

Zielgespräche bei chronischer Aphasie auf der Grundlage eines Angehörigenfragebogens zum Kommunikationsverhalten

G. Pfeiffer, E. Schillikowski

Zusammenfassung

Zielgespräche sind wichtig in der Rehabilitation und sie sollen partizipativ geführt werden. Das ist bei chronischer Aphasie besonders schwer. Wir nutzen zur Vorbereitung einen Kommunikationsfragebogen, aus dem der Angehörige nach Möglichkeit gemeinsam mit dem Betroffenen fünf Items auswählt, bei denen Fortschritte besonders wünschenswert sind. Sie sind Grundlage eines fokussierten Interviews zur Zielfindung. Wir berichten über 22 Zielgespräche und die gegenstandsbasierte Theoriebildung (grounded theory) zu ihrer qualitativen Analyse. Ab dem achten Zielgespräch wurden für jedes Wunschitem konkrete Beispiele für problematische Kommunikationssituationen erbeten und eine Zielperspektive erarbeitet. Nach dem elften Interview konnte zu einer theoretischen Kodierung der Gesprächsergebnisse übergegangen werden, die retrospektiv auch auf die vorangegangenen Interviews anwendbar war. Das Gesprächsergebnis wurde als »zielführend« kategorisiert (»z«: 30 Items), als bereits eingetretener und für den Betroffenen akzeptabler »Erfolg« (»e«: 11 Items), als vom Betroffenen »abgelehnt« (»a«: 5 Items) oder als »Wunschdenken« (»w«), wenn der Angehörige trotz beachtlichem Erfolg unrealistische oder fehlberatene Verbesserungswünsche hatte (18 Items). Illustrierte das Beispiel ein aphasiunabhängiges interaktives Problem, wurde mit »i« für »interaktiv« kodiert (6 Items). Am häufigsten wurde das Item »Gruppengespräche« gewählt (11 Nennungen), gefolgt von »Erlebnisse berichten« und »Notizen schreiben« (je 8 Nennungen). Dank der thematischen Vorbereitung durch den Fragebogen und der klaren Struktur des Zielgesprächs konnten sich die Betroffenen aktiv einbringen. Die gegenstandsbasiert entwickelte Theorie half, die Zielgespräche zu vertiefen und gemeinsam akzeptierte Gesprächsergebnisse zu formulieren.

Schlüsselwörter: Rehabilitationsziele, Aphasie, gegenstandsbasierte Theorie, fokussiertes Interview

*m&i Fachklinik Bad Liebenstein,
Abteilung weiterführende
Neurorehabilitation*

Einleitung

Präzise, alltags- und teilhaberelevante Ziele sind Motor der Rehabilitation [12] und besonders wichtig bei chronischer Aphasie. Im subakuten Stadium bilden sich Aphasien häufig zügig zurück. Dann sind Ziele schnell überholt und verzichtbar, denn die Fortschritte sind auch so greifbar und motivierend. Später sind selbst bescheidene Ziele mühsam zu erreichen und Fortschritte ohne präzise Zielformulierung kaum zu erkennen. Die Zielpräzisierung ist bei Aphasie besonders schwierig. Breit ist das Spektrum möglicher Ziele [13]. Behandlungsschwerpunkte müssen gefunden werden, bei denen Aussicht auf praktisch nützliche Erfolge besteht. Das darf nicht über die Köpfe der Betroffenen hinweg geschehen, sondern muss partizipativ erfolgen [4]. Auch Sprachgesunden fällt es schwer, Kommunikation sprachlich zu reflektieren. Die partizipative Zielfindung

muss also bei einem begrifflich schwierigen Thema aphasische Kommunikationsbarrieren überwinden.

Für diese Aufgabe wurde eine »top-down«-Strategie [3] vorgeschlagen, die vom grundsätzlichen Teilhabeziel ausgeht, etwa der beruflichen Wiedereingliederung oder der selbstständigen Lebensführung [7]. Über diese Themen kann leichter gesprochen werden als über kommunikative Probleme. Aus dem Partizipationsziel (»top«) folgen spezielle kommunikative Anforderungen: die Aktivitätsebene der ICF ist erreicht. Aus den angestrebten Aktivitäten ergeben sich die Therapieschwerpunkte (»down«). Dieser »top-down«-Strategie steht der klassische störungsspezifische Sprachtherapieansatz gegenüber, der »bottom-up« mit Diagnose der Funktionsstörungen beginnt. Das lässt den Betroffenen kaum Mitgestaltungsmöglichkeiten. Es besteht die Gefahr, »paternalistisch«, über ihre Köpfe hinweg, Ziele zu formulieren [4]. Bei der Teilhabe sind Angehöriger und

Participative goal setting for rehabilitation of chronic aphasia based on a questionnaire for cooperative communication

G. Pfeiffer, E. Schillikowski

Abstract

To talk about aphasic communication is difficult for lay and professional people, but mandatory if therapy goals are to be negotiated collaboratively between client, family, and therapist. As preparation for this task we asked the principal communication partner of 22 clients with chronic aphasia to select five out of 28 items from a questionnaire for cooperative aphasic communication (COAC), for which improvements would be most desirable. Informal discussion of curious votes turned into a focussed interview after seven patients. For every selected item we asked for a recent example of failed communication and for the reason why it was selected as important, followed by a discussion of possible rehabilitation goals. A theory developed, grounded on protocols of the first eleven interviews. Examples of success were recollected in about one third of the selected items. If the achieved accomplishments satisfied client and partner, the result was classified as »success« (11 items), often a motivating experience. A more difficult situation arose if only the client was satisfied but not the partner, who still nourished unrealistic hopes to regain pre-stroke normality. This situation was coded »wishful thinking« (18 items). If the client also wanted further improvements, the situation was classified as »goal-relevant«. Examples of failures were also »goal relevant«, except if the client declined further improvements, a situation classified as »rejected« (5 items). For six items the problem arose from unsatisfactory interaction patterns rather than from aphasia (category: »interactive problem«). Group conversation was the most frequently selected item (11 votes), followed by recounting an event (8 votes) and writing notes (8 votes). The COAC questionnaire was useful for collaborative goal setting in chronic aphasia. The selection of relevant items out of the COAC may serve as a focus for qualitative interviews. Focus and preparation enabled patients to participate actively.

Keywords: aphasia, goal setting, focused interview, grounded theory, focussed interview

Neurol Rehabil 2015; 21 (2): 77–85
© Hippocampus Verlag 2015

Patient anders als auf der Funktionsebene die Experten. Sie können mitreden. Die Zielfindung wird partizipativ. Aus dem Teilhabeziel werden gemeinsam Ziele entwickelt, die »SMART« (SMART: specific = genau, measurable = messbar, achievable = erreichbar, relevant für den Betroffenen, timed = zeitlich definiert) und individuell sein müssen. Dabei können Vorschlagslisten helfen [7].

