

**Einführung und Umsetzung
von Systemen der unterstützten Kommunikation
im Hospizbereich**

Bachelorarbeit II

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Heidi Sailer-Strümpf

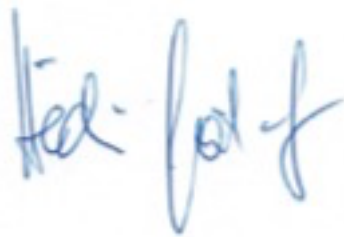
51841141

Begutachter/in: Dipl. Ing. Martin Morandell

Marz, Mai 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.

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

24. Mai. 2021

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Einführung und Umsetzung von Systemen der unterstützten Kommunikation (UK) im Hospizbereich. Dazu wurden sieben Interviews mit Expertinnen und Experten aus dem Hospizbereich durchgeführt. Diese wurden dazu befragt welche Probleme in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten gesehen werden und wie die derzeitige Kommunikationssituation erlebt wird. Ebenso wurde der Frage nachgegangen, welche einheitlichen Strategien der unterstützten Kommunikation zur Verbesserung der Kommunikation beitragen und welche Herausforderungen bei einer Implementierung von unterstützter Kommunikation im Hospizbereich gesehen werden. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Die empirische Untersuchung hat ergeben, dass die Hauptprobleme in der Kommunikation am Gesundheitszustand des Patienten, sowie erforderlicher aber nicht vorhandener Zeit liegen. Die aktuelle Kommunikationssituation wird als gut befunden, mit Möglichkeiten für Besserungen. Die Kommunikationsform wird jeweils individuell an den Patienten angepasst. Fortbildungen und Schulungen des Pflegepersonals werden als mögliche Strategie zur Verbesserung gesehen, sowie ein möglichst früher Beginn mit der Anwendung von unterstützter Kommunikation. Als die wesentlichsten Hindernisse und Hürden wurde der Kostenfaktor erkannt sowie die notwendigen Zeitressourcen.

Schlüsselbegriffe: Unterstützte Kommunikation, UK, Hospiz.

Abstract

This work deals with the introduction and implementation of systems of augmentative and alternative communication (AAC) in the hospice sector. Seven interviews with experts from the hospice sector were conducted. The experts were asked about the problems seen in the communication with patients and how the current communication situation is experienced. The question of which uniform strategies of augmentative and alternative communication contribute to the improvement of communication and the challenges of implementing augmentative and alternative communication in the hospice sector was also investigated. The evaluation of the interviews is carried out according to the qualitative content analysis according to Mayring. The empirical study has shown that the main problems in communication are due to the patient's health condition as well as the necessary but not available time resources. The current communication situation is considered to be good, with the possibility of improvement. The form of communication is individually adapted to the patient. Training and training of nursing staff is seen as a possible strategy for improvement, as well as a start as early as possible with the application of augmentative and alternative communication. The most important obstacles and hurdles were identified as the cost factor and the necessary time resources.

Keywords: Augmentative and Alternative Communication, AAC, Hospice.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und Forschungsfragen.....	1
1.2	Zielsetzung	2
1.3	Methode und Aufbau der Arbeit.....	3
2	Theoretischer Hintergrund	4
3	Empirische Untersuchung	7
3.1	Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner	7
3.2	Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens	7
3.3	Vorbereitung und Durchführung der Interviews.....	8
3.4	Transkription der Interviews	9
4	Analysemethode	11
4.1	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	11
4.2	Kategoriensystem.....	11
5	Forschungsergebnisse	17
5.1	Kategorie: Kommunikationsprobleme.....	17
5.2	Kategorie: Ist-Stand-Kommunikation.....	18
5.3	Kategorie: UK-Systeme	20
5.4	Kategorie: Verbesserung durch UK.....	21
5.5	Kategorie: Hürden / Hindernisse bei der Einführung von UK	23
5.6	Tabellarische Zusammenfassung der Forschungsergebnisse	25
6	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen	26
7	Zusammenfassung und Ausblick	32
	Literaturverzeichnis	33
	Abbildungsverzeichnis	35
	Tabellenverzeichnis	36
	Anhang	37

1 Einleitung

„Kommunikation ist eine Bezeichnung für den (Informations-)austausch als grundlegende Notwendigkeit menschlichen Lebens...“ (<https://lexikon.stangl.eu/535/kommunikation/>, 01.05.2021), so lautet eine Definition für Kommunikation in den Sozialwissenschaften und der Psychologie. Die unterstützte Kommunikation steht für kommunikationsbeeinträchtigte Menschen am Lebensende als Hilfsmittel, um Bedürfnisse und Wünsche mitteilen zu können und so die Lebensqualität auch bis zum Lebensende zu erhalten. Anhand unterstützter Kommunikation kann die fehlende Lautsprache, je nach kognitiver und physischer Verfassung, ersetzt und kompensiert werden.

1.1 Problemstellung und Forschungsfragen

Im palliativen Bereich liegt das Hauptaugenmerk der Kommunikation darin, die verwendete Sprache der Gesprächspartnerin und des Gesprächspartners zu finden und zu verstehen. Für eine Kommunikation mit Menschen am Lebensende ist empathisches Verstehen und eine gute Beobachtungsgabe notwendig, ebenso wie das Interesse an alternativen Kommunikationsformen. Den sterbenden Personen ist es aufgrund physischer oder kognitiver Einschränkungen oft nicht mehr möglich sich in gewohnter Form, mittels Lautsprache, auszudrücken. Daher ist es hier notwendig eine gemeinsame Sprache zu finden, welche in Form der unterstützten Kommunikation gegeben ist (Fichtmair, 2015, S. 17.062.003). So kann Menschen am Lebensende die Möglichkeit geboten werden trotz sprachlicher Handicaps sich mit ihren Angehörigen, den Ärzten und dem Pflegepersonal zu unterhalten. Hierzu bietet die unterstützte Kommunikation unterschiedlichste Anwendungen, die je nach Bedarf individuell eingesetzt und angepasst werden können. Da sich die Rahmenbedingungen bei Menschen im Hospizbereich ständig ändern und aufgrund von Medikamenten, Einwirkungen auf den kognitiven Status, Atemprobleme, Probleme bei der Findung richtiger Worte oder Erschöpfung und Kraftlosigkeit tagesabhängig sind, bleibt der Bedarf und Wunsch nach Kommunikation zwar bestehen, die Art und Weise muss jedoch der Situation angepasst werden (Costello, 2009, S.8ff).

Die Möglichkeiten, welche die unterstützte Kommunikation im Hospizbereich bietet sind allen voran die körpereigenen Kommunikationsformen. Diese umfassen die Atmung, Blicke, Gestik, Gebärden, aber auch Laute. Diese Form ist am raschesten und einfachsten einzusetzen, da keine Hilfsmittel benötigt werden und somit Ortsungebunden sind und kein oder nur ein geringer Lernaufwand nötig ist (Beer, 2017; Braun, 2020, S. 25f.).

Eine weitere Variante sind externe Kommunikationsformen wie die „nicht-elektronischen“ und „elektronischen“ Kommunikationshilfen.

Beide haben ihre Vorteile, die nicht-elektronischen Hilfen sind ebenso zum Teil intuitiv anwendbar und rasch einzusetzen, jedoch braucht man das Material immer mit dabei. Am Bekanntesten sind hier der Einsatz von Fotos, Schrift, Symbolen oder anderen Zeichen. Die Vorteile der elektronischen Hilfsmittel liegen in der großen Bandbreite der Einsatzmöglichkeiten. Es gibt eigene Geräte zur Kommunikationsanbahnung, wie Taster oder auch Sprachausgaben, mit denen sich die Patientinnen und Patienten ausdrücken können. Sie ermöglichen aber auch eine Umfeldsteuerung, welche die selbstständige Ansteuerung von netzbetriebenen Geräten, Tablets und anderen Endgeräten auf unterschiedlichste Arten ermöglicht (Lüke & Vock, 2019b, S.18f; Braun, 2020, S. 25f).

Obwohl die Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation, in Form von einfachen und komplexen technischen Hilfsmitteln, eine Erleichterung im Hospizbereich darstellen kann, hat sie noch nicht in vielen Krankenhäusern und Pflegeheimen Einzug gehalten. Die Gründe dafür liegen wohl an den oft nicht bekannten Möglichkeiten, aber ebenso an den Anschaffungskosten, den notwendigen Einschulungen und den fehlenden Personalressourcen.

Wie Kommunikation aktuell im Hospizbereich stattfindet und welche Hürden es bei der Einführung von unterstützter Kommunikation zu bewältigen gibt wurde bisher noch nicht beantwortet. Auf Basis dieser Überlegungen ergeben sich folgende Forschungsfragen für diese Bachelorarbeit:

- Welche Probleme sehen Expertinnen und Experten aus dem Hospizbereich in der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten?
- Wie erleben die handelnden Personen die aktuell vorherrschende Kommunikation?
- Welche einheitlichen Strategien der unterstützten Kommunikation können zur Verbesserung der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten aus Sicht der Expertinnen und Experten beitragen?
- Welche Herausforderungen sehen Expertinnen und Experten bei einer Implementierung von unterstützter Kommunikation im Hospizbereich?

1.2 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es, durch die Befragung von Expertinnen und Experten bestehende Probleme in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten im Hospizbereich zu erfassen und wie Kommunikation bisher bzw. im Moment stattfindet. Des Weiteren soll herausgefunden

werden, welche einheitlichen Strategien der unterstützten Kommunikation zu einer Verbesserung im Kommunikationsverhalten der Patientinnen und Patienten führen kann. Zudem soll mit den Interviews eruiert werden, welche Herausforderungen die Expertinnen und Experten in der Implementierung von Systemen der unterstützten Kommunikation sehen und wie diesen Herausforderungen in Zukunft entgegengewirkt werden kann.

Diese Arbeit wurde im Rahmen des AAL-JP Forschungsprojektes „QeOL - Quality at the End of Life“, welches durch die Europäische Gemeinschaft und dem Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie (BMK) gefördert wird, von Dipl. Ing. Martin Morandell betreut.

1.3 Methode und Aufbau der Arbeit

Als methodische Vorgangsweise zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden sieben leitfadengestützte qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten durchgeführt, welche für die Arbeit mit und am Patienten verantwortlich sind. Nach Durchführung der Interviews wurden diese transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet und erläutert.

