Durch mangelndes Gesprächsangebot Hemmung, alternative Therapieoptionen anzusprechen
Patientenzentrierter Kommunikationsstil	Arztzentrierter Kommunikationsstil

(Quelle: eigene Darstellung nach Schulz-Quach & Schnell, 2019, S.125)

Gespräche zwischen Personal und Patientin oder Patient sollen mehrere Funktionen parallel zueinander abdecken, diese sind:

- **Diagnostische / informationseinholende Funktion:** Diese Funktion steht für das Einholen von Wissen und Informationen durch konkrete Fragestellung.
- **Motivationale Funktion:** Hier geht es generell um das Zuhören und Teilnahme zeigen. Die Gesprächspartnerin oder der Gesprächspartner muss in der Lage sein Empathie zeigen zu können und auch Rückmeldungen geben.

- **Therapeutische Funktion:** Diese Funktion ist darauf aus mit konkreten Fragen und Argumenten die Verhaltensänderungen der zu behandelnden Person nachvollziehen zu können und zu helfen (Gatterer & Croy, 2007, S. 179).

3.3 Direkte Kommunikation

Kommunikation ist in der palliativen Versorgung essenziell um Wünsche und Bedürfnisse von sterbenden Menschen zu erkennen und ihnen nachzukommen. Ohne Kommunikation ist es nicht möglich Schmerzen zu erkennen und bei der Linderung zu helfen. Für die Kommunikation mit Sterbenden ist empathisches Verstehen notwendig, ebenso ist eine gute Beobachtungsgabe wichtig und auch das Interesse an alternativen Kommunikationsformen. **Das Ziel der Kommunikation in der palliativen Versorgung ist es die Sprache des Gegenübers zu finden** (Fichtmair, 2015, S. 17.062.003).

Häufig ist den Ärztinnen und Ärzten nicht bewusst, dass die verwendeten Fachausdrücke außerhalb der Kenntnis des sterbenden Menschen liegen. Begriffe, die für den einen im täglichen Sprachgebrauch nicht wegzudenken sind, sind für den anderen unverständlich. Es darf daher nie außer Acht gelassen werden, dass eine gemeinsame Sprache gefunden und verwendet werden muss, die für die Sterbende oder den Sterbenden klar und deutlich ist, sowohl in Worten wie auch in angewandten Gesten (Gatterer & Croy, 2007, S. 193).

3.4 Kommunikation auf Distanz

Um den Menschen in dieser sensiblen Situation, die von Sterben, Trauer und Schmerz geprägt ist Kommunikation nach außen, also auf Distanz, anbieten zu können, ist es notwendig alle besonderen und speziell dem Patienten angepassten Herausforderungen zu überwinden und bewusst alle Kommunikationsformen und Kommunikationsmöglichkeiten einzubeziehen welche die unterstützte Kommunikation hierfür bereithält (Fichtmair, 2015, S. 17.062.003).

Viele Sterbende haben das Bedürfnis auch mit Menschen außerhalb in Kontakt zu bleiben, mit ihnen ein letztes Mal zu sprechen, und ihnen ihre Gefühle mitzuteilen. Häufig ist es den Angehörigen nicht möglich persönlich zur Patientin oder zum Patienten zu kommen, das kann unterschiedlichste Gründe haben, wie einem zu weit entfernten Wohnort oder auch, wie wir dieses Jahr erfahren haben, anhand Besuchsbeschränkungen oder generellen Besuchsverboten aufgrund gesetzlicher Anordnungen.

Die Möglichkeiten für eine Kommunikation auf Distanz sind zwar durch Telefonie und Videotelefonie gegeben, jedoch braucht es Hilfe von jemand zweitem, dem Personal oder einem Angehörigen, in der Handhabung und Anwendung der Kommunikationsmittel. Zu beachten ist, dass Telefonie und Videotelefonie auch nicht für alle Personen möglich ist.

Schlechte Wahrnehmbarkeit von Audio oder Video kann ein Hindernis darstellen. Auch muss für diese Art von Kommunikation von beiden Seiten Akzeptanz und Bereitschaft vorhanden sein und die Verfügbarkeit der technischen sowie der zeitlichen Ressourcen aufeinander abgestimmt werden.

4 Unterstützte Kommunikation

Unter unterstützter Kommunikation werden sämtliche technischen, pädagogischen und therapeutischen Hilfen verstanden, die Menschen ohne oder mit erheblich eingeschränkter Lautsprache zur Verständigung und zur Verbesserung der Kommunikationsmöglichkeiten dienen (Wilken, 2014, S. 9).

4.1 Anwendungsgebiete unterstützter Kommunikation

Die Gründe wofür unterstützte Kommunikation (UK) begründet und angewandt wird, sind, wie am Anfang dieser Arbeit bereits angeführt, hier detaillierter erläutert:

- **als Ausdrucksmittel:** für Menschen die sprechmotorisch stark eingeschränkt sind, dient die unterstützte Kommunikation als alternative Lautsprache.
- **als Unterstützung des Spracherwerbs oder Wiedererwerbs:** für Menschen mit beeinträchtigter Sprachentwicklung oder kognitiven Einschränkungen, sowie zum Wiedererwerb der Fähigkeiten sprachlich zu kommunizieren nach Erkrankungen.
- **zur Unterstützung der vorhandenen Sprache:** für Menschen, deren Lautsprache nicht ausreichend verständlich ist.
- **als Ersatzsprache:** für Menschen, denen es gar nicht mehr oder nur sehr eingeschränkt möglich ist ihre Lautsprache einzusetzen. Unterstützte Kommunikation soll hier sowohl zum Sprachverständnis als auch für die Sprachproduktion eingesetzt werden (Tetzchner & Martinsen, 2000).

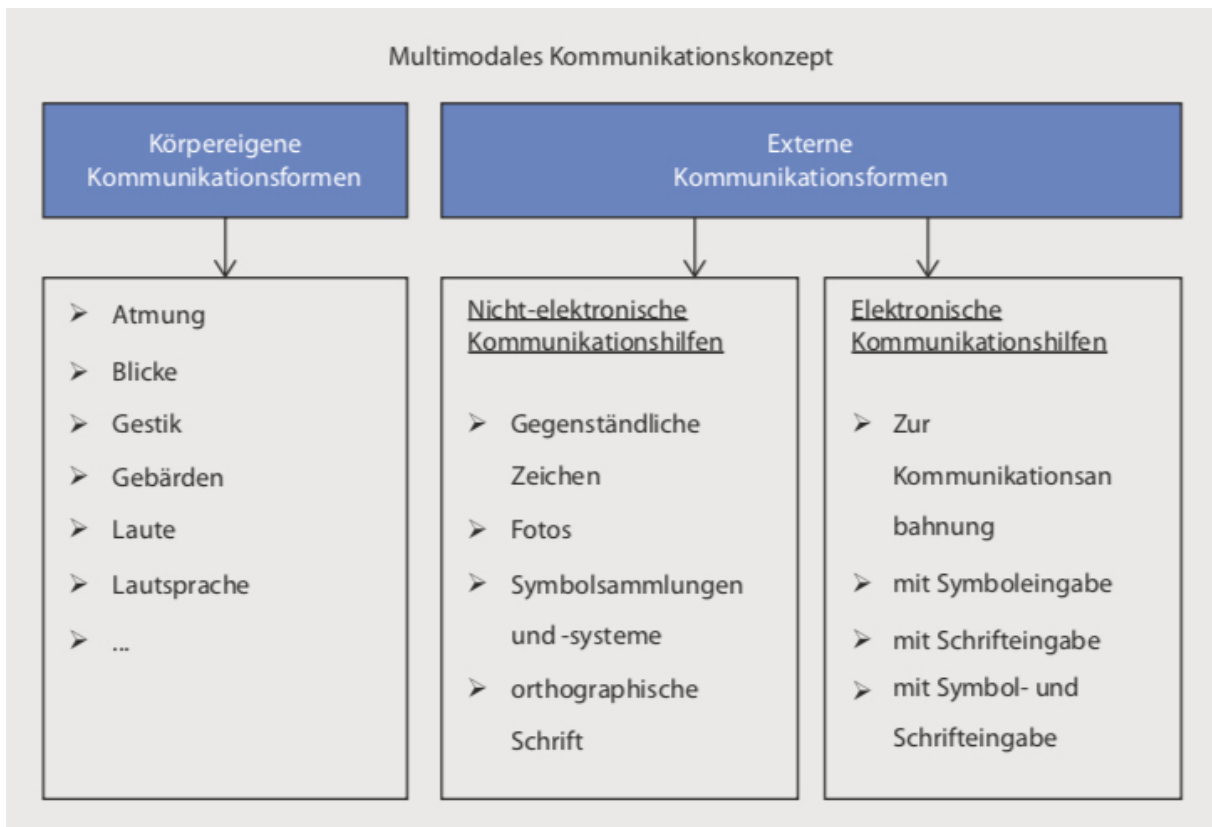
Die Beeinträchtigungen von Menschen mit eingeschränkter Kommunikation sind nicht nur dahingehend, dass sie sich nicht nach Belieben verständigen können, sondern auch Beeinträchtigungen in der Mitgestaltung ihres Lebens haben, dass sie dadurch nicht aktiv ihr Leben mitbestimmen können und ihnen soziale Kontakte fehlen (Wilken, 2020, S. 9).

4.2 Arten der unterstützten Kommunikation

In der unterstützten Kommunikation werden die Kommunikationsformen individuell nach Bedarf und Fähigkeiten bestimmt und zusammengestellt, was zum „Multimodalen Kommunikationskonzept“ führt. Unter „Multimodalität“ versteht man, dass verschiedene Kommunikationsformen kombiniert werden um eine einzige Nachricht zu erstellen und zu übermitteln.

