

HOCHSCHULE OSNABRÜCK

University of Applied Sciences

FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

Studiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

Bachelorarbeit

Thema: Partizipative Zielfindung und –evaluation in der Aphasie-Therapie auf Grundlage des modifizierten Partner Kommunikation Fragebogens am Beispiel eines Patienten mit chronischer Aphasie und seiner Ehefrau

Erstprüferin: Prof. Dr. Barbara Schneider

Zweitprüferin: Prof. Dr. Hilke Hansen

Bearbeiterin: Jana Vinke

Matrikelnummer: 595151

Ausgabedatum: 25.11.2016

Abgabedatum: 06.01.2017

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V
Zusammenfassung	6
Abstract	7
Einleitung	8
1 Theoretischer Hintergrund	10
1.1 Das Störungsbild der Aphasie	10
1.1.1 Grundlagen der Aphasie	10
1.1.2 Standardsyndrome und Symptome	12
1.1.3 Einführung in die ICF	14
1.1.4 Einordnung der Aphasie in die ICF	15
1.1.5 Auswirkungen der Aphasie auf die Kommunikation.....	16
1.1.6 Logopädische Diagnostik bei Aphasie.....	19
1.1.7 Aphasie und logopädische Therapie	21
1.2 Partizipative Zielfindung	23
1.3 Angehörigenarbeit in der Aphasie-Therapie	26
1.4 Fragestellungen.....	29
2 Material und Methoden	30
2.1 Studiendesign und Auswahl der Forschungsmethoden	30
2.2 Probandenauswahl und Fallvorstellung	31
2.3 Berücksichtigung ethischer Aspekte	34
2.4 Neurolinguistisch-formale Diagnostik.....	35
2.5 Pragmatisch-funktionale Diagnostik.....	36
2.5.1 Quantitative Datenerhebungsmethoden.....	36
2.5.2 Qualitative Datenerhebungsmethoden	40

2.6 Auswertung der Ergebnisse.....	42
3 Ergebnisse	44
3.1 Ergebnisse der neurolinguistischen Diagnostik.....	44
3.2 Ergebnisse der pragmatisch-funktionalen Diagnostik (ANELT).....	46
3.3 Ergebnisse der Befragung (PKF).....	48
3.3.1 Sicht des Betroffenen.....	48
3.3.2 Sicht der Ehepartnerin	50
3.4 Partizipative Zielsetzung.....	52
3.4.1 Durchführung des Zielfindungsgesprächs	52
3.4.2 Ergebnisse des Zielfindungsgesprächs.....	54
3.4.3 Vereinbarung der Ansichten von Betroffenenem und Ehepartner.....	56
3.4.4 Expertenperspektive und Ansicht der Probanden.....	58
3.5 Zielfestlegung.....	59
3.5.1 Formulierung der Therapieziele	59
3.5.2 Voraussetzungen für die partizipative Zielvereinbarung	61
3.6 Durchführung der Therapie	62
3.7 Umsetzung der Ziele in der Therapie.....	63
3.8 Evaluation des Vorgehens.....	65
3.8.1 Bewertung während der Therapieeinheiten.....	66
3.8.2 Bewertung durch ein Abschlussgespräch.....	69
4 Diskussion	71
4.1 Diskussion der Methoden und des Materials	71
4.2 Diskussion der Ergebnisse	74
4.3 Fazit und Ausblick	75
Literaturverzeichnis.....	78
Anhang	83
Eidesstaatliche Erklärung	110

Abkürzungsverzeichnis

AAT	Aachener Aphasie Test
ANELT	Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test
CAL	Communicative Activity Log
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
GAS	Goal Attainment Scaling
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
PKF	Partner Kommunikation Fragebogen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell in der ICF.....	14
Abbildung 2: Die vier Seiten einer Nachricht nach Schulz von Thun	17
Abbildung 3: Modell des Entscheidungsfindungsprozesses: gemeinsame Schnittmenge in der Interaktion	24
Abbildung 4: Absolute Punktwerte des PKFs – Einschätzung von Herrn L.	48
Abbildung 5: Absolute Punktwerte des PKFs – Einschätzung von Frau L.	50
Abbildung 6: Selbsteinschätzung Herrn L.s zur Realisierung des ersten Ziels	66
Abbildung 7: Selbsteinschätzung Herrn L.s zur Realisierung des zweiten Ziels	67
Abbildung 8: Selbsteinschätzung Herrn L.s zur Realisierung des dritten Ziels	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erreichte Punktwerte des Untertests Spontansprache – AAT	44
Tabelle 2: Darlegung der Ergebnisse des ANELTs	46
Tabelle 3: Verteilung der einzelnen Punktwerte bei verschiedenen Gesprächspartnern – Einschätzung von Herrn L.	49
Tabelle 4: Verteilung der einzelnen Punktwerte bei verschiedenen Gesprächspartner – Einschätzung von Frau L.	51
Tabelle 5: Stark abweichende Einschätzungen des Ehepaars	56

Zusammenfassung

Hintergrund: In der ambulanten logopädischen Praxis zeigt sich, dass das Aufstellen der Therapieziele oftmals durch die Fachkraft erfolgt. Verschiedene Literaturen verdeutlichen jedoch, dass durch die gemeinsame Vereinbarung der Ziele im Diagnostikprozess ein höherer Behandlungserfolg resultiert. Da für diese partizipative Vorgehensweise ein Mangel an Zielsetzungskonzepten herrscht, wurde mit der durchgeführten Studie ermittelt, inwiefern der modifizierte „Partner-Kommunikation-Fragebogen“ (PKF) in der Aphasietherapie als Basis für die gemeinsame Zielvereinbarung geeignet ist. Aufgrund möglicher Differenzen, die zwischen den Perspektiven des Betroffenen, seines Angehörigen und der Therapeutin vorliegen könnten, sollte des Weiteren geklärt werden, inwieweit die verschiedenen Ansichten bei der Zielfindung miteinander vereinbar sind.

Methode: Die Evaluationsstudie wurde zunächst an einem Probandenpaar erprobt. Dafür wurde ein Aphasie-Patient rekrutiert, welcher sich aktuell in einer Ehe befindet und mit seiner Partnerin zusammenlebt. Ein wesentliches Einschlusskriterium war zudem, dass der Patient sich in der chronischen Phase befindet, um alltagsrelevante Ziele aufstellen zu können. In einem sequentiellen Mixed-Methods-Design folgte zunächst die separate Befragung des Betroffenen und seiner Ehefrau mittels PKF. Die daraus gewonnenen quantitativen Daten wurden als Grundlage für das anschließende Zielsetzungsgespräch genutzt. Im Anschluss fand die Durchführung der Therapie anhand der formulierten Ziele und letztlich die Evaluation des Vorgehens statt.

Ergebnisse: In der Studie zeigte sich, dass der PKF bei diesem Probandenpaar aufgrund individueller Kontextfaktoren nicht als Basis für die Ableitung der Ziele geeignet war. Das Aufstellen der Ziele konnte jedoch in dem Zielsetzungsgespräch realisiert werden. Im weiteren Therapieprozess gelang die Umsetzung der drei Ziele größtenteils, begrenzt auf die Therapiesituation. Insgesamt wurde bei der partizipativen Vorgehensweise deutlich, dass die Ansichten der drei beteiligten Personen gut miteinander vereinbar sind. Dafür schienen ein offener Austausch sowie die Bereitschaft zu Kompromissen besonders bedeutsam zu sein.

Schlussfolgerung: Da der PKF in diesem Fall nicht zur Zielableitung genutzt werden konnte, ist die Erprobung der Vorgehensweise an anderen Probandenpaaren notwendig. Zudem ist eine Modifizierung des methodischen Vorgehens bei Anschlussprojekten denkbar.

Schlüsselwörter: Partizipative Zielsetzung, chronische Aphasie, PKF, Mixed-Methods

Abstract

Background: Goal setting in the logopaedic therapy process is mostly carried out through the Speech Pathologist himself. However the outcome of different studies shows that a participatory goal setting process makes speech therapy more effective. But despite the advantages of this participative procedure there is a scarcity of goal setting concepts. The aim of this study was to determine the suitability of the modified “Partner-Kommunikation-Fragebogen” (PKF) as a basis for the participatory goal setting process in chronic aphasia. Another aim was to clarify how it is possible to combine potential differences in the views of the patient, his family members and the Speech Therapist in the goal setting process.

Methods: The evaluation study was tried on one couple. Therefore a married patient with aphasia who lives together with his wife has been recruited. To formulate goals, which are relevant in everyday life, the existence of a chronic aphasia has been an essential inclusion criterion. By the use of a sequential mixed methods design a separate survey of the patient and his wife was conducted with the PKF. The generated quantitative data of the survey was used as the basis for the following goal setting conversation. Afterwards the goals were implemented in the logopaedic therapy. Finally the participatory goal setting process was evaluated.

Results: In this study the PKF could not be used as the basis for the participatory goal setting. Because of individual contextual factors, it was not possible to derive goals from the responses in the survey. But it has been feasible to formulate goals in the following conversation. Subsequently it was possible to implement the three goals in the therapy process. Furthermore it became clear that it is feasible to combine the different views of the patient, his wife and the Speech Therapist. Therefore an open exchange and the willingness to comprise seemed particularly significant.

Conclusion: In this case it was not possible to use the PKF as the basis for deriving therapy goals. Because of the different individual factors which affect the outcome of this method it is necessary to try the procedure on other subjects. In addition a modification of the methodical approach is conceivable in further studies.

Key words: goal setting, participation, chronic aphasia, PKF, mixed methods research

Einleitung

In der logopädischen Praxis wird zunehmend eine aktive Einbeziehung des Patienten¹ in die Therapie gefordert, um diese individueller zu gestalten und teilhabeorientierter ausrichten zu können (vgl. Moritz et al. 2014:157). Besonders im Fachbereich der Aphasie scheint es sinnvoll, die Ansichten des Betroffenen zu erfragen und diese in die Therapieplanung und –durchführung zu integrieren. Dieses partizipative Vorgehen wird in der Praxis häufig nicht oder nur unzureichend berücksichtigt (vgl. Grötzbach 2010:119ff). Stattdessen wird aufgrund Zeitmangels meistens die paternalistische Methodik genutzt (vgl. ebd.). Paternalistisch bedeutet demnach, dass nur die Fachkraft Therapieziele definiert, wohingegen beim partizipativen Ansatz der Austausch mit dem Patienten (und seinem Umfeld) für die Festlegung der Therapieziele stattfindet (vgl. ebd.). Als Vorteil der partizipativen Entscheidungsfindung wird beispielsweise die Motivation des Patienten genannt, die durch die Mitarbeit an der Zieldefinition steigt. Auch der Austausch und demnach das geteilte Wissen von Patient und Therapeut lassen sich als positiv bewerten (vgl. ebd.). Der Einbezug eines Angehörigen in die Therapie(-planung) kann ebenfalls Bestandteil des partizipativen Vorgehens sein. V.a. enge Angehörige, wie Ehe- oder Lebenspartner, sind von den sprachlichen und kommunikativen Beeinträchtigungen mitbetroffen (vgl. Lutz 2010:241). Ihre alltägliche Kommunikation wird durch die Aphasie des Betroffenen eventuell stark verändert, da sie permanent versuchen den Partner im Gespräch zu unterstützen, um die Verständigung und den Informationsaustausch zu sichern (vgl. Bauer u. Auer 2009:20). Als direkte Beteiligte haben Angehörige möglicherweise eigene Wünsche oder Bedürfnisse an die alltägliche Kommunikation, die sich von den Vorstellungen des Betroffenen selbst unterscheiden. Das gemeinsame Aufstellen von Therapiezielen zwischen dem Betroffenen, seinem Angehörigen und dem Therapeuten, als fachlichem Experten für Sprache und Kommunikation, scheint somit besonders gewinnbringend für die Therapie zu sein.

Die bisherige Literaturrecherche zeigt jedoch, dass für den Prozess der partizipativen Zielsetzung kein gängiges Verfahren besteht, welches zur Erhebung der verschiedenen Zielvorstellungen genutzt werden kann. Des Weiteren stellt sich die Frage, wie eine partizipative Zielsetzung überhaupt stattfinden kann, wenn beispielsweise eine chronische Aphasie vorliegt, aus welcher sprachliche und kommunikative Einschränkungen resultieren. Zusätzlich müssen die Wünsche des Patienten mit den Ansichten des Angehörigen und der Expertenperspektive vereinbart werden.

¹ Zur Erleichterung des Leseflusses wird bei allgemeingültigen Aussagen in dieser Arbeit auf die männliche Form des Wortes zurückgegriffen. Weibliche Patienten werden dadurch jedoch gleichermaßen einbezogen.

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird das zuvor durchgeführte Wissenschaftliche Praxisprojekt vorgestellt, in welchem die partizipative Zielfindung in der Aphasie-Therapie erprobt wurde. Im Rahmen einer Evaluationsstudie, fand am Beispiel eines Patienten mit Broca-Aphasie und dessen Ehefrau die Realisierung des partizipativen Vorgehens auf Grundlage des modifizierten „Partner Kommunikation Fragebogens“ sowie die anschließende Evaluation der Methode statt. Ziel des Projektes ist dementsprechend die Betrachtung des gesamten Prozesses der partizipativen Zielsetzung. Nach der Darstellung der gewonnenen Erkenntnisse wird somit diskutiert, ob durch die Studie weitere Optionen für eine gemeinsame Zielfestlegung aufgezeigt werden konnten.

Für das grundlegende Verständnis des Projektes wird im ersten Kapitel der Arbeit zunächst der theoretische Hintergrund vorgestellt. Dieser beinhaltet eine umfangreiche Übersicht über das Störungsbild der Aphasie sowie wesentliche Informationen zur partizipativen Zielfindung und zur Angehörigenarbeit in der Aphasie-Therapie. Abschließend folgt im Theorieteil die Darstellung der leitenden Fragestellungen.

Im Anschluss beginnen mit dem zweiten Kapitel die Ausführungen zum empirischen Teil der Arbeit. Zu Beginn werden das Studiendesign und die Auswahl der Forschungsmethoden erläutert. Im Weiteren erfolgen die Darstellung der Probandenauswahl sowie die Fallvorstellung. Zudem wird auf die Berücksichtigung der ethischen Aspekte im Forschungsprojekt eingegangen. Danach werden die eingesetzten Methoden zur Diagnostik vorgestellt, welche sich in neurolinguistische und pragmatisch-funktionale Erhebungsinstrumente untergliedern. Zuletzt wird die Vorgehensweise zur Auswertung der Ergebnisse dargelegt.

Im dritten Kapitel folgt die Vorstellung der Ergebnisse und somit die Beantwortung der Fragestellungen. Entsprechend des Methodenteils werden zunächst die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungsinstrumente dargestellt und sowohl quantitative als auch qualitative Resultate betrachtet. Anschließend werden der Prozess der gemeinsamen Zielfestlegung sowie die Durchführung der Therapie und die Umsetzung der Ziele in der Therapie erläutert. Das Kapitel schließt mit der Evaluation des Vorgehens.

Das letzte Kapitel beinhaltet die Diskussion über Material und Methoden des Forschungsprojektes sowie die kritische Betrachtung der Ergebnisse. Zum Abschluss der Arbeit wird ein Fazit aus den gewonnenen Erkenntnissen gezogen.

Ergänzend ist zu erklären, dass die Begriffe „Therapeut/en“, „Logopäde/n“ verwendet werden, wenn sich die Ausführungen auf die Allgemeinheit beziehen. Die Bezeichnungen „Therapeutin“ und „Logopädin“ werden hingegen genutzt, wenn ein Zusammenhang zum Forschungsprojekt besteht und sind demnach mit dem Begriff „Autorin“ gleichzusetzen.

1 Theoretischer Hintergrund

1.1 Das Störungsbild der Aphasie

Im ersten Kapitel wird das Störungsbild der Aphasie vorgestellt. Dafür werden zunächst Grundlagen über die Aphasie vermittelt. Anschließend erfolgt die Nennung der Standardsyndrome mit den einhergehenden Symptomen. Dabei wird v.a. die Broca-Aphasie betrachtet, da dieses Standardsyndrom einen besonderen Bezug zum Forschungsprojekt aufweist. Im Weiteren wird eine allgemeine Einführung in die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) gegeben und danach die Einordnung der Aphasie in das Klassifikationssystem vorgenommen. Darauf folgend werden die Auswirkungen einer Aphasie auf die Kommunikation verdeutlicht. Im Anschluss werden zunächst die logopädische Diagnostik und anschließend die logopädische Intervention bei Aphasie genauer betrachtet.

1.1.1 Grundlagen der Aphasie

Als Einführung in die Grundlagen des Störungsbildes erfolgt die Verdeutlichung des Begriffs „Aphasie“. Definiert werden Aphasien als *„zentral bedingte Störungen der Sprache, die nach abgeschlossenem Spracherwerb aufgrund einer erworbenen Hirnschädigung auftreten. [...] Die aphasischen Symptome lassen sich als Beeinträchtigung auf allen linguistischen Ebenen und in allen sprachlichen Modalitäten beschreiben.“* (Wehmeyer u. Grötzbach 2012a:15). Diese Modalitäten beinhalten die Sprachproduktion, das Sprachverständnis, das Lesen sowie das Schreiben und sind bei Auftreten einer Aphasie *„in unterschiedlichem Ausmaß und variierender Zusammensetzung gestört“* (ebd.:6). Die Bezeichnung „linguistische Ebenen“ umfasst weitere Komponenten der Sprache und wird im Kapitel 1.1.2 näher betrachtet.

Ätiologisch gesehen, können verschiedene neurologische Ereignisse für eine Aphasie verantwortlich sein (vgl. Schindelmeiser 2012:34ff). Die häufigste Ursache ist das Erleiden eines Apoplex´ (vgl. ebd.). 80% der Aphasien werden demnach durch einen ischämischen Schlaganfall hervorgerufen (vgl. Bartels 2015:212). Der linksseitige Mediainfarkt ist hierbei vordergründig, da drei Viertel aller Aphasien durch das sogenannte Mediasyndrom, d.h. einen Infarkt im Verlauf der Arteria cerebri media, entstehen (vgl. Schindelmeiser 2012:44ff). Neben einem ischämischen Hirninfarkt, bei dem es zu einer Unterbrechung der Blutzufuhr in der entsprechenden Arterie kommt, können jedoch auch hämorrhagische Hirninfarkte für eine Aphasie verantwortlich sein. Hierbei entsteht eine Blutung innerhalb des Gehirns oder Blutungen in den Subarachnoidalraum (vgl. ebd.:35ff).

Weitere Ursachen für eine Aphasie sind beispielsweise Hirntumore oder Schädelhirntraumata (vgl. ebd.:47). Zudem können Aphasien auch Folge einer degenerativen neurologischen Erkrankung sein (z.B. Morbus Alzheimer), bei welcher eine fortschreitende aphasische Störung (progrediente Aphasie) eintritt (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012a:15). Allgemein sind Aphasien auf eine Schädigung des Sprachzentrums zurückzuführen (vgl. Huber et al. 2013:7). Da sich dieses bei der Mehrheit der Menschen in der linken Hirnhemisphäre befindet, sind Läsionen der sprachlich aktiven Bereiche des linken Stirn- und Schläfenlappens größtenteils für die Entstehung einer Aphasie verantwortlich (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012a:9).

Zur Inzidenz und Prävalenz einer Aphasie konnten bei der Recherche in Datenbanken, im öffentlichen Internet und in Fachbüchern nur wenige Angaben gefunden werden. Die meisten statistisch ausgewerteten Daten beinhalten lediglich die Zahlenwerte über das allgemeine Krankheitsbild des Schlaganfalls. Relativ aktuelle Angaben über die Inzidenz sind der Literatur von Huber, Poeck und Springer (2013:7) zu entnehmen. Die Autoren erläutern, dass es in Deutschland jährlich ca. 50.000 neu erkrankte Aphasie-Patienten nach dem Erleiden eines Schlaganfalls gibt. Da die Hälfte von ihnen dauerhafte sprachliche Einschränkungen davon trägt, wird die Gesamtzahl der Aphasiker auf 80.000 Personen geschätzt. Werden weitere Ursachen hinzugerechnet, ist die Zahl auf über 100.000 Patienten zu schätzen (vgl. ebd.).

Bei dem Auftreten einer Aphasie wird im zeitlichen Verlauf des Störungsbildes eine Einteilung in drei Phasen vorgenommen (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012b:28). Die ersten vier bis sechs Wochen nach der Hirnschädigung bezeichnet man als Akutphase. Daran anschließend wird von der postakuten Phase gesprochen (bis zwölf Monate nach dem Ereignis). Ein Jahr nach der Hirnschädigung vollzieht sich der Übergang in die chronische Phase (vgl. ebd.). Diese Einteilung bezieht sich auf „*unterschiedliche neuronale Erholungsmechanismen*“ (ebd.:40), die Auswirkungen auf den Verlauf einer Aphasie haben. In der Akutphase (auch Aktivierungsphase) ist es möglich, dass es zu einer Spontanremission kommt (vgl. ebd.:41). Dabei werden die ursprünglichen Funktionen wiederhergestellt und es ist ein kompletter Rückgang der aphasischen Symptome zu beobachten (vgl. ebd.). Zudem ist die Phase dadurch gekennzeichnet, dass auftretende Symptome sehr stark fluktuieren (vgl. ebd.:28). Therapeutisches Ziel ist daher die allgemeine Aktivierung von sprachlichen Funktionen, unter Beachtung des Allgemeinzustandes des Patienten und seiner Belastbarkeit (vgl. Huber u.a. 2013:108f). In dieser Phase wird von dem Betroffenen und seinen Angehörigen zudem häufig eine prognostische Einschätzung über den Verlauf der Aphasie eingefordert. Diese ist jedoch v.a. in der Akutphase (durch die fluktuierenden Symptome und eventuelle

Begleiterscheinungen) nicht möglich (vgl. Huber et al. 2013:98). Es gibt allerdings Prognosefaktoren, die den weiteren Verlauf beeinflussen können (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012b:42). Dazu gehören nach Wehmeyer und Grötzbach (ebd.) beispielsweise die Ursache der Erkrankung, Veränderungen im Zeitraum nach dem Krankheitsbeginn und die Größe der Hirnläsion. Huber, Poeck und Springer (2013:98) nennen zudem die Lage der Hirnschädigung, neurologische Begleitstörungen, die Art und Schwere der Sprachstörung, das Lebensalter, das Geschlecht, den Bildungsstand, sowie die Motivation und die soziale Umgebung des Patienten als weitere relevante Prognosefaktoren. In der folgenden Postakutphase (auch störungsspezifische Übungsphase) kann es zu einer Reorganisation der Gehirnstrukturen kommen. Hierbei ist es beispielweise möglich, dass benachbartes Zellgewebe die Funktion der geschädigten Bereiche übernimmt (Substitution) (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012b:41). Des Weiteren kann es auch zu einer Kompensation durch weiter entfernte Strukturen der anderen Hirnhemisphäre kommen, welche aufgrund der geschädigten Funktionen stärker aktiv sind (vgl. ebd.). In dieser Phase haben sich aphasische Symptome stabilisiert, sodass eine gezielte Behandlung bestimmter sprachlicher Leistungen vorgenommen werden kann (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012d:168). Zu Beginn der chronischen Phase (auch Konsolidierungsphase) ist die Reorganisation/ Kompensation des Gehirns noch nicht beendet, sprachliche Fortschritte zeigen sich dennoch erst nach einem längeren Zeitraum (vgl. ebd.). Über mehrere Jahre sind jedoch häufig nur begrenzte Fortschritte zu erreichen (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012b:43). Da sich aphasische Symptome manifestiert haben, ist in dieser Phase zudem die allgemeine Förderung der Kommunikationsfähigkeiten des Patienten angebracht. Sprachliche Übungen sollten einen Bezug zum Alltag aufweisen und dem Patienten als Unterstützung bei seiner Kommunikation dienen (vgl. ebd.).

1.1.2 Standardsyndrome und Symptome

Die aphasischen Symptome lassen sich laut Definition verschiedenen linguistischen Ebenen zuordnen. Diese umfassen laut Wehmeyer und Grötzbach (2012a:7) die Phonologie (Kombination von Lauten), die Morphologie (Wortbildung), die Semantik (Bedeutung), die Syntax (Satzbau) und die Pragmatik (Funktion der Sprache).

Aufgrund der Vielseitigkeit einer Aphasie wurden verschiedene Klassifikationen entwickelt, welche die aphasischen Symptome zusammenfassen (vgl. Lutz 2010:28). Die einfachste Klassifikation differenziert in „flüssige“ und „nichtflüssige“ Aphasien und weist einen Bezug zur Flüssigkeit der Sprechweise auf (vgl. ebd.). Eine weitere, sehr verbreitete Klassifikation, ist der sogenannte Syndromansatz (vgl. ebd.). Dieser bezieht sich auf die

sprachlichen Symptome und die Lokalisation der Beeinträchtigung im Gehirn (vgl. ebd.). Bekannt wurde die Einteilung v.a. nach der Publikation des Aachener Aphasie Tests (AAT), welcher 1983 von Huber u.a. entwickelt wurde (vgl. Schneider 2012a:32). Die Klassifikation differenziert vier Standardsyndrome, denen jeweils ein bestimmtes Leitsymptom zugeordnet wird (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012b:29). Es wird unterschieden in Globale Aphasie, Wernicke-Aphasie, Broca-Aphasie und Amnestische Aphasie (vgl. ebd.). Aufgrund der fluktuierenden Symptome zu Beginn der Erkrankung, ist diese Einteilung jedoch erst ab der postakuten Phase möglich (vgl. ebd.:28). Zudem ist ein Syndromwandel im zeitlichen Verlauf möglich, z.B. bei einer Verbesserung der Symptomatik (vgl. ebd.). Zusätzlich werden in der Literatur vier aphasische Sonderformen beschrieben, welchen ebenfalls bestimmte Leitsymptome zugeordnet werden können. Da aufgrund des Praxisprojektes jedoch besonders eine Form der Standardsyndrome für diese Arbeit relevant ist, wird die Broca-Aphasie im Folgenden näher betrachtet. Das Leitsymptom der Broca-Aphasie ist der Agrammatismus (vgl. ebd.:29). Je nach Schweregrad der Aphasie produzieren betroffene Patienten nur sehr kurze, unvollständige Sätze (z.B. Ein- oder Zweiwortäußerungen), welche größtenteils aus Inhaltswörtern bestehen und durch fehlende Flexionsformen und -wörter charakterisiert sind. Sprachliche Äußerungen gehen häufig mit großer Anstrengung und mehreren Sprachpausen einher (vgl. Lutz 2010:30f; Wehmeyer u. Grötzbach 2012b:21). Weitere häufig auftretende Symptome sind phonematische und semantische Paraphasien sowie Wortfindungsstörungen in unterschiedlicher Ausprägung (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012b:31). Eine Beeinträchtigung des Sprachverständnisses kann ebenfalls im Ausmaß differieren (vgl. Lutz 2010:31). Häufig ist bei Broca-Patienten eine mittelschwere bis leichte Störung kennzeichnend (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012b:30), für schwer betroffene Aphasie-Patienten kann das Verfolgen des Gesprächsverlaufs und das Verstehen des Gesagten jedoch eine sehr komplexe Anforderung darstellen (vgl. Lutz 2010:31). Der Sinn eines Satzes kann bei Verwendung vieler Inhaltswörter häufig durch Schlüsselwörter erkannt werden. Ist eine Äußerung jedoch von Funktionswörtern abhängig, kann es zu Missverständnissen oder zum Nicht-Verstehen einer Äußerung kommen (vgl. ebd.). Im schriftsprachlichen Bereich zeigen Betroffene häufig ähnliche Symptome wie bei mündlichen Leistungen (vgl. ebd.). Sie erfassen den Inhalt eines Textes beim Lesen durch sinntragende Wörter und überspringen die Funktionswörter (vgl. ebd.). Oftmals gelingt das Lesen eines Textes dabei besser als das Verstehen von mündlichen Äußerungen, da weniger Zeitdruck besteht (vgl. ebd.). Das Schreiben ist ebenfalls durch das Auslassen von Funktionsformen und -wörtern gekennzeichnet (vgl. ebd.).

1.1.3 Einführung in die ICF

In der Rehabilitation besteht ein weiteres Klassifikationssystem, welches auch auf das Störungsbild der Aphasie angewendet werden kann (vgl. Beushausen 2009:64ff). Bevor die Einordnung der Aphasie in dieses System im nächsten Kapitel vorgenommen wird, erfolgt die allgemeine Beschreibung des Modells. Die ICF wurde 2001 von der Weltgesundheitsorganisation entwickelt und stellt ein internationales System für die „verbindliche Klassifikation von Krankheitsfolgen“ (Grötzbach et al. 2014:7ff) dar. Sie wurde 2005 vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ins Deutsche übersetzt und ist inzwischen im neunten Sozialgesetzbuch verankert (vgl. ebd.). Die Klassifikation kann auf verschiedene Aspekte der Gesundheit angewendet werden und bietet die Möglichkeit die Vielzahl von Informationen über Gesundheit zu kodieren (vgl. DIMDI 2005:9). Durch einen Beurteilungsschlüssel, welcher aus Buchstaben und Zahlen besteht, kann die Funktionsfähigkeit einer Person in einen Code umgewandelt werden (vgl. Beushausen 2009:65). Die ICF wird zur Erleichterung des inter- und intradisziplinären Austausches genutzt und lässt sich zudem als „ein ressourcenorientiertes, individuums- und alltagsbezogenes Klassifikationssystem [definieren], das sich auf alle Aspekte der funktionalen Gesundheit konzentriert.“ (Grötzbach et al. 2014:11).

Die ICF betrachtet Gesundheit und Krankheit zudem nicht als rein medizinisches Phänomen, sondern basiert auf einem bio-psycho-sozialen Modell (vgl. ebd.:13). Dieses folgt der Annahme, dass es verschiedene Komponenten von Gesundheit und Krankheit gibt, welche in Wechselwirkung zueinander stehen (vgl. ebd.). Dieses wird auch durch die Abbildung des Modells sichtbar:



Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell in der ICF (DIMDI 2016)

Die verschiedenen Komponenten des Modells werden laut ICF (DIMDI 2005:17,19) folgendermaßen definiert:

<u>Komponenten:</u>	<u>Definition:</u>
<i>Körperfunktionen</i>	– <i>physiologische und psychologische Funktionen des Körpersystems</i>
<i>Körperstrukturen</i>	– <i>anatomische Teile des Körpers</i>
<i>Aktivitäten</i>	– <i>Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch einen Menschen</i>
<i>Partizipation</i>	– <i>das Einbezogensein in eine Lebenssituation</i>

Zusätzlich zu diesen vier Komponenten bestehen die folgenden Kontextfaktoren, welche sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die funktionale Gesundheit eines Menschen haben können (vgl. Beushausen 2009:65):

<u>Kontextfaktoren:</u>	<u>Definition:</u>
<i>Umweltfaktoren</i>	– <i>bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten</i>
<i>personenbezogene Faktoren</i>	– <i>sind der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen</i>

Innerhalb der verschiedenen Komponenten gibt es des Weiteren einzelne Domänen, welche gesundheitsbezogene Themen systematisch zusammenfassen (vgl. Grötzbach et al. 2014:15).

1.1.4 Einordnung der Aphasie in die ICF

Die Zuordnung zu den verschiedenen Komponenten des Modells ist auch bei dem Störungsbild der Aphasie möglich (vgl. Bucher u. Boyer 2014:171ff). Die ICF kann beispielsweise im Rahmen der logopädischen Diagnostik genutzt werden, um die individuellen Ressourcen eines Patienten zu erfassen und entsprechende Ziele für die Therapie abzuleiten (vgl. ebd.). Dabei wird die defizit-orientierte Perspektive von der Betrachtung der individuellen Fähigkeiten eines Menschen abgelöst (vgl. Grötzbach et al. 2014:11). Es erfolgt somit nicht nur die reine Beschreibung der Sprachfunktion, sondern

auch eine Identifikation der Lebensbereiche, in denen die Auswirkungen einer Aphasie deutlich werden (vgl. Schneider 2012a:25). Dieser Einbezug verschiedener Faktoren ist gerade bei dem Störungsbild der Aphasie notwendig, da die sprachlichen Beeinträchtigungen auch im Alltag ständig präsent sind (vgl. Bucher u. Boyer 2014:171). Das alltägliche Zusammenleben in der Familie, das Ausüben einer beruflichen Tätigkeit oder das Verrichten von Freizeitaktivitäten, werden durch die gestörte Sprachfunktion möglicherweise verändert oder beeinträchtigt (vgl. ebd.).

Durch die Verwendung der ICF kann die Aphasie eines Betroffenen den verschiedenen Komponenten zugeordnet werden. Auf der Ebene der Körperfunktionen wird die Aphasie als Sprachfunktion innerhalb der mentalen Funktionen beschrieben (vgl. ebd.:172). Dabei ist sie unter den „*kognitiv-sprachlichen Funktionen*“ (ebd.) einzuordnen, wobei sowohl expressive als auch rezeptive Störungen klassifiziert werden können (vgl. ebd.). Die Ebene der Körperstrukturen umfasst die hirnorganische Schädigung, aus der das Auftreten der Aphasie resultiert (vgl. Schneider 2012a:27). Die Komponenten Aktivitäten und Partizipation beziehen sich auf die Lebensbereiche eines Menschen. Auf diesen Ebenen werden das alltägliche Leben und damit einhergehend auch die kommunikativen Kompetenzen des Betroffenen erfasst (vgl. ebd.). Besonders relevant ist bei dem Störungsbild der Aphasie die Betrachtung der Kontextfaktoren (vgl. Bucher u. Boyer 2014:173). Je nach sozialer und einstellungsbezogener Umwelt können v.a. auf den Ebenen der Aktivitäten und Partizipation Förderfaktoren oder Barrieren für die Therapie entstehen (vgl. Bucher u. Boyer 2014:173, Schneider 2012a:27). Die Unterstützung der Familie kann beispielsweise positive Auswirkungen auf die Eingliederung des Patienten in den Alltag oder auf eine mögliche berufliche Wiederaufnahme haben (vgl. Schneider 2012a:27). Personenbezogene Faktoren wie z.B. Geschlecht, Alter oder Charakter können ebenfalls Einfluss auf die Entwicklung einer Aphasie haben und sind somit auch für das Gelingen der logopädischen Therapie bedeutsam (vgl. ebd.).

1.1.5 Auswirkungen der Aphasie auf die Kommunikation

Die Beschreibung der ICF-Komponenten Aktivitäten und Partizipation hat bereits verdeutlicht, dass bei der Aphasie keine reine Beeinträchtigung der Sprachfunktion besteht, sondern auch die alltägliche Kommunikation eingeschränkt sein kann (vgl. Lutz 2010:114ff).

Die sprachlichen Funktionen wurden in den vorhergehenden Kapiteln bereits beschrieben, daher folgt die nähere Betrachtung der zwischenmenschlichen Kommunikation sowie die Darstellung möglicher Konsequenzen einer Aphasie auf die kommunikativen Fähigkeiten des Betroffenen.

Kommunikation beginnt, sobald ein Mensch in die Interaktion mit anderen Personen tritt (vgl. Watzlawick et al. 2010:13). Er nutzt in seinem gesamten Leben kommunikative Elemente für die Verständigung. Dies ist ein grundlegender Aspekt des menschlichen Zusammenlebens und der gesellschaftlichen Ordnung (vgl. ebd.). Kommunikation bezieht sich dabei sowohl auf die sprachliche Ebene als auch auf nonverbale Komponenten. Das Verhalten und die Körpersprache stellen dementsprechend, abgesehen von verbalen Äußerungen, einen wesentlichen Anteil der Kommunikation dar (vgl. ebd.:25). Des Weiteren lässt sich Kommunikation als alltäglicher Vorgang beschreiben, welcher häufig unbewusst abläuft (vgl. ebd.:13). Der Mensch gibt durch sprachliche Äußerungen oder nonverbale Elemente in jedem Moment kommunikative Hinweise an sein Gegenüber. Kommunikation findet demnach immer zwischen Sender und Empfänger statt (vgl. ebd.:26). Eine Person „versendet“ ihre Nachricht, eine zweite „empfängt“ diese.