Die Arbeit gliedert sich in sieben Kapitel. Im ersten Kapitel wird einleitend die Thematik anhand der Problemstellung mit den daraus resultierenden Forschungsfragen erläutert. Ebenso findet sich in diesem Kapitel die Zielsetzung der Arbeit. Kapitel zwei behandelt den theoretischen Hintergrund der für die Arbeit bedeutsam ist, mit Verbindung zu den Ergebnissen die in der Bachelorarbeit 1 (Sailer-Strümpf, 2021) erarbeitet wurden. Kapitel drei nimmt sich der ausgewählten Untersuchungsmethode an. Hier wird auch auf die Auswahl der Interviewpartner eingegangen, der Interviewleitfaden vorgestellt und die Interviewdurchführung sowie der Transkriptionsvorgang beschrieben. Kapitel vier widmet sich der Forschungsergebnisse der empirischen Untersuchung. In Kapitel fünf werden die Forschungsfragen beantwortet und diskutiert. Die Schlussfolgerung samt Ausblick findet sich in Kapitel sechs.

2 Theoretischer Hintergrund

Die Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation können auch im Hospizbereich von Bedeutung sein. Gerade in diesem Bereich sind gehäuft Zielgruppen anzutreffen, die für andere Personen sehr schwer verständlich sind. Aber auch Menschen, die aufgrund kognitiver Einschränkungen die eigene Lautsprache nicht oder nur eingeschränkt einsetzen können (Kristen, 2000). Die unterstützte Kommunikation bietet hier vielfältige Möglichkeiten, die individuell an die jeweiligen Patientin oder den jeweiligen Patienten angepasst werden können. Es gibt unterschiedliche Systeme, die je nach Beeinträchtigung in den Alltag eingebaut werden und damit den Betroffenen zu einer Teilnahme am sozialen Leben und zu mehr Lebensqualität verhilft (Lüke & Vock, 2019a, S. 8f).

In der palliativen Versorgung ist es wesentlich die Interessen und Anliegen der sterbenden Menschen wahrzunehmen und diese zu befriedigen. Fehlende Kommunikation erschwert es den Patientinnen und Patienten bei Schmerz und Leid helfend beizustehen. Die Kommunikationssituation am Lebensende ist geprägt vom Wunsch eines verstehenden, bedürfniserfüllenden Abschiedes und gleichzeitig ist sie in dieser Phase aufgrund physischer und psychischer Einschränkungen größtenteils beeinträchtigt. Die Kommunikation in der palliativen Versorgung hat als Ziel die Sprache des Gegenübers zu finden (Fichtmair, 2015, S. 17.062.003). Die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Hospiz unterscheiden sich nicht von denen anderer Menschen. Das wichtigste ist, sie als lebende Menschen zu sehen und auch so zu behandeln. Aus den Krankheitsbildern (Hören, Sehen, Krankheiten) der zu betreuenden Personen ergeben sich unterschiedlichste Kommunikationsprobleme, auf die eingegangen werden muss (Gatterer & Croy, 2007, S. 177ff).

Der Fokus der unterstützten Kommunikation liegt auf einer qualitativen Steigerung oder Erweiterung der bereits vorhandenen und aktivierbaren Kommunikationsmöglichkeiten. Die Umsetzung hängt von den jeweiligen persönlichen Einschränkungen ab sowie den individuellen Möglichkeiten des Einsatzes von unterstützter Kommunikation (Boenisch, 2003, S. 19ff). Gerade im Hospiz- und Palliativbereich ist es, vor Auswahl und Einsatz der einzusetzenden Kommunikationssysteme, dringend erforderlich die motorischen, sensorischen, kognitiven und sprachlichen Ressourcen der betroffenen Patientinnen und Patienten zu erfassen um die geeigneten Hilfsmittel einsetzen zu können (Beer, 2017).

Im Hospizbereich ist der Einsatz von körpereigenen Kommunikationsformen, also ohne Einbindung anderer Hilfsmittel, besonders geeignet. Anhand der Atmung können unterschiedliche Reaktionen kontrolliert und beobachtet werden. Auch Blicke und der bewusste Einsatz von Gestik, Mimik und Gebärden oder Muskelkontraktionen wie

Händedrücken lassen einfache Kommunikation zu. Ebenso verhelfen einzelne Laute zu einem besseren Verständnis des Patienten (Lüke & Vock, 2019b, S.18f). Als großer Vorteil der körpereigenen Kommunikationsmittel wird der ortsunabhängige Einsatz gesehen, sowie der geringe Lernaufwand, da zumeist intuitiv agiert werden kann (Braun, 2020, S. 25f).

Trotz den Vorteilen, die die körpereigenen Kommunikationssysteme mit sich bringen, ist hier anzumerken, dass die Umsetzung und Anwendung vom physischen und mentalen Befinden des einzelnen Patienten abhängig ist, welche sich jederzeit verändern kann und oft auch tagesabhängig ist. Ebenso anzumerken ist, dass die erwähnten Ausdrucksmittel häufig nur den vertrauten Personen bekannt ist daher mit fremden Personen Kommunikation nur erschwert möglich ist (<https://uk-im-blick.de/blog/post/koerpereigene-mittel-2>, 22.04.2021).

Erfolg mit der ausgewählten Kommunikationsstrategie stellt sich nur dann ein, wenn die äußeren Einflüsse bedacht und einbezogen werden. Nicht nur die Patientin und der Patient müssen mit den verwendeten Hilfsmitteln vertraut sein, sondern auch das gesamte Umfeld. Das Pflegepersonal sowie die engsten Vertrauten müssen mit den angewandten Systemen erprobt und darin instruiert sein. Rund um eine betroffene Person muss ein einheitliches System angewendet werden, damit die Kommunikation überhaupt funktionieren kann. So können alle Seiten, Patienten, Pflegepersonal und Angehörige, darauf vertrauen, dass sie gehört und verstanden werden. Werden unterschiedliche Ansätze gewählt, kommt es bei allen Beteiligten rasch zu Unmut oder sogar Resignation. Diese kann auch auftreten durch Veränderungen der sensorischen, motorischen, kognitiven und sprachlichen Ressourcen beim Patienten. Um einer solchen Resignation entgegenzuwirken empfiehlt es sich die genannten Ressourcen ständig neu zu erheben und jeweiligen Kommunikationsmethoden daran anzupassen, gegebenenfalls abzuändern oder mit anderen Kommunikationssystemen zu kombinieren (Beer, 2017; Sailer-Strümpf, 2021).

„Nicht-elektronische“ Kommunikationsmittel sind aufgrund ihres ebenfalls recht raschen und intuitiven Einsatzes gerne verwendete Hilfsmittel im Hospizbereich. Hierzu zählen Fotos, Schrift, Kommunikationstafeln und Symbolkarten. Diese Hilfsmittel müssen jedoch immer griffbereit sein. Die Kommunikation ist mit diesen nicht-elektronischen Hilfsmitteln zumeist nur mit einem Gegenüber möglich. Innerhalb eines Teams rund um die Patientin oder den Patienten müssen stets die gleichen Symbole oder Worte verwendet werden um effektiv kommunizieren zu können. Alternativ hierzu stehen die „elektronischen“ Kommunikationsformen zur Verfügung, welche auch Kommunikation in Gruppen erlauben (Lüke & Vock, 2019b, S. 18f; Braun, 2020, S. 25f.).

Bei den elektronischen Hilfsmittel ist zumeist ein größerer Lernaufwand bzw. längere Einschulungszeit notwendig, stellt aber eine sinnvolle Variante anhand der Sprachausgaben dar. Taster oder dynamische Oberflächen werden mit einem Text hinterlegt und die Patientin oder der Patient kann per Tastendruck den Text wiedergeben lassen.

Gerade im Hospizsektor kommt auch die Umfeldsteuerung zum Tragen. Sie ermöglicht eigenständige Ansteuerung von netzbetriebenen Geräten wie Lichtschalter, Fernseher, etc. anhand von WLAN, Bluetooth oder einer Sprachsteuerung. Die Augensteuerung ist eine Möglichkeit für motorisch schwer beeinträchtigte Menschen, sie erlaubt via Modul an einem PC zum Beispiel einen Mauszeiger zu steuern und mit Blinzeln auszuwählen. Andere alternative Ansteuerungsvarianten sind die Mundmaus, die Kopfmaus, die Kinnsteuerung aber auch einfache Joysticks und eigens adaptierte Tastaturen (Lüke & Vock, 2019b, S. 57-63; <https://www.meier-schuetzte.de/produktkatalog/pc-eingabegeraete/mausloesungen/kopf-maus/integra-mundmaus/>, 22.04.2021).

Für Patientinnen und Patienten sind weitere mögliche Gründe für die bereits erwähnten Kommunikationssysteme der unterstützten Kommunikation im Hospizbereich unter anderem, dass sie selber Hilfe rufen oder um Unterstützung bitten können. Die Anwendung unterstützter Kommunikation erlaubt dem Patienten Kontrolle über das eigene Dasein zu behalten und ermöglicht eigenständige Kontaktaufnahme zu andere Personen. Aus Sicht der Pflege dient sie unter anderem auch dazu, medizinisch relevante Informationen verständlich weitergeben zu können, die von den Patientinnen und Patienten auch verstanden werden. Anhand der Kommunikationshilfsmittel ist es den Betroffenen auch möglich nachzufragen, sodass ein Informationsaustausch stattfinden kann (Beer, 2015, S. 171ff).

Der Einsatz von komplexen, aber auch einfachen technischen Hilfsmitteln der unterstützten Kommunikation findet bisher noch nicht in allen, sondern nur in wenigen Krankenhäusern und Pflegeheimen statt. Das liegt zum einen an den fehlenden Kenntnissen, die die unterstützte Kommunikation bietet, zum anderen an fehlenden Personalressourcen. Auch der finanzielle Aspekt darf, gerade bei komplexen, elektronischen Hilfsmitteln, nicht außer Acht gelassen werden. Ein Umdenken ist dennoch sinnvoll, um den Patienten einen hochwertigen, erfüllten Lebensabend zu beschere, aber auch um das Pflegepersonal bei der täglichen Arbeit mit den Patientinnen und Patienten im Hospiz zu unterstützen (Sailer-Strümpf, 2021).

3 Empirische Untersuchung

Aufbauend auf die Ergebnisse der Literaturrecherche der Bachelorarbeit 1 wurde eine empirische Untersuchung durchgeführt. Auf die Gestaltung des methodischen Vorgehens wird diesem Kapitel näher eingegangen.

3.1 Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner erfolgte anhand zuvor festgelegter Kriterien. Alle Expertinnen und Experten sollten aus dem Hospizbereich kommen bzw. direkten Zugang dazu haben. Um einen guten Einblick in die Sichtweise der Befragten zu bekommen, wurden Personen aus unterschiedlichen Organisationen mit Positionen auf unterschiedlichen hierarchischen Ebenen ausgewählt. Wichtig war es auch, dass alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner ihr Wissen direkt aus der Praxis beziehen. Die Expertinnen und Experten wurden in einem ersten Schritt per Email kontaktiert, indem eine kurze Erläuterung des Interviewthemas zu finden war samt der Bitte sich die Zeit für ein Interview zu nehmen. Sieben Personen erklärten sich bereit, an einem Interview in der Zeit von 18. bis 31.3.2021 teilzunehmen.

