

Unterstützte Kommunikation für die Zielgruppe Menschen mit Aphasie nach Apoplexie

von Michaela Klein, Mariana Koppehele-Göpfert, Felicitas Löffler & Anna-Elisabeth Schikowski

Zusammenfassung der Ergebnisse des Gruppenprojekts „Unterstützte Kommunikation für die Zielgruppe Menschen mit Aphasie nach Apoplexie im Alter von 60+ Jahren und deren Angehörige zur Verbesserung ihrer selbstbestimmten Lebensführung“

Jedes Jahr erkranken ca. 25.000 Menschen in Deutschland an Aphasie aufgrund eines Apoplex (dbs, o.J., S. 1). Um die Auswirkungen zu verhindern und Betroffenen zu helfen, ist der frühe Einsatz von Unterstützter Kommunikation (UK) essenziell. Vier Masterstudentinnen stellen ein Gruppenprojekt zum Thema UK für Menschen mit Aphasie bei Apoplexie vor. Wie sollte ein Beratungsansatz für diese Zielgruppe konzipiert sein? Wie kann der Bekanntheitsgrad von UK gesteigert werden? Diese Fragestellungen waren der Fokus des Projektes.

Einführung

In Deutschland sind über 100.000 Menschen von Aphasie betroffen, die zu 80% durch einen Schlaganfall verursacht wird (Bundesverband Aphasie e.V., o.J., o.S.). Mit zunehmendem Alter erhöht sich das Risiko eines Schlaganfall stark. Besonders bei über 60jährigen Menschen nimmt die 12-Monats-Prävalenz erheblich zu (Robert Koch-Institut, 2021, S. 10). Aphasie führt bei Betroffenen zu einem markanten Einschnitt ins gewohnte Leben. Aus historischen und strukturellen Gründen fokussiert sich die Forschung und praktische Versorgung im UK-Bereich auf Kinder und Jugendliche. Menschen mit Aphasie als Zielgruppe nehmen einen immer relevanteren Stellenwert ein (Netzebandt et al., 2018, S. 4). Das Gruppenprojekt hatte das Ziel, über Sprachstörungen aufzuklären, Gesetzes- und Finanzierungsgrundlagen darzulegen sowie mögliche Hilfsmittel (HM) zu erläutern.

Experteninterviews

Zu Beginn des Gruppenprojektes fand ein Besuch in der Stiftung Karlshöhe statt. Dort wurde Frau Bachem interviewt, die die Abteilung „Unterstützte Kommunikation“ und das gleichnamige Projekt leitet. Sie erläuterte was UK ist, deren Notwendigkeit, stellte die Abteilung sowie das Projekt vor und zeigte Hilfsmittel (HM), welche ausprobiert werden konnten.

Fachexperten, die sich auf den Einsatz von UK bei neurologischen Erkrankungen spezialisiert haben, gibt es bisher nur wenige. Daher wandte sich die Projektgruppe zunächst an die Gesellschaft für UK. Dieser verwies auf den pädagogischen Fachdienst Sprache und Kommunikation „Einfach-Miteinander-Reden“, der jedoch zurück meldete, dass sehr selten Klient:innen nach einem Apoplex bei ihm vorstellig werden. Daher wurde der Kontakt mit Frau Beer von der LogBUK GmbH empfohlen. Schließlich fand mit ihr ein Interview statt. Sie bestätigte, dass UK in der Neurologie auch heute noch ein sehr unbekanntes Feld ist, das noch nicht in den pflegerisch/therapeutischen Ausbildungen verankert ist. Sie empfiehlt bereits sehr früh mit der UK zu beginnen, das bereits mit wenigen HM umgesetzt werden kann. Ein Fragebogen unterstützt die Klient:innen/ Angehörigen dabei herauszufinden, was ihnen im Alltag wichtig ist und was mit Hilfe von UK erhalten bleiben soll. Das soziale Umfeld muss ebenso den Umgang mit UK „erlernen“. Es gibt kein „entweder-oder“. UK ist als Ergänzung und Unterstützung zu sehen.

