

Narrative Zielvereinbarungsgespräche in der Neurorehabilitation – eine qualitative Studie

Neurol Rehabil 2014; 20 (3): 133–141
Hippocampus Verlag 2014

P. Kirk, Ch. Hennig

Zusammenfassung

Hintergrund: Der partizipative Zielsetzungsprozess auf der Basis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) gilt zu Recht als Kernelement einer erfolgreichen Rehabilitation. Danach sind Therapieziele in den ICF-Komponenten der Teilhabe, Aktivität und Funktion gemeinsam mit den Patienten zu erarbeiten.

Ziele: Das Ziel der durchgeführten Studie war es, die Umsetzung ICF-basierter narrativer Zielvereinbarungsgespräche zwischen Rehabilitationsteam und Patient in der stationären neurologischen Rehabilitation zu beschreiben. Außerdem sollte ermittelt werden, wie die beteiligten Patienten und Gesprächsleiter die Zielgespräche erleben.

Methode: Im Rahmen einer qualitativen Studie wurden fünf Zielgespräche anhand einer teilnehmenden Beobachtung und einer Gesprächsanalyse untersucht sowie acht leitfadengestützte Interviews geführt, die mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurden.

Ergebnisse: In den Zielgesprächen konnte eine einheitliche Struktur ermittelt werden. Die Gesprächsleiter stellten offene Fragen zu den ICF-Komponenten Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation und setzten spezifische Gesprächstechniken ein. Die Patienten erzählten im Zielgespräch frei oder beschränkten sich auf die Beantwortung von Fragen. Patienten und Gesprächsleiter erlebten das Zielgespräch positiv; dabei spielte die gegenseitige Wertschätzung sowie das Interesse an der Person des Patienten eine Rolle. Die Rehabilitationsziele wurden aus den Gesprächsinhalten abgeleitet.

Schlussfolgerungen: Narrative Zielvereinbarungsgespräche tragen dazu bei, die Patientenperspektive in den Rehabilitationsprozess einzubinden und somit den Teilhabegedanken der ICF in den klinischen Alltag umzusetzen. Basierend auf den Studienergebnissen werden Empfehlungen für die praktische Umsetzung narrativer Zielvereinbarungsgespräche ausgesprochen.

Schlüsselwörter: ICF, Narration, Zielvereinbarung, neurologische Rehabilitation, partizipative Entscheidungsfindung

Einleitung

Ziele sind ein Schlüssel zu einer erfolgreichen Rehabilitation. Denn richtig definierte Ziele schaffen ein Arbeitsbündnis, motivieren und begünstigen Verhaltensänderungen seitens der Patienten. Sie tragen dadurch zur Effektivität der Therapie bei [13, 27]. Außerdem dienen sie zur Evaluation von Therapieergebnissen und stellen daher ein unverzichtbares Mittel zur Qualitätssicherung dar. Ziele helfen dabei, die interdisziplinäre Arbeit zu koordinieren und die therapeutische Behandlung an die individuelle Problemlage der Patienten anzupassen [25].

Das übergeordnete Ziel einer Rehabilitation ist nach § 1 SGB IX, Menschen mit einer Behinderung oder Menschen, die von einer Behinderung bedroht sind, die selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Bereits im Jahr 2001 rückte die Weltgesundheitsorganisation durch

die Einführung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) die Teilhabe der Patienten in den Fokus des Interesses [29, 4]. Das biopsychosoziale Modell der ICF führt dazu, nicht nur die funktionellen Beeinträchtigungen der Patienten, sondern auch ihre individuellen Aktivitäten und persönlichen Lebensbedingungen zu betrachten.

Die Betonung der Teilhabe erfordert eine konsequente Patientenorientierung. Dies bedeutet, dass die subjektiven Bedürfnisse der Patienten »in Hinblick auf Ziele und Inhalte der Versorgung« [23] berücksichtigt werden müssen. Folglich müssen die Patienten im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung an der Vereinbarung der Rehabilitationsziele beteiligt werden [17].

Eine von der Deutschen Rentenversicherung durchgeführte Studie zeigt jedoch, dass die Umsetzung der Patientenorientierung durch Einbeziehung der Patienten bei der Zielfestlegung bisher nur unzureichend erfolgt [14].

Narrative techniques for goal setting in neurological rehabilitation – a qualitative study

P. Kirk, Ch. Hennig

Abstract

Background: The process of participatory goal setting based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is the core element of a successful rehabilitation.

Objective: The aim of the present study was to describe narrative, ICF based goal setting interviews based on the ICF between the rehabilitation team and inpatients in the context of neurological rehabilitation. Further purpose was to determine the individual experiences of patients as well as moderators regarding the interviews.

Methods: This study used a qualitative design to analyze five admission interviews applying participant observation and conversational analysis. Additionally, eight interviews were conducted following predefined guidelines, which involved patients and moderators. These were subsequently evaluated by qualitative analysis of content.

Results: Overall, a consistent structure was found in the goal setting interviews. The moderators asked open questions about ICF components, namely body functions, activities and participation. Specific conversation techniques were used. Some patients were able to narrate by themselves. Others limited themselves to answering questions. Patients and moderators perceived the interviews overall as positive. In this context, mutual esteem and an interest in the patient as an individual were of importance. Rehabilitation goals were derived from the content of these conversations.

Conclusion: Narrative goal setting contributes to the integration of the patient's perspective in the rehabilitation process, and to implement the key objective of ICF aiming at patient participation in the daily working routine. Recommendations are given on how to implement narrative goal setting techniques into clinical practice.

