



N. Morkisch, C. Dohle

BeST – Berliner Spiegeltherapieprotokoll

Ein wissenschaftlich evaluiertes Manual zur Durchführung der Spiegeltherapie

Hippocampus Verlag,
Bad Honnef 2015
broschiert, 56 S., zahlr. Abb.
€ 14,80; ISBN 978-3-955441-11-1

Seit der erstmaligen Anwendung des Therapieansatzes im Jahr 1995 durch Ramachandran bei Patienten mit Phantomschmerz hat sich die Spiegeltherapie stetig weiterentwickelt und erfreut sich einer steigenden Akzeptanz in der therapeutischen Praxis. Im Bereich der Rehabilitation nach Schlaganfall konnten durch fundierte Studien u. a. mit Hilfe bildgebender Verfahren die Wirkungsweise und Effizienz dieses Therapieverfahrens belegt werden.

Das **BeST – Berliner Spiegeltherapieprotokoll** wurde in der Median Klinik Berlin Kladow entwickelt und wissenschaftlich evaluiert. Neben einer genauen Anleitung zur Durchführung der Spiegeltherapie nach dem BeST enthält das Buch Dokumentationsbögen und Bildvorlagen, die als **Kopierunterlagen** genutzt werden können.

Eine standardisierte Durchführung und Dokumentation der Spiegeltherapie in der Praxis ermöglicht Transparenz in Bezug auf Qualität und Effektivität des Therapieverfahrens. Gleichzeitig ist damit Kontinuität gegeben, die insbesondere für therapeutenübergreifende Arbeit von Bedeutung ist. Darüber hinaus bietet eine standardisierte Dokumentation die Möglichkeit, Therapieerfolge zu veranschaulichen, was insbesondere für Kostenträger eine wichtige Rolle spielt.

Mit Zusatzmaterial zum Download!

ÜBERSICHT

- 65 Nasensonden: Komplikationen und Auswirkungen auf Schluckprozesse bei Schlaganfallpatienten**
M.-D. Heidler

ORIGINALARBEIT

- 72 Dysarthrie aus der Patientenperspektive**
K. Nolte, H. Grötzbach
- 77 Zielgespräche bei chronischer Aphasie auf der Grundlage eines Angehörigenfragebogens zum Kommunikationsverhalten**
G. Pfeiffer, E. Schillikowski

KASUISTIK

- 86 Modernes Trachealkanülenmanagement in der neurologischen Frührehabilitation – Balance zwischen strukturierten Konzepten und der Notwendigkeit zu kreativen und individuellen Lösungen**
A. Görhardt, R. Lindemann
- 94 Über die sprachlich-narrative Einholbarkeit subjektiven Erlebens nach einer Hirnschädigung. Komplexe und einfache Patient_innen-Erzählungen im Vergleich**
T. Jesch

RUBRIKEN

- A4 Impressum**
- A5 Kongress Spezial – Fokus MS**
- 61 Editorial**
- 63 Forschung aktuell**
- 105 Pharmazie & Technik**
- 108 Termine, Fortbildung**
- 110 Vorschau**
- 110 Hinweise für Autoren**

NEUROLOGIE & REHABILITATION

Neuroprotektion | Neuroplastizität | Neurologische Langzeittherapie

Organ der

DGNER | Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation

DGNKN | Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation

OEGNR | Österreichischen Gesellschaft für Neurorehabilitation

SGNR | Schweizerischen Gesellschaft für Neurorehabilitation

Herausgeber

Ch. Dettmers, Konstanz

P. W. Schönle, Bad Oeynhausen

C. Weiller, Freiburg

Herausgeber ex officio

C. Wallech (DGNER), Bad Aibling

M. Jöbges (DGNKN), Bernau

W. Oder (OEGNR), Wien

Ch. Kaetterer (SNRG), Basel

Rubrikherausgeber

Interdisziplinäre Neurorehabilitation: P. Frommelt, Berlin

Bildgebung: F. Hamzei, Bad Klosterlausnitz

Internationale Kontakte: V. Hömberg, Bad Wimpfen

Neuropsychologie: H. Hildebrandt, Oldenburg

Klinische Studien: T. Platz, Greifswald

Pathophysiologie und Restaurative Neurologie:

K. M. Stephan, Meerbusch

Rehamanagement, Nachsorge, Langzeitrehabilitation:

W. Schupp, Herzogenaurach

Gründungsherausgeber

P. Bülow †, Waldbreitbach

Wissenschaftlicher Beirat

H. Ackermann, Bad Urach

E. Altenmüller, Hannover

S. Beer, Valens

T. Brandt, Heidelberg

R. Buschmann-Steinhage, Berlin

O. Busse, Minden

D. von Cramon, Leipzig

R. Dengler, Hannover

M. Dieterich, München

V. Dietz, Zürich

G. Ebersbach, Beelitz

K. M. Einhäupl, Berlin

C. E. Elger, Bonn

T. Ettl, Rheinfelden

P. Flachenecker, Bad Wildbad

S. Freyvogel, Neuhausen

G. Goldenberg, München

H. Grötzsch, Schaufing

W. Hacke, Heidelberg

St. Hesse, Berlin

W. Huber, Aachen

H. Hummelsheim, Leipzig

G. Ickenstein, Aue

W. Jost, Wolfach

S. Kasper, Wien

G. Kerkhoff, Saarbrücken

J. Kesselring, Valens

E. Koenig, Bad Aibling

G. Krämer, Zürich

J. Liepert, Allensbach

J.-P. Malin, Bochum

H. Masur, Bad Bergzabern

K.-H. Mauritz, Berlin

Th. Mokrusch, Lingen

H. Niemann, Bennewitz

M. A. Nitsche, Göttingen

K. Pfeifer, Erlangen

D. Pöhlau, Asbach

M. Pohl, Kreischa

M. Prosiel, Bad Heilbrunn

M. Rijntjes, Freiburg

E. Ringelstein, Münster

Th. Rommel, Köln

K. Scheidtmann, Gailingen

R. Schmidt, Konstanz

W. Tackmann, Wünnenberg

A. Tallner, Erlangen

M. Thaut, Fort Collins, USA

F. L. Welter, Zwesten

K. von Wild, Münster

J. Wissel, Berlin

NEUROLOGIE & REHABILITATION

ISSN 0947-2177, 21. Jahrgang, April 2015

ISSN der Online-Version: 1869-7003

Redaktion

Dr. med. Brigitte Bülow (verantwortlich),

Dr. med. Klaus Gehring, Dr. med. Michael Kutzner

Verlag

Hippocampus Verlag e.K.

Postfach 13 68, D-53583 Bad Honnef

Tel.: 022 24-91 94 80, Fax: 022 24-91 94 82

E-Mail: verlag@hippocampus.de

Internet: <http://www.hippocampus.de>

Druck: TZ Verlag & Print GmbH, Roßdorf

Anzeigen und Sonderproduktionen

Dagmar Fernholz, Tel.: 022 24-91 94 80

Erscheinungsweise

6-mal jährlich, Preis (zzgl. 7,50 € Versand jährlich)

€ 133,- jährlich im Abonnement (Print + Online)

€ 118,- jährlich Online-Abonnement

€ 82,- ermäßigtes Abonnement

€ 290,- institutionelles Abonnement

€ 28,- Einzelheft

Das Abonnement der Zeitschrift verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht bis zum 30.9. des Vorjahres abbestellt wird.

Gender-Hinweise

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit der Texte wird von uns in der Regel die männliche Form von personenbezogenen Substantiven und Pronomina gewählt. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung des jeweils anderen Geschlechts.

Allgemeine Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird Mit der Annahme eines Beitrags zur Veröffentlichung erwirbt der Verlag vom Autor alle Rechte, insbesondere das Recht der weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken mit Hilfe fotomechanischer oder anderer Verfahren. Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen

ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

This journal is regularly listed in Excerpta Medica (EMBASE), PSYINDEX, PEDRO

© 2015 HIPPOCAMPUS VERLAG

Liebe Leserinnen und Leser,

Sprachtherapeuten haben in der neurologischen Rehabilitation die Aufgabe, vor allem Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen zu behandeln. Dazu greifen sie zum einen auf wissenschaftlich ermittelte Evidenzen zurück, die in Leitlinien (Bauer et al., 2001) und Reha-Therapiestandards (Lorek & Schönle, 2001) eingegangen sind. Zum anderen nutzen sie ihre persönlichen Erfahrungen, die im Verlauf ihrer Tätigkeit kontinuierlich anwachsen. Die Ergebnisse von Studien und das persönliche Expertenwissen reichen zwar für eine störungsorientierte, nicht jedoch für eine personenzentrierte Therapie aus. Dazu müssen die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten und der sie vertretenden Angehörigen berücksichtigt werden. Es geht um die Wünsche, Erwartungen und Hoffnungen, mit denen Patienten ihre Therapien beginnen. Die Ermittlung der Präferenzen fällt jedoch gerade bei Personen mit einer Sprach- oder Sprechstörung nicht leicht, da dafür eine intakte Sprache benötigt wird.

Nur wenige Patienten äußern in klarer und direkter Form ihre Präferenzen. Sehr viele allerdings erzählen von sich, oder die Angehörigen geben ihnen stellvertretend eine Stimme. In ihren Geschichten oder Narrationen, auch wenn sie manchmal weitschweifig und chaotisch erscheinen oder auch wenn sie ohne Worte vermittelt werden, findet sich ein Zugang zur inneren Welt der Patienten und damit zu den Wünschen an das Leben und an die Rehabilitation.

Fachkräfte haben die Tendenz, die Erzählungen mit dem Hinweis auf knappe Zeitressourcen zu unterbrechen und auf die Punkte zu lenken, die für eine klinische Fragestellung relevant sind. Den Narrationen zuzuhören bedeutet jedoch, den Patienten eine Gelegenheit zu geben, diejenigen Lebensfäden wieder miteinander zu verknüpfen, die durch ihre Erkrankungen zerrissen worden sind.

Die Bedeutung der Narration wird in dieser Ausgabe von NEUROLOGIE & REHABILITATION ebenso zum Thema gemacht wie sprachtherapeutische Empfehlungen, die auf Evidenzen und Expertenwissen beruhen. Es handelt sich um Arbeiten, die wichtige Anregungen für die alltägliche Praxis geben.

So setzt sich *Heidler* in ihrem Beitrag mit den Vor- und Nachteilen von Nasensonden gegenüber perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG-)Sonden auseinander. Ihr Ziel dabei ist es, die im klinischen Alltag wichtige Frage zu klären, ab wann ein Patient mit einem Schlaganfall und einer nachfolgenden Dysphagie mit einer Nasensonde bzw. einer PEG-Sonde versorgt werden sollte. In dem Beitrag von *Nolte & Grötzbach* geht es zunächst um die subjektiven Einschätzungen, die Patienten mit einer Dysarthrie erleben, wobei auf die ICF-Komponenten Aktivität und Partizipation Bezug genommen wird. Daran anschließend wird ein Frage-

bogen vorgestellt, der es ermöglicht, die Stärken, aber auch die Schwächen von Patienten mit einer Dysarthrie in Unterhaltungen zu erheben.

Der Beitrag von *Pfeiffer & Schillikowski* greift das Thema »Zielsetzung« bei Patienten mit einer Aphasie auf. Es wird ein Vorgehen vorgestellt, das es den Betroffenen (und ihren Angehörigen) erlaubt, trotz einer beeinträchtigten Sprache zu einer Festlegung von Therapiezielen zu kommen. Im anschließenden Beitrag zeigen *Görhardt & Lindemann* Wege auf, wie Patienten jenseits von standardisierten Therapiefaden von Trachealkanülen entwöhnt werden können.

Der letzte Beitrag dieser Ausgabe von *Jesch* ist aus zwei Gründen ungewöhnlich: Zum einen arbeitet die Autorin nicht als medizinische Professionelle in der Neurorehabilitation, sondern als Professorin für deutsche Literatur und Sprache. Zum anderen nähert sie sich ihrem Thema, die Narration zweier Patienten mit einer Hirnschädigung zu analysieren, mit Hilfe der Textlinguistik, die in der Medizin bisher kaum verwandt wurde. Es ist jedoch verblüffend zu sehen, wie Narrationen einer biographischen Selbstkonstruktion im Wege stehen oder sie unterstützen können.

NEUROLOGIE & REHABILITATION zeigt auch in diesem Heft die Stärken der Zeitschrift: Interdisziplinarität, da die Autoren aus ganz unterschiedlichen Bereichen kommen, und Praxisorientierung, da die Ergebnisse unmittelbar in der Praxis umsetzbar sind. Schließlich sind die Beiträge originell, denn wir fanden bei einer orientierenden PubMed-Suche nur zwei Arbeiten zum »goal-setting« bei Aphasie und keine Arbeit zur textlinguistischen Analyse von Erzählungen hirnverletzter Personen.

Wir hoffen, dass Sie die Arbeiten dieser Ausgabe als genauso anregend erleben wie wir.

Peter Frommelt, Holger Grötzbach

Literatur:

Bauer A, de Langen-Müller U, Glindemann R, Schlenck C, Schlenck KJ & Huber W. Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie): Leitlinien 2001. Aktuelle Neurologie 2002; 29: 63-75.

Schönle PW & Lorek LM. Entwicklung der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung für die Rehabilitation von Patienten mit Schlaganfall in der Phase D. Neurologie & Rehabilitation 2011; 17: 125-140.



9. Weltkongress der Internationalen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (ISPRM)

in Verbindung mit
120. Kongress der Deutschen Gesellschaft für
Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)
und
Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für
Physikalische Medizin und Rehabilitation (ÖGPMR)



19.-23. Juni 2015

Maritim Hotel Berlin

Main Topics

- Best Practice Models in Musculoskeletal Pain
- Biomolecular Research in Physical and Rehabilitation Medicine
- "Culture Matters" in Rehabilitation (in Collaboration with the European Academy for Rehabilitation Medicine)
- Genetic, Molecular and Neuronal Mechanism in Pain Rehabilitation
- Goal Setting in Rehabilitation: State of the Art
- Joining Efforts towards the Implementation of the WHO Disability Action Plan 2014-2021
- Neuronal Reorganisation
- Post-Stroke Spasticity Management
- Rehabilitation as a Comprehensive Health Strategy
- Return-to-Work, Vocational Rehabilitation
- Sport Rehabilitation
- Technology Enhanced Functioning



Aus internationalen Fachzeitschriften

Schlaganfall-Sekundärprophylaxe

18 Organisationen entwickeln neue S3-Leitlinie

Nach einem ersten Schlaganfall steigt das Risiko für einen weiteren Schlaganfall deutlich: 10 % dieser Patienten erleiden noch im gleichen Jahr einen weiteren Schlaganfall. Gezielte Prävention kann die Risikofaktoren reduzieren. Aus diesem Grund haben die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) und die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) federführend die erste S3-Leitlinie »Sekundärprophylaxe ischämischer Schlaganfall und transitorische ischämische Attacke« entwickelt. Der erste Teil dieser Leitlinie wurde nun auf den Leitlinienplattformen der DGN (<http://www.dgn.org>) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (<http://www.awmf.org>) veröffentlicht. Neben DGN und DSG haben 16 weitere medizinische Fachgesellschaften, Berufsverbände und weitere Organisationen die Leitlinie mit verabschiedet. Die methodische Betreuung erfolgte durch das Centrum für Schlaganfallforschung Berlin (CSB) der Charité.

Die neue S3-Leitlinie zur Sekundärprophylaxe ischämischer Schlaganfälle wurde im Rahmen eines strukturierten zweistufigen Prozesses entwickelt: Zuerst wurden neueste wissenschaftliche Ergebnisse von Experten evaluiert und daraus Behandlungsempfehlungen abgeleitet. Dafür wurden mehr als 4.500 wissenschaftliche Arbeiten gesichtet. Darauf folgte eine formale Konsensfindung unter den teilnehmenden Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Organisationen, sodass bei allen Empfehlungen dieser S3-Leitlinie ein größtmöglicher interdisziplinärer Konsens entstand. Für maximale Transparenz des gesamten Entwicklungsprozesses wurden die einzelnen Schritte in einem detaillierten Methodenreport dokumentiert. Dieser ist auch über die DGN- und AWMF-Website verfügbar. Der nun erschienene Teil 1 der Leitlinie behandelt die wichtigsten Therapieansätze zur Schlaganfallprävention: den Einsatz von Thrombozytenfunktionshemmern, die Behandlung der Hyperlipidämie, die orale Antikoagulation bei Vorhofflimmern und die Therapie der arteriellen Hypertonie. Der zweite Teil der S3-Leitlinie befindet sich aktuell noch in der Entwicklung: Darin werden acht weitere Themenbereiche der Sekundärprophylaxe des Schlaganfalls, wie zum Beispiel Lebensstiländerungen zur Risikoreduktion, behandelt. Sobald beide Teile der



Leitlinie veröffentlicht sind, wird außerdem eine Version für Patienten und Angehörige erscheinen, in der der Inhalt der S3-Leitlinie für Laien verständlich zusammengefasst wird.

Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). S3-Leitlinie: Sekundärprophylaxe ischämischer Schlaganfall und transitorische ischämische Attacke – Teil 1. Version 1.0. 31.12.2015. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-133.html>

Objektbasierte Aufmerksamkeit

Reale und gedachte Objekte behandelt das Gehirn gleich

Wenn wir unsere Aufmerksamkeit auf die Tür eines Hauses richten, registriert das Gehirn auch bevorzugt dessen Fenster, nicht aber die benachbarten Häuser. Psychologen der Goethe-Universität haben nun herausgefunden, dass dieses als »objektbasierte Aufmerksamkeit« bekannte Phänomen auch auftritt, wenn Teile der Objekte lediglich in unserem Gedächtnis abgespeichert sind.

Im Versuchsaufbau von J. Peters und Kollegen wurden die Probanden gebeten, ihre Aufmerksamkeit abwechselnd auf eine von vier Bildschirmpositionen zu richten. Zu sehen waren diese als Endpunkte von je zwei künstlichen Objekten. Gemäß dem Prinzip der objektbasierten Aufmerksamkeit konnten die Probanden ihre Aufmerksamkeit schneller zwischen zwei Positionen des gleichen Objekts verschieben als zwischen denen, die zu verschiedenen Objekten gehörten. Neu war, dass dieser Effekt auch dann auftrat, wenn sich die Probanden diese Positionen nur im Kurzzeitgedächtnis vorstellten.

Im MRT fand sich wie erwartet eine erhöhte Aktivität an denjenigen Stellen der Hirnrinde, in denen die aktuell fokussierte Position repräsentiert wurde (visueller und parietaler Kortex). Diese erhöhte Aktivität breitete sich aber auch auf die Bereiche des Gehirns aus, die die jeweils zugehörige Position desselben Objekts repräsentierten, obwohl der Proband sich nicht darauf konzentrierte. »Das ist insofern bemerkenswert, als dass dieser Effekt in Regionen des Gehirns beobachtbar war, die normalerweise Wahrnehmungen repräsentieren, obwohl es sich hier lediglich um Gedächtnisinhalte handelte«, erläutert Peters das Versuchsergebnis. Dagegen blieben die Bereiche un-

Hannelore Kohl Förderpreise an drei hervorragende Nachwuchswissenschaftler verliehen

Drei exzellente Nachwuchswissenschaftler wurden am 26. Februar mit dem Hannelore Kohl Förderpreis ausgezeichnet. Den ersten Platz teilen sich Dr. med. Tareq A Juratli und Dr. med. Nicole Terpolilli, der zweite Platz ging an Dr. rer. nat. Christiane Albert-Weißberger.

Der mit 10.000 Euro dotierte Preis ist Auszeichnung für hervorragende Leistungen des wissenschaftlichen Nachwuchses auf dem Gebiet der Erforschung, Entwicklung und Erprobung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Neurorehabilitation Schädelhirnverletzter sowie der Prävention von Schädelhirnverletzungen.

Zugleich ist der Hannelore Kohl Förderpreis Anreiz für junge Forscher, die Heilungschancen für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen zu verbessern. Den Preisträgern eröffnet er die Chance, neue Kontakte zu knüpfen und potenzielle Geldgeber für ihre Forschungsprojekte zu finden. »Wenn das Experten-Gremium der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung eine Arbeit würdigt, wird man beim nächsten Projektantrag gleich ernster genommen«, sagt zum Beispiel Peter Riess, ZNS-Förderpreisträger 2008.

Der von Frau Dr. h.c. Hannelore Kohl initiierte Förderpreis wurde in diesem Jahr zum elften Mal vergeben. Eingereicht wurden zehn hervorragende Arbeiten junger Wissenschaftler, die von einem hochrangig besetzten Preisrichterkollegium bewertet wurden. Die Preisträger und ausgezeichneten Arbeiten sind:

■ Platz 1 (geteilt)

Dr. med. Tareq A. Juratli, Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Carl-Gustav-Carus Universität, Technische Universität Dresden: Prospektive Studie zur Progression von Hirnblutungen nach isoliertem Schädel-Hirn-Trauma: Gerinnungsstörungen bestimmen das Patienten-Outcome.

Die Studie gibt Hoffnung, dass in Zukunft durch eine frühzeitige erweiterte Gerinnungsdiagnostik gefährdete Patienten rechtzeitig entdeckt und durch eine umgehende Verabreichung geeigneter Gerinnungsfaktoren die negativen Auswirkungen der Hirnblutungen begrenzt werden können.

■ Platz 1 (geteilt)

Dr. med. Nicole Terpolilli, Abteilung für Neurochirurgie LMU, München: »Inhaled nitric oxide reduces secondary brain damage after traumatic brain injury in mice« (Circulation Research, J Cereb Blood Flow Metabolism)

Die Studie untersucht eine neue Therapie zur Verringerung des Absterbens von Hirngewebe nach einem Schädelhirntrauma.

■ Platz 2

Dr. rer. nat. Christiane Albert-Weißberger, Abteilung für Neurologie, Universitätsklinik Würzburg: »Blocking of bradykinin receptor B1 protects from focal closed head injury in mice by reducing axonal damage and astroglia activation« (J Cereb Blood Flow Metabolism)

Die Studie untersucht den Einfluss des Bradykinin B1 Rezeptors auf den Schaden nach einem Schädelhirntrauma.

Hirnverletzungen verändern das Leben der Betroffenen und ihrer Familien dramatisch. Ihre Erforschung und Behandlung ist auch für Wissenschaftler und Ärzte eine große Herausforderung, da mit dem Gehirn das komplexeste menschliche Organ im Mittelpunkt steht. »Die Ergebnisse der Studien unserer Preisträger haben eine unmittelbare Auswirkung auf die Verbesserung der zukünftigen Versorgung und Diagnostik von Patientinnen und Patienten mit Schädelhirntrauma,« erläuterte Dr. Kristina Schröder, Präsidentin der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung, den Hintergrund zur Entscheidung des Preisrichterkollegiums.

Quelle: ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

verändert, in denen die gleich weit entfernten Positionen des anderen Objektes repräsentiert werden.

Peters B et al.: Activity in Human Visual and Parietal Cortex Reveals Object-Based Attention in Working Memory. J Neurosci 2015; 35(8): 3360–3369.

Progressive Multiple Sklerose

Hilft Biotin?

Hintergrund: Bisher gibt keine MS-Therapeutika zur Behandlung der primär oder sekundär progressiven Multiplen Sklerose (PPMS, SPMS). Immunsuppressive oder immunmodulatorische Therapien wirken vor allem in der schubförmigen Phase der Erkrankung.

Biotin (Vitamin H) dient als Coenzym für Carboxylasen, die in den Energiestoffwechsel und die Fettsäuresynthese involviert sind. So aktiviert Biotin u.a. die Acetyl-CoA Carboxylase, ein wichtiges Enzym bei der Myelinsynthese. Das wasserlösliche Vitamin Biotin kommt ubiquitär in der Nahrung vor. Hohe Dosen von Biotin (5–10 mg/kg/die) zusammen mit Thiamin haben sich als therapeutische Option bei der Biotin-responsiven Basalganglienerkrankung (biotin responsive basal ganglia disease, BBGD), einer seltenen Erkrankung mit Mutation im *SLC19A3*-Gen für den Thiamintransporter, erwiesen (Tabarki et al. 2013). Kasuistisch wurde zudem über therapeutische Erfolge mit hochdosiertem Biotin bei Patienten mit optischer Neuropathie bzw. Leukenzephalopathie berichtet (Sedel et al. 2011). Da einer der behandelten Patienten auch an einer SPMS litt, initiierten die Autoren eine Pilotstudie, die die Wirksamkeit und Sicherheit hoher Biotindosen bei Patienten mit progressiver MS prüfen sollte. Es handelt sich dabei um eine nicht kontrollierte, nicht verblindete Proof of Concept-Studie.

Methode: 23 konsekutive Patienten mit primär oder sekundär progressiver MS aus drei verschiedenen französischen MS-Zentren wurden mit hohen Dosen Biotin (100–300 mg/die) über 2 bis 36 Monate (im Mittel 9,2 Monate) behandelt. Die qualitativen und quantitativen Beurteilungskriterien wurden je nach klinischem Bild gewählt und waren nicht einheitlich.

Ergebnisse: Bei vier Patienten mit prominenter Neuromyelitis optica kam es zu einer signifikanten Verbesserung des Sehvermögens. Bei zwei Patienten normalisierte sich die P100 Welle in den visuell evozierten Potentialen, in einem Fall auch ihre Latenz. Ein Patient zeigte eine deutliche Verbesserung seiner homonymen Hemianopsie im Verlauf von 2 bis 16 Monaten. 16 von 18 Patienten mit deutlicher Rückenmarksbeteiligung zeigten klinische Verbesserungen im Verlauf von 2 bis 8 Monaten.

Schlussfolgerungen: Die Autoren bewerten ihre vorläufigen Ergebnisse als vielversprechend. Zwei doppelblinde kontrollierte Studien wurden inzwischen initiiert.

Sedel F, Papeix C, Bellanger A, Touitou V, Lebrun-Frenay C, Galanaud D, Gout O, Lyon-Caen O, Tourbah A. High doses of biotin in chronic progressive multiple sclerosis: A pilot study. Multiple Sclerosis and Related Disorders 2015; 4: 159–169.

Nasensonden: Komplikationen und Auswirkungen auf Schluckprozesse bei Schlaganfallpatienten

Heidler, M.-D.^{1,2}

Zusammenfassung

Nasogastrale Sonden (NGS) werden bei Patienten nach akutem Schlaganfall häufig zur intermittierenden künstlichen Ernährung eingesetzt, führen allerdings zu zahlreichen Komplikationen, bspw. zu verlangsamten Schluckprozessen, pathogener Mund- und Magenflora, gastro-ösophagealem Reflux, Deprivation von Husten- und Schluckreflex, chronischer Sinusitis oder Ulzerationen der posterioren Krikoidregion. Sie wirken anästhetisch auf die anliegende Schleimhaut und beeinflussen dadurch direkt kortikale Schluckareale, die für willentliche Aspekte der Deglutition zuständig sind. Bei korrekter Platzierung sind NGS eine gute Option zur intermittierenden enteralen Ernährung in den ersten 14 Tagen nach akutem Schlaganfall, um eine Mangelernährung zu vermeiden. Ist eine enterale Ernährung voraussichtlich länger als 28 Tage erforderlich, sollte die (stets individuelle) Entscheidung zur Anlage einer PEG getroffen werden.

Schlüsselwörter: nasogastrale Sonde (NGS), perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Schluckprozesse, Schlaganfall

- 1 *Brandenburg Klinik, Bernau-Waldsiedlung*
- 2 *Professur für Rehabilitationswissenschaften, Universität Potsdam*

Einleitung

Nach Schlaganfall bestehen bei bis zu 50% der Patienten akute neurogene Dysphagien mit Aspirationsgefahr, die sich aber bei rund 80% der Patienten innerhalb von ein bis zwei Wochen zurückbilden [12, 47]. In diesem Zeitraum ist eine früh einsetzende künstliche Ernährung (innerhalb von 72h nach dem Akutereignis) zur Vermeidung von Malnutrition erforderlich [30], die meist via nasogastrale Sonde (NGS) erfolgt. Die Anlage einer PEG wird empfohlen, wenn ein Patient länger als vier Wochen künstlich ernährt werden muss [41]. Dies ist allerdings nicht immer leicht vorherzusehen, auch wenn das Ausmaß und die Lokalisation des Schlaganfalls durchaus prädiktiven Wert haben.

Es gibt zahlreiche Argumente für und gegen beide Applikationsformen (für eine Zusammenfassung vgl. **Tab. 1**), auch aktuelle Studienergebnisse sind widersprüchlich.

Komplikationen bei der künstlichen Ernährung mittels Nasensonde im Vergleich zur PEG

Ernährungsstatus

Während früher die ausreichende Zufuhr von Energie und Stickstoff das Hauptziel der enteralen Ernährung war, werden heute eher eine Stoffwechselstabilisierung sowie eine Beeinflussung einzelner Organ- und Zellfunktionen angestrebt (Pharmakonutrition). Ein opti-

malen Ernährungsstatus ist daher ein wichtiger Faktor im Management von akuten Schlaganfallpatienten, da Mangelernährung zu einer höheren Mortalität, einer geringeren Selbstständigkeit, vermehrten Infektionen und einer längeren Krankenhausverweildauer führt [30]. Zum einen zeigte sich die PEG gegenüber der Nasensonde überlegen: Patienten mit PEG hatten ein höheres Gewicht, da die Einfuhr nicht unterbrochen werden musste – bspw. aufgrund von Verstopfungen, Fehllagen oder anderen Komplikationen, die bei NGS häufig auftreten [37]. Zum anderen hatten Patienten mit PEG einen insgesamt besseren Ernährungsstatus, was die Mortalität reduzierte [20]. Allerdings spiegeln die zur Einschätzung des Ernährungsstatus erhobenen Parameter (bspw. die Serumalbuminkonzentration) vermutlich eher den Erkrankungsschweregrad wider als den Ernährungszustand [30]. Andere Studien zeigten hingegen, dass 2–3 Wochen nach akutem Schlaganfall Patienten mit NGS einen besseren Ernährungsstatus hatten als solche mit PEG und es keinen Unterschied hinsichtlich der Mortalität gab [7]. Dennoch ist die Ernährung via NGS häufiger assoziiert mit Verstopfung und Fehllage, was den Ernährungsstatus der Patienten potenziell gefährden kann. Unabhängig vom Ernährungszustand und der Applikationsform wirkt sich eine frühe enterale Ernährung bei kritisch kranken Patienten generell prognostisch positiv aus im Vergleich zu einer hypokalorischen oralen Ernährung oder einem späten enteralen Ernährungsbeginn.