Hier wird ein Zielfindungsweg beschrieben, der bei den Aktivitäten ansetzt, in der Logik der ICF also weder »top« noch »down«, sondern zwischen »oben« (Teilhabe; Partizipation) und »unten« (Funktion). Menschen mit chronischen Aphasien haben sich mit der erreichten Teilhabe oft schon abfinden müssen. Dann können neue Partizipationsziele unrealistisch und demotivierend sein. Leider ist der ICF-Katalog bei den kommunikativen Aktivitäten wenig ergiebig. Er beschränkt sich auf das Verstehen (d310-d329) und Mitteilen (d330-d349), und auf das Unterhalten mit einer (d3502) oder mehreren Personen (d3503). Dabei wird jeweils zwischen Sender und Empfänger getrennt. Das passt schlecht zur aphasischen Kommunikation, die noch mehr als sonst ein Zusammenspiel von »Empfänger« und »Sender« erfordert, wobei Sende- und Empfängerrollen ständig wechseln. Unser Einstieg in ein Gespräch über kommunikative Aktivitäten ist ein Angehörigenfragebogen zum Kommunikationsverhalten [1], der die notwendige Unterstützung bei verschiedenen Kommunikationsaufgaben ins Zentrum der Leistungsgraduierung stellt (Abb. 1). Der Fragebogen ist unter dem Akronym »PKF« erhältlich (<http://www.aphasie.org/pdfs--de/3-fachpersonen/3.3-frageboegen/fragebogen-5.pdf>). Für die englische Übersetzung gibt es für den Fragebogen das Akronym: COAC für »collaborative aphasic communication questionnaire« [10], das sich auch ins Deutsche übertragen lässt (KOAK: Koooperative aphasische Kommunikation). Zwanzig Items des KOAK beziehen sich auf typische Kommunikationsaufgaben im persönlichen und familiären Alltag und präzisieren so die ICF-Kategorie »Unterhalten« (d3502). Acht weitere Items beziehen sich auf Lesen und Schreiben.

Die Summenscores des KOAK sollten ursprünglich teilhaberelevante Therapiefortschritte bei chronischer Aphasie messen [1]. Im praktischen Einsatz erwiesen sich die Antworten zu den einzelnen Items als mindestens ebenso interessant. Sie regten Gespräche über konkrete Kommunikationsprobleme an. So entstand die Idee, Angehörige und Betroffene votieren zu lassen, bei welchen Items Fortschritte für sie besonders wichtig wären. Diese Auswahl führte in ein fokussiertes Inter-

Abb. 1: Ein Beispiel für die Antwortgraduierung des KOAK

| 5. Nimmt Ihr Angehöriger an Gesprächen mit mehreren Gesprächspartnern teil? | |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - kann es mühelos, so gut wie vor dem Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> | - kann es mit leichten Schwierigkeiten: Ihr Angehöriger kann sich in Gespräche einbringen und an diesen als aktiver Gesprächspartner teilnehmen. Die sprachlichen Möglichkeiten entsprechen dabei nicht dem Leistungsvermögen vor dem Schlaganfall. Die Sätze sind z.B. manchmal abgehackt und in die Wörter schleichen sich Fehler ein. |
| <input type="checkbox"/> | - kann es mit erheblichen Schwierigkeiten: Ihr Angehöriger versucht, sich am Gespräch zu beteiligen. Sie müssen nachhelfen. |
| <input type="checkbox"/> | - kann es mit massiven Schwierigkeiten: Spontan kann Ihr Angehöriger sich nicht in ein Gespräch mit mehreren Personen einbringen. Manchmal gelingt es Ihnen gemeinsam, eine Stellungnahme zu konstruieren. |
| <input type="checkbox"/> | - macht es nicht |

Für die Kategorie »müheles« wird der niedrigste Score (1) vergeben: Es besteht kein aphasisch bedingter Unterstützungsbedarf. Bei »leichten« Schwierigkeiten (Score: 2) reicht eine tolerante und hilfsbereite Zuhörerschaft aus, um aphasisch bedingte kommunikative Klippen zu umschiffen. Bei »erheblichen« Schwierigkeiten (Score 3) ist ein erfahrener Unterstützer für das Gelingen nötig. Der Übergang von »leicht« zu »erheblich« ist die Grenze zwischen einer inner- oder auch außerfamiliären kommunikativen Kompetenz und damit besonders teilhaberelevant. Bei »massiven« scheidet auch der erfahrene Helfer häufig bei der Unterstützung.

view: Wir fragten nach kürzlich erlebten Beispielen für ein Scheitern in den ausgewählten Kommunikationssituationen und nach den Gründen für die Auswahl. Dann wurde analysiert, ob sich aus dem Wunsch-Item ein Therapieziel entwickeln lässt. Wir berichten über unsere Erfahrungen mit diesem Vorgehen.

Methoden

Mit Einladung zur Rehabilitation wird der Fragebogen versendet. Dabei wird das Einverständnis für die einzelnen Verfahrensschritte eingeholt. Design und Aufklärungsbögen lagen der Ethikkommission der Landesärztekammer Thüringen vor. Nach Anpassung der Aufklärungsformulare hinsichtlich des Datenschutzes hatte diese keine Einwände. Der Angehörige bearbeitet den Fragebogen und wählt bis zu fünf Items aus, bei denen Fortschritte besonders wünschenswert sind. Ein Vorgespräch mit dem Betroffenen vermittelt einen Eindruck seiner kommunikativen Möglichkeiten. Bei stark gestörtem Sprachverständnis drohen kritische Missverständnisse. Dann empfehlen wir ein Gespräch allein mit dem Angehörigen. Wenn der Betroffene den Fragebogen ebenfalls bearbeiten kann, wird bei dem gemeinsamen Gespräch ein Abgleich der ausgewählten Wunsch-Items angestrebt. Zu Beginn des Zielgespräches wird erfragt, wie gut der Angehörige mit dem Fragebogen und der Auswahl zurechtgekommen war. Dann erbitten wir für jedes Wunsch-Item ein Beispiel des Scheiterns aus der letzten Zeit und wir fragen nach Gründen der Auswahl. Danach wird gemeinsam überlegt, ob sich aus dem Wunsch-Item Therapieziele ergeben. Protokolliert wurde anfangs unmittelbar nach dem Gespräch und später gesprächsbegleitend per Diktat. An je einem Fall mit leichter, mittelschwerer und schwerer Aphasie wurde eine inhaltlich orientierte Kodierung der Gesprächsergebnisse entwickelt (Anhang). Aus dieser ersten materialgeleiteten Klassifikation entwickelte sich im Sinne einer gegenstandsbegründeten Theorie [9] (»grounded theory«) schrittweise eine theoretisch orientierte Klassifikationslogik (Abb. 2).