Key words: ICF, narratives, goal setting, neurological rehabilitation, shared decision making

Neurol Rehabil 2014; 20 (3): 133–141
© Hippocampus Verlag 2014

Daher stellt sich die Frage, wie Ziele im Sinne der ICF gemeinsam mit den Patienten vereinbart werden können. Ein Blick in den therapeutischen Alltag zeigt, dass die patientenorientierte Zielvereinbarung eine besondere Herausforderung darstellt. Frommelt und Grötzbach [8] beschreiben die Notwendigkeit des Einbezugs des biopsychosozialen Modells bei der Zielsetzung im Therapieprozess und weisen darauf hin, dass der Versuch, Ziele lediglich anhand der einzelnen Items der ICF zu beschreiben oder auch zu kodieren, eine Scheingenauigkeit ergäbe und daher nicht empfohlen werden könne. Eine Möglichkeit, die Patienten in den Zielsetzungsprozess einzubinden, sehen Beushausen und Grötzbach [1] in der Narration. Ihre Anwendung bietet die Chance, die Präferenzen der Patienten zu erfassen und sie durch die Vereinbarung gemeinsamer Ziele in die Rehabilitation zu integrieren. Auch Frommelt und Grötzbach [8] plädieren für die Anwendung der Narration im Rahmen der Rehabilitation. Sie geben an, dass »im Gespräch mit den Patienten ... auf die selbst-definierenden Erinnerungen [eingegangen werden kann], um die subjektiv relevanten Lebensinhalte und -ziele herauszufinden. [...] Wenn den

Lebensgeschichten der Patienten Gehör geschenkt wird, ergeben sich die zukünftigen Ziele fast von allein«.

Narration

Die Narration (Erzählen) ist Gegenstand verschiedener Geisteswissenschaften [18]. Im medizinischen Kontext stellt die Narration als »Erzählung im Zusammenhang mit Krankheit« das Kernelement der narrativen Medizin dar, die von dem Neurologen Viktor von Weizsäcker (1886–1957) begründet wurde [18]. In diesem Sinne findet die Narration bislang besonders in den USA und Großbritannien Beachtung. Der erste Buchbeitrag zur Rolle des Narrativen in der Neurorehabilitation stammt von der amerikanischen Anthropologin C. Mattingly [20], die sich in ihren Untersuchungen mit Narrativen und Heilung im Kontext ergotherapeutischer Behandlungen im Setting Krankenhaus beschäftigt. Des Weiteren ist das Buch der britischen Allgemeinmediziner Greenhalg und Hurwitz hervorzuheben [11], in dem die »sprechende Medizin« durch verschiedene Krankheitsgeschichten von Patienten und Ärzten veranschaulicht wird. Im deutschsprachigen Raum beschäftigen sich besonders Frommelt und Grötzbach mit dem Thema Narration. Sie weisen darauf hin, dass »der narrative Ansatz ... das Ziel [hat], dem Erzählten, dem Subjektiven einen Raum in der Medizin und Rehabilitation zu geben« [9]. Dies zeigt sich in unterschiedlichen Bereichen im Behandlungsprozess.

Demnach existieren nach Frommelt und Grötzbach [9] im therapeutischen Alltag verschiedene Arten von Erzählungen: die Geschichten des Patienten, die Geschichten der Fachkräfte, die Geschichten der Fachkräfte über die Geschichten der Patienten und die Geschichten des Scheiterns.

Den unterschiedlichen Erzählungen kommen nach Lucius-Hoene [18] verschiedene Funktionen zu. Eine von ihnen besteht aus der »narrativen Heilung«, indem die Narration als Medium des »inneren Krankheitserlebens« fungiert und dadurch zu dessen Verarbeitung beiträgt [1]. Durch das Erzählen werden Erfahrungen in eine zeitliche und kausale Ordnung und somit in eine Sinnstruktur gebracht und verarbeitet; dies kann dem Erzählenden bei der emotionalen Bewältigung der Krankheit helfen [18]. Außerdem findet in den Krankheitserzählungen eine Auseinandersetzung mit den eigenen Werten und Normen statt.

Eine weitere Funktion haben »Krankheitsnarrative von Betroffenen als Stimme der Lebenswelt« [18]. Zahlreiche Veröffentlichungen von Patienten und Angehörigen bieten Lesern die Möglichkeit, sich mit einem Betroffenen zu solidarisieren und stellen somit ein »Identifikationsangebot für andere Betroffene« dar [18].

Die Anwendung der Narration in der klinischen Praxis

Für den medizinischen Kontext stellen Koerfer et al. [15] ein Konzept zur narrativen ärztlichen Gesprächsführung vor. Das Konzept geht von einem »biopsychosozialen Versorgungsmodell« aus, das eine »biographisch-narrative Anamneseerhebung und kooperative Entscheidungsfindung« bedingt.

Die Gesprächstechnik zielt darauf ab, die Gesprächssituation zu strukturieren, die Patienten zum freien Erzählen anzuregen und sie dabei zu unterstützen. Zudem soll das gegenseitige Verständnis für die besprochenen Sachverhalte und die damit verbundenen Emotionen gesichert werden. Die Ärzte werden dazu angeleitet, sich in die Situation der Patienten einzufühlen und empathisch auf sie zu reagieren. Es wird ein gemeinsames Vorgehen abgestimmt, das die Erwartungen der Patienten berücksichtigt. Zudem wird den Patienten jederzeit die Möglichkeit gegeben, Fragen zu stellen und Sachverhalte zu klären.

Auch in der kontextsensitiven Neurorehabilitation ist die Narration von besonderer Bedeutung [10]. Die kontextsensitive Neurorehabilitation richtet alle therapeutischen Interventionen am individuellen Kontext der Patienten aus. Daher wird die Narration eingesetzt, um Informationen bezüglich der Komponenten der ICF, insbesondere in Hinblick auf die Teilhabe, zu ermitteln. Auf dieser Basis werden die individuellen Teilhabeziele der Patienten für die Rehabilitation erfasst: »Die Ziele des Patienten einzubeziehen, seine Stimme anzuhören bedeutet, eine evidenz- und narrativ-basierte Neurorehabilitation zu betreiben« [10].

Sample und Methoden der Studie

Grötzbach und Iven [12] beschreiben den Einsatz der Narration im Rahmen der stationären Neurorehabilitation in der Asklepios Klinik Schaufling. Dort werden mit Hilfe der Narration im Aufnahmegespräch teilhabeorientierte Ziele erhoben. An der Narration nehmen sowohl die Patienten als auch die Mitglieder des Rehabilitationsteams teil, um mit den Patienten gemeinsam einen individuellen Behandlungsplan erstellen zu können [12]. Eine genaue Darstellung der narrativen Technik zur Zielvereinbarung ist bisher jedoch nicht erfolgt. Die durchgeführte qualitative Studie hatte daher zum Ziel, sie zu beschreiben. Ein weiteres Ziel war es zu ermitteln, wie Patienten und Gesprächsleiter die narrativen Aufnahmegespräche erleben. Mit der Studie sollen Antworten auf folgende Fragen gegeben werden:

- Welche verbalen und nonverbalen Verhaltensweisen zeigt das Teammitglied, das die Zielvereinbarungsgespräche leitet? Welche verbalen und nonverbalen Verhaltensweisen zeigen die Patienten in den Gesprächen?
- Wie erleben Patienten und Gesprächsleiter die Zielvereinbarungsgespräche?
- Wie haben die Gesprächsleiter die Technik der Narration erlernt?