Nasogastric tubes: complications and effects on deglutition in patients with stroke

M.-D. Heidler

Abstract

Nasogastric tubes are often used in acute stroke patients for enteral nutrition, but they can lead to various complications, including delayed deglutition processes, a pathogenic oral and gastric flora, gastro-esophageal reflux disease, a deprivation of cough and swallowing reflex, chronic sinusitis or ulcerations of the post cricoid region. Tubes anaesthetize the apposed mucosa and therefore influence directly cortical swallowing areas which are responsible for volitional aspects of deglutition. If a nasogastric tube is well-placed it seems to be a satisfactory option for intermittent enteral feeding in the first 14 days after acute stroke to prevent malnutrition. If enteral nutrition is expected to take longer than 28 days an (always individual) decision concerning a PEG has to be reached.

Keywords: nasogastric tube, percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG), deglutition, stroke

Neurol Rehabil 2015; 21(2): 65–71

© Hippocampus Verlag 2015

Interventionsprobleme

Selten kann die NGS in den Respirationstrakt gelangen (mit lebensbedrohlichen Konsequenzen durch »aspiration by proxy«) oder in den Dünndarm und den Ösophagus – dies geschieht unter Umständen bei verwirrten und deliranten Patienten, die an der NGS manipulieren [33]. Untersuchungen zeigten, dass bei Patienten nach akutem Schlaganfall rund 60% der Nasensonden fehlplatziert sind [1]. Insgesamt ist die künstliche Ernährung via PEG im klinischen Alltag also assoziiert mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für Interventionsprobleme wie z. B. Nahrungsunterbrechung, Undichtigkeit oder Blockierung der Sonde, so dass sie als effektiver und sicherer im Vergleich zur NGS angesehen wird [17]. Eine PEG erleichtert nicht nur das Management von Malnutrition, Patienten mit PEG sind zudem in Pflegeheimen leichter zu versorgen als solche mit NGS [37], da eben Nasensonden häufiger verstopfen oder von den Patienten gezogen werden. Dies erfordert eine häufige Wiederanlage, die für den Patienten stressig und für das Personal zeitaufwendig ist [40].

Nasensondensyndrom

Eine NGS kann ein »nasogastric tube syndrome« verursachen mit der Symptomtrias pharyngealer Schmerz, Stridor und bilaterale Stimmlippenparese infolge von Läsionen der posterioren Krikoidregion, die für die Erweiterung der Glottis zuständig ist. Dies kann zu akuter Dyspnoe führen und eine Tracheotomie erforderlich machen [50]. Von Isozaki et al. (2005) wurden drei mögliche Entstehungsmechanismen der Schädigung des Musculus cricoarytaenoideus posterior beschrieben: ein muskulärer (durch nekrotisierende Myositis nach Ulzeration), ein vaskulärer (durch Ischämie infolge von Obstruktion der inferioren laryngealen Arterien) und ein neurogener (durch Atrophie aufgrund wiederholter Kompression des Kehlkopfnerfs durch die NGS) [23].

Pathogene Besiedlung

Es gibt starke Evidenz, dass Nasensonden (neben oralen, dentalen und systemischen Erkrankungen, Malnutrition und einem reduzierten Speichelfluss) verantwortlich sind für eine pathogene bakterielle Kolonisierung des oralen, pharyngealen und gastrischen Sekrets [18]. Eine infektiöse Flora aus gramnegativen Keimen, *Pseudomonas aeruginosa* und *Klebsiella pneumoniae* bildet sich bereits nach 24 Stunden entlang der NGS und zeigt eine erhöhte Resistenz gegenüber Antibiotika [28]. Zusätzlich zum Oropharynx ist bei Patienten mit NGS auch der Magen ein Reservoir an pathogenen Keimen (z. B. gramnegativen Bakterien und *Staphylococcus aureus*), die an der Sonde entlang in Richtung Oropharynx wandern und von dort aspiriert werden können [46]. Normalerweise kann eine pathogene oropharyngeale Besiedlung durch mechanische Reinigung (Husten- und Schluckreflex) verhindert werden – bei Patienten mit NGS sind diese protektiven Mechanismen jedoch eingeschränkt [32], was die Entstehung einer Pneumonie begünstigt (siehe weiter unten zur Deprivation der Reflexe).

Gastro-ösophagealer Reflux

Nasensonden können einen gastro-ösophagealen Reflux verursachen, da sie den Verschluss des unteren Ösophagusphinkters behindern. In der Folge kann bakteriell kontaminierter Mageninhalt entlang der Nasensonde in den Oropharynx und von dort durch Mikroaspiration in die Atemwege gelangen [15]. Vor allem die Applikationsgeschwindigkeit scheint dabei eine bedeutsame Rolle zu spielen: Eine Studie mit Manometrie des unteren Ösophagusphinkters zeigte, dass vor allem eine rasche Bolusapplikation zu einer signifikanten refluxfördernden Drucksenkung führt [6], so dass eine kontinuierliche Applikation vorzuziehen ist. Eine NGS kann zudem Brechreiz triggern und ist gleichzeitig Schiene für das Erbrechen [52].

Komplikationen durch Anlage und Liegedauer

Während bei PEG-Sonden Komplikationen vor allem während ihrer Anlage auftreten, nehmen sie bei NGS mit der Dauer ihrer Anwendung zu: So können Nasensonden bei längerer Liegezeit zu Druckulzera in Nase, Pharynx und am Zungengrund, zu pharyngealen Schmerzen, Ösophagitis, Irritationen des unteren Ösophagusphinkters, Nasennebenhöhleninfektionen, Kehlkopfentzündungen, Granulationen, Muskelläsionen sowie Aspirationspneumonie führen [2, 4]. Weitere (allerdings seltene) Komplikationen sind Hypoxämien während der NGS-Anlage, was bereits bestehende zerebrale Läsionen symptomatisch verstärken kann. Zu Sauerstoffmangel kann es kommen, wenn die Anlage länger dauert, kompliziert ist, eine Sedierung erfordert [43] oder eine COPD besteht [5]. Selten kann die Anlage einer NGS auch zu einer traumatischen Stimmlippenparese führen [22]. Die meisten Komplikationen entstehen jedoch bei einer län-

geren Liegezeit und können durch ein entsprechendes Management zumindest abgeschwächt werden – bspw. Irritationen und Entzündungen durch die Verwendung dünner und flexibler Nasensonden, Fehlplatzierung durch endoskopische Kontrolle oder Diarrhoen durch langsame und kontinuierliche Bolusgaben [3].

Obwohl die Anlage einer PEG ein relativ sicheres Verfahren ist, gibt es auch hier potenzielle Komplikationen. Zu diesen gehören solche direkt während der Anlage (z. B. kardiopulmonale Probleme durch die erforderliche Sedierung, ösophageale Perforationen oder intra- und retroperitoneale Blutungen), Komplikationen unmittelbar nach der Anlage (Wundinfektionen, Ulzerationen, Ösophagitis, Schmerzen, Abszesse, Erbrechen oder Diarrhoe) und Spätkomplikationen (>14 Tage nach Anlage), z. B. ein Verstopfen der Sonde oder Gastroparese [16, 44].

Aktuelle Studiendaten zur Auswirkung von Nasensonden auf Schluckfunktionen

Die Studiendaten über den direkten Einfluss von Nasensonden auf Deglutitionsprozesse sind widersprüchlich und reichen von keinen Auswirkungen bei korrekter Sondenlage [13] bis hin zu einer deutlich erhöhten Aspirationsgefahr mit konsekutiver Pneumonie, was zur vermehrten Gabe von Antibiotika, einem längeren Krankenhausaufenthalt und einem höheren Mortalitätsrisiko führt [45].

Keine funktionellen Auswirkungen

In einigen Studien konnten *keine* nennenswerten Einschränkungen durch eine liegende NGS auf Schluckfunktionen nachgewiesen werden, bspw. im Hinblick auf velopharyngealen Abschluss, pharyngeale Kontraktion, Schluckreflextriggerung, Penetration, Aspiration oder Epiglottisfunktion [14, 27, 51]. Dziejew et al. (2008) zeigten, dass eine korrekt platzierte NGS bei Patienten mit neurogener Dysphagie kaum einen Einfluss auf Schluckfunktionen hat (vor allem hinsichtlich Penetration und Aspiration), während inkorrekt platzierte NGS zu vermehrten prä-, intra- und postdeglutitiven Penetrationen führen [13]. Vor allem solche Dislokationen, bei denen die NGS sich im Oropharynx oder Hypopharynx windet und den laryngealen Vorraum kreuzt, erhöhen das Penetrationsrisiko, während eine korrekte Lage der NGS lateral entlang der Pharyngealwand oder medial mit variablem Kontakt zu den Aryknorpeln kaum schluckmechanische Auswirkungen hat (vgl. Abb. 1).

Verlangsamung von Schluckprozessen

In anderen Studien zeigte sich eine signifikante Verzögerung einzelner Schluckfunktionen durch NGS, z.B. in der pharyngealen Bolustransitzeit oder in der Öffnung des oberen Ösophagus sphinkters [21, 42]. Huggins et al. (1999) untersuchten den Einfluss von Nasensonden verschiedener Größen und Längen auf die Schluckfunktion

	Vorteile	Nachteile
Orale Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • natürlicher Weg der Nahrungsaufnahme • soziale Bedeutung gemeinsamer Mahlzeiten • Schlucktherapie möglich • beste Akzeptanz beim Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirationsgefahr • Fatigue der Schluckmuskulatur
NGS	<ul style="list-style-type: none"> • relativ einfach zu applizieren • keine Warteliste 	<ul style="list-style-type: none"> • lokale Irritationen (vor allem pharyngeal und ösophageal) • leicht durch Patienten zu entfernen (problematisch vor allem bei desorientierten und deliranten Patienten) • unangenehm für den Patienten • negative Auswirkungen auf Schluckfunktionen • häufige Fehllagen • rasche pathogene bakterielle Kolonisierung • gastro-ösophagealer Reflux • Nasensondensyndrom
PEG	<ul style="list-style-type: none"> • keine längerwährende pharyngeale und ösophageale Irritation • Schlucktherapie gut möglich • gute soziale Akzeptanz, da nicht sichtbar 	<ul style="list-style-type: none"> • operativer Eingriff mit Früh- und Spätkomplikationen • Warteliste • eventuell schwer zu erneuern

Tab. 1: Ernährungsmöglichkeiten bei Patienten mit neurogener Dysphagie [13, 15, 16, 18, 50]

bei 10 jungen Erwachsenen mittels Videofluoroskopie. Es zeigte sich, dass NGS den Schluckprozess verlangsamten, ihn aber nicht im Hinblick auf pharyngeale und laryngeale Reinigungsfunktionen veränderten. Eine breite und lange Nasensonde führte zu signifikanten zeitlichen Veränderungen bei verschiedenen Schluckmaßnahmen, bspw. zu einer verfrühten pharyngealen Schluckreaktion (die vermutlich durch eine Stimulation



Abb. 1: Korrekt platzierte Nasensonde lateral entlang der Pharyxwand

der Pharynxwand durch die Sonde ausgelöst wird), zu einer verlangsamten pharyngealen Bolustransitzeit und zu einer verzögerten Öffnung des oberen Ösophagusphinkters [21]. Ähnliche Trends wurden bei schmalen und kürzeren Nasensonden beobachtet.

Deprivation von Husten- und Schluckreflex

Mamun & Lim (2005) zeigten, dass eine NGS sowohl Husten- als auch Schluckreflex erheblich reduzieren kann, was wiederum das Risiko für Aspiration und Pneumonie erhöht [32]. Nakajoh et al. (2000) untersuchten die Beziehung zwischen dem Vorkommen von Pneumonien und dem Status von Husten- und Schluckreflex bei Patienten nach Schlaganfall und NGS: Hochrisikogruppe für die Entwicklung einer Pneumonie waren bettlägerige Patienten, die via nasogastrale Sonde ernährt wurden [36]. Eine liegende NGS desensibilisiert dabei vor allem die Schleimhaut der Rachenhinterwand, wodurch eine Dysphagie mit potenzieller Aspiration verstärkt und aufrechterhalten wird [24]. Diese anästhetisierende Wirkung beeinflusst direkt kortikale Schluckareale, die für willentliche Deglutitionsaspekte zuständig sind – im Gegensatz zu Hirnstammarealen, die reflektorische Prozesse steuern [19]. Studien zeigten, dass bereits eine kurzzeitige oropharyngeale Sensibilitätsminderung bei gesunden Probanden zu einer sofortigen Minderaktivierung des primären sensorischen und motorischen Kortex führt mit negativen Auswirkungen auf Schluckgeschwindigkeit und Bolusvolumen [48]. Es ist zu vermuten, dass die NGS auch bei adäquater Platzierung und vor allem nach längerer Liegezeit zu einer deutlichen Sensibilitätsbeeinträchtigung führt, die das Aspirationsrisiko ansteigen lässt.

Weitere Faktoren, die das Aspirationsrisiko erhöhen

Robbins et al. (1992) untersuchten via Manometer bei gesunden Erwachsenen, wie sich Nasensonden auf die Druckverhältnisse im Pharynx auswirken, und fanden Verzögerungen in der Hyoid-Hebung und bei der Öffnung des oberen Ösophagusphinkters, was die Gefahr von prä- und postdeglutitiver Penetration und Aspiration erhöhte und somit auch das Pneumonierisiko ansteigen ließ [42]. Allerdings scheint die Sondenernährung selbst (unabhängig von der Applikationsform) ein Risikofaktor zur Entstehung einer Pneumonie zu sein – möglicherweise aufgrund einer verringerten Speichelproduktion, bakterieller Kolonisierung in Kombination mit vernachlässigter Mundpflege und Mikroaspiration [26]. Da die Speichelproduktion vor allem durch das Kauen und Schmecken von Nahrung stimuliert wird, führt eine länger währende ausschließlich enterale Ernährung dazu, dass weniger Speichel produziert wird. Zudem verändern sich sowohl die Speichelzusammensetzung (der Speichel ist mit mehr pathogenen Keimen belastet) als auch die Speichelkonsistenz: Wird der Speichel dickflüssiger, kann er schlechter abgeschluckt werden und

begünstigt möglicherweise wiederum Mikroaspiration [26, 29]. Daneben könnten bei Patienten mit NGS noch weitere Mechanismen zu Aspiration führen, bspw.

- ein Verlust der anatomischen Integrität des oberen und unteren Ösophagusphinkters, der zum Anstieg in der Frequenz transienter Relaxationen des unteren Ösophagusphinkters führt und einen Reflux verursachen kann,
- eine Zunahme der pharyngealen Sekretion durch gastro-ösophagealen Reflux,
- häufiges Erbrechen durch Sondenintoleranz [34] sowie
- eine Deprivation des pharyngo-glottalen Adduktionsreflexes [49].

Problematisch ist, dass sowohl Regurgitation als auch Aspiration meistens still verlaufen und sich unspezifisch äußern können als Tachypnoe, Tachykardie, Hypoxie, Hyperkapnie oder respiratorische Azidose [3]. Nasensonden sind bei Schlaganfallpatienten mit Dysphagie demnach nicht zur Prävention von Aspiration geeignet, wie Mamun & Lim (2005) vorschlugen [32], sondern können ihrerseits das Aspirationsrisiko sogar erhöhen [11]. Gerade Patienten mit einer neurogenen Schluckstörung in der oralen oder pharyngealen Phase, bei denen funktionelle Dysphagietherapie indiziert ist, sollten daher nicht für einen längeren Zeitraum mit einer NGS versorgt werden, da diese zur Deprivation von Husten- und Schluckreflex führen kann und bei Fehlfrage die Geschwindigkeit physiologischer Schluckfunktionen reduzieren und das Aspirationsrisiko erhöhen kann – all das tut eine PEG nicht.

Wann sollte eine PEG-Anlage erfolgen?

Die Anlage einer PEG ist ein sicherer und relativ komplikationsarmer Eingriff [35], wenn er mit modernem Equipment und etablierten Standards durchgeführt wird [16, 31]. Wie oben erwähnt, zeigen diverse Studien und Metaanalysen, dass es nach PEG-Anlage zu deutlich weniger Interventionsproblemen kommt als bei liegenden Nasensonden (unabhängig von der Grunderkrankung des Patienten). Einen Unterschied im Hinblick auf die Mortalität gibt es nicht [17], und lediglich *eine* Studie zeigte ein schlechteres Outcome nach sechs Monaten von Schlaganfallpatienten, die eine PEG sehr früh (in den ersten 14 Tagen nach dem Akutereignis) angelegt bekamen [8]. Ansonsten war die PEG in allen Studien der NGS hinsichtlich schädlicher Interventionseffekte überlegen [17].

Indikationen und Anlagezeitpunkt

Die Anlage einer PEG wird empfohlen, wenn ein Patient länger als vier Wochen via Sonde ernährt werden muss [41]. Zunächst sollte der Patient mittels NGS ernährt werden und frühestens 2–4 Wochen nach dem Akutereignis eine PEG erhalten, wenn eine langfristige orale Nah-

rungskarenz zu erwarten ist [38]. Dies kann z.B. bei einer schweren neurogenen Dysphagie der Fall sein; eine PEG kann hier die Schlucktherapie erleichtern und nach erfolgreicher Oralisierung komplikationsarm wieder entfernt werden. Außer nach bilateralen und Hirnstamminfarkten bilden sich neurogene Dysphagien allerdings oft innerhalb von zwei Wochen nach dem Akutereignis zurück, so dass hier die Indikation zur PEG täglich neu zu prüfen ist [16]. Eine PEG ist bei Schlaganfallpatienten zudem immer dann indiziert, wenn eine NGS nicht gelegt werden kann. Dies kann der Fall sein bei ösophagealen und anderen anatomischen Anomalien [39] oder aus anderen Ursachen, z. B. bei Vigilanzminderung, bukkofazialer Apraxie oder linguale Dyskoordination [12]. Auch motorische Unruhe oder delirante Zustände können die sofortige Anlage einer PEG erforderlich machen, da diese besser „versteckt“ werden kann, so dass an ihr weniger manipuliert wird und das Ernährungsmanagement nicht unterbrochen werden muss [9].

Nahrungsupplikation

Ist eine erforderliche Nahrungskarenz (>28 d) abzusehen, spricht auch für eine relativ zügige PEG-Anlage, dass der Nahrungsaufbau leichter und komplikationsärmer als durch eine NGS erfolgen kann: Bei der Nahrungsaufnahme gelangen normalerweise kleine Portionen in den Magen, in dem eine erste enzymatische Aufbereitung erfolgt, die durch Geruch und Bewusstheit beim Essen aktiviert wird. Diese fallen bei der Sondenernährung weg, so dass der Nahrungsaufbau langsam erfolgen sollte. Zudem weist das Verdauungssystem bei Erkrankten häufig eine verminderte Resorptionsleistung auf, so dass nur kleine Nahrungsmengen bei kontinuierlicher Zufuhr vertragen werden, was durch eine PEG deutlich besser zu erreichen ist als durch eine NGS. Zu große und zu schnell applizierte Boli können zu Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe führen [53]. Vor allem bei beatmeten neurologischen Patienten sollte die Entscheidung für eine PEG rasch fallen, da eine NGS mit einer höheren Rate beatmungsassoziierter Pneumonien verbunden ist [25] und unmittelbar nach PEG-Anlage der gastro-ösophageale Reflux abnimmt, während er bei Patienten mit NGS persistiert und mit längerer Liegedauer der NGS zunimmt [10].

Rehabilitationoutcome

Die Vermeidung von Malnutrition scheint für das Outcome im Rehabilitationsprozess sehr bedeutsam zu sein. Die Vorteile der PEG bestehen hier unter anderem in einer kontinuierlichen Ernährung, die auch zu einem besseren physischen Status führt, zudem kann eine Schlucktherapie besser appliziert werden. Annoni et al. (1998) beschrieben in einem Fallbericht sechs schwer betroffene chronisch-neurologische Patienten mit schwerer neurogener Dysphagie (Schädel-Hirn-Trauma n=3, Multiple Sklerose n=2 und Hypoxie n=1). Von

diesen Patienten hatten vier nach Anlage einer PEG im Follow up weniger medizinische Komplikationen (z.B. Dekubiti); drei Patienten zeigten deutlich verbesserte Schluck- und Stimmfunktionen. Bei fast allen Patienten verbesserten sich oropharyngeale und psychomotorische Funktionen (Vigilanz, Daueraufmerksamkeit und motorische Kontrolle), wobei die Patienten mit Multipler Sklerose am meisten profitierten, die Schädel-Hirn-Trauma-Patienten am wenigsten. Keine Verbesserungen zeigten sich bei den kognitiv schwer betroffenen Patienten, was die Bedeutung von Kognition, Wachheit und Aufmerksamkeitsspanne auf aktive oropharyngeale Funktionen widerspiegeln könnte [2], die nach Schlaganfall ebenfalls häufig beeinträchtigt sind.

Zusammenfassung und Konsequenzen

Dysphagien nach akutem Schlaganfall haben unterschiedlichste Ursachen – bspw. eine beeinträchtigte orale Vorbereitungs- und Transportphase durch Apraxie oder kognitive Beeinträchtigungen (wie Störungen in der Aufmerksamkeitsintensität) oder eine defizitäre pharyngeale Phase durch sensomotorische Störungen. Hinzu kommen mögliche lokale Veränderungen durch eine liegende NGS – bspw. Mundtrockenheit oder Druck der NGS auf die Pharynxwand mit anschließender Irritation der sensorischen Rezeptoren, die sensibel für verschiedene Nahrungskonsistenzen sind und deren Empfindlichkeit ein Fremdkörper verändern kann [2].

Die möglichen Komplikationen liegender nasogastraler Sonden sind zahlreich und reichen von einem schlechteren Ernährungsstatus über Pneumonien durch eine pathogene Mundflora [29] bis hin zu Läsionen der Nasenflügel, chronischer Sinusitis, Ulzerationen der posterioren Krikoidregion und gastro-ösophagealem Reflux. Vor allem der Reflux von Sondenkost ist eine häufig mit Aspiration verbundene Komplikation einer liegenden NGS, da die Sonde ein permanentes Offenhalten des Mageneingangs und des unteren Ösophagus sphinkters bewirkt; Aspiration wiederum ist eine der häufigsten Ursachen für nosokomiale Pneumonien, die wiederum zu einer vermehrten Gabe von Antibiotika, einem längeren Krankenhausaufenthalt und einem höheren Mortalitätsrisiko führen [45]. Zudem sehen Nasensonden unästhetisch aus, erfordern einen hohen Personalaufwand für das Anlegen sowie die häufige Kontrolle der korrekten Lage [40] und werden im klinischen Alltag häufig von den Patienten gezogen, was ein indirekter Indikator dafür ist, dass sie die Patienten massiv zu stören scheinen. Jede Manipulation an der NGS würde theoretisch eine radiologische oder endoskopische Kontrolle ihrer korrekten Lage erfordern, was jedoch weder zeitökonomisch noch für den Patienten zumutbar wäre. Berücksichtigt man, dass es bei 60 % der Patienten nach akutem Schlaganfall zu Dislokationen kommt [1], scheint eine NGS vor allem bei mobilen und

verwirrten neurologischen Patienten keine kostengünstige und für den Patienten gut tolerierbare Ernährungsmöglichkeit zu sein.

Die zahlreichen Komplikationen sprechen dafür, eine NGS nicht längerfristig (>28 d) liegen zu lassen. Zudem ist fraglich, ob eine Dysphagietherapie bei liegender NGS überhaupt effektiv und sinnvoll ist, wenn stets die Gefahr einer Deplatzierung (z.B. durch kompensatorische Kopfbewegungen) oder Aspiration pathogener Keime (im Rahmen des Esstrainings) besteht.

Wenn eine Nasensonde richtig liegt, ist sie eine gute Option der vorübergehenden künstlichen Ernährung zur Vermeidung von Malnutrition in den ersten zwei Wochen nach Schlaganfall, in denen eine Remission der Schluckstörung erwartet und die Entscheidung für oder gegen eine PEG noch nicht gefällt werden kann. Ist eine enterale Ernährung voraussichtlich länger als 28 Tage erforderlich, sollte in einer klinisch stabilen Phase eine PEG angelegt werden [30]. Allerdings sollte es sich stets um eine Einzelfallentscheidung handeln, um z. B. einen mutmaßlichen oder geäußerten Patientenwillen (u. a. ethische Aspekte) berücksichtigen zu können.

Die Vorteile einer PEG im Vergleich zur NGS auf oropharyngeale Funktionen könnten darin begründet sein, dass keine pharyngeale Irritation stattfindet. Die Vorzüge im Hinblick auf die allgemeine Besserung (Psychomotorik) könnten ihre Ursache darin haben, dass sich soziale Aktivitäten mit einer PEG erhöhen, Infekte besser kontrolliert werden können und der Patient dadurch besser an Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen kann (z.B. da über eine PEG Nahrung auch nachts appliziert werden kann im Gegensatz zu einer NGS, die tagsüber zeitaufwendiger ist, da nachts die Aspirationsgefahr steigt). Zudem könnte eine bessere Ernährungsmöglichkeit gute Langzeiteffekte auf Hirnfunktionen haben [2].

Literatur

- Anderson MR, O'Connor M, Mayer P, O'Mahony D, Woodward J, Kane K. The nasal loop provides an alternative to percutaneous endoscopic gastrostomy in high-risk dysphagic stroke patients. *Clin Nutr* 2004; 23: 501-506.
- Annoni JM, Vuagnat H, Frischknecht R, Uebelhart D. Percutaneous endoscopic gastrostomy in neurological rehabilitation: a report of six cases. *Disabil Rehabil* 1998; 20: 308-314.
- Bastow MD. Complications of enteral nutrition. *Gut* 1986; 27: 51-55.
- Benya R, Mobarhan S. Enteral alimentation: administration and complications. *J Am Coll Nutr* 1991; 10: 209-219.
- Brandstetter RD, Zakkay Y, Gutherz P, Goldberg RJ. Effect of nasogastric feedings on arterial oxygen tension in patients with symptomatic chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung* 1988; 17: 170-172.
- Coben RM, Weintraub A, DiMarino AJ Jr, Cohen S. Gastroesophageal reflux during gastrostomy feeding. *Gastroenterology* 1994; 106: 13-18.
- Dennis M, Lewis S, Cranswick G, Forbes J. On behalf of the FOOD Trial Collaboration. FOOD: a multi-centre randomised trial evaluating feeding policies in patients admitted to hospital with a recent stroke. *Health Technol Assess* 2006; 10: 1-120.
- Dennis MS, Lewis SC, Warlow C, FOOD Trial Cooperation. Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic patients (FOOD): a multicentre randomized controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 764-772.
- Dennis M. Nutrition after stroke. *Br Med Bull* 2000; 56: 466-475.
- Douzinas EE, Tsapalos A, Dimitrakopoulos A, Diamanti-Kandarakis E, Rapidis AD, Roussos C. Effect of percutaneous endoscopic gastrostomy on gastro-esophageal reflux in mechanically-ventilated patients. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 114-118.
- Dziewas R, Ritter M, Schilling M, Konrad C, Oelenberg S, Nabavi DG, Stögbauer F, Ringelstein EB, Lüdemann P. Pneumonia in acute stroke patients fed by nasogastric tube. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75: 852-856.
- Dziewas R, Schilling M, Konrad C, Stögbauer F, Lüdemann P. Placing nasogastric tubes in stroke patients with dysphagia. efficiency and tolerability of the reflex placement. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 1429-1431.
- Dziewas R, Warnecke T, Hamacher C, Oelenberg S, Teismann I, Kraemer C, Ritter M, Ringelstein EB, Schaebitz WR. Do nasogastric tubes worsen dysphagia in patients with acute stroke? *BMC Neurology* 2008; 8: 28.
- Fattal M, Suiter DM, Warner HL, Leder SB. Effect of presence/absence of a nasogastric tube in the same person on incidence of aspiration. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2011; 145: 796-800.
- Ferrer M, Bauer TT, Torres A, Hernández C, Pira C. Effect of nasogastric tube size on gastroesophageal reflux and microaspiration in intubated patients. *Ann Intern Med* 1999; 130: 991-994.
- Fertl E, Steinhoff N, Schöll R, Pötzi R, Doppelbauer A, Müller C, Auff E. Transient and long-term feeding by means of percutaneous endoscopic gastrostomy in neurological rehabilitation. *Eur Neurol* 1998; 40: 27-30.
- Gomes CA Jr, Lustosa SA, Matos D, Andriolo RB, Waisberg DR, Waisberg J. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 3: CD008096.
- Gomes GF, Pisani JC, Macedo ED, Campos AC. The nasogastric feeding tube as a risk factor for aspiration and aspiration pneumonia. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2003; 6: 327-333.
- Hamdy S, Mikulis DJ, Crawley A, Xue S, Lau H, Henry S, Diamant NE. Cortical activation during human volitional swallowing: an event-related fMRI study. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 1999; 277: G219-G225.
- Hamidon BB, Abdullah SA, Zawawi MF, Sukumar N, Aminuddin A, Raymond AA. A prospective comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding in patients with acute dysphagic stroke. *Med J Malaysia* 2006; 61: 59-66.
- Huggins PS, Tuomi SK, Young C. Effects of nasogastric tubes on the young, normal swallowing mechanism. *Dysphagia* 1999; 14: 157-161.
- Ibuki T, Ando N, Tanaka Y. Vocal cord paralysis associated with difficult gastric tube insertion. *Can J Anaesth* 1994; 41: 431-434.
- Isozaki E, Tobisawa S, Naito R, Mizutani T, Hayashi H. A variant form of nasogastric tube syndrome. *Intern Med* 2005; 44: 1286-1290.
- Koenig E, Mertl-Rötzer M. Rehabilitation auf der Intensivstation. In: Nelles G (Hrsg.): *Neurologische Rehabilitation*. Stuttgart: Thieme 2004, 331-338.
- Kostadima E, Kaditis AG, Alexopoulos EI, Zakyntinos E, Sfyra D. Early gastrostomy reduces the rate of ventilator-associated pneumonia in stroke or head injury patients. *Eur Resp J* 2005; 26: 106-111.
- Langmore SE. Issues in the management of dysphagia. *Folia Phoniatr Logop* 1999; 51: 220-230.
- Leder SB, Suiter DM. Effect of nasogastric tubes on incidence of aspiration. *Arch Phys Med Rehabil* 2008; 89: 648-651.
- Leibovitz A, Baumohl Y, Steinberg D, Segal R. Biodynamics