Von September 2012 bis Juli 2013 wurden für 15 konsekutiv zu Sprachheilverfahren aufgenommene Patienten Zielgespräche protokolliert (Tabelle 1). Die Schwere der Aphasie wurde mit dem Aphasie Schnelltest erfasst (AST; [6]). Die Gespräche wurden in neun Fällen gemeinsam mit Betroffenen und Hauptkommunikationspartner geführt. Nur ein Betroffener beschränkte sich auf die Zuhörerrolle. Drei Gespräche fanden allein mit dem Betroffenen statt, da der Hauptkommunikationspartner nicht kommen konnte. Diese drei Patienten hatten geringen kommunikativen Unterstützungsbedarf (KOAK-Summscores 38 bis 64). Die drei am stärksten Betroffenen nahmen am Zielgespräch nicht teil. Für die Analyse der Wunsch-Items wurden auch sieben Befragungen aus der Pilotphase verwendet, bei denen die Zielgespräche noch nicht systematisch dokumentiert worden waren.

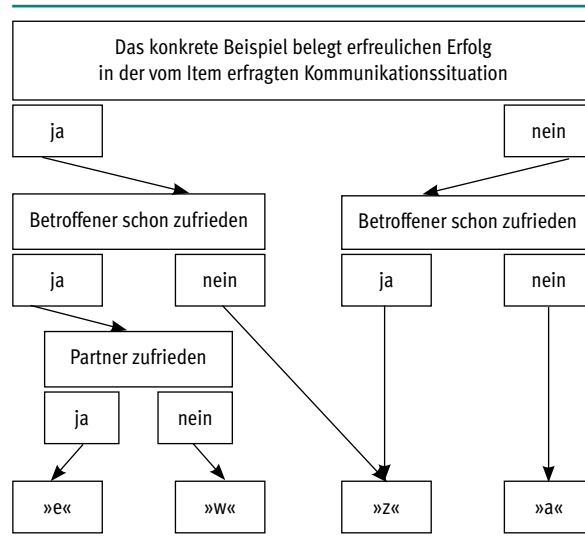


Abb. 2: Klassifikation der Voten des Kommunikationspartners

Ergebnisse

Nur drei Angehörige fühlten sich von der Itemauswahl überfordert. Einer Kommunikationspartnerin erschloss sich der Sinn der Item-Auswahl nicht. Ihr genügte die Erwartung einer globalen »Besserung der Sprache«. Der Ehemann der Betroffenen S9 (Anhang) bezeichnete die Item-Auswahl als »recht schwierig«. Auch die Ehefrau des Betroffenen S21 ging es so, möglicherweise aus einer allgemeinen Unzufriedenheit heraus. Ein Vergleich der AST und KOAK-Summscores in Tabelle 1 zeigt, dass sie den kommunikativen Hilfsbedarf angesichts der recht guten sprachlichen Leistungsfähigkeit ihres Mannes im AST diskrepant hoch eingeschätzt hatte. Sonst waren hohe AST-Scores mit niedrigen KOAK-Summscores assoziiert (Tab. 1). Der Betroffene S21 konnte sich im Zielgespräch sehr aktiv einbringen und den Fragebogen auch selbst bearbeiten. Dabei zeigten sich unerwartete nicht-aphasische kognitive Probleme. So hatte er das Item »Telefonieren« ausgewählt, weil er beim Einwählen ins Kliniknetz gescheitert war. Beim Telefonieren selbst war er aber erfolgreich. Dieses Missverständnis war im Gespräch peinlich. Wir thematisieren die Auswahl des Betroffenen im gemeinsamen Gespräch seitdem zurückhaltender. Die Betroffenen waren kommunikativ eher angeregt als überfordert. Mit einer Ausnahme intervenierten alle Betroffenen aktiv (Tab. 1).

Dreimal mussten mit Zustimmung der Angehörigen Wunsch-Items umgedeutet werden, weil das angeführte Beispiel zu einem anderen Item besser gepasst hätte. Dies betraf zweimal das Item 1 (»Verständnisprobleme anzeigen«): Bei dem Betroffenen S10 waren eigentlich Misserfolge beim Mitteilen von Erlebnissen (Item 2) gemeint und die Ehefrau des Betroffenen S21 meinte mit ihrem Votum eigentlich, dass sie seit der Aphasie kaum

| Betr.: | Alter | aph | m/w | Schule | KOAK | PR AST | PR rez | PR expr | Interview | z | a | i | e | w |
|--------|-------|-----|-----|--------|------|--------|--------|---------|-----------|---|---|---|---|----|
| H12 | 61 | 5,9 | W | G | 38 | 100 | 100 | 100 | p | | | 4 | | |
| S23 | 56 | 4,8 | M | | 57 | 82 | 68 | 91 | ba | 3 | | | 1 | |
| S6 | 44 | 3,8 | M | | 58 | 64 | 62 | 67 | p | 3 | 1 | | | 1 |
| S12 | 37 | 1,9 | W | G | 61 | 99 | 97 | 96 | ba | 2 | | | 3 | |
| S5 | 56 | 7,8 | W | | 64 | 70 | 83 | 60 | p | 2 | | | | 3 |
| H13 | 78 | 3,4 | M | G | 64 | 78 | 97 | 54 | ba | 2 | 1 | 2 | | |
| S10 | 69 | 0,7 | M | G | 71 | 92 | 97 | 78 | ba | 5 | | | | |
| S11 | 64 | 1,3 | M | G | 74 | 51 | 55 | 47 | ba | | 2 | | 1 | 2 |
| S8 | 54 | 4,9 | M | | 78 | 30 | 39 | 22 | ba | 1 | 1 | | 1 | 2 |
| H16 | 65 | 0,6 | W | G | 81 | | | | a | 1 | | | 1 | 2* |
| S7 | 49 | 2,6 | M | G | 81 | 41 | 32 | 47 | ba | 2 | | | 1 | 1 |
| S9 | 57 | 3,9 | W | | 84 | 30 | 47 | 9 | a | 2 | | | 2 | 1* |
| S21 | 55 | 4 | M | G | 86 | 89 | 93 | 78 | ba | 2 | | | | 3 |
| H10 | 53 | 2 | M | G | 89 | 30 | 32 | 31 | a | 3 | | | 1 | |
| H14 | 52 | 4,4 | M | | 109 | 47 | 75 | 22 | bz | 2 | | | | 3 |

