

BACHELORARBEIT I & II

Titel der Bachelorarbeit

Kommunikation in der Tanzmedizin

Verfasser

Werner Kleinrath

angestrebter Akademischer Grad

Bachelor of Science in Health Studies (BSc)

St. Pölten, 2019

Studiengang:

Studiengang Physiotherapie

Jahrgang:

PT 16

Betreuerin / Betreuer :

Anita Kidritsch, PT, MSc

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Dieses Bachelorarbeitsthema habe ich bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

.....

Datum

.....

Unterschrift

I. Abstract

Einleitung: Aufgrund von zwei verschiedenen Fachsprachen (Tanzfachsprache/medizinische Fachsprache) kann es beim Erstgespräch zwischen den Gruppen Tänzer/in und medizinisches Fachpersonal zu Problemen in der Kommunikation kommen. Diese Sprachen zu verbinden hat für beide Gruppen Vorteile. Wenn Patient/innen sich verstanden fühlen, öffnen sie sich dem/der behandelnden Arzt/Ärztin/Therapeut/in mehr und führen Anweisungen genauer aus. Im Gegenzug dazu bleibt dem medizinischen Personal bei effektiverer Kommunikation mehr Zeit für Behandlung und Patient/innen-Information.

Methodik: Es wurden sechs Tänzerinnen für Fokusgruppen und eine Tanzpädagogin für ein Experteninterview rekrutiert. Durch ein Leitfadengestütztes Interview wurden Daten zu vorangegangenen Verletzungen und Erfahrungen mit Schmerzen und medizinischen Dienstleistungen erhoben. Anschließend wurden von den Probandinnen zuvor ausgewählte ICF-Begriffe in von ihnen genutzte Umgangssprache übersetzt. Diese Gespräche wurden aufgezeichnet und anschließend qualitativ ausgewertet.

Ergebnisse: Sechs von sieben Probandinnen waren aufgrund ihrer Verletzungen in medizinischer Behandlung. Auf die Frage nach der Kommunikation mit dem medizinischen Personal gaben fünf von sieben Probandinnen an, mit der Qualität der Kommunikation nicht zufrieden gewesen zu sein. Alle Probandinnen haben bei der Übersetzung der ICF-Begriffe sehr wenig Tanzfachbegriffe verwendet.

Schlussfolgerung: Der Hauptgrund für die Probleme in der Kommunikation ist das Gefühl nicht ernst genommen zu werden, und dass dem medizinischen Personal die besondere berufliche Stellung von Tänzern/Tänzerinnen nicht bewusst ist, und nicht das Nicht-Verstehen von Vokabeln der jeweils anderen Fachsprache.

KEYWORDS: Tänzer/in, Kommunikation, Schmerz, DRI, ICF, mICF

Abstract english

Introduction: Due to two different technical languages (dance/medical terminology), there may be problems in the initial conversation between the two groups of dancers and the medical professionals. Combining these languages has advantages for both groups. When patients feel understood, they are more likely to open up to the attending physician/therapist and are more likely to follow instruction. In return, with more effective communication, the medical staff will have more time for treatment and patient information.

Methodology: Six female dancers were recruited for focus groups and one female dance teacher for an expert interview. A guided interview collected data on previous injuries and experiences with pain and medical services. Subsequently, the subjects translated previously selected ICF terms into colloquial language used by them. These interviews were recorded and then evaluated.

Results: Six out of seven subjects were medically treated for their injuries. When asked to communicate with the medical staff, five out of seven test subjects stated that they were not satisfied with the quality of the communication. All subjects used very few dance-related terms when translating the ICF terms.

Conclusion: The main reason for the problems in communication is the feeling of not being taken seriously, and that the medical staff is unaware of the particular occupational situation of dancers, not the lack of understanding the vocabulary of the other language.

KEYWORDS: dancer, communication, pain, DRI, ICF, mICF

I. Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
1.1 DIE BESONDERE BERUFLICHE SITUATION VON TÄNZER/INNEN	2
1.2 WAS IST TANZMEDIZIN?.....	3
1.3 TÄNZER/INNEN UND SCHMERZ	3
1.4 PROPRIOZEPTION	4
1.4.1 Was ist Propriozeption?.....	4
1.4.2 Wofür brauchen wir Propriozeption?.....	4
1.5 DAS ICF MODELL.....	5
1.5.1 Überblick über das ICF Modell.....	5
1.5.2 Prinzipien des ICF	5
1.5.3 Begriffsdefinitionen	6
1.6 DIE MOBILE ICANFUNCTION (MLCF) MHEALTH SOLUTION APP.....	7
1.6.1 Was kann mICF?.....	8
1.6.2 Komponenten des mICF.....	8
1.7 ZIEL DIESER ARBEIT	9
2. METHODIK.....	10
2.1 STUDIENDESIGN UND STUDIENABLAUF	10
2.2 REKRUTIERUNG DER PROBAND/INNEN.....	10
2.3 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN	11
2.4 DATENERHEBUNG IN DER FOKUSGRUPPE UND EXPERTENINTERVIEWS	11
2.5 DIE TANZPOSITIONEN	13
2.6 MATERIAL UND MESSINSTRUMENTE	14
2.7 AUSWERTUNG DER DATEN.....	14
3. ERGEBNISSE	17
3.1 FOKUSGRUPPEN FRAGEN	17
3.2 ZUSÄTZLICHE FRAGEN AN DIE TANZPÄDAGOGIN.....	20
3.3 BESCHREIBUNG DER TANZPOSITIONEN.....	21
3.3.1 Demi-Plié, erste Position	21
3.3.2 Arme in zweiter Position	22
3.3.3 Arabesque.....	24