Konzeption des Beratungsprozesses

Als struktureller Rahmen für das Beratungskonzept dient das Modell von Hummel-Gaatz und Doll für die Beratung in der Pflege, das den Beratungsablauf in sechs Phasen unterteilt und in Abbildung 1 dargestellt ist (Hummel-Gaatz; Doll, 2007, S. 28).

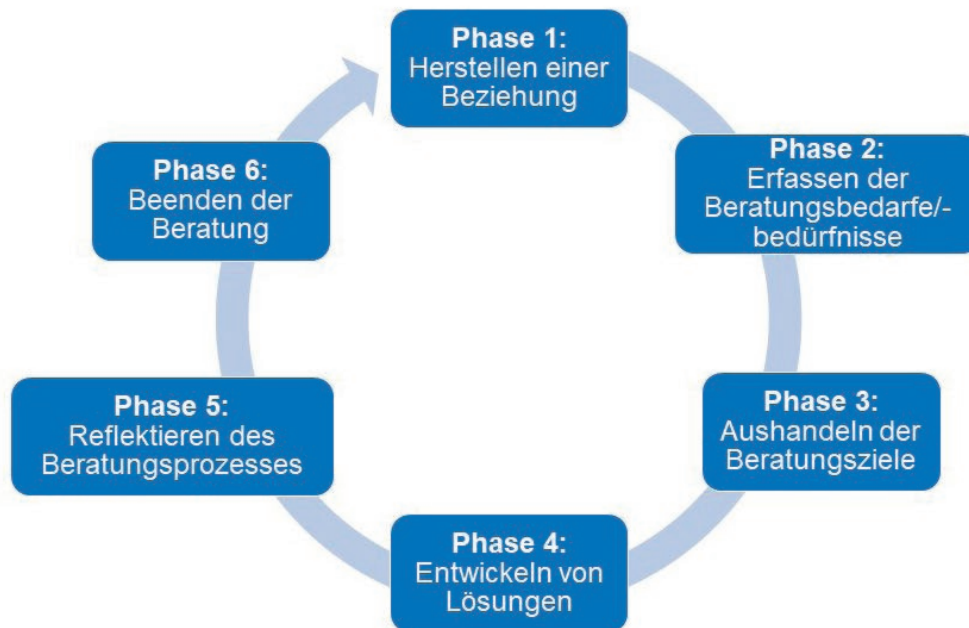


Abb. 1: Beratung als Problemlösungsprozess. Enthalten in: Hummel-Gaatz, Doll, 2006, S. 209

Um eine Beratung effektiv zu gestalten, spielen neben dem Fachwissen auch die Beratungskompetenzen eine große Rolle. So kann eine lösungsorientierte Beratung etabliert werden.

Phase 1: Beziehung herstellen

Am Anfang der Beratung ist es wichtig, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Berater:innen und Klient:innen herzustellen. Davon hängt u.a. der Erfolg des Gespräches ab, denn je mehr Vertrauen Klient:innen haben, desto mehr sind sie bereit, sich zu öffnen (Kugelstätter, 2009, S. 19). Auch spielt das Beratungssetting eine wichtige Rolle. Dabei sollten u.a. folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Atmosphäre, in der die Grundsätze von Carl Rogers' Gesprächsführung gelebt werden können
- Wahrung der Privatsphäre
- Ausschalten von Störfaktoren
- Bereitstellen von Materialien, ggf. UK-HM

Phase 2: Beratungsbedarfe erfassen

Die Bestandsaufnahme beinhaltet zum einen den objektiven Beratungsbedarf, den Berater:innen selbst als dringend erkennen, zum anderen das subjektive Beratungsbedürfnis, das von Klient:innen ausgeht (Kugelstätter, 2009, S. 19 f.). Die Phase dient dazu, sich einen Überblick über die kommunikative Situation zu verschaffen.

Phase 3: Beratungsziele festlegen

Hier wird gemeinsam mit den Klient:innen erörtert, was durch den Einsatz von UK erreicht werden soll. Der Fokus liegt auf das Sammeln von Erkenntnissen, um verschiedene Lösungsoptionen aufzuzeigen (Kugelstätter, 2009, S. 20).