Tab. 1: Interviewergebnisse

Die Betroffenen sind nach Intensität des Unterstützungsbedarfes (Spalte KOAK) geordnet. Die ersten fünf Spalten charakterisieren die Betroffenen (Betr.). Mit »S« beginnen die Codes der Teilnehmer an einer Therapiestudie und mit »H« die Codes für sonstige Heilverfahren. Angegeben ist das Alter beim Schlaganfall. Die Spalte »aph« gibt an, wie viele Jahre der Schlaganfall beim Heilverfahren zurücklag. M: männlich; W: weiblich. G: mindestens 12 Jahre Schulbildung. Die nächsten vier Spalten charakterisieren die Aphasie. KOAK: Summenscore des Kommunikationsfragebogens (hohe Werte entsprechen hohem Unterstützungsbedarf); PR: Prozentrang; AST: Aphasie-Schnelltest; rez: rezeptiver Prozentrang; expr.: expressiver Prozentrang. Spalte »Interview«: p: Gespräch nur mit Betroffenenem; a: Interview nur mit Hauptkommunikationspartner; ba: Interview mit beiden; aktive Teilnahme des Betroffenen. bz: Interview mit beiden; Betroffener nur Zuhörer. Spalte »z« Anzahl der zielführenden Voten; Spalte »i« Anzahl der Voten, die auf ein nichtaphasisches interaktives Problem hinwiesen; Spalte »e«: Anzahl der Voten, die einen bereits erreichten gemeinsam akzeptierten Erfolg dokumentierten; Spalte »w«: Anzahl der Voten, die als Ausdruck von Wunschdenken zu bewerten waren (*: Wunschdenken auf der Grundlage eines uninformatierten Lösungskonzeptes).

mehr erkennen könne, was in ihrem Mann vorgehe. Auch ihr Wunsch-Item »Zustimmung und Ablehnung signalisieren« wurde umgedeutet. Eigentlich litt sie unter den knappen und manchmal schroffen Äußerungen ihres Mannes. Im Gespräch erkannte sie, dass sie ihre Erwartungen anpassen musste. Ihr Mann war im Gegenzug bereit, höfliche Wendungen gezielt zu trainieren. Für die systematische Auswertung wurde statt des Items 1 das Item 22 (»höflich sein«) verwendet.

Tabelle 2 zeigt, wie oft die einzelnen Items ausgewählt wurden. Nur »Abschreiben des Namens« (Item 25) kam nicht vor. Am häufigsten wurde Item 5 (»Gruppengespräche«) gewählt, gefolgt von Item 2 (»Erlebnisse berichten«) und 15 (»Notizen schreiben«). Im Mittelfeld lagen nicht unerwartet kommunikative Grundbedürfnisse: Telefonieren, Hilfe abfordern, Absichten vermitteln, Informationen erfragen, einfache Wünsche mitteilen und Kritik üben. Für sie wurden naheliegende, aber im Einzelfall doch kennzeichnende Beispiele gegeben (Tabelle 2). Auch selten gewählte Items lieferten wichtige Einblicke in das Leben mit Aphasie. Eine Partnerin war traurig darüber, dass der Betroffene zwar die Kinder mit Namen ansprechen konnte, nicht aber sie selbst. Das namentliche Ansprechen war vor allem bei sprachlich selbst wenig kompetenten Ansprechpartnern wichtig (Kleinkind, Hund).

Drei Fallbeispiele für leichte, mittelschwere und

schwere Aphasien illustrieren, wie die Gesprächsergebnisse klassifiziert wurden (Anhang). Bei sprachlich leicht Betroffenen standen hinter den ausgewählten Items nicht selten Wünsche, die sich mehr auf das primärpersönliche Interaktionsverhalten bezogen als auf die Aphasie (»i« in Tab. 1; H13 Item 16, Anhang). Bei einem Drittel der Wunsch-Items erinnerten Angehöriger und Betroffener nur Beispiele für erfolgreiche Kommunikationssituationen. Die gewünschten Fortschritte waren offenbar bereits eingetreten, aber noch nicht wahrgenommen worden. Das war oft sichtlich erfreulich und damit kein überflüssiges Ergebnis (»e« in Tab. 1; S7 Item 28, Anhang). Problematisch waren Verbesserungserwartungen bei schon hohem Leistungsstand, wenn sie Ausdruck des unrealistischen Wunschdenkens waren, wieder zur prämorbid Normalität zurückkehren zu können (»w« in Tab. 1.; S7 Item 5, Anhang). Mit »w« wurde auch klassifiziert, wenn hinter dem Votum ein uninformatiertes Lösungskonzept stand (S9, Item 26, Anhang). Die an den drei Beispielfällen entwickelte Klassifikationslogik (Abb. 2) fasst die Kategorie »w« weniger wertend. Mit »w« wurde kodiert, wenn der Betroffene mit dem Erreichten zufrieden war, nicht aber der Partner. Sahen Beide Verbesserungsbedarf, war das Item zielführend (»z«). Insgesamt waren 30 Wunsch-Items zielführend. Dabei ergab sich für 14 Wunsch-Items ein klassisch trainierendes Therapiekonzept (S7 Item 24,

Anhang), acht Wunsch-Items regten Kompensationsstrategien an (S7 Item 20, Anhang), die in acht weiteren Fällen auch trainierend einsetzbar waren (S8 Item 16, Anhang), z. B. wenn Bilder für ein Kommunikationsbuch als Material für ein alltagsrelevantes Benenningstraining nutzbar waren. Bestand aus Sicht des Partners Verbesserungsbedarf und auch eine Trainingsoption, aber der Betroffene lehnte weitere Anstrengungen ab (H13 Item 14, Anhang), wurde mit »a« klassifiziert (»abgelehnt«).

Nur in vier Fällen war die Mehrheit der Wunsch-Items zielführend. Wunschenken kam bei sechs der acht Betroffenen mit hohem Unterstützungsbedarf (KOAK-Scores 74–109) vor, aber nur bei zwei der acht Betroffenen mit geringerem Unterstützungsbedarf (Tab. 1). Bei der Betroffenen mit dem geringsten Unterstützungsbedarf (H12) waren alle Voten Hinweis auf ein aphasiunabhängiges interaktives Problem, das verhaltenstherapeutisch und nicht logopädisch anzugehen war. Ihre Sprechapraxie war leicht zu überhören. Gelegentlich kam es zu Suchbewegungen. Manchmal schloss sie die Augen, um sich voll auf den zu bildenden Laut konzentrieren zu können, begleitet von einer Innehalten fordernden Geste. Sie beschrieb Sprechangst und fehlende Schlagkraft bei Konflikten. Ihre Item-Auswahl (5: »Gruppengespräche«, 8: »Informationen erfragen«, 12: »Gespräche beginnen«; 17: »auf Kritik reagieren«; 21: »Beschwerden«) führte immer wieder auf die Sprechangst als zugrundeliegendes Verhaltensproblem. In der Gruppentherapie konnte sie ihre Probleme relativieren. Sie nahm wahr, dass sie durchaus Gespräche beginnt. Das Beschwerden wurde erfolgreich bei einer Reklamation geübt. Sie hatte eine defekte Uhr gekauft.