4. DISKUSSION.....	26
4.1 ÜBERSETZEN DER TANZPOSITIONEN	29
4.2 LIMITATIONEN	30
5. SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK	33
6. LITERATURVERZEICHNIS	35
A. ANHANG A: INFORMATIONSBLETT ZUR STUDIE	36
B. ANHANG B: PATIENTENINFORMATION.....	38
C. ANHANG C: VEREINBARUNG.....	41

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Injury experience by age group (Thomas & Tarr, 2009).....	3
Abbildung 2: Interaktionen zwischen den Ebenen des ICF (WHO, 2001).....	7
Abbildung 3: Demi-Plié, erste Position	13
Abbildung 4: Arme in zweiter Position.....	13
Abbildung 5: Arabesque.....	13
Abbildung 6 Arbeitsschritte der Inhaltsanalyse (Ramsenthaler, 2013).....	15

III. Tabellenverzeichnis

IV. Abkürzungsverzeichnis

ICF: International classification of functioning, disability and health

MVP: minimum viable product, ein Produkt, das früh auf den Markt gebracht wird, in dem Wissen, dass es noch nicht optimal ist, um durch Feedback und Lernprozesse das Produkt zu verbessern.

DRI: Dance related injury, eine Verletzung, die die Ausübung von Tanzsport als Ursache hat.

WHO: World Health Organisation, Welt-Gesundheits-Behörde

ROM: Range of Motion, das Bewegungsausmaß

Vorwort

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei all jenen Menschen bedanken, die an der Entstehung der vorliegenden Bachelorarbeit beteiligt waren, und die mich auf meinem Weg während der Ausbildung zum Physiotherapeuten an der FH St. Pölten begleiten und unterstützen.

Besonderer Dank gilt natürlich Frau Anita Kidritsch, PT, MSc, die mir trotz Familienzuwachs immer mit Rat und Tat und unglaublicher Kompetenz zur Seite gestanden ist. Die Wahl dieses Themas war mir persönlich ein großes Anliegen. Aufgrund meines persönlichen Interesses am Tanz und meiner im Rahmen eines Musical-Studiums erworbenen Tanzausbildung, sehe ich einen großen Teil meiner beruflichen Zukunft in der Zusammenarbeit mit Tänzern und Tänzerinnen. Danke Frau Kidritsch, für diese Möglichkeit!

Auch besonders möchte ich mich bei Frau Mag. Manuela Bayer, Bakk, bedanken. Als meine ehemalige Tanzlehrerin hat sie mich sowohl damals in der Ausbildung wie auch jetzt bei der Rekrutierung der Probandinnen und der Durchführung der Studie maßgeblich unterstützt. Ohne sie wären meine beruflichen Interessen heute wahrscheinlich andere!

Weiters möchte ich mich bei den Probandinnen für ihre Zeit und ihre Bereitschaft an meiner Studie mitzuwirken bedanken. Ich wünsche euch auf eurem Karriereweg noch weiterhin viel Erfolg und keine Verletzungen!

Zum Schluss möchte ich mich noch bei meiner Familie für die Unterstützung auf meinem Ausbildungsweg bedanken, ohne sie wäre ich nicht so weit gekommen. Besonders danken möchte ich an dieser Stelle auch meiner Partnerin, die mir während der Studienzeit und auch beim Schreiben dieser Arbeit immer eine große Unterstützung und Rückhalt war.

Werner Kleinrath
Wien, am 01.02.2019

1. Einleitung

In den folgenden Kapiteln wird die Aufgabe der Medizin im professionellen Bühnentanz und das Verhältnis von professionellen Tänzer/innen zu ihren Körpern und zu Schmerzen in Bezug auf ihre besondere berufliche Situation erläutert. Des Weiteren wird das ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) Modell kurz erklärt, und auf die Wichtigkeit von Propriozeption in Tanz und im alltäglichen Leben eingegangen. Abschließend wird das „mobile ICanFunction (mICF) mHealth solution“ Projekt vorgestellt.

Aufgrund von zwei „verschiedenen“ Sprachen (medizinische Fachsprache, Tanzfachsprache) kann es zu Schwierigkeiten beim Erstgespräch zwischen den Gruppen Tänzer/in und medizinischem Personal kommen.