Phase 4: Lösungen entwickeln

In dieser Phase ist es wichtig, gemeinsam mit der betroffenen Person/den Angehörigen Lösungsoptionen zu entwickeln. Die Berater:innen unterstützen hier durch das Einbringen von Fachwissen bei der Problemlösung (Universität Osnabrück, o.J., o.S.). Für den Beratungsansatz sind folgende Beratungsschwerpunkte konzipiert worden: Einsatzgebiete und Zielgruppe, Rechtliche Grundlagen und Finanzierung, Zeitpunkt des UK-Einsatzes und HM.

Einsatzgebiete und Zielgruppen von UK

UK findet überall dort statt, wo Menschen mit eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten leben (Dieckmann, 2021, S. 251). Die Einsatzorte lassen sich dennoch in den stationären und ambulanten Bereich unterteilen. Zur Zielgruppe von UK zählen Menschen, bei denen die Kommunikationsentwicklung ausbleibt, sich verlangsamt oder zurück entwickelt. Dieckmann unterscheidet vier Patientengruppen mit Konditionen, die UK erforderlich machen können: Kongenitale, erworbene, progressiv neurologische und temporäre Konditionen (Dieckmann, 2021, S. 243 ff.). Diese Konditionen mit ihren Auswirkungen verdeutlichen die Bedeutung der UK im Krankenhaus (KH). Die Dauer der intensivmedizinischen Betreuung kann sich durch UK verkürzen und in Studien konnte gezeigt werden, dass mit UK weniger Analgesie erforderlich war (Happ et al., 2004, o.S. und Patek et al., 2006, o.S. zit. N. Beer, 2019, S. 12). Diese Aspekte sind aus ökonomischer Sicht für ein KH durchaus rentabel und schreiben UK einen neuen Stellenwert zu. Das Zitat „Allein, dass ein Mensch atmet, ist die Voraussetzung für Unterstützte Kommunikation.“ (Dieckmann, 2021, S. 244) betont, dass jeder Mensch Anspruch auf UK hat.

Rechtliche Grundlagen und Finanzierung

Nach Art. 3 Grundgesetz „darf niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“. Jeder hat das Recht, seine Meinung in Wort, Schrift und Bild frei zu äußern (Art. 5 GG). Die UN-Behindertenrechtskonvention verfolgt mit ihrem Übereinkommen aus 2006 das Ziel, Menschen mit Behinderung, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Die Kommunikation beinhaltet neben Sprache auch die Textdarstellung, leicht zugängliches Multimedia, einfache Sprache und weitere alternative Formen (z.B. Gebärdensprache etc.). Mit Hilfe von UK soll eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens ausgeglichen werden. Dies entspricht der Grundlage des § 33 SGB V, um die Kosten bei der Krankenkasse einreichen zu können. Bei HM zum Behindertenausgleich gilt aktuell eine Bearbeitungsfrist von 2 Monaten ab Antragseingang (§ 18 SGB IX). Erfolgt keine begründete Mitteilung, gilt eine beantragte Leistung automatisch nach Ablauf der Frist als genehmigt. Bei einer unbegründeten Ablehnung wird empfohlen, innerhalb eines Monats Widerspruch einzulegen.