Diskussion

Die Häufigkeit der gewählten Items entwirft ein relativ repräsentatives Bild kommunikativer Probleme bei chronischer Aphasie: mit Ausnahme der Pionierfälle H13 und H16 wurden sukzessive Betroffene eingeschlossen und das Spektrum aphasischer Funktionsstörungen war breit (s. AST in Tabelle 1). Die Hoffnungen der Angehörigen richteten sich nicht unerwartet am häufigsten auf Fortschritte bei Gruppengesprächen. Für Angehörige scheint das Schrumpfen des sozialen Umfeldes schmerzlicher zu sein als für die Betroffenen. Für sie kann die Beschränkung auf wenige Kommunikationspartner eine sinnvolle Erleichterung sein. Selbst bei leistungsfähigen Betroffenen wünschten sich die Partner weitere Fortschritte, wohl aus Hoffnung auf eine kommunikative Normalität, die der Betroffene realistisch akzeptierend schon aufgegeben hat. Unerwartet wichtig war das Nutzen kurzer Notizen. Die asynchrone schriftliche Kommunikation lässt dem Betroffenen beliebig Zeit zum Formulieren und spart dem Empfänger Geduld bei der Rezeption. Das Schreiben sollte einen angemessenen Stellenwert in der Therapie haben!

| Kat. | N | Item | Itembezeichnung | Beispiel |
|------|----|------|-------------------------------|----------------------------------------|
| K | 11 | 5 | Gruppengespräche | Familie, Elternabend; s. S7 (Anhang) |
| K | 8 | 2 | Erlebnisse berichten | Erziehungskonflikte, Urlaub |
| K | 6 | 4 | Absichten vermitteln | Konzertbesuch |
| K | 6 | 8 | Informationen erfragen | Wer kommt? Weg? Elternabend |
| K | 6 | 16 | einfache Wünsche | Welches Gericht soll gekocht werden? |
| K | 6 | 21 | Kritik üben | bei Erziehung; bei Familienkonflikten |
| K | 5 | 6 | Telefonieren | |
| K | 5 | 11 | Hilfe abfordern | Hilfe von Fremden |
| K | 4 | 7 | mit Namen ansprechen | Enkelin, Hunde, Partnerin |
| K | 3 | 19 | Kommentare | |
| K | 2 | 9 | Emotionen mitteilen | s. H13 (Anhang) |
| K | 2 | 20 | Aufforderungen befolgen | Waschmaschine; Tisch decken |
| K | 1 | 3 | Zustimmung und Ablehnung | Erziehung; Familienkonflikt; s. Fall 1 |
| K | 1 | 18 | Begrüßen | wurde in der Therapie viel geübt |
| K | 1 | 22 | höflich sein | S21 (s. Ergebnisse) |
| K | 1 | 17 | auf Kritik reagieren | |
| L | 4 | 14 | Zahlen erfassen | Termine; Telefonnummern |
| L | 3 | 24 | Infos aus Notizen nutzen | schriftliche Aufträge |
| L | 3 | 28 | einzelne Wörter lesen | s. S7 (Anhang) |
| L | 2 | 10 | Schilder erfassen | Schilder in Pflegeinstitution beachten |
| L | 2 | 23 | Kalender nutzen | Termine eintragen; Wochenplan |
| L | 1 | 27 | Buchstaben erkennen | Hinweise auf Toilette |
| S | 8 | 15 | Notizen schreiben | SMS; Anrufe notieren; E-Mail |
| S | 5 | 26 | einzelne Worte schreiben | Internetrecherche; Musikliste |
| M | 4 | 12 | Gespräch initiieren | s. H13 (Anhang) |
| M | 2 | 1 | Missverständnis signalisieren | |
| M | 2 | 13 | beim Thema bleiben | Erziehungsfragen; Mitbestimmen |

Tab. 2: Ausgewählte Items

Häufigkeit der Wunsch-Items sortiert nach Item-Kategorie (Kat.: K: nicht schriftlich kommunikativ; M: meta-kommunikativ; L: Lesen; S: Schreiben, Einteilung in [1]) und Häufigkeit (Spalte: N)

Wir begannen mit einem Fragebogen und kamen zu einem qualitativen Interview. Der Fragebogen lieferte Wünsche, über die noch geredet werden musste, um Kontext und Verständnishintergrund zu klären [13]. Fragebögen sind als standardisierte Interviews der Objektivität verpflichtet. Der Fragende will hinter den Fragen verschwinden, um die Antworten möglichst nicht zu beeinflussen. Qualitative Methoden nutzen die Interaktion zwischen Frager und Befragten zur gemeinsamen Konstruktion von Erkenntnissen ([8], S. 68), während die Objektivität erstrebende quantitative Methodik sie als Störfaktor minimieren will. Interaktion und Interpretation sind für die qualitative Methodik Erkenntniswerkzeuge, die möglichst transparent entwickelt werden sollen. Ein schrittweise gegenstandsbezogen reifendes theoretisches Konzept ist Kennzeichen einer »grounded theory«, (deutsch: »gegenstandsbasierte Theorie«)

[9]: Datenerhebung und Datenanalyse durch Konzept- oder Theoriebildung wechseln ständig miteinander ab. Anfangs wird ein offenes, möglichst wenig theoriegeleitetes, inhaltlich orientiertes Kodieren angestrebt. »Kodieren« meint dabei, dass »einzelnen Vorfällen« (Äußerungen der Interviewpartner) ein Begriff (»Kode«) zugewiesen wird. Die Vorfälle sind Indikatoren des Konzeptes, das durch den Kode repräsentiert ist [9]. Später sollen die inhaltlich (»offen«) gewonnenen Kategorien über »Schlüsselkategorien« zueinander in Beziehung gesetzt werden. Dadurch wird aus dem »offenen« ein theoretisches Kodieren. Schlüsselkategorie war hier die Zufriedenheit von Betroffenen und Angehörigen in Bezug auf dem Status quo. Unser Konzept (Abb. 2) entstand explizit erst bei Analyse der in Tabelle 1 zusammengefassten Interviews. Es ist erweiterbar. So könnte zukünftig versucht werden, die Bedürfnisse des Partners stärker zu berücksichtigen. Aktuell gibt die Betroffenenperspektive den Ausschlag bei den Schlüsselkategorien, beispielsweise bei der Kodierung »abgelehnt«.