Innerhalb dieses „Multimodalen Kommunikationskonzeptes“ werden die Methoden der UK gerne nach „körpereigenen“ und „externen“ (= hilfsmittelgestützten) Kommunikationsformen unterteilt (Vock & Lüke, 2018, S.18f).

Abbildung 3: Multimodales Kommunikationskonzept



(Quelle: Vock & Lüke, 2018, S.19)

Körpereigene Kommunikationsformen sind die „Basis“ eines UK-Systems, es handelt sich dabei um die Kommunikation mit dem eigenen Körper ohne Einbindung anderer Hilfsmittel. Hierzu lassen sich Laute und die Lautsprache, Atmung, bewusster Einsatz von Gestik und Mimik, Gebärden, aber auch Blicke beschreiben (Vock & Lüke, 2018, S.18f).

Abbildung 4: Körpereigene Kommunikationsformen



(Quelle: <https://www.kreuznacherdiakonie.de/rehafachdienste-foerderschulen/rehafachdienste/beratungsstelle-fuer-unterstuetzte-kommunikation-und-assistive-technologien-buk-at/logopaedie/>, 19.12.2020)

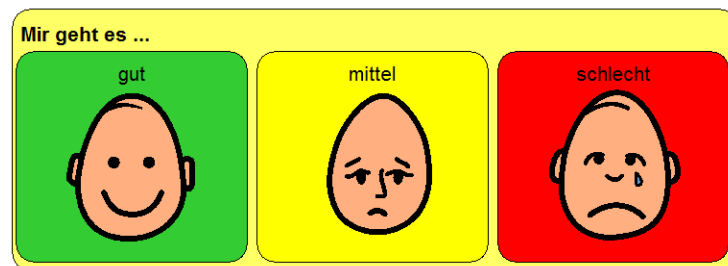
Im Gegensatz dazu steht die „externe“, die hilfsmittelgestützte Kommunikationsform, bei der körperexterne Hilfsmittel zur Nachrichtenüberbringung verwendet werden.

Hier wird unterschieden in „nichtelektronische“ und „elektronische“ Kommunikationsformen.

Nichtelektronische Hilfsmittel beginnen bei Objekten und Realgegenständen und reichen bis zu Kommunikationstafeln anhand von Fotos, Zeichnungen und Symbolen, darüber hinaus wird auch die Schrift genutzt (Vock & Lüke, 2018, S.18f).

Symbole sind Zeichen, unter denen etwas bestimmtes verstanden wird, das heißt sie haben eine bestimmte Bedeutung oder sind ein Erkennungszeichen (<https://www.duden.de/rechtschreibung/Symbol>, 04.1.2020). Das können akustische Zeichen oder gesprochene Wörter ebenso sein, wie greifbare Zeichen in Form eines Fotos, eines Objektes oder auch visuelle Zeichen in Form von Gebärden. Sie müssen nur von beiden Kommunikationspartnerinnen und Kommunikationspartnern als verständliches Zeichen verstanden und angewandt werden. Bei grafischen Symbolen wird der Fokus auf die Einfachheit, auf das Wesentliche, reduziert. Sie sollen schnell und einfach erkannt werden. Daher ist auch die richtige Vokabelauswahl wichtig. Da bei nichtelektronischen Kommunikationshilfen die Zahl der verwendbaren Vokabeln deutlich geringer ist als bei elektronischen Hilfen, muss die Auswahl der verwendeten Wörter gut bedacht werden. Als Hilfe dient hier die von Bloom und Lahey 1978 erstellte Unterteilung von Kommunikation in Inhalt, Funktion und Form, konkret: was wird kommuniziert, wozu wird kommuniziert und wie wird kommuniziert (Fröhlich, 2020, S. 240).

Abbildung 5: Symbolleiste zum Ausdrücken und Erfragen des Zustandes



(Quelle: <https://www.logbuk.de/freie-materialien>, logbuk-symbolleiste-zustand.pdf, 12.12.2020)

Abbildung 6: Kommunikationstafel "Fragenstellen"



(Quelle: <https://www.die-uk-kiste.de/k-eine-alternative/>, <https://www.dropbox.com/sh/i3xlq3qrsy0p4z0/AACDqWfFYiraLLXGydSTzInea?dl=0&preview=fragenstellen.png>), 19.12.2020)

Bei den **elektronischen Kommunikationsformen** handelt es sich um einfache sowie auch komplexe Kommunikationshilfen mit Sprachausgabefunktionen (Vock & Lüke, 2018, S.18f).

Hier wird zwischen statischen und dynamischen Oberflächen unterschieden, der Unterschied zwischen den beiden liegt an der Hardware. Bei elektronischen Kommunikationshilfen mit statischer Oberfläche ist das Vokabular fest positioniert und ermöglicht einen automatischen Zugriff auf die am häufigsten verwendeten Ausdrücke. Dynamische Oberflächen ermöglichen einen deutlich umfangreicheren Wortschatz (Boenisch et al., 2020, S. 252ff).

Als einfache elektronische Hilfen werden Taster, die zur Umweltsteuerung dienen, oder einfachere Sprachausgabegeräte aber auch komplexere Sprachcomputer, angesehen. Sie alle dienen dazu mit anderen Personen zu kommunizieren und es auch Personen ohne technisches Wissen zu ermöglichen mit anderen in Kontakt zu treten (Heß, 2009). Mit einfachen Kommunikationshilfen ist es unter anderem möglich Wörter, Texte oder Musik wiederzugeben die zuvor selbsttätig aufgenommen wurden. Hierfür gibt es Taster mit Sprachausgabe, Stifte mit Sprachausgabe und auch bebilderte Kommunikationstafeln mit Sprachausgabe

(https://www.teilhabe-experten.de/files/180507_broschuere_elektronischekommunikationshilfen.pdf, Abruf: 20.12.2020).

Eine sprechende Taste ermöglicht es zum Beispiel, Kindern und auch Erwachsenen mit eingeschränkter Kommunikation zu Hause über den Tag und Erlebtes zu berichten. Eine weitere Person zeichnet dabei den Text auf, welche dann selbstgesteuert abgespielt werden kann.

Abbildung 7: Sprechende Taste (BIGmack)



(Quelle:

https://www.lifetool.at/fileadmin/_processed_/csm/Hilfsmittel_Einfache_Kommunikationshilfen_BIGmack_2f78d388ac.png, 04.12.2020)

Mit komplexen elektronischen Kommunikationsgeräten ist es möglich auch ohne eigene Stimme lautsprachlich zu kommunizieren. Hier wird durch Berühren oder Augensteuerung ein Symbol, Buchstabe oder Wort ausgelöst. Dieses Wort oder der Satz wird vom Gerät laut gesprochen. Dadurch ist auch eine Fernkommunikation möglich wie zum Beispiel kommunizieren via E-Mail, Skype oder anderen Social-Media-Anwendungen. Auch der Zugang zum Computer ist anhand spezieller Tastaturen, zum Beispiel mit Fingerführrastern, großen Feldern, farbigen Tasten und anderen, und auch Musersatzgeräten wie Joysticks und Mund- oder Kopfmaus auch für Menschen mit Beeinträchtigungen möglich (<https://www.lifetool.at/hilfsmittel/hilfsmittel-uebersicht/>, 13.06.2020).

Für die Bedienung eines UK-Gerätes reicht es eine einzige Körperfunktion zielgerichtet einsetzen zu können und das Aktion-Reaktionsverhalten zu verstehen, wie zum Beispiel einen einzelnen Knopf zu drücken, eine Augensteuerung zu bedienen, ein Symbol auf dem Touchscreen zu drücken oder eine Mundmaus zu bedienen.

Abbildung 8: Sprachausgabegerät (TOBII SERIE 13 / 16, mit Augensteuerung)



(Quelle: https://www.lifetool-solutions.at/1062-large_default/tobii-i-serie-13-16-gaze-interaction-mit-tobii-dynavox-communicator.jpg, 02.12.2020)

Abbildung 9: Mundmaus (IntegraMouse Plus)



(Quelle: <https://www.lifetool.at/hilfsmittel/lifetool-hardware/integramouse-plus/>, 12.12.2020)

Wie zu erkennen ist, stellt der Einsatz elektronischer Hilfen eine sinnvolle Ergänzung des vorhandenen Kommunikationssystems eines Menschen dar. Es ermöglicht gespeicherte Aussagen durch einen Tastendruck abzurufen, entweder in Form von Buchstaben oder auch über Bilder und Ikonen. Sprachausgaben ermöglichen es der Benutzerin oder dem Benutzer,

unabhängig von der Aufmerksamkeit der Gesprächspartnerin oder des Gesprächspartners, sich mitzuteilen (Kristen, 2000).

Es gibt mehrere Kategorien elektronischer Funktionshilfen, welche sich jeweils aus den spezifischen Funktionen der Geräte ergeben. Diese sind zum Beispiel elektronische Hilfen zur Kommunikationsanbahnung, einfache Kommunikationshilfen mit statischer Oberfläche und Symboleingabe, Kommunikationshilfen mit dynamischer Oberfläche und Symbol- und/oder Schrifteingabe und auch Kommunikationshilfen mit Schriftspracheingabe (https://rehamedia.de/uk_materialien/elektronische_kommunikationshilfen/, 13.06.2020)

Bei beiden, also den körpereigenen sowie den externen Kommunikationsformen, mit ihren Unterteilungen in nicht-elektronische und elektronische, gibt es **Vorteile und auch Nachteile:**

Die Vorteile körpereigener Kommunikationsformen liegen in der Ortsunabhängigkeit, dem schnellen und spontanen Einsatz, sie sind jederzeit verfügbar und mit vertrauten Menschen sehr erfolgreich. Einer der Nachteile ist jedoch, dass sie eben nur für vertraute Menschen verständlich sind und daher Außenstehende nicht an der Kommunikation teilnehmen können. Darüber hinaus machen es die körpereigenen Kommunikationsformen schwierig sich über komplexe Themen zu unterhalten, es ist eine physische Anwesenheit der Gesprächspartnerin oder des Gesprächspartners notwendig und eine Kommunikation in Gruppen beinahe nicht möglich.

