



Training von Kommunikationscoachs zur Verbesserung des kommunikativen Erfolgs von Personen mit Aphasie – eine Effektstudie –

von

Silja Kuckelkorn (0852937kuckelkorn@hszuyd.nl)

Sarah Reitze (0844519reitze@hszuyd.nl)

angefertigt an der

Fakultät Gesundheit und Technik

Studiengang Logopädie

Hogeschool Zuyd

Erstprüfer und Begleiter: Dr. Ruth Dalemans

Zweitprüfer: Dr. des. phil. Juliane Klann

04. Juni 2012

© Alle Rechte vorbehalten. Nichts aus dieser Ausgabe darf in einer automatischen Datendatei vervielfältigt oder gespeichert werden, oder in jeglicher Form oder Art und Weise veröffentlicht werden, sei es durch elektronisch mechanische Mittel, durch Fotokopien, Aufnahmen oder durch jegliche andere Form, ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd.

Training von Kommunikationscoachs zur Verbesserung des kommunikativen Erfolgs von Personen mit Aphasie

– eine Effektstudie –

Silja Kuckelkorn (0852937kuckelkorn@hszuyd.nl)

Sarah Reitze (0844519reitze@hszuyd.nl)

Zusammenfassung

Hintergrund: Aphasien haben massive Auswirkungen auf das Leben eines Menschen und sein Umfeld. Personen mit Aphasie sind aufgrund ihrer beeinträchtigten sprachlichen Fähigkeiten oft in ihrer Teilnahme am sozial-gesellschaftlichen Leben eingeschränkt. Trotz der Beeinträchtigungen haben die Betroffenen ein großes Bedürfnis nach sozialer Partizipation. Besonders in der chronischen Phase steht die Reintegration in den Alltag im Vordergrund. Kommunikative Unterstützung von anderen Personen ist dabei häufig unumgänglich.

Ziele: Durch die Unterstützung eines Kommunikationscoachs sollten Betroffene die Möglichkeit erhalten, ihren kommunikativen Erfolg in Gesprächen mit anderen zu steigern und auf diese Weise wieder aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Das primäre Ziel dieser Studie war die Untersuchung der Effektivität des entwickelten Kommunikationstrainings für Kommunikationscoachs.

Methode: Im Rahmen eines zweitägigen Trainings wurden Angehörige von Personen mit Aphasie im Beisein der Betroffenen zum Kommunikationscoach angeleitet. Sowohl theoretische als auch praktische Inhalte waren wesentliche Bestandteile des Trainings. Die Effektivität des Kommunikationstrainings wurde durch einen Prä-Post-Vergleich ermittelt.

Ergebnisse: Das Kommunikationstraining erwies sich für diese Stichprobe als ein effektives Verfahren zur Steigerung des kommunikativen Erfolgs von Personen mit Aphasie. Die Kommunikationscoachs wiesen signifikante Verbesserungen im theoretischen Wissen über Aphasie und im Gesprächsverhalten mit den Betroffenen und dessen Gesprächspartnern auf. Zudem konnte das Wohlbefinden der Personen mit Aphasie verbessert werden.

Schlussfolgerung: Die Unterstützung durch Angehörige als Kommunikationscoachs trägt nach einem intensiven Kommunikationstraining unter Einbezug der Betroffenen selbst zur essentiellen Verbesserung der Partizipation am gesellschaftlichen Leben bei.

Schlüsselwörter: *chronische Aphasie – Partizipation – kommunikativer Erfolg – Kommunikationstraining – Angehörige*

Training van communicatiecoaches ter verbetering van het communicatief succes van personen met afasie

– een effectstudie –

Silja Kuckelkorn (0852937kuckelkorn@hszuyd.nl)

Sarah Reitze (0844519reitze@hszuyd.nl)

Samenvatting

Achtergrond: Afasie heeft vaak enorm negatieve consequenties voor het leven van een getroffen en zijn omgeving. Vanwege verminderde vaardigheden op talig gebied is er vaak sprake van een beperkte sociale participatie. Ondanks deze beperkingen heeft men een grote behoefte om weer actief deel te kunnen nemen aan het sociale leven. Vooral in de chronische fase staat de reïntegratie binnen de eigen leefwereld en de dagdagelijkse bezigheden centraal. Communicatieve ondersteuning door andere personen kan een meerwaarde vormen voor het communicatieve succes.

Doel: De ondersteuning aangeboden door een communicatiecoach zou het communicatieve succes van personen met afasie vergroten tijdens gesprekken met een onbekende gesprekspartner. Dit kan een positieve invloed hebben op de sociale participatie van mensen met afasie. Het primaire doel was het onderzoeken van de effectiviteit van de training voor communicatiecoaches.

Methode: Gedurende een tweedaagse communicatietraining werden mensen uit de naaste omgeving van afasiepatiënten opgeleid tot communicatiecoach. Tijdens deze training kwamen zowel theorie als praktische oefeningen aan bod. De effectiviteit van de communicatietraining werd aan de hand van een pre-post-design onderzocht.

Resultaten: De communicatietraining die gebruikt werd binnen deze steekproef wordt gekenmerkt door een effectieve procedure ter verbetering van het communicatief succes van personen met afasie. De communicatiecoaches presteren significant beter op het gebied van theoretische kennis over afasie en in hun gesprekshouding tegenover een getroffen en diens gesprekspartner. Bovendien was het welzijn van de personen met afasie na de training vergroot.

Conclusie: De ondersteuning door de communicatiecoaches na een intensieve communicatietraining in aanwezigheid van de personen met afasie leidt tot een verbetering van de participatie aan het sociaal-maatschappelijk leven.

Sleutelwoorden: *chronische afasie – participatie – communicatief succes – communicatietraining – familieleden*

Vorwort

Die vorliegende Arbeit entstand während unseres Bachelorstudiums im Studiengang Logopädie an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL).

Wir möchten uns auf diesem Wege bei allen bedanken, die zur Realisierung dieses Projekts beigetragen haben.

„Leider lässt sich wahrhafte Dankbarkeit mit Worten nicht ausdrücken.“ (Johann Wolfgang von Goethe)

Dennoch gebührt unser Dank vor allem Frau Dr. Ruth Dalemans, die es uns ermöglichte, diese Bachelorarbeit zu schreiben. Ihr Vertrauen in unsere Arbeit förderte die selbständige Planung und Umsetzung der Studie. Auch für die Impulse und kreativen Ideen möchten wir ihr danken. Bei Frau Dr. des. phil. Juliane Klann möchten wir uns recht herzlich für die Zweitbeurteilung bedanken. Frau Dr. rer. medic Marion Grande gilt unser Dank für ihre fachlichen Ratschläge.

Ebenfalls danken wir Iris Lützeler-Dreßen, die uns den Seminarraum ihrer logopädischen Praxis für die Durchführung der Trainings zur Verfügung stellte. Des Weiteren möchten wir dem gesamten Team des Reisebüros Funken in Mariadorf für die Realisierung der Videoobservation danken.

Einen ganz speziellen Dank möchten wir an dieser Stelle unseren Eltern und Freunden aussprechen. Ihrer Unterstützung konnten wir uns allzeit sicher sein. Wir danken ihnen für die Verpflegung unserer Probanden während den Trainingstagen und das Korrekturlesen unserer Bachelorthesis.

Nicht zuletzt möchten wir uns bei allen Teilnehmern der Studie bedanken, die ihre Daten zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt haben und die Entstehung dieser Arbeit erst ermöglichten.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	IV
Samenvatting	V
Vorwort	VII
Inhaltsverzeichnis.....	VIII
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	XI
Abkürzungsverzeichnis.....	XIII
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund	4
2.1 Aphasie – eine allgemeine Einführung	4
2.1.1 Definition, Ursachen und Häufigkeit des Krankheitsbildes	4
2.1.2 Klinisches Bild.....	5
2.1.3 Verlauf der Aphasie.....	5
2.1.4 Begleiterscheinungen.....	7
2.1.5 Auswirkungen von Aphasie.....	8
2.2 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) im Rahmen der Aphasie	10
2.3 Kommunikation – kommunikativer Erfolg	13
2.4 Coaching und Training	14
2.4.1 Zentrale Elemente des Coaching	14
2.4.2 Was ist ein Kommunikationscoach?.....	15
2.4.3 Was ist ein Kommunikationstraining und welche Trainings bestehen bereits für Angehörige von Personen mit Aphasie?	15
3 Methodik.....	21
3.1 Antrag „Medisch Ethische Toetsingscommissie Atrium – Orbis – Zuyd (METC)“	21
3.2 Problemstellung	21
3.3 Fragestellung und Hypothesen.....	22
3.4 Experimentelles Design	24
3.5 Stichprobe	24
3.6 Rekrutierung der Teilnehmer	26
3.6.1 Kontaktaufnahme mit den Einrichtungen	26
3.6.2 Kontaktaufnahme mit den möglichen Studienteilnehmern	26

3.7	Messinstrumente für die Vor- und Nachmessungen & Follow-up	27
3.7.1	Messinstrumente für Kommunikationscoachs und Personen mit Aphasie.....	28
3.7.2	Messinstrumente für Kommunikationscoachs.....	29
3.7.3	Messinstrumente für Personen mit Aphasie	30
3.7.4	Evaluation des Kommunikationstraining.....	32
3.8	Intervention.....	33
3.8.1	Organisation.....	33
3.8.2	Inhalt des Kommunikationstrainings	34
3.9	Datenanalyse	37
4	Ergebnisse.....	38
4.1	Übersicht der Teilnehmercharakteristika.....	38
4.2	Darstellung der Ergebnisse der Messinstrumente	39
4.2.1	Videoobservation „Reise buchen“	39
4.2.2	Fragebogen „Wissensüberprüfung Aphasie“	40
4.2.3	Fragebogen „Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach“	41
4.2.4	Fragebogen „Wohlbefinden der Person mit Aphasie“	42
4.2.5	Fragebogen „Einschätzung des Kommunikationscoachs“	44
4.2.6	Evaluation des Kommunikationstraining.....	45
5	Diskussion	52
5.1	Beantwortung der Fragestellungen	52
5.1.1	Primäre Fragestellung	52
5.1.2	Sekundäre Fragestellungen	52
5.1.3	Unerwartete Ergebnisse und Diskrepanzen	54
5.2	Methodologische Einschränkungen und Einflüsse auf die Ergebnisse	55
5.2.1	Probandenrekrutierung.....	55
5.2.2	Auswahl und Einsatz der Messinstrumente	55
5.2.3	Kommunikationstraining	56
5.2.4	Generalisierbarkeit der Ergebnisse	57
5.3	Ausblick eventueller Folgestudien	57
6	Schlussfolgerung	59
7	Literatur.....	61
8	Anhang.....	XV
8.1	Glossar.....	XV
8.2	Informationsmaterial und Fragebögen zur Probandenrekrutierung	XIX
8.3	Messinstrumente.....	XXXIV

8.3.1	Videoobservation „Reise buchen“	XXXIV
8.3.2	Wissensüberprüfung „Aphasie“	XLII
8.3.3	Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach	XLVIII
8.3.4	Wohlbefinden der Person mit Aphasie (männliche Version)	LIII
8.3.5	Einschätzung des Kommunikationscoachs (männliche Version)	LXIII
8.4	Tabellarische Übersicht des Trainings	LXXVIII
8.4.1	Trainingstag 1	LXXVIII
8.4.2	Trainingstag 2	LXXIX
8.5	PowerPoint Präsentation	LXXX
8.6	Skript	CVI
8.7	Ausarbeitung der Rollenspiele	CXXXV
8.7.1	Grundlage der Rollenspiele	CXXXV
8.7.2	Ausführung der einzelnen Rollenspiele	CXXXVII
8.8	Evaluation des Trainings	CXLIV
8.8.1	Evaluationsbogen für Kommunikationscoachs	CXLIV
8.8.2	Evaluationsbogen für Personen mit Aphasie	CLVIII
8.9	Teilnahmebescheinigung	CLXXXVII
8.10	SPSS-Tabellen	CLXXXVIII
8.10.1	Videoobservation „Reise buchen“	CLXXXVIII
8.10.2	Fragebogen „Wissensüberprüfung Aphasie“	CLXXXVIII
8.10.3	Fragebogen „Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach“	CLXXXIX
8.10.4	Fragebogen „Wohlbefinden der Person mit Aphasie“	CXC
8.10.5	Fragebogen „Einschätzung des Kommunikationscoachs“	CXCI
8.11	Häufigkeitstabellen	CXCIII
8.11.1	Videoobservation „Reise buchen“	CXCIII
8.11.2	Fragebogen „Wissenüberprüfung Aphasie“	CXCIV
8.11.3	Fragebogen „Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach“	CXCVI
8.11.4	Videoobservation „Reise buchen“	CXCVII
8.11.5	Fragebogen „Wohlbefinden der Person mit Aphasie“	CXCVIII
8.11.6	Fragebogen „Einschätzung des Kommunikationscoachs“	CC
8.12	Suchstrategie der verwendeten Artikel	CCII

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1:	Dimensionen der Aphasie (aus Tesak, 2010)	8
Abbildung 2:	Wechselwirkungen der verschiedenen Komponenten der ICF (WHO, 2005)	11
Abbildung 3:	Aspekte der Kommunikation	13
Abbildung 4:	Studiendesign	24
Abbildung 5:	Stichprobenumfang	24
Abbildung 6:	Schema der Trainingstage	33
Abbildung 7:	Videoobservation Kommunikationscoach, Teilnehmer SS	39
Abbildung 8:	Videoobservation Kommunikationscoach, Teilnehmer IS	40
Abbildung 9:	Videoobservation Kommunikationscoach, Teilnehmer FW	40
Abbildung 10:	Erreichte Gesamtpunktzahl aller Teilnehmer bei der "Wissensüberprüfung Aphasie"	41
Abbildung 11:	Fragebogen "Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach", Teilnehmer SS	41
Abbildung 12:	Fragebogen "Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach", Teilnehmer IS	42
Abbildung 13:	Fragebogen "Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach", Teilnehmer FW	42
Abbildung 14:	Fragebogen "Wohlbefinden der Person mit Aphasie", Teilnehmer AS	43
Abbildung 15:	Fragebogen "Wohlbefinden der Person mit Aphasie", Teilnehmer LS	43
Abbildung 16:	Fragebogen "Wohlbefinden der Person mit Aphasie", Teilnehmer US	43
Abbildung 17:	Fragebogen "Einschätzung des Kommunikationscoachs durch die Person mit Aphasie", Teilnehmer AS	44
Abbildung 18:	Fragebogen "Einschätzung des Kommunikationscoachs durch die Person mit Aphasie", Teilnehmer LS	45
Abbildung 19:	Fragebogen "Einschätzung des Kommunikationscoachs durch die Person mit Aphasie", Teilnehmer US	45
Abbildung 20:	Angaben der Kommunikationscoachs im Evaluationsbogen, Kategorie "Rahmenbedingungen"	46
Abbildung 21:	Angaben der Personen mit Aphasie im Evaluationsbogen, Kategorie "Rahmenbedingungen"	46
Abbildung 22:	Angaben der Kommunikationscoachs im Evaluationsbogen, Kategorie "Lerninhalte"	47
Abbildung 23:	Angaben der Personen mit Aphasie im Evaluationsbogen, Kategorie "Lerninhalte"	47
Abbildung 24:	Angaben der Kommunikationscoachs im Evaluationsbogen, Kategorie "Vermittlung der Lerninhalte"	48
Abbildung 25:	Angaben der Personen mit Aphasie im Evaluationsbogen, Kategorie "Vermittlung der Lerninhalte"	48

Abbildung 26:	Angaben der Kommunikationscoachs im Evaluationsbogen, Kategorie "Leitung".....	48
Abbildung 27:	Angaben der Personen mit Aphasie im Evaluationsbogen, Kategorie "Leitung"	49
Abbildung 28:	Angaben der Kommunikationscoachs im Evaluationsbogen, Kategorie "Transfer in den Alltag"	49

Tabellen

Tabelle 1:	Ätiologie von Aphasie (nach Schneider et al., 2012)	4
Tabelle 2:	Begleiterscheinungen bei Aphasien (vgl. Eschle, Gysi, & Jenni, 2008; Franke, 2008; Haus, 2010; Müller, 2009; Huber, Poeck, & Springer, 2006; Huber, Poeck, & Weniger, 2006; Pschyrembel, 1976)	8
Tabelle 3:	Studienübersicht verschiedener Kommunikationstrainings für Partner (nach Simmons-Mackie et al., 2010)	20
Tabelle 4:	PICO-Strategie (nach Huang et al., 2006; Kalf et al., 2004; Santos et al., 2007)	22
Tabelle 5:	Ein- und Ausschlusskriterien für die Personen mit Aphasie	25
Tabelle 6:	Ein- und Ausschlusskriterien für die Kommunikationscoachs.....	25
Tabelle 7:	Übersicht der Messinstrumente	28
Tabelle 8:	Aufteilung der Rollenspiele.....	36
Tabelle 9:	Übersicht der Teilnehmercharakteristika.....	39

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
d.h.	das heißt
dt.	deutsch
engl.	englisch
et al.	et alii (dt. und andere)
evtl.	eventuell
GP	Gesprächspartner
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
k.A.	keine Angabe
Kap.	Kapitel
KC	Kommunikationscoach
n.z.	nicht zutreffend
PA	Person mit Aphasie
s.	siehe
S.	Seite
SCA	Supported Conversation for Adults with Aphasia
sog.	sogenannt
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
wöch.	wöchentlich
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Soziale Interaktion wird in unserem Leben vor allem durch verbale und/oder non-verbale Kommunikation bestimmt. Dalemans, de Witte, Wade, & van den Heuvel (2010) beschreiben Kommunikation dementsprechend als grundlegend für die Teilnahme am alltäglichen Leben, insbesondere im Umgang mit anderen Menschen:

„To participate you need to interact. Interaction implies communication and communication abilities are disrupted in people with aphasia.“ (Dalemans et al., 2010, S.583)

Die hier aufgeführte Kette der Abhängigkeiten von Kommunikation, Interaktion bis hin zu sozialer Teilhabe wirft die Frage auf, wie Menschen mit erworbenen Sprachstörungen am Gesellschaftsleben partizipieren können. Aphasien bringen deutliche Beeinträchtigung der kommunikativen Fähigkeiten mit sich (Bauer et al., 2002; Lamprecht, 2008; Bucher, 2006). Die Problematik nimmt aktuell stetig zu, da durch die fortschreitende Verbesserung der medizinischen Versorgung immer mehr Menschen einen Schlaganfall überleben (Carter, Anderson, Hackett, Barber, & Bonita, 2007; Kemmler, 2010; Peters, Pritzkeleit, Beske, & Katalinic, 2010). Schlaganfälle stellen die häufigste Ursache von Aphasien dar (Bartels, 2010). Zukünftig wird die Inzidenzrate von Aphasien demzufolge steigen. Dies gilt umso mehr für Patienten, die sich in der chronischen Phase des Krankheitsverlaufes befinden, da hier keine spontane Rückbildung der Symptome zu erwarten ist. Im Zuge dessen wird die Frage nach wirkungsvollen Therapieansätzen mit dem Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe vor allem für Personen mit chronischer Aphasie zukünftig immer häufiger gestellt werden (Barthel, 2005).

Menschen mit Aphasie haben Untersuchungen zufolge ein großes Bedürfnis, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen¹ (Dalemans, de Witte, Wade, & van den Heuvel, 2008). Wesentliches Ziel der teilhabeorientierten Therapie sollte also *„die Minderung der aus der Aphasie resultierenden Beeinträchtigungen in der aktiven Teilnahme am sozialen Leben“* sein (Deutsche Gesellschaft für Neurologie [DGN], 2008, S. 11). Personen mit Aphasie soll über die Sprachtherapie hinaus die Möglichkeit eröffnet werden, am gesellschaftlichen Leben aktiv teilzuhaben. Die Erreichung dieses Ziels stellt eine große Herausforderung für die logopädische Arbeit dar.

Betrachtet man das Umfeld von Personen mit Aphasie, so wird deutlich, dass die Sprachstörung in nahezu allen Lebensbereichen ein einschneidendes Ereignis darstellt (Schneider, Wehmeyer, & Grötzbach, 2012). Nicht nur für den Betroffenen selbst, sondern auch für sein Umfeld hat die Beeinträchtigung weitreichende Folgen (Brown, Worrall, Davidson, & Howe, 2011; Carod-Artal & Edigo, 2009; Jungbauer, von Cramon, & Wilz, 2003; Manders, Mariën, & Janssen, 2011; Tesak, 2007;

¹ Seit kurzem wurde mit der ICF eine Umorientierung der Sprachtherapie vollzogen. Hierbei wurde eine Verschiebung des Schwerpunktes weg von der symptom- und defizitgeleiteten Therapie hin zur partizipations- und alltagsrelevanten Therapie empfohlen (WHO, 2005; vgl. Kapitel 2.2).

Threats, 2010). Diese Folgen können anhand der ökologischen Systemtheorie von Bronfenbrenner (1989) erklärt werden, die eine gegenseitige Beeinflussung von einer Person und seiner Umwelt darstellt (Moser, 2008). Es liegt dementsprechend eine wechselseitige Beziehung zwischen der Person mit Aphasie und dessen Angehörigen vor. Folglich hat die Veränderung einer Person, beispielsweise durch Aphasie, auch Auswirkungen auf die gesamte Umgebung des Betroffenen.

Kommunikative Aktivitäten, die früher selbstständig ausgeführt werden konnten, können häufig nur noch mit fremder Hilfe bewältigt werden (Middeldorf, 2010). In vielen Situationen wie z.B. Behördengängen, Arztbesuchen, Gesprächen mit der Bank, aber auch beim Treffen mit Freunden bedarf es der kommunikativen Unterstützung durch Angehörige (Tesak, 2007). Angehörige stehen somit plötzlich und völlig unvorbereitet vor der Aufgabe, dem Betroffenen kommunikativ zu helfen, während sie gleichzeitig jedoch selbst mit der Krankheitsverarbeitung beschäftigt sind (Jungbauer et al., 2003; Middeldorf, 2010; Tesak, 2007). Sie verstehen ihren Partner sprachlich selbst nicht immer und haben nicht gelernt, auf welche Weise eine Person mit Aphasie in der Alltagskommunikation effektiv zu unterstützen ist, um eine größtmögliche Teilhabe zu erreichen. Diese Überforderung führt in der Praxis meist dazu, dass Angehörige für die Personen mit Aphasie sprechen und so den Betroffenen die Möglichkeit der eigenen Meinungsäußerung und des selbstständigen Handelns und Entscheidens entzogen wird (Simmons-Mackie et al., 2007; Worrall et al., 2011). Personen mit Aphasie haben Untersuchungen zufolge aber den Wunsch, möglichst selbstständig und unabhängig zu kommunizieren, ohne eine Belastung für andere zu sein (Dalemans, Wade, van den Heuvel, & de Witte, 2009). Gerade wegen dieses Missverhältnisses zwischen gewünschter Unterstützung des Patienten einerseits und dem tatsächlichen Verhalten von Angehörigen andererseits, sollten private Bezugspersonen von Personen mit Aphasie in den Rehabilitationsprozess, beispielsweise in Form von Kommunikationstrainings, eingebunden werden (Bongartz, 1998; Schütz, 2009; Sorin-Peters, 2004). Aktuelle Entwicklungen innerhalb der Heilberufe, insbesondere der Logopädie, verfolgen daher verstärkt einen holistischen Therapieansatz, der das soziale Umfeld der Patienten einbezieht (World Health Organization [WHO], 2005). Dies ist z.B. durch ein gezieltes Kommunikationstraining der Angehörigen zu leisten. So zeigten Kagan et al. (2004) und Simmons-Mackie & Damico (2007), dass ausgebildete Kommunikationspartner und geeignete Hilfsmittel die kommunikative Teilhabe von Menschen mit Aphasie nachweislich verbessern können. Basierend auf diesen Ergebnissen, wurden in den vergangenen Jahren vor allem im englischsprachigen Raum verschiedene Kommunikationstrainings für Angehörige entwickelt (Booth & Swabey, 1999; Cunningham & Ward, 2003; Hopper, Holland, & Rewega, 2002; Simmons-Mackie et al., 2007). Diese Trainings haben einen positiven Effekt auf die soziale Partizipation von Personen mit Aphasie (Schütz, 2009).

Auch im deutschen Sprachraum existieren erste Versuche, ein solches Training zu etablieren, wie z.B. ein Diplomprojekt aus dem Studiengang „Lehr- und Forschungslogopädie“ an der RWTH Aachen University in dem eine Schulung zum sog. *Kommunikationsassistenten* entwickelt und erprobt wurde (Schutzbach, 2009). Kommunikationsassistenten sind Personen, die Menschen mit Aphasie im

alltäglichen Leben unterstützen sollen. Sie sollen ihnen helfen, mit anderen Mitmenschen in ihrem Umfeld zu interagieren. Hierbei sprechen sie nicht für die Betroffenen, sondern helfen ihnen, sich selbst mitzuteilen (Schutzbach, 2009). Diese anhand einer kleineren Stichprobe als effektiv nachgewiesene Schulung richtet sich nicht an Angehörige, sondern an Volontäre. Somit steht das dringend notwendige Konzept für ein Angehörigentraining in Deutschland noch aus. Die vorliegende Studie geht dieser Problematik nach, indem sie das von Schutzbach (2009) entwickelte Training für Angehörige modifiziert und an einer Stichprobe evaluiert.

Von essentieller Bedeutung ist dabei die Einbeziehung der Patienten mit Aphasie selbst in das Training, welche aus dem Training für Freiwillige aus verständlichen Gründen ausgeschlossen waren². Die vorliegende Studie ermittelt die Effektivität des modifizierten Kommunikationstrainings, dessen primäres Ziel es ist, den kommunikativen Erfolg von Personen mit Aphasie durch die Unterstützung von Kommunikationscoachs zu verbessern und so die Partizipation deutlich zu erhöhen. Somit war es notwendig, die ursprüngliche Methode nach Schutzbach (2009) deutlich zu modifizieren. Neben den inhaltlichen Veränderungen wurde auch eine an die neuen Randbedingungen angepasste Terminologie verwendet.

Um in die Begrifflichkeiten einzuführen und den theoretischen Hintergrund zur im Training fokussierten Grunderkrankung zu liefern widmet sich das erste Kapitel der Arbeit dem Störungsbild der Aphasie (s. Kap. 2). Des Weiteren wird hier die ICF vorgestellt, da sie das Thema Partizipation als einen wichtigen Therapieschwerpunkt vorgibt und somit die Ausbildung angehöriger Kommunikationscoachs rechtfertigt und gleichzeitig Kriterien für die Zielsetzung einer solchen Schulung diktiert. Außerdem wird der Forschungsstand zum Thema Kommunikationscoach und Kommunikationstraining dargestellt. Kapitel 3 behandelt die Methodik. Zunächst werden aus dem Forschungsstand die Fragestellungen der aktuellen Untersuchung und die Hypothesen zu ihrem Ausgang abgeleitet. Weiterhin werden das in der aktuellen Studie eingesetzte modifizierte Kommunikationstraining sowie die Überprüfung seiner Wirksamkeit detailliert beschrieben. Es folgt die Präsentation der Ergebnisse (s. Kap. 4). Hier werden die zur Erprobung des neuen Trainings untersuchten Probanden-Patienten-Pärchen sowie die zur Evaluation des Trainings angewandten Auswerteverfahren vorgestellt. In der Diskussion (s. Kap. 5) erfolgt die Interpretation der Ergebnisse sowie ein Ausblick auf offene Fragen. Die Arbeit schließt mit einem Fazit und einer kurzen Zusammenfassung.

² Im Gegensatz zu Angehörigen haben ehrenamtliche Kommunikationsassistenten wechselnde Bezugspatienten, sodass hier eine Einbindung individueller Belange bedeutungslos erscheint. Dies ist bei angehörigen Kommunikationsassistenten anders, die spezifisch für das Verhalten gegenüber eines bestimmten Patienten trainiert werden können und müssen. Daher bietet sich die Integration der Patienten in die Schulung an.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden die begrifflichen Grundlagen für den Einstieg in das Themengebiet der Aphasie dargestellt und erläutert.

Zunächst wird darauf eingegangen, was Aphasie ist. Zusätzlich werden wichtige Eckdaten zur Ätiologie von Aphasien und den Inzidenz- und Prävalenzraten gegeben. Es folgt eine Beschreibung der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und ihre Anwendung im Rahmen der Aphasie. Wichtige Begrifflichkeiten zu den Themen „kommunikativer Erfolg“, „Coaching und Training“ und „Effektivität“ werden anschließend erläutert. Für die Definition unbekannter Begriffe wird auf das Glossar im Anhang 8.1 verwiesen.

2.1 Aphasie – eine allgemeine Einführung

2.1.1 Definition, Ursachen und Häufigkeit des Krankheitsbildes

Unter Aphasie (griech. aphasia = Sprachlosigkeit) versteht man eine erworbene Sprachstörung als Folge einer Erkrankung des zentralen Nervensystems. Aphasische Beeinträchtigungen erstrecken sich in der Regel auf alle expressiven und rezeptiven Modalitäten und das gesamte Sprachsystem. Sowohl das Sprechen und Schreiben als auch das Verstehen und Lesen sind mehr oder weniger stark auf allen sprachlichen Ebenen (Phonologie, Lexikon/Semantik, Morphologie und Syntax) betroffen. Die einzelnen Modalitäten können in unterschiedlicher Gewichtung gestört sein (DGN, 2008).

Typischerweise liegt der Aphasie eine Läsion der linken Hemisphäre zugrunde, da die Sprache bei den meisten Menschen dort innerhalb eines Netzwerkes lokalisiert ist (DGN, 2008). Die zugrunde liegende Hirnschädigung einer Aphasie kann unterschiedliche Ursachen haben. Die wesentlichen Auslöser sind Schlaganfälle mit einer Häufigkeit von etwa 80%, Schädel-Hirn-Traumata mit 10% und Hirntumore mit 7% (Bartels, 2010). Weitere Einzelheiten zeigt Tabelle 1.

Ursache der Aphasie	Häufigkeit in Prozent
Schlaganfall	80
Schädel-Hirn-Trauma (SHT)	10
Hirntumor	7
Hirnatrophie	1
Entzündliche Erkrankung des Zentralen Nervensystems	1
Hypoxie	1

Tabelle 1: Ätiologie von Aphasie (nach Schneider et al., 2012)

In der Bundesrepublik Deutschland erleiden jährlich etwa 200.000 Menschen einen Schlaganfall (Kemmler, 2010). Aufgrund der immer älter werdenden Gesellschaft ist anzunehmen, dass die Inzidenzrate von Schlaganfällen in den kommenden Jahrzehnten steigt (Peters et al., 2010). Nach einem Schlaganfall leiden rund 10% der Betroffenen an Schädigungen der Sprach- oder Kommunikationsfähigkeit (Kemmler, 2010). Genaue Inzidenz- und Prävalenzraten von Aphasien werden zum jetzigen Zeitpunkt statistisch nicht erfasst (Code & Petheram, 2011). In Deutschland liegt die geschätzte Anzahl der Neuerkrankungen nach einem Schlaganfall bei rund 25.000 pro Jahr und dies bei einer Anzahl von ca. 85.000 – 100.000 Personen, die in der Bundesrepublik aktuell an Aphasie leiden (Bartels, 2010).

2.1.2 Klinisches Bild

In der Vergangenheit wurde die Aphasie stets in verschiedene Syndrome unterteilt. Dieses Vorgehen ist weit verbreitet und bei vielen tätigen Logopäden gängig (Bartels, 2010).

Personen mit Aphasie haben in der Regel eine Vielzahl von Symptomen auf allen linguistischen Ebenen (Phonologie, Morphologie, Semantik, Syntax und Pragmatik) und in allen Modalitäten (Produzieren, Verstehen, Lesen und Schreiben), wobei die Kombination und der jeweilige Schweregrad individuell unterschiedlich sind (Tesak, 2007).

Nach dem heutigen Forschungsstand wird das System der Einteilung in Syndrome dieser Komplexität nicht ausreichend gerecht und ist daher umstritten. Durch die Einteilung kann es zu Missverständnissen kommen. Darüber hinaus ist diese Zuweisung für die Therapieplanung nicht relevant (Günther, Hofman, & Promes, 2009). Vielmehr zählt die Beschreibung der vorhandenen Probleme (Bartels, 2010; Günther et al., 2009). Aktuelle Betrachtungen nutzen individuelle Profilbeschreibungen anhand von psycholinguistischen Sprachverarbeitungsmodellen (Bartels, 2010; Günther et al., 2009). Ziel ist es, die Aphasie möglichst umfassend und detailliert zu beschreiben (Günther et al., 2009). Dabei sollen alle linguistischen Ebenen, alle Modalitäten sowie alle anderen sprachlichen Leistungen (Buchstabieren, Nachsprechen, etc.) berücksichtigt werden (Tesak, 2007).

2.1.3 Verlauf der Aphasie

Im Krankheitsverlauf ändern sich die Art und der Schweregrad der Aphasie. Die Wirksamkeit neurophysiologischer Rückbildungsmechanismen und die Art und Intensität der logopädischen Behandlung spielen hierbei eine wichtige Rolle (Huber, Poeck, & Weniger, 2006). Die Lokalisation und das Ausmaß von funktionalen Veränderungen im Gehirn haben eine entscheidende Bedeutung für das Ergebnis der logopädischen Behandlung (Fridriksson et al., 2012).

Die Störung weist im zeitlichen Verlauf verschiedene Phasen der Reorganisation auf. Mit Hilfe von fMRT-Bildgebung konnten in einer aktuellen Verlaufsstudie von Saur et al. (2006) drei unterschiedliche Phasen der neuralen Rückbildung festgestellt werden (DGN, 2008):

- Die *frühe bzw. akute Phase* (0 – 4 Tage post onset)
In der frühen Phase ist eine deutlich reduzierte Aktivierung der intakten Sprachareale in der linken Hemisphäre zu beobachten.
- Die *postakute Phase* (circa 2 Wochen post onset)
In der postakuten Phase ist bei den Personen mit Aphasie eine deutliche Leistungsverbesserung zu erkennen. Dies findet in Korrelation mit einer „Hochregulierung neuronaler Aktivierungen in homologen anterioren Spracharealen“ (DGN, 2008, S.1) der rechten Hemisphäre statt.
- Die „*Konsolidierungsphase*“ (4 - 12 Monate post onset)
In der Konsolidierungsphase können weitere Verbesserungen beobachtet werden. Die Aktivierung der rechten Hemisphäre geht zurück, wobei die Aktivierung der nichtgestörten Sprachareale in der linken Hemisphäre wieder zunimmt.

In der Literatur besteht Einigkeit darüber, dass nach circa zwölf Monaten symptomatisch ein chronischer Zustand der Aphasie erreicht wird (Kertesz, 1984). In dieser Phase tritt keine spontane Rückbildung der sprachlichen Leistungen mehr auf (DGN, 2008; Huber et al., 2006; Schneider et al., 2012). Besonders in der chronischen Phase steht die Reintegration der Person in ihren Lebensbereich und –alltag im Vordergrund (Schneider et al., 2012). Durzak, Kleinings, & Thiemans (2008) geben an, dass die Verarbeitung und die Akzeptanz wesentliche Ansatzpunkte dieser Phase sind. Durch zeitlich beschränktes (6-8 Wochen) aber intensives Training, ist auch im chronischen Zustand noch eine Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten und damit ein positiver Einfluss auf die aktive Teilnahme am sozial-gesellschaftlichen Leben möglich (Bauer et al., 2002; Lamprecht, 2008; Moss & Nicholas, 2006). Sprachtherapeutische Maßnahmen sind auch in der chronischen Phase von essentieller Bedeutung und sollten für alle Patienten zugänglich gemacht werden. Hier bieten sich zum Beispiel Kommunikationstrainings, in denen „*der Transfer der erworbenen sprachlichen Fähigkeiten und (die) Anpassung an spezifische Alltagsanforderungen*“ geübt wird, an (Lamprecht, 2008, S.178). Darüber hinaus erscheinen Beratungen bzw. Dialogtrainings für Personen mit Aphasie und ihre Angehörigen sinnvoll (Lamprecht, 2008).

Der Verlauf der Aphasie wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst (Bartels, 2010; Dalemans, de Witte, Beurskens, van den Heuvel, & Wade, 2010; Tesak, 2010). Im Folgenden werden die wichtigsten prognostischen Faktoren aufgelistet:

- Alter & Geschlecht
- Schweregrad der Aphasie
- Größe, Art und Ort der Hirnläsion
- Motivation des Patienten und Unterstützung des sozialen Umfelds
- Zeitpunkt und Intensität der Sprachtherapie
- Begleiterscheinungen wie z.B. Neglect, Konzentrationsminderung und Depression

2.1.4 Begleiterscheinungen

Parallel zur Aphasie leiden viele Betroffene an weiteren Problemen, die als Begleitsymptomatik bezeichnet werden (Tesak, 2007). Hierunter fallen u.a. die Hemiparese, Anopsie und Agnosie. Des Weiteren kommen häufig Störungsbilder wie Neglect, Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration, sowie Apraxien und Amnesien als Begleitsymptomatik von Aphasien. Diese können die aphasische Symptomatik in unterschiedlichem Ausmaß beeinflussen (Tesak, 2007), wobei sie sich in der Regel negativ auf die Rehabilitation der Person mit Aphasie auswirken. Die Übersicht in Tabelle 2 gibt detaillierte Informationen über die einzelnen Begleitsymptome wieder.

Hemiparese, -plegie	Hemiparesen oder -plegien sind Halbseitenlähmungen und demnach Störungen der Ausführung von Bewegungen. Dabei sind Paresen unvollständige Lähmungen, Plegien vollständige Lähmungen.
Anopsie	Eine Anopsie ist eine Gesichtsfeldeinschränkung. Mit einer Gesichtsfeldeinschränkung ist gemeint, dass ein Teil des normalen Gesichtsfeldes fehlt. Betroffene können die Umgebung daher nicht mehr adäquat sehen. Es gibt verschiedene Formen von Gesichtsfeldeinschränkungen
Agnosie	Agnosien sind Störungen des Erkennens. Betroffen sind dabei entweder ein oder mehrere Sinne (sehen/ fühlen/ hören).
Amnesie	Amnesien sind Gedächtnisstörungen. Es gibt zwei Formen: retrograde und anterograde Amnesien.
Apraxie	Apraxien sind Störungen der Planung und Programmierung von Einzelbewegungen oder Bewegungsfolgen. Sie sind von Lähmungen zu unterscheiden.
Neglect	Personen mit einem Neglect (englisch „Vernachlässigung“) beachten Reize auf einer Seite nicht. Es können dabei ein oder mehrere Sinne betroffen sein.
Störung der Aufmerksamkeit	Personen mit Aufmerksamkeitsstörungen können sich nicht mehr so gut wie früher konzentrieren.
Störung der räumlichen Orientierung	Bei einer räumlichen Orientierungsstörung treten Schwierigkeiten beim Erkennen räumlicher Beziehungen auf.

Störung der Exekutivfunktionen	Unter einer Störung der Exekutivfunktionen versteht man Schwierigkeiten beim Problemlösen, beim Planen und bei der Steuerung und Kontrolle von Handlungen.
Störung der Zahlenverarbeitung	Bei einer Störung der Zahlenverarbeitung ist das Verständnis für Zahlen, das Lesen und Schreiben von Zahlen oder die Anordnung von Zahlen betroffen. Weiterhin ist das Rechnen und die Verarbeitung von Rechenzeichen wie '+' und '-' gestört.
Störung von Antrieb und Affektivität	Diese Störung umfasst gefühlsbetonte Stimmungsschwankungen, Antriebsmangel, Euphorie sowie unnatürliches Lachen und Weinen.

Tabelle 2: Begleiterscheinungen bei Aphasien (vgl. Eschle, Gysi, & Jenni, 2008; Franke, 2008; Haus, 2010; Müller, 2009; Huber, Poeck, & Springer, 2006; Huber, Poeck, & Weniger, 2006; Pschyrembel, 1976)

2.1.5 Auswirkungen von Aphasie

Aphasien haben Auswirkungen auf die gesamte Teilhabe am sozial-gesellschaftlichen Leben (Dalemans, de Witte, Lemmens, van den Heuvel, & Wade, 2008; Lamprecht, 2008). Es resultieren schwere Kommunikationsprobleme und psychosoziale Folgen aus der aphasischen Symptomatik, wodurch sowohl Angehörige als auch die Betroffenen selbst eine nachweislich schlechtere Lebensqualität haben (Hilari, 2011; Simmons-Mackie & Damico, 2007; Tesak, 2007; vgl. Abbildung 1).



Abbildung 1: Dimensionen der Aphasie (aus Tesak, 2010)

Was sind nun die kommunikative Folgen einer Aphasie? Die Person mit Aphasie kann ihre Wünsche, Bedürfnisse oder Redeabsichten nur noch eingeschränkt äußern (Hinckley & Packard, 2001; Lamprecht, 2008). Es ist ihr nur noch vermindert möglich, sprachliches Material adäquat zu verstehen (Brady, Kelly, Godwin, & Enderby, 2012; Tesak, 2007). So z.B. beim Lesen von Zeitschriften, von Büchern oder Briefen. Es macht keinen Spaß mehr, fernzusehen, da die Inhalte nicht ausreichend verstanden werden (Bucher, 2006; Tesak, 2007). Kommunikative Aktivitäten, die früher ohne Mühe ausgeführt werden konnten, sind oft nur noch mit Hilfe anderer Personen möglich (Middeldorf, 2010). Beispiele sind alltägliche Dinge wie Behördengänge, Treffen mit Freunden oder Einkaufen auf dem Markt (Tesak, 2007). Durch die beschriebenen Einschränkungen der Kommunikation entstehen außerdem bedeutende psychosoziale Folgen für die Personen mit Aphasie und ihr Umfeld (Carod-Artal & Edigo, 2009; Tesak, 2007; Threats, 2010). Demnach haben die anhaltenden sprachlichen Beeinträchtigungen neben den Auswirkungen auf den Betroffenen auch einen großen Einfluss auf sein Umfeld und damit besonders auf seine Angehörigen (Brown, Worrall, Davidson, & Howe, 2011; Carod-Artal & Edigo, 2009; Jungbauer et al., 2003; Manders, et al., 2011; Tesak, 2007; Threats, 2010). Die Kommunikationspartner von Personen mit Aphasie verstehen nur beschränkt, was der Betroffene ihnen mitteilen möchte (Brady et al., 2012). Häufig sind aber auch die Kommunikationspartner nicht in der Lage, ihre eigenen kommunikativen Ziele zu erreichen. Es treten viele Missverständnisse, beispielsweise beim Austausch relevanter Inhalte über die Planung eines Urlaubs oder bei einem Gespräch mit der Krankenkasse etc. auf (Tesak, 2007). Schon Hemsley und Code (1996) fanden heraus, dass Aphasien tiefgreifende, negative Motivations-, Verhaltens- und emotionale Veränderungen mit sich bringen. Diese entstehen unter anderem durch soziale Diskriminierung, Verlust des Arbeitsplatzes, Isolation von Bildungsmöglichkeiten oder von Freizeitaktivitäten und begrenzter Unterstützung durch die Allgemeinheit (Dalemans et al., 2008; Parr, 2001). Die Sprachveränderungen durch die Aphasie haben z.B. auch plötzliche und langanhaltende negativen Effekte auf Freundschaften (Davidson, Howe, Worrall, Hickson, & Togher, 2008). Dies geht sogar bis hin zur sozialen Isolation der Personen mit Aphasie (Dalemans et al., 2010; Lamprecht, 2008). Aphasie betrifft somit nicht nur das Individuum, sondern die gesamte Familie (Brown et al., 2011). Die Angehörigen bilden das unmittelbare Lebensumfeld der Personen mit Aphasie und spielen damit eine elementare Rolle für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben der Betroffenen. Denn sie sind einerseits mitbetroffen von den sozialen Auswirkungen der Aphasie des Patienten und können andererseits als sprachlich gesunde Bezugsperson helfend eingreifen (Threats, 2010). Viele Angehörige fühlen sich jedoch durch die Belastungen und einen niedrigen Wissensstand über die Erkrankung überfordert (Jungbauer et al., 2003; Middeldorf, 2010; Tesak, 2007). Deshalb entscheiden sie sich häufig dafür, dem Patienten alles abzunehmen und für ihn zu sprechen. Damit wird diesem aber die Möglichkeit, die eigene Meinung zu äußern, selbstständig zu Handeln und Entscheidungen zu treffen, entzogen (Simmons-Mackie et al., 2007). Dies wiederum begrenzt für den Patienten den kommunikative Zugang zu seiner Umgebung noch stärker und führt nicht selten zu einer

krankheitsbegleitenden Depression, Verzweiflung, Angstzuständen und Aggressionen beim Betroffenen aber auch bei Angehörigen (Jungbauer et al., 2003; Tesak, 2007). Eine Aphasie hat somit weit über die rein sprachliche Beeinträchtigung hinaus Folgen für die Partizipation am Alltag sowie an sozialen Kontakten und darf in der klinischen Praxis nicht unberücksichtigt bleiben (Dalemans et al., 2008).

Untersuchungen haben ergeben, dass Menschen mit Aphasie trotz ihrer Beeinträchtigungen ein großes Bedürfnis haben, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (Dalemans et al., 2010). Sie sollen die Möglichkeit bekommen am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (Lamprecht, 2008). Zudem geht aus Studien hervor, dass sich die Angehörigen mehr Informationen über Aphasie und eine Anleitung für effektive Kommunikationsstrategien im Umgang mit den Betroffenen wünschen (Hilary & Northcott, 2006; Le Dorze & Signori, 2010; Michallet, Le Dorze, & Tétreault, 2001; Worrall et al., 2011). Hierzu lassen sich bereits Ansätze erkennen (Parr, 2007; Simmons-Mackie et al., 2007; Worrall, Rose, Howe, McKenna & Hickson, 2007; vgl. Kapitel 2).

2.2 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) im Rahmen der Aphasie

Das Klassifikationsschema „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ wurde im Jahr 2001 von der World Health Organization (WHO) publiziert und löst die „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)“ ab. Die ICF basiert auf einem bio-psycho-sozialen Modell. Im Gegensatz zu der ICIDH, die nur defizit-orientiert ist, berücksichtigt die ICF stärker die individuellen Möglichkeiten und den gesamten Lebenshintergrund (Aktivitäten und Partizipation) des Menschen (Grötzbach & Iven, 2009).

„The ICF shifts focus to social life, how people live with their health conditions, and how these health conditions can be improved to achieve a productive, fulfilling life in the context in which the people live.“ (Dalemans et al., 2008, S. 1072)

Es entsteht ein ausführliches Gesundheitsbild auf verschiedenen Ebenen, welches zur allgemeinen Entscheidungsfindung, auch interdisziplinär, genutzt werden kann. Durch die einheitliche und standardisierte Form der Klassifikation der Betroffenen ist der Vergleich auch im internationalen Kontext möglich (WHO, 2005).

Die Weltgesundheitsorganisation (2005) hat verschiedene Ziele der ICF definiert. Zum einen schafft die ICF eine wissenschaftliche Grundlage und gemeinsame Sprache im Bezug auf den Gesundheitszustand und die hiermit verbundenen Zustände. Dies bildet die Basis für eine Kommunikation zwischen verschiedenen Nutzern. Zum anderen wird durch die ICF ein Datenvergleich zwischen verschiedenen Disziplinen auf internationalem Niveau ermöglicht. Die ICF dient als systematisches Verschlüsselungssystem (WHO, 2005).

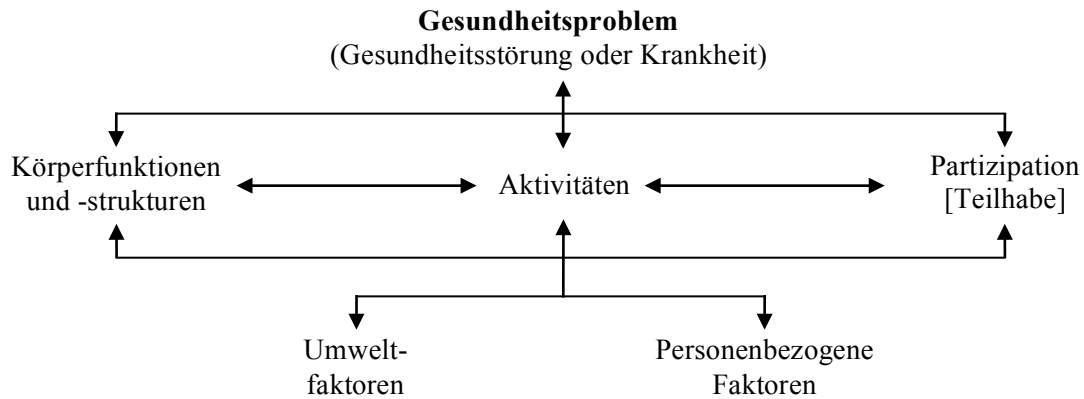


Abbildung 2: Wechselwirkungen der verschiedenen Komponenten der ICF (WHO, 2005)

Das Klassifikationsschema stellt verschiedene Komponenten dar, die grob in die Bereiche „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ sowie „Kontextfaktoren“ eingeteilt werden können (vgl. Abbildung 2). Im Bereich „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ werden folgende Komponenten klassifiziert:

- *Körperfunktionen und Körperstrukturen*
Körperfunktionen sind laut WHO (2005, S.17) „*physiologische Funktionen von Körpersystemen*“. *Körperstrukturen* werden als „*anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile*“ (WHO, 2005, S.17) definiert.
- *Aktivitäten & Partizipation (Teilhabe)*
 Mit dem Begriff der *Aktivität* wird die „*Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch einen Menschen*“ bezeichnet (WHO, 2005, S. 19). Hat eine Person Probleme eine Aktivität auszuführen, wird von einer Beeinträchtigung gesprochen. *Partizipation* wird auch *Teilhabe* genannt. Unter diesem Begriff versteht man „*das Einbezogen-sein in eine Lebenssituation*“ (WHO, 2005, S. 19.). Hat eine Person Probleme mit der Partizipation an der Kommunikation und am sozialen Leben, so ist es Ziel der Therapie, die Kommunikationsfähigkeit im Alltag zu verbessern.

Der Bereich „Kontextfaktoren“ beinhaltet zwei Komponenten:

- *Umweltfaktoren*
 Die *Umweltfaktoren* bezeichnen die „*materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten*“ (WHO, 2005, S. 16). Diese können im Lebensalltag mit Aphasie einen förderlichen oder aber hemmenden Einfluss auf die Aktivität und Teilhabe einer Person haben (Vickers, 2010).
- *Personenbezogene Faktoren*
 Diese Faktoren beziehen sich auf den „*speziellen Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen und umfassen Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil*

ihres Gesundheitsproblems oder – zustands sind“ (WHO, 2005, S. 22). Innerhalb der ICF sind diese Faktoren nicht näher klassifiziert da es große soziokulturelle Unterschiede gibt (WHO, 2005).

Mit jeder Komponente können sowohl positive, d.h. ressourcenorientierte als auch negative, d.h. defizitorientierte Eigenschaften der Funktionsfähigkeit einer Person ausgedrückt werden (WHO, 2005). Die Weltgesundheitsorganisation (2005) empfahl eine Verschiebung des Schwerpunktes weg vom Bereich der Störung hin zum Bereich der Aktivität und Partizipation. Bereits Huber, Springer & Poeck (2006) berichten von der besonderen Bedeutung des Aspektes „Beeinträchtigung der Kommunikation und Partizipation am sozialen Leben“ bei Menschen mit (chronischer) Aphasie. Die Implementierung des Modells hat verschiedene Auswirkungen auf den Bereich der Aphasie. Die Diagnostik ist demnach nicht mehr nur symptomorientiert, sondern soll vor allem die individuellen Auswirkungen der Aphasie auf den Alltag des Patienten aufdecken. Folglich kann die Diagnose großen Einfluss auf die Gestaltung der Therapie nehmen. In der Literatur wird ein Wandel beschrieben, der deutlich macht, dass sprachsystematische Therapieansätze mehr in den Hintergrund rücken. Die Relevanz sprachpragmatisch orientierter Ansätze nimmt hingegen zu (Grötzbach, 2006). Der Fokus liegt nicht mehr nur auf den sprachlichen Defiziten, sondern auf den vorhandenen Fähigkeiten. Die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten für eine aktive Teilnahme am sozial-gesellschaftlichen Leben steht im Vordergrund (Bauer et al., 2002). Innerhalb der Theorie ist dies bereits der Fall, jedoch hat der Wandel in den logopädischen Praxen noch nicht vollständig stattgefunden. Durch diese Verlagerung der Schwerpunkte wird die Aufmerksamkeit mehr auf die Lebensqualität und ihre Verbesserung gelenkt.

Worrall et al. (2011) zeigen, dass bei Menschen mit Aphasie die Einbeziehung des Patienten selbst in die Therapieplanung ein wichtiger Bestandteil des Rehabilitationsprozesses ist, da die Betroffenen nicht nur das Bedürfnis sondern auch das Recht haben ihre Wünsche zu äußern. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, diese meist sehr alltagsbezogenen Ziele in die Therapie zu integrieren (Grötzbach & Iven, 2009; Worrall et al., 2011).

“The preponderance of Activity and Participation level goals reflects the importance of everyday life activities and reinforces that people with aphasia do see these as a high priority.” (Worrall et al., 2011, S. 319)

Die mit der Aphasie einhergehenden negativen Emotionen wie Hilflosigkeit, Frustration oder Isolation der Betroffenen begründen die Berücksichtigung der Wünsche des Betroffenen innerhalb des Rehabilitationsprozesses. Worrall et al. (2011) und Dalemans et al. (2010) erläutern die Bedürfnisse und Wünsche der Personen mit Aphasie. Sie möchten ihre kommunikativen Fähigkeiten wiedererlangen, um erneut in der realen Welt teilnehmen zu können und zurück in ihr „altes Leben“ zu gelangen. Der Respekt der Mitmenschen und die eigene Selbstständigkeit sind von besonderer Bedeutung. Die sozialen Ziele werden im Hinblick auf die späteren Phasen der Aphasie als prioritär eingestuft und sind damit für die chronische Aphasie von besonderer Bedeutung (Worrall et al., 2011).