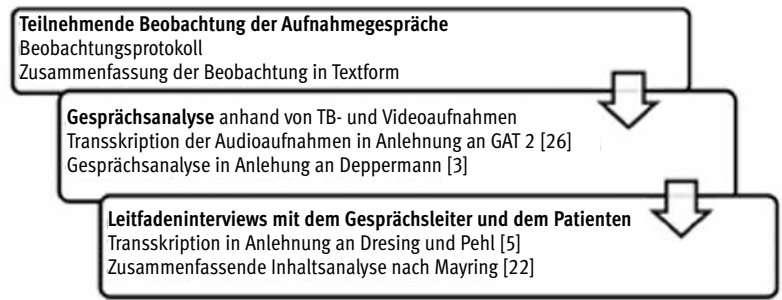


Abb. 1: Studiendesign der qualitativen Untersuchung

Studiendesign

Zur Beantwortung der Fragen wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Zur Datenauswertung kam eine Methodentrias aus teilnehmenden Beobachtungen der Aufnahmegespräche, Gesprächsanalysen sowie Leitfadeninterviews mit den beteiligten Patienten und Gesprächsleitern zur Anwendung (s. Abbildung 1).

Die Erhebung der Daten erfolgte an drei aufeinanderfolgenden Tagen auf den neurologischen Stationen der Asklepios Klinik Schaufling. Insgesamt konnten fünf Aufnahmegespräche in die Untersuchung aufgenommen werden. Dementsprechend wurden fünf Interviews mit den jeweiligen Patienten sowie drei Interviews mit den dazugehörigen Gesprächsleitern geführt.

Sample

In Tabelle 1 werden die fünf Patienten der Studie näher dargestellt.

Patientin	Alter in Jahren	Diagnose
Herr A	65	linkshemisphärischer Stammganglieninfarkt mit mittelgradiger armbetonter Hemiparese rechts und zentraler Fazialisparese
Herr B	75	Z. n. intrakranieller Blutung bei Multiinfarktsyndrom
Herr C	53	Postpoliosyndrom mit Parese der unteren Extremitäten
Frau D	88	linkszerebraler temporaler Hirninfarkt im Bereich des posterioren Stromgebiets mit Hemianopsie rechts
Herr E	46	Multiple Sklerose mit Paraspastik beider Beine

Tab. 1: Sample

Als Gesprächsleiter in den beobachteten Aufnahmegesprächen fungierten ein Sprachtherapeut, ein Psychologe sowie eine Psychologin.

Durchführung und Auswertung

Die **teilnehmende Beobachtung** zielte darauf ab, die Atmosphäre während des Aufnahmegesprächs, die Verhaltensweisen der Interaktionspartner sowie den organisatorischen Rahmen der Gespräche zu erheben.

Des Weiteren fanden **Leitfadeninterviews** mit den Patienten und Gesprächsleitern statt. Hierfür wurden Leitfäden in Anlehnung an Mayer [21] entwickelt.

Aufnahmeteam Herr E		Anfangszeit: 00:00:00-0		Endzeit: 00:10:21-4						
Nr.	Sprecher	verbales/nonverbales Verhalten	Paraphrase und Handlungsbeschreibung	Timing						
				Rederecht (Selbstwahl+/-, Fremdwahl)	Formen des Sprecherwechsels (Glatt, Überlappung+/-, Unterbrechung, SCHweigen)					
161	Herr E:	wenn ich mal so-	Herr E nennt zwei bis drei Kilometer am Stück Gehen als „Meilenstein“ → Antwort		F	G				
162		(..)								
163		ZWEI kilometer ((löst Hand unter Kinn, Handbewegung nach vorn))								
164	GL3:	((nickt))	aufmerksamkeitsbezeugendes Rückmeldesignal							
165		(..)	-							
166	Herr E:	DREI kilometer laufen kann. ((kreisende Bewegung mit Zeigefinger))	Herr E nennt zwei bis drei Kilometer am Stück Gehen als „Meilenstein“ → Antwort							
167		=in EINEM STÜCK; ((Handbewegung nach vorn))								
168	GL3:	mhm, ((nickt))	aufmerksamkeitsbezeugendes Rückmeldesignal							
169		okay. ((setzt Fingerspitzen auf Tisch))								
170		das wär das ZIEL, ((zählt mit Daumen „eins“, schaut kurz in die Runde))	GL wiederholt Herrn Es Ziel, zwei bis drei Kilometer gehen zu können → Aussage	S+		G				
171		also ZWEI bis DREI kilometer LAUFen können,								
172	Herr E:	ja, ((nickt, stützt Kopf auf Hand ab))	kommentierendes Rückmeldesignal → Zustimmung	S+		G				

Abb. 2: Transkriptausschnitt aus dem Aufnahmegespräch Herr E

Die Audioaufnahmen wurden mit den Transkriptionsprogrammen F4 und F5 unter Berücksichtigung der Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl [5] transkribiert. Die Auswertung erfolgte nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring [22].

Für die Gesprächsanalyse wurden diese zunächst anhand der Audio- und Videoaufnahmen mittels des Gesprächsanalytischen Transkriptionssystem 2 (GAT 2) [26] transkribiert. Hierbei wurden die verbalen Äußerungen sowie die nonverbalen Phänomene, wie beispielsweise Mimik und Gestik oder parallel stattfinden-

de Handlungen, notiert. Die inhaltliche und formale Analyse erfolgte in Anlehnung an die Gesprächsanalyse nach Deppermann [3]. Dabei wurden die Gespräche hinsichtlich ihrer makroskopischen Struktur sequenziert. Danach wurden die einzelnen Sequenzen analysiert; hier wurde unter anderem die Qualität des Sprecherwechsels beurteilt sowie sprachliche Handlungen (z.B. Frage, Aufforderung) und Elemente des aktiven Zuhörens identifiziert.

Zur Veranschaulichung findet sich ein Transkriptausschnitt in Abbildung 2.