- of biofilm formation on nasogastric tubes in elderly patients. *IMAJ* 2005; 7: 428-430.
29. Leibovitz A, Plotnikov G, Habot B, Rosenberg M, Wolf A, Nagler R, Graf E, Segal R. Saliva secretion and oral flora in prolonged nasogastric tube-fed elderly patients. *IMAJ* 2003; 5: 329-332.
 30. Leischker, AH. Enterale Ernährung bei Patienten mit Schlaganfall. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/073-017_S3_Enterale_Ernaehrung_bei_Patienten_mit_Schlaganfall_Leitlinie_08-2007_08-2010_01.pdf
 31. Löser C, Aschl G, Hébuteme X, Mathus-Vliegen EM, Muscaritoli M, Niv Y, Rollins H, Singer P, Skelly RH. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition: percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Clin Nutr* 2005; 24: 848-861.
 32. Mamun K, Lim J. Role of nasogastric tube in preventing aspiration pneumonia in patients with dysphagia. *Singapore Med J* 2005; 46: 627-631.
 33. Metheny NA. Preventing respiratory complications of tube feedings: evidence-based practise. *Am J Crit Care* 2006; 15: 360-369.
 34. Mizock BA. Risk of aspiration in patients on enteral nutrition: frequency, relevance, relation to pneumonia, risk factors, and strategies for risk reduction. *Curr Gastroenterol Rep* 2007; 9: 338-344.
 35. Moran BJ, Frost RA. Percutaneous endoscopic gastrostomy in 41 patients: indications and clinical out-come. *J R Soc Med* 1992; 85: 320-321.
 36. Nakajoh K, Nakagawa T, Sekizawa K, Matsui T, Arai H, Sasaki H. Relation between incidence of pneumonia and protective reflexes in post-stroke patients with oral or tube feeding. *J Intern Med* 2000; 247: 39-42.
 37. Norton B, Homer-Ward M, Donnelly MT, Long RG, Holmes GKT. A randomised prospective comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding after acute dysphagic stroke. *BMJ* 1996; 312: 13-16.
 38. Nowak DA, Linden R, Riecker A. Schluckstörungen nach Schlaganfall. Pragmatisches Vorgehen in der Frührehabilitation. *Akt Neurol* 2013; 40: 85-89.
 39. Panos MZ, Reilly H, Moran A, Reilly T, Wallis PJW, Wears R, Chesner IM. Percutaneous endoscopic gastrostomy in a general hospital: prospective evaluation of indications, outcome, and randomised comparison of two tube designs. *Gut* 1994; 35: 1551-1556.
 40. Park RHR, Allison MC, Lang J, Spence E, Morris AJ, Danesh BJZ, Russel RI, Mills PR. Randomised comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding in patients with persisting neurological dysphagia. *BMJ* 1992; 304: 1406-1409.
 41. Probst A, Messmann H. Sonden. In: Haverkamp W, Herth F, Messmann H (Hrsg.): *Internistische Intensivmedizin: Methoden-Diagnose-Therapie*. Stuttgart: Thieme 2009, 482-485.
 42. Robbins J, Hamilton JW, Lof GL, Kempster GB. Oropharyngeal swallowing in normal adults of different ages. *Gastroenterology* 1992; 103: 823-829.
 43. Rowat A, Wardlaw J, Dennis M. Changes in arterial oxygen saturation before and after enteral feeding tube insertion in dysphagic stroke patients. *Age and Ageing* 2004; 33: 42-45.
 44. Schrag SP, Sharma R, Jaik NP, Seamon MJ, Lukaszczyk JJ, Martin ND, Hoey BA, Stawicki SP. Complications related to percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes. A comprehensive clinical review. *J Gastrointest Liver Dis* 2007; 16: 407-418.
 45. Scolapio JS. Decreasing aspiration risk with enteral feeding. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2007; 17: 711-716.
 46. Segal R, Pogoreliuk I, Dan M, Baumoehl Y, Leibovitz A. Gastric microbiota in elderly patients fed via nasogastric tubes for prolonged periods. *J Hosp Infect* 2006; 63: 79-83.
 47. Smithard DG, O'Neill PA, England RE, Park CL, Wyatt R, Martin DF, Morris J. The natural history of dysphagia following a stroke. *Dysphagia* 1997; 12: 188-193.
 48. Teismann IK, Steinstraeter O, Stoeckigt K, Suntrup S, Wollbrink A, Pantev C, Dziewas R. Functional oropharyngeal sensory disruption interferes with the cortical control of swallowing. *BMC Neurosci* 2007; 8: 62.
 49. Teramoto S. The causes of aspiration pneumonia in mechanically ventilated patients: a possible pathological link with upper airway bacterial colonization. *Br J Anaesth* 2000; 84: 694.
 50. Vielva del Campo B, Moráis Pérez D, Saldaña Garrido D. Nasogastric tube syndrome: a case report. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2010; 61: 85-86.
 51. Wang TG, Wu MC, Chang YC, Hsiao TY, Lien IN. The effect of nasogastric tubes on swallowing function in persons with dysphagia following stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2006; 87: 1270-1273.
 52. Wedel-Parlow FK von, Gehring K, Kutzner M. Neurologische Frührehabilitation. In: Frommelt P, Lösslein H (Hrsg.): *NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams*. Berlin: Springer 2010, 501-556.
 53. zur Horst-Meyer AK, Adolphsen J, Dohle C. Praxisnahe Entscheidungshilfen zur Einleitung einer Ernährungstherapie in der neurologischen Rehabilitation. *Neurol Rehabil* 2012; 18: 223-228.

Interessenvermerk

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Maria-Dorothea Heidler
 Brandenburg Klinik, NRZ (N1)
 Johann-Strauß-Str. 4
 16321 Bernau
 E-Mail: heidler@brandenburgklinik.de

Dysarthrie aus der Patientenperspektive

Neurol Rehabil 2015; 21 (2): 72–76
Hippocampus Verlag 2015

K. Nolte, H. Grötzbach¹

Zusammenfassung

Die Integration subjektiver Patienteneinschätzungen in die logopädische Anamnese und Diagnostik bei Patienten mit einer Dysarthrie wird aufgrund einer ganzheitlichen und ressourcenorientierten Betrachtungsweise immer bedeutender. Die subjektiven Einschätzungen sind jedoch hochindividuell und müssen nicht in Relation zum Schweregrad der dysarthrischen Störung stehen. Überdies ist über die Einschätzungen nur wenig bekannt. In einer Befragung von zehn Patienten mit einer Dysarthrie wurden Informationen über subjektiv erlebte kommunikative Ressourcen und Beeinträchtigungen in den ICF-Komponenten Aktivität und Partizipation aufgrund einer Dysarthrie erhoben. Die Ergebnisse der Befragung spiegeln die Heterogenität des Störungsbilds Dysarthrie wider. Die subjektiv empfundenen Ressourcen und Belastungen variierten stark. Um trotz der Variation verlässliche Angaben zu erhalten, wurde ein Selbsteinschätzungsbogen für Patienten mit einer Dysarthrie entwickelt und einer Prätistung unterzogen. Nach ersten Ergebnissen eignet sich der Selbsteinschätzungsbogen zur Erfassung kommunikativer Beeinträchtigungen und Ressourcen von Personen mit einer Dysarthrie.

¹ Asklepios Klinik Schaufling,
Abteilung Sprachtherapie

Schlüsselwörter: Dysarthrie, Patientenperspektive, Aktivität und Partizipation, Selbsteinschätzung

Einleitung

Die Dysarthrie ist eine neurologisch bedingte Kommunikationsstörung, durch die – je nach Ausprägungsgrad – unterschiedlich starke Schwierigkeiten in der Ausführung von Sprechbewegungen verursacht werden [25]. Dadurch kommt es zu Verständlichkeitsminderungen und zu Problemen in Unterhaltungen. In welchem Ausmaß dies als Belastung empfunden wird und welche Auswirkungen die Dysarthrie auf die Teilhabe im Alltag hat, ist individuell und steht nicht in Relation zum Schweregrad der Störung [10]. In der logopädischen Diagnostik können funktionelle Beeinträchtigungen des Sprechens mithilfe vorhandener Instrumente gut erfasst werden [17]. Sie erlauben jedoch »keine linearen Ableitungen für die Therapieplanung. [...] Für die Definition von Therapiezielen gilt es herauszufinden, wie die Sprechstörung und deren Auswirkung individuell interpretiert werden.« [10]. Die Erfassung aktivitäts- und partizipationsbezogener Aspekte stellt damit eine wichtige Grundlage für die Therapieplanung dar. Auf diese Weise wird »eine erweiterte Sicht in Richtung der tatsächlichen Bedingungen und Bedürfnisse im Alltag des Einzelnen« [13] ermöglicht.

Zur Erfassung der Auswirkung einer Dysarthrie auf die Aktivitäten und die Partizipation von Betroffenen liegt im deutschsprachigen Raum bislang kein Instrument vor. Informationen über die erlebten Einschränkungen sowie über den Einsatz von Kompensationsstrategien und nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten sowie über mögliche Veränderungen im Gesprächsverhalten sind für die ganzheitliche Betrachtung der Störung allerdings unentbehrlich.

Forschungsstand

Ein Blick in den angloamerikanischen Sprachraum zeigt, dass eine Reihe von Studien zur Sprechverständlichkeit und kommunikativen Teilhabe bei Dysarthrie vorliegt. Sie geben Hinweise auf die Schwierigkeiten, Kompensationsstrategien und problematischen Situationen, die sich aus einer Dysarthrie im Alltag ergeben können [5, 6, 20, 7, 23, 12, 21, 2, 3, 24]. Im englischen Sprachraum sind auch Messinstrumente zur Erfassung der kommunikativen Teilhabe und der Einschränkungen im Alltag aufgrund einer Dysarthrie vorhanden [1, 19, 22, 4, 14, 8, 15, 18]. Sie sind oft mehrdimensional konstruiert und schließen funktionale oder sprachsystematische Aspekte mit ein. Im deutschen Sprachraum existieren solche Instrumente bislang nicht. Es gibt lediglich eine qualitative Studie, die die Ergebnisse der englischen Untersuchungen bestätigt [11]. So ergeben sich als Folge einer Dysarthrie ein vermehrter Einsatz von nonverbaler Kommunikation, mehr Passivität und eine Vermeidung im Gesprächsverhalten. Außerdem ändern sich Aspekte wie Gesprächslänge, -inhalte und -tempo. Unterhaltungen werden schließlich auch durch den Bekanntheitsgrad

Situationen	Einflussfaktoren	Gesprächsverhalten
Telefon	Redelänge	Einsatz nonverbaler Kommunikation
Fremdkontakte und Kontaktaufnahme	Diskussionen Stress und Aufregung	Passivität
Freunde und soziales Umfeld	Emotionen	Kompensation
Ehepartner	Gesprächspartner	Vermeidungsverhalten
Gruppen	Müdigkeit und körperliche Verfassung	
Beruf		
Arztbesuch		

Tab. 1: Alltagssituationen und Einflussfaktoren

eines Gesprächspartners und die Umgebungslautstärke beeinflusst. Gespräche am Telefon oder in Gruppen werden als besonders herausfordernd erlebt [17]. Eine Übersicht von beeinflussenden Faktoren, bedeutenden Sprechsituationen und Veränderungen im Gesprächsverhalten gibt **Tabelle 1**.

Um weitere Informationen über die Empfindungen und Bedürfnisse von Patienten mit einer Dysarthrie zu erhalten, wurde eine Befragung durchgeführt. Die Ziele der Befragung waren, die Veränderungen im Gesprächsverhalten sowie die positiven und negativen Einflussfaktoren auf Unterhaltungen zu erheben.

Methodik

In der qualitativen Studie wurden zehn problemzentrierte und leitfadengestützte Interviews mit Patienten mit einer Dysarthrie durchgeführt. Die Auswertung erfolgte anschließend mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [16].

Stichprobe

Für die Interviewbefragung wurden zehn Patienten mit einer Dysarthrie unterschiedlicher Schweregrade ausgewählt. Die Einschlusskriterien waren eine Dysarthrie, die seit mindestens zwei Wochen vorlag, sodass die Patienten bereits Erfahrungen in der klinischen Einrichtung oder dem häuslichen Umfeld mit dem veränderten Sprechen gesammelt haben konnten. Außerdem sollten die Patienten eine gute allgemeine Verfassung sowie ein Mindestmaß an Selbstwahrnehmung aufweisen. Ausschlusskriterien waren andere sprachliche Auffälligkeiten (z. B. Aphasie), eine schlechte allgemeine Verfassung und/oder keinerlei Erfahrungen im Umgang mit der Dysarthrie.

Zielsetzung

Das Ziel der Interviewbefragung war es, diejenigen Faktoren zu identifizieren, die das Sprechen mit einer Dysarthrie beeinflussen. Die Hauptfragestellung dabei war: Wie erleben Menschen mit einer Dysarthrie Beeinträchtigungen und Ressourcen beim Sprechen im Alltag?

Ergebnisse

Aus den Ergebnissen der Interviews konnten Veränderungen des Sprechens und des Gesprächsverhaltens, positive und negative Einflussfaktoren, individuelle Bedeutungen des Sprechens sowie bedeutsame Sprechsituationen und wichtige Kontextfaktoren extrahiert werden (siehe **Tabellen 2 und 3**) [17]. So ist die Bedeutung des Sprechens für alle Befragten zwar hoch, dennoch empfindet nicht jeder Betroffene viel Kommunikation im Alltag als besonders wichtig und erstrebenswert. Es

Dysarthria from the Patient's Perspective

K. Nolte, H. Grötzbach

Abstract

Due to the holistic and resource-oriented view, the integration of subjective patient reports in logopaedic diagnosis of patients with dysarthria becomes more important. These subjective reports and ratings are highly individual and don't have a natural relation to the severity of the dysarthric speech. In addition there is only little known about these reports. In a qualitative survey with ten patients with dysarthria information about subjective experienced communicative resources and impairments based on the dysarthria regarding the ICF-components activity and participation was collected. The results reflect the heterogeneity of dysarthria. The subjective reported resources and handicaps varied strongly. For getting secure data despite the variety within dysarthria, a self-report questionnaire was developed and pretested. First results indicate the self-report questionnaire as a suitable instrument for determining communicative impairments and resources of persons with dysarthria.

Keywords: dysarthria, patient's perspective, activity and participation, self-report

Neurol Rehabil 2015; 21 (2): 72–76
© Hippocampus Verlag 2015

gibt positive Einflussfaktoren, wie z. B. kurze Gespräche und bekannte Gesprächspartner. Positive Emotionen in einem Gespräch sind für etwas weniger als die Hälfte der Befragten hilfreich. Ein geschulter Gesprächspartner, wie ein Arzt oder Therapeut, scheint sich ebenfalls positiv auf ein Gespräch auszuwirken. Zusätzlich kam es zu Einzelnennungen positiver Einflussfaktoren und Ressourcen, wie z. B. Selbstvertrauen, Selbstkontrolle, geringe Umgebungslautstärke oder die Tageszeit. Eine Übersicht der positiven Einflussfaktoren gibt **Tabelle 2**.

Als negative Einflussfaktoren wurden von der Hälfte der Befragten lange Gespräche, fremde Gesprächspartner, Gruppengespräche und Diskussionen angegeben. Zudem erwies sich eine Artikulations- und/oder Ver-

Ressourcen und positive Einflussfaktoren	Nennungen
bekannter Gesprächspartner	9
kurze Gespräche	6
positive Emotionen (Spaß / Freude)	4
geschulter Gesprächspartner	2
fremder Gesprächspartner	1
Entspannung / Lockerheit	1
Interesse	1
Zweiergespräche	1
Selbstkontrolle	1
Selbstvertrauen	1
Übung	1
geringe Umgebungslautstärke	1
Tageszeit	1
Floskeln und kurze Antworten	1

Tab. 2: Ressourcen des alltäglichen Sprechens

Beeinträchtigungen und negative Einflussfaktoren	Nennungen
Artikulation/Sprechverständlichkeit	9
lange Gespräche	7
Gruppengespräche	6
fremder Gesprächspartner	5
Diskussionen und Streitigkeiten	5
Ungeduld/Hektik (Gesprächspartner/Gespräch)	4
negative Emotionen	4
körperliche Reaktionen (Missempfindungen)	4
physische und psychische Kraft/Müdigkeit	3
Lautstärke/räumliche Entfernung	3
Anstrengung	2
Blockade	2
Nachfragen/Wiederholungen	2
bekannter Gesprächspartner	1
Spontaneität	1
Tageszeit	1
Wetterfühligkeit	1
Hochdeutsch	1

Tab. 3: Beeinträchtigungen des alltäglichen Sprechens

ständigkeitsminderung für neun von zehn Befragten als Beeinträchtigung und stellt damit den größten negativen Einflussfaktor dar. Ungeduld oder Hektik im Gespräch sowie negative Emotionen, Müdigkeit und Kraft wurden ebenfalls mehrfach als Beeinträchtigung genannt. Hinzu kamen Einzelnennungen, wie z.B. Spontaneität im Gespräch, Tageszeit oder dialektfreies Sprechen. Die negativen Einflussfaktoren sind in **Tabelle 3** zu sehen.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der angloamerikanischen Untersuchungen stellt das Telefonieren lediglich für drei der Befragten eine große Schwierigkeit dar. Demgegenüber berichten vier Patienten von Beeinträchtigungen bis hin zu Vermeidungsverhalten bezüglich der Aktivität »einkaufen gehen«. Kompensationsstrategien setzen sechs der Befragten ein. Dies geschieht in Form von Wiederholungen und/oder Verlangsamung von Äußerungen, mit Hilfe einer besonders deutlichen Artikulation, der Verwendung kürzerer Sätze sowie einer bewussten Pausensetzung und Nutzung des Vokabulars entsprechend der artikulatorischen Schwierigkeiten. Für neun von zehn Befragten stellen Mimik und Gestik als Ersatz für das gesprochene Wort keine adäquate Alternative dar und werden daher nicht genutzt.

Die personbezogenen Faktoren Eigenmotivation, Mut, Selbstkontrolle und Selbstreflexion, das eigene Gemüt, die physische und psychische Kraft sowie die individuelle Grunderkrankung erwiesen sich innerhalb der Befragungen als bedeutsam für die Patienten und deren Sprechen. Als bedeutende Umweltfaktoren wer-

den negative Reaktionen anderer Menschen sowie Ignoranz und Unverständnis der Menschen in der Umgebung genannt.

Diskussion

Einschränkungen und Übertragbarkeit

Vorangegangene Studien haben bereits wichtige Faktoren und Tendenzen bezüglich des Sprechens und der kommunikativen Teilhabe identifiziert. Diese konnten innerhalb der Interviewbefragung zum Teil bestätigt werden, zum Teil ergaben sich neue Aspekte. Es wurden zudem weitere Faktoren und Situationen, die für die Kommunikation im Alltag bedeutend sind und durch die Dysarthrie erschwert sein können, erhoben. Dadurch konnte das Spektrum von beeinflussenden Aspekten, Konstellationen und Situationen bei Dysarthrie erweitert werden. Zudem wurden Kontextfaktoren, insbesondere personbezogene Faktoren, die mit der Dysarthrie in Verbindung stehen, ermittelt. Aufgrund der geringen Stichprobengröße haben die Ergebnisse der Befragung nur eine begrenzte Übertragbarkeit. Durch die identifizierten Parallelen zu anderen Untersuchungen betten sich die Aussagen der befragten Patienten jedoch in den aktuellen Forschungsstand gut ein.

Um die Untersuchungsergebnisse für den klinischen Alltag nutzbar zu machen, wurde auf ihrer Basis ein Selbsteinschätzungsbogen entwickelt. Das Ziel des Bogens ist es, in einer standardisierten und zugleich ökonomischen Form Informationen über eine Dysarthrie aus der Perspektive der Betroffenen zu erheben. Dadurch können zum einen Hinweise auf die individuellen Beeinträchtigungen und Ressourcen aufgrund der Dysarthrie gesammelt werden. Zum anderen ermöglicht der Selbsteinschätzungsbogen eine Verlaufskontrolle und eine Messung des Therapieerfolgs [25].

Selbsteinschätzungsbogen

Der Selbsteinschätzungsbogen besteht aus einem Einleitungstext mit Intention und Instruktion, einer kurzen Erfassung demografischer Daten und aus insgesamt 35 Items (siehe **Tabelle 4**).

Der Bogen wurde einer qualitativen Prätestung unterzogen, an der vier Patienten mit einer Dysarthrie teilnahmen. Es ergab sich eine gute Handhabbarkeit durch die Therapeuten und Patienten. Die Formulierungen der Items und deren Intentionen waren für alle Patienten klar, und sie konnten den Bogen selbstständig ausfüllen. Innerhalb der Prätestung ergab sich eine durchschnittliche Durchführungsdauer des Bogens von 15 Minuten. Für die Auswertung werden zusätzliche fünf Minuten benötigt. Somit ist das Instrument sowohl in der Anwendung als auch in der Auswertung ökonomisch. Die Auswertung des Bogens führt zu einem

individuellen Gesamtpunktwert, der Auskunft über die Schwere der vorhandenen Beeinträchtigungen des alltäglichen Sprechens bzw. über das Vorhandensein von Ressourcen gibt. Durch eine qualitative Auswertung des Bogens können diese Aspekte als Grundlage für eine alltagsorientierte Therapieplanung und -zielsetzung genutzt werden, um auf diese Weise mögliche Ressourcen einzubinden bzw. weiter auszubauen. Der Bogen kann somit in der logopädischen Eingangsdiagnostik als Ergänzung funktioneller Untersuchungsverfahren sowie als Verlaufskontrolle zur Messung des Therapieerfolgs im Hinblick auf die Aktivität und Partizipation der Patienten mit Dysarthrie eingesetzt werden.

Fazit und Ausblick

Die Einführung des Selbsteinschätzungsbogens in die logopädische Praxis bietet zum einen die Möglichkeit, weiterführende Forschung im kommunikativen Verhalten von Patienten mit einer Dysarthrie durchzuführen. Sie stellt zum anderen eine Basis zur Ergänzung der funktionellen Diagnostik und Therapie dar. Der Bogen erweitert dadurch den Blick auf eine Dysarthrie, indem nicht nur die funktionellen Ausfälle, sondern auch die Auswirkungen einer Dysarthrie auf den Alltag eines Patienten beschrieben werden.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße von vier Probanden sind jedoch weitere Untersuchungen nötig, um die Güte des Selbsteinschätzungsbogens bestimmen zu können. Für die Therapieevaluation ist dabei von besonderem Interesse, ob der Bogen Therapiefortschritte zuverlässig erfasst. Sollte dies der Fall sein, so können sowohl funktionelle Fortschritte als auch Verbesserungen im Umgang mit einer Dysarthrie nachgewiesen werden.

Literatur

1. Baylor C, Yorkston K, Eadie T, Kim J, Chung H, Amtmann D. The Communicative Participation Item Bank (CPIB): Item bank calibration and development of a disorder-generic short form. *J Speech Lang Hear Res* 2013; 1190-208.
2. Baylor C, Burns M, Eadie T, Britton D, Yorkston K. A qualitative study of interference with communicative participation across communication disorders in adults. *Am J Speech-Lang Pat* 2011, 20 (4): 269-287.
3. Baylor C, Yorkston K, Barner A, Britton D, Amtmann D. Variables associated with communicative participation in people with multiple sclerosis: A regression analysis. *Am J Speech-Lang Pat* 2010, 19 (2): 143-153.
4. Baylor C, Yorkston K, Eadie T, Miller R, Amtmann D. Levels of Speech Usage: A Self-Report Scale for Describing How People Use Speech. *J Med Speech Lang Pathol* 2008, 16 (4): 191-198.
5. Bloch S, Wilkinson R. Acquired dysarthria in conversation: Methods of resolving understanding problems. *Int J Lang Commun Disord* 2011, 46 (5): 510-523.
6. Bloch S, Wilkinson R. Acquired dysarthria in conversation: Identifying sources of understanding problems. *Int J Lang Commun Disord* 2009, 44 (5): 769-783.
7. D'Innocenzo J, Tjaden K, Greenman G. Intelligibility in dysarthria: Effects of listener familiarity and speaking condition. *Clin Linguist Phon* 2006, 20 (9): 659-675.

1. Aufgrund meines Sprechens ...

... unterhalte ich mich weniger, als ich gern würde.	1 2 3 4
... sage ich Dinge anders oder kürzer, als ich es sonst getan habe.	1 2 3 4
... fange ich keine Gespräche an oder bringe neue Themen ein.	1 2 3 4
... sind Telefongespräche schwieriger.	1 2 3 4
... höre ich in Gesprächen lieber nur zu, anstatt selbst etwas zu sagen.	1 2 3 4
... vermeide ich Situationen, in denen ich viel sprechen muss.	1 2 3 4
... kann ich Gefühle und Bedürfnisse nicht so gut ausdrücken.	1 2 3 4

2. Das Sprechen im Alltag fällt mir leichter, wenn ...

... ich mit Familienmitgliedern, Freunden oder Bekannten spreche.	1 2 3 4
... ich mich bei mir zu Hause mit jemandem unterhalte.	1 2 3 4
... ich mich über etwas freue.	1 2 3 4
... das Gespräch kurz ist.	1 2 3 4
... ich mir im Gespräch viel Zeit lassen kann.	1 2 3 4
... mir das Gespräch viel bedeutet.	1 2 3 4
... es um mich herum ruhig ist.	1 2 3 4

3. Das Sprechen im Alltag fällt mir schwerer, wenn ...

... ich mich mit fremden Menschen unterhalte.	1 2 3 4
... ich mich in einer Gruppe von Menschen unterhalte.	1 2 3 4
... das Gespräch sehr lange dauert.	1 2 3 4
... ich ein schwieriges Gespräch oder eine Diskussion führen muss.	1 2 3 4
... ich mich über etwas ärgere.	1 2 3 4
... ich mich außerhalb meines Zuhauses unterhalte.	1 2 3 4
... ich etwas sehr schnell oder in Eile sagen muss.	1 2 3 4
... der Gesprächspartner etwas weiter entfernt ist.	1 2 3 4

4. Aufgrund meines Sprechens ...

... hat sich mein Alltag verändert.	1 2 3 4
... fühle ich mich meinen alltäglichen Aufgaben nicht gewachsen.	1 2 3 4
... erledige ich wichtige Termine oder Arztbesuche lieber in Begleitung.	1 2 3 4
... gehe ich nicht gern einkaufen.	1 2 3 4
... nehme ich weniger am Familienleben teil.	1 2 3 4
... unternehme ich in meiner Freizeit weniger oder andere Dinge.	1 2 3 4
... habe ich mich insgesamt eher zurückgezogen.	1 2 3 4

5. Mein Sprechen im Alltag ist eingeschränkt, weil ...

... mir zum Sprechen die Kraft fehlt.	1 2 3 4
... ich keine Motivation zum Sprechen habe.	1 2 3 4
... ich das Gefühl habe, nicht ernst genommen zu werden.	1 2 3 4
... ich mich nicht traue zu sprechen.	1 2 3 4
... ich das Gefühl habe, nicht verstanden zu werden.	1 2 3 4
... mir die Unterstützung durch andere Menschen fehlt.	1 2 3 4

Tab. 4: Items des Selbsteinschätzungsbogens

1 = trifft nie zu, 2 = trifft manchmal zu, 3 = trifft oft zu, 4 = trifft immer zu

8. Donovan NJ, Kendall DL, Young ME, Rosenbek JC. The Communicative Effectiveness Survey: Preliminary Evidence of Construct Validity. *Am J Speech-Lang Pat* 2008, 17: 335-347.
9. Dykstra AD, Hakel ME, Adams SG. Application of the ICF in Reduced Speech Intelligibility in Dysarthria. *Semin Speech Lang* 2007, 28 (4): 301-311.
10. Giel B. ICF in der ambulanten Dysarthrietherapie. In: Grötzbach H, Iven C (ed). *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis. Ein Praxisbuch. Das Gesundheitsforum. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag* 2009, 91-102.
11. Giel B. Dysarthrie/Dysarthrophonie als kritisches Lebensereignis. *Europäische Hochschulschriften, Reihe 11. Pädagogik, Band 798. Frankfurt a. M.: Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften* 2000.
12. Gray C, Baylor C, Eadie T, Kendall D, Yorkston K. The Levels of Speech Usage rating scale: comparison of client self-ratings with speech pathologist ratings. *Int J Lang Commun Disord* 2012, 47 (3): 333-344.
13. Gröne B. ICF und Dysarthrie. In: Grötzbach H, Iven C (ed). *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis. Ein Praxisbuch. Das Gesundheitsforum. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag* 2009, 79-90.
14. Hartelius L, Elmberg M, Holm R, Lövberg AS, Nikolaidis S. Living with Dysarthria: Evaluation of a Self-Report Questionnaire. *Folia Phoniatri Logo* 2008, 60: 11-19.
15. Long AF, Hesketh A, Paszek G, Booth M, Bowen A. Development of a reliable self-report outcome measure for pragmatic trials of communication therapy following stroke: the Communication Outcome after Stroke (COAST) scale. *Clin Rehabil* 2008, 22: 1083-1094.
16. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag* 2010.
17. Nolte K. *Dysarthrie aus der Patientenperspektive – Qualitative Erhebung und Entwicklung eines Selbsteinschätzungsbogens zur Erfassung kommunikativer Beeinträchtigungen und Ressourcen. Unveröffentlichte Masterthesis, HAWK Hildesheim* 2014.
18. Paul D, Frattali C, Holland A. *The American Speech-Language-Hearing Association Quality of Communication Life Scale (QCL). Rockville MD* 2004.
19. Piacentini V, Zuin A, Cattaneo D, Schindler A. Reliability and Validity of an Instrument to Measure Quality of Life in the Dysarthric Speaker. *Folia Phoniatri Logo* 2011; 63: 289-295.
20. Tjaden K, Wilding G. The Impact of Rate Reduction and Increased Loudness on Fundamental Frequency Characteristics in Dysarthria. *Folia Phoniatri Logo* 2011, 63: 178-186.
21. Walshe M, Miller N. Living with acquired dysarthria: the speaker's perspective. *Disabil Rehabil* 2011, 33 (3): 195-203.
22. Walshe M, Peach RK, Miller N. Dysarthria Impact Profile: development of a scale to measure psychosocial effects. *Int J Lang Commun Disord* 2009, 44 (5): 693-715.
23. Walshe M, Miller N, Leahy M, Murray A. Intelligibility of dysarthric speech: perceptions of speakers and listeners. *Int J Lang Commun Disord* 2008, 43 (6): 633-648.
24. Yorkston KM, Baylor CR, Dietz J, Dudgeon BJ, Eadie T, Miller RM, Amtmann D. Developing a scale of communicative participation: A cognitive interviewing study. *Disabil Rehabil* 2008, 30 (6): 425-433.
25. Ziegler W, Vogel M. *Dysarthrie verstehen – untersuchen – behandeln. In: Springer L, Schrey-Dern D (ed). Dysarthrie verstehen – untersuchen – behandeln. Forum Logopädie. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag* 2010.

Interessenvermerk

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Holger Grötzbach, M. A.
Asklepios Klinik – Abteilung Sprachtherapie
Hausstein 2
94571 Schaufling
E-Mail: h.groetzbach@asklepios.com

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.