Bei den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern handelt es sich um eine Bereichsleitung, eine Stationsleitung, eine Physiotherapeutin, drei Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie eine Person aus der Entwicklung bzw. Vertrieb von Geräten der unterstützten Kommunikation. Alle Interviewpartner haben bereits, zumindest geringfügige, Erfahrung mit den unterstützten Kommunikationsformen. Unter den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern befanden sich sechs weibliche Teilnehmerinnen und ein männlicher Teilnehmer. Außer einer Person sind alle innerhalb Österreichs beruflich tätig, eine Person arbeitet und lebt in Deutschland.

3.2 Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens

Für die Erstellung des Interviewleitfadens wurden die in Kapitel 1.1 angeführten Forschungsfragen herangezogen. Das Ziel war es in Folge der abgehaltenen und ausgewerteten Expertinnen- und Experteninterviews diese Forschungsfragen beantworten zu können. Um zu diesem Ziel zu gelangen wurden fünf Hauptfragen erarbeitet, deren Beantwortung zu den essentiellsten Informationen führen sollten. Zu manchen Punkten wurden auch untergeordnete Fragen vorbereitet, die situationsbedingt eingesetzt werden konnten.

Der Interviewleitfaden (Anhang) beginnt mit einer Ja/Nein-Frage, mit der eruiert werden sollte ob es innerhalb der Organisation einheitliche Vorgehensweisen zur

Kommunikationsanbahnung mit dem Patienten gibt. Wurde diese mit „Ja“ beantwortet, war als Unterfrage vorgesehen nachzufragen, welche diese sind.

Der nächste Punkt war darauf ausgelegt zu erfassen, wie die Kommunikation aktuell mit den Patienten, die sich nicht mehr mit ihrer Lautsprache ausdrücken können, funktioniert und gelebt wird. Hier war es Ziel einen Überblick über die gängigen Kommunikationsformen zu gewinnen. Mit der dazu untergeordneten Frage, ob die betroffenen Personen (Patienten sowie Pflegepersonal) mit der derzeitigen Situation zufrieden sind konnte ein Bild über die bestehende Situation gewonnen werden. Ebenso mit der dazugehörigen Frage, ob es zu Problemen zwischen kommunikationsbeeinträchtigten Patientinnen und Patienten und Pflegepersonal in der Kommunikation und dem Verständnis des Kommunizierten kommt.

Die dritte Frage steht dafür, herauszufinden, welche alternativen Kommunikationsformen der interviewten Person bekannt sind. Sei es aus beruflichen, ehrenamtlichen oder privaten Settings. Hier geht es darum zu eruieren, inwieweit unterstützte Kommunikation der Interviewpartnerin oder dem Interviewpartner bekannt ist, auch wenn sie in der täglichen Arbeit nicht oder nur unbewusst angewandt wird.

Der nächste Punkt soll, aus Sicht der Expertinnen und Experten, aufzeigen wie ihrer Meinung nach unterstützte Kommunikation zu einer Verbesserung in der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten beitragen kann. Im direkten Zusammenhang wurde auch die untergeordnete Frage an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer gestellt, mit der beantwortet werden sollte, welche der bekannten Strategien sie einsetzen würden und welche sie hilfreich für einen zukünftigen Einsatz in der jeweiligen Organisation finden.

Bei der letzten Frage handelt es sich nochmals um eine JA/Nein-Erhebung, wo es in einem ersten Schritt darum geht in Erfahrung zu bringen, ob sich die Befragten die Arbeit mit unterstützter Kommunikation am Patienten vorstellen können. Wurde diese bejaht, wurde weiter nachgeforscht in welchem Ausmaß sie sich den Einsatz von unterstützter Kommunikation vorstellen können. Weiters wurde hier die Frage angeschlossen, welche Hürden und Hindernisse aus Seiten der Expertinnen und Experten gesehen werden, betreffend der Einführung unterstützter Kommunikation im Hospizbereich und ob solche Hürden und Hindernisse für diese Personengruppe gesehen oder vermutet werden.

3.3 Vorbereitung und Durchführung der Interviews

Nach Zusage der angefragten Personen für das Interview wurde den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern jeweils per Email die Einverständniserklärung, welche vom Studiengang

Aging Services Management im Zuge des Begleitseminars zur Bachelorarbeit zur Verfügung gestellt wurde, mit der Bitte um unterzeichnete Retournierung übermittelt. Es wurde ihnen mitgeteilt, dass die Teilnahme freiwillig ist und jederzeit, ohne Angabe von Gründen, davon zurückgetreten werden kann.

Auf deren Wunsch hin wurde den meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Interviewleitfaden vorab zur Verfügung gestellt. Das hatte den Vorteil, dass sich die zukünftigen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern gut auf das Gespräch vorbereiten konnten und auch im Vorfeld für sich entscheiden konnten, ob sie für das Interview geeignet sind und in Frage kommen.

Die Interviews fanden dann entweder per Telefon, Zoom oder MS Teams statt und wurden aufgezeichnet. Gestartet wurden die Interviews jeweils mit einer kurzen Vorstellung des Interviewers sowie der Ergebnisse der Bachelorarbeit 1 zu den Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation für Menschen am Lebensende im Hospiz- und Palliativbereich.

Die Interviews erfolgten nach Vorgabe des Interviewleitfadens und waren auf die ausgearbeiteten Hauptfragen und untergeordneten Fragen fokussiert. Im Zuge der Gespräche wurden teilweise auch weitere Fragen aufgeworfen, die passend zum Thema, gemeinsam mit den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern besprochen wurden.

Die sieben Interviews hatten eine durchschnittliche Dauer von 19 Minuten, davon hatte das kürzeste Interview 11 Minuten 30 Sekunden gedauert und das längste hatte eine Dauer von 27 Minuten.

3.4 Transkription der Interviews

Das Transkript ist die zentrale Ausgangsbasis, natürlich neben des tatsächlichen Gesprächs und seiner Aufzeichnung, für die wissenschaftliche Analyse. Um die aufgezeichneten Interviews auswerten zu können bedarf es der Verschriftlichung dieser. Die daraus resultierenden schriftlichen Daten werden in weiterer Folge für die Auswertung herangezogen. Anhand der Übertragung des Gesprochenen in Wort und Schrift werden gesprochene Worte, aber auch andere hörbare Aspekte des Gesprächs, wie klatschen, klopfen, etc. und auch non-verbale Äußerungen, wie lachen, weinen, husten, festgehalten.

Es besteht die Möglichkeit, Interviews nur zusammenfassend zu verschriftlichen, hier werden nur die wichtigsten Aussagen dokumentiert indem die gesprochenen Sätze gekürzt und sinngetreu niedergeschrieben werden. Die wissenschaftliche Datenauswertung wird jedoch mit größter Nähe zum Originalgespräch aufgezeichnet. Diese Verschriftlichungen sind detaillierter und geben Wort für Wort des Interviews wieder. So kann auch nachvollzogen werden, wie sich der Gesprächsverlauf entwickelt hat (Fuß & Karbach, 2016, S. 17ff).

Transkriptionsregeln ermöglichen eine einheitliche Transkription. Für diese Arbeit wurden die Transkriptionsregeln des Studienganges „Aging Services Management“ angewendet. Laut Regelvorgabe des Studienganges müssen alle Interviews aufgezeichnet und vollständig transkribiert werden. Im Folgenden werden die Regeln zur Transkription erläutert:

- Wörtlich und nicht zusammenfassend transkribieren, breiten Dialekt leicht glätten, Beibehalten von umgangssprachlichen Ausdrucksweisen.
- Pseudonymisierung von Name, Ort und beruflicher Stellung.
- Weglassen von abgebrochenen Wörtern oder Sätzen und Stottern.
- Zeichensetzung zur besseren Lesbarkeit, bei zweideutigen Betonungen Punkte setzen.
- Pausen werden durch Auslassungspunkten in Klammern gekennzeichnet.
- Großschreibung besonders betonter Wörter.
- Unterbrechungen sowie emotionale Äußerungen werden in Klammer gesetzt.
- Unverständliche Wörter werden, wenn möglich mit Grund, eigenes gekennzeichnet (*inc., Internetprobleme*).
- Die Interviewerin oder der Interviewer werden mit „I“ gekennzeichnet, die oder der Befragte wird mit „B“ gekennzeichnet (bei mehreren Interviewpartnern wird zusätzlich nummeriert).

Um bei der Auswertung einzelne Interviewsequenzen zitieren zu können, werden im Vorfeld beim Transkribieren die Zeilen fortlaufend nummeriert, um die Stellen im Transkript jederzeit und schnell wieder zu finden.

4 Analysemethode

Im Rahmen dieses Kapitels werden die zugrundeliegenden Methoden, mit welchen die Interviews ausgewertet wurden, genauer erörtert.

4.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Als Auswertungsmethode für die geführten Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt. Diese hat als Ziel, Material zu analysieren, das aus einer Kommunikation stammt.

Eine effektive und aussagekräftige Inhaltsanalyse hat Kommunikation als Gegenstand und will diese, welche zuvor in irgendeiner Form schriftlich festgehalten wurde, analysieren. Die Inhaltsanalyse geht dabei systematisch, also regelgeleitet, vor. Erst durch die expliziten Regeln ist es auch anderen Personen möglich die Analyse vollinhaltlich verstehen zu können, die Ergebnisse nachzuvollziehen und auch deren Korrektheit überprüfen zu können. Sie geht theoriegeleitet vor, indem sie nicht nur den Text darlegt, sondern das vorhandene Material genau nach einer theoretischen Fragestellung analysiert. Auch die einzelnen Analyseschritte werden durch theoretische Überlegungen festgelegt. Die Inhaltsanalyse wird als Teil des Kommunikationsprozesses gesehen und steht nicht nur für die Analyse des vorhandenen Materials. Ihr Ziel ist es, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen und so auch Aussagen über Aussendungen und deren Wirkungen herzuleiten (Mayring, 2015, S.11ff).