Friedemann Schulz von Thun hat für die verbale zwischenmenschliche Kommunikation das Modell der „Vier Seiten einer Nachricht“ (1977) aufgestellt. Er geht davon aus, dass die Übermittlung einer Botschaft vier verschiedene Aspekte beinhaltet (vgl. Schulz von Thun 2008:26). Diese Untergliederung lässt sich gut nutzen, um die Vielfalt der Kommunikation zu verdeutlichen und aufzuzeigen auf welchen Ebenen Schwierigkeiten entstehen können, wenn eine Aphasie besteht. Das Modell wird deshalb im Folgenden kurz dargestellt und anschließend auf das Störungsbild der Aphasie übertragen.

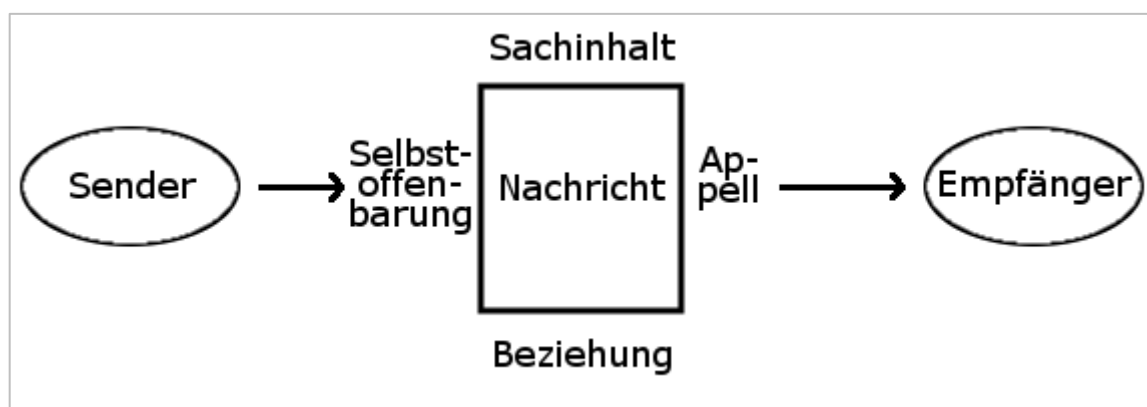


Abbildung 2: Die vier Seiten einer Nachricht nach Schulz von Thun (Bannert 2016)

Auf der *Sachebene* wird der reine Informationsgegenstand der Botschaft betrachtet (vgl. ebd.). Mit der *Selbstoffenbarung* vermittelt der Sender Informationen über sich selbst als Person. Diese können sowohl seine Emotionen betreffen als auch seine sozio-kulturellen Hintergründe (z.B. Deutschsprachigkeit) (vgl. ebd.). Auf der *Beziehungsebene* wird deutlich, welche Einstellung der Sender gegenüber dem Empfänger hat (vgl. ebd.:27ff). Dies erfolgt z.B. durch die gewählte Formulierung, die Prosodie oder durch den Einsatz von Gestik und Mimik (vgl. ebd.). Die Beziehungsebene lässt sich zudem als besondere Form der Selbstoffenbarung bezeichnen. Die Übermittlung der Nachricht besteht hierbei

jedoch nicht ausschließlich aus Ich-Botschaften, sondern auch aus Du- und Wir-Botschaften (vgl. ebd.:28). Die *Appellebene* wird genutzt, um etwas Bestimmtes beim Empfänger zu erreichen. Dabei kann der Appell sowohl auf eine bestimmte Handlung abzielen als auch auf Gedanken oder Gefühle. Die Appellebene einer Nachricht ist von dem Beziehungsaspekt abzugrenzen, da durch die Formulierung eines Appells unterschiedliche Beziehungsbotschaften mitgeteilt werden können (vgl. ebd.:29f).

Auf allen Ebenen zeigt sich, dass Kommunikation immer zwischen Sender und Empfänger bzw. zwischen Sprecher und Hörer stattfindet (vgl. Lutz 2010:114). Im Gespräch entsteht ein Zusammenspiel der Beteiligten, bei dem sich jeder auf sein Gegenüber einstellt (vgl. ebd.). Ist einer der beiden Gesprächspartner jedoch durch eine Aphasie in seiner Sprachfunktion und der Kommunikation eingeschränkt, können Missverständnisse und Verständigungsprobleme entstehen (vgl. ebd.:114ff).

Bezogen auf das Modell von Schulz von Thun (1977), sind auf der Ebene der *Sachinformation* Beeinträchtigungen möglich. Durch eine Einschränkung im Sprachverständnis kann der Betroffene den Inhalt der Nachricht möglicherweise nicht oder nur unvollständig nachvollziehen (vgl. Lutz 2010:115). Je nach Ausprägung der aphasischen Störung können aufgrund der auftretenden Symptome zudem bei der Äußerung der Information Schwierigkeiten resultieren (vgl. ebd.). Auf der Ebene der *Selbstoffenbarung* gelingt es betroffenen Patienten teilweise nicht die eigene Person den Vorstellungen entsprechend darzustellen, da sie beim Sprechen zu stark auf die Formulierung der sprachlichen Äußerung fixiert sind. Dadurch wird dem Empfänger entgegen der eigentlichen Intention v.a. vermittelt, dass der Sender sprachliche Defizite hat (vgl. ebd.). Auf der Seite des Empfängers können Aphasie-Patienten diese Ebene jedoch oftmals gut verstehen (vgl. ebd.). Durch die nicht-sprachlichen Stilmittel, die der Sprecher während der Äußerung verwendet, ist es Betroffenen möglich sich ein Urteil über die Persönlichkeit des Sprechers zu bilden, auch wenn sie die eigentliche Sachinformation nicht verstanden haben (vgl. ebd.). Die *Beziehungsebene* einer Nachricht kann von Aphasie-Patienten oftmals gut entschlüsselt werden (vgl. ebd.:116). Dieses kann jedoch auch zur Frustration des Betroffenen führen, wenn sein Gesprächspartner Beziehungsbotschaften wie Mitleid, Ablehnung oder Belehrung vermittelt (vgl. ebd.). Dem Patienten selbst ist es hingegen nur bedingt möglich, eine Botschaft auf der Beziehungsebene zu äußern. Eventuell kann die Botschaft durch den unterstützenden Einsatz von Mimik oder Prosodie verdeutlicht werden, aufgrund der sprachlichen Beeinträchtigungen ist aber häufig nur eine begrenzte Vermittlung der Beziehung möglich (vgl. ebd.). Daraus kann des Weiteren eine falsche Interpretation des Gegenübers resultieren, welches sich vielleicht unhöflich behandelt oder nicht verstanden

fühlt (vgl. ebd.). Auch auf der *Appellebene* können Verständigungsprobleme auftreten. Wenn der Betroffene versucht einen Appell zu äußern, wird dieser möglicherweise von der aphasischen Symptomatik beeinflusst. Wortfindungsstörungen führen beispielsweise dazu, dass er nicht den Inhalt vermitteln kann, den er ursprünglich ausdrücken wollte (vgl. ebd.). Die indirekte Verschlüsselung der Appelle, die vor der Aphasie beherrscht wurde, ist eventuell ebenfalls nicht mehr möglich, sodass auch hier Missverständnisse in der Kommunikation mit dem Gesprächspartner entstehen können (vgl. ebd.:116f). Das Verständnis für die Appelle anderer ist jedoch häufig noch vorhanden. Betroffene Personen erkennen an der Intonation meist die Aufforderung des Sprechers und versuchen nach ihren Möglichkeiten darauf zu reagieren (vgl. ebd.).

Es zeigt sich, dass die Aphasie alle Ebenen der verbalen Kommunikation betrifft. Dementsprechend muss in der therapeutischen Zusammenarbeit, aber auch im alltäglichen Zusammenleben, eine Bewusstmachung der Kommunikationsstrategien erfolgen (vgl. ebd.:118ff). Durch eine Begrenzung der Informationen und die Anwendung kurzer, prägnanter Satzstrukturen kann den Betroffenen z.B. das Verständnis erleichtert werden (vgl. ebd.). Zudem ist es sinnvoll, dass der Aphasie-Patient lernt alle verfügbaren Ausdrucksmöglichkeiten zu nutzen, wie z.B. nonverbale Elemente (Mimik, Gestik). Auch durch das Hinzuziehen der Schriftsprache oder die Verwendung einfacher grafischer Zeichen kann die Kommunikation im Alltag möglicherweise besser gelingen (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012e:231ff).

1.1.6 Logopädische Diagnostik bei Aphasie

Die Diagnostik ist ein wesentlicher Bestandteil der Logopädie (vgl. Beushausen 2009:41). Um die individuellen sprachlich-kommunikativen Kompetenzen zu erfassen, entsteht im Therapieverlauf ein Diagnostikprozess, in welchem die Fähigkeiten des Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben werden (vgl. ebd.). Nach der Aufnahme eines Patienten und der Durchführung der Anamnese erfolgt in der Praxis die sogenannte Statusdiagnostik, in welcher der Therapeut den Ist-Zustand vor der logopädischen Intervention ermittelt (vgl. ebd.). Im weiteren Therapieprozess wird häufig eine Verlaufsdagnostik eingesetzt, um mögliche Veränderungen der Kompetenzen nach einer bestimmten Zeitspanne zu erfassen (vgl. ebd.). Für die Bewertung des Erfolgs einer logopädischen Therapie wird am Ende der Behandlung zudem oftmals eine Abschlussdiagnostik verwendet (vgl. ebd.). Im gesamten Diagnostikprozess erfolgt laut Beushausen (2009:41) ergänzend der sogenannte „Prozessimmanente Symptomabgleich“, welchen der Therapeut nutzt, *„um den bereits erreichten Leistungsstand zu evaluieren und ggf. Ziele neu zu adaptieren“* (ebd.).

Der beschriebene Diagnostikprozess hat große Relevanz für alle logopädischen Störungsbilder (vgl. ebd.). Dabei können verschiedene Diagnostikverfahren zur Erhebung der Fähigkeiten eingesetzt werden. Allgemein wird unterschieden in standardisierte normierte Verfahren, informelle Prüfverfahren und systematische Beobachtungen (vgl. ebd.). Diese finden auch in der Aphasie-Diagnostik Anwendung. Spezifisch wird bei diesem Störungsbild in neurolinguistisch-formale Diagnostikansätze und pragmatisch-funktionale Diagnostik differenziert (vgl. Schneider 2012b:108,127). Erstere erheben systematisch die sprachlichen Funktionen des Patienten, welche dann durch neurolinguistische Kriterien beschrieben werden können. Pragmatisch-funktionale Ansätze erfassen hingegen die kommunikativen Fähigkeiten des Betroffenen (vgl. ebd.). Für die logopädische Praxis bestehen einige standardisierte Diagnostikinstrumente, die eine Erhebung der sprachlichen Funktionen ermöglichen (vgl. ebd.:127f). Für die Ermittlung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten gibt es im deutschsprachigen Raum zurzeit lediglich den Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT) (Blomert u. Buslach 1994) als standardisiertes Testinstrument (vgl. Schwinn u.a. 2014:15). Um die Therapie teilhabeorientiert an den Alltag anzupassen, ist die Erhebung kommunikativer Fähigkeiten jedoch erforderlich (vgl. Schneider 2012b:127f). Im Bereich der pragmatisch-funktionalen Diagnostikverfahren besteht laut Schneider somit „*deutlicher Entwicklungsbedarf*“ (ebd.). Dies lässt sich möglicherweise auch dadurch erklären, dass die systematische Erfassung kommunikativer Fähigkeiten mit einem Diagnostikinstrument aufgrund der Vielseitigkeit von Alltagskommunikation sehr schwer ist (vgl. ebd.).

Für eine umfassende Anamnese und Diagnostik ist es des Weiteren möglich das individuelle Störungsbild des Patienten den Ebenen der ICF zuzuordnen (vgl. ebd.:102). Informationen zu den Ebenen lassen sich zunächst durch ein Anamnesegespräch generieren (vgl. ebd.:104). Während der Anamnese mit dem Betroffenen können beispielsweise medizinische Daten erfragt werden oder Hinweise über die Kontextfaktoren gewonnen werden. Durch die Befragung der Angehörigen ist zudem eine Ergänzung der bereits gesammelten Angaben möglich. Zusätzlich bekommen sie die Gelegenheit eigene Ansichten und Wünsche bzw. Befürchtungen zu äußern (vgl. ebd.). Es wird somit eine Unterscheidung in Eigen- und Fremdanamnese vorgenommen (vgl. ebd.).

Nach der Anamnese folgt der Einsatz weiterer Verfahren, um die Fähigkeiten des Patienten zu diagnostizieren (Beushausen 2009:41).

Auf der Ebene der Körperfunktionen ist es zunächst vordergründig das Vorliegen einer Aphasie zu prüfen. Eventuell können der vorhandenen Sprachstörung auch andere Ursachen zugrunde liegen (vgl. Schneider 2012b:104). Anschließend ist es möglich den

Schweregrad der Aphasie sowie die sprachlichen Symptome zu identifizieren. Dabei sollten alle sprachlichen Modalitäten und linguistischen Ebenen beachtet werden (vgl. ebd.). Ergänzend können die Informationen von der Ebene Körperstrukturen hinzugezogen werden, welche Hinweise über den Umfang und die Art der vorliegenden Hirnschädigung geben (vgl. ebd.). Auf den Ebenen Aktivitäten und Partizipation werden die Auswirkungen der Aphasie auf den Alltag ermittelt. Dazu werden sowohl die Folgen auf konkrete alltägliche Situationen betrachtet als auch mögliche Beeinträchtigungen sozialer Rollen (vgl. ebd.). Durch das Einbeziehen der Kontextfaktoren können zudem Förderfaktoren oder Barrieren erkannt werden, die entweder durch die Umwelt bedingt sind oder sich durch die Anlage in der betroffenen Person ergeben (vgl. ebd.).

Bucher und Boyer (2014:173) fassen das Ziel einer ICF-ausgerichteten logopädischen Diagnostik folgendermaßen zusammen: *„Im Sinne der ICF darf nicht nur die kommunikative Leistungsfähigkeit (Kompetenz) erfasst werden. Ebenso müssen die kommunikativen Leistungen im Alltag (Performanz) und sämtliche sprachgebundene Aktivitäten in Betracht gezogen werden.“*

Des Weiteren ist es im Diagnostikprozess sehr bedeutsam, den gesamten Gesundheitszustand des Patienten zu berücksichtigen (vgl. Schneider 2012b:106). Das diagnostische Vorgehen variiert demnach in den verschiedenen Phasen der Aphasie. In der Akutphase kann die Befundung durch die fluktuierenden Symptome, weitere Beeinträchtigungen (z.B. Aufmerksamkeits- und Konzentrationsmangel) oder die Settingbedingungen (z.B. Krankenbett) erschwert sein (vgl. ebd.). In der postakuten und chronischen Phase ist der Fokus hingegen auf eine umfassende Beurteilung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten gerichtet. Diese ermöglicht anschließend die weitere Planung der Therapie und eine grobe prognostische Einschätzung der Aphasie (vgl. ebd.:107).

1.1.7 Aphasie und logopädische Therapie

Grundsätzlich sollte die logopädische Behandlung so früh wie möglich mit einer hohen Therapiefrequenz beginnen (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012d:169). Angepasst an die Störungseinsicht des Patienten, seine Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne sowie seine gesundheitliche Stabilität, sind sprachtherapeutische Maßnahmen indiziert. Dementsprechend ist eine Aufnahme der Therapie während des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus empfehlenswert (vgl. ebd.). In Kapitel 1.1.1 wurde bei der Beschreibung der verschiedenen Phasen einer Aphasie bereits kurz auf die unterschiedlichen therapeutischen Schwerpunkte hingewiesen, die während der Behandlung des Patienten in den drei Phasen angestrebt werden. Da für das Forschungsprojekt der Arbeit ein

Patient mit chronischer Aphasie ausgewählt wurde, werden die Kennzeichen der Konsolidierungsphase im Folgenden näher betrachtet.

Meistens erfolgt die Therapie in der chronischen Phase in der ambulanten Praxis oder wird bei entsprechender medizinischer Indikation als Hausbesuch durchgeführt. Die Minutenzahl beträgt laut Heilmittelkatalog (2013:20f) je nach Störungsbild und Belastbarkeit des Patienten 30, 45 oder 60 Minuten. Im Regelfall können zunächst 60 Therapiestunden durchgeführt werden, bis eine Therapiepause angezeigt ist (vgl. ebd.). Falls möglich, kann auch eine Intervalltherapie mit abwechselnder hochfrequenter logopädischer Behandlung und Therapiepause genutzt werden (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012d:169).

Für die Auswahl einer bestimmten Therapiemethode kann der Therapeut auf das Fachwissen zurückgreifen, welches er durch seine Ausbildung, Fortbildungen und den Praxisalltag erworben hat (vgl. Beushausen 2010:52f). Nach der Zielfindung ist es dem Therapeuten somit möglich, dem Patienten verschiedene Therapieansätze vorzustellen und entsprechende Methoden für das Erreichen der Ziele auszuwählen. Dafür gibt es bei dem Störungsbild der Aphasie bereits eine Vielzahl von methodischen Ansätzen, die sich auf unterschiedliche Schwerpunkte konzentrieren. Diese werden auch deutlich, wenn eine Zuordnung der verschiedenen Vorgehensweisen zu den einzelnen ICF-Komponenten erfolgt (vgl. Schneider 2012c:178f). Eine Übersicht über verschiedene Behandlungskonzepte ist dem Anhang zu entnehmen (Abbildung 1:84). Therapeutische Maßnahmen werden meistens als Einzeltherapien durchgeführt, können jedoch auch in Gruppen stattfinden (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012d:170). Diese Methode wird besonders in der chronischen Phase genutzt (vgl. ebd.). Dadurch wird zum einen der Austausch mit ähnlich betroffenen Patienten ermöglicht, zum anderen kann alltagsrelevantes Dialogverhalten in Gruppensitzungen besser geübt und gefördert werden (vgl. ebd.). Die Bedeutung der Therapieinhalte für den Alltag ist in dieser Phase besonders vorrangig. Die Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten des Betroffenen sollten in der Therapie verstärkt werden, um die Alltagskommunikation zu erleichtern (vgl. ebd.:168). Dafür ist auch der Einbezug der Angehörigen in die Therapie ein wichtiger Aspekt (siehe Kapitel 1.3). Für ein patientenorientiertes Vorgehen, welches eine deutliche Ausrichtung auf die Partizipation hat, ist es auch bei der Durchführung der Therapie möglich die ICF einzubeziehen (vgl. Moritz et al. 2014:157). Für die verschiedenen Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells können jeweils Ziele als Basis der Therapie definiert werden (vgl. Bucher u. Boyer 2014:177). Daraus resultiert eine therapeutische Arbeitsweise, die sich nicht auf die Förderung rein sprachlicher Funktionen fixiert, sondern auch den Einbezug alltagsrelevanter Kommunikation für verschiedene

Lebensbereiche fordert (vgl. ebd.:171ff). Die logopädische Behandlung kann demnach dazu beitragen die Lebensqualität des Betroffenen zu erhöhen (vgl. Leienbach 2013:8ff).

Grundsätzlich ist bei der Behandlung eines Patienten zudem die Berücksichtigung weiterer Erkrankungen erforderlich, da sich die Ursachen der Aphasie oft nicht auf eine Läsion im Bereich des Sprachzentrums beschränken (vgl. Huber et al. 2013:58). Neurologische Auffälligkeiten wie beispielsweise eine Hemiparese/Hemiplegie, ein Neglect oder Aufmerksamkeitsstörungen sollten in der Sprachtherapie beachtet werden und fordern einen interdisziplinären Austausch (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012a:12). Ferner ist es möglich, dass weitere logopädische Störungsbilder bestehen, die parallel oder zuvor behandelt werden sollten. Dementsprechend ist differentialdiagnostisch auch die Abklärung einer eventuell bestehenden Dysphagie, Dysarthrie, Sprechapraxie oder auch einer Fazialisparese notwendig (vgl. ebd.:13).

1.2 Partizipative Zielfindung

Nach der Diagnostik und vor Beginn der eigentlichen logopädischen Behandlung werden Ziele definiert, die im Verlauf der Therapie erreicht werden sollen (vgl. Beushausen 2009:42). Sie lassen sich zudem am Ende der Therapie als Erfolgsbeurteilung der Behandlung nutzen (vgl. Dudeck et al. 2011:318). Der Zielsetzungsprozess wird von Wade (2009:291) als „Kernelement“ der Rehabilitation beschrieben. Dabei erfolgt die generelle Auswahl der Zielsetzungen laut Wehmeyer und Grötzbach (2012d:170) nach den anschließend genannten Kriterien:

- *„den individuellen Bedürfnissen und Anforderungen des Patienten im Alltag,*
- *den allgemeinen kommunikativen Anforderungen,*
- *der aktuellen Symptomatik und*
- *dem bisherigen Therapieverlauf.“*

Grötzbach (2010:119ff) differenziert für die Zieldefinition zwischen paternalistischer und partizipativer Zielvereinbarung. Wie einleitend bereits erwähnt, bezieht sich die paternalistische Zielformulierung auf die Vorgabe des Ziels durch eine Fachkraft, wohingegen beim partizipativen Ansatz eine gemeinsame Vereinbarung der Ziele zwischen Therapeut und Patient erfolgt (vgl. ebd.). Für einen stärkeren Einbezug des Patienten in die Behandlung wird sowohl in der generellen medizinischen Rehabilitation als auch im Bereich der Logopädie, die partizipative Zielsetzung empfohlen (vgl. Dudeck et al. 2011:320, Grötzbach 2010:119ff). Deren praktische Umsetzung in den Behandlungsalltag erfolgt jedoch noch unzureichend (vgl. Grötzbach 2010:120). Möglicherweise ist dieses einerseits durch einen höheren zeitlichen Aufwand bedingt, andererseits besteht ein Mangel an Zielsetzungskonzepten, die in der Praxis angewendet

werden könnten (vgl. ebd.:121). Die partizipative Zielsetzung erfordert zudem die aktive Mitarbeit des Patienten, welcher eventuell durch die gestellten Ansprüche im Zielsetzungsprozess überfordert ist (vgl. ebd.). V.a. bei Patienten mit ausgeprägter Sprachstörung und gegebenenfalls bestehenden kognitiven Einschränkungen, möchten Therapeuten eine Überanstrengung des Betroffenen wahrscheinlich verhindern und nutzen deshalb den paternalistischen Ansatz (vgl. ebd.). Die partizipative Zielformulierung bietet jedoch einige Vorteile. Beispielsweise steigt oftmals die Therapiemotivation der Patienten, da sie an der Zieldefinition mitarbeiten können (vgl. Wade 2009:292). Daraus resultiert häufig ein größerer Therapierfolg, der darauf basiert, dass die Patienten ihre eigene Ansicht in der Zielsetzung äußern können (vgl. Grötzbach:120). Zudem setzt diese Vorgehensweise das geteilte Wissen von Therapeut und Patient voraus, sodass beide als gleichberechtigte Parteien die Zielfindung durchführen (vgl. ebd.). Demnach gewinnt der Patient durch die Informationen der Fachkraft mehr Expertise über das Störungsbild, wohingegen der Therapeut mehr über die individuellen Bedürfnisse des Patienten sowie dessen Umfeld und die alltäglichen sprachlich-kommunikativen Anforderungen erfährt (vgl. Beushausen 2009:51ff). Diese Wechselwirkung bei der gemeinsamen Zielsetzung wird von Beushausen (2009:54) in dem „Modell des Entscheidungsfindungsprozesses“ aufgenommen:



Abbildung 3: Modell des Entscheidungsfindungsprozesses: gemeinsame Schnittmenge in der Interaktion (Beushausen 2009)

In der Graphik zeigt sich in der Schnittmenge die Notwendigkeit der gemeinsamen Wissensbasis (vgl. ebd.53). Diese beinhaltet sowohl das Verständnis und die Bedeutung der Erkrankung für den Patienten, als auch die fachliche Ansicht des Therapeuten (vgl.

ebd.). Beide Informationsseiten stellen durch die Interaktion ihre Ansichten dar und sollen in der Schnittmenge als Basis für die Therapie zusammenfinden (vgl. ebd.:53ff).

Zusätzlich ist der soziokulturelle Hintergrund des Patienten, jedoch auch der des Therapeuten, zu beachten (vgl. ebd.). Beide sollten die kulturellen und sozialen Vorstellungen des anderen respektieren und ihre Normen und Werte akzeptieren (vgl. ebd.). Dies ist für eine gemeinsame Entscheidungsfindung besonders relevant und bedeutet eventuell auch, dass ein Austausch über diese Einstellungen stattfinden muss (vgl. ebd.). Anschließend können die Anregungen des Patienten (hier: Klient) als „problemspezifischer Informationsstand“ und die des Therapeuten als „fachspezifischer Informationsstand“ zusammengeführt werden (vgl. ebd.).

Für die Zielformulierung werden im Folgenden verschiedene Kriterien genannt, die den Zielsetzungsprozess erleichtern sollen.

Bei der Aufstellung der Ziele sollte beachtet werden, dass diese nach ihrer Dringlichkeit in einer Hierarchie angeordnet sind (vgl. Wade 2009:293). Es sollten somit kurzfristige, mittelfristige und langfristige Ziele formuliert werden (vgl. ebd.). Des Weiteren besteht eine hierarchische Organisation auf konzeptueller Ebene (vgl. ebd.). Diese bezieht sich auf das Modell der ICF und unterscheidet Funktionsziele, Aktivitätsziele und Partizipationsziele (vgl. ebd.). Eine solche Untergliederung führt dazu, dass nicht nur die reine Verbesserung der Funktionen berücksichtigt wird, sondern auch die Komponenten Aktivitäten und Partizipation gleichermaßen einbezogen werden (vgl. Grötzbach 2010:122).

Bei der Formulierung der Ziele sollte zudem auf deren Spezifität geachtet werden (vgl. ebd.). Diese beschreibt wie präzise ein Ziel definiert wird (vgl. ebd.). Dabei werden besonders exakte Ziele angestrebt, um sie im Nachhinein besser überprüfen zu können (vgl. ebd.). Darüber hinaus ist v.a. in der chronischen Phase eine besonders konkrete Zielsetzung notwendig, um Fortschritte zu erkennen (vgl. Pfeiffer u. Schillikowski 2015:32). Für die Aufstellung der Ziele kann eine Zielsetzungshilfe wie z.B. die SMART-Regel verwendet werden. Dieses Akronym aus dem Englischen steht für die folgenden Begriffe und soll den Zielsetzungsprozess erleichtern (vgl. Beushausen 2009:73ff):

S	Specific	(spezifisch)
M	Measurable	(messbar)
A	Achievable	(ausführbar)
R	Relevant	(relevant)
T	Timely	(terminiert)

Insgesamt ist die partizipative Zielformulierung laut den vorherigen Ausführungen dem paternalistischen Ansatz vorzuziehen (Grötzbach 2010:119ff). Es besteht jedoch ein Mangel an Zielsetzungskonzepten, sodass eine Weiterentwicklung in diesem Bereich notwendig ist (vgl. ebd.). Trotz des Mangels an Konzepten existieren aber bereits verschiedene Kriterien, die bei einer partizipativen Zielsetzung genutzt werden können (vgl. Grötzbach 2010:119ff). Der, als nachteilig beschriebene Zeitaufwand, lässt sich zudem durch die gesteigerte Motivation des Patienten und die damit einhergehende Effektivität der Therapie ausgleichen (vgl. ebd.). Auch die Anforderung an den Therapeuten, Ziele mit einem aphasischen Patienten aufzustellen, kann gelingen, wenn eine ausreichende Vorbereitung auf die gemeinsame Zielsetzung stattfindet und eine Anpassung an die sprachlichen Kompetenzen des Betroffenen erfolgt (vgl. Pfeiffer u. Schillikowski 2015:32ff). Zudem ist es möglich die Angehörigen des Patienten ebenfalls in die Zielfindung einzubeziehen (vgl. ebd.). Dadurch können v.a. Informationen auf den Ebenen Aktivitäten und Teilhabe gewonnen werden (vgl. Haley u. Wangerman 2012:12f). Außerdem bekommen die Angehörigen die Möglichkeit ihre eigenen Wünsche und Zielvorstellungen zu äußern (vgl. Pfeiffer u. Schillikowski 2015:32ff). Unterstützend zu der gemeinsamen Zielfestlegung kann ein Fragebogen zur Erfassung der kommunikativen Teilhabe im Alltag eingesetzt werden (vgl. ebd.). Mit diesem können sowohl die Ansichten des Patienten selbst, als auch die Perspektive der Angehörigen erfasst werden (vgl. ebd.). Dafür wurden bereits verschiedene Fremd- und Selbsterhebungsverfahren entwickelt, welche im Diagnostikprozess hinzugezogen werden können (vgl. Schneider u. Hansen 2015:120). Es ist jedoch zu erwähnen, dass im deutschsprachigen Raum kaum Fragebögen vorhanden sind, die sowohl die Ansicht des Patienten als auch die des Angehörigen erfragen (vgl. ebd.). Die meisten Erhebungsinstrumente erfassen lediglich die Sicht des Angehörigen (vgl. ebd.). Eine Kombination wäre jedoch wünschenswert, da die Vorstellungen der einzelnen Personen möglicherweise voneinander abweichen (vgl. Lutz 2010:241).

1.3 Angehörigenarbeit in der Aphasie-Therapie

Der Inhalt der vorhergehenden Kapitel zeigt bereits in Ansätzen, dass es sehr bedeutsam ist, die Angehörigen des Betroffenen in den gesamten Therapieprozess einzubeziehen. Dies betrifft, wie zuvor erläutert, den Anamnese- und Diagnostikprozess, die Therapieplanung, die Therapiedurchführung und –evaluation.

Der Einbezug der Angehörigen in die logopädische Behandlung basiert auf der Theorie des systemischen Denkens und Handelns (vgl. Lange 2013:32). Diese Sichtweise ist ursprünglich auf den Bereich der Psychologie zurückzuführen, lässt sich jedoch auch auf

die logopädische Arbeit übertragen (vgl. ebd.). Der Begriff „systemisch“ bedeutet hier, dass die einzelne Person niemals unabhängig von ihrem Umfeld betrachtet werden sollte. Es besteht die Annahme, dass aufgrund der Wechselwirkung zwischen dem Individuum und seiner Lebensumwelt die Konzentration auf den Einzelnen unzureichend ist (vgl. ebd.). Das gesamte System beinhaltet somit den Betroffenen selbst, seine Familie, den Freundes – und Bekanntenkreis sowie den beruflichen Hintergrund und alle *„sonstigen Personen und Strukturen, in die das Individuum eingebettet ist“* (ebd.).

Dieser Ansatz scheint auch in der Aphasie-Therapie sinnvoll zu sein. Da v.a. enge Angehörige wie Ehe- oder Lebenspartner von den Auswirkungen der Aphasie mitbetroffen sind, sollten sie ebenfalls in die Therapie integriert werden (vgl. Lutz 2010:241). Partner fühlen sich häufig für den Aphasie-Patienten verantwortlich und möchten ihn bestmöglich unterstützen. Damit geben sie oftmals eigene Bedürfnisse auf und sehen Wünsche nach einem sprachlich ungestörten Gespräch als unangebracht an (vgl. ebd.:241ff). Daraus können Einsamkeit oder Frustration auf Seiten des Angehörigen resultieren und eine dauerhafte psychische und physische Überforderung entstehen. Diese wird bei mangelnder Beratung häufig von Hilflosigkeit und Angst begleitet (vgl. ebd.). Angehörige sollten somit in die Aphasie-Therapie eingebunden werden, um bei Unsicherheiten individuell durch den Sprachtherapeuten beraten werden zu können und Unterstützung zu erhalten (vgl. ebd.:246).

Zudem ist im Austausch eine Thematisierung alltäglicher Kommunikationsstrategien möglich, sodass bestimmte Reaktionen der Angehörigen auf die sprachlichen Beeinträchtigungen des Betroffenen besprochen werden können (vgl. Bucher u. Boyer 2014:180). Sie können den Patienten bei seinen Äußerungen unterstützen und die Therapie positiv beeinflussen (vgl. Koenig-Bruhin 2013:295). Damit tragen sie wesentlich zur sogenannten „Compliance“, d.h. dem Bestreben zur Mitarbeit des Patienten am Therapieprozess, bei (vgl. Schlote u. Richter 2008:147). Durch das Nutzen solcher Förderfaktoren (siehe Kapitel 1.1.4) kann die Effektivität der Therapie gesteigert werden (vgl. Schneider 2012a:27). Diese Form des „Aphasiemanagements“ zwischen den (Ehe-) Partnern wird von Bauer und Auer (2009:20) dem kollaborativen Prinzip zugeordnet: *„Nach dem kollaborativen Prinzip entstehen zwischen Aphasiker und Sprachgesundem gemeinsam formulierte Beiträge (Koproduktionen) und schrittweise erarbeitete Bedeutungserklärungen (Kokonstruktion von Bedeutung)“* (ebd.). Beide Partner versuchen gemeinsam am Gespräch zu arbeiten, sodass die Verständigung und der Informationsaustausch gesichert werden (vgl. ebd.). Sprachgesunde Gesprächspartner nutzen dafür verschiedene Strategien, wie beispielsweise Ergänzungen, Korrekturen oder Nachfragen, die den Aphasiker bei seinen Äußerungen unterstützen sollen (vgl. ebd.).

Zusätzlich ist es wichtig, dass der Betroffene im Gespräch nicht übergangen wird und die verwendeten Strategien des Partners interaktiv auf ihn abgestimmt sind (vgl. ebd.:21). Durch die Verwendung einer wörtlichen Ergänzung mit Frageintonation wird der Betroffene z.B. wieder mit einbezogen und hat als gleichberechtigter Gesprächspartner die Möglichkeit diese Ergänzung zu bestätigen oder zu verneinen (vgl. ebd.:23).

Aufgrund des gemeinsamen Aphasiemanagements zwischen den (Ehe-) Partnern, ist ein möglichst frühzeitiger Einbezug der Angehörigen in die Therapie wünschenswert (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012c:137). Diesbezüglich wird auch der Einsatz des Angehörigen als Co-Therapeut diskutiert (vgl. Beckley et al. 2013:221). Zudem gibt es Therapieprogramme, die Angehörige als festen Bestandteil in die Therapie integrieren. Beispielsweise die „Kommunikationstherapie mit Aphasikern und Angehörigen“ (Bongartz 1997) bezieht die Angehörigen aktiv in die logopädische Therapie mit ein.

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist des Weiteren wichtig, um ihre Bedürfnisse bzw. Wünsche an die alltägliche Kommunikation zu erfassen. Die Perspektive der Angehörigen unterscheidet sich möglicherweise von der Sicht des Betroffenen und der fachlichen Einschätzung (vgl. Lange 2013:30). Auch wenn der Therapeut sein Fachwissen z.B. auf der Ebene der Sprachfunktionen gut anwenden kann, sind der Betroffene und die Angehörigen Experten für die Alltagskommunikation (vgl. Pfeiffer u. Schillikowski 2015:32). Der Austausch zwischen allen Beteiligten ist für diesen Therapiebereich somit ein besonders zentrales Element (vgl. Lange 2013:30).

Überdies kann das Gespräch mit dem Angehörigen für den Therapeuten sehr gewinnbringend sein, um Informationen über den Betroffenen selbst und das gesamte Lebensumfeld zu erhalten (vgl. Schneider 2012b:104). Gerade bei der Anamnese (siehe Kapitel 1.1.6) mit einem schwerbetroffenen Patienten können die Angaben durch die Befragung der Angehörigen ergänzt werden (vgl. ebd.). Aber auch im weiteren Therapieprozess können Gespräche mit dem Angehörigen genutzt werden, um die aktuellen Lebensumstände zu besprechen. Daraus ergeben sich möglicherweise neue Therapieinhalte, die nach dem Austausch mit dem Patienten eventuell in die Behandlung aufgenommen werden. Bucher und Boyer erklären (2014:177): *„Für die ambulante Sprachrehabilitation ist eine differenzierte Kontexterhebung unerlässlich.“* Personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren werden somit nicht nur zu Beginn der Therapie berücksichtigt, sondern auch im anschließenden Verlauf wiederkehrend erfragt und in die Behandlung integriert. Damit einher geht der von Beushausen (2009:41) beschriebene prozessimmanente Symptomabgleich, den der Therapeut während des Kontaktes mit dem Patienten und den Angehörigen zur Anpassung der Therapieziele vornimmt.