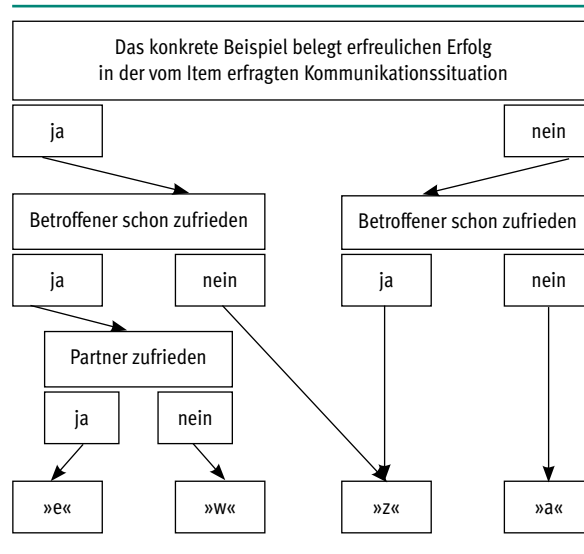


Abb. 2: Klassifikation der Voten des Kommunikationspartners

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 Paraphrasien 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 Abendbrottisch 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. Erstmalig 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 (rowohlt's 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/Frageboegen_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

Modernes Trachealkanülenmanagement in der neurologischen Frührehabilitation

Neurol Rehabil 2015; 21 (2): 86–93
Hippocampus Verlag 2015

Balance zwischen strukturierten Konzepten und der Notwendigkeit zu kreativen und individuellen Lösungen

A. Görhardt, R. Lindemann

Zusammenfassung

Hintergrund: Die neurologische Frührehabilitation tracheotomierter Patienten erfordert strukturierte Konzepte und genaue Prozessbeschreibungen, um ein fachlich fundiertes und einheitliches Vorgehen in der interdisziplinären Behandlung dieser Patienten sicherzustellen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass einige Patienten mit standardisierten Konzepten nicht hinreichend erfasst und somit nicht dekanüliert werden können.

Methodik: In diesem Beitrag soll das interdisziplinäre Konzept des Trachealkanülenmanagements der RehaNova Köln vorgestellt werden. Anhand einer Kasuistik wird im Folgenden verdeutlicht, auf welche Weise im Einzelfall alternative und dynamische Behandlungsstrategien gefunden werden müssen, die sich an den individuellen Bedürfnissen und Ressourcen der Patienten orientieren.

Ergebnisse/Schlussfolgerung: Mit diesem Beitrag wird gezeigt, dass auch solche Patienten dekanüliert werden können, die in der Vergangenheit mit den bestehenden standardisierten Konzepten nicht adäquat behandelt werden konnten. Der daraus resultierende positive Rehabilitationsverlauf ist sowohl auf eine individuelle Anpassung des Trachealkanülenmanagements als auch auf eine Steigerung der Therapiefrequenz zurückzuführen und hätte mit einem standardisierten Vorgehen nicht erreicht werden können.

Schlüsselwörter: Trachealkanülenmanagement, Standards, Modifikation, Kurzkanüle, Frührehabilitation

RehaNova, Köln

Einleitung

Die neurologische Rehabilitationsklinik RehaNova Köln kann aufgrund der hausinternen Intensivstation und der engen Anbindung zum Akutklinikum Merheim schwerstbetroffene und intensivüberwachungspflichtige Patienten aufnehmen. Ein großer Teil dieser Patienten ist zum Aufnahmezeitpunkt mit einer geblockten Trachealkanüle versorgt.

Seit Gründung der RehaNova Köln im Jahre 1999 wurde auf der Basis der zunehmenden klinischen Erfahrungen im interdisziplinären Team ein strukturiertes Konzept des Trachealkanülenmanagements entwickelt, welches im Verlauf beständig angepasst und optimiert wurde. Die Entscheidungspfade bezüglich der Dekanülierung wurden so zunehmend effizienter.

In Anlehnung an das Bobath-Konzept wird zwischen dem Management und dem spezifischen Treatment unterschieden [2]: Das reine Trachealkanülenmanagement umfasst die Anpassung des Trachealkanülenmodells und die Prozesse des Entblockens und Verschließens der Trachealkanüle. Das Treatment beinhaltet die spezifischen therapeutischen Methoden der Dysphagietherapie.

Das Konzept zeichnet sich durch einen interdisziplinären Ansatz aus, welcher die Ressourcen des Patienten, der Angehörigen und aller mit dem Patienten arbeitenden Disziplinen »fusioniert«. Auf diese Weise werden die erarbeiteten therapeutischen Inhalte von allen Disziplinen unterstützt und erfolgreich in den Alltag transferiert. Ein interdisziplinärer Ansatz führt somit zu einer Verkürzung der Therapiedauer bis zur Dekanülierung [5] (Abb. 1).

Methodik

Konzept Trachealkanülenmanagement

Innerhalb der ersten 24 Stunden erfolgt nach der ärztlichen und pflegerischen Aufnahme des Patienten eine sprach- und schlucktherapeutische Diagnostik, die auf das individuell vorliegende neurologische Krankheitsbild abgestimmt ist. Neben der Kommunikationsfähigkeit des Patienten werden die Atmung und die Schluckfunktionen (orofaziale Strukturen, Mundstatus, willkürliches und reflektorisches Schlucken, Schutzreflexe) beurteilt und dokumentiert.

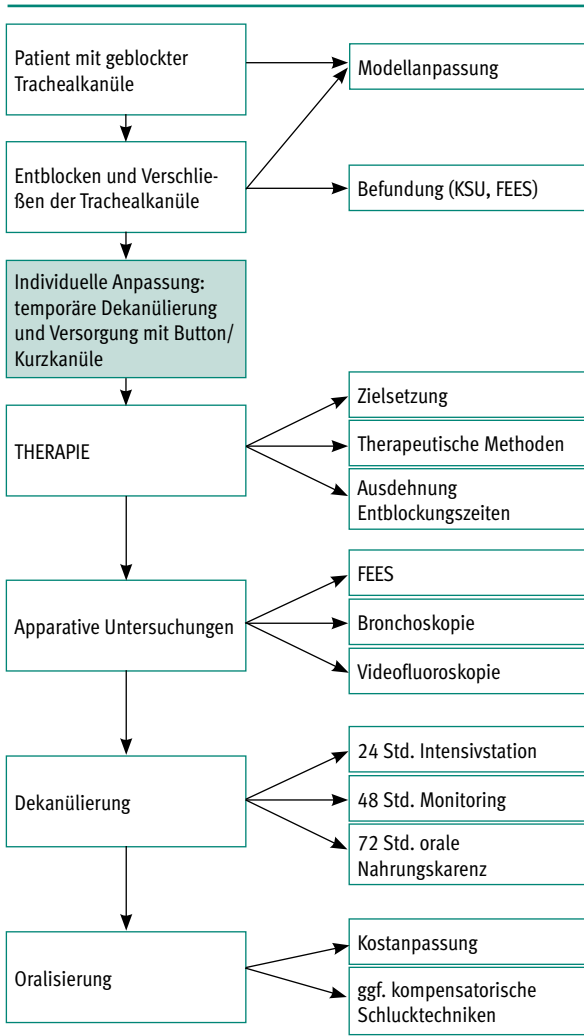


Abb. 1: Standardisiertes Konzept des Trachealkanülenmanagements/-treatments in der RehaNova mit individueller Anpassung (grün)

Um diese Funktionen adäquat prüfen zu können, wird die Trachealkanüle im Rahmen der Befundung und der Therapie vom Beginn des Rehabilitationsaufenthaltes an entblockt und mit einem Sprechventil bzw. Stöpsel verschlossen. Bei entblockter und verschlossener Trachealkanüle wird die laryngeale Sensibilität gesteigert [3, 13, 14], die Schluckkoordination verbessert, die Phonation/Kommunikation und die Reaktivierung der Schutzreflexe ermöglicht [11] und zudem die Atmung vertieft [4]. Nur auf diese Weise kann eine physiologische Atem- und Schlucksituation hergestellt und die Basis für eine zielgerichtete und individuell angepasste Diagnostik und Therapie gelegt werden.

Modellanpassung:

Ein wichtiger Bestandteil des Trachealkanülenmanagements ist die Anpassung des Trachealkanülenmodells [8]. Für den Wechsel auf ein anderes Trachealkanülenmodell kann es verschiedene Gründe geben:

Interdisciplinary concept of Tracheostomy Management in early rehabilitation

A. Göhrhardt, R. Lindemann

Summary

Background: The early neurorehabilitation of the tracheostomized patients requires structured concepts and detailed process descriptions, to ensure a professionally profound and consistent approach in the multidisciplinary treatment of these patients.

Clinical experience has shown that some patients cannot be covered sufficiently with standardized concepts and the decannulation is not possible. Methodology: In this paper, we present the interdisciplinary concept of Tracheostomy Management which is developed in RehaNova neurorehabilitation center in Cologne. In the following, our report illustrates how in some cases, alternative and dynamic treatment strategies must be found based on the needs and resources of the patient.

Results/conclusions: Our study shows that the removal of cannula is possible in patients who could not adequately be treated in the past with the existing standardized concepts.

The resulting of positive rehabilitation procedure is an individualized customization of the tracheostomy management as well as avoiding an increase in the therapy frequency which cannot be achieved with a standardized approach.

Keywords: tracheostomy, early rehabilitation, standards, modification, short tube

Neurol Rehabil 2015; 21 (2): 86–93
© Hippocampus Verlag 2015

■ Auffälligkeiten/Symptome, die sich bei geblockter Trachealkanüle zeigen können:

- die Trachealkanüle (Form/Material) verursacht Druckstellen (individuelle Anatomie!)
- die Trachealkanüle löst durch mechanische Reizung der Trachea einen beständigen Hustenreiz aus
- der Cuff dichtet die Trachea unzureichend ab (dadurch Leckagen bei der Beatmung und Aspiration von Speichel)
- die Trachealkanüle rutscht aufgrund eines unpassenden Neigungswinkels aus dem Tracheostoma
- das zu geringe Innenlumen der Trachealkanüle bewirkt eine unzureichende Atmung/Beatmung des Patienten

■ Auffälligkeiten/Symptome, die sich bei entblockter und verschlossener Trachealkanüle zeigen können:

- die Atemumleitung ist aufgrund der Raumforderung der aktuell liegenden (für den Patienten zu großen) Trachealkanüle nicht möglich
- es besteht ein beständiger Hustenreiz durch mechanische Reizung der Trachea (Aufhebung der Stabilisierung der Trachealkanüle durch Entblocken des Cuffs)
- eine zu kleine Trachealkanüle oder ein sehr großes Tracheostoma führt zu Luftverlust zwischen Trachealkanüle und Tracheostoma (Leckage)

Die Entscheidung bezüglich des für den Patienten passenden Trachealkanülenmodells wird im interdisziplinären Team zwischen Arzt, Pflege und dem Sprach-/Schlucktherapeuten getroffen und ggf. im Verlauf der Rehabilitation erneut diskutiert und optimiert.

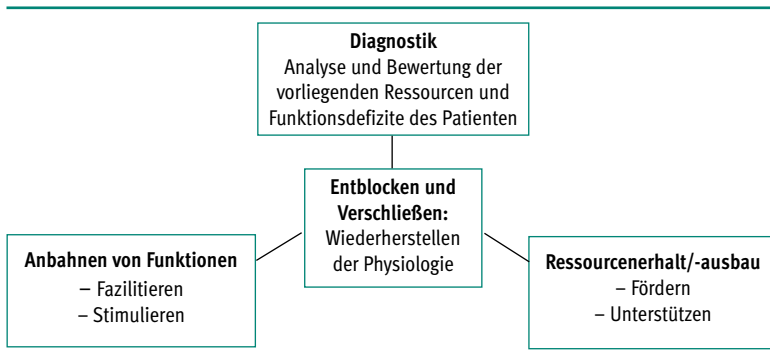


Abb. 2: Basis eines individuellen therapeutischen Konzeptes

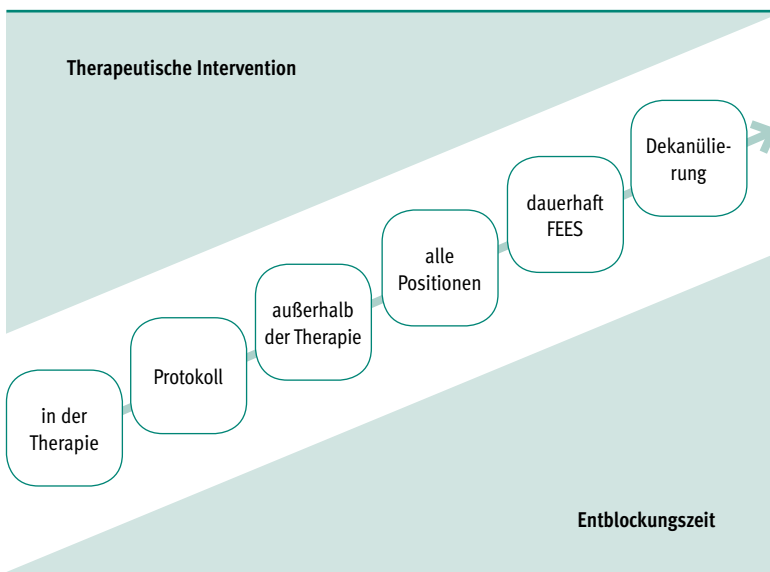


Abb. 3: Das Verhältnis von Entblockungszeit zu therapeutischen Interventionen auf dem Weg zur Dekanülierung

Therapie / Treatment

Das Entblocken und Verschießen der Trachealkanüle ist als alleinige therapeutische Maßnahme nicht ausreichend [7, 13]. Die bereits beschriebene Wiederherstellung der physiologischen Atem- und Schluckbedingungen ist somit lediglich die Voraussetzung für die durchzuführenden therapeutischen Maßnahmen. Insbesondere zu Beginn der Rehabilitation benötigt der Patient während der Entblockungsphasen eine intensive therapeutische Begleitung mit gezielten Interventionen („Hands-on“). Die therapeutische Arbeit an der Schluckqualität, den Schutzreflexen und der Atmung sind die grundlegenden Bausteine für das Ziel der Dekanülierung. Inhaltlich werden dafür in der Therapie sowohl funktionelle Übungen, stimulative und manuelle Techniken als auch ADL-Sequenzen wie z. B. Zähne putzen oder das therapeutische Essen genutzt.

Die Positionierung des Patienten stellt auf dem Weg zur Dekanülierung ebenfalls eine wichtige Grundlage für die Steigerung der Vigilanz und des Antriebs und

somit für eine optimale Schlucktherapie dar. Sowohl die Wahl der Ausgangspositionen (z. B. Bauchlage, Seitlage, Sitz auf dem Stuhl, Stand) als auch die Wahl der therapeutischen Methoden richtet sich – basierend auf einer spezifischen Diagnostik – nach der individuell zugrundeliegenden Schluckpathologie und den vorhandenen Ressourcen und Funktionen des Patienten (Abb. 2).

Der Patient profitiert in diesem Stadium der Rehabilitation von dem Verschmelzen der unterschiedlichen therapeutischen Fachkompetenzen in Form von Co-Therapien: So können in der interdisziplinären Behandlung über die Aktivierung des Patienten in Form von Lagewechseln, Positionierung und Mobilität/Fortbewegung (Tonusrekrutierung!) sowie der Ermöglichung alltagsrelevanter Handlungssequenzen die Ressourcen bzgl. der Atem- und Schluckfunktionen bei entblockter und verschlossener Trachealkanüle erfasst und die individuellen Leistungsgrenzen ausgebaut werden. Auf diese Weise können fachspezifischen Ansätze, Denkweisen und Methoden gebündelt werden, um den Menschen ganzheitlich zu erfassen und übergeordnete Ziele anzustreben [12].

Dekanülierung

Mit den Fortschritten des Patienten wird die Entblockungszeit sukzessive verlängert und die therapeutische Intervention abgebaut (Abb. 3).

Durch den Einbezug aller beteiligten Berufsgruppen und der Angehörigen in diesen Prozess wird ein Übergang von der (schluck-)therapeutischen Situation in den Alltag des Patienten effizient unterstützt. Zur Vervollständigung des klinischen Bildes werden vor Dekanülierung verschiedene ergänzende Untersuchungen durchgeführt:

- Röntgen Thorax
- Laborwerte (CRP / Leukozyten)
- FEES
- ggf. Videofluoroskopie
- ggf. Bronchoskopie

Für die Dekanülierung wird der Patient zur Überwachung für 24 Stunden auf die Intensivstation verlegt und zusätzlich nach Rückverlegung auf die periphere Station weitere 48 Stunden monitorüberwacht. Im Anschluss an die Dekanülierung wird eine orale Nahrungskarenz von 72 Stunden eingehalten, um die Ursache eventuell auftretender pulmonaler Infektzeichen differentialdiagnostisch einordnen zu können (Speichel- vs. Nahrungsaspiration).

Oralisierung

Der Zeitpunkt der Oralisierung hängt von der Grunderkrankung und ihrer Prognose, den therapeutischen Zielen und den Ressourcen des Patienten ab (Abb. 4).

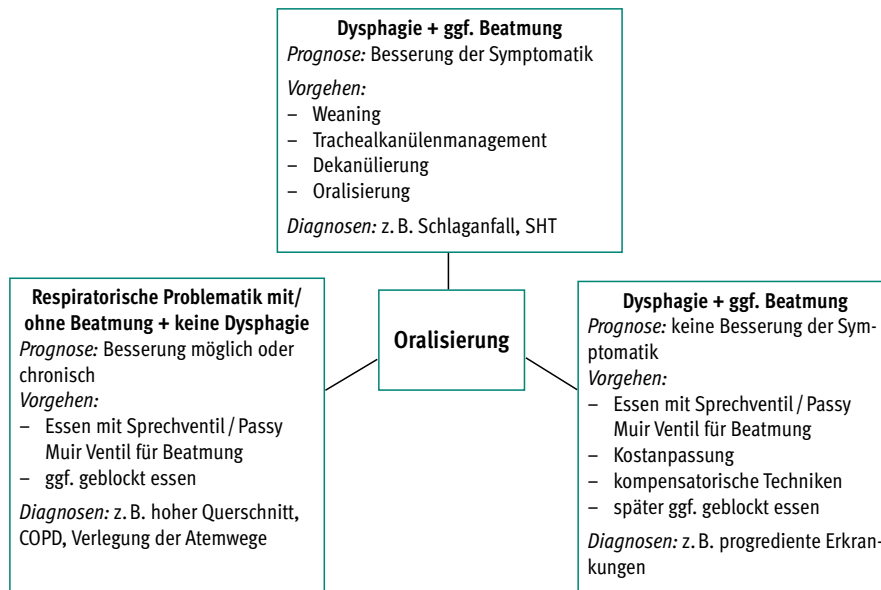


Abb. 4: Zeitpunkt der Oralisierung in Abhängigkeit von Diagnose und Prognose

Geht man von dem Vorliegen einer temporären Dysphagie aus, kann eine frühzeitige Oralisierung bei noch liegender Trachealkanüle die Dekanülierung möglicherweise verzögern (durch Aspiration von Nahrung). Dagegen sollten bei einem beatmungspflichtigen Patienten ohne Dysphagie oder einem Patienten mit chronisch progredienter neurologischer Erkrankung die Verbesserung bzw. der Erhalt der Lebensqualität im Vordergrund stehen und eine Oralisierung mit liegender Trachealkanüle nicht ausgeschlossen werden. In diesem Fall kann das Trachealkanülenmanagement während des Essens (geblockt mit Beatmung, entblockt mit Passy Muir Ventil oder Sprechventil/Stöpsel) nicht für alle Patienten einheitlich geregelt sein, sondern muss individuell entschieden und angepasst werden.

Kasuistik

Medizinische Diagnose

- Infarkt im vorderen Mediastromgebiet rechts und Ponsinfarkt rechts
- Respiratorische Insuffizienz
- Z. n. dilatativer Tracheotomie
- Z. n. PEG

Sprachtherapeutischer Aufnahmestatus

Zum Aufnahmezeitpunkt zeigte sich ein wacher und zu allen Modalitäten orientierter Patient. Es lagen keine sprachsystematischen Beeinträchtigungen vor. Der Patient war mit einer geblockten, ungefensterten Trachealkanüle der Firma Portex (Blue Line Ultra Suctionaid, Gr. 9) versorgt und wurde vollständig über eine PEG ernährt. In einer fachübergreifenden Diagnostik wurden folgen-

de für das Schlucken relevante muskuläre/funktionelle Beeinträchtigungen festgestellt:

- Eingeschränkte posturale Kontrolle: im Besonderen eine mangelnde Core Stabilität einhergehend mit einer mangelnden Anbindung des Thorax zum Becken
 - Bauchmuskulatur kann für einen effektiven Hustenstoß nicht ausreichend aktiviert werden
 - mangelnde selektive Aufrichtung gegen die Schwerkraft im Sitz und Stand
- Hypotonus der gesamten supra- und infrahyoidealen Muskulatur sowie des M. sternocleidomastoideus
 - relevant für Kehlkopfhebung und -anteriorbewegung, Kopfkontrolle

Die orofazialen Funktionen waren willkürlich abrufbar, in Kraft und Bewegungsausmaß jedoch ebenfalls reduziert. Das Entblocken der Trachealkanüle und eine komplette Atemumleitung der Ein- und Ausatmung über Mund und Nase waren gut möglich. Im Mund waren Speichelseen sichtbar. Pharyngeal/laryngeal waren massive Speichelresiduen hörbar (wet voice). Das Schlucken war weder spontan noch nach Fazilitation auslösbar. Die Schutzreflexe waren aufgehoben und die pharyngeale und laryngeale Sensibilität massiv herabgesetzt. Eine verbale Kommunikation war entblockt möglich, die Stimme klang jedoch nass/gurgelig und überwiegend aphon. Die Artikulation war dysarthrisch und damit in der Verständlichkeit reduziert. Nach wenigen Minuten Entblockungszeit zeigte sich die Atmung aufgrund der massiven Speichelaspiration erschwert. Das klinische Bild der vorliegenden Dysphagie war zum Aufnahmezeitpunkt so eindeutig, dass die Durchführung einer



Foto 1: Luft- und Sekretverlust durch Leckage bei zu großem Tracheostoma



Foto 2: Laryngotec mit Verschlusskappe zur kompletten Abdichtung des Tracheostomas



Foto 3: Aktivierung der ventralen Kette

FEES erst nach Anbahnung der Schluckreflextrigge- rung und einer klinischen Verbesserung der Schluckfunktionen sinnvoll erschien.

Ziele des Patienten

Zügige Dekanülierung und Oralisierung

Ziele Sprachtherapie (Körperstruktur- und Körperfunktionsebene, Aktivitäts- und Partizipationsebene zusammengefasst)

- adäquate pharyngeale und laryngeale Sensibilität
- Schluckreflextrigge- rung
- produktive Schutzreflexe
- für den Schluckakt ausreichend kräftige orofaziale, pharyngeale und laryngeale Muskulatur
- aspirationsfreies Schlucken
- Fernziel Dekanülierung
- Fernziel Oralisierung (im Anschluss an die Dekanü- lierung)
- verbale Kommunikation zur Bewältigung des Alltags

Therapeutische Maßnahmen nach standardisiertem Konzept

Die Trachealkanüle ist während der therapeutischen Maßnahmen immer entblockt und verschlossen:

1. Aktivierung der gesamten ventralen Kette unter Aus- nutzung des gesamten Bewegungsmusters → z.B. bekannte Bewegungsmuster wie der Bewegungs- übergang Sitz-Stand
2. Training von Techniken zum Clearing: 1. Hochhusten aus den tieferen Atemwegen, 2. »throat clearing« durch Fauchen bis in den Mund, 3. Ausspucken des Speichels
3. Stimulation des Schluckens durch Setzen von struk- turiert propriozeptiven, olfaktorischen und gustato- rischen Reizen [9]: Anbahnung des Schluckreflexes durch Anreichen von Joghurt, Eis, Kaffee/Tee und Brot als maximalem intraoralen/pharyngealen Input
4. gezieltes funktionelles Training der orofazialen und laryngealen Muskulatur zur Verbesserung und Nor- malisierung der am Schlucken beteiligten Bewe- gungen und Funktionen z.B. nach FDT [1]: Aktivierung des Mundschlusses über mimische Bewegungen, Aktivierung der Zungenhebung/-retraktion über nor- male und alltagsnahe Zungenbewegungen wie z.B. Schnalzen, Ansaugen, Schmatzen, Quadrantenreini- gung
5. Elastizitätsförderung des:
 - M. digastricus zur verbesserten Hyoidhebung
 - M. omohyoideus zur Unterstützung der Hyoid- bewegung und Kopfbeugung (vgl. Manuelle Schlucktherapie [10])
6. therapeutisches Essen und ausgewählte ADL-Sequen- zen zur Aktivierung der am Schlucken beteiligten Muskulatur und zur Verbesserung der oralen, pha- ryngealen und laryngealen Sensibilität: Kauen und Schlucken fester Konsistenzen (nach Anbahnung des Schluckreflexes), Zähne putzen, Mund spülen

7. stimmtherapeutische Methoden: Phonation von langen und kurzen Vokalen, Lautstärke- und Tonhöhenvariationen zur Aktivierung der laryngealen Muskulatur, zur Atemvertiefung und zur Verbesserung der laryngealen Sensibilität durch Bewegung des Speichels im Larynx

Individuelle Anpassung des standardisierten Verfahrens

Die o.g. therapeutischen Maßnahmen konnten im Verlauf aufgrund des schlechten Allgemeinzustandes durch rezidivierende Pneumonien und regelmäßiges Erbrechen nicht hochfrequent durchgeführt werden. Erst nach ca. vier Wochen stabilisierte sich der Zustand des Patienten. Im Verlauf wurde das dilatative Tracheostoma mit dem Ziel eines atraumatischen Trachealkanülenwechsels und aufgrund der Schwere der vorliegenden Dysphagie und der damit verbundenen langen Liegedauer der Trachealkanüle in ein plastisches Tracheostoma umgewandelt. Beim Entblocken und Verschließen der Trachealkanüle konnte die Atmung nun nicht mehr vollständig über Mund und Nase umgeleitet werden, sondern entwich neben der Trachealkanüle (Rüsch Tracheoflex Short, Größe 10) aus dem jetzt deutlich größeren Tracheostoma (**Foto 1**).

Aufgrund dieser Leckage war die physiologische Basis für eine effiziente Schlucktherapie nicht mehr gegeben. Eine Umstellung auf ein anderes Trachealkanülenmodell mit den folgenden Kriterien war indiziert:

- Abdichtung des Tracheostomas durch ein möglichst großes Außenlumen der Trachealkanüle
- trotzdem ausreichend Platz in der Trachea für die Atemumleitung durch eine Siebung/Fensterung der Trachealkanüle

Im Rahmen der Sprachtherapie wurden daraufhin verschiedene gesiebte/gefensterte blockbare Trachealkanülenmodelle getestet. Mit keinem dieser Modelle konnten jedoch die o. g. Kriterien erfüllt werden: Einerseits kam es bei allen Modellen weiterhin zu einer deutlichen Leckage, andererseits konnte die jeweilige Siebung/Fensterung aufgrund der ungünstigen Lage in der Trachea (Anliegen an der Tracheahinterwand oder im Stomakanal) nicht für eine Atemumleitung genutzt werden. Im interdisziplinären Team wurde folgende Vorgehensweise beschlossen:

- temporäre Entnahme der Trachealkanüle im Rahmen der Sprachtherapie
- Versorgung mit einer nicht blockbaren Silikon-Kurzkannüle zur kompletten Abdichtung des Tracheostomas für die Trainingszeit (Laryngotec, Größe 11) (**Foto 2**).

Die Laryngotec wurde bei Herrn T. mit einem Pflaster fixiert, da das Halteband aufgrund der anatomischen Verhältnisse einen zu starken Zug nach oben ausübte. Mit diesem angepassten Management konnten die oben geschriebenen therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden (**Foto 3 – 6**).



Foto 4: Selbstständiges Clearing



Foto 5: Schluckstimulation mit Nahrung



Foto 6: Stimmtherapie im Stand (Physio-/Sprachtherapie)

Status nach 17 Wochen Therapie (Frequenz 2 x 45 Min. Schlucktherapie pro Tag in Einzel- oder Co-Therapie)

Der Patient konnte ganztägig dekanüliert und mit der Silikon-Kurzkanüle versorgt werden. Sowohl das Schlucken als auch die Schutzreflexe waren willkürlich und reflektorisch auslösbar, in Kraft und Dynamik jedoch reduziert. Beim Schlucken zeigte sich eine zwar noch reduzierte, aber im Verlauf kontinuierlich größer werdende Kehlkopfhebung und -anteriorbewegung.

Die FEES im Verlauf (nachmittags mit Silikon-Kurzkanüle) zeigte nativ noch massive schaumige Speichelretentionen in den Sinus piriformes. Es kam zu einem Überlauf des Speichels über die hintere Kommissur in den Aditus laryngis bis auf Glottishöhe mit prompten Reinigungsfunktionen (Räuspfern ohne Nachschlucken). Eine Speichelaspiration in die tieferen Atemwege war jedoch nicht mehr nachweisbar. Das Abschlucken des Speichels führte nur zu einer leichten Reduktion der Residuen. Beim Einsatz der Clearing-Techniken konnte der Larynx nahezu vollständig von Speichel bereinigt werden. Die Effektivität des Schluckens (Transport) war sowohl bei Flüssigkeiten und breiiger Kost, insbesondere aber bei fester Kost deutlich besser als bei Speichel. Trotzdem verblieben auch beim Schlucken der verschiedenen Boli vorerst noch deutliche Residuen in den Sinus piriformes.

Die noch massiv vorhandene Speichelmenge wurde vom Patienten im Laufe des Tages durch Abschlucken, überwiegend jedoch durch selbstständiges Clearing und Ausspucken gemanagt. Zu der Zeit bestanden noch Schwierigkeiten mit dem Speichelmanagement in flachen Ausgangspositionen und insbesondere beim Schlafen. In diesen Phasen kam es klinisch zu Speichelaspiration und zu positionsbedingten Beeinträchtigungen des Clearings.

Ergebnis

Durch individuelle Anpassung des Trachealkanülenmanagement-Konzeptes ist der Patient zum Zeitpunkt der Entlassung nach neun Monaten Frührehabilitation erfolgreich dekanüliert und das Tracheostoma chirurgisch verschlossen. Das Speichelmanagement durch Abschlucken und Clearing beherrscht er unabhängig von Ausgangsposition und Tageszeit sicher. Eine Speichelaspiration ist nicht mehr nachweisbar. Der Patient ist teiloralisiert, wobei das Essen unter therapeutischer Observanz erfolgt.