Medizinisches Personal denkt meist auf Strukturebene, Tänzer/innen fast nur auf Aktivitätsebene, beide sollten aber auch die anderen Ebenen mitbedenken.

Wie kann man diese zwei Sprachen verbinden?

Eine gemeinsame sprachliche Basis ist wichtig für die Beziehungsarbeit zwischen Patient/in und Arzt/Ärztin. Nur wenn sich der/die Patient/in verstanden fühlt, öffnet er/sie sich, erst dann wird Vertrauen in die Entscheidungen des Arztes/der Ärztin gesetzt.

Air et al. haben herausgefunden, dass Tänzer/innen ihre Tanzpädagogen/innen als erste Anlaufstelle bei Verletzungen, die mit der Ausübung des Tanzsportes in Verbindung stehen, aufsuchen (47,5%). An zweiter Stelle stehen mit 30% Physiotherapeuten/innen und erst an dritter Stelle mit 12,5% Ärzte/innen, gleichgesetzt mit Tanzkollegen/innen. Dies ist wohl auf die sprachliche Barriere zurückzuführen. Tänzer/innen fühlen sich bei ihren Lehrer/innen besser aufgehoben und verstanden (2014)

Die selbe Studie definiert eine mit Tanzsport in Verbindung stehende Verletzung folgendermaßen: Jeglicher neuromuskuloskelettale Zustand, der den/die Tänzer/in dazu zwingt mit dem Tanzen aufzuhören, oder den Tanz an mindestens 3 aufeinanderfolgenden Tagen abzuändern (Air u. a., 2014).

Zusätzlich zeigt eine Studie (Air, 2013), dass professionelle Tänzer/innen während einer ambulanten Behandlung einen höheren Stresslevel und mehr pathopsychologische Symptome aufweisen, als andere Patient/innen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Körper das wichtigste, und oftmals auch das einzige Kapital in der Karriere eines/einer Tänzers/Tänzerin ist (Exner-Grave, 2008, S. 4). Gerade deshalb ist es wichtig, dass die Beziehung Arzt/Ärztin – Tänzer/in funktioniert, und dafür ist eine gute Kommunikation

notwendig. Patient/innen, die ihrem/ihrer Therapeuten/Therapeutin vertrauen reden mehr über ihre Verletzungen und befolgen Anweisungen des/der Therapeuten/Therapeutin genauer (Alimena & Air, 2016)

1.1 Die besondere berufliche Situation von Tänzer/innen

Ein Großteil der Arbeitsunfähigkeitszeiten von Tänzer/innen ist auf Überlastungsschäden des muskuloskelettalen Systems zurückzuführen. Hinter der Leichtigkeit auf der Bühne zu Tanzen steckt ein Spitzensport, der die persönliche Schmerzgrenze nicht selten überschreitet und auch Leiden schafft.

Professionelle Tänzer/innen unterscheiden sich durch mehrere Umstände von anderen Berufsgruppen:

- Ein früher Beginn der Tanzausbildung: Die Ausbildung beginnt in der Regel präpubertär zwischen dem sechsten und zehnten Lebensjahr. Die Ausbildung ist oft Tanzrichtungsspezifisch einseitig, das heißt, keine weiteren Sportarten oder Befreiung vom Schulsport.
- Eine im Verhältnis zur überaus langen Phase der Berufsausbildung kurze Bühnenkarriere ist charakteristisch für den Tänzer/innenberuf.
- Im Gegensatz zu anderen Berufen gibt es im Bühnentanz kaum oder keine Arbeitsmittel, die den Körper im Arbeitsprozess unterstützen. Der Körper ist also ständig und alleine der Belastung ausgesetzt (Exner-Grave, 2008, S. 3).

Des Weiteren ist der Tanz ein Beruf, in dem der/die Tänzer/in ständig das Wohl des eigenen Körpers riskiert. Im Gegensatz zu anderen Sportler/innen ist der Körper nicht nur ein Werkzeug, sondern gleichzeitig auch das Produkt. Viele Tänzer/innen sehen eine Verletzung im Laufe ihrer Karriere als unausweichlich, während nur wenige in Betracht ziehen, deswegen mit dem Tanzen aufzuhören. Eine Verletzung konfrontiert den/die Tänzer/in mit seinen/ihren Limitationen und bedroht Person, Leidenschaft und Beruf (Air, 2013).