Zeitpunkt des Einsatzes von UK

Personen, die aufgrund von neurologischen Erkrankungen nicht/ nicht mehr ausreichend lautsprachlich kommunizieren können, bedürfen einer intensiven Sprachtherapie mit dem Ziel, die Sprechfähigkeit zu fördern und zu steigern. Es geht um Patient:innen, die zeitlich vorübergehend oder dauerhaft nicht sprechen können. Dabei werden Alternativen notwendig, die zeitgleich eine lautsprachliche Kommunikation ermöglichen, um psychische Belastungen und gesellschaftlichen Ausschluss zu verhindern. Ziel muss sein, Kommunikation von Anfang an zu ermöglichen. Die UK, mit welcher verschiedene Kommunikationsformen parallel genutzt werden (Multimodalität), stellt ein vielfältiges Instrument dar und kann je nach Kontext effektiv eingesetzt werden (Erdélyi, 2014, S. 11). Die Rehabilitation der Zielgruppe sollte so früh wie möglich beginnen. Durch den frühzeitigen Einsatz von UK bereits in der Akutphase entstehen Chancen: Verbesserung der Sprachleistung, Unterstützung bei der Wiederherstellung der Sprachfunktion, Einsatz als Kommunikationsalternative und Steigerung von Partizipation bei Entscheidungen sowie Förderung des Genesungsprozesses. Das therapeutische Team in der Klinik hat eine besondere Schlüsselfunktion, damit UK bereits in der Akutphase angewendet werden kann. Es ist das therapeutische Team, das die Behandlung steuert, auf die Möglichkeiten der UK aufmerksam macht und die Schritte zur Anwendung einleitet (Dietz et al., 2020, o.S.).

In der Praxis bestehen Vorurteile gegen den frühen Einsatz von UK. Ein Vorurteil bezieht sich auf den frühen Einsatz der UK, welcher zu einer Verhinderung der Wiedererlangung der Sprache führt. Dem wider-

spricht Dietz mit der Argumentation, dass ein schwaches System durch eine Intervention gestärkt werden sollte, wenn dafür ein stärkeres oder intaktes System zur Hilfe genommen werden kann. Ein weiteres Vorurteil bezieht sich auf die Annahme, dass UK dauerhaft angewendet wird, welches den Eindruck bei den Betroffenen und deren Angehörigen erwecken kann, dass der Genesungsprozess beendet ist. Diesem Mythos kann mit einem umfassenden Informations- und Beratungsangebot begegnet werden, da in der Praxis die Therapie weiterverfolgt wird unter Zuhilfenahme der UK (Dietz et al., 2020, o.S.).

Die Zielgruppe benötigt ein frühestmögliches Versorgungsangebot mit UK. Damit in der Praxis Versorgungsangebote erfolgen, erfordert es ein umfassendes Informations- und Beratungsangebot, welches geeignet ist, den Vorurteilen in der Praxis zu begegnen. Dieses Angebot muss sich gleichermaßen an Betroffene und deren Angehörige sowie an das gesamte therapeutische Team richten.

Geeignete Hilfsmittel

Da der Fokus des Projekts auf dem Akutsetting lag, wird eine Auswahl von HM erwähnt, die sich für einen niedrigschwelligen und schnellen Einsatz eignen.

Als körpereigene Kommunikationsformen kommen zum Einsatz, z. B. Mimik, Gestik, Gebärdensprache (Erdélyi, 2014, S. 4 ff.). Diese sind schnell einsetzbar und ortsunabhängig. Auch Gegenstände, können zum Äußern eines Wunsches eingesetzt werden. Wenn Klient:innen körperlich fähig sind, auf Gegenstände zu zeigen, handelt es sich um eine einfache Kommunikationsform (Erdélyi, 2014, S. 6 f.). Eine andere Möglichkeit sind bildliche Darstellungen wie Fotos oder Symbole. Die Symbole können z.B. in Verbindung mit einem elektronischen Gerät in einer Smartphone-App eingesetzt werden (Fröhlich, 2018, o.S.). Ein weiteres UK-Mittel stellt ein individualisiertes ICH-Buch dar, das bei der Verständigung im Alltag hilft. Es enthält Informationen zu verschiedenen Kategorien bezogen auf die unterstützte kommunizierende Person (Netzwerk Unterstützte Kommunikation Vorarlberg, o.J., o.S.). In der folgenden Abbildung ist ein kleiner Auszug für ein Muster eines ICH-Buches zu sehen. [Abb. 2]

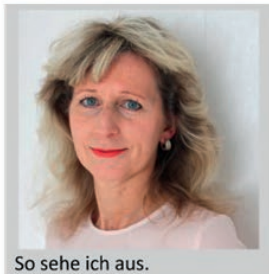
Zu den einfachen elektronischen HM gehören z. B. der BigMack und AnybookReader. Der BigMack kann dem Erstkontakt durch Wiedergabe einer Nachricht dienen. Mit dem AnybookReader können u.a. Bücher, Gegenstände und Fotoalben vertont werden. [Abb. 3]