Diskussion

Die Bedeutung der Behandlung neurogener Dysphagien für einen positiven Rehabilitationsverlauf in der Frührehabilitation ist inzwischen allgemein anerkannt und akzeptiert. Die Konzepte zum Trachealkanülenmanagement und zum Treatment tracheotomierter Patienten haben sich aus den klinischen Erfahrungen heraus in

den letzten Jahrzehnten stark weiterentwickelt. Detaillierte Darstellungen klinischer Konzepte im deutschsprachigen Raum finden sich im Wesentlichen bei Bartolomé 2011 [1] und in den Konzepten des Therapiezentrum Burgau und der Rehabilitationsklinik REHAB in Basel (Nusser-Müller-Busch 2011 [9]).

Im klinischen Alltag wird deutlich, dass über ein standardisiertes Konzept des Trachealkanülenmanagements hinaus bestimmte Problemstellungen neue Lösungskonzepte und z. T. individuelle Behandlungsstrategien erfordern. Beispielhaft wurde mit diesem Beitrag dargestellt, wie sich ein strukturiertes interdisziplinäres Konzept des Trachealkanülenmanagements mit der Notwendigkeit eines individualisierten Vorgehens vereinbaren lässt. Dabei stellt das temporäre Dekanülieren und der Einsatz einer Silikon-Kurzkanüle (oder eines anderen Buttons oder Platzhalters) als Ersatz für das temporäre Entblocken des Patienten eine wichtige Erweiterung des Trachealkanülenmanagements dar und ermöglicht im Einzelfall das darauf aufbauende Treatment. Voraussetzung für dieses erweiterte Behandlungskonzept ist ein erhöhter organisatorischer und zeitlicher Aufwand sowie ein gesteigerter Fortbildungsbedarf des interdisziplinären Teams, da es sich bei dem beschriebenen Management des Trachealkanülenwechsels um eine Tätigkeit handelt, die traditionell dem Arzt zugeordnet ist. Hier müssen demnach zwingend die bestehenden gesetzlichen Regelungen um das Tätigkeitsprofil des Dysphagieherapeuten neu diskutiert und definiert werden.

In der Zukunft gilt es, weitere Fallstudien, neue klinische Behandlungsansätze und Prozessbeschreibungen zu veröffentlichen. So beschreiben Frank et al. 2013 ebenfalls den Einsatz von Platzhaltern im Dekanülierungsmanagement des Basler Ansatzes und fordern in diesem Zusammenhang auch die Veröffentlichung neuer klinischer Ablaufschemata und die systematische Evaluation dieser Prozesse [6].

Wünschenswert wäre ferner ein Einbezug der aktuellen Impulse in die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) [4], um die neuen Erkenntnisse den behandelnden interdisziplinären Fachkollegen zur Verfügung zu stellen.

Literatur

1. Bartolomé G. Funktionelle Dysphagietherapie bei speziellen neurologischen Erkrankungen. In: Bartolomé G (Hrsg.). Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation. 4. Aufl. München Jena: Urban & Fischer 2010.
2. Böker P, Lessig H. Skript der Fortbildung: Frührehabilitation – die Arbeit mit Patienten der Phase B. RehaNova Köln GmbH, Juni 2013.
3. Dettelbach MA et al. Effect of the Passy-Muir valve on aspiration in patients with tracheostomy. *Head & Neck* 1995; 17(4): 297–302.
4. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Leitlinien Neurogene Dysphagien. www.dgn.org 15.11.2009
5. Frank U. Evaluation eines interdisziplinären Therapieansatzes nach dem F.O.T.T.-Konzept: wirksam oder nicht? In: Nusser-Müller-Busch R (Hrsg.). Die Therapie des Facio-Oralen Trakts. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 2011.
6. Frank U et al. Modifiziertes Trachealkanülenmanagement: Platzhalterereinsatz als Option bei erschwerten Dekanülierungen (Pilotprojekt REHAB Basel). *Rehabilitation* 2013; 52: 20–26.
7. Heidler M-D. Rehabilitation schwerer pharyngo-laryngo-trachealer Sensibilitätsstörungen bei neurologischen Patienten mit geblockter Trachealkanüle. *Neurol Rehabil* 2007; 13(1): 3–14.
8. Niers N. Trachealkanülenmanagement: therapeutische Kriterien zur gezielten Auswahl passender Größen. In: *Logos interdisziplinär* 2012; 20(1): 42–51.
9. Nusser-Müller-Busch R. Das F.O.T.T.-Konzept: funktionell – komplex – alltagsbezogen. In: Nusser-Müller-Busch R (Hrsg.). Die Therapie des Facio-Oralen Trakts. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 2011.
10. Nusser-Müller-Busch R. Manuelle Schlucktherapie. In: Horst R (Hrsg.). N.A.P. – Therapieren in der Neuroorthopädie. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag 2011.
11. Prigent H et al. Effect of a tracheostomy speaking valve on breathing-swallowing interaction. *Intensive Care Med* 2012; 38(1): 85–90.
12. Schlaegel W, Lipp B. Das F.O.T.T.-Konzept in der neurologischen Rehabilitation: Beispiel TZB. In: Nusser-Müller-Busch R (Hrsg.). Die Therapie des Facio-Oralen Trakts. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 2011.
13. Seidl O, Nusser-Müller-Busch R. Die Trachealkanüle: Segen und Fluch. In: Nusser-Müller-Busch R (Hrsg.). Die Therapie des Facio-Oralen Trakts. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 2011.
14. Suiter DM. Effects of Cuff Deflation and One-Way Tracheostomy Speaking Valve Placement on Swallow Physiology, *Dysphagia* 2003; 18 (4): 284–292.

Interessenvermerk

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

A. Görhardt (Dipl. Sprachheilpädagogin), R. Lindemann (Dipl. Sprachheilpädagogin)
 RehaNova Köln GmbH
 Ostmerheimer Straße 200
 51109 Köln
 E-Mail: goerhardt@rehanova.de, lindemann@rehanova.de

Über die sprachlich-narrative Einholbarkeit subjektiven Erlebens nach einer Hirnschädigung. Komplexe und einfache Patient_innen-Erzählungen im Vergleich

Neurol Rehabil 2015; 21 (2): 94–104
Hippocampus Verlag 2015

T. Jesch

Zusammenfassung

Einführung in die theoretischen und methodischen Grundlagen: Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, ob die eigentlich auf schriftliche Erzählprosa zugeschnittene narratologisch-strukturalistische Analyse der semantischen Text-Tiefenstruktur sowie des unzuverlässigen Erzählens die Deutung einfacher Patient_innen-Erzählungen bereichert. Um diese Frage zu beantworten, wird zusätzlich ein intertextuelles Verfahren eingesetzt, das in der Rezeption einer medial und konzeptionell mündlichen Patienten-Erzählung vor der Folie einer komplexeren, medial und konzeptionell schriftlichen Patienten-Erzählung besteht. Insgesamt werden die beiden Patientenerzählungen, auch vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Traumaforschung, bezüglich der erzählerischen Konstruktion biografischer Kontinuität und Diskontinuität verglichen – auf der Suche nach dialogischen Ansatzpunkten, um im therapeutischen Gespräch zu einem kontinuierlicheren Lebens- und Selbstentwurf nach einer Hirnschädigung beizutragen.

Patienten, Material und theoriegeleitete Anwendung der Methoden: Exemplarisch wird ein Transkript aus der mündlichen Erzählung eines hirngeschädigten ehemaligen Bauhandwerkers intertextuell auf einen Tagebuchauszug des in einem Attentat durch Kopfschüsse verletzten Politikers Rudi Dutschke bezogen. Beide Texte werden auf ihre semantischen – unter Umständen traumatisch bedingten – Paradigmata und Oppositionen sowie auf Indizien eines (nicht im moralischen Sinne!) unzuverlässigen Erzählens hin untersucht, das psychoanalytisch womöglich als Kompromissbildung zwischen Mitteilung und Abwehr des Traumas zu erklären ist.

Ergebnisse: Die einfache Patientenerzählung lässt sich vor der intertextuellen Folie der komplexeren Erzählung rezipieren. Deren differenziertere und kontinuierlichere biografische Konstruktion liefert – insbesondere bei Beachtung von Unzuverlässigkeits-Signalen der einfachen Erzählung – möglichen Gesprächspartner_innen solcher Patient_innen exemplarische Ansatzpunkte für eine Gesprächsführung, die Hirnverletzten mehr Kontinuität in der biografischen Selbstkonstruktion ermöglicht.

Schlüsselwörter: Patient_innen-Erzählung, Narratologie, Unzuverlässiges Erzählen, semantische Tiefenstruktur, Intertextualität, Psychoanalyse, Traumatheorie

*Pädagogische Hochschule Freiburg,
Institut für deutsche Sprache und
Literatur*

Einführung in die theoretischen und methodischen Grundlagen

Erzählen ist eine wesentliche menschliche Kommunikationsform, sowohl im Alltag als auch in nicht alltäglichen Lebensphasen oder in Gestalt fiktionaler Literatur. Das Erzählen in all diesen Kontexten kann Gegenstand der Forschung sein, namentlich der sogenannten Narratologie, wörtlich zu übersetzen als Kunde vom Erzählen. Diese Erzählkunde befasst sich mit dem Was und Wie des Erzählens, also mit der jeweils erzählten Geschichte als solcher sowie mit der Art, in der diese Geschichte präsentiert wird. Auch in einem Teilgebiet der Rehabilitationsforschung, das die Bezeichnung Narrative Medizin trägt, werden Patient_innen-Erzählungen unter Rückgriff auf die sprachwissenschaftliche Gesprächs- und Erzählforschung sowie auf einige Begriffe und Konzepte der literaturwissenschaftlichen Narratologie ana-

lysiert [24, 31, 15]. Der vorliegende Beitrag verstärkt und erweitert diese literaturwissenschaftliche Perspektive beim Blick auf Erzähltexte hirnverletzter Patient_innen. Zugleich nimmt er, anknüpfend an Vorarbeiten [20, 21] und wie in der Einladung zu einem Symposium der Narrativen Medizin¹ gewünscht, eine germanistische, von interdisziplinärer Neugier bestimmte Außensicht auf den klinischen Bereich der Rehabilitationsmedizin ein. Die Interaktion, welche die untersuchte mündliche Erzählung in der Gesprächssituation mitbestimmt hat, welche sich aber auch innerhalb erzählter Welten zwischen den Figuren entfaltet [25], erfährt dabei zugunsten der für sich genommenen Textualität der Patient_innen-Erzählungen weniger Aufmerksamkeit als in der Narrativen Medizin üblich. Dem hier vorgeschlagenen Ansatz gemäß wird die dialogische Dimension jedoch durchaus

¹ 2. Berliner Symposium zur Narrativen Medizin. Nach der Hirnschädigung: Erzählen und Verstehen. 9. August 2014

berücksichtigt, und zwar beim Hinhören auf den Erzähltext einer hirnverletzten Person, bei dessen Beobachtung daraufhin, ob er denn Anknüpfungspunkte für therapeutische Antworten anbietet.

Dafür gilt es – von der Warte des Strukturalismus aus – achtzuhaben auf die Tiefenstruktur des Erzähltextes mit ihren auffälligen Kontinuitäten und ungereimten Diskontinuitäten sowie auf die Textoberfläche mit ihren eigenen Indizien ‚unzuverlässigen Erzählens‘ ([5]; [32], S. 132), eines narratologisch bedeutsamen Phänomens, dessen literaturwissenschaftlich etablierter Terminus hier beibehalten wird, ohne dass damit etwa moralische Kritik an den erzählenden Patient_innen geübt würde. Zum Begriff der Kontinuität tritt im Rahmen der Betrachtung der Text-Tiefenstruktur ein hier tendenziell synonym verwendeter Grundbegriff des Strukturalismus hinzu, der Terminus ‚Paradigma‘, bei der Lektüre der Übersetzung von Ferdinand de Saussures klassischem und für die strukturelle Literaturwissenschaft basalen Werk »Grundfragen der allgemeinen Sprachwissenschaft« wiederum auffindbar als »Assoziation« sprachlicher Elemente zu »Gruppen« ([6], S. 150, vgl. S. 147f., 150–152):

»Gruppen, die durch Assoziation im Geist gebildet sind, stellen Verbindungen her nicht nur zwischen Gliedern, die irgend etwas Gemeinsames an sich haben, sondern der Geist faßt auch Beziehungen auf, die sich in jedem einzelnen Fall zwischen ihnen bilden, und schafft auf diese Weise ebenso viele Assoziationsreihen, als es verschiedene Beziehungen gibt.« ([6], S. 150)

Bei der tiefenstrukturellen Analyse der hier ausgewählten Patientenerzählungen ergeben sich solche »Assoziationsreihen«, also Paradigmata, aus temporal-grammatischen oder aus zeitlich-inhaltlichen Beziehungen, die textintern gestiftet bzw. der Wortlaut-Semantik geschuldet sind. Entsprechendes gilt für die entgegengesetzte strukturalistische Basisoperation der Oppositionsbildung, die einzelne Terme oder ganze Paradigmata einander gegenüberstellt und bei der Untersuchung von Patientenerzählungen dem Aufspüren struktureller Diskontinuitäten in der biografischen Konstruktion dient.

Solche Diskontinuitäten, in der Text-Tiefenstruktur bedingt durch allzu starre Oppositionen und auf der Textoberfläche explizit begleitet durch Übergeneralisierungen, Übertreibungen, harte Kontrastierungen, aber auch Vagheits-, Relativierungs- und Unsicherheitssignale, können Indizien unzuverlässigen Erzählens sein. Derartige erzählerische Unzuverlässigkeit wurde zuerst als stets zu gewärtigendes Phänomen fiktionaler Erzähltexte beobachtet und ist durch deren kommunikative Struktur erklärbar: Die textbasierte (nicht empirisch-biografische!) Autor_innen-Instanz narrativer Literatur gestaltet nach dem hier zugrunde gelegten Kommunikationsmo-

dell fiktionalen Erzählens ([19], S. 73–76; [33], S. 46–112) eine eigene fiktive (aber durchaus realitätsbezogene) Welt. In dieser dargestellten Welt setzt die selbst stets stimmlose Autor_innen-Instanz eine mehr oder weniger deutlich profilierte Erzählfigur mit Erzählstimme ein. Die von dieser Erzählfigur erzählte Geschichte hat wiederum Figuren zum Gegenstand, welche ihrerseits sprechen – und auch in sonstiger Weise handeln. Eine dieser erzählten Figuren kann das *erzählte* Ich der in diesem Falle als *erzählendes* Ich dargestellten Erzählfigur sein.

Vermittelt durch die Stimme der Erzählfigur, richtet sich die Autor_innen-Instanz indirekt an das Lesepublikum. Auch nicht explizit Ausgesprochenes, sofern es der Rede der Erzählfigur oder der von ihr zitierten erzählten Figuren implizit ist, gehört zur Mitteilung der Autor_innen-Instanz. Mit anderen Worten: Die stumme Autor_innen-Instanz kommuniziert dadurch, dass sie an ihrer Stelle die fiktive Erzählfigur und andere sprechende Figuren explizite oder implizite Mitteilungen machen lässt. Deshalb bezeichnet der Literaturwissenschaftler Dieter Janik fiktionales Erzählen als »kommunizierte Kommunikation« ([18], S. 12; vgl. [20], S. 12f.).

Die in dieser Formel ausgedrückte kommunikative Indirektheit lässt es beim Lesen geboten erscheinen, zwischen der Autor_innen-Instanz und der Erzählfigur genau zu unterscheiden. Denn Letztere muss die von ihr implizierten Aussagen nicht unbedingt in vollem Umfang beabsichtigen oder verstehen. Und nicht alles, was die Erzählfigur sagt, muss im Sinne der Autor_innen-Instanz »mimetisch« und »theoretisch« ([27], S. 101, vgl. S. 100–104) zuverlässig sein, also mit den – an anderer oder gar derselben Textstelle – erkennbaren Fakten und gültigen Werten der dargestellten Welt übereinstimmen. Vielmehr kann die Erzählrede im Sinne des Literaturwissenschaftlers Wayne Booth »unzuverlässig« ([5], S. 164) sein, während sich die Autor_innen-Instanz mittels impliziter Indizien – quasi ‚hinter dem Rücken‘ ihrer Erzählfigur – an das Lesepublikum wendet.

»In diesem Fall kommuniziert der unzuverlässige Erzähler eine explizite Botschaft, während der Autor dem Leser implizit, sozusagen an dem Erzähler vorbei, eine andere, den Erzählerbehauptungen widersprechende Botschaft vermittelt. Die explizite Botschaft des Erzählers ist die nicht eigentlich gemeinte, die implizite des Autors hingegen die eigentlich gemeinte.« ([27], S. 101)

Was in der dargestellten Welt mimetisch-faktisch und theoretisch-ethisch gilt, hängt auch vom durch die Autor_innen-Instanz für den Verstehensprozess vorausgesetzten extratextuellen Weltwissen des Lesepublikums ab, sofern textintern keine davon abweichenden Regeln erlassen sind. Demzufolge entsteht Unzuverlässigkeit aus Sicht der kognitiven Narratologie auch durch Brüche von Weltwissens-Schemata ([29]; [2], S. 128).

Beim Lesen oder Anhören von Patient_innen-Erzählungen nun kann es, nicht anders als bei der Literaturrezeption, durchaus aufschlussreich sein, auf Anzeichen von Unzuverlässigkeit zu achten – wie es schon Freud zum Verständnis von Fehlleistungen tut: »Meine Deutung schließt die Annahme ein, daß sich bei dem Sprecher Intentionen äußern können, von denen er selbst nichts weiß, die ich aber aus Indizien erschließen kann.« ([10], S. 59) Entsprechend ist es in direkter therapeutischer Kommunikation mit einer rekonvaleszenten Person durchaus möglich, dass sich in deren Erzählrede, »sozusagen an dem Erzähler vorbei, eine andere, den Erzählerbehauptungen widersprechende Botschaft vermittelt«. Die »widersprechende Botschaft« stammt dann von einer nicht-literarischen ‚Autor_innen-Instanz‘, nämlich von der sich als »Kompositionssubjekt« ([20], S. 14) des Erzähltextes mitteilenden, in medizinischer Rehabilitation befindlichen Gesamtpersönlichkeit. Diese zielt unbewusst darauf ab, dass Diskontinuitäten und damit verbundene Unzuverlässigkeiten in der Erzählrede ein waches Gegenüber aufmerken, die implizierte eigentliche Problemlage erschließen und die nach dem Trauma abgewehrten biografischen Kontinuitäten erahnen lassen. Ein sich auf diese Weise selbst dementierendes Erzählen ist psychoanalytisch gesprochen das Ergebnis einer »Kompromissbildung« zwischen Ausdruck und Unterdrückung unerwünschter Inhalte:

»Wir nehmen an, daß es in unserem seelischen Apparat zwei gedankenbildende Instanzen gibt, deren zweite das Vorrecht besitzt, daß ihre Erzeugnisse den Zugang zum Bewußtsein offen finden, während die Tätigkeit der ersten Instanz an sich unbewußt ist und nur über die zweite zum Bewußtsein gelangen kann. An der Grenze der beiden Instanzen, am Übergang von der ersten zur zweiten, befinde sich eine Zensur, welche nur durchläßt, was ihr angenehm ist, anderes aber zurückhält. Dann befindet sich das von der Zensur Abgewiesene, nach unserer Definition, im Zustande der Verdrängung. Unter gewissen Bedingungen [...] ändere sich das Kräfteverhältnis zwischen beiden Instanzen in solcher Weise, daß das Verdrängte nicht mehr ganz zurückgehalten werden kann. [...] dann wird es dem bisher Verdrängten gelingen, sich den Weg zum Bewußtsein zu bahnen. Da die Zensur aber niemals aufgehoben, sondern bloß herabgesetzt ist, so wird es sich dabei Veränderungen gefallen lassen müssen, welche seine Anstößigkeiten mildern. Was in solchem Falle bewußt wird, ist ein Kompromiß zwischen dem von der einen Instanz Beabsichtigten und dem von der anderen Geforderten. Verdrängung – Nachlaß der Zensur – Kompromißbildung, dies ist aber das Grundsche ma für die Entstehung sehr vieler [...] psychopathischer Bildungen [...].« ([11], S. 689 f.)

Bezogen auf latent diskontinuierliche und unzuverlässige Erzählungen Hirngeschädigter greift allerdings weniger Freuds triebdynamisches Modell als vielmehr eine daran anknüpfende traumatheoretische Modellvariation der Kompromissbildung; denn die erzählenden Patient_innen haben ja ein organisches Trauma erlitten, das zugleich eine mehr oder weniger starke psychische Traumatisierung auslösen kann. Eine solche resultiert nach Freud aus der zutiefst schockierenden Erfahrung eigener Hilflosigkeit: »Heißen wir eine solche erlebte Situation von Hilflosigkeit eine traumatische« ([12], S. 199). Gottfried Fischer und Peter Riedesser entwickeln ausgehend von Freuds Vorarbeiten folgende verwandte »Definition der traumatischen Erfahrung« ([8], S. 395):

»Psychische Traumatisierung lässt sich definieren als vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.« ([8], S. 395, vgl. S. 63–146)

Der Umgang einer traumatisierten Person mit dem ihr Widerfahrenen ist oft von traumaspezifischer Kompromissbildung bestimmt. Dabei wird die traumatisierende Erfahrung als ein meist unbewusstes und darum schwer beeinflussbares kognitiv-emotionales Wahrnehmungs- und Handlungsschema fest im Gedächtnis verankert. Es ist in den meisten Fällen nur impliziter Erinnerung zugänglich. Zur Kompensation des Traumas bildet sich daneben ein weiteres psychisches Schema heraus, das die traumatisierende Situation umkehren und ungeschehen machen soll. Beide Schemata wirken psychodynamisch gegeneinander, indem das Traumaschema die erlittene Verletzung implizit zur Geltung zu bringen sucht, während das traumakompensatorische Schema bestrebt ist, die schmerzliche Erfahrung abzuwehren und in der Verdrängung zu halten. Als drittes Schema wirkt das sogenannte Desillusionierungsschema in dieses Kräftespiel hinein. Es repräsentiert die schonungslose und bleibende Desillusionierung des Traumaopfers durch das Erleben absoluter Hilflosigkeit in der traumatischen Überwältigungssituation. (Vgl. [8], S. 104, 114 f., 385, 395 f.) Trotz seiner negativen, ganz und gar resignativen Färbung erfasst das Desillusionierungsschema das Trauma in seinen verschiedenen Aspekten ebenso wenig wie das beschönigende traumakompensatorische Schema:

»Wie das kompensatorische Schema, der Gegenentwurf zur traumatischen Erfahrung, beruht auch das Desillusionierungsschema auf unvollständiger oder verzerrter Information über die traumatischen Ereignisse.« ([8], S. 105)

Das Desillusionierungsschema ist ein Zerrbild, eine vergrößernde Generalisierung des Traumaschemas ([8], S. 107). Es ist als Kompromissbildung zwischen Traumaschema und traumakompensatorischem Schema zu verstehen, insofern es Ersterem zu entstelltem oder nur partiellem Ausdruck verhilft und dabei Letzteres durch kompensatorische Enttäuschungsprophylaxe ergänzt:

»Es repräsentiert die traumabedingte Desillusionierung und wirkt zugleich traumapräventiv im Sinne der kompensatorischen Tendenz: wer nichts erwartet, kann auch nicht enttäuscht werden.« ([8], S. 385)

Kompromisshaft ist aber auch die zwei gegenläufige Tendenzen vereinbarende Artikulation, zu der das Leiden der traumatisierten Person gelangt, indem sich das Traumaschema oder seine Generalisierung auf der einen Seite und das traumakompensatorische Schema auf der anderen Seite im Verhältnis zueinander austarieren ([8], S. 107). Fischer und Riedesser erläutern dies in analogisierendem Rekurs auf Freuds oben bereits zitiertes triebdynamisches Modell:

»Zwischen der Operation von Traumaschema und traumakompensatorischen Maßnahmen besteht im traumatischen Prozess ein labiles, dynamisches Gleichgewicht nach Art jener Balance, die im dynamischen Modell der Psychoanalyse zwischen Impuls und Abwehr besteht. Freud hat bekanntlich das neurotische Symptom als eine Kompromissbildung zwischen (Trieb) Wunsch und Abwehr beschrieben. In vergleichbarer Weise kann ein Gleichgewicht im traumatischen Prozess dadurch hergestellt werden, dass ein Darstellungs- oder Handlungsfeld eröffnet wird, worin Aspekte des Traumaschemas und der kompensatorischen Maßnahmen gleichermaßen zum Ausdruck kommen. [...] Es entsteht aus dem dynamischen Kompromiss zwischen dem Traumaschema und den traumakompensatorischen Maßnahmen der Persönlichkeit.« ([8], S. 105)

Dieses »Darstellungs- oder Handlungsfeld« kann für traumatisierte Patient_innen das Erzählen sein, das ihnen einen Kompromiss ermöglicht zwischen Wiedergabe der traumatischen Inhalte und deren kompensatorischer Verkehrung. Dabei können psychisch auf Wiedergutmachung gerichtete Kompensation und völlige Desillusionierung einander abwechseln, sodass (in abgemilderter Form) der in der Traumaforschung bekannte Mechanismus der »Drehbühne« ([8], S. 114) wirksam zu werden scheint,

»wie in einer Theateraufführung, in der – möglichst bei Dunkelheit – die Bühne gedreht wird.

Wenn die Beleuchtung wieder eingeschaltet wird, erblickt die Zuschauerin eine völlig veränderte Szenerie. Ein anderes Bühnenbild ist aufgebaut, manchmal haben auch die Schauspielerinnen gewechselt« ([8], S. 114).

Solche erzählerische Diskontinuität, die mit einem Wechsel zwischen den erzählten Zeitebenen der Vergangenheit und der Gegenwart einhergehen mag, ist vom Kompositionssubjekt, mit anderen Worten von der Autor_innen-Instanz oder auch, um noch einschlägiger im Bild des Theaters zu bleiben, »vom Regisseur geplant und angeordnet« ([8], S. 114). Indessen ist sich die Erzählinstanz, also der erzählende Teil der Patient_innen-Persönlichkeit, dieses Plans und seiner von ihr selbst geleisteten Umsetzung nicht bewusst ([8], S. 114 f., 117).

Diskontinuitäten und sonstige Unzuverlässigkeitssignale, »angeordnet« durch das unbewusste Kompositionssubjekt in seinem widersprüchlichen Drängen nach Mitteilung und Verschleierung des Abgewehrten, nach direkterer Auseinandersetzung mit dem Trauma einerseits und kompromisshaftem Ausweichen vor dieser Konfrontation andererseits, sind in verschiedenen Patient_innen-Erzählungen unterschiedlich stark ausgeprägt.

Die jeweilige Ausprägung hängt wohl von diversen Faktoren ab, darunter von der Kohärenzbildenden Reflexion, die in einfachen Erzählungen weniger zur Entfaltung gelangt als in komplexen. Hier mag das prätraumatische intellektuelle Niveau der Patient_innen eine Rolle spielen ([30], S. 48 f., 44–54):

»In der Rehabilitation haben Personen mit überdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten, auch wenn sie eine schwere Hirnschädigung erlitten haben, oft einen Wissensvorsprung und zeigen relativ gute abstrakt-logische Fähigkeiten.« ([30], S. 48)

Aber auch die medial mündliche oder schriftliche, also vom »phonischen« oder »graphischen Kode« ([22], S. 17) bestimmte Entstehungssituation der Patient_innen-Erzählungen entscheidet oft mit darüber, wie elaboriert und damit kohärent diese sind. Wer gesprächsweise erzählt, folgt häufig auch der »Konzeption« der Mündlichkeit ([22], S. 17), die »freie«, somit bisweilen inkohärente »Themenentwicklung« erlaubt, und wählt eine »Sprache der Nähe«, während für schriftliches Erzählen eher eine auf Kohärenz ausgerichtete »Sprache der Distanz« angemessen erscheint:

»Die Kombination ‚Dialog‘, ‚freier Sprecherwechsel‘, ‚Vertrautheit der Partner‘, ‚face-to-face-Interaktion‘, ‚freie Themenentwicklung‘, ‚keine Öffentlichkeit‘, ‚Spontaneität‘, ‚starkes Beteiligtsein‘, ‚Situationsverschränkung‘, [sic!] etc. charakterisiert den Pol ‚gesprochen‘. Die ihm

entsprechende Kommunikationsform läßt sich am besten auf den Begriff Sprache der Nähe bringen. Analog charakterisiert die Kombination von ‚Monolog‘, ‚kein Sprecherwechsel‘, ‚Fremdheit der Partner‘, ‚räumliche und zeitliche Trennung‘, ‚festes Thema‘, ‚völlige Öffentlichkeit‘, ‚Reflektiertheit‘, ‚geringes Beteiligtsein‘, ‚Situationsentbindung‘ [sic!] etc. den Pol ‚geschrieben‘. Die ihm entsprechende Kommunikationsform definieren wir als Sprache der Distanz.« ([22], S. 21)
[Hervorhebung im Original; TJ]

Eine Patient_innen-Erzählung im Rahmen eines Therapiegesprächs also wird – immer auch in Abhängigkeit von den sprachlichen und intellektuellen Fähigkeiten oder Ambitionen des erzählenden Individuums – möglicherweise weniger differenziert, vielschichtig, reflexiv und präzise ausfallen als ein Tagebucheintrag oder erst recht als eine zur Veröffentlichung bestimmte literarische Auseinandersetzung einer hirnerkrankten Person mit ihrer Traumatisierung. Das mündliche oder schriftliche »Medium« ([22], S. 17) ist gleichwohl nicht grundsätzlich an eine bestimmte »Konzeption« gebunden, sodass manches Tagebuch deutlichere Züge einer konzeptionell mündlichen »Sprache der Nähe« tragen mag als eine gekonnt aus dem Stegreif komponierte gesprochene Erzählung. Auch kann ein literarischer Text ungeplante Spontansprache simulieren und – freilich ästhetisch kalkulierte – Inkohärenzen aufweisen.