Thomas und Tarr haben in einer Studie 2009 erhoben, dass rund 90 Prozent aller Tänzer/innen im Laufe ihrer beruflichen Laufbahn eine Verletzung erleiden (Thomas & Tarr, 2009). Die Wahrscheinlichkeit, sich zu Verletzen und mit medizinischem Personal in Kontakt zu kommen ist also sehr hoch (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Injury experience by age group (Thomas & Tarr, 2009)

Ever Been Injured?	Age Group 16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45+	Total
Yes	27 (13.2%)	46 (22.5%)	47 (23.0%)	26 (12.7%)	10 (4.9%)	11 (5.4%)	17 (8.3%)	184 (90.2%)
No	8 (3.9%)	7 (3.4%)	4 (1.5%)	1 (0.5%)	0	0	0	20 (9.8%)
Total	35 (17.2%)	53 (26.0%)	51 (25.0%)	27 (13.2%)	10 (4.9%)	11 (5.4%)	17 (8.3%)	204 (100%)

1.2 Was ist Tanzmedizin?

Die Tanzmedizin ist ein Spezialgebiet der Sportmedizin, das sich mit der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung tanzspezifischer Erkrankungen, mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit des Tänzers beschäftigt.

Die wenigsten können sich unter Tanzmedizin etwas vorstellen, meistens verbindet man irrtümlicherweise die Tanztherapie. Diese ist aber ein psychotherapeutisches Verfahren, das Bewegung nutzt, um auf emotionaler, physischer und kognitiver Ebene positive Ressourcen zu entwickeln.

Neben der Behandlung von tanzassoziierten Erkrankungen und Verletzungen ist der tanzmedizinisch erfahrene Arzt auch beratend tätig (z.B. ob körperliche Voraussetzungen zur professionellen Tanzausbildung erfüllt sind, oder Tanzunterricht Personen mit Skoliose empfohlen werden kann) (Exner-Grave, 2008, S. 43).

1.3 Tänzer/innen und Schmerz

Die International Association for the Study of Pain (IASP) definiert Schmerz folgendermaßen:

„Schmerz ist eine unangenehme sensorische und affektive Erfahrung, die mit einer tatsächlichen oder möglichen Gewebeschädigung einhergeht, oder mit diesbezüglichen Begriffen beschrieben wird („IASP Terminology - IASP“, 2017).

Für die Registrierung von Schmerz ist ein physiologisches System, das nozizeptive System zuständig. Es spürt potentiell schädigende Reize auf. Diese können chemisch, ther-

misch oder mechanisch sein. Diese Reize werden in einen neuronalen Code umgewandelt, weitergeleitet und verarbeitet (Exner-Grave, 2008, S. 157–158).

Professioneller Tanz ist eine besondere Form von Arbeit, die wegen der hohen psychophysischen Beanspruchung Überlastungsschäden und Schmerzen verursacht. Die tänzerische Laufbahn beginnt im Schnitt bereits um das zehnte Lebensjahr. Besonders im Ballett wird eine hohe Schmerztoleranz anerzogen. Daraus resultiert eine tanzkulturell verankerte Disziplinierung, die die Persönlichkeit eines/einer Tänzer/In ein Leben lang prägt (Exner-Grave, 2008, S. 157).

Empfindung und Toleranz von Schmerz sind Prozesse, die von der Psyche beeinflussbar sind. Aufgrund von intensiven Verlangen, herauszustechen, besser zu sein als andere, und dem Druck der Konkurrenz ignorieren Tänzer/innen oft Warnsignale ihres Körpers, die sie eigentlich vor weiterer Beanspruchung warnen (Solomon, Solomon, & Cerny Minton, 2005, S. 195).

1.4 Propriozeption

Verletzungen und Schmerz können die für Tänzer/innen essenzielle Propriozeption beeinflussen. Die folgenden Punkte erklären, was Propriozeption ist, und warum diese für Tänzer/innen so wichtig ist.

1.4.1 Was ist Propriozeption?

Tänzer/Innen wissen auch mit geschlossenen Augen wie sie ihre Arme in die fünfte Position bewegen, oder wie sie sich akkurat innerhalb eines Ensembles bewegen können, ohne mit anderen zusammenzustoßen. Dieses Talent der Körperwahrnehmung, das von Tänzer/innen durch Training vertieft wird, und das Wissen, wo sich der Körper im Raum befindet, nennt man Propriozeption. Hätte man keine Propriozeption, wäre man ständig in Alarmbereitschaft, man müsste ständig aktiv kontrollieren ob man auch nur die kleinste Bewegung durchführen kann (IADMS & Batson, 2008).

1.4.2 Wofür brauchen wir Propriozeption?

Propriozeption wird metaphorisch als „Sechster Sinn“ bezeichnet, der die fünf Wahrnehmungssinne erweitert. Er beinhaltet die Wahrnehmung von Muskeltonus, Anstrengung,

Körperpositionen, Gelenkstellungen und Muskellängen. Spezialisierte Nervenenden finden sich in Muskeln, Faszien, Sehnen, Bändern und Gelenken. Manche Meinungen beinhalten auch die Haut. Diese afferenten Sensoren nehmen Verformung des Gewebes, den Druck, die Geschwindigkeit einer Bewegung, Geschwindigkeitsveränderungen, Richtung der Bewegung und, wenn die Verformung extrem ist, Schmerz wahr.

Propriozeptive Reize werden über das Hinterhorn des Rückenmarks zum Gehirn weitergeleitet und im Gehirn verarbeitet. Es gibt zwei Wege der Wahrnehmung: Bewusster und unbewusster Sinn dafür, wo wir sind und wie wir uns bewegen.