Phase 5: Reflektieren des Beratungsprozesses

Im Zuge einer kritischen Betrachtung wird u.a. der Informationsgewinn für die Klient:innen zusammengefasst. Es besteht die Möglichkeit, dass sie ihre Meinung zum Verlauf und Ergebnis der Beratung äußern. Zur Reflexionsphase gehört ebenfalls die Selbstreflexion der Berater:innen (Kugelstätter, 2009, S. 20 f.).

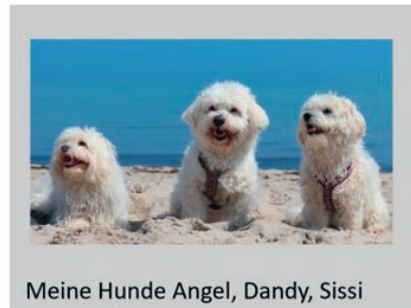
Auszug ICH-Buch

Das bin ich:
Ich heiße Mariana.



So sehe ich aus.

Das mag ich besonders:



Wie du mir helfen kannst:

- Sprich langsam.
- Mach kurze Sätze.
- Benutze einfache Sprache.
- Sei geduldig.
- Wiederhole das Gesagte, wenn ich es nicht gleich verstehe.

Abb. 2: Auszug eines ICH-Buches (Fröhlich, o. J., o. S., Symbole: METACOM © Annette Kitzinger, Fotos: eigene Aufnahmen)

Phase 6: Beenden der Beratung

Hier geht es um das bewusste Beenden der Beratung. Der erreichte Stand wird noch einmal zusammengefasst und dokumentiert. Was war das Ziel des Gesprächs, wurde dies erreicht oder sind Punkte offen. Die nächsten Schritte sind zu konkretisieren. Die Phase ist wichtig, um sicher zu gehen, dass alle wichtigen Themen behandelt wurden (Universität Osnabrück, o.J., o.S.).

Erstellung eines Flyers zur Verbreitung eines Informations- und Beratungsangebotes

Im Rahmen des Gruppenprojekts wurde ein Flyer entwickelt mit dem Ziel, ein Informations- und Beratungsangebot zum Thema UK für die Zielgruppen „Menschen mit Aphasie nach Apoplexie und deren Angehörige“ sowie „therapeutische Teams“ (alle an der Versorgungskette im Setting KH beteiligten Personen) zu verbreiten.



Abb. 3: Beispiele für einfache elektronische HM: BigMack und AnybookReader (Fotos: eigene Aufnahmen)

Der Flyer gibt einen Überblick zu den wichtigsten Inhalten der Beratungsschwerpunkte und schließt mit einem Appell ab, ein Beratungsangebot eines HM-Herstellers in Anspruch zu nehmen. Dazu wurde das Ergebnis der Marktanalyse der HM-Hersteller innerhalb einer deutschlandweiten Übersichtskarte abgebildet, welches über einen QR-Code im Flyer erreicht werden kann. So werden die Interessierten direkt zu einem Beratungsangebot in ihrer Nähe geführt. Der Flyer kann unter dem folgenden QR-Code eingesehen werden:



Abb. 4: QR-Code Flyer

Kommunikationsstrategie zur Verbreitung des Flyers

Um die beiden Zielgruppen mit dem Flyer anzusprechen, ist dessen Positionierung im KH relevant. Als erste Adressaten sind 329 Stroke-Units und 265 neurologische Rehabilitationskliniken zu nennen, die an der (Akut-) Versorgung der Zielgruppe beteiligt sind und durch den Flyer erreicht werden können (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, o.J., o.S.; Qualitätskliniken, 2022, o.S.). Eine weitere Verbreitung des Flyers kann über die Pflegestützpunkte in den Bundesländern, Verbänden, Selbsthilfegruppen, Gesellschaft für UK e.V. etc. erfolgen.