1.4 Fragestellungen

Die bisherige Darstellung zeigt, dass das Störungsbild der Aphasie Auswirkungen auf verschiedene Komponenten hat, die unterschiedlichen Teilbereichen zuzuordnen sind. Die vorhergehenden Kapitel verdeutlichen, dass die optimale Vorgehensweise zur Erfassung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten eines Betroffenen noch diskutiert wird. Die partizipative Zielfindung wird zwar in der Diagnostik als ein wesentlicher Bestandteil angestrebt, sollte für die praktische Anwendung jedoch noch erweitert werden (vgl. Grötzbach 2010:119ff). Dies betrifft auch das Vorgehen bei sehr stark betroffenen Patienten, da eine partizipative Zielfestlegung durch deren sprachlich-kommunikative Einschränkungen erschwert wird (vgl. Pfeiffer u. Schillikowski 2015:32).

Für die vorliegende Arbeit ergeben sich demnach die folgende Fragestellung sowie ergänzende Unterfragen, welche mithilfe des Forschungsprojektes beantwortet werden sollen:

Inwiefern ist es möglich, die auf Basis des modifizierten PKF-Fragebogens ermittelten, kommunikativ-sprachlichen Wünsche eines Patienten mit chronischer Aphasie und seiner Ehefrau partizipativ in die Therapieplanung einzubeziehen, in der logopädischen Therapie umzusetzen und anschließend zu evaluieren?

- Welche Unterschiede ergeben sich bei der Befragung der Ehepartner zu den kommunikativ-sprachlichen Ressourcen und Einschränkungen und wie können sie in der Therapieplanung berücksichtigt werden?
- Inwieweit ist eine partizipative Zielableitung aus der Befragung für die Therapieplanung möglich und unter welchen Voraussetzungen ist die gemeinsame Zielfestlegung durchführbar?
- Inwieweit sind die Ansichten des Betroffenen und seiner Ehefrau mit der Expertenperspektive der Therapeutin bei der Therapieplanung vereinbar?
- Inwiefern können die vereinbarten Ziele in der Therapie umgesetzt und schließlich evaluiert werden?

2 Material und Methoden

2.1 Studiendesign und Auswahl der Forschungsmethoden

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde das Design der Evaluationsstudie ausgewählt. Dieses Design schien für das vorliegende Projekt aufgrund der folgenden Definition von Giel und Iven (2009:116) passend: *„Auf den Bereich der Sprachtherapie bezogen befasst sich Evaluationsforschung mit der Entwicklung, Überprüfung und Optimierung von Präventionsmaßnahmen sowie Anamnese-, Diagnose, Beratungs- und Therapieverfahren.“* Da mit dem Forschungsvorhaben geklärt werden sollte, ob der modifizierte PKF-Bogen als Basis für die partizipative Zielvereinbarung im Diagnostikprozess genutzt werden kann und zudem eine Bewertung der Realisierung dieser Ziele in der Therapie stattfinden sollte, wurde das Design als zutreffend angesehen. Des Weiteren differenzieren Giel und Iven (vgl. ebd.:118) bei der Beschreibung des Studiendesigns zwischen der Evaluation auf „Fach-/Expertenebene“ und der Evaluation auf „Kunden-/Klientenebene“. Es wird demnach empfohlen bei der Bewertung eines Forschungsgegenstandes sowohl die fachliche Perspektive bei *„sprach-, sprech- und kommunikationsspezifischen Fragestellungen“* (ebd.) zu berücksichtigen als auch die Zufriedenheit der Patienten. Das Hinzuziehen dieser beiden Bewertungsebenen wurde bei dem Forschungsvorhaben ebenfalls angedacht, um die oben genannten Fragen differenziert beantworten zu können. Das Design der Evaluationsstudie ist des Weiteren den empirischen Forschungsmethoden zuzuordnen und lässt sich in summative und formative Evaluation untergliedern (vgl. Bortz u. Döring 2015:96). Bezogen auf das Forschungsprojekt ist herauszustellen, dass die Anwendung beider Evaluationsformen vorgesehen wurde. Die formative Evaluation, als begleitende Forschung zum Entwicklungsprozess (vgl. Giel u. Iven 2009:120), sollte bei der gemeinsamen Zielsetzung sowie der Umsetzung dieser Ziele eingesetzt werden. Die summative Evaluation, die nach Abschluss eines Forschungsvorhabens verwendet wird (vgl. ebd.), sollte in dem Projekt ergänzend genutzt werden, um das gesamte Vorgehen abschließend zu bewerten. Des Weiteren ist zu erwähnen, dass die Durchführung der Studie zwar mit einem Probandenpaar geplant wurde, sich das Design jedoch von einer klassischen Einzelfallstudie abhebt, da der Fokus weniger auf dem Outcome der Intervention lag.

Für die gesamte Datenerhebung wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt. Dieses Design ist laut Kuckartz (2014:95) v.a. im Bereich der Evaluation sehr gängig, da die zu bewertenden Prozesse oftmals die Berücksichtigung verschiedener Aspekte erfordern. Aufgrund der Projekthinhalte wurde für diese Forschungsarbeit die folgende Definition des

Mixed-Methods-Ansatzes verwendet: „*Unter Mixed-Methods wird die Kombination und Integration von qualitativen und quantitativen Methoden im Rahmen des gleichen Forschungsprojekts verstanden [...] Die Integration beider Methodenstränge, d.h. von Daten, Ergebnissen und Schlussfolgerungen, erfolgt je nach Design in der Schlussphase des Forschungsprojektes oder bereits in früheren Projektphasen*“ (Kuckartz 2014:33).

Der Einsatz des Mixed-Methods-Designs schien für das Forschungsprojekt angemessen zu sein, um mehrperspektivische und umfangreichere Erkenntnisse zu sammeln. Zur Vorbereitung auf das Projekt wurde zunächst die Erfassung der sprachlichen und kommunikativen Kompetenzen des Patienten mit einer standardisierten Diagnostik geplant. Anschließend sollte der modifizierte PKF-Bogen, als quantitatives Verfahren des Forschungsvorhabens, die Basis für die vorgesehene partizipative Zielsetzung bilden. Es wurde geplant die Einschätzungen des Ehepaars im Rahmen eines Zielsetzungsgesprächs zu besprechen und zu erweitern. Diese qualitative Methode sollte demnach genutzt werden, um in einem direkten Austausch zwischen der Therapeutin und dem Ehepaar Ziele festzulegen, die in der weiteren Therapie erreicht werden sollten. Für das Ende des Forschungsprojektes wurde ein Abschlussgespräch angestrebt, um das gesamte Vorgehen zu evaluieren. Durch diese Arbeitsweise sollte mithilfe der konkreten Punktwerte aus den PKF-Bögen zunächst eine Übersicht erstellt werden sowie anschließend die Selektion relevanter Themen für das Zielsetzungsgespräch stattfinden. Dieses sollte die Möglichkeit bieten, die vorgegebenen Aspekte aus dem PKF-Bogen zu ergänzen und mehr Informationen zu generieren. Anschließend konnte die Auswahl der Therapiemethoden durch die Therapeutin geplant und die Vorstellung dieser Therapieansätze für den Betroffenen und seine Ehepartnerin vorbereitet werden.

Zusammenfassend ist herauszustellen, dass für das Forschungsvorhaben ein sequentielles Design vorgesehen wurde, welches quantitative und qualitative Methoden mit gleicher Priorität einbezieht. Die Abfolge beider Methodenstränge hatte hierbei hohe Relevanz, da das qualitative Design auf Basis der quantitativen Datenerhebung folgen sollte. Nach den Ausführungen von Kuckartz (2014:59) ergibt sich daraus die folgende Notation: „QUANT → QUAL“.

2.2 Probandenauswahl und Fallvorstellung

Der Feldzugang wurde über eine ambulante logopädische Praxis ermöglicht. Für die Auswahl der Probanden wurden zuvor Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Vordergründig wurde ein Patient mit Aphasie gesucht, der sich aktuell in einer Ehe bzw. Partnerschaft befindet und mit seinem (Ehe-) Partner zusammenlebt. Das Alter oder Geschlecht des Patienten hatte dabei keine Relevanz. Ein wichtiges Einschlusskriterium

war hingegen das zeitliche Zurückliegen des Schlaganfalls. Da die alltagsbezogene Förderung der Kommunikationsfähigkeiten in der chronischen Phase besonders bedeutsam ist (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012d:168), sollte der Patient sich in der Konsolidierungsphase befinden. Zudem wurden sprachliche und kommunikative Einschränkungen im Alltag in dieser Phase bereits deutlich, sodass ein Austausch über bestehende Ressourcen und Beeinträchtigungen möglich ist. Der Einbezug des (Ehe-) Partners, als enger Angehöriger, wurde für die Studie ausgewählt, da dieser die Folgen der Aphasie im Alltag ebenfalls erlebt und von sprachlich-kommunikativen Einschränkungen mitbetroffen ist (vgl. Lutz 2010:241). Für die Teilnahme an der Studie war zudem das Aufweisen genügend zeitlicher Ressourcen relevant. Aufgrund der angedachten Therapiefrequenz von mindestens zwei Einheiten pro Woche à 45 Minuten, sollte es sowohl dem Patienten als auch dem (Ehe-) Partner möglich sein an diesen Terminen teilzunehmen. Sprachliche Voraussetzungen an den Patienten waren ein gut erhaltenes auditives Sprachverständnis sowie eine relativ gut erhaltene Sprachproduktion auf Wortebene. Ein vorhandenes Lese-Sinn-Verständnis war für die Bearbeitung des Fragebogens wünschenswert. Weitere logopädische Störungsbilder, wie beispielsweise eine Dysarthrie, eine Sprechapraxie oder eine Dysphagie, stellten kein Ausschlusskriterium dar. Das Vorliegen einer progredienten neurologischen Erkrankung (z.B. Demenz) sollte jedoch bei dem Probandenpaar ausgeschlossen werden, um die Einschätzung der sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten und die Äußerung von Therapiezielen nicht durch kognitive Einschränkungen zu verzerren.

Nach diesen Kriterien konnten schließlich ein Aphasie-Patient und dessen Ehefrau für das Forschungsprojekt gewonnen werden. Der Betroffene wurde zuvor von einer Kollegin der Autorin behandelt, sodass zunächst ein Kontaktgespräch mit den Probanden stattfand. In der Anamnese gaben der 69-jährige Herr L. (Pseudonym) und seine Ehefrau an, dass der Apoplex des Patienten neun Jahre zurückliege. Zuvor sei der Betroffene als Soldat tätig gewesen, habe den Beruf jedoch aufgrund der Folgen des Schlaganfalls nicht weiter ausüben können. Er habe zudem zwei Töchter sowie drei Enkelinnen, zu denen guter Kontakt bestehe. Aus den medizinischen Angaben der Patientenakte ist ersichtlich, dass die Folgen des Schlaganfalls bei Herrn L. durch eine globale Aphasie und eine mittelschwere Sprechapraxie deutlich wurden. Des Weiteren sitzt er im Rollstuhl, da er aufgrund einer rechtsseitigen Hemiparese in der Mobilität eingeschränkt ist. Frau L. (Pseudonym, 66 Jahre) erklärte diesbezüglich, dass das Autofahren für den Betroffenen dadurch nicht mehr möglich sei und daraus auch Einbußen ihrer eigenen Flexibilität entstehen würden, da sie selbst keinen Führerschein besitze. Für die logopädische Behandlung resultierte dementsprechend die Verordnung eines Hausbesuchs.

Für die umfassende Beschreibung des Patienten sowie die Darstellung bestehender Ressourcen und Einschränkungen wird im Folgenden eine Einordnung in die ICF-Klassifikation vorgenommen.

Die Ebene der Körperstrukturen beinhaltet dabei die hirnorganische Schädigung, die für das Entstehen der Aphasie verantwortlich ist. Bei Herrn L. ist ein linksseitiger ischämischer Insult im Verlauf der Arteria cerebri media für die (sprachlichen) Einschränkungen ursächlich.

Auf Ebene der Körperfunktionen zeigen sich rezep tive und expressive Beeinträchtigungen auf allen sprachlichen Ebenen. Herr L. weist in der Spontansprache starke Wortfindungsstörungen auf, die vermutlich sowohl in einer Störung der Wortbedeutung als auch in einer Störung der Wortformaktivierung begründet sind. Des Weiteren produziert er Perseverationen, Echolalien sowie semantische und phonematische Paraphasien. Generell ist das Sprechen unflüssig und wirkt anstrengend für Herrn L. Dies resultiert vermutlich auch aus der zusätzlich bestehenden Sprechapraxie, die das Produzieren von Äußerungen erschwert. Herrn L.s Spontansprache besteht größtenteils aus Inhaltswörtern und ist durch Einwortäußerungen gekennzeichnet. Zudem ist eine Beeinträchtigung der Verständlichkeit vorhanden, da bedingt durch die Sprechapraxie, nur wenige korrekte Lautmuster realisiert werden können. Das Sprachverständnis scheint im Vergleich zu den expressiven Kompetenzen besser ausgeprägt zu sein, bei komplexeren Anforderungen sind jedoch ebenfalls deutliche Einschränkungen zu beobachten. Das Lesen ist Herrn L. bei kurzen Sätzen möglich, deren Sinn durch Inhaltswörter ersichtlich ist. Er nutzt dabei systematisch Schlüsselwörter, um den Inhalt eines Satzes zu erschließen. Das Schreiben hat Herr L. sich inzwischen mit der linken Hand angeeignet. Häufig nutzt er diese Modalität für die eigene Deblockierung oder wenn ihm die sprachliche Produktion des Wortes nicht gelingt. Bei der Verschriftlichung frequenter Wörter zeigen sich Graphemvertauschungen oder –auslassungen. Das Schreiben niedrigfrequenter Wörter ist Herrn L. ohne Hilfestellung nicht möglich.

Auf den Ebenen Aktivitäten und Partizipation wird deutlich, dass Herr L. im Alltag verschiedene Einschränkungen erlebt. Die Teilnahme an Gesprächen oder das Lesen einer Zeitung ist ihm aufgrund der sprachlichen Beeinträchtigungen zum Teil stark erschwert. Durch die eingeschränkte Mobilität hat er zudem nur selten die Möglichkeit die Wohnung zu verlassen und am Leben außerhalb des Hauses teilzunehmen. Eine Selbstversorgung wäre für Herrn L. demnach nicht möglich. Es zeigt sich zudem eine Rollenverschiebung bei den Ehepartnern, da Frau L. den Alltag organisiert und für ihren Ehemann sorgt. Dieser Zustand scheint teilweise unangenehm für den Betroffenen zu sein, wenn er mit seinen Einschränkungen konfrontiert wird und auf die Hilfe seiner Frau

angewiesen ist. Er erkennt jedoch auch die Unterstützung durch Frau L., sodass er sie beispielsweise in komplexeren Gesprächssituationen hinzu ruft. Er selbst nutzt in Gesprächen viele nonverbale Elemente, um die wenigen sprachlichen Äußerungen zu verdeutlichen oder um sie bei starker Sprechanstrengung zu ersetzen.

Ein wesentlicher Bestandteil des Alltags von Herrn L. ist zudem das Malen mit Acrylfarben und das Sammeln von Porzellan-Clowns. Des Weiteren zeigt er sich sehr erfreut, wenn ihn seine Enkeltöchter in den Ferien besuchen und er seinen Tag mit ihnen verbringen kann. Die Kontextfaktoren lassen sich insgesamt als positiv beschreiben. Auf Ebene der Umweltfaktoren wird deutlich, dass Herr L. sehr gut in das familiäre Leben integriert wird. Er hält Kontakt zu seinen Töchtern und Enkelinnen und wird zudem von seiner Frau unterstützt. Da beide Töchter mit ihren Kindern jedoch in einem anderen Bundesland wohnen, ist die Mitarbeit der Familie im Alltag nicht immer möglich. Für die eigene Entlastung nimmt Frau L. deshalb verschiedene Hilfen in Anspruch, die die Bewältigung des Alltags erleichtern (Unterstützung durch den Bekanntenkreis, Reinigungskräfte, Gärtner etc.). Beide zeigen sich zudem sehr engagiert bezüglich der logopädischen Behandlung. Aufgrund der starken sprachlichen Beeinträchtigungen wurde Herrn L. eine elektronische Kommunikationshilfe bereitgestellt, die er in der Therapiesituation zwar zur Deblockierung nutzt, im Alltag jedoch selten anwendet. Zusätzlich zur logopädischen Therapie wird mit Herrn L. eine ergotherapeutische sowie physiotherapeutische Behandlung durchgeführt.

Bei den personenbezogenen Faktoren ist herauszustellen, dass Herr L. sich sehr ehrgeizig und motiviert zeigt. Bei Misslingen einer Übungssituation wird er jedoch schnell ungeduldig und gibt auf. Dies wird auch in alltäglichen Gesprächen deutlich, deren Verständnis durch den schnellen verbalen Rückzug des Betroffenen für den Gesprächspartner erschwert wird. Eine wesentliche Ressource von Herrn L. ist die pragmatische Ebene. Durch die Anwendung mimischen und gestischen Ausdrucks sowie das Halten von Blickkontakt, versucht Herr L. sprachliche Defizite zu kompensieren. Auch das Zeigen von Empathie, Sympathie oder Ironie gelingt ihm sehr gut, sodass die Kommunikation mit dem Gesprächspartner aufrechterhalten werden kann.

2.3 Berücksichtigung ethischer Aspekte

Da in dem Forschungsprojekt mit einem Patienten gearbeitet wurde, hatte das Einhalten ethischer Aspekte bei der Durchführung des Vorhabens Priorität. Bei der Auswahl der Probanden war es somit bedeutsam den Betroffenen und seine Ehefrau über die Inhalte und das Ziel der Studie aufzuklären. Nach einer kurzen Zusammenfassung des Forschungsprojektes und der mündlichen Zusage der Probanden, fand ein ausführliches

Informationsgespräch mit dem Ehepaar statt. Anschließend wurden den Probanden ein Informationsschreiben sowie die Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie übergeben. Durch die Unterschrift dieser Dokumente gaben der Patient und seine Ehefrau ihre schriftliche informierte Einwilligung zum Forschungsprojekt.

Die Probanden wurden in Anlehnung an die „Deklaration von Helsinki“ (Weltärztebund 2013) über ihre Rechte aufgeklärt. Somit wurde u.a. explizit darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig erfolgt und ein Ausstieg aus dem Forschungsprojekt jeder Zeit ohne das Entstehen von Nachteilen möglich ist.

Die Therapeutin hat sich hingegen verpflichtet das Wohlergehen der Probanden während der Studie zu sichern. Dies ist bei einer vulnerablen Gruppe wie Apoplex-Patienten besonders notwendig. Zudem darf das Forschungsprojekt laut der Deklaration von Helsinki (vgl. ebd.) nur durchgeführt werden, wenn die Bedeutung des Ziels möglichen Risiken und Belastungen für die Probanden überwiegt. Dies wurde von der Therapeutin im Voraus geprüft und für das Forschungsvorhaben als zutreffend befunden. Sie hat sich des Weiteren verpflichtet Datenschutzmaßnahmen einzuhalten, um die Privatsphäre des Betroffenen und seiner Ehepartnerin zu schützen. Die Therapeutin hat den Probanden ihre Schweigepflicht und die sichere Aufbewahrung aller erhobenen Daten zugesagt. Am Ende des Forschungsvorhabens fand außerdem ein Austausch mit den Teilnehmern über die erhobenen Ergebnisse statt.

Die gesamten Inhalte des Forschungsprojektes wurden vor Beginn der Durchführung in einem Ethikantrag formuliert. Dieser wurde von der Ethik-Kommission der Hochschule Osnabrück geprüft und unterzeichnet.

2.4 Neurolinguistisch-formale Diagnostik

Als Vorbereitung für das Forschungsvorhaben wurde eine neurolinguistische Diagnostik angedacht. Da die Therapeutin den Patienten zuvor nicht kannte, schien es bedeutsam zu sein zunächst einen Eindruck von seinen sprachlichen Kompetenzen zu erhalten. Aufgrund dessen war eine Diagnostik mit dem AAT (Huber et al. 1983) vorgesehen. Dieses Erhebungsinstrument lässt sich unter den neurolinguistisch-formalen Diagnostikansätzen als deskriptiv-neurolinguistisches Testverfahren einordnen (vgl. Schneider 2012b:108). Der AAT ermöglicht somit eine reine Beschreibung der aphasischen Symptome, bietet jedoch keinen Erklärungsansatz für die Ursache, die der Sprachstörung zugrunde liegt (vgl. ebd.). Das Diagnostikinstrument besteht aus sechs Untertests, die sich in die Bereiche Spontansprache, Token Test, Nachsprechen, Schriftsprache, Benennen und Sprachverständnis untergliedern (vgl. Huber et al. 1983:19). Das Testverfahren kann ab der postakuten Phase angewendet werden und

gewährt als einziges Erhebungsinstrument eine Syndromklassifizierung (vgl. Schneider 2012b:109). Es wurde zudem angenommen, dass die Therapeutin durch die Verwendung des AATs, neben der Einschätzung über die sprachlichen Leistungen, auch die Bewältigungs- und Kompensationsstrategien des Patienten kennen lernen kann. Ein- und Ausschlusskriterien sollten überprüft werden, um die Probandenauswahl bestätigen zu können. Es wurde des Weiteren vorgesehen die Durchführung des AATs zu nutzen, um Informationen über die Ressourcen und das Verhalten des Patienten in Testsituationen zu gewinnen, welche für das Ausfüllen des PKFs ebenfalls relevant schienen. Dementsprechend sollte die Abnahme des AATs die Beobachtung verschiedener Aspekte wie Konzentration, Aufmerksamkeit, Frustrationstoleranz oder Motivation ermöglichen.

Der AAT wurde zudem für die neurolinguistische Diagnostik des Forschungsprojektes ausgewählt, da er als deutschlandweit bekanntes Testverfahren die gängigen psychometrischen Gütekriterien erfüllt (vgl. ebd.). Das Erhebungsinstrument ist des Weiteren für den Einsatz in der chronischen Phase geeignet und kann auch als Verlaufsdagnostik genutzt werden, wenn es bereits zur Statusüberprüfung verwendet wurde (vgl. Huber et al. 1983:24).

2.5 Pragmatisch-funktionale Diagnostik

Die pragmatisch-funktionale Diagnostik zur Erhebung der kommunikativen Fähigkeiten des Betroffenen wurde durch den Einsatz quantitativer und qualitativer Datenerhebungsmethoden geplant. Die quantitative Diagnostik sollte durch die Nutzung zweier Erhebungsinstrumente erfolgen. Zunächst wurde die Diagnostik mit dem ANELT (Blomert u. Buslach 1994) geplant. Da der ANELT ein standardisiertes Testverfahren darstellt (vgl. Schneider 1998:166), wurde dessen Verwendung für die objektive Beschreibung der kommunikativen Kompetenzen vorgesehen. Nachfolgend wurde im Forschungsprojekt die subjektive Erhebung der Ansichten des Aphasie-Patienten und seiner Ehefrau mit einem Fragebogen angestrebt. Als Basis für die partizipative Zielsetzung sollten die Sichtung verschiedener Fragebögen und die Auswahl eines Bogens stattfinden. Ergänzend zu dieser quantitativen Methode wurde ein Gespräch vorgesehen, um mehr Informationen über die Perspektiven der Beteiligten zu generieren und gemeinsam Ziele für die Therapie aufzustellen.

2.5.1 Quantitative Datenerhebungsmethoden

Im Folgenden werden die beiden pragmatisch-funktionalen Diagnostikinstrumente näher beschrieben. Des Weiteren werden die Auswahl des PKFs (Blomert 1993) und dessen anschließende Modifikation begründet.

2.5.1.1 Objektive Diagnostik mittels ANELT

Bei dem ANELT (Blomert u. Buslach 1994) handelt es sich momentan um das einzige standardisierte Testverfahren im deutschsprachigen Raum, welches die verbalen kommunikativen Fähigkeiten eines Aphasie-Patienten direkt erfasst (vgl. Schwinn et al. 2014:15). Diese direkte Überprüfung beschreibt eine Bewertung sprachlicher Äußerungen in Rollenspielen (vgl. ebd.). Das Testverfahren besteht demnach aus „zwei gleichermaßen schwierigen und reliablen Parallelversionen“ (Schneider 1998:166). Darin werden jeweils zehn Items vorgegeben, welche alltagsnahe Kommunikationssituationen repräsentieren (z.B. einen Friseurbesuch) (vgl. Blomert u. Buslach 1994:4). Zudem ist für drei Situationen in jeder Version das Hinzuziehen von Realgegenständen angedacht. Nach der Beschreibung einer Situation durch den Untersucher wird von dem Betroffenen eine direkte sprachliche Antwort erwartet. Die Aufgabe des Untersuchers beschränkt sich während der Durchführung des Tests auf die Vorgabe der Situationen, die Protokollierung der Antworten und die Rolle des Zuhörers (vgl. ebd.). Die Entstehung eines Dialogs oder die Unterstützung des Patienten durch Hilfestellungen sind nicht vorgesehen. Anhand zweier Übungsbeispiele wird das Vorgehen verdeutlicht. In der weiteren Durchführung ist nur eine Wiederholung pro Item zulässig (vgl. ebd.). Generelle Abbruchkriterien sind nicht vorhanden. Anschließend folgt die Bewertung der Antwort auf zwei Skalen. Laut den Autoren ist die Differenzierung in inhaltliche Verständlichkeit („understandability“) und auditive Verständlichkeit („intelligibility“) vorzunehmen (vgl. Blomert u. Buslach 1994:4, Schneider 2012b:128). Auf einer Punkteskala von 1 (= nicht verständlich) bis 5 (= gut verständlich) sollen anschließend die Kompetenzen des Patienten eingeschätzt werden. Durch die Gesamtpunktzahl der jeweiligen Skalen ist schließlich eine Aussage über die verbalen Kommunikationsfähigkeiten möglich (vgl. Blomert u. Buslach 1994:4).

Der ANELT eignet sich zudem als Verlaufsdiagnostik, da beide Versionen alternativ eingesetzt werden können und Lerneffekte dadurch vermieden werden (vgl. Schwinn et al. 2014:17).

Aufgrund des Mangels an pragmatisch-funktionalen Erhebungsinstrumenten wurde der Einsatz des ANELTs als objektives Verfahren für das Forschungsprojekt angedacht. Es ist jedoch herauszustellen, dass es verschiedene Kritikpunkte an dieser Testung gibt. So konzentriert sich der ANELT ausschließlich auf die Messung der verbalen Kommunikation. Für die umfassende Beschreibung der Kommunikationsfähigkeiten eines Patienten ist die Erfassung nonverbaler Elemente jedoch unbedingt notwendig (vgl. Schwinn et al. 2014:18). Des Weiteren scheint eine Abgrenzung der beiden Skalen in der Praxis schwierig (vgl. Schneider 1998:170). Liegt beispielsweise zusätzlich eine schwere Dysarthrie vor, wird die auditive Verständlichkeit stark eingeschränkt. Daraus resultiert

wahrscheinlich auch ein schlechterer Punktwert bei der inhaltlichen Verständlichkeit, der durch die Beeinträchtigungen des Sprechens bedingt ist (vgl. ebd.) Ein wesentlicher Kritikpunkt ist zudem, dass der ANELT die Adäquatheit einer Antwort nicht berücksichtigt. Wenn der Patient aufgrund starker Einschränkungen im Sprachverständnis die Situationsvorgabe des Untersuchers nicht nachvollziehen kann, aber eine auditiv und inhaltlich gut verständliche Antwort gibt, erhält er trotzdem einen hohen Punktwert (vgl. ebd.:169).

2.5.1.2 Subjektive Diagnostik mittels modifiziertem PKF

Als Vorbereitung für die partizipative Zielsetzung wurde die Erhebung der Ansichten des Betroffenen und seiner Ehefrau mit einem Fragebogen geplant. Da verschiedene Selbst- und Fremderhebungsinstrumente verfügbar sind, war die Prämisse des Forschungsvorhabens das Hinzuziehen eines bereits bestehenden Verfahrens. Für die Einschätzung der kommunikativen Kompetenzen mit einer Rating-Skala wurde nach Fragebögen recherchiert, die den quantitativen Erhebungsmethoden zuzuordnen sind. Ein weiteres Kriterium für die Recherche war zudem das Vorhandensein einer deutschsprachigen Version des Fragebogens. Auf Grundlage der Literatur: „Teilhabe im Fokus von Aphasie-Evaluation“ (Schneider u. Hansen 2015) wurden auf der Internetseite der Schweizerischen Aphasiegesellschaft „aphasie suisse“ verschiedene Fragebögen gesichtet. Die Fragebögen sind dort frei verfügbar und werden durch einen kurzen Steckbrief näher beschrieben. Bei der Sichtung der Fragebögen zeigte sich, dass die Mehrheit der dort aufgeführten Erhebungsinstrumente die Perspektive eines Angehörigen oder der behandelnden Fachkraft erfasst. Lediglich der Communicative Activity Log (CAL) (Pulvermüller et al. 2001) kann sowohl für die Fremderhebung als auch für die Selbsteinschätzung verwendet werden. Dieses Kriterium war für das Forschungsprojekt besonders relevant, da im Rahmen des partizipativen Vorgehens die Ansichten beider Beteiligten über die Kommunikationsfähigkeiten des Betroffenen erhoben werden sollten. Nur so konnte die Basis für die gemeinsame Zielsetzung geschaffen werden, die beide Perspektiven berücksichtigen und vereinbaren sollte. Ein weiteres Kriterium für die Auswahl des Fragebogens war zudem der konkrete Bezug zu Alltagssituationen. Um nachfolgend Ziele abzuleiten, schien es angebracht zu sein einen Fragebogen auszuwählen, der Alltagssituationen sehr präzise beschreibt und das dort erforderliche Kommunikationsverhalten erfragt. Da der CAL jedoch eher allgemeine Kommunikationssituationen behandelt (z.B. bezogen auf die Anzahl der Gesprächspartner), wurde dessen Einsatz für das Projekt kritisch betrachtet. Daher folgte die Überlegung einen bestehenden Fremderhebungsbogen dahingehend zu modifizieren, dass er auch für die Selbstbeurteilung geeignet ist. Der PKF (Blomert 1993) schien

hinsichtlich der Konkretetheit der Alltagssituationen passend für das Projekt zu sein. Bei dem PKF handelt es sich um ein Fremderhebungsinstrument, welches in den Niederlanden entwickelt und evaluiert wurde (vgl. Schütz 2012:279). Der Partner/Angehörige des Betroffenen wird in einer kurzen Einleitung aufgefordert die verbale Kommunikationsfähigkeit des Patienten in 46 vorgegebenen Alltagssituationen einzuschätzen. Diese Bewertung erfolgt anhand einer fünfstufigen Skala von 1 (= nein, gelingt nie) bis 5 (= ja, gelingt immer) (vgl. Schütz u. de Langen 2010:282ff). Der PKF berücksichtigt bei der Vorgabe der Situationen unterschiedliche Parameter wie beispielsweise „... *Vertrautheit des Gesprächspartners, Anzahl der Personen, Kommunikationsort, Komplexität der pragmatisch-linguistischen Anforderung.*“ (Schütz 2012:279). Der PKF ist bei leichten bis schweren aphasischen Störungen einzusetzen und kann ggf. auch bei nicht-aphasischen Sprachstörungen angewendet werden. Eine wichtige Voraussetzung für die Durchführung der Befragung ist der Aspekt, dass der Patient mindestens vier Wochen zu Hause im familiären Umfeld lebt (vgl. Schütz u. de Langen 2010:282ff). Der Einsatz des Fragebogens ist demnach ab der postakuten Phase möglich. Überdies ist hervorzuheben, dass der PKF nur die verbale Kommunikationsfähigkeit des Patienten abfragt (vgl. ebd.). Es werden somit weder nonverbale Elemente noch schriftsprachliche Kommunikationsmittel einbezogen. Da in dem Forschungsvorhaben jedoch das gesamte Kommunikationsverhalten berücksichtigt werden sollte, um einen möglichst realistischen Eindruck aus dem Alltag zu erhalten, wurde auch hierbei eine Modifikation des PKFs überdacht.

Schließlich wurde der PKF hinsichtlich der beiden genannten Aspekte überarbeitet (siehe Anhang: Abbildung 2:85, Abbildung 3:93). Dabei fand v.a. eine Modifikation hinsichtlich der Formulierungen statt. Zunächst wurde die Version für den Betroffenen gestaltet. Die Einleitung sowie die Alltagssituationen wurden entsprechend neu formuliert und an den Patienten als Adressaten angepasst. Dieses wird durch die beispielhafte Darstellung der abgeänderten Situation Nr.41 deutlich:

Original: „Kann Ihr Partner die Nachbarn fragen, ob sie Lust haben, vorbeizukommen?“ (Blomert 1993)

Modifikation: „Können Sie die Nachbarn fragen, ob sie Lust haben vorbeizukommen?“

Anschließend wurde der Wortlaut der dargebotenen Alltagssituationen in beiden Versionen modifiziert. Dafür wurden die Bezeichnungen „erklären“, „erzählen“, etc. durch allgemeinere Formulierungen wie z.B. „verdeutlichen“ oder „mitteilen“ ersetzt, um alle Kommunikationsformen einzubeziehen. Das folgende Beispiel, in welchem die

Abänderung der ersten Situation in der Angehörigenversion beschrieben wird, soll das Vorgehen demonstrieren:

Original: „Ihr Partner macht sich Sorgen um die Zukunft. Kann Ihr Partner Ihnen erzählen, was ihn/sie bedrückt?“ (Blomert 1993)

Modifikation: „Ihr Partner macht sich Sorgen um die Zukunft. Kann Ihr Partner Ihnen verdeutlichen, was ihn/sie bedrückt?“

Bei den Bezeichnungen „fragen“ und „bitten“ fand keine Modifikation statt, sondern das Geben des expliziten Hinweises an die Probanden, dass alle Kommunikationsmittel bei der Einschätzung der Alltagsituationen berücksichtigt werden sollen.

Nach der Modifikation des PKFs wurde die Durchführung der Befragung vorgesehen. Beide Probanden sollten den Fragebogen parallel, räumlich voneinander getrennt, ausfüllen. Bei Herrn L. wurde die Unterstützung durch die Therapeutin vorbereitet, um das Verständnis der Situationen zu sichern. Für die Erleichterung der Einschätzung wurde zudem der Einsatz kleiner Piktogramme (Smileys) geplant, die die bestehende Ratingskala bildlich repräsentieren sollten. Durch die Anwesenheit der Therapeutin sollte es des Weiteren ermöglicht werden auftretende Fragen zu den Situationen seitens beider Beteiligter direkt zu klären.

2.5.2 Qualitative Datenerhebungsmethoden

Als ergänzendes Verfahren zu der quantitativen Diagnostik war ein Gespräch vorgesehen, welches zum einen für den Austausch über die Ergebnisse des PKFs dienen und zum anderen die gemeinsame Zielfestlegung für die anschließende Therapie ermöglichen sollte. Dieser Teilschritt des Forschungsvorhabens sollte in dem vorhergehenden Informationsgespräch sehr ausführlich besprochen werden, um den Probanden ihre Bedeutung bei der Zielsetzung zu verdeutlichen. Für den strukturierten Ablauf des Zielsetzungsgesprächs wurde die Erstellung eines Gesprächsleitfadens von der Therapeutin vorbereitet (siehe Anhang: Tabelle 1:100). In tabellarischer Form sollten zu sechs Gesprächsabschnitten jeweils ein Ziel formuliert und das grobe Vorgehen stichpunktartig festgelegt werden. Dementsprechend wurde vorbereitend die folgende Struktur des Zielfindungsgesprächs angedacht:

- (1) Einleitung und Begründung des Gesprächs
- (2) Erläuterung der Ergebnisse der PKF-Bögen (anhand einer Grafik)
- (3) Zielfindung auf Grundlage der Ergebnisse der PKF-Bögen
 - a. Herausstellen der positiven Einschätzungen in den PKF-Bögen

- b. Vorstellung der Kommunikationssituationen, die schwierig eingeschätzt wurden
 - c. Diskussion über stark abweichende Bewertungen zwischen den Probanden
 - d. Offenes Gespräch für den Austausch über weitere therapierelevante Alltagssituationen
- (4) Auswahl relevanter Ziele
 - (5) Formulieren der Ziele (mithilfe der SMART- Regel)
 - (6) Abschluss des Gesprächs

Des Weiteren wurde vorgesehen bei der Erstellung des Leitfadens Hilfen zu notieren, die den Probanden (v.a. dem Aphasie-Patienten) das Verständnis der Gesprächsinhalte erleichtern sollten. Demnach wurden beispielsweise die Verwendung einfacher Satzstrukturen, sowie das Hinzuziehen nonverbaler Elemente angestrebt.