Ohne diesen inneren Sinn für Timing und Genauigkeit würde es wesentlich mehr Verletzungen geben und selbst kleinste Bewegungen würden eine riesige Menge an kognitiver Energie benötigen (IADMS & Batson, 2008).

1.5 Das ICF Modell

Im Folgenden wird auf das ICF Modell der WHO näher eingegangen.

1.5.1 Überblick über das ICF Modell

Das International Classification of Function, Disability and Health (ICF) Modell ist eine Möglichkeit Funktion und Einschränkung zu beschreiben und zu organisieren. Es bietet eine gemeinsame Sprache für medizinische Berufe für die Bemessung von Gesundheit und Einschränkungen.

Das Modell wurde 2001 von der World Health Assembly (legislativ-Körper der WHO) nach ausgiebiger internationaler Testung zum Gebrauch freigegeben. (WHO, 2001).

2007 wurde ein Begleitmodell für Kinder und Jugendliche veröffentlicht.

1.5.2 Prinzipien des ICF

Universalität: Eine Klassifikation von Gesundheit und Beeinträchtigung sollte auf alle Personen in physischem, sozialem und kulturellem Kontext angewandt werden können, unabhängig von deren Gesundheitszustand.

Gleichheit und Ursachen-Neutralität: In der Klassifikation wird keine Unterscheidung der Beeinträchtigungen getroffen, wie zum Beispiel „mental“ oder „physisch“. Indem der

Fokus von der Diagnose zur Funktion verschoben wird, werden alle Gesundheitszustände auf eine Ebene gestellt, was ermöglicht, sie zu vergleichen.

Neutralität: Definitionen sind, wenn möglich, in neutraler Sprache gehalten, sodass positive und negative Aspekte dargestellt werden können.

Umwelteinflüsse: ICF inkludiert Umwelteinflüsse und deren Bedeutung auf die Funktion von Menschen. Die Einflüsse reichen von physisch (Terrain, Klima, Gebäudedesign) bis sozial (Einstellung, Gesetze). Interaktion mit Umweltfaktoren ist ein wichtiger Aspekt des Verstehens von Funktion und Beeinträchtigung (WHO, 2001).

1.5.3 Begriffsdefinitionen

Body functions /Körperfunktionen - Die physiologischen Funktionen des Körpers (inklusive psychologische Funktionen)

Body structures/Strukturen - Anatomische Teile des Körpers wie zum Beispiel Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

Impairments/Beeinträchtigung - Probleme in der Körperfunktion und -struktur wie zum Beispiel Abweichung von der Norm oder Verlust.

Activity/Aktivität - Die Ausführung einer Aufgabe oder Aktivität.

Participation/Partizipation - Teilhaben an der Lebenssituation.

Activity limitations - Schwierigkeiten beim Ausführen einer Aktivität

Participation restrictions/Partizipationseinschränkungen - Probleme einer Person am täglichen Leben teilzuhaben.

Environmental factors /Umweltfaktoren - Die physische, soziale und Haltungsverhältnisse, in der Personen leben. Diese können die Funktion positiv und negativ beeinflussen (WHO, 2001).

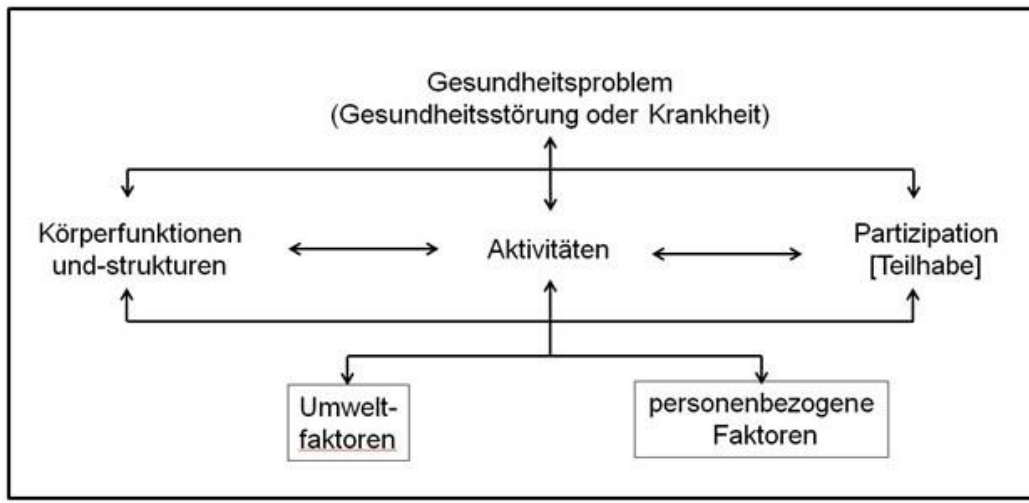


Abbildung 2: Interaktionen zwischen den Ebenen des ICF (WHO, 2001)