Zusammenfassend kann man sagen, dass die ICF ein elementares Instrument für die Diagnostik und Therapie von Aphasien darstellt und somit die von ihr stärker fokussierte Partizipation zentraler Aspekt und wesentliches Ziel aktueller Aphasietherapie sein muss. Wie unter Kapitel 2 bereits näher ausgeführt wurde, muss hier auch das mitbetroffene, unmittelbare Lebensumfeld der Personen mit Aphasie einbezogen werden. Dieses spielt eine elementare Rolle in den Bereichen Partizipation, Aktivitäten sowie auch bei den Kontextfaktoren (Schütz, 2009; Threats, 2010).

Bevor auf das Konzept des Kommunikationscoachs als mögliches partizipationsorientiertes Verfahren eingegangen wird, soll nachfolgend zunächst der dieser Arbeit zugrundeliegende Kommunikationsbegriff geklärt werden.

2.3 Kommunikation – kommunikativer Erfolg

Kommunikation – Was ist das? Die Bedeutung von Kommunikation ist *„Verständigung untereinander; zwischenmenschlicher Verkehr besonders mithilfe von Sprache, Zeichen.“* (Duden, <http://www.duden.de/rechtschreibung/Kommunikation>, 2012). Watzlawick (2011) hat mit dem berühmten Satz „Man kann nicht Nicht-Kommunizieren“ zusätzlich deutlich gemacht, dass Menschen auf bewusste oder unbewusste Weise kommunizieren. Daraus lässt sich ableiten, dass Kommunikation viel mehr ist, als nur das gesprochene Wort:

„Die Sprache braucht nicht immer Worte.“ (François Mitterrand, 1916-1996)

Zu dem Begriff „Kommunikation“ zählen nämlich neben der Sprache und dem Verstehen auch Gestik, Mimik, Körperhaltung, Stimme und Emotionen sowie das Zeigen und Zeichnen, Schreiben und Lesen. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die Vielfalt der unterschiedlichen Aspekte von Kommunikation.

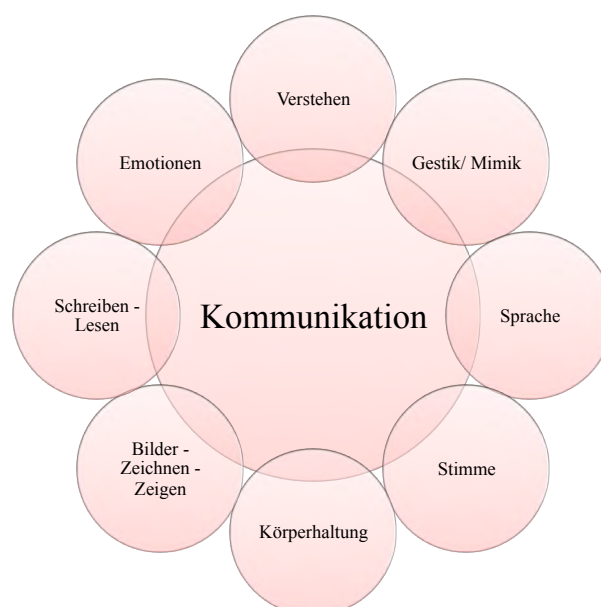


Abbildung 3: Aspekte der Kommunikation

Besonders bei Menschen mit Aphasie, bei denen die sprachlichen Fähigkeiten eingeschränkt sind, ist es wichtig, ein erweitertes Spektrum kommunikativer Möglichkeiten zu nutzen. Das Zitat „*Aphasische Personen können oft besser kommunizieren als sprechen.*“ (Tesak, 2010, S.19) zeigt, dass die Kommunikation mehr ist als nur die verbale Ausdrucksfähigkeit. Dementsprechend meint kommunikativer Erfolg, dass ein Gespräch zwischen verschiedenen Gesprächspartnern gelingt, also ein „*gemeinsames Verwirklichen der Ziele aller am Gespräch beteiligten Parteien, bei gegenseitig erlebter Interessenberücksichtigung*“ (Frey, 2007, S. 2) erreicht wird. Ein Gesprächsinhalt muss für den Gesprächspartner verständlich übermittelt werden, sodass er sinnhaft verstanden wird. Es macht dabei keinen Unterschied, auf welche Weise der Inhalt übermittelt wird. Dies kann sowohl verbal als auch non-verbal z.B. durch Hilfsmittel geschehen. Kommunikativer Erfolg oder Misserfolg liegt nicht nur in der Hand der Personen mit Aphasie (Bongartz, 1998), sondern auch in der des Gesprächscoachs und seinen Problemlösestrategien (Kym & Karpf, 2010).

Um das erfolgreiche Kommunizieren zwischen Personen mit Aphasie und ihrer Umwelt zu unterstützen, wurden sog. Kommunikationstrainings entwickelt, welche die nicht-aphasischen Bezugspersonen als Kommunikationscoachs oder Kommunikationsassistenten schulen. Dieses Konzept wird nachfolgend näher vorgestellt, da es auch der aktuellen Studie zu Grunde liegt.

2.4 Coaching und Training

2.4.1 Zentrale Elemente des Coaching

Der Begriff ‚Coaching‘ stammt ursprünglich aus dem Bereich des Sports. Inzwischen wird er jedoch auch in vielen anderen Bereichen verwendet (Coaching Pool GmbH, 2012). Inhaltlich ist Coaching die Unterstützung einer Person (Coachee), durch einen Coach (Trainer) (Coaching Pool GmbH, 2012). Beide Personen, Coach und Coachee sind gleichberechtigt und arbeiten partnerschaftlich zusammen (Migge, 2007). Der Coach hilft einer Person bei der Ausführung von Herausforderungen und Handlungen (Coaching Pool GmbH, 2012). Durch gezieltes Feedback regt der Coach die Personen an (Migge, 2007), ihre Einstellungen weiterzuentwickeln und Schwierigkeiten selbst zu bewältigen (Deutscher Bundesverband Coaching e.V., 2012). Im Idealfall werden auf diese Weise optimale Ergebnisse und Leistungen erreicht (Deutscher Bundesverband Coaching e.V., 2012). Es ist wichtig, dass der Coach Personen, die er begleitet, in seiner Einzigartigkeit wahrnimmt und individuelle Hilfestellungen gibt (Coaching Pool GmbH, 2012). Personen erlangen auf diese Weise wieder einen Zugang zu ihren eigenen Möglichkeiten (Migge, 2007). Der Coachee bleibt dabei weiterhin für sich selbst verantwortlich (Coaching Pool GmbH, 2012). Coaching erfordert viel Übung, bei der das Prinzip des Coachings verstanden werden muss. Nur so kann ein Coach das Potential anderer Personen freisetzen (Coaching Pool GmbH, 2012).

Übertragen auf die vorliegende Studie ist zu beachten, dass der Erfolg des Coachings nur unter gewissen Voraussetzungen erreicht werden kann. Die Veränderung der Kommunikation kann nur

gelingen, wenn die Bereitschaft des Betroffenen selbst vorhanden ist etwas zu verändern und die neuen Kommunikationsstrategien anzunehmen. Der Transfer in den Alltag stellt sowohl für den Kommunikationscoach und den Betroffenen eine große Herausforderung dar. Grenzen zeigen sich auch bei den Kommunikationscoachs. Es ist nicht vorhersagbar, inwieweit es ihnen gelingt, die Kommunikationsstrategien anzunehmen und in alltäglichen Situationen umzusetzen. Die Veränderung des Verhaltens gegenüber Betroffenen und Gesprächspartnern ist unter anderem von Faktoren wie Respekt, Geduld und Empathie abhängig (Lamprecht, 2008).

2.4.2 Was ist ein Kommunikationscoach?

In einer alltäglichen, kommunikativen Situation ist der kommunikative Erfolg das Ziel. Bei Personen mit Aphasie ist dieser Erfolg nicht immer gewährleistet. Ein Kommunikationscoach ist eine Begleitperson, die die Person mit Aphasie in schwierigen, alltäglichen Situationen kommunikativ unterstützt. Er soll in schwierigen kommunikativen Situationen die Rolle des Vermittlers zwischen der Person mit Aphasie und dem Gesprächspartner einnehmen, sodass das Hauptziel, der kommunikative Erfolg, erreicht wird. Bei der Unterstützung der Betroffenen gilt jedoch das Motto: *„So wenig wie möglich, so viel wie nötig“* (Schutzbach, 2009, S.48). Keinesfalls sollte der Kommunikationscoach den Betroffenen bevormunden, Entscheidungen abnehmen oder stellvertretend für die Person mit Aphasie sprechen. Ein Kernsatz von Tesak (2007a, S. 27) macht dies deutlich *„Kommunikation **mit** den aphasischen Personen, **nicht für** die aphasischen Personen“*. Viel mehr soll dem Betroffenen durch die Unterstützung die Möglichkeit gegeben werden, eigenständig zu handeln und eine selbstständige Teilnahme am sozial-gesellschaftlichen Leben zurück zu gewinnen. Die aphasische Person sollte von allen Beteiligten als gleichwertiger Partner angesehen werden. In Deutschland haben Personen mit Aphasie einen Anspruch auf kommunikative Unterstützung durch einen Kommunikationscoach. Dies ist unter anderem durch das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) und das Sozialgesetzbuch IX gesetzlich geregelt, welche besagen, dass auch behinderten Menschen eine Barrierefreiheit und Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zusteht (Bundesministerium der Justiz, 2004; Bundesministerium der Justiz, 2002b; Bundesministerium der Justiz, 2002a; Bundesministerium der Justiz, 2001; Goetz & Goetz, 2007). Eine Unterstützung gegen Entgelt muss vorab bei der zuständigen Behörde beantragt werden.

2.4.3 Was ist ein Kommunikationstraining und welche Trainings bestehen bereits für Angehörige von Personen mit Aphasie?

Die Bedeutung der Begriffe „Training“ und „Kommunikation“ werden im Duden (2012) wie folgt beschrieben: Training ist die *„planmäßige Durchführung eines Programms von vielfältigen Übungen zur Ausbildung von Können“* (<http://www.duden.de/rechtschreibung/Training>) und Kommunikation bedeutet *„zwischenmenschliche Verständigung besonders mithilfe von Sprache und Zeichen“* (<http://www.duden.de/rechtschreibung/Kommunikation>). Daraus kann die Bedeutung von

„Kommunikationstraining“ abgeleitet werden, nämlich das vielfältige Erlernen und Üben von Fähigkeiten und Hilfen, wie z.B. Sprache und Zeichen, um mit seinen Mitmenschen auf optimale Weise kommunizieren zu können. Übertragen auf die vorliegende Bachelorarbeit ist das Ziel des Kommunikationstrainings, Kommunikationscoachs so optimal wie möglich zu schulen, damit sie Personen mit Aphasie kommunikativ auf angepasste Weise unterstützen und begleiten können.

Wie bereits ausführlich erläutert hat Aphasie neben den Folgen für den Betroffenen selbst, auch gravierende Auswirkungen für die Angehörigen (Schneider et al., 2012; Tesak, 2010; Threats, 2010). Kagan et al. (2004) beschreibt treffend:

“Conversation partners of individuals with aphasia, including health care professionals, families, and others, a role that is as important for communication as the language disorder suffered by individuals with aphasia.” (Kagan et al., 2004, S.64)

Der Schweregrad der Beeinträchtigung des Individuums wird durch das Verhalten der Familie, der Freunde, der gesetzlichen und ehrenamtlichen Dienstleister, der Gemeinde und der Institutionen mitbestimmt (Parr, 2007). Dies verdeutlicht die Relevanz der Einbeziehung der Angehörigen in pragmatisch – alltagsorientierte Therapieansätze. Das Kommunikationstraining für die Partner der Betroffenen rückt somit in den Vordergrund (Bongartz, 1998). Angehörige tragen wesentlich zu Erleichterung der Teilhabe am sozial-gesellschaftlichen Leben der Person mit Aphasie bei (Kagan et al., 2004; Kagan, Black, Felson Duchan, Simmons-Mackie, & Square., 2001; Simmons-Mackie, Rayner, Armstrong, Holland, & Cherney, 2010). Dies wird durch das folgende Zitat bestätigt:

„Communication partner training” is an intervention directed at people other than the person with aphasia with the intent of improving the language, communication, participation, and/or well being of the person with aphasia.” (Simmons-Mackie et al., 2010, S.1814)

Bauer et al. (2002) und Manders et al. (2011) geben an, dass durch solch ein Training eine bessere Verarbeitung der veränderten Lebenssituation ermöglicht wird. Der Austausch über die Krankheit, über mögliche Schwierigkeiten insbesondere die kommunikativen Probleme sind ein wesentlicher Trainingsbestandteil. In schwierigen kommunikativen Situationen benötigen Personen mit Aphasie oftmals Unterstützung. Dies ist auch für die Angehörigen eine Herausforderung (Threats, 2010). Die Fähigkeit, eine Person mit Aphasie durch den Einsatz alternativer Kommunikationsstrategien wirkungsvoll zu unterstützen, muss häufig erst erlernt werden. Aus diesem Grund ist ein Training für Angehörige unumgänglich (Bauer et al., 2002; Manders et al., 2011; Simmons-Mackie et al., 2010). Nicht nur Personen mit Aphasie müssen neue Kommunikationsstrategien erlernen, sondern auch die Kommunikationspartner der Betroffenen. Dies erfordert beiderseits einen intensiven Lernprozess innerhalb eines systematischen verhaltensmodifizierenden Trainings. Hierzu sind vor allem Videoanalysen geeignet (Bauer et al., 2002).

Schutzbach (2009) beschreibt treffend, dass Menschen mit Aphasie zur besseren Partizipation im alltäglichen Leben lediglich professionelle Unterstützung von dem direkten Lebensumfeld benötigen:

„Oft bräuchten Menschen mit Aphasie nur angemessene Unterstützung aus der Umwelt (Informationen angepasst an die Sprachstörung) oder durch Mitmenschen (z.B. Assistenz), um am sozial-gesellschaftlichen Leben besser teilhaben zu können.“
(Schutzbach, 2009, S. XLIII)

Dieses Argument führte unter anderem zur Auswahl dieser Bachelorarbeit. Es ist für die Studienleiter ein herausforderndes Ziel, die Lebensqualität aphasischer Betroffener sowie Angehöriger zu verbessern. In der nationalen und internationalen Literatur liegen einige Studien über Ansätze für Kommunikationstrainings im Bereich der Aphasie vor (s. Tabelle 3). Die bestehenden Kommunikationstrainings haben oft Gemeinsamkeiten, unterscheiden sich aber jeweils in einzelnen oder mehreren Punkten. Ein Unterscheidungsmerkmal ist die Zielgruppe des Trainings. Es bestehen z.B. Trainings für ehrenamtliche Helfer (Hickey, Bourgeois, & Olswang, 2004; Kagan et al., 2001; Lyon et al., 1997), Trainings für Fachpersonal (Legg, Young, & Bryner, 2005) und/ oder Trainings für Angehörige von Betroffenen (Booth & Swabey, 1999; Cunningham & Ward, 2003; Hopper et al., 2002).

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal sind die Trainingsschwerpunkte, was sich auf die inhaltliche Struktur auswirkt (Simmons-Mackie et al., 2010). Legg et al. (2005), Kagan et al. (2001) und Lyon et al. (1997) legen den Schwerpunkt z.B. auf das Training der kommunikativen Fähigkeiten und das Erlernen von Strategien des Partners, um die Kommunikation der Person mit Aphasie zu unterstützen und zu erleichtern. Hinckley & Packard (2001) und Hickey et al. (2004) hingegen fokussieren die „educational“ Komponente, d.h. die Erweiterung des Wissens über Aphasie und die dazugehörigen Fakten. Der dritte Trainingsschwerpunkt bezieht sich auf die psychosozialen Konsequenzen von Aphasie, wie z.B. Depression und soziale Isolation (Pound, Parr, & Duchan, 2001; Währborg & Borenstein, 1997). Des Weiteren können die Kommunikationstrainings nach ihrem methodischen Aufbau unterschieden werden. Zum einen sind Studien über Trainings im Gruppendesign (z.B. Hickley & Packard, 2001; Kagan et al., 2001; Lyon et al., 1997) ausgeführt worden und zum anderen im single-case experimental design (u.a. Cunningham & Ward, 2003; Hopper et al., 2002; Simmons-Mackie & Damico, 2007). Eine weitere Unterscheidung findet sich in der Gruppenzusammensetzung der Teilnehmer. Die „alleinige“ Schulung der Kommunikationspartner ist u.a. Gegenstand der Studien von Kagan et al. (2001), Legg et al. (2005), Lyon et al. (1997) und Rayner & Marshall (2003). In andere Fällen wurde die Person mit Aphasie zusammen mit dem Kommunikationspartner weitergebildet (Hinckley & Packard, 2001; Hinckley, Packard, & Bardach, 1995; Purdy & Hindenlang, 2005).

Gemeinsam ist jedoch, dass bei fast allen Trainings Rollenspiele zur praktischen Erprobung der Inhalte durchgeführt werden. Die zentrale Gemeinsamkeit besteht hinsichtlich des Ziels: Alle Kommunikationstrainings zielen auf eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Betroffenen und Angehörigen bzw. Kommunikationspartnern ab.

Es stellt sich die Frage, in wie weit, diese Trainings effektiv sind. Effektivität kann folgendermaßen definiert werden:

„Effektivität (aus dem Lateinischen: effectivus – „bewirkend“): Wirksamkeit, Durchschlagskraft, Leistungsfähigkeit“ (Duden Fremdwörterbuch, 2001, S. 253; Stichwort Effektivität).

Bei der Effektivität geht es um die Wirksamkeit von Maßnahmen (Branz, 2009). Die Effektivität bezeichnet somit die generelle Eignung einer Intervention zur Erfüllung eines bestimmten Zwecks oder Ziels (Staats, 2009). Effektiv sind solche Maßnahmen, die nachhaltig gute Ergebnisse erzielen (Staats, 2009). Der benötigte Ressourceneinsatz im wirtschaftlichen Sinne wird bei der Effektivität außer Acht gelassen (Branz, 2009). Effektivitätsstudien sind empirische Untersuchungen mit dem Ziel, die Wirksamkeit der eingesetzten Maßnahme zu überprüfen. Durch das Messen des Effekts einer unabhängigen Variable auf eine abhängige Variable unter kontrollierten Bedingungen kann die Effektivität gemessen werden (Baarda & de Goede, 2006; van Borsel, 2004).

Die Überblicksarbeit von Simmons-Mackie et al. (2010) beschreibt das „Kommunikationspartnertraining“ als effektive Methode, um die kommunikative Aktivität bzw. Partizipation der Person mit chronischer Aphasie zu verbessern.

Ein Kommunikationstraining ist demnach eine erfolgversprechende Methode zur Schulung von Kommunikationspartnern. Wie von Simmons-Mackie (2010) bestätigt wird, kann der kommunikative Erfolg einer Person mit Aphasie durch einen geschulten, fähigen Kommunikationspartner verbessert und erleichtert werden. Die Ergebnisse können als optimale Grundlage für die Effektivität des Kommunikationstrainings zum Kommunikationscoachs, welches in dieser Bachelorarbeit entwickelt wurde, angesehen werden. Tabelle 3 zeigt einen Überblick über verschiedenen Studien zu diesem Themenkomplex.

Studie	Zielgruppe	Zeitrahmen	Inhaltliche Beschreibung	Schwerpunkt	Untersuchungs-design
Booth & Swabey (1999)	KP (Angehörige) + PA	6 x 2 Std.	Gruppentraining (turn-taking & Reparaturstrategien)	Kommunikation	Quantitative Studie
Hopper et al. (2002)	KP (Angehörige) + PA	k.A. – 10 Therapieeinheiten	Konversationstraining - Videoanalysen	Kommunikation	Single-case experimental design
Hickey et al. (2004)	KA (ehrenamtliche Helfer)	1 x 1,5 Std.	Wissen „totale Kommunikation“ & praktische Übungen	Kommunikation	Single-case experimental design
Cunningham & Ward (2003)	KP (Angehörige) + PA	5 x 1,5	Basiswissen Aphasie + generelle Strategien & Rollenspiele + individuelles Training	Kommunikation	Single-case experimental design
Legg et al. (2005)	KP (Fachpersonal – Medizinstudenten)	4 Std.	Gruppendiskussion & Rollenspiele zum Erlernen von Basiswissen Aphasie und Kommunikationsstrategien im medizinischen Interview	Kommunikation	Groupdesign
Hinckley & Packard (2001)	KP + PA	2 Tage	Basiswissen Aphasie, Kommunikationsstrategien, psychosoziale Aspekte	Education	Group design
Hinckley et al. (1995)	KP + PA	3 Tage	Familienschulung – psychosoziales Wissen	Education	Group design
Lyon et al. (1997)	KA (ehrenamtliche Helfer)	4 x 1-2 Std.	Training der Kommunikation mit PA	Kommunikation	Group design

	+ PA	1 x 2-4 Std.	& der Erleichterung der Partizipation der PA		
Kagan et al. (2001)	KP (ehrenamtliche Helfer)	1 x 5,25 Std. 1 x 1,5 Std.	Vermittlung von SCA; Rollenspiele; Reflektionsübungen	Kommunikation	Group design
Rayner & Marshall (2003)	KA (ehrenamtliche Helfer)	3 x 3 Std.	Vermittlung von SCA; Rollenspiele & Videoanalysen	Kommunikation	Group design
Purdy & Hindenlang (2005)	KP + PA	12 Std. – 12 Wochen	Erwachsenenlern-Programm speziell auf Kommunikationstraining abgestimmt	Kommunikation	Group design
Währborg & Borenstein (1989)	KP (Angehörige) + PA	k.A.	Familientherapie (Depression, soziale Isolation etc.)	Counseling	Group design
Pound et al. (2001)	KP	6 x 2 Std.	Einbeziehung von Zielen, Gruppendiskussion, Training neuer Fähigkeiten	Counseling	Quantitative Studie
Simmons-Mackie et al. (2007)	KP	2 Tage Workshop & Follow-up	Workshop zum Erlernen von kommunikativen Strategien an der Hand von Rollenspielen für eine Gruppe von „Dienstleistern des Gesundheitswesens“ (Ärzte, Krankenpfleger...)	Kommunikation	Quantitative Studie

Tabelle 3: Studienübersicht verschiedener Kommunikationstrainings für Partner (nach Simmons-Mackie et al., 2010)

3 Methodik

Bevor mit der Durchführung der Studie begonnen wurde, stellten die Studienleiter einen Antrag an die „Medisch Ethische Toetsingscommissie Atrium – Orbis – Zuyd (METC)“. Dieser Vorgang wird in diesem Kapitel als Erstes erläutert.

Anschließend werden die Problemstellung, die daraus resultierenden Fragestellungen und Hypothesen formuliert. Darüber hinaus werden das experimentelle Design, die Stichprobe sowie die Rekrutierung der Teilnehmer näher erläutert. Die Abschnitte „Messinstrumente“ und „Intervention“ formen den Abschluss dieses Kapitels.

3.1 Antrag „Medisch Ethische Toetsingscommissie Atrium – Orbis – Zuyd (METC)“

Die METC Atrium – Orbis – Zuyd ist eine national anerkannte Kommission, die medizinisch-wissenschaftliche Forschungsarbeiten mit Menschen beurteilt. Die Kommission ist für die Gewährleistung der Sicherheit, des Wohlbefindens und der Rechte möglicher Probanden einer Studie zuständig. Eine Beurteilung vor Beginn einer wissenschaftlichen Studie innerhalb des geographischen Gebiets „Atrium Medisch Centrum Parkstad“ ist rechtlich verpflichtend.

Die Planung der Studie wurde der Kommission mit weiteren Unterlagen (unter anderem Informationsmaterial Teilnehmer, Lebensläufe der Studienleiter etc.) zugesandt. Am 17.01.2012 hat die METC den Studienleitern die Zustimmung erteilt, die geplante Untersuchung ohne Bedenken ausführen zu dürfen.

3.2 Problemstellung

Basierend auf den Informationen des theoretischen Hintergrunds wurde gezeigt, dass der Bedarf eines Kommunikationstrainings zum Kommunikationscoach hoch ist. In der Vergangenheit wurden vor allem im englischsprachigen Raum verschiedene Kommunikationstrainings durchgeführt. Es gab sowohl Kommunikationstrainings, welche den Aphasiepatienten einbezogen (Booth & Swabey, 1999; Cunningham & Ward, 2003; Hickey et al., 2004; Hinckley & Packard, 2001; Hinckley et al., 1995; Hopper et al., 2002; Purdy & Hindenlang, 2005), als auch jene, die lediglich Kommunikationscoachs ausbildeten (Kagan et al., 2001; Legg et al., 2005; Rayner & Marshall, 2003). Die Art und Weise der Durchführung und Gestaltung der Trainings waren innerhalb der verschiedenen Studien unterschiedlich (vgl. Kap. 2.4.3). Nach aktuellem Forschungsstand sind diese jedoch insgesamt als effektiv zu bewerten. Kommunikationstrainings für Angehörige sind also notwendig und ganz im Sinne der ICF. Die durchgeführte Literaturrecherche ergab, dass zum jetzigen Zeitpunkt keine Studie

vorliegt, welche die Effektivität von Kommunikationstrainings für Angehörige von Personen mit Aphasie unter Einbezug der Betroffenen im deutschsprachigen Raum empirisch überprüft. Ein deutschsprachiges Kommunikationstraining sollte angelehnt an die existierenden Verfahren und an die Bedürfnisse der Betroffenen entwickelt werden. Anja Schutzbach, ehemalige Studentin des Studiengangs Lehr- und Forschungslogopädie der RWTH Aachen University, entwickelte im Jahre 2009 im Rahmen einer Diplomarbeit eine „Fortbildung zum Kommunikationsassistenten“. Dieses Training wurde auf Basis aktueller Literatur erstellt. In der vorliegenden Arbeit wurde ein vergleichbares Kommunikationstraining entwickelt, in dem Inhalte übernommen aber auch modifiziert und an die Stichprobe angepasst wurden. Die wichtigste Modifikation bestand darin, dass die Personen mit Aphasie zusammen mit Angehörigen, anstelle von Freiwilligen, geschult wurden. Das angepasste Training (vgl. Kap. 3.8) wurde anschließend an drei Kommunikationscoachs und den angehörigen Betroffenen hinsichtlich seiner Effektivität überprüft.

3.3 Fragestellung und Hypothesen

Im Rahmen der evidenzbasierten Medizin wird es zunehmend wichtiger, strukturiert und transparent zu arbeiten (Huang, Lin, & Demner-Fushman, 2006; Kalf & de Beer, 2004; Santos, Pimenta, & Nobre, 2007; van Loveren & Aartman, 2007). Zur Erreichung dieser Ziele wurden Fragestellungen anhand von PICO-Kriterien definiert. PICO steht als Akronym für Patient/Problem – Intervention - Kontrolle/Vergleich – Resultat (s. Tabelle 4).

Akronym	Definition (engl.)	Definition (dt.)
P	Patient or problem	Patient od. Problem
I	Intervention	Intervention
C	Control or Comparison	Kontrolle od. Vergleich
O	Outcome	Resultat

Tabelle 4: PICO-Strategie (nach Huang et al., 2006; Kalf et al., 2004; Santos et al., 2007)

Die folgenden Fragestellungen beinhalten alle PICO-Elemente, wobei die primäre Frage sich direkt aus der Problemstellung ergibt.

- I. Ist das Kommunikationstraining zum Kommunikationscoach im Hinblick auf den kommunikativen Erfolg der Person mit Aphasie mit einem unbekannten Gesprächspartner effektiv?

H1: Das Kommunikationstraining zum Kommunikationscoach hat einen positiven Effekt auf den kommunikativen Erfolg der Person mit Aphasie mit einem unbekannten

Gesprächspartner.

H0: Das Kommunikationstraining zum Kommunikationscoach hat keinen oder einen negativen Effekt auf den kommunikativen Erfolg der Person mit Aphasie mit einem unbekannten Gesprächspartner.

Neben der primären Fragestellung ergeben sich weitere sekundäre Fragestellungen:

- I. Nimmt die kommunikative Beteiligung der Personen mit Aphasie durch die Unterstützung eines Kommunikationscoachs in einer alltäglichen Kommunikationssituation mit einem unbekannten Gesprächspartner nach dem Kommunikationstraining zu?

H1: Die Unterstützung eines Kommunikationscoachs in einer alltäglichen Kommunikationssituation mit einem unbekannten Gesprächspartner hat einen positiven Effekt auf die kommunikative Beteiligung der Person mit Aphasie.

H0: Die Unterstützung eines Kommunikationscoachs in einer alltäglichen Kommunikationssituation mit einem unbekannten Gesprächspartner hat keinen oder einen negativen Effekt auf die Beteiligung der Person mit einer Aphasie.

- II. Verbessert sich der Kommunikationscoach durch das Kommunikationstraining hinsichtlich seiner theoretischen Kenntnisse über Aphasie?

H1: Die Teilnahme an dem Kommunikationstraining hat einen positiven Effekt auf die Punktzahl des Kommunikationscoachs in der „Wissensüberprüfung Aphasie“.

H0: Die Teilnahme an dem Training hat einen negativen oder keinen Effekt auf die Punktzahl des Kommunikationscoachs im Wissenstest Aphasie.

- III. Verbessert sich der Kommunikationscoach im Umgang und Gesprächsverhalten mit dem Betroffenen und dessen Gesprächspartner durch das Kommunikationstraining?

H1: Die Teilnahme an dem Kommunikationstraining hat einen positiven Effekt auf den Umgang und das Gesprächsverhalten des Kommunikationscoachs mit dem Betroffenen und dessen Gesprächspartner.

H0: Die Teilnahme an dem Kommunikationstraining hat keinen oder einen negativen Effekt auf den Umgang und das Gesprächsverhalten des Kommunikationscoachs mit dem Betroffenen und dessen Gesprächspartner.

- IV. Verbessert sich das Wohlbefinden der Person mit Aphasie in einer alltäglichen kommunikativen Situation mit einem Gesprächspartner durch die Unterstützung des Kommunikationscoachs nach dem Kommunikationstraining?

H1: Die Unterstützung des Kommunikationscoachs hat einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden der Person mit Aphasie.

H0: Die Unterstützung des Kommunikationscoachs hat keinen oder einen negativen Effekt auf das Wohlbefinden der Person mit Aphasie.

3.4 Experimentelles Design

Zur Überprüfung der Wirksamkeit des Kommunikationstrainings wurde ein klassisches Prä-Post-Test-Design gewählt. Dieses Design besteht aus einer Vormessung, der nachfolgenden Intervention sowie einer abschließenden Nachmessung und einem Follow-up-Test nach drei Wochen (s. Abbildung 4). Der Untersucher kann auf diese Weise Rückschlüsse auf (signifikante) Verbesserungen aufgrund der Intervention sowie auf deren Nachhaltigkeit ziehen (Baarda & de Goede, 2006).



Abbildung 4: Studiendesign

3.5 Stichprobe

Im Rahmen dieser Studie wurden insgesamt sechs Personen, drei Kommunikationscoachs und ihre drei aphasischen Angehörigen, für die Stichprobe ausgewählt (siehe Abbildung 5). Die Stichprobengröße wurde relativ klein gehalten, um im Rahmen der Gruppenarbeit sehr individuell auf die Teilnehmer eingehen zu können. Außerdem standen geeignete Teilnehmer aufgrund der zu erfüllenden Randbedingungen nur begrenzt zur Verfügung.

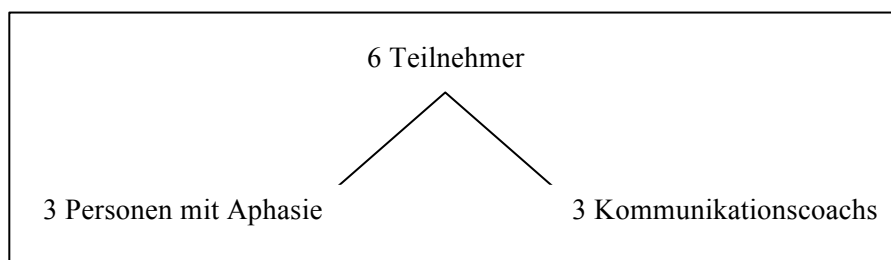


Abbildung 5: Stichprobenumfang

Für die Teilnahme an der vorliegenden Studie wurden sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Die Personen mit Aphasie sollten sich in der chronischen Phase befinden und gesundheitlich in guter Verfassung sein. Des Weiteren sollten sie motiviert sein, sich kommunikativ weiterzuentwickeln und keine schwerwiegende Begleitsymptomatik aufweisen. Bei der Auswahl der Kommunikationscoachs war vor allem das Interesse am Umgang mit den Betroffenen und am Erlernen neuer Kommunikationsstrategien wichtig. Daneben sollten sie mindestens 18 Jahre alt und die primäre Bezugsperson sein, sowie gute Deutschkenntnisse haben. Ein sprachtherapeutisches Vorwissen war für die Teilnehmer nicht notwendig. Einen tabellarischen Überblick bieten Tabelle 5 (Patienten) und Tabelle 6 (Coachs).

Einschlusskriterien für die Personen mit Aphasie	Ausschlusskriterien für die Personen mit Aphasie
• Chronische Phase der Erkrankung (mindestens 12 Monate post-onset) • Bereitschaft und Motivation sich weiterzuentwickeln/ Interesse an sozialen Interaktionen • Gesundheitlich in der Lage, an einem Kommunikationstraining teilzunehmen	• Schwere Aphasie (gemäß Rating der verbalen Kommunikationsfähigkeit in nach „Aphasie-Check-Liste“ von Kalbe, Reinhold, Ender & Kessler) • Schwerwiegende neuropsychologische Störungen, die ein Kommunikationstraining negativ beeinflussen würden • degenerative Erkrankungen

Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien für die Personen mit Aphasie

Einschlusskriterien für die Kommunikationscoachs	Ausschlusskriterien für die Kommunikationscoachs
• Interesse am Umgang mit den aphasischen Partnern • Motivation, etwas Neues zu lernen • Bereitschaft, andere anzuleiten, mit der aphasischen Person adäquat zu kommunizieren. • Person, welche den Hauptkontakt zur aphasischen Person hat • Gute Deutschkenntnisse • Mindestalter von 18 Jahren	• kognitive Beeinträchtigungen • Einschränkungen im Bereich des Hörens oder Sehens sofern diese nicht ausreichend durch z.B. Hörgerät oder Brille korrigiert sind

Tabelle 6: Ein- und Ausschlusskriterien für die Kommunikationscoachs

Um die Erfüllung der Kriterien zur Teilnahme an der Studie zu überprüfen, wurde zunächst eine ausführliche Diagnostik vorgenommen.

Die sprachlichen Ein- und Ausschlusskriterien für die Personen mit Aphasie wurden anhand der *Aphasie – Check – Liste (ACL)* (Kalbe, Reinhold, Ender, & Kessler, 2010) ermittelt. Die ACL wurde ausgewählt, da es ein objektives, reliables, valides und standardisiertes Verfahren ist, um zentrale Sprachstörung in relativ kurzer Zeit zu diagnostizieren. Es findet keine Syndromeinteilung statt und sie kann zudem in der chronischen Phase angewandt werden (Kalbe, Reinhold, Brand, Markowitsch, & Kessler, 2005). Alle weiteren Kriterien für die Personen mit Aphasie und für die Kommunikationscoachs wurden mit Hilfe von Fragebögen inventarisiert (vgl. Kapitel 3 und Anhang 8.2).

3.6 Rekrutierung der Teilnehmer

Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte über verschiedene Krankenhäuser, Rehabilitationszentren, niedergelassene logopädische Praxen sowie über Aphasie-Selbsthilfegruppen. Hierbei wurden der Raum Aachen sowie Teile von Düren und Eschweiler berücksichtigt. Das Einzugsgebiet beschränkte sich auf diese Region, um den Anreiseweg der Teilnehmer zu den beiden Kommunikationstrainings in einem zumutbaren Rahmen zu halten.

3.6.1 Kontaktaufnahme mit den Einrichtungen

In einem telefonischen Erstkontakt wurden die Einrichtungen darüber informiert, dass innerhalb dieser Studie ein zweitägiges Kommunikationstraining zum Kommunikationscoach für Personen mit Aphasie geplant ist. Dabei wurde der Begriff des Kommunikationscoachs näher erläutert, die Teilnehmerkriterien wurden definiert und eventuelle Verständnisfragen beantwortet. Bei Interesse erhielten die Ansprechpartner im Anschluss an das Telefonat ausführlicheres Informationsmaterial (siehe Anhang 8.2). Die Fragebögen zur Überprüfung von Ein- und Ausschlusskriterien und die Einverständniserklärungen wurden beigelegt. Dies war verbunden mit der Bitte, mögliche Teilnehmer zu kontaktieren und ihnen die Materialien auszuhändigen.

3.6.2 Kontaktaufnahme mit den möglichen Studienteilnehmern

Alle von den Einrichtungen ausgewählten möglichen Probanden erklärten ihr Einverständnis mit der Weitergabe ihrer Kontaktdaten bestehend aus Namen, Telefonnummern und Adressen.

In einer ersten telefonischen Kontaktaufnahme mit den potentiellen Teilnehmern erfolgten eine kurze Vorstellung und eine Terminvereinbarung für ein persönliches Treffen. Bei diesem Treffen wurden die bereits überreichten Informationsmaterialien besprochen und eventuelle Fragen geklärt. Soweit die Personen weiterhin an einer Teilnahme der Studie interessiert waren, wurden sie gebeten, die Einverständniserklärung sowie die Fragebögen (s. Anhang 8.2) auszufüllen. Bestandteil der

Fragebögen war es, Angaben zur Person sowie Daten zur Motivation und zum Gesundheitszustand (Seh- und Hörvermögen, evtl. neuropsychologische Einschränkungen, andere Behinderungen) der Kommunikationspaare zu erfassen. Zum Abschluss des persönlichen Gesprächs wurde der weitere Ablauf dargelegt. Um die Erfüllung der sprachlichen Ein- und Ausschlusskriterien mit Hilfe der ACL zu ermitteln, wurde ein separater Termin vereinbart.

3.7 Messinstrumente für die Vor- und Nachmessungen & Follow-up

Zur Evaluation des Trainingserfolgs wurden vor, unmittelbar nach und drei Wochen nach dem Kommunikationstraining die Leistungen und Empfindungen der Kommunikationscoachs und der Personen mit Aphasie anhand derselben Messinstrumente überprüft. Dazu wurden sowohl Tests durchgeführt, an denen nur die Kommunikationscoachs bzw. nur die Personen mit Aphasie teilnahmen als auch Tests an denen die Coachs und die Personen mit Aphasie gemeinsam partizipierten (s. Tabelle 7). Es wurden ausschließlich die Kommunikationscoachs hinsichtlich der theoretischen Kenntnisse über Aphasie mit Hilfe des Fragebogens „Wissensüberprüfung Aphasie“ (s. Anhang 8.3.2), sowie hinsichtlich der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten mit Hilfe des Fragebogens „Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach“ untersucht (s. Anhang 8.3.3). Mit den Patienten wurden zwei Fragebögen über das eigene Wohlbefinden (s. Anhang 8.3.4) und die Einschätzung des Kommunikationscoachs durchgeführt (s. Anhang 8.3.5). Die Paare sollten zusätzlich gemeinsam vor und unmittelbar nach dem Training anhand einer Videoobservation getestet werden (s. Anhang 8.3.1). Die Testverfahren werden nachfolgend genauer erläutert.

Messinstrumente	Teilnehmer	Zeitpunkt der Durchführung
Videoobservation in einem Reisebüro „Reise buchen“	Kommunikationscoach & Person mit Aphasie	– Vor dem Beginn des Trainings – Nach Beendigung des Trainings
Fragebogen „Wissensüberprüfung Aphasie“	Kommunikationscoach	– zu Beginn des ersten Trainingstages – am Ende des zweiten Trainingstages – Follow-up nach 3 Wochen
Fragebogen „Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach“	Kommunikationscoach	– zu Beginn des ersten Trainingstages – am Ende des zweiten Trainingstages

		– Follow-up nach 3 Wochen
Fragebogen „Wohlbefinden der Person mit Aphasie“	Person mit Aphasie	– nach der Mittagspause des Ersten Trainingstages – vor der Mittagspause des zweiten Trainingstages – Follow-up nach 3 Wochen
Fragebogen „Einschätzung des Kommunikationscoachs“	Person mit Aphasie	– nach der Mittagspause des Ersten Trainingstages – vor der Mittagspause des zweiten Trainingstages – Follow-up nach 3 Wochen

Tabelle 7: Übersicht der Messinstrumente

Die Entwicklung der Messinstrumente erfolgte auf Basis von bestehender Literatur (z.B. Eckerl & Schmitz, 2011; Kagan et al., 2001; King, Alarcon, & Rogers, 2007; Koul, 2011; Lindner & Blom, 2011; Silverman, Kurtz, & Draper, 2006) und anderer bereits bestehender Fragebögen, um die Gütekriterien „Reliabilität“ (Verlässlichkeit) und „Validität“ (Gültigkeit) der Messinstrumente bestmöglich gewährleisten zu können. Eine praktische Erprobung der Messinstrumente war aus zeitlichen Gründen nicht realisierbar.

3.7.1 Messinstrumente für Kommunikationscoachs und Personen mit Aphasie

Videoobservation „Reise buchen“

Ein Test der Vormessung bestand aus der Videoobservation einer alltäglichen kommunikativen Situation. Der Kommunikationscoach und die Person mit Aphasie erhielten die Aufgabe, in einem Reisebüro eine Reise zu buchen. Hierbei sollten die Wünsche der Person mit Aphasie im Vordergrund stehen. Diese Situation wurde nachgestellt, da es aus pragmatischen Gründen nicht realisierbar war, ein Video in einem natürlichen Rahmen aufzunehmen. Sowohl die Probanden als auch die Mitarbeiter des Reisebüros mussten zuvor informiert werden, dass sie bei dem Gespräch aufgenommen wurden. Aus ethischen Gründen war eine „versteckte“ Aufnahme nicht möglich. Durch die Beobachtung (Aufzeichnung) wurde jedoch die natürliche Gesprächssituation beeinflusst. Dieses Phänomen wird in der Literatur als „Beobachterparadoxon“ beschrieben (Henne & Rehbock, 2001). Die Auswertung erfolgte anhand der Videos durch einen verblindeten Logopäden. Verblindet bedeutet, dass diese Person keine näheren Informationen über diese Studie erhielt. Durch dieses Prinzip kann eine unbewusste Beeinflussung der Daten vermieden werden (Day & Altman, 2000; Schulgen & Schmoor, 2007). Sowohl bei der Vor- als auch Nachmessung übernahm die gleiche Logopädin aus dem Masterstudiengang Lehr- und Forschungslogopädie der RWTH Aachen die Auswertungen. Vorrangig

war die Beurteilung des Kommunikationscoachs hinsichtlich mehrerer Kriterien gefragt. Zusätzlich wurde die Person mit Aphasie bezüglich einiger Verhaltensweisen beurteilt.

Das Verhalten der Kommunikationscoachs und der Personen mit Aphasie wurde anhand eines strukturierten Protokollbogens (vgl. Anhang 8.3.1) beurteilt. Zur Bewertung der jeweiligen Punkte diente eine 4-Punkt-Skala. Es gab die folgenden vier Skalenausprägungen:

- „zeigt 0% – 25% des gewünschten Verhaltens“
- „zeigt 25%-50% des gewünschten Verhaltens“
- „zeigt 50%-75% des gewünschten Verhaltens“
- „zeigt 75%-100% des gewünschten Verhaltens“

Die Kriterien für die Rangzuordnung bestimmten die Studienleiter vorab. Die Videoobservation konnte ausschließlich als Vor- und Nachmessung ausgeführt werden, da zwei der drei Paare für den Follow-up Test nicht mehr verfügbar waren.

3.7.2 Messinstrumente für Kommunikationscoachs

Die Kommunikationscoachs bearbeiteten innerhalb der Vortests zu Beginn des ersten Trainingstages zwei Fragebögen. Die gleichen Fragebögen wurden von den Probanden in den Nachtests am Ende des zweiten Trainingstages und nach drei Wochen im Rahmen eines Follow-ups noch einmal bearbeitet. Nachfolgend werden Inhalte der Fragebögen näher erläutert.

Fragebogen „Wissensüberprüfung Aphasie“

Anhand eines Fragebogens wurde das Wissen der Kommunikationscoachs über Aphasie geprüft. Dieser Fragebogen wurde unter Berücksichtigung der Erfordernisse dieser Studie erstellt. Es wurden verschiedene Themengebiete mit Hilfe von 13 offenen bzw. Multiple-Choice Fragen abgefragt.

Die Themengebiete waren:

- Basiswissen Aphasie (Definition, Ursachen, Symptome, Verlauf, Prognose)
- Begleiterscheinungen von Aphasie
- Auswirkungen von Aphasie auf die Kommunikation im alltäglichen Leben
- Kommunikationshilfen und Gesprächsverhalten

Es konnten jeweils eine oder mehrere Antworten richtig sein.

Beim Fragebogen „Wissensüberprüfung Aphasie“ liegt die Gesamtpunktzahl auf Intervallniveau. Die Antworten wurden von den Beurteilern mit Hilfe eines zuvor erstellten Antwortschlüssels als „richtig“ (1 Punkt) oder „falsch“ (0 Punkte) gewertet. Für jede richtig angekreuzte bzw. richtig nicht angekreuzte Antwortmöglichkeit gab es einen Punkt. Für jede falsch angekreuzte bzw. falsch nicht angekreuzte Antwort gab es keinen Punkt. Insgesamt war eine absolute Punktzahl von 94 Punkten erreichbar. Der Fragebogen ist im Anhang unter Punkt 8.3.2 beigelegt.

Fragebogen „Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach“

Das Ziel dieses Fragebogens war die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten als Kommunikationscoach.

Die hier eingesetzte verbalisierte 4-Punkt-Skala hat den Vorteil, dass der befragten Person die Bedeutung der Antwortalternativen genau vorgegeben wird. Zudem begünstigt eine gerade Skala die Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse. Da es keinen „Skalenmittelpunkt“ gibt, müssen sich Menschen, die ansonsten eine „Tendenz zur Mitte“ aufweisen, in eine Richtung positionieren. Die Skalen wurden optisch präsentiert und die Antwortmöglichkeiten von „links nach rechts“ angeordnet, d.h. der niedrigste Wert „trifft überhaupt nicht zu“ steht links, der höchste Wert „trifft völlig zu“ rechts (Porst, 2009). Die Aussagen wurden positiv formuliert, so dass die Antwortmöglichkeit „trifft völlig zu“ die vollkommene Übereinstimmung signalisiert. Die Einschätzung „trifft überhaupt nicht zu“ zeigt dagegen eine gänzliche Ablehnung.

Die 21 vorgegebenen Aussagen zielen inhaltlich auf verschiedene Bereiche:

- Wissen zu Aphasie und deren Begleitscheinungen
- Wissen zum Gesprächsverhalten mit Personen mit Aphasie und zu kommunikativen Hilfestellungen
- Unterstützung und Verständigungssicherung im Gespräch mit Personen mit Aphasie und ihren Gesprächspartnern

Die Teilnehmer hatten jeweils die Möglichkeit, eine der folgenden vier Antworten anzukreuzen:

- trifft überhaupt nicht zu“
- „trifft überwiegend nicht zu“
- „trifft überwiegend zu“
- „trifft völlig zu“

Detaillierte Inhalte des Fragebogens können im Anhang unter Punkt 8.3.3 nachgelesen werden.

3.7.3 Messinstrumente für Personen mit Aphasie

Die Personen mit Aphasie wurden gebeten, zwei Fragebögen auszufüllen. Gefragt wurde nach dem eigenen Wohlbefinden und der Beurteilung des Kommunikationscoachs. Innerhalb der Vortests beantworteten sie die Fragebögen nach der Mittagspause des ersten Trainingstages. Die Betroffenen waren erst ab diesem Zeitpunkt anwesend. Die Nachtests wurden von der Person mit Aphasie jeweils vor der Mittagspause des zweiten Trainingstages bearbeitet. Auch die Personen mit Aphasie füllten die Fragebögen nach drei Wochen erneut aus. Nach der Mittagspause endete der zweite Trainingstag für die Betroffenen.

Bei der Konzeption der Fragebögen war die aphasiefreundliche Gestaltung des Layouts ein wichtiger Aspekt, da diese das Verständnis der Inhalte wesentlich beeinflusst (Brennan, Worrall, & McKenna, 2005). Es wurde eine männliche und weibliche Version der Fragebögen erstellt, um die Teilnehmer direkt ansprechen zu können. Im Anhang ist ausschließlich die männliche Version beigefügt. Zur

Steigerung der Übersichtlichkeit galt das Prinzip „Eine Aussage pro DIN-A4 Seite“. Syntaktisch wurden die Aussagen so kurz wie möglich formuliert. Es wurden hochfrequente und einfache Worte verwendet (Aleligay, Worrall, & Rose, 2008). Wichtige Worte wurden durch Größe und Markierung hervorgehoben. Außerdem dienten sorgfältig ausgewählte Piktogramme der visuellen Unterstützung des Verständnisses (Brennan et al., 2005; Dalemans, Wade, van den Heuvel, & de Witte, 2009; Versterking CliëntenPositie. 2008). Es wurde bei beiden Fragebögen eine 4-Punkt-Likertskala gewählt. Diese geradzahlige Skala bietet die bereits oben beschriebenen Vorteile für die Prägnanz der Aussagen (Porst, 2009). Um die Fragebögen so aphasierefreundlich wie möglich zu gestalten, wurde die Skalenbreite auf vier Punkte beschränkt (Dalemans et al., 2009). Eine verbalisierte Skala scheint bei Personen mit Aphasie valider zu sein als eine endpunktbenannte Skala. Die vier Antwortmöglichkeiten wurden durch Smileys dargestellt, um die Verständlichkeit der Aussagen für die Personen mit Aphasie zu optimieren. Optisch wurde die Skala von links nach rechts präsentiert, d.h. dass der niedrigste Wert links und der höchste und damit der mit der höchsten Zustimmung rechts steht.

Nähere inhaltliche Informationen zu den einzelnen Fragebögen werden nachfolgend dargestellt.

Fragebogen „Wohlbefinden der Person mit Aphasie“

Ziel dieses Fragebogens war es, das Wohlbefinden der Personen mit Aphasie während einer alltäglichen kommunikativen Situation zu erheben. In vielen Fragebögen wird dies durch Angehörige fremdbeurteilt. Aufgrund des aphasierefreundlichen Layouts waren die Betroffenen hier selbst in der Lage den Fragebogen auszufüllen. Es wurden dabei verschiedene Gebiete abgefragt:

- Wohlbefinden in einem Gespräch
- Aktiver Beitrag an einem Gespräch
- Wunsch nach kommunikativer Unterstützung
- Einbezug in ein Gespräch
- Kommunikativer Erfolg

Die Personen mit Aphasie hatten pro Aussage vier Antwortmöglichkeiten. Es konnten folgende Antworten angekreuzt werden:

- trifft überhaupt nicht zu“
- „trifft überwiegend nicht zu“
- „trifft überwiegend zu“
- „trifft völlig zu“

Der Fragebogen kann im Anhang unter Punkt 8.3.5 nachgelesen werden.

Fragebogen „Einschätzung des Kommunikationscoachs“

Das Ziel dieses Fragebogens war es, die Fähigkeiten der Kommunikationscoachs aus Sicht der Personen mit Aphasie zu beurteilen. Inhaltlich sollten die folgenden Verhaltensweisen durch die Betroffenen beurteilt werden:

- Sprachgebrauch
- Gesprächsverhalten
- Verwendete Kommunikationsstrategien zur Unterstützung
- Verwendete Kommunikationsmittel zur Unterstützung
- Rahmenbedingungen (Blickkontakt, Geduld, ruhige Atmosphäre, dass das Gespräch nicht zu lange dauert)
- Kenntnisse über Aphasie

Anhand einer 4-Punkt-Skala sollten die Betroffenen die Aussagen des Fragebogens bewerten. Dabei standen die Antworten zur Verfügung:

- trifft überhaupt nicht zu“
- „trifft überwiegend nicht zu“
- „trifft überwiegend zu“
- „trifft völlig zu“

Der Fragebogen ist unter Punkt 8.3.5 zu finden.

3.7.4 Evaluation des Kommunikationstraining

Zur Beurteilung des Trainings füllten alle Teilnehmer einen Evaluationsbogen aus (s. Anhang 8.8). Die Inhalte und das Layout der Formulare für die Personen mit Aphasie und die Kommunikationscoachs waren unterschiedlich. Der Bogen für die Betroffenen wurde aphasierefreundlich gestaltet, sodass er ohne fremde Hilfe ausgefüllt werden konnten.

Die insgesamt 38 Aussagen des Evaluationsformulars lassen sich in folgende sechs Kategorien einordnen:

1. Rahmenbedingungen
2. Lerninhalte
3. Vermittlung der Lerninhalte
4. Leitung
5. Transfer in den Alltag
6. Gesamteindruck

Bei den Personen mit Aphasie wurde der Bereich „Transfer in den Alltag“ nicht befragt, da hauptsächlich die Kommunikationscoachs ihr Verhalten anpassen und im Alltag beibehalten müssen. Außerdem wurde bei ihnen auf einige Aussagen in den Kategorien „Lerninhalte“ und „Vermittlung der Lerninhalte“ verzichtet, da die Personen mit Aphasie nur an ausgewählten Teilen des Trainings teilnahmen.

Die Antworten der Teilnehmer wurden zur Auswertung in den vier Abstufungen „trifft überhaupt nicht zu“, „trifft überwiegend nicht zu“, „trifft überwiegend zu“ und „trifft völlig zu“ in Punktwerte (0, 1, 2, 3 Punkte) übersetzt und pro Kategorie addiert. Dies ergab dann für jede Kategorie eine Gesamtpunktzahl, welche miteinander verglichen wurde. Die Häufigkeit der Bewertungen pro Aussage wurde zusätzlich in Prozent angegeben und in Abbildungen veranschaulicht. In der Kategorie „Gesamteindruck“ wurden die Antworten der Teilnehmer jeweils schriftlich aufgeführt.

3.8 Intervention

Orientiert an der „Fortbildung zum Kommunikationsassistenten“ von Anja Schutzbach (2009) wurde ein modifiziertes Kommunikationstraining aufgestellt, das zusätzlich die Personen mit Aphasie berücksichtigt.

Im Folgenden werden sowohl die Organisation als auch die den Teilnehmern vermittelten Inhalte kurz erläutert. Für genauere Angaben wird auf eine tabellarische Übersicht des Trainings, die PowerPoint Präsentation und das Trainingsskript im Anhang 8.4, 8.5 und 8.6 verwiesen.

3.8.1 Organisation

Das Kommunikationstraining fand an zwei aufeinanderfolgenden Samstagen jeweils von 9 Uhr bis 17 Uhr in den Räumen der logopädischen Praxis Iris Lützeler-Dreßen in Alsdorf statt. Hinckley & Packard (2001) bestätigen, dass ein kurzes, aber intensives Training von zwei Tagen sinnvoll ist und positive Auswirkungen auf die soziale Partizipation der Betroffenen haben kann.

Die Trainingstage bestanden aus jeweils vier Arbeitsblöcken. Zwischen Block eins und zwei sowie zwischen Block drei und vier gab es je eine 15-minütige Pause. Die Mittagspause von 45 Minuten lag zwischen Block zwei und drei. Das Schema ist in Abbildung 6 dargestellt.

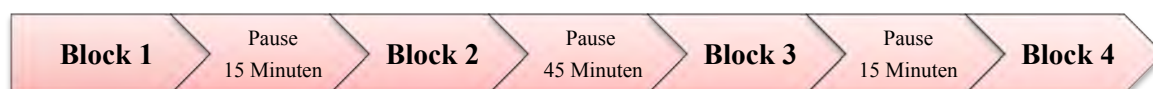


Abbildung 6: Schema der Trainingstage

Da Personen nach einer Hirnschädigung, auch in der chronischen Phase, oftmals an einer Aufmerksamkeitsstörung leiden (Huber et al., 2006; Leśniak, Bak, Czepiel, Seniów, & Członkowski, 2008; Murray, Keeton, & Karcher, 2008), nahmen die Personen mit Aphasie nur an ausgewählten Elementen des Trainings teil. Die Personen mit Aphasie waren insgesamt 6,75 Stunden (3 Std. am ersten Trainingstag; 3 ¾ Std. am zweiten Trainingstag) anwesend. Am ersten Trainingstag nahmen sie an Block drei und vier und am zweiten Trainingstag an Block eins und zwei teil. Die Personen mit Aphasie wurden eingeladen, auch in den Mittagspausen anwesend zu sein. Dieser Einladung kamen

alle Betroffenen nach. Vor allem die Trainingsleiter, aber auch die Kommunikationscoachs achteten während des Trainings zusätzlich auf nonverbale und verbale Anzeichen von Müdigkeit, Überforderung und Ähnlichem bei den Personen mit Aphasie. Bei Bedarf wären jederzeit zusätzliche Pausen möglich gewesen. Dies war jedoch nicht notwendig.

Das Training wurde durch eine PowerPoint-Präsentation und Videomaterial unterstützt. Außerdem wurden weitere unterstützende Medien wie Flip Chart, Stift und Papier verwendet.

3.8.2 Inhalt des Kommunikationstrainings

Trainingstag 1

Zu Beginn des ersten Trainingstages waren die Personen mit Aphasie nicht anwesend. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde bekamen die Kommunikationscoachs einen Ablaufplan für den Tag ausgehändigt (siehe Anhang 8.4). Das eigentliche Kommunikationstraining begann nach Abschluss der in 3.7.2 beschriebenen Vortests. Im ersten Block wurde der Begriff „Aphasie“ erklärt. Die Kommunikationscoachs stellten zunächst ihre Kenntnisse dar. Diese wurden dann mit Aussagen aus einem ausschnittsweise gezeigten Informationsvideo zum Thema „Aphasie“ verglichen. Ergänzend folgte eine genaue Definition mit Erläuterungen zu Auswirkungen auf den Alltag sowie Begleiterscheinungen der Aphasie. Die Ergebnisse wurden auf einem Flip-Chart festgehalten. Zu Verinnerlichung der Lerninhalte wurde der Workshop so interaktiv wie möglich gestaltet. Prägnante Beispiele, eigene Erfahrungen und Eigenexperimente der Teilnehmer sowie verschiedene Videos unterstützten diese Zielsetzung.

Im zweiten Block wurde die Wissensvermittlung ausgeweitet und eine Gesprächsrunde zur Frage „Was ist ein Kommunikationscoach?“ absolviert. Im Mittelpunkt der Runde standen die Themen Rolle bzw. Aufgaben eines Kommunikationscoachs, rechtliche Lage sowie verschiedene Coaching-Situationen. Den Teilnehmern wurde verdeutlicht, was eine günstige bzw. eine ungünstige Gesprächssituation ist und wie man eine Situation so beeinflussen kann, dass die Kommunikation mit einer Person mit Aphasie gelingt. Die Ratschläge bezogen sich auf drei Bereiche:

- Rahmenbedingungen – Wie werden gute Rahmenbedingungen geschaffen?
- Vermittlung von Inhalten – Wie können Inhalte leichter vermittelt werden?
- Verständigungssicherung – Wie wird sichergestellt, dass alles richtig verstanden wurde?

Zum Schluss des zweiten Blocks wurden verschiedene Kommunikationsmittel zusammen mit den Kommunikationscoachs erarbeitet. Ziel war es, in Zukunft verschiedene Hilfsmittel in alltäglichen kommunikativen Situationen als Unterstützung für die Person mit Aphasie einzusetzen. Die Coachs lernten, nicht nur das gesprochene Wort als Kommunikationsmittel zu nutzen.

Nach einer Erholungspause von einer Dreiviertelstunde wurde das Training zusammen mit den Personen mit Aphasie fortgeführt. Die Personen mit Aphasie stellten sich zunächst vor und erhielten von den anderen Teilnehmern eine Zusammenfassung der bereits erarbeiteten Inhalte. Zentrales Element war dabei die Erläuterung der zukünftigen Rolle des Kommunikationscoachs. Die

wichtigsten Inhalte wurden als Stichpunkte auf dem Flip Chart festgehalten und bei Bedarf durch die Trainingsleiter ergänzt. In einem Brainstorming wurden Kommunikationserfahrungen der Kommunikationscoachs und der Person mit Aphasie ausgetauscht. Die Teilnehmer benannten ihrem Partner jeweils drei Verhaltensweisen, die nützlich und drei, welche noch verbesserungsfähig sind. In einer Diskussion selektierten die Teilnehmer dann besonders wirksame von eher uneffektiven Hilfestellungen. Zusätzlich berichteten die Kommunikationscoachs, welche Hilfen sie bzw. die aphasische Person bisher verwendeten. Der zweite Block endete mit Ratschlägen die die Leiter an die Person mit Aphasie gaben, wie sie eine gelungene Kommunikation fördern können.

Nach einer fünfzehnminütigen Pause folgte der letzte Block des Tages. Dieser war offenen Fragen sowie einem mündlichen Feedback der Teilnehmer gewidmet. Alle Teilnehmer erhielten zum Abschluss ein Skript (siehe Anhang 8.6), in dem alle wichtigen theoretischen Inhalte des Trainings zusammengefasst waren.

Trainingstag 2

Am zweiten Schulungstag stand die praktische Erprobung der besprochenen Inhalte im Vordergrund. Nach der Begrüßung war Zeit für offengebliebene Fragen reserviert. Zur Auffrischung der Inhalte des ersten Trainingstages erfolgte eine Zusammenfassung durch die Teilnehmer mit gezielten Ergänzungen der Leiter. Im Anschluss wurden zwei Beispielfideos analysiert. In den Videos war eine Gesprächssituation zwischen einer Person mit Aphasie und einem Gesprächspartner dargestellt. Die Person mit Aphasie wurde dabei durch einen Kommunikationscoach unterstützt. Sowohl positive als auch negative Aspekte des Verhaltens des Kommunikationscoachs wurden verdeutlicht. Auch das Verhalten der Person mit Aphasie wurde reflektiert. Das Flip Chart diente zur Sammlung von wichtigen Punkten. Das positive Beispiel wurde als Vorbildverhalten empfohlen. Um es später anzuwenden, folgten vertiefende Ratschläge zur besseren Verständigung und Vermittlung von Inhalten. Es folgte eine Pause von 15 Minuten.

Im zweiten Block wurde die Theorie in Rollenspielen zu alltagsähnlichen Situationen praktisch erprobt. Das Rollenspiel ist eine geeignete Methode zur Darstellung und Veränderung von Verhaltensweisen. Es diente als Modell einer alltagsnahen Problemsituation. Innerhalb des Kommunikationstrainings lernten die Teilnehmer optimiertes Verhalten in einer Gesprächssituation. Bei den Rollenspielen wurden Erfahrungen gesammelt und neue kommunikative Strategien entwickelt. Die Teilnehmer wurden so auf die Umsetzung der neu erworbenen Verhaltensweisen in einer Realsituation des Alltags vorbereitet (Fliegel, 2009). Jedes Paar, bestehend aus einem Betroffenen (PA) und seinem Kommunikationscoach (KC), erhielt eine zugestellte Problemsituation, welche in einem Rollenspiel von ihnen vor der Gruppe nachgespielt wurde. Einer der Leiter übernahm die Rolle des Gesprächspartners (GP). Der andere leitete die Rollenspiele. Die Aufteilung der Teilnehmer auf die Rollenspiele ist in Tabelle 8 dargestellt. Die Rollenspiele wurden nach Broich (1980) und Grönke & Mebus (2011) in vier Schritten strukturiert:

1. Definition (Vorbereitung)
2. Aktion (Durchführung)
3. Reflektion (Nachbereitung)
4. Modifikation (Veränderung)

Die Teilnehmer lernten dabei, Situationen ausreichend vorzubereiten, auszuführen und nachzubereiten. Bei der Nachbereitung war es das Ziel, dass sich die Gruppenmitglieder untereinander konstruktives Feedback geben konnten. Ergänzend observierte der Leiter die Verhaltensweisen der Kommunikationscoachs und der Personen mit Aphasie, um anschließend gezieltes Feedback zu geben. Im letzten Schritt wurde das Feedback benutzt, um das Verhalten in der nächsten Rollenspielsituation anzupassen. Insgesamt wurden neun verschiedene Situationen geübt. Diese Situationen sind alltagsrelevant und stellen teils schwierige kommunikative Situationen für die Personen dar. Sie sind unter anderem Teil eines „Aphasie-Partizipations-Trainings“ (Grönke & Mebus, 2011), sodass sie besonders relevant erscheinen. Genauere Angaben zu den Grundlagen, den Vorbereitungen und den Ausarbeitungen der Rollenspiele können im Anhang unter Punkt 8.7 nachgelesen werden.

Name des Rollenspiels	PA	KC	GP
Rollenspiel 1: „Reisen“	LS	IS	Trainingsleiter
Rollenspiel 2: „Behördengang“	AS	SS	Trainingsleiter
Rollenspiel 3: „Arztgespräch“	US	FW	Trainingsleiter
Rollenspiel 4: „Bankgeschäfte“	LS	IS	Trainingsleiter
Rollenspiel 5: „Dienstleister“	AS	SS	Trainingsleiter
Rollenspiel 6: „Monatskarte kaufen“	US	FW	Trainingsleiter
Rollenspiel 7: „Im Restaurant“	LS	IS	Trainingsleiter
Rollenspiel 8: „Gespräch mit dem Vermieter“	AS	SS	Trainingsleiter
Rollenspiel 9: „Modegeschäft“	US	FW	Trainingsleiter

Tabelle 8: Aufteilung der Rollenspiele

Nach den Rollenspielen und dem Ausfüllen der Fragebögen für den Nachtest durch die Personen mit Aphasie endete der zweite Block. Den Personen mit Aphasie wurde Zeit eingeräumt, um Fragen zu stellen und Anregungen zu geben. Es folgte die Mittagspause nach der die Personen mit Aphasie verabschiedet wurden.

Im vorletzten Block wurden die wichtigsten Trainingsinhalte dieses Tages nochmals zusammengefasst. Es folgte ein Erfahrungsaustausch der Kommunikationscoachs zum Erlernten, den noch bestehenden Schwierigkeiten und dem möglichen Transfer in den Alltag. Die Leiter beantworteten Fragen dazu.

Der letzte Block des Trainings wurde mit einer offenen Feedbackrunde über das gesamte Training eingeleitet. Die Studienteilnehmer wurden angeregt, Verbesserungsvorschläge zu geben. Anschließend füllten die Teilnehmer die Fragebögen für den Nachtest aus. Vor der Verabschiedung der Kommunikationscoachs erfolgte noch die Abstimmung zum weiteren Verlauf, die Terminabsprachen für die Videoobservation zum Nachtest und die Vergabe der Teilnahmebescheinigungen.

3.9 Datenanalyse

Die durch Fragebögen und Videoobservation erfassten Daten wurden mit Hilfe des Computerprogramms SPSS Statistics (für Mac OS X) statistisch ausgewertet.

Um zu überprüfen, ob das Kommunikationstraining zum Kommunikationscoach einen positiven Einfluss auf den kommunikativen Erfolg der Person mit Aphasie hat, wurden die Werte der verschiedenen Messinstrumente zu den einzelnen Messzeitpunkten gezielt miteinander verglichen.

Die Signifikanz von Veränderungen wurde mit Hilfe des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests, einem nicht-parametrischen Test für zwei verbundene Stichproben (Martens, 2003), ermittelt. Nicht-parametrische Tests haben den Vorteil, dass für die Skalierung der zu untersuchenden Variablen in der Regel Ordinalniveau, also die Betrachtung von Rangzahlen, ausreicht. Da eine Leistungssteigerung durch das Training zu erwarten war, wurde die Irrtumswahrscheinlichkeit „p“ nur einseitig ermittelt. Um von signifikanten Veränderungen sprechen zu können, muss die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 5% (α – Fehler-Niveau) sein. Hochsignifikante Veränderungen liegen bei Irrtumswahrscheinlichkeiten unter 1% (α -Fehler-Niveau) vor.

Die „Wissensüberprüfung Aphasie“ wurde außerdem mit dem t-Test für verbundene Stichproben, einem parametrischen Test, ausgewertet, da sich die Gesamtsumme auf Intervallniveau befindet.

Aufgrund der relativ kleinen Gruppengrößen von je drei Betroffenen und drei Kommunikationscoachs wurden die Teilnehmer für die statistische Auswertung als multiple Einzelfälle betrachtet. Die Veränderungen zwischen Vor- und Nachtest sowie Follow-up je Teilnehmer wurde mit Hilfe von Häufigkeitsverteilungen analysiert und je Test graphisch dargestellt. Aus den Stichproben konnten dann Rückschlüsse auf die Eigenschaften der Werte in der Grundgesamtheit gezogen werden.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der experimentellen Studie vorgestellt. Wichtige Aspekte werden durch graphische Darstellungen verdeutlicht und erläutert. Die Resultate beruhen auf den Rohdaten, die im Anhang 8.10 und 8.11 aufgeführt sind.

4.1 Übersicht der Teilnehmercharakteristika

Die Auswertung aller Daten einschließlich der Patientendaten aus der ACL ergab, dass alle vorgesehenen Teilnehmer die Einschlusskriterien erfüllten. Daraus ergibt sich eine Stichprobe folgender drei Patienten-Coach-Paare (s. Tabelle 9): Die drei Personen mit Aphasie waren im Alter zwischen 53 und 71 Jahren (im Mittel 59; Median: 53). Alle befanden sich in der chronischen Phase zwischen einem Jahr und sechs Jahren Erkrankungsdauer (im Mittel: 3,33; Median: 3). Die Aphasien waren in zwei Fällen mittelschwer und in einem Fall leicht (Restsymptomatik). Zwei der drei Betroffenen erhielten zum Zeitpunkt der Studie logopädische Therapie. Die Kommunikationscoaches hatten ein Durchschnittsalter von 51 (Range 23 – 73 Jahre; Median: 57). Der „Beziehungsgrad“ war bei zwei der Paare ein partnerschaftliches Verhältnis und beim dritten ein Tochter-Mutter-Verhältnis.

Probanden	Paar 1		Paar 2		Paar 3	
	LS	IS	US	FW	AS	SS
Rolle	PA	Begleitperson (Ehefrau)	PA	Begleitperson (Partner)	PA	Begleitperson (Tochter)
Alter	71	73	53	57	53	23
Geschlecht	männlich	weiblich	weiblich	männlich	weiblich	weiblich
Beruf	Rentner, ehemals Schlosser	Hausfrau	Krankenschwester	Arzt	Hausfrau	Auszubildende
Beginn der Aphasie	Mai 2009	n.z.	Januar 2011	n.z.	September 2006	n.z.
Ursache der Aphasie	Apoplex	n.z.	Hirnblutung	n.z.	Apoplex	n.z.
Schweregrad der Aphasie	Leichte Reststörung	n.z.	Mittelschwere Aphasie	n.z.	Mittelschwere Aphasie	n.z.

Logopädische Therapie	seit 2011 keine Sprach- therapie	n.z.	2 x wöch. 60 Minuten ambulant	n.z.	1 x wöch. 45 Minuten ambulant	n.z.
Besonderheiten	/	/	Hemi- anopsie , ausreichend kompensi- ert; Hemiparese rechts	/	/	/

Tabelle 9: Übersicht der Teilnehmercharakteristika

4.2 Darstellung der Ergebnisse der Messinstrumente

4.2.1 Videoobservation „Reise buchen“

Der Vergleich von Vor- zu Nachtest zeigte für alle Kommunikationscoachs durch die Umsetzung des gelernten Gesprächsverhaltens signifikante Verbesserungen ($p < .05$) (vgl. Anhang 8.10.1).

Im Nachtest wurde keiner der Teilnehmer mit dem niedrigsten Rang bewertet. Besonders herausstechend ist die Leistung des Teilnehmers FW im Nachtest, der mit 91,7% im Intervall „75% bis 100%“ bewertet wurde. Auch Teilnehmer IS wurde abschließend mit einem hohen Anteil (75% und 16,7%) in den beiden besten Bewertungsstufen beurteilt. Die Gesamtübersicht ist in Abbildung 7, Abbildung 8 und Abbildung 9 noch einmal übersichtlich zusammengefasst. Der Follow-up Test wurde im Rahmen der Videoobservation aus organisatorischen Gründen nicht ausgeführt.

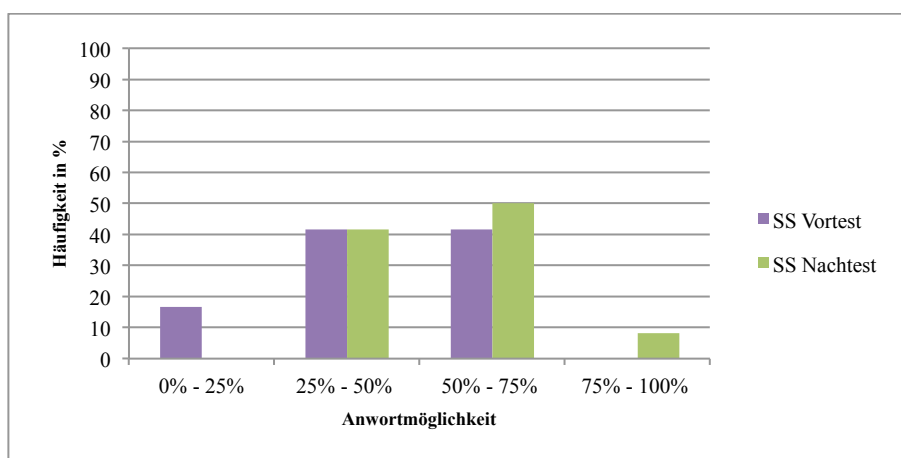


Abbildung 7: Videoobservation Kommunikationscoach, Teilnehmer SS

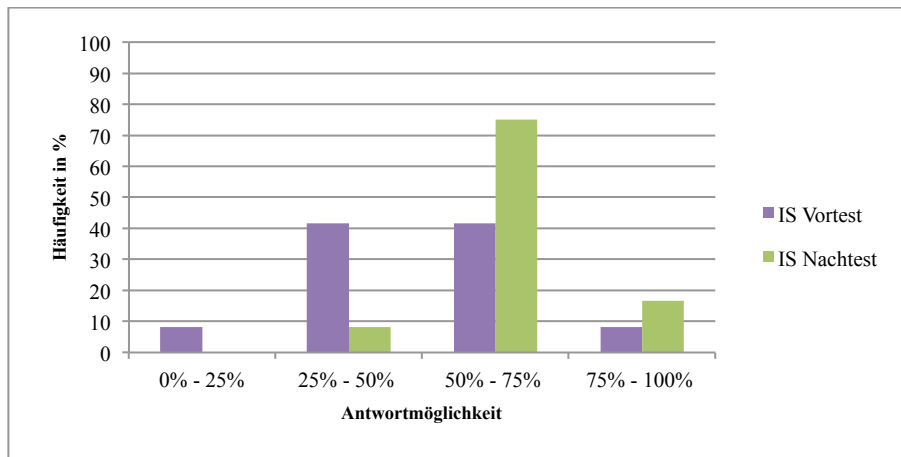


Abbildung 8: Videoobservation Kommunikationscoach, Teilnehmer IS

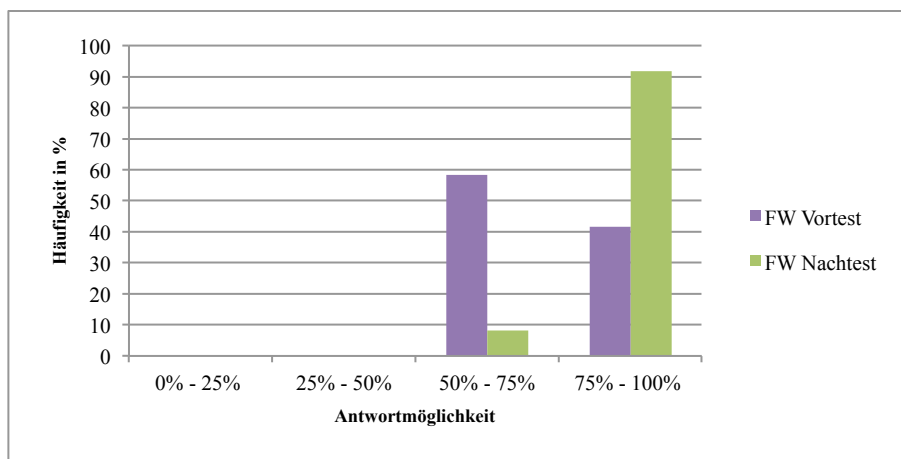


Abbildung 9: Videoobservation Kommunikationscoach, Teilnehmer FW

Da die Checkliste zur Beurteilung der Personen mit Aphasie nur zwei Beurteilungsaussagen „Rederecht“ und „Gesprächsverhalten“ enthielt, war eine Auswertung mit Hilfe des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests nicht sinnvoll. Für diese Daten wurden deshalb ausschließlich die Häufigkeiten der erzielten Rangwerte errechnet. Alle drei Personen mit Aphasie konnten sich in beiden Bewertungskriterien von „50%-75%“ auf „75%-100%“ steigern und damit deutlich verbessern. Das bereits in der Methode beschriebene „Beobachterparadoxon“ konnte bei der Auswertung nicht erkannt werden.

4.2.2 Fragebogen „Wissensüberprüfung Aphasie“

Alle Teilnehmer haben sich von Vor- zu Nachtest hochsignifikant ($p < .000$ bis $p < .003$) verbessert (vgl. Anhang 8.10.2; s. Abbildung 10). Zwei Probanden, FW und IS, erzielten selbst im Follow-up noch eine Verbesserung zum Nachtest. Diese Veränderung ist nicht signifikant, gibt aber für den Teilnehmer IS einen Trend ($p < .1$) an. Der Punktwert von SS blieb vom Nachtest zum Follow-up stabil.

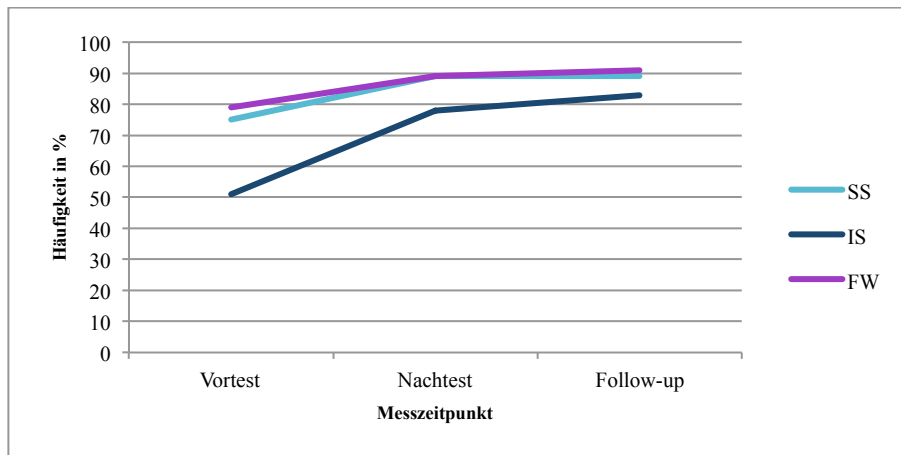


Abbildung 10: Erreichte Gesamtpunktzahl aller Teilnehmer bei der "Wissensüberprüfung Aphasie"

4.2.3 Fragebogen „Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach“

Die Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten ist im Allgemeinen sehr positiv ausgefallen (vgl. Anhang 8.10.3 und 8.11.3). Der Vergleich von Vor- zu Nachtest sowie vom Vortest zum Follow-up zeigte bei allen Teilnehmern hochsignifikante Verbesserungen ($p < .01$). Von Vor- zu Nachtest schätzten sich alle Teilnehmer besser ein (s. Abbildung 11, Abbildung 12 und Abbildung 13). Die Antwortmöglichkeiten „trifft überhaupt nicht zu“ und „trifft überwiegend nicht zu“ wurden im Nachtest deutlich seltener gewählt. Die Teilnehmer SS und FW kreuzten diese gar nicht mehr an, Teilnehmer IS lediglich ein Mal. Bei Teilnehmer FW stieg die Abstufung „trifft völlig zu“ von 4,8 % auf 71,4%. Dies war die stärkste Veränderung von Vor- zu Nachtest. Im Follow-up wurde deutlich, dass die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten über die meisten Aussagen hinweg stabil blieb, dennoch erfolgte auch eine Herabstufung in einem Fall bei SS und in zwei Fällen bei IS. Teilnehmer FW erzielte im Follow-up, verglichen mit dem Nachtest, eine signifikante Verschlechterung ($p < .05$). Teilnehmer SS und IS ließen leichte Verbesserungen erkennen. Diese Veränderungen waren jedoch nicht signifikant (vgl. 8.10.3)

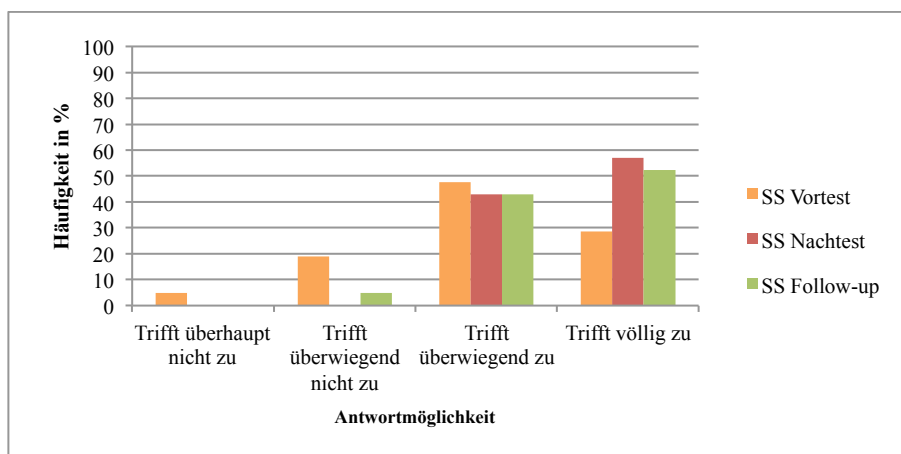


Abbildung 11: Fragebogen "Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach", Teilnehmer SS

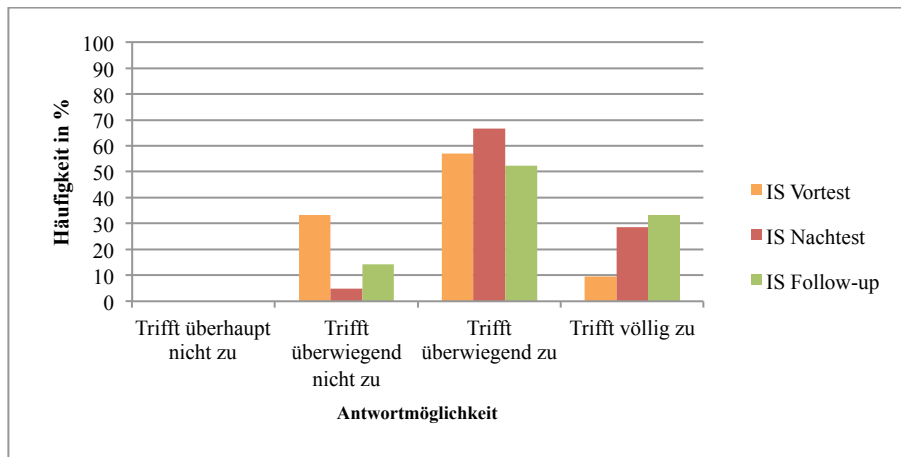


Abbildung 12: Fragebogen "Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach", Teilnehmer IS

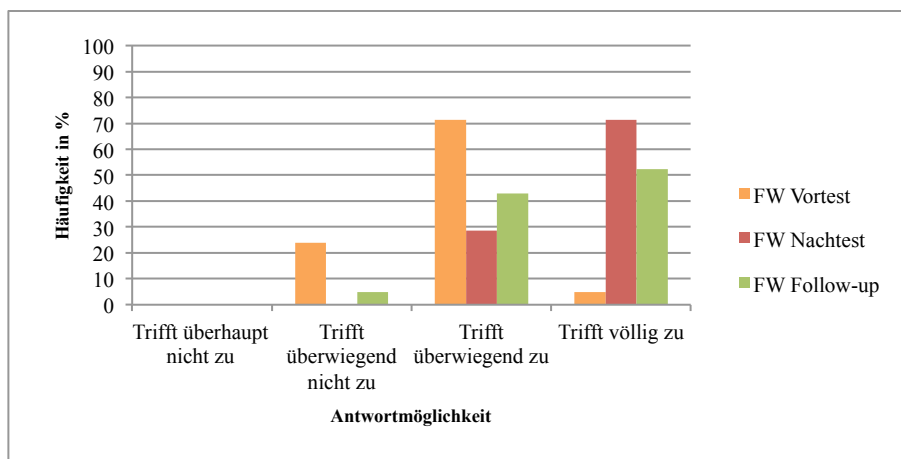


Abbildung 13: Fragebogen "Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach", Teilnehmer FW

4.2.4 Fragebogen „Wohlbefinden der Person mit Aphasie“

Teilnehmer US zeigte signifikante Verbesserungen (vgl. Anhang 8.10.4; s. Abbildung 16). Der Vergleich zwischen Vor- und Nachtest sowie Vortest zu Follow-up ergab bei US signifikante Ergebnisse ($p < .02$ und $p < .034$). Auch bei Teilnehmer AS und LS zeigten sich Verbesserungen im Vergleich zwischen Vor-, Nachtest und dem Follow-up (s. Abbildung 14 und Abbildung 15). Die Verbesserungen erreichten jedoch kein signifikantes Niveau ($p < .157$ bis $p < .414$) (vgl. Anhang 8.10.4). Die Häufigkeiten der erzielten Rangwerte sind in Abbildung 14; Abbildung 15 und Abbildung 16 dargestellt (vgl. Anhang 8.11.5). Zunächst ist zu sagen, dass die Antwortmöglichkeit „trifft überhaupt nicht zu“ von keinem der Teilnehmer angekreuzt wurde. Eine Verbesserung des Wohlbefindens ist bei allen drei Teilnehmern zu erkennen. Von Vor- zu Nachtest bewerteten Teilnehmer LS und US ihr Wohlbefinden deutlich besser. Es wurden ausschließlich „trifft völlig zu“ (mit 62,5% bei beiden) und „trifft überwiegend zu“ (37,5%) angekreuzt. Bei Teilnehmer AS hingegen ist keine Verbesserung bezüglich des Wohlbefindens zu erkennen. Im Follow-up zeigten alle Teilnehmer (AS, LS und US) eine Verbesserung. LS und US bewerteten 75% der Aussagen (6 von 8) mit „trifft völlig zu“. Die

restlichen 25% galten der Antwort „trifft überwiegend zu“. Auch bei Teilnehmer AS stieg der Anteil für die Beurteilung „trifft völlig zu“ von 0% auf 12,5%.

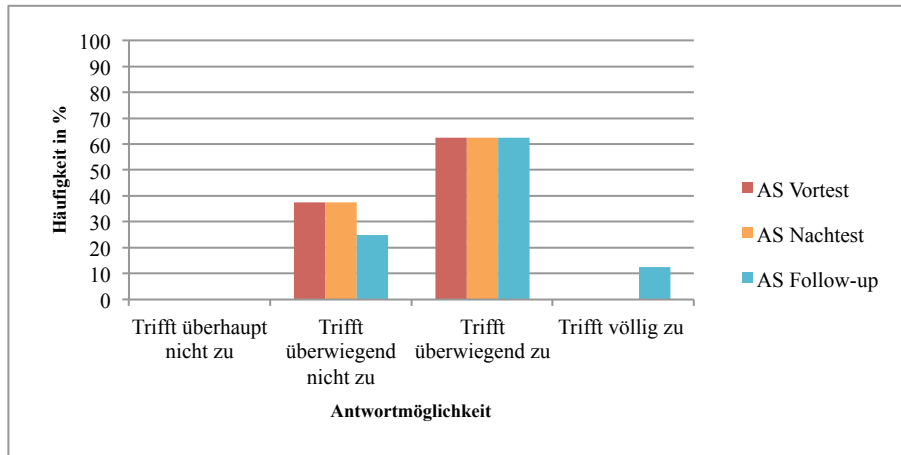


Abbildung 14: Fragebogen "Wohlbefinden der Person mit Aphasie", Teilnehmer AS

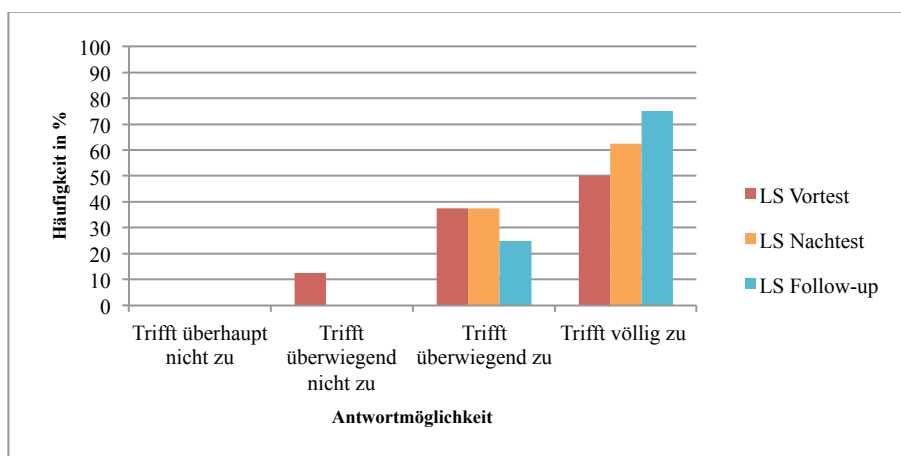


Abbildung 15: Fragebogen "Wohlbefinden der Person mit Aphasie", Teilnehmer LS

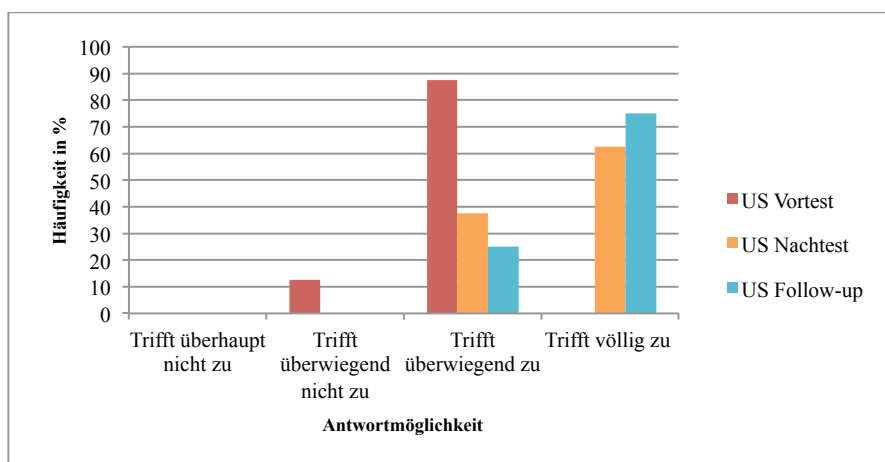


Abbildung 16: Fragebogen "Wohlbefinden der Person mit Aphasie", Teilnehmer US

4.2.5 Fragebogen „Einschätzung des Kommunikationscoachs“

Insgesamt sind bei allen Teilnehmern Verbesserungen zu erkennen (vgl. Anhang 8.10.5 und 8.11.6, s. Abbildung 17, Abbildung 18 und Abbildung 19). Bei Teilnehmer US zeigte sich eine hochsignifikante Verbesserung ($p < .01$) im Vergleich des Vor- und Nachtests. Dieser Teilnehmer wies zudem von Vortest zu Follow-Up signifikante Verbesserungen ($p < .005$) auf. Ein positiver Trend ($p < .1$) zeigte sich zwischen Nachtest und Follow-up. Die Teilnehmer AS und LS zeigten Verbesserungen im Bereich von Vor- zu Nachtest und Vortest zu Follow-up. Jedoch erreichten die Werte kein signifikantes Niveau ($p < .180$ bis $p < .334$). Keine Verbesserung wurde bei diesen zwei Teilnehmern im Vergleich der Nachtests zu den Follow-ups gefunden ($p = 1$).

Die Auswertung anhand der Häufigkeiten erfolgt wie in Abschnitt „Fragebogen Selbsteinschätzung“ beschrieben.

Insgesamt zeigten die Einschätzungen der Kommunikationscoachs durch die Person mit Aphasie eine positive Entwicklung. Alle drei Teilnehmer (AS, LS, US) schätzten die Kommunikationscoachs im Nachtest deutlich besser ein als im Vortest (bspw. „trifft überhaupt nicht zu“: VT 15,4 % → NT 0%; „trifft überwiegend zu“: VT 46,2% → NT 69,2%). Die Kategorien „trifft überhaupt nicht zu“ und „trifft überwiegend nicht zu“ wurden in den Nachtests und Follow-ups bei keiner Aussage angekreuzt. Die Antwortmöglichkeit „trifft völlig zu“ wurde von Teilnehmer US mit einem Prozentwert von 15,4% im Vortest und mit 92,3% im Nachtest beurteilt. Dies war die stärkste Verbesserung innerhalb der Ergebnisse.

Beim Vergleich der Nachtests und Follow-ups der Teilnehmer AS und IS blieben alle Prozentwerte stabil. Es traten keine weiteren Veränderungen ein. Teilnehmer US bewertete die Aussagen von Nachtest zu Follow-up etwas schlechter („trifft völlig zu“ 92,3% → 69,2% und „trifft überwiegend zu“ 7,7% → 30,8%). Dennoch sind die Prozentwerte im Follow-up deutlich besser, als im Vortest.

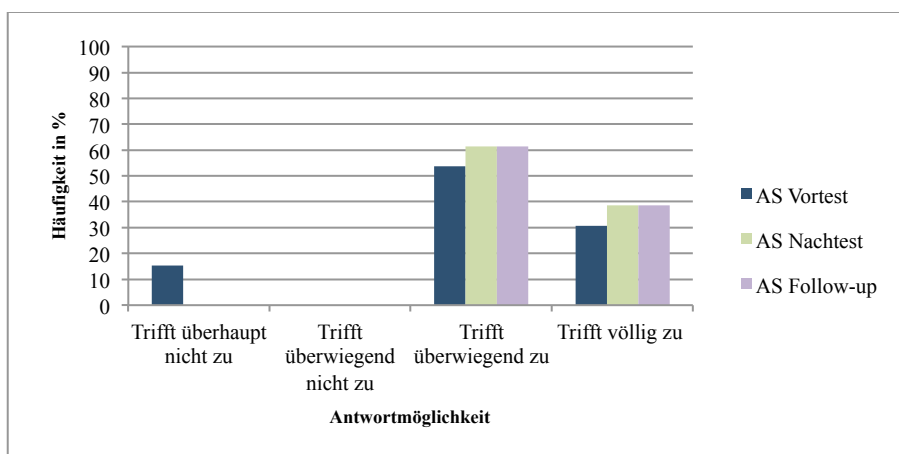


Abbildung 17: Fragebogen "Einschätzung des Kommunikationscoachs durch die Person mit Aphasie", Teilnehmer AS

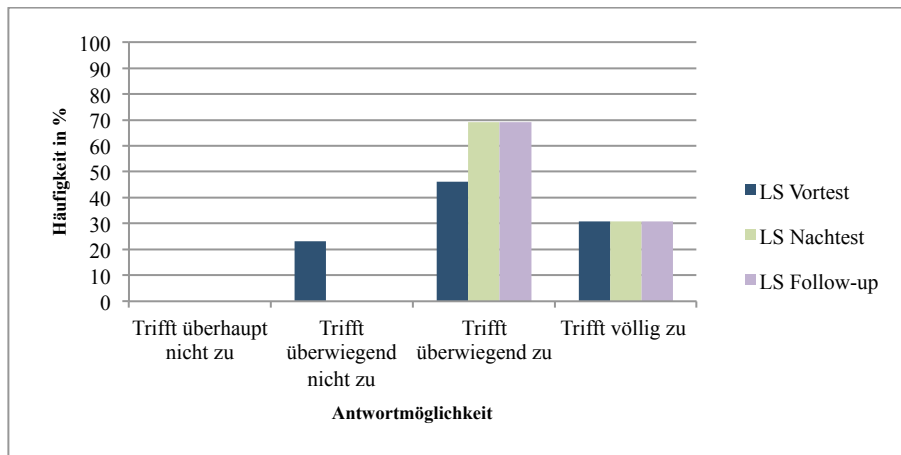


Abbildung 18: Fragebogen "Einschätzung des Kommunikationscoachs durch die Person mit Aphasie", Teilnehmer LS

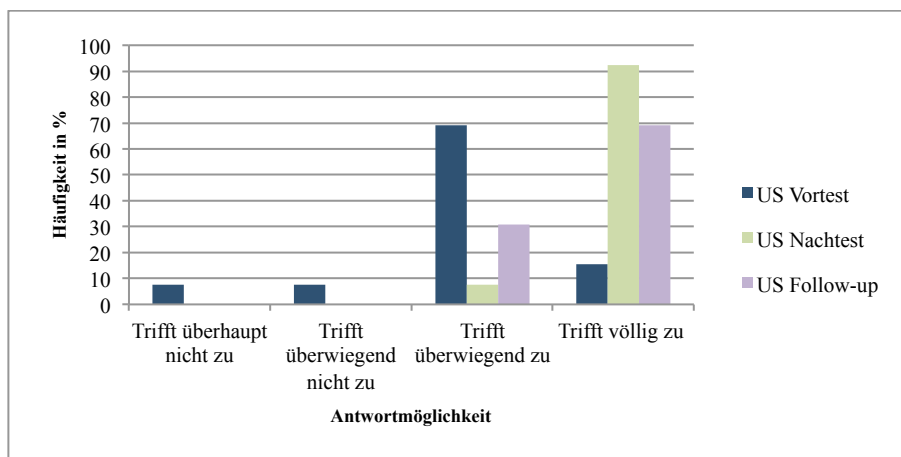


Abbildung 19: Fragebogen "Einschätzung des Kommunikationscoachs durch die Person mit Aphasie", Teilnehmer US

4.2.6 Evaluation des Kommunikationstraining

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Evaluationsbögen in Kategorien dargestellt. Anschließend wird das mündliche Feedback der Teilnehmer während des Trainings zusammengefasst. Die Evaluationsbögen sind im Anhang 8.8 dargestellt.

Rahmenbedingungen

In dieser Kategorie wurden im Evaluationsformular die Aussagen 1. bis 8. von den Kommunikationscoachs und den Personen mit Aphasie beurteilt

1. Die ausgewählten Termine für das Training waren geeignet.
2. Der Trainingsort war für mich gut zu erreichen.
3. Die Räumlichkeiten des Trainings waren einladend.
4. Die Dauer der (einzelnen) Trainingstage war angemessen.
5. Es wurden ausreichend Pausen zur Erholung eingebaut.

6. Die Atmosphäre war während des Trainings angenehm.
7. In der Gruppe herrschte eine offene Atmosphäre.
8. Ich habe mich in der Gruppe wohlfühlt.

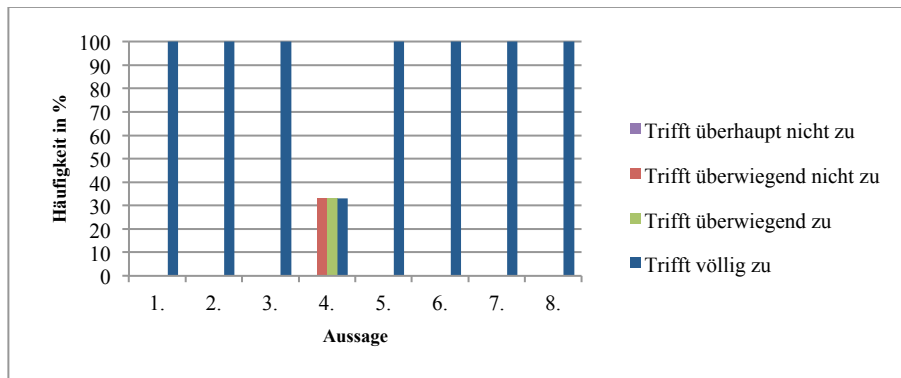


Abbildung 20: Angaben der Kommunikationscoachs im Evaluationsbogen, Kategorie "Rahmenbedingungen"

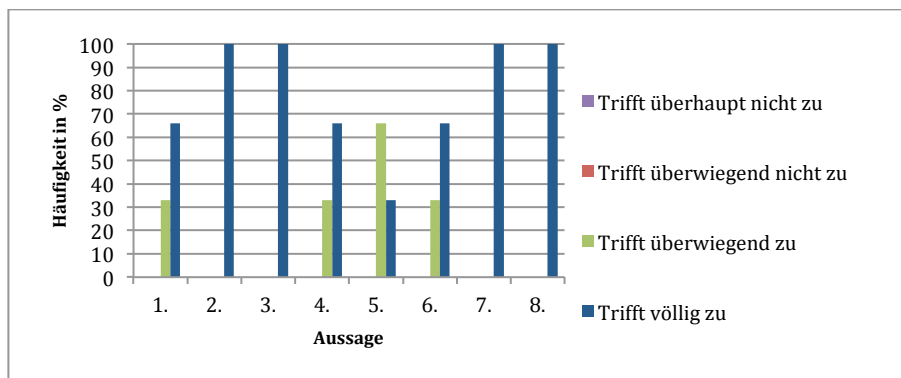


Abbildung 21: Angaben der Personen mit Aphasie im Evaluationsbogen, Kategorie "Rahmenbedingungen"

Lerninhalte

Von den Kommunikationscoachs wurden die Aussagen 9. bis 15. Beurteilt. Die Aussagen 10., 11. und 15. wurden von Personen mit Aphasie nicht beurteilt.

9. Ich habe durch das Training viel Neues gelernt.
10. Es war hilfreich zu lernen, was eine Aphasie ist und welche Symptome auftreten können.
11. Die Erläuterung der Begleitstörungen von Aphasien war sinnvoll.
12. Die Kommunikationstipps waren hilfreich.
13. Die vermittelten Tipps waren praxisnah.
14. Das Training war sinnvoll und lehrreich.
15. Inhaltlich hat das Training meine Erwartungen erfüllt.

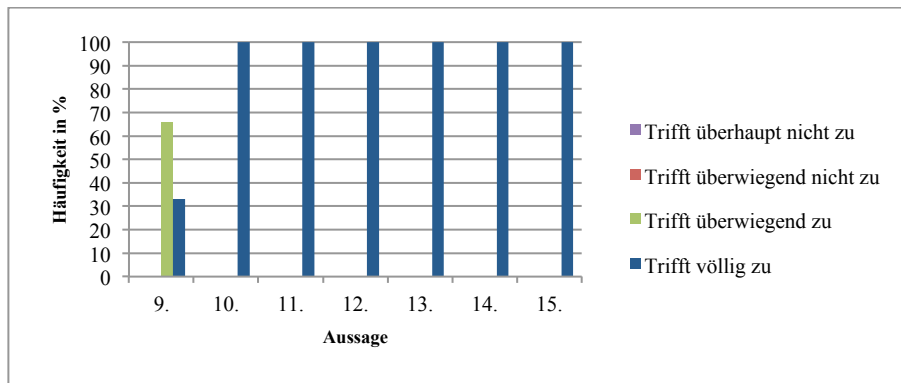


Abbildung 22: Angaben der Kommunikationscoachs im Evaluationsbogen, Kategorie "Lerninhalte"

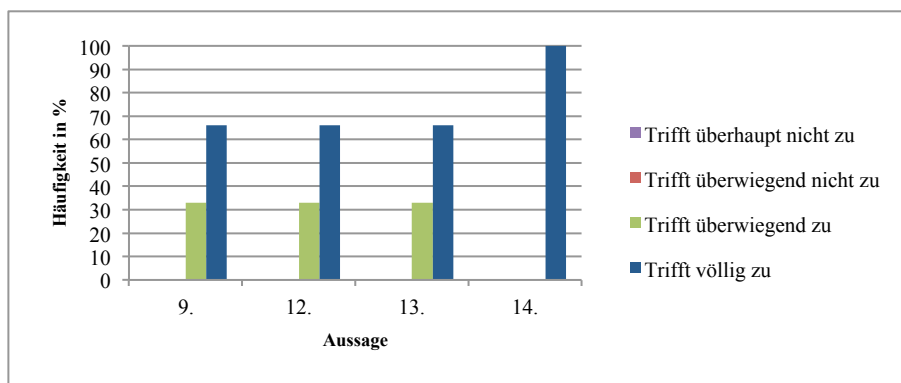


Abbildung 23: Angaben der Personen mit Aphasie im Evaluationsbogen, Kategorie "Lerninhalte"

Vermittlung der Lerninhalte

Die Aussagen 16. bis 25. wurden innerhalb dieser Kategorie durch die Kommunikationscoachs bewertet. In den Evaluationsbögen der Personen mit Aphasie wurden die Aussagen 20., 21., 22. und 24. nicht befragt. Außerdem wurde Aussage 23. für die Betroffenen weniger komplex formuliert.

16. Das Training war gut organisiert und strukturiert.
17. Lerninhalte wurden verständlich vorgetragen.
18. Es bestand genügend Zeit für Fragen.
19. Fragen wurden ausreichend beantwortet.
20. Theoretische Inhalte wurden mit ausreichenden Beispielen verständlich veranschaulicht.
21. Die verwendeten Medien (PowerPoint, FlipChart, Stift & Papier) trugen zum besseren Verständnis bei.
22. Die Videobeispiele trugen zur besseren Verständlichkeit bei.
23. Die Übungen und Rollenspiele waren hilfreich, um theoretische Lerninhalte besser anwenden zu können.
24. Das Verhältnis von theoretischen zu praktischen Inhalten war angenehm.
25. Das Training wurde interaktiv gestaltet.

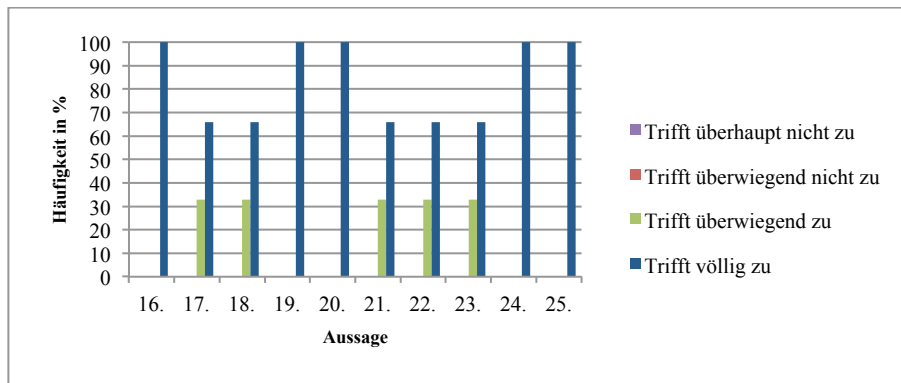


Abbildung 24: Angaben der Kommunikationscoachs im Evaluationsbogen, Kategorie "Vermittlung der Lerninhalte"

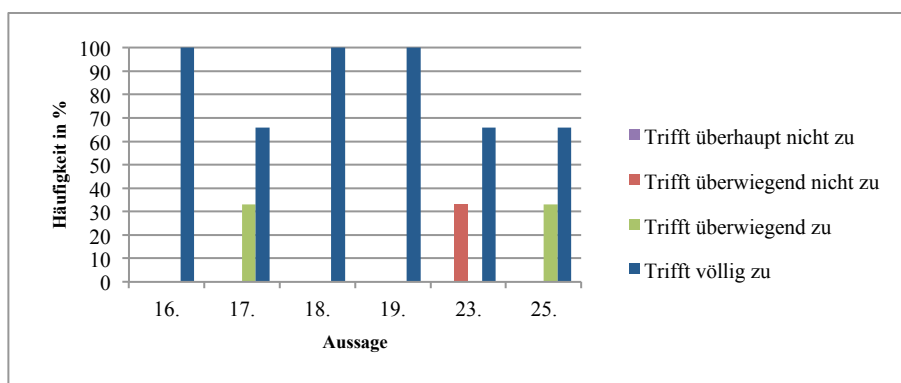


Abbildung 25: Angaben der Personen mit Aphasie im Evaluationsbogen, Kategorie "Vermittlung der Lerninhalte"

Leitung

Die folgenden vier Aussagen wurden zum Thema „Leitung“ durch die Kommunikationscoachs und den Personen mit Aphasie beurteilt.

- 26. Die Trainingsleiter waren freundlich und zuvorkommend.
- 27. Die Trainingsleiter sprachen angemessen laut und deutlich.
- 28. Die Trainingsleiter sind auf die Bedürfnisse der Teilnehmer eingegangen.
- 29. Die Trainingsleiter haben für eine angenehme Atmosphäre gesorgt.

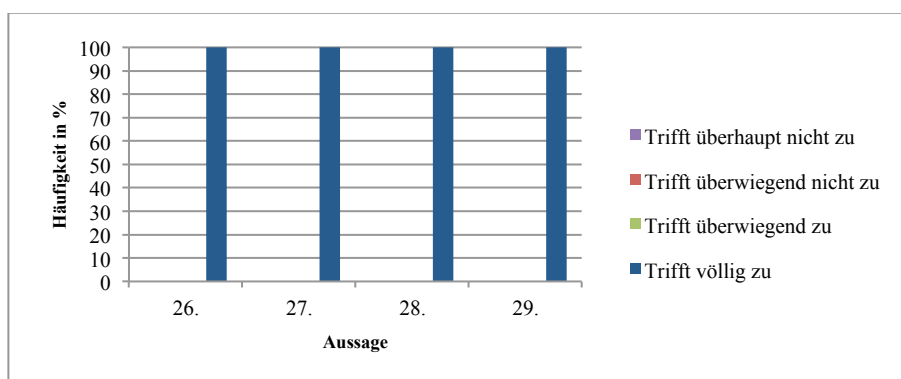


Abbildung 26: Angaben der Kommunikationscoachs im Evaluationsbogen, Kategorie "Leitung"

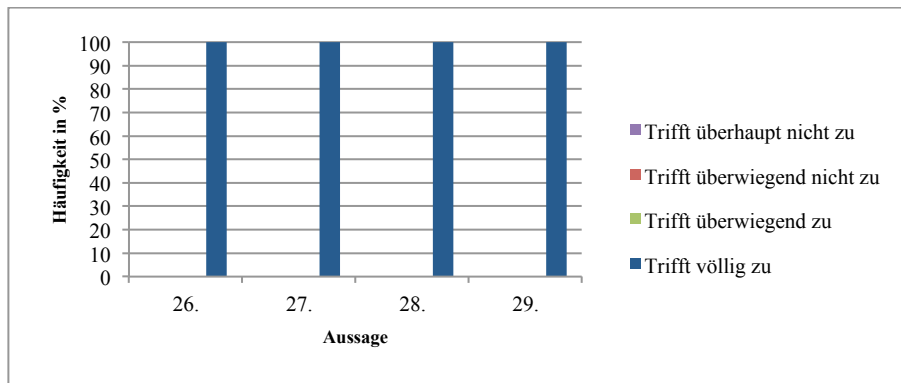


Abbildung 27: Angaben der Personen mit Aphasie im Evaluationsbogen, Kategorie "Leitung"

Transfer in den Alltag

Diese Kategorie bestand aus drei Aussagen. Wie oben bereits beschrieben wurde diese Kategorie ausschließlich durch die Kommunikationscoachs beurteilt.

- 30. Die Tipps helfen mir, eine Person mit Aphasie in alltäglichen Gesprächen zu unterstützen.
- 31. Ich fühle mich als Kommunikationscoach gut vorbereitet.
- 32. Ich werde versuchen, neu Erlerntes im Alltag anzuwenden.

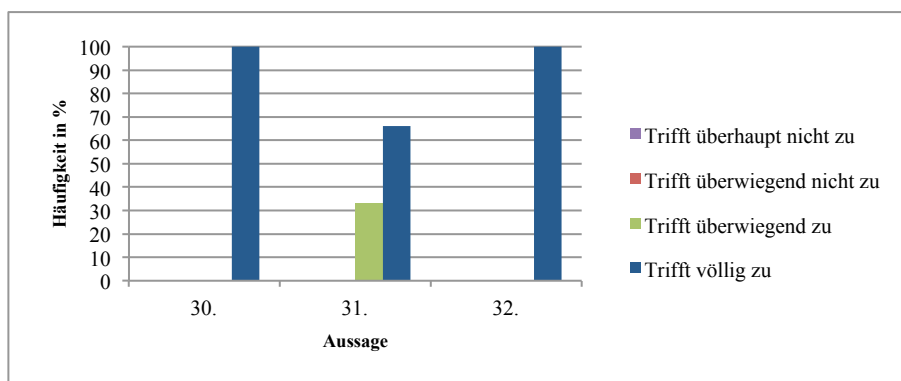


Abbildung 28: Angaben der Kommunikationscoachs im Evaluationsbogen, Kategorie "Transfer in den Alltag"

Gesamteindruck

Um den Gesamteindruck aller Teilnehmer zu erfassen, sollten sechs Fragen beantwortet werden. Frage 35 wurde den Personen mit Aphasie nicht gestellt, Frage 36. wurde für die Betroffenen zur Leserfreundlichkeit leicht verändert.

- 33. Wie hat Ihnen das Training im Allgemeinen gefallen?
- 34. Welche Schulnote würden Sie dem Training insgesamt geben?
- 35. Welche Inhalte waren für Sie neu?
- 36. Was hat Ihnen am besten gefallen? Was war das Wichtigste für Sie?
- 37. Was war weniger gut?
- 38. Ihr persönliches Fazit:

Den Teilnehmern hat das Training durchweg sehr gut gefallen. Die Kommunikationscoachs beschrieben das Training als wohltuend und sehr informativ mit guten praxistauglichen Anleitungen. Weiterhin wurde gewünscht, dass ein solches Training in Zukunft häufiger für Angehörige angeboten werden sollte, da sich die Coachs nun sicherer im Umgang mit Personen mit Aphasie fühlen. Darüber hinaus gaben sie an, durch das Training sehr unterschiedliche Hilfestellungen geben zu können. Auch die Personen mit Aphasie gaben einstimmig an, dass ihnen das Training sehr gefiel.

Fünf der sechs Teilnehmer bewerteten das Kommunikationstraining zum Kommunikationscoach mit der Schulnote „eins“. Hierunter waren drei Personen mit Aphasie und zwei Angehörige. Der dritte Kommunikationscoach bewertete das Training mit der Schulnote „zwei“. Insgesamt ist das Training mit der Note „1,2“ bewertet wurden. Neu war für viele Kommunikationscoachs, welche Auswirkungen Aphasien insgesamt haben und welche Begleiterscheinungen auftreten können. Ein Kommunikationscoach gab an, dass fast alle Inhalte für ihn neu waren.

Als Bestes bzw. Wichtigstes empfanden alle Teilnehmer die neu erlernten Kommunikationstipps. Sie haben gelernt, viele verschiedene Hilfestellungen und Kommunikationsmittel zu verwenden und konnten sich untereinander austauschen. Vor allem der Austausch mit anderen Betroffenen und Angehörigen war für die meisten Teilnehmer sehr wertvoll. Außerdem wurde angegeben, dass die detaillierten Informationen zum besseren Verständnis und Bewusstsein des Störungsbildes Aphasie geführt haben.

Verbesserungsvorschläge seitens der Kommunikationscoachs betrafen vor allem die lange Dauer des Trainings. Weiterhin wurde festgestellt, dass einige Teilnehmer einen sehr hohen Redebedarf hatten. Eine Betroffene gab an, dass zu wenig Zeit für den Austausch untereinander eingeplant war. Drei Teilnehmer hatten keine Verbesserungsvorschläge. Als Fazit wurden lediglich positive Aussagen zum Training gemacht. Die Kommunikationscoachs gaben an, dass die Trainingstage sehr lehrreich waren und die persönlichen Erwartungen sogar deutlich übertroffen wurden. Sie fühlten sich sehr gut informiert, sodass sie neue Vorgehensweisen erlernen konnten. Hierdurch gab eine Person mit Aphasie sogar explizit an, weiter an Fortschritten innerhalb kommunikativer Situationen arbeiten zu wollen. Für zwei Personen war das Fazit, dass solche lehrreichen und sinnvollen Trainings auch in Zukunft Bezugspersonen von Betroffenen angeboten werden müssen. Dies ging bis hin zur Aussage, dass solche Kurse zur Pflicht und von den Krankenkassen bezahlt werden sollten. Ein Vorschlag war, dass Angehörige schon in einem früheren Stadium der Aphasie auf die Rolle eines Coachs vorbereitet sollten. Insgesamt fühlten sich die Teilnehmer während des Trainings überaus wohl und würden dieses weiterempfehlen.

Zusätzlich gab es eine mündliche Feedbackrunde. Diese fiel ausschließlich positiv aus. Bereits genannte Aspekte der Evaluationsbögen werden an dieser Stelle nicht mehr aufgeführt. Mündlich gaben die Teilnehmer an, dass die Gruppengröße angenehm war. Weiterhin äußerte ein Teilnehmer, dass er die Fähigkeiten des Betroffenen bis zu diesem Zeitpunkt häufig überschätzt hat. Dies wurde

ihm erst durch das Training bewusst. Es wurde angegeben, dass durch das Training die Möglichkeit eröffnet wurde, vorherige Verhaltensweisen zu überdenken, eine deutlichere Wahrnehmung der persönlichen Situation zu entwickeln und daraus ein systematisches Konzept für das eigene Handeln aufzubauen. Alle Kommunikationscoachs gaben an, dass sie im Vorhinein dachten, sie wüssten sehr viel über Aphasie und deren Auswirkungen. Dem sei jedoch nicht so gewesen angesehen der neuen Informationen, die im Rahmen des Kommunikationstrainings erworben wurden. Ein Teilnehmer sprach von Hilflosigkeit und Überforderung in bisher erlebten schwierigen kommunikativen Situationen. Die Teilnahme an dem Kommunikationstraining hat durch alltagsrelevante Hilfen dazu beigetragen, diese Situation positiv zu verändern.

5 Diskussion

Die in Kapitel 4 beschriebenen Ergebnisse der statistischen Auswertung werden im Folgenden ausführlich diskutiert.

Zunächst erfolgen die Verifizierung der aufgestellten Hypothesen, sowie eine kritische Hinterfragung der Ergebnisse. Im Anschluss werden Schlussfolgerungen aus dem Vergleich mit aktueller Literatur und methodische Einschränkungen und Einflüsse auf die Ergebnisse formuliert. Unerwartete Ergebnisse werden noch einmal gesondert beleuchtet. Die Zusammenfassung und ein Ausblick für eventuelle Folgestudien bilden den Abschluss der Diskussion.

5.1 Beantwortung der Fragestellungen

In der vorliegenden Bachelorthesis wurde eine Untersuchung zum Thema „Verbesserung des kommunikativen Erfolgs von Personen mit Aphasie durch die kommunikative Unterstützung von Kommunikationscoachs“ durchgeführt. Die Beantwortung der verschiedenen Fragestellungen folgt im Anschluss.

5.1.1 Primäre Fragestellung

- I. Ist das Kommunikationstraining zum Kommunikationscoach im Hinblick auf den kommunikativen Erfolg der Person mit Aphasie mit einem unbekannten Gesprächspartner effektiv?

Diese Fragestellung konnte mit Hilfe der Videoobservation beantwortet werden. Da sich alle Kommunikationscoachs von Vor- zu Nachtest deutlich verbesserten und der kommunikative Erfolg der Personen mit Aphasie anstieg, wird die Hypothese H1 als zutreffende Alternative angenommen.

H1: Das Kommunikationstraining zum Kommunikationscoach hat einen positiven Effekt auf den kommunikativen Erfolg der Person mit Aphasie mit einem unbekannten Gesprächspartner.

5.1.2 Sekundäre Fragestellungen

- I. Nimmt die kommunikative Beteiligung der Personen mit Aphasie durch die Unterstützung eines Kommunikationscoachs in einer alltäglichen Kommunikationssituation mit einem unbekannten Gesprächspartner nach dem Kommunikationstraining zu?

In der Auswertung der Videoobservation ist bei allen drei Personen mit Aphasie eine Zunahme der kommunikativen Beteiligung zu erkennen. Damit wird die Hypothese H1 bestätigt.

H1: Die Unterstützung eines Kommunikationscoachs in einer alltäglichen Kommunikationssituation mit einem unbekannten Gesprächspartner hat einen positiven Effekt auf die kommunikative Beteiligung der Person mit Aphasie.

- II. Verbessert sich der Kommunikationscoach durch das Kommunikationstraining hinsichtlich seiner theoretischen Kenntnisse über Aphasie?

Diese Frage wurde durch die Analyse der Wissensüberprüfung „Aphasie“ beantwortet. Die Kommunikationscoachs konnten durch die Teilnahme an dem Kommunikationstraining ihr Basiswissen über Aphasie im Nachtest signifikant erhöhen. Auch im Follow-up ist bei den Teilnehmern IS und FW eine Verbesserung sichtbar. Die Ergebnisse von Teilnehmer SS bleiben stabil. Somit konnte die Alternativhypothese H1 bestätigt werden.

H1: Die Teilnahme an dem Kommunikationstraining hat einen positiven Effekt auf die Punktzahl des Kommunikationscoachs in der „Wissensüberprüfung Aphasie“.

- III. Verbessert sich der Kommunikationscoach im Umgang und Gesprächsverhalten mit dem Betroffenen und dessen Gesprächspartner durch das Kommunikationstraining?

Alle drei Kommunikationscoachs zeigten signifikante Verbesserungen ($p < .05$) bei der Videoanalyse. Dieses Ergebnis wurde zusätzlich durch die Selbsteinschätzung der Kommunikationscoachs bestätigt. Sie schätzten ihre eigenen Fähigkeiten im Nachtest signifikant höher ein. Im Follow-up wurden die eigenen Fähigkeiten dann jedoch von einem der drei Kommunikationscoachs (FW) signifikant schlechter ($p < .046$) eingeschätzt. Die Teilnehmer SS und IS schätzten ihre Fähigkeiten im Follow-up geringfügig schlechter ein. Dies zeigte sich jedoch weder bei SS noch bei IS als signifikant.

Wichtig ist, dass auch die Personen mit Aphasie das Gesprächsverhalten der Kommunikationscoachs im Nachtest als besser empfinden. Ein Kommunikationscoach (FW) wurde sogar signifikant besser beurteilt. Die Einschätzung der Fähigkeiten blieben im Follow-up bei allen Teilnehmern stabil bzw. verschlechterte sich minimal bei Teilnehmer US.

Betrachtet man die Ergebnisse der Videoobservation und der Selbsteinschätzung im Zusammenhang, sind alle Kommunikationscoachs sowohl objektiv als auch subjektiv besser geworden. Bei zwei Coachs stimmt die Selbsteinschätzung mit der Videoobservation relativ gut überein.

Insgesamt konnte somit die Alternative H1 der Hypothesen bestätigt werden.

H1: Die Teilnahme an dem Kommunikationstraining hat einen positiven Effekt auf den Umgang und das Gesprächsverhalten des Kommunikationscoachs mit dem Betroffenen und dessen Gesprächspartner.

- IV. Verbessert sich das Wohlbefinden der Person mit Aphasie in einer alltäglichen kommunikativen Situation mit einem Gesprächspartner durch die Unterstützung des Kommunikationscoachs nach dem Kommunikationstraining?

Beim Fragebogen „Wohlbefinden der Person mit Aphasie“ war die positive Entwicklung von Vor- zu Nachtest bei einem Teilnehmer (US) signifikant. Bei den anderen Teilnehmern war eine nicht signifikante Verbesserung sichtbar. Dieses gesteigerte Wohlbefinden in einer alltäglichen kommunikativen Situation verbesserte sich weiter im Follow-up, war jedoch auch dann noch nicht signifikant besser als im Vortest.

Aufgrund des erhöhten Wohlbefindens der Personen mit Aphasie im Fragebogen „Wohlbefinden der Person mit Aphasie“ konnte die Alternative Hypothese H1 bestätigt werden.

H1: Die Unterstützung des Kommunikationscoachs hat einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden der Person mit Aphasie.

5.1.3 Unerwartete Ergebnisse und Diskrepanzen

Bei einer Analyse der gesamten Daten konnten unerwartete Ergebnisse und Diskrepanzen festgestellt werden. Diese werden im Folgenden beschrieben.

In Bezug auf die äußerst positive Entwicklung der Teilnehmer war zunächst unerwartet, dass die Kommunikationscoachs und die Personen mit Aphasie sich im Follow-up häufig noch verbesserten. Gründe hierfür könnten sein, dass die Teilnehmer die neuen Lerninhalte im Alltag erprobten und daher sicherer wurden. Direkt nach dem Training (beim Nachtest) hatten die Teilnehmer die neuen Verhaltensweisen noch nicht im Alltag geübt, sondern lediglich in den Rollenspielen. Außerdem könnten die weiteren Verbesserungen dadurch erklärt werden, dass das Skript zu Hause nochmals ausführlich in Ruhe gelesen und Verhaltensweisen geübt wurden. Es bestand eine Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach und der Einschätzung durch die Person mit Aphasie im Follow-up bei FW. Es sollte der Umgang und das Gesprächsverhalten mit dem Betroffenen und dessen Gesprächspartner bewertet werden. Die Person mit Aphasie (US) beurteilte ihren Partner auch im Follow-up noch sehr gut. FW schätzte seine Fähigkeiten zu diesem Zeitpunkt hingegen signifikant schlechter ein. Dies kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass FW sich selbst während des gesamten Trainings sehr kritisch betrachtete. Wahrscheinlich hat er sein

Gesprächsverhalten im Follow-up schlechter eingeschätzt, als es wirklich ist und durch die Umgebung erfahren wird.

5.2 Methodologische Einschränkungen und Einflüsse auf die Ergebnisse

5.2.1 Probandenrekrutierung

Wünschenswert erscheint ein Gruppenvergleich hinsichtlich der Effektivität zweier Kommunikationstrainings. Es wäre sinnvoll, eine Gruppe Angehörige unter Einbezug der Personen mit Aphasie zu trainieren. In der zweiten Gruppe würde das Training ohne Einbezug der Personen mit Aphasie stattfinden. Dieser Vergleich war ursprünglich durch die Studienleiter geplant. Aufgrund von Problemen bei der Probandenrekrutierung, konnte der Gruppenvergleich nicht durchgeführt werden. Es war sehr schwierig zeitgleich genügend geeignete Teilnehmer zu finden. Gründe hierfür waren zum einen die geringe Belastbarkeit und der Gesundheitszustand der Patienten, sodass eine Teilnahme oft nicht möglich war. Zum anderen litten viele Patienten unter starken Begleitstörungen oder nahmen bereits an anderen Studien teil. Des Weiteren hatten einige Patienten keine Begleitpersonen mehr oder diese hatten keine Zeit.

Letztendlich wurden drei Teilnehmerpaare gefunden. Aufgrund der kleinen Stichprobe ($n=6$), musste das geplante Studiendesign verändert werden. Deshalb entschieden die Studienleiter nur eine Untersuchungsgruppe zu erstellen. Bei dem Forschungsdesign dieser Arbeit kann man außerdem kritisch anmerken, dass es sich um einen klinischen Versuch handelt, bei dem keine Kontrollgruppe zur Verfügung stand.

5.2.2 Auswahl und Einsatz der Messinstrumente

Alle Fragebögen wurden durch die Studienleiter auf Basis von aktueller Literatur selbst entwickelt. Dementsprechend können diese Verfahren nicht als standardisiert und valide bezeichnet werden. Eine Überprüfung der Gütekriterien wäre für zukünftige Untersuchungen sinnvoll.

Im Rahmen dieser Studie haben die Fragebögen dazu beigetragen, wichtige Informationen zu inventarisieren und scheinen eine gute Basis für eine weitere Entwicklung zu sein. Im Hinblick auf die Auswertung der Videoobservation ist es empfehlenswert, anstelle eines einzigen verblindeten Beurteilers, mehrere verblindete Beurteiler die Protokollbögen ausfüllen zu lassen. Dies führt zu einer erhöhten Aussagekraft. Weiterhin kann eine höhere Interrater-Reliabilität gewährleistet werden. Empfehlenswert wäre es, wenn die Aussagen der jeweiligen Messinstrumente zu den verschiedenen Zeitpunkten in umgekehrter Reihenfolge dargeboten werden, um Wiedererkennungseffekte zu vermeiden. Insgesamt kann gesagt werden, dass die Videoobservation im Rahmen dieser Studie ein sehr gutes Verfahren ist, um die praktische Umsetzung und Anwendbarkeit des erlernten Gesprächsverhaltens in alltäglichen Situationen zu evaluieren. Sie bringt einen Beweis für

Veränderungen im kommunikativen Verhalten der Kommunikationscoachs. Zudem kann objektiv beurteilt werden, ob die Personen mit Aphasie einen verbesserten kommunikativen Erfolg erfahren.

Alle Messinstrumente sollten auch als Follow-up-Untersuchung verwendet werden. Bei dieser Studie ist anzumerken, dass die Videoobservation im Follow-up nicht mehr durchgeführt wurde. Der Grund hierfür war, dass zwei der drei Paar nicht mehr zur Verfügung standen. Durch den begrenzten zeitlichen Rahmen haben die Studienleiter keine Baselinedaten erhoben und das Follow-up bereits nach drei Wochen ausgeführt. Mit Hilfe einer Baselinemessung können zufällige Leistungsschwankungen ausgeschlossen werden, sodass eine Verbesserung ausschließlich auf das Training zurückzuführen ist. Ein Follow-up nach 3 Monaten oder später wäre eine gute Möglichkeit, um Langzeiteffekte des Kommunikationstrainings zu messen.

5.2.3 Kommunikationstraining

Das Kommunikationstraining wurde auf Basis von bestehender Literatur und aktuellen Studien entwickelt. Die Befunde der vorliegenden Arbeit stimmen mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen zur Effektivität von Kommunikationstrainings überein. Sie sind u.a. kompatibel mit den Ergebnissen der Studien von Cunningham & Ward (2003), Hinckley & Packard (2002), Hopper et al. (2002) und Sorin-Peters (2004). Es konnte festgestellt werden, dass das vorliegende Kommunikationstraining unter Einbezug der Personen mit Aphasie eine effektive Methode zur Verbesserung des kommunikativen Erfolgs von Personen mit Aphasie ist. Die Evaluation des ausgeführten Trainings war insgesamt sehr positiv und wurde von den Teilnehmern mit einer Durchschnittsnote von 1,2 bewertet. An dieser Stelle sollen die wichtigsten Schlussfolgerungen nochmals hervorgehoben werden. Detaillierte Angaben können in den Ergebnissen unter Punkt 4.2.6 nachvollzogen werden.

Der Einsatz verschiedenster Medien war für die Teilnehmer sehr angenehm und unterstützte das Einprägungsvermögen der Lerninhalte. Die interaktive Art und Weise der Vermittlung der Lerninhalte wurde von den Teilnehmern als sehr interessant und positiv bewertet. Eine Kombination aus theoretischen und praktischen Inhalten trug zur Festigung der Inhalte bei. Von dem Trainingskript profitierten die Teilnehmer, was die Evaluation bestätigte. Die Vermittlung von Basiswissen, Hilfestellungen und Tipps zum günstigen Gesprächsverhalten sollten in jedem Fall Teil eines solchen Trainings sein. Die Zeitdauer des Trainings war jedoch ein Kritikpunkt. Insgesamt waren die zwei Tage à 8 Stunden für die Angehörigen bzw. à 3 und 3 ¼ Stunden für die Betroffenen sehr anstrengend und teilweise zu lang. Empfehlenswert wäre, die Stunden bzw. Lerninhalte auf mehr als zwei Tage aufzuteilen. Dadurch wäre die volle Aufmerksamkeit und Konzentration besser gewährleistet. So war es für die Teilnehmer nicht leicht den Lerninhalten aktiv bis zum Ende zu folgen und diese zu verarbeiten. Die Personen mit Aphasie hätten sich mehr Zeit für den Erfahrungsaustausch untereinander gewünscht. Sie hatten einen sehr hohen Mitteilungsbedarf. Eventuell wäre es sinnvoll ein eigenes Treffen für diese Bedürfnisse zu organisieren oder eine Selbsthilfegruppe zu empfehlen.

Hierdurch könnten Bedürfnisse befriedigt werden, die innerhalb des Kommunikationstrainings nicht so ausführlich wie gewünscht berücksichtigt werden konnten. Alle Teilnehmer fühlten sich innerhalb der Gruppe wohl, sodass ein Gruppentraining auch in Zukunft durchgeführt werden kann. Die Teilnehmer beobachteten innerhalb der Übungen gegenseitig ihr Verhalten und gaben untereinander Feedback. Von dieser Strategie profitierten die Teilnehmer, da sie ungünstiges Verhalten zunächst bei anderen beobachteten und dann das eigene Verhalten anpassten. Mündlich gaben die Teilnehmer an, dass auch die Gruppengröße angenehm war. Als Gesamtfazit war das gegebene Kommunikationstraining sehr erfolgreich. Es ist ein sinnvolles Verfahren, um Basiswissen über Aphasie, deren Begleitscheinungen und Auswirkungen, sowie Tipps zum besseren Gesprächsverhalten zu erwerben. Der Einbezug der Betroffenen Patienten war ein wesentlicher Bestandteil. Die bisher im englischsprachigen Raum bestätigte Effektivität solcher Methoden konnten die Studienleiter auch für den deutschsprachigen Raum bestätigen. Um es zu optimieren, ist es jedoch unerlässlich, die Trainingszeiten der einzelnen Tage zu verkürzen.

5.2.4 Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Aufgrund der eingeschränkten Rekrutierungsmöglichkeiten von geeigneten Probanden, betrug die Größe der Stichprobe $n = 6$. Im Vergleich zu anderen Untersuchungen ist dies eher niedrig. Deshalb sind hinsichtlich der Generalisierbarkeit deutliche Grenzen gesetzt. Es ist außerdem fraglich, ob die unterschiedlichen Beziehungen zwischen den Teilnehmerpaaren einen Einfluss auf die Ergebnisse hatten. Daher wäre es für weiterführende Studien sinnvoll, vergleichbare Paare zu rekrutieren und zu schulen. Ursprünglich war dies für die vorliegende Studie mit Hilfe des Zirkels der Gesprächspartner nach Blackstone & Oxley (o.J.) geplant, konnte aber auch aufgrund der Schwierigkeiten bei der Rekrutierung nicht durchgeführt werden. Um mehr geeignete Teilnehmerpaare zu finden, sollte der Zeitraum zur Rekrutierung von Probanden ausgeweitet werden. In vergleichbaren Studien ist festzustellen, dass auch sie einen längeren Zeitraum benötigten.

Da die Auswahl der Probanden nach bestimmten Einschlusskriterien erfolgte (vgl. Kap. 3.5), sind die Ergebnisse dieser Studie wahrscheinlich nur auf diese Teilnehmergruppe übertragbar. Um die Resultate dieser Studie in Zukunft zu replizieren und generalisierbarer zu machen, ist eine Weiterführung der Studie wünschenswert.

5.3 Ausblick eventueller Folgestudien

Die durchgeführte Studie kann als Pilotstudie mit multiplen Einzelfällen gesehen werden. Sie bietet eine gute Basis für eine Weiterführung und Ausweitung der vorliegenden Bachelorarbeit.

Im Rahmen dieser Studie ist es gelungen, einen ersten Beweis zu finden, dass ein Kommunikationstraining für Angehörige von Personen mit Aphasie unter Einbezug der Betroffenen auch im deutschsprachigen Raum effektiv ist. Da diese Bachelorarbeit eine Weiterentwicklung der

Diplomarbeit von Schutzbach (2009) ist, ist auch im Vergleich hierzu zu erkennen, dass der Einbezug von Personen mit Aphasie in das Training eine sinnvolle Ergänzung darstellt.

Anzumerken ist, dass in den bisherigen Studien eine Verbesserung der Interaktion zwischen der Person mit Aphasie und einem Partner zentral stand. In dieser Studie wurde zusätzlich der Umgang mit unbekannten Gesprächspartnern geübt.

Insgesamt sind Folgestudien, bei denen eine Wiederholung mit einer größeren Stichprobe durchgeführt wird oder ein Vergleich zweier Gruppen mit und ohne Einbezug der Betroffenen, wünschenswert. Eine Kontrollgruppe wäre dabei unerlässlich.

Die Teilnehmerpaare sollten miteinander vergleichbar sein und anschließend randomisiert den Gruppen zugeteilt werden.

Bei den verwendeten Messinstrumenten sollten die Gütekriterien geprüft werden, um die Aussagekraft der Ergebnisse zu erhöhen. Wie bereits vorgeschlagen, sollte die Videoobservation auch im Follow-up durchgeführt werden, da hier das Verhalten der Coachs und der Personen mit Aphasie am besten bewertbar ist.

Bezüglich des Trainings können organisatorische Elemente, sowie inhaltliche Elemente zukünftig optimiert werden. Da das Kommunikationstraining für viele Teilnehmer zu lang war, ist es empfehlenswert, die Inhalte des Trainings auf mehr als zwei Tage zu verteilen. Innerhalb des Trainings würden In-Vivo-Übungen eine gute Ergänzung darstellen, um die Lerninhalte in realeren Situationen zu üben und zu verinnerlichen.

Ein Langzeit-Follow-up nach drei Monaten würde die Möglichkeit bieten, längerfristige Veränderungen zu inventarisieren. Abhängig von den Ergebnissen könnte anschließend ein Auffrischkurs angeboten werden, falls dies nötig ist. Eine Baselinemessung sollte zur Unterscheidung von zufälligen und durch das Training bedingten Leistungsänderungen durchgeführt werden. Die weitere Ausarbeitung, im Hinblick auf die Standardisierung der Messinstrumente, stellt eine sinnvolle Maßnahme dar.

6 Schlussfolgerung

Aphasien stellen in nahezu allen Lebensbereichen ein einschneidendes Ereignis dar (Dalemans et al., 2008; Schneider et al., 2012). Personen mit Aphasie und ihre Angehörigen haben durch die daraus resultierenden kommunikativen Einschränkungen nachweislich eine schlechtere Lebensqualität (Hilari, 2011). Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit war es, den kommunikativen Erfolg von Personen mit Aphasie in der chronischen Phase zu steigern. Dieses Ziel sollte in alltäglichen kommunikativen Situationen mit einem unbekannten Gesprächspartner mit Hilfe eines Kommunikationscoachs realisiert werden, sodass die Lebensqualität wieder erhöht wird.

Um die Steigerung des kommunikativen Erfolgs zu erreichen, wurde ein Kommunikationstraining entwickelt und an drei Pateinten-Angehörigen Paaren erprobt. Dabei wurden die drei Angehörigen zum Kommunikationscoach geschult. Ein Kommunikationscoach ist eine Person, die den Betroffenen in schwierigen kommunikativen Situationen unterstützend zur Seite steht, ihn aber nicht bevormundet oder für ihn spricht, wie es ohne gezieltes Training aber häufig der Fall ist (Schutzbach, 2009). Die Schulung geschah in einem zweitägigen Kommunikationstraining unter Einbezug der Betroffenen selbst. Innerhalb des Trainings wurden Grundlagen des Störungsbildes Aphasie und dessen Begleiterscheinungen, Auswirkungen auf das sozial-gesellschaftliche Leben sowie Tipps und Hilfestellungen zur besseren Unterstützung der Person mit Aphasie vermittelt. Anhand von theoretischen und praktischen Übungen wurden die Lerninhalte verdeutlicht und verinnerlicht.

Um mögliche Verbesserungen zu erkennen wurde ein klassisches Prä-Post-Design durchgeführt. Bereits nach dem Training waren signifikante sowie hochsignifikante Verbesserungen in mehreren Bereichen sichtbar. Die Kommunikationscoachs zeigten ein signifikant besseres Gesprächsverhalten im Umgang mit einer aphasischen Person und einem unbekannten Gesprächspartner. Durch die positive Wirkung des Trainings wurde eine Steigerung des kommunikativen Erfolges der Personen mit Aphasie erreicht. Auch wurden bei den Kommunikationscoachs signifikante Verbesserungen bezüglich des theoretischen Wissens über Aphasie und dem Umgang und dem Gesprächsverhalten mit dem Betroffenen und dessen Gesprächspartner erreicht. Die Personen mit Aphasie fühlten sich nach dem Training in alltäglichen Gesprächen wohler.

Durch die Durchführung eines Follow-up's wurden der Transfer in den Alltag und die Nachhaltigkeit des Trainingserfolgs bestätigt. Über die generelle Aphasietherapie hinaus, erscheint es den Studienleitern und den Teilnehmern sinnvoll, solche Kommunikationstrainings weiterhin und darüber hinaus auch für Betroffene in früheren Stadien der Aphasie anzubieten.

Schlussfolgernd ist ein Training von Kommunikationscoachs, in dem die Personen mit Aphasie teilnehmen, eine effektive Methode, um den kommunikativen Erfolg von Personen mit Aphasie zu verbessern. Die Notwendigkeit eines solchen Trainings wurde durch die vorliegende Studie gezeigt. In Zukunft sollte eine stärkere Beachtung der Angehörigen sowie vermehrt Übungen auf Partizipationsebene stattfinden. Die Schulung von Angehörigen ist ein zentraler Aspekt im Bereich der

Partizipation von Personen mit (chronischer) Aphasie. Das vorgestellte Kommunikationstraining liefert somit neue, interessante Möglichkeiten und aufschlussreiche Informationen, um die Versorgungslücke im Bereich der Sprachtherapie chronischer Aphasiepatienten zu schließen. Aufgabe der praktisch tätigen Logopäden sollte es sein, qualitativ hochwertige Kommunikationstrainings regelmäßig anzubieten, um die Eigenständigkeit und Lebensqualität der Personen mit Aphasie nachhaltig zu erhöhen.

Kommunikationstrainings sollten daher dringend als Ergänzung in den logopädischen Alltag etabliert werden (Schütz, 2009).

7 Literatur

- Aleligay, A., Worrall, L.E., & Rose, T.A. (2008). Readability of written health information provided to people with aphasia. *Aphasiology*, 22, 383 – 407.
- Baarda, B., & de Goede, M. (2006). *Basisboek Methoden en Technieken – Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek* (vierde druk). Wolters-Noordhoff Groningen: Houten.
- Bartels, H. (2010). Erworbene Sprachstörungen bei Erwachsenen – Aphasien. In Siegmüller, J., & Bartels, H. (Eds.), *Leitfaden -Sprache Sprechen Stimme Schlucken* (pp. 221-257) (2. Auflage). München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier.
- Barthel, G. (2005). Modellorientierte Sprachtherapie und Aachener Sprachanalyse: Evaluation bei Patienten mit chronischer Aphasie. *Dissertation*, Universität Konstanz.
- Bauer, A., de Langen-Müller, U., Glindemann, R., Schlenck, C., Schlenck, K.-J., & Huber, W. (2002). Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie): Leitlinien 2001. *Aktuelle Neurologie*. 29, 63-75.
- Bauer, A. & Auer, P. (2009). *Aphasie im Alltag*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Blackstone, S. W. & Oxley, J. (o.J.). Considering a Social Networks Framework in AAC: Part I [PowerPoint Folie]. Verfügbar unter: <http://www.ussaac.org/allthatjazzdocs/SocialNetworks%20Part%201.pdf> [2011, November 15].
- Bongartz, R. (1998). *Kommunikationstherapie mit Aphasikern und Angehörigen. Grundlagen - Methoden - Materialien*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Booth, S., & Swabey, D. (1999) Group training in communication skills for carers of adults with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 34 (3), 291-309.
- Brady, M., Kelly, H., Godwin, J., & Enderby, P., (2012). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.
- Branz, P. (2009). *Effizienz und Effektivität von Marketingkooperationen*. Lohmar Köln: Josef Eul Verlag.
- Brennan, A., Worrall, L.E., & McKenna, K. (2005). The relationship between specific features of aphasia- friendly written material and comprehension of written material for people with aphasia: an exploratory study. *Aphasiology*, 19, 693 – 711.
- Broich, J. (1980). *Rollenspiele mit Erwachsenen: Anleitung und Beispiele für Erwachsenenbildung, Sozialarbeit, Schule*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Bronfenbrenner, U. (1989). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung: Natürliche und geplante Experimente*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
- Brown, K., Worrall, L., Davidson, B., Howe, T. (2011). Living successfully with aphasia: family members share their views. *Topics in stroke rehabilitation*, 18 (5), 536 -548.

- Bucher, P. (2006). ICF-orientierte Sprachrehabilitation bei Aphasie. In Rentsch, H., & Bucher, P. (Eds.). *ICF in der Rehabilitation – Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag* (pp. 133-157) (2. Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Bundesministerium der Justiz (2001). Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046), das zuletzt geändert durch Artikel 13 Absatz 26 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S.579). http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_9/gesamt.pdf
- Bundesministerium der Justiz (2002a). Behindertengleichstellungsgesetz vom 27. April 2002 (BGBl. I S. 1467, 1468), das zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024). <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bgg/gesamt.pdf>
- Bundesministerium der Justiz (2002b). Kommunikationshilfeverordnung vom 17. Juli 2002 (BGBl. I S. 2650), die durch Artikel 15 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/khv/gesamt.pdf>
- Bundesministerium der Justiz (2004). Justizvergütungs- und entschädigungsgesetz vom 5. Mai 2004 (BGBl. I S. 718, 776), das zuletzt durch Artikel 7 Absatz 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2449) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/jveg/gesamt.pdf>
- Carod-Artal, F., & Egido, J. (2009). Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovascular Diseases*, 27 (suppl. 1), 204-14.
- Carter, K., Anderson, C., Hackett, M., Barber, P., & Bonita, R. (2007). Improved survival after stroke: is admission to hospital the major explanation? Trend analyses of the Auckland Regional Community Stroke Studies. *Cerebrovascular Disease*, 23, 320-1.
- Coaching Pool GmbH (2012). Coaching Informationen – Seit 2003 informieren wir über Coaching [Online]. Verfügbar unter: <http://www.coaching-informationen.de/was-ist-coaching-ablauf/48-was-ist-coaching.html> [2012, März 12].
- Code, C., & Petheram, B. (2011). Delivering for aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13 (1), 3 – 10.
- Cunningham, R., & Ward, C. (2003). Evaluation of a training program to facilitate conversation between people with aphasia and their partners. *Aphasiology*, 17, 687-707.
- Dalemans, R., de Witte, L., Wade, D., & van den Heuvel, W. (2008). A description of social participation in working-age persons with aphasia: A review of the literature. *Aphasiology*, 22 (10), 1071-1091.
- Dalemans, R., de Witte, L., Lemmens, J., van den Heuvel, W., & Wade, D. (2008). Measures for rating social participation in people with aphasia: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 22, 542–555.

- Dalemans, R., de Witte, L., Wade, D., & van den Heuvel, W. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45 (5), 537-550.
- Dalemans, R., de Witte, L., Beurskens, A., van den Heuvel, W. & Wade, D. (2010). An investigation into social participation of stroke survivors with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 32 (20), 1678–1685.
- Dalemans, RJP., Wade, D., van den Heuvel, W. & de Witte L. (2009). Facilitating the participation of people with aphasia in research: a description of strategies. *Clinical Rehabilitation*, 23, 948 – 959.
- Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., & Togher, L. (2008). Social participation for older people with aphasia: the impact of communication disability on friendships. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15 (4), 325-40.
- Day, S., & Altman, D.G. (2000). Blinding in clinical trials and other studies. *British Medical Journal*, 321, 504
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2008). Leitlinien der DGN – Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall [Online]. Verfügbar unter: http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/LL2008/ll08kap_099.pdf [2011, Juni 10].
- Deutscher Bundesverband Coaching e.V. (2012). Definition Coaching [Online]. Verfügbar unter: <http://www.dbvc.org/der-verband/ueber-uns/definition-coaching.html> [2012, März 12].
- Duden (2001). *Duden – Fremdwörterbuch* (Band 5, 7. Auflage). Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG.
- Duden (2012). Kommunikation, die [Online]. Verfügbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Kommunikation> [2012, Mai 10].
- Duden (2012). Training, das [Online]. Verfügbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Training> [2012, Mai 10].
- Durzak, L., Kleinings, M., & Thiemans, T. (2008). Die Bedürfnisse an Informationen von Menschen mit Aphasie und ihrem direktem Umfeld in der Rehabilitationsphase. Bachelorarbeit. Heerlen.
- Eckerl, I., & Schmitz, J. (2011). Effektivität des Workshops „Kommunikation mit Menschen mit Aphasie – Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“. *Unveröffentlichte Bachelorarbeit*, Hogeschool Zuyd Heerlen.
- Eschle, D., Gysi, F., & Jenni, W. (2008). Schlaganfälle sind mehr als nur eine Halbseitenlähmung: kognitive Stroke-Syndrome und -Symptome. *Med Forum*, 8 (36), 656-660.
- Fliegel, S. (2009). *Rollenspiele*. In Margaf, J. & Schneider, S. (Eds.), *Lehrbuch für Verhaltenstherapie – Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (pp. 579 – 585) (3. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Franke, U. (2008). *Logopädisches Handlexikon* (8. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Frey, R. (2007). *Kultur gelingender Kommunikation*. Berlin: Rosa-Luxemburg-Stiftung e. V.
- Fridriksson, J., Richardson, J., Fillmore, P., & Cai, B. (2012). Left hemisphere plasticity and aphasia recovery. *NeuroImage*, 60, 854-863.
- Goetz, & Goetz (2007). Aphasie und Recht: Unterrichtsskript. Schule für Logopädie der RWTH Aachen.
- Grönke C., & Mebus, M. (2011). AphasiePartizipationsTraining – ICF-basierte Übungen für pragmatisch-kommunikative Alltagsfertigkeiten. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Grötzbach, H. (2006). Die Bedeutung der ICF für die Aphasitherapie in der Rehabilitation. *Forum Logopädie*, 20 (1), 26-31.
- Grötzbach, H., & Iven, C. (2009). Einführung in die ICF. In: H. Grötzbach, C. Iven (Hrsg.). *ICF in der Sprachtherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Günther, T., Hofman, M., & Promes, M. (2009). Afasiesyndromen – Twijfels over de klassieke taxonomie. *Logopedie en foniatrie*, 5, 148-152.
- Haus, K. (2010). *Neurophysiologische Behandlungen bei Erwachsenen: Grundlagen der Neurologie, Behandlungskonzepte und Alltagsorientierte Therapieansätze* (2. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Hemsley, G., & Code, C. (1996). Interactions between recovery in aphasia, emotional and psychosocial factors in subjects with aphasia, their significant others and speech pathologists. *Disability and Rehabilitation*, 18, 567-584.
- Henne, H. & Rehbock, H. (2001). Einführung in die Gesprächsanalyse (4. Auflage). Berlin; New York: de Gruyter.
- Hickey, E., Bourgeois, M., & Olswang, L. (2004). Effects of training volunteers to converse with nursing home residents with aphasia. *Aphasiology*, 18 (5), 625-637.
- Hilari, K. (2011). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? *Disability and Rehabilitation*, 33 (3), 211-218.
- Hilary, K., & Northcott, S. (2006). Social support in people with chronic aphasia. *Aphasiology*, 20 (1), 17-36
- Hinckley J, & Packard, M. (2001). Family education seminars and social functioning of adults with chronic aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 34, 241-254.
- Hinckley, J., Packard, M., & Bardach, L. (1995) Alternative family education programming for adults with chronic aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2, 53-63
- Hopper, T., Holland, A., & Rewega, M. (2002). Conversational coaching: Treatment outcomes and future directions. *Aphasiology*, 16 (7), 745-761.
- Howe, T., Worrall, L., & Hickson, L. (2008). Interviews with people with aphasia: Enviromental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22 (10), 1092-1120.
- Huang, X., Lin, J., & Demner-Fushman, D. (2006). Evaluation of PICO as a Knowledge Representation for Clinical Questions. *AMIA Symposium Proceedings*, 359-363.

- Huber, W., Poeck, K., & Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Huber, W., Poeck, K., & Weniger, D. (2006). Klinische Neuropsychologische Syndrome und Störungen – Aphasie. In Hartje W., & Poeck, K. (Eds.), *Klinische Neuropsychologie* (pp. 93-173) (6. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Jungbauer, J., von Cramon, D., & Wilz, G. (2003). Langfristige Lebensveränderungen und Belastungsfolgen bei Ehepartnern von Schlaganfallpatienten. *Nervenarzt*, 74, 1110-1117.
- Kagan, A., Black, E. S., Felson Duchan, J., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2001). Training volunteers as conversation partners using „Supported conversation for adults with aphasia“ (SCA): A controlled trial. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 44 (3), 624-638.
- Kagan, A., Winckel, J., Black, S., Felson Duchan, J., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2004). A Set of Observational Measures for Rating Support and Participation in Conversation Between Adults with Aphasia and Their Conversation Partners. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 11 (1), 67-83.
- Kalbe, E., Reinhold, N., Ender, U., & Kessler, J. (2010). *Aphasie – Check – Liste (ACL)*. Köln: Prolog.
- Kalbe, E., Reinhold, N., Brand, N., Markowitsch, H.J., & Kessler, J. (2005). A new test battery to assess aphasic disturbances and associated cognitive dysfunctions – German normative data on the aphasia check list. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27 (7), 779-794.
- Kalf, H., & De Beer, J. (2004). Evidence-based logopedie. Logopedisch handelen gebaseerd op wetenschappelijke evidentie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kertesz, A. (1984). Recovery from aphasia. In: Rose FC (Ed.), *Progress in aphasiology* (pp. 23-39). New York: Raven Press.
- Kemmler, S. (2010). Gefangen im eigenen Körper. *Heilberufe*, 62 (6), 10-12.
- King, J., & Alarcon, N., & Rogers, M. (2007). Primary progressive aphasia. In Beukelman, D., Garrett, K., & Yorkston, K. (Eds.), *Augmentative communication strategies for adults with acute or chronic medical conditions*. Baltimore, MD: Brookes.
- Koul, R. (2011). *Augmentative and Alternative Communication for Adults with Aphasia*. Bingley, UK: Emerald Group Publishing.
- Kym, D., & Karpf, Y. (2010). Aphasiemanagement im Alltagsgespräch – Gesprächsanalytische Erfassung der Copingstrategien Kollaboration und Facework im aphasischen Paargespräch und Verifizierung der Abbildung dieser kommunikativen Kompetenzen im ICF-orientierten Dokumentationsinstrument TInA. *Bachelorarbeit*, Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich.
- Lamprecht, G. (2008). Wege aus der Sprachlosigkeit. Kommunikation mit Hindernissen – Mut zum trotzdem Srechen. *Sprache – Stimme – Gehör*, 32, 176-182.
- Le Dorze, G., & Signori, F. (2010). Needs, barriers and facilitators experienced by spouses of people with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 32, 1073-87.

- Legg, C., Young, L., & Bryer, A. (2005). Training sixth-year medical students in obtaining case-history information from adults with aphasia. *Aphasiology*, 19 (6), 559-575.
- Leśniak, M., Bak, T., Czepiel, W., Seniów, J., & Członkowska, A. (2008). Frequency and prognostic value of cognitive disorders in stroke patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26, 356 – 363.
- Lindner, R., & Blom, N. (2011). *Vragenlijst Communicatievaardigheden Gesprekspartner* [Online]. Verfügbar unter: <http://www.ijsselheem.nl/diensten/logopedie.php> [2011, März].
- Lyon, J., Cariski, D., Keisler, L., Rosenbek, J., Levine, R., Kumpula, J., Ryff, C., Coyne, S., & Blanc, M. (1997). Communication partners: enhancing participation in life and communication for adults with aphasia in natural settings. *Aphasiology*, 11 (7), 693-708.
- Manders, E., Mariën, A., & Janssen, V. (2011). Informing and supporting partners and children of persons with aphasia: A comparison of supply and demand. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 36, 139-144.
- Martens, J. (2003). Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows (2. Auflage). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Michallet, B., Le Dorze, G., & Tétreault, S. (2001). The needs of spouses caring for severely aphasic persons, *Aphasiology*, 15 (8), 731-747.
- Middeldorf, V. (2010). Plötzlich zum Schweigen verdammt – Sprachverlust (Aphasie) und sozial-kommunikative Folgen nach Schlaganfall und anderen Hirnschädigungen [Online]. Verfügbar unter: http://www.logozentrumlindlar.de/hauptseite_V1/pdfs/veroeffentlichungen/ploetzlich_zum_schweigen_verdammt.pdf.
- Migge, B. (2007). *Handbuch – Coaching und Beratung* (2. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Moser, V. (2008). Die sonderpädagogische Rezeption der Systemtheorie. *Sonderpädagogische Förderung heute*, 53, 390-398.
- Moss, A., & Nicholas, M. (2006). Language Rehabilitation in chronic aphasia and time postonset – A review of single-subject data. *Stroke*, 37, 3043-3051.
- Müller, S. (2009). *Störungen der Exekutivfunktionen – wenn Handlungsplanung zum Problem wird* (Reihe Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag .
- Murray, L.L., Keeton, R.J., & Karcher, L. (2008). Treating attention in mild aphasia: Evaluation of attention process training-II. *Journal of Communication Disorders*, 39, 37 – 61.
- Parr, S. (2001). Psychosocial aspects of aphasia: whose perspectives? *Folia phoniatrica et logopaedica*, 53, 266–288.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21 (1), 98-123.

- Peters, E., Pritzkeleit, R., Beske, F., & Katalinic, A. (2010). Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten – Eine Projektion bis 2050. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53 (5), 417-426.
- Pound, C., Parr, S., & Duchan, J. (2001) Using partners' autobiographical reports to develop, deliver, and evaluate services in aphasia. *Aphasiology*, 15, 477-493.
- Porst, R. (2009). *Fragebogen – Ein Arbeitsbuch* (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pschyrembel, W. (1976). *Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch*. Berlin: de Gruyter.
- Purdy, M., & Hindenlang, J. (2005). Educating and training caregivers of persons with aphasia. *Aphasiology*, 19, 377-388.
- Rayner, H., & Marshall, J. (2003). Training volunteers as conversation partners for people with aphasia. *International Journal of Communication Disorders*, 38 (2), 149-164.
- Reich, K. (2008). Rollenspiele [Online]. Verfügbar unter: <http://methodenpool.uni-koeln.de/download/rollenspiele.pdf> [2012, März 09].
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(3), 508-11.
- Saur, D., Lange, R., Baumgaertner, A., Schraknepper, V., Willmes, K., Rijntjes, M., & Weiller, C. (2006). Dynamics of language reorganization after stroke. *Brain*, 129, 1371-1384.
- Schneider, B., Wehmeyer, M., & Grötzbach, H. (2012). *Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel* (5. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Schulgen, G., & Schmoor, C (2007). Randomisation und Verblindung. In Schumacher, M & Schulgen, G. (Eds.) *Methodik klinischer Studien* (pp 195-205) (2. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Schutzbach, A. (2009). Fortbildung zum Kommunikationsassistenten – Konzeptentwicklung und Durchführung. *Unveröffentlichte Diplomarbeit*, RWTH Aachen.
- Schütz, S. (2009). Möglichkeiten der Angehörigenarbeit bei Aphasie – Ein Überblick. *Forum Logopädie*, 23 (3), 10-15.
- Sclera NPO (2010). *Pictograms, Visualizations & Education* [Online]. Verfügbar unter: <http://sclera.be/> [2011, März].
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2006). *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg: een evidence-based benadering* (tweede druk). Den Haag: Lemma.
- Simmons-Mackie, N., & Damico, J. (2007). Access and social inclusion in aphasia: Interactional principles and applications. *Aphasiology*, 21 (1), 81-97.
- Simmons-Mackie, N., Kagan, A., O'Neill Christie, C., Huijbregts, M., McEwen, S., & Willems, J. (2007). Communicative access and decision making for people with aphasia: implementing sustainable healthcare systems change. *Aphasiology*, 21, 39-66.

- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L. (2010). Communication partner training in aphasia: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 902-913.
- Sorin-Peters, R. (2004). The evaluation of a learner-centred training programme for spouses of adults with chronic aphasia using qualitative case study methodology. *Aphasiology*, 18 (10), 951-975.
- Staats, S. (2009). *Metriken zur Messung von Effizienz und Effektivität von Konfigurationsmanagement- und Qualitätsmanagementverfahren*. Bremen: Europäischer Hochschulverlag GmbH & Co. KG.
- Tesak, J. (2007). *Grundlagen der Aphasietherapie* (5. unveränderte Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Tesak, J. (2010). *Aphasie. Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma* (3., überarbeitete Aufl.) (Reihe Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Threats, T. (2010) The ICF framework and third party disability: Application to the spouses of persons with aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17 (6), 451-457.
- Van Borsel, J. (2004). *Wetenschappelijk onderzoek in de logopedie*. Leuven: Acco.
- Van Loveren, C., & Aartman, I. (2007). The PICO (Patient-Intervention-Comparison-Outcome) question. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 114(4), 172-8.
- Versterking CliëntenPositie (2008). Hoe maak ik informatie toegankelijk? Informatie voor actieve lokale belangenbehartigers die willen dat hun informatie voor iedereen toegankelijk is (Handreiking). Utrecht: Programma Versterking CliëntenPositie.
- Vickers, C. (2010). Social networks after the onset of aphasia: The impact of aphasia group attendance. *Aphasiology*, 24 (6-8), 902-913.
- Währborg, P. & Borenstein, P. (1989). Family therapy in families with an aphasic member. *Aphasiology*, 3, 93- 98.
- Watzlawick, P., Schulz von Thun, F. & Trunk, T. (2011). *Man kann nicht nicht kommunizieren*. Bern: Huber Verlag.
- Worrall, L., Rose, T., Howe, T., McKenna, K., & Hickson, L. (2007). Developing an evidence-base for accessibility for people with aphasia. *Aphasiology*, 21, 124-136.
- Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25 (3), 309-322.
- World Health Organization (WHO). (2005). *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: World Health Organization.

8 Anhang

8.1 Glossar

Akronym	aus den Anfangsbuchstaben mehrerer Wörter gebildetes Kurzwort
Aktivität	Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch einen Menschen (s. Kapitel 2.2)
Alpha-Fehler	ein alpha-Fehler liegt vor, wenn man die Alternativ-Hypothese H_1 annimmt, obwohl H_0 richtig ist. Die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten dieses Fehlers heißt „alpha“.
anterior	Lagebezeichnung mit der Bedeutung vordere, vorderer oder vorderes.
Aphasie	erworbene Sprachstörung als Folge einer Erkrankung des zentralen Nervensystems
Aphasiefreundlich	an die Fähigkeiten der Person mit Aphasie angepasste(s) Material, Verhalten oder Kommunikation
Apoplex	Schlaganfall
Beobachterparadoxon	mit der Beobachtung (Aufzeichnung) wird die natürliche Kommunikationssituation beeinflusst.
bio-psycho-sozial	den Körper, die Seele und das Zusammenleben betreffend
Coaching	inhaltlich ist Coaching die Unterstützung einer Person (Coachee), durch einen Coach (Trainer
Chronisch	sich langsam entwickelnd und lange dauernd Ständig/hartnäckig
Effektivität	„Wirksamkeit, Durchschlagskraft, Leistungsfähigkeit“; Wirksamkeit von Maßnahmen
Expressiv	produktiv, äußern (Sprechen, Schreiben)
fMRT	Funktionelle Magnetresonanztomographie - bildgebendes Verfahren, um physiologische Funktionen im Inneren des Körpers darzustellen
Hemisphäre	eine Hälfte des Gehirns
Hirnatrophie	Gehirnschwund; allmählicher Verlust von Hirnsubstanz
Holistisch	ganzheitlich
homolog	gleichliegend, entsprechend

Hypoxie	Mangelversorgung/Minderversorgung des Körpers mit Sauerstoff
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (s. Kapitel XX)
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
Implementierung	Einführung; Umsetzung von festgelegten Strukturen und Prozessabläufen in einem System unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen, Regeln und Zielvorgaben
Interaktion	aufeinander bezogenes Handeln zweier oder mehrerer Personen
Intervallniveau	Verhältnisse von Differenzen der Messwerte
Inzidenz	= Häufigkeit Anzahl der neu auftretenden Erkrankungen innerhalb einer Personengruppe von bestimmter Größe während eines bestimmten Zeitraums
Irrtumswahrscheinlichkeit	Wahrscheinlichkeit für den alpha-Fehler bei einem statistischen Test
Ischämie	Mangeldurchblutung
Kommunikation	zwischenmenschliche Verständigung besonders mithilfe von Sprache und Zeichen
Kommunikativer Erfolg	kommunikativer Erfolg meint, dass ein Gespräch zwischen verschiedenen Gesprächspartnern gelingt. Dies bedeutet demnach „gemeinsames Verwirklichen der Ziele aller am Gespräch beteiligten Parteien, bei gegenseitig erlebter Interessenberücksichtigung“
Kommunikationscoach	eine Begleitperson, die die Person mit Aphasie in schwierigen, alltäglichen Situationen kommunikativ unterstützt
Konsolidierung	stabilisieren, festigen
Körperstrukturen	anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile
Körperfunktionen	physiologische Funktionen von Körpersystemen
Läsion	Schädigung, Verletzung, Störung
Likertskala	Verfahren zur persönlichen Einstellungsmessung, die mittels so genannter Items abgefragt werden
Linguistik/linguistisch	Sprachwissenschaft; Lehre vom systematischen Aufbau von Sprache und Sprachwissen
Modalität	Produzieren, Verstehen, Lesen und Schreiben

modifiziert	angepasst
Nichtparametrisch (e Tests)	statistische Testverfahren, bei denen keine Voraussetzung bez. des Typs der Verteilung (auch keine Normalverteilung) der beteiligten Variablen erforderlich ist; erfordert niedriges Messniveau
Objektivität/ objektiv	ein Test, Experiment oder eine Untersuchung ist objektiv, wenn das Ergebnis hinsichtlich (Durchführung, Auswertung und Interpretation) unabhängig vom Test ist)
Ordinalniveau	Rangordnung von Messwerten
Ökologische Systemtheorie	Theorie von Bronfenbrenner welche die Entwicklung eines Kindes innerhalb eines komplexen Systems von Beziehungen darstellt.
Parametrisch (e Tests)	statistische Testverfahren, bei denen davon ausgegangen wird, dass die Stichprobendaten der Normalverteilung der beteiligten Variable entstammen; erfordert ein bestimmtes/ hohes Messniveau.
Partizipation	Teilhabe einer Person an einer Lebenssituation oder einem Lebensbereich (s. Kapitel 2.2)
Phonologie	untersucht und beschreibt die Funktion und Position der Laute im Lautsystem als bedeutungsunterscheidende Einheiten
Post-onset	nach dem Ereignis
Pragmatik	Lehre vom sprachlichen Handeln?
Prävalenz	Häufigkeit einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt
Psycholinguistik/psycholinguistisch	Sprachpsychologie; Wissenschaft von den psychischen Vorgängen beim Erlernen der Sprache und bei ihrem Gebrauch
Sprachverarbeitungsmodell	Modelltheoretische Erklärung der Verarbeitungsprozesse von Sprache (Sprachproduktion & Sprachverstehen)
Rehabilitation	Wiedereingliederung einer/eines Kranken oder einer körperlich Person in das berufliche und gesellschaftliche Leben; Wiederherstellung von körperlichen Funktionen
Reliabilität/ reliabel	ein Test/Experiment/ Untersuchung ist reliabel (verlässlich), wenn die Messung reproduzierbar ist (unabhängig davon, welches Merkmal erfasst wird) Die Reliabilität bzw. Zuverlässigkeit bezeichnet das Ausmaß der Genauigkeit und Stabilität eines Messinstrumentes
Reorganisation	Neubildung zerstörten Gewebes im Rahmen von Heilungsvorgängen im Organismus; Umorganisation;

	Reorganisation bei Aphasie bedeutet, dass Sprachfunktionen neu gelernt werden können; sie können von einem nicht beschädigten Hirnbereich übernommen werden
rezeptiv	Aufnehmend, empfangend, empfänglich (Zuhören, Lesen)
SCA	Supported Conversation for Adults with Aphasia
Semantik	Lehre von den Bedeutungen und Inhalten von Wörtern und Zeichen
Signifikanz	Bedeutend; überzufälliger Zusammenhang; Wahrscheinlichkeit, dass ein Unterschied zwischen Messergebnissen durch Zufall zustande gekommen ist, ist sehr gering
Skalenniveau	Messniveau
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
Stichprobe	Teilmenge einer Grundgesamtheit, die für eine Untersuchung ausgewählt wird
Syntax	Lehre der Sätze/Satzbau
Terminologie/ terminologisch	Fachausdrücke
t-Test	statistischer Test zur Überprüfung der Signifikanz
Training	planmäßige Durchführung eines Programms von vielfältigen Übungen zur Ausbildung von Können.
Umgebungsfaktoren	materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten
Variabilität/ variabel	ein Test, Experiment oder eine Untersuchung ist valide (gültig), wenn das zu messende Merkmal erfasst wird Die Validität bzw. Gültigkeit fragt danach, ob tatsächlich das gemessen wird, was gemessen werden soll.
Verbundene Stichprobe	eine abhängige Stichprobe, d.h. es besteht ein Zusammenhang zwischen den Stichproben; z.B. gekennzeichnet durch wiederholte Messungen an dem gleichen Untersuchungsobjekt – Vor- und Nachtest
Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test	der Wilcoxon Vorzeichen-Rang-Test ist ein nichtparametrischer statistischer Test.

8.2 Informationsmaterial und Fragebögen zur Probandenrekrutierung

Sarah Reitze
Karlsgraben 27
52064 Aachen
0241-46826631



Silja Kuckelkorn
Kapellenstr. 26
52441 Linnich
02462-2009978

Aachen, Februar 2012

Kommunikationstraining zum Kommunikationscoach für Personen mit Aphasie

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer wissenschaftlichen Studie. Hiermit erhalten Sie weitere Informationen bezüglich einer Teilnahme an der Studie. Bitte lesen Sie sich die folgenden Informationen sorgfältig mit Ihrem zukünftigen Kommunikationscoach durch. Anschließend können Sie sich entscheiden, ob Sie an dieser wissenschaftlichen Studie teilnehmen möchten.

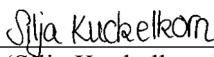
Bei eventuellen Fragen oder Anmerkungen können Sie uns selbstverständlich unter den oben genannten Kontaktdaten erreichen.

Über Ihre Mitarbeit würden wir uns sehr freuen und bedanken uns vorab für Ihr Engagement.

Mit freundlichen Grüßen und auf Ihre Mitarbeit hoffend



(Sarah Reitze)



(Silja Kuckelkorn)

Übersicht der beiliegenden Dokumente

- 1) Unterlagen für die Person, die Kommunikationscoach werden möchte
 - Information
 - Einverständniserklärung
- 2) Unterlagen für die Person mit Aphasie
 - Information
 - Einverständniserklärung

Falls Sie sich zu einer Teilnahme entschließen, bitten wir Sie die folgenden Fragebögen zusätzlich zu beantworten.

- 3) Fragebögen
 - Formular „Angaben zur Person, die Kommunikationscoach werden möchte“
 - Formular „Angaben zur Person mit Aphasie“

Abschließend erhalten Sie Informationen zum weiteren Verlauf der Studie, falls Sie sich zu einer Teilnahme entschlossen haben.

Formular***„Information zur Aufklärung von Probanden“*****1. Ziel der Studie**

Im Rahmen unserer Bachelorstudie möchten wir Kommunikationscoachs für Personen mit Aphasie ausbilden.

Ein Kommunikationscoach hat die Aufgabe, Personen mit Aphasie in alltäglichen Gesprächssituationen zu helfen. Der Coach soll nicht für die Betroffenen sprechen, sondern sie lediglich in schwierigen Situationen unterstützen.

2. Studienablauf

Um die Entwicklung der Teilnehmer zu beobachten, werden verschiedene Vor- und Nachtests bei allen Studienteilnehmern durchgeführt. Diese Tests bestehen aus einer Aphasiediagnostik, dem Ausfüllen von Fragebögen und Videobeobachtungen.

Nach den Vortests wird ein zweitägiges Training zum Kommunikationscoach in den Räumlichkeiten des Behindertenzentrums Aachen-Brand stattfinden. An dem Training selbst werden nicht alle Personen mit einer Aphasie teilnehmen. An den anschließenden Nachtests werden wieder alle Studienteilnehmer teilhaben.

3. Welchen Nutzen haben Sie von der Studie?

Durch Ihre Mitarbeit an der Studie tragen Sie dazu bei, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse hinsichtlich der Aphasietherapie gewonnen werden. Ein anschließender Transfer in die Praxis ist besonders wichtig. Nur so können wir als Therapeuten dem Menschen mit Aphasie und seinen Angehörigen eine optimale Versorgung anbieten.

Auch Sie selbst können von der Studie profitieren. Zum Einen wird Ihnen in Zukunft ein Kommunikationscoach in schwierigen Gesprächssituationen zur Seite stehen. Zum Anderen lernen Sie möglicherweise weitere Kommunikationsmöglichkeiten kennen, auf welche Weise Sie Ihre Botschaft in Gesprächen vermitteln können.

Sie als Kommunikationscoach lernen, wie sie die Person mit Aphasie in Gesprächssituationen optimal unterstützen können.

4. Risiken

Die Teilnahme an der Studie bringt keine Risiken mit sich.

5. Vertraulichkeit und Handhabung der Daten

Alle Angaben, die wir im Rahmen unserer Untersuchungen sammeln, werden vertraulich behandelt und werden nur von Mitarbeitern unseres Forschungsteams im Rahmen der laufenden Studie anonymisiert verwendet werden.

6. Freiwilligkeit der Teilnahme

Die Entscheidung, an dieser wissenschaftlichen Studie teilzunehmen, liegt bei Ihnen. Sollten Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden, erfahren Sie hierdurch keine Nachteile.

7. Möglichkeit des Studienabbruchs

Sie können Ihre freiwillige Teilnahme an der Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

Einverständniserklärung für die Person, die Kommunikationscoach werden möchte

zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie:

„Ein Kommunikationstraining zur Verbesserung des kommunikativen Erfolgs von Personen mit Aphasie“

I. Daten der Person mit Aphasie

.....
(Nachname, Vorname)

.....
(Straße, Postleitzahl, Wohnort)

.....
(Telefon)

II. Daten der Person, die Kommunikationscoach werden möchte

.....
(Nachname, Vorname)

.....
(Straße, Postleitzahl, Wohnort)

.....
(Telefon)

Ich habe die "Information für Probanden" der genannten Studie gelesen und verstanden. Des Weiteren hatte ich ausreichend Gelegenheit, Fragen (z.B. zu Inhalt, Ziel, Verlauf und Risiken) zu stellen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, an der Studie teilzunehmen. Meine Teilnahme erfolgt freiwillig.

Ich weiß, dass ich die Möglichkeit habe, meine Teilnahme an dieser Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen abubrechen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Datenschutzklausel:

Ich erkläre, dass ich mit der im Rahmen der Studie erfolgenden Aufzeichnung von Studiendaten und ihrer Verwendung in pseudo- bzw. anonymisierter Form einverstanden bin.

.....
(Ort, Datum) (Unterschrift der Person, die Kommunikationscoach werden möchte)

.....
(Ort, Datum) (Unterschrift der wiss. Leiter)

Formular

„Information zur Aufklärung der Person mit Aphasie“



Teilnehmer: _____

Leiter: Silja Kuckelkorn und Sarah Reitze

Titel der Studie: „Ein **Kommunikationstraining** zur Verbesserung des kommunikativen Erfolgs von Personen mit **Aphasie**“

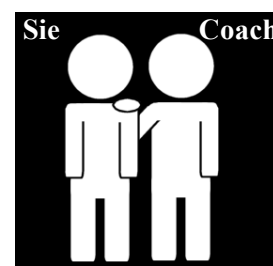
1. Ziel der Studie

Wir bilden **Kommunikationscoachs** aus.



Ein Kommunikationscoach **unterstützt** Sie in einer **Gesprächssituation**.

Er spricht nicht für Sie



2. Ablauf der Studie

Was?



1. Test —————> 2. Training —————> 3. Test

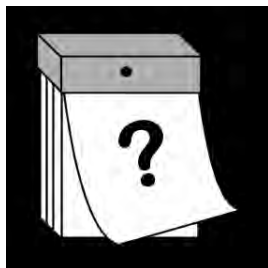
→ Aphasietest → Fragebogen → Videobeobachtung	<u>2 Tage:</u> → Training der Coachs und der Personen mit Aphasie	→ Fragebogen → Videobeobachtung
---	--	------------------------------------

Wo?



→ In einer logopädischen Praxis in Alsdorf.

Wann?



→ Am 24. und 31. März 2012.

3. Nutzen der Studie

- ✓ Es hilft der **Forschung**. Wir können die **Versorgung** der Personen mit Aphasie und der Angehörigen **verbessern**.
- ✓ In Zukunft **hilft Ihnen** ein **Kommunikationscoach**.
- ✓ Sie erhalten möglicherweise **Tipps**, um **Gesprächsinhalte besser vermitteln** zu können.
- ✓ Der **Coach** lernt, Sie zu **unterstützen**.



4. Risiken

Es bestehen **keine Risiken** für Sie!



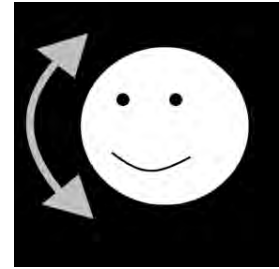
5. Vertraulichkeit und Handhabung der Daten

Die Daten werden **vertraulich** behandelt und **anonymisiert** verwendet.



6. Freiwilligkeit der Teilnahme

Ihre Teilnahme ist **freiwillig**.



7. Möglichkeit des Studienabbruchs

- ✓ Sie können **jederzeit abbrechen**.
- ✓ Es ist **Ihre Entscheidung**.
- ✓ Sie müssen **keine Gründe angeben**.
- ✓ Sie haben hierdurch **keine Nachteile**.



Einverständniserklärung für die Person mit Aphasie

zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie:

„Ein Kommunikationstraining zur Verbesserung des kommunikativen Erfolgs von Personen mit Aphasie“

Einverständnis

Ich habe die **Informationen** der vergangenen Seiten **verstanden**.



Ich möchte an der Studie **freiwillig teilnehmen**.



Ich hatte ausreichend Gelegenheit, um **Fragen** zu stellen.



Recht zum Abbruch der Studie

- ✓ Sie können jederzeit **abbrechen**
- ✓ Es ist **Ihre Entscheidung**



Videoaufnahme

Wir möchten ein **Video** von **Ihnen** und Ihrem **Partner** machen.



Ihre Daten werden **anonymisiert** verwendet.



(Ort, Datum)

(Unterschrift der Person mit Aphasie)

(Ort, Datum)

(Unterschrift der wissenschaftlichen Leiter)

Formular

„Angaben zur Person, die Kommunikationscoach werden möchte“

Wir möchten Sie bitten, die Folgenden Felder auszufüllen und die Fragen zu beantworten.

Name:

Vorname:

Geschlecht:

Alter:

Anschrift:

Telefon:

Beruf:

Muttersprache/Deutschkenntnisse:

1. Allgemeiner Gesundheitszustand:

– Sehvermögen:

☐ *normal* ☐ *ausreichend korrigiert* ☐ *nicht ausreichend korrigiert*

– Hörvermögen:

☐ *normal* ☐ *ausreichend korrigiert* ☐ *nicht ausreichend korrigiert*

– Gehbehinderung:

☐ *nein* ☐ *ja*

wenn ja, welche Hilfsmittel benötigen Sie?

– andere Besonderheiten (z.B. andere Behinderungen oder Konzentrationsprobleme):

☐ *nein* ☐ *ja*

wenn ja, welche?

2. Sind Sie bereit, sich kommunikativ weiterzuentwickeln?

.....

.....

3. Haben Sie Vorerfahrungen/Vorkenntnisse im medizinisch-neurologischen oder sprachtherapeutischen Bereich?

.....

.....

4. Haben Sie schon einmal an einem Kommunikationstraining teilgenommen? Wenn ja, an welchem?

.....

.....

5. Welche Erwartungen haben Sie an unser Kommunikationstraining für Kommunikationscoachs?

.....

.....

Formular**„Angaben zur Person mit Aphasie“**

Wir möchten Sie bitten, die folgenden Felder auszufüllen und die Fragen zu beantworten.

Name:

Vorname:

Geschlecht:

Alter:

Anschrift:

Telefon:

Beruf:

Muttersprache/Deutschkenntnisse:

1. Allgemeiner Gesundheitszustand:

– Sehvermögen:

☐ *normal* ☐ *ausreichend korrigiert* ☐ *nicht ausreichend korrigiert*

– Hörvermögen:

☐ *normal* ☐ *ausreichend korrigiert* ☐ *nicht ausreichend korrigiert*

– Gehbehinderung:

☐ *nein* ☐ *ja*

wenn ja, welche Hilfsmittel benötigen Sie?

– andere Besonderheiten (z.B. andere Behinderungen oder Konzentrationsprobleme):

☐ *nein* ☐ *ja*

wenn ja, welche?

2. Seit wann besteht die Aphasie?

.....

.....

3. Was ist die Ursache der Aphasie (z.B. ein Schlaganfall)?

.....

.....

4. Erhalten Sie zum jetzigen Zeitpunkt Logopädie? Wenn ja, wie oft?

.....

.....

5. Wie würden Sie Ihr Sprachverständnis einschätzen?

.....

.....

6. Haben Sie in manchen Situationen Probleme, Ihre Botschaft einem Gesprächspartner zu vermitteln?

.....

.....

7. Wünschen Sie sich in manchen Situationen kommunikative Unterstützung? Wenn ja, in welchen?

.....

.....

8. Sind Sie bereit, sich kommunikativ weiterzuentwickeln?

.....

.....

9. Haben Sie schon einmal an einem Kommunikationstraining teilgenommen? Wenn ja, an welchem?

.....

.....

Weiterer Verlauf

Wenn Sie sich zu einer Teilnahme entscheiden, schicken Sie uns bitte die ausgefüllten Formulare per Post zu. Ein frankierter Briefumschlag wurde beigelegt. Sollten Sie sich gegen eine Teilnahme entschieden haben, wäre es sehr hilfreich, wenn Sie uns dies telefonisch mitteilen würden.

Sobald wir Ihre ausgefüllten Formulare erhalten haben, werden wir Sie innerhalb von zwei Wochen telefonisch kontaktieren. Im weiteren Verlauf wird eine Aphasiediagnostik bei den Personen mit Aphasie durchgeführt. Hierzu möchten wir mit Ihnen einen Termin vereinbaren. Nach dieser Diagnostik werden wir Sie über den weiteren Verlauf und einem eventuellen Ein-oder auch Ausschluss der Studie informieren.

Das Kommunikationstraining wird voraussichtlich im März 2012 stattfinden.

Vielen herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit für uns genommen haben und uns möglicherweise helfen, dass Menschen mit Aphasie besser kommunizieren können, denn

*„Gedacht ist noch nicht gesagt.
Gesagt ist noch nicht gehört.
Gehört ist noch nicht verstanden.
Verstanden ist noch nicht einverstanden.
Einverstanden ist noch nicht angewendet.
Angewendet ist noch nicht beibehalten!“
(Konrad Lorenz)*

Wir hoffen, Sie in unserer Studie begrüßen zu dürfen!



(Sarah Reitze)



(Silja Kuckelkorn)

8.3 Messinstrumente

8.3.1 Videoobservation „Reise buchen“

**ZU
YD**

Beobachtungsbogen



Beobachtungsbogen zur Einschätzung der Fähigkeiten als Kommunikationscoach und des Gesprächsverhaltens von Personen mit Aphasie in alltäglichen Situationen

Datum der Observation: _____ Teilnehmer: _____

Beobachtung des Kommunikationscoachs

1. Körperhaltung – „Körpersprache“

Der KC ist der PA/GP <i>zugewandt</i> , hat eine <i>offene Körperhaltung</i> , steht direkt bei der PA, strahlt mit seiner Körperhaltung <i>Sicherheit</i> aus.	3
Der KC ist der PA/GP die <i>meiste Zeit zugewandt</i> , hat <i>häufig</i> eine offene Körperhaltung, steht fast immer in der Nähe der PA, strahlt mit seiner Körperhaltung <i>überwiegend Sicherheit</i> aus.	2
Der KC ist der PA/GP nur <i>selten zugewandt</i> , hat eine eher geschlossene Körperhaltung, steht <i>distanziert</i> zur PA, strahlt mit seiner Körperhaltung <i>eher Unsicherheit</i> aus.	1
Der KC ist der PA/GP <i>nicht zugewandt</i> , hat eine <i>geschlossene Körperhaltung</i> , steht <i>distanziert</i> zur PA, strahlt mit seiner Körperhaltung <i>Unsicherheit</i> aus.	0

2. Blickkontakt

Der KC hält einen <i>angenehmen</i> , d.h. wechselseitigen Blickkontakt, nimmt den Blickkontakt der anderen auf.	3
Der KC hält <i>meistens einen angenehmen</i> , d.h. wechselseitigen Blickkontakt, nimmt den Blickkontakt der anderen <i>überwiegend</i> auf.	2
Der KC hält nur <i>selten einen angenehmen</i> , d.h. wechselseitigen Blickkontakt, nimmt den Blickkontakt der anderen fast nie auf.	1
Der KC hält <i>keinen Blickkontakt</i> oder <i>starrt</i> die PA/ den GP an, es findet <i>kein wechselseitiger Blickkontakt</i> statt, der KC nimmt den Blickkontakt der anderen <i>nicht auf</i> .	0

3. Prosodie

Der KC spricht in einem <i>adäquaten Tempo</i> und in einer <i>adäquaten Lautstärke</i> , betont <i>wichtige Wörter</i> , macht <i>adäquate Sprechpausen</i> .	3
--	----------

Der KC spricht die <i>meiste Zeit</i> in einem <i>adäquaten Tempo</i> und in einer <i>adäquaten Lautstärke</i> , betont <i>häufig wichtige Wörter</i> , macht <i>überwiegend adäquate Sprechpausen</i> .	2
Der KC spricht <i>überwiegend zu schnell</i> oder <i>zu langsam</i> , spricht <i>überwiegend zu laut</i> oder <i>zu leise</i> , betont <i>wichtige Wörter nur selten</i> , macht <i>nur wenige Sprechpausen</i> .	1
Der KC spricht <i>zu schnell</i> oder <i>zu langsam</i> , spricht <i>zu laut</i> oder <i>zu leise</i> , spricht <i>monoton</i> , macht <i>keine Sprechpausen</i> .	0

4. Artikulation

Der KC spricht <i>deutlich</i> .	3
Der KC spricht <i>überwiegend deutlich</i> .	2
Der KC spricht <i>nur selten deutlich</i> .	1
Der KC spricht <i>nicht deutlich</i> .	0

5. Sprachgebrauch

Der KC spricht in <i>kurzen, einfachen Satzstrukturen</i> , gebraucht ein <i>angemessenes Sprachniveau</i> , setzt <i>sinnvolle Pausen</i> im Gespräch (Denk- oder Verarbeitungspausen).	3
Der KC spricht <i>häufig in kurzen, einfachen Satzstrukturen</i> , gebraucht <i>meistens ein angemessenes Sprachniveau</i> , setzt <i>meistens sinnvolle Pausen</i> im Gespräch (Denk- oder Verarbeitungspausen).	2
Der KC spricht <i>eher in langen und komplexen Äußerungen</i> , gebraucht <i>oftmals ein unangemessenes (zu schwieriges/zu einfaches) Sprachniveau</i> , macht <i>nur selten Pausen</i> im Gespräch (Denk- oder Verarbeitungspausen).	1
Der KC spricht in <i>langen und komplexen Äußerungen</i> , gebraucht ein <i>unangemessenes (zu schwieriges/zu einfaches) Sprachniveau</i> , macht <i>keine Pausen</i> im Gespräch (Denk- oder Verarbeitungspausen).	0

6. Aufmerksamkeit

Der KC ist <i>ständig aufmerksam</i> , konzentriert sich auf das Gespräch, sorgt dafür, dass PA und GP <i>aufmerksam bleiben</i> .	3
Der KC ist <i>überwiegend aufmerksam</i> , konzentriert sich <i>fast immer</i> auf das Gespräch, sorgt die <i>meiste Zeit</i> dafür, dass PA und GP <i>aufmerksam bleiben</i> .	2
Der KC ist <i>eher unaufmerksam</i> , konzentriert sich <i>nur selten</i> auf das Gespräch, sorgt nur in <i>geringem Maße</i> dafür, dass PA und GP <i>aufmerksam bleiben</i> .	1
Der KC ist <i>unaufmerksam</i> , konzentriert sich <i>nicht</i> auf das Gespräch, <i>sorgt nicht</i> dafür, dass PA und GP <i>aufmerksam bleiben</i> .	0

7. Verständigungssicherung

KC sichert <i>wichtige Informationen durch geschlossene Fragen</i> ab, <i>paraphrasiert & fasst zusammen</i> , fragt nach, falls etwas undeutlich erscheint, <i>wiederholt</i> zwischendurch Hauptideen und Schlüsselinformationen, KC prüft, ob Anliegen der PA und des Gesprächspartners vollständig übermittelt wurden & alle Aussagen verstanden sind.	3
KC sichert <i>überwiegend wichtige Informationen durch geschlossene Fragen</i> ab, <i>paraphrasiert & fasst oftmals zusammen</i> , fragt <i>häufig</i> nach, falls etwas undeutlich erscheint, <i>wiederholt zwischendurch</i> Hauptideen und Schlüsselinformationen, KC prüft meistens, ob Anliegen der PA und des Gesprächspartners vollständig übermittelt wurden & alle Aussagen verstanden sind.	2
KC sichert wichtige Informationen <i>kaum durch geschlossene Fragen</i> ab, <i>paraphrasiert & fasst selten zusammen</i> , fragt <i>selten</i> nach, falls etwas <i>undeutlich erscheint</i> , Hauptideen und Schlüsselinformationen werden <i>selten wiederholt</i> , KC prüft selten, ob Anliegen der PA und des GP vollständig übermittelt wurde & alle Aussagen verstanden sind.	1
KC sichert wichtige Informationen <i>nicht durch geschlossene Fragen</i> ab, <i>paraphrasiert & fasst nicht zusammen</i> , fragt <i>nicht</i> nach, falls etwas <i>undeutlich</i> erscheint, Hauptideen und Schlüsselinformationen werden <i>nicht wiederholt</i> , Keine Überprüfung, ob Anliegen der PA und des GP vollständig übermittelt wurde & alle Aussagen verstanden sind.	0

8. Strukturierung	
KC nutzt geeignete <i>Signale</i> , um einen Themenwechsel anzugeben; sorgt dafür, dass PA Thema lang genug aufrecht erhält, um die Botschaft zu verarbeiten und die Antwort/ Äußerung formuliert. Äußerungen/Bemerkungen/Fragen sind <i>themenbezogen</i> ; KC sorgt immer für einen „roten Faden“ – klare inhaltliche, nachvollziehbare Struktur im Gespräch.	3
KC nutzt <i>überwiegend geeignete Signale</i> , um einen Themenwechsel anzugeben; sorgt <i>größtenteils</i> dafür, dass PA Thema lang genug aufrecht erhält, um die Botschaft zu verarbeiten und die Antwort/ Äußerung formuliert. Äußerungen/Bemerkungen/Fragen sind <i>überwiegend themenbezogen</i> ; KC sorgt <i>meistens</i> für einen „roten Faden“ im Gespräch.	2
KC nutzt <i>geeignete Signale nur geringen Maße</i> , um einen Themenwechsel anzugeben; sorgt <i>wenig</i> dafür, dass PA Thema lang genug aufrecht erhält, um die Botschaft zu verarbeiten und die Antwort/ Äußerung formuliert. Äußerungen/Bemerkungen/Fragen sind <i>oftmals nicht themenbezogen</i> ; KC sorgt nur <i>selten</i> für einen „roten Faden“ im Gespräch.	1
KC nutzt <i>keine geeigneten Signale</i> , um einen Themenwechsel anzugeben; sorgt <i>nicht</i> dafür, dass PA Thema lang genug aufrecht erhält, um die Botschaft zu verarbeiten und die Antwort/ Äußerung formuliert. Äußerungen/Bemerkungen/Fragen sind <i>nicht themenbezogen</i> ; KC sorgt <i>nicht</i> für einen „roten Faden“ im Gespräch.	0

9. Angebotene Hilfestellungen/ Kommunikationsstrategien – Motivierendes Vermögen/ „psychische“ Unterstützung	
KC ist <i>motivierend</i> ; ermutigt die PA zum selbstständigen Erzählen/Fragen; äußert <i>bekräftigende/bestätigende Kommentare</i> ; <i>non-verbale Bestätigung</i> (Kopfnicken, positive faziale Ausdrücke); <i>Partizipation fördern/ voranbringen</i> .	3
KC ist <i>überwiegend motivierend</i> , ermutigt die PA <i>oftmals</i> zum selbstständigen Erzählen/ fragen; äußert <i>meistens bekräftigende/ bestätigende Kommentare</i> ; <i>oftmals non – verbale Bestätigung</i> (Kopfnicken, positive faziale Ausdrücke); <i>Partizipation wird teilweise gefördert/ vorangebracht</i> .	2
KC ist <i>selten motivierend</i> , ermutigt die PA <i>selten</i> zum selbstständigen Erzählen/ Fragen; äußert <i>selten bekräftigende/ bestätigende Kommentare</i> ; <i>wenig non – verbale Bestätigung</i> (Kopfnicken, positive faziale Ausdrücke); <i>Partizipation wird geringfügig gefördert/ vorangebracht</i> .	1

KC ist unmotivierend, ermutigt die PA nicht zum selbstständigen Erzählen/ Fragen; äußert keine bekräftigende/ bestätigende Kommentare; keine non – verbale Bestätigung (Kopfnicken, positive faziale Ausdrücke); <i>Partizipation wird nicht gefördert/ vorangebracht.</i>	0
--	----------

10. Angebotene Hilfestellungen/ Kommunikationsstrategien – verbal/ sprachlich/ inhaltlich

<i>Adäquate verbale Unterstützung</i> bei Problemen der PA; <i>nachfragen, erläutern/verdeutlichen</i> der Aussage der PA; KC <i>ändert die Modalität</i> (zu einer anderen Modalität übergehen, wenn nötig); <i>verbale Wiederholung</i> durch KC, falls die PA etwas nicht versteht.	3
<i>Überwiegend adäquate verbale Unterstützung</i> bei Problemen der PA; <i>meistens nachfragen, oftmals erläutern/verdeutlichen</i> der Aussage der PA (falls Probleme entstehen); KC <i>ändert meistens die Modalität</i> (zu einer anderen Modalität übergehen, wenn nötig); <i>meistens verbale Wiederholung</i> durch KC, falls die PA etwas nicht versteht.	2
<i>Nur selten adäquate verbale Unterstützung</i> bei Problemen der PA; <i>wenig nachfragen, wenig erläutern/verdeutlichen</i> der Aussage der PA (falls Probleme entstehen); KC <i>ändert nur selten die Modalität</i> (zu einer anderen Modalität übergehen, wenn nötig); <i>fast keine verbale Wiederholung</i> durch KC, falls die PA etwas nicht versteht.	1
<i>Keine adäquate verbale Unterstützung</i> bei Problemen der PA; <i>nicht nachfragen, kein erläutern/verdeutlichen</i> der Aussage der PA (falls Probleme entstehen); KC <i>ändert die Modalität nicht</i> (zu einer anderen Modalität übergehen, wenn nötig); <i>keine verbale Wiederholung</i> durch KC, falls die PA etwas nicht versteht.	0

11. Allgemeines Verhalten als Kommunikationscoach im Gespräch – Unterstützung Wie geht er auf die Person mit Aphasie ein?

KC <i>unterstützt</i> die PA adäquat und <i>spricht nicht für sie</i> . Lässt die PA <i>aussprechen & gibt Zeit</i> zum Nachdenken/Verarbeiten; strahlt <i>Geduld & Engagement</i> aus.	3
KC <i>unterstützt</i> die PA <i>überwiegend</i> adäquat und <i>spricht nur selten für sie</i> . Lässt sie <i>meistens</i> aussprechen und gibt ihr Zeit zum nachdenken/verarbeiten. KC strahlt <i>überwiegend Geduld & Engagement</i> aus.	2
KC <i>spricht eher für die PA</i> und <i>unterstützt sie weniger</i> (verbal/non-verbal) adäquat. KC lässt die PA <i>nicht immer aussprechen</i> und lässt <i>wenig Zeit</i> zum Nachdenken/Verarbeiten. <i>Ergreift häufig selber das Wort.</i>	1

KC <i>spricht für die PA</i> . Nutzt <i>nur gesprochene Sprache</i> , auch wenn nonverbal hilfreich scheint. Lässt die PA <i>nicht aussprechen und keine Zeit zum nachdenken/verarbeiten</i> .	0
--	----------

12. Führen die angebotenen Hilfestellungen und Strategien zum kommunikativen Erfolg?

<i>Ja</i> , das Gespräch führt zum <i>kommunikativen Erfolg</i> . Die angebotenen <i>Hilfestellungen/Strategien sind passend</i> .	3
Das Gespräch führt <i>überwiegend</i> zum <i>kommunikativen Erfolg</i> . Die meisten „Inhalte“ können überbracht werden. Die angebotenen <i>Hilfestellungen/Strategien sind überwiegend zutreffend/erfolgreich</i> .	2
Das Gespräch führt zu <i>geringem kommunikativen Erfolg</i> . <i>Hilfestellungen/Strategien des KC sind oftmals eher unpassend/ uneffektiv</i> .	1
Das Gespräch führt zu <i>keinem kommunikativen Erfolg</i> . Die angebotenen <i>Hilfestellungen/Strategien sind nicht wirksam</i> .	0

Beobachtung der Person mit Aphasie

1. Rederecht	
PA <i>leitet das Gespräch</i> , kommt zu <i>Wort</i> , wird <i>nicht unterbrochen/übergangen</i> durch den KC, <i>kann aussprechen – nimmt sich/bekommt genügend Zeit zum Sprechen</i> .	3
PA <i>leitet überwiegend das Gespräch</i> (lässt selten den KC für sich sprechen); lässt sich/bekommt <i>meistens genügend Zeit zum Sprechen</i> , wird <i>selten durch den KC unterbrochen/übergangen</i> .	2
Gespräch wird <i>meistens durch andere bestimmt/geleitet</i> ; lässt sich/bekommt <i>wenig Zeit zum Sprechen</i> , wird <i>oft durch KC unterbrochen/übergangen</i> .	1
Gespräch wird <i>durch andere geleitet</i> ; PA wird <i>immer/ sehr häufig durch KC unterbrochen/übergangen</i> , kommt <i>nicht zu Wort</i> , bekommt <i>keine Zeit zum Sprechen</i> .	0

2. Gesprächsverhalten	
PA verhält sich <i>offen, kommunikativ</i> gegenüber dem GP, <i>nimmt Hilfen des KC an</i> und <i>setzt sie sofort um</i> , versucht angebotene Hilfestellungen selbstständig einzusetzen. Gibt deutlich an, wenn sie Hilfe des KC benötigt. Zeigt keine „Sprechangst“ – lässt sich nicht entmutigen, versucht sich verständlich zu machen“.	3
PA verhält sich <i>überwiegend offen, kommunikativ</i> gegenüber dem GP, PA nimmt die Hilfen des KC meistens an und versucht sie umzusetzen. Überwiegend werden angebotene Hilfestellungen selbstständig eingesetzt; gibt meistens an, wenn sie Hilfe des KC benötigt. Zeigt nur selten „Sprechangst“ – lässt sich nur manchmal entmutigen, versucht sich meistens verständlich zu machen“.	2
PA ist <i>eher verschlossen, wenig kommunikativ</i> . Lehnt die Hilfen des KC teilweise ab und setzt diese selten um. Geringes Maß an selbstständigem Einsetzen von Hilfestellungen. Bittet selten um Hilfe des KC. Zeigt überwiegend „Sprechangst“ – lässt sich häufig entmutigen, versucht sich teilweise verständlich zu machen“.	1
PA ist gegenüber GP <i>verschlossen und unkommunikativ</i> . Lehnt die Hilfen des KC ab und setzt diese nicht im Gespräch um. Kein selbstständiges Einsetzen von Hilfestellungen; macht nicht deutlich, dass sie Hilfe des KC benötigt. Zeigt große „Sprechangst“ – lässt sich schnell entmutigen, macht sich nicht verständlich zu machen“.	0

Besonderheiten:

Bewertung:

3 Punkte: 100% bis 75% des Verhaltens werden gezeigt; dies wird im Text durch das Wort „immer“ gekennzeichnet.

2 Punkte: 75% bis 50% des Verhaltens werden gezeigt; dies wird im Text durch die Wörter „häufig“, „überwiegend“ und „meistens“ gekennzeichnet.

1 Punkt: 50% bis 25% des Verhaltens werden gezeigt; dies wird im Text durch die Wörter „selten“, „eher“ und „wenig“ gekennzeichnet.

0 Punkte: 25% bis 0% des Verhaltens werden gezeigt; dies wird im Text durch das Wort „nie“ gekennzeichnet.

8.3.2 Wissensüberprüfung „Aphasie“



Fragebogen



Fragebogen zur Überprüfung des Wissens über Aphasie

Datum: _____

Teilnehmer: _____

Anweisung:

Bitte kreuzen Sie die für Sie richtigen Antworten an. Es können mehrere Antworten pro Frage richtig sein.

Beispiel:

Wie viele Tage hat eine Woche?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ | 3 |
| ☐ | 8 |
| ☒ | 7 |
| ☐ | 5 |

1. Wie kann Aphasie am ehesten definiert werden? Kreuzen Sie eine Antwort an!**Aphasie ist...**

- ☐ ... eine Artikulationsstörung aufgrund motorischer Defizite.
- ☐ ... eine erworbene Sprachstörung (in den Bereichen Sprechen, Verstehen, Schreiben, Lesen) aufgrund einer neurologischen Erkrankung.
- ☐ ... eine Störung des Sprachverständnisses und der Sprachproduktion aufgrund eines verminderten IQs.
- ☐ ... eine Störung der Planung und Programmierung von Sprechbewegungen aufgrund einer neurologischen Erkrankung.

2. Was können Ursachen von Aphasien sein?

- ☐ Schlaganfall
- ☐ Rauchen
- ☐ Schädelhirnverletzung nach einem Unfall
- ☐ Alkoholmissbrauch
- ☐ Hirntumor
- ☐ Hirnblutung
- ☐ genetische Veränderung
- ☐ Adipositas
- ☐ Entzündliche Prozesse im Gehirn

3. Wo befindet sich das Sprachzentrum bei mehr als 90% der Menschen? Kreuzen Sie eine Antwort an!

- ☐ Im Hirnstamm
- ☐ Im Mittelhirn
- ☐ In der linken Gehirnhälfte
- ☐ In der rechten Gehirnhälfte
- ☐ Im Frontallappen

4. Geben Sie an, welche Symptome Betroffene durch die Aphasie möglicherweise haben können.

Probleme beim...

- ☐ Verstehen von einfachen Sätzen bzw. Wörtern
- ☐ Sprechen ein- oder mehrsilbiger Wörter
- ☐ Verstehen von komplexen sprachlichen Zusammenhängen
- ☐ Schreiben
- ☐ Lesen von Texten
- ☐ Erkennen von Bildern
- ☐ Sehen von Geschriebenem

5. Im Folgenden geht es um die verschiedenen Phasen von Aphasie. Kreuzen Sie jeweils eine Antwort an!

Wann befindet sich der Betroffene in der postakuten Phase?

- ☐ 0 - 4 Tage nach dem Ereignis
- ☐ ca. 2 Wochen nach dem Ereignis
- ☐ 4 - 12 Monate nach dem Ereignis
- ☐ ca. 12 Monate nach dem Ereignis

Wann befindet sich der Betroffene in der frühen Phase?

- ☐ 0 - 4 Tage nach dem Ereignis
- ☐ ca. 2 Wochen nach dem Ereignis
- ☐ 4 - 12 Monate nach dem Ereignis
- ☐ ca. 12 Monate nach dem Ereignis

Wann befindet sich der Betroffene in einem chronischen Zustand?

- ☐ 0 - 4 Tage nach dem Ereignis
- ☐ ca. 2 Wochen nach dem Ereignis
- ☐ 4 - 12 Monate nach dem Ereignis
- ☐ ca. 12 Monate nach dem Ereignis

Wann befindet sich der Betroffene in der Konsolidierungsphase?

- ☐ 0 - 4 Tage nach dem Ereignis
- ☐ ca. 2 Wochen nach dem Ereignis
- ☐ 4 - 12 Monate nach dem Ereignis
- ☐ ca. 12 Monate nach dem Ereignis

6. Welche Faktoren haben einen Einfluss auf den Verlauf und damit die Prognose der Aphasie?

- ☐ Motivation des Betroffenen
- ☐ Unterstützung der Angehörigen
- ☐ Nahrungsaufnahme
- ☐ Schweregrad der Aphasie
- ☐ Ort der Hirnläsion
- ☐ Therapiemaßnahmen
- ☐ Andere neuropsychologische Funktionsstörungen

7. Welche Begleitterscheinungen können bei Aphasien unter anderem auftreten?

- ☐ Hemiparese/Hemiplegie (Lähmung einer Körperhälfte)
- ☐ Apraxie (die Bewegung kann nicht geplant werden)
- ☐ Adipositas (Übergewicht)
- ☐ Anopsie (Gesichtsfeldausfälle)
- ☐ Neglect (Aufmerksamkeitsstörung)
- ☐ Konzentrationsstörungen
- ☐ Depressive Reaktion
- ☐ Epilepsie
- ☐ Amnesie (Gedächtnisstörung)
- ☐ Rechenstörung
- ☐ Verminderte Hörstärke

8. Welche Auswirkungen können Aphasien auf das alltägliche Leben haben?

- ☐ Einschränkungen im beruflichen Alltag
- ☐ Verlust des Selbstwertgefühls
- ☐ Rückzug aus dem sozialen Leben/Umfeld
- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ Probleme beim motorischen Ausführen alltäglicher Aufgaben (z.B. Ankleiden)
- ☐ Verminderte Konzentration in Gesprächssituationen
- ☐ Schwierigkeiten beim Verfolgen des Themas (z.B. in Gesprächen, TV)
- ☐ Einschränkungen beim Vermitteln von Bedürfnissen

- ☐ Verlust von Lebensqualität
- ☐ Verminderte soziale Kompetenz
- ☐ Verlust der Kreativität

9. Wie verhält man sich günstig in einem Gespräch mit einer Person mit Aphasie?

- ☐ Ich unterbreche die Person mit Aphasie, damit es für sie/ihn einfacher wird und Zeit gespart wird.
- ☐ Ich unterstütze die Person mit Aphasie mit verbalen oder non-verbalen Hilfen.
- ☐ Ich halte mich so weit wie möglich zurück und lasse die Person mit Aphasie das Gespräch führen. Nur in notwendigen Situationen greife ich unterstützend ein.

10. Was können Sie tun, um die Kommunikation für den Aphasiepatienten zu erleichtern?

- ☐ laut sprechen
- ☐ eine Aussage bei gleichbleibendem Wortlaut mehrfach wiederholen
- ☐ langsam sprechen und wichtige Wörter betonen
- ☐ Gestik und Mimik einsetzen
- ☐ überdeutlich Artikulieren beim Sprechen
- ☐ die eigene Sprache an die Sprechweise des Patienten anpassen
- ☐ einen Spiegel zur Selbstkontrolle des Patienten beim Sprechen vorhalten
- ☐ Aussagen schriftlich notieren
- ☐ visuelle Hilfen (z.B. Gegenstände) verwenden
- ☐ kurze und einfache Sätze formulieren

11. Was tun Sie, wenn Sie eine Äußerung/ einen Teil der Äußerung einer Person mit Aphasie nicht verstanden haben?

- ☐ Sie äußern gegenüber der Person mit Aphasie deutlich, was an der Äußerung verstanden wurde und was nicht.
- ☐ Sie tun so, als haben Sie die Person mit Aphasie verstanden, um die Angst vor neuen Sprechversuchen nicht zu erhöhen.
- ☐ Sie tun das, was Sie verstanden haben – es zeigt sich, ob es das war, was die Person mit Aphasie meinte.
- ☐ Sie reagieren nicht – die Person mit Aphasie merkt, dass die Aussage falsch war und wird ihre Äußerung noch einmal wiederholen.

12. Stellen Sie sich vor, eine Person mit Aphasie benutzt sehr häufig lautlich veränderte Wörter, wenn sie sich äußert (z.B. Tomate – Kotame). Er/Sie wird von dem Gesprächspartner offensichtlich nicht verstanden. Was tun Sie?

- ☐ Sie korrigieren die Person mit Aphasie bei jeder Gelegenheit. Sie geben beim Gesprächspartner an, dass das Wort falsch war.
- ☐ Sie unterbrechen die Person mit Aphasie & übernehmen das Reden für ihn/sie. Dadurch entlasten Sie die Person mit Aphasie und erleichtern die Kommunikation.
- ☐ Sie warten ab, bis die Person mit Aphasie die Aussage beendet hat und reagieren dann, indem Sie die größten Fehler noch einmal verbessern und absichern, dass der Gesprächspartner die Aussage verstanden hat.

13. Eine Person mit Aphasie reagiert nicht auf eine von dem Gesprächspartner gestellte Frage. Was sollte zunächst getan werden?

- ☐ Die Frage sollte noch einmal mit erhöhter Lautstärke wiederholt werden. Sie sollten den Gesprächspartner darauf hinweisen. Vermutlich wurde die Frage akustisch nicht verstanden.
- ☐ Die Person mit Aphasie sollte aufgefordert werden, als Unterstützung auf das Mundbild seines Gegenübers zu achten.
- ☐ Die Frage sollte von Ihnen noch einmal in einem anderen Wortlaut wiederholt werden.
- ☐ Eine andere Person wird gebeten, dem Patienten die Frage noch einmal zu stellen. Meist entscheidet die Stimme und Artikulation des Gegenübers darüber, ob die Frage verstanden wird.

***Vielen Dank
für das Ausfüllen des Fragebogens!***

8.3.3 Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach



Fragebogen



Fragebogen zur Einschätzung der eigenen Fähigkeiten hinsichtlich der Unterstützung
von Personen mit Aphasie in alltäglichen Situationen

Datum: _____

Teilnehmer: _____

Anweisung:

Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffendste Aussage an.

Beispiel:

Ich habe die Anweisung verstanden.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu
			X

1. Ich verfüge über ein Basiswissen zum Störungsbild Aphasie.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

2. Ich kenne Störungen, die häufig gemeinsam mit einer Aphasie auftreten.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

3. Ich kann nachempfinden, wie sich Personen mit Aphasie fühlen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

4. Ich kann die Schwierigkeiten, mit denen aphasische Menschen im Alltag konfrontiert sind, nachvollziehen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

5. Ich bin geduldig in einem Gespräch mit einer Person mit Aphasie.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

6. Ich weiß, wie ich mich in einer Gesprächssituation günstig verhalten muss, um die Person mit Aphasie zu unterstützen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

7. Ich lasse der Person mit Aphasie Zeit zum Verarbeiten der Botschaft.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

8. Ich lasse die Person mit Aphasie aussprechen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

9. Ich spreche nicht für die Person mit Aphasie.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

10. Ich helfe der Person mit Aphasie, Botschaften zu verstehen, indem ich in kurzen und einfachen Sätzen spreche.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

11. Ich helfe der Person mit Aphasie, indem ich das Gespräch strukturiere (deutliches Angeben von einem Themenwechsel, für einen „roten Faden“ sorgen).

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

12. Ich fasse Gespräche, in denen die Person mit Aphasie anwesend ist, zwischendurch und am Ende zusammen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

13. Ich erkenne, ob die gemeinte Botschaft vollständig von der Person mit Aphasie überbracht wurde.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

14. Ich versichere mich, dass die Botschaft des Gesprächspartners vollständig von der Person mit Aphasie verstanden wurde.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

15. Ich habe eine umfassende Vorstellung von verschiedenen kommunikativen Hilfestrategien zur Unterstützung von Personen mit Aphasie.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

16. Ich unterstütze die Person mit Aphasie, indem ich Mimik und Gestik einsetze.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

17. Ich unterstütze die Person mit Aphasie, indem ich Schlüsselinformationen aufschreibe.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

18. Ich stimulare die Person mit Aphasie selbst Gebärden, Zeichnungen, Schrift einzusetzen, um ihr Sprechen zu unterstützen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

19. Ich ermutige die Person mit Aphasie selbst zu sprechen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

20. Ich fühle mich im alltäglichen Umgang mit Personen mit Aphasie wohl.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

21. Ich bin in der Lage, eine Person mit Aphasie als Kommunikationscoach in einem Gespräch zu unterstützen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

*Vielen Dank
für das Ausfüllen des Fragebogens!*

8.3.4 Wohlbefinden der Person mit Aphasie (männliche Version)



Fragebogen



Fragebogen zum Wohlbefinden der Person mit Aphasie in einer alltäglichen kommunikativen Situation.

Datum: _____

Teilnehmer: _____

Anweisung:

Bitte kreuzen Sie die für sie zutreffendste Aussage an.

Hierbei gilt:

 = *Trifft überhaupt nicht zu*

 = *Trifft überwiegend nicht zu*

 = *Trifft überwiegend zu*

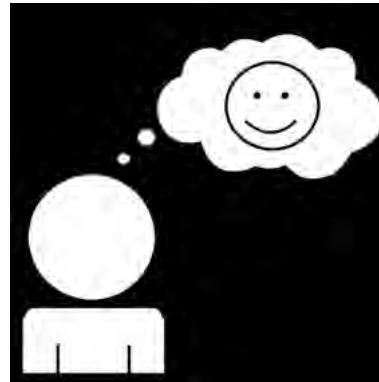
 = *Trifft völlig zu*

Beispiel:

Ich habe die Anweisung verstanden.

Ich **fühle** mich in einem alltäglichen Gespräch **wohl**.



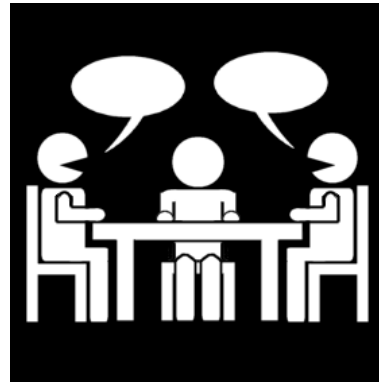
			

Ich habe **keine Angst** vor Gesprächen.



Ich **vermeide keine Gespräche** mit anderen Personen.



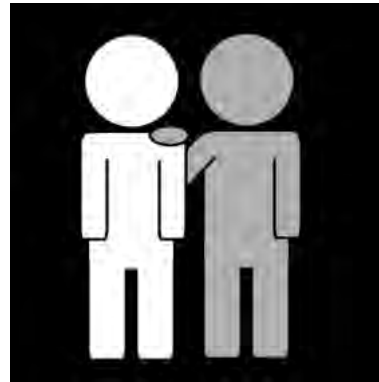
Ich versuche **selbst zu sprechen**.

Ich lasse andere Leute nicht für mich sprechen.



Ich wünsche mir **kommunikative Unterstützung** in einem Gespräch.



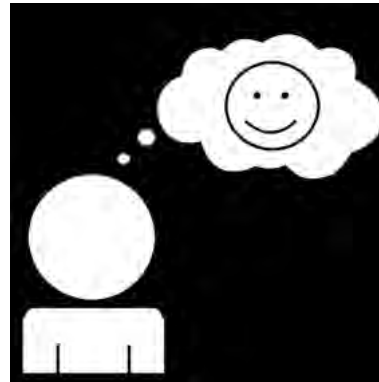
			

Ich werde von ihm in ein Gespräch **einbezogen**.



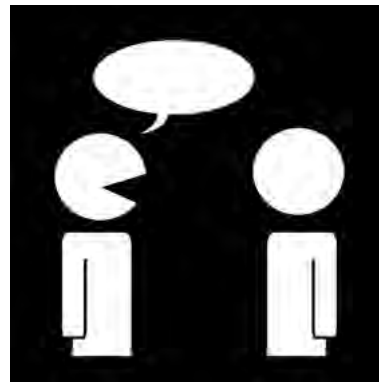
			

Ich fühle mich **sicherer im Beisein von ihm** während eines Gesprächs.



Ich kann **meine Botschaft** in einem Gespräch zufriedenstellend **vermitteln**.



8.3.5 Einschätzung des Kommunikationscoachs (männliche Version)

**ZU
YD**

Fragebogen



Fragebogen zur Beurteilung des Kommunikationscoachs.

Datum: _____

Teilnehmer: _____

Anweisung:

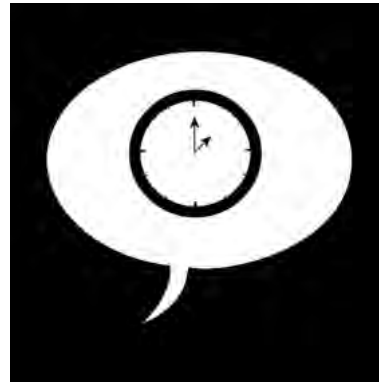
Bitte kreuzen Sie die für sie zutreffendste Aussage an.

Hierbei gilt: = *Trifft überhaupt nicht zu* = *Trifft überwiegend nicht zu* = *Trifft überwiegend zu* = *Trifft völlig zu***Beispiel:**

Ich habe die Anweisung verstanden.

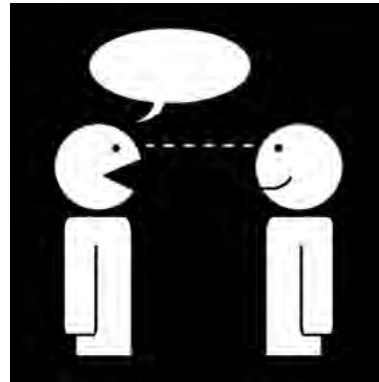
			
			

Er spricht in einem angenehmen **Sprechtempo**.



Er hält angenehmen **Blickkontakt**.



Er verwendet **kurze, verständliche Sätze**.



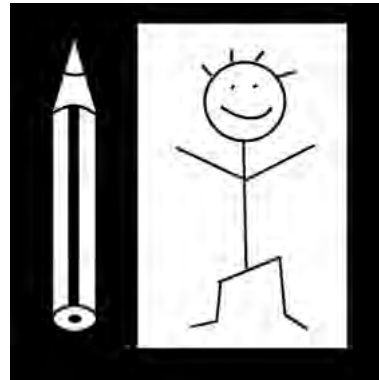
			

Er **wiederholt** Sätze, die ich nicht verstanden habe,
mit anderen Worten.



Er unterstützt mich durch **Zeichnungen**.



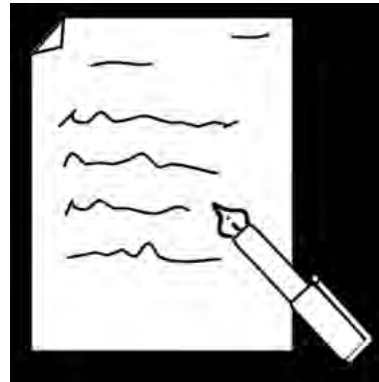
			

Er unterstützt mich durch **Gebärden**.



Er unterstützt mich durch **Schrift**.



Er sorgt für eine **ruhige Umgebung** während einem Gespräch.



Er ist **geduldig**.



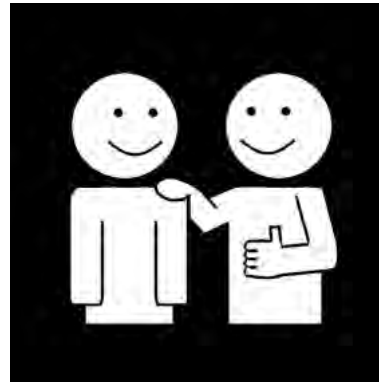
			

Er sorgt dafür, dass das Gespräch **nicht zu lange dauert**.



Er **ermutigt** mich.



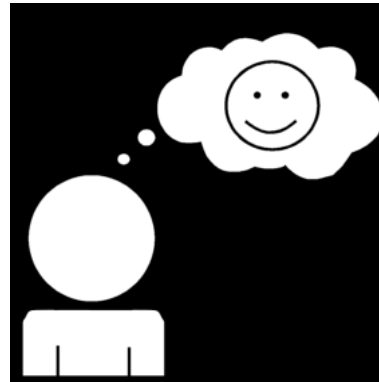
			

Er **spricht nicht** für mich.



Er **weiß** genug über **Aphasie**.



8.4 Tabellarische Übersicht des Trainings

8.4.1 Trainingstag 1

Block 1 <i>Zeit:</i> 9:00 – 11:00 Uhr	– Begrüßung – Vorstellungsrunde – Ausfüllen der Fragebögen – Was ist Aphasie? – Begleiterscheinung
15 Minuten Pause	
Block 2 <i>Zeit:</i> 11:15 – 13:15 Uhr	– Symptomatik – Auswirkungen auf die Teilhabe – Zwischenfazit – Irrtümer – Kommunikationscoach – Was ist das? – Angenehme Kommunikationssituation
45 Minuten Mittagspause	
Block 4 <i>Zeit:</i> 14:00 – 15:45 Uhr	– Begrüßung der Personen mit Aphasie – Ausfüllen der Fragebögen – Zusammenfassung und Wiederholung – Erfahrungsaustausch – Kommunikationstipps
15 Minuten Pause	
Block 5 <i>Zeit:</i> 16:00 – 17:00 Uhr	– Fragen und Feedback

8.4.2 Trainingstag 2

Block 1 <i>Zeit:</i> 09:00 – 10:15 Uhr	– Begrüßung – Wiederholung – Videoanalyse
15 Minuten Pause	
Block 2 <i>Zeit:</i> 10:30 – 12:45 Uhr	– Praktische Übungen – Fragen – Ausfüllen der Nachtests – Verabschiedung der Personen mit Aphasie
45 Minuten Mittagsause	
Block 3 <i>Zeit:</i> 13:30 – 15:30	– Wiederholung - Zusammenfassung – Erfahrungsaustausch – Transfer in den Alltag
15 Minuten Pause	
Block 4 <i>Zeit:</i> 15:45 – 17:00	– Fragen und Anregungen – Feedback – Ausfüllen der Fragebögen – Weiterer Verlauf – Terminabsprachen – Verabschiedung

8.5 PowerPoint Präsentation

**ZU
YD**

Kommunikationstraining

Tag 1

24. März 2012
© Sarah Reitze & Silja Kuckelkorn

**ZU
YD**

Inhalt

- I. Einleitung
- II. Was ist Aphasie?
- III. Begleitscheinungen
- IV. Symptomatik
- V. Auswirkungen auf die Teilhabe
- VI. Irrtümer
- VII. Kommunikationscoach
- VIII. Angenehme Kommunikationssituation
- IX. Begrüßung der Personen mit Aphasie
- X. Erfahrungsaustausch
- XI. Kommunikationstipps
- XII. Abrundung

Einleitung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abrundung

**ZU
YD**

Einleitung

Begrüßung
Vorstellungsrunde

**ZU
YD**

Begrüßung

■ **Sarah Reitze**
Logopädiestudentin, 23 Jahre

■ **Silja Kuckelkorn**
Logopädiestudentin, 23 Jahre



Einleitung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abrundung

**ZU
YD**

Vorstellungsrunde



Einleitung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abrundung

**ZU
YD**

Ausfüllen der Fragebögen

Was ist Aphasie?

Definition
Was bedeutet diese Definition?
Ursache
Auftretenshäufigkeit
Verlauf
Prognose

ZU
YD

Was ist Aphasie?

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Intimer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abmeldung

Definition

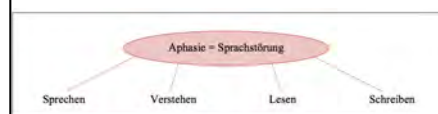
„Aphasien sind **erworbene Sprachstörungen** in Folge von Erkrankungen des zentralen Nervensystems.

Die Störungen betreffen in der Regel – wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung – alle expressiven und rezeptiven sprachlichen Fähigkeiten, also **Sprechen** und **Schreiben** ebenso wie **Verstehen** und **Lesen**.“

(Ziegler et al., 2008, S. 2)

ZU
YD

Was bedeutet diese Definition?



(nach Tesak, 2010)

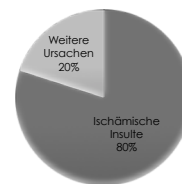
ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Intimer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abmeldung

Was bedeutet diese Definition?

ZU
YD

Ursache

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Intimer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abmeldung

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Intimer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abmeldung

Auftretenshäufigkeit

ZU
YD

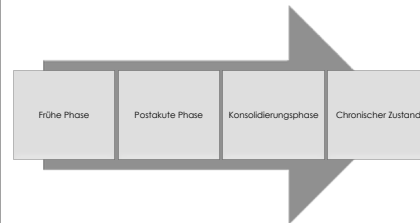
- 30% aller Patienten sind zu Beginn aphasisch
- 25.000 Neuerkrankungen nach einem Schlaganfall pro Jahr
- in Deutschland: ca. 85.000 – 100.000 Personen mit Aphasie

Tendenz steigend!

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Verlauf

ZU
YD



Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Prognose

ZU
YD

Hängt von vielen,
verschiedenen Faktoren ab!

- Größe & Ort der Hirnschädigung
- Schweregrad & Stadium der Aphasie
- Motivation des Patienten und Unterstützung des sozialen Umfelds
- Frühe & intensive Sprachtherapie
- Begleitende Störung

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Abgrenzung zur Aphasie

ZU
YD

- **Dysarthrie**
 - Störung der Steuerung und Ausführung von Sprechbewegungen
- **Sprechapraxie**
 - Störung der Planung und Programmierung von Sprechbewegungen

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Begleitscheinungen

ZU
YD

Halbseitenlähmung
Geschichtsfeld Einschränkung
Apraxie
Agnosie
Aufmerksamkeitsstörung
Neglect
Amnesie
Räumliche Orientierungsstörung
Körperschemastörung
Störung exekutiver Funktionen
Störung der Zahlenverarbeitung

Begleitscheinungen

ZU
YD



Einführung – Was ist Aphasie? – **Begleitscheinungen** – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Neurologische Begleitsymptome

ZU
YD

Halbseitenlähmung

- Lähmungen sind Störungen der Ausführung von Bewegungen
 - Parese: unvollständige Lähmung
 - Plegie: vollständige Lähmung

Einführung – Was ist Aphasie? – **Begleitserscheinungen** – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abzählung

Neurologische Begleitsymptome

ZU
YD

Gesichtsfeldeinschränkung (Anopsie)

- Ein Teil des normalen Gesichtsfeldes fehlt
- Es gibt verschiedene Formen



Einführung – Was ist Aphasie? – **Begleitserscheinungen** – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abzählung

Neuropsychologische Begleitsymptome

ZU
YD

Apraxie

- Störung der Planung und Programmierung von Einzelbewegungen oder Bewegungsfolgen



Einführung – Was ist Aphasie? – **Begleitserscheinungen** – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abzählung

Neuropsychologische Begleitsymptome

ZU
YD

Agnosie

- Störung des Erkennens
- betroffen sind entweder ein oder mehrere Sinne

Einführung – Was ist Aphasie? – **Begleitserscheinungen** – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abzählung

Neuropsychologische Begleitsymptome

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – **Begleitserscheinungen** – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abzählung

Neuropsychologische Begleitsymptome

ZU
YD

Aufmerksamkeitsstörung

- Konzentration ist vermindert

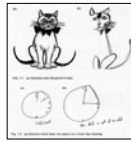
Einführung – Was ist Aphasie? – **Begleitserscheinungen** – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abzählung

Neuropsychologische Begleitsymptome

ZU
YD

Neglect (englisch „Vernachlässigung“)

- Nichtbeachten von Reizen auf einer Seite



Einführung – Was ist Aphasie? – **Begleitserscheinungen** – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Neuropsychologische Begleitsymptome

ZU
YD

Amnesie

- Gedächtnisstörung

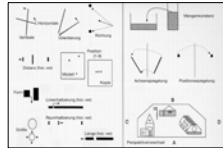
Einführung – Was ist Aphasie? – **Begleitserscheinungen** – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Neuropsychologische Begleitsymptome

ZU
YD

Räumliche Orientierungsstörung

- Schwierigkeiten beim Erkennen räumlicher Beziehungen



Einführung – Was ist Aphasie? – **Begleitserscheinungen** – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Neuropsychologische Begleitsymptome

ZU
YD

Störung exekutiver Funktionen

- Schwierigkeiten
 - beim Problemlösen
 - beim Planen
 - bei der Steuerung und Kontrolle von Handlungen
- Regenschirmbegriff

Einführung – Was ist Aphasie? – **Begleitserscheinungen** – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Neuropsychologische Begleitsymptome

ZU
YD

Störung der Zahlenverarbeitung

- Beeinträchtigungen
 - beim Verständnis für Zahlen,
 - beim Lesen und Schreiben von Zahlen oder
 - bei der Anordnung von Zahlen
- Das Rechnen und die Verarbeitung von Rechenzeichen wie „+“ und „-“ sind gestört

Einführung – Was ist Aphasie? – **Begleitserscheinungen** – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Neuropsychologische Begleitsymptome

ZU
YD

Störung von Antrieb und Affektivität

- Gefühlsbetonte Stimmungsschwankungen
- Antriebsmangel
- Euphorie und/oder
- unnatürliches Lachen und Weinen

Einführung – Was ist Aphasie? – **Begleitserscheinungen** – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Pause

15 Minuten

ZU
YD

Symptomatik

Sprachverständnis
Sprechen
Lesen
Schreiben

ZU
YD

Aphasie – Eigenexperiment

- Im Urlaub reisen Sie in ein fernes Land, dessen Sprache Ihnen völlig fremd ist:
 - Sie verstehen nichts
 - Niemand versteht Sie
- Fragen:
 - Denken und fühlen Sie in diesem Land anders?
 - Sind Sie plötzlich „dümmer“ geworden?



ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Sprachverständnis

- Personen mit Aphasie **hören normal**, aber verstehen Äußerungen im Gespräch oft nicht
- Ein Betroffener kann sehr viel und recht gut sprechen, aber trotzdem schlecht verstehen!

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Sprachverständnis

- Nicht – Verstehen auf Wortebene kann oft durch Situationskenntnis ausgeglichen werden
 - Dies kann jedoch auch zu Missverständnissen führen!
- Mitteilungen/ Wörter werden oft falsch verstanden oder verwechselt
- Betroffene verlieren den Zusammenhang und können dem Gespräch nicht mehr folgen

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Sprachverständnis

- Verstehen ist besonders schwer, wenn...
- es **laut** oder **unruhig** ist (z.B. Café/Kneipen)
 - Gesprächspartner zu **schnell sprechen**
 - etwas zu **kompliziert** formuliert wird
 - **mehrere Personen gleichzeitig** sprechen

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Sprechen

ZU
YD

„Ich lebte mit klarem Bewusstsein – ohne Sprache. Die Gedanken waren da, nur war ich völlig unfähig zu sprechen.“

(Tesak, 2010, S.10)



Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abordnung

Sprechen

ZU
YD

Wortfindungsstörungen

- Fehlen der richtigen Wörter
- Unvollständige Sätze - Satzabbruch
- Stocken im Sprachfluss

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abordnung

Sprechen

ZU
YD

Wortfindungsstörungen



Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abordnung

Sprechen

ZU
YD

Sprach- & Sprechanstrengung

- Anstrengung
 - erhöhte Konzentration bei sprachlichen Äußerungen

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abordnung

Sprechen

ZU
YD

Paraphrasie

- Verwechslung, Auslassung oder Hinzufügung von Lauten
 - z.B. „Kessen“ statt „Kissen“
- Falsche Bedeutung des geäußerten Wortes
 - Ähnlichkeit mit dem Zielwort
 - z.B. „Mutter“ statt „Frau“
 - Keine Ähnlichkeit mit dem Zielwort
 - z.B. „Hammer“ statt „Stuhl“

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abordnung

Sprechen

ZU
YD

Paraphrasie



Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abordnung

Sprechen

ZU
YD

Neologismus

- Wortneubildung
- Wortneubildungen gibt es in der Standardsprache nicht
 - z.B. aus /blume/ wird /blola/; aus /wimper/ wird /wandschuh/

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abrundung

Sprechen

ZU
YD

Jargon

- eine Reihe von unverständlichen Äußerungen in flüssiger Sprache
- sinnlose Aneinanderreihung von Wörtern, Redefloskeln oder Wortneubildungen

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abrundung

Sprechen

ZU
YD

Agrammatismus

- Ein- und Zweiwortsätze oder unvollständige Sätze
- „telegrammstilartige Redeweise“

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abrundung

Sprechen

ZU
YD



Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abrundung

Sprechen

ZU
YD

Paragrammatismus

- Verschiedene Sätze werden miteinander verschränkt
 - z.B. „Ich wohne jetzt mit meiner Frau hamwer n'klein Häuschen gekauft“
- Verdopplung von Satzteilen
 - z.B. „Ich weiß im Moment nicht sagen jetzt im Moment nicht“

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abrundung

Sprechen

ZU
YD

Logoröhr – überhöhte Sprechgeschwindigkeit

- Betroffene reden sehr viel und schnell
- ungehemmte, überschießende und inhaltsarme Sprechweise
- oft unverständlich

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Praxis – Abrundung

Sprechen

ZU
YD

Sprachautomatismen

- zwanghafte Wiederholungen von gleichbleibenden Silben, Wörtern und Sätzen
- unbeabsichtigtes Äußern durch die Betroffenen

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Sprechen

ZU
YD



Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Sprechen

ZU
YD

Stereotypien

- formstarre Redefloskeln
- übermäßiger Einsatz in der Sprachproduktion des Patienten
 - z.B. „meine Güte; Donnerwetter; ach Gott; weiß ich nicht“

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Sprechen

ZU
YD

Redefloskeln

- überhöhte Häufigkeit von inhaltsarmen Redewendungen
 - z.B. „mal so, mal so; das Dingsda; na Sie wissen schon, da hab ich das gemacht; da liegt es schon mal drin, dass ich das schon mal hab“

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Sprechen

ZU
YD

Echolalie

- Wiederholen von Äußerungen/ Vorhergesagtem von Anderen in identischer oder sehr ähnlicher Form

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Sprechen

ZU
YD

Perseveration

- unbeabsichtigtes und unpassendes Wiederholen von Lauten, Wörtern, Satzteilen und Sätzen

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Sprechen

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Sprechen

ZU
YD

Automatisierte Sprache

- Sätze & Äußerungen, welche quasi **automatisch** abgerufen werden (z.B. Grußformeln, Gebete, etc.) können **fehlerfrei** oder fast fehlerfrei produziert werden
- Problem liegt in der **bewussten Auswahl** von Wörtern und deren Kombinationen zu Sätzen/Äußerungen
- Personen mit Aphasie **bemerken Fehler oftmals nicht** selbst
- Personen mit Aphasie **brechen** beim Reden häufig **das Thema unvermittelt ab** und wechseln zum nächsten

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Sprechen

ZU
YD

Automatisierte Sprache



Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Lesen

ZU
YD

„Ich nahm den „Weser Kurier“ zur Hand und wusste gerade noch, dass das Schwarze die Buchstaben waren.“

(Tesak, 2010, S.17)

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Lesen

ZU
YD

- Schwierigkeiten beim **lautem Vorlesen und/ oder Verstehen von Geschriebenem**
- Probleme ähneln denen von Sprechen und Verstehen!
- Bedeutung von Wörtern, Sätzen und Texten werden oft nicht verstanden

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Schreiben

ZU
YD

„Ich versuchte zu schreiben. Es wurde nur ein Strich. Ein verwackelter obendrein.“

(Tesak, 2010, S. 16)

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Schreiben

ZU
YD

- Wörter werden **fehlerhaft geschrieben**
- Auslassung, Hinzufügung oder Vertauschen von Buchstaben
- korrekte Schreibung von Wörtern, aber ungewollte Bedeutung
- wichtig:** Einschränkungen durch z.B. Halbseitenlähmungen

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – **Symptomatik** – Auswirkungen – Intümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abordnung

Auswirkungen auf die Teilhabe

ZU
YD

Auswirkungen auf die Teilhabe am sozial-gesellschaftlichen Leben
Auswirkungen von Problemen beim Sprachverstehen
Auswirkungen von Problemen beim Sprechen
Auswirkungen von Problemen beim Lesen
Auswirkungen von Problemen beim Schreiben
Zwischenfazit

Auswirkungen auf die Teilhabe am sozial-gesellschaftlichen Leben

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – **Auswirkungen** – Intümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abordnung

Auswirkungen auf die Teilhabe am sozial-gesellschaftlichen Leben

ZU
YD

- Auswirkungen auf die **gesamte Teilhabe!**
- vollständiger sozialer Ausschluss
- mögliche Folge: psychische oder soziale Störungen

Der **kommunikative Zugang** für Personen mit Aphasie ist bis heute **nur begrenzt** möglich.

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – **Auswirkungen** – Intümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abordnung

Auswirkungen von Problemen beim Sprachverstehen

ZU
YD

Es treten Probleme auf bei/m:

- Gesprächen in Gruppen oder mit einem Gesprächspartner
- Verstehen von Lautsprecherdurchsagen in öffentlichen Verkehrsmitteln oder an öffentlichen Plätzen
- Fernsehen
- Radio hören
- telefonischen Auskünften
- Vorträgen, im Unterricht, ...



Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – **Auswirkungen** – Intümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abordnung

Auswirkungen von Problemen beim Sprechen

ZU
YD

Es treten Probleme auf bei/m:

- Einkaufen
- Treffen von Freunden – Teilnahme bei Aktivitäten
- Führen von Gesprächen
- Einfordern des eigenen Rechts (z.B. bei Behörden)
- Einholen von Informationen von Fremden
- Kaufen von Tickets zur Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel
- Verhandeln von Verträgen
- Telefonieren



Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – **Auswirkungen** – Intümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abordnung

Auswirkungen von Problemen beim Lesen

ZU
YD

Es treten Probleme auf beim Lesen von:

- amtlichen Schreiben, Verträgen, Formularen
- Büchern, Zeitschriften, Zeitungen, Berichten im Internet
- kurzen Notizen/ Einkaufszetteln
- Hinweisschildern in öffentlichen Einrichtungen
- Fahrplänen, Schildern des öffentlichen Verkehrs



Einleitung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – **Auswirkungen** – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abordnung

Auswirkungen von Problemen beim Schreiben

ZU
YD

Es treten Probleme auf beim:

- Schreiben persönlicher Daten (Name, Adresse etc.)
- Ausfüllen von Formularen/ Anträgen
- Schreiben von Briefen oder Emails
- Schreiben von Einkaufszetteln
- Notieren von Informationen



Einleitung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – **Auswirkungen** – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abordnung

Zwischenfazit

ZU
YD

Offt bräuchten Menschen mit Aphasie nur angemessene **Unterstützung**, um am sozial-gesellschaftlichen Leben besser teilhaben zu können!

Einleitung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – **Auswirkungen** – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abordnung

Pause

ZU
YD

Irrtümer

Kommunikation ist mehr als Sprechen
Falsche Annahmen

ZU
YD

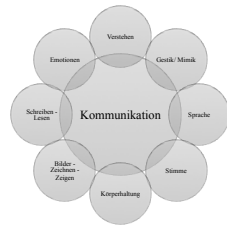
Kommunikation ist mehr als Sprechen

ZU
YD

„Aphatische Personen können oft besser kommunizieren als sprechen.“ (Tesak, 2010, S.19)

Einleitung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – **Auswirkungen** – **Irrtümer** – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abordnung

Kommunikation ist mehr als Sprechen

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – **Intümer** – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Falsche Annahmen

ZU
YD

- Aphasie ≠ **Störung des Denkens**
- Aphasie ≠ **Intelligenzverminderung**
- Betroffene ≠ **Probleme mit dem Hören**
- falsche Einschätzung des Sprachverständnisses der Betroffenen

Personen mit Aphasie haben **Gefühle und Wünsche wie sprachgesunde Personen** auch



Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – **Intümer** – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Kommunikationscoach

ZU
YD

Rechtliche Lage
Was ist „Coaching“?
Was ist ein Kommunikationscoach?
Coachingsituationen

Rechtliche Lage

ZU
YD

- Personen mit Aphasie haben einen Anspruch auf kommunikative Unterstützung
 - z.B. durch einen Kommunikationscoach
- Unterstützung muss nicht unentgeltlich geschehen



Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – **Intümer** – **Kommunikationscoach** – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Was ist „Coaching“?

ZU
YD

Coaching ist die **Unterstützung einer Person** (Coachee) durch einen Coach (Trainer).



Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – **Intümer** – **Kommunikationscoach** – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Was ist „Coaching“?

ZU
YD

- Coach und Coachee sind **gleichberechtigt** und arbeiten **partnerschaftlich** zusammen
- Was macht der Coach?
 - hilft bei der Ausführung von Herausforderungen und Handlungen
 - gibt gezieltes **Feedback – individuelle Hilfestellung**
 - motiviert Personen, ihre Einstellungen **weiterzuentwickeln** und Schwierigkeiten selbst zu bewältigen
 - nimmt Personen in seiner **Einzigartigkeit** wahr

Personen erlangen so wieder einen **Zugang zu ihren eigenen Möglichkeiten**.

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – **Intümer** – **Kommunikationscoach** – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Was ist ein Kommunikationscoach?

ZU
YD

- Begleitperson, die die Person mit Aphasie in alltäglichen Situationen kommunikativ unterstützt.
- Hierbei gilt das Motto:

„So wenig wie möglich, so viel wie nötig.“
(Schulz bach 2009, S.48)

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – **Kommunikationscoach** – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Was ist ein Kommunikationscoach?

ZU
YD

Der Kommunikationscoach hat die Aufgabe...

- in schwierigen kommunikativen Situationen zu **vermitteln**
- dem Betroffenen unterstützend **zur Seite zu stehen**
- der Person mit Aphasie ein eigenständiges Handeln und Entscheiden zu ermöglichen
- der Person mit Aphasie helfen, die **Teilnahme** am sozial – gesellschaftlichen Leben zurück zu gewinnen/ zu **erleichtern**
- **Verständigungssicherung** seitens Betroffenen und Gesprächspartnern
- zu gewährleisten, dass die Person mit Aphasie ihre Gedanken/ Wünsche/ Ideen äußert

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – **Kommunikationscoach** – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Was ist ein Kommunikationscoach?

ZU
YD

Der Kommunikationscoach hat nicht die Aufgabe...

- für die Person mit Aphasie zu sprechen
- stellvertretend für den Betroffenen zu sprechen und ihm/ihr die Kommunikation abzunehmen
- der Person mit Aphasie Entscheidungen abzunehmen bzw. zu treffen
- den Betroffenen zu bevormunden

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – **Kommunikationscoach** – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Coachingsituationen

ZU
YD

- Unterstützung und Begleitung bei wichtigen Gesprächen
- Unterstützung beim Verstehen und Ausfüllen von offiziellen Schreiben
- Vorbereiten und Begleitung von Telefonaten
- Begleitung bei Gesprächen in alltäglichen Situationen – Freizeit

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – **Kommunikationscoach** – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Ablauf „Coachingsituation“

ZU
YD

Vorheriges Besprechen
des Anliegens

Ausführung

Nachbereitung

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – **Kommunikationscoach** – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Angenehme Kommunikationssituation

ZU
YD

Allgemeine Grundlagen
Gelungene Kommunikation
Kommunikationsmittel

Allgemeine Grundlagen

ZU
YD

Sie sollten die/der Person mit Aphasie

- als **gleichberechtigten Partner** ansehen
- das **notwendige Rederecht** zugestehen
- **Respekt** zeigen
- die **zentrale Rolle** in einem Gespräch zugestehen
- **Interesse** an der Person und dessen Bedürfnisse **zeigen**

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Informer – Kommunikationscoach –
Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstips – Abordnung

Allgemeine Grundlagen

ZU
YD

Sie als Kommunikationscoach sollten

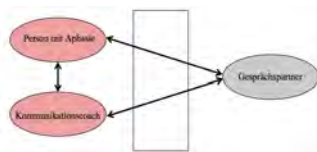
- eine **Gesprächssituation angenehm** gestalten
- eine **günstige Kommunikationssituation** entstehen lassen

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Informer – Kommunikationscoach –
Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstips – Abordnung

Allgemeine Grundlagen

ZU
YD

Günstige Kommunikationssituation



Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Informer – Kommunikationscoach –
Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstips – Abordnung

Gelungene Kommunikation

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Informer – Kommunikationscoach –
Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstips – Abordnung

Gelungene Kommunikation

ZU
YD

Gute Rahmenbedingungen schaffen

- **ruhige, entspannte** Atmosphäre
- Nebengeräusche verringern
- **kein Zeitdruck**
- sich dem Betroffenen **zuwenden**
- **Interesse** an der Situation zeigen
- Sicherstellen, dass an alles **Wichtige** gedacht wurden

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Informer – Kommunikationscoach –
Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstips – Abordnung

Gelungene Kommunikation

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Informer – Kommunikationscoach –
Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstips – Abordnung

Kommunikationsmittel

ZU
YD

Verbale Sprache

- Sprechen, berichten, erklären, umschreiben, Geräusche machen

Schreiben

- Aufschreiben von Buchstaben/ Anfangsbuchstaben, Wörter oder Zahlen

Zeichnen

- Aufmalen von Gegenständen oder Situationen/Bildern

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Införmer – Kommunikationscoach –
Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstips – Abordnung

Kommunikationsmittel

ZU
YD

Zeigen

- Zeigen auf bestimmte Gegenstände, Personen, Bilder

Gestik/Mimik

- Verdeutlichung von Stimmungen, Gefühlen, Zustimmung/
Abneigung durch kommunikative Bewegungen – begleitend zum Sprechen

Pantomime

- Darstellung von Stimmungen, Gefühlen, Gegenständen, Situationen – nicht begleitend zum Sprechen

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Införmer – Kommunikationscoach –
Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstips – Abordnung

Pause

45 Minuten

ZU
YD

Begrüßung der Personen mit Aphasie

Herzlich Willkommen
Zusammenfassung der bisherigen Inhalte

ZU
YD

Herzlich Willkommen!

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Införmer – Kommunikationscoach –
Angenehme Kommunikationssituation – **Begrüßung** – Austausch – Kommunikationstips – Abordnung

Ausfüllen der Fragebögen

ZU
YD

Zusammenfassung

ZU
YD

- Was wurde bisher gemacht?

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Informer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – **Begrüßung** – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Zusammenfassung

ZU
YD

- Was ist ein Kommunikationscoach?
- Welche Aufgaben hat der Kommunikationscoach?
- Was ist eine „gelungene Kommunikation“?

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Informer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – **Begrüßung** – Austausch – Kommunikationstipps – Abundung

Erfahrungsaustausch

Brainstorming

ZU
YD

Brainstorming

ZU
YD

- Erfahrungsaustausch „Kommunikation“



Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Informer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – **Austausch** – Kommunikationstipps – Abundung

Gelungene Kommunikation

ZU
YD

- Haben Sie Ideen, was man in einem Gespräch beachten sollte?
- Nennen Sie Ihrem Partner:
 - 3 Dinge, die er in einem Gespräch bereits gut macht
 - 3 Dinge, die er in einem Gespräch beachten sollte



Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Informer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – **Austausch** – Kommunikationstipps – Praxis – Abundung

Kommunikationstipps

ZU
YD

Gelungene Kommunikation

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Införmer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – **Kommunikationstipps** – Abordnung

Gelungene Kommunikation

ZU
YD

Wie können Inhalte leichter vermittelt werden?

Was kann die Person mit Aphasie selbst tun?

- sich **Zeit nehmen**
- **geduldig** sein
- **kommunikative Hilfen** einsetzen
- eingehen auf die **angebotenen Hilfen** des KC
- **umschreiben** von Dingen
- Anfangsbuchstaben **aufzuschreiben** oder sagen
- **zeigen** oder **malen**
- **ähnliches Wort nennen**, was mit dem gesuchten Wort zu tun hat

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Införmer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – **Kommunikationstipps** – Abordnung

Gelungene Kommunikation

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Införmer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – **Kommunikationstipps** – Abordnung

Gelungene Kommunikation

ZU
YD

Verständigungssicherung

Was kann die Person mit Aphasie selbst tun?

- **aufmerksam** zuhören
- **direkt mitteilen** bei Nicht-Verstehen
- **rückmelden**, was verstanden wurde und was nicht
- um **Wiederholung** bitten und **Nachfragen**/ Stellen von Fragen

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Införmer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – **Kommunikationstipps** – Abordnung

Kommunikationsmittel

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Införmer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – **Kommunikationstipps** – Abordnung

Zusammenfassung der Tipps

ZU
YD

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Införmer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – **Kommunikationstipps** – Abordnung

Pause
15 Minuten

**ZU
YD**

**Abrundung des 1.
Trainingstages**
Fragen
Feedback

**ZU
YD**

Fragen



**ZU
YD**

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – **Abrundung**

Feedback der Teilnehmer



**ZU
YD**

Einführung – Was ist Aphasie? – Begleitserscheinungen – Symptomatik – Auswirkungen – Irrtümer – Kommunikationscoach – Angenehme Kommunikationssituation – Begrüßung – Austausch – Kommunikationstipps – **Abrundung**

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

**ZU
YD**

Kommunikationstraining
Tag 2

**ZU
YD**

31. März 2012

Inhalt

- I. Wiederholung
- II. Videoanalyse
- III. Praxis
- IV. Fragen & Anregungen
- V. Ausfüllen der Fragebögen (PA)
- VI. Verabschiedung der Personen mit Aphasie
- VII. Erfahrungsaustausch
- VIII. Fragen & Anregungen
- IX. Ausfüllen der Fragebögen (KC)
- X. Weiterer Verlauf
- XI. Literaturangaben
- XII. Verabschiedung

Wiederholung – Videoanalyse – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – Literaturangaben – Verabschiedung

ZU
YD

Wiederholung

Eindruck & Erfahrungen
Wichtige Grundlagen zum Kommunikationscoach

ZU
YD

Wiederholung

- Was war Ihr Eindruck?
- Was haben Sie von dem ersten Trainingstag mitgenommen?
- Haben Sie Gelerntes bereits angewendet?



Wiederholung – Videoanalyse – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – Literaturangaben – Verabschiedung

ZU
YD

Wiederholung

- Wichtigsten Grundlagen
 - Was ist ein Kommunikationscoach?
 - Was ist die Aufgabe eines Kommunikationscoachs?
 - Welche Tipps sollte man beachten, sodass eine Kommunikation gelingt?

Wiederholung – Videoanalyse – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – Literaturangaben – Verabschiedung

ZU
YD

Videoanalyse

Videobeispiel „Arztgespräch 1“
Videobeispiel „Arztgespräch 2“

ZU
YD

Videobeispiel „Arztgespräch 1“



Wiederholung – Videoanalyse – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – Literaturangaben – Verabschiedung

ZU
YD

Videobeispiel „Arztgespräch 1“

ZU
YD

- Was war schon gut, was muss noch verbessert werden?
- Sollte die **Person mit Aphasie** ihr Verhalten ändern? Wenn ja, was könnte sie verbessern?
- Sollte der **Kommunikationscoach** sein Verhalten ändern? Wenn ja, was könnte er verbessern?

Wiederholung – **Videoanalyse** – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – Literaturangaben – Verabschiedung

Videobeispiel „Arztgespräch 2“

ZU
YD



Wiederholung – **Videoanalyse** – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – Literaturangaben – Verabschiedung

Videobeispiel „Arztgespräch 2“

ZU
YD

- Was war schon gut, was muss noch verbessert werden?
- Sollte die **Person mit Aphasie** ihr Verhalten ändern? Wenn ja, was könnte sie verbessern?
- Sollte der **Kommunikationscoach** sein Verhalten ändern? Wenn ja, was könnte er verbessern?

Wiederholung – **Videoanalyse** – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – Literaturangaben – Verabschiedung

Pause
15 Minuten

ZU
YD

Praxis

Rollenspiele
Reflexion
Transfer in den Alltag

ZU
YD

Rollenspiele



Wiederholung – **Videoanalyse** – **Praxis** – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – Literaturangaben – Verabschiedung

ZU
YD

Reflektion

ZU
YD

- Wie haben Sie die Rollenspiele empfunden?
- Was war schwierig?
- Was war einfach?
- Konnten Ihre Coachs die 3 genannten Eigenschaften verbessern?

Wiederholung – Videoanalyse – **Praxis** – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – Überforderungen – Verabschiedung

Fragen & Anregungen

ZU
YD

Fragen
Feedback

Fragen

ZU
YD



Wiederholung – Videoanalyse – Praxis – **Fragen & Anregungen** – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – Überforderungen – Verabschiedung

Feedback der Teilnehmer

ZU
YD



Wiederholung – Videoanalyse – Praxis – **Fragen & Anregungen** – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – Überforderungen – Verabschiedung

Ausfüllen der Fragebögen

ZU
YD

Verabschiedung

ZU
YD

Pause
45 Minuten

**ZU
YD**

Erfahrungsaustausch
Wiederholung
Transfer in den Alltag

**ZU
YD**

Wiederholung

- Wiederholung der wichtigsten Grundlagen
- Gibt es neue Erkenntnisse?

**ZU
YD**

Wiederholung – Videoanalyse – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – **Erfahrungsaustausch** – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – Übertragungsfragen – Verabschiedung

Transfer in den Alltag

- Wie stellen Sie sich den Transfer in den Alltag vor?
- Denken Sie, dass Sie die Tipps im Alltag umsetzen können?
- Gibt es Hindernisse?

**ZU
YD**

Wiederholung – Videoanalyse – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – **Erfahrungsaustausch** – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – Übertragungsfragen – Verabschiedung

Pause
15 Minuten

**ZU
YD**

Fragen & Anregungen
Fragen
Feedback

**ZU
YD**

Fragen

ZU
YD

Wiederholung – Videoanalyse – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – **Fragen & Anregungen** – Weiterer Verlauf – Literaturangaben – Verabschiedung

Feedback der Teilnehmer

ZU
YD

Wiederholung – Videoanalyse – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – **Fragen & Anregungen** – Weiterer Verlauf – Literaturangaben – Verabschiedung

Ausfüllen der Fragebögen

ZU
YD

Weiterer Verlauf

Terminabsprachen
Rückmeldung

ZU
YD

Terminabsprachen

ZU
YD

- Videoobservationen – wann?

Wiederholung – Videoanalyse – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – **Weiterer Verlauf** – Literaturangaben – Verabschiedung

Rückmeldung

ZU
YD

- Wünschen Sie eine Rückmeldung bezüglich **Ihrer Entwicklung**?
- Wünschen Sie eine Rückmeldung bezüglich der **Ergebnisse der Studie**?

Wiederholung – Videoanalyse – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – **Weiterer Verlauf** – Literaturangaben – Verabschiedung

Literaturangaben

ZU
YD

Literaturangaben

ZU
YD

- Bartels, H. (2010). Erworbene Sprachstörungen bei Erwachsenen – Aphasien. In Siegmüller, J., & Bartels, H. (Eds.), *Leitfaden - Sprache Sprechen Stimme Schlucken* (pp. 221-257) (2. Auflage). München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Bauer, A., & Auer, P. (2009). *Aphasie im Alltag*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Bongartz, R. (1998). *Kommunikationstherapie mit Aphasikern und Angehörigen. Grundlagen - Methoden - Materialien*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Coaching Pool GmbH (2012). *Coaching Informationen* – Seit 2003 informieren wir über Coaching [Online]. Verfügbar unter: <http://www.coaching-informationen.de/was-ist-coaching-oblau/48-was-ist-coaching.html> [2012, März 12].
- Dalemans, R., De Witte, L., Wade, D., & Van den Heuvel, W. (2009). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45 (5), 537-550.

Wiederholung – Videanalyse – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – **Literaturangaben** – Verabschiedung

Literaturangaben

ZU
YD

- Deutscher Bundesverband Coaching e.V. (2012). *Definition Coaching* [Online]. Verfügbar unter: <http://www.dbvc.org/der-verband/ueber-uns/definition-coaching.html> [2012, März 12].
- Eschle, D., Gysl, F., & Jenni, W. (2008). Schlaganfälle sind mehr als nur eine Halbseltenlähmung: kognitive Stroke-Syndrome und -Symptome. *Med Forum*, 8 (36), 656-660.
- Franke, U. (2008). *Logopädisches Handlexikon* (8. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Goetz, & Goetz (2007). *Aphasie und Recht: Unterrichtskript. Schule für Logopädie der RWTH Aachen*.
- Grönke C., & Mebus, M. (2011). *AphasiePartizipationsTraining – ICF-basierte Übungen für prognostisch-kommunikative Alltagsfertigkeiten*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Wiederholung – Videanalyse – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – **Literaturangaben** – Verabschiedung

Literaturangaben

ZU
YD

- Haus, K.-M. et al. (2010). *Neurophysiologische Behandlungen bei Erwachsenen: Grundlagen der Neurologie, Behandlungskonzepte und Alltagsorientierte Therapieansätze* (2. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.
- Howe, T.J., Worall, L. E., Hickson, L. M. H. (2008). Interviews with people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22 (10), 1092-1120.
- Huber, W., Poeck, K., & Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Huber, W., Poeck, K., & Weniger, D. (2006). *Klinische Neuropsychologische Syndrome und Störungen – Aphasie*. In Harthe W., & Poeck, K. (Eds.), *Klinische Neuropsychologie* (pp. 93-173) (6. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Kagan et al. (2004). A Set of Observational Measures for Rating Support and Participation in Conversation Between Adults with Aphasia and Their Conversation Partners. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 11 (1), 67-83.

Wiederholung – Videanalyse – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – **Literaturangaben** – Verabschiedung

Literaturangaben

ZU
YD

- Kertesz, A. (1984). *Recovery from aphasia*. In: Rose FC (Ed.), *Progress in aphasiology* (pp. 23-39). New York: Raven Press.
- Kym, D., & Karpf, Y. (2010). *AphasieManagement im Alltagsgespräch – Gesprächsanalytische Erfassung der Copingstrategien Kollaboration und Facework im aphasischen Paargespräch und Verifizierung der Abbildung dieser kommunikativen Kompetenzen im ICF-orientierten Dokumentationsinstrument TinA*. Bachelorarbeit, Zürich.
- Migge, B. (2007). *Handbuch – Coaching und Beratung* (2. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Müller, S. (2009). *Störungen der Exekutivfunktionen – wenn Handlungsplanung zum Problem wird* (Reihe Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Peters, E., Pitzkuleit, R., Beske, F., & Katalinic, A. (2010). *Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten – Eine Projektion bis 2050*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53 (5), 417-426.

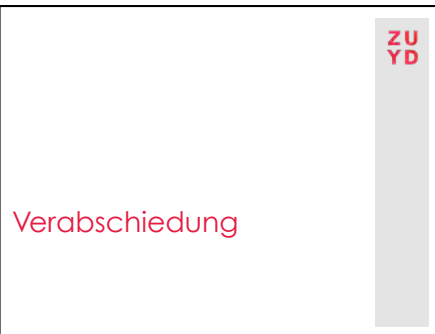
Wiederholung – Videanalyse – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – **Literaturangaben** – Verabschiedung

Literaturangaben

ZU
YD

- Pschyrembel, W. (1976). *Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch*. Berlin: de Gruyter.
- Schutzbach, A. (2009). *Fortbildung zum Kommunikationsassistenten – Konzeptentwicklung und Durchführung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Aachen.
- Simmons-Mackie, N., & Damico, J. (2007). Access and social inclusion in aphasia: Interactional principles and applications. *Aphasiology*, 21 (1), 81-97.
- Tesak, J. (2010). *Aphasie. Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma* (3., überarbeitete Aufl.) (Reihe Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Wehmeyer, M., & Grötzbach, H. (2010). *Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel* (4. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.
- Ziegler, W. (2008). *Leitlinien der DGN – Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall* [Online]. Verfügbar unter: http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/LL2008/108kap_099.pdf [2011, Juni 10].

Wiederholung – Videanalyse – Praxis – Fragen & Anregungen – Verabschiedung – Erfahrungsaustausch – Fragen & Anregungen – Weiterer Verlauf – **Literaturangaben** – Verabschiedung



8.6 Skript



Training zum Kommunikationscoach

-Skript -

Hand in Hand am sozial – gesellschaftlichen Leben teilnehmen:
Kommunikative Unterstützung von Personen mit Aphasie



Trainingskonzept und -leitung:
Silja Kuckelkorn & Sarah Reitze
Studentinnen der Logopädie

24. und 31. März 2012
Zuyd University Heerlen

Einleitung

Sprache begegnet uns in jeglichen Lebenssituationen. Denkt man an das Radio, die Zeitung am Frühstückstisch, das gemütliche Beisammensein mit Freunden/Bekannten, das Einkaufen in der Stadt oder die Vereinbarung eines Arzttermins. Für gesunde Menschen ist dies alles selbstverständlich und läuft ohne Probleme ab. Für Menschen mit Aphasie können die alltäglichen Situationen zur Schwierigkeit werden. Sie verstehen nicht, was auf Schildern steht oder durch andere gesagt wird, können sich selber häufig nicht korrekt mitteilen.

Oftmals wissen andere nicht, wie sie mit einer Person mit Aphasie umgehen sollen und verhalten sich ungeschickt (Grönke & Mebus, 2011).

Dies führt zur ständigen Konfrontation mit den sprachlichen Problemen und kann zu Frustration oder Isolation führen. Manche Situationen sind für eine Person mit Aphasie schwer alleine zu bewältigen. Hierbei ist es wichtig, jemanden an seiner Seite zu haben, der den Betroffenen in schwierigen kommunikativen Situationen unterstützt. Ein sogenannter Kommunikationscoach, ist eine angeleitete Person, die den Betroffenen optimal unterstützen kann (Dalemans, 2010).

Das vorliegende Skript „Training zum Kommunikationscoach“ dient als inhaltliche Grundlage des Trainings. Alle fachlichen Inhalte wurden aufgenommen und ausführlich ausgearbeitet, sodass Sie die Möglichkeit haben, Informationen erneut nachzulesen.

„Wenn Sie wirklich zuhören, dann geschieht dabei ein Wunder. Das Wunder besteht darin, dass Sie ganz bei dem sind, was gesagt wird, und gleichzeitig Ihren eigenen Reaktionen lauschen.“

(Krishnamurti, Das Licht in dir)

Was ist Aphasie?

Definition

Aphasie kann wie folgt definiert werden:

„Aphasien sind erworbene Sprachstörungen in Folge von Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Die Störungen betreffen in der Regel – wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung – alle expressiven und rezeptiven sprachlichen Fähigkeiten, also Sprechen und Schreiben ebenso wie Verstehen und Lesen.“

(Deutsche Gesellschaft für Neurologie [DGN], 2008, S. 2)

Was bedeutet das?

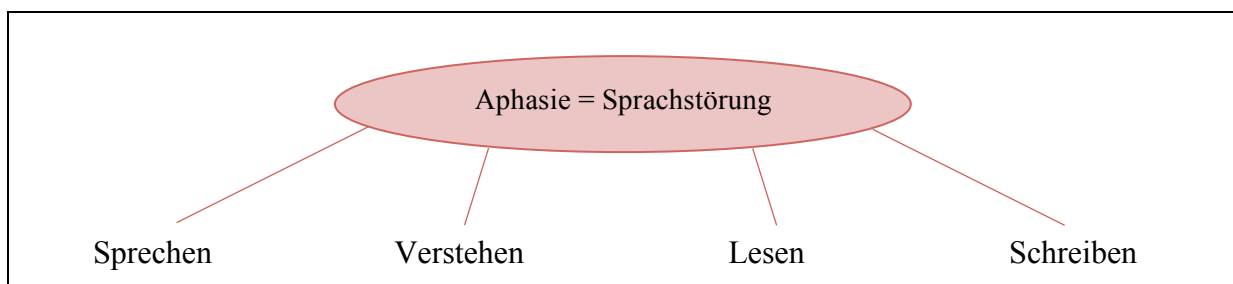


Abbildung 1: Betroffene Bereiche bei einer Aphasie (Tesak, 2010)

Ursache

80% der Aphasien entstehen durch ischämische Insulte (z.B. Schlaganfälle) in der sprachdominanten Hemisphäre. Weitere Ursachen (20%) können sein:

- Blutungen
- Hirnverletzungen (Schädel-Hirn-Trauma)
- Tumore
- Hirnentzündung (Encephalitis)
- Hirnabbauprozesse

(vgl. Bartels, 2010)

Auftretenshäufigkeit

Etwa 30% aller Patienten mit erstmaligem Schlaganfall sind zu Beginn aphasisch. Schätzungsweise treten jährlich rund 25.000 Neuerkrankungen nach einem Schlaganfall auf. Die Krankheitshäufigkeit Aphasien wird in Deutschland auf ca. 85.000 – 100.000 geschätzt.

(vgl. Bartels, 2010; DGN, 2008)

Verlauf

Im Verlauf der Zeit ändert sich die Art und das Ausmaß der Aphasie. Hierbei gibt es verschiedene Phasen:

- Die *frühe Phase* (0 – 4 Tage nach dem Ereignis). Es ist eine deutlich reduzierte Aktivierung der intakten Sprachareale in der linken Gehirnhälfte zu beobachten.
- Die *postakute Phase* (circa 2 Wochen nach dem Ereignis). Hier ist bei Personen mit Aphasie eine deutliche Leistungsverbesserung zu erkennen.
- Die „*Konsolidierungsphase*“ (4 - 12 Monate nach dem Ereignis). Es können auch hier weitere Verbesserungen beobachtet werden.
- *Chronischer Zustand* der Aphasie (nach circa zwölf Monaten). In dieser Phase tritt keine spontane Rückbildung mehr auf.

(vgl. Kertesz, 1984; Huber, Poeck & Weniger, 2006; DGN, 2008)

Prognose

In der aktuellen Literatur werden verschiedene Faktoren, die den Verlauf der Aphasie beeinflussen, genannt. Im Folgenden werden die wichtigsten Faktoren aufgelistet:

- Größe und Ort der Hirnschädigung
- Schweregrad der Aphasie
- Motivation des Patienten und Unterstützung des sozialen Umfelds
- Frühe und intensive Sprachtherapie
- Begleitende Störung wie z.B. Konzentrationsminderung und Depression
- Stadium der Aphasie

(vgl. Bartels, 2010; Tesak, 2010)

Abgrenzung zu anderen Störungen

Sprechapraxie: Störung der Planung und Programmierung von Sprechbewegungen. Die Muskelgruppen selbst sind nicht betroffen.

Dysathrie: Störung der Steuerung und Ausführung von Sprechbewegungen. Bei dieser Bewegungsstörung können verschiedene Muskelgruppen, wie die Atemmuskulatur, die Kehlkopfmuskulatur und/ oder die Muskeln, welche für das Sprechen benötigt werden, betroffen sein.

(vgl. Bartels, 2010)

Begleiterscheinungen

Neurologische Begleitsymptome	Neuropsychologische Leistungseinschränkungen
- Halbseitenlähmung (Parese/Plegie) - Gesichtsfeldeinschränkung	- Apraxie - Agnosie - Aufmerksamkeitsstörung - Neglect - Amnesie - Räumliche Orientierungsstörung - Störung exekutiver Funktionen - Störung der Zahlenverarbeitung - Störung von Antrieb und Affektivität

Tabelle 1: Neurologische Begleitsymptome und Neuropsychologische Leistungseinschränkungen

Neurologische Begleitsymptome

– Halbseitenlähmung (Parese/Plegie)

Lähmungen sind Störungen der Ausführung von Bewegungen. Eine Parese ist eine unvollständige Lähmung, eine Plegie eine Vollständige.

Beispiel:

Personen mit Lähmungen können beispielsweise ihren Arm nicht mehr wie früher oder gar nicht mehr bewegen. Sie können möglicherweise nicht mehr laufen.

– Gesichtsfeldeinschränkungen (Anopsie)

Mit einer Gesichtsfeldeinschränkung ist gemeint, dass ein Teil des normalen Gesichtsfeldes fehlt. Betroffene können die Umgebung daher nicht mehr normal sehen. Es gibt verschiedene Formen von Gesichtsfeldeinschränkungen.

Beispiel:

Personen, bei denen zum Beispiel das rechte Gesichtsfeld beeinträchtigt

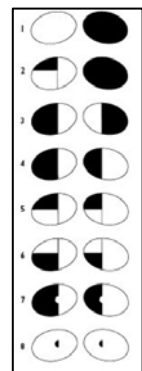


Abbildung 2:
Formen von
Gesichtsfeld-
einschränkungen

ist, greifen in Schubladen nicht nach Gegenständen, die rechts liegen. Außerdem kann es passieren, dass sie gegen Hindernisse laufen oder fahren, die sich rechts befinden. Beim Lesen und Schreiben kann es vorkommen, dass sie nur die linke Seite des Blattes beschreiben oder lesen.

Neuropsychologische Leistungseinschränkungen

– Apraxie

Apraxien sind Störungen der Planung und Programmierung von Einzelbewegungen oder Bewegungsfolgen. Sie sind von Lähmungen zu unterscheiden.

Beispiel:

Personen mit Apraxie haben beispielsweise große Schwierigkeiten damit, erst den Telefonhörer aufzunehmen und anschließend eine Nummer zu wählen. Das Zusammenfalten eines Briefes, das Hineinstecken dieses Briefes in den Briefumschlag, das Verschließen und anschließende Frankieren wird einer Person mit Apraxie unter Umständen Probleme bereiten. Sie werden Fehler beim Gebrauch von Toilettenartikeln, wie z.B. einem Waschlappen, machen. Weiterhin wird das hantieren mit Besteck erschwert sein. Sie haben beispielsweise Schwierigkeiten, das Brötchen aufschneiden, zu bestreichen und anschließend zu essen.

Es gibt verschiedene Formen von Apraxien. Beispielsweise kann auch die Planung und Programmierung des Sprechens betroffen sein.

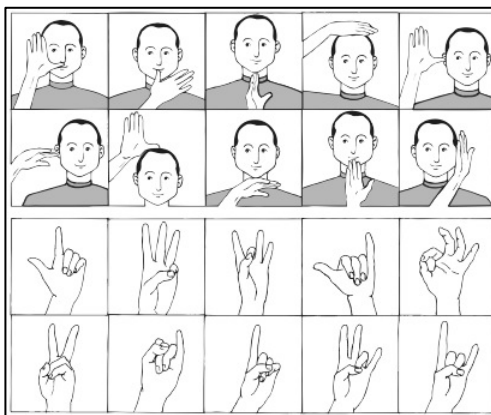


Abbildung 3: Apraxie

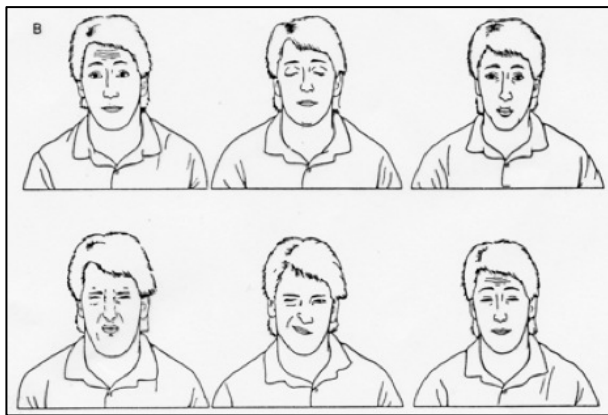


Abbildung 4: Untersuchung Apraxie

– **Agnosie**

Agnosien sind Störungen des Erkennens. Betroffen sind entweder ein oder mehrere Sinne (sehen/ fühlen/ hören).

Beispiel:

Wenn Personen mit Agnosie eine Streichholzschachtel sehen, können sie diese möglicherweise nicht erkennen. Sie können die Eigenschaften der Schachtel beschreiben, aber nicht als Gesamtes erkennen und somit den Gegenstand benennen. Häufig können sie den Gegenstand erkennen, wenn sie ihn dann anfassen oder hören, welche Geräusche man damit machen kann.

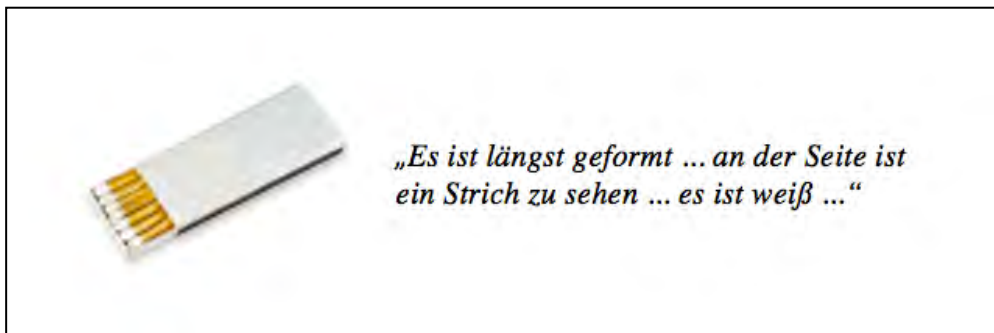


Abbildung 5: Beschreibung einer Streichholzschachtel aus Sicht einer Person mit Agnosie

– **Aufmerksamkeitsstörung**

Personen mit Aufmerksamkeitsstörungen können sich nicht mehr so gut wie früher konzentrieren.

Beispiel:

Die Aufmerksamkeitsstörungen betreffen einerseits sprachliche Anforderung, andererseits aber auch andere, alltägliche Aufgaben. Zusätzlich fällt es den Personen beispielsweise schwer, konzentriert handwerkliche Aufgaben durchzuführen, zu kochen oder etwas zu sortieren.

Je mehr Reize gleichzeitig verarbeitet werden müssen, je schwieriger wird es für Betroffene. Läuft während eines Gespräches gleichzeitig der Fernseher haben viele Personen mit Aphasie große Probleme, sich auf den Gesprächspartner zu konzentrieren.

– Neglect

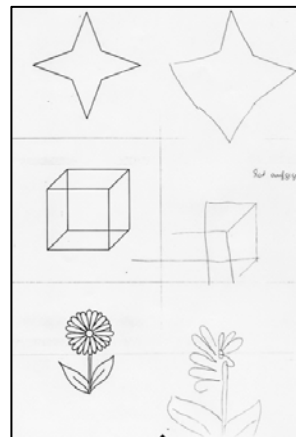
Personen mit einem Neglect (englisch „Vernachlässigung“), beachten Reize auf einer Seite nicht.

Beispiel:

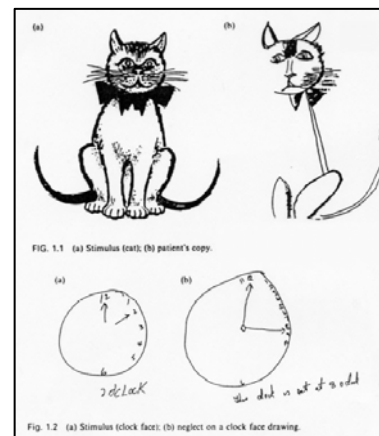
Personen mit Neglect beachten zum Beispiel ihre Lähmung nicht. Dies kann dazu führen, dass sie hinfallen.

Auch andere Reize werden durch die Personen mit Neglect auf einer Seite nicht beachtet. Sie stoßen sich auf dieser Seite oder laufen/fahren gegen Türrahmen und Gegenstände.

Die Vernachlässigung einer Seite kann unter anderem auch dazu führen, dass sich Betroffene nur auf einer Seite rasieren.



**Abbildung 6: Zeichnungen
Einer Person mit Neglect**



**Abbildung 7: Zeichnungen einer
Person mit Neglect**

– Amnesie

Amnesien sind Gedächtnisstörungen.

Beispiel:

Personen mit Aphasie mit begleitender Gedächtnisstörung haben vor allem Schwierigkeiten damit, sich sprachliche Informationen zu merken.

– Räumliche Orientierungsstörung

Personen mit einer räumlichen Orientierungsstörung weisen Schwierigkeiten beim Erkennen räumlicher Beziehungen auf.

Beispiel:

Eine räumliche Orientierungsstörung kann dazu führen, dass sich Betroffene in ihrer Wohnung oder auch außerhalb der Wohnung nicht mehr zurechtfinden und sich verirren. Möglicherweise verwechseln sie die Richtung. Außerdem bereitet es ihnen Probleme, sich die Lage von Räumen oder Orten vorzustellen.

Unter anderem kann diese Störung zu Problemen bei handwerklichen Tätigkeiten, beim Zeichnen und beim handschriftlichen Schreiben führen.

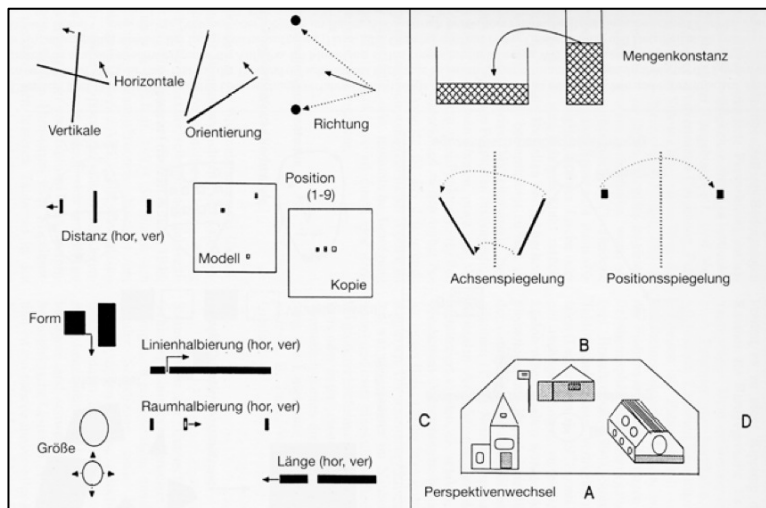


Abbildung 8: Räumliche Orientierungsstörung

– **Störung exekutiver Funktionen**

Unter einer Störung der Exekutivfunktionen versteht man Schwierigkeiten beim Problemlösen, beim Planen und bei der Steuerung und Kontrolle von Handlungen.

Beispiel:

Störungen der Exekutivfunktionen können zu sehr unterschiedlichen Symptomen führen.

Personen mit einer Störung der Exekutivfunktion gehen beispielsweise immer denselben Weg zum Bäcker. Falls der Weg einmal durch eine Baustelle gesperrt sein sollte, sind sie nicht in der Lage flexibel zu handeln und einen anderen Weg zum Bäcker zu nehmen. Sie würden wahrscheinlich wieder nach Hause gehen.

– **Störung der Zahlenverarbeitung**

Unter Störungen der Zahlenverarbeitung versteht man Beeinträchtigungen, die das Verständnis für Zahlen, das Lesen und Schreiben von Zahlen oder die Anordnung von

Zahlen betreffen. Weiterhin ist das Rechnen und die Verarbeitung von Rechenzeichen wie '+' und '-' gestört.

Beispiel:

Beim Einkaufen können Betroffene Schwierigkeiten beim Bezahlen haben. Sie wissen häufig nicht, mit welchem Geldschein sie bezahlen müssen. Außerdem sind sie nicht in der Lage zu überprüfen, ob sie genügend Wechselgeld erhalten haben.

– **Störung von Antrieb und Affektivität**

Diese Störung umfasst gefühlsbetonte Stimmungsschwankungen, Antriebsmangel, Euphorie sowie unnatürliches Lachen und Weinen.

Beispiel:

Antriebsstörungen können sich vielseitig äußern. Das Verhalten der Betroffenen kann sowohl teilnahmslos bis hin zu depressiv sein. Es kann jedoch auch sein, dass Betroffene einen höheren Antrieb haben und sich unangepasst und sehr impulsiv verhalten.

(vgl. Eschle, Gysi, & Jenni, 2008; Franke, 2008; Haus, 2010; Müller, 2009; Huber, Poeck, & Springer, 2006; Huber, Poeck, & Weniger, 2006; Pschyrembel, 1976)

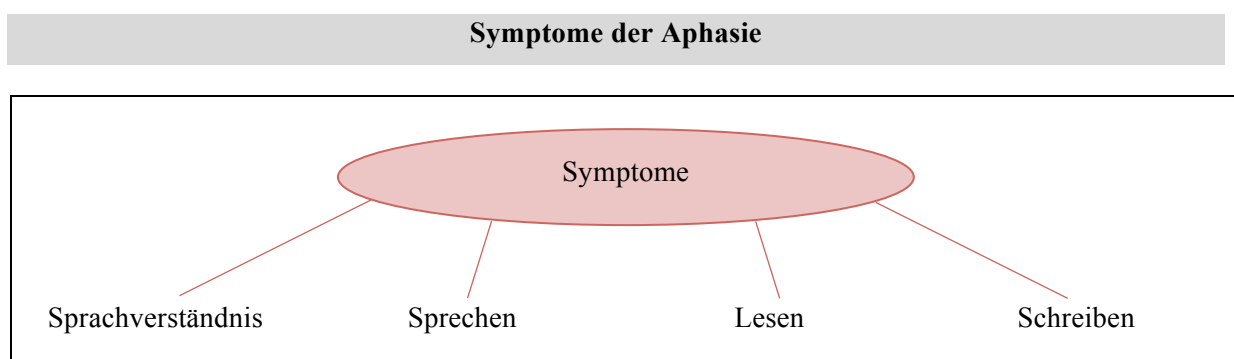


Abbildung 9: Symptome der Aphasie

Sprachverständnis

Das Verstehensproblem wird häufig von den Angehörigen in der Schwere unterschätzt oder bleibt gänzlich unbemerkt.

Personen mit Aphasie können aufgrund der erhaltenen Intelligenz und ihres sozialen Wissens viele Äußerungen in der Situation und im Kontext verstehen. Darum bleibt dieses Sprachverständnisproblem oftmals unbemerkt.

- Personen mit Aphasie hören normal, können im Gespräch Äußerungen aber oft nicht verstehen
- Ein Betroffener kann sehr viel und recht gut sprechen, aber trotzdem schlecht verstehen!
- Nicht – Verstehen auf Wortebene kann oft durch Situationskenntnis ausgeglichen werden
- Mitteilungen/ Wörter werden oft falsch oder teilweise falsch verstanden oder verwechselt
- Sie verlieren den Zusammenhang und können dem Gespräch nicht mehr folgen
- Besonders schwer: Verstehen in unruhigen Umgebungen (Café/Kneipen), wenn mehrere Personen gleichzeitig sprechen
- Eine laute Umgebung hat negativen Einfluss auf das Sprachverstehen
- Probleme bei zu schnellem Sprechen des GPs oder wenn etwas zu kompliziert ausgedrückt wird

Sprechen

Das folgende Zitat macht deutlich, dass Personen mit Aphasie wissen, was sie ausdrücken wollen. Ihr Problem ist die sprachliche Umsetzung:

„Ich lebte mit klarem Bewusstsein – ohne Sprache. Die Gedanken waren da, nur war ich völlig unfähig zu sprechen.“ (Tesak, 2010, S.10)

Es gibt verschiedene Schwierigkeiten beim Sprechen:

- **Wortfindungsstörungen/ Suchverhalten**
dem Betroffenen fehlen die richtigen Wörter. Dadurch können Sätze oftmals unvollständig sein; Stocken im Sprachfluss bzw. Satzabbruch, stattdessen häufig sprachliche Ersatzstrategien, wie Ausweichen in Redefloskeln, Beschreibung von Gebrauch oder Eigenschaft, Ausweichen in Pantomime, Fortführung des Themas in variiert Form.

- **Sprachanstrengung**

Das sprachliche Ausdrücken von Gedanken, Wünschen und Bedürfnissen ist aufgrund von Wortfindungsstörungen und der Schwierigkeit, Wörter und Sätze zu bilden, erschwert.

- **Sprechanstrengung**

Das Sprechen, die Stimmgebung und das Einhalten eines flüssigen Sprechrhythmus ist schwierig und kostet viel Mühe.

- **Paraphrasie (phonematisch/semantisch)**

häufig werden Laute verwechselt, ausgelassen oder hinzugefügt, wodurch das Sprechen manchmal unverständlich wird (z.B. „Kessen“ statt „Kissen“). Zum Anderen kann das geäußerte Wort eine falsche Bedeutung aufweisen. Es hat jedoch zum Zielwort eine bedeutungsmäßige oder assoziative Ähnlichkeit (z.B. „Mutter“ statt „Frau“)

- **Neologismus**

Neologismen sind „Wortneubildungen. Diese neuen Wörter kommen in der Standardsprache nicht vor. (z.B. aus /blume/ wird /blola/; aus /Wimper/ wird /Wandschuh/)

- **Jargon**

Der Betroffene äußert in flüssiger Weise eine Reihe von unverständlichen Äußerungen. Es werden Wörter, Redefloskeln oder Wortneubildungen sinnlos aneinandergereiht.

Es sind nicht nur Wörter sondern auch Sätze und Texte betroffen:

- **Agrammatismus**

Es werden nur kurze Ein- und Zweiwortsätze oder unvollständige Sätze geäußert. Man spricht auch von „telegrammstilartiger Redeweise“

- **Paragrammatismus**

Verschiedene Sätze werden miteinander verschränkt oder Satzteile werden verdoppelt. (z.B. „*ich wohne jetzt mit meiner Frau hamwer n'klein Häuschen gekauft; ich weiß im Moment nicht sagen jetzt im Moment nicht*“).

- **Logorrhö – überhöhte Sprechgeschwindigkeit**

Die Betroffenen reden sehr viel und schnell. Es ist eine ungehemmte, überschießende und inhaltsarme Sprechweise. Das Gesagte ist oft unverständlich.

- **Sprachautomatismen**

sind zwanghafte Wiederholungen von gleichbleibenden Silben, Wörtern und Sätzen. Die Betroffenen äußern diese unbeabsichtigt.

- **Stereotypien**

Diese formstarren Redefloskeln, die in der Sprachproduktion des Patienten mehrfach wiederkehren, werden in übermäßiger Häufigkeit eingesetzt (z.B. „*meine Güte; Donnerwetter; ach Gott; weiß ich nicht*“).

- **Redefloskeln**

Diese inhaltsarmen Redewendungen werden in überhöhter Häufigkeit verwendet (z.B. „*mal so, mal so; das Dingsda; na Sie wissen schon, da hab ich das gemacht; da liegt es schon mal drin, dass ich das schon mal hab*“).

- **Echolalie**

Das Wiederholen von Äußerungen/ Vorhergesagtem von Anderen in identischer oder sehr ähnlicher Form.

- **Perseveration**

Das Hängenbleiben/unbeabsichtigte und unpassende Wiederholen von Lauten, Wörtern, Satzteilen und Sätzen

- **Automatisierte Sprache**

Die Betroffenen können Sätze, Äußerungen, welche quasi automatisch abgerufen werden, wie z.B. Grußformel, Gebete etc. fehlerfrei oder fast fehlerfrei produzieren.

→ Das Problem liegt in **der bewussten Auswahl von Wörtern und deren Kombinationen zu Sätzen/Äußerungen**

Oft bemerken die Personen mit Aphasie ihre Fehler selber nicht! Sie brechen beim Reden häufig das Thema unvermittelt ab und wechseln zum nächsten.

Lesen

„*Ich nahm den „Weser Kurier“ zur Hand und wusste gerade noch, dass das Schwarze die Buchstaben waren.*“ (Tesak, 2010, S.17)

- Schwierigkeiten beim *lautem Vorlesen* und/ oder *Verstehen von Geschriebenem*
- Probleme ähneln denen von Sprechen und Verstehen!
- Lesen von Buchstabe für Buchstabe nur mit viel Anstrengung möglich
- Lesen von Wörtern, Sätzen und Texten ist möglich, aber die Bedeutung wird nicht verstanden

Schreiben

„Ich versuchte zu schreiben. Es wurde nur ein Strich. Ein verwackelter obendrein.“ (Tesak, 2010, S. 16)

- Wörter werden fehlerhaft geschrieben
- Buchstaben werden ausgelassen, hinzugefügt, vertauscht oder eine inkorrekte Schreibung verwendet
- Wörter werden korrekt geschrieben, aber die Bedeutung ist ungewollt
- Wortneuschöpfungen
- Wichtig: aufgrund motorischer Beeinträchtigungen/ Halbseitenlähmung sind die Personen mit Aphasie gezwungen mit der anderen Hand zu schreiben. Dies ist schwerer und lässt die Schrift oftmals „unordentlich“ aussehen.

(vgl. Huber, Poeck, & Springer, 2006; Schutzbach, 2009; Tesak, 2010)

Auswirkungen auf die Teilhabe am sozial – gesellschaftlichen Leben

Die Beeinträchtigungen, die Aphasie mit sich bringt, können Auswirkungen auf die gesamte Teilhabe am sozial-gesellschaftlichen Leben haben. Dies kann bis hin zu einem vollständigen sozialen Ausschluss der betroffenen Personen führen. Psychische oder soziale Störungen können die Folge sein. Es zeigt sich, dass der kommunikative Zugang für Personen mit Aphasie bis heute nur begrenzt möglich ist.

Probleme im Sprachverständnis erschweren z.B.

- Gespräche in Gruppen mit mehreren oder bereits mit einem Gesprächspartner (z.B. im Restaurant)
- Wichtige berufliche Gespräche
- Gespräche bei Behörden, Gericht, Arzt, der Bank etc.
- Das Verstehen von Lautsprecherdurchsagen in öffentlichen Verkehrsmitteln/ an Bahnhöfen
- Fernsehen
- Radio hören
- Telefonische Auskünfte
- Vorträge, Unterricht, ...

Probleme des Sprechens wirken sich negativ auf die Ausdrucksmöglichkeiten der Person mit Aphasie aus. Dies kann zu Missverständnissen in der Kommunikation oder auch Frustration bei sowohl dem Betroffenen als auch dem Gesprächspartner führen. Soziale Aktivitäten wie z.B.

- Einkaufen (Bedürfnisse äußern, z.B. beim Bäcker, im Reisebüro)
- Treffen von Freunden und die Teilnahme an Gesprächen und Aktivitäten
- bürokratische Gespräche führen wie z.B. beim Amt/Behörde, der Bank, der Versicherung etc.
- Einholen von Informationen von Fremden
- Kaufen von Tickets zur Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel
- Einfordern des eigenen Rechts (z.B. bei Behörden)
- Verhandeln von Verträgen
- Telefonieren

können erschwert werden.

Wenn **das Lesen** beeinträchtigt ist, kann es zu Schwierigkeiten im alltäglichen Leben kommen. Da Geschriebenes nur noch schwer gelesen bzw. verstanden werden kann, kommt es unter anderem zu folgenden Beeinträchtigungen im Alltag:

- Lesen von amtlichen Schreiben, Verträgen, Formularen
- Lesen von Büchern, Zeitschriften, Zeitung, Berichten im Internet
- Kurze Notizen/ Einkaufszettel lesen
- Lesen von Hinweisschilder in öffentlichen Einrichtungen
- Lesen von Fahrplänen des öffentlichen Verkehrs

Wenn **das Schreiben** eingeschränkt oder vollkommen gestört ist, kommt es möglicherweise zu folgenden Beeinträchtigungen im sozial – gesellschaftlichen Leben:

- Schreiben der eigenen persönlichen Daten (Name, Adresse..)
- Ausfüllen von Formularen, Anträgen
- Schreiben von Briefen oder Emails
- Schreiben von Einkaufszetteln oder notieren von Informationen

(Bauer & Auer, 2009; Dalemans et al., 2010; Howe et al., 2008; Simmons-Mackie et al., 2007; Schutzbach, 2009; Tesak, 2010)

Betroffene haben den Wunsch auf eine gewöhnliche Art und Weise zu „funktionieren“, respektiert zu werden, zu wissen, was vor sich geht und mit anderen Personen etwas zu unternehmen, ohne sich als Last zu fühlen sowie aktiv in der Gemeinde teilnehmen zu können. Sie haben ein hohes Bedürfnis an der Teilnahme am sozial – gesellschaftlichen Leben, welche jedoch häufig erschwert ist. Die Aussage einer Betroffenen „*Mein Leben ist von oben nach unten gedreht*“ (Tesak, 2010, S.52) macht deutlich, dass die Aphasie ein einschneidendes Ereignis ist. Im Folgenden werden nur einige der allgemeinen Auswirkungen auf das alltägliche Leben genannt.

- Verlust der Selbstständigkeit – Angewiesen auf andere Personen
- sozialer Rückzug bis hin zur sozialen Isolation
- verminderte Teilnahme an sozialen Aktivitäten → Mitmenschen wissen oft nicht mit der neuen Situation umzugehen
- großen Einfluss auf Lebensqualität des Betroffenen und Umgebung
- die Umwelt ist nicht gut an Menschen mit Sprachstörung angepasst → die beeinträchtigten Fähigkeiten werden im Alltag überall vorausgesetzt
- Verschlechterung der finanziellen Situation z.B. durch Jobverlust, Arbeitsunfähigkeit
- Krankheitsverarbeitung → Einsicht, dass es nicht so wird wie früher, kann zur Veränderung Lebenspläne führen.
- Entwicklung von Wut und Aggression/ Depression

Das Zitat „*Meine Frau hat alles übernommen, mein Leben völlig organisiert*“ (Tesak, 2010, S. 33) zeigt, dass die Aphasie **Veränderungen in der Familie und Partnerschaft** zur Folge haben kann:

- Veränderung der Beziehung zwischen den Partnern/ Familienmitgliedern
- Veränderung der Rollen innerhalb der Familie/ in verschiedenen Aufgabenbereichen
- Starke psychische Belastung für die gesamte Familie
- Spannungen und Konflikte in Partnerschaft und Familie
- Leiden unter zusätzlicher Verantwortung/ Überlastung der Angehörigen – Personen mit Aphasie hingegen leiden unter der Beeinträchtigungen in Selbstständigkeit und Verlust von Fähigkeiten
- Aggressionen auf das aphasische Familienmitglied
- Erziehung und Fürsorge
- Die Kommunikation in der Familie ist oft schwierig
- Depression der Familienmitgliedern

(Dalemans et al., 2009; Huber, Poeck & Springer, 2008; Schutzbach, 2009)

Fazit:

Oft bräuchten Menschen mit Aphasie nur angemessene Unterstützung aus der Umwelt (Informationen angepasst an die Sprachstörung) oder durch Mitmenschen (z.B. Coach), um am sozial-gesellschaftlichen Leben besser teilhaben zu können (Schutzbach, 2009).

Irrtümer

Heutzutage wird häufig angenommen, dass Personen mit Aphasie aufgrund ihrer sprachlichen Defizite unfähig zur Kommunikation seien. Es wird vermutet, dass das Denken und emotionale Handeln beeinträchtigt seien. Solche Vorurteile führen zu einer falschen Annahme und Einschätzung der betroffenen Personen und können die sprachgesunden Gesprächspartner verunsichern. Manchmal lösen sie Hilflosigkeit oder Interesselosigkeit aus und können sogar zur Ablehnung der Person mit Aphasie als Partner, Freund, Nachbar oder Kollege. Die verbliebene Kommunikationsfähigkeit wird oftmals unterschätzt. Kommunikation ist mehr als sprechen. Dies wird in Abbildung 3 hervorgehoben.

„Aphasische Personen können oft besser kommunizieren als sprechen.“ (Tesak, 2010, S. 19)

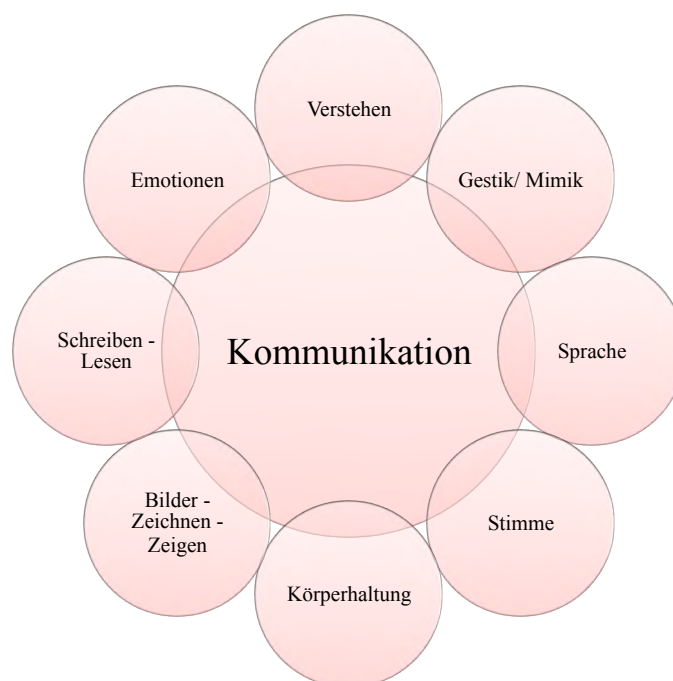


Abbildung 10: Kommunikation ist mehr als Sprechen

Zusammengefasst:

- Aphasie ist keine Störung des Denkens; Betroffene erleiden keine Intelligenzverminderung
- Personen mit Aphasie haben keine Probleme mit dem Hören
- Häufig wird das Sprachverständnis der Betroffenen falsch eingeschätzt – oft geht man davon aus, dass die Person mit Aphasie Sprache gut versteht dies ist aber nicht immer der Fall und kann zu Missverständnissen führen
- Personen mit Aphasie haben Gefühle und Wünsche wie sprachgesunde Personen auch

Tatsächlich ist es aber so, dass aphasische Personen:

- soziale Situationen richtig erkennen
- wissen, wie man sich in einer sozialen Situation verhält
- innerlich Wünsche und Bedürfnisse wie Sprachgesunde formulieren können
- folgerichtig denken

(vgl. Huber, Poeck & Springer; 2006; Schutzbach, 2009; Tesak, 2010)

Kommunikationscoach

Rechtliche Lage

In Deutschland haben Personen mit Aphasie einen Anspruch auf kommunikative Unterstützung durch Kommunikationscoachs. Dies ist gesetzlich geregelt. Weiterhin ist festgelegt, dass die Unterstützung nicht unentgeltlich geschehen muss. Hierbei ist zu beachten, dass dies bei der zuständigen Behörde im Voraus beantragt werden muss.

(vgl. Bundesministerium der Justiz, 2004; Bundesministerium der Justiz, 2002b;

Bundesministerium der Justiz, 2002a; Bundesministerium der Justiz, 2001; Goetz & Goetz, 2007)

Was ist,Coaching’?

Der Begriff ‚Coaching‘ stammt ursprünglich aus dem Bereich des Sports. Inzwischen wird er jedoch auch in vielen anderen Bereichen verwendet.

Inhaltlich ist Coaching die Unterstützung einer Person (Coachee), durch einen Coach (Trainer). Beide Personen, Coach und Coachee sind gleichberechtigt und arbeiten partnerschaftlich zusammen.

Der Coach hilft einer Person bei der Ausführung von Herausforderungen und Handlungen. Durch gezieltes Feedback werden Personen durch den Coach angeregt, ihre Einstellungen weiterzuentwickeln und Schwierigkeiten selbst zu bewältigen. Im Idealfall werden auf diese Weise optimale Ergebnisse und Leistungen erreicht.

Es ist wichtig, dass der Coach Personen, die er begleitet, in seiner Einzigartigkeit wahrnimmt und individuelle Hilfestellungen gibt. Personen erlangen auf diese Weise wieder einen Zugang zu ihren eigenen Möglichkeiten. Dennoch sollen Personen, die gecoacht werden, weiterhin für sich selbst verantwortlich bleiben.

Coaching erfordert viel Übung, bei der das Prinzip des Coachings verstanden werden muss. Erst dann kann ein Coach das Potential anderer Personen freisetzen.

(vgl. Coaching Pool GmbH, 2012; Deutscher Bundesverband Coaching e.V., 2012; Migge, 2007)

Was ist ein Kommunikationscoach?

In einer alltäglichen, kommunikativen Situation ist der kommunikative Erfolg besonders wichtig. Bei Personen mit Aphasie ist dieser Erfolg nicht immer gewährleistet. Darum soll ein Kommunikationscoach die Rolle als Vermittler in schwierigen kommunikativen Situationen zwischen der Person mit Aphasie und dem Gesprächspartner einnehmen, sodass das Hauptziel, der kommunikative Erfolg, erreicht werden kann. Er sollte dem Betroffenen in Grenzsituationen unterstützend helfen, jedoch gilt das Motto: „*So wenig wie möglich, so viel wie nötig*“ (Schutzbach, 2009, S.48). Keinesfalls sollte der Kommunikationscoach den Betroffenen bevormunden, Entscheidungen abnehmen oder stellvertretend für die Person mit Aphasie sprechen. Auch Tesak (2007a, S. 27) sagt „*Kommunikation **mit** den aphasischen Personen, **nicht für** die aphasischen Personen.*“ Dem Betroffenen soll durch die Unterstützung viel mehr die Möglichkeit gegeben werden, eigenständig zu handeln und eine selbstständige Teilnahme am sozial-gesellschaftlichen Leben zurück zu gewinnen. Die aphasische Person sollte von allen Beteiligten als gleichwertigen Partner angesehen werden.

Der Kommunikationscoach hat die Aufgabe...

- zwischen der Person mit Aphasie und einem Gesprächspartner in schwierigen kommunikativen Situationen zu vermitteln
- dem Betroffenen in Grenzsituationen unterstützend zur Seite zu stehen
- der Person mit Aphasie ein eigenständiges Handeln und Entscheiden zu ermöglichen
- der Person mit Aphasie helfen, die Teilnahme am sozial – gesellschaftlichen Leben zurück zu gewinnen/ erleichtern.
- zu prüfen/ wahren, ob die Person mit Aphasie versteht, worum es geht/ was kommuniziert wird
- zu gewährleisten/ wahren, dass die Person mit Aphasie sich und ihre/ seine Gedanken/ Wünsche/ Ideen äußert/ äußern kann
- zu prüfen, ob der Gesprächspartner die Inhalte/ Äußerungen korrekt verstanden hat

Er hat nicht die Aufgabe...

- für die Person mit Aphasie zu sprechen
- stellvertretend für den Betroffenen zu sprechen und ihm/ihr die Kommunikation abzunehmen
- der Person mit Aphasie Entscheidungen abzunehmen bzw. zu treffen
- den Betroffenen zu bevormunden

(vgl. Kagan et al., 2004; Schutzbach, 2009)

Welche Coaching-Situationen gibt es und wie können diese ablaufen?**Mögliche Coaching-Situationen:**

- Unterstützung und Begleitung bei wichtigen Gesprächen z.B. mit/ bei
 - einem Arzt
 - Behörden/ Ämter
 - der Bank
 - Krankenkassen
 - Versicherungen
 - Gericht

Für z.B. für die Beantragung eines Schwerbehindertenausweis, eines medizinischen Hilfsmittels, eines Personalausweises, von Pflegedienstleistungen etc.

- Unterstützung beim Verstehen und Ausfüllen von offiziellen Schreiben wie z.B. Verträge, Formulare, Rechnungen, Kostenerstattungen, Rentenbezüge etc.

- Vorbereiten und Begleitung von Telefonaten mit z.B. Krankenkassen, Arzt, Versicherungen
- Begleitung bei Gesprächen in alltäglichen Situationen – Freizeit
 - o Im Reisebüro
 - o Bei Freunden
 - o Im Restaurant z.B. Bestellen von Essen

Möglicher Ablauf einer Coaching-Situation:

1. Vorheriges Besprechen des Anliegens
 - o Gemeinsames Überlegen von Zielen und Wünschen
 - o Welche Bedürfnisse hat die Person mit Aphasie bezüglich seines Anliegens?
2. Ausführen des Anliegens – Alltägliche Situation bei z.B. einer Behörde
3. „Nachbereitung“ – Besprechen, ob alle Ziele/ Wünsche/ Bedürfnisse erfüllt worden sind
 - o Wie erfolgreich hat die Person mit Aphasie die Kommunikation und den kommunikativen Erfolg mit der Hilfe des Kommunikationscoachs empfunden?
 - o Hat die Person das Gefühl, dass sie verstanden worden ist und gute/passende Unterstützung erhalten hat, um Inhalte übermitteln zu können?
 - o Was sind noch Verbesserungspunkte innerhalb der Coaching-Situation?

(vgl. Schutzbach, 2009)

Allgemeine Grundlage einer angenehmen Kommunikationssituation

Sie sollten die/der Person mit Aphasie

- als gleichberechtigten Partner ansehen
- das notwendige Rederecht zugestehen
- Respekt zeigen
- die zentrale Rolle in einem Gespräch zugestehen
- gegenüber Interesse an ihrer/seiner Person und dessen Bedürfnisse zeigen

Sie als Kommunikationscoach sollten

- eine Gesprächssituation angenehm gestalten
- eine günstige Kommunikationssituation zwischen den Gesprächspartnern entstehen lassen, in welcher die Person mit Aphasie als gleichberechtigter Partner mit

einbezogen ist. Es darf nicht nur ein Gespräch zwischen dem Kommunikationscoach und Gegenüber stattfinden!

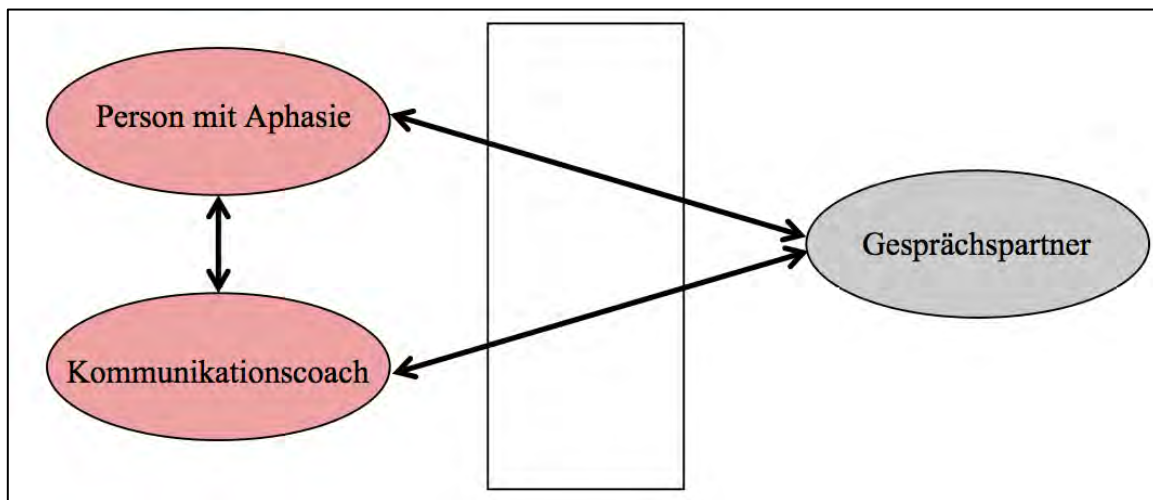


Abbildung 11: Günstige Kommunikationssituation (nach Schutzbach, 2009)

(vgl. Kym & Karpf, 2010; Schutzbach, 2009)

Allgemeine Tipps im Umgang mit den Betroffenen:

- ruhige Gesprächsatmosphäre, Nebengeräusche möglichst gering halten/ reduzieren
- schmerzfreie Körperhaltung
- Blickkontakt halten – nicht reden, wenn sie hinter dem Betroffenen stehen
- Aufmerksamkeit des Gesprächspartners sichern (Sprachliche Hinweise, Körperkontakt); selber aufmerksam und aktiv zuhören
- Geduld haben!
- Verständnis und Respekt gegenüber dem Betroffenen zeigen – Person mit Aphasie als gleichwertigen Gesprächspartner behandeln
- kein Zeitdruck, der Person mit Aphasie ausreichend Zeit zum Überlegen/Sprechen lassen
- Nicht FÜR den Betroffenen sprechen
- Integrieren Sie die Person mit Aphasie in das Gespräch und geben Sie ihr/ihm die Chance sich mitzuteilen
- Sprechen Sie auf normale Weise mit dem Betroffenen. Vermeiden Sie Kindersprache.
- Zeigen Sie Interesse am Gesprächsthema und Interesse an der Person
- Langsam und ruhig sprechen. Äußerungen deutlich formulieren. Pausen einbauen bei möglichst normalem Sprechtempo

- Formulieren Sie kurze, nicht zu komplexe Äußerungen. Bilden sie jedoch normale Sätze.
- Betonen sie ggf. wichtige Wörter/ Schlüsselwörter
- Setzen Sie Mimik und Gestik ein
- Sprechen Sie in normaler Lautstärke. Das Hören ist nicht beeinträchtigt.
- Lassen Sie die Person mit Aphasie aussprechen und unterbrechen Sie sie nicht ständig
- „Nehmen Sie dem Betroffenen das Wort nicht aus dem Mund“
- Bieten Sie Ihre Hilfe an, wenn es notwendig oder erwünscht ist
- Raten Sie möglichst nicht, was gemeint sein könnte. Geben Sie dem Betroffenen die Chance, sich selbst mitzuteilen
- Rückmeldung geben – Stand der Verständigung zusichern
- Korrigieren Sie nicht ständig Fehler. Besser ist es, wenn er sich selber korrigieren kann. Die Person mit Aphasie benötigt jedoch genügend Zeit hierfür. Sehen Sie über Fehler hinweg, wenn diese nicht maßgeblich die Verständigung gefährden.
- Sorgen Sie dafür, dass nur einer spricht.
- Schnelle Themenwechsel vermeiden bzw. ankündigen

(vgl. Howe et al., 2008; Huber, Poeck, & Springer, 2006; Schneider, Wehmeyer, & Grötzbach, 2012)

Drei Bereiche sollten für eine gelungenen Kommunikation beachtet werden:



Abbildung 12: Bereiche einer gelungenen Kommunikationssituation

1. **Gute Rahmenbedingungen schaffen** (ruhige, entspannte Atmosphäre, Nebengeräusche verringern, kein Zeitdruck, sich dem Betroffenen zuwenden,

Interesse an der Situation zeigen, zwischendurch und am Ende des Gesprächs klären, ob an alles Wichtige gedacht wurde, evtl. noch offene Fragen/ Punkte ansprechen)

2. Wie können Inhalte leichter vermittelt werden?

Was kann der Kommunikationscoach tun?

- langsam und ruhiges Sprechtempo (dem Betroffenen angemessen)
- möglichst normales Sprechtempo mit ausreichend Pausen zwischendurch
- Äußerungen bzw. Fragen kurz und verständlich formulieren – nicht zu komplex, aber: keine Kindersprache
- Verwendung von Sätzen, die möglichst geringe Mehrdeutigkeit aufweisen
- Geduldig, lässt der Person mit Aphasie Zeit!
- Einsatz von sprachbegleitender Mimik/ Gestik und Pantomimen
- Unterstützung des Betroffenen durch verschiedene kommunikative Hilfen/Mittel (Schreiben, Gesten, Zeichnen/Malen etc.) – Wechsel der Mitteilungsmodalität bei Scheitern der sprachlichen Versuche
- Motivieren des Betroffenen die Hilfsmittel ebenfalls zu nutzen
- Strategien zur Erleichterung des Sprachverständnisses → vollständiges oder teilweises Wiederholen von Wörtern/Sätzen, etwas nochmals anders ausdrücken/ neuformulieren, etwas umschreiben, hinzufügen oder weglassen von Informationen
- Betonung von Schlüsselwörtern – keine übertriebene Betonung
- Eingehen auf den Partner, wenn dieser „Nichtverstehen“ signalisiert
- Vermeidung bzw. Ankündigung von schnellen Themenwechseln
- Evtl. Alternativen anbieten, nur wenn nötig
- (non-verbale Bekräftigung wie Kopfnicken, positive Gesichtsausdrücke)
- Bekräftigende/ bestätigende Kommentare wie z.B.
- Falls die Person ein technisches Hilfsmittel (z.B. einen Sprachcomputer) sollte sich der Coach sich vorher damit befassen

Was kann die Person mit Aphasie selbst tun?

- sich Zeit nehmen, sich nicht unter Druck setzen/setzen lassen
- geduldig mit sich selbst sein
- kommunikative Hilfen wie Gesten, Schreiben, Zeichnen/Malen, Pantomime unterstützend zur Sprache einsetzen

- auf die angebotenen Hilfen des KC eingehen/ umsetzen
- versuchen, Dinge zu umschreiben
- versuchen Anfangsbuchstaben aufzuschreiben oder sagen
- Ähnliches Wort nennen, was mit dem gesuchten Wort zu tun hat

3. Verständigungssicherung - Wird alles richtig verstanden? (Menschen mit Aphasie geben oftmals dem Gesprächspartner das Gefühl, dass sie etwas verstanden haben, obwohl dies nicht der Fall ist. Das führt zu Missverständnissen.)

Was kann der Kommunikationscoach tun?

- Aufmerksamkeit als KC explizit zuwenden/ aktiv zuhören
- Sichern der Aufmerksamkeit des Betroffenen durch z.B. sprachliche Hinweise, Körperkontakt, Blickkontakt, Zeichen...
- Einsetzen von Mimik und Gestik → Absicherung von Verstehen bzw. Nicht-Verstehen
- KC sollte dafür sorgen, dass nur einer spricht – nicht mehrere gleichzeitig
- Dem Betroffenen Zeit geben für Selbstkorrekturen
- „Verständigungssichernde Rückfrage“ - Häufig und sofortige Rückmeldung geben, was verstanden oder nicht verstanden wurde - direktes Nachfragen → auf eine freundliche Art das Gespräch „unterbrechen“, dies ist nicht hinderlich sondern eher förderlich, da evtl. Missverständnisse behoben werden können (... *das habe ich noch nicht verstanden, ich habe es jetzt so verstanden, dass... ist das richtig? Können sie mir das noch einmal erklären? Gesten/ Handzeichen geben*)
- Wiederholen dessen, was die Person mit Aphasie gesagt hat → dies empfinden Menschen mit Aphasie nicht als störend, sondern eher als angenehm/hilfreich
- Zusammenfassen, was der Betroffene gesagt hat und was bisher verstanden wurde, um Missverständnisse zu vermeiden
- Bei Einsatz von Gesten/ Mimik/ Pantomime des Betroffenen, dies nochmals versuchen in Worte zu fassen, um zu schauen, ob diese richtig gedeutet werden.

Was kann die Person mit Aphasie selbst tun?

- Aufmerksam zuhören

- Direkt mitteilen, wenn die Äußerung nicht verstanden wurde
- Rückmelden, was verstanden wurde und was nicht – Wiedergabe dessen, was verstanden wurde
- Bitten um Wiederholung und Nachfragen/ Stellen von Fragen

(vgl. Bauer, & Auer, 2009; Bongartz, 1998; Kagan et al., 2004; Schutzbach, 2009)

Im Folgenden sind die verschiedenen kommunikativen Mittel noch einmal aufgeführt.

Verbale Sprache	Sprechen, berichten, erklären, umschreiben, Geräusche machen
Schreiben	Aufschreiben von Buchstaben/ Anfangsbuchstaben, Wörter oder Zahlen
Zeichnen	Aufmalen von Gegenständen oder Situationen/Bildern
Zeigen	Zeigen auf bestimmte Gegenstände, Personen, Bilder im Raum/ in der Nähe
Gestik/Mimik	Verdeutlichung von Stimmungen, Gefühlen, Zustimmung/Abneigung durch kommunikative Bewegungen – begleitend zum Sprechen
Pantomime	Darstellung von Stimmungen, Gefühlen, Gegenständen, Situationen – nicht begleitend zum Sprechen

(vgl. Schutzbach, 2009)

Literaturverzeichnis

- Bartels, H. (2010). Erworbene Sprachstörungen bei Erwachsenen – Aphasien. In Siegmüller, J., & Bartels, H. (Eds.), *Leitfaden -Sprache Sprechen Stimme Schlucken* (pp. 221-257) (2. Auflage). München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Bauer, A. & Auer, P. (2009). *Aphasie im Alltag*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Bongartz, R. (1998). *Kommunikationstherapie mit Aphasikern und Angehörigen. Grundlagen - Methoden - Materialien*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Coaching Pool GmbH (2012). Coaching Informationen – Seit 2003 informieren wir über Coaching [Online]. Verfügbar unter: <http://www.coaching-informationen.de/was-ist-coaching-ablauf/48-was-ist-coaching.html> [2012, März 12].
- Dalemans, R. (2010). Stroke survivors with aphasia and their social participation Dissertation, Maastricht
- Dalemans, R., De Witte, L., Wade, D. & Van den Heuvel, W. (2009). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45 (5), 537-550.
- Deutscher Bundesverband Coaching e.V. (2012). Definition Coaching [Online]. Verfügbar unter: <http://www.dbvc.org/der-verband/ueber-uns/definition-coaching.html> [2012, März 12].
- Eschle, D., Gysi, F. & Jenni, W. (2008). Schlaganfälle sind mehr als nur eine Halbseitenlähmung: kognitive Stroke-Syndrome und -Symptome. *Med Forum*, 8 (36), 656-660.
- Franke, U. (2008). *Logopädisches Handlexikon* (8. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Goetz, & Goetz (2007). Aphasie und Recht: Unterrichtsskript. Schule für Logopädie der RWTH Aachen.
- Grönke C. & Mebus, M. (2011). *AphasiePartizipationsTraining – ICF-basierte Übungen für pragmatisch-kommunikative Alltagsfertigkeiten*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Haus, K.-M. et al. (2010). *Neurophysiologische Behandlungen bei Erwachsenen: Grundlagen der Neurologie, Behandlungskonzepte und Alltagsorientierte Therapieansätze* (2. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.

- Howe, T.J., Worrall, L. E., Hickson, L. M. H. (2008). Interviews with people with aphasia: Enviromental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22 (10), 1092–1120.
- Huber, W., Poeck, K., & Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Huber, W., Poeck, K., & Weniger, D. (2006). Klinische Neuropsychologische Syndrome und Störungen – Aphasie. In Hartje W., & Poeck, K. (Eds.), *Klinische Neuropsychologie* (pp. 93-173) (6. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Kagan et al. (2004). A Set of Observational Measures for Rating Support and Participation in Conversation Between Adults with Aphasia and Their Conversation Partners. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 11 (1), 67-83.
- Kertesz, A. (1984). Recovery from aphasia. In: Rose FC (Ed.), *Progress in aphasiology* (pp. 23-39). New York: Raven Press.
- Kym, D. & Karpf, Y. (2010). Aphasiemanagement im Alltagsgespräch – Gesprächsanalytische Erfassung der Copingstrategien Kollaboration und Facework im aphasischen Paargespräch und Verifizierung der Abbildung dieser kommunikativen Kompetenzen im ICF-orientierten Dokumentationsinstrument TInA. Bachelorarbeit, Zürich.
- Migge, B. (2007). *Handbuch – Coaching und Beratung* (2. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Müller, S. (2009). *Störungen der Exekutivfunktionen – wenn Handlungsplanung zum Problem wird* (Reihe Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Peters, E., Pritzkeleit, R., Beske, F., & Katalinic, A. (2010). Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten – Eine Projektion bis 2050. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53 (5), 417-426.
- Pschyrembel, W. (1976). *Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch*. Berlin: de Gruyter.
- Schutzbach, A. (2009). Fortbildung zum Kommunikationsassistenten – Konzeptentwicklung und Durchführung. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Aachen.
- Simmons-Mackie, N. & Damico, J. (2007). Access and social inclusion in aphasia: Interactional principles and applications. *Aphasiology*, 21 (1), 81-97.
- Tesak, J. (2010). *Aphasie. Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma* (3., überarbeitete Aufl.) (Reihe Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute). Idstein: Schulz-Kirchner.

Wehmeyer, M. & Grötzbach, H. (2012). Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel (5. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie. (2008). Leitlinien der DGN – Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall [Online]. Verfügbar unter: http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/LL2008/ll08kap_099.pdf [2011, Juni 10].

8.7 Ausarbeitung der Rollenspiele

8.7.1 Grundlage der Rollenspiele

Das Rollenspiel ist eine geeignete Methode zur Darstellung und Veränderung von Verhaltensweisen. Es dient als Modell einer alltagsnahen Problemsituation. Innerhalb des Kommunikationstrainings sollen die Teilnehmer lernen, wie sie sich am besten in Gesprächssituationen verhalten können. Bei den Rollenspielen können neue kommunikative Strategien entwickelt werden. Die Teilnehmer werden auf die Umsetzung der neu erworbenen Verhaltensweisen in einer Realsituation des Alltags vorbereitet (Fliegel, 2009).

„Im Rollenspiel sollen Patientinnen und Patienten eine Haltung des »als ob« einnehmen und Verhaltensweisen zeigen, die im Kontrast zu bisherigen Gewohnheiten stehen.“ (Fliegel, 2009)

Sowohl Broich (1980) als auch Grönke & Mebus (2011) schlagen eine Strukturierung des Rollenspiels in vier Schritten vor:

1. **Definition (Vorbereitung)**
2. **Aktion (Durchführung)**
3. **Reflektion (Nachbereitung)**
4. **Modifikation (Veränderung)**

Im Nachfolgenden werden die einzelnen Phasen (Broich, 1980; Fliegel, 2008; Reich, 2008, Schutzbach, 2009 & Grönke & Mebus, 2011) genauer beschrieben.

1. Definition – Vorbereitung

Zusammen mit allen Teilnehmern wird überlegt, welche Problemsituationen bei ihnen selber einmal aufgetreten sind und was dabei negative Aspekte und positive Aspekte waren. Die Teilnehmer sollen aktiv mitbestimmen und sich selbstständig interessante Rollenspielsituationen (im Bezug auf den Alltag und evtl. bereits vorgekommene Gesprächssituationen). überlegen. Nur im Falle, dass keine Vorschläge für geeignete Rollenspielsituationen geäußert werden, schlagen die Trainingsleiter verschiedene Situationen vor.

In dieser Phase werden definiert:

- Situation/ Thema
- Ort
- Rollenzuweisung – Rollenwechsel

Zusammen werden Evaluationskriterien zur Beurteilung erarbeitet. Diese sind unter „Reflektion – Nachbearbeitung“ zu finden.

2. Aktion - Durchführung

Die Teilnehmer teilen sich in Kleingruppen auf. Zuvor wird eine bestimmte Situation ausgewählt, welche im Rollenspiel geübt wird. Die Rollenspiele sollten nicht länger als 10 Minuten andauern. Dies kann laut Broich (1980) einen demotivierenden Effekt hervorrufen. Im Durchschnitt sollten die Rollenspiele fünf Minuten andauern. Die verschiedenen Rollen werden untereinander gewechselt.

Innerhalb der Spielsituation wird die Rollenspielspieltechnik „Multiples Verfahren“ angewendet. D.h. alle Gruppen spielen gleichzeitig für sich, wobei ein Mitglied jeweils die Funktion eines Beobachters einnimmt. Anschließend werden das Rollenspiel und die Erfahrungen innerhalb der Kleingruppe anhand der Evaluationskriterien besprochen. Daraufhin werden die Ergebnisse in der ganzen Gruppe vorgestellt und zusammengetragen und diskutiert (Reich, 2008).

3. Reflexion – Nachbereitung

Anhand der zuvor aufgestellten Evaluationskriterien werden die Situation und das Gesprächsverhalten im Nachhinein reflektiert. Dadurch kommt es zu einer detaillierten Analyse der Verhaltensweisen. Eine anschließende Modifikation kann hierdurch stattfinden.

Evaluationskriterien:

- Schafft der KC eine angenehme Gesprächsatmosphäre in der Situation geschaffen?
- Treten im Allgemeinen sprachliche Probleme in der Situation auf? Wenn ja, welche?
- Welche non-verbalen/ alternativen Hilfen setzt der KC ein? Gestik, Mimik und Körperhaltung (offen)? Zeigt der KC motivierendes Vermögen gegenüber der Person mit Aphasie und dem Gesprächspartner?
- Gelingt es dem KC eine „günstige“ Kommunikationssituation zu schaffen? Oder wird die Person mit Aphasie „ausgeschlossen“ bzw. wird ihr nicht die zentrale Sprecherrolle zugeschrieben?
- Setzt der Kommunikationscoach hilfreiche Strategien zur Unterstützung der Kommunikation/ Hilfestellung des Betroffenen ein? Sind die angewendeten Strategien in dieser Situation sinnvoll?
- Setzt der KC Strategien zur Verständigungssicherung ein? Wie geht der KC mit problematischen Verständigungssituationen um? Sichert der KC das Verständnis sowohl von der Person mit Aphasie als auch von dem Gesprächspartner?
- Wird der Kommunikationscoach der Vermittlerrolle gerecht und schafft es die Person mit Aphasie in wichtigen/ notwendigen Situationen zu unterstützen? Ist es zu viel Unterstützung und nimmt er dem Betroffenen die Kommunikation ab?
- Wie geht der Kommunikationscoach auf den Gesprächspartner von der Person mit Aphasie ein?
- Wie verhält sich die Person mit Aphasie? Nimmt sie die zur Verfügung gestellten

Hilfen des KC an? Macht der Betroffene Verständigungsprobleme deutlich? Was war gut/schwierig? Wie haben Sie die Unterstützung durch den Kommunikationscoach erfahren?

4. Modifikation – Veränderung

Innerhalb der Gruppe wird überlegt, welche Verhaltensweisen sowohl beim Kommunikationscoach als auch bei der Person mit Aphasie verbesserungsfähig gewesen sind. Auch positive Verhaltensweisen werden besprochen. Anhand dessen soll das Feedback verarbeitet werden und das Verhalten in der nächsten Rollenspielsituation angepasst werden.

8.7.2 Ausführung der einzelnen Rollenspiele

1. Reisen

- *Ziel:*
- Die Person mit Aphasie möchte mit seinem/r Partner/in eine Reise unternehmen und sich über die Sehenswürdigkeiten und mögliche Angebote des Reiselandes informieren.
- *Material:*
vorher aufgeschriebene Notizen, Reisebüro, Reisekatalog, Weltatlas, Stift, Papier (alternative Kommunikationsmittel)
- *Vorgehen:*
Der Patient geht mit seiner Begleitperson in ein Reisebüro und holt sich genaue Informationen über das Zielland ein.
Zuvor wird besprochen, welche „Themen/Fragen“ gestellt werden können und sollten. Zusammen werden mit der Bezugsperson gewünschte bzw. für die Person mit Aphasie relevante Handlungsschritte und Gesprächsschritte besprochen. Zur Hilfe können schriftlich Stichworte zur gedanklichen Unterstützung notiert werden. Dies dient zur sprachlichen Unterstützung in der später realen Situation.
Innerhalb der Rollenspielsituation soll der Kommunikationscoach seine Rolle als Coach einnehmen.
Die anderen Teilnehmer/ Trainingsleiter fungieren als Beobachter und geben anschließend Feedback.
- *Nachbesprechung:*
 - Hat der Betroffene alle seine Fragen gestellt?
 - Konnte er sich zu seiner Zufriedenheit über die Reise und Angebote informieren?
 - Wie war die sprachliche Verständigung?
 - Weitere Beobachtungskriterien des KC → siehe „Evaluationskriterien“
 - Feedback besprechen und eventuelle Anpassungen der eigenen Verhaltensweise durchführen

2. **Behördengang** (Antrag auf Schwerbehindertenausweis, Reisepass verlängern, Wohngeld beantragen, Bundesversicherungsrente beantragen, etc.)

- *Ziel:*

Die Person mit Aphasie soll in einem Amt ein Informationsgespräch über z.B. Antrag auf Schwerbehindertenausweis führen und anschließend den Antrag ausfüllen.

- *Material:*

Schriftliche Notizen, Stift, Papier, Formular

- *Vorgehen:*

Bevor der Betroffene mit Unterstützung des Kommunikationscoachs das Informationsgespräch führt, werden alle relevanten und gewünschten Handlungsschritte und Gesprächsschritte (Wo muss ich hin? Was frage ich? Was muss ich wissen? Begrüßung – Inhaltlicher Teil - Verabschiedung) durchgesprochen.

Speziell in einem offiziellen Gespräch ist es sinnvoll, Stichwörter (bezüglich relevanter Fragen, Themen) schriftlich festzuhalten. Dies dient zur Unterstützung in der realen Situation.

Innerhalb der Rollenspielsituation soll der Kommunikationscoach als Vermittler fungieren, aber nur bei Notwendigkeit.

Die anderen Teilnehmer/ Trainingsleiter fungieren als Beobachter und geben anschließend Feedback.

- *Nachbesprechung:*

- Hat die Person mit Aphasie das Ziel erreicht?
- Feedback für den Kommunikationscoach wird anhand von den „Evaluationskriterien“ gegeben
- Feedback besprechen und eventuelle Anpassungen der eigenen Verhaltensweise durchführen

3. **Arztgespräch**

- *Ziel:*

Die Person mit Aphasie ist in der Lage in einem Gespräch mit dem Arzt sein Anliegen (z.B. körperliche Beschwerden) darzustellen, ein Rezept anzufragen und einen anschließenden Kontrolltermin zu vereinbaren.

- *Material:*

schriftliche Notizen, Stift, Papier,

- *Vorgehen:*

Der Patient geht mit seiner Begleitperson/KC zum Arzt und möchte, dass der Arzt ihn untersucht/ neue Medikamente verschreibt.

Zuvor werden gemeinsam mit dem Kommunikationscoach und der Person mit Aphasie relevante und gewünschte Handlungsschritte und Gesprächsschritte (Begrüßung, Namen nennen, Anliegen äußern, Verabschiedung) besprochen. Zur Hilfe können schriftlich Stichworte zur gedanklichen Unterstützung notiert werden. Dies dient zur sprachlichen Unterstützung in der später realen Situation. Des Weiteren kann besprochen werden, was der Betroffene äußern möchte z.B. ein neues Rezept für Medikamente, einen neuen Termin zur Kontrolle vereinbaren etc.. Innerhalb der Rollenspielsituation soll der Kommunikationscoach als Vermittler fungieren, aber nur bei Notwendigkeit.

Die anderen Teilnehmer/ Trainingsleiter fungieren als Beobachter und geben anschließend Feedback.

- *Nachbesprechung:*
 - Hat der Betroffene alle vorher gestellten Ziele erreicht?
 - Beobachtungskriterien des Kommunikationscoachs → siehe „Evaluationskriterien“
 - Feedback besprechen und eventuelle Anpassungen der eigenen Verhaltensweise durchführen

4. Bankgeschäfte

- *Ziel:*

Die Person mit Aphasie möchte ein neues Konto eröffnen und Geld darauf einzahlen.
- *Material:*

Stift, Papier, schriftliche Notizen, Wortkarten „Bank“ (?)
- *Vorgehen:*

Die Person mit Aphasie soll das Gespräch beginnen, dem Bankmitarbeiter mitteilen, dass er/ sie ein neues Konto eröffnen und Geld einzahlen möchte, und die Unterhaltung beenden. Zuvor wird mit der Begleitperson/KC besprochen, was wichtig ist und was das Ziel des Gesprächs bzw. des Telefonats ist. Es werden sowohl wichtige Themen besprochen – wer, was, wann, wie und wo -, als auch das Gesprächsvorgehen an sich (Ablauf, Fragen stellen, Themen benennen). Es können schriftlich formulierte Stichwörter als Kommunikationshilfe verwendet werden. Innerhalb der Rollenspielsituation soll der Kommunikationscoach als Vermittler fungieren, aber nur bei Notwendigkeit.
- Die anderen Teilnehmer/ Trainingsleiter fungieren als Beobachter und geben anschließend Feedback.
- *Nachbesprechung:*
 - Hat die Person mit Aphasie die vorher besprochenen Ziele erreicht?
 - Beurteilung des KC anhand der „Evaluationskriterien“
 - Feedback besprechen und eventuelle Anpassungen der eigenen Verhaltensweise

durchführen

5. Dienstleister – Gemeinsame Vorbereitung eines Telefonats

- *Ziel:*

Der Betroffene soll in der Lage sein, gegenüber einem Dienstleister am Telefon seine Wünsche zu äußern und einen Termin zu vereinbaren

- *Material:*

schriftliche Notizen; Stift, Blatt Papier,

- *Vorgehen:*

Die Person mit Aphasie soll das Gespräch beginnen, dem Dienstleister einen Auftrag erteilen, Fragen stellen und die Unterhaltung beenden. Als erstes wird mit der Begleitperson/KC besprochen, was wichtig ist und was das Ziel des Gesprächs bzw. des Telefonats ist. Ein Dienstleister kann z.B. ein Malerbetrieb, ein Techniker oder ein Heizungsmonteur sein. Es werden sowohl wichtige Themen besprochen – wer, was, wann, wie und wo -, als auch das Gesprächsvorgehen an sich (Ablauf, Termin vereinbaren, Themen benennen). Es können schriftlich formulierte Stichwörter als Kommunikationshilfe verwendet werden. Innerhalb der Rollenspielsituation soll der Kommunikationscoach seine Rolle als Coach einnehmen. Bei Schwierigkeiten soll der KC unterstützend in die Gesprächssituation eingreifen.

Die anderen Teilnehmer/ Trainingsleiter fungieren als Beobachter und geben anschließend Feedback.

- *Nachbesprechung:*

- Sind alle Ziele erreicht worden?
- Rückmeldung/ Beurteilung des KC anhand der aufgestellten „Evaluationskriterien“
- Feedback besprechen und eventuelle Anpassungen der eigenen Verhaltensweise durchführen

6. Monatskarte kaufen

- *Ziel:*

Der Betroffene möchte für den Kreis „...“ eine Monatskarte für den öffentlichen Verkehr kaufen.

- *Material:*

Stadtplan, Fahrplan, Stift, Papier

- *Vorgehen:*

Der Patient geht mit dem Kommunikationscoach zum „Deutsche Bahn“ – Schalter und soll ein Monatsticket für Bus und Bahn kaufen.

Zuvor werden gemeinsam mit dem Kommunikationscoach und der Person mit Aphasie

relevante und gewünschte Handlungsschritte und Gesprächsschritte (Begrüßung, Äußern, was man haben möchte, Preis erfragen, Kaufen, Verabschiedung) besprochen. Zur Hilfe können schriftlich Stichworte zur gedanklichen Unterstützung notiert werden. Dies dient zur sprachlichen Unterstützung in der später realen Situation. Innerhalb der Rollenspielsituation soll der Kommunikationscoach als Vermittler fungieren, aber nur bei Notwendigkeit.

Die anderen Teilnehmer/ Trainingsleiter fungieren als Beobachter und geben anschließend Feedback.

- *Nachbesprechung:*
 - Hat die Person mit Aphasie die vorher besprochenen Ziele erreicht?
 - Beurteilung des KC anhand der „Evaluationskriterien“
 - Feedback besprechen und eventuelle Anpassungen der eigenen Verhaltensweise durchführen

7. Im Restaurant

- *Ziel:*

Der Betroffene möchte im Restaurant selbstständig mit dem Kellner kommunizieren, eine Essensempfehlung haben und ein Gericht und ein Getränk bestellen. Anschließend Zahlen.
- *Material:*

Speisekarte; Bildkarten (?); schriftliche Notizen, Stift, Papier
- *Vorgehen:*

Innerhalb des Rollenspiels geht der Betroffene mit seiner Begleitperson/KC in ein Restaurant und soll ein Gericht/Getränk bestellen. Er soll den Kellner ansprechen, fragen, was auf der Tageskarte steht/ bzw. empfohlen wird, bestellen und zum Schluss die Rechnung fordern und bezahlen. Zuvor werden zusammen mit der Bezugsperson gewünschte bzw. für die Person mit Aphasie relevante Handlungsschritte und Gesprächsschritte besprochen. Zur Hilfe können schriftlich Stichworte zur gedanklichen Unterstützung notiert werden. Dies dient zur sprachlichen Unterstützung in der späteren realen Situation.

Innerhalb der Rollenspielsituation soll der Kommunikationscoach seine Rolle als Coach einnehmen.

Die anderen Teilnehmer/ Trainingsleiter fungieren als Beobachter und geben anschließend Feedback.
- *Nachbesprechung:*
 - Hat die Person mit Aphasie die vorher besprochenen Ziele erreicht?
 - Beurteilung des KC anhand der „Evaluationskriterien“

- Feedback besprechen und eventuelle Anpassungen der eigenen Verhaltensweise durchführen

8. Gespräch mit dem Vermieter

- *Ziel:*

Der Betroffene möchte selbstständig mit seinem Vermieter einen Termin vereinbaren. In seiner Wohnung ist Schimmel an den Wänden zu sehen. Dieser soll beseitigt werden.

- *Material:*

schriftliche Notizen, Stift, Papier

- *Vorgehen:*

Im Rahmen des Rollenspiels soll die Person mit Aphasie zusammen mit seiner Begleitperson/ KC zum vereinbarten Termin mit dem Vermieter gehen. Der Betroffene soll das Problem schildern und nach Lösungsmöglichkeiten fragen bzw. eigene vorschlagen. Zuvor werden zusammen mit der Begleitperson gewünschte bzw. für die Person mit Aphasie relevante Handlungsschritte und Gesprächsschritte (Begrüßung, Schilderung des Problems, Lösungen, Verabschiedung) besprochen. Als Hilfe können schriftlich Stichworte zur gedanklichen Unterstützung notiert werden. Dies dient zur sprachlichen Unterstützung in der späteren realen Situation.

Innerhalb der Rollenspielsituation soll der Kommunikationscoach seine Rolle als Coach einnehmen.

Die anderen Teilnehmer/ Trainingsleiter fungieren als Beobachter und geben anschließend Feedback.

- *Nachbesprechung:*

- Hat die Person mit Aphasie die vorher besprochenen Ziele erreicht?
- Beurteilung des KC anhand der „Evaluationskriterien“
- Feedback besprechen und eventuelle Anpassungen der eigenen Verhaltensweise durchführen

9. Beratungsgespräch in einem Modegeschäft oder Warenreklamation

- *Ziel:*

Der Betroffene hat sich vor kurzem ein neues Kleidungsstück gekauft. Dieses Kleidungsstück möchte er aufgrund eines Verarbeitungsfehlers reklamieren. Die Person mit Aphasie möchte einem Verkäufer den Sachverhalt erklären und eine Bitte äußern (z.B. Umtausch, Geld zurück)

- *Material:*

Kleidungsstück, schriftliche Notizen, Stift, Papier

- *Vorgehen:*

Der Betroffene geht zusammen mit seiner Begleitperson/KC in ein Modegeschäft (wahlweise ein anderes Geschäft) und soll sein Anliegen einer Verkäuferin schildern. Er soll genau beschreiben, was das Problem ist und wie fortgefahren wird. Zuvor werden zusammen mit der Bezugsperson gewünschte bzw. für die Person mit Aphasie relevante Handlungsschritte und Gesprächsschritte besprochen. Zur Hilfe können schriftlich Stichworte zur gedanklichen Unterstützung notiert werden. Dies dient zur sprachlichen Unterstützung in der späteren realen Situation.

Innerhalb der Rollenspielsituation soll der Kommunikationscoach seine Rolle als Coach einnehmen. Die anderen Teilnehmer/ Trainingsleiter fungieren als Beobachter und geben anschließend Feedback.

- *Nachbesprechung:*
 - Hat die Person mit Aphasie die vorher besprochenen Ziele erreicht?
 - Beurteilung des KC anhand der Evaluationskriterien
 - Feedback besprechen und eventuelle Anpassungen der eigenen Verhaltensweisen durchführen

8.8 Evaluation des Trainings

8.8.1 Evaluationsbogen für Kommunikationscoachs

**ZU
YD**

Evaluationsbogen



Evaluationsbogen zur Beurteilung des Trainings

Datum: _____

Teilnehmer: _____

Anweisung

Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffendste Aussage an.

Beispiel:

Ich habe die Anweisung verstanden.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu
			X

Verbesserungsvorschläge:

Rahmenbedingungen**1. Die ausgewählten Termine für das Training waren geeignet.**

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

2. Der Trainingsort war für mich gut zu erreichen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

3. Die Räumlichkeiten des Trainings waren einladend.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

4. Die Dauer der einzelnen Trainingstage war angemessen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

5. Es wurden ausreichend Pausen zur Erholung eingebaut.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

6. Die Atmosphäre war während des Trainings angenehm.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

7. In der Gruppe herrschte eine offene Atmosphäre.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

8. Ich habe mich in der Gruppe wohlfühlt.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

Lerninhalte

9. Ich habe durch das Training viel Neues gelernt.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

10. Es war hilfreich zu lernen, was eine Aphasie ist und welche Symptome auftreten können.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

11. Die Erläuterung der Begleitstörungen von Aphasien war sinnvoll.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

12. Die Kommunikationstipps waren hilfreich.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

13. Die vermittelten Tipps waren praxisnah.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

14. Das Training war sinnvoll und lehrreich.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

15. Inhaltlich hat das Training meine Erwartungen erfüllt.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

Vermittlung der Lerninhalte

16. Das Training war gut organisiert und strukturiert.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

17. Lerninhalte wurden verständlich vorgetragen.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

18. Es bestand genügend Zeit für Fragen.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

19. Fragen wurden ausreichend beantwortet.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

20. Theoretische Inhalte wurden mit ausreichenden Beispielen verständlich veranschaulicht.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

21. Die verwendeten Medien (PowerPoint, FlipChart, Stift & Papier) trugen zum besseren Verständnis bei.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

22. Die Videobeispiele trugen zur besseren Verständlichkeit bei.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

23. Die Übungen und Rollenspiele waren hilfreich, um theoretische Lerninhalte besser anwenden zu können.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

24. Das Verhältnis von theoretischen zu praktischen Inhalten war angenehm.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

25. Das Training wurde interaktiv gestaltet.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

Leitung**26. Die Trainingsleiter waren freundlich und zuvorkommend.**

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

27. Die Trainingsleiter sprachen angemessen laut und deutlich.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

28. Die Trainingsleiter sind auf die Bedürfnisse der Teilnehmer eingegangen.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

29. Die Trainingsleiter haben für eine angenehme Atmosphäre gesorgt.

Trifft überhaupt <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend <u>nicht</u> zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

Transfer in den Alltag

30. Die Tipps helfen mir, eine Person mit Aphasie in alltäglichen Gesprächen zu unterstützen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

31. Ich fühle mich als Kommunikationscoach gut vorbereitet.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

32. Ich werde versuchen, neu Erlerntes im Alltag anzuwenden.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft überwiegend nicht zu	Trifft überwiegend zu	Trifft völlig zu

Verbesserungsvorschläge:

Gesamteindruck**33. Wie hat Ihnen das Training im Allgemeinen gefallen?**

Antwort:

34. Welche Schulnote würden Sie dem Training insgesamt geben?

1 (sehr gut)	2 (gut)	3 (befriedigend)	4 (ausreichend)	5 (mangelhaft)	6 (ungenügend)

35. Welche Inhalte waren für Sie neu?

Antwort:

36. Was hat Ihnen am besten gefallen? Was war das Wichtigste für Sie?

Antwort:

37. Was war weniger gut?

Antwort und Verbesserungsvorschläge:

38. Ihr persönliches Fazit:

***Vielen Dank
für das Ausfüllen des Fragebogens!***

8.8.2 Evaluationsbogen für Personen mit Aphasie

**ZU
YD**

Evaluationsbogen



Evaluationsbogen zur Beurteilung des Trainings

Datum: _____

Teilnehmer: _____

Anweisung:

Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffendste Aussage an.

Hierbei gilt:

 = *Trifft überhaupt nicht zu*

 = *Trifft überwiegend nicht zu*

 = *Trifft überwiegend zu*

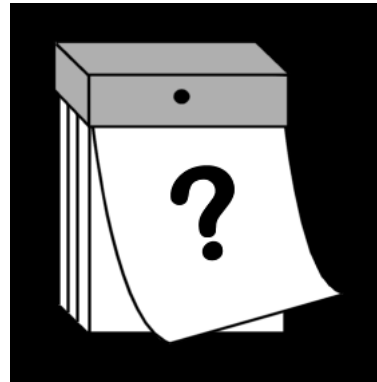
 = *Trifft völlig zu*

Beispiel:

Ich habe die Anweisung verstanden.

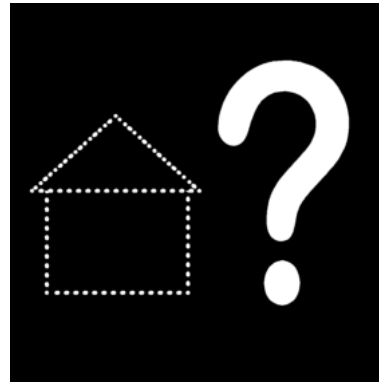
			
			

Die ausgewählten **Termine** für das Training waren **geeignet**.



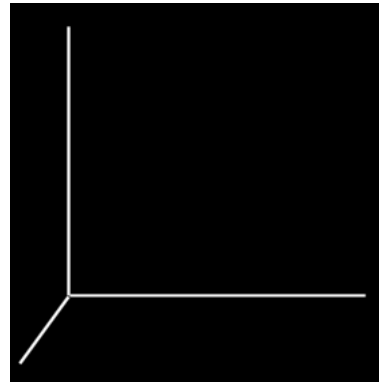
☹☹	☹	☺	☺☺

Der **Trainingsort** war für mich gut zu **erreichen**.



Die **Räumlichkeiten** vom Training waren **einladend**.



Die **Dauer** der Trainingstage war **angemessen**.



Das Training hatte **ausreichend Pausen** zur Erholung.



Es herrschte eine **angenehme Atmosphäre** während des Trainings.



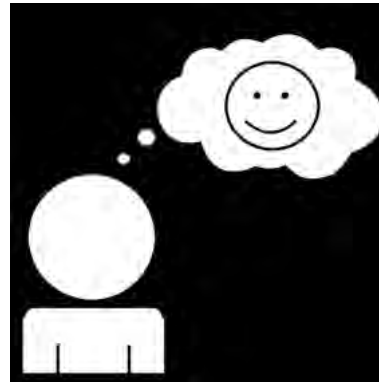
			

In der Gruppe herrschte eine **offene Atmosphäre**.



Ich habe mich in der **Gruppe** wohlfühlt.



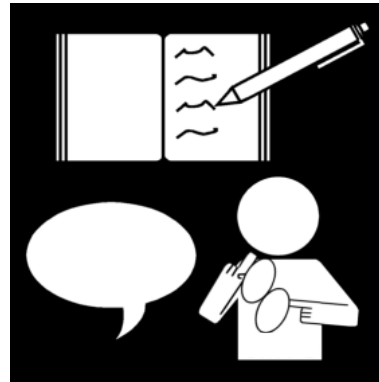
			

Ich habe durch das Training viel **Neues gelernt**.



Die **Kommunikationstipps** waren **hilfreich**.



Die vermittelten **Tipps** waren **praxisnah**.



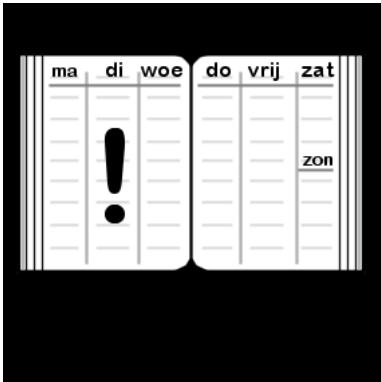
			

Das Training war **sinnvoll** und **lehrreich**.



Das Training war **gut organisiert** und **strukturiert**.



Lerninhalte wurden **verständlich** vorgetragen.



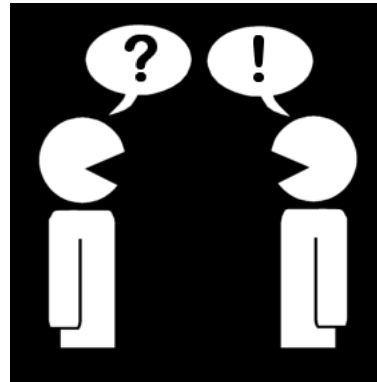
			

Es bestand **genügend Zeit** für **Fragen**.



Fragen wurden ausreichend **beantwortet**.



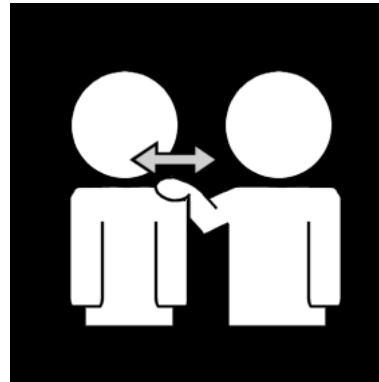
			

Die **Übungen** und **Rollenspiele** waren **hilfreich**.



Das **Training** wurde **interaktiv** gestaltet.



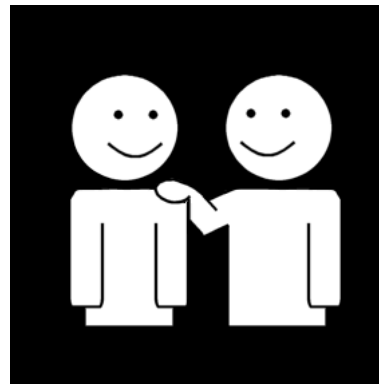
			

Die Trainingsleiter waren **freundlich** und **zuvorkommend**.



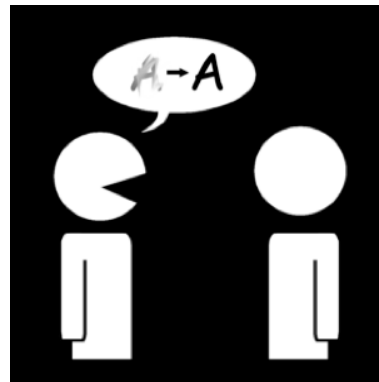
			

Die Trainingsleiter sind auf die **Bedürfnisse** der **Teilnehmer** eingegangen.



Die Trainingsleiter **sprachen** angemessen **laut** und **deutlich**.



Die Trainingsleiter haben für eine **angenehme Atmosphäre** gesorgt.



Wie hat Ihnen das **Training** im **Allgemeinen** gefallen?



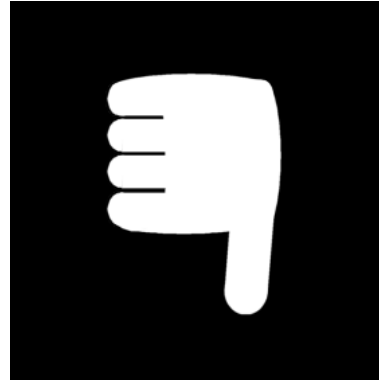
Welche **Schulnote** geben Sie dem Training insgesamt?

1 (sehr gut)	2 (gut)	3 (befriedigend)	4 (ausreichend)	5 (mangelhaft)	6 (ungenügend)

Was war das **Beste**? Was war das **Wichtigste** für Sie?



Was war **weniger** gut?



Ihr persönliches **Fazit**:



8.9 Teilnahmebescheinigung



Hogeschool Zuyd Heerlen
Faculteit Gezondheid & Techniek
Nieuw Eyckholt 300
Postbus 550
6400 AN Heerlen

Teilnahmebescheinigung

– Training zum Kommunikationscoach –

Frau/Herr hat am 24. und 31. März 2012 erfolgreich an dem „*Training zum Kommunikationscoach*“ teilgenommen.

Inhalte des Trainings:

- Vermittlung von Basiswissen zum Störungsbild der Aphasie (Ursachen, Verlauf, Symptome und Auswirkungen auf die Kommunikation im Alltag, weitere Sprach- und Sprechstörungen nach einer Hirnschädigung, neurologische und neuropsychologische Begleitstörungen)
- Vermittlung von unterstützendem Gesprächsverhalten (u.a. angenehme Gesprächssituation, Kommunikationstipps)
- Analyse verschiedener Gesprächssituationen zu unterstützendem und ungünstigem Gesprächsverhalten anhand von Videobeispielen
- Praktische Erprobung und Festigung des erlernten Gesprächsverhaltens gemeinsam mit Betroffenen

Trainingsdauer: Samstag, 24. März 2012, 9:00 – 17:00 Uhr
Samstag 31. März 2012, 9:00 – 17:00 Uhr

Trainingsleitung: Silja Kuckelkorn, Logopädiestudentin an der Hogeschool Zuyd (NL)
Sarah Reitze, Logopädiestudentin an der Hogeschool Zuyd (NL)

Aachen, 31. März 2012

.....
(Silja Kuckelkorn)

.....
(Sarah Reitze)

8.10 SPSS-Tabellen

8.10.1 Videoobservation „Reise buchen“

Statistik für den Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test – Vergleich von Vor- und Nachtest

Kommunikationscoach 1 (SS) & 2 (LS) & 3 (US)

Statistik für Test^a

	Kommunikationscoach 1_Nachtest - Kommunikationscoach 1_Vortest	Kommunikationscoach 2_Nachtest - Kommunikationscoach 2_Vortest	Kommunikationscoach 3_Nachtest - Kommunikationscoach 3_Vortest
Z	-2,236 ^b	-2,333 ^b	-2,449 ^b
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,025	,020	,014

a. Wilcoxon-Test

b. Basiert auf negativen Rängen.

8.10.2 Fragebogen „Wissensüberprüfung Aphasie“

Statistik für den Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test – Vergleich von Vor-, Nachtest und Follow-up

Kommunikationscoach 1 (SS)

Statistik für Test^a

	Kommunikationscoach 1_Nachtest - Kommunikationscoach 1_Vortest	Kommunikationscoach 1_Follow-up - Kommunikationscoach 1_Vortest	Kommunikationscoach 1_Follow-up - Kommunikationscoach 1_Nachtest
Z	-3,742 ^b	-3,500 ^b	,000 ^c
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	1,000

a. Wilcoxon-Test

b. Basiert auf negativen Rängen.

c. Die Summe der negativen Ränge ist gleich der Summe der positiven Ränge.

Kommunikationscoach 2 (IS)

Statistik für Test^a

	Kommunikationscoach 2_Nachtest - Kommunikationscoach 2_Vortest	Kommunikationscoach 2_Follow-up - Kommunikationscoach 2_Vortest	Kommunikationscoach 2_Follow-up - Kommunikationscoach 2_Nachtest
Z	-4,439 ^b	-5,191 ^b	-1,667 ^b
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,096

- a. Wilcoxon-Test
- b. Basiert auf negativen Rängen.

Kommunikationscoach 3 (FW)**Statistik für Test^a**

	Kommunikationscoach 3_Nachtest - Kommunikationscoach 3_Vortest	Kommunikationscoach 3_Follow-up - Kommunikationscoach 3_Vortest	Kommunikationscoach 3_Follow-up - Kommunikationscoach 3_Nachtest
Z	-2,887 ^b	-3,464 ^b	-1,414 ^b
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,004	,001	,157

- a. Wilcoxon-Test
- b. Basiert auf negativen Rängen.

8.10.3 Fragebogen „Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach“

Statistik für den Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test – Vergleich von Vor-, Nachtest und Follow-up

Kommunikationscoach 1 (SS)**Statistik für Test^a**

	Kommunikationscoach 1_Nachtest - Kommunikationscoach 1_Vortest	Kommunikationscoach 1_Follow-up - Kommunikationscoach 1_Vortest	Kommunikationscoach 1_Follow-up - Kommunikationscoach 1_Nachtest
Z	-2,814 ^b	-3,162 ^b	-1,000 ^c
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,005	,002	,317

- a. Wilcoxon-Test
- b. Basiert auf negativen Rängen.
- c. Basiert auf positiven Rängen.

Kommunikationscoach 2 (IS)**Statistik für Test^a**

	Kommunikationscoach 2_Nachtest - Kommunikationscoach 2_Vortest	Kommunikationscoach 2_Follow-up - Kommunikationscoach 2_Vortest	Kommunikationscoach 2_Follow-up - Kommunikationscoach 2_Nachtest
Z	-2,887 ^b	-3,000 ^b	-,447 ^c
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,004	,003	,655

- a. Wilcoxon-Test
- b. Basiert auf negativen Rängen.
- c. Basiert auf positiven Rängen.

Kommunikationscoach 3 (FW)**Statistik für Test^a**

	Kommunikationscoach 3_Nachtest - Kommunikationscoach 3_Vortest	Kommunikationscoach 3_Follow-up - Kommunikationscoach 3_Vortest	Kommunikationscoach 3_Follow-up - Kommunikationscoach 3_Nachtest
Z	-3,819 ^b	-3,500 ^b	-2,000 ^c
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,046

a. Wilcoxon-Test

b. Basiert auf negativen Rängen.

c. Basiert auf positiven Rängen.

8.10.4 Fragebogen „Wohlbefinden der Person mit Aphasie“

Statistik für den Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test – Vergleich von Vor-, Nachtest und Follow-up

Person mit Aphasie 1 (AS)**Statistik für Test^a**

	Person mit Aphasie 1_Nachtest - Person mit Aphasie 1_Vortest	Person mit Aphasie 1_Follow-up - Person mit Aphasie 1_Vortest	Person mit Aphasie 1_Follow-up - Person mit Aphasie 1_Nachtest
Z	,000 ^b	-1,414 ^c	-1,414 ^c
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	1,000	,157	,157

a. Wilcoxon-Test

b. Die Summe der negativen Ränge ist gleich der Summe der positiven Ränge.

c. Basiert auf negativen Rängen.

Person mit Aphasie 2 (LS)**Statistik für Test^a**

	Person mit Aphasie 2_Nachtest - Person mit Aphasie 2_Vortest	Person mit Aphasie 2_Follow-Up - Person mit Aphasie 2_Vortest	Person mit Aphasie 2_Follow-Up - Person mit Aphasie 2_Nachtest
Z	-,816 ^b	-1,342 ^b	-1,000 ^b
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,414	,180	,317

a. Wilcoxon-Test

b. Basiert auf negativen Rängen.

Person mit Aphasie 3 (US)**Statistik für Test^a**

	Person mit Aphasie 3_Nachtest - Person mit Aphasie 3_Vortest	Person mit Aphasie 3_Follow-Up - Person mit Aphasie 3_Vortest	Person mit Aphasie 3_Follow-Up - Person mit Aphasie 3_Nachtest
Z	-2,121 ^b	-2,333 ^b	-1,000 ^b
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,034	,020	,317

a. Wilcoxon-Test

b. Basiert auf negativen Rängen.

8.10.5 Fragebogen „Einschätzung des Kommunikationscoachs“

Statistik für den Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test – Vergleich von Vor-, Nachtest und Follow-up

Person mit Aphasie 1 (AS)**Statistik für Test^a**

	Person mit Aphasie 1_Nachtest - Person mit Aphasie 1_Vortest	Person mit Aphasie 1_Follow-up - Person mit Aphasie 1_Vortest	Person mit Aphasie 1_Follow-up - Person mit Aphasie 1_Nachtest
Z	-,966 ^b	-1,289 ^b	,000 ^c
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,334	,197	1,000

a. Wilcoxon-Test

b. Basiert auf negativen Rängen.

c. Die Summe der negativen Ränge ist gleich der Summe der positiven Ränge.

Person mit Aphasie 2 (LS)**Statistik für Test^a**

	Person mit Aphasie 2_Nachtest - Person mit Aphasie 2_Vortest	Person mit Aphasie 2_Follow-Up - Person mit Aphasie 2_Vortest	Person mit Aphasie 2_Follow-Up - Person mit Aphasie 2_Nachtest
Z	-1,342 ^b	-1,342 ^b	,000 ^c
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,180	,180	1,000

a. Wilcoxon-Test

b. Basiert auf negativen Rängen.

c. Die Summe der negativen Ränge ist gleich der Summe der positiven Ränge.

Person mit Aphasie 3 (US)

Statistik für Test^a

	Person mit Aphasie 3_Nachtest - Person mit Aphasie 3_Vortest	Person mit Aphasie 3_Follow-Up - Person mit Aphasie 3_Vortest	Person mit Aphasie 3_Follow-Up - Person mit Aphasie 3_Nachtest
Z	-2,970 ^b	-2,456 ^b	-1,732 ^c
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,003	,014	,083

a. Wilcoxon-Test

b. Basiert auf negativen Rängen.

c. Basiert auf positiven Rängen.

8.11 Häufigkeitstabellen

8.11.1 Videoobservation „Reise buchen“

Häufigkeiten – Vergleich von Vor- und Nachtest

Kommunikationscoach 1 (SS)

Kommunikationscoach 1_Vortest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	2	16,7	16,7	16,7
Gültig 1	5	41,7	41,7	58,3
2	5	41,7	41,7	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 1_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1	5	41,7	41,7	41,7
Gültig 2	6	50,0	50,0	91,7
3	1	8,3	8,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 2 (LS)

Kommunikationscoach 2_Vortest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	1	8,3	8,3	8,3
Gültig 1	5	41,7	41,7	50,0
2	5	41,7	41,7	91,7
3	1	8,3	8,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 2_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1	1	8,3	8,3	8,3
Gültig 2	9	75,0	75,0	83,3
3	2	16,7	16,7	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 3 (US)**Kommunikationscoach 3_Vortest**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2	7	58,3	58,3	58,3
Gültig 3	5	41,7	41,7	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 3_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2	1	8,3	8,3	8,3
Gültig 3	11	91,7	91,7	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

8.11.2 Fragebogen „Wissenüberprüfung Aphasie“

Häufigkeiten – Vergleich von Vor-, Nachtest und Follow-up

Kommunikationscoach 1 (SS)**Kommunikationscoach 1_Vortest**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	19	20,2	20,2	20,2
Gültig 1	75	79,8	79,8	100,0
Gesamt	94	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 1_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	5	5,3	5,3	5,3
Gültig 1	89	94,7	94,7	100,0
Gesamt	94	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 1_Follow-up

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	5	5,3	5,3	5,3
Gültig 1	89	94,7	94,7	100,0
Gesamt	94	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 2 (IS)**Kommunikationscoach 2_Vortest**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	43	45,7	45,7	45,7
Gültig 1	51	54,3	54,3	100,0
Gesamt	94	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 2_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	16	17,0	17,0	17,0
Gültig 1	78	83,0	83,0	100,0
Gesamt	94	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 2_Follow-up

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	11	11,7	11,7	11,7
Gültig 1	83	88,3	88,3	100,0
Gesamt	94	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 3 (FW)**Kommunikationscoach 3_Vortest**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	15	16,0	16,0	16,0
Gültig 1	79	84,0	84,0	100,0
Gesamt	94	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 3_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	5	5,3	5,3	5,3
Gültig 1	89	94,7	94,7	100,0
Gesamt	94	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 3_Follow-up

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	3	3,2	3,2	3,2
Gültig 1	91	96,8	96,8	100,0
Gesamt	94	100,0	100,0	

8.11.3 Fragebogen „Selbsteinschätzung als Kommunikationscoach“

Häufigkeiten – Vergleich von Vor-, Nachtest und Follow-up

Kommunikationscoach 1 (SS)

Kommunikationscoach 1_Vortest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	1	4,8	4,8	4,8
1	4	19,0	19,0	23,8
Gültig 2	10	47,6	47,6	71,4
3	6	28,6	28,6	100,0
Gesamt	21	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 1_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2	9	42,9	42,9	42,9
Gültig 3	12	57,1	57,1	100,0
Gesamt	21	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 1_Follow-up

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1	1	4,8	4,8	4,8
Gültig 2	9	42,9	42,9	47,6
3	11	52,4	52,4	100,0
Gesamt	21	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 2 (IS)

Kommunikationscoach 2_Vortest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1	7	33,3	33,3	33,3
Gültig 2	12	57,1	57,1	90,5
3	2	9,5	9,5	100,0
Gesamt	21	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 2_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1	1	4,8	4,8	4,8
Gültig 2	14	66,7	66,7	71,4
3	6	28,6	28,6	100,0
Gesamt	21	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 2_Follow-up

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1	3	14,3	14,3	14,3
Gültig 2	11	52,4	52,4	66,7
3	7	33,3	33,3	100,0
Gesamt	21	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 3 (FW)**Kommunikationscoach 3_Vortest**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1	5	23,8	23,8	23,8
Gültig 2	15	71,4	71,4	95,2
3	1	4,8	4,8	100,0
Gesamt	21	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 3_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2	7	33,3	33,3	33,3
Gültig 3	14	66,7	66,7	100,0
Gesamt	21	100,0	100,0	

Kommunikationscoach 3_Follow-up

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1	1	4,8	4,8	4,8
Gültig 2	9	42,9	42,9	47,6
3	11	52,4	52,4	100,0
Gesamt	21	100,0	100,0	

8.11.4 Videoobservation „Reise buchen“

Häufigkeiten – Vergleich Vor- und Nachtest

Person mit Aphasie 1 (AS)**Person mit Aphasie 1_Vortest**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 2	2	100,0	100,0	100,0

Person mit Aphasie 1_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 3	2	100,0	100,0	100,0

Person mit Aphasie 2 (LS)**Person mit Aphasie 2_Vortest**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 2	2	100,0	100,0	100,0

Person mit Aphasie 2_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 3	2	100,0	100,0	100,0

Person mit Aphasie 3 (US)**Person mit Aphasie 3_Vortest**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 2	2	100,0	100,0	100,0

Person mit Aphasie 3_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 3	2	100,0	100,0	100,0

8.11.5 Fragebogen „Wohlbefinden der Person mit Aphasie“

Häufigkeiten – Vergleich von Vor-, Nachtest und Follow-up

Person mit Aphasie 1 (AS)**Person mit Aphasie 1_Vortest**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1	3	37,5	37,5	37,5
Gültig 2	5	62,5	62,5	100,0
Gesamt	8	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 1_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1	3	37,5	37,5	37,5
Gültig 2	5	62,5	62,5	100,0
Gesamt	8	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 1_Follow-up

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1	2	25,0	25,0	25,0
Gültig 2	5	62,5	62,5	87,5
3	1	12,5	12,5	100,0
Gesamt	8	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 2 (LS)**Person mit Aphasie 2_Vortest**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1	1	12,5	12,5	12,5
Gültig 2	3	37,5	37,5	50,0
3	4	50,0	50,0	100,0
Gesamt	8	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 2_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2	3	37,5	37,5	37,5
Gültig 3	5	62,5	62,5	100,0
Gesamt	8	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 2_Follow-Up

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2	2	25,0	25,0	25,0
Gültig 3	6	75,0	75,0	100,0
Gesamt	8	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 3 (US)**Person mit Aphasie 3_Vortest**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1	1	12,5	12,5	12,5
Gültig 2	7	87,5	87,5	100,0
Gesamt	8	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 3_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2	3	37,5	37,5	37,5
Gültig 3	5	62,5	62,5	100,0
Gesamt	8	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 3_Follow-Up

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2	2	25,0	25,0	25,0
Gültig 3	6	75,0	75,0	100,0
Gesamt	8	100,0	100,0	

8.11.6 Fragebogen „Einschätzung des Kommunikationscoachs“

Häufigkeiten – Vergleich von Vor-, Nachtest und Follow-up

Person mit Aphasie 1 (AS)**Person mit Aphasie 1_Vortest**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	2	15,4	15,4	15,4
Gültig 2	7	53,8	53,8	69,2
3	4	30,8	30,8	100,0
Gesamt	13	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 1_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2	8	61,5	61,5	61,5
Gültig 3	5	38,5	38,5	100,0
Gesamt	13	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 1_Follow-up

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2	8	61,5	61,5	61,5
Gültig 3	5	38,5	38,5	100,0
Gesamt	13	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 2 (LS)**Person mit Aphasie 2_Vortest**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1	3	23,1	23,1	23,1
Gültig 2	6	46,2	46,2	69,2
3	4	30,8	30,8	100,0
Gesamt	13	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 2_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2	9	69,2	69,2	69,2
Gültig 3	4	30,8	30,8	100,0
Gesamt	13	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 2_Follow-Up

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2	9	69,2	69,2	69,2
Gültig 3	4	30,8	30,8	100,0
Gesamt	13	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 3 (US)**Person mit Aphasie 3_Vortest**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	1	7,7	7,7	7,7
1	1	7,7	7,7	15,4
Gültig 2	9	69,2	69,2	84,6
3	2	15,4	15,4	100,0
Gesamt	13	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 3_Nachtest

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2	1	7,7	7,7	7,7
Gültig 3	12	92,3	92,3	100,0
Gesamt	13	100,0	100,0	

Person mit Aphasie 3_Follow-Up

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2	4	30,8	30,8	30,8
Gültig 3	9	69,2	69,2	100,0
Gesamt	13	100,0	100,0	

8.12 Suchstrategie der verwendeten Artikel

Als theoretische Grundlage der Bachelorarbeit wurden unter anderem wissenschaftliche Artikel verwendet. Die Suchstrategie dieser Artikel entsprach der PICO-Methode (Huang et al., 2006; Kalf et al., 2004; Santos et al., 2007).

„PICO biedt de mogelijkheid om de zoekvraag zo te formuleren dat alle elementen van een zoekvraag in (een zoekmachine) kunnen worden opgezocht en gecombineerd.“ (Van Etten-Jamaludin & Deurenberg, 2008, S. 17)

Diese Methode (s. Tabelle A) ermöglicht also eine systematische und strukturierte Suche, abgestimmt auf die Fragestellung anhand folgender Einteilung:

Akronym	Definition (engl.)	Definition (dt.)	Beschreibung
P	Patient or problem	Patient od. Problem	Dies kann ein einzelner Patient, eine Patientengruppe mit einer bestimmten Bedingung oder ein Gesundheitsproblem
I	Intervention	Intervention	Stellt die Intervention (of interest) dar. Diese kann therapeutisch, präventiv, diagnostisch, prognostisch, administrativ oder an ökonomische Themen gebunden sein.
C	Control or Comparison	Kontrolle od. Vergleich	In der Regel wird eine Intervention mit keiner Intervention verglichen.
O	Outcome	Resultat	Erwartetes Ergebnis.

Tabelle A: Beschreibung der PICO-Strategie (nach Huang et al., 2006; Kalf et al., 2004; Santos et al., 2007).

Bei der Recherche wurden geeignete wissenschaftliche Artikel mit Hilfe verschiedener Suchmaschinen gefunden. Hauptsächlich wurden die Suchmaschinen „Medline“, „PubMed“ und „Science Direct“ verwendet. Neben der Internetrecherche wurden auch Experten nach relevanter Literatur gefragt.

Einen erweiterten Zugang zu verschiedenen Zeitschriften und wissenschaftlichen Artikeln wurde durch den Zugang über den VPN-Client zu den Abonnements der RWTH-Aachen ermöglicht. Waren die Artikel auch über diesen Zugang nicht verfügbar, wurden die Autoren der direkt angeschrieben und gefragt, uns ihren Artikel zu schicken.

Alle Artikel wurden mit der Testversion „Reference Manager 12.0“, einem Literaturverwaltungsprogramm, verwaltet.

Als erstes wurden die Suchterme isoliert in die Datenbanken eingegeben. Dadurch wurde zunächst eine allgemeine, sehr breitgefaste Suche durchgeführt. Im Laufe der Zeit wurde immer differenzierter recherchiert, um geeignete Artikel zu finden. Dies wurde durch eine Kombination der Suchbegriffe, durch die Eingabe des Wortes „AND“ erreicht.. Innerhalb der Datenbanken wurde anschließend bei den Suchbegriffen ein Unterschied gemacht zwischen normalen Treffwörtern und den „(medical) subject headings“, um unbrauchbarer Literatur so weit wie möglich vorzubeugen (Kalf, & de Beer, 2004).

Bei zu vielen Ergebnissen wurden die Treffer limitiert, indem der Publikationstyp und das Erscheinungsjahr eingrenzt worden sind.

Einige Artikel wurden darüber hinaus mit Hilfe der Funktion „related articles“ in der Datenbank PubMed gefunden.

In Tabelle B sind die wichtigsten Suchbegriffe, eingeteilt in Kategorien, wiedergegeben.

Aufgrund der vielen Resultate, wurden die gefundenen Artikel von den Studienleitern bewertet. Hierbei stand zunächst das Lesen des „Abstracts“ zentral. Weiterhin wurde versucht, die Artikel nach Möglichkeit mit Hilfe der folgenden Fragen bezüglich ihrer Qualität zu beurteilen:

- Was relevant background literature reviewed?
- Was the purpose (research question) stated clearly?
- Was the population described in detail?
- Which variables were explored? Was there an intervention? How was the intervention evaluated?
- Which instruments/ questionnaires and methodes were used?
- What were the main results?
- Was the research question answered?
- What did the study conclude?
- What were the main limitations in the study?
- What were the implications for the theory and/ or practice

Aphasie Allgemein	Partizipation/ Auswirkungen	Training/ Kommunikationstraining	Methode
– Aphasia – Definition – Chronic (al) – Recovery – stroke	– (Social) participation – ICF – Social life – Social	– Intervention – Training – Communication partner training – Spouses/ Relatives	– Qualitative research; – Study design – Pre and post design

- Classification - Taxonomy - Adults - Rehabilitation - goals	- interaction - Interpersonal relations - Impact - family	- treatment - role.play - conversation - social approach - Supported conversation - volunteer training	- PICO
---	--	---	--

Tabelle B: Übersicht der Suchbegriffe

Abschließend werden einzelne Suchbeispiele mit Angabe der verwendeten Datenbank und deren Trefferquoten in Tabelle C, Tabelle D, Tabelle E und Tabelle F dargestellt.

1. Definition

Suchterme	Datenbanken		
	PubMed	Medline	Science Direct
aphasia	12.452	11.788	26.595
definition	71.153	10.618	1.407.051
Aphasia & definition	81	8.567	6.277

Tabelle C: Suchbegriffe zum Thema „Definition“

2. Ätiologie / Verlauf Aphasie

Suchterme	Datenbanken		
	PubMed	Medline	Science Direct
aphasia	12.452	11.788	26.595
etiology	6.545.711	23.826	396.791
Cause (s)	6.703.013	532.098	3.448.183
aphasia AND etiology	5.429	8.567	6.047
aphasia AND cause(s)	5.498	1.155	13.808
Aphasia AND chronic	1140	1101	173
Aphasia AND incidence (AND adults)	597 (444)	215 (14)	139 (85)
Aphasia AND prevalence	522	131	96
Aphasia AND prevalence AND incidence	452	19	55
Aphasia AND	39	3	36

incidence AND prevalence AND chronic →			
Aphasia AND recovery AND chronic	124	117	84

Tabelle D: Suchbegriffe zum Thema „Verlauf“**3. Training**

Suchterme & Kombination	Datenbanken		
	PubMed	Medline	Science Direct
aphasia	12.452	11.788	26.595
Aphasia AND training	667	296	107
Aphasia AND training AND communication	323	80	53
Aphasia AND relatives AND training	56	5	62
Aphasia AND training AND relatives AND communication	26	3	34
Aphasia AND training AND efficacy	33	22	30

Tabelle E: Suchbegriffe zum Thema „Training“**4. Kommunikative und psychosoziale Folgen von Aphasie**

Suchterme	Datenbanken		
	PubMed	Medline	Science Direct
aphasia	12.452	11.788	26.595
Aphasia AND ICF	5	5	3
Aphasia AND (social) participation	107 (35)	100 (14)	64 (31)
Aphasia AND chronic AND participation	17	23	26
Aphasia AND chronic AND impact AND	29	15	60

Tabelle F: Suchbegriffe zum Thema „Kommunikative und psychosoziale Folgen von Aphasie“