Für die Verfassung des Gesprächleitfadens wurde nach bestehenden Kriterien und Konzepten zur partizipativen Zielsetzung recherchiert. Da zuvor bereits festgestellt werden konnte, dass die gemeinsame Zielvereinbarung in der ambulanten Praxis noch unzureichend durchgeführt wird, fand auch eine gezielte Suche im Rehabilitationsbereich statt. Dafür wurde im öffentlichen Internet und bei DIMDI sowie der Datenbank der US National Library of Medicine „Pubmed“ recherchiert. Dabei wurde die Suche auch auf Bezugsdisziplinen wie Ergo – und Physiotherapie ausgeweitet. Zusätzlich wurde eine lehrende Dozentin der Hochschule Osnabrück aus dem Fachbereich der Ergotherapie kontaktiert und um Literaturhinweise zur Zielfestlegung gebeten.

Insgesamt ergab die Recherche jedoch keine weiteren Anregungen, die bei der Erstellung des Leitfadens bzw. der Durchführung des Gesprächs beachtet werden konnten. Wie bereits in der dargestellten Literatur aus dem Fachbereich der Logopädie von Grötzbach (2010) und Wade (2009), wird auch in anderen Artikeln auf die Hierarchie von Therapiezielen hinsichtlich ihrer Dringlichkeit und Spezifität sowie der Anordnung auf konzeptueller Ebene eingegangen. Des Weiteren wird häufig nur von einer generellen Schulung der Fachkräfte gesprochen und das Einhalten bestimmter Kommunikationsregeln vorgeschlagen (vgl. Ullrich et al. 2015). Eine detaillierte Beschreibung dazu erfolgt jedoch nicht. Dudeck et al. (2011:4) fassen für den Bereich der allgemeinen stationären medizinischen Rehabilitation zusammen: *„Zudem scheint wenig Konsens zu bestehen hinsichtlich der Frage, welche Ansätze, Methoden und Elemente zur Zielfestlegung am besten geeignet sind. Über die tatsächliche Ausgestaltung von Zielvereinbarung in der Rehabilitationspraxis findet sich in der Literatur wenig.“*

Aufgrund dieser Rechercheergebnisse wurde angedacht, dass der Gesprächsleitfaden eher frei von der Autorin gestaltet wird. Dabei sollten die bereits genannten Kriterien, die für das Forschungsvorhaben Relevanz hatten, wie z.B. die Spezifität der Ziele, berücksichtigt werden.

Die Planung der partizipativen Zielsetzung sollte des Weiteren nur grob erfolgen, um einen freien Austausch mit dem Betroffenen und seiner Ehefrau zu ermöglichen. Für eine zielführende Leitung des Zielsetzungsgesprächs recherchierte die Autorin jedoch nach allgemeinen Kriterien für qualitative Frageformulierungen. Es wurde angestrebt die von Patton (2002) aufgestellten Kriterien als Vorbereitung für das Gespräch zu nutzen und vorab anhand einzelner Beispielfragen zu erproben. Laut Patton (vgl. ebd.) ist es somit bedeutsam Fragestellungen offen, neutral, eindeutig und verständlich zu formulieren. Zudem wurde vor Beginn des Gesprächs der Einsatz offener und geschlossener Fragen überdacht, da v.a. für die Verständnissicherung des Patienten die Verwendung geschlossener Fragen notwendig schien.

Ein weiteres qualitatives Verfahren sollte das Abschlussgespräch des Forschungsprojektes darstellen. Hierfür wurde ebenfalls die Erstellung eines Gesprächsleitfadens vorgesehen, der sich in gleicher Weise in das Ziel des Gesprächsabschnitts, das Vorgehen und die eingesetzten Hilfen untergliedern sollte (siehe Anhang: Tabelle 2:102). Angepasst an die Rechercheergebnisse und die Durchführung des Zielfindungsgesprächs, wurde vorab folgende Struktur für das Abschlussgespräch geplant:

- (1) Einleitung und Zusammenfassung des bisherigen Vorgehens
- (2) Austausch über die aufgestellten Ziele und deren Realisierung
- (3) Bewertung des partizipativen Vorgehens bei der Therapieplanung
- (4) Besprechen der weiteren Therapieinhalte, ggf. Formulieren neuer Ziele
- (5) Abschluss des Gesprächs

Die weitere Durchführung des Gesprächs sollte ebenfalls frei gestaltet werden, orientierte sich aber auch an den Kriterien von Patton (2002). Zudem wurde angenommen, dass die Erfahrungen aus dem Zielfindungsgespräch bei dem Abschluss des Forschungsprojektes genutzt werden können.

2.6 Auswertung der Ergebnisse

Die Auswertung der Ergebnisse wurde zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Forschungsprojektes vorgesehen. Zunächst wurde die Auswertung der standardisierten neurolinguistisch-formalen und pragmatisch-funktionalen Diagnostik entsprechend der

Handanweisung und den Angaben der Autoren geplant. Anschließend wurde die Analyse der quantitativen Einschätzungen aus dem modifiziertem PKF vorbereitet. Die Betrachtung der Angaben des Betroffenen und seiner Ehepartnerin sollte dafür zunächst unabhängig voneinander stattfinden. Es wurden vorab somit verschiedene Kriterien definiert, die die Basis für die separate Auswertung bilden sollten. Demnach wurde eine Analyse geplant, die herausstellen sollte, ob die Bewältigung der eingeschätzten Gesprächssituation von einem bestimmten Kommunikationspartner abhängt (z.B. Ehefrau, Bekannte, Fremde). Des Weiteren wurde vorgesehen die verschiedenen Situationen entsprechend der Punktwerte in die Bereiche „gelingt“ (Wert 4 und 5), „gelingt oft“ (Wert 3 und 4), „gelingt selten“ (Wert 2 und 3) und „gelingt nie“ (Wert 1 und 2) einzuordnen. Dadurch wurde das Erkennen weiterer Bewertungsmuster erwartet (z.B. bezüglich der Kommunikation an einem bestimmten Ort oder einer Gesprächssituation). Überdies wurde eine graphische Darstellung der absoluten Häufigkeiten geplant, um eine Übersicht über die jeweils vergebenen Punktwerte zu erhalten. Diese sollte im Weiteren auch für den Vergleich der Einschätzungen dienen. Dafür wurde zunächst das Herausstellen möglicher Übereinstimmungen vorgesehen. Somit sollten zu Beginn die Situationen hervorgehoben werden, die mit dem gleichen bzw. einem ähnlichen Punktwert eingeschätzt wurden. Dafür wurde das Hinzuziehen der schriftlichen Darstellung der Items angedacht, welche durch farbliche Kennzeichnungen ähnliche Bewertungen bei den jeweiligen Punktwerten zusammenfassen sollte. Danach wurde die Gegenüberstellung der Situationen vorbereitet, bei denen eine stark abweichende Einschätzung vorlag. Im Anschluss an die quantitative Auswertung sollte das Zielfindungsgespräch stattfinden. Es wurde geplant die Ergebnisse gemeinsam zu betrachten und hinsichtlich relevanter Alltagssituationen auszuwerten. Daraus sollte im Folgenden das Aufstellen der Ziele resultieren, deren Verwirklichung in der weiteren Therapie angestrebt wurde. Im Anschluss an das Gespräch wurde vorgesehen, dass die Therapeutin die Ziele nochmal entsprechend der SMART-Regel prüft und beurteilt, ob sie in dem angedachten Therapiezeitraum realisierbar sind. Nach der Durchführung der Therapie wurde das Abschlussgespräch zur Evaluation des gesamten Vorgehens angedacht. Dabei sollte u.a. ein Austausch über das Erreichen der Ziele stattfinden. Vorbereitend wurde dafür geplant, dass der Betroffene die einzelnen Sequenzen einer Therapiestunde anhand einer Smiley-Skala nach dem Gelingen bewertet. Zudem wurde vorgesehen die Ansichten des Ehepaars über den Einsatz des PKFs und des anschließenden Zielsetzungsgesprächs als verwendete Methoden zu erfragen. Dabei sollten die Inhalte des Gesprächs von der Autorin aufgenommen werden, um sie abschließend zur Evaluation des methodischen Vorgehens und zur Bewertung der Ergebnisse des Forschungsprojektes verwenden zu können.

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse der neurolinguistischen Diagnostik

Im Folgenden werden die Ergebnisse der neurologischen Diagnostik mittels AAT (Huber et al. 1983) vorgestellt. Zu Beginn der Testung wurde ein zehn-minütiges Gespräch durchgeführt, in welchem die gezeigten Symptome anhand neurolinguistischer Kriterien in verschiedenen sprachlichen Bereichen bewertet werden. In der Diagnostik von Herrn L. konnte aufgrund der spontansprachlichen Äußerungen die folgende Zuordnung zu den jeweiligen Kriterien und den entsprechenden Punktwerten vorgenommen werden:

Sprachlicher Bereich (Huber et al. 1983)	Kriterium (Huber et al. 1983)	Punktwert
<i>Kommunikationsverhalten:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikation erfolgt nur durch unvollständige bzw. meist unverständliche Äußerungen <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Hörer muss den Sinn des gesagten erschließen, erfragen und erraten 	1
<i>Artikulation und Prosodie:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Langsame Sprechgeschwindigkeit 	3
<i>Automatisierte Sprache:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einige sprachliche Stereotypen <p>UND/ ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leichte Echolalie 	4
<i>Semantische Struktur:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sehr starke Wortfindungsstörungen 	3
<i>Phonematische Struktur:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einige phonematische Paraphasien <p>UND/ ODER:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Phonematische Unsicherheiten 	4
<i>Syntaktische Struktur:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meist Ein- und Zwei-Wort-Sätze <p>UND:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nahezu keine Flexionsformen bzw. Funktionswörter 	1

Tabelle 1: Erreichte Punktwerte des Untertests „Spontansprache“ - AAT (eigene Darstellung in Anlehnung an die neurolinguistischen Kriterien von Huber et al.)

Der nachfolgende Token Test schien zunächst durchführbar zu sein, da der Patient in den Übungsbeispielen zeigte, dass er die Aufgabenstellung verstanden hat und diese auch größtenteils korrekt umsetzen konnte. Im ersten Teil des Untertests wurde jedoch deutlich, dass die Anforderung sehr hoch ist und Herr L. mit der Differenzierung in die beiden Formen und die angegebenen Farben überfordert ist. Es war ihm somit nicht möglich, eine der gegebenen Anweisungen korrekt zu realisieren. Aufgrund der zehn falschen Reaktionen folgte entsprechend der Handanweisung der Abbruch des gesamten Untertests. Daraus resultierte bei der Auswertung die maximale Anzahl von 50 Fehlerpunkten. Aus dem Prozentrang von 2 und dem Stanine-Wert 1 ergab sich eine schwere Beeinträchtigung für diesen Bereich.

Der Untertest Nachsprechen konnte bis zum Anfang des vierten Teils „Zusammengesetzte Wörter“ durchgeführt werden. Anschließend wurde dem Patienten das Nachsprechen durch die zusätzlich bestehende Sprechapraxie so stark erschwert, dass er aufgab und ein Abbruch des Untertests erfolgte. Bei der Auswertung ergaben sich ein Punktwert von 63 und der dazugehörige Prozentrang von 22. Mit dem Stanine-Wert 3 sind auch die Nachsprecheleistungen des Patienten schwer betroffen. Herauszustellen ist dabei jedoch, dass dieses Ergebnis der bestehenden Sprechapraxie zugrunde liegt.

Im Bereich Schriftsprache erreichte Herr L. einen Punktwert von 14. Das Laute Lesen gelang lediglich bei einem Wort, sodass der Abbruch dieses Teils erfolgte. Beim Zusammensetzen nach Diktat gelang dem Patienten zu Beginn des Untertests das fehlerfreie Zuordnen der Grapheme zu den entsprechenden Vorgaben. Das Zusammensetzen der Wörter stellte jedoch eine höhere Anforderung dar und nahm sehr viel Zeit in Anspruch. Die Zuordnung der Wörter zu den Vorgaben gelang ebenfalls gut, das Legen des genannten Satzes wurde jedoch mit zunehmender Komplexität der Syntax mühsam für den Patienten. Das Schreiben nach Diktat konnte nicht durchgeführt werden, da Herrn L. das freie Schreiben der Begriffe nicht möglich war. Bei der Auswertung ergaben sich dementsprechend insgesamt der Prozentrang 26 sowie der Stanine-Wert von 3. Dieser verdeutlicht, dass auch im Bereich der Schriftsprache eine schwere Beeinträchtigung vorliegt.

Bei dem Untertest Benennen zeigte Herr L. sich sehr motiviert. Er versuchte trotz der bestehenden Wortfindungsstörungen und der Sprechapraxie zu jedem Bild eine sprachliche Äußerung zu produzieren. Auch bei der Beschreibung von Situationen und Handlungen versuchte er die Abbildungen durch einzelne „Schlagwörter“ zu verdeutlichen. Schließlich konnten 65 Punktwerte erreicht werden, die einem Prozentrang von 42 entsprechen. Durch den Stanine-Wert von 4 resultiert eine mittelschwere Einschränkung in diesem Bereich.

Der folgende Untertest zum Sprachverständnis konnte ebenfalls komplett durchgeführt werden. Dabei erzielte Herr L. beim auditiven Sprachverständnis einen Punktwert von 42 und beim Lesesinnverständnis einen Wert von 30. Insgesamt ergab sich dadurch die Anzahl von 72 Punkten. Mit dem Prozentrang von 41 und dem Stanine-Wert 4 liegt in diesem Bereich eine mittelschwere Beeinträchtigung vor.

Insgesamt ließ sich durch die Diagnostik mit dem AAT eine Aphasie diagnostizieren, die dem Syndrom der Broca-Aphasie zuzuordnen ist. Demnach ist hervorzuheben, dass in den vergangenen Jahren ein Syndromwandel stattgefunden hat, da den Angaben der Patientenakte zu entnehmen war, dass es sich bei Herrn L.s Störungsbild um eine globale Aphasie handele. Es ist zudem herauszustellen, dass manche Ergebnisse der Testung nicht mit den alltäglichen sprachlichen Fähigkeiten einhergehen. Da der Patient sich häufig nonverbal verständigt, entsteht in der Kommunikation der Eindruck, dass die Benennleistung noch stärker beeinträchtigt ist, als diagnostiziert. Der schriftsprachliche Bereich, der nur einen sehr niedrigen Punktwert im AAT erreichte wird von Herrn L. hingegen oft (zielführend) genutzt, um sich mitzuteilen. Der schlechte Wert ist demnach vermutlich auch auf einen Frequenzeffekt zurückzuführen. Des Weiteren kann der Praxiserfahrung und den Literaturangaben entnommen werden, dass die erhobenen Leistungen in Testsituationen von den alltäglichen sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten abweichen (vgl. Beushausen 2009:11).

3.2 Ergebnisse der pragmatisch-funktionalen Diagnostik (ANELT)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der pragmatisch-funktionalen Diagnostik mittels ANELT (Blomert u. Buslach 1994) vorgestellt. Für diese Erhebung wurde die zweite Version des Testverfahrens ausgewählt. Nach der Durchführung des objektiven Fragebogens wurden die inhaltliche und auditive Verständlichkeit der Aussagen des Patienten bewertet. Bei den zehn vorgegebenen Alltagssituationen ergaben sich durch die Einschätzung der Therapeutin die folgenden Ergebnisse:

Situation	Inhaltliche Verständlichkeit	Auditive Verständlichkeit
1. Besuch beim Optiker	0	0
2. Einladung zur Geburtstagsfeier	0	0
3. Beschwerde über eine doppelte Rechnung	0	0
4. Beratung als Verkäufer	0	0

5. Anruf eines Arztes	1	3
6. Erklärung zum verletzten Arm	2	4
7. Gespräch am Bahnhofsschalter	2	3
8. Telefonat mit einer fremden Person	1	2
9. Organisation eines Essens als Geschäftsführer	0	0
10. Entgegennahme eines Telefonats	0	0
Gesamtwert:	6	12

Tabelle 2: Darlegung der Ergebnisse des ANELTs (eigene Darstellung)

Den Werten aus der Tabelle ist zu entnehmen, dass die verbale inhaltliche Vermittlung der Situationen sehr schwierig für Herrn L. war. Teilweise war es ihm möglich einzelne Wörter zu produzieren, größtenteils nutzte er jedoch nonverbale Elemente, um die Situationen zu verdeutlichen. Da nonverbale Leistungen jedoch nicht mitbewertet werden dürfen, resultierte der Gesamtwert von 6 aus 40 möglichen Punkten. Aufgrund der wenigen verbalen Äußerungen konnte die auditive Verständlichkeit oftmals nicht bewertet werden. Des Weiteren ist bei Herrn L. die bestehende Sprechapraxie zu berücksichtigen. Somit erreichte er bei der auditiven Verständlichkeit insgesamt einen Punktwert von 12/40. Generell zeigte sich Herr L. sehr motiviert in den Rollenspielsituationen. Er benötigte jedoch viel Zeit für sprachliche Äußerungen und die Verdeutlichung der einzelnen Situationen. Des Weiteren erforderten die Einschränkungen im Sprachverständnis häufig eine Wiederholung der vorgegebenen Anweisung. Bei der Auswertung fiel zudem auf, dass ihm die Verdeutlichung einzelner Situationen mithilfe nonverbaler Elemente besser gelang. Um alle gezeigten Kommunikationsfähigkeiten des Patienten zu erheben, erfolgte deshalb eine zusätzliche Auswertung des ANELTs unter Einbezug nonverbaler Mittel. Bei allen zehn Situationen wurde die inhaltliche Verständlichkeit daher neu bewertet (siehe Anhang: Tabelle 3:104). Insgesamt resultierte daraus ein Gesamtwert von 20. Es wird somit deutlich, dass Herr L. aufgrund der sprachlichen Einschränkungen stark in der verbalen Verdeutlichung der Situationen beeinträchtigt ist, dem Gesprächspartner durch seine nonverbalen Kompetenzen jedoch mehr Informationen vermitteln kann. Auch wenn der Punktwert von 20 nur die Hälfte der Gesamtpunktzahl darstellt, zeigt die zweite Auswertung die Bedeutung außersprachlicher Modalitäten in der Kommunikation von Herrn L.

3.3 Ergebnisse der Befragung (PKF)

In den anschließenden zwei Kapiteln werden die Ergebnisse der pragmatisch-funktionalen Diagnostik vorgestellt, welche mit dem modifizierten PKF-Bogen erhoben wurden. Da von beiden Ehepartnern eine subjektive Einschätzung erfragt wurde, fand eine getrennte Auswertung der Ergebnisse statt. Es folgt dementsprechend die separate Darstellung der Perspektiven des Betroffenen sowie seiner Ehepartnerin.

3.3.1 Sicht des Betroffenen

Zur Einführung werden zunächst die absoluten Häufigkeiten der eingeschätzten Punktwerte aufgezeigt. Bei Herrn L. ergab sich dabei die folgende Verteilung der jeweiligen Punktzahlen:

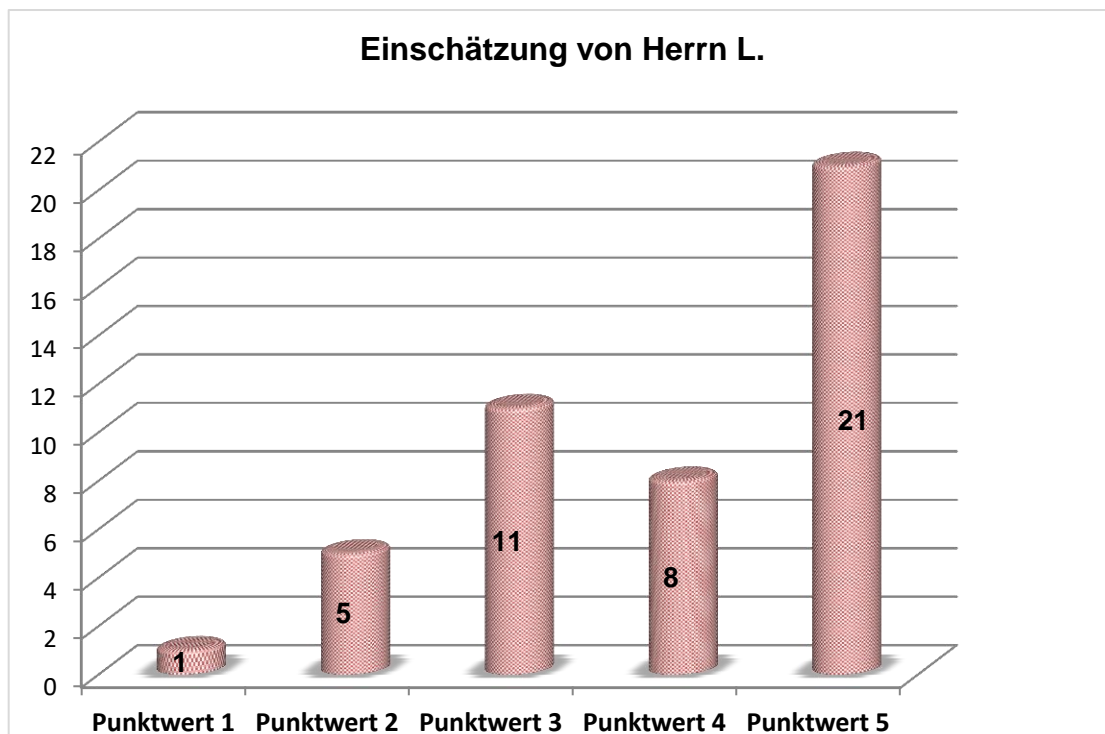


Abbildung 4: Absolute Punktwerte des PKFs – Einschätzung von Herrn L. (eigene Darstellung)

In dem Diagramm ist zu erkennen, dass Herr L. seine kommunikativen Fähigkeiten generell sehr positiv eingeschätzt hat. Der beste Punktwert wurde von ihm bei 21 Situationen vergeben, der schlechteste Punktwert hingegen nur bei einer Situation. Insgesamt konnten 63% seiner Antworten somit bei den positiven Punktwerten 4 und 5 eingeordnet werden, wohingegen lediglich 13% der Einschätzungen bei Punktwert 1 und 2 liegen. Es verbleibt der Punktwert 3, welcher bei elf Situationen (17% der Antworten) angekreuzt wurde.

Nach der Auswertung der absoluten Häufigkeiten wurden die vorgegebenen Alltagssituationen des modifizierten PKFs hinsichtlich der beteiligten Personen betrachtet.

Dabei wurde deutlich, dass das Gelingen der Situationen laut der Bewertung von Herrn L. nicht vom Gesprächspartner abhängt. Bei allen möglichen Kommunikationspartnern ist die Verteilung der absoluten Häufigkeiten der vergebenen Punktwerte zu erkennen. Dies wurde mit einer Auflistung der einzelnen Punktzahlen bei den verschiedenen beteiligten Personen erfasst:

Gesprächspartner	Frau	Freunde	Verwandte	Bekannte/ Nachbarn	Fremde
Verteilung der einzelnen Punktwerte	2;3,3;4,4;5,5,5,5	2;3;4;5,5,5,5,5	3;5	1;2;3,3;4;5,5,5,5	2,2;3,3,3,3,3,3;4,4,4,4;5,5,5,5,5,5,5
Mittelwert	4,0 = 4	4,14 ≈ 4	4,0 = 4	3,8 ≈ 4	3,8 ≈ 4

Tabelle 3: Verteilung der einzelnen Punktwerte bei verschiedenen Gesprächspartnern – Einschätzung von Herrn L. (eigene Darstellung)

Zusätzlich wurde für die Punktwerte der jeweiligen Personen das arithmetische Mittel berechnet. Wie aus der Tabelle zu entnehmen ist, liegt der Mittelwert bei allen Gesprächspartnern bei Punktwert 4. Dieser zeigt ebenfalls, dass das Gelingen der Situation laut Herrn L.s Einschätzung nicht vom Kommunikationspartner abhängt.

Anschließend wurde nach inhaltlichen Bewertungsmustern gesucht. Dabei wurden z.B. der Ort oder die inhaltliche Anforderung der Kommunikationssituation näher betrachtet. Es konnte jedoch weder hinsichtlich eines bestimmten Umfeldes noch hinsichtlich der Komplexität von Äußerungen die Zuordnung zu positiven oder negativen Punktwerten erkannt werden. Das folgende Beispiel soll das Vorgehen verdeutlichen:

Herr L. bewertete Situation 25 und Situation 42 mit dem Punktwert 2. Die inhaltliche Anforderung beider Situationen war das Ausdrücken negativer Gefühle. In Situation 25 sollten Zweifel über das Ausleihen des eigenen Autos an Freunde ausgedrückt werden, in Situation 42 wurde ein Streitgespräch mit der Ehefrau thematisiert. Bei der Auswertung entstand der Eindruck, dass Herr L. das Verdeutlichen negativer Emotionen nicht immer gelingt. Die Einschätzungen zu den Situationen 9 und 19 widerlegten diese Annahme jedoch, da sie sehr ähnliche Anforderungen beinhalten, von Herrn L. jedoch mit Punktwert 5 bewertet wurden. Es wird somit ebenfalls eine Diskussion mit der Ehefrau sowie das Verdeutlichen von Zweifeln gegenüber Freunden verlangt (siehe Anhang für eine ausführliche Übersicht der Einschätzungen: Tabelle 4:104). Bei der Auswertung von Herrn L.s Einschätzungen konnten demnach keine bestimmten Bewertungsmuster erkannt

werden. Das Gelingen oder Scheitern einer Gesprächssituation lässt sich nach den Bewertungen des Betroffenen nicht einheitlich auf gewisse Faktoren zurückführen.

Insgesamt ist anzumerken, dass das Ausfüllen des Fragebogens für Herrn L. teilweise durch das eingeschränkte Sprach- und Lesesinnverständnis erschwert war. Laut dem Eindruck der Autorin gelang dem Patienten das Hineinversetzen in die Handlungen bei der Mehrzahl der Situationen sehr gut, teilweise wurden aber auch Schwierigkeiten deutlich. Dabei war oftmals das Eingreifen der Therapeutin hilfreich, welche das Verständnis durch das Erklären oder Umformulieren einer Situation erleichtern konnte. Da das genaue Überprüfen des Sprachverständnisses bei der Erhebung nicht zusätzlich möglich ist, wurde bei der Auswertung auf die Einschätzung des Betroffenen vertraut.

3.3.2 Sicht der Ehepartnerin

Bei der Einschätzung von Frau L. wurden ebenfalls zu Beginn die absoluten Häufigkeiten der vergebenen Punktwerte ausgewertet. Daraus resultierte die folgende Verteilung der einzelnen Punktzahlen:

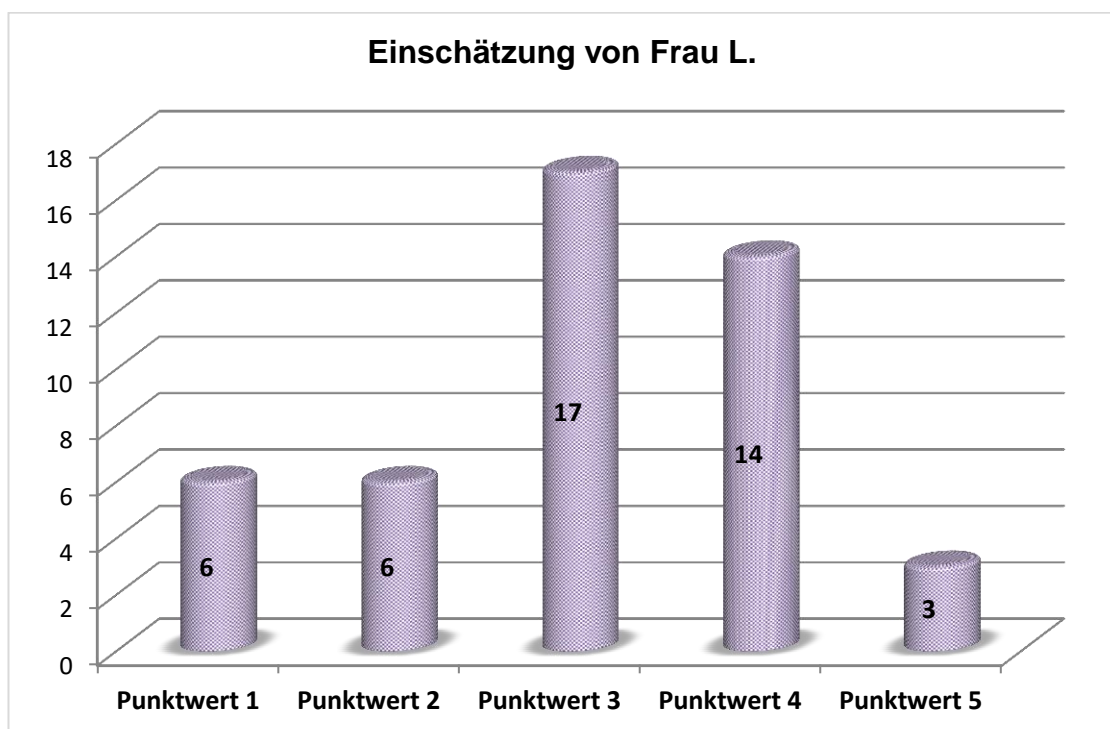


Abbildung 5: Absolute Punktwerte des PKFs – Einschätzung von Frau L. (eigene Darstellung)

Die Graphik zeigt, dass Frau L. das Gelingen von Gesprächssituationen größtenteils im durchschnittlichen Bereich bei Punktwert 3 eingeschätzt hat. Im Gegensatz zu der Bewertung von ihrem Mann, vergab sie den Punktwert 5 nur bei drei Situationen und Punktwert 1 bei sechs Situationen. Insgesamt sind 26% ihrer Antworten dem Punktwert 1

oder 2 zuzuordnen sowie 37% den Punktwerten 4 und 5. Der Punktwert 3 umfasst ebenfalls 37% ihrer Antworten.

Anschließend wurde auch bei den Bewertungen von Frau L. überprüft, ob das Gelingen einer Gesprächssituation mit Herrn L. laut ihrer Einschätzung durch den Gesprächspartner bedingt ist. Dafür wurde die Verteilung der einzelnen Punktwerte in eine Tabelle übertragen und schließlich das arithmetische Mittel ihrer Bewertungen bei den Kommunikationspartnern berechnet:

Gesprächspartner	Frau	Freunde	Verwandte	Bekannte/ Nachbarn	Fremde
Verteilung der einzelnen Punktwerte	1;3,3,3;4,4,4,4;5	3,3,3,3;4,4,4	1;4	1;2;3,3,3,3,3,3;4,4	1,1,1;2,2,2,2,2;3,3,3,3,3;4,4,4;5,5
Mittelwert	3,4 \approx 3	3,4 \approx 3	2,5 \approx 3	2,9 \approx 3	2,7 \approx 3

Tabelle 4: Verteilung der einzelnen Punktwerte bei verschiedenen Gesprächspartnern – Einschätzung von Frau L. (eigene Darstellung)

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass durch die Rundung der Mittelwerte bei allen Gesprächspartnern der Punktwert 3 resultiert. Im Vergleich zu den Werten von Herrn L. ist jedoch zu erkennen, dass die Abweichungen um den Punktwert stärker schwanken. Das Intervall umfasst somit fast einen ganzen Punkt von 2,5 bis 3,4. Daraus lässt sich ableiten, dass Frau L. die Kommunikation des Betroffenen mit Fremden schwieriger einschätzte, als Gesprächssituationen mit ihr oder dem Freundeskreis. Sie erklärte nach dem Ausfüllen des PKFs zudem, dass das Gelingen der Situationen häufig von der Unterstützung des Gesprächspartners abhängt und dessen Bereitschaft zur Verständigung. Da fremde Personen weniger Hintergrundinformationen über das Störungsbild von Herrn L. hätten, sei die Bereitschaft häufig geringer, als bei vertrauten Menschen.

Bei der weiteren Auswertung wurde untersucht, ob bei den Einschätzungen von Frau L. andere Bewertungsmuster erkennbar sind. Dabei wurde deutlich, dass sie Telefonate als schwierige Alltagssituationen ansieht. Die beiden Situationen 17 und 36 (Telefonieren mit Verwandten bzw. Bekannten) wurden demnach von ihr mit Punktwert 1 bewertet.

Der Vergleich der weiteren Punktwerte führte zudem zu der Interpretation, dass Frau L. komplexe Gesprächssituationen als große Anforderung für ihren Ehemann einschätzt. Das Vermitteln des Inhaltes einer Fernsehserie (Situation 12) oder die Aussage bei der Polizei (Situation 31) wurden von ihr mit den Punktwerten 1 bzw. 2 bewertet. Weniger

komplexe Kommunikationssituationen, die möglicherweise durch das Hinzuziehen von Gestik bewältigt werden können, schätzte sie hingegen besser ein. Beispielsweise das Einkaufen beim Bäcker (Situation 20) oder das Fragen nach der Uhrzeit (Situation 26) wurden von Frau L. mit den Punktwerten 4 bzw. 5 bewertet.

Insgesamt wurden bei der Auswertung des PKFs mehr Bewertungsmuster bei Frau L. deutlich, als bei ihrem Ehemann. Ihre Einschätzungen lassen die Rückschlüsse zu, dass sowohl der Gesprächspartner als auch die konkrete Situation (z.B. Telefonate) und deren inhaltliche Anforderung das Gelingen der Kommunikation beeinflussen. Diese Rückschlüsse bezogen sich nach der Auswertung der Fragebögen zunächst auf die Interpretation der Autorin, wurden im anschließenden Zielfindungsgespräch jedoch auch von Frau L. bestätigt.

3.4 Partizipative Zielsetzung

Im Folgenden wird das detaillierte Vorgehen bei der partizipativen Zielsetzung beschrieben. Dafür werden zunächst die Durchführung sowie die Ergebnisse des Zielfindungsgesprächs dargelegt. Anschließend wird herausgestellt, inwiefern die Ansichten des Betroffenen und seiner Ehepartnerin vereinbar sind und inwieweit diese mit der Expertenperspektive der Therapeutin einhergehen.

3.4.1 Durchführung des Zielfindungsgesprächs

Die Durchführung des Zielsetzungsgesprächs fand anhand des vorab formulierten Gesprächleitfadens (siehe Kapitel 2.5.2, siehe Anhang: Tabelle 1:100) mit dem Betroffenen und seiner Ehefrau statt. Das Gespräch, welches für die gesamte Dauer einer Therapieeinheit geplant war, wurde während der Durchführung, in Absprache mit dem Ehepaar, auf 60 Minuten ausgeweitet. Zudem wurde das Zielsetzungsgespräch für die Auswertung als Audio-Datei aufgenommen. Um zu garantieren, dass das Ausfüllen der PKF-Bögen dem Ehepaar möglichst präsent ist, wurde das Zielfindungsgespräch direkt in der darauffolgenden Therapiestunde durchgeführt.

Zu Beginn wurde von der Therapeutin eine kurze Einführung in das Gespräch gegeben. Dabei wurde u.a. erläutert, dass gemeinsam Therapieziele definiert werden sollen, die eine möglichst präzise Formulierung benötigen, um in dem kurzen Therapiezeitraum realisiert werden zu können. Anschließend wurde auf die ausgefüllten PKF-Bögen verwiesen, welche die Basis für die Zielsetzung bilden sollten. Ergänzend wurde erläutert, dass auch ein freier Austausch über Alltagssituationen stattfinden wird, die nicht im PKF abgefragt wurden. Abschließend wurde in der Einleitung herausgestellt, dass die Mitarbeit der Probanden im Gespräch hohe Relevanz hat und ein freier Austausch angestrebt wird.