Aus den vielfältigen persönlichen und situativ-medialen Voraussetzungen, unter denen (auch fiktionale) Narrationen Hirngeschädigter zustande kommen, resultieren unterschiedlich reichhaltige, problembewusste und feinsinnige (auto)biografische Konstruktionen. Da sich aber die narrativ bearbeiteten Grundkonflikte um Kontinuität und Diskontinuität, Leistungseinschränkungen und soziale Einbindung der betroffenen Persönlichkeiten ähneln, ist in komplexen Patient_innen-Erzählungen oft nuancenreich expliziert oder kunstvoll inszeniert, was sich in den einfacheren Texten ebenfalls angedeutet, aber kaum ausgeführt und gestaltet findet. Begreift man die komplexen und einfachen Erzählungen als in einem Verhältnis der Intertextualität zueinander stehend, so hilft die Lektüre der Ersteren bei der Deutung der Letzteren – und damit beim tieferen, einlässlicheren Verstehen der in der klinischen Praxis vorkommenden diskontinuierlichen autobiografischen Konstrukte hirngeschädigter Rehabilitand_innen ([28], S. 8–16, 37–51, 73–85; [26], S. 99–103). Zu ästhetisch ausgefeilteren Selbstzeugnissen Hirntraumatisierter schreibt in diesem Sinne auch Nicole Nerb:

»Einerseits sind die einzelnen Geschichten jeweils als Autobiographie ausgesprochen individuell und unterstreichen gerade mittels individueller Erfahrungen das Erfordernis, die Innenperspektive und damit das subjektive Erleben der hirnerkrankten

Person zu berücksichtigen. Andererseits erhalten sie Allgemeingültigkeit durch Themen, die für diese Art der Beeinträchtigung typisch sind. [...] Obwohl es sich also bei den Autoren der Selbstberichte in literarischer Form um privilegierte Einzelfälle handelt, sind sie ein wichtiges Sprachrohr von hirnerkrankten Personen und ihren Angehörigen. Die Selbstberichte vermitteln eindrucksvoll die dramatische Bedeutung des plötzlichen Einbruchs eines solchen Traumas und geben Einblick in die schwierige Situation nach einer Hirnerkrankung. Sie machen damit das traumatische Ereignis, das ansonsten das Vorstellungsvermögen Außenstehender übersteigt, annähernd vorstellbar. Ein verbessertes Verständnis der subjektiven Perspektive hirnerkrankter Personen ist grundlegend für den Behandlungserfolg.« ([28], S. 11 f.)

Zentrales Anliegen eines solchen intertextuellen, strukturanalytischen und narratologischen Vorgehens vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Traumaforschung ist es letztlich, im Dialog mit den erzählenden Patient_innen die Diskontinuität der narrativen Selbstkonstruktion überwinden zu helfen, in der sich eine »traumabedingte Selbststörung«, genauer: eine »durch die traumatische Erfahrung bedingte Störung der inneren Kontinuität der Persönlichkeit« ([8], S. 394) zumindest ansatzweise ausdrücken kann:

»Das prätraumatische Selbst ist vom traumatisierten Selbst strikt getrennt. Therapeutische Bemühungen zielen darauf ab, die Kontinuität des Selbsterlebens wieder herzustellen.« ([8], S. 394)

Dass dieses Bemühen der Heilung dient, hat Aaron Antonovsky mit seinen einschlägigen Forschungsergebnissen nahegelegt, im deutschen Sprachraum herausgegeben von Alexa Franke unter dem sprechenden Titel »Salutogenese« ([1]; vgl. [9, 4]), der Antonovskys zentraler Terminologie entnommen ist. Aus der Salutogenese-Forschung ist eine Skala zur Messung des »Sense of Coherence« hervorgegangen, bezeichnet als Sense of Coherence Questionnaire oder abgekürzt SOC-Q, welche auch Carmen Schmitz-Feldhaus anlässlich einer »Follow-up Studie [sic!] zur Entwicklung des Sense of Coherence nach erworbener Hirnschädigung« ([35], S. 81) in abgewandelter Form einsetzt. Der Fragebogen misst, als »wie verstehbar, handhabbar und sinnvoll eine Person das eigene Leben« ([35], S. 82) ansieht. Die Studie ergibt, dass die klinische Praxis der Rehabilitation das für die Rekonvaleszenz wichtige biografische Kohärenzempfinden Hirnerkrankter nicht hinreichend fördert:

»Als Ergebnis dieser kleinen Studie kann zusammenfassend dargelegt werden, dass der Sense [sic!] of Coherence (SOC), das gesunderhalten-

de und gesundheitsfördernde Zusammenhangsgefühl nach Antonovsky, bei allen Patienten trotz intensiver und umfassender rehabilitativer Bemühungen nicht erreicht wurde. [...] Ursachen hierfür sind nicht so sehr in einer ‚effectiveness gap‘ zu finden, sondern mehr in einer nicht nahe genug an den einzelnen Rehabilitanden orientierten, nicht genug partizipativen und darum tendenziell desintegrativen Wahrnehmungs- und Handlungsweise der Professionellen.« ([35], S. 91)

Das medizinische Personal könnte unter anderem dadurch mehr Nähe zu den Patient_innen herstellen, dass es ihren Erzählungen mit größerer Sensibilität für Diskontinuitäten, tiefenstrukturelle Muster und tiefen- wie oberflächenstrukturelle ‚Unzuverlässigkeiten‘ zuhört, um im Gespräch auf solche versteckten Hinweise der Traumatisierten eingehen zu können. Dies wäre möglicherweise ein nicht unwichtiger Beitrag zur Stärkung des Sense of Coherence.

Patienten, Material und theoriegeleitete Anwendung der Methoden

Ausschnitte aus den gegensätzlichen Erzählungen zweier – auch biografisch gegensätzlicher – Patienten stehen im Mittelpunkt der theoriegeleiteten und methodisch kontrollierten Textanalyse. Die narrative Selbstkonstruktion eines durch einen fremdverschuldeten Kranunfall im Jahre 1997 am Gehirn verletzten und seitdem berufsunfähigen Handwerkers aus dem Baugewerbe, im Folgenden Herr C. genannt ([28], S. 67, 82, 83 f.), soll in einen intertextuellen Zusammenhang mit einem Tagebucheintrag des Politikers und Geisteswissenschaftlers Rudi Dutschke gerückt werden, der als Opfer eines Attentats am 11.4.1968 zwei Kopfschüsse erlitten hat. Herr C. ist zum Zeitpunkt seiner – konzeptionell eher mündlichen – Erzählung im Juli 2002 45 Jahre alt, Rudi Dutschke hat seine – konzeptionell eher schriftlichen – Tagebuchzeilen am 3. Juli 1969 im Alter von 29 Jahren verfasst.

Für einen ersten Eindruck seien zunächst beide narrativen Passagen nacheinander wiedergegeben, im einen Falle als Transkript der nicht nur konzeptionell, sondern auch medial mündlichen Äußerungen von Herrn C., im anderen Falle als Abdruck aus den postum durch die Witwe Gretchen Dutschke herausgegebenen Tagebüchern Rudi Dutschkes. Zuerst soll Herrn C.s Erzählung präsentiert werden. Dieser direkt vorangestellt ist zur besseren Lesbarkeit eine hier relevant erscheinende Auswahl aus den von Nerb (z.T. leicht abweichend) angewandten Transkriptionsregeln des Gesprächsanalytischen Transkriptionssystems (GAT) ([28], S. 69):

Sequentielle Struktur/Verlaufsstruktur

[] Überlappungen und Simultansprechen

[]

Pausen

(-), (--), (---) kurze, mittlere, längere Pause von ca. 0,25–0,75 Sek.; bis ca. 1 Sek. Dauer

(2.0) Pause von mehr als 1 Sek. Dauer

Akzentuierung

akZENT Primär- bzw. Hauptakzent

akzEnt Sekundär- bzw. Nebenakzent

Intonation

, leicht steigende Intonation

- kontinuierliche Intonation

. fallende Intonation

; leicht fallende Intonation

Sonstige Konventionen

((...)) Auslassungen im Transkript

[] Informationen der Interviewerin

([28], S. 262 f.)

»Das Zeichen # steht für Hörersignal (mhm oder aha).

Alle Namens- und Ortsangaben sind anonymisiert.«

([28], S. 73)

Die anschließenden Erzähl-Absätze sind zwar chronologisch geordnet, folgen aber in Herrn C.s Bericht ursprünglich nicht unmittelbar aufeinander:

»hab SECHSEZwanzig JOHR gschafft in der firma m.- [...] und dät HEUT noch schaffe wenn ich gSUND wär # (1.0) hab IMMER a gutes verHÄLTnis mit dem chef ghätt; # mit de GANze firma an für sich-

gewisse erFAHrung un so weiterscht muss ma halt SAMMle; # des hab ich gSAMMelt un da war ich GUT drin;# hab auch MANch gute vorschläg gebrocht dem polier; wie ma DES un DES mache kann un so weiterscht; # des isch ALLES Agnumme worre an für sich. # (3.0) wo ichs zwANzigjährige ghatt hab bin ich Eigelade worre- hab ich en ORT sage kenne wo ma hie gehe kenne ESSE- # de CHEF un sei SOHN # un mei FRAU un ICH;

der will LANG nix mehr wisse vun EINem; do isch ma SO lang GUT wie ma KUMMT un jeden tag schAFFT sozusage- # ich hab manchi ÜBERstund gleichtet- un uff de URLaub verzichtet; hab jo die ganz ZEIT urlaub ghätt wo ich DO gebaut hab; # hab jo durch des dann immer geld krieg; # aber der urlaub hätt d' familie au ABBüße müsse sozusage. ## wir sin jo NIE in Urlaub

(())

dofür hole man jetzt noch.

FRÜHer war ich VIEL mehr in beWEGung sozusagen # heut sitz ich jo nur noch rum. # es sind nur noch KLEINigkeite was ich MACHen kann sozusagen. # SPÜLmaschin ein AUSräume EINräume un so- # wo SOWieso keiner mache will, # des mach ICH halt.« ([28], S. 83 f.)

Gleich im Anschluss nun der Tagebuchauszug Rudi Dutschkes:

»3. Juli 1969

London

Ein ‚beschissener‘ Tag geht vorbei, die Arbeitsfähigkeit und Entschlossenheit lagen niedrig. Immer wieder zeigt sich, daß eine kontinuierliche Entwicklung noch nicht zu finden ist, die Tage gehen ohne erfaßte und treibende Elemente vorbei, ohne diese wird die Permanenz der Rückschläge erhalten bleiben. Vor 2 Tagen, kurz nach dem Ankommen der Antwort von Bahman [Nirumand], hatte ich sofort mit einem Antwort-Brief begonnen, ging gut voran; plötzlich erschien die »Roprekorr« [Rote Pressekorrespondenz; TJ], tauchte Bernds [Rabehls] Artikel über die ‚Weltkonferenz‘ der Revisionisten auf, schon wurde ich nervös, habe ihn bis heute noch nicht wirklich durchgelesen. Mein Freund und Kampfgefährte, der schon seit 64/65 mit mir zusammen ist, immer die falsche ‚2. Stelle‘ in der Gruppe und ‚Öffentlichkeit‘ einnahm bzw. einnehmen mußte, ist inzwischen ‚nach vorne gerückt‘, was noch viel wichtiger ist, hat in den letzten 2 Jahren sich durch sorgfältiges Studium der ‚Werke‘ und der bestehenden Verhältnisse neu weiterentwickelt und politisch-theoretisch neu bestimmt. So jedenfalls ‚hört man‘ es, persönlich bin ich, psychologisch wohl verständlich, zur Zeit ‚neidisch‘ und ‚besorgt‘, was sich im Grunde nur auf mich bezieht. Bin einfach in *allen* Bereichen schwach, ‚kämpfe‘ an vielen Stellen falsch, so entstehen leicht Verdrängungen und Rationalisierungen – jetzt erst recht. Zumeist konnte ich x-fach – vor dem Attentat – durch Arbeit und Entwicklung schon vorhandene Gefahren sublimieren und instrumentalisieren; das ist jetzt nicht mehr der Fall, der ‚Griff‘, der Besuch des Psychoanalytikers wird immer unerläßlicher ...«

([7], S. 87f.) [Hervorhebungen im Original; TJ]

Beide Erzähldokumente sind von den Paradigmata der Vergangenheit und der Gegenwart beherrscht, doch werden die kausalen Beziehungen zwischen den Zeitebenen bei Rudi Dutschke stärker herausgearbeitet als bei Herrn C. Dass die alle Hirngeschädigten bedrängenden Selbstzweifel aufgrund bleibender Einschränkungen der Leistungs- und Konkurrenzfähigkeit nicht ausschließlich durch die Traumatisierung virulent geworden sein müssen, sondern auch aus der vortraumatischen Vergangenheit heraus Nahrung erhalten können, erschließt sich Dutschke in seiner selbstreflexiven Haltung durchaus. Seinem in der Gegenwart bedrohlich erstarkten Rivalen nämlich spricht er ein schon immer nach Ausdruck verlangendes Potenzial zu: »Mein Freund und Kampfgel-

fährte, der schon seit 64/65 mit mir zusammen ist, immer die falsche ‚zweite Stelle‘ in der Gruppe und ‚Öffentlichkeit‘ einnahm bzw. einnehmen mußte, ist inzwischen ‚nach vorne gerückt‘«. Die Paradigmata der Vergangenheit und Gegenwart werden von Rudi Dutschke mithin nicht in starrer Diskontinuität und Opposition einander gegenübergestellt. Vielmehr reflektiert Dutschke schon vor der Hirnschädigung bestehende Konflikte in ihrer Kontinuität bis in die Gegenwart hinein. Diskontinuität konstatiert er dabei vordringlich zwischen seiner früher erfolgreicher und inzwischen weniger effektiven *Konfliktbearbeitung*. Aus dieser Schwächung seiner Selbststabilisierungsmechanismen leitet er die Einsicht in einen schon aus der Vergangenheit herrührenden und in der Gegenwart nur verstärkten Psychoanalyse-Bedarf ab: »Zumeist konnte ich x-fach – vor dem Attentat – durch Arbeit und Entwicklung schon vorhandene Gefahren sublimieren und instrumentalisieren; das ist jetzt nicht mehr der Fall, der ‚Griff‘, der Besuch des Psychoanalytikers wird immer unerläßlicher ...« Auch die Leistungseinbußen in seinen angestammten intellektuellen und politischen Aktionsfeldern führt der Tagebuchschreiber nicht einfach auf seine Kopfverletzung zurück, sondern weiß er kohärent in einen Begründungszusammenhang mit seinen akuten Konkurrenzängsten einzuordnen:

»Vor 2 Tagen, kurz nach dem Ankommen der Antwort von Bahman [Nirumand], hatte ich sofort mit einem Antwort-Brief begonnen, ging gut voran; plötzlich erschien die »Roprekorr« [Rote Pressekorrespondenz; TJ], tauchte Bernds [Rabehls] Artikel über die ‚Weltkonferenz‘ der Revisionisten auf, schon wurde ich nervös, habe ihn bis heute noch nicht wirklich durchgelesen.«

Er vermag seine Arbeitsstörung psychologisch zu erklären und seine in diesem Kontext ausschlaggebenden Empfindungen unverstellt zu benennen: »persönlich bin ich, psychologisch wohl verständlich, zur Zeit ‚neidisch‘ und ‚besorgt‘, was sich im Grunde nur auf mich bezieht«. Solch unverhohlene Selbstanalyse bietet innerhalb des Narrativs so ohne Weiteres keine Anhaltspunkte für Verdrängtes, für ein aus dem Unbewussten sich geltend machendes Traumaschema, ein die traumatische Erfahrung übergeneralisierendes Desillusionierungsschema oder ein hierzu oppositionelles traumakompensatorisches Schema. Entsprechend sind keine Indizien für das aus der Kompromissbildung zwischen Trauma-Mitteilung und Trauma-Abwehr heraus sich einstellende unzuverlässige Erzählen erkennbar. Verdrängung und auch Rationalisierung müssen in dieser Patientenerzählung nicht aus textuellen Symptomen im narrativen »Darstellungs- oder Handlungsfeld« (s.o. [8], S. 105) erschlossen werden, sondern finden sich in der Selbstreflexion Dutschkes ausdrücklich diagnostiziert als in seiner extratextuellen Lebenswirklichkeit aktuelle Ver-

stärkung einer »jetzt erst recht« durchschlagenden altbekannten Tendenz. Dabei zeigt sich punktuell in der Klage über eigene Schwäche in vermeintlich »*allen* Bereichen« eine doch ein wenig unzuverlässig anmutende Übergeneralisierung: »Bin einfach in *allen* Bereichen schwach, ‚kämpfe‘ an vielen Stellen falsch, so entstehen leicht Verdrängungen und Rationalisierungen – jetzt erst recht.« Schließlich ist sich Dutschke sogar der Notwendigkeit wie Schwierigkeit bewusst, nach der Hirnschädigung Kontinuität zu erringen: »Immer wieder zeigt sich, daß eine kontinuierliche Entwicklung noch nicht zu finden ist«.

Angesichts dieses insgesamt sehr ausgeprägten und in konzeptioneller Schriftlichkeit klar artikulierten Problembewusstseins verspricht eine intertextuelle Betrachtung Anhaltspunkte dafür, wie Herrn C.s diskontinuierliche biografische Selbstkonstruktion durch auf ihn übertragbare Aspekte lebengeschichtlicher Kontinuität und Konfliktauslösung an Kohärenz gewinnen könnte. Der Sense of Coherence nach Antonovsky ließe sich so im Zuge der dialogischen Therapie durch zunehmende Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit individueller Lebenszusammenhänge erhöhen. Vor diesem Hintergrund erscheinen Ansätze psychoanalytischer Traumatherapie im klinischen Rahmen der Rehabilitation Hirngeschädigter hilfreich und wünschenswert – wie ja auch Rudi Dutschke als Hirnverletzter eine psychoanalytische Behandlung für sich in Erwägung zieht.

Hier beweist seine narrative Selbstkonstruktion, dass ihm trotz seines Psychotherapiebedarfs eine für ein kohärentes Selbstkonzept wichtige Meta-Ebene zugänglich bleibt, auf der er seine Wahrnehmungen und Handlungen bewusst registriert:

»Diese höheren selbstreflexiven Stufen der Wahrnehmung strukturieren unser entwickeltes Selbstkonzept. Ist dieses über verschiedene Stufen und Metastufen hinweg in sich konsistent, so bemerke ich meine Wahrnehmung, mein Merken und Wirken und kann dieses mit meinem übergreifenden Selbstkonzept und jeweiligen Situations- und Selbstverständnis in Zusammenhang bringen.« ([8], S. 115)

Die trauma-induzierten Wahrnehmungs- und Verhaltens-Schemata entfalten daher in Dutschkes narrativem »Darstellungs- oder Handlungsfeld« (s.o. [8], S. 105) kein vom Bewusstsein abgekoppeltes Eigenleben, wie es indessen bezüglich Herrn C.s Erzählung schon eher zu vermuten ist: »Traumaschema und kompensatorisches Schema können von den ‚höheren‘ Stufen der Selbstwahrnehmung abgeschnitten sein, sie können jedoch trotzdem auf einer ‚niederen‘ sozialkognitiven Organisationsstufe aktiv bleiben.« ([8], S. 115, vgl. S. 116) Es scheint denkbar, dass Herr C. in seiner Konfrontation von prätraumatischer Vergangenheit und posttrauma-

tischer Gegenwart Anzeichen einer solchen Abspaltung und Verdrängung – und entsprechenden dialogischen Unterstützungsbedarf – erkennen lässt (ohne ansonsten psychisch auffällig zu sein). Während Rudi Dutschke die Paradigmata der Vergangenheit und der Gegenwart psycho- und kausal-logisch miteinander verknüpft und sie so von einer Meta-Ebene aus als in biografischer Kontinuität stehend deutet, konstruiert Herr C. die gleichen Paradigmata in unüberbrückbarer semantischer Opposition zueinander. Die folgenden drei Tabellen mögen dies jeweils unter einem eigenen Aspekt verdeutlichen – dem des Bruchs biografischer Kontinuitäten (Tab. 1), dem des Leistungsrückgangs (Tab. 2) und dem des Verlusts an gesellschaftlicher Zugehörigkeit (Tab. 3).

± Biografische Kontinuität	
Vergangenheit	Gegenwart
+ Biografische Kontinuität <ul style="list-style-type: none"> • FRÜHer war ich • SECHSEZwanzig JOHR • IMMer ghätt • s zwANzigjährige ghatt • die ganz ZEIT ghätt • sin jo NIE 	– Biografische Kontinuität <ul style="list-style-type: none"> • LANG nix mehr

Tab. 1: Narrative Konstruktion durch Herrn C.: Verlust gesellschaftlicher Zugehörigkeit

± Gesellschaftliche Zugehörigkeit	
Vergangenheit	Gegenwart
+ Gesellschaftliche Zugehörigkeit <ul style="list-style-type: none"> • a gutes verHÄLTnis mit dem chef • mit de GANze firma • bin ich Eigelade worre- • ESSE- # de CHEF un sei SOHN # un mei FRAU un ICH 	– Gesellschaftliche Zugehörigkeit <ul style="list-style-type: none"> • der will LANG nix mehr wisse vun EINem

Tab. 2: Narrative Konstruktion durch Herrn C.: Bruch biografischer Kontinuitäten

± Leistung	
Vergangenheit	Gegenwart
+ Leistung positiv <ul style="list-style-type: none"> • VIEL mehr in beWEGung • gschaftt in der firma • erFAHrung • da war ich GUT drin • MANch gute vorschläg gebrocht dem polier • ALLES Agnumme worre • hab jo durch des dann immer geld krieg 	– Leistung negativ <ul style="list-style-type: none"> • sitz ich jo nur noch rum • dät HEUT noch schaffe wenn ich gSUND wär • nur noch KLEINigkeite was ich MACHen kann • SPÜLmaschin ein AUSräume EINräume • wo SOWieso keiner mache will, # des mach ICH halt
+ Leistung negativ <ul style="list-style-type: none"> • do isch ma SO lang GUT wie ma kUMMT un jeden tag schAFFT • mANchi ÜBERstund gleischtet • uff de URLaub verzichtet • der urlaub hätt d‘ familie au ABbüße müsse • wir sin jo NIE in Urlaub 	– Leistung positiv <ul style="list-style-type: none"> • dofür hole man jetzt noch

Tab. 3: Narrative Konstruktion durch Herrn C.: Rückgang der Arbeitsleistung

Alle drei Tabellen bestätigen Nerbs Einschätzung, dass das Erzählen dieses Patienten eine beispielhafte »Konstruktionsweise von Diskontinuität« ([28], S. 74, vgl. S. 82–85) darstelle, auch wenn die Bewertung der früheren Arbeitsleistung als positiv und ihres gegenwärtigen Rückgangs als negativ ins diametrale Gegenteil umschlagen kann (vgl. Tab. 3). Indem Herr C. solche Wertungen und Wertungsumschwünge nicht elaboriert, gestaltet er sein Narrativ verglichen mit dem Dutschkes einfach und faktenorientiert, insofern aber auch ergänzungs- und interpretationsbedürftig, wie bereits Nerb anmerkt:

»Dass der Erzähler im Zusammenhang mit seinem uneingeschränkten beruflichen Engagement von ‚Verzicht‘ und ‚abbüßen‘ spricht, impliziert eine Bewertung, die der Erzähler jedoch nicht genauer ausführt. Vielmehr lässt er die ZuhörerIn an dieser Stelle eigene Schlüsse ziehen. Es entsteht der Eindruck, dass der Erzähler von seinem gegenwärtigen Standpunkt aus eine Neubewertung seiner früheren Arbeitshaltung vornimmt. Mit dieser veränderten Deutung seines früheren Lebens nimmt der Erzähler eine diskontinuierliche Perspektive auf sein Leben ein. Indem Herr Carl erwähnt, dass die Familie den Urlaub in der Gegenwart nachholt, weist er auf eine Veränderung seiner Lebensgestaltung hin. Die Art und Weise seiner Darstellung legt nahe, dass dieser Veränderung die Bedeutung einer Wiedergutmachung zukommt. Mit dem Nachholen von Urlauben thematisiert Herr Carl einen positiven Aspekt seiner Gegenwart.« ([28], S. 84) [Name des Patienten durch Nerb geändert ([28], S. 69); Hervorhebungen im Original; TJ]

Auch Emotionen, Reflexionen sowie Rückschlüsse auf Grundkonflikte und Unterstützungsbedarf wären in einer Gesprächssituation mit Herrn C. vor der intertextuellen Folie komplexerer Erzählungen wie der Rudi Dutschkes vorsichtig zu erfragen und zu eruieren. Bei allen interindividuellen Unterschieden finden sich doch übertragbare Problemkonstellationen, wie etwa die Desintegration Dutschkes aus seinem früheren Betätigungsfeld, die Entfremdung von seinem ehemaligen Freund, der seiner als eines Weggefährten nicht mehr bedarf, persönliche Funktionseinschränkungen und -veränderungen, der Abbruch mehrjähriger, »seit 64/65« bestehender Kontinuitäten. Derartige, nach einem Hirntrauma typischerweise an Gewicht gewinnende Erfahrungen verarbeitet Dutschke mit Gefühlen des Neides, der Sorge und der Nervosität sowie unter Bewusstwerdung von Prozessen der Verdrängung und Rationalisierung. Solche psychisch-emotionalen und reflexiven Vorgänge mögen unausgesprochen so oder ähnlich auch Herrn C. beschäftigen, der durch hierfür sensible, eventu-

ell psychotraumatologisch fundierte Gesprächsangebote womöglich seine biografische Selbstkonstruktion anreichern und ihr mehr – im Sinne Antonovskys heilsame – Kohärenz verleihen könnte.

Ohne einen in dieser Weise förderlichen Dialog hindert Herr C. anscheinend eine traumatogene Schematisierung seiner Erfahrung an einer offeneren und differenzierteren Auseinandersetzung mit dem eigenen Konfliktgeschehen und der eigenen Konfliktgeschichte. Nachvollziehbar wird diese Vermutung vielleicht angesichts der obigen drei strukturanalytischen Tabellen: Ob es um den Bruch biografischer Kontinuitäten (Tab. 1), den Verlust gesellschaftlicher Zugehörigkeit (Tab. 2) oder den Rückgang der Arbeitsleistung (Tab. 3) geht, stets finden sich (vorherrschende) Konstrukte einer verlässlich kontinuierlichen (vgl. Tab. 1), einer von bestmöglicher gesellschaftlicher Integration (vgl. Tab. 2) oder einer von dynamischer, anerkannter und einträglicher Leistungsfähigkeit bestimmten (vgl. Tab. 3) Vergangenheit. Diese Vergangenheits-Paradigmata weisen Züge traumakompensatorischer Schemata auf, insofern sie einen heilenden und ex post präventiven ([8], S. 395), freilich zeitlich rückprojizierten und erzählerisch unzuverlässigen Gegenentwurf zur traumatischen Gebrochenheit, Isolation und Entmächtigung darstellen. Dass aller Wahrscheinlichkeit nach auch schon die Vergangenheit gelegentlich Erfahrungen einer aufgezwungenen biografischen Zäsur, gesellschaftlicher Unzugehörigkeit und der Leistungsschwäche bereithielt, wird abgewehrt. Die traumakompensatorischen Schemata scheinen auf die realitätsunangemessene implizite Frage: Wie hätte ich sein müssen, um das Trauma zu verhindern? eine irrational-idealisierende, dem Weltwissen widersprechende Antwort zu geben. Deren Unzuverlässigkeit lässt nicht nur der Eindruck an sich erahnen, ein wirklichkeitsnaher Selbstentwurf sei retrospektiv durch eine allzu konfliktfreie Wunsch-Identität ersetzt worden. Zusätzlich deuten sprachliche Mittel der Übergeneralisierung und Übertreibung sowie umgekehrt der Relativierung und Vernebelung rückblickender Selbstüberhöhung, sämtlich in den hier anschließend zusammengestellten Zitaten durch Unterstreichungen kenntlich gemacht, auf narrative Kompromissbildung zwischen der Offenbarung traumabedingt potenziert Schwächen und deren traumakompensatorischer Abwehr hin:

»hab IMMER a gutes verHÄLTnis mit dem chef ghätt; # mit de GANze firma an für sich-

gewisse erFAHRung un so weiterscht muss ma halt SAMMle; # des hab ich gSAMMelt un da war ich GUT drin;# hab auch MANch gute vorschläg gebrocht dem polier; wie ma DES un DES mache kann un so weiterscht; # des isch ALLES Agnumme worre an für sich.

FRÜHer war ich VIEL mehr in beWEGung sozu-
sagen«

[Hervorhebungen durch Unterstreichung TJ]

Übergeneralisierung ist aber ein Merkmal nicht nur dieses traumakompensatorischen Schemas, sondern darüber hinaus auch eines jeden Desillusionierungsschemas, insofern es als bewusstenfähige Repräsentation des unbewussten Traumaschemas dessen negative Erlebnisqualität in der gesamten posttraumatischen Lebenswelt pauschal immer wieder begründet sieht ([8], S. 116). In Herrn C.s Erzählung scheint das gegenüber dem Paradigma der Vergangenheit insgesamt quantitativ deutlich schwächer vertretene Paradigma der Gegenwart fast durchgehend von einem derartigen Desillusionierungsschema bestimmt zu sein (vgl. Tab. 1–3), was sich auch hier wieder durch im folgenden Zitat entsprechend markierte verbale Generalisierungs-Elemente, kaum indes durch floskelhaft relativierende Vagheit, noch unterstrichen findet:

»heut sitz ich jo nur noch rum. # es sind nur noch
KLEINigkeite was ich MACHen kann sozusagen. #
SPÜLmaschin ein AUSRäume EINräume un so- #
wo SOWieso keiner mache will, # des mach ICH
halt.«

[Hervorhebungen durch Unterstreichung TJ]

Eine Besonderheit ist jedoch, dass dieses auf die Gegenwart des Patienten angewandte Desillusionierungsschema punktuell durch den Hinweis auf endlich nachgeholten Urlaubsgenuss durchbrochen und dass parallel hierzu im Paradigma der Vergangenheit das positive traumakompensatorische Schema durch eine Desillusionierung getrübt wird (vgl. Tab. 3). Erstmals erscheint so die frühere Leistungsbereitschaft in einem ernüchternden Licht des Urlaubsverzichts und der Instrumentalisierung durch den Chef (vgl. Tab. 3). Die zuvor für die Vergangenheit traumakompensatorisch betonte gesellschaftliche Integration innerhalb der Firma und insbesondere im Verhältnis zum Chef (vgl. Tab. 2) wird nun schon bezüglich dieser Vergangenheit und nicht erst hinsichtlich der posttraumatischen Gegenwart in Frage gestellt. Unangetastet bleibt allerdings das traumakompensatorische Selbstbild als ehemals unbegrenzt leistungsfähige Arbeitskraft (vgl. Tab. 3). Und auch unter den hier einmal ausnahmsweise umgekehrten Vorzeichen einer negativ gezeichneten Vergangenheit und einer positiv gezeichneten Gegenwart stehen beide Zeitebenen nach wie vor im Verhältnis der Diskontinuität zueinander (vgl. auch oben [28], S. 84). Dazu trägt in beiden Paradigmata die Übergeneralisierung bei, indem sie mit der semantischen Opposition zugleich deren Unzuverlässigkeit verstärkt, welche noch durch Vagheits- und Relativierungs-Phrasen eine weitere Steigerung erfährt.

Unzuverlässigkeitsstellen dienen in der dialogischen Begegnung mit einem Patienten wie Herrn C. vor dem Hintergrund der Narrative von Ausnahme-Patient_innen wie Rudi Dutschke eventuell als Zugänge zu unverstellter Traumabearbeitung.