Ergebnisse

Ablauf und Inhalte der Zielvereinbarungsgespräche

Die Zielvereinbarungsgespräche finden am Tag nach der Aufnahme eines Patienten am Morgen statt. Sie haben eine durchschnittliche Dauer von zehn Minuten. An den Gesprächen sind der Patient, der Arzt und je eine Person aus den Bereichen Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Psychologie und Sozialberatung beteiligt. Das Gespräch findet in einem geschlossenen Raum auf der jeweiligen neurologischen Station statt; die Beteiligten sitzen dabei um einen eckigen Tisch.

Beim Vergleich der Aufnahmegespräche konnte eine durchgängige Struktur ermittelt werden, die durch die Gesprächsleiter vorgegeben wird (s. Abbildung 3).

Auf die Begrüßung folgt in der Regel ein kurzer Small-Talk. Daran schließt sich die Vorstellungsrunde durch das Team an. Danach wird das Gespräch durch den Gesprächsleiter mit einer offenen Frage zu den

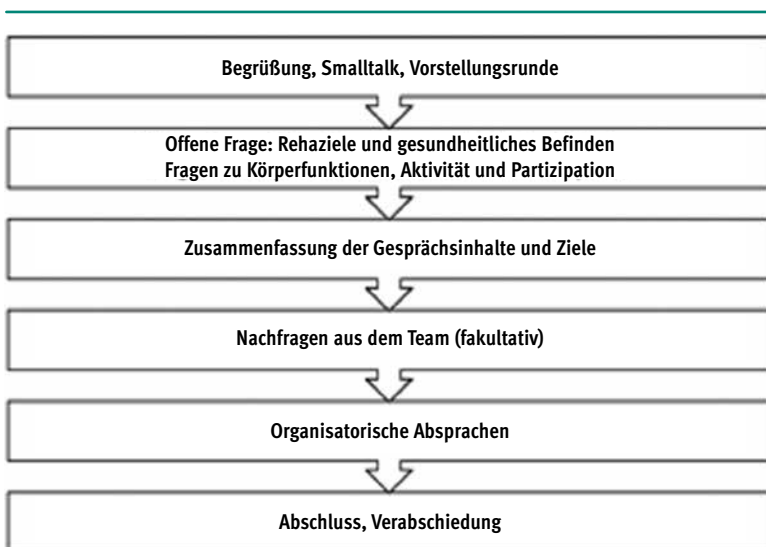


Abb. 3: Allgemeine Gesprächsstruktur

Rehazielen des Patienten beziehungsweise dem gesundheitlichen Befinden eingeleitet. Die weiteren Teammitglieder nehmen eine passiv zuhörende Rolle ein.

Es folgen konkrete Fragen des Gesprächsleiters, die sich auf die ICF- Komponenten Körperfunktionen sowie Aktivitäten und Partizipation beziehen.

Anschließend an die Befragung des Patienten erfolgt eine Zusammenfassung der Gesprächsinhalte sowie der Rehazielen durch den Gesprächsleiter. Die Zusammenfassung wird sowohl als Resümee des bisher Besprochenen als auch als Maßnahme der Verständnissicherung genutzt. Es schließt sich ein fakultativer Block mit Nachfragen aus dem Team an. Alle Gespräche enden mit einem kurzen Gesprächsabschluss und einer gegenseitigen Verabschiedung.

Gesprächsverhalten

Die Ergebnisse zum Gesprächsverhalten stammen aus den Gesprächsanalysen der Aufnahmegespräche sowie aus den durchgeführten Leitfadeninterviews.

Die **Gesprächsleiter** nehmen in den Aufnahmegesprächen eine offene und den Patienten zugewandte Haltung ein. Sie halten den Blickkontakt zu den Patienten und setzen verstärkt Gestik und Mimik ein. Zudem zeigen sie Interesse an den Erzählungen der Patienten über ihre Alltagsaktivitäten und Hobbys und folgen diesen empathisch.

Die Gesprächsleiter übernehmen die Aufgabe, die Gespräche durch Überleitungen von Themen und durch das Stellen offener Fragen zu strukturieren. Sie passen ihr Gesprächsverhalten an die sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten der Patienten an, indem sie beispielsweise Hilfestellungen bei Formulierungsproblemen anbieten oder zwischen offenen und geschlossenen Fragen wählen. Je nach Fähigkeiten der Patienten variiert somit auch der Redeanteil der Gesprächsleiter, der bei Patienten mit eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten deutlich höher ausfällt. Die Anzahl der offenen Fragen bewegte sich in den Aufnahmegesprächen zwischen 10 und 49 Fragen.

Die Gesprächsleiter regen die Patienten zum freien Erzählen an, indem sie die Patientenäußerungen aufmerksam verfolgen, ohne diese zu kommentieren. Hier konnten in der Analyse verschiedene Elemente des aktiven Zuhörens ermittelt werden: Es kamen unter anderem aufmerksamkeitsbezeugende und kommentierende Rückmeldesignale oder das Verbalisieren und Paraphrasieren der Patientenaussagen zum Einsatz.

Außerdem setzen alle Gesprächsleiter Maßnahmen zur Verständnissicherung ein. Auch hier konnte das Verbalisieren und Paraphrasieren von Patientenäußerungen beobachtet werden. Zum anderen werden Gesprächsinhalte wiederholt, um diese zu präzisieren. Als weitere Verständnissicherungsmaßnahme nutzen die Gesprächsleiter Zusammenfassungen der bisherigen Gesprächsinhalte (z.B. der aufgezählten Beeinträchtigungen oder der erarbeiteten Rehazielen), um diese nochmals mit dem Patienten abzugleichen.

Die **Analyse der Patientenäußerungen** ergab ein sehr variables verbales und nonverbales Verhalten, das in Zusammenhang mit den individuellen sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten der Patienten gesehen werden kann.

Zwei Patienten zeigen eine selbstbewusste, entspannte und freie Haltung und stören sich nicht an der Anzahl der anwesenden Personen ($n=6/n=7$). Drei Patienten hingegen sind durch die Situation zunächst deutlich irritiert und verunsichert; sie verhalten sich daher ruhig, zurückhaltend und abwartend. Ähnliche Verhaltensweisen wurden auch im verbalen Verhalten beobachtet. Dieses variiert zwischen freiem und selbstständigem Erzählen, wobei die Patienten insgesamt einen hohen Redeanteil innehaben, bis hin zu wenig selbständigem Erzählen, wobei diese Patienten eine hohe Anzahl an Antworten innehaben; sie scheinen mit Situation überfordert zu sein.