Dafür wurde Herr L. ermutigt auch außersprachliche Modalitäten zu verwenden, um seine Ansichten vermitteln zu können. Das Ehepaar zeigte sich während der Erklärung der Therapeutin sehr aufmerksam und aufgeschlossen für das weitere Gespräch. Sie vermittelten beide sich noch gut an das Ausfüllen der PKF-Bögen erinnern zu können und verdeutlichten sehr motiviert für das Aufstellen der Ziele zu sein. Die Therapeutin hatte somit den Eindruck, dass die Einführung in das Gespräch gelungen war und auch das Verständnis des Patienten durch einfache Satzstrukturen sowie das Hinzuziehen von Mimik und Gestik gesichert werden konnte.

Anschließend wurden dem Ehepaar die Ergebnisse aus den PKF-Bögen aufgezeigt. Dafür wurden von der Therapeutin vorab die Situationen zusammengestellt, die beide mit dem gleichen Punktwert bewertet hatten, bzw. mit einem Punkt Abweichung einschätzten. Die Darstellung erfolgte durch die Nennung der jeweiligen Situation bei den entsprechenden Punktwerten (siehe Anhang: Abbildung 4:108). Graphisch wurde dies durch eine Umrandung der zusammengehörigen Einschätzungen verdeutlicht. Die Farbe der jeweiligen Umrandung repräsentierte dabei die Einschätzung über das Gelingen der Gesprächssituationen. Die Situationen, die mit den Punktwerten 4 und 5 bewertet wurden erhielten daher eine grüne Umrandung, die Situationen, die mit den Punktwerten 1 und 2 beurteilt wurden bekamen eine rote Kennzeichnung, etc. Im Gespräch konnte durch diese Untergliederung strukturiert auf „gelingende“, „oft gelingende“, „manchmal gelingende“ und „nie gelingende“ Situationen entsprechend der Einschätzungen eingegangen werden. Die aus der Umrandung entstandenen Kästchen konnten nacheinander betrachtet werden. Nach einer kurzen Zusammenfassung des jeweiligen Inhalts durch die Therapeutin war es dem Ehepaar möglich die Situationen nochmal zu lesen und sich über ihre Einschätzungen auszutauschen. Sie hatten zudem die Option Fragen zu klären oder bereits Themenbereiche für die spätere Zielfindung zu nennen. V.a. bei den schlechter bewerteten Situationen wurde darauf geachtet genügend Zeit für Anregungen bereitzustellen. Im Anschluss an den Austausch über Gemeinsamkeiten folgte die Diskussion der Situationen, die beide unterschiedlich bewertet hatten. Dafür wurden zunächst die Darstellungen der absoluten Verteilung der Punktwerte ausgeteilt. Dem Ehepaar wurden die Diagramme aus den Kapiteln 3.3.1 bzw. 3.3.2 vorgelegt, um ihnen aufzuzeigen wie häufig sie die einzelnen Punktwerte bei ihrer Einschätzung verwendet haben. Bei dem folgenden Austausch wurde deutlich, dass der Part der Therapeutin als neutrale Person sehr bedeutsam ist. Beide Seiten mussten somit erst verstehen, dass dieser Gesprächsteil dazu dient die Wahrnehmung des anderen kennen zu lernen ohne ihn von der eigenen Ansicht überzeugen zu wollen. Durch das Hervorheben dieses Aspektes konnte anschließend ein toleranter Austausch gesichert werden. Während des

gesamten Gesprächsabschnitts notierte die Therapeutin Anregungen des Ehepaars, die möglicherweise für die Zielsetzung relevant waren. Nachdem die Ergebnisse der PKF-Bögen besprochen wurden, fand ein ergänzendes Gespräch über weitere Alltagssituationen statt, in denen die Kommunikation oftmals misslingt. Auch hier konnten bereits Themenbereiche genannt werden, die die Basis für das folgende Zielsetzungsgespräch bildeten. Besonders positiv fiel dabei Herrn L.s Interesse an der Themenfindung auf. Trotz seiner sprachlichen Einschränkungen nutzte er den Austausch, um seine Ideen einzubringen. Frau L. hielt sich hingegen zurück und hatte, auch bei direkter Nachfrage, keine eigenen Vorschläge. Sie bestätigte jedoch die Ideen ihres Mannes und half ihm bei der Verdeutlichung seiner Aussagen durch gemeinsames „Aphasiemanagement“ (vgl. Bauer u. Auer 2009:20). Die Therapeutin nahm zunächst die Rolle des Zuhörers ein, suchte dann aber den Austausch mit beiden. Darin konnten die Themenbereiche näher definiert und Rückfragen an das Ehepaar zu den Ideen gestellt werden. Zudem gab die Therapeutin Anregungen, die den Probanden helfen sollten weitere Situationen aus dem Alltag zu finden, welche für die Zielsetzung relevant sein könnten. In dem Austausch erwies es sich als zielführend offene und geschlossene Fragen zu verbinden. Durch offene Fragestellungen konnten die Vorschläge zunächst frei geäußert werden. Die anschließende Verwendung geschlossener Fragen führte zu einer Präzision der genannten Themenbereiche. Des Weiteren wurde ein gelingender Austausch durch neutrale, eindeutige und verständliche Fragestellungen (vgl. Patton 2002) gesichert. Nach der Auswahl therapierelevanter Themen wurden gemeinsam drei Ziele mithilfe der SMART-Regel formuliert (siehe Kapitel 3.5). Schließlich folgte die Zusammenfassung des Gesprächs durch die Therapeutin. Das Ehepaar hatte die Möglichkeit offene Fragen zu stellen oder weitere Anregungen zu nennen. Abschließend wurde ein kurzer Ausblick auf die kommenden Therapiestunden gegeben.

3.4.2 Ergebnisse des Zielfindungsgesprächs

Im Austausch mit dem Ehepaar wurde deutlich, dass die Ergebnisse des PKFs für die Zielfindung keine Relevanz hatten. Das ursprüngliche Vorhaben die Situationen, die mit niedrigem Punktwert bewertet wurden als Basis für die Zielsetzung zu verwenden, konnte somit nicht realisiert werden. Dies wurde dadurch begründet, dass die Situationen, die von beiden mit Punktwert 1 oder 2 eingeschätzt wurden, im Alltag nicht auftreten. So gab Frau L. z.B. an, dass ihr Mann aufgrund der starken Wortfindungsstörungen im Alltag nicht telefoniere. Das Üben eines Telefonats sei für die Therapie demnach nicht notwendig. Diese Einschätzung wurde auch von der Therapeutin geteilt, da der Patient verbal nur wenige Äußerungen produzieren kann. Des Weiteren erklärte die Ehefrau, dass Herr L. selten mit Fremden kommuniziere, da er aufgrund der eingeschränkten

Mobilität kaum draußen sei. Zudem sei er dann in Begleitung und halte sich bei Gesprächen mit fremden Menschen zurück. Herr L. verdeutlichte ergänzend, dass es für ihn sehr schwer sei mit jemandem zu kommunizieren, der sein Störungsbild vermutlich nicht kennt. Da diese Situation ohnehin nicht häufig vorkomme, wolle er auch nicht daran arbeiten. Die Therapeutin fragte daraufhin nach dem Gelingen der alltäglichen Kommunikation zwischen den Ehepartnern. Beide gaben an, dass diese größtenteils gut gelinge. Frau L. habe gelernt verschiedene Strategien anzuwenden und beispielsweise konkrete Nachfragen zu stellen. Herr L. nutze zudem verschiedene außersprachliche Modalitäten bei der Kommunikation. Bei nicht gelingender Verständigung versuche man den Austausch zu einem späteren Zeitpunkt zu wiederholen und das Thema neu aufzugreifen. Wenn die Kommunikation auf diese Weise jedoch ebenfalls nicht möglich sei, belasse man das Thema schließlich. Konkrete Situationen, die häufiger misslingen, konnten beide nicht benennen. Nach dem Austausch über die Ergebnisse der PKF-Bögen wurde somit das anschließende Gespräch genutzt, um Themenbereiche für die Zielsetzung zu finden. Dieser offene Austausch mit Frau und Herrn L. schien rückblickend unbedingt notwendig für die Definition der Ziele. Bei der Suche nach möglichen Themen verdeutlichte Herr L. am Wortabruf sowie am Lesen arbeiten zu wollen. Diese Bereiche wurden im Austausch mit Frau L. und der Therapeutin konkretisiert und im weiteren Gesprächsverlauf als Ziele formuliert. Da die Vorschläge von Herrn L. v.a. sprachliche Leistungen betrafen wurde zudem versucht einen Alltagsbezug herzustellen, damit das Ehepaar bei der alltäglichen Kommunikation von den Therapieinhalten profitieren kann. Bei der Aufstellung der Ziele konnte die SMART-Regel als Hilfestellung gut genutzt werden. Da das Ehepaar mit der SMART-Regel weniger vertraut war, fand die exakte Formulierung größtenteils durch die Therapeutin statt. Der Inhalt der Ziele wurde jedoch gemeinsam besprochen und präzisiert. V.a. bei der Messbarkeit der Ziele wurde die Meinung des Ehepaars erfragt. Beide sollten realistisch einschätzen, inwiefern Veränderungen der sprachlich-kommunikativen Leistungen von Herrn L. möglich sind. Die Messgrößen wurden ausgiebig diskutiert und anschließend mit dem Einverständnis aller Beteiligten bei dem jeweiligen Ziel verschriftlicht. Nach der Formulierung der drei Ziele wurde nochmal überprüft, ob es möglich ist, deren Inhalt in den zehn vorgesehenen Therapieeinheiten zu erreichen.

Das partizipative Vorgehen konnte im Gespräch somit zielführend durchgeführt werden. Dabei schien das strukturierte Vorgehen mithilfe des Gesprächleitfadens sehr hilfreich zu sein. Durch die Anregungen der Therapeutin konnte zudem die aktive Mitarbeit der Probanden gesichert werden. Da sich das Ehepaar zudem sehr motiviert zeigte, wurde ein freies Gespräch über die sprachlich-kommunikativen Ressourcen und Wünsche

möglich. Das Ehepaar befürwortete im intensiven Austausch sofort die Verlängerung des Gesprächs über die eigentliche Therapiedauer hinaus. Auf diese Weise konnten alle Beteiligten ohne Zeitdruck ihre Anregungen einbringen und drei individuelle Ziele definiert werden.

3.4.3 Vereinbarung der Ansichten von Betroffenenem und Ehepartner

Insgesamt wurde bei der Auswertung der PKF-Bögen deutlich, dass Herr L. die Situationen im Vergleich zu seiner Frau positiver bewertete. Bei beiden überwog jedoch der Anteil zwischen den Punktwerten 3 und 5. Daraus ist erkennbar, dass laut der Einschätzungen des Ehepaars die Bewältigung alltäglicher Kommunikationssituationen oftmals gelingt. Bei dem Vergleich ihrer Antworten zeigte sich, dass Herr und Frau L. elf Situationen mit einer identischen Punktzahl bewerteten. 17 Items des Fragebogens erhielten einen Wert, der lediglich um einen Punkt differierte. 14 Alltagssituationen des PKFs wurden mit zwei Punkten Unterschied eingeschätzt, vier Situationen wiesen eine Abweichung von drei Punkten auf. Bei einer Situation lag eine Differenz von vier Punkten vor. Diese Verteilung wurde dem Ehepaar in dem Zielsetzungsgespräch ebenfalls mitgeteilt. Im Anschluss wurde v.a. bei den Situationen, die mit mehr als zwei Punkten Unterschied bewertet wurden ein Austausch angeregt. Diese Situationen werden im Folgenden dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse des Gesprächsabschnitts aufgezeigt.

Situation	Einschätzung von Herrn L.	Einschätzung von Frau L.
Situation 2: Jemanden nach dem Weg fragen	Punktwert 5	Punktwert 2
Situation 12: Inhalt einer Fernsehserie an seine Frau vermitteln	Punktwert 4	Punktwert 1
Situation 35: Kommunikation mit (fremden) Kindern an der Haustür	Punktwert 4	Punktwert 1
Situation 44: Kommunikation mit einem fremden Mann an der Haustür	Punktwert 5	Punktwert 2
Situation 32: Funktion einer Kamera bei fremden Personen erfragen	Punktwert <u>5</u>	Punktwert <u>1</u>

Tabelle 5: Stark abweichende Einschätzungen des Ehepaars (eigene Darstellung)

Im Austausch wurde jede der fünf Situationen einzeln besprochen, um die Ansichten beider Beteiligten nachvollziehen zu können. Bei Situation Nr.2 folgte ein kurzer Dialog zwischen den Ehepartnern in dem Herr L. verdeutlichte, dass er möglicherweise zu optimistisch bei dieser Einschätzung war. Frau L. zog hingegen in Erwägung, dass ihr Mann eine solche Situation besser bewältigt als eingeschätzt. Beide einigten sich daher im Austausch, dass ein Punktwert von 3 am besten zutreffen würde. Ohne das Eingreifen der Therapeutin in das Gespräch, begannen beide ihre Bewertungen zu reflektieren und neu zu überdenken. Bei dem anschließenden Austausch über die Situation 12 folgte jedoch eine ausgiebige Diskussion über das Gelingen dieser Anforderung. Frau L. beharrte auf ihrer Aussage, dass es dem Betroffenen nicht möglich sei ihr den Inhalt einer Fernsehserie zu vermitteln, wenn sie diese nicht gesehen habe. Herr L. zeigte sich durch diese Äußerung sehr empört und vertrat die Ansicht, dass ihm die Verdeutlichung des Inhalts gelinge. Um einen weiterführenden Konflikt zu vermeiden, intervenierte die Therapeutin und wies auf die persönliche Wahrnehmung der Ehepartner hin. Dadurch resultierte anschließend ein toleranterer Austausch. Bei den Situationen 35 und 44 argumentierten beide, dass das Gelingen der Kommunikationssituation stark von der Reaktion des Gesprächspartners abhängt. Frau L. erklärte, dass sie den Dialog mit fremden Personen an der Haustür eher schwierig einschätzen würde, dass ein zielführendes Gespräch jedoch mit ausreichend Unterstützung durch den Gesprächspartner vorstellbar sei. Herr L. nickte zustimmend und verdeutlichte eine positive Einstellung gegenüber dem Gelingen der Anforderung. Bei der Situation 32 zeigten sich beide Ehepartner zunächst überrascht durch die starke Abweichung. Im gemeinsamen Gespräch gaben anschließend beide an, dass die Einschätzung dieser Situation sehr schwierig war, da sie im Alltag noch nicht aufgetreten und zudem schwer vorstellbar sei. Beide akzeptierten daher sofort die Bewertung des anderen und hielten einen weiteren Austausch darüber nicht für notwendig. Insgesamt ist herauszustellen, dass die Ehepartner bei einem Großteil der Items sehr ähnliche Einschätzungen vornahmen. Im Austausch über die abweichenden Bewertungen wurde deutlich, dass die Ansichten teilweise differieren, bei manchen Items jedoch auch auf den „Pseudosituationen“ basieren, die sich im Alltag nicht ereignen. Wie bereits erörtert, zeigte das Gespräch über den PKF, dass eine Zielableitung aus den Ergebnissen weniger passend für das Ehepaar war. In dem weiteren freien Austausch stimmten Herr und Frau L. gemeinsam für mögliche therapierelevante Themenbereiche und einigten sich bei der Zielformulierung auf einzelne Aspekte, wie beispielsweise die Kriterien der Messbarkeit. Die Ansichten des Betroffenen und seiner Ehefrau konnten daher überwiegend gut miteinander vereinbart werden.

3.4.4 Expertenperspektive und Ansicht der Probanden

Vor der Auswertung der PKF-Bögen nahm die Therapeutin aus fachlicher Perspektive ebenfalls eine informelle Einschätzung zu der Bewältigung der Alltagssituationen vor. Diese Beurteilung war kein konkreter Bestandteil des Forschungsvorhabens, sollte bei der Betrachtung der Ergebnisse jedoch den Vergleich zwischen Experten- und Patientenperspektive erleichtern. Dabei wurde deutlich, dass eine sehr hohe Kongruenz zwischen der Beurteilung der Therapeutin und den Einschätzungen von Frau L. bestand. 23 Situationen wurden somit von beiden mit einem identischen Punktwert bewertet, 23 weitere Items differierten um einen Punkt. Die Therapeutin bewertete das Gelingen von Kommunikationssituationen im Durchschnitt ebenfalls mit Punktwert 3. Besonders kritisch sah sie Gesprächssituationen mit fremden Personen. Für diese Einschätzung konnte sie ihre eigenen Erfahrungen zu Beginn des Projektes nutzen. Da sie den Patienten von einer Kollegin übernahm, folgte in den ersten Stunden das Kennenlernen und damit einhergehend die Anforderung an Herrn L. verschiedene spontansprachliche Leistungen zu erbringen. Dabei wurden seine verbalen Beeinträchtigungen besonders deutlich. Im gemeinsamen Gespräch konnten die Inhalte seiner Mitteilungen jedoch oftmals durch die Unterstützung der Therapeutin und durch die Vermeidung von Zeitdruck geklärt werden. Im Austausch mit fremden Personen gelingt die Kommunikation laut der Einschätzung der Therapeutin vermutlich seltener, da die Gesprächspartner aufgrund mangelnden Wissens über die Sprachstörung u.a. weniger Strategien als Hilfestellung anwenden.

Im Anschluss an die Auswertung der PKF-Bögen zeigte sich die Therapeutin im Zielfindungsgespräch erstaunt darüber, dass beide Probanden keine konkreten alltäglichen Kommunikationssituationen nannten, die Relevanz für die Therapie besaßen. Die Funktionsziele, die Herr L. im Folgenden verdeutlichte, schienen jedoch durch die jeweilige Begründung nachvollziehbar für die Therapeutin. Da alle Beteiligten nach dem Herstellen eines Alltagsbezugs bei den gefundenen Themenbereichen übereinstimmten, konnte anschließend die Zielformulierung vorgenommen werden. Dabei prüfte die Therapeutin v.a. die vom Ehepaar vorgeschlagenen Kriterien zur Messbarkeit der Ziele sowie deren Realisierbarkeit. Bei zwei der drei Ziele konnten die Ansichten des Ehepaars gut mit der fachlichen Perspektive vereinbart werden. Die Zielformulierung zum Themenbereich „Lesen“ erforderte jedoch einen längeren Austausch. Herr L. gab an Sätze komplett erfassen zu wollen, mit dem Verständnis für jedes einzelne Wort. Da sich in der vorhergegangenen Diagnostik allerdings zeigte, dass das Lesen von Funktionswörtern für Herrn L. größtenteils nicht möglich ist, schien dieser Wunsch aus Expertenperspektive unrealistisch zu sein. Begründet werden konnte diese Annahme durch das lange Zurückliegen des Apoplex', da dementsprechend in der vorherrschenden

chronischen Phase nur geringe Fortschritte zu erwarten waren. Dieses wurde im Gespräch thematisiert, sodass schließlich mit dem Patienten der Kompromiss gefunden wurde die bereits vorhandene Schlüsselwortstrategie zu fördern.

Insgesamt ließ sich die fachliche Ansicht bei der Zielvereinbarung mit der Perspektive der Probanden vereinbaren. Bedeutsam dafür waren jedoch auch die Offenheit und Kompromissbereitschaft aller Beteiligten sowie der gemeinsame freie Austausch.

3.5 Zielfestlegung

3.5.1 Formulierung der Therapieziele

Nach der Vereinbarung verschiedener Themenbereiche konnten gemeinsam drei Ziele nach der SMART-Regel formuliert werden. Diese werden im Folgenden aufgeführt und durch die Begründungen des Ehepaars sowie die fachliche Einschätzung der Therapeutin ergänzt.

1. Dem Patienten gelingt es am Ende der Therapie von drei frei gewählten Familienmitgliedern drei mit dem Vornamen zu benennen. Zur Auswahl stehen dabei neun Fotos mit einem abgebildeten Familienmitglied.

Der Patient erklärte, dass der Wortabruf von Namen sehr schwer für ihn sei. Für die direkte Anrede der Personen aus der Familie halte er es für notwendig den Abruf von Namen zu trainieren. Besonders wichtig seien dabei der Vorname seiner Ehefrau sowie die Namen der Familien seiner Töchter. Da er aufgrund seiner eingeschränkten Mobilität häufig im Haus nach den einzelnen Personen rufe, sei es für ihn bedeutsam seine Familie persönlich mit Namen anzusprechen. Hohe Relevanz hätten dabei insgesamt neun Familienmitglieder, deren Namen Herr L. zunächst in der Therapiesituation trainieren wolle. Seine Frau bestätigte die Bedeutsamkeit des Ziels, da sie eine persönliche Anrede wesentlich angenehmer empfinde, als eine allgemeine Aussage ohne konkreten Empfänger. Beide zeigten sich bei der Messbarkeit des Ziels sehr optimistisch und verdeutlichten, dass es Herrn L. ihrer Einschätzung nach gelinge, am Ende der Therapie alle neun Namen abzurufen. Aus dieser Annahme resultierte dementsprechend das Ziel drei von drei ausgewählten Personen mit Namen zu benennen. Da die Gesamtanzahl von neun Familienmitgliedern überschaubar schien, schätzte die Therapeutin das Ziel ebenfalls als realistisch ein und stimmte bei dessen Messbarkeit mit dem Ehepaar überein. Nach der konkreten Formulierung der zuvor bestehenden Prämisse, konnte anschließend ein weiteres Ziel zum Themenbereich „Wortabruf“ aufgestellt werden.

2. Der Wortabruf von 20 ausgewählten Gegenständen aus Haushalt und Wohnung gelingt dem Patienten in der Therapiesituation sicherer und schneller. Verglichen mit den Leistungen vor der Therapie kann der Patient demnach mindestens vier Objekte mehr benennen und benötigt für den Abruf der 20 Begriffe insgesamt mindestens zwei Minuten weniger als zuvor.

Herr L. verdeutlichte, dass es ihm wichtig sei die Bezeichnungen für alltägliche Gegenstände besser abrufen zu können, um die Kommunikation mit seiner Ehefrau zu erleichtern. Teilweise sei es schwierig Objekte gestisch darzustellen, wodurch die Vermittlung seiner Intention viel Zeit beanspruche. Frau L. bestätigte die Äußerung ihres Mannes und erklärte, dass es manchmal zu Missverständnissen komme, wenn Herr L. einen Gegenstand benötige, welcher sich in einem anderen Raum oder in hohen Schränken befinde. Für die Präzisierung dieses Ziels wurden in der ersten Therapiestunde gemeinsam 20 Begriffe aus dem Haushaltsbereich ausgewählt. Um eine Einschätzung über die Fähigkeiten des Wortabrufs zu erhalten wurde anschließend von der Therapeutin ein Screening mit den ausgewählten Begriffen erstellt. Die Leistungen des Patienten in dieser Testung konnten dann zur konkreten Formulierung des Ziels genutzt werden. Da der Wortabruf der Begriffe in dem Screening elf Minuten dauerte und nur die Hälfte der Gegenstände selbstständig benannt werden konnte, wurde mit dem Ziel sowohl eine zeitliche als auch eine inhaltliche Leistungssteigerung angestrebt. Neben der Formulierung der zwei Ziele zum Wortabruf, folgte schließlich die Konkretisierung des Themenbereichs „Lesen“. Dafür fand bereits im gemeinsamen Austausch die Einigung auf das Fördern der bereits vorhandenen Schlüsselwortstrategie statt. Diese Idee konnte anschließend bei der Formulierung präzisiert werden.

3. Dem Patienten gelingt das korrekte Erfassen der Semantik eines Satzes anhand einer „Schlüsselwortstrategie“. Als Vorbereitung auf das Lesen kurzer Zeitungsartikel ist ihm zunächst das Erschließen einzelner Sätze, bestehend aus einer Subjekt-Prädikat-Objekt Struktur, in der Therapiesituation möglich. Anschließend gelingt ihm auch das Lesen kurzer Satzkombinationen.

Wie durch den Inhalt des Ziels entnommen werden kann, gab Herr L. bei der Zielsetzung an, dass das Lesen kurzer Zeitungsartikel für ihn im Alltag bedeutsam sei. Da im Gespräch bereits geklärt werden konnte, dass das Erfassen aller Wörter eines Satzes aus fachlicher Sicht nicht realistisch erscheint, wurde im Folgenden vereinbart, inwieweit die Anwendung der Schlüsselwortstrategie möglich ist. Für diese Konkretisierung wurde vor der ersten Therapiestunde ebenfalls ein kurzes Screening erstellt. Dabei wurde sowohl das Lesesinnverständnis auf Wortebene, als auch auf Satz- und Textebene geprüft. Es

zeigte sich, dass das Lesen von (frequenten) Inhaltswörtern gut gelingt, das Erfassen kurzer Texte jedoch eine zu hohe Anforderung darstellt. Um den Möglichkeiten von Herrn L. gerecht zu werden wurde das Ziel daher auf Sätze beschränkt, die der kanonischen Satzstruktur des Deutschen entsprechen. Dabei wurde zunächst das Erfassen einzelner Sätze angestrebt, im weiteren Therapieverlauf sollte ihm jedoch auch das Lesen kurzer Satzkombinationen gelingen.

Insgesamt hatte die Realisierbarkeit der Ziele hohe Priorität bei der Formulierung. Da der Übertrag der Therapieinhalte in den Alltag in der chronischen Phase oftmals mehr Zeit benötigt (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012d:168), wurde die Erreichbarkeit der Ziele zunächst auf die Therapiesituation beschränkt. Der Transfer in den Alltag wurde jedoch angedacht und als Erweiterungsmöglichkeit der Ziele bei gutem Gelingen in der Therapiesituation vorgesehen.

3.5.2 Voraussetzungen für die partizipative Zielvereinbarung

Im gesamten Prozess der partizipativen Zielfestlegung wurden verschiedene Komponenten genutzt, welche sich retrospektiv als förderlich für das Vorgehen erwiesen. Um einen strukturierten Ablauf zu gewährleisten, stellte sich die Erstellung des Gesprächleitfadens somit als vorteilhaft heraus. Durch die vorhergegangene Planung war es der Therapeutin möglich den Austausch zu leiten und mit dem Ehepaar gemeinsam die Basis für die Zielformulierung zu schaffen. Bedeutsam bei diesem Austausch war zudem die gerechte Aufteilung der Redeanteile. Frau und Herr L. zeigten sich im Vorfeld beide interessiert an dem Forschungsvorhaben und offen gegenüber der Therapeutin. Im Gespräch waren somit der wertschätzende Umgang mit dem Ehepaar und die Erfragung der jeweiligen Perspektiven sehr relevant. Dabei wurde darauf geachtet, dass Herr L. als Betroffener trotz der sprachlichen Einschränkungen seine Anregungen äußern kann, Frau L. jedoch ebenfalls die Möglichkeit hat ihre Ansicht wiederzugeben. Das aufmerksame Verfolgen des Gesprächs sowie die Bereitschaft aller Beteiligten sich gegenseitig zuzuhören konnte für die gemeinsame Zielfestlegung ebenfalls positiv genutzt werden. Bei der konkreten Zielformulierung stellte sich die Anwendung einer Zielsetzungshilfe in diesem Forschungsprojekt des Weiteren als notwendig heraus. Durch die Formulierung der Ziele nach der SMART-Regel konnten diese für den vorgegebenen Therapiezeitraum präzisiert und in Absprache mit dem Ehepaar individuell für den Patienten festgelegt werden. Überdies konnte die zuvor durchgeführte Diagnostik mittels AAT (Huber et al. 1983) und ANELT (Blomert u. Buslach 1994) aus fachlicher Perspektive bei der Zielformulierung genutzt werden, um die Realisierbarkeit der Ziele einzuschätzen. Dies war besonders bei der Formulierung des dritten Ziels erforderlich, um dem Patienten die

Grenzen seiner sprachlichen Möglichkeiten sowie die bestehenden Ressourcen aufzuzeigen. Durch den bereits hergestellten Kontakt in der Diagnostikphase konnte zudem ein offener und freier Austausch zwischen dem Ehepaar und der Therapeutin gesichert werden, welcher für die partizipative Zielvereinbarung hohe Relevanz aufwies.

3.6 Durchführung der Therapie

Die Durchführung der Therapie konnte wie geplant an zwei Tagen pro Woche in dem Haus des Ehepaars für jeweils 45 Minuten stattfinden. Da es weder bei der Vorbereitung des Forschungsvorhabens noch bei der partizipativen Zielvereinbarung zu Verzögerungen oder (krankheitsbedingten) Therapieausfällen kam, konnten in dem angedachten Therapiezeitraum sogar zwölf Therapiestunden zur Realisierung der Ziele genutzt werden. Die ersten beiden Therapieeinheiten dienten dabei zur Konkretisierung der Ziele sowie zur Vorbereitung der folgenden Therapieinhalte. Des Weiteren folgte die Auswahl der Therapiemethoden und des Materials durch die Therapeutin (vgl. Schneider 2012c:179, siehe Anhang: Abbildung 1:84). Da alle drei Ziele zunächst sprachliche Leistungen erforderten wurden für die Therapie linguistisch-symptomorientierte Ansätze ausgewählt. Diese stellten sich v.a. für die Arbeit am Wortabruf als angemessen heraus. Für einen möglichen Übertrag in den Alltag wurden des Weiteren kommunikativ-pragmatische Ansätze angedacht. Ergänzend fand die Angehörigenarbeit statt, da Frau L. entweder direkt in die Therapie integriert wurde oder über deren Inhalte und mögliche Verhaltensweisen zur Unterstützung aufgeklärt wurde. Für die Realisierung des dritten Ziels wurde aufgrund der Förderung der Schlüsselwortstrategie zudem ein strategieorientierter bzw. kompensatorischer Ansatz hinzugezogen. Dieser wurde durch die Nutzung einer elektronischen Kommunikationshilfe ebenfalls bei den zwei Zielen zum Wortabruf angewendet. Es fand somit die Ausrichtung der gesamten logopädischen Behandlung auf das Erreichen der drei formulierten Ziele statt. Dabei wurden in den verschiedenen Therapieeinheiten unterschiedliche Vorgehensweisen angewendet sowie eine differierende Schwerpunktsetzung der drei Ziele vorgenommen. Demnach wurden größtenteils alle drei Ziele in jeder Therapiestunde behandelt, teilweise fand jedoch auch die Auswahl eines Ziels statt, um es fokussiert zu bearbeiten. Der Wortabruf der Haushaltsgegenstände und die Förderung der Lesekompetenzen konnten zudem bei manchen Aufgaben verknüpft werden. Im Anschluss an jede Therapiesequenz wurde zusätzlich die Selbsteinschätzung über das Gelingen der Übung durch den Betroffenen gefordert (siehe Kapitel 3.8.1). Eine detaillierte Vorstellung der Therapieinhalte wird im nachfolgenden Kapitel über die Umsetzung der Ziele in der Therapie vorgenommen.

3.7 Umsetzung der Ziele in der Therapie

Im Folgenden werden die verwendeten Therapiemethoden sowie das ausgewählte Material dargestellt. Dabei wird jedes Ziel separat betrachtet und die Therapieinhalte zur Umsetzung beschrieben.

Für das erste Ziel, welches den Abruf der Vornamen von neun Familienmitgliedern beinhaltet, fand zunächst die Erstellung von Karteikarten für die einzelnen Personen statt. Auf der Vorderseite der Karte wurde der Vorname des Familienmitgliedes notiert. Anschließend wurden gemeinsam mit dem Ehepaar drei Kriterien festgelegt, die zur näheren Beschreibung der Person dienen. Auf der Rückseite der Karte wurden die Kriterien „Wohnort“, „Alter“ und „Beschäftigung“ bzw. „Beruf“ formuliert. Zusätzlich fand die Auswahl passender Fotos für die weitere Therapie statt. Dabei zeigte sich das Ehepaar sehr motiviert und wählte gemeinsam die Bilder aus. Im weiteren Therapievorgehen wurden dem Patienten die Fotos der Familienmitglieder nacheinander präsentiert. Dabei variierte die Reihenfolge der Fotos in den Therapiestunden. Die Anforderung an Herrn L. war zunächst der Abruf der Namen unter Einbezug von Hilfestellungen. Dementsprechend wurde zum einen die elektronische Kommunikationshilfe hinzugezogen, in welcher die Familienmitglieder ebenfalls dargestellt sind. Da die Namen dort in schriftlicher Form vorliegen und durch das jeweilige Antippen laut verbalisiert werden, konnten mehrere Modalitäten mit einbezogen werden. Zum anderen wurden die Karteikarten genutzt, um eine Deblockierung durch das Nennen der Kriterien zu erreichen. Zu Beginn der Therapie nahm der Wortabruf dabei sehr viel Zeit in Anspruch. Durch das frequente Üben, welches neben der Therapie von der Ehefrau durch die Betrachtung der Fotos außerhalb der Stunden unterstützt wurde, konnten in einem kurzen Zeitraum Fortschritte erreicht werden. Daher konnte des Weiteren ein Abbau der Hilfestellungen erfolgen. Herrn L. war es somit beispielsweise möglich die Namen nur durch die reine Intention des Antippens einer Person abzurufen. Schließlich gelang ihm der Wortabruf größtenteils ohne das Hinzuziehen der elektronischen Kommunikationshilfe. Es wurde jedoch deutlich, dass ihm der Abruf der Namen seiner Töchter besonders schwer fällt. Zusätzlich beinhalten beide Namen eine Konsonantenverbindung, die die Produktion des Wortes aufgrund der bestehenden Sprechapraxie für Herrn L. sehr mühsam machte. Somit wurden die beiden Namen nochmal separat durch z.B. gemeinsames Sprechen oder frequente Wiederholungen geübt. Am Ende der Therapie zeigte sich ein verbesserter Wortabruf, da Herr L. die Namen aufschreiben konnte. Die sprachliche Produktion war aufgrund der Wortstruktur jedoch weiterhin erschwert. Da der Abruf der meisten Namen größtenteils jedoch gut gelang, wurde in den Therapieeinheiten teilweise der Übertrag in die Spontansprache

begonnen, wenn die Situation es ergab. Es war somit in manchen Stunden erforderlich seine Ehefrau für die nachfolgende Sequenz oder für Terminabsprachen in das Wohnzimmer zu bitten. Das Rufen ihres Namens wurde dabei an Herrn L. übertragen. In einer Therapieeinheit war es zudem möglich seine Tochter sowie deren Kinder in die Therapie einzubeziehen. Insgesamt lässt sich aus fachlicher Perspektive herausstellen, dass das formulierte Ziel größtenteils in der Therapiesituation erreicht werden konnte. In der letzten Therapieeinheit wurden zufällig drei Namen von der Ehefrau ausgelost, welche der Patient korrekt benennen konnte. Es ist jedoch hervorzuheben, dass die Namen der Töchter bei der Losung nicht ausgewählt wurden. Laut fachlicher Einschätzung fällt dem Patienten die Produktion dieser Vornamen aufgrund der Sprechapraxie allerdings immer noch schwer, sodass das Ziel unter Einbezug dieses Aspektes nicht vollständig erreicht werden konnte. Der Wortabruf der Namen, insbesondere das Nennen des Vornamens seiner Ehefrau, gelang am Ende der Therapie jedoch schneller und schien weniger anstrengend für Herrn L. zu sein.