Ergebnisse

Exemplarisch ließ sich anhand einiger Auszüge aus zwei Patientenerzählungen zeigen, dass komplexere und einfache narrative Selbstkonstruktionen nach der biografischen Erfahrung einer Hirnverletzung die gleichen Grundkonflikte um den erlittenen Identitätsbruch, die bleibenden Funktionseinschränkungen und die reduzierte soziale Einbindung thematisieren können. Diese Gemeinsamkeit lässt eine intertextuelle Betrachtung möglich, der Komplexitätsunterschied lässt sie als für die einfachere Erzählung bereichernd erscheinen. Deren Diskontinuitäten zwischen den oppositionellen semantischen Paradigmata der Vergangenheit und der Gegenwart sowie zwischen traumakompensatorischem und Desillusionierungs-Schema können im – möglichst traumatherapeutisch fundierten – Gespräch überbrückt werden. Ansatzpunkte dafür bieten narrative Unzuverlässigkeitsstellen, die sich vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Traumatheorie deuten lassen als Indizien einer Kompromissbildung zwischen Mitteilung und Abwehr des physisch bedingten psychischen Traumas. Zum Weltwissen, vor dessen Folie – neben der des Sprachwissens und des textinternen Kontexts – Unzuverlässigkeiten erkannt und Kohärenzlücken geschlossen werden, kann auch die Kenntnis komplexer Patient_innen-Erzählungen gehören: das Wissen um das bestehende Korpus elaborierter, oft literarischer Darstellungen subjektiven Erlebens nach einer Hirnschädigung [3, 7, 13, 14, 16, 17, 23, 34]. In diesen Texten gelangt zur Artikulation, was wohl die allermeisten Betroffenen – wie Herr C. – nur (unbewusst) zu empfinden, nicht aber (ohne Kompromissbildung) zu erzählen vermögen. Ebensolchen traumatisierten Personen können Gesprächspartner_innen, die sich lesend Einblick in die innere Welt Hirngeschädigter verschafft haben, leichter – im Geiste Antonovskys – zu mehr Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit ihrer erzählten Lebensgeschichten verhelfen.

Diskussion

Die textimmanente und intertextuelle Analyse ist trotz Ausblendung der erzählgenerierenden Interaktion aussagekräftig, insofern sie den Dialogpartner_innen hirnverletzter Erzähler_innen Anknüpfungspunkte für ein die Kontinuität der Selbstkonstruktion förderndes Gesprächsverhalten bietet. Die Praktikabilität des Ansatzes in der flüchtigen Situation kommunikativ eingebetteten Erzählens kann sich in einem Prozess zunehmender

Sensibilisierung für relevante Merkmale der Patient_innen-Erzählungen erhöhen. Dazu trägt die Lektüre komplexer konzeptionell schriftlicher – und zwar faktualer wie fiktionaler – Erzähltexte über das subjektive Erleben nach einer Hirnschädigung bei. Allerdings steht eine empirische Überprüfung der aus interdisziplinärer Perspektive unterbreiteten Vorschläge noch aus. Letztere dürften freilich nur für solche hirnverletzten Patient_innen hilfreich sein, die zur mündlichen Produktion erzählender Texte überhaupt fähig sind.

Literatur

1. Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Hrsg., erw. Franke A. Tübingen: Dgvt 1997.
2. Aumüller M. Empirische und kognitivistische Theorien. In: Martínez M (Hrsg.). Handbuch Erzählliteratur. Theorie, Analyse, Geschichte. Stuttgart: Metzler 2011, 125-129.
3. Bauby JD. Schmetterling und Taucherglocke. München: Dtv 1998.
4. Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Erw. Neuauf. Köln: BZgA 2001.
5. Booth WC. Die Rhetorik der Erzählkunst 1. Heidelberg: Quelle & Meyer 1974.
6. de Saussure F. Grundfragen der allgemeinen Sprachwissenschaft, 3. Aufl. Berlin: de Gruyter 2001.
7. Dutschke R. Jeder hat sein Leben ganz zu leben. Die Tagebücher 1963–1979. Hrsg. Dutschke G. Köln: Kiepenheuer & Witsch 2003.
8. Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4., aktual., erw. Aufl. München: Reinhardt 2009.
9. Franke A. Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3., überarb. Aufl. Bern: Huber 2012.
10. Freud S. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW 11. 5. Aufl. London: Imago Publishing 1969.
11. Freud S: Über den Traum. In: GW 2/3. 3. Aufl. Frankfurt/M : Fischer 1961, 643-700.
12. Freud S. Hemmung, Symptom und Angst. In: GW 14, Nachdr. London: Imago Publishing 1955, 111-205.
13. Garland A. Das Koma. Roman. München: Goldmann 2006.
14. Garland A. The Coma. London: Faber & Faber 2004.
15. Genette G. Die Erzählung. München: Fink 1994.
16. Herrndorf W. Arbeit und Struktur. Blog. <http://www.wolfgang-herrndorf.de/> (8.8.2014).
17. Herrndorf W. Sand. Roman. Berlin: Rowohlt 2011.
18. Janik D. Die Kommunikationsstruktur des Erzählwerks. Ein semiologisches Modell. Bebenhausen: Rotsch 1973.
19. Jesch T. Textverstehen. In: Garbe C, Holle K, Jesch T. Texte lesen. Lesekompetenz – Textverstehen – Lesedidaktik – Lesesozialisation. Paderborn: UTB Schöningh 2009, 39-102.
20. Jesch T. Erzählungen hirnverletzter Personen: Eine Analyse aus narratologischer Perspektive. Neurologie & Rehabilitation 2008; 1: 12-16.
21. Jesch T, Stein M, Richter R. Patientenerzählungen wie Literatur verstehen: Vom Nutzen der Narratologie für die psychodiagnostische Hermeneutik. In: Luif V, Thoma G, Boothe B (Hrsg.). Beschreiben – Erschließen – Erläutern. Psychotherapieforschung als qualitative Wissenschaft. Lengerich: Pabst Science Publishers 2006, 39-65.
22. Koch P, Oesterreicher W. Sprache der Nähe – Sprache der Distanz. Mündlichkeit und Schriftlichkeit im Spannungsfeld von Sprachtheorie und Sprachgeschichte. Romanistisches Jahrbuch 1985, 15–43.
23. Lenz S. Der Verlust. Roman. Hamburg: Hoffmann und Campe 1981.
24. Lucius-Hoene G, Deppermann A. Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2004.
25. Lucius-Hoene G, Deppermann A. Narrative Identität und Positionierung. Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 2004; 5: 166-183, www.gespraechsforschung-ozs.de.
26. Lucius-Hoene G, Nerb N. Hirnschädigung, Identität und Biographie. In: Frommelt P, Lösslein H (Hrsg.). Neurorehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams. Berlin: Springer 2010, 93-106.
27. Martínez M, Scheffel M. Einführung in die Erzähltheorie. München: Beck 1999.
28. Nerb N. Hirnverletzung, Identität und Partnerschaft. Eine Analyse autobiographischer Erzählungen von Personen nach Hirnverletzung und ihren engsten Lebenspartnern. Univ. Diss., Freiburg/Br. 2008. Online-Ressource http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/5431/pdf/GesamtDokument3Juli_2.pdf (Langzeitarchivierung).
29. Nünning A. Unreliable narration zur Einführung. Grundzüge einer kognitiv-narratologischen Theorie und Analyse unglaubwürdigen Erzählens. In: Nünning A (Hrsg.). Unreliable narration. Studien zur Theorie und Praxis unglaubwürdigen Erzählens in der englischsprachigen Erzählliteratur. Trier: WVT 1998, 3-39.
30. Prigatano GP. Neuropsychologische Rehabilitation. Berlin: Springer 2004.
31. Quasthoff U. Erzählen in Gesprächen. Tübingen: Narr 1980.
32. Schmid W. Grundbegriffe der Erzählanalyse. In: Martínez M (Hrsg.). Handbuch Erzählliteratur. Theorie, Analyse, Geschichte. Stuttgart: Metzler 2011, 131-138.
33. Schmid W. Elemente der Narratologie. Berlin: de Gruyter 2005.
34. Schmidt K. Du stirbst nicht. Roman. Köln: Kiepenheuer & Witsch 2009.
35. Schmitz-Feldhaus C. Follow-up Studie zur Entwicklung des Sense of Coherence nach erworbener Hirnschädigung. In: Schulze GC, Zieger A (Hrsg.). Erworbene Hirnschädigungen. Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Rehabilitationspädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt 2012, 81-91.

Interessenvermerk

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Tatjana Jesch
 Institut für deutsche Sprache und Literatur
 Pädagogische Hochschule/University of Education Freiburg
 Kunzenweg 21
 79117 Freiburg/Br.
 E-Mail: tatjana.jesch@ph-freiburg.de

Multiple Sklerose: Aktualisierung der Therapieziele

Das Fortschreiten der Behinderung wird zunehmend stärker gewichtet

Die Therapieziele in der Behandlung der Multiplen Sklerose (MS) sind in den letzten Jahren anspruchsvoller geworden. Neue Therapieoptionen haben den Weg für eine Anpassung der Behandlungsstrategien an den individuellen Krankheitsverlauf geebnet. In den Zulassungsstudien von neuen MS-Therapeutika gilt zwar noch die Potenz zur Senkung der Schubfrequenz als das zentrale Wirksamkeitskriterium. In der Praxis scheint dieser eindimensionale Erfolgsmaßstab der therapeutischen Bemühungen gleichwohl immer mehr einer umfassenden Betrachtungsweise des Krankheitsverlaufs und der darauf abgestimmten Intervention zu weichen. Dabei finden auch die persönlichen Belange der Patienten zusehends Berücksichtigung. Wie Therapiealgorithmen in der Zukunft aussehen könnten und welche Hürden bei ihrer Etablierung noch zu überwinden sind, war zentrales Thema des 11. Interaktiven MS-Symposiums „MS im Dialog – Therapieziele definieren, validieren, in die Praxis umsetzen“ am 20./21. März 2015 in Hamburg.

Neues Verständnis des MS-Krankheitsverlaufes ...

Dass die bisherigen, eher starren Differenzierungen des Krankheitsverlaufes einer schubförmigen MS wahrscheinlich nicht mehr aufrechtzuerhalten sind, verdeutlichte Prof. Dr. Sven Meuth, Münster, aus pathophysiologischer Sicht. Seinen Ausführungen zufolge stellt sich die späte Phase einer schubförmig verlaufenden MS (RRMS) nicht grundlegend anders dar als die frühe Phase einer sekundär progredienten Verlaufsform der MS (SPMS). So handele es sich in beiden Fällen um einen fortschreitenden Krankheitsprozess mit immunologischer und neurodegenerativer Aktivität. Die Unterscheidung, ob es sich um Schübe mit Neurodegeneration oder um Neurodegeneration mit Schüben handelt, hält er für wenig hilfreich und mittlerweile obsolet.

Für den Verlauf entscheidend sei vielmehr, inwieweit eine entzündliche Komponente das Krankheitsbild prägt. So bezeichnete er auch das als frühes, eigenständiges Erkrankungsstadium eingeführte klinisch isolierte Syndrom (CIS) als im Grunde genommen nicht mehr haltbar. Prognostisch bedeutsam seien vielmehr eine hohe Schubaktivität gleich zu Beginn der Erkrankung und insbesondere eine initial ausgeprägte Läsionslast im MRT auch ohne weitere Schübe als klinisch sichtbare Zeichen der Krankheitsaktivität. Schließlich werde ein CIS aus gutem Grund ebenso behandelt wie eine MS in frühem Stadium. Denn es gelte, einem Fortschreiten der

Behinderung über die kritische Schwelle von einem EDSS > 3 frühzeitig entgegenzuwirken. Verlaufsdaten der MS legten nahe, dass ab diesem Grenzwert die Behinderungsprogression eine neue Qualität annimmt und unabhängig vom bisherigen Verlauf unaufhaltsam weiter voranschreitet. Mit der Behinderung steigen auch Berufsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit an, umriss Meuth die sozialen Folgen einer unzureichend behandelten MS (Abb. 1). Eine frühzeitige immunmodulatorische Therapie könne dagegen sogar die gesteigerte Mortalität begrenzen, die norwegischen Daten zufolge bereits nach wenigen Jahren Krankheitsdauer stark erhöht ist.

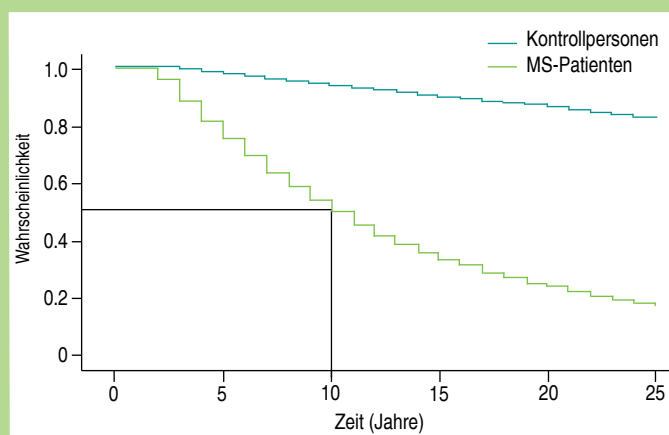


Abb. 1: Arbeitslosigkeit: Wahrscheinlichkeit für den aktiven Verbleib an der Arbeitsstelle nach Beginn der MS (Pfleger CC et al. Mult Scler 2010; 16: 121-6)

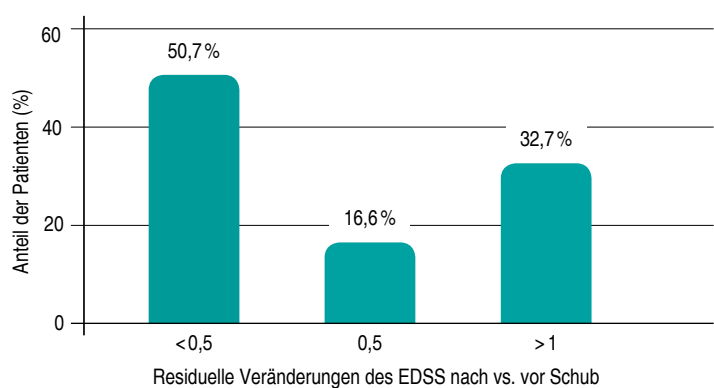


Abb. 2: Persistierende residuale Behinderung nach Schüben: Ausmaß der irreversiblen EDSS-Progression nach einem Schub (Hirst C et al. J Neurol 2008; 255: 280-7)

... führt zur Formulierung neuer Therapieziele

Vor diesem Hintergrund konstatierte Meuth, dass sich die angestrebten Therapieziele parallel mit dem besseren Verständnis der Pathophysiologie der MS und ihren neuen Therapieoptionen gewandelt hätten. Während noch vor 20 Jahren die Therapie rein symptomorientiert war, kam mit der Etablierung der immunmodulatorischen Basistherapien, der Interferon-beta-Präparate und Glatirameracetat, die Perspektive einer Verlangsamung der Krankheitsprogression auf. Im Folgenden setzte man sich allgemein das Ziel, die Krankheitsprogression zu stoppen. Aber auch dieses Bestreben ist mittlerweile aktualisiert worden und einer anspruchsvolleren Zielsetzung gewichen. Inzwischen ist die Diskussion von „Freiheit von klinisch relevanter und messbarer Krankheitsaktivität“ geprägt, die international als „no evidence for disease activity“ (NEDA) bezeichnet wird. Dass bei klinisch stabilem Befund unter Basistherapie jetzt auch die Reduktion der therapiebedingten Belastungen zur Steigerung der Lebensqualität als Therapieziel anerkannt ist, wertete der Neurologe als klaren Hinweis darauf, dass im Krankheitsmanagement patientenrelevante Aspekte einen zunehmenden Stellenwert erhalten.

Behinderungsprogression im Fokus

Wie Dr. Boris-A. Kallmann, Bamberg, erläuterte, setzt sich NEDA zunächst aus drei Komponenten zusammen. Die beiden klinischen Parameter bestehen demzufolge in Freiheit von Schüben und Freiheit von messbarer Behinderungsprogression. Als dritter Aspekt gilt die Freiheit von im MRT sichtbarer Krankheitsaktivität. Hierunter fallen sowohl neue oder

sich vergrößernde T2-Läsionen als auch Kontrastmittel-anreichernde Läsionen.

Der Freiheit von Behinderungsprogression kommt laut Kallmann auch aus Sicht der Patienten und ihren als vorranglich geäußerten Wünschen eine zentrale Bedeutung zu. So hätten sich die beiden anderen Zielparameter der Therapie, Senkung der Schubfrequenz und Minderung der detektierbaren Krankheitsaktivität im MRT, daran zu messen, inwieweit sie zum entscheidenden Therapieziel, der Freiheit von Behinderungsprogression, beitragen. Hinsichtlich des Krankheitsverlaufs jedenfalls sei die prognostische Bedeutung von Schüben und MRT-Aktivität für die Behinderungsprogression hinreichend gesichert, erinnerte der Neurologe. So sei erwiesen, dass nach einem Schub jeder zweite Patient eine irreversible Progression der Behinderung um mindestens einen halben EDSS-Punkt erleidet (Abb. 2). Und eine prospektive Beobachtungsstudie konnte zeigen, dass der Anteil der Patienten ohne Behinderungsprogression auf unter 50 Prozent drastisch abnimmt, wenn initial im ersten Jahr drei oder mehr Gadolinium-anreichernde Läsionen im MRT detektiert wurden.

Neuropsychologische Aspekte mit zunehmendem Stellenwert im Verlauf

Als weitere Parameter für die Erfassung der Krankheitsaktivität mit prognostischer Bedeutung für die Behinderungsprogression werden laut Kallmann derzeit noch die Hirnatrophie und der neuropsychologische Status diskutiert (Abb. 3). Wie Prof. Dr. Orhan Aktas, Düsseldorf, hierzu ausführte, scheinen Hirnatrophie und Behinderungsprogression über einen langen Verlauf gut miteinander zu korrelieren. Aber auch für alltagsrelevante kognitive Beeinträchtigungen ist seinen Ausführungen zufolge die Hirnatrophie ein valider Prädiktor. In einem Test ergaben sich hier auffällige Korrelationen hinsichtlich der kognitiven Parameter Verarbeitungsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit und verbale Flüssigkeit. Um die Behinderungsprogression valider zu gestalten, als sie bisher mit dem EDSS erfasst wird, schlug Aktas vor, eine standardisierte Gangprüfung durchzuführen sowie insbesondere auch eine Prüfung der oberen Extremität, die bislang eher vernachlässigt worden ist. Flankierend könne auch der Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT) zur Erfassung des kognitiven Zustandes und seiner Veränderung im Krankheitsverlauf hilfreich sein.

Den PASAT bewertete PD Dr. Iris-Katharina Penner, Basel, allerdings kritisch. Denn er setze bei seiner Erfassung jenseits der allgemeinen kognitiven Leistungsfähigkeit speziell auch eine gewisse Gewandtheit im Kopfrechnen voraus. Für die Ermittlung der für die MS relevanten Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung sei der Symbol Digit Modalities Test



Abb. 3: NEDA: no evidence for disease activity – neben Behinderungsprogression, Schub- und MRT-Aktivität ist auch der neuropsychologische Status prognostisch relevant

(SDMT) wesentlich sensitiver. Mit einer Dauer von nur 90 Sekunden nehme er zudem nicht viel Zeit in Anspruch und könne auch von nicht geschultem Personal durchgeführt werden. Ferner sei der SDMT zentraler Bestandteil des Brief International Cognitive Assessment for MS (BICAMS), einer international anerkannten Testbatterie zur Abklärung des kognitiven Status bei MS. Mit einem Zeitaufwand von insgesamt 15 Minuten lasse sich somit heute schon die Krankheitsaktivität anhand kognitiver Parameter erfassen, betonte die Expertin. Sie stellte in Aussicht, dass künftig eine Verlaufskontrolle der MS mit Hilfe dieser Methode möglich sein könnte sowie auch eine Beurteilung der Wirksamkeit der eingeschlagenen Therapie.

Neue Therapiealgorithmen in der Diskussion ...

Inwieweit sich die grundsätzlichen Überlegungen zum Krankheitsverlauf und zu entsprechenden Therapiezielen als Orientierung oder gar als Handlungsanweisung für Therapieentscheidungen umsetzen lassen, wird zurzeit intensiv diskutiert. Die neue Klassifizierung des therapeutischen Vorgehens, wie sie die aktuelle deutsche Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und das krankheitsbezogene Kompetenznetz MS (KKNMS) vorsieht, hielt *PD Dr. Karl Baum*, Hennigsdorf, zunächst für wegweisend und konsensfähig. Bei detaillierter und kritischer Überprüfung der Unterscheidung der MS in eine milde/moderate und eine (hoch-)aktive Verlaufsform ergäben sich jedoch einige offene Fragen. So sei zum Beispiel bei der progredienten MS nicht geklärt, wie häufig eine MRT zur Evaluation durchgeführt werden sollte. Zwar würden gemäß dem Verlaufsformen-orientierten Therapiealgorithmus nach Lublin et al. (2014) verschiedene MRT-Parameter wie hypointense Läsionen in T1, Hirnatrophie, MIT und DTI diskutiert, eine Standardisierung der MRT-Untersuchungen fehle jedoch. Die Phänotypisierung selbst werfe mit

ihren Änderungen auch neue, mitunter zentrale Probleme auf, warnte der Experte. So entfallende die noch 1996 definierte Verlaufsform der schubförmig progredienten MS (PRMS). Das Krankheitsbild dieser Patienten würde nun der primär progredienten Verlaufsform zugeordnet. Und damit käme für sie der Einsatz potentiell wirksamer immunmodulierender Therapien nur noch im Off-Label-Bereich in Frage. Insgesamt hielt Baum die neue Phänotypisierung nach Lublin bei der Umsetzung der aktuellen DGN/KKNMS-Leitlinien für hilfreich. Das prinzipielle Problem, wie Krankheitsaktivität in der täglichen Praxis möglichst genau definiert werden könne, bleibe aber auch nach Heranziehen der neuen Phänotypisierung ungelöst. Somit sei auch die zentrale Festlegung der Leitlinie, die Unterscheidung zwischen milder/moderater und (hoch-)aktiver MS, nicht näher definiert, konstatierte der Neurologe.

Die Einführung der Bezeichnung (hoch-)aktive MS hielt *Prof. Dr. Jürgen Koehler*, Berg, für hilfreich bei der Bemühung, den Krankheitsverlauf besser zu erfassen. Für eine Therapieentscheidung gebe diese neue Begrifflichkeit jedoch keinerlei Handhabe. Er erinnerte daran, dass die Patienten aus allen CIS-Studien mit sämtlichen Interferonen sowie mit Glatirameracetat aufgrund der hohen Läsionslast im MRT als hochaktiv eingestuft werden müssten. Eine Differenzierung, welche Medikamente für welche Patienten in Frage kommen, ergebe sich aus der neuen Begrifflichkeit nicht.

... vs. Evidenz etablierter Therapieoptionen

Bei allen Anstrengungen, Kriterien für die Therapieentscheidung zu entwickeln, sollte die Evidenz der Studienlage der verfügbaren Behandlungsoptionen nicht aus dem Blickfeld geraten, forderte *Prof. Dr. Christoph Kleinschnitz*, Würzburg. Er verwies insbesondere auf die Cochrane-Metaanalyse, der zufolge Interferon beta-1a (s.c., 3xw) signifikante Wirksamkeit nicht nur hinsichtlich der Schubratenreduktion, sondern auch in Bezug auf die Minderung der Behinderungsprogression unter Beweis gestellt hatte. Ferner erinnerte er daran, dass es nur sehr wenige, vereinzelte Studien gebe, die einen direkten Vergleich von Präparaten hinsichtlich der schubsenkenden Potenz zulassen. Für eine Rangordnung der verschiedenen Therapieoptionen gebe es deshalb ebenso wenig Evidenz wie für ihre Einordnung in einen sequenziellen Therapiealgorithmus. Wenn es um die Einordnung der Therapieoptionen geht, sollte man in der Praxis auch nicht aus den Augen verlieren, welche Evidenz für die langfristige Therapiesicherheit vorliegt. In dieser Hinsicht böten die Interferon-beta-Präparate wesentliche Vorteile gegenüber den jüngeren medikamentösen Optionen zur Behandlung der MS.

11. Interaktives Symposium „MS im Dialog“: Nachbereitung auf coliquio.de

- 23.–27. März
Effizientes Patientenmanagement/Nutzung neuer Medien Prof. Dr. Christoph Heesen, Hamburg; Dr. Werner-E. Hofmann, Aschaffenburg; Dr. Alaleh Raji, Hamburg
- 30. März–3. April
Wirksamkeitsparameter –Theorie und Praxis/Beurteilung des Therapie- und Krankheitsverlaufs Dr. Boris-A. Kallmann, Bamberg; PD Dr. Iris-K. Penner, Basel; Prof. Dr. Orhan Aktas, Düsseldorf
- 6.–10. April
Update MS und Kinderwunsch PD Dr. Kerstin Hellwig, Bochum
- 13.–17. April
MS-Phänotypisierung – wichtige Grundlage/Therapiealgorithmen im Krankheitsverlauf Prof. Dr. Peter Flachenecker, Bad Wildbad; PD Dr. Karl Baum, Hennigsdorf; Prof. Dr. Jürgen Koehler, Berg
- 20.–24. April
Update translationale Forschung Prof. Dr. Michael Platten, Heidelberg
- 27. April–1. Mai
Die MS-Therapie – viele Optionen/Therapiestart nach Erstdiagnose Prof. Dr. Heinz Wiendl, Münster; Prof. Dr. Sven Meuth, Münster; Prof. Dr. Christoph Kleinschnitz, Würzburg
- 4.–8. Mai
Update MS-Versorgung (KKNMS) Prof. Dr. Heinz Wiendl, Münster
- 11.–15. Mai
Partizipative Entscheidungsfindung /Arzt-Patienten-Kommunikation Dr. Jörg Dirmaier, Hamburg; Prof. Dr. Wolfgang Gaissmaier, Konstanz

Die Präsentationen bleiben auch nach den genannten Expertenwochen auf coliquio.de verfügbar.

Die Referenten im Expertenforum auf coliquio.de

Als Kongress-Service für Neurologen stehen auf der Ärzteplattform „www.coliquio.de“, dem unabhängigen Expertennetzwerk für Ärzte, ausgewählte Themenschwerpunkte und Präsentationen des Symposiums bereit. Sie haben hier die Möglichkeit, die Beiträge in zusammengefasster Form anzuschauen und mit Ihren Fachkolleginnen und -kollegen zu diskutieren.

*** TIPP ***

So kommen Sie nach kurzer Anmeldung direkt zum MS-Infocenter „Kongress Spezial“ bei coliquio. Geben Sie dazu den Code ME20RE02 auf der Internetseite www.coliquio.de/vip_rebif ein oder scannen Sie den QR-Code mit Ihrem Smartphone.



MS-Schwester des Jahres 2014: Viel Lob für Kompetenz und Einfühlungsvermögen

Zehn außergewöhnliche Frauen erhielten stellvertretend für das persönliche Engagement ihrer gesamten Berufsgruppe die Auszeichnung „MS-Schwester des Jahres 2014“. Die Ehrung war der Höhepunkt des 11. Interaktiven MS-Symposiums in Hamburg.

„Wirksamkeit und Adhärenz gehen Hand in Hand: Auch das wirksamste Medikament kann nur bei regelmäßiger Anwendung helfen. MS-Schwestern stehen den Patienten ab Therapiebeginn zur Seite und motivieren, dabei zu bleiben“, betonte die Neurologin und Moderatorin des Abends *Dr. Alaleh Raji*, Neurozentrum Hamburg. Patienten und Neurologen waren aufgerufen, unter dem Motto „Dreamteams: Für eine Therapie, die mehr ist als ein Medikament“ ihre MS-Schwester zu nominieren. Mit den beiden Laudatoren *Stephanie Bessner* und *Edward Larkins* überreichten erstmals zwei MS-Betroffene die besondere Auszeichnung.

Beide Laudatoren betonten die wertvolle Arbeit der MS-Schwestern. „Wir sind sehr dankbar für ihre Hilfe. Sie sind für uns wichtige Ansprechpartner und eine emotionale Stüt-

ze“, so *Edward Larkins*. Der RebiSTAR-Patientenservice von Merck Serono Deutschland stellt den Patienten qualifizierte MS-Schwestern zur Seite. Dabei stehen der Patient und seine Bedürfnisse im Mittelpunkt der Betreuung.

Impressum

Newsletter „Kongress Spezial – Fokus MS“, Ausgabe 1/2015
Berichterstattung: Martin Wiehl, Königstein
Redaktion und Produktion: Hippocampus Verlag, Bad Honnef
Herausgegeben von Merck Serono GmbH, Alsfelder Str. 17, 64289 Darmstadt
Merck Serono ist eine Sparte von Merck
Kontakt: Dr. Stefan Kurze – Kommunikation Deutschland
stefan.kurze@merckgroup.com

Ataluren (Translarna™)

Erste kausale Therapie für Duchenne-Muskeldystrophie mit Nonsense-Mutation zugelassen

Aufgrund der medizinischen Dringlichkeit und der vorliegenden Studiendaten erteilte die Europäische Kommission im Herbst 2014 Ataluren (Translarna™, PTC Therapeutics) die bedingte Marktzulassung in der Europäischen Union zur Behandlung der Duchenne-Muskeldystrophie mit Nonsense-Mutation (nmDMD) bei gehfähigen Patienten im Alter von mindestens fünf Jahren. Die bisher vorliegenden Daten sprechen dafür, dass Ataluren die Progression bei nmDMD-Patienten verlangsamen kann, auch wenn die konfirmatorische Phase-3-Studie (ACT DMD) noch abgeschlossen werden muss. Erste Ergebnisse der 48-wöchigen Studie mit 220 Patienten in 54 Zentren weltweit sollen im Herbst 2015 vorliegen.

Die Duchenne-Muskeldystrophie ist die häufigste Ursache für eine Muskeldystrophie im Kindes- und Jugendalter (1:3.600–6.000 männliche Neugeborene). Da die Krankheit meist zwischen dem zwanzigsten und dreißigsten Lebensjahr zum Tod führt, benötigen Patienten und Ärzte dringend Therapieoptionen, die die Krankheitsprogression verlangsamen.

Bei ca. 13% aller Duchenne-Patienten liegt eine Nonsense-Mutation im Dystrophin-Gen vor, die zu einem Stopp der Ablesung des Gens und der Proteinproduktion in der Muskelzelle führt. Ataluren überdeckt den mutierten Bereich in der genetischen Information, so dass dieser Fehler »überlesen« wird und am Ende das Dystrophin-Eiweiß in der Muskelzelle gebildet werden kann (s. Abb.). Der spezifische Wirkmechanismus von Ataluren greift damit direkt in die gestörte Dystrophinbildung ein und ist somit ein kausaler Wirkansatz bei nmDMD.