4.2 Kategoriensystem

Zur systematischen Auswertung wurde ein Kategoriensystem entwickelt. Die Kategorienbildung erfolgte deduktiv, indem das vorhandene verschriftlichte Material auf ihre wesentlichen Begriffe und Begründungen untersucht wurde. In Folge wurden Schlüsselbegriffe daraus erarbeitet und daraus Kategorien erstellt. Ziel war es anhand der aufgestellten Kategorien eine Struktur zu erstellen, mit derer das vorhandene Material in seine Bestandteile zerlegt wird und danach einzelnen Kategorien eindeutig zuzuordnen ist.

Die Dimension der Strukturierung musste genau bestimmt werden und aus der Fragestellung abgeleitet und theoretisch begründet werden. Diese Strukturdimension wurde in Folge weiter differenziert und zu einem Kategoriensystem zusammengefasst (Mayring, 2015, S.97).

Abbildung 1: deduktive Kategorienbildung



(Quelle: eigene Darstellung nach Mayring, 2016, S. 120)

Die deduktive Kategorienbildung will eine bestimmte Struktur aus dem vorhandenen Material extrahieren. Daher wird ein genau definiertes Kategoriensystem benötigt, um eine eindeutige Zuordnung des Textmaterials gewährleisten zu können und die angesprochenen Textbestandteile auszusortieren.

Zur einfacheren Handhabung dieser Einordnung wird ein Verfahren angewandt, welches in drei Schritten abläuft:

1) Definition der Kategorien:

Es wird genau beschrieben, welche Textbestandteile zu einer Kategorie gehören.

2) Ankerbeispiele:

Es werden, aus dem vorhandenen Textmaterial, konkrete Textstellen als Beispiele für die jeweilige Kategorie angeführt.

3) Codierregeln:

Zur eindeutigen Zuordnung werden Regeln ausformuliert um Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien auszuschließen und eine eindeutige Zuordnung zu ermöglichen.

Es benötigt einen Materialdurchgang um zu eruieren, ob die Kategorien für das vorliegende Textmaterial passen und geeignet sind und ob die Definitionen, Ankerbeispiele und Codierregeln eine eindeutige Zuordnung ermöglichen (Mayring, 2015, S.97).

Es wurden folgende Kategorien gebildet und werden nun hier samt der zugehörigen Definition, je einem Ankerbeispiel und, wenn festgelegt, Codierregeln aufgelistet:

- **Oberkategorie 1 – Kommunikationsprobleme**

Definition: Generelle Kommunikationsprobleme und Verständnisprobleme mit Personen die lautsprachlich gehandikapt sind.

Ankerbeispiel: "...Nur durch Interpretation gibt es viele Missverständnisse, ah, ich denke, also dem muss man nachgehen, weil das Team ist ja immer multidisziplinär und man muss sich immer eine zweite Meinung einholen. Das ist natürlich schwierig wann der, weiß ich nicht, der pflegende Angehörige oder die Therapeutin von vornherein schon einmal distanziert betrachtet. dann fällt der Zugang. ..." (I4, 112-117)

Codierregel: Umfasst alle Probleme, die in der Kommunikation mit Patienten am Lebensende auftreten.

- **Unterkategorie 1.1 – Krankheitsspezifische Probleme**

Definition: Auftretende Kommunikationsprobleme, die auf bestimmte Krankheiten zurückzuführen sind.

Ankerbeispiel: "Weil er sagt, es geht wirklich auch darum, dass man, dass man ihn wahrnimmt und auf den Körper schaut und auf die Augenbewegung schaut. Ahm sonst wird das oft ein lustiges Rätselraten über Stunden schreibt er" (I1, 69-71)

- **Oberkategorie 2 – Ist-Stand Kommunikation**

Definition: Art und Weise wie Kommunikation derzeit im Hospizbereich aus Sicht der Expertinnen und Experten stattfindet.

Ankerbeispiel: "...Und ansonsten, fragen wir uns durch. Haben sie Schmerzen, ahm, oder ja, mit Kopfnicken oder Verneinen. " (I2, 52-53)

Codierregel: Umfasst alle Varianten, wie mit Patienten kommuniziert wird.

- **Unterkategorie 2.1 – Zufriedenheit**

Definition: Erhebung, ob die momentane Situation für alle Beteiligten (Patienten und Pflegeteam) zufriedenstellend ist.

Ankerbeispiel: "...glaub, dass unsere Mitarbeiter schon zufrieden sind, weil wir relativ schnell agieren können..." (I6, 105-106)

Codierregel: Umfasst auch was innerhalb des Teams dazu beiträgt, um Kontakt mit dem Patienten herstellen zu können.
- **Unterkategorie 2.2 – Vorgehensweise**

Definition: Individuelle vs. einheitliche Kommunikationsanbahnung der Expertinnen und Experten mit den betroffenen Patientinnen und Patienten.

Ankerbeispiel: "Also, ja, standardisierte Methode haben wir eigentlich nicht. Wir müssen da immer sehr individuell entscheiden." (I2, 69-70)

Codierregel: Umfasst alle Aussagen zu einheitlichen und individuellen Vorgehensweisen.
- **Oberkategorie 3 – UK-Systeme**

Definition: Generelles zu den Systemen der unterstützten Kommunikation.

Ankerbeispiel: " Das sind schon sehr prägende Momente, ah, wo natürlich die Geräte Berechtigung erfahren. " (I4, 74-75)

 - **Unterkategorie 3.1 – Angewandte UK-Systeme**

Definition: UK-Systeme, die von den Expertinnen und Experten im Hospizbereich angewandt werden.

Ankerbeispiel: "...dann haben halt noch eben, ja, die vorgefertigten Kurztafeln, oder Schilder. Wo ich muss aufs WC, ich möchte eine rauchen gehen, ahm, habe Durst, solche Sachen, die Kärtchen halt." (I2, 34-36)

Codierregel: Umfasst alle angewandten UK-Systeme, auch wenn sie nicht als solche konkret deklariert werden.

- **Unterkategorie 3.2 – Weitere bekannte UK-Systeme**

Definition: Weitere UK-Systeme die den Expertinnen und Experten zwar bekannt, jedoch nicht in Anwendung sind.

Ankerbeispiel: "Also Symbole zum Teil. Wir haben in der Schule, haben wir auch gehabt die Körpereigenen auch mit Gebärden dazu, wo es möglich war. Ah, dann haben wir die nicht-elektronischen verwendet, das waren Symbole. In der Schule waren das die Metacom Symbole..." (I5, 112-115)

- **Oberkategorie 4 – Verbesserung durch UK**

Definition: Eintretene und erwartete Verbesserungen, die UK, aus Sicht der Expertinnen und Experten, mit sich bringt.

Ankerbeispiel: "...der große Vorteil liegt darin, dass die Pflege entlastet werden kann, seis nur um ganz einfache Kommunikationshilfsmittel, ahm, es ist auf jeden Fall eine Ressourceneinsparung und Effizienz für alle Beteiligten, wenn der Patient seine Bedürfnisse äußern kann. Seis Schmerzen, seis irgendwelche Anliegen um die Angehörigen oder auch das Ableben..." (I4, 146-150)

- **Unterkategorie 4.1 – Nützliche Strategien**

Definition: UK-Strategien (körperlich / nicht-elektronisch / elektronisch), die sich in der Anwendung als Hilfreich und passend für den Einsatz im Hospiz erwiesen haben und weiter empfohlen werden.

Ankerbeispiel: "...die Vorbildung auf manchen Bereichen, wenn das mehr wäre, ja, auch in dieser Art, non-verbale Kommunikation, unterschiedliche Kommunikationsformen im Hospizbereich, das wäre auch schon, auch schon hilfreich..." (I7, 151-154)

Codierregel: Umfasst alle UK-Strategien zuzüglich zu den bereits verwendeten.

- **Oberkategorie 5 – Hürden / Hindernisse bei der Einführung von UK**

Definition: Von den Expertinnen und Experten genannte Gründe, warum UK noch nicht großflächig bzw. vermehrt in Hospizen angewandt wird.

Ankerbeispiel: "...eine Hürde ist sicher die Zeit, die Zeit, der Zeitfaktor ist immer zu berücksichtigen, wenn man mit Hilfsmittel arbeitet weil einfach mehr Zeit braucht." (I1, 266-268)

- **Unterkategorie 5.1 – Bereitschaft der Pflege**

Definition: Für und Wider seitens Pflege betreffend dem Einsatz von UK am Patienten im Hospizbereich.

Ankerbeispiel: "...also wir sind da schon sehr bemüht und sehr dahinter..." (I1, 119)

5 Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse je Kategorie erläutert.

5.1 Kategorie: Kommunikationsprobleme

In der ersten Kategorie „Kommunikationsprobleme“ mit der dazugehörigen Unterkategorie „krankheitsspezifische Probleme“ erzählten die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner über generelle Kommunikationsprobleme und Verständnisprobleme mit Personen die lautsprachlich nicht in der Lage sind sich mitzuteilen. Sowie auch über Kommunikationsprobleme die auf bestimmte Krankheiten zurückzuführen sind.

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass es gerade im Hospizbereich immer wieder zu Kommunikationsproblemen und daraus resultierend auch zu Verständnisproblemen mit den Patientinnen und Patienten kommt. Genereller Tenor der Expertinnen und Experten ist hierzu, dass es vor allem zu Problemen kommt wenn man sich noch nicht kennt und die Art der Kommunikation des Gegenübers erst kennenlernen muss. Auch wird von einer Expertin oder einem Experten erwähnt, dass durch die reine Interpretation des Pflegepersonals oder der Angehörigen es auch immer wieder zu Missverständnissen kommt. Und durch das Einholen einer zweiten Meinung, wie zum Beispiel in multidisziplinären Teams, kann es durchaus auch vorkommen, dass der Patient von vornherein distanziert und mit Vorbehalt betrachtet wird und so missverstanden wird.

Die Auswertung wirft auch die Tatsache auf, dass sich gerade im Hospiz die körperliche und kognitive Verfassung der Patienten jeden Tag ändert und nicht vorhersehbar ist. Wenn die Patientin oder der Patient am Vortag noch sprechen konnte, kann das am nächsten Tag gänzlich anderes sein und dann ist Kommunikation nur über Körpersprache und Mimik möglich.

Die Studie bringt auch hervor, dass es immer wieder zu Problemen kommt, wenn die Patienten sich auf das Gehörte verlassen, allerdings aufgrund ihrer beeinträchtigten Hörfähigkeit etwas anderes wahrnehmen, als tatsächlich vom Gegenüber gesagt wurde.

Weitere Kommunikationsprobleme sind zum Beispiel, wenn die Patientinnen oder Patienten neu im Hospiz sind und dem Pflegeteam nicht zur Last fallen wollen. Anstatt in direkten Kontakt mit dem Pflegeteam zu treten, werden die Angehörigen telefonisch kontaktiert und diese rufen dann im Hospiz auf der Station an um die Wünsche des Betroffenen mitzuteilen.