Für das zweite Ziel, mit welchem ein verbesserter Wortabruf von Haushaltsgegenständen angestrebt wurde, fand zunächst eine Testung mittels selbsterstelltem Screening statt. Dabei sollte Herr L. 20 ausgewählte Objekte anhand einer bildlichen Darstellung frei benennen. Aufgrund der Resultate (11 aus 20 Items, in elf Minuten) wurde der Wortabruf durch unterschiedliches Material geübt. Dabei wurde sowohl der verbale Abruf der Objekte als auch das schriftliche Benennen einbezogen. Des Weiteren wurde mit Satzergänzungen gearbeitet und Wort-Bild Zuordnungen genutzt. Um die geforderten Begriffe nicht ausschließlich mit einem Bildmaterial zu verknüpfen, wurden die Bilder zudem variiert und zusätzlich Realgegenstände hinzugezogen. Dabei wurden sowohl Spielzeuggegenstände (z.B. Material aus dem Puppenhaus) als auch reale Objekte aus dem Haushalt von Frau und Herrn L. verwendet. Die Unterstützung der Ehefrau konnte bei diesem Ziel für die Bereitstellung des Materials genutzt werden. In den einzelnen Therapiesequenzen vermittelte Herr L. jedoch sehr deutlich, dass er es vorziehe den Wortabruf ohne die Anwesenheit seiner Frau zu üben. Da der Patient ohne den Leistungsdruck wesentlich ruhiger und konzentrierter zu sein schien, wurde vereinbart, dass Frau L. sich während dieser Sequenzen einer anderen Tätigkeit zuwendet. Am Ende der Stunden folgte jedoch ein gemeinsames Gespräch, in welchem Frau L. von dem Patienten und der Therapeutin über die Inhalte der Sequenz aufgeklärt wurde. Schließlich folgte nach der Beendigung der Therapiezeit die zweite Testung durch das selbsterstellte Screening. Dabei gelang es dem Patienten 17 der 20 Begriffe in sechs Minuten zu benennen. Das Ziel mindestens vier Objekte mehr in einem zwei Minuten kürzerem Zeitraum zu produzieren, konnte demnach erreicht und sogar übertroffen werden.

Für die Realisierung des dritten Ziels, welches die Förderung der Schlüsselwortstrategie beim Lesen kurzer Satzkombinationen beinhaltete, wurde zu Beginn der Therapie zudem ein kurzes Screening für das Lesen auf Satzebene erstellt und mit Herrn L. durchgeführt. In dem Screening wurde eine Satz-Bild Zuordnung gefordert. Auf einem Arbeitsblatt wurden demnach drei Satzkombinationen, bestehend aus jeweils drei Sätzen formuliert und durch entsprechende Bilder ergänzt. Für Herrn L. bestand die Anforderung die Sätze, welche nur durch veränderte Schlüsselwörter differierten, dem dazugehörigen Bild zuzuordnen. Dabei gelang ihm vor der Therapie die korrekte Zuordnung von acht aus zwölf möglichen Items. In den folgenden Therapiesequenzen wurde zunächst das Lesen einzelner Sätze anhand der entsprechenden Schlüsselwörter fokussiert. Dafür wurden beispielsweise Lückensätze und Satzergänzungen sowie weitere Satz-Bild Zuordnungen verwendet. Da die Anwendung der Schlüsselwortstrategie beim Lesen einzelner Sätze gut gelang, folgte das Hinzuziehen kurzer Satzkombinationen. Diese konnten bis zu einem kurzen Text, bestehend aus vier Sätzen mit einer Subjekt-Prädikat-Objekt Struktur ausgeweitet werden. Das Lesesinnverständnis der Texte wurde anschließend durch Entscheidungsfragen geprüft. Dabei zeigte Herr L. sich bei der Reaktion auf die Fragen größtenteils sicher und wählte gezielt die adäquaten Antworten aus. Die Anwesenheit seiner Ehefrau akzeptierte er bei diesen Therapiesequenzen sofort. Er nutzte v.a. in den ersten Stunden auch die Hilfestellungen beim Lesen, die seine Frau, nach der Beratung durch die Therapeutin, gab. Da hierbei jedoch sprachliche Leistungen vordergründig waren und weniger kommunikative Fähigkeiten in der Interaktion mit der Ehefrau betrachtet wurden, nahm Frau L., auch auf eigenen Wunsch, nur an einigen Sequenzen teil. Am Ende der Therapie fand für die Überprüfung dieses Ziels ebenfalls die erneute Durchführung eines Screenings statt. Dieses wurde in gleicher Weise gestaltet, wie die Testung vor der Therapie, beinhaltete jedoch andere Items, um Lerneffekte beim Resultat auszuschließen. Die Ergebnisse zeigten Fortschritte bei der Anwendung der Schlüsselwortstrategie, da Herr L. alle zwölf Items korrekt zuordnen konnte. Das dritte Ziel wurde in der Therapiesituation somit ebenfalls erreicht.

3.8 Evaluation des Vorgehens

Die Evaluation des Vorgehens konnte, wie vorgesehen, zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Forschungsprojektes stattfinden. Das Gelingen der einzelnen Therapiesequenzen wurde somit während der Therapiestunden bewertet. Am Ende des Forschungsvorhabens fand zudem die Evaluation des gesamten Vorgehens in einem Abschlussgespräch statt. Die daraus resultierenden Ergebnisse werden in den folgenden zwei Kapiteln vorgestellt.

3.8.1 Bewertung während der Therapieeinheiten

Herr L. wurde nach jeder Therapiesequenz gebeten die eigenen Leistungen auf einer Skala einzuschätzen. Ausgewählt wurde dafür die Smiley-Skala, welche bereits beim Ausfüllen des PKFs zur Verbildlichung der Rating-Skala diente. Im Gegensatz zu bestehenden Zielerreichungsskalen wie der Goal Attainment Scaling (GAS) (vgl. Schaefer 2015:3ff), erschien die Anwendung der Smiley-Skala für den Patienten angemessen, da sie besser an seine sprachlichen Leistungen angepasst ist. Es wurde demnach angenommen, dass das Zeigen auf fünf verschiedene Smileys den Betroffenen bei der Evaluation unterstützt und die Bewertung aufgrund der simplen Darstellung erleichtert.

Nach jeder Therapiesequenz folgte somit die Selbsteinschätzung durch den Betroffenen. Diese Bewertungen wurden von der Therapeutin notiert und am Ende des Forschungshabens zu den jeweiligen Zielen in einem Diagramm dargestellt.

Der Verlauf der Bewertungen für das erste Ziel ist aus der folgenden Graphik ersichtlich:

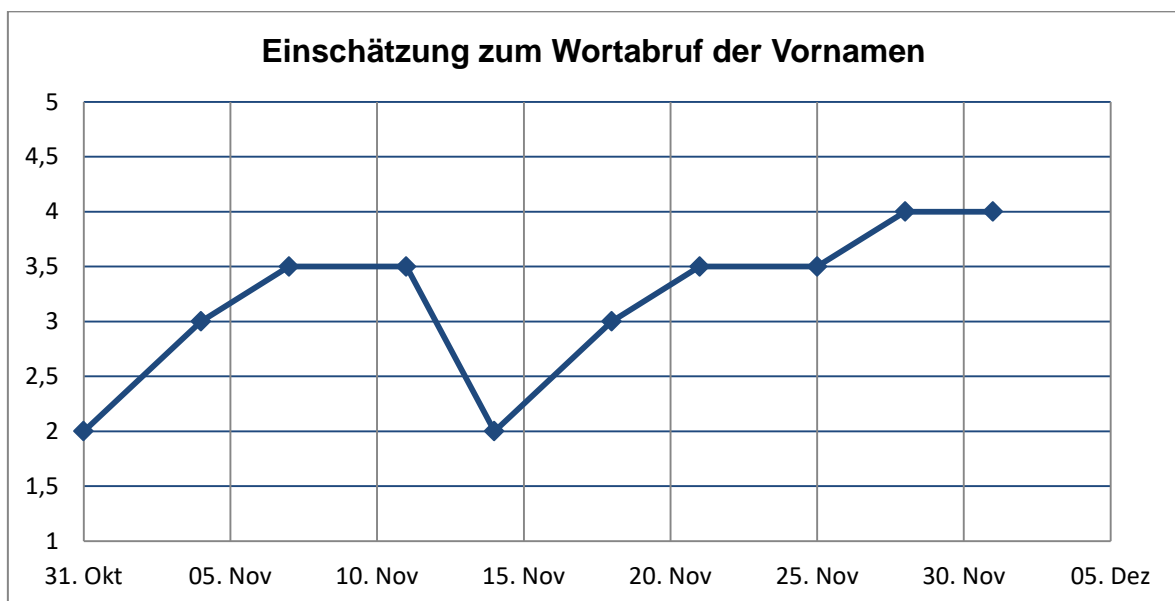


Abbildung 6: Selbsteinschätzung Herrn L.s zur Realisierung des ersten Ziels (eigene Darstellung)

Die Darstellung zeigt auf der Y-Achse die Bewertungen durch die Smiley-Skala, welche entsprechenden Werten von 1 bis 5 zugeordnet werden können. Der Wert 1 repräsentiert dabei die Aussage, dass die Therapiesequenz nicht gut gelungen ist, der Wert 5 bedeutet, dass die Sequenz sehr gut bewältigt werden konnte. Die Kommazahlen (z.B. 3,5) resultieren aus den Einschätzungen, die zwischen zwei Smileys bzw. Werten liegen. Auf der X-Achse ist der zeitliche Verlauf der Therapieeinheiten zu erkennen. Dieser beginnt mit der ersten Therapiestunde in der der Wortabruf der Vornamen geübt wurde und wird durch Fünf-tages-Schritte fortgesetzt. Es ist somit ersichtlich, dass Herr L. das Gelingen des Abrufs der Namen in der ersten Stunde mit dem Wert 2 bewertete. In den

anschließenden drei Stunden konnte seiner Einschätzung nach eine Steigerung bis zum Wert 3,5 erfolgen. In der nachfolgenden Therapieeinheit zeigte Herr L. sich insgesamt sehr unkonzentriert und konnte den Therapieinhalten nur mit Mühe folgen. Daher resultierte bei der anschließenden Bewertung der Wert 2. Im Gespräch vermittelte Herr L., dass er am folgenden Tag einen alten Kollegen treffe, den er schon seit langer Zeit nicht mehr gesehen habe. Da er so erfreut darüber sei, könne er die Aufmerksamkeit schlecht auf die Therapie lenken. In den weiteren Stunden verdeutlichten die Einschätzungen von Herrn L. jedoch eine Verbesserung des Wortabrufs, da durch die Bewertungen von 3 über 3,5 bis zum Wert 4 ein Anstieg erkennbar ist. Insgesamt lässt sich aus der Graphik entnehmen, dass Herr L. seine Leistungen im Wortabruf der Vornamen am Ende der Therapie besser einschätzt, als zu Beginn der Behandlung. Die Beurteilung des 14.11.16 ist dabei weniger stark zu werten, da eine Begründung für das abgelenkte Verhalten des Patienten besteht.

Die Einschätzungen von Herrn L. über das Gelingen der Therapiesequenzen zur Realisierung des zweiten Ziels wurden ebenfalls in einer Abbildung dargestellt:

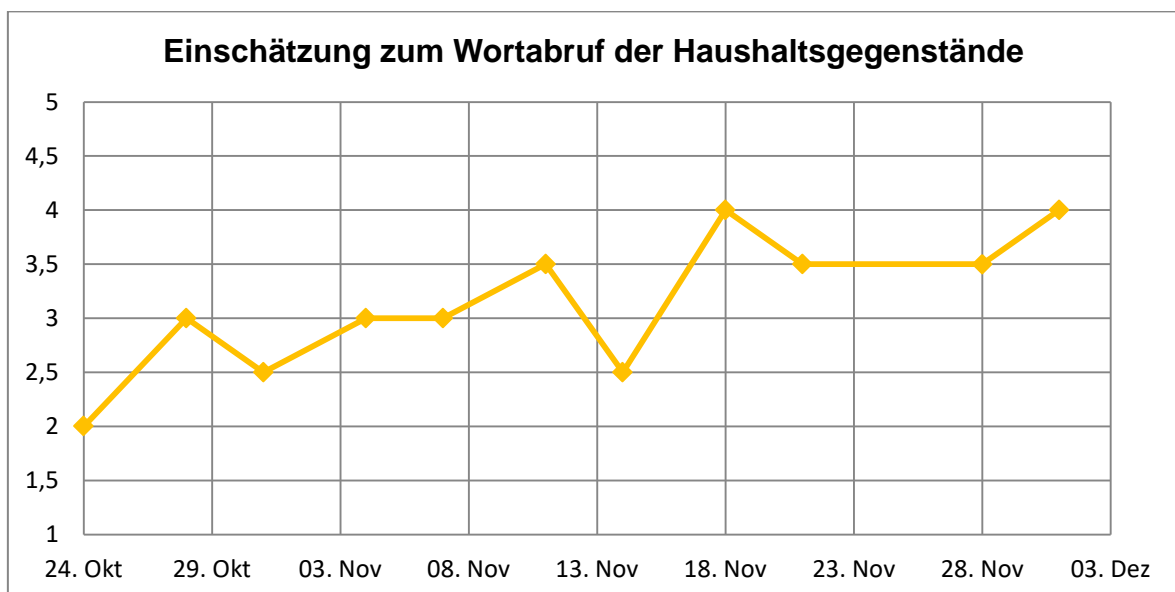


Abbildung 7: Selbsteinschätzung Herrn L.s zur Realisierung des zweiten Ziels (eigene Darstellung)

In den Therapieeinheiten wurde das Vorgehen zur Selbstbeurteilung in identischer Weise durchgeführt, wie bei den Einschätzungen zum ersten Ziel. Somit resultiert die gleiche Beschriftung der Diagrammachsen. Da der Wortabruf von Haushaltsgegenständen bereits am 24.10.16 thematisiert wurde, beginnt die X-Achse jedoch bei diesem Datum. Der Graphik ist zu entnehmen, dass die Selbsteinschätzung von Herrn L. in der ersten Stunde ebenfalls bei dem Wert 2 lag. In den anschließenden fünf Stunden bewertet er das Gelingen der Therapiesequenzen mit leichten Abweichungen, die um den Wert 3 (von 2,5 bis 3,5) schwanken. Am 14.11.16 zeigt sich auch hier eine schlechtere Beurteilung, die

durch die Unkonzentriertheit von Herrn L. in der Therapiestunde begründet wurde. In den anschließenden vier Therapieeinheiten schätzte der Patient das Gelingen der Sequenzen mit den Werten 3,5 und 4 wieder besser ein. Insgesamt wird aus dieser Graphik somit ebenfalls ersichtlich, dass Herr L. die eigenen Leistungen beim Wortabruf von Haushaltsgegenständen am Ende der Therapie besser bewertete als zuvor.

Die Einschätzungen zum dritten Ziel, in welchem die Förderung der Schlüsselwortstrategie beim Lesen angestrebt wurde, konnten in dem folgenden Diagramm visualisiert werden:

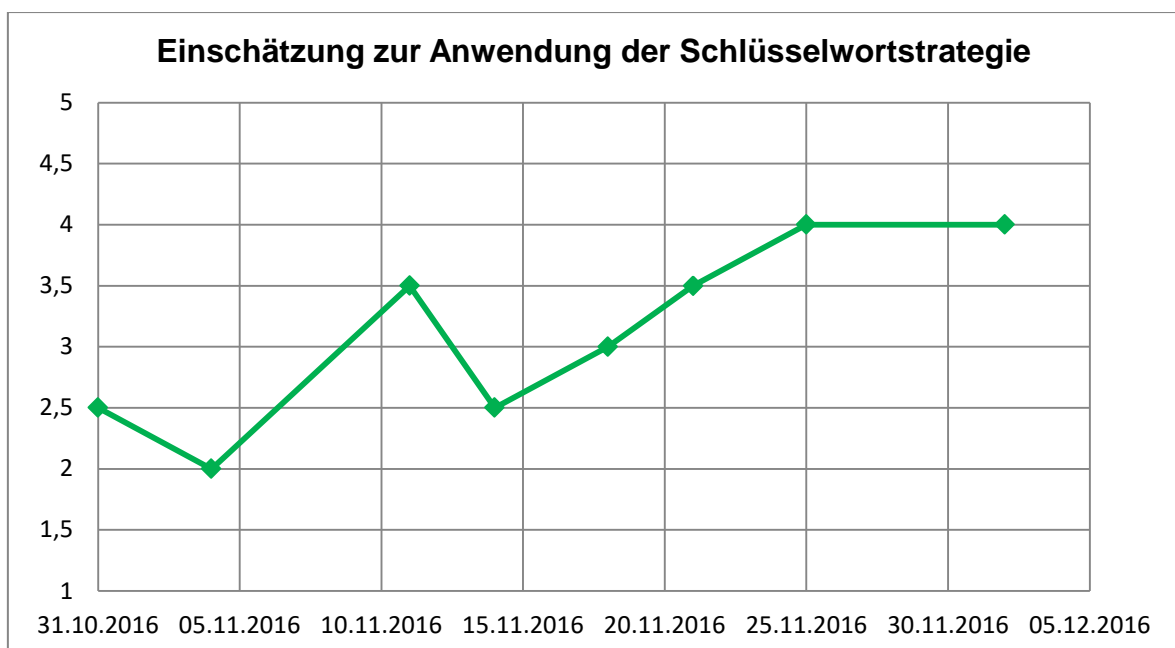


Abbildung 8: Selbsteinschätzung Herrn L.s zur Realisierung des dritten Ziels (eigene Darstellung)

Wie bei den vorhergehenden Abbildungen ergibt sich auch hier die gleiche Achsenbeschriftung, die aus dem identischen Evaluationsvorgehen resultiert. In der Graphik wird deutlich, dass Herr L. seine Leistungen in den ersten beiden Stunden mit dem Wert 2,5 bzw. 2 bewertete. In der dritten Therapieeinheit beurteilte er das Gelingen der Sequenz besser und vergab den Wert 3,5. Anschließend ist auch in dieser Abbildung ein Einbruch des Graphen am 14.11.16 zu erkennen, dem dieselbe Ursache zugrunde liegt, wie den zuvor beschriebenen Diagrammen. Danach folgt ein kontinuierlicher Anstieg der Bewertungen von Wert 3 bis 4. Es lässt sich somit auch bei der Selbsteinschätzung zur Realisierung des dritten Ziels erkennen, dass Herr L. die eigenen Leistungen nach der logopädischen Behandlung besser beurteilte, als vor Beginn der Intervention.

Zusammenfassend ist den Selbstbewertungen aller drei Ziele zu entnehmen, dass Herr L. im zeitlichen Verlauf der Therapie eine Leistungssteigerung in den verschiedenen Bereichen wahrgenommen hat. Dabei konnte das Optimum seiner Einschätzung nach noch nicht erreicht werden, der Höchstwert 4 zeigt jedoch einige Veränderungen auf.

3.8.2 Bewertung durch ein Abschlussgespräch

Das Abschlussgespräch konnte entsprechend der Struktur des Gesprächleitfadens (siehe Kapitel 2.5.2, siehe Anhang: Tabelle 2:102) mit dem Ehepaar durchgeführt werden. Wie vorgesehen, war die Dauer einer Therapiestunde angemessen, um das Forschungsprojekt zu reflektieren und schließlich zu bewerten. Als Erinnerung wurde zunächst eine Zusammenfassung des gesamten Vorgehens gegeben. Anschließend wurde verdeutlicht, dass im Gespräch sowohl das Erreichen der Ziele besprochen werden als auch eine Evaluation des Forschungsprojektes stattfinden soll. Im zweiten Gesprächsabschnitt wurden daher zu Beginn die drei aufgestellten Ziele von der Therapeutin vorgelesen. Danach folgten die gemeinsame Betrachtung der einzelnen Ziele sowie der Austausch über deren Realisierung in der Therapiesituation. Dafür wurden auch die Graphiken hinzugezogen, die die Selbsteinschätzung des Patienten hinsichtlich des Gelingens der einzelnen Therapiesequenzen darstellen (siehe Kapitel 3.8.1). Im Austausch über das Erreichen der Ziele hielt sich die Therapeutin zunächst zurück, um die eigene Meinung der Ehepartner zu erhalten. Im Anschluss verdeutlichte sie jedoch ebenfalls ihre Einschätzungen zu den drei Zielen. Die Realisierung des ersten und dritten Ziels wurde von den Ehepartnern ausgiebig besprochen. Es zeigte sich, dass beide mit der fachlichen Einschätzung übereinstimmten (siehe Kapitel 3.7). Beim ersten Ziel stellte Herr L. heraus, dass die sprachliche Produktion der Vornamen seiner Töchter in vielen Therapiestunden sehr schwierig war, sodass das erste Ziel noch nicht vollständig erreicht werden konnte. Beim dritten Ziel kam das Ehepaar zu dem Resultat, dass die Anwendung der Schlüsselwortstrategie besser gelingt als vorher und das Ziel somit erreicht wurde. Nachdem die Therapeutin das zweite Ziel vorlas und die Nennung der jeweiligen Werte aus dem Screening erfolgte, erklärten beide sofort, dass das Ziel in der Therapiesituation gut umgesetzt werden konnte. Da dieses Ziel besonders konkrete Messdaten enthielt und Herr L. deutliche Verbesserungen im Wortabruf zeigte, benötigte das Ehepaar keinen weiteren Austausch über dessen Realisierung. Nach dem Gespräch über das Erreichen der Ziele in der Therapiesituation wurden von der Therapeutin daraus resultierende Veränderungen im Alltag erfragt. Frau L. gab an, dass die Therapieinhalte in der alltäglichen Kommunikation weniger deutlich werden. Ihr sei jedoch aufgefallen, dass Herr L. vereinzelt auf die Nennung ihres Namens achte und sich um die sprachliche Produktion bemühe. Veränderungen, die aus dem zweiten Ziel resultieren, habe sie nicht wahrgenommen. Da die nonverbale Verständigung sowie die Antwort mit Entscheidungsfragen oftmals weniger anstrengend für Herrn L. sei als der Wortabruf, nutze er v.a. diese Elemente in Gesprächssituationen. Wenn er Besuch von Freunden oder Bekannten bekomme, sei ihm der sprachliche Austausch jedoch wichtiger, sodass er

sich stärker auf den Wortabruf konzentriere. Verbesserungen habe sie dabei aber (noch) nicht bemerkt. Veränderungen durch die Förderung der Schlüsselwortstrategie habe Frau L. nicht wahrnehmen können, diese seien für sie allerdings auch schwer erkennbar. Herr L. hatte bei direkter Nachfrage durch die Therapeutin keine weiteren Anregungen zu eventuell bestehenden Transferleistungen und schloss sich den Aussagen seiner Ehefrau an. Anschließend folgte die Bewertung des partizipativen Vorgehens bei der Therapieplanung. Dafür wurde zunächst die Meinung des Ehepaars zu der Verwendung des PKFs erfragt. Frau L. erklärte, dass das Hinzuziehen des Fragebogens ihrer Ansicht nach grundsätzlich bei der Zielvereinbarung hilfreich sein könne, die Verwendung in ihrem Fall jedoch nur bedingt erfolgreich gewesen sei. Sie fügte hinzu, dass sie sich die Verwendung besser für einen Patienten vorstellen könne, der mobiler sei und mehr sprachliche Ressourcen habe. Somit würde der Bogen weniger Pseudosituationen enthalten. Herr L. nickte bei diesem Aspekt zustimmend, verdeutlichte jedoch, dass das Ausfüllen des PKFs interessant gewesen sei, um einen Vergleich der Einschätzungen zwischen den Ehepartnern zu erhalten. Bei der anschließenden Gegenüberstellung der Methoden durch die Therapeutin erklärten beide Ehepartner, dass das Gespräch wesentlich zielführender gewesen sei, als die Verwendung des PKFs. Es sei zudem gewinnbringend gewesen sich über die sprachlichen Ressourcen und Einschränkungen des Patienten offen auszutauschen und die eigenen Ansichten darzustellen. Insgesamt würden beide die partizipative Zielfindung der paternalistischen Arbeitsweise vorziehen. Bei der Frage nach möglichen Vor- und Nachteilen der partizipativen Vorgehensweise verdeutlichten beide, dass aus ihrer Sicht nur die bereits genannten Vorteile bestünden und es keine Nachteile gebe. Das partizipative Vorgehen sei trotz der langen Therapieerfahrung neu für sie gewesen und habe sie positiv überrascht. Im weiteren Gespräch fand ein Austausch über die Inhalte der Therapiestunden statt, die nach der Beendigung des Forschungsprojektes folgten. Da die Therapeutin den Patienten zukünftig von ihrer Kollegin übernehmen kann, wurde mit dem Ehepaar besprochen, ob an das Forschungsprojekt angeknüpft werden oder neue Ziele definiert werden sollen. Dabei gaben beide an, dass der Abruf der Vornamen der Familienmitglieder weiterhin Bestandteil der Therapie sein solle, um den Transfer zu verfolgen. Der Wortabruf von Haushaltsgegenständen solle ebenfalls weiter geübt werden. Frau L. schlug vor die 20 ausgewählten Begriffe mit Badezimmerutensilien zu ergänzen, da Herr L. im Gespräch mit dem Pflegedienst oftmals bemüht sei entsprechende Objekte zu benennen. Herr L. reagierte sehr positiv auf die Idee seiner Frau und stimmte zu. Des Weiteren zeigte er sich motiviert, die erarbeiteten Haushaltsgegenstände in Alltagsgesprächen mit seiner Frau zu benennen. Zu den Modalitäten Lesen und Schreiben verdeutlichte Herr L., dass er einerseits weiterhin an der Schlüsselwortstrategie arbeiten wolle, ihm andererseits

jedoch auch das Anknüpfen an die Therapieinhalte wichtig sei, die vor dem Forschungsprojekt erarbeitet wurden. Demnach wünsche er sich weiter am Schreiben kurzer Sätze zu arbeiten, die u.a. eine Adjektivergänzung erfordern. Als Beispiel zeigte er dazu auf einen Satz aus seiner Übungsmappe, welcher sich aus einer Subjekt-Prädikat Struktur zusammensetzte („Der Mann ist krank“). Herr L. gab an, dass es auf diese Weise möglich sei sowohl die schriftlichen Leistungen weiter zu fördern als auch das Verständnis von Adjektiven, welches u.a. für das Lesen kurzer Zeitungsartikel relevant sei. Nach der Festlegung der neuen Therapiebereiche wurde erfragt, ob beide im anschließenden Therapieverlauf ein regelmäßiges Zielsetzungsgespräch als sinnvoll erachten. Beide gaben an, dass sie sich die partizipative Zielvereinbarung weiterhin wünschen, die Abstände zwischen den einzelnen Gesprächen jedoch ausreichend lang sein sollten, um die Ziele zu realisieren. Daher wurde gemeinsam der Zeitraum von ca. drei Monaten festgelegt, nach welchem wieder ein Austausch stattfinden soll. Weitere Anregungen für das generelle Aufstellen der Ziele oder das gesamte Vorgehen hatte das Ehepaar nicht. Das konkrete Formulieren der neuen Ziele nach der SMART-Regel wurde für die kommende Therapiestunde angesetzt und ist momentan noch ausstehend.

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Methoden und des Materials

Im folgenden Kapitel werden die Auswahl der Methoden sowie das verwendete Material kritisch betrachtet. Der für das Forschungsvorhaben gewählte Mixed-Methods Ansatz mit sequentiell Design schien generell für das Projekt angemessen zu sein, da die quantitativen Daten die Basis für das folgende Gespräch bildeten. Durch den Austausch über die PKF-Bögen gelang der Einstieg in das gemeinsame Zielfindungsgespräch. Das Ehepaar hatte die Möglichkeit alltägliche Kommunikationssituationen zu reflektieren und die Ansicht des Ehepartners kennen zu lernen. Die Therapeutin konnte durch das Gespräch über die PKF-Bögen zudem weitere Informationen über das Zusammenleben von Frau und Herrn L. generieren. Das Mixed-Methods Design ermöglichte, wie von Kuckartz (2014:54) formuliert, eine umfangreichere Datenerhebung unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte. Insgesamt ist jedoch herauszustellen, dass v.a. die qualitative Methodik des Gesprächs die Realisierung der partizipativen Zielsetzung in diesem Forschungsprojekt ermöglichte. Dies lässt sich primär durch die hohe Anzahl an Pseudosituationen in den PKF-Bögen begründen, welche für die alltägliche Kommunikation von Herrn L. keine Relevanz hatten. Der freie Austausch zwischen den

Ehepartnern und der Therapeutin war somit von großer Bedeutung, um Themenbereiche festzulegen und schließlich konkrete Ziele zu formulieren. Im Abschlussgespräch mit dem Probandenpaar wurde zudem deutlich, dass beide den offenen Austausch befürworten und das Einbringen eigener Ideen positiv werten. Ein gemeinsames Gespräch scheint für den Prozess der partizipativen Zielfindung demnach wesentlich zu sein. Der Einsatz des verwendeten Fragebogens soll im Folgenden nochmal näher betrachtet werden. Der PKF wurde für das Vorhaben ausgewählt, da die 46 Items sehr konkrete Kommunikationssituationen darstellen. Dieser Aspekt schien vorteilhaft für die Modifikation als Betroffenenversion zu sein, um dem Patienten das Verständnis der Items zu erleichtern. Da sich bei der Bearbeitung des Fragebogens mit dem Patienten zeigte, dass trotz der konkreten Situationen teilweise Sprachverständnisschwierigkeiten auftraten, bzw. vereinzelt das Hineinversetzen in reale alltägliche Situationen nicht gelang, scheinen allgemeinere Formulierungen bei den Items noch weniger angemessen zu sein. Die weiteren Fragebögen, die auf der Seite der schweizerischen Aphasiegesellschaft gesichtet wurden, enthalten jedoch unpräzise Items, die die realistische Einschätzung für den Betroffenen vermutlich erschweren. Somit ist anzunehmen, dass ein Patient sich eine Gesprächssituation mit dem Ehepartner vor einem Café besser vorstellen und dementsprechend auch eine adäquate Bewertung dieser Situation vornehmen kann, als beispielsweise die allgemeine Beantwortung der Frage aus dem CAL: „Wie gut und flüssig sprechen Sie mit einem Freund/Familienmitglied?“ (Pulvermüller et al.). Hinsichtlich dieses Aspekts scheint der PKF angemessen für das Forschungsvorhaben gewesen zu sein. Auch die Modifikation der einzelnen Formulierungen stellte sich als zielführend heraus, um die Kommunikationsfähigkeiten in der Gesamtheit zu erfassen. Für die Festlegung der Therapieziele konnte der PKF jedoch nicht ausreichend genutzt werden. Aufgrund der hohen Anzahl an Pseudosituationen eignete sich der Bogen bei diesem Probandenpaar nicht, wie vorgesehen, als Basis für die partizipative Zielfindung.

Generell entsprach die Patientenauswahl der Zielgruppe des Forschungsprojektes. Grundgedanke für das Vorhaben war die partizipative Zielvereinbarung mit einem Aphasie-Patienten, der sich in der chronischen Phase befindet und im Alltag mit seinem Ehepartner zusammenlebt. Dieses Kriterium erfüllte das Ehepaar vollständig. Zudem konnte das Vorhaben trotz der sprachlichen Einschränkungen des Patienten, auch aufgrund seiner nonverbalen Fähigkeiten, gut realisiert werden. Es zeigte sich jedoch, dass noch stärkere Beeinträchtigungen im Sprachverständnis für die Bearbeitung des Fragebogens hinderlich gewesen wären. Für Patienten mit erheblichen Einschränkungen auf allen Ebenen, z.B. Betroffene mit schwerer globaler Aphasie, scheint das

angewendete Vorgehen somit nicht angemessen zu sein. Aufgrund dessen, dass das Forschungsprojekt lediglich an einem Ehepaar durchgeführt wurde, ist die Übertragbarkeit auf andere Patienten ohnehin nicht möglich. Da in den PKF-Bögen verschiedene Situationen abgefragt werden, die sich innerhalb der ICF der Aktivitäten- bzw. Partizipationsebene sowie den Kontextfaktoren zuordnen lassen, ergeben sich bei der Beantwortung des Fragebogens sehr individuelle Ergebnisse und subjektive Einschätzungen. Diese werden für die spätere Zielfindung zwar benötigt, erschweren jedoch den Übertrag auf weitere Patienten. Es bleibt somit offen, ob der PKF bei einem anderen Patienten, der beispielsweise eine höhere Mobilität aufweist oder mehr verbale Äußerungen nutzen kann, zielführend für das partizipative Vorgehen gewesen wäre.

Des Weiteren zeigte sich, dass die Reliabilität des PKFs bei der Einschätzung durch das Ehepaar eher gering war, da die Probanden ihre Beurteilungen im Gespräch über differierende Bewertungen teilweise revidierten. Zudem ist nicht vollständig auszuschließen, dass die Einschätzungen des Betroffenen durch die Anwesenheit der Therapeutin beeinflusst wurden. Die Umformulierungen der PKF-Items, die zur Sicherung des Sprachverständnisses teilweise nötig waren, könnten trotz neutraler Formulierung bei einigen Situationen Hinweise auf die Ansicht der Therapeutin gegeben haben. Da die Bewertungen des Patienten jedoch insgesamt positiver ausfielen, als die Einschätzungen der Logopädin, scheint Herr L. sich bei der Beurteilung der Items mehr auf die inhaltliche Darstellung konzentriert zu haben, als auf Hinweise, die beispielsweise aus der Prosodie entnommen werden könnten.

Einen wesentlichen Aspekt stellte überdies die Vorbereitung des Forschungsprojektes dar. Durch die zuvor durchgeführte neurolinguistische und pragmatisch-funktionale Diagnostik war es der Therapeutin möglich, einen Überblick über die sprachlich-kommunikativen Ressourcen und Einschränkungen des Patienten zu bekommen. Dies war v.a. für die realistische Einschätzung bei der Erreichbarkeit der Ziele notwendig. Die Realisierung des Forschungsvorhabens fand somit unter Einbezug verschiedener Voraussetzungen statt, die eine hohe Relevanz für das Gelingen der partizipativen Zielvereinbarung aufwiesen. Eine umfassende Diagnostik sowie die Vorbereitung des partizipativen Vorgehens, insbesondere die Planung des Zielsetzungsgesprächs und der stetige Austausch mit dem Probandenpaar, bildeten demnach die Grundlage für den gesamten Prozess.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel folgt die Diskussion der Ergebnisse. In dem Forschungsprojekt zeigte sich, dass die PKF-Bögen zwar als Einstieg in das Zielfindungsgespräch genutzt werden konnten, sich in diesem Fall jedoch nicht zur direkten Ableitung der Ziele eigneten. Durch die Einschätzungen der Items in den PKF-Bögen konnten dennoch die Ansichten der beiden Ehepartner erhoben werden und ein anschließender Vergleich stattfinden. Dieser verdeutlichte, dass die Bewertungen der Ehepartner größtenteils sehr ähnlich waren und sie das Gelingen verschiedener Kommunikationssituationen oftmals gleich einschätzten. Die wenigen Situationen, die von beiden mit stark abweichenden Punktwerten bewertet wurden, konnten im Austausch besprochen werden. Die Ansichten der beiden Ehepartner ließen sich demnach sowohl bei der Auswertung der PKF-Bögen als auch im folgenden Gespräch über die Festlegung konkreter Ziele gut miteinander vereinbaren. Es zeigte sich im Zielsetzungsgespräch, dass die Bereitschaft des Ehepaars für einen offenen Austausch und das eventuelle Eingehen von Kompromissen besonders bedeutsam sind. In dem Gespräch war es zudem möglich gemeinsam drei Therapieziele zu formulieren. Bei der Suche nach relevanten Themenbereichen wurde jedoch deutlich, dass die Wünsche des Patienten eher sprachliche Leistungen betrafen, als kommunikative Fähigkeiten. Konkrete Kommunikationssituationen im Alltag, die in der Therapie hätten erprobt werden können, nannte das Ehepaar nicht. Da dies eine sehr hohe Anforderung an beide Ehepartner darzustellen schien, hätte bei der Planung des Projektes möglicherweise eine bessere Vorbereitung des Ehepaars auf die Zielsetzung stattfinden können. Vor der Durchführung der Diagnostik, ca. zwei Wochen vor dem Beginn des eigentlichen Forschungsprojektes, wäre somit eine detaillierte Aufklärung über die Inhalte des Zielsetzungsgesprächs denkbar gewesen. Zu diesem Zeitpunkt hätte die Therapeutin bereits den Hinweis an das Ehepaar geben können, im Alltag aufmerksam für (nicht) gelingende Kommunikationssituationen zu sein. Dadurch hätte sich die Möglichkeit geboten diese Situationen zu notieren, um später relevante Themenbereiche zu finden. In diesem Forschungsprojekt war es somit bedeutsam einen Alltagsbezug für die genannten sprachlichen Leistungen herzustellen, damit das Ehepaar im Alltag von den Therapieinhalten profitieren kann. Dies konnte aufgrund der zeitlichen Begrenzung des Projektes jedoch noch nicht während der Durchführung erreicht werden. Die Ziele konnten dementsprechend zwar größtenteils in der Therapiesituation realisiert werden, der Transfer ist allerdings noch ausstehend. Da die formulierten Ziele zunächst die Förderung der sprachlichen Kompetenzen voraussetzten, erfolgte der Einbezug der Ehefrau zudem in geringerem Maß als zuvor geplant. Des Weiteren zeigte sich, dass der Betroffene die Anwesenheit seiner Ehefrau teilweise nicht befürwortete, da dieses zu einem höheren

Leistungsdruck seinerseits führte. Daher ist bei dem Einbezug der Angehörigen ein sensibler Umgang erforderlich, der die Bedürfnisse beider Seiten vereinbart. Dies konnte im Forschungsvorhaben durch gemeinsame Gespräche und die Aufklärung der Ehefrau über die Therapieinhalte erreicht werden. Die neutrale Rolle der Therapeutin war dafür sehr bedeutsam. Dies zeigte sich auch bei der Formulierung der Ziele, welche hinsichtlich der realistischen Durchführbarkeit kontrolliert wurden. Es war dementsprechend notwendig, dass die Therapeutin die Realisierbarkeit anhand der objektiven Daten, die aus der Diagnostik gewonnen werden konnten, prüft. Durch den stetigen Austausch mit dem Ehepaar gelang auch die Vereinbarung der subjektiven Ansichten der Ehepartner mit der Expertenperspektive. Dementsprechend war bei der abschließenden Evaluation des Vorgehens ebenfalls ein offenes Gespräch zwischen allen Beteiligten möglich. Dieses konnte genutzt werden, um den Prozess der partizipativen Zielfindung zu reflektieren und die Ansichten der Probanden zu erfragen. Des Weiteren wurde u.a. anhand der Bewertungen des Betroffenen aus den einzelnen Therapiesequenzen geprüft, ob die aufgestellten Ziele realisiert werden konnten. Dabei zeigte sich bei den drei formulierten Zielen, dass im Therapiezeitraum Verbesserungen erreicht werden konnten. Durch die Visualisierung der Einschätzungen von Herrn L. konnten seine Leistungen im Therapieverlauf patientennah aufgezeigt werden. Die Nachhaltigkeit der erreichten Ziele wäre bei einer vollständigen Beendigung der Therapie zudem fraglich, durch die Weiterverfolgung der aufgestellten Ziele über das Projekt hinaus, ist jedoch der Erhalt bzw. der Ausbau von Herrn L.s Kompetenzen möglich.