Bei den nichtelektronischen Kommunikationshilfen liegen die Vorteile im schnellen und effektiven Einsatz mit gewohnten Partnern und auch eine Kommunikation mit unvertrauten Personen ist leichter möglich. Die Kommunikationshilfen sind generell robust und leicht zu transportieren und in der Herstellung einfach gehalten (Braun, 2020, S. 25f).

Die Unterscheidung bei den nichtelektronischen Kommunikationshilfen liegt zwischen fühl- und tastbaren (z.B. Gegenständen) aber auch grafischen (Symboltafeln, Fotos, Kommunikationsmappen) Varianten (https://rehamedia.de/uk_materialien/nicht-technische-kommunikationsformen/, 31.01.2021). Die Nachteile werden in der Abhängigkeit von der physischen Anwesenheit der Gesprächspartnerin oder des Gesprächspartners sowie dessen absoluter Aufmerksamkeit gesehen, auch werden die Bildsymbole oft als zu kindlich wahrgenommen und dadurch eher abgelehnt. Und wie bei den körpereigenen Kommunikationsformen ist eine Kommunikation in der Gruppe schwierig.

Abbildung 10: Symbolkarten



(Quelle: https://rehamedia.de/wp-content/uploads/2019/09/PCS_96_2.jpg, 31.01.2021)

Dagegen ist es mit elektronischen Kommunikationshilfen auch möglich auf Distanz zu kommunizieren und auch in Gruppen. Weitere Vorteile sind, dass die Kommunikation mit unvertrauten Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern erfolgen kann, die Gespräche können besser gesteuert werden und auch ein schriftlicher Austausch ist möglich.

Allerdings kann es hier zu technischen Störungen kommen und die elektronischen Kommunikationshilfen benötigen regelmäßige Wartungen. Nachteile werden auch in den langen Pausenzeiten innerhalb eines Gesprächs gesehen, sowie der notwendigen Einarbeitung und der Abhängigkeit eines kompatiblen Gerätes. Leider sind die Geräte zum Teil noch teuer und auch nicht immer einfach zu transportieren und in der Pflege sowie anderen Alltagssituationen nur bedingt einsetzbar (Braun, 2020, S. 25f).

4.3 Ziele und Prinzipien der unterstützten Kommunikation

Das oberste Ziel der unterstützten Kommunikation ist es Personen mit eingeschränkter Lautsprache alternative Möglichkeiten der Kommunikation näher zu bringen. Ihre Kommunikationsmöglichkeiten zu verbessern, zu erweitern und dadurch die Erhaltung am sozialen Leben zu unterstützen oder auch die gesellschaftliche Partizipation, und somit auch die Lebensqualität, wiederherzustellen (Vock u. Lüke, 2019a, S. 8f).

Um dieses Ziel erreichen zu können werden sämtliche Mittel an Kommunikationsformen herangezogen um damit ein umfassendes, multimodales Kommunikationskonzept erstellen zu können (Vock u. Lüke, 2019b, S. 23).

Unterstützte Kommunikation verhilft Personen mit eingeschränkter Lautsprache ihr Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle mitteilen zu können oder auch um Aufmerksamkeit auf sich lenken zu können. Wie die tatsächliche Umsetzung geschehen kann, hängt von den jeweiligen persönlichen Einschränkungen ab sowie den individuellen Möglichkeiten des Einsatzes der unterstützten Kommunikationsformen. Der Fokus liegt auf einer qualitativen Steigerung oder Erweiterung der bereits vorhandenen und einsetzbaren Kommunikationsmöglichkeiten (Boenisch, 2003, S. 19ff).

4.4 Relevante Ansätze für den Hospiz- und Palliativbereich

In erster Linie geht es bei der unterstützten Kommunikation darum, die Kommunikation zu erleichtern, damit mit anderen Menschen interagiert werden kann. Eines der Hauptanliegen wird darin gesehen, dass die Nachrichten den Patientinnen und Patienten präsentiert werden und der Weg wie eigene Nachrichten erstellt werden gelehrt wird, damit eine funktionale Kommunikation stattfinden kann (Beck, 2011, S. 93ff).

Unterstützte Kommunikation kann dazu verhelfen, das Sprechgeschick wieder aufzubauen und die systemorientierte Förderung erhöhen. Sie kann aber auch die Lautsprache unterstützen oder sogar ersetzen und somit die Kommunikation im Alltag ermöglichen (Beer, 2018, S. 46ff).

Damit die für jede Patientin und jeden Patienten individuell geeigneten Kommunikationsmöglichkeiten zu eruieren und in weiterer Folge zur Verfügung zu stellen, ist es grundlegend als ersten Schritt die jeweiligen Kommunikationsfähigkeiten der Patientin oder des Patienten zu evaluieren, wobei das Vorgehen dazu wie folgt aussehen kann/soll wie im Artikel „Alternative Kommunikationsmöglichkeiten für beeinträchtigte Menschen“ von Beer am KAI-Kongress 2017a dargestellt wurde:

- Erfassen der Ressourcen der Patientin oder des Patienten: motorisch, sensorisch, kognitive und sprachliche
- Methoden und Materialien auswählen und anbieten
- Ergebnisse dokumentieren
- Umfeld instruieren.

Die eingesetzte Kommunikationsstrategie kann nur dann Erfolg bringen, wenn bedacht wird, dass sie maßgeblich von äußerlichen Einflüssen beeinflusst ist, was nicht nur an der betroffenen Person selber liegt, sondern auch an den Kenntnissen des Umfeldes, wie Pflegeteam und Familienmitglieder.

Hier werden die verschiedenen Aspekte dargestellt, die bei der Auswahl für oder gegen eine bestimmte Kommunikationshilfe relevant sind:

Abbildung 11: Aspekte bei der Versorgung mit Kommunikationshilfen



(Quelle: Beer, Schön & Marx, 2020, S. 279)

5 Möglichkeiten der UK für Menschen am Lebensende

Das Ziel in der Anwendung unterstützter Kommunikation für Menschen am Lebensende ist es, eine gemeinsame Sprache in dieser sensiblen Situation mit der Person gegenüber, dem Sterbenden, zu finden (Fichtmair, 2015, S. 17.062.003). Um den Menschen an ihrem Lebensende die Möglichkeit zu geben mit ihren Angehörigen, sowie Ärzten und Pflegekräften zu kommunizieren, ist es daher von großem Vorteil wenn unterstützte Kommunikation in den unterschiedlichsten Anwendungen zur Verfügung gestellt wird. So wird die Möglichkeit geschaffen, dass die Verbindung mit der Umwelt aufrecht bleibt und dem Bedürfnis nach Nähe und Austausch mit anderen Menschen gerecht wird (Costello, 2009, S. 8ff).

5.1 Formen der UK im Hospiz- und Palliativbereich

In der Arbeit mit den Methoden der unterstützten Kommunikation, ist gerade im Hospiz- und Palliativbereich gründlich das zu der betroffenen Person am besten passende System auszuwählen. Aufgrund der kognitiven und körperlichen Fähigkeiten kann nicht für jede Person jede Methode angewendet werden. Es sollte auch daran gedacht werden, dass die Symbole und Zeichen die hier in der Anwendung sind, oftmals als zu kindlich empfunden werden. Wobei gerade diese einfache, kindliche Darstellung die Auswahl und Anwendung einfacher und schneller zulässt, weil die Symbole häufig intuitiv angewandt werden können.

5.1.1 Körpereigene Kommunikationsmittel

Die am raschesten einsetzbare Variante der unterstützten Kommunikation im Hospiz- und Palliativbereich ist der Einsatz der körpereigenen Mittel. Vor allem mit vertrauten Personen ist diese Art der Kommunikation dienlich, jedoch ist der Einsatz bei nicht-vertrauten Personen nicht so einfach und daher am besten umsetzbar wenn Kommunikationstafeln mit einbezogen werden.

Die verschiedenen Ausdrucksmöglichkeiten der körpereigenen Mittel sind:

- **Blicke, Körperhaltung und Mimik:** Ausdruck von Gefühlen
- **Zeigen, Deuten:** nach anwesenden räumlichen Dingen
- **Gesten:** Ausdruck von Gefühlen und Wünschen
- **Gebärden**
- **Laute und Lautreste**
- **Vegetative Zeichen:** durch Herzfrequenz, Atmung, Schwitzen und Muskelspannung kann auf das Wohlbefinden rückgeschlossen werden (<https://uk-im-blick.de/blog/post/koerpereigene-mittel-2>, 27.12.2020).

5.1.2 Niederschwellige Kommunikationsmittel

Für Hospiz- und Palliativeinrichtungen, ebenso wie für den Gebrauch in der häuslichen Betreuung, sind folgende niederschwellige Kommunikationsmittel und deren Anwendung hilfreich:

- Kommunikationstafeln für bestimmte Themengebiete (Wörter, Symbole, Fotos)
- Buchstabentafeln mit einfacher und komplexer Anwendung
- Wortkarten / Symbolkarten mit Ja/Nein
- White-Boards als Schreib- und Zeichentafel
- Thementafeln, um Hinweise zu Gesprächsthemen geben zu können (Beer, 2015b, S. 171ff).