1.6 Die mobile ICanFunction (mICF) mHealth solution App

2014 wurde eine Partnerschaft ins Leben gerufen, um gemeinsam an der ICanFunction (mICF) mHealth solution zu arbeiten. Die mICF App ist ein mobil-fähiges Gesundheitsservice mit einer integrierten Entscheidungshilfe hinsichtlich der Behandlung. Das System soll helfen, individuelle Prognosen zu stellen, indem es große Datenmodelle auswertet. Ein Team aus neun Personen kam zusammen, um die Realisierung mithilfe verschiedener Arbeitsgruppen zu koordinieren. Diese arbeiten an: Inhaltsspezifizierung, design eines minimum viable product (MVP), technische Realisierung, Marktforschung, Verbreitung und Kommerzialisierung („WHO-FIC_Newsletter_2016“, 2016).

mICF ermöglicht es einem/einer Patient/in, potentiellern/er Nutzer/in von medizinischen Dienstleistungen, oder medizinischen Dienstleister/innen funktionale und kontextbezogene Informationen zu beziehen und zu teilen, um einen personenzentrierten bio-psycho-sozialen Ansatz für die Erbringung von Dienstleistungen zu ermöglichen und als Katalysator für gemeinsame Entscheidungsfindung, gemeinsame Zielsetzung und Kontinuität der Versorgung zu wirken. („What is mICF?“, 2016)

Es ist eine Initiative, die sich mit der personenzentrierten Erfassung und Beschreibung von Funktionen und Bedürfnissen aus der Sicht von Menschen beschäftigt, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand und ihrer Lebenssituation. Die mICF folgt konsequent der International Classification of Function, Disability and Health (ICF) und versteht Funktion und Behinderung als Interaktion zwischen einer Person und ihrer Umwelt („What is mICF?“, 2016).

1.6.1 Was kann mICF?

Service-Nutzer/innen wird ermöglicht, ihre eigenen Funktionen oder Limitationen in Bezug auf umweltbezogene Barrieren oder Hilfsmittel zu beschreiben. Die Nutzer/innen sind im Besitz ihrer Daten, und können, wenn sie das möchten, die Daten anonym mit anderen Nutzer/innen teilen und sich austauschen. Durch den Austausch mit anderen Nutzer/innen sind sie besser informiert, was einen Entscheidungsprozess hinsichtlich Behandlung und Rehabilitationsmöglichkeiten erleichtert.

Administrator/innen verfügen über anonymisierte Daten für die Analyse. Diese Daten werden dazu beitragen, die weltweite Überwachung der öffentlichen Gesundheit zu verbessern, die die Grundlage für die Entscheidungsfindung im Bereich der öffentlichen Gesundheit bildet. Es wird Entscheidungsträger/innen die Möglichkeit geben, effektiver zu führen und zu managen, indem zeitnahe, nützliche Informationen geliefert werden. („What is mICF?“, 2016)

Das Center for Disease Control stellt in seiner CDC-Vision für Public Health Surveillance im 21. Jahrhundert fest:

"Mit der zunehmenden Verfügbarkeit von klinischen, Versicherungs-, Sozial- und Umweltdatensätzen besteht die unmittelbare Herausforderung darin, die Daten in einem zugänglichen Format zu organisieren und nutzbar zu machen für Epidemiologen, Statistiker und andere, die diese Daten für die Überwachung der öffentlichen Gesundheit verwenden könnten. Bis diese Daten in einem brauchbaren Format verfügbar sind, ist eine Interpretation durch Fachexperten unmöglich und die Daten werden nicht nützlich sein." (G Savel & Foldy, 2012)

1.6.2 Komponenten des mICF

- Gesundheitsdatenbank für große Datenanalysen
- Kompatibilitätsebene mit Health Level Seven International (HL7, ist eine non-profit Organisation, die sich mit der Entwicklung von Normen und die Bereitstellung eines umfassenden Rahmens und zugehörigen Standards für den Austausch von elektronischen Gesundheitsinformationen spezialisiert hat
- Graphisches User-Interface und ein Programmier-Interface um **umgangssprachliche** Begriffe in ICF-Terminologie und umgekehrt umzuwandeln.

Diese Komponenten werden benötigt, um verschiedene Designs und Anwendungen zu ermöglichen, die von Servicenutzer/innen verwendet werden, um ICF-bezogene Daten zu übertragen.

1.7 Ziel dieser Arbeit

Hauptziel dieser Arbeit ist es, Bühnentanz-relevante Begriffe aus dem ICF-Katalog in von professionellen Tänzer/innen benutzte Sprache zu übersetzen. Die Ergebnisse können genutzt werden, um die Einsatzmöglichkeiten von Projekten wie mICF zu erweitern und weitere Personengruppen einzuschließen.