Durch das zunehmend theoretische Interesse beim Fragen realisiert sich das für die »grounded theory« wichtige theoretische Sampling. Es meint, dass die Erfassungsstrategie (»sampling«) nicht von Anfang an feststeht, sondern sich mit der reifenden Theorie entwickelt. Mit jedem besprochenen Wunsch-Item (»Vorfall«) konnte theoretisch interessierter nachgefragt werden. Das theoretische Sampling erhöht die theoretische Ergiebigkeit und damit die Effizienz des Forschens. Das sich als Trajektorie [11] entwickelnde Frageinteresse wird durch Memos dokumentiert. In unserem Fall waren das die Gesprächsprotokolle. Das zusammenfassende, kommentierende Protokoll ist dabei theoretisch gehaltvoller und im Sinne der »grounded theory« weiterführender als das Transkript. »W«-Fragen regen die Theoriebildung an [9]. Im Zielgespräch waren »wie?« und »wann?« durch die illustrierenden konkreten Beispiele repräsentiert und »warum?« als »Warum wichtig?«

Quantitative Forschung will Theorien prüfen. Qualitative Interviews sollen Theorie generieren [8]. Dazu muss die Gesprächsführung ergebnisoffen sein, aber auch diszipliniert. Zwei definierte Methoden sind das narrative und das fokussierte Interview. Im narrativen Interview liefert der Befragte eine autonom gestaltete Haupterzählung [5]. Danach sondiert der Interviewer Ursachen und Motive oder fragt thematisch ergänzend nach. Das fokussierte Interview lässt dem Befragten weniger Autonomie bei der Themenwahl. Als Einstieg dient ein vorab bestimmter Gesprächsgegenstand: ein Film, ein Zeitungsartikel oder eine erlebte soziale Situation. Im Zielinterview waren es die Wunsch-Items. Themenreichweite, Spezifität, Tiefe und persönliche Situierung sind Qualitätskriterien des fokussierten Interviews [5]. Die Themenreichweite erhöht sich durch unerwartete Gesprächsbeiträge. Auch im fokussierten Interview soll sich der Befragte narrativ entfalten können. Unsere Bitte

um eine konkrete Beispielsituation für jedes Wunsch-Item bot dafür Gelegenheit. Dabei war unerwartet, dass statt der erfragten Problemsituationen so viele Erfolgsgeschichten berichtet wurden. Das theoretische Konzept (Abb. 2) verdankt sich dieser Themenerweiterung. Mit den Beispielsituationen war Spezifität und persönliche Situierung gegeben. Tiefe entstand durch die Frage nach dem Grund der Itemwahl. Sie vermittelte ihre affektive, kognitive und wertbezogene Bedeutung.

Die vorläufig aktuelle Theorie erweicht ihre Nutzbarkeit und damit ihre Substanz bei den Zielgesprächen und hilft diese zu vertiefen. Die gesprächsbegleitend diktierete Protokollierung wird von Betroffenen und Angehörigen gut angenommen. Das gemeinsam abgestimmte Protokoll steht den Betroffenen zur Verfügung und fördert damit die Nachhaltigkeit des Gesprächs. Dem behandelnden Sprachtherapeuten nutzt es bei der Definition konkreter Therapieziele. Das Zielgespräch liefert noch keine »SMARTen« Ziele [7]. Es dient der vorgeschalteten Problemanalyse.

Die als »interaktiv« kodierten Kommunikationsprobleme führten über die Sprachtherapie hinaus. Sie konnten verhaltenstherapeutisch angegangen werden, wenn das Problem beim Betroffenen lag. Schon das Erkennen nicht aphasischer Gründe für das Kommunikationsproblem konnte durch die korrekte Attribution entlastend wirken (H13 Item 16, Anhang). Die als »Wunschdenken« kodierte Konstellation hätte eine Einstellungsänderung beim Angehörigen erfordert. Dafür bestand kein therapeutisches Setting. Das Problem wurde deshalb nicht vertieft. Angehörige stellten im Zielgespräch auch selbst fest, dass ihre Erwartungen den Betroffenen überfordern (H13 Item 14).

Aus Sicht der Behindertenbewegung ist problematisch, dass unsere Zielgespräche auf Auswahlentscheidungen von Angehörigen beruhen. Das wird als ausgrenzend empfunden. Der Diskurs soll vom als behindert wahrgenommenen Menschen aus geführt werden. Immerhin gelang es uns, die Betroffenen aktiv in das Zielgespräch einzubinden. Es geht um gemeinsame Probleme. Aus unserer Sicht konstituiert das Zielgespräch Normalität: Man redet gemeinsam über gemeinsame Probleme.

Auch bei thematisch einfacher wirkenden Rehabilitationsaufgaben ist die Vermittlung von Zielen optimierbar. Das zeigt ein Vergleich der im Abschlussbericht ärztlicherseits genannten Ziele mit den per Fragebogen ermittelten Erwartungen der Rehabilitation [2]. Unser Verfahren bietet einen allgemein einsetzbaren theoretisch fundierten Ansatz für vermittelnde Zielgespräche: der Rehabilitand wählt aus einem aktivitätsorientierten Problemfragebogen relevante Items aus. Das ist Einstieg in ein fokussiertes Interview, das nach konkreten Beispielen und den Gründen der Itemwahl fragt. Die inhaltliche Vorbereitung durch einen Kommunikationsfragebogen und die Gestaltung des Zielgesprächs als fokussiertes

Interview basierend auf den Wunsch-Items ermöglicht es selbst schwerer betroffenen Menschen mit Aphasie, sich in eine partizipative Formulierung von Rehabilitationszielen einzubringen. Gegenstandsbasiert entstand ein therapeutisch relevantes Kodierschema für die Gesprächsergebnisse des Zielinterviews. Diese Methodik ist auf andere Rehabilitationsaufgaben übertragbar.

ANHANG

Fallbeispiele für leichte, mittelschwere und schwere Aphasien, auf deren Grundlage der Klassifikationsversuch erarbeitet wurde.

■ Betroffener H13 (leichte Aphasie)

Bei der Rehabilitation im Jahr zuvor antwortete er langsam, aber inhaltsreich. Beiträge seiner Frau konnte er spontan kommentieren. Nach 30 Minuten wurde die Sprachanstrengung quälend bis hin zur Verzweiflung. Am Ende der Rehabilitation war die sprecherische Belastbarkeit gestiegen. Fehler waren seltener und Korrekturversuche etwas häufiger erfolgreich. Der Betroffene schien sich damit abgefunden zu haben, dass er zum Sprechen immer viel Zeit und Anstrengung brauchen wird. Für das übende laut Lesen konnte er sich nicht erwärmen. Sein Übungsehrgeiz wirkte moderater als es sich die Ehefrau gewünscht hätte. Jetzt war er dank optimierter antikonvulsiver Medikation lebhafter und therapiemotivierter. Der Leidensdruck war gestiegen, denn die sprachliche Entwicklung hatte mit dem Mitleidungsbedürfnis nicht mitgehalten.