Eine schöne Variante ist der „Ich bin da – Hospizkoffer der CAB“ (<https://www.cab-b.de/unterstuetzte-kommunikation-leichte-sprache/beratungsstelle-fuer-unterstuetzte-kommunikation/produkte-der-uk-beratungsstelle>, 05.01.2021), hier handelt es sich zwar nicht ausschließlich um Materialien der unterstützten Kommunikation, hier wird generell auf die Bedürfnisse der Menschen am Lebensende eingegangen. Aufgebaut ist dieser Hospizkoffer derart, dass dem sterbenden Menschen sowie seinen Angehörigen praktische Hilfen vorgestellt und angeboten werden und ermöglicht so, dass auch in der häuslichen interfamiliären Palliativbetreuung unterstützte Kommunikation in einfachen Varianten kennengelernt und relativ rasch umgesetzt werden kann.

Neben Vorlagen für ein Testament in leichter Sprache, ein „Sonnen-Dinkelkissen“ zum Wärmen und Kühlen, Engelsfigur, Duftöle, Kerzen und anderem sind Piktogramme und Tafeln zur Kommunikation in diesem Hospizkoffer enthalten.

Die Piktogramme wurden so ausgewählt, dass sie genau für diesen Themenbereich passen, das sind unter anderem grundlegende Piktogramme mit „Ja“ und „Nein.“ Andere Piktogramme bieten die Möglichkeit die gewünschten Liegepositionen mitzuteilen und auch die Schmerzen, für eine bessere und genauere Diagnostik, zu lokalisieren. Natürlich wurden auch Piktogramme ausgewählt, die die Bedürfnisse des Patienten ansprechen, und zwar in Form von Piktogrammen zu Personen, die man gerne sehen will oder wenn der Patient mitteilen will, dass ihm heiß oder kalt ist, er Durst oder Hunger hat.

Der Einsatz solcher Piktogramme ist zwar rasch und leicht möglich, jedoch sollen die Piktogramme so ausgeführt sein, dass sie auch leicht erkennbar sind, um auch die richtigen Bedürfnisse und Befindlichkeiten bekanntgeben zu können.

Dem Hospizkoffer werden auch zwei Kommunikationstafeln beigelegt. Diese Kommunikationstafeln ermöglichen es Menschen die sich nicht mehr vollständig bewegen können, eine Auswahl zu treffen. Anhand von hinzeigen durch den Patienten selbst oder einer begleitende Person kann die Auswahl getroffen werden oder auch durch Fixierung eines

Bildes mit den Augen. Hierzu muss der Begleiter die Augen des Patienten verfolgen, um zu eruieren was das Bedürfnis, der Wunsch des Patienten ist.

Diese Kommunikationstafeln ermöglichen es nicht nur Piktogramme sondern auch Fotos und Zeichnungen einzuschieben und somit dem Patienten einfacher anzubieten (Fichtmair, 2015, S. 17.062.006ff).

Abbildung 12: Ich bin da – Hospizkoffer der CAB



(Quelle: <https://www.imago-images.de/fotos-bilder/hospiz-koffer>, 31.01.2021)

5.1.3 Sprechende Tasten

Ebenso dienlich sind sprechende Tasten: hier wird unterschieden zwischen Tasten die nur eine Aussage wiedergeben und Tasten, die eine Sequenz von Aussagen abspielen. Sie sind nützlich für die Kommunikationsanbahnung zur Übermittlung von Wünschen, sie lassen Betroffene erleben, dass sie mit anderen Menschen in Kontakt treten können. Diese Tasten ermöglichen eine Sprachaufnahme, die jederzeit per Tastendruck abgespielt werden kann. Zur einfacheren Handhabung gibt es die Taster in unterschiedlichen Farben, was Alternativantworten ermöglicht und auch Taster, die mit Symbolen versehen werden können.

5.1.4 Sprachausgabegeräte

Natürlichen Sprachausgaben, welche zu den einfachen statischen symbolbasierten Kommunikationssystemen zählen, sind für Menschen am Lebensende eine Erleichterung im Umgang mit Anderen. Ohne das Mitwirken von Angehörigen und Pflegenden ist dieses System allerdings leider nicht anwendbar, da die Kommunikationsschablonen am PC erstellt und ausgedruckt werden und je nach Bedarf und Fähigkeiten des Betroffenen angepasst werden müssen. Auch die Entscheidung ob ein System mit 2 oder 4 Feldern ausreicht oder eines mit über 30 sinnvoll eingesetzt werden kann muss sorgfältig überlegt sein. Die fertigen

Schablonen werden dann in die Kommunikationshilfe eingelegt und bei Bedarf mit einem Fingerführaster versehen. Jedes einzelnen Feld wird danach mit einer Audioaufnahme bestückt, die bei Drücken auf das entsprechende Feld abgespielt wird. Als Nachteil dieser statischen Unterstützung muss der notwendige Druck für die Felddauslösung genannt werden, welcher deutlich stärker sein muss als bei einem Touchscreen, jedoch ist durch diesen notwendigen Druck eine unabsichtliche Auslösung nicht möglich. Die Anzahl an Symbolfeldern und Aussagen ist zwar begrenzt, kann jedoch jederzeit ausgetauscht werden.

Sprachausgabegeräte, die zu den komplexen elektronischen Kommunikationshilfen zählen, besitzen eine dynamische Oberfläche und synthetische oder natürliche Sprachausgabe und eine vorgefertigte Vokabelausswahl, wobei auch eigene Vokabel beigefügt werden können. Zumeist basieren sie auf (speziellen) Tablets, die mit Touchscreen, Taster oder Augensteuerung zur Ansteuerung ausgestattet sind oder nachgerüstet werden können, wodurch die Bedienung mit minimalen, zielgerichteten Körperaktionen erfolgen kann. Diese Geräte ermöglichen auch mit installierten Apps Kommunikation via E-Mail, Videochat, Kopplung mit Mobiltelefonen und die Nutzung von Social-Media-Kanälen (Lüke & Vock, 2019b, S. 57-63).

5.1.5 Voice Banking und Message Banking

Im Zusammenhang mit Sprachausgabegeräten ist das Voice Banking und Message Banking interessant. Anwendung finden beide Varianten bei Menschen, die durch einen kontinuierlich verschlechternden Krankheitsverlauf ihre Stimme verlieren werden.

Voice Banking erlaubt den Betroffenen ihre eigene Stimme aufzunehmen und dadurch eine persönliche, aber synthetische Stimme zu erhalten die sich an die eigene anlehnt. Diese individuelle Stimme kann mit einer elektronischen Sprachausgabe in weiterer Folge zur Kommunikation verwendet werden. Voice Banking wird gerne bei Patientinnen und Patienten mit Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) und Multipler Sklerose (MS) angewendet bevor es zum Verlust der kommunikativen Fähigkeiten kommt (<https://uk-im-blick.de/blog/post/voice-banking-message-banking>, 29.12.2020).

Das weniger aufwendige Message Banking ermöglicht es, persönliche Worte, Sätze, Geschichten aufzunehmen, in einer Datenbank zu speichern und über elektronische Kommunikationshilfe mit Sprachausgabefunktion abzurufen. Es handelt sich dabei zumeist um persönliche Botschaften, typische, individuelle Sätze und Floskeln aber auch um Geschichten von vergangenen Message Banking ist für Patientinnen und Patienten geeignet, die wissentlich, zum Beispiel aufgrund einer Operation, vorübergehend ohne Stimme sind. Ebenso findet es auch Anwendung bei Personen die durch kontinuierlich verschlechternden Krankheitsverlauf mit Stimmverlust rechnen müssen (<https://uk-im-blick.de/blog/post/voice-banking-message-banking>, 29.12.2020). Diese aufgenommenen Nachrichten sind nicht nur

für Kommunikationszwecke hilfreich, sie lassen die eigene Stimme nicht vergessen und sind Erinnerungen für die Angehörigen.

5.1.6 Umfeldsteuerung

Auch, gerade im Sektor des Hospiz- und Palliativbereiches, einsetzbar ist die Umfeldsteuerung, welche es ermöglicht elektronische netzbetriebene Geräte zu bedienen. Mit Hilfe der Umfeldsteuerung und Kontrollsystemen ist eine eigenständige Bedienung von, zum Beispiel, einem Lichtschalter, einem Fernseher oder eines Notrufes möglich. Sie ermöglicht den beeinträchtigten Menschen den Alltag selbstbestimmt zu gestalten und unabhängiger zu bleiben. Diese Adaptionshilfe lassen die Betroffenen selbst Auslöser von bestimmten Ereignissen sein. Die Ansteuerung kann via Infrarot, Funk, Bluetooth, WLAN oder Sprachsteuerung erfolgen und wird individuell ausgewählt (Lüke & Vock, 2019b, S. 57-63). Digitale Sprachassistenten, wie Amazon Alexa, Google Home Assistant oder Apple Homepod, bieten die Möglichkeit einer schnellen Adaptierung mit Smart-Home Geräten.

5.1.7 Ansteuerungsmöglichkeiten

Augensteuerungen geben Menschen mit schweren motorischen Behinderungen die Möglichkeit sich mitzuteilen und an ihrer Umwelt mitzuwirken indem sie helfen einen Computer oder eine Kommunikationshilfe zu steuern. Die Augensteuerung befindet sich zumeist in einem Modul und wird unter dem PC-Bildschirm oder unter der Kommunikationshilfe angebracht. Vom Modul, welches aus einer oder mehreren Kameras, Lichtquellen und Prozessor besteht, wird infrarotnahes Licht ausgesandt. Das Auge reflektiert das Licht und das Modul berechnet, wohin sich der Blick vor dem Bildschirm richtet. So kann zum Beispiel ein Mauszeiger am Bildschirm bewegt oder Funktionen ausgewählt werden. Die Auswahl erfolgt über längeres Fokussieren oder Blinzeln und muss zuvor auf den Nutzer eingestellt und kalibriert werden (https://rehamedia.de/uk_materialien/eyetracking/, 29.12.2020).