Ein weiteres Ziel der Arbeit ist es, herauszufinden, ob Probleme in der Kommunikation zwischen professionellen Tänzer/innen und medizinischem Personal auftreten, und wenn ja, wie sich diese Probleme darstellen.

Ein „Lexikon“ Medizin $\leftrightarrow$ Tanz könnte die Kommunikation zwischen Tänzer/innen und medizinischem Personal positiv beeinflussen. Dies könnte sich in einem einfacheren und verkürzten Anamnese Gespräch beim Erstkontakt äußern. Dadurch werden mehr Zeitressourcen für Behandlung und Patienten/innen-Information frei. Die Faktoren psychologischer Stress und Belastung während der Behandlung können minimiert werden. Und möglicherweise nehmen mehr Tänzer/innen mit DRI's medizinische Hilfe in Anspruch, die zuvor aus Angst oder Unsicherheit davon abgesehen haben.

2. Methodik

Im Folgenden wird der Ablauf der Studie und die dafür notwendigen Ressourcen näher erklärt. Des Weiteren wird auf die Rekrutierung der Proband/innen, die Datenerhebung und das Auswertungsverfahren eingegangen.

2.1 Studiendesign und Studienablauf

Die vorliegende Studie ist eine qualitative Studie mit Fokusgruppen und Experteninterviews. Sie wurde von einem Studenten der Fachhochschule St. Pölten durchgeführt. Die Planung fand im 4. Semester (Sommersemester 2018) statt, die Rekrutierung der Probanden/innen und die Durchführung haben im 5. Semester (Wintersemester Dezember 2018) stattgefunden. Danach fand die Auswertung der Daten und Sammeln der Ergebnisse statt.

Die Gespräche mit den Experten und Fokusgruppen wurden als Leitfadengestütztes Interview durchgeführt. Es wurde im Vorhinein ein Leitfaden für das Interview erstellt, der wichtige Aspekte des Themas und offene Fragen (zum Beispiel zu den vorausgegangenen Verletzungen und Erfahrungen mit medizinischem Personal oder Behandlungen) enthält. Dieser Leitfaden enthält ebenfalls vorab ausgewählte Begriffe aus dem ICF-Katalog, die für das Thema Tanz relevant sind. (zum Beispiel Flexion/Extension in Hüfte und Schulter) Diese wurde vom Interviewer ausführlich erklärt und die Proband/innen wurden anschließend gebeten, die besprochenen ICF Begriffe in ihre alltägliche Tanzfachsprache zu „übersetzen“.

Es wurde ein Experteninterview mit einer Profitänzerin, die aktuell Tanzunterricht gibt, und zwei Fokusgruppen mit insgesamt sechs Tänzerinnen, die fertig oder noch in Ausbildung sind, durchgeführt. Da es für die Auswertung nicht erforderlich war, welche Person welche Aussage getroffen hat, wurden die Gespräche als Tonaufnahme aufgezeichnet, um eine anschließende Auswertung zu vereinfachen.

2.2 Rekrutierung der Proband/innen

Die Rekrutierung der Proband/innen hat durch die als Expertin fungierende Tanzpädagogin mehreren Unterrichtseinheiten am Universitätssportinstitut Wien stattgefunden. Die Tanzpädagogin hat vorab das Informationsblatt und den Studienablauf per Email erhalten, und die potentiellen Proband/innen verbal aufgeklärt. Die Vereinbarung der Termine fand

telefonisch statt, die Proband/innen haben sich bereiterklärt, nach einer absolvierten Unterrichtseinheit vor Ort zu bleiben, und das Interview durchzuführen.

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen werden:

- Professionelle Tänzer/innen oder Tänzer/innen in Ausbildung
- Männer und Frauen
- Freiwillig
- Alter zwischen 18 und 50 Jahren
- Mindestens einmal in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung wegen einer mit Tanzsport in Verbindung stehender Verletzung

Ausgeschlossen werden:

- Personen, die noch nicht in Behandlung gewesen sind
- Personen mit geistiger Beeinträchtigung (die nicht in der Lage sind, die Fragen zu verstehen)

2.4 Datenerhebung in der Fokusgruppe und Experteninterviews

Da es sich bei den Proband/innen ausschließlich um Frauen handelte, wird im weiteren Verlauf diesbezüglich nicht mehr geändert werden.

Beim Termin vor Ort wurde den Probandinnen nochmal der Ablauf der Studie im Detail erläutert. Offene Fragen wurden ebenfalls im Zuge dieser Erklärung angesprochen und geklärt. Nach der freiwilligen Unterzeichnung der Einverständniserklärung begann das Leitfaden-gestützte Interview. Zur einfacheren Auswertung der Daten wurde eine Tonaufnahme mithilfe eines Mobiltelefones mitgeschnitten und anschließend in ein Textverarbeitungsprogramm transkribiert. Nachdem es für die Auswertung nicht erheblich war, welche Probandin welche Aussage getätigt hat, mussten sich die Probandinnen beim Beantworten der Fragen nicht zuvor melden oder erkenntlich machen.