Es lassen sich jedoch auch Ähnlichkeiten im Verhalten feststellen. Die Patienten reagieren auf die inhaltlichen Zusammenfassungen der Gesprächsleiter mit aufmerksamkeitsbezeugenden und kommentierenden, zustimmenden Rückmeldesignalen; gegebenenfalls ergänzen oder korrigieren sie die Zusammenfassungen.

Die Patienten halten Blickkontakt zu den Gesprächsleitern und zu einzelnen Teammitgliedern. Außerdem setzen auch sie Gestik und Mimik ein (z.B. suchende Mimik bei Formulierungsschwierigkeiten).

Es lässt sich festhalten, dass alle Patienten frei und lebendig über Themen berichten, die ihnen persönlich wichtig sind und ihnen Freude bereiten. Dies gelingt auch den Patienten, die sprachlich und kognitiv stärker beeinträchtigt sind.

Die Angaben zum **Erleben der Aufnahmegespräche** wurden den Leitfadeninterviews entnommen.

Die **Patienten** berichten in den Interviews, das Aufnahmegespräch aufgrund der großen Personenzahl als ungewohnt und befremdlich erlebt zu haben. Dennoch geben sie an, dass sie die Gespräche als sehr positiv wahrgenommen hätten; sie fühlten sich im Gespräch gehört, beachtet, angenommen und wertgeschätzt. So gaben sie an, das Gefühl zu haben, als Person im Mittelpunkt des Interesses zu stehen.

*»Also man sieht nicht nur die einzelnen Wehwehchen, also das kaputte Knie oder die kaputte Hüfte, sondern man sieht den ganzen Menschen.«
(Interview Herr C)*

*»Ich habe mich positiv gefühlt da. Vor allem angenommen praktisch und und dass man auf MIR weitgehend, auf meine Probleme oder auf meine, sagen wir, weitgehend eingeht.«
(Interview Herr A)*

Ein Proband erwähnte, dass ihm die Zukunftsorientierung des Gesprächs aufgefallen sei. Dies sei er aus Gesprächen im medizinischen Kontext nicht gewohnt, in denen hauptsächlich die zurückliegende Krankengeschichte sowie die aktuellen Symptome im Fokus

stunden und weniger die zukünftigen Interventionen betrachtet würden.

Die **Gesprächsleiter** geben an, die Aufnahmegespräche ebenso positiv erlebt zu haben. Besonders schätzen sie den respektvollen Umgang miteinander. Sie erleben, dass die Patienten interessiert seien zu erzählen, »worauf sie stolz sind [und] was ihnen am Herzen liegt« (Interview Gesprächsleiter 1). Zudem erhielten sie positive Rückmeldungen von Patienten, die sich im Aufnahmeteam »als Menschen aufgenommen« fühlten.

Sie seien neugierig auf die interessanten und beeindruckenden Patientenerzählungen, die auch dazu führten, sich die Patienten besser einprägen zu können. Somit stünde im Aufnahmegespräch der Mensch und nicht seine Symptome im Mittelpunkt des Interesses: Der Patient werde als Experte für sich aufgenommen.

Auch die Gesprächsleiter erwähnen, dass die Aufnahmegespräche inhaltlich gegenwartsbezogen und zukunftsorientiert seien. Zudem biete das narrative Vorgehen im Gespräch Raum für die Erhebung der Kontextfaktoren.

In den Interviews geben die Gesprächsleiter an, dass die **narrative Gesprächstechnik** gelernt werden müsse. Zwei der Gesprächsleiter waren an der Implementierung der narrativen Aufnahmegespräche an der Asklepios Klinik Schauffling beteiligt und berichten, die Technik in diesem Rahmen erworben zu haben. Die dritte Gesprächsleiterin habe die Umsetzung der Gesprächstechniken durch das Eingebundensein in die Aufnahmegespräche, Zuhören und Imitieren erlernt.

Die Gesprächsleiter stellen fest, dass für das Erlernen und Umsetzen der narrativen Gesprächstechnik zunächst ein Wissen bezüglich der ICF vermittelt werden müsse; dies könne beispielsweise im Rahmen von internen Fortbildungen geschehen. Das Erlernen der narrativen Techniken für die Gesprächsmoderation könne am Modell und durch »learning by doing« erfolgen. Dabei sollten geeignete Fragen vermittelt werden; die Umsetzung der Gesprächsführung solle jedoch im Sinne der Authentizität individuell variiert werden. Für das Erlernen der Gesprächstechnik sei eine Reflexion im Team erforderlich.

Diskussion

Diskussion der Studie

Zunächst ist anzumerken, dass die Studie aufgrund des geringen Samples keine allgemeingültigen Schlüsse zulassen kann. Im Sinne des qualitativen Forschungsparadigmas galt es, eine bislang nicht näher beschriebene Methode der Zielvereinbarung darzustellen. Ein Vorteil der Studie liegt darin, dass sie im realen Kontext durchgeführt wurde. Durch die Anwesenheit der Untersucherinnen und die audiovisuellen Aufnahmen wurde die natürliche Situation unweigerlich verändert. In den Interviews mit den Patienten kann der Aspekt der sozialen Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden, da

einige Patienten die Forscherinnen als Teil des Reha-teams wahrzunehmen schienen. Dies könnte negative Meinungsäußerungen in Hinblick auf die Aufnahmegespräche verhindert haben.

Positiv zu bewerten ist, dass die Untersuchung die Patientenperspektive einschließt. Für eine umfassendere Erfassung der subjektiven Perspektiven der Probanden hätte diesen im Rahmen der Interviews die Möglichkeit gegeben werden müssen, über die Fragen der Untersucherinnen hinaus eigene Ergänzungen anzubringen.

Ergebnisdiskussion

In der Untersuchung wurde davon ausgegangen, dass die Patienten in den Aufnahmegesprächen dazu angeregt werden, vorwiegend über ihre Person und ihre Lebensgeschichte zu erzählen; dies konnte nicht bestätigt werden. Aufgrund der Vorgabe der Gesprächsstruktur und der teils hohen Anzahl an Fragen gestaltete sich der Dialog im Aufnahmeteam letztlich weniger offen als von den Untersucherinnen erwartet. Die Fragen bezogen sich auf die Rehabilitationsziele, das gesundheitliche Befinden, auf konkrete Körperfunktionen und Aktivitäten. Im Sinne einer Teilhabeorientierung wurde jedoch eine stärkere Fokussierung auf die individuellen Aktivitäten und Partizipation erwartet. Informationen zur Person fanden sich vorwiegend zum Ende des Gesprächs, wenn die Patienten über Themen wie Hobbys berichteten. Ebenso vermuteten die Autorinnen, dass ein stärkerer Bezug zwischen den funktionalen Beeinträchtigungen und der Lebenswelt der Patienten hergestellt wird.

Überraschenderweise fanden sich in den Aufnahmegesprächen keine Fragen zu den Kontextfaktoren wieder. Informationen zum Kontext der Patienten scheinen primär in der ärztlichen und pflegerischen Anamnese erhoben zu werden. Wenn die Patienten kontextbezogene Inhalte äußerten, wurden diese von den Gesprächsleitern zwar aufgegriffen, deren Bedeutung jedoch nicht näher mit dem Patienten erörtert.

Wie zuvor angenommen, setzten die Gesprächsleiter klientenzentrierte Gesprächsführungstechniken ein; es wurden Elemente des aktiven Zuhörens sowie Paraphrasierungen und Verbalisierungen beobachtet. Dies entspricht auch dem Gesprächsverhalten, das unter anderem im Manual zur ärztlichen Gesprächsführung von Köhle [16] postuliert wird.

Die Untersuchung zeigte, dass nur einer der fünf Patienten sein Teilhabeziel ohne Unterstützung benennen konnte. Dieses lautete: »Das Hauptziel ist einfach die *Erhaltung der Selbständigkeit*. ... Das ist mir schon wichtig, so *mein* Leben leben zu können und möglichst wenig auf fremde Hilfe angewiesen zu sein« (Aufnahmegespräch Herr C). Die anderen Patienten nannten allgemeine Ziele, wie die Verbesserung der Gesundheit im Allgemeinen oder die Verbesserung der Beweglichkeit. Es stellt sich die Frage, ob die Struktur des Zielsetzungsprozesses bei einer intensiveren Vorbereitung der Patienten auf dieses Gespräch eine klare Zielsetzung auf Seiten der Patienten

begünstigen würde. Im Allgemeinen kann angenommen werden, dass Schwierigkeiten bei der Zieldefinition unter anderem durch die Gewöhnung an ein paternalistisches Beziehungsmuster bedingt sind. Des Weiteren können sprachliche Beeinträchtigungen oder Prozesse der Krankheitsbewältigung die gemeinsame Zielfestlegung mit dem Patienten erschweren [2, 19].

In den Interviews gaben die Gesprächsleiter an, die Erzählungen der Patienten als beeindruckend, interessant und einprägsam zu erleben. Besonders lebendig waren die Erzählungen zu Themen, die den Patienten am Herzen lagen. Dies erinnert an Aussagen von Greenhalgh und Hurwitz [11] sowie Engel [6], wonach der Hörer in der Narration am Erleben des Erzählers partizipiere. In Anlehnung an Lucius-Höhne [18] kann angenommen werden, dass durch die Emotionalität der Patientenerzählung und das Miterleben bei den Gesprächsleitern Empathie für die Person des Patienten ausgelöst wird. In Hinblick auf die in der Einleitung benannten Arten von Narrativen lässt sich festhalten, dass die in den Aufnahmeteams auftretenden Erzählungen zur Geschichte des Patienten gehören. Das Gespräch sowie die daraus resultierenden Ziele können als Beginn der gemeinsamen Geschichte von Patient und Therapeut beziehungsweise Team betrachtet werden [18].

Die durchgeführte Studie gibt Hinweise darauf, dass ein narrativ orientierter Zielsetzungsprozess den Einbezug der Teilhabe des Patienten in die Rehabilitation positiv beeinflusst. Inwieweit ein solcher Zielsetzungsprozess jedoch konkrete Vorteile für den Patienten bringt und in welchem Maße er zur Verbesserung der Rehabilitationsergebnisse beiträgt, muss in weiterführenden Untersuchungen ermittelt werden.

Empfehlungen zur Umsetzung narrativer Zielvereinbarungsgespräche

Die Narration bietet die Chance, direkt von den Patienten Informationen über ihre Aktivitäten und Partizipation sowie ihren Kontext zu erhalten und im Sinne des biopsychosozialen Modells der ICF gemeinsame Ziele zu formulieren.

Basierend auf den Studienergebnissen werden nachfolgend **Empfehlungen** für die Umsetzung narrativer Zielvereinbarungsgespräche in der Praxis ausgesprochen; eine Übersicht findet sich in Tabelle 2.

Wichtig bei der Umsetzung narrativer Zielvereinbarungsgespräche ist, dass das **Ziel des Gesprächs explizit** benannt wird. Dem Patienten muss bewusst gemacht werden, dass es um eine gemeinsame Zielvereinbarung geht. Hier kann beispielsweise folgender Gesprächsimpuls genutzt werden: »Wir sitzen hier zusammen, um über Ihre Ziele für die Rehabilitation zu sprechen. Es geht uns also zunächst nicht darum zu erfahren, welche Beschwerden Sie haben, sondern wir möchten etwas über Sie als Person wissen. Am Anfang steht für uns die Frage, was Sie in ihrem Alltag machen und was Ihnen besonders wichtig ist.« Diese Art des Gesprächsein-

Fortbildung des Rehateams	Das Team muss das biopsychosoziale Modell der ICF mit den Komponenten Teilhabe, Aktivität und den Kontextfaktoren und deren Wechselwirkungen kennen und verinnerlicht haben.
Setting	Durchführung des Gesprächs in einem ruhigen, abgeschlossenen Raum. Die Gesprächsteilnehmer sitzen um einen Tisch, dabei sitzt der Gesprächsleiter mit dem Patienten über Eck.
Innere Haltung des Rehateams	Der Patient wird als Experte für seine eigene Person und gleichberechtigter Kommunikationspartner betrachtet.
Rolle des Gesprächsleiters	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprächsrahmen vorgegeben (s.a. Abb. 2) • Gesprächsimpuls geben, die Zielsetzung des Gesprächs deutlich machen • Spezifizierung durch Nachfragen hinsichtlich Hobbys und Interessen sowie nach familiärem und beruflichem Kontext • Formulierungen an den Patienten anpassen; insbesondere bei Patienten mit kognitiven oder sprachlichen Beeinträchtigungen • Hilfestellungen bei Schwierigkeiten des Patienten, sich eigenständig zu äußern, auch bei Wiederholungen und Abschweifen vom Thema • Erzählung des Patienten aufmerksam mit aktivem Zuhören verfolgen • Bei Unklarheiten Verständnis sichern, indem Aussagen des Patienten unter dem Einsatz fragender Intonation und Mimik wiederholt werden • Informationen zu bedeutsamen Lebensbereichen zusammenfassen, um korrektes Verständnis zu sichern • Fragen zu Beeinträchtigungen der Körperfunktionen nur im Kontext der individuellen Teilhabe • Ableitung und Vereinbarung gemeinschaftlicher Aktivitäts- und Teilhabeziele mit dem Patienten

Tab. 2: Empfehlungen zur Umsetzung narrativer Zielvereinbarungsgespräche

stiegs macht deutlich, dass es im Gespräch selbst nicht darum geht, formalistisch ICF-Codes abzufragen, wie es beispielsweise bei den Therapieziellisten üblich ist [24]. Es stehen die Narrative und die sich daraus ableitenden individuellen Rehabilitationsziele des Patienten im Mittelpunkt des Interesses. Der Gesprächsimpuls kann im Verlauf durch Fragen nach Interessen und Hobbys des Patienten oder nach seinem familiären und beruflichen Kontext spezifiziert werden.

Nachdem das Behandlungsteam vom Patienten **Informationen zu seinen bedeutsamen Lebensbereichen** erhalten hat, sollte der Gesprächsleiter diese **zusammenfassen**, um sich beim Patienten bezüglich des korrekten Verständnisses rückzuversichern.

Erst im Anschluss daran sollten **Fragen zu konkreten Beeinträchtigungen** gestellt werden. Es ist dabei von Interesse, welche beeinträchtigten Körperfunktionen den Patienten daran hindern, an seinen bedeutsamen Lebensbereichen zu partizipieren.

Darauf folgend sollten der Patient und das Team **gemeinschaftlich Aktivitäts- und Teilhabeziele** vereinbaren. Dabei kann der Gesprächsleiter, sofern der Patient selbst kein konkretes Ziel benennen kann, dieses aus den Patientenerzählungen ableiten. Die Ziele sollten explizit benannt werden, damit der Patient gegebenenfalls Korrekturen anbringen kann. Das Teilhabeziel stellt das übergeordnete Ziel für die Therapie dar; hieraus werden entsprechende Aktivitäts- und Funktionsziele abgeleitet. Dies entspricht dem »**top down**«-Prinzip [7] und gewährleistet, dass sich die Behandlung funktionaler Einschränkungen am übergeordneten Teilhabeziel ausrichtet.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sich das narrative Zielvereinbarungsgespräch in **unterschiedlichen Settings** anwenden lässt. Zum einen kann es in einem interdisziplinären Team, wie in der Untersuchung dargestellt, umgesetzt werden; zum anderen kann es aber auch in der ambulanten Praxis von einem Therapeuten genutzt werden. Es ist anzunehmen, dass die Vereinbarung von Teilhabe- und Aktivitätszielen im ambulanten Setting noch besser realisierbar ist. Einerseits besteht hier, zum Beispiel durch die Möglichkeit von Hausbesuchen, der direkte Bezug zum Alltag und Umfeld des Patienten; zum anderen können die Angehörigen einfacher einbezogen werden.

Um ein narratives Zielvereinbarungsgespräch vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells durchführen zu können, bedarf es der **Verinnerlichung des Teilhabegedankens** sowie eines grundlegenden **Wissens über Funktionen und Anwendung der Narration**.

Ebenso muss der Behandelnde, vor dem Hintergrund des Teilhabegedankens, seine Einstellung zur Rehabilitation überdenken; das Ziel einer teilhabeorientierten Rehabilitation ist weniger eine Art »Reparaturrehabilitation«, wie oftmals gewöhnt und erwünscht, sondern vielmehr eine Rehabilitation, die in gemeinsam geteilte Erzählungen von Patient und Therapeut eingebettet ist.

Die dargestellten **Gesprächsführungstechniken** müssen erlernt werden. Es wird angenommen, dass basale Gesprächsführungskompetenzen in den therapeutischen Ausbildungen erworben werden. Es bedarf eines Ausbaus dieser Fähigkeiten in Form von **Training und Reflexion** unter Anleitung eines in der narrativen Gesprächsführung erfahrenen Supervisors.

Vor- und Nachteile narrativer Zielvereinbarungsgespräche

Zunächst kann davon ausgegangen werden, dass Therapeuten im Rahmen der Anamnese einen interrogativen Interviewstil gewöhnt sind, der einem fest strukturierten Ablauf folgt. Nachteilig für die narrative Gesprächsführung kann daher angesehen werden, dass diese deutlich mehr Flexibilität erfordert und somit komplexer in der Durchführung erscheint. Zudem erfordert die narrative Gesprächsführung die Bereitschaft des Therapeuten, sich auf emotionale und möglicherweise belastende Gesprächsinhalte einzulassen und diese aufzufangen.

Mit der Betrachtung des Patienten vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells geht einher, dass der Therapeut von paternalistischen Strukturen in der Therapeut-Patient-Beziehung absehen und den Patienten als gleichberechtigten Partner ansehen muss. Patienten erlangen in diesem Zusammenhang mehr Verantwortung für ihre Therapie als bisher gewohnt.

Es ist zu erwarten, dass sowohl das Erlernen als auch die Implementierung einer narrativen Zielvereinbarung zeitliche und finanzielle Ressourcen in Anspruch nimmt. Im Setting Klinik kann der zusätzliche zeitliche Aufwand

aufgrund der Beteiligung des gesamten Teams am Zielvereinbarungsgespräch dadurch aufgewogen werden, dass der Patient seine Geschichte lediglich ein Mal erzählt und gemeinsam das übergeordnete Rehabilitationsziel festgelegt wird. So kann dies im Rahmen der disziplinären Behandlung entfallen. Die Umsetzung der Zielvereinbarung im Reheteam hat zudem den Vorteil, dass sowohl der interdisziplinäre Austausch als auch die Verständigung erleichtert und gefördert werden.

Das explizite Ableiten der Aktivitäts- und Funktionsziele vom individuellen Teilhabeziel ist von Vorteil, da die Patienten einen Zusammenhang zwischen den in der Therapie trainierten Funktionen und Aktivitäten und ihrem Teilhabeziel sehen. Hierdurch kann die Motivation der Patienten und somit auch die Effektivität der Therapie gesteigert werden. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass durch eine individuellere Behandlung die Qualität und somit auch die Patientenzufriedenheit gesteigert wird.

Das »top down«-Vorgehen bietet zusätzlich den Vorteil der Transparenz gegenüber dem verordnenden Arzt beziehungsweise dem Kostenträger. Es wird gewährleistet, dass die Rehabilitation der Forderung des Gesetzgebers gerecht wird, die Teilhabe in den Fokus der Therapie zu setzen (vgl. § 1 SGB IX). Der Zusammenhang, weshalb bestimmte Funktionen in der Therapie behandelt werden, wird somit im Hinblick auf die Teilhabe des Patienten deutlich.

Abschließend kann festgehalten werden, dass narrative Zielvereinbarungsgespräche eine Möglichkeit darstellen, den biopsychosozialen Gedanken im therapeutischen Alltag praktisch umzusetzen.

Literatur

1. Beushausen U, Grötzbach H. Evidenzbasierte Sprachtherapie. Grundlagen und Praxis. München: Elsevier 2011.
2. Bouwens SFM, van Heugten CM, Verhey FRJ. The practical use of goal attainment scaling for people with acquired brain injury who receive cognitive rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 2009; 23: 310-320.
3. Deppermann A. Gespräche analysieren. Eine Einführung. 4. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2008.
4. DIMDI. ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, 2005. Über <http://www.dimdi.de> abrufbar.
5. Dresing T, Pehl T. Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen. 2. Aufl. Marburg 2011, Version über www.audiotranskription.de abrufbar
6. Engel GL. From Biomedical to Biopsychosozial. Being Scientific in the Human Domain. *Psychosomatics* 1997; 38: 521-528.
7. Frommelt P, Grötzbach H. Einführung der ICF in die Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 2005; 4: 171-178.
8. Frommelt P, Grötzbach H: Zielsetzung in der Schlaganfallrehabilitation. In: Dettmers C, Bülow P, Weiller C (eds): Schlaganfall Rehabilitation. Bad Honnef: Hippocampus Verlag 2007, 121-133.
9. Frommelt P, Grötzbach H. Das Narrative in der Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 2008; 14: 3-11.
10. Frommelt P, Grötzbach H. Kontextsensitive Neurorehabilitation: Einführung in die klinische Neurorehabilitation. In: Frommelt P, Lösslein H (ed): NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams. Berlin u.a.: Springer 2010, 4-21.
11. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag. Bern u.a.: Huber 2005.
12. Grötzbach H, Iven C. Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In: Grötzbach H, Iven C (eds). ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis. Idstein: Schulz-Kirchner 2009, 23-37.
13. Hurn J, Kneebone I, Cropley M. Goal setting as an outcome measure: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 2006; 20: 756-772.
14. Klosterhuis H. Reha-Therapiestandards und Qualitätssicherung der Rehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 2011; 3: 152-156.
15. Koerfer A, Köhle K, Obliers R, Sonntag B, Thomas W, Albus C. Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung. In: Gesprächsforschung – Online- Zeitschrift zur verbalen Interaktion 2008; 9: 34-78. Version über www.gespraechsforschung-ozs.de abrufbar.
16. Köhle K. Manual zur ärztlichen Gesprächsführung und Mitteilung schwerwiegender Diagnosen. 5. Aufl. Köln: Eigenverlag 2010.
17. Körner M. Ein Modell der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 2009; 48: 160-165.
18. Lucius-Hoene G. Krankheitserzählungen und die narrative Medizin. *Die Rehabilitation* 2008; 47: 90-97.
19. Lucius-Hoene G, Nerb N. Hirnschädigung, Identität und Biographie. In: Frommelt P, Lösslein H (eds). NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams. Heidelberg u.a.: Springer Verlag 2010, 93-106.
20. Mattingly C. Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience. Cambridge: Cambridge University Press 2001.
21. Mayer HO. Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung. 3. überarb. Aufl., München u.a.: Oldenbourg Verlag 2006.
22. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. aktualisierte und überarb. Aufl. Weinheim u.a.: Beltz Verlag 2010.
23. Mittag O, Grande G. PatientInnenorientierung in der Rehabilitation – Die Genderperspektive. *Die Rehabilitation* 2008; 47: 98-108.
24. Netz J. Konstruktion und Praxiserprobung einer ICF-orientierten Therapiezielliste und Outcome-Messung in der ambulanten Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 2005; 11: 227-235.
25. Pössl J, Schellhorn A, Ziegler W, Goldenberg G: Die Erstellung individueller Therapieziele als qualitätssichernde Maßnahme in der Rehabilitation hirngeschädigter Patienten. *Neurologie & Rehabilitation* 2003; 9: 62-70.
26. Selting M, Auer P, Barth-Weingarten D, Bergmann J, Bergmann P, Birkner K, Couper-Kuhlen E, Deppermann A, Gilles P, Günthner S, Hartung M, Kern F, Mertzluft C, Meyer C, Morek M, Oberzaucher F, Peters J, Quasthoff U, Schütte W, Stukenbrock A, Uhmann S. Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 2009; 10: 353-402, Version über www.gespraechsforschung-ozs.de abrufbar.
27. Wade DT. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. In: *Clinical Rehabilitation* 2009; 23: 291-295.
28. WHO. ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO Library 2001. Deutsche Version über www.dimdi.de abrufbar.
29. WHO. ICF Checklist, Version 2.1a, Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO Library 2003. Version über <http://www.who.int> abrufbar.

Interessenkonflikt:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadressen:

Pia Annika Kirk (vormals Dallmeier)
Logopädin, M.Sc. SLT/Logopedics
pia.kirk@gmx.de

Christina Hennig (vormals Thies)
Logopädin, M.Sc. SLT/Logopedics
tina.thies@googlemail.com