Andere Ansteuerungsmöglichkeiten der unterstützten Kommunikation sind neben der Augensteuerung die Mundmaus, Kopfmaus und Kinnsteuerung sowie Joysticks und auch spezielle Tastaturen. Eine Mundmaus wird durch minimale Lippenbewegung gesteuert und somit bewegt sich daraufhin der Mauszeiger. Durch Saugen und Blasen durch das Mundstück kann man die linke und rechte Maustaste bedienen, Doppelklicken sowie sämtliche Funktionen wie bei einer Standardmaus nutzen (<https://www.meier-schuetzte.de/produktkatalog/pc-eingabegeraete/mausloesungen/kopf-maus/integra-mundmaus/>, 29.12.2020).

Des Weiteren können diese Geräte auch über Scanning und Switching, mit verschiedensten Tastern und Sensoren, gesteuert werden. Alle genannten Geräte und Systeme der unterstützten Kommunikation ermöglichen Menschen am Lebensende mit Hilfe einer künstlichen / synthetischen Stimme zu kommunizieren. Alle Varianten sind von der

Unterstützung durch Angehörige oder pflegende Personen abhängig und teilweise sind gründliche Einschulungen notwendig, um auch das volle Potential an Hilfsmitteln nutzen zu können. Somit ist auch die Bereitschaft des Umfeldes, sich mit den unterstützenden Kommunikationstools auseinanderzusetzen einer der entscheidenden Faktoren für einen erfolgreichen Einsatz. Die Auswahl im Vorfeld, welche Systeme zur Anwendung kommen, muss primär von den Fähigkeiten und der Bereitschaft der betroffenen Person abhängig gemacht werden, und im weiteren Sinn auch von den Gegebenheiten in den Einrichtungen und den vorhandenen infrastrukturellen Ressourcen.

5.2 Probleme und Barrieren für UK im Hospiz- und Palliativbereich

Die Rahmenbedingungen für den Einsatz von unterstützter Kommunikation können sich bei Menschen am Lebensende ständig ändern und tagesabhängig sein: Wirkungen von Medikamenten, Wirkungen auf das Gedächtnis, Probleme beim Atmen, fehlende Wortfindung, Sprachsteuerung, Müdigkeit, Wunden des Mundes oder der Atemwege. Daher kann der Bedarf an unterstützter Kommunikation zum Teil zwar konsistent gleichbleiben aber auch wechselnd sein und sogar ganz aussetzen (Costello, 2009, S. 8ff).

Als Barrieren für unterstützte Kommunikation aus Patientensicht können daher genannt werden:

- der allgemeine kognitive Status des Patienten kann möglicherweise dazu führen, dass die Informationen nicht richtig verarbeitet werden können, abhängig von dem jeweiligen Gesundheitszustand sowie der Medikation,
- der sprachliche Status,
- die begrenzten motorischen Fähigkeiten des Patienten,
- der sensorische Status und
- der physische Status.

Zum Teil können die Barrieren an der vorhandenen Infrastruktur der Einrichtungen liegen, wenn nicht ausreichend UK-Equipment und Ausrüstung vorhanden ist und der Zugang zu Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation fehlt. Auch die fehlenden Personalressourcen, die notwendig sind, um den Patienten die Systeme näher zu bringen und auch mit ihnen anzuwenden, stellen Hindernisse dar (Hurtig & Downey, 2009, S. 1ff).

Hier eine Auflistung von Hurting & Downey zu den Mythen über mögliche Barrieren in der Anwendung von unterstützter Kommunikation und der Realität dazu:

Tabelle 2: Mythen und Realitäten zur Anwendung von UK

Mythen	Realitäten
UK sollte nur in Betracht gezogen werden, wenn alle anderen Optionen ausprobiert wurden und fehlgeschlagen sind.	UK sollte bei Bedarf verwendet werden, um eine bestehende Kommunikationsmethode zu ergänzen oder zu ersetzen.
Der Einsatz von UK verhindert die Sprachentwicklung.	Die Forschung zeigt, dass der Einsatz von UK die Verbesserung der allgemeinen Sprachkenntnisse unterstützen kann.
Die Patienten müssen zumindest geringe Fähigkeiten nachweisen, um von einem UK-Gerät profitieren zu können.	Es gibt keine kognitiven oder sprachlichen Voraussetzungen der Patienten.
Nur für Personen mit intakten kognitiven Fähigkeiten können High-Tech-Spracherzeugungsgeräte verwenden und davon profitieren.	Fortschritte in der Technologie und die Verwendung von Computern bei Personen mit einem viel breiteren Spektrum kognitiver Fähigkeiten, ermöglichen die Verwendung von Sprachgenerierungsgeräten mit Personen mit geringer Funktionsfähigkeit.
Die Anwendung der UK-Methoden erfordert eine lange und aufwendige Einweisung, sodass die Verwendung bei Kurzzeitpatienten nicht möglich ist.	Angesichts der Vielzahl von Geräten und Zugriffsmethoden können sogar Patienten mit <i>Locked-In-Syndrom</i> schnell mit einer UK-Methode arbeiten.
Das Erlernen der Kommunikation mit einem UK-System erfordert viel Zeit, sodass es bei kurzfristigen Krankenhausaufenthalten nicht angewendet werden kann.	UK-Systeme können Patienten direkt am Krankenbett vorgestellt werden und sie können mit nur kurzer Anleitung zu funktionalen Kommunikatoren werden.
Erwachsene mit erworbenem Sprachverlust lehnen symbolbasierte Systeme ab.	Wir leben in einer Welt von Symbolen und Zeichen. Wenn die Verwendung von Symbolen die Navigation durch ein UK-System erleichtert, werden Symbole als natürlich angesehen und akzeptiert.
Personen mit erworbenen Sprachverlusten lehnen UK-Systeme mit voreingestellten Nachrichtenvorlagen ab.	Wenn UK-Anwender feststellen, dass die meisten Austausche über Niederschriften ausgeführt werden, stellen sie fest, dass jede Verbesserung der Kommunikation Interaktionen einfacher macht.

(Quelle: Hurtig & Downey, 2009, S. 7)

Gründe für die Anwendung von unterstützter Kommunikation im Hospiz- und Palliativbereich sind aus Sicht der Pflege, dass medizinische relevante Informationen weitergegeben werden können und auch von der Patientin und dem Patienten verstanden werden. Die Angesprochenen können nachfragen, sodass ein Informationsaustausch von beiden Seiten stattfinden kann.

Aus Sicht des Menschen am Lebensende können als einige wenige Gründe exemplarisch genannt werden, dass mit Hilfe der unterstützten Kommunikation selbsttätig Hilfe gerufen oder um Unterstützung ersucht werden kann. Auch dient sie zur Erleichterung beim Patienten im Hinblick auf kleine Verbesserungen, wie zum Beispiel einer Anweisung oder Bitte das Bett zu verstellen. Somit verhilft sie dem Patienten zum Erhalt der Kontrolle über das eigene Dasein und es ermöglicht in Kontakt mit anderen zu treten und Emotionen auszutauschen (Beer, 2015b, S. 171ff).

Primärer Anwendungsgrund für unterstützte Kommunikation im Hospiz- und Palliativbereich ist die zwischenmenschliche Kommunikation, funktioniert diese treten auch die pflegerischen Aspekte, die durch die unterstützte Kommunikation erleichtert werden, in den Vordergrund.

5.3 Welche Einsatzmöglichkeiten ergeben sich daraus?

Die Einsatzmöglichkeiten der unterstützten Kommunikation für Menschen am Lebensende sind vielfältig und individuell wie der Patient selbst. Sprachlose Patienten können ihre Anliegen nicht oder nur eingeschränkt ausdrücken und formulieren und häufig kann auch das Sprachverständnis eingeschränkt sein. Daher werden hier nur einige Einsatzmöglichkeiten aufgezählt und kurz erläutert. Natürlich gibt es darüber hinaus eine Vielzahl an weiteren Einsatzmöglichkeiten. Menschen am Lebensende, auch ohne einschneidende Diagnostik, ist die Anwendung von Systemen der unterstützten Kommunikation ein willkommenes Hilfsmittel im täglichen Leben.

Gründe für eingeschränkte Kommunikationsfunktionen sind gerade hier häufig neurologische Erkrankungen wie Aphasien (Störung der Sprachfähigkeit, gebildet durch eine Läsion des Gehirns), Sprechapraxien (zum Sprechen notwendige Bewegungsabläufe sind gestört) oder Dysarthrien (durch Läsion des Gehirns entstandene diverse Störungen des Sprechens). Aber auch „mechanische“ Beeinträchtigungen wie nach einer Intubation oder Beatmung (Beer, 2017a).

5.3.1 Einsatz bei Beatmung / Tracheotomie

Gerade bei der Beatmung / Tracheotomie können folgende Strategien wie Anwendung eines Sprechventiles, Erlernen des Lippenlesens, Fokus auf Gesten und Zeichen (ja/nein), Verwendung von Schreibtafeln und Kommunikationstafeln, sowie natürlich auch die

Anwendung von elektronischen Hilfen inklusive Umfeldsteuerung und auch einer Adaptierung des Schwesternrufes eine Kommunikation begünstigen. Es hat sich gezeigt, dass ein flexibler Wechsel zwischen mehreren Strategien am effektivsten für den Patienten ist (Beer, 2017b, S. 60ff).

5.3.2 Einsatz bei Aphasie

Patienten die unter einer Aphasie leiden müssen sich, aufgrund der Störungen die das Sprechen, Lesen, Schreiben betreffen, mit einer geänderten Kommunikationssituation abfinden und anfreunden. In diesen Fällen soll die Schaffung eines multimodalen Kommunikationssystems angestrebt werden. Dabei können sprachsystematische Methoden aufgegriffen werden, welche Blicke, Mimik, Gestik, Körperhaltung, Gebärden beinhalten. Weiteres sind auch elektronische und nicht-elektronische Möglichkeiten in der Anwendung hier hilfreich um Kommunikation zu ermöglichen (Beer, 2015a, S. 422ff).