Die Interviews wurden in den Tanzräumen des Universitätsportinstituts durchgeführt.

Es wurden zwei Fokusgruppen mit jeweils drei Probandinnen interviewt.

Die Tanzlehrerin wurde einzeln interviewt, um die Antworten der Schülerinnen nicht zu verfälschen.

Der Interviewer stellte die Fragen aus dem Leitfaden nacheinander den Probandinnen. Diese antworteten spontan auf die Fragen. Bei Unklarheiten oder wenn der Interviewer der Meinung war, die Antwort der Probandin war nicht ausreichend, oder vom Thema abweichend, wurden, um ein besseres Verständnis zu erlangen, weiterführende, nicht im Leitfaden angeführte Fragen gestellt.

Wenn eine Probandin nachträglich nach Beantwortung der Frage noch etwas hinzufügen wollte, war dies ohne weiteres möglich. Auch der Austausch untereinander nach Beantwortung der eigenen Fragen war möglich und erwünscht.

Im Anschluss an die Beantwortung der Fragen aus dem Leitfaden wurden den Probandinnen vom Interviewer die zuvor ausgewählten Begriffe aus dem ICF-Katalog erläutert und vorgezeigt. Die Begriffe (Flexion, Extension, Ab/Adduktion, etc.) wurden kombiniert in drei gängige Tanzpositionen/Haltungen angegeben. Die Probandinnen wurden anschließend aufgefordert, die Positionen/Haltungen in ihren eigenen Worten, als würden sie sie einem Medizinischen Angestellten erläutern, zu erklären.

Der Interviewer hat sich zusätzlich zur Tonbandaufnahme schriftliche Notizen gemacht, um die Auswertung zu erleichtern.

Der Zeitaufwand für die Proband/innen hat insgesamt in etwa 20-30 Minuten betragen.

Das Experteninterview hatte einen ähnlichen Aufbau, mit einem leicht abgeändertem Fragenkatalog Und zusätzlichen Fragen. Hier wurde besonders auf die Rolle der Pädagogen/innen als Ansprechperson bei Verletzungen von Tänzer/innen gelegt.

2.5 Die Tanzpositionen

- **Demi-Plié, erste Position:** Obere Sprunggelenke Dorsalextension + Knie Flexion + Hüfte Flexion + Hüfte Aussenrotation



Abbildung 3: Demi-Plié, erste Position

- **Arme in zweiter Position:** Schulter in Abduktion + Schulter in Innenrotation + Ellenbogen leicht in Flexion + Handgelenke leicht in Ulnaduktion



Abbildung 4: Arme in zweiter Position

- **Arabesque:** Wirbelsäule Extension + Plus Lordose + Becken ventral gekippt + Standbein in der Hüfte flektiert, das andere extendiert
Bei dieser Position liegen die unteren Extremitäten im Fokus. Die Haltung der oberen Extremitäten war nicht Teil der Fragestellung.



Abbildung 5: Arabesque

2.6 Material und Messinstrumente

Für die Erhebung der Daten waren außer einer geeigneten Räumlichkeit und einem Gerät für eine Tonaufnahme keine Materialien notwendig. Um den Zeitaufwand für die Proband/innen möglichst gering zu halten, wurde ein Raum in der Ausbildungsstätte benutzt.

2.7 Auswertung der Daten

Die erhobenen Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (siehe Punkt 2.6.1) ausgewertet und so aufbereitet, dass sie als Basis für weitere Hypothesen und Forschungsarbeiten verwendet werden können. Als Datenverarbeitungsprogramme wurde Microsoft Excel und Microsoft Word verwendet. Die aufgezeichneten Interviews wurden transkribiert. Bei der Transkription wurden die Probandinnen mit einem zuvor festgelegten Code angegeben, um die Anonymität sicherzustellen. Der Interviewer wurde als „I“ angeführt.

Anschließend wurden Kategorien gebildet, denen die Aussagen der Probandinnen zugewiesen wurden. Dann wurde das Gesagte, unter Beachtung der Erhaltung des Inhaltes, so weit wie möglich reduziert und interpretiert.

2.7.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Das Ablaufmodell der Inhaltsanalyse nach Mayring umfasst neun Schritte (siehe Abbildung 3).

1. Festlegung des Materials
2. Analyse der Entstehungssituation
3. Formale Charakteristika des Materials
4. Richtung der Analyse bestimmen
5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung
6. Bestimmung der Analysetechniken, Festlegung des konkreten Ablaufmodells
6. Bestimmung der Analysetechniken, Festlegung

des konkreten Ablaufmodells
7. Definition der Analyseeinheiten
8. Analyseschritte mittels des Kategoriensystems Zusammenfassung Explikation Strukturierung Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material
9. Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Fragestellung Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Abbildung 6 Arbeitsschritte der Inhaltsanalyse (Ramsenthaler, 2013)

Zur Bildung von Kategorien, um die Analyse durchführen zu können, stehen 3 Varianten zur Verfügung