4.3 Fazit und Ausblick

Zusammenfassend ist herauszustellen, dass die partizipative Zielvereinbarung in der Evaluationsstudie mit positiven Resultaten durchgeführt werden konnte, der PKF sich jedoch nicht als Basis für die direkte Zielableitung eignete. In möglichen Anschlussprojekten wäre daher eine Modifikation des methodischen Vorgehens denkbar. Wie bereits dargestellt, könnte zunächst eine ausführlichere inhaltliche Aufklärung über die Zielvereinbarung stattfinden. Dadurch würden sich im weiteren Prozess bei der Zielfindung eventuell mehr Themenbereiche ergeben, die die alltägliche Kommunikation betreffen. Dies ist v.a. für die chronische Phase angemessen, da die Ressourcen des Patienten gestärkt und die allgemeine Kommunikationsfähigkeit unterstützt werden sollen (vgl. Wehmeyer u. Grötzbach 2012d:168). Im weiteren Vorgehen scheint das Beibehalten des Mixed-Methods-Ansatzes adäquat zu sein, da durch den Einsatz eines Fragebogens die separaten Einschätzungen der Ehepartner erhoben werden können und zudem eine Grundlage für das folgende Zielfindungsgespräch entsteht. Aufgrund der konkret formulierten Situationen und der Eignung als Betroffenen- und Angehörigenversion ist

eine erneute Verwendung des modifizierten PKF-Bogens denkbar. Um mögliche Pseudosituationen vor Beginn des Gesprächs von real bestehenden Kommunikationssituationen zu trennen, ist des Weiteren die Kennzeichnung irrelevanter Items vorstellbar. Dementsprechend könnte im PKF vor den Items eine weitere Spalte hinzugefügt werden, in der durch Kreuze symbolisiert werden kann, welche Items bedeutsam für den Alltag sind. Je nach den sprachlichen Fähigkeiten des Patienten, ist die Kennzeichnung der Items nur in der Angehörigenversion denkbar, möglicherweise bei relativ gut erhaltenen sprachlichen Kompetenzen auch im Fragebogen des Betroffenen. Durch die Kennzeichnung wäre dem Therapeuten die anschließende Auswertung erleichtert, da der Fokus direkt auf relevante Situationen gerichtet werden kann. Im Zielfindungsgespräch kann somit mehr Zeit auf bedeutsame Situationen verwendet und im Austausch möglicherweise daraus Ziele abgeleitet werden. In der folgenden Therapiephase scheint es adäquat zu sein die Inhalte individuell zu gestalten und verschiedene Methoden zu kombinieren. Dadurch konnte im durchgeführten Forschungsprojekt ein zielführendes Vorgehen gesichert werden. Die Evaluation des Gelingens der einzelnen Therapiesequenzen durch den Betroffenen ist ebenfalls angebracht, um Informationen über die Wahrnehmung des Patienten zu erhalten und nach Abschluss der Therapie das Erreichen der Ziele im zeitlichen Verlauf zu betrachten. Die dafür verwendete Methode lässt sich individuell für den Patienten variieren und ist beispielsweise mit der GAS oder einer Rating-Skala, die durch Piktogramme dargestellt wird, möglich. Ergänzend ist hervorzuheben, dass die angewendete Vorgehensweise für einen sehr schwer betroffenen Patienten mit erheblichen Einschränkungen der Sprache sowie der Exekutivfunktionen (vgl. Spitzer et al. 2013:24ff) nicht geeignet ist.

Insgesamt konnte der Prozess der partizipativen Zielfindung im Forschungsprojekt erprobt werden. Nach der Durchführung können die von Grötzbach (2010:119ff) und Wade (2009:291ff) geäußerten Vorteile dieser Vorgehensweise bestätigt werden, da durch die gemeinsame Wissensbasis in kurzer Zeit eine vertraute Therapieatmosphäre entstand und der Patient sich motiviert für die Realisierung der selbst aufgestellten Ziele zeigte. Des Weiteren bewertete das Ehepaar den offenen Austausch über die jeweiligen Perspektiven sehr positiv. Es wurde jedoch auch der hohe zeitliche Aufwand für die Vorbereitung und Durchführung des Forschungsprojektes deutlich, welcher bei der Anwendung in der ambulanten Praxis oftmals kritisch gesehen wird (vgl. Grötzbach 2009:119ff). Die für die Vorbereitung notwendige Diagnostik ist allerdings auch bei der Auf- bzw. Übernahme eines Patienten angebracht. Im Rahmen einer Verlaufsdiagnostik ist es ebenso bei chronischen Aphasien empfehlenswert Kompetenzveränderungen im zeitlichen Verlauf zu erheben (vgl. Beushausen 2009:41). Das Ausfüllen des PKF-Bogens

kann dabei als bedeutsame Ergänzung zu den objektiven Datenerhebungsinstrumenten angesehen werden, da eine subjektive Erfragung der Ansichten der Ehepartner stattfinden kann. Diese ermöglichen die Einbeziehung der ICF-Komponenten Aktivitäten und Partizipation. Der größte Zeitaufwand in der ambulanten Praxis wäre demnach die Vorbereitung und Durchführung des Zielsetzungsgesprächs. Der für das Praxisprojekt erstellte Gesprächsleitfaden könnte dafür als Basis hinzugezogen werden, da die Übertragung der Struktur aufgrund der allgemeinen Formulierung auch auf andere Patienten denkbar ist. Möglicherweise sind geringe individuelle Anpassungen nötig, diese erfordern allerdings einen geringeren Zeitaufwand. Die Durchführung des Zielsetzungsgesprächs scheint v.a. bei besserer Vorbereitung des Ehepaars sowie einer mehrmaligen Erprobung in einer 45-minütigen Therapieeinheit möglich zu sein. Daher ist abzuleiten, dass der zeitliche Aufwand für das Zielsetzungsgespräch durch die positiven Aspekte der partizipativen Zielvereinbarung ausgeglichen wird.

Abschließend ist herauszustellen, dass durch das Forschungsprojekt ein Beitrag zur Konzeptbildung für die partizipative Zielvereinbarung gewonnen werden konnte. Es wurden jedoch Grenzen der angewendeten Methode deutlich sowie Elemente, die bei Anschlussprojekten variiert werden müssten. Zudem ist die Erprobung des Vorgehens bei unterschiedlichen Patienten notwendig, da die Resultate von verschiedenen individuellen Faktoren abhängen.

Literaturverzeichnis

- Bannert, T. (2016): Nonverbale – Kommunikation. Info. Die vier Seiten einer Nachricht.
<http://www.nonverbale-kommunikation.info/bilder/vier-seiten-einer-nachricht.gif>
 (Download am 06.11.2016)
- Bartels, H. (2015): Aphasien. In: Siegmüller, J., Bartels, H. (Hrsg.): Leitfaden – Sprache Sprechen Stimme Schlucken. 4. Auflage. München. Elsevier Verlag GmbH: 212-241
- Bauer, A., Auer, P. (2009): Forum Logopädie: Aphasie im Alltag. Stuttgart. Georg Thieme Verlag KG
- Beckley, F., Best, W., Johnson, F., Edwards, S., Maxim, J., Beeke, S. (2013):
 Conversation therapy for agrammatism: exploring the therapeutic process of engagement and learning by a person with aphasia. International Journal of Language and Communication Disorders, 48: 220-239
- Beushausen, U. (2009): Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie – Grundlagen und 14 Fallbeispiele. 1. Auflage. München. Elsevier Verlag GmbH
- Blomert, L., Buslach, D.C. (1994): Funktionelle Aphasiediagnostik mit dem Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT). Forum Logopädie, 2: 3-6
- Bortz, J., Döring, N. (2015): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Auflage. Berlin. Heidelberg. Springer-Verlag GmbH
- Bucher, P.O., Boyer, I. (2014): ICF in der Aphasietherapie: Ambulante Neurorehabilitation. In: Grötzbach, H., Hollenweger Haskel, J., Iven, C. (Hrsg.): ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie – Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis. 2. Auflage. Idstein. Schulz-Kirchner Verlag GmbH: 171-190
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005): ICF- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf
- Dudeck, A., Glattacker, M., Gustke, M., Dibbelt, S., Greitemann, B., Jäckel, W.H. (2011): Reha-Zielvereinbarungen – gegenwärtige Praxis in der stationären medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 50: 316-330
- Giel, B., Iven, C. (2009): Evaluationsforschung in der Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 3. Diagnostik, Prävention und Evaluation. 2. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer GmbH: 116-132

- Grötzbach, H. (2010): Therapieziele definieren: paternalistisch oder partizipativ? L.O.G.O.S. interdisziplinär, 18: 119-126
- Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J., Iven, C. (2014): Einführung in die ICF. In: ders. (Hrsg.): ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie – Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis. 2. Auflage. Idstein. Schulz-Kirchner Verlag GmbH: 11-25
- Haley, K.L., Wangerman, T. (2012): Using Family Members or Close Friends as Informants About Participation Goals for Older Adults With and Without Aphasia. Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders, 22: 12-17
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D., Willmes, K. (1983): Aachener Aphasie Test. Göttingen. Hogrefe Verlag
- Huber, W., Poeck, K., Springer, L. (2013): Forum Logopädie: Klinik und Rehabilitation in der Aphasie – Eine Einführung auch für Angehörige und Betroffene. 2. Auflage. Stuttgart. Georg Thieme Verlag KG
- Indikationskatalog (2013): Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Verzeichnis verordnungsfähiger Heilmittel. Buchner Edition
- Koenig-Bruhin, M., Kolonko, B., At, A., Annoni, J., Hunziker, E. (2013): Aphasia following a stroke: recovery and recommendations for rehabilitation. Swiss Archives of Neurology and Psychiatry, 164: 292-298
- Kuckartz, U. (2014): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. 1. Auflage. Wiesbaden. Springer-Verlag GmbH
- Lange, S. (2013): „Ich sehe was, was Du nicht siehst. Was siehst Du, was ich nicht seh´?“ Systemische Gesprächsführung in der Logopädie. Forum Logopädie, 6: 30-34
- Leienbach, M., Corsten, S., Schütz, S. (2013): Der Zusammenhang zwischen sprachlichen Leistungen, Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität bei Aphasie. Aphasie und verwandte Gebiete, 35: 5-27
- Lutz, L. (2010): Das Schweigen verstehen - Über Aphasie. 4. Auflage. Berlin. Heidelberg. Springer-Verlag GmbH
- Moritz, M., Geißler, M., Grewe, T. (2014): ICF in der stationären Aphasietherapie. In: Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J., Iven, C. (Hrsg.): ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie – Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis. 2. Auflage. Idstein. Schulz-Kirchner Verlag GmbH: 149-169

- Patton, M. Q. (2002): *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3. Auflage. Thousand Oaks, Sage Publications
- Pfeiffer, G., Schillikowski, E. (2015): Partizipative Therapiezielentwicklung bei chronischer Aphasie. Ein Kommunikationsfragebogen als Grundlage des Zielgesprächs. *Forum Logopädie*, 2: 32-39
- Pulvermüller, F., Neining, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P., Taub, E. (2001): Questionnaire about everyday communicative practice. *Communicative Activity Log (CAL)*.
<http://www.aphasie.org/de/3-fachpersonen/3.3-frageboegen/fragebogen-1.pdf>
(Download am 26.11.2016)
- Schaefer, I. (2015): Leitfaden – Goal Attainment Scaling (Zielerreichungsskalen). Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/evaluationstools/leitfaden_gas_endversion.pdf
(Download am 01.12.2016)
- Schindelmeiser, J. (2012): *Neurologie für Sprachtherapeuten*. 2. Auflage. München. Elsevier Verlag GmbH
- Schlote, A., Richter, M. (2008): Angehörige von Schlaganfallpatienten. *Sprache-Stimme-Gehör*, 32: 147-156
- Schneider, B. (1998): Diagnostikmethoden zur Erfassung Kommunikativer Fähigkeiten: ANELT und ACSI. *L.O.G.O.S. interdisziplinär*, 6: 164-174
- Schneider, B. (2012a): Aphasische Symptome und Syndrome. In: Thiel, M.M., Frauer, C. (Hrsg.): *Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel*. 5. Auflage. Berlin. Heidelberg. Springer-Verlag GmbH: 17-44
- Schneider, B. (2012b): Anamnese und Diagnostik. In: Thiel, M.M., Frauer, C. (Hrsg.): *Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel*. 5. Auflage. Berlin. Heidelberg. Springer-Verlag GmbH: 101-133
- Schneider, B. (2012c): Therapieansätze in der Aphasietherapie – Einordnung in die ICF. In: Thiel, M.M., Frauer, C. (Hrsg.): *Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel*. 5. Auflage. Berlin. Heidelberg. Springer-Verlag GmbH: 177-192
- Schneider, B., Hansen, H. (2015): Teilhabe im Fokus von Aphasie-Evaluation – Was leisten quantitative pragmatisch-funktionale Diagnostikverfahren? *Sprache-Stimme-Gehör*, 39: 118-122

- Schulz von Thun, F. (2008): Miteinander reden 1 – Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. 46. Auflage. Reinbek. Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Schütz, S. (2012): Wie schätzen Partner die Kommunikationsfähigkeit ihrer aphasischen Angehörigen ein? – Eine Analyse der Angehörigenbefragung am Beispiel des Partner-Kommunikations-Fragebogens (PKF). L.O.G.O.S. interdisziplinär, 20: 276-287
- Schütz, S., de Langen, E.G. (2010): Der Partner-Kommunikations-Fragebogen (PKF). Ein pragmatisch-funktionales Messverfahren in der Aphasiediagnostik. Die Sprachheilarbeit, 6: 282-290
- Schwinn, S., Pieper, A., Damm-Lunau, R., Baumgärtner, A. (2014): Funktionelle Aphasiediagnostik aus klinischer Anwendersicht. Ein Überblick und Erfahrungen mit dem ANELT. Forum Logopädie, 6: 14-21
- Spitzer, L., Grötzbach, H., Beushausen, U. (2013): Störungen der Exekutivfunktionen bei Aphasie – Bedeutung und Vorstellung einer teilhabeorientierten Therapie. Forum Logopädie, 6: 24-29
- Ullrich, A., Mittag, O., Garbrecht, M., Dibbelt, S., Glattacker, M. (2015): Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation (ParZivarII): Evaluation einer Intervention bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Rehabilitation, 54: 1-8
- Wade, D.T. (2009): Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. Clinical Rehabilitation, 23: 291-295
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (2011): Menschliche Kommunikation. Formen Störungen Paradoxien. 12. Auflage. Bern. Huber Verlag
- Wehmeyer, M., Grötzbach, H. (2012a): Grundlagen. In: Thiel, M.M., Frauer, C. (Hrsg.): Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel. 5. Auflage. Berlin. Heidelberg. Springer-Verlag GmbH: 5-16
- Wehmeyer, M., Grötzbach, H. (2012b): Aphasische Symptome und Syndrome. In: Thiel, M.M., Frauer, C. (Hrsg.): Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel. 5. Auflage. Berlin. Heidelberg. Springer-Verlag GmbH: 17-44
- Wehmeyer, M., Grötzbach, H. (2012c): Zusammenarbeit mit Patienten und Angehörigen. In: Thiel, M.M., Frauer, C. (Hrsg.): Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel. 5. Auflage. Berlin. Heidelberg. Springer-Verlag GmbH: 135-157

- Wehmeyer, M., Grötzbach, H. (2012d): Therapieplanung. In: Thiel, M.M., Frauer, C. (Hrsg.): Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel. 5. Auflage. Berlin. Heidelberg. Springer-Verlag GmbH: 159-176
- Wehmeyer, M., Grötzbach, H. (2012e): Therapiebausteine. In: Thiel, M.M., Frauer, C. (Hrsg.): Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel. 5. Auflage. Berlin. Heidelberg. Springer-Verlag GmbH: 193-268
- Weltärztebund – 64. WMA-Generalversammlung (2013): WMA Deklaration von Helsinki – Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/Deklaration_von_Helsinki_2013_DE.pdf (Download am 20.11.2016)

Anhang

Abbildung 1:	Überblick über methodische Ansätze in der Aphasietherapie und deren Einordnung in die ICF	84
Abbildung 2:	PKF – modifizierte Version für den Angehörigen	85
Abbildung 3:	PKF – modifizierte Version für den Betroffenen	93
Tabelle 1:	Gesprächsleitfaden Zielfindungsgespräch	100
Tabelle 2:	Gesprächsleitfaden Abschlussgespräch	102
Tabelle 3:	Zusätzliche Auswertung des ANELTs unter Einbezug nonverbaler Mittel	104
Tabelle 4:	Auswertung der PKF-Bögen – Gegenüberstellung der Einschätzungen	104
Abbildung 4:	Zusammenfassung ähnlicher Einschätzungen von Frau und Herrn L. in den PKF-Bögen	108

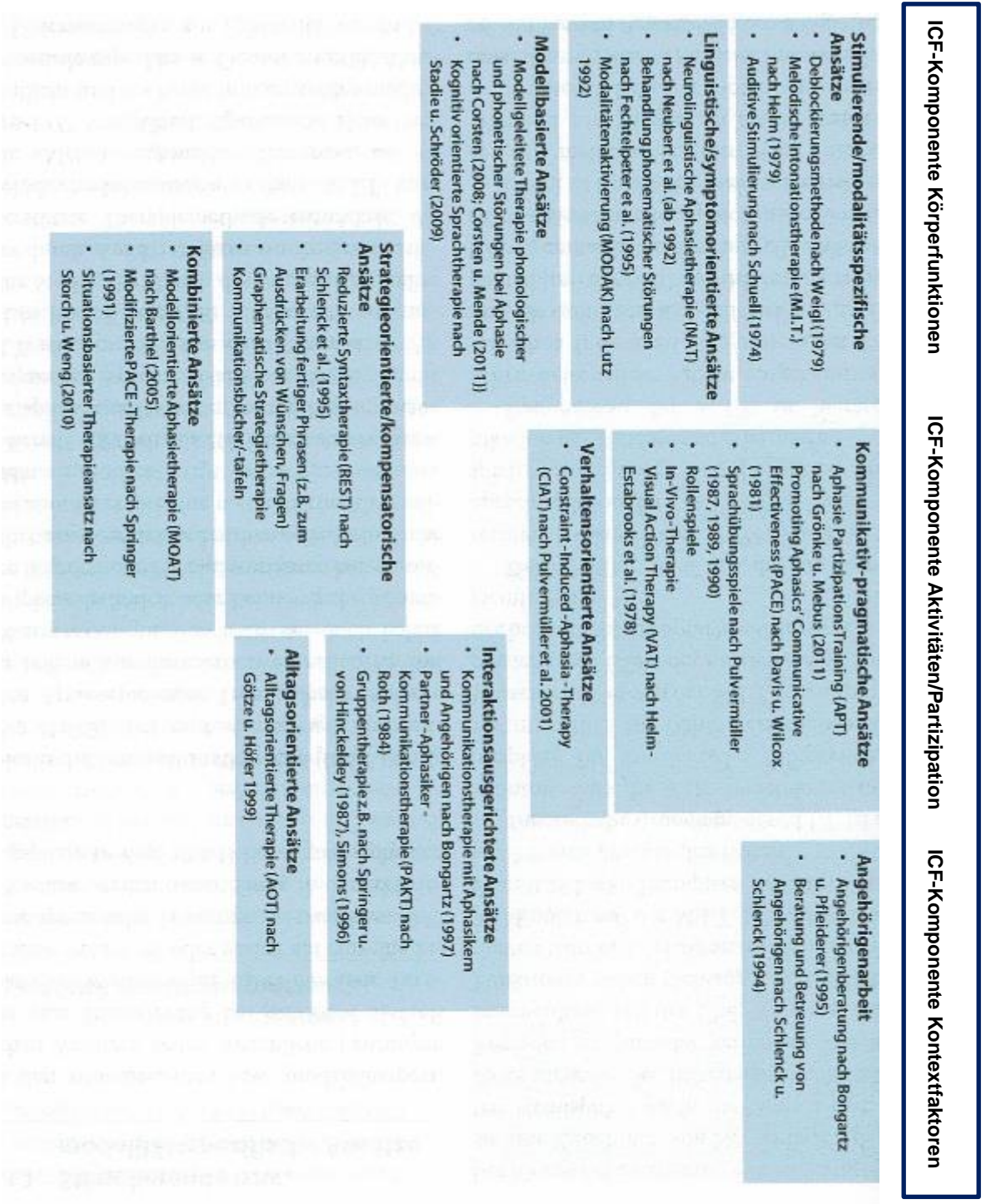


Abbildung 1: Überblick über methodische Ansätze in der Aphasiotherapie und deren Einordnung in die ICF (Schneider 2012c:179)

P.K.F.

Partner Kommunikation Fragebogen

Beurteilung der verbalen Kommunikationsfähigkeit von Patienten mit Sprachstörungen durch den Partner

© 1993 Dr. Leo Blomert
Deutsche Übersetzung:
PD Dr. Ernst G. de Langen
Klinikum Passauer Wolf
Postfach 1263
94083 Bad Griesbach

Im Rahmen des Bachelorprojektes
modifiziert von:

Jana Vinke
Hochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften
Fachbereich: Logopädie

Tragen Sie bitte die nachfolgenden Angaben ein, bevor Sie den Fragebogen ausfüllen!

1. Datum
- 2a. Wie alt sind Sie? Jahre
- 2b. Wie alt ist der Patient? Jahre
3. In welcher Beziehung stehen Sie zu dem Patienten? Lebenspartner verwandt/
befreundet
..... Betreuer sonstiges
4. Wann haben die Sprech- und/oder Sprachstörungen angefangen? vor Jahren und Monaten

Anleitung

Lesen Sie bitte diese Anleitung in Ruhe durch, bevor Sie den Fragebogen ausfüllen

Patienten mit Sprachstörungen haben oft Schwierigkeiten, eine Nachricht zu übermitteln. Diese Behinderung kann das tägliche Leben eines Patienten bzw. einer Patientin und seiner bzw. ihrer Umgebung auf tiefgreifende Weise beeinflussen. Partner von Patienten sind ganz besonders mit diesen Kommunikationsproblemen vertraut. Ein Partner kann der Lebenspartner, ein Betreuer, ein Freund oder ein Verwandter sein und ist mit dem täglichen Leben des Patienten vertraut. Der vor Ihnen liegende **Partner Kommunikation Fragebogen (PKF)** möchte dieses Wissen von Partnern von Patienten mit Sprachstörungen in Anspruch nehmen. Ihre Beurteilung trägt in besonderem Maße dazu bei, einen Einblick in die sprachlichen Kommunikationsschwierigkeiten Ihres Partners zu bekommen.

Der PKF besteht aus Fragen über die kommunikative Sprachfähigkeit Ihres Partners. In diesen Fragen werden Situationen aus dem Alltagsleben beschrieben. Es sind 46 Situationen, in denen Ihr Partner etwas mitteilen soll. Versuchen Sie beim Beantworten der Fragen, sich in die Situation hineinzusetzen. Wählen Sie die Antwortmöglichkeit, die Ihrer Meinung nach die Leistung Ihres Partners in der beschriebenen Situation am besten wiedergibt.

Es kann vorkommen, daß Sie einige der Situationen nicht tatsächlich selbst erlebt haben. Versuchen Sie dann sich vorzustellen, wie Ihr Partner es sprachlich oder nicht-sprachlich in einer solchen Situation schaffen würde. Obwohl manche Fragen sich vielleicht ähneln, bitte ich Sie alle Fragen zu beantworten.

Schließlich, es gibt keine richtige oder falsche Antwort; es geht um Ihre Meinung und um Ihren Eindruck. Wählen Sie immer die Antwort, die Ihre Meinung am besten wiedergibt.

Beispiel

Geben Sie bitte an, in wie fern Sie finden, daß Ihr Partner in einer Situation in der Lage ist, sprachlich oder nicht-sprachlich (z.B. durch Gesten oder Gesichtsausdruck) deutlich zu machen, was er/sie meint.

Bei jeder Frage wählen Sie aus den gleichen fünf Antwortmöglichkeiten:

1. nein, gelingt nie
2. nein, gelingt meistens nicht
3. gelingt manchmal, manchmal nicht
4. ja, gelingt meistens
5. gelingt immer

Frage:

Die Nachbarn sitzen draußen in der Sonne. Kann Ihr Partner ein Gespräch mit ihnen beginnen?

1 2 3 4 5

(Umkreisen Sie bitte die Antwort, die am besten Ihre Meinung wiedergibt)

Wenn Sie zum Beispiel der Meinung sind, daß ein solches Gespräch mit den Nachbarn **manchmal gelingt**, dann umkreisen Sie **3**.

Wenn Sie keine einzige Antwortmöglichkeit ganz richtig passend finden, wählen Sie dann doch die Antwort, die Ihrer Meinung am nächsten kommt.

In wie fern, ist Ihr Partner in der Lage, in den nachfolgenden Situationen deutlich zu machen, was er/sie meint?

1. nein, gelingt nie
2. nein, gelingt meistens nicht
3. gelingt manchmal
4. ja, gelingt meistens
5. ja, gelingt immer

Umkreisen Sie, was für Sie zutrifft!

1. Ihr Partner macht sich sorgen um die Zukunft.
Kann Ihr Partner Ihnen verdeutlichen, was ihn/sie bedrückt? 1 2 3 4 5
2. Kann Ihr Partner jemanden nach dem Weg fragen, wenn er/sie sich verirrt hat? 1 2 3 4 5
3. Ihr Partner begegnet auf der Straße einem befreundeten Ehepaar. Diese fragen, ob sie noch am gleichen Abend zu Besuch kommen können. Das geht! Kann Ihr Partner verdeutlichen, dass es paßt? 1 2 3 4 5
4. Der Installateur kommt vorbei, weil die Wasserleitung kaputt ist. Kann Ihr Partner ihm verdeutlichen, was los ist? 1 2 3 4 5
5. Bei Ihnen zu Hause war ein Fest. Zwei Freunde fragen, wie es war. Kann Ihr Partner ihnen aufzeigen, wie das Fest war? 1 2 3 4 5
6. Ihr Partner bekommt von Verwandten ein Geschenk, das er/sie sich schon lange gewünscht hat. Kann Ihr Partner sich bedanken und deutlich machen, weshalb das schon lange ein großer Wunsch war? 1 2 3 4 5
7. Ihr Partner liegt im Krankenhaus. Er/sie ist mit der gebotenen Hilfe nicht zufrieden. Kann Ihr Partner Ihnen verdeutlichen, was ihm/ihr nicht recht ist? 1 2 3 4 5
8. Sie sind über irgendetwas traurig. Kann Ihr Partner sie fragen, was los ist? 1 2 3 4 5
9. Sie wollen Urlaub machen. Ihr Partner fühlt sich dazu noch nicht fit genug. Wenn Sie nach der Meinung Ihres Partners fragen, kann er/sie dann verdeutlichen, was er/sie meint? 1 2 3 4 5
10. Kann Ihr Partner jemanden bitten, die Tür offen zu halten, wenn er/sie das selbst nicht kann? 1 2 3 4 5
11. Der Nachbar ist gerade aus dem Urlaub zurück. Kann Ihr Partner ihn fragen, wie der Urlaub war? 1 2 3 4 5
12. Sie verfolgen zusammen eine Fernsehserie. Sie haben eine Folge verpaßt. Kann ihr Partner Ihnen dann vermitteln, was in der Folge passiert ist? 1 2 3 4 5

In wie fern, ist Ihr Partner in der Lage, in den nachfolgenden Situationen deutlich zu machen, was er/sie meint?

1. nein, gelingt nie
2. nein, gelingt meistens nicht
3. gelingt manchmal
4. ja, gelingt meistens
5. ja, gelingt immer

Umkreisen Sie, was für Sie zutrifft!

- | | |
|---|-----------|
| 13. Die Nachbarn fragen Ihren Partner, ob er die Wettervorhersage gehört hat. Kann Ihr Partner die Wettervorhersage <u>vermitteln</u> ? | 1 2 3 4 5 |
| 14. Sie sind zusammen auf einem Fest. Es wird viel geredet. Kann Ihr Partner sich an den Gesprächen beteiligen, indem er selber ab und zu etwas <u>fragt</u> ? | 1 2 3 4 5 |
| 15. Kann Ihr Partner dem Hausarzt <u>verdeutlichen</u> , wie es ihm/ihr persönlich geht? | 1 2 3 4 5 |
| 16. Sie sitzen im Zug, neben Ihnen wird laut gegrölt und gesungen. Ihren Partner stört das. Kann er/sie die Leute <u>fragen</u> , ob es nicht etwas leiser geht? | 1 2 3 4 5 |
| 17. Ihr Partner vermutet, daß sein Regenschirm bei Verwandten liegen geblieben ist. Kann Ihr Partner anrufen und <u>fragen</u> , ob der Regenschirm noch dort liegt? | 1 2 3 4 5 |
| 18. Sie sind zusammen beim Arzt und dieser erzählt eine unverständliche medizinische Geschichte über die Erkrankung Ihres Partners. Kann er/sie <u>klar stellen</u> , dass er eine Verdeutlichung haben möchte? | 1 2 3 4 5 |
| 19. Einige Freunde fragen Ihren Partner, ob er mit ausgeht. Ihr Partner fühlt sich nicht so wohl. Kann er/sie <u>fragen</u> , ob es ein anderes Mal geht? | 1 2 3 4 5 |
| 20. Ihr Partner möchte beim Bäcker ein Brot kaufen. Kann er verdeutlichen, welches er haben möchte? | 1 2 3 4 5 |
| 21. Sie sind bei einem guten Freund, der gerade einen Todesfall erlebt hat. Kann Ihr Partner ihn <u>fragen</u> , wie es ihm geht? | 1 2 3 4 5 |
| 22. Ihr Partner wird in einem Laden von zwei Verkäufern beschuldigt, gestohlen zu haben. Kann Ihr Partner sich selbst verteidigen und <u>verdeutlichen</u> , daß das nicht stimmt? | 1 2 3 4 5 |
| 23. Ihr Partner will mit dem Bus fahren. Der Bus hätte schon vorbeikommen sollen, aber es stehen noch drei Leute an der Haltestelle. Kann Ihr Partner <u>erfragen</u> , ob der Bus schon weg ist? | 1 2 3 4 5 |
| 24. Sie kommen zu zweit an einem Café vorbei. Kann Ihr Partner Sie <u>fragen</u> , ob Sie Lust haben, dort einen Kaffee zu trinken? | 1 2 3 4 5 |

In wie fern, ist Ihr Partner in der Lage, in den nachfolgenden Situationen deutlich zu machen, was er/sie meint?	1. nein, gelingt nie 2. nein, gelingt meistens nicht 3. gelingt manchmal 4. ja, gelingt meistens 5. ja, gelingt immer
Umkreisen Sie, was für Sie zutrifft!	

25. Einige Freunde fragen, ob sie Ihr Auto ausleihen dürfen, aber sie haben es schon früher mal ausgeliehen und mit einer Delle zurückgebracht. Kann Ihr Partner seine/ihre Zweifel über das Ausleihen oder Nichtausleihen verdeutlichen? 1 2 3 4 5
26. Kann Ihr Partner jemanden fragen, wie spät es ist? 1 2 3 4 5
27. Stellen Sie sich vor, Ihr Partner sitzt beim Friseur und der fragt nach dem Beruf Ihres Partners. Kann Ihr Partner etwas über seinen/ihren Beruf vermitteln? 1 2 3 4 5
28. Kann Ihr Partner jemanden fragen, ihm/ihr beim Aufstehen aus dem Stuhl zu helfen? (wenn er/sie das nicht alleine kann) 1 2 3 4 5
29. Ihr Partner wird auf der Straße von einigen Touristen angesprochen. Diese suchen ein Museum. Ihr Partner weiß, wo es ist. Kann Ihr Partner ihnen erklären, wo sie hin müssen? 1 2 3 4 5
30. Sie sind bei Bekannten zu Besuch. Ihrem Partner fällt ein sehr teures Glas aus der Hand. Kann Ihr Partner sich entschuldigen und fragen, ob er/sie sie dafür entschädigen kann? 1 2 3 4 5
31. Zwei Polizisten befragen Sie als Zeuge bei einem Unfall. Kann Ihr Partner den Polizisten verdeutlichen, was passiert ist? 1 2 3 4 5
32. Sie sind im Zoo. Ein Ehepaar fragt Ihren Partner, ob er mit deren Kamera ein Foto von ihnen machen kann. Kann Ihr Partner sie fragen, wie die Kamera funktioniert? 1 2 3 4 5
33. Einige Freunde fragen Ihren Partner, wie er/sie mit der Erkrankung zurecht kommt. Kann Ihr Partner ihnen etwas über seine/ihre Situation vermitteln? 1 2 3 4 5
34. Kann Ihr Partner verdeutlichen, wie das Wetter ist, wenn Sie danach fragen? 1 2 3 4 5
35. Es stehen Kinder an der Tür um Sonderbriefmarken zu verkaufen. Kann Ihr Partner sie fragen, in welche Schule sie gehen? 1 2 3 4 5
36. Sie haben sich heute mit einem alten Bekannten zu einem Besuch verabredet. Sie sind aber krank. Kann Ihr Partner anrufen, um die Verabredung zu verschieben? 1 2 3 4 5

In wie fern, ist Ihr Partner in der Lage, in den nachfolgenden Situationen deutlich zu machen, was er/sie meint?	1. nein, gelingt nie 2. nein, gelingt meistens nicht 3. gelingt manchmal 4. ja, gelingt meistens 5. ja, gelingt immer
Umkreisen Sie, was für Sie zutrifft!	