5.3.3 Einsatz bei Demenz

Auch bei Menschen mit Demenz bietet die Anwendung von unterstützter Kommunikation eine Möglichkeit länger selbständig zu bleiben. In diesen Fällen helfen Systeme zur Orientierung und Strukturierung. Wie auch bei allen anderen Erkrankungen muss auch hier individuell auf die Bedürfnisse des Einzelnen eingegangen werden. Speziell bei Dementen Personen haben sich UK-Systeme wie die Visualisierung von Tages- und Wochenplänen, die Darstellung von Handlungsabläufen, das Bebildern von Türen und Schränken und die Alarmierung bei Verlassen der üblichen Örtlichkeit als nützlich erwiesen (Beer & Geller, 2019).

5.3.4 Einsatz bei Personen mit vegetativen Status

Mit Personen im vegetativen Status, Minimal Conscious State (MCS) oder mit nicht vollständig einsatzbaren kognitiven, visuellen und linguistischen Fähigkeiten ist Kommunikation eher als Reaktion möglich. Hier wird daher mit Augensteuerungssystemen versucht ihnen Kommunikation und eine Steuerung des Umfeldes zu ermöglichen (Beer et al, 2017, S. 267ff).

5.3.5 Einsatz bei ALS

Bei Menschen die an ALS (=Amyotrophe Lateralsklerose) erkrankt sind kommt es, je nachdem welche Körperregionen betroffen sind, zu teilweisen oder kompletten Ausfällen der Bewegungsmöglichkeiten und Reflexe des Körpers und daher auch zu unterschiedlichsten Einschränkungen. Im Hinblick auf die Kommunikation kann das zu Störungen der Atem-Sprechkoordination, Störungen der Phonation, Störungen der Artikulation und Einschränkungen der Kommunikation durch eine beeinträchtigte Atemsituation führen. Je nach motorischen Fähigkeiten können hier aus der unterstützten Kommunikation zum Beispiel Buchstabentafeln, Schreibtafeln, schriftbasierte Sprachausgabegeräte, Message und Voice Banking und die Umfeldsteuerung als Unterstützung oder Ersatz der Stimme zum Einsatz

kommen. Bei eingeschränkter Handmotorik sind Fingerführhilfen sinnvoll, sind Handsteuerungen nicht mehr möglich kann die Ansteuerung der Geräte mit Kopfmaus, Augensteuerung oder Scanning geschehen. Die Ansteuerungsmöglichkeiten der betroffenen Person muss ständig beobachtet werden und je nach fortschreitenden Krankheitsverlauf adaptiert oder geändert werden (<https://uk-im-blick.de/blog/post/amyotrophe-lateralskelose-als>, 28.12.2020).

5.3.6 Einsatz bei Hörbeeinträchtigung

Es soll aber nicht auf „alltägliche“ Bedürfnisse, wie der Unterstützung für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen vergessen werden. Betroffenen fällt es schwer gesprochene Sprache zu verstehen und dadurch zum Teil auch sich selbst sprachlich auszudrücken. Dienlich können hier neben körpereigenen Kommunikationshilfen wie Lippenlesen und Gebärdensprache elektronische Hilfsmittel wie Hörgeräte und Stimmverstärker sein, aber auch Live Untertitelungssysteme wie zum Beispiel Google Automatische Transkription (<https://uk-im-blick.de/blog/post/hoerbeeintraechtigung>, 27.12.2020).

5.4 Welche Bedürfnisse können mit UK befriedigt werden?

Unterstützte Kommunikation dient den Menschen am Lebensende als Assistenz, als Hilfe und Beistand mit der Umwelt in Kontakt treten zu können und somit am sozialen Leben teilnehmen zu können. Als gemeinsame Kommunikationsthemen und Kommunikationsbegebenheiten, die für Menschen in dieser Lebenssituation als essenziell gesehen werden sind, so zum Beispiel die Unterstützung der eigenen Autonomie.

Menschen am Lebensende wollen, wie auch gesunde Menschen, Kontrolle über ihre Krankheit und Behandlung haben und auch am Pflegegeschehen mitsprechen. Sie wollen die Kontrolle über sich selbst nicht verlieren. Darüber hinaus gelingt es ihnen auch mit den Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation das Verhalten anderer Menschen zu beeinflussen indem sie sich wieder ausdrücken können, unabhängig davon ob es mit nur einzelnen Vokabeln per Sprachausgabegerät oder Taster ist, hier reichen oft einfache Symbole, Zeichen oder anderes für die Bedeutung von „ja“, „nein“, „weiß nicht“, „was anderes“, „stopp“, usw. (Costello, 2009, S. 8ff).

Ein weiteres Kommunikationsthema und damit ein Bedürfnis ist, dass der Betroffene oft über den eigenen Gesundheitszustand Bescheid wissen will. Hier können einfache Sprachausgabe-Kommunikationshilfen bei der Fragestellung behilflich sein um alle relevanten Informationen zu erhalten. Es gibt Studien die darauf hindeuten, dass Menschen die mit relevanten Informationen über ihren Gesundheitszustand versorgt werden weniger

Schmerzen und vor allem weniger Ängste haben als jene die nicht ausführlich über den Gesundheitszustand informiert gehalten werden (Costello, 2009, S. 8ff).

Anhand unterstützter Kommunikation ist es möglich, auch ohne eigene Lautsprache, sich selbst darzustellen. Eine authentische Selbstdarstellung ist möglich, wenn die gewählten Worte, die Botschaften präzise verstanden und an die Intonation angepasst werden. Wenn frühzeitig, also schon in einem frühen Stadium, UK-Strategien eingeführt und dem Patienten nähergebracht werden, ist eine authentische Form der Kommunikation eher möglich, als wenn erst sehr spät mit der unterstützten Kommunikation begonnen wird.

Für die Kommunikation der eigenen Bedürfnisse ist es von Vorteil wenn sich die Auswahl des Vokabulars auf ein UK-System beschränkt. Das Vokabular kann sich zwar im Krankheitsverlauf verändern, folgende drei Nachrichtenkategorien bleiben jedoch gleich: Persönlichkeit und soziale Verbundenheit, psychosoziale und emotionale Bedürfnisse und medizinische Versorgung (Costello, 2009, S. 8ff).

Hospizpatienten, vor allem Jüngeren, ist es oft ein Anliegen, dass die eigene Stimme bewahrt bleibt, dass nicht nur ein Computer mit metallischer Stimme oder eine „Ansagestimme“ die Lautsprache ihrer Kommunikation übernimmt, sondern ihre eigenen Worte mit eigener Stimme verwendet werden können. Dieses „Stimme behalten“ kann als Zeichen der Persönlichkeit gesehen werden, ohne die eigene Stimme fehlt ein Teil davon. Hier kann anhand von Voice Banking oder Message Banking, also der Aufzeichnung der eigenen Stimme, in einem früheren Stadium, diesem „Stimmverlust“ entgegengewirkt werden (Costello, 2009, S. 8ff).

Eines der wichtigsten Bedürfnisse, die anhand der unterstützten Kommunikation bedient werden können, ist die soziale und emotionale Bindung zu den Angehörigen, den Vertrauten. Nachrichten, die für die innigsten Kommunikationspartner eine persönliche Bedeutung haben, können so immer wieder abgerufen und damit die Zuneigung ausgedrückt werden.

Auch das Bewahren und Wiederaufleben lassen von positiven Erinnerungen mit Hilfe digitaler Bilderrahmen oder sprechenden Fotoalben wie auch anderen Möglichkeiten, verhilft dem Menschen am Lebensende zu entspannten und glücklichen Stunden.

Die Sorge um die Zurückgelassenen kann für Menschen die keine Lautsprache mehr haben und sich auch sonst nicht mehr selbstständig ausdrücken können anhand von einfachen Tastern, Aufnahmen und Fragen zwar nicht genommen aber abgeschwächt werden. Dieses Bedürfnis alles für die Zeit nach dem Sterben zu arrangieren, geliebtes versorgt zu wissen, verhilft zu etwas Entspannung und nimmt diese große Last (Costello, 2009, S. 8ff).

Auch kann mit Einbezug unterstützter Kommunikation das Umfeld gesteuert werden. Selbsttätiges Einschalten von Fernseher und Musik anhand einer Sprachsteuerung oder anderem kann hier überaus dienlich sein bei solchen „einfachen Handgriffen“ nicht von anderen abhängig zu sein. Dieses selbständige Steuern von Alltagsdingen verhilft dem Patienten zu einem besseren Wohlbefinden (Beer, 2017b, S. 60ff).

6 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

Die primäre Forschungsfrage, die es anhand einer Literaturrecherche im Zuge dieser Arbeit zu beantworten galt, lautet: „Welche Möglichkeiten bietet die unterstützte Kommunikation für Menschen mit Kommunikationseinschränkungen am Lebensende im Hospiz- und Palliativbereich?“

Gerade im Hospiz- und Palliativbereich ist es dringend erforderlich zu begutachten, wie es um die Kommunikationsfähigkeiten der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten steht, bevor die Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation ausgewählt und angewandt werden. Hierzu ist es sinnvoll die motorischen, sensorischen, kognitiven und sprachlichen Ressourcen der betroffenen Person zu erfassen. Und erst im nächsten Schritt die in Frage kommenden Methoden und Systeme auszuwählen und zur Anwendung zu bringen (Beer, 2017a).

Hier eignen sich vor allem die körpereigenen Kommunikationsformen, also ohne Einbindung anderer Hilfsmittel. Konkret sind das unter anderem die Atmung, anhand derer unterschiedliche Reaktionen beobachtet werden können. Weiters zählen Blicke, bewusster Einsatz von Gestik, Mimik und Gebärden oder auch Muskelkontraktionen wie Händedrücken dazu sowie einzelne Laute und Lautsprache (Vock & Lüke, 2018, S.18f).