Fazit

Das Projekt hat gezeigt, dass UK frühestmöglich, ab der Akutsituation bei der gewählten Zielgruppe zur Anwendung kommen sollte, da UK wesentlich zur Steigerung der Autonomie und Teilhabe beiträgt. UK bewirkt eine Kompensation von Sprachstörungen, eine Verbesserung der Sprachleistung, ggf. eine Sprachwiederherstellung, fördert Partizipationsmöglichkeiten und hat somit einen positiven Einfluss auf den Genesungsprozess.

Durch das Projekt konnte eine Versorgungs- und Forschungslücke identifiziert werden. Die Literaturrecherche belegt eine Forschungslücke, welche von einer mangelnden Datenlage zum Einsatz von UK bei der Zielgruppe geprägt ist. Daher existiert weiterer Forschungsbedarf, z. B. in der Evaluation von Unterstützungs- und Versorgungsangeboten mit UK. Die Experteninterviews belegen eine Versorgungslücke der Zielgruppe mit UK und dass UK im Gesundheitswesen und in der Neurologie eher unbekannt ist. Es besteht eine Unterversorgung, da die Zielgruppe (wenn überhaupt) erst in der Nachsorge ein Versorgungsangebot erhält. Zur Schließung der Versorgungslücke sollte das Ziel verfolgt werden, ein Informations- und Beratungsangebot für die Zielgruppe sowie allen Personen, die an der Versorgungskette beteiligt sind, sicherzustellen, damit zukünftige Versorgungsangebote mit UK zeitnah erfolgen kann. Zu diesen Zielen liefert das Projekt mit dem Beratungskonzept, dem Flyer und der Kommunikationsstrategie einen Beitrag.

Ausblick

Empfohlen wird, dass in Deutschland auch das Pflegepersonal mit UK qualifiziert wird, um das Knowhow in Krankenhäusern und Rehakliniken zu etablieren. Längerfristig ist die Aufnahme von UK ins Curriculum der Pflegeausbildung anzustreben. Erster Schritt in diese Richtung ist die Implementierung der Pflichtfortbildung „UK“ für Pflegekräfte bzw. für Pflegenden aus Stroke-Units und Intensivstationen, da in diesen Bereichen UK eine Alternative darstellt, um mit den Patient:innen in Kontakt zu treten. Nur so kann der Einsatz von UK im Akutsetting im Pflegealltag integriert werden. Bereits ohne großen finanziellen und zeitlichen Aufwand kann durch die Unterstützung von Symbolen oder Apps die Kommunikation mit Patient:innen wesentlich erleichtert werden.

Die Entwicklungen in diesem Feld zeigen, dass erste Schritte in die richtige Richtung getätigt wurden. Neben der Bekanntmachung und Etablierung sollte für die Betroffenen eine möglichst zeitnahe Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgen. Erfahrungen zeigen, dass bis zur Genehmigung bis zu sechs Monate vergehen können. Dies ist für die Betroffenen ein zu langer Zeitraum. Je früher UK begonnen wird, desto größer sind die Erfolgchancen.

Literatur

- Beer, S. (2019). *Unterstützte Kommunikation in der Klinik. Herausforderungen und Möglichkeiten*. Forum Logopädie, 33 (4), 12-17.
- Bundesverband Aphasie e.V. (o.J.). Aphasie. <https://aphasiker.de/aphasie/>
- dbS – Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. (o.J.). *Aphasie Informationen für Betroffene und Angehörige*. https://www.dbs-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/dbS-Information_Aphasie.pdf
- Dieckmann, C. (2021). *Unterstützte Kommunikation*. In W. M. Strobl, C. Abel, C., E. Pitz & N. Schikora (Hrsg.), *Therapeutisches Arbeiten in der Neuroorthopädie. Multiprofessionelle Teamarbeit und transdisziplinäres Denken* (S. 241-263). Springer.
- Dietz, A., Wallace, S. & Weissling, K. (2020). *Revisiting the Role of Augmentative and Alternative Communication in Aphasia Rehabilitation*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7842873/>
- Erdélyi, A. (2014). *Unterstützte Kommunikation bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen – Ein Überblick*. http://www.sprachtherapie-aktuell.de/files/e2014-02_Erdelyi.pdf
- Fröhlich, N. (2018). *Materialien erstellen mit METACOM – Workshop am Fachtag „UK-Praktiker“ 22.09.2018 in Weingarten*. https://www.gesellschaft-uk.org/profis/downloads-zu-veranstaltungen.html?file=files/Downloadliste/Fortbildungen/bw-2018/materialien_erstellen_mit_metacom.pdf
- Fröhlich, N. (o.J.). *Unterstützte Kommunikation/Ich-Bücher*. <https://www.die-uk-kiste.de/themen/unterstützte-kommunikation-1/ich-bücher/>