37. Der Nachbarsohn hört sehr laut Radio. Kann Ihr Partner ihn bitten, die Musik etwas leiser zu machen? 1 2 3 4 5
38. Kann ihr Partner jemanden fragen, wo die Toilette ist? 1 2 3 4 5
39. Die Nachbarin fragt Ihren Partner, wo sie im Garten die Pflanzen am besten einpflanzen kann. Ihr Partner kennt sich da aus. Kann er/sie ihr etwas darüber verdeutlichen? 1 2 3 4 5
40. Freunde von Ihnen haben eine schlechte Nachricht erhalten. Kann Ihr Partner sie fragen, ob sie Hilfe brauchen? 1 2 3 4 5
41. Kann Ihr Partner die Nachbarn fragen, ob sie Lust haben vorbeizukommen? 1 2 3 4 5
42. Sie sind sich über etwas belangloses uneinig. Ihr Partner ist Ihnen böse. Kann Ihr Partner verdeutlichen, weshalb er/sie böse ist? 1 2 3 4 5
43. Sie müssen umziehen. Ihr Partner vermutet, daß Sie dazu keine Lust haben. Kann er/sie Sie nach Ihrer Meinung dazu fragen? 1 2 3 4 5
44. Es steht ein Mann in der Haustür, der Geld für einen gemeinnützigen Zweck sammelt. Kann Ihr Partner fragen, von welcher Organisation er kommt? 1 2 3 4 5
45. Die Nachbarn haben ein Baby bekommen. Kann Ihr Partner sein Interesse ausdrücken? 1 2 3 4 5
46. Einige Bekannten behaupten etwas, womit Ihr Partner wirklich nicht einverstanden ist. Kann Ihr Partner ihnen verdeutlichen, weshalb er/sie anderer Meinung ist? 1 2 3 4 5

Sind alle Fragen beantwortet?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

P.K.F.

Partner Kommunikation Fragebogen

- Version für den Betroffenen

**Beurteilung der verbalen Kommunikationsfähigkeit von
Patienten mit Sprachstörungen durch den Betroffenen
selbst**

© 1993 Dr. Leo Blomert
Deutsche Übersetzung:
PD Dr. Ernst G. de Langen
Klinikum Passauer Wolf
Postfach 1263
94083 Bad Griesbach

Im Rahmen des Bachelorprojektes
modifiziert von:

Jana Vinke
Hochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften
Fachbereich: Logopädie

Anleitung

Lesen Sie bitte diese Anleitung in Ruhe durch, bevor Sie den Fragebogen ausfüllen

Wie Sie wissen, haben Sie durch Ihre Sprachstörung häufig Schwierigkeiten, eine Nachricht zu übermitteln. Für die Therapie ist es deshalb sehr wichtig, Ihre Wahrnehmung in die Planung einzubeziehen, um wichtige Informationen über die Kommunikation im Alltag zu sammeln. Ihre Einschätzung spiegelt die eigenen kommunikativen Stärken und Schwächen im Alltag wider. Der vor Ihnen liegende **Kommunikations-Fragebogen** möchte dieses Wissen in Anspruch nehmen.

Der Fragebogen besteht aus Fragen über die kommunikative Sprachfähigkeit. In diesen Fragen werden Situationen aus dem Alltagsleben beschrieben. Es sind 46 Situationen, in denen Sie etwas mitteilen sollen. Versuchen Sie beim Beantworten der Fragen, sich in die Situation hineinzusetzen. Wählen Sie die Antwortmöglichkeit, die Ihrer Meinung nach Ihre Leistung in der beschriebenen Situation am besten wiedergibt.

Es kann vorkommen, daß Sie einige der Situationen nicht tatsächlich selbst erlebt haben. Versuchen Sie dann sich vorzustellen, wie Sie es sprachlich oder nicht-sprachlich in einer solchen Situation schaffen würden. Obwohl manche Fragen sich vielleicht ähneln, bitte ich Sie alle Fragen zu beantworten.

Schließlich, es gibt keine richtige oder falsche Antwort; es geht um Ihre Meinung und um Ihren Eindruck. Wählen Sie immer die Antwort, die Ihre Meinung am besten wiedergibt.

Beispiel

Geben Sie bitte an, in wie fern Sie in einer Situation in der Lage sind, sprachlich oder nicht-sprachlich (z.B. durch Gesten oder Gesichtsausdruck) deutlich zu machen, was Sie meinen.

Bei jeder Frage wählen Sie aus den gleichen fünf Antwortmöglichkeiten:

6. nein, gelingt nie
7. nein, gelingt meistens nicht
8. gelingt manchmal, manchmal nicht
9. ja, gelingt meistens
10. gelingt immer

Frage:

Die Nachbarn sitzen draußen in der Sonne. Können Sie mit ihnen ein Gespräch beginnen?

1 2 3 4 5

(Umkreisen Sie bitte die Antwort, die am besten Ihre Meinung wiedergibt)

Wenn Sie zum Beispiel der Meinung sind, daß ein solches Gespräch mit den Nachbarn **manchmal gelingt**, dann umkreisen Sie **3**.

Wenn Sie keine einzige Antwortmöglichkeit ganz richtig passend finden, wählen Sie dann doch die Antwort, die Ihrer Meinung am nächsten kommt.

In wie fern, sind Sie in der Lage,
in den nachfolgenden Situationen
deutlich zu machen, was Sie meinen?

1. nein, gelingt nie
2. nein, gelingt meistens nicht
3. gelingt manchmal
4. ja, gelingt meistens
5. ja, gelingt immer

Umkreisen Sie, was für Sie zutrifft!

- | | |
|--|-----------|
| 1. Sie machen sich Sorgen um die Zukunft.
Können Sie Ihrer Frau <u>verdeutlichen</u> , was Sie bedrückt? | 1 2 3 4 5 |
| 2. Können Sie jemanden nach dem Weg <u>fragen</u> , wenn Sie sich verirrt haben? | 1 2 3 4 5 |
| 3. Sie begegnen auf der Straße einem befreundeten Ehepaar.
Diese fragen, ob sie noch am gleichen Abend zu Besuch kommen können. Das geht! Können Sie <u>verdeutlichen</u> , dass es paßt? | 1 2 3 4 5 |
| 4. Der Installateur kommt vorbei, weil die Wasserleitung kaputt ist.
Können Sie ihm <u>verdeutlichen</u> , was los ist? | 1 2 3 4 5 |
| 5. Bei Ihnen zu Hause war ein Fest. Zwei Freunde fragen, wie es war. Können Sie <u>deutlich machen</u> , wie das Fest war? | 1 2 3 4 5 |
| 6. Sie bekommen von Verwandten ein Geschenk, das Sie sich schon lange gewünscht haben. Können Sie sich <u>bedanken und deutlich machen</u> , weshalb das schon lange ein großer Wunsch war? | 1 2 3 4 5 |
| 7. Sie liegen im Krankenhaus. Sie sind mit der gebotenen Hilfe nicht zufrieden. Können Sie Ihrer Frau <u>verdeutlichen</u> , was Ihnen nicht recht ist? | 1 2 3 4 5 |
| 8. Ihre Frau ist über irgendetwas traurig. Können Sie Ihre Frau <u>fragen</u> , was los ist? | 1 2 3 4 5 |
| 9. Ihre Frau will Urlaub machen. Sie fühlen sich dazu aber noch nicht fit genug. Können Sie Ihrer Frau Ihre Meinung dazu <u>verdeutlichen</u> ? | 1 2 3 4 5 |
| 10. Können Sie jemanden <u>bitten</u> , die Tür offen zu halten, wenn es Ihnen selbst nicht gelingt? | 1 2 3 4 5 |
| 11. Der Nachbar ist gerade aus dem Urlaub zurück. Können Sie ihn <u>fragen</u> , wie der Urlaub war? | 1 2 3 4 5 |
| 12. Sie verfolgen gemeinsam mit ihrer Frau eine Fernsehserie. Ihre Frau hat eine Folge verpaßt. Können Sie ihr dann <u>vermitteln</u> , was in der Folge passiert ist? | 1 2 3 4 5 |

In wie fern, sind Sie in der Lage,
in den nachfolgenden Situationen
deutlich zu machen, was Sie meinen?

1. nein, gelingt nie
2. nein, gelingt meistens nicht
3. gelingt manchmal
4. ja, gelingt meistens
5. ja, gelingt immer

Umkreisen Sie, was für Sie zutrifft!

- | | |
|--|-----------|
| 13. Ihre Nachbarn fragen, ob Sie die Wettervorhersage gehört haben. Können Sie ihnen die Wettervorhersage <u>vermitteln</u> ? | 1 2 3 4 5 |
| 14. Sie sind zusammen auf einem Fest. Es wird viel geredet. Können Sie sich an den Gesprächen beteiligen, indem Sie selbst ab und zu etwas <u>fragen</u> ? | 1 2 3 4 5 |
| 15. Können Sie dem Hausarzt <u>verdeutlichen</u> , wie es Ihnen persönlich geht? | 1 2 3 4 5 |
| 16. Sie sitzen im Zug, neben Ihnen wird laut gegrölt und gesungen. Sie fühlen sich davon gestört. Können Sie die Leute <u>fragen</u> , ob es nicht etwas leiser geht? | 1 2 3 4 5 |
| 17. Sie vermuten, daß Ihr Regenschirm bei Verwandten liegen geblieben ist. Können Sie anrufen und <u>fragen</u> , ob der Regenschirm noch dort liegt? | 1 2 3 4 5 |
| 18. Sie sind beim Arzt und dieser erzählt eine unverständliche medizinische Geschichte über Ihre Erkrankung. Können Sie <u>klar stellen</u> , dass der Arzt die Geschichte nochmal verdeutlichen soll? | 1 2 3 4 5 |
| 19. Einige Freunde fragen Sie, ob Sie mit ausgehen möchte. Sie fühlen sich aber nicht so wohl. Können Sie <u>fragen</u> , ob es ein anderes Mal geht? | 1 2 3 4 5 |
| 20. Sie möchten beim Bäcker ein Brot kaufen. Können Sie <u>verdeutlichen</u> , welches Sie haben möchten? | 1 2 3 4 5 |
| 21. Sie sind bei einem guten Freund, der gerade einen Todesfall erlebt hat. Können Sie ihn <u>fragen</u> , wie es ihm geht? | 1 2 3 4 5 |
| 22. Sie werden in einem Laden von zwei Verkäufern beschuldigt, gestohlen zu haben. Können Sie sich selbst verteidigen und <u>verdeutlichen</u> , daß das nicht stimmt? | 1 2 3 4 5 |
| 23. Sie wollen mit dem Bus fahren. Der Bus hätte schon vorbeikommen sollen, aber es stehen noch drei Leute an der Haltestelle. Können Sie <u>erfragen</u> , ob der Bus schon weg ist? | 1 2 3 4 5 |
| 24. Sie kommen zu zweit an einem Café vorbei. Können Sie Ihre Frau <u>fragen</u> , ob Sie Lust hat, dort einen Kaffee zu trinken? | 1 2 3 4 5 |

In wie fern, sind Sie in der Lage,
in den nachfolgenden Situationen
deutlich zu machen, was Sie meinen?

1. nein, gelingt nie
2. nein, gelingt meistens nicht
3. gelingt manchmal
4. ja, gelingt meistens
5. ja, gelingt immer

Umkreisen Sie, was für Sie zutrifft!

- | | |
|---|-----------|
| 25. Einige Freunde fragen, ob sie Ihr Auto ausleihen dürfen, aber sie haben es schon früher mal ausgeliehen und mit einer Delle zurückgebracht. Können Sie Ihre Zweifel über das Ausleihen oder Nichtausleihen <u>verdeutlichen</u> ? | 1 2 3 4 5 |
| 26. Können Sie jemanden <u>fragen</u> , wie spät es ist? | 1 2 3 4 5 |
| 27. Stellen Sie sich vor, Sie sitzen beim Friseur und der fragt nach Ihrem früheren Beruf. Können Sie ihm etwas über Ihren Beruf <u>vermitteln</u> ? | 1 2 3 4 5 |
| 28. Können Sie jemanden <u>bitten</u> , Ihnen beim Aufstehen aus dem Stuhl zu helfen? (wenn das alleine nicht gelingt) | 1 2 3 4 5 |
| 29. Sie werden auf der Straße von einigen Touristen angesprochen. Diese suchen ein Museum. Sie wissen, wo es ist. Können Sie ihnen <u>erklären</u> , wo sie hin müssen? | 1 2 3 4 5 |
| 30. Sie sind bei Bekannten zu Besuch. Ihnen fällt ein sehr teures Glas aus der Hand. Können Sie sich <u>entschuldigen und fragen</u> , ob Sie sie dafür entschädigen können? | 1 2 3 4 5 |
| 31. Zwei Polizisten befragen Sie als Zeuge bei einem Unfall. Können Sie den Polizisten <u>verdeutlichen</u> , was passiert ist? | 1 2 3 4 5 |
| 32. Sie sind im Zoo. Ein Ehepaar fragt Sie, ob Sie mit deren Kamera ein Foto von ihnen machen können. Können Sie das Ehepaar <u>fragen</u> , wie die Kamera funktioniert? | 1 2 3 4 5 |
| 33. Einige Freunde fragen Sie, wie Sie mit der Erkrankung zurecht kommen. Können Sie ihnen etwas über Ihre Situation <u>vermitteln</u> ? | 1 2 3 4 5 |
| 34. Können Sie <u>verdeutlichen</u> , wie das Wetter ist, wenn Ihre Frau Sie danach fragt? | 1 2 3 4 5 |
| 35. Es stehen Kinder an der Tür um Sonderbriefmarken zu verkaufen. Können Sie sie <u>fragen</u> , in welche Schule sie gehen? | 1 2 3 4 5 |
| 36. Sie haben sich heute mit einem alten Bekannten zu einem Besuch verabredet. Sie sind aber krank. Können Sie <u>anrufen, um die Verabredung zu verschieben</u> ? | 1 2 3 4 5 |

In wie fern, sind Sie in der Lage, in den nachfolgenden Situationen deutlich zu machen, was Sie meinen?	1. nein, gelingt nie 2. nein, gelingt meistens nicht 3. gelingt manchmal 4. ja, gelingt meistens 5. ja, gelingt immer
Umkreisen Sie, was für Sie zutrifft!	

37. Der Nachbarsohn hört sehr laut Radio. Können Sie ihn bitten, die Musik etwas leiser zu machen? 1 2 3 4 5
38. Können Sie jemanden fragen, wo die Toilette ist? 1 2 3 4 5
39. Die Nachbarin fragt Sie, wo sie im Garten die Pflanzen am besten einpflanzen kann. Sie kennen sich damit aus. Können Sie ihr etwas darüber verdeutlichen? 1 2 3 4 5
40. Freunde von Ihnen haben eine schlechte Nachricht erhalten. Können Sie nachfragen, ob sie Hilfe brauchen? 1 2 3 4 5
41. Können Sie die Nachbarn fragen, ob sie Lust haben vorbeizukommen? 1 2 3 4 5
42. Sie sind sich über etwas belangloses mit Ihrer Frau uneinig. Sie sind ihr böse. Können Sie ihr verdeutlichen, weshalb sie böse sind? 1 2 3 4 5
43. Sie müssen umziehen. Sie vermuten, daß Ihre Frau dazu keine Lust hat. Können Sie Ihre Frau nach ihrer Meinung dazu fragen? 1 2 3 4 5
44. Es steht ein Mann in der Haustür, der Geld für einen gemeinnützigen Zweck sammelt. Können Sie ihn fragen, von welcher Organisation er kommt? 1 2 3 4 5
45. Die Nachbarn haben ein Baby bekommen. Können Sie Ihr Interesse ausdrücken? 1 2 3 4 5
46. Einige Bekannten behaupten etwas, womit Sie wirklich nicht einverstanden sind. Können Sie ihnen verdeutlichen, weshalb Sie anderer Meinung sind? 1 2 3 4 5

Sind alle Fragen beantwortet?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Gesprächsleitfäden

Ziel des Gesprächsabschnitts	Vorgehen	Hilfen
1. Einleitung und Begründung des Gesprächs	<p>Erklärung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsames Aufstellen von Therapiezielen • kurzfristige, konkrete Ziele, die in dem Therapiezeitraum erreicht werden können (höchstens 10 Therapiestunden) • es wird ein Austausch stattfinden, in dem v.a. die beiden ihre Meinung nochmal äußern können, dafür steht dem Patienten nicht nur die Sprache zur Verfügung → er kann Gestik nutzen, aber auch Schriftsprache oder Zeichnen einsetzen <p>→ Grundlage für die Ziele = Fragebögen</p> <p>→ falls es noch weitere Alltagssituationen gibt, die dort nicht abgefragt werden, können diese ergänzt werden (Hinweis auf Nachfrage im weiteren Gespräch)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einfache, kurze Sätze zur Sicherung des Sprachverständnisses (SV) • Verwendung nonverbaler Elemente • Austeilen eines Blockes, sowie Stiften für den Patienten
2. Erläuterung der Ergebnisse der PKF-Bögen	<p>Einführung zu der Grafik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alltagssituationen wurden eingeschätzt auf einer 5-stufigen Skala <p>Vorlegen der Grafik und Erklärung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zunächst allgemeine Erklärung, für die Ehefrau nachvollziehbar • Anschließend konkret auf Patienten eingehen → Aufmerksamkeit und sein Sprachverständnis sichern • Beiden Möglichkeit geben, Fragen zu stellen → diese klären 	<ul style="list-style-type: none"> • Einfache, kurze Sätze zur Sicherung des SV • Separate Erklärung für den Patienten • Ggf. Abdeckung einzelner Grafikteile
3. Zielfindung auf Grundlage der Ergebnisse der PKF-Bögen	<p>Austausch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herausstellen der positiven Aspekte (die von beiden ähnlich eingeschätzt wurden) - Eingehen auf die Aspekte, die als schwierig von beiden eingeschätzt wurden: <ul style="list-style-type: none"> → sind diese Situationen alltagsrelevant, inwiefern? → Notieren grober Stichpunkte/ Ziele, falls hier Aspekte genannt werden, die therapie relevant sind - Diskussion der Aspekte, die sich sehr unterscheiden: <ul style="list-style-type: none"> → wodurch entsteht diese Einschätzung? Austausch darüber 	<ul style="list-style-type: none"> • Einfache, kurze Sätze zur Sicherung des SV • Verwendung nonverbaler Elemente • „Denkpausen“ → Zeit v.a. für den Patienten • Explizites Eingehen auf den Patienten, falls dieser sich sprachlich sehr

	<p>→ Herausstellen, dass es eine persönliche Einschätzung/ Wahrnehmung der anderen Person ist (den anderen nicht überreden, sondern ihm ermöglichen die eigene Sicht kennen zu lernen)</p> <p>→ Notieren grober Ziele, falls diese im Gespräch entstehen</p> <p>- Offenes Gespräch zusätzlich zum PKF</p> <p>→ Gibt es weitere Alltagssituationen, die nicht im Fragebogen gefragt wurden, die aber besonders relevant wären</p> <p>→ Notieren dieser Aspekte</p>	<p>zurück zieht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nochmal Hinweis auf weitere Modalitäten, die eingesetzt werden können
4. Auswahl relevanter Ziele	<p>Zusammenfassen des Gesprächs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nennung der Aspekte, die bereits verschriftlicht wurden und Themen bzw. grobe Ziele vorgeben • Ggf. Filtern der Themen → was ist am Wichtigsten, was ist auch meiner Ansicht nach überhaupt erreichbar → bei vielen Zielen/ Themen je nach Komplexität Gesamtanzahl begrenzen (z.B. auf drei) 	<ul style="list-style-type: none"> • Einfache, kurze Sätze zur Sicherung des SV • Verwendung nonverbaler Elemente
5. Formulieren der Ziele	<p>Erklärung: Zielformulierung mit der SMART-Regel</p> <p>S = spezifisch M = messbar A = ausführbar/ erreichbar R = relevant T = terminiert/ zeitlich möglich</p> <p>→ im Austausch mit beiden Ziele aufstellen → bei der Formulierung immer nochmal rückversichern, ob es ihren Vorstellungen entspricht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einfache, kurze Sätze zur Sicherung des SV • Nutzen der SMART-Regel • Lautes Vorlesen der aufgestellten Ziele für die Nachvollziehbarkeit
6. Abschluss des Gesprächs	<p>Beenden des Gesprächs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit geben offen gebliebene Fragen zu stellen oder Anregungen zu geben • Ausblick auf die nächste Therapiestunde (Auswahl meinerseits für die Therapieverfahren usw.) • Kurzer Smalltalk als Abschluss für das Gespräch 	<ul style="list-style-type: none"> • Einfache, kurze Sätze zur Sicherung des SV

Tabelle 1: Gesprächsleitfaden Zielfindungsgespräch (eigene Darstellung)

Ziel des Gesprächsabschnitts	Vorgehen	Hilfen
1. Einleitung und kurze Zusammenfassung des Vorgehens	<p>Erinnerung der Probanden an das gesamte Vorgehen</p> <p>→ kurze Darstellung der Methoden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AAT & ANELT - PKF - Zielsetzungsgespräch - Therapiedurchführung <p>→ jetzt Abschluss des Projektes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einfache, kurze Sätze zur Sicherung des Sprachverständnisses (SV) • Verwendung nonverbaler Elemente
2. Austausch über die aufgestellten Ziele und deren Realisierung	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nennen der drei aufgestellten Ziele ❖ Eingehen auf jedes einzelne Ziel <p>→ Besprechen des Vorgehens in der Therapie</p> <p>→ Einbezug der Einschätzungen des Betroffenen (Smiley-Skala)</p> <p>→ Darstellung der Einschätzungen in einer Verlaufsgrafik</p> <p>Austausch über die Realisierung der Ziele:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Konnten die Ziele in der Therapiesituation realisiert werden? (2) Konnten auch Veränderungen hinsichtlich dieser Aspekte im Alltag wahrgenommen werden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Einfache, kurze Sätze zur Sicherung des SV • Verwendung nonverbaler Elemente • Austeilen eines Blockes, sowie Stiften für den Patienten
3. Bewertung des partizipativen Vorgehens bei der Therapieplanung	<p>Eindrücke über das gesamte Vorgehen erfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meinung zur Nutzung des Fragebogens als Grundlage für das Finden gemeinsamer Therapieziele (in diesem Fall ja weniger zielführend, vorstellbar bei anderen Patienten?) - Austausch über die Anwendung des Fragebogens und des Gesprächs: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gegenüberstellung der Methoden (was hat besser geholfen?) ▪ Vor- und Nachteile der partizipativen Zielfindung (Vergleich zur herkömmlichen Vorgehensweise) 	<ul style="list-style-type: none"> • Einfache, kurze Sätze zur Sicherung des SV • Verwendung nonverbaler Elemente • PKF als Erinnerung vorlegen

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiemotivation (Motivation anders oder die Beziehung zur Therapeutin?) 	
4. Besprechen der weiteren Therapieinhalte, ggf. Formulieren neuer Ziele	<p>Ehepaar wurde bereits darüber aufgeklärt, dass der Patient übernommen wird → weiteres Vorgehen in der Therapie planen (wäre es sinnvoll den PKF nochmal zu wiederholen?)</p> <p>→ weiter an den aufgestellten Zielen arbeiten oder etwas anderes? Ggf. ausweiten oder korrigieren der Ziele bzw. Aufstellen neuer Ziele nach der SMART-Regel</p> <p>→ generelles Vorgehen besprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sollte ein Zielfindungsgespräch in regelmäßigen Abständen stattfinden (Ziele anpassen/ neu definieren) • Weitere Anregungen des Ehepaars: Was könnte für das Aufstellen der Ziele noch hilfreich sein (z.B. das spontane Einbringen von Ideen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Einfache, kurze Sätze zur Sicherung des SV • Verwendung nonverbaler Elemente
5. Abschluss des Gesprächs	<p>Beenden des Gesprächs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit geben offen gebliebene Fragen zu stellen oder Anregungen zu geben • Ausblick auf die nächste Therapiestunde <p>Kurzer Smalltalk als Abschluss für das Gespräch</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einfache, kurze Sätze zur Sicherung des SV

Tabelle 2: Gesprächsleitfaden Abschlussgespräch (eigene Darstellung)

Auswertung der Fragebögen

Situation	Inhaltliche Verständlichkeit (unter Einbezug nonverbaler Mittel)
1. Besuch beim Optiker	2
2. Einladung zur Geburtstagsfeier	2
3. Beschwerde über eine doppelte Rechnung	2
4. Beratung als Verkäufer	3
5. Anruf eines Arztes	1
6. Erklärung zum verletzten Arm	3
7. Gespräch am Bahnhofsschalter	2
8. Telefonat mit einer fremden Person	1
9. Organisation eines Essens als Geschäftsführer	4
10. Entgegennahme eines Telefonats	0
Gesamtwert:	20

Tabelle 3: Zusätzliche Auswertung des ANELTs unter Einbezug nonverbaler Mittel (eigene Darstellung)

Situation (übernommen aus der Betroffenenversion)	Ein- schätzung von Herrn L. in Punktwerten	Ein- schätzung von Frau L. in Punktwerten
1. Sie machen sich Sorgen um die Zukunft. Können Sie Ihrer Frau <u>verdeutlichen</u> , was Sie bedrückt?	3	3
2. Können Sie jemanden nach dem Weg <u>fragen</u> , wenn Sie sich verirrt haben?	5	2
3. Sie begegnen auf der Straße einem befreundeten Ehepaar. Diese fragen, ob sie noch am gleichen Abend zu Besuch kommen können. Das geht! Können Sie <u>verdeutlichen</u> , dass es paßt?	5	4
4. Der Installateur kommt vorbei, weil die Wasserleitung kaputt ist. Können Sie ihm <u>verdeutlichen</u> , was los ist?	4	3

5. Bei Ihnen zu Hause war ein Fest. Zwei Freunde fragen, wie es war. Können Sie <u>deutlich machen</u> , wie das Fest war?	4	4
6. Sie bekommen von Verwandten ein Geschenk, das Sie sich schon lange gewünscht haben. Können Sie sich <u>bedanken und deutlich machen</u> , weshalb das schon lange ein großer Wunsch war?	5	4
7. Sie liegen im Krankenhaus. Sie sind mit der gebotenen Hilfe nicht zufrieden. Können Sie Ihrer Frau <u>verdeutlichen</u> , was Ihnen nicht recht ist?	3	4
8. Ihre Frau ist über irgendetwas traurig. Können Sie Ihre Frau <u>fragen</u> , was los ist?	4	3
9. Ihre Frau will Urlaub machen. Sie fühlen sich dazu aber noch nicht fit genug. Können Sie Ihrer Frau Ihre Meinung dazu <u>verdeutlichen</u> ?	5	4
10. Können Sie jemanden <u>bitten</u> , die Tür offen zu halten, wenn es Ihnen selbst nicht gelingt?	5	3
11. Der Nachbar ist gerade aus dem Urlaub zurück. Können Sie ihn <u>fragen</u> , wie der Urlaub war?	5	3
12. Sie verfolgen gemeinsam mit ihrer Frau eine Fernsehserie. Ihre Frau hat eine Folge verpaßt. Können Sie ihr dann <u>vermitteln</u> , was in der Folge passiert ist?	4	1
13. Ihre Nachbarn fragen, ob Sie die Wettervorhersage gehört haben. Können Sie ihnen die Wettervorhersage <u>vermitteln</u> ?	3	4
14. Sie sind zusammen auf einem Fest. Es wird viel geredet. Können Sie sich an den Gesprächen beteiligen, indem Sie selbst ab und zu etwas <u>fragen</u> ?	3	3
15. Können Sie dem Hausarzt <u>verdeutlichen</u> , wie es Ihnen persönlich geht?	4	4
16. Sie sitzen im Zug, neben Ihnen wird laut gegrölt und gesungen. Sie fühlen sich davon gestört. Können Sie die Leute <u>fragen</u> , ob es nicht etwas leiser geht?	2	2
17. Sie vermuten, daß Ihr Regenschirm bei Verwandten liegen geblieben ist. Können Sie anrufen und <u>fragen</u> , ob der Regenschirm noch dort liegt?	3	1
18. Sie sind beim Arzt und dieser erzählt eine unverständliche medizinische Geschichte über Ihre Erkrankung. Können Sie <u>klar stellen</u> , dass der Arzt die Geschichte nochmal verdeutlichen soll?	3	3

19. Einige Freunde fragen Sie, ob Sie mit ausgehen möchte. Sie fühlen sich aber nicht so wohl. Können Sie <u>fragen</u> , ob es ein anderes Mal geht?	5	3
20. Sie möchten beim Bäcker ein Brot kaufen. Können Sie <u>verdeutlichen</u> , welches Sie haben möchten?	2	4
21. Sie sind bei einem guten Freund, der gerade einen Todesfall erlebt hat. Können Sie ihn <u>fragen</u> , wie es ihm geht?	5	3
22. Sie werden in einem Laden von zwei Verkäufern beschuldigt, gestohlen zu haben. Können Sie sich selbst verteidigen und <u>verdeutlichen</u> , daß das nicht stimmt?	5	3
23. Sie wollen mit dem Bus fahren. Der Bus hätte schon vorbeikommen sollen, aber es stehen noch drei Leute an der Haltestelle. Können Sie <u>erfragen</u> , ob der Bus schon weg ist?	3	1
24. Sie kommen zu zweit an einem Café vorbei. Können Sie Ihre Frau <u>fragen</u> , ob Sie Lust hat, dort einen Kaffee zu trinken?	5	5
25. Einige Freunde fragen, ob sie Ihr Auto ausleihen dürfen, aber sie haben es schon früher mal ausgeliehen und mit einer Delle zurückgebracht. Können Sie Ihre Zweifel über das Ausleihen oder Nichtausleihen <u>verdeutlichen</u> ?	2	4
26. Können Sie jemanden <u>fragen</u> , wie spät es ist?	5	5
27. Stellen Sie sich vor, Sie sitzen beim Friseur und der fragt nach Ihrem früheren Beruf. Können Sie ihm etwas über Ihren Beruf <u>vermitteln</u> ?	3	2
28. Können Sie jemanden <u>bitten</u> , Ihnen beim Aufstehen aus dem Stuhl zu helfen?	5	5
29. Sie werden auf der Straße von einigen Touristen angesprochen. Diese suchen ein Museum. Sie wissen, wo es ist. Können Sie ihnen <u>erklären</u> , wo sie hin müssen?	3	3
30. Sie sind bei Bekannten zu Besuch. Ihnen fällt ein sehr teures Glas aus der Hand. Können Sie sich <u>entschuldigen und fragen</u> , ob Sie sie dafür entschädigen können?	5	3
31. Zwei Polizisten befragen Sie als Zeuge bei einem Unfall. Können Sie den Polizisten <u>verdeutlichen</u> , was passiert ist?	4	2
32. Sie sind im Zoo. Ein Ehepaar fragt Sie, ob Sie mit deren Kamera ein Foto von ihnen machen können. Können Sie das Ehepaar <u>fragen</u> , wie die Kamera funktioniert?	5	1

33. Einige Freunde fragen Sie, wie Sie mit der Erkrankung zurecht kommen. Können Sie ihnen etwas über Ihre Situation <u>vermitteln</u> ?	3	3
34. Können Sie <u>verdeutlichen</u> , wie das Wetter ist, wenn Ihre Frau Sie danach fragt?	5	4
35. Es stehen Kinder an der Tür um Sonderbriefmarken zu verkaufen. Können Sie sie <u>fragen</u> , in welche Schule sie gehen?	4	1
36. Sie haben sich heute mit einem alten Bekannten zu einem Besuch verabredet. Sie sind aber krank. Können Sie <u>anrufen, um die Verabredung zu verschieben</u> ?	2	1
37. Der Nachbarsohn hört sehr laut Radio. Können Sie ihn <u>bitten</u> , die Musik etwas leiser zu machen?	5	4
38. Können Sie jemanden <u>fragen</u> , wo die Toilette ist?	3	4
39. Die Nachbarin fragt Sie, wo sie im Garten die Pflanzen am besten einpflanzen kann. Sie kennen sich damit aus. Können Sie ihr etwas darüber <u>verdeutlichen</u> ?	1	2
40. Freunde von Ihnen haben eine schlechte Nachricht erhalten. Können Sie <u>nachfragen</u> , ob sie Hilfe brauchen?	5	3
41. Können Sie die Nachbarn <u>fragen</u> , ob sie Lust haben vorbeizukommen?	4	3
42. Sie sind sich über etwas belangloses mit Ihrer Frau uneinig. Sie sind ihr böse. Können Sie ihr <u>verdeutlichen</u> , weshalb sie böse sind?	2	3
43. Sie müssen umziehen. Sie vermuten, daß Ihre Frau dazu keine Lust hat. Können Sie Ihre Frau nach ihrer Meinung dazu <u>fragen</u> ?	5	4
44. Es steht ein Mann in der Haustür, der Geld für einen gemeinnützigen Zweck sammelt. Können Sie ihn <u>fragen</u> , von welcher Organisation er kommt?	5	2
45. Die Nachbarn haben ein Baby bekommen. Können Sie Ihr Interesse <u>ausdrücken</u> ?	5	4
46. Einige Bekannten behaupten etwas, womit Sie wirklich nicht einverstanden sind. Können Sie ihnen <u>verdeutlichen</u> , weshalb Sie anderer Meinung sind?	5	3

Tabelle 4: Auswertung der PKF-Bögen – Gegenüberstellung der Einschätzungen (eigene Darstellung)

Genauere Übereinstimmung bei Punktwert 4 und 5:

- ❖ Frage 5: **Freunden** vermitteln, wie ein Fest war
- ❖ Frage 15: Dem **Hausarzt** den eigenen Gesundheitszustand vermitteln
- ❖ Frage 24: Fragen, ob sie zusammen Kaffee trinken wollen im Café (**Ehefrau**)
- ❖ Frage 26: **jemanden** fragen, wie spät es ist
- ❖ Frage 28: **jemanden** fragen, ob er beim Aufstehen helfen kann

Ein Punkt Abweichung (Punktwert 4 und 5):

- ✚ Frage 3: **Freunden** verdeutlichen, dass sie an dem Tag zu Besuch kommen können
- ✚ Frage 6: Bedanken für ein Geschenk und verdeutlichen, warum dies ein großer Wunsch war (**Verwandtschaft**)
- ✚ Frage 9: Verdeutlichen, warum er nicht in den Urlaub möchte (**Ehefrau**)
- ✚ Frage 34: Wettervorhersage vermitteln (**Ehefrau**)
- ✚ Frage 37: den **Nachbarsohn** bitten die Musik leiser zu machen
- ✚ Frage 43: Sich über einen Umzug austauschen (**Ehefrau**)
- ✚ Frage 45: Interesse für das Baby der **Nachbarn** ausdrücken

Ein Punkt Abweichung (Punktwert 3 und 4):

- ✚ Frage 4: dem **Installateur** erklären was passiert ist
- ✚ Frage 7: Seiner **Partnerin** im Krankenhaus verdeutlichen, warum er unzufrieden ist
- ✚ Frage 8: Erfragen, warum seine **Ehefrau** traurig ist
- ✚ Frage 13: Wettervorhersage vermitteln (**Nachbarn**)
- ✚ Frage 38: **jemanden** fragen, wo die Toilette ist
- ✚ Frage 41: die **Nachbarn** fragen, ob sie Lust haben vorbeizukommen

Genauere Übereinstimmung bei Punktwert 3:

- ❖ Frage 1: Sorgen über die Zukunft vermitteln (**Ehefrau**)
- ❖ Frage 14: sich auf einem Fest an den Gesprächen beteiligen (**Bekannte**)
- ❖ Frage 18: den **Arzt** bitten, eine unverständliche Erklärung zu wiederholen
- ❖ Frage 29: **Touristen** den Weg zu einem Museum erklären
- ❖ Frage 33: **Freunden**, die sich nach der Erkrankung erkundigen, etwas über seine Situation vermitteln

Ein Punkt Abweichung (Punktwert 2 und 3):

- ✚ Frage 27: Verdeutlichung des ehemaligen Berufes (**Friseur**)
- ✚ Frage 42: Vermitteln, warum er seiner **Ehefrau** im Streit böse ist

Genauere Übereinstimmung bei Punktwert 2:

- ❖ Frage 16: **Fremde** im Zug bitten leiser zu sein

Ein Punkt Abweichung (Punktwert 1 und 2):

- ✚ Frage 36: Telefonat mit einem **Bekanntem**
- ✚ Frage 39: Erklärungen zum Einpflanzen der Blumen (**Nachbarn**)

- ❖ bei Punktwert 1 keine genaue Übereinstimmung!

Abbildung 4: Zusammenfassung ähnlicher Einschätzungen von Frau und Herrn L. in den PKF-Bögen (eigene Darstellung)

Eidesstaatliche Erklärung

„Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.“

Ort, Datum

Unterschrift