Körpereigene Kommunikationsformen haben den großen Vorteil, dass wenig Lernaufwand betrieben werden muss und man relativ rasch und einfach mit der Anwendung direkt am Krankenbett, und somit ortsunabhängig, beginnen kann (Braun, 2020, S. 25f).

Es zeigt sich, dass für Menschen am Lebensende eine einfache, rasch zu erlernende oder intuitive Variante am sinnvollsten ist. Zwar stehen hier die körpereigenen Mittel an erster Stelle, jedoch sind auch diese von der jeweiligen körperlichen und psychischen Verfassung des Patienten abhängig welche sich jederzeit verändern kann. Die bereits erwähnten Ausdrucksmittel wie Blicke und Mimik, Zeigen und Deuten, Gesten und Gebärden oder auch Laute sind zumeist nur vertrauten Personen ein Begriff und daher in der Kommunikation mit fremden Personen schwer einsetzbar (<https://uk-im-blick.de/blog/post/koerpereigene-mittel-2>, 27.12.2020).

Insbesondere das Pflegepersonal, aber auch die engsten Vertrauten, müssen geschult und instruiert werden welche Kommunikationsstrukturen für die Patientin oder den Patienten angewandt werden können und auf einer gemeinsamen Ebene sein. Das heißt innerhalb eines Teams rund um die betroffene Person muss ein einheitliches System in Anwendung sein, damit Kommunikation überhaupt funktionieren kann. Nur so kann die Patientin oder der Patient darauf vertrauen, dass ihre oder seine Anliegen korrekt in ihrem oder seinem Umkreis

ankommen und aufgenommen werden. Das Pfltegeteam kann nur dann sicher gehen, dass es die betroffene Person richtig versteht und danach handeln, wenn sie eine gemeinsame Sprache sprechen. Ebenso verhält es sich mit den vertrauten Personen, auch hier müssen alle dieselben Kommunikationsstrukturen befolgen, da es für die Patientin oder den Patienten nur dann möglich ist sich mitzuteilen und verstanden zu werden.

Gibt es in den Kommunikationsstrukturen unterschiedliche Ansätze oder Auffassungen kann es schnell zu Unmut oder Resignation der Patientin oder des Patienten kommen.

Wichtig ist immer zu beachten, dass die eingesetzte Kommunikationsstrategie nur dann Erfolg bringt, wenn man auch die äußeren Einflüsse berücksichtigt. Es liegt nicht immer nur an der betroffenen Person selbst, sondern auch an den Kenntnissen des gesamten Umfeldes.

Um der Patientin oder dem Patienten angepasste und gerechte Kommunikationsmöglichkeiten zur Verfügung stellen zu können, muss die Entwicklung und die Fertigkeiten der Betroffenen oder des Betroffenen immer wieder evaluiert werden. Es ist sinnvoll die motorischen, sensorischen, kognitiven und sprachlichen Ressourcen ständig zu erheben und die jeweiligen Kommunikationsmethoden daran anzupassen und gegebenenfalls abzuändern (Beer, 2017a).

Diese Anpassung verlangt auch alternative Möglichkeiten an Kommunikationssystemen, hier sind im Hospiz- und Palliativbereich auch externe Kommunikationsformen geeignet. Das sind in der Gruppe der „nicht-elektronischen“ Kommunikationsmittel Fotos, Schrift oder auch Symbole. Diese Materialien sind zumeist rasch einsetzbar und intuitiv verständlich, aber müssen immer mit dabei sein. Zum Teil kann es hier allerdings zur Ablehnung der Patientin oder des Patienten kommen, da die verwendeten Symbole oft als zu kindlich empfunden werden und in einem ersten Schritt die Arbeit damit verweigert wird.

Ein Nachteil der körpereigenen und „nicht-elektronischen“ Kommunikationsformen liegt darin, dass zumeist nur Unterhaltung zwischen zwei Personen, also dem Betroffenen selbst und einem Gegenüber, möglich ist. Als Alternative dazu stehen die „elektronischen“ Kommunikationsformen, die auch Unterhaltung in Gruppen zulassen (Vock & Lüke, 2018, S.18f; Braun, 2020, S. 25f).

Obwohl bei den elektronischen Kommunikationshilfen eine längere Eingewöhnungsphase und größerer Lernaufwand notwendig ist, ist der Einsatz von Sprachausgaben, auch in Verbindung mit Voice Banking und Message Banking, im Hospiz- und Palliativbereich eine sinnvolle Variante.

Diese Sprachausgaben ermöglichen es der Patientin oder dem Patienten sich anhand eines Tasters oder einer dynamischen Oberfläche ausdrücken. Dazu wird dazu nach Tastendruck der zuvor hinterlegte Text wiedergegeben. Für die Anwendung ist hier neben dem technischen

Equipment auch eine zweite Person notwendig, um die Aufnahmen machen zu können. In der direkten Anwendung gelingt es den betroffenen Personen rasch anhand der Taster ihre Aussagen zu tätigen. Als Nachteil kann hier gesehen werden, dass noch nicht viele Betreuungseinrichtungen das notwendige Equipment haben und die Patientin oder der Patient für die Anschaffung der Geräte selbst aufkommen müsste.

Im Sektor der Hospiz- und Palliativbetreuung darf die Umfeldsteuerung nicht außer Acht gelassen werden. Sie ermöglicht die eigenständige Ansteuerung von netzbetriebenen Geräten wie Lichtschalter, Fernseher, Notruf, und anderen, via Infrarot, Funk, WLAN, Bluetooth oder einer Sprachsteuerung. Eine weitere Art das unmittelbare Umfeld anzusteuern ist die Augensteuerung. Vor allem für motorisch schwer beeinträchtigte Menschen bietet sie eine Möglichkeit via Modul an einem PC oder an einer Kommunikationshilfe zum Beispiel einen Mauszeiger zu steuern und mit Blinzeln auszuwählen. Weitere Ansteuerungsmöglichkeiten sind eine Mundmaus, Kopfmaus sowie eine Kinnsteuerung oder auch Joysticks und eigens adaptierte Tastaturen (Lüke & Vock, 2019b, S. 57-63; <https://www.meierschuetten.de/produktkatalog/pc-eingabegeraete/mausloesungen/kopf-maus/integra-mundmaus/>, 29.12.2020). Aber auch hier stellt sich die Kostenfrage, da die Ausstattung in den Betreuungseinrichtungen nicht immer gegeben ist und somit die Patientin oder der Patient nur mit Eigenleistungen in den Genuss der unterstützenden Kommunikationshilfen kommt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation auch vor dem Hospiz- und Palliativbereich nicht Halt machen. Gerade in diesem Bereich finden sich gehäuft die Zielgruppen, die ihre eigene Lautsprache nur bedingt zum Einsatz anwenden können, Menschen, deren Sprache für andere sehr schwer verständlich ist sowie Menschen, die aufgrund kognitiver Einschränkungen, die eigene Lautsprache nicht oder nur sehr eingeschränkt einsetzen können (Kristen, 2000). Die Möglichkeiten, welche die unterstützte Kommunikation hier bietet, sind vielfältig und können auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmt werden. Je nach Form der Beeinträchtigungen gibt es unterschiedliche Systeme die in den Alltag integriert werden können und somit eine Inklusion der Betroffenen an ihrer Lebensumgebung ermöglicht.

7 Zusammenfassung und Ausblick

Die unterstützte Kommunikation erlaubt es Menschen mit Kommunikationseinschränkungen am Lebensende ihre Bedürfnisse und Wünsche mitzuteilen, an der Umwelt teilzuhaben und verschafft damit mehr Lebensqualität. Sie soll die fehlende Lautsprache ersetzen können und Alternativen dazu bieten, sie soll sie vor Einsamkeit und Resignation bewahren.

Anhand der großen Bandbreite an Möglichkeiten, Systemen und Hilfsmitteln ist eine auf den Patienten zugeschnittene Unterstützung in den meisten Fällen realisierbar. Wichtig ist, dass eine, für alle Betroffenen, also für den Patienten sowie wie für die Angehörigen und das Pflegeteam, gemeinsame Lösung gefunden wird und diese auch von allen akzeptiert und angewandt wird. Das heißt die Anwendung muss ohne großen Aufwand möglich sein, eine gemeinsame Sprache muss gefunden werden und auch das technische Equipment muss den Ansprüchen und den jeweiligen Umständen genügen.

Der Einsatz von einfachen und komplexeren technischen Hilfsmitteln der unterstützten Kommunikation hat bislang noch nicht in allen Krankenhäusern und Pflegeheimen Einzug gefunden, was sicher auch an den teils, bei den komplexeren technischen Hilfsmitteln, hohen Anschaffungskosten sowie den notwendigen Einschulungen und den fehlenden Personalressourcen liegt. Nichtsdestotrotz wäre hier ein Umdenken sinnvoll, um Betroffenen im Hospiz- und Palliativbereich einen erfüllten und sozial integrierten Lebensabend beschere zu können. Im Zuge dessen würde der Einsatz von unterstützter Kommunikation der Pflege ermöglichen auf die Bedürfnisse der einzelnen Personen genauer eingehen zu können.

Die unterstützte Kommunikation bietet eine Vielzahl an Möglichkeiten, auch für den Hospiz- und Palliativbereich, welche sich vor allem im technischen Bereich stets weiterentwickeln. Geräte deren Anwendung immer einfacher und kompakter werden und immer mehr Nutzen bringen und dabei auch finanziell leistbarer werden.