Die Befragung deutet darauf hin, dass es auch zu einer Kommunikationsstille kommen kann. Wenn zum Beispiel die Angehörigen immer weniger sprechen, weil das Gegenüber nicht oder

nicht adäquat reagiert oder zu langsam reagiert, weil die Bezugspersonen zu schnell sind und der Patientin oder dem Patienten nicht die Zeit geben um die Reize ankommen zu lassen.

Als Problem wird seitens der Experten auch gesehen, wenn die Bezugspersonen stets für die Patientinnen und Patienten sprechen und ihnen somit die Kommunikation abnehmen, weil sie vertraut sind mit der Mimik und Gestik des Betroffenen. Allerdings wird diese Hilfe zum Problem, wenn der Patient oder die Patientin alleine im Hospiz liegt und die Bezugsperson nicht ständig dabei sein kann.

Die Analyse dokumentiert auch, dass mehrere befragte Expertinnen und Experten die Kommunikation mit ALS-Patienten als besondere Herausforderung sehen. Die Tatsache, dass diese Patientinnen und Patienten geistig vollkommen orientiert sind und sich nur nicht mitteilen können bringt das Pflegepersonal zum Teil an ihre Grenzen. Im Zuge eines Interviews wird auch erzählt von einem ALS-Patienten der per Email mit dem Pfllegeteam kommuniziert und ihnen mitgeteilt hat, dass sie vermehrt auf die Augenbewegungen und den Körper schauen müssen um ein stundenlanges Rätselraten zu vermeiden. Diese Rückmeldung von diesem ALS-Patienten ist gerade für das Pfllegeteam äußerst hilfreich und bringt auch Erfahrung in der weiteren Arbeit mit allen anderen Patientinnen und Patienten.

5.2 Kategorie: Ist-Stand-Kommunikation

In der Kategorie „Ist-Stand-Kommunikation“ werden Aussagen behandelt, die auf die Art und Weise der derzeitigen, aktuell vorherrschenden Kommunikation im Hospizbereich eingehen. Gleichzeitig wird hier auch die Unterkategorien „Zufriedenheit“ mit einer Erhebung über den Status der Zufriedenheit zur momentanen Kommunikationssituation aller Beteiligten behandelt. In der weiteren Unterkategorie „Vorgehensweise“ wird die Gegenüberstellung zwischen individueller und einheitlicher Kommunikationsanbahnung der Experten mit den betroffenen Patientinnen und Patienten untersucht.

Die Auswertung der Interviews belegt, dass von allen Experten und Expertinnen explizit hervorgehoben wird, dass die Kommunikation individuell an die Patientin und den Patienten angepasst wird um den jeweiligen persönlichen Bedarf zu decken. Ebenso wird von allen berichtet, wie wichtig es für die Kommunikation ist, dass jede und jeder Einzelne im Pfllegeteam eine gute Beobachtungsgabe besitzt, um Zuckungen am Körper oder Veränderungen zu erkennen und richtig zu deuten. Ihrer Erfahrung nach ist für eine funktionierende Kommunikation im Hospiz wichtig, wen die Pfllegerin und der Pflleger gut und aufmerksam hinschaut, beobachtet und wahrnimmt.

Generell wird häufig erwähnt, dass mit den Patienten im Hospiz sehr viel anhand von Mimik, Gestik und Körpersprache kommuniziert wird. Aber auch steigende Herzfrequenzen oder veränderte Atemfrequenzen werden als Kommunikator herangezogen.

Die Studie zeigt darüber hinaus auch auf, dass die aktuell vorherrschende Kommunikation großteils auf Befragung aufgebaut ist und die Patientin oder der Patient mit Kopfnicken oder Kopfschütteln antwortet. Oftmals wird alles Wichtige durchgefragt, bis man zu einem Ergebnis kommt.

Aufgrund der Analyse kann auch davon ausgegangen werden, dass Bildertafeln und Symbole oder auch die Arbeit mit Gegenständen in die Kommunikation eingebaut werden. Einige Befragte berichteten auch, dass innerhalb der Pflgeteams eigene Symbolkarten selbst kreiert wurden, welche von den Patientinnen und Patienten dann durch Blicke oder Fingerzeig ausgewählt werden. Ebenso wird mit Gegenständen verfahren, auch hier wird anhand des Zeigens eines Gegenstandes samt Befragung abgeklärt, was gemeint oder gewünscht ist. Als guter Kommunikator wird auch das Berühren der betroffenen Person angesehen.

Anhand der Interviews konnte auch analysiert werden ob und wie alle Beteiligten, also das Pflegepersonal sowie auch die Patientinnen und Patienten, mit der Ist-Situation zufrieden sind. Die Befragten haben allesamt bestätigt, dass seitens des Pflgeteams Zufriedenheit mit der jeweiligen derzeitigen Situation herrscht. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind mit den gängigen und eingespielten Methoden vertraut und können rasch reagieren. Auch die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten wurde eingeschätzt und als gegeben angesehen. Grund ist hierfür, dass die Experten davon ausgehen, dass ihr Team schnell und effizient mit den gegebenen Kommunikationsmöglichkeiten arbeiten kann.

Die Befragung der Expertinnen und Experten hat auch aufgezeigt, dass es in den einzelnen Organisationen keine einheitlichen Vorgehensweisen zur Kommunikationsanbahnung mit Personen mit eingeschränkter Lautsprache gibt. Von allen Befragten wurde genannt, dass individuell vorgegangen und entschieden wird. Jedoch wurde darauf hingewiesen, dass alle im Team eine Pflegeausbildung und Palliativausbildung haben und somit eine gewisse ähnliche Vorgehensweise besteht.

Die einheitlichen, organisationsbezogenen Maßnahmen belaufen sich auf Besprechungen und Abstimmung, es wird interdisziplinär gearbeitet und alles für das Wohl der Patientinnen und Patienten getan.

Eine Befragte oder ein Befragter hat von einer non-verbale Schmerzskala berichtet, mit welcher anhand von Mimik, Gestik und Lauten abgeschätzt wird wie groß die Schmerzen sind, danach wird dann die Medikation eingestellt.

5.3 Kategorie: UK-Systeme

Diese Kategorie behandelt generelle Aussagen zu Systemen der unterstützten Kommunikation. Darüber hinaus wird in der Unterkategorie „Angewandte UK-Systeme“ darauf eingegangen welche UK-Systeme in den Hospizen zur Anwendung kommen. Die weitere Unterkategorie „Weitere bekannte UK-Systeme“ eruiert, ob den betroffenen Expertinnen und Experten über die angewandten Systeme hinaus noch andere Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation bekannt sind.

Die Auswertung der Experteninterviews belegen, dass die Expertinnen und Experten UK-Systeme zu schätzen wissen, zum Teil auch mit der Begründung, dass sie prägende Momente erlebt haben, welche allein auf die Anwendung der Geräte zurückzuführen ist.

Da es sich bei den elektronischen UK-Systemen um medizinische Geräte handelt, gibt es auch Zulassungen für die Hygiene.

Interessant an der Studie war auch zu erfahren, dass inzwischen alle Therapiezentren der AUVA einen Raum haben mit Komponenten eines UK-Systeme-Anbieters, wo die Patientinnen und Patienten während des Aufenthaltes die Geräte testen und eingeschult werden können um dann in weiterer Folge damit ausgestattet zu werden.

Bei der Erhebung welche UK-Systeme in den Hospizen in Anwendung sind, wird von allen Expertinnen und Experten erzählt, dass vor allem die körpereigenen Systeme in der täglichen Anwendung sind. Es wird besonders auf Mimik und Gestik der Patientin und des Patienten geachtet. Bei Personen, die an Überwachungsgeräte angeschlossen sind, gibt eine sich verändernde Atemfrequenz Auskunft über den aktuellen Gemütszustand. Dann werden die Patienten mit Ja- und Nein-Antworten befragt und durch Nicken oder Kopfschütteln wird geantwortet. Etliche Male wird erwähnt, dass viel über Berührungen kommuniziert wird.

Die Analyse bringt des Weiteren hervor, dass auch die nicht-elektronischen Systeme in Verwendung sind und ebenso von allen Expertinnen und Experten benutzt werden. Eine befragte Person hat zwar zu Beginn erwähnt, dass sie keine unterstützte Kommunikation benötigt, sich im Laufe des Gesprächs aber eingestehen müssen, dass auch einfache selbstgemalte Buchstaben auf Papier zu den nicht-elektronischen Systemen zählen und diese sehr wohl im täglichen Gebrauch sind.

Zur Kategorie der nicht-elektronischen Systeme wurden am häufigsten Buchstabentafeln, Bildertafeln und Symbolkarten erwähnt. Häufig werden diese Tafeln auch selbst gebastelt und je nach Bedarf angepasst. Symbolkarten mit „WC“ oder „Durst“ kommen häufig zum Einsatz, auch Fotos von Angehörigen werden als Kommunikationsmittel eingesetzt. Einmal wurde auch

eine Mappe mit Piktogrammen selbst erstellt für den Gebrauch auf der Station. Gerne werden auch Gegenstände in die Kommunikation eingebaut.

Die Auswertung der Interviews hat auch aufgezeigt, dass elektronische UK-Systeme doch sehr gerne und häufig in Verwendung sind. Auch hier hat sich gezeigt, dass alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner zumindest JA-/Nein-Buttons in Betrieb haben. Zweimal wurde auch erzählt, dass mit Babyphones gearbeitet wird. Vor allem bei Patientinnen und Patienten die bereits zu schwach sind um den Schwesternnotruf zu betätigen.

Bei ALS-Patienten sind Sprachcomputer im Einsatz, zum Teil mit Kopfmaus oder auch Augensteuerung. Ansonsten sind zum Teil auch Geräte mit dynamischen Oberflächen in Verwendung, die symbolbasierte und schriftbasierte Kommunikation ermöglichen.

Die Interviews haben darüber hinaus hervorgebracht, dass die befragten Expertinnen und Experten sehr wohl über die unterschiedlichen Systeme der unterstützten Kommunikation Bescheid wissen, auch wenn sie nicht in den Hospizen verwendet werden. Zum Teil war es den Befragten jedoch nicht bewusst, dass es sich bei einzelnen Varianten, wie zum Beispiel bei Kärtchen oder Gebärden, bereits um unterstützte Kommunikation handelt.