Wunsch-Items:

- *Item 12: »Gespräche beginnen«:*
Im Zielgespräch akzeptiert der Betroffene, häufiger Gespräche initiieren zu wollen. Ziel: mindestens drei beiderseits vermerkte Gesprächsinitiativen am Tag. Kodierung: »zielführend«
- *Item 14: »beim Thema bleiben«:*
Der Betroffene weist auf die großen Anstrengungen hin, die ihm das bereiten würde. Die Ehefrau kann das akzeptieren. Ihr war durch den Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzung im Fragebogen deutlich geworden, dass sie die Schwierigkeiten ihres Mannes unterschätzt. Kodierung: »abgelehnt«
- *Item 16: »einfache Wünsche«:*
Bei dem Item 16 hatte sie erhebliche Schwierigkeiten angegeben (Score: 3). Er sah es sogar als unmöglich (Score: 5) an. Das Gespräch zeigt, dass dieses Kommunikationsproblem persönlichkeitsbedingt schon vor der Aphasie bestand. Kodierung: »interaktiv«
- *Item 21: »Kritik üben«:*
Klar wird, dass dem Betroffenen dazu genügend Zeit eingeräumt werden muss. Vorgeschlagen wurde, eine Geste zu vereinbaren um diese Zeit einzufordern. Kodierung: »zielführend in Richtung Kompensation«

■ Betroffener S7 (mittelschwerer Aphasie)

Das Sprachverständnis des ehemaligen Fotografen reicht für die einfache Alltagskommunikation. Verständnisprobleme können meist angezeigt werden. Es bestehen sehr starke Wortfindungsstörungen und es kommt zu phonematischen Paraphasien und gelegentlich zu Perseverationen. Sprachliche Äußerungen erfolgen im Telegrammstil, meist nur auf Einwortebene. Das Lesen auf Wortebene gelingt unsicher. Eine Unterschrift kann geleistet werden. Andere Einzelwörter werden kopierend geschrieben.

Aus dem Vorgespräch:

- ARZT: Hat die Reha schon Verbesserungen gebracht?
BETROFFENER: Pantomime: Rollstuhlfahren.
ARZT: klärt Missverständnis: gefragt war nach aktuellen Fortschritten, nicht nach Fortschritten seit dem Schlaganfall.
BETROFFENER: nennt Namen der behandelnden Logopäden mit Anerkennungsgestik und -mimik und gibt durch einzelne Worte Beispiele für die verbesserten Artikulationsmöglichkeiten.
ARZT: Was war Ihr Beruf?
BETROFFENER: lacht, nach Pause: »nein«.
ARZT: längeres Raten.
BETROFFENER: schließlich etwas unsichere Bejahung von »Hausmann«.
ARZT: Haben Sie Kinder?
BETROFFENER: Ja.
ARZT: Wie viele?
BETROFFENER: zeigt 1 (Zeigefinger).
ARZT: Alter?
BETROFFENER: versucht vergeblich zu artikulieren; schreibt nach Anregung: 12, korrigiert dann auf 15.
ARZT: Geht noch zur Schule?
BETROFFENER: Nein (verbunden mit unklarer Gestik).
BEIDE: Ergebnis längeren Ratens: freiwilliges soziales Jahr im Kindergarten.
ARZT: Was macht die Ehefrau?
BETROFFENER: mehrere Artikulationsanläufe, aktiviert dann sein Smartphone und zeigt ein Bild der Ehefrau in ihrem stark fordernden Beruf.
ARZT: Kochen Sie für sich und den Sohn?
BETROFFENER: vermittelt durch Gesten: Der Sohn hilft mit (Gestendeutung des Arztes vom Betroffenen bestätigt).
ARZT: Kaufen Sie ein?
BETROFFENER: vermittelt gestisch: kein Problem.
ARZT: Und wie beschäftigen Sie sich sonst?
BETROFFENER: zeigt auf dem Smartphone das Haus, dass er restauriert hat.
ARZT: Mit einer Hand?
BEIDE: gemeinsame Klärung: Das war vor dem Schlaganfall.

Wunschitems (Zielgespräch gemeinsam mit Ehefrau und Schwester):

- *Item 2: »Bericht von Erlebnissen«:*
Beispiel: Es gibt tagsüber Konflikte zwischen dem heranwachsenden Sohn und dem Vater, über die abends gesprochen werden soll. Berichten kann nur der Sohn, natürlich nicht unparteiisch. Harmloser: Bericht über Fahrradtouren. Vorschlag: Schnappschüsse mit dem Smartphone könnten Gesprächsgrundlage sein. Der Betroffene lehnt ab. Er wäre mit der Qualität der Aufnahmen professionell nicht zufrieden. Es gelingt zu kommunizieren, dass für den Zweck des Erzählens die Qualität der Bilder nicht maßgeblich ist. Bezüglich der Auseinandersetzungen mit dem Sohn wird eine Videodokumentation erwogen. Kodierung: »zielführend in Richtung Kompensation«
- *Item 5: »Gruppengespräche«:*
Bei Familientreffen (3–5 Personen) kann sich der Betroffene aktiv nur in Dialogsituationen einbringen. Im Freundeskreis sind Spieleabende üblich. Dabei wird auf die Aphasie Rücksicht genommen. Konsens besteht darin, dass das wohl notwendig bleiben wird. Eigentlich ist viel erreicht, aber die Ehefrau hofft dennoch auf die wohl nie wieder erreichbare Normalität aus der Zeit vor dem Schlaganfall. Die Familie setzt in dieser Hinsicht Hoffnung auf ein Aufmerksamkeitstraining. Kodierung: »Wunschdenken«
- *Item 20: »Befolgen von Aufforderungen«:*
Beispiel: die Ehefrau kündigt telefonisch ihre baldige Heimkehr an und bittet, schon mal den Abendbrotstisch zu decken. Ein weiteres Beispiel dokumentiert einen Erfolg: Sie kann einfacher um das Ausräumen der Waschmaschine bitten. Dazu musste sie früher eine Waschmaschine zeichnen. Jetzt reicht das Wort »Waschmaschine«. Anregung: mehr mit Fotos arbeiten, auch als Vorbild für das Nutzen des Kommunikationsbuches auf dem Smartphone, das bislang nur in Interviewsituationen mit Ärzten und Therapeuten benutzt wird, nicht aber im Alltag, möglicherweise auch mangels einschlägigen Bildmaterials. Kodierung: »zielführend in Richtung Kompensation«
- *Item 24 »Nutzen von Notizen«:*
Es besteht ein Zusammenhang mit Item 20. Erstmals hat kürzlich eine schriftliche Bitte funktioniert: »Bitte Post«. Neben dem Zettel lagen zwei frankierte Briefe, die das situative Verständnis unterstützt haben dürften. Die Schwester berichtet, dass einzelne geschriebene Worte manchmal besser verstanden werden als das gesprochene Wort. Ziel wäre, das Fernsehprogramm selbstständig zu nutzen oder die Suche nach Musiktiteln im Internet. Über die Favoritenliste gelingt inzwischen der Sprung auf die richtige Website, dann ist aber Unterstützung nötig. Man hofft auf ein Computercoaching durch einen