Literaturverzeichnis

- Aulbert, E., (2011). Grundlagen der Palliativmedizin – Definition, Entwicklung und Ziele. In E. Aulberg, F. Nauch & L. Radbruch (Hrsg.), *Lehrbuch der Palliativmedizin* (S. 1-12). Schattauer.
- Beck, A. (2011). AAC and message enhancement for persons with Aphasia. In Emerald Group Publishing Limited (Hrsg.), *Augmentative and Alternative Communications for Adults with Aphasia* (S. 93-113). Brill.
- Beer, S. (2015a). Wege in die Kommunikation - UK bei Aphasia. In G. Antener, A. Blechschmidt & K. Ling (Hrsg.), *UK wird erwachsen* (S. 422-430). Von Loeper Fachbuch.
- Beer, S. (2015b). Sprachlos auf der Intensivstation. In G. Antener, A. Blechschmidt & K. Ling (Hrsg.), *UK wird erwachsen* (S. 171-179). Von Loeper Fachbuch.
- Beer, S. (11.-12.10.2017a). *Alternative Kommunikationsmöglichkeiten für beeinträchtigte Menschen* [Poster]. KAI-Kongress 2017, Berlin.
- Beer, S. (2017b). Kommunikation trotz Beatmung oder Trachealkanüle? *Gepflegt durchatmen – Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung*, 38, 60-64.
- Beer, S., Conrades, B. & Joswig, L. (2017). Blickbasierte Diagnostik, Verlaufsdokumentation und Diagnoseabgrenzung – Tools und Assessments. *Praxis Ergotherapie*, 5, 267-274.
- Beer, S. (2018). Wege in die Kommunikation. *Beatmet leben*, 3/2018, 46-48.
- Beer, S. & Geller, R. (2019). Unterstützte Kommunikation bei Demenz – Hilfen im Alltag und bei der Kommunikation. In K. Ling & I. Niediek (Hrsg.), *UK im Blick*. Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen.
- Beer, S., Schön, A. & Marx, E. (2020). Brücken bauen – Unterstützte Kommunikation bei verbaler Entwicklungsdyspraxie? *Logos, die Fachzeitschrift für akademische Sprachtherapie und Logopädie*, 4, 276-282.
- Bloom, L., Lahey, M. (1978). *Language Development and Language Disorders*. John Wiley & Sons Inc.

- Boenisch, J. (2003). Inhalt. In J. Boenisch & C. Bünk (Hrsg.), *Methoden der Unterstützten Kommunikation* (S. 19-37). Von Loeper Fachbuch.
- Boenisch, J., Wilke, M. & Sachse, S. (2020). Elektronische Kommunikationshilfen in der UK. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 250-258). Kohlhammer.
- Braun, U. (2020). Entwicklung in der Unterstützten Kommunikation in Deutschland – eine systematische Einführung. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 19-32). Kohlhammer.
- Costello, J. (2009). Last Words, Last Connections. *The Asha Leader*, 14(16), 8-11. <https://doi.org/10.1044/leader.FTR2.14162009.8>
- Fichtmair, M. (2015). UK in Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Pflege. In von Loeper Literaturverlag und Issac Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V. (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (S. 17.062.001-17.062.010). Von Loeper Literaturverlag.
- Fröhlich, N. (2020). Grafische Symbole und nichtelektronische Kommunikationshilfen in der UK. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 240-249). Kohlhammer.
- Gatterer, G. & Croy, A. (2007). Kommunikation und Interaktion im Rahmen der Altenbetreuung. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung – Ein praxisbezogenes Handbuch* (S. 177-196). SpringerWienNewYork.
- Hurtig, R. & Downey, D. (2009). *Augmentative and Alternative Communication in Acute and Critical Care Settings*. Plural Publishing Inc.
- Kojer, M, Schmidl M. & Zsifkovics, M. (2007). Die multidisziplinäre Betreuung schwerstkranker und sterbender alter Menschen. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung – Ein praxisbezogenes Handbuch* (S. 127-143). SpringerWienNewYork.
- Kristen, U. (2000). Unterstützte Kommunikation in der Praxis. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 4/5/2000, 1-11. Online: <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh4-5-00-praxis.html>

- Lüke, C. & Vock, S. (2019a). Einführung. In M. Thiel, M. Wanke & S. Weber (Hrsg.), *Unterstützte Kommunikation bei Kindern und Erwachsenen* (S. 1-16). Springer.
- Lüke, C. & Vock, S. (2019b). Methoden der Unterstützten Kommunikation. In M. Thiel, M. Wanke & S. Weber (Hrsg.), *Unterstützte Kommunikation bei Kindern und Erwachsenen* (S. 17-110). Springer.
- Müller-Busch, H. (2019). Kurze Geschichte der Palliativmedizin. In C. Schulz-Quach & M. Schnell (Hrsg.), *Basiswissen Palliativmedizin* (S. 3-8). Springer-Verlag.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-59285-4>
- Schnell M. & Schulz-Quach C. (2019). Kommunikation in der Palliativmedizin. In C. Schulz-Quach & M. Schnell (Hrsg.), *Basiswissen Palliativmedizin* (S. 123-156). Springer-Verlag.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-59285-4>
- von Tetzchner, S. & Martinsen, H. (2000). *Einführung in Unterstützte Kommunikation*. Winter.
- Wilken, E. (2014). Kommunikation und Teilhabe. In E. Wilken (Hrsg.), *Unterstützte Kommunikation: Eine Einführung in Theorie und Praxis*. (S. 7-16). Kohlhammer Verlag.
- Wilken, E. (2020). Teilhaben und Mitbestimmen. Unterstützte Kommunikation hat viele Facetten. In J. Boenisch & S. K. Sachse (Hrsg.), *Kompendium Unterstützte Kommunikation* (S. 9-12). Kohlhammer.

Online-Quellen:

<https://www.cab-b.de/unterstuetzte-kommunikation-leichte-sprache/beratungsstelle-fuer-unterstuetzte-kommunikation/produkte-der-uk-beratungsstelle> [Abruf am 05.01.2021]

<https://www.die-uk-kiste.de/k-eine-alternative/> [Abruf am 19.12.2020]

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [Abruf am 07.11.2020]

<https://www.dropbox.com/sh/i3xlq3qrsy0p4z0/AACDqWfFYiraLLXGydSTzInea?dl=0&preview=fragenstellen.png> [Abruf am 31.01.2021]

<https://www.duden.de/rechtschreibung/Symbol> [Abruf am 04.01.2021]

<https://www.hospiz.at/hospiz-palliative-care/geschichte/> [Abruf am 07.11.2020]

<https://www.kreuznacherdiakonie.de/rehafachdienste-foerschulen/rehafachdienste/beratungsstelle-fuer-unterstuetzte-kommunikation-und-assistive-technologien-buk-at/logopaedie/> [Abruf am 19.12.2020]

https://www.lifetool-solutions.at/1062-large_default/tobii-i-serie-13-16-gaze-interaction-mit-tobii-dynavox-communicator.jpg [Abruf am 02.12.2020]

<https://www.lifetool.at/hilfsmittel/hilfsmittel-uebersicht/> [Abruf am 13.06.2020]

https://www.lifetool.at/fileadmin/_processed_/csm_Hilfsmittel_Einfache_Kommunikationshilfen_BIGmack_2f78d388ac.png [Abruf am 04.12.2020]

<https://www.lifetool.at/hilfsmittel/lifetool-hardware/integramouse-plus/> [Abruf am 12.12.2020]

<https://www.logbuk.de/freie-materialien> (logbuk-symbolleiste-zustand.pdf)
[Abruf am 12.12.2020]

<https://www.meier-schuetzte.de/produktkatalog/pc-eingabegeraete/mausloesungen/kopf-maus/integra-mundmaus/> [Abruf am 29.12.2020]

http://www.pkgodzic.de/fileadmin/user_upload/Beauftragter_Sterbebegleitung/Beduerfnisse_Sterbender.pdf [Abruf am 20.12.2020]

https://rehamedia.de/uk_materialien/elektronische_kommunikationshilfen/
[Abruf am 13.06.2020]

https://rehamedia.de/uk_materialien/eyetracking/ [Abruf am 29.12.2020]

https://rehamedia.de/uk_materialien/nicht-technische-kommunikationsformen/
[Abruf am 31.01.2021]

https://www.teilhabe-experten.de/files/180507_broschuere_elektronischekommunikationshilfen.pdf
[Abruf am 19.12.2020]

<https://uk-im-blick.de/blog/post/amyotrophe-lateralskelose-als> [Abruf am 28.12.2020]

<https://uk-im-blick.de/blog/post/hoerbeeintraechtigung> [Abruf am 27.12.2020]

<https://uk-im-blick.de/blog/post/koerpereigene-mittel-2> [Abruf am 27.12.2020]

<https://uk-im-blick.de/blog/post/voice-banking-message-banking> [Abruf am 29.12.2020]

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [Abruf am 31.01.2021]

<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/beduerfnishierarchie-31397/version-254956>
[Abruf am 03.01.2021]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Organisationsformen in der Palliativmedizin.....	12
Abbildung 2: Bedürfnispyramide des Sterbenden	13
Abbildung 3: Multimodales Kommunikationskonzept	19
Abbildung 4: Körpereigene Kommunikationsformen	20
Abbildung 5: Symbolleiste zum Ausdrücken und Erfragen des Zustandes	21
Abbildung 6: Kommunikationstafel "Fragenstellen"	21
Abbildung 7: Sprechende Taste (BIGmack)	22
Abbildung 8: Sprachausgabegerät (TOBII SERIE 13 / 16, mit Augensteuerung).....	23
Abbildung 9: Mundmaus (IntegraMouse Plus).....	23
Abbildung 10: Symbolkarten	25
Abbildung 11: Aspekte bei der Versorgung mit Kommunikationshilfen	27
Abbildung 12: Ich bin da – Hospizkoffer der CAB.....	30

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wichtige Faktoren in der Kommunikation zwischen Arzt und Patienten.....	15
Tabelle 2: Mythen und Realitäten zur Anwendung von UK	34