5.4 Kategorie: Verbesserung durch UK

In der Kategorie „Verbesserung durch UK“ wird anhand der Aussagen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner dokumentiert, welche Verbesserungen durch die Anwendung von UK eingetreten sind und auch welche erwartet wurden. Die Unterkategorie „Nützliche Strategien“ zeigt auf, welche UK-Strategien, sei es rein körperlich, nicht-elektronisch oder elektronisch, sich als hilfreich und passend für den Einsatz im Hospiz erwiesen haben und an andere Organisationen weiterempfohlen werden können.

Die Auswertung der Interviews bringt hervor, dass die Anwendung von Hilfsmitteln der unterstützten Kommunikation helfen das Pflgeteam zu entlasten. Es wird angegeben, dass schon bei der Arbeit mit einfachsten Kommunikationshilfsmitteln, wertvolle Ressourcen eingespart werden können. Diese Hilfsmitteln werden als effizient für alle Beteiligten angesehen. Sowohl für die Pflege, der es damit möglich ist mit den betroffenen Personen in Kontakt zu treten, als auch für die Patientinnen und Patienten, welchen damit ermöglicht wird ihre Bedürfnisse, Wünsche und Anliegen zu äußern.

Die Verbesserung wird auch in dem Zusammenhang gesehen, dass durch die Arbeit mit UK-Systemen ein Mehrwert entsteht und die Alltagsqualität für die betroffenen Personen wieder

zunimmt. Anhand einfacher Hilfsmittel ist es für die Patientinnen und Patienten möglich Stress, Panik oder Frustration abzubauen, sie fühlen sich verstanden und gehört, das Pflegepersonal versteht sie und das Rätselraten bleibt aus.

Die Studie weist darauf hin, dass vor allem ALS-Patienten durch UK-Systeme Verbesserungen erfahren. Elektronische Kommunikationshilfsmittel mit Sprachausgabefunktion ermöglichen es zu kommunizieren, dynamische Oberflächen machen es möglich den Sprachschatz anzupassen und die Ansteuerung mit Augensteuerung oder Kopfmaus werden je nach körperlicher Fähigkeit verwendet.

Die Analyse bestätigt auch, dass es den betroffenen Personen mit Hilfe der unterstützten Kommunikation ermöglicht wird, mit Restfunktionen des Körpers maximales Output in der Kommunikation erzeugen zu können.

Eine interviewte Person hat die Antwort zu dieser Frage mit den Worten „...in jedem einzelnen Fall, wo Augenmerk darauf gerichtet wird, ist es erfolgreich und sinnvoll...“ (15, 171-172) beendet.

Die Auswertung hat auch aufgezeigt, dass alle Expertinnen und Experten darauf hinweisen möglichst frühzeitig die Hilfsmittel der unterstützten Kommunikation anzuwenden und keine wertvolle Zeit zu verlieren. Manche finden es ausreichend wenn, bei fortschreitender Erkrankung, bereits im Vorfeld Zeichen vereinbart werden, mit denen bei Bedarf und eingeschränkten Möglichkeiten kommuniziert werden kann. Die Patientinnen und Patienten sollen früh gefördert und mit den Möglichkeiten vertraut gemacht werden. Zeichen, Symbole, Gegenstände immer wieder zeigen und anwenden um den Wiedererkennungswert zu steigern. Und ganz wichtig, auch wenn sich nicht sofort Fortschritte zeigen, das Ziel nicht aus den Augen verlieren und trotzdem weitermachen. Ebenso soll bei elektronischen Hilfsmitteln vorgegangen werden. Auch bei weniger oder nicht technikaffinen Personen ist es sinnvoll sofort mit technischen Hilfsmittel wie Tablets, sprechenden Tasten oder komplexeren Geräten wie Sprachausgabegeräte und der Umfeldsteuerung anzufangen, um eben keine Zeit zu verlieren.

Die Analyse hat auch belegt, wie wichtig es ist, dass das Pflegepersonal in unterstützte Kommunikationsformen, nicht nur für den Hospizbereich, geschult wird. Die befragten Personen betonen, dass Fortbildungen in diesem Bereich wichtig und auch Einschulungen in den jeweiligen Institutionen sinnvoll sind.

Als nützliche Strategie wird auch genannt, dass eine lückenlose Dokumentation über die Kommunikationsmöglichkeiten je Patientin oder Patient notwendig ist, für die eigene Anwendung, wie auch für die Weitergabe an Kolleginnen und Kollegen. Interdisziplinäre Besprechungen werden auch als hilfreich angesehen um alle Möglichkeiten und Sichtweisen aufzufangen, und auch hier wieder mit genauer Dokumentation.

Die Auswertung bringt darüber hinaus hervor, wie wichtig die Einbeziehung von Angehörigen ist, dass hier viel Potential liegt und daher nicht unterschätzt werden darf. Die Angehörigen kennen die Patientinnen und Patienten in jeder Lebenslage mit allen Gemütszuständen und somit auch ihre Art sich auszudrücken.

Von allen Befragten wurde darauf hingewiesen, dass eine bedürfnisorientierte Arbeitsweise wesentlich ist und sich die Zeit für die Kommunikation genommen werden muss.

Die Auswertung deutet darauf hin, dass die nicht-elektronischen Kommunikationsmittel am häufigsten angewandt werden. Die individuelle Anpassung von Buchstabentafeln, Bildertafeln und Symboltafeln ist einfach und rasch vom Pflegepersonal umzusetzen. Bei den elektronischen Hilfsmitteln wird von zwei Befragten ein Babyphone als beste Kommunikationshilfe genannt. Mit einem Babyphone besteht die Möglichkeit, für Menschen die keine Tasten mehr drücken können, sich dennoch durch Laute oder Geräusche bemerkbar zu machen, worauf das Pflegepersonal rasch reagieren kann.

Seitens Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern wurde darauf hingewiesen, dass vor allem multimodal, also die Kombination unterschiedlicher Kommunikationssysteme, gearbeitet werden soll. Das ermöglicht bei Bedarf, zum Beispiel aufgrund verschlechternder Krankheitszustand, auf weitere Varianten ausweichen zu können.

Von einer befragten Person wurde auch erwähnt, dass Katzen und Hunde als sehr gute Kommunikatoren dienlich sein können, die Menschen entspannen und Kommunikation kann viel mehr sein als reden. Diese befragte Person hat erzählt, dass ihre Strategie auch den Einbezug von Kunsttherapie beinhaltet, da über das Malen viel kommuniziert und mitgeteilt werden kann.

5.5 Kategorie: Hürden / Hindernisse bei der Einführung von UK

Die letzte Kategorie behandelt die „Hürden und Hindernisse bei der Einführung von UK“. Hier erläutern die Expertinnen und Experten mögliche Gründe, warum UK noch nicht vermehrt in den Hospizen angewandt wird. Die Unterkategorie „Bereitschaft der Pflege“ behandelt das Für und Wider seitens der Pflege betreffend dem Einsatz von UK im Hospizbereich.

Was die Auswertung aufgezeigt hat ist, dass der Krankheitszustand der betroffenen Personen im Hospiz ein Hindernis sein kann. Der kognitive Zustand, Schmerzen oder einfach auch das Alter verhindern den Einsatz von unterstützter Kommunikation.

Die Auswertung der Interviews hat auch ergeben, dass alle Befragten als größtes Hindernis oder Hürde die fehlende Zeit nennen. Es wird immer wieder aufgezeigt, dass das Pflegepersonal im Hospiz unter großem Zeitdruck steht. Die Annahme, dass die Anwendung von Hilfsmitteln der unterstützten Kommunikation mehr Zeit von Seiten der Pflege fordert zieht sich wie ein roter Faden durch alle Interviews.

Auch das Thema Geduld in der Kommunikation, kommt hier immer wieder vor. Gemeint war bei allen Befragten, die Geduld des Pflegepersonals, wenn stets nachgefragt werden muss oder die Patientin oder der Patient Zeit braucht um zu antworten. Ebenso wie die Geduld der Patientinnen und Patienten, die zum Teil auch unruhig und frustriert werden, weil das Pflegepersonal sie nicht sofort verstehen kann.

Am zweithäufigsten wird der Faktor „Kosten“ genannt. Die Interviewten bedauern, dass die Geräte der unterstützten Kommunikation nicht in allen Bundesländern gleich gefördert werden und auch nicht in den Tariflisten der Österreichischen Gesundheitskasse enthalten sind. Die daher anfallenden Kosten sind für die Institutionen und die Privatpersonen häufig selbst zu tragen.

Die Analyse hat auch aufgezeigt, dass die Sensibilisierung eine Hürde ist. Das Thema unterstützte Kommunikation ist im Hospizbereich in den Hintergrund gedrängt. Es gibt keine Öffentlichkeitsarbeit in diesem Bereich. Die Ausbildungsschwerpunkte in Fachgruppen sind rar gehalten, das Pflegepersonal kann die Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation zum Teil aufgrund von Unwissenheit nicht einsetzen. Wenn sich Personal damit auseinandergesetzt hat und sich Knowhow angeeignet hat, ist eine weitere Hürde die Fluktuation. Wenn eine solche Schlüsselfigur die Institution aufgrund von Pension, Babypause oder Berufswechsel verlässt geht mit einem Schlag alles Wissen verloren.

Die Studie hat auch erhoben, dass als Hürde und Hindernis das Fehlen von guter Diagnostik gesehen wird. Das Umfeld für eine korrekte Diagnose und Fachexperten, die wissen was an Hilfsmittel benötigt wird, fehlen.

Die Befragung hat auf jeden Fall gezeigt, dass die Bereitschaft der Pflege für die Arbeit mit unterstützter Kommunikation am Patienten im Hospizbereich sehr groß ist. Das Pflegepersonal ist bereits jetzt sehr bemüht, zum Teil auch mit selbst erstellten Hilfsmitteln wie

Buchstabentafeln, der Patientin oder dem Patienten bei Kommunikationsschwierigkeiten helfend unter die Arme zu greifen. Größtenteils wurde auch angemerkt, dass sie sich über mehr Information zum Thema und auch damit verbundenen vermehrten Einsatz freuen würden.