- Hummel-Gaatz, S. & Doll, A. (2006). Lernfeld Beratung in der Pflege. Umsetzung des Lernfeldkonzeptes in der Fachweiterbildung für onkologische Pflege. *Pflegewissenschaft. Journal für Pflegewissenschaft und Pflegepraxis*, (4), 206 - 217.
- Hummel-Gaatz, S. & Doll, A. (2007). Inhaltliche Darstellung. In A. Warmbrunn (Hrsg.), *Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragenfachkundig gewährleisten. Themenbereich 3: Analyse und Vorschläge für den Unterricht* (S. 15-42). Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH
- Kugelstätter, I. (2009). *Das Beratungsmodell von Hummel – Gaatz & Doll - Ein Blick in die Beratungs-Praxis. Bakkalaureatsarbeit*. https://online.medunigraz.at/mug_online/wbabs.getDocument?pThesisNr=16482
- Netzbandt, J., Röse, K. & Barthel, M. (2018). *Unterstützte Kommunikation bei Aphasie: Umgang mit elektronischen Kommunikationshilfen im Alltag*. http://sprachtherapie-aktuell.de/files/e2018-10_Netzbandt_Roese_Barthel.pdf

- Netzwerk Unterstützte Kommunikation Vorarlberg (o.J.). *Warum ein ICH Buch?* <https://www.uk-netzwerk-vorarlberg.com/vereinheitlichung/ich-buch/>
- Qualitätskliniken (2022). *Rehasuche*. https://www.qualitaetskliniken.de/reha/klinik/finden?f_department%5B0%5D=FBS14&s_category=CAT0&p_result_display_type=map
- Robert Koch-Institut (2021). Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2021 6(3). https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_03_2021_GEDA_Gesundheitliche_Lage.pdf?__blob=publicationFile
- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (o.J.). *Überblick über zertifizierte Stroke Units in Deutschland*. <https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/fuer-betroffene/akutbehandlung/stroke-unit>
- Universität Osnabrück (o.J.). *Phasen des Beratungsgesprächs*. <https://www.zsb-os.de/beratungsangebot/toolbox-beratung/phasen-des-beratungsgespraechs>

Kontakt



Michaela Klein, B.A. Prävention und Gesundheitspsychologie, Leiterin des Amb. Pflegedienstes der Paulinenpflege Winnenden e.V., angehende Absolventin M. A. Angewandte Gerontologie
michaela.klein@paulinenpflege.de



Mariana Koppehele-Göpfert, Diplom-Betriebswirtin (FH), Referentin Finanzcontrolling Allianz AG, Wechsel ins Gesundheitswesen, Spezialisierung Digitale Transformation, angehende Absolventin M. A. Angewandte Gerontologie
koppehele_goepfert@t-online.de



Felicitas Löffler, Gesundheits- und Krankenpflegerin, B.A. Angewandte Gesundheitswissenschaften, Teamleitung für Pflegeprozesssicherung (Gynäkologie/Onkologie, Robert-Bosch-KH Stuttgart), angehende Absolventin M. Sc. Public Health
felicitas.loeffler@gmx.de



Anna-Elisabeth Schikowski, Gesundheits- und Krankenpflegerin, B. A. Präventions- und Gesundheitsmanagement, angehende Absolventin M. Sc. Public Health
anna.schikowski@gmail.com