Die Zulassung beruht auf den Sicherheits- und Wirksamkeitsergebnissen einer randomisierten, doppelblinden, multizentrischen, 48-wöchigen Studie mit 174 nmDMD-Patienten [1] sowie zusätzlichen retrospektiven Analysen von Studiendaten. Primärer Endpunkt war die Wirkung von Ataluren auf die Gehfähigkeit: Beurteilt wurde die Veränderung der zurückgelegten Gehstrecke mittels der »Sechs-Minuten-Gehstrecke« (6MWD) während des »Sechs-Minuten-Gehstests« (6MWT). Das Ergebnis der post-hoc-Analyse: Bei Patienten, die Ataluren dreimal täglich in einer Dosierung von 40 mg/kg/Tag erhielten, nahm die durchschnittliche Gehstrecke in der 6MWD nach

48 Wochen im Vergleich zur Baseline nur um 12,8 m ab – im Vergleich zu einer durchschnittlichen Verschlechterung der Gehstrecke um 44,1 m bei den Patienten der Kontrollgruppe (p=0,056). Noch deutlicher war der Unterschied bei stärker betroffenen Patienten, deren Baseline-Gehstrecke in der 6MWD weniger als 350 Meter betrug: In der Ataluren-Gruppe verloren diese Patienten durchschnittlich 68 m weniger Gehstrecke in der 6MWD als die Placebogruppe.

In einer retrospektiven Analyse schnitten Patienten, die die Behandlung erhielten, außerdem bei sekundären Endpunkten wie Zeit-Funktionsstests zum Hinauf- und Hinabsteigen von Treppen besser ab [1], was ebenfalls als Hinweis auf eine Verlangsamung der nmDMD-Progression im Vergleich zu Placebo gewertet wurde.

Die Ergebnisse zur Arzneimittelsicherheit zeigten, dass Ataluren im Allgemeinen gut vertragen wurde. Ernsthafte Nebenwirkungen waren selten und wurden nicht mit der Verabreichung von Ataluren assoziiert. Die häufigsten unerwünschten Nebenwirkungen bei der empfohlenen Dosis waren Übelkeit, Erbrechen und Kopfschmerzen. Diese unerwünschten Nebenwirkungen erforderten im Allgemeinen kein ärztliches Eingreifen, und keiner der Patienten setzte Ataluren aufgrund einer unerwünschten Nebenwirkung ab. |BB|

1. Bushby K, Finkel R, Wong B, et al., PTC124-GD-007-DMD Study Group. Ataluren treatment of patients with nonsense mutation dystrophinopathy. *Muscle Nerve* 2014; 50(4): 477-87.

Quelle: Pressegespräch im Rahmen der Neurowoche am 18.09.2014. Veranstalter: PTC Therapeutics

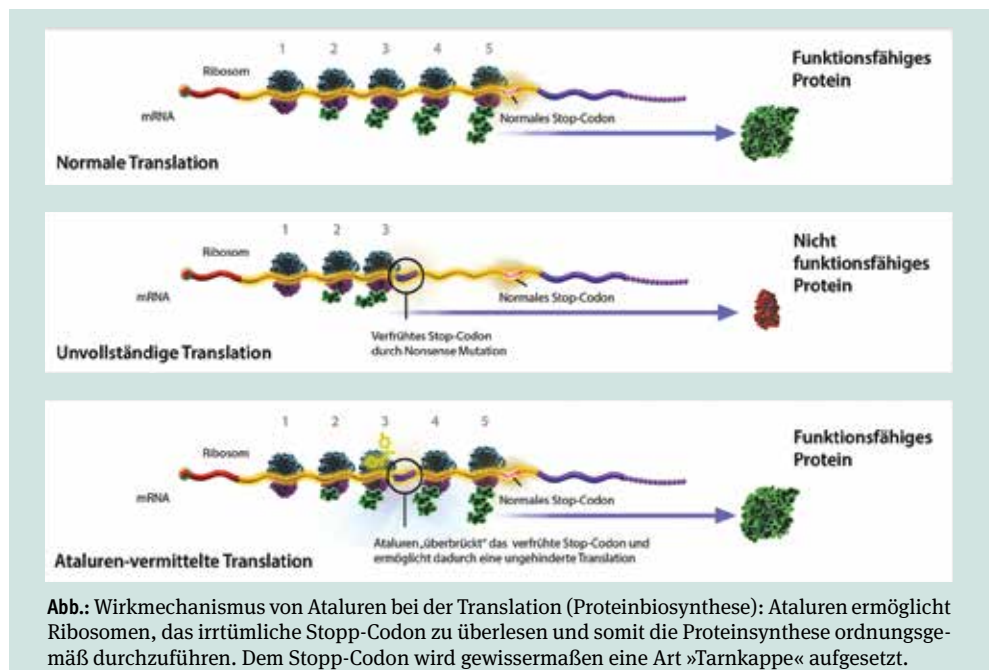


Abb.: Wirkmechanismus von Ataluren bei der Translation (Proteinbiosynthese): Ataluren ermöglicht Ribosomen, das irrtümliche Stopp-Codon zu überlesen und somit die Proteinsynthese ordnungsgemäß durchzuführen. Dem Stopp-Codon wird gewissermaßen eine Art »Tarnkappe« aufgesetzt.

MS-Therapie mit Dimethylfumarat

Gute Wirksamkeit und Sicherheit auch nach fünf Jahren

Die moderne MS-Therapie soll ein Leben frei von klinisch relevanter und messbarer Krankheitsaktivität ermöglichen. Prof. Dr. Ralf Gold, Bochum, präsentierte kürzlich Studienergebnisse, denen zufolge unter Dimethylfumarat (DMF, Tecfidera®) immerhin 42,5 % der Patienten dieses ambitionierte Ziel auch nach fünf Jahre erreichten.

Die gezeigten Daten stammen aus einer aktuellen Interimsanalyse der ENDORSE-Studie [1, 2] nach drei von geplanten acht Jahren. Insgesamt 1.736 Patienten mit schubförmig-remittierender MS waren nach Abschluss der zweijährigen Phase-III-Studien DEFINE [3] beziehungsweise CONFIRM [4] in diese Fortsetzungsstudie eingeschlossen worden. Während die Therapie vorher entweder aus DMF, Placebo oder Glatirameracetat (GA) bestand, wurden nun alle MS-Patienten offen mit DMF (2 x 240 mg beziehungsweise 3 x 240 mg) weiter behandelt oder darauf umgestellt. Die vorgestellten 5-Jahres-Ergebnisse beziehen sich auf die Gruppe, die die Dosierung mit 2 x 240 mg erhielt.

Von den Patienten, die durchgehend mit DMF behandelt wurden, waren nach fünf Jahren 60 % schub-

frei. Der Krankheitsverlauf der anderen Patienten hatte sich trotz schlechterer Ausgangslage ähnlich gut gebessert, so Gold. Die mittlere Schubrate betrug im fünften Jahr unter kontinuierlichem DMF 0,138. Ohne bestätigte Behinderungsprogression waren 81 % dieser Teilnehmer.

Auch die Kernspinaktivität erwies sich als nachhaltig vermindert: Bei 88 % der Patienten wurden nach fünf Jahren DMF keine Gd⁺-Läsionen, bei 73 % keine neuen T₁-Läsionen und bei 63 % keine neuen T₂-Läsionen gefunden.

Frei von jeglicher klinischer oder MR-tomographisch detektierbarer Krankheitsaktivität nach NEDA (no evidence of disease activity) waren 42,5 % (kontinuierlich DMF), 43,2 % (vorher Placebo) und 31,6 % (vorher GA). Die NEDA-Raten lagen bei den

Patienten mit kontinuierlicher DMF-Therapie über den gesamten Zeitraum von fünf Jahre über denen der Wechsel-Patienten.

Unverändert gutes Sicherheitsprofil

DMF zeigte in ENDORSE ein weiterhin günstiges Sicherheitsprofil. Die Inzidenz von schweren Infektionen oder malignen Erkrankungen blieb niedrig. Neu exponierte Patienten wiesen ein Sicherheitsprofil auf wie in den Studien DEFINE und CONFIRM. Dort waren als wichtigste therapieassoziierte Nebenwirkungen bei 35 % der Patienten Flush, bei 40 % gastrointestinale Beschwerden und bei 3 % eine leicht ausgeprägte Lymphopenie aufgetreten. Therapieabbrüche bei Patienten mit erstmaliger DMF-Therapie aufgrund von Nebenwirkungen ereigneten sich mehrheitlich in den ersten sechs Monaten der Behandlung, sagte Gold.

| Martin Bischoff |

1. Gold R et al. ACTRIMS/ECTRIMS 2014; P 110
2. Arnold DL et al. ACTRIMS/ECTRIMS 2014; P 059
3. Gold R et al., NEJM 2012; 367(12): 1098-1107
4. Fox R et al., NEJM 2012; 367(12): 1087-109

Pressekonferenz »Heute für morgen – 1 Jahr Tecfidera®«, Veranstalter Biogen Idec, München, 23. Februar 2015

Safinamide bei Parkinson Syndrom

Erste Neuzulassung seit zehn Jahren

Die Europäische Kommission erteilte die Marktzulassung für XADAGO® als Zusatztherapie zu L-Dopa allein oder in Kombination mit anderen Parkinson-Therapeutika bei Parkinson-Patienten im mittleren bis späten Erkrankungsstadium mit motorischen Fluktuationen.

Die Pharmafirma Zambon und ihr Partnerunternehmen Newron Pharmaceuticals gaben Ende Februar bekannt, dass die Europäische Kommission die Anwendung von Xadago® (Safinamid) für die Behandlung des idiopathischen Parkinson-Syndroms genehmigt hat. Xadago® wurde für Parkinson-Patienten mit Wirkungsfuktuationen im mittleren bis späten Erkrankungsstadium als Zusatztherapie zu Levodopa allein oder

in Kombination mit anderen Parkinson-Therapeutika zugelassen. Zu letzteren gehören Dopaminagonisten, Entacapon, Amantadin und/oder Anticholinergika.

Diese Entscheidung erfolgte im Anschluss an die positive Stellungnahme des Ausschusses für Humanarzneimittel (CHMP) vom 18. Dezember 2014 und gilt für alle 28 EU-Mitgliedsstaaten sowie Island, Liechtenstein und Norwegen.

Dualer Wirkmechanismus

Safinamid verfügt über einen zweifachen Wirkmechanismus. Es führt zu einer selektiven, reversiblen Hemmung des Dopamin abbauenden Enzyms MAO-B und zu einer verminderten Freisetzung von Glutamat. Da die übermäßige Glutamatfreisetzung mit dem Entstehen von motorischen Fluktuationen in Verbindung gebracht wird, könnte Xadago® (Safinamid) medikamentös ausgelöste Überbewegungen bei Parkinson-Patienten lindern oder verhindern. In klinischen Studien wurde eine deutliche Verlängerung der On-Zeit nachgewiesen; diese Wirkung blieb auch langfristig (über zwei Jahre) erhalten. Dabei kam es nicht zum vermehrten Auftreten von Levodopa-induzierten Dyskinesien. | BB |

Quelle: Zambon

Multiple Sklerose

Neue Dosierung: Copaxone® 40 mg nur noch dreimal wöchentlich

Ab April 2015 steht Copaxone® (Glatirameracetat) auch zur dreimal wöchentlichen Anwendung mit jeweils 40 mg für erwachsene Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose (RMS) zur Verfügung. So werden rund 60% der subkutanen Injektionen eingespart und injektionsbedingte Nebenwirkungen um 50% reduziert. Dabei bleiben die verlässliche Wirksamkeit und Verträglichkeit des Wirkstoffs bestehen.

Grundlage für die europäische Zulassung waren die Daten aus der Phase-III-Studie Glatiramer Acetate Low-Frequency Administration (GALA), an der mehr als 1.400 Patienten teilnahmen. Sie zeigte, dass die 40mg Dosis von Glatirameracetat bei dreimal wöchentlich subkutaner Verabreichung die Schubrate bei Patienten mit RRMS im Vergleich zu Placebo nach 12 Monaten signifikant reduzierte und ein günstiges Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil aufwies [1]. Darüber hinaus konnte die kumulative Anzahl neuer sich vergrößernder T2-Läsionen und die kumulative Anzahl kontrastmittelanreichernder T1-Läsionen versus Placebo signifikant verringert werden. Die Konversion von aktiven Läsionen zu Black Holes konnte unter GA 40 mg/ml vs Placebo um 24% signifikant reduziert werden [2].

Bessere Verträglichkeit bei gleicher Wirksamkeit

In der GLACIER Studie (Glatiramer Acetate Low-Frequency Safety and patient Experience) [3] wurden die beiden Therapieregime von Glatirameracetat direkt miteinander verglichen. Die injektionsbedingten Nebenwirkungen konnten um 50% reduziert werden, was sich positiv auf die allgemeine Lebensqualität der Patienten auswirkte. Auch in dieser Studie zeigten die Ergebnisse, dass die dreimal wöchentliche Gabe hinsichtlich Wirksamkeits- und Sicherheitsprofil der herkömmlichen Dosierung nicht nachsteht. »Erfahrungen aus den USA zeigen seit Anfang 2014, dass die neue Formulierung sehr gut angenommen wird und eine enorme Erleichterung für die Patienten darstellt«, sagte Prof. Dr. Bernd C. Kieseier, Düsseldorf. Unterstützt wird diese einfache und gut

verträgliche Anwendung durch den neuen Injektor CSYNC®, der seit Februar 2015 verfügbar ist.

An den Bedürfnissen der Patienten orientiert

Neben der Wirksamkeit einer Behandlung spielen für MS-Patienten Themen wie Sicherheit, Kinderwunsch und Lebensqualität eine große Rolle. Bezüglich dieser Parameter steche der Immunmodulator Glatirameracetat, für den inzwischen Erfahrungen aus über zwei Millionen Patientenjahren vorliegen [4], die mit Daten im »Real World Setting« gut belegt sind, positiv hervor, sagte Prof. Dr. Tjalf Ziemssen, Dresden. Aktuelle Daten einer Langzeit-Open-Label-Studie zur Monotherapie mit Glatirameracetat bei RRMS zeigten, dass die Patienten auch nach 20 Jahren von der Therapie profitierten. Von den kontinuierlich mit Glatirameracetat behandelten Patienten aus der Zulassungsstudie verblieben 23,3% schubfrei und weitere 47,3% erlitten keinen zweiten Schub. Über 60% der Patienten haben nach 27 Erkrankungsjahren immer noch einen EDSS unter 4 [5]. Zum bekannten Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil bezüglich injektionsbedingter Reaktionen und Symptomen und der positiv zu wertenden Tatsache, dass es keine Grippe-ähnlichen Nebenwirkungen gibt, kamen keine neueren Hinweise hinzu. |BB|

1. Khan O et al. Ann Neurol. 2013; 73: 705-713.
2. Zivadinov R et al. AAN 2014. Abstract P3.026
3. Wolinsky JS et al. Presented at AAN 2014; Abstract S31.002.
4. Ziemssen T et al. CONy 2014. Abstract.
5. Ford C et al. ECTRIMS 2013; Abstract.

Quelle: Pressegespräch der TEVA Pharma GmbH: »Bewährter Wirkstoff trifft auf neue Dosierung: Patient im Mittelpunkt der MS-Therapie«, Frankfurt, 12. März 2015.

MS und Spastik

Oromukosalspray zeigt positive Erfolge

In Deutschland leben etwa 200.000 Menschen mit Multipler Sklerose (MS), wobei die MS-induzierte Spastik eine der Hauptursachen für eine Behinderung ist. Der Endocannabinoid-System-Modulator Sativex® wird erfolgreich als Add-on-Therapie bei der Spastikbehandlung eingesetzt.

Vor allem bei den 10% der MS-Patienten mit primär chronisch progredienter Verlaufsform steht die Spastik im Vordergrund, berichtete Alexander Simonow, Sundern. Dabei kann es aufgrund der Spastik zu folgenden Beschwerden kommen:

- Schmerzen
- Blasenstörung
- Erschöpfung (Fatigue)
- Beweglichkeitsstörungen



Bei der Spastik sind die Beine häufiger als die Arme betroffen, Para-, Hemi- und Tetraspastik sind häufiger als eine Monospastik. Die Muskelspannung kann dauerhaft erhöht sein (tonische Spastik), die Spastik kann aber auch plötzlich einschießen (plastische Spastik). Diese Symptome treten in der überwiegenden Zahl der Fälle vor allem in der Nacht auf. Nicht selten dauert eine Spastik nur ein bis zwei Sekunden, sie kann aber auch zwei bis drei Minuten anhalten.

Lebensqualität des Patienten bei der Behandlung entscheidend

Eine effektive Behandlung der Multiplen Sklerose sollte folgende Ziele verfolgen: Verringerung der Spastizität und der Schmerzen, Erleichterung der Pflege, Vermeidung von Komplikationen (Wundgeschwüre) und vor allem Verbesserung der Lebensqualität. Bei der Behandlung der MS-induzierten Spastik ist neben der medikamentösen Therapie auch die Physiotherapie ein wichtiger Bestandteil. Zu den therapeutischen Möglichkeiten gehört der Oromukosalspray Sativex®. Das Spray ist dann indiziert, so Simonow, wenn andere antispastische Arzneimittel nicht angesprochen haben, und wird als Add-On-Therapie empfohlen. Klinische Studien konnten nachweisen, dass die in Sativex® enthaltenen Cannabinoide THC und CBD eine Interaktion mit den humanen CB1- und CB2-Rezeptoren aufweisen und damit die MS-induzierte Spastik signifikant verbessern, ohne dass es zu einer Muskelschwäche kommt.

Mit der Verabreichung von Sativex® konnten die schmerzhaften Spasmen und auch deren Häufigkeit reduziert werden. Die Fahrtauglichkeit bleibt mit dem Cannabinoïdpräparat in den meisten Fällen bestehen. Dies bestätigte eine prospektive Beobachtungsstudie. In einzelnen Fällen kann es allerdings vorkommen, dass es zu zentralnervösen Effekten wie Schwindel kommt. Deshalb ist es unbedingt notwendig, dass die Patienten vor der Verabreichung noch einmal explizit darauf hingewiesen werden.

| Michaela Biedermann-Hefner |

Pressegespräch »Stellenwert der symptomatischen Therapie bei MS-induzierter Spastik – Aktuelle Praxiserfahrungen mit Sativex® am 4. März 2015 in Berlin. Veranstalter: Almirall, Reinbek

TERMINE

05.05.–07.05. *Helsinki (FI)*

3rd TBI-Challenge 2015

i TBI-Challenge 2015, Congress Secretariat
Tel.: +358 9 5840 9350
E-Mail: tbi-challenge@confedent.fi
www.confedent.fi/tbi-challenge/

08.05.–09.05. *Marburg*

26. Marburger Neurologentagung

i Klinik für Neurologie, Frau H. Löwer
Tel.: 06421-5862990
E-Mail: neurologentagung@med.uni-marburg.de
www.neurologentagung-marburg.de

08.05.–09.05. *Aachen*

17. Jahrestagung DGNB

i Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e.V., Geschäftsstelle der DGNB e.V., Frau G. Agerer
E-Mail: sekretariat@dgnb-ev.de

12.05.–15.05. *Wien (A)*

24. European Stroke Conference (ESC)

i Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena
E-Mail: eurostroke@conventus.de
www.eurostroke.eu/

14.05.–17.05. *Nizza*

NeuPSIG2015 – 5th International Congress on Neuropathic Pain

Kenes International
E-Mail: neuropathic@kenes.com
http://neu-psig.kenes.com/

04.06.–05.06. *Düsseldorf*

44. Jahreskongress des dbl (Themen-schwerpunkt: Kinder)

Geschäftsstelle des dbl e.V.
Tel.: 02234-79 53-0
info@dbl-ev.de, www.dbl-ev.de

04.06.–06.06. *Istanbul (TR)*

INEREM 2015 – International Neurology and Rehabilitation Meeting

Opteamist Tourism & Congress Service
E-Mail: opteamist@inerem.com
www.inerem.com/

09.06.–12.06. *Valencia*

International Neurorehabilitation Symposium (INRS)/Rehab Week

i Mrs. Annegret Kern, Organizing Committee Rehab, Sarah Lina Hamann (Hocoma)
E-Mail: info@rehabweek.org
http://www.rehabweek.org/

14.06.–17.06. *Heidelberg*

EMBO | EMBL Symposium — Mechanisms of neurodegeneration

i Diah Yulianti, EMBL Heidelberg
www.embo-embl-symposia.org/symposia/2015/EES15-03/index.html

19.06.–23.06. *Berlin*

9th World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine

i Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Frau Kaiser
Tel.: 036 41/311 62 81
E-Mail: ulrike.kaiser@conventus.de
www.isprm2015.org/

20.06.–23.06. *Berlin*

1st Congress of the European Academy of Neurology 2015 (EAN)

i Congrex Switzerland Ltd, Peter Merian-Str. 80, P.O. Box, CH-4002 Basel
E-Mail: registration.ean@congrex-switzerland.com
www.eaneurology.org/berlin2015/Congrex Switzerland

25.06.–25.06. *Kassel*

28. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e. V. (DMGP)

i Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Nadia Al-Hamadi/Sylvia Rudolph
Tel.: +49 3641 3116-315/ 356
Fax +49 3641 3116-241
E-Mail: dmgp@conventus.de, www.conventus.de

10.07.–11.07. *München*

VERTIGO XIX – Münchner Schwindel-seminar 2015

i Frau Eßer, DSGZ und Neurologische Klinik
Tel.: 089-44007-4820
E-Mail: Sabine.Esser@med.uni-muenchen.de
www.schwindelambulanz-muenchen.de

23.09.–26.09. *Düsseldorf*

88. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)

i m:con mannheim: congress GmbH und DGN Dienstleistungsgesellschaft
David Friedrich
Tel.: 030/5314379-41
E-Mail: friedrich@dgn.org
www.dgn.org

07.10.–10.10. *Barcelona (ES)*

ECTRIMS 2015

i Congress Secretariat, c/o Congrex Switzerland Ltd, Peter Merian-Str. 80
P.O. Box, CH-4002 Basel
Tel.: +41 61 / 686 77 77, Fax -/686 77 88
E-Mail: registration.ectrims@congrex-switzerland.com, www.ectrims-congress.eu

15.10.–17.10. *Köln*

50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)

i KUKM Kongress- und Kulturmanagement, Postfach 3664, 99407 Weimar
Telefon: 03643 2468-0
E-Mail: info@kukm.de
www.dgnr.org/de-DE/4/veranstaltungen

29.10.–30.10. *Bern (CH)*

Gemeinsame Jahrestagung 2015 Schweizerische Neurologische Gesellschaft, Schweizerische Gesellschaft für Verhaltensneurologie, Schweizerische Gesellschaft für Neurorehabilitation

i IMK Institut für Medizin und Kommunikation AG, Münsterberg 1, CH-4001 Basel
Tel.: +41 61 /2713551, Fax: - /2713338
E-Mail: congress@imk.ch, www.imk.ch/sng2015

13.11.–14.11. *Demenhorst*

Fatigue und MS: Pathogenese und Behandlung

i Hanse Wissenschaftskolleg (HWK),
Tel.: 04221/9160-100, Fax -/9160 199,
E-Mail: hwh@h-w-k.de

01.12.–04.12. *Wien (A)*

3rd European Neurorehabilitation Congress in Conjunction with the Annual Meeting of the Austrian Society of Neurorehabilitation

i Mondial Congress & Events, Operngasse 20B, A-1040 Vienna, Barbara Obritzhauser
Tel.: 0043/1 58804-172
E-Mail: obritzhauser@mondial-congress.com
www.ecnr.org

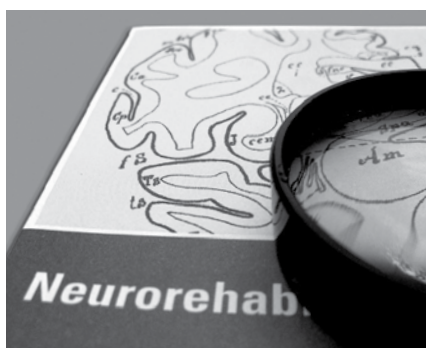
SAVE THE DATE!

09.–12. Juni 2015

Rehab Week in Valencia

Vom 09.–12. Juni 2015 schließen sich drei internationale Konferenzen im Bereich Rehabilitationswissenschaften und Ingenieurwesen auf der zweiten Ausgabe der Rehab Week in Valencia zum intensiven interdisziplinären Wissenstransfer zusammen. Die Konferenzen »Conference on Recent Advances in Neurorehabilitation« (ICRAN), »International Neurorehabilitation Symposium« (INRS) und die »International Conference of Virtual Rehabilitation« (ICVR) bieten Therapeuten, Ärzten, Ingenieuren und Forschern erneut eine Plattform, um sich über innovative Zukunftstechnologien und neue Möglichkeiten in der Rehabilitation von Erkrankungen und Verletzungen des zentralen Nervensystems zu informieren und auszutauschen.

www.rehabweek.org



Postgraduale Universitätslehrgänge
für TherapeutInnen und MedizinerInnen

Neurorehabilitation MSc

Information:
www.donau-uni.ac.at/neuro/rehab

Neurorehabilitationsforschung MSc

Information:
www.donau-uni.ac.at/neuro/forschung

Start der Lehrgänge:
19. Oktober 2015



Donau-Universität Krems
Zentrum für Neurorehabilitation
andrea.muellner@donau-uni.ac.at
Tel. +43 (0)2732 893-2631



Wien, 01.–04. Dezember 2015

ECNR – European Congress of Neurorehabilitation 2015

Zum dritten Mal findet 2015 ein gemeinsamer Kongress der Europäischen Fachgesellschaften für Neurorehabilitation statt. Veranstalter ist die EFNR (European Federation of NeuroRehabilitation Societies), unter deren Dach sich die entsprechenden Fachgesellschaften aus Deutschland, Großbritannien, Italien, den Niederlanden, Österreich und der Schweiz assoziiert haben.

Im Rahmen des ECNR finden auch Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für NeuroRehabilitation (DGNR) und der Österreichischen Gesellschaft für NeuroRehabilitation (OeGNR) statt.

Abstract Deadline: 30. Juni 2015

Main topics

- Disease specific rehabilitation
- Early neurorehabilitation
- Ethical aspects during neurorehabilitation
- Mental diseases in neurorehabilitation as co-morbidities and/or after effects
- Motor rehabilitation
- Neuromodulation and neuroplasticity
- Neuropsychologic rehabilitation
- Neurorehabilitation and public health
- Nutrition and Dysphagia
- Pediatric neurorehabilitation and problems of transition to adulthood
- Pharmacological treatment in neurorehabilitation
- Postsurgical neurorehabilitation
- Rehabilitation of chronic pain-syndromes
- Rehabilitation of visual and auditory perception disturbances
- Significance of neurophysiologic and neuroimaging techniques in assessment and adjustment of neurorehabilitation
- Spinal cord rehabilitation

Information:

Mondial Congress & Events

Operngasse 20B

1040 Vienna Austria

Tel.: +43 1 58804 0

Fax: +43 1 58804 185

www.mondial-congress.com

Barbara Obritzhauser

Tel.: +43 1 58804 172

E-Mail: obritzhauser@mondial-congress.com

www.enrc.org



»Ich heiße Alja Stein, bin 54 Jahre alt und verschieden. Ich habe einen Sohn (36 Jahre) und drei Enkelkinder. Da ich so früh geheiratet und mein Kind groß gezogen habe, legte ich erst mit 30 Jahren mein Abitur ab und begann daraufhin, Mathematik und Chemie auf Lehramt an der Universität zu Köln zu studieren. Leider mußte ich vier Jahre später mein Studium abbrechen, um Geld zu verdienen. Nach einer abwechslungsreichen beruflichen Laufbahn arbeitete ich zuletzt als Leiterin des Referates Projektentwicklung im sozialen Bereich. Am 31. März 2002 erlitt ich nach einer Aneurysma-Blutung einen Schlaganfall. Mittlerweile habe ich gelernt, mit der Krankheit zu leben. An den bereits verbesserten, jedoch immer noch vorhandenen sprachlichen Defiziten arbeite ich mehrmals in der Woche mit meiner Sprachtherapeutin.« [2004]

ALJA STEIN



»Alja Stein« – Poster im Format A1 (594 x 841 mm), gedruckt auf 190g Fotopapier, aus dem Bildband »Schlaganfall« von Michael Donner, € 19,50 inkl. MwSt., zzgl. Versand. Bestellung [ber www.hippocampus.de](http://www.hippocampus.de) → Therapiematerial → Poster

VORSCHAU 3 | 2015

SCHWERPUNKTTHEMA

Umsetzung der BAR Phase E-Empfehlungen Ergebnisse einer Fachtagung des BV ANR e. V.

Gastherausgeber: W. Fries, J. Pichler

ÜBERSICHT

Assessments zur Erfassung der Teilhabe in der Neurologischen Rehabilitation

C. Pott

ORIGINALARBEITEN

Fahrsicherheitsrelevante Aufmerksamkeitsfunktionen nach Schlaganfall in der neuropsychologischen Rehabilitation

C. List, H. R. Bliem

TAGUNGEN & KONGRESSE

Nachlese 9. Deutscher Parkinson-Kongress und 5. Deutscher Botulinumtoxinkongress

Berlin, 16.–18.04.2015

Änderungen vorbehalten

Hinweise für Autoren

NEUROLOGIE & REHABILITATION veröffentlicht Originalarbeiten aus den Gebieten der rehabilitativen Neurologie, der Neuropsychologie, der Physikalischen Medizin und der neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung sowie aus allen an der Neurorehabilitation beteiligten therapeutischen Disziplinen. Fachübergreifende Beiträge sind ausdrücklich erwünscht. Die Arbeiten können in Form eines bersichtsartikels, einer Mitteilung von Forschungsergebnissen, einer Methodenbeschreibung, eines Kommentars sowie als Einzelfalldarstellungen eingereicht werden. Die Beiträge müssen druckreif sein und sollten einen Umfang von 75.000 Zeichen inkl. Leerzeichen möglichst nicht berschreiten. Die genauen Formatierungshinweise entnehmen Sie bitte dem Internet (www.hippocampus.de/Autorenhinweise.12303.html). Einreichungen per E-Mail sind willkommen.

Adressaten:

Die Manuskripte richten Sie bitte wahlweise an:

- Prof. Dr. Ch. Dettmers, Kliniken Schmieder Konstanz, Eichhornstr. 68, 78464 Konstanz, c.dettmers@kliniken-schmieder.de
- Prof. Dr. Dr. P. W. Schönle, Schubertstr. 10, 78464 Konstanz, paul-walter.schoenle@maternus.de
- Prof. Dr. C. Weiller, Neurologische Universitätsklinik, Breisacher Str. 64, 79106 Freiburg, cornelius.weiller@uniklinik-freiburg.de

und in Kopie an den Verlag (brigitte.buelau@hippocampus.de).