5.6 Tabellarische Zusammenfassung der Forschungsergebnisse

Tabelle 1: Übersicht der Forschungsergebnisse

Kategorien:	Forschungsergebnisse:
Kommunikationsprobleme	Verschiedene Kommunikationsarten
	Interpretationen seitens Pflege und Angehörige
	Körperliche und kognitive Verfassung der Patienten
	Kommunikation wird Patienten von Bezugspersonen abgenommen
	Fehlende Kommunikation seitens Bezugspersonen
Ist-Stand-Kommunikation	Keine einheitlichen Vorgehensweisen
	Individuelle Anpassung an Patienten
	Kommunikation zumeist anhand Mimik, Gestik, Körpersprache, Befragung
	Kommunikation mit Bilder-, Buchstabentafeln, Symbolen, Gegenständen
	Zufriedenheit bei Pflegepersonal und Patienten
UK-Systeme	UK-Systeme werden von der Pflege geschätzt
	Zum Teil in Therapiezentren für Testungen vorhanden
	Hauptsächlich körpereigene Systeme und Befragung
	Bei nicht-elektronischen Systemen: Buchstabentafeln, Bilder, Symbolkarten
	Bei elektronischen: Ja-/Nein-Button, Babyphone, dynamische Oberflächen und Sprachcomputer bei ALS-Patienten
Verbesserung durch UK	Entlastung der Pflege
	Mehrwert und Alltagsqualität für Patienten
	Frühzeitige Anwendung sinnvoll
	Schulungen und Weiterbildung des Pflegepersonals
	Dokumentation und interdisziplinärer Austausch
	Einbezug der Angehörigen
Hürden / Hindernisse in der Einführung von UK	Gesundheitszustand der Patienten
	Fehlende Zeit der Pflege
	Kosten
	Sensibilisierung für das Thema
	Fehlende Öffentlichkeitsarbeit
	Fluktuation
	Fehlende Diagnostiker und Fachexperten

(Quelle: eigene Darstellung)

6 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

Nachstehend soll anhand der Ergebnisse der leitfadenunterstützten Interviews auf die bereits zu Beginn der Arbeit angeführten Forschungsfragen eingegangen werden.

Welche Probleme sehen Expertinnen und Experten aus dem Hospizbereich in der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten?

Die Sterbenden werden zumeist in ihrer letzten Lebensphase aufgenommen und sind daher oft nur wenige Wochen im Hospiz. Daher ist eines der Hauptprobleme in der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten auf jeden Fall deren kognitive und physische Verfassung. Die befragten Expertinnen und Experten haben immer wieder darauf hingewiesen, dass die sterbenden Personen aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht mehr kommunizieren können oder auch wollen. Darüber hinaus ist ein weiterer Faktor für Kommunikationsprobleme, dass man sich noch nicht kennt. Man muss die Art und Weise der Kommunikationsform der anderen Person kennenlernen und erlernen, bevor eine funktionierende Kommunikation überhaupt stattfinden kann. Auch sind manche Patienten anfangs zurückhaltend oder wollen dem Pflegepersonal zunächst nicht zu Last fallen.

Ein weiteres Problem ist, dass die Angehörigen, wie auch das Pflegeteam, häufig etwas in die Verhaltensweise, Laute, Mimik oder Gestik der betroffenen Patientinnen und Patienten hineininterpretieren und danach handeln. Auch wenn sie nicht wissen, ob sie mit ihrer Interpretation richtig liegen. Generell kommt es sehr oft vor, dass die engste Bezugsperson für die Patientin oder den Patienten spricht und somit die Kommunikation an sich reißt. Das Problem tritt dann auf, wenn eben die betroffene Person im Hospiz allein, ohne der Bezugsperson, ist und die Pflegerinnen und Pfleger über die Gepflogenheiten dieser Kommunikation nicht Bescheid wissen. Da diese Kommunikation zwischen Patientin oder Patient und der Bezugsperson einzigartig ist, auf tägliches Hinschauen und Beobachten der Mimik und Gestik beruht und der Betroffene oft gar nicht kommunizieren musste, weil ihm alles abgenommen wurde, macht es für die letzten Wochen im Hospiz für alle Beteiligten schwieriger.

Kommunikationsprobleme entstehen laut Expertinnen und Experten, wie bereits erwähnt, durch die gesamtheitliche Verfassung der Patientinnen und Patienten, die täglich variieren kann und abhängig ist von der kognitiven, physischen und psychischen Verfassung, sowie von Medikamentengaben. Daher kann es vorkommen, dass an einem Tag Kommunikation mit Lautsprache noch einwandfrei funktioniert und am nächsten Tag kein Ton den Mund der betroffenen Person verlässt. Derartige Situationen können nicht vorhergesehen werden und

sind nicht planbar. Daher muss gerade im Hospiz rasch auf die jeweiligen Bedürfnisse reagiert und die Kommunikationsmöglichkeit angepasst werden.

Eine enorme Herausforderung, vielleicht weniger Problem, ist die Kommunikation mit ALS-, teilweise auch mit Multipler Sklerose oder Parkinson-Patientinnen und Patienten. Bei Anwendung von elektronischen Hilfsmitteln kann zwar gut kommuniziert werden, wenn jedoch keine elektronischen Hilfsmittel zur Verfügung oder seitens Patientin oder Patient verweigert werden, kommt es hier zu enormen Kommunikationsproblemen. Der oder die Betroffene ist zwar bei vollem geistigen Bewusstsein kann sich aber nicht äußern, dadurch kommt es zur Frustration. Das Pflegepersonal muss versuchen zu erkennen was mitgeteilt wird, zumeist durch Beobachten sämtlicher Funktionen und Erraten.

Als Problem wird auch dargestellt, dass die Kommunikation mit Hospizpatientinnen und Hospizpatienten sehr oft viel Zeit braucht, die im Pflegebereich nicht unbedingt gegeben ist.

Wie erleben die handelnden Personen die aktuell vorherrschende Kommunikation?

Die Kommunikation ist in den Hospizen individuell an die Patientin oder den Patienten angepasst. Das Pflegepersonal schaut aufmerksam hin, beobachtet und nimmt wahr. Nach diesen Kriterien wird die Kommunikation mit der betroffenen Person begonnen, aufgebaut und umgesetzt. Anfangs wird erhoben, wozu die Patientin oder der Patient körperlich und geistig noch in der Lage ist und wie sie oder er es gewohnt ist zu kommunizieren.

In den Hospizen findet die unterstützte Kommunikation, sofern bekannt, große Beachtung und wird regelmäßig verwendet. Die Kommunikation mit den betroffenen Personen ist zum größten Teil auf körpereigene Kommunikationshilfen aufgebaut. Es wird anhand von Mimik, Gestik, Körperspannung versucht sich mitzuteilen. Auch Herzfrequenz und Atemfrequenz werden in diese Beobachtungen einbezogen.

Im Hospizbereich ist Kommunikation verstärkt auf ein Frage-Antwort-System aufgebaut, wobei eben die Antworten in Form von Kopfnicken, Kopfschütteln, Fingerzeig, Blinzeln und anderen Möglichkeiten gegeben werden.

Natürlich brauchen alle diese körpereigenen Kommunikationsmittel in der Anwendung ausreichend Zeit, sowohl beim Erlernen, was die jeweilige Patientin, der jeweilige Patient meint als auch bei der Beobachtungen während dem Kommunikationsvorgang.

Aktuell werden in den Hospizen auch häufig Kommunikationshilfen aus dem nicht-elektronischen Bereich, dem niederschweligen Bereich, herangezogen. Der Einsatz von

Bildertafeln, Symbolkarten, Buchstabentafeln, Piktogramme, egal ob angekauft oder selbst erstellt, wird überall geschätzt und erleichtert den pflegenden Personen die tägliche Arbeit.

Die Kommunikation mit elektronischen Hilfsmitteln, sei es nun mit einfachen Geräten oder auch Sprachcomputern, sind in der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten oft unumgänglich und werden als effizient in der Anwendung gesehen.

Auch wenn sich die Kommunikation in Hospizen nicht unbedingt als einfach und schnell erweist, sind die Expertinnen und Experten mit der vorherrschenden Situation zufrieden. Es wird allerdings auch zugestimmt, dass es immer eine Verbesserung gibt und alternative Möglichkeiten die aktuelle Situation sicher effizienter machen können. Es wird davon ausgegangen, dass der Einsatz von unterstützenden Kommunikationshilfen dazu beitragen kann das Pflegepersonal zu entlasten und Personal- und Zeitressourcen einzusparen. Nach Einschätzungen der interviewten Fachexpertinnen und Fachexperten ist die aktuell vorherrschende Situation für die Patientinnen und Patienten zufriedenstellen aber sicher noch ausbaufähig. Unterstützte Kommunikation wird als Möglichkeit verstanden auf die Bedürfnisse, Wünsche und Anliegen der betroffenen Personen einzugehen und ihnen nachkommen zu können.

Welche einheitlichen Strategien der unterstützten Kommunikation können zur Verbesserung der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten aus Sicht der Expertinnen und Experten beitragen?

In den Hospizen wird statt auf einheitliche Strategien auf individuelle, situationsbedingte Vorgehensweise in der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten gesetzt. Begründet wird diese Methode damit, dass in den Hospizen nur fachlich ausgebildetes Personal tätig ist und somit eine Grundlage im Umgang mit Hospizbewohnerinnen und Hospizbewohnern während der Ausbildung erworben hat, die auf eine ähnliche Vorgehensweise in den Teams schließen lässt. Dabei bleibt aber offen, ob überall die gleichen Fragetechniken angewandt werden oder ob sich die Patientinnen und Patienten an unterschiedliche Kommunikationsformen anpassen müssen.

Eigene Fortbildungen und Schulungen für das Fachpersonal zum Thema körpereigene Kommunikationsformen verhelfen dem Pflorgeteam zur mehr Sicherheit im Umgang mit Personen die sich nicht mehr ausdrücken können, aber bringen auch neue Sichtweisen und Anwendungsmöglichkeiten zutage. Hier gibt es zum Beispiel Ausbildungen zur UK-Fachkraft, wo die Grundlagen und die Diagnostik in der unterstützten Kommunikation, sowie Kommunikation mit Gebärden gelehrt wird. Auch die technischen Hilfen mit ihren

Möglichkeiten und Einsatz im Alltag werden gelehrt sowie die Symbole in der unterstützten Kommunikation (<https://www.lifetool.at/aktuelles/news/news-detailansicht/weiterbildung-zur-fachkraft-uk-nach-standard-der-gesuk-ev/>, 29.04.2021).

Das Pflegepersonal kann einen enormen Nutzen für die tägliche Arbeit im Hospizbereich aus solchen Weiterbildungen mit diesen Themenschwerpunkten ziehen, und davon profitieren in weiterer Folge die Patientinnen und Patienten.

Unbedingt notwendig werden Besprechungen in interdisziplinären Pflegeteams angesehen. Erfahrungen, wie mit den einzelnen Personen kommuniziert werden kann, wer worauf anspricht, können innerhalb des Teams ausgetauscht werden und kommen der Patientin oder dem Patienten zugute. Im Zuge dessen soll auch eine vollständige Dokumentation zu den einzelnen Patientinnen und Patienten angelegt werden, um sicherzustellen, dass auch alle Informationen angewandt und an neues Personal weitergegeben werden kann.

Als Strategie wird vorgeschlagen, dass die Patientinnen und Patienten möglichst früh Kontakt zur unterstützten Kommunikation bekommen. Schon bei ersten Anzeichen, dass sich der Krankheitsverlauf verschlechtern wird, ist ein Erstkontakt mit Symbolen oder vereinbarten Zeichen sinnvoll um bei Bedarf jederzeit darauf zurückgreifen zu können. So werden die betroffenen Personen damit vertraut und verlieren die Scheu damit zu kommunizieren.

In der Anwendung hat sich gezeigt, dass in den Hospizen generell Bildertafeln, Buchstabentafeln oder einfach Ja-/Nein-Kärtchen aufliegen sollten. Bei Bedarf kann das Pflegepersonal damit rasch reagieren und die Patientin oder der Patient fühlt sich sicher und verstanden.

Aufgrund der täglich verändernden Situation ist die Anwendung multimodaler Kommunikationshilfen sinnvoll. Eine Zusammensetzung aus unterschiedlichen Systemen, wie körpereigener, nicht-elektronischer und elektronischer, verschafft die Möglichkeit jederzeit auszuweichen. Die betroffenen Personen, Pflegepersonal sowie Patientinnen und Patienten, sollten daher unabhängig vom Gesundheitszustand mit allen, in der Institution zur Verfügung stehenden Varianten vertraut gemacht werden.

Als sinnvoll erachtet wird es auch, die Angehörigen einzubinden. Je mehr Personen sich mit der Thematik befassen umso eher kann der Betroffene davon überzeugt werden und nimmt die Hilfsmittel an. In Verbindung dazu steht, dass die Bedürfnisse der Patientinnen und der Patienten immer an erster Stelle stehen und die Systeme an deren Wünsche und Können angepasst werden sollen.

Welche Herausforderungen sehen Expertinnen und Experten bei einer Implementierung von unterstützter Kommunikation im Hospizbereich?

Herausfordernd sind, bei komplexeren elektronischen Geräten, auf jeden Fall die Kosten. In Österreich gibt es keine rechtlichen Vereinbarungen betreffend der Finanzierung von Kommunikationshilfsmitteln. Laut Homepage und nach telefonischer Auskunft bei Lifetool Wien (<https://www.lifetool.at/beraten/was-bieten-wir-an/finanzierungsbegleitung/>, 29.04.2021) kann, unter anderen, bei folgenden Institutionen um Kostenförderung im Hospizbereich angesucht werden:

- Sozialversicherungsträger
- Sozialämter der Bundesländer bzw. Bezirkshauptmannschaften
- Sozialministeriumservice
- Licht ins Dunkel
- Stiftung Kindertraum
- Make-a-wish Austria
- Hilfe im eigenen Land – Katastrophenhilfe Österreich
- Kinderhilfsfonds

Ansonsten ist die Versorgung auf die Länder übertragen worden und somit gibt es neun unterschiedliche Zugänge und Entscheidungskriterien für die Förderungen von Kommunikationshilfsmitteln. Als positives Vorbild kann der Fonds Soziales Wien genannt werden, hier werden Hilfsmittel der unterstützten Kommunikation regelmäßig gefördert. Auch das Land Oberösterreich übernimmt zumeist einen größeren Teil der anfallenden Kosten bei Förderanträgen zur den Kommunikationshilfsmitteln. Die Gesundheitskasse Österreich fällt Einzelfallentscheidungen, die Entscheidungskriterien dafür sind noch nicht standardisiert.

Bei Hilfsmitteln die nicht unter den Begriff „medizinische Geräte“ fallen, wie einfache Tablets, ist die Finanzierung zwar einfacher, jedoch abhängig von den Budgetierungen der einzelnen Institutionen.

Problematisch ist auch, dass in Österreich für unterstützte Kommunikation keine Öffentlichkeitsarbeit betrieben wird. Viele Menschen in der Pflege, sowie direkt betroffene Erkrankte und deren Angehörige sind nicht ausreichend sensibilisiert, können mit dem Thema nichts anfangen. Oft wird zwar mit körpereigenen Kommunikationsmitteln gearbeitet, weil intuitiv eingesetzt, dass es sich hier aber um die einfachste Form der unterstützten Kommunikation handelt und diese bei Bedarf erweitert und ausgebaut werden kann ist vielen nicht bewusst.

Eine weitere Herausforderung ist die Ressource Zeit in der Pflege. Einige Varianten der unterstützten Kommunikation erfordern im Vorfeld, bei der Einschulung, als auch während der

Arbeit am Patienten Zeit vom Pflegepersonal. Nicht alle Hospize haben einen Pflegeschlüssel, der für solche Methoden Zeit des Personals beinhaltet. Eine Möglichkeit ist hier auch die Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialarbeiter und andere ins Assessment aufzunehmen.

Ein Hindernis für die Implementierung kann auch eine fehlende korrekte Diagnostik sein samt der Fachexperten, welche die jeweils benötigten bzw. möglichen Hilfsmittel aufzeigen.

7 Zusammenfassung und Ausblick

Zur Untersuchung wie Expertinnen und Experten einer Einführung und Umsetzung von Systemen der unterstützten Kommunikation im Hospizbereich gegenüber stehen, wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Diese wurden im Anschluss anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet und analysiert.

Die Arbeit hat hervorgebracht, dass der Einführung bzw. der vermehrte Einsatz von Methoden der unterstützten Kommunikation im Hospizbereich seitens Expertinnen und Experten große Zustimmung zukommt. Das Interesse des Fachpersonals ist vorhanden, obwohl hier Aufklärungsbedarf über die Vielfalt an Möglichkeiten besteht. Zumeist sind nur die einfachsten Systeme, wie die aus dem Bereich der körpereigenen Methoden, bekannt. Erfahrungswerte gibt es allerdings auch bei den nicht-elektronischen Kommunikationshilfen, sowie bei den komplexeren elektronischen Hilfen, die in der Arbeit mit ALS-Patienten meist zur Anwendung kommen. Eher weniger Erfahrung gibt es im Bereich der niederschweligen elektronischen Geräte, oder auch der Verwendung vorhandener smarterer Technologien wie Smart-Phones und Tablets, hier herrscht noch Aufholbedarf.

Generell wäre mehr Öffentlichkeitsarbeit und Bekanntmachung der Systeme der unterstützten Kommunikation sinnvoll um die betroffenen Personen für diese Thematik zu sensibilisieren. Auch Schulungsschwerpunkte so zu setzen, dass das Pflegepersonal mit den Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation bekannt wird. Interesse besteht und das sollte im Sinne von Ressourcenerleichterung und dem Wunsch nach effizienterem Arbeiten weiterverfolgt werden.

Für die Zukunft wäre es wünschenswert, wenn die Förderungen für die komplexeren elektronischen Geräte der unterstützten Kommunikation in allen Bundesländern gleich behandelt wird. Und auch wenn die Sozialversicherungen ihre Leistungskataloge österreichweit vereinheitlicht und hier größere Zuzahlungen tätig und nicht weiter mit individueller Einzelbetrachtung vorgeht.

Die Hospiz-Arbeit mit unterstützter Kommunikation steht in Österreich noch am Anfang. Es bedarf Aufklärungsarbeit und ein Umdenken innerhalb der Institutionen, dann können die Systeme der unterstützten Kommunikation dem Pflegepersonal Stütze sein und den Patientinnen und Patienten an ihrem Lebensende die Kommunikation ermöglichen und erleichtern.

Literaturverzeichnis

- Beer, S. (2015). Sprachlos auf der Intensivstation. In G. Antener, A. Blechschmidt & K. Ling (Hrsg.), *UK wird erwachsen* (S. 171-179). Von Loeper Fachbuch.
- Beer, S. (11.-12.10.2017). *Alternative Kommunikationsmöglichkeiten für beeinträchtigte Menschen* [Poster]. Kai-Kongress 2017, Berlin.
- Boenisch, J. (2003). Inhalt. In J. Boenisch & C. Bünk (Hrsg.), *Methoden der Unterstützten Kommunikation* (S. 19-37). Von Loeper Fachbuch.
- 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.
- Fuß, S. & Karbach, U. (2016). *Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung*. Barbara Budrich.
- 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.
- 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.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz Verlag.

Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Beltz Verlag.

Sailer-Strümpf, H. (2021). *Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation für Menschen am Lebensende im Hospiz- und Palliativbereich* [Bachelorarbeit 1, Ferdinand Porsche FernFH Wiener Neustadt].

Online-Quellen:

<https://lexikon.stangl.eu/535/kommunikation/> [Abruf am 01.05.2021]

<https://www.lifetool.at/beraten/was-bieten-wir-an/finanzierungsbegleitung/>

[Abruf am 29.04.2021]

<https://www.lifetool.at/aktuelles/news/news-detailansicht/weiterbildung-zur-fachkraft-uk-nach-standard-der-gesuk-ev/> [Abruf am 29.04.2021]

<https://www.meier-schuetten.de/produktkatalog/pc-eingabegeraete/mausloesungen/kopf-maus/integra-mundmaus/> [Abruf am 22.04.2021]

<https://uk-im-blick.de/blog/post/koerpereigene-mittel-2> [Abruf am 22.04.2021]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: deduktive Kategorienbildung 12

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Forschungsergebnisse 25

Anhang

Interviewleitfaden zum Thema „Einführung und Umsetzung von Systemen der unterstützten Kommunikation im Hospizbereich“

Name:	Institution:	
	Position:	
	Datum:	
1. Gibt es in ihrer Institution einheitliche Vorgehensweisen wie die Kommunikation mit dem Patienten angebahnt wird?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Wenn ja, welche?</i>		
2. Wie funktioniert die Kommunikation aktuell mit Patienten, die sich nicht mehr mit ihrer Lautsprache ausdrücken können?		
2.1 Sind die betroffenen Personen (Patienten, Pflegepersonal, etc.) damit zufrieden?		
<i>Kommt es durch die Kommunikationsschwierigkeiten der Patienten zu Problemen in der Kommunikation/Verständnis?</i>		

3. Welche Alternativen Kommunikationsformen sind Ihnen bekannt?

4. Was stellen Sie sich vor, wie die unterstützte Kommunikation zu einer Verbesserung der Kommunikation mit den Patienten führen kann?

4.1 und welche Strategien (körperlich / nicht-elektronisch / elektronisch) würden Sie einsetzen, bzw. finden Sie hilfreich?

5. Können sie sich die Arbeit mit unterstützter Kommunikation am Patienten vorstellen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Wenn ja, wie? In welchem Ausmaß?</i>		
5.1 Wo sehen Sie Hürden / Hindernisse für die Einführung von unterstützter Kommunikation im Hospizbereich?		