Aphasikerkollegen, das in Aussicht steht. Kodierung: »zielführend in Richtung Training«

- *Item 28: »Einzelne Wörter lesen«:*
Eigentlich ist der Wunsch »wirklich lesen«, d.h. den Sinn eines Textes erschließen. Das bisherige Gespräch hatte gezeigt, dass schon das Erkennen einzelner Worte nützlich ist und einen mühsam erreichten Erfolg darstellt, mit dem man sich vorläufig zufrieden geben will. Kodierung: »Erfolg«

■ **Betroffene S9 (schwere Aphasie)**

Beim Vorgespräch wird gefragt: »waren Sie schon mal in Thüringen?« Die Betroffene bejaht begeistert. Bei Nachfrage: »Im Urlaub?« lacht sie. Der Ehemann erklärt: Sie ist in Thüringen geboren, die Verwandtschaft lebt in der Nähe. Manchmal versucht die Betroffene spontane Mitteilungen, leider nur mit Automatismen (»dododo«). Außerdem kommt es zu phonematischen Neologismen und Perseverationen. Sie vermittelt gestisch, dass sie Hilfe beim Aufstehen braucht. Benennen gelingt nicht. Sie spricht allerdings fröhlich »Tomate« nach und schreibt den Vornamen in Druckbuchstaben. Sie verabschiedet sich nach Anlauthilfe wohlmoduliert mit: »auf Wiedersehen«.

Wunschitems (Zielgespräch allein mit dem Ehemann):

- *Item 16 »Einfache Wünsche mitteilen«:*
Beispiel: Er möchte für seine Frau etwas kochen und ihre Wünsche erfragen. Das erfordert mühsames Raten, schon bei der Auswahl der Naschereien für den Fernsehabend. Vorschlag: Bilder der Gerichte nutzen. Kodierung: »zielführend in Richtung Kompensation mit Anreiz zum Training«
- *Item 7 »Personen mit Namen ansprechen«:*
Seine Frau ist die Familienministerin und achtet auf Anrufpflichten, kann dann aber nicht sagen, wer angerufen werden soll. Vorschlag: Fotos nutzen. Kodierung: »zielführend in Richtung Kompensation mit Anreiz zum Training«
- *Item 26 »Schreiben einzelner Worte«:*
Er hat die Hoffnung, dass seine Frau die Worte, die sie nicht sagen kann vielleicht einfacher schreiben kann. Er versteht, dass das wahrscheinlich zu einfach gedacht ist. Kodierung: »Wunschdenken; Variante uninformierte Lösungsstrategie«
- *Item 28 »Lesen einzelner Worte«:*
Im Gespräch zeigt sich, dass die Betroffene das schon sehr gut kann. Sie gestaltet den Fernsehtag nach ihrer Lektüre der Programmzeitschrift. Kodierung: »Erfolg«
- *Item 18 »Begrüßen und verabschieden«:*
Wichtiges Ziel in der bisherigen Sprachtherapie, bei der auch schon Erfolge erreicht wurden. Allerdings ist in der Regel Anlauthilfe erforderlich. Kodierung: »Erfolg«

Literatur

1. Arnold A, Kärnth H, Barasch A et al. Testgüte eines Angehörigenfragebogens zu den Kommunikationsfertigkeiten nach Schlaganfall (AFKS). Aphasie und verwandte Gebiete 2012; 1/2012.
2. Brandes I, Niehues C. Rehabilitationsziele in ärztlichen Entlassungsberichten und in Patientenfragebogen – am Beispiel von Endometriose-Patienten. Rehabilitation 2014; 53: 8-16.
3. Grötzbach H. Bottom-up oder top-down orientierte Aphasietherapie: Welche ist besser? Die Sprachheilarbeit 2008; 53: 284-290.
4. Grötzbach H. Therapieziele definieren: Paternalistisch oder partizipativ? L.O.G.O.S. interdisziplinär 2010; 18: 119-126.
5. Hopf C. 5.2 Qualitative Interviews – ein Überblick. Flick U, von Kardoff E, Steinke I (Hrsg.) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt 2004 (rowohlts enzyklopädie, 2004).
6. Kroker C. Aphasie-Schnell-Test. Manual. 3. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag 2006.
7. Lauer N, Grötzbach H, Abel S. ICF-basierte Therapieziele erstellen: Beispiele für die Aphasie. Würzburg: Böhler 2013.
8. Mason J. Qualitative Researching. 2. Aufl. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications 2002.
9. Mey G, Mruck K. Grounded Theory Methodologie – Bemerkungen zu einem prominenten Forschungsstil. Hist Social Res Supplement 2007; 19: 11-39.
10. Pfeiffer G, Pfeiffer E. Englische Übersetzung des Angehörigenfragebogens zu den Kommunikationsfertigkeiten nach Schlaganfall Aphasie und verwandte Gebiete 2013; VOL. 34. Im Internet: http://www.aphasie.org/upload/aphasie/files/Fragebogen_63-73.pdf; Stand 30.9.2014
11. Strauss A, Legewie H, Schervier-Legewie B. Forschung ist immer harte Arbeit. Es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es Spaß machen. Hist Social Res 2007; 19:69-79. Im Internet: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/40981069?uid=3739504&uid=2&uid=4&uid=3739256&sid=21104713782467>; Stand 30.9.2014
12. Wade D. Goal setting in rehabilitation: An overview of what, why and how. Clin Rehabil, 2009; 23: 291–295.
13. Worrall L, Sherratt S, Rogers P, Howe T, Hirsh D, Ferguson A, Davidson B. What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. Aphasiology 2011; 25(3): 309-322.

Interessenvermerk

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Gustav Pfeiffer
m&i Fachklinik Bad Liebenstein
Kurpromenade 2
36448 Bad Liebenstein
E-Mail: gustav.pfeiffer@fachklinik-bad-liebenstein.de



Mobilität nach Schlaganfall

Rehabilitation bei Fußheberschwäche

Aktuelle Forschungsergebnisse belegen, dass eine frühe Mobilisation die Gehfähigkeit bei Fußheberschwäche optimiert. Dabei können individuelle Lösungen wie Fußheberorthesen oder Funktionelle Elektrostimulation die Rehabilitation gezielt unterstützen und Patienten zu mehr Mobilität verhelfen.

Therapieoptionen und Forschungsergebnisse:
www.ottobock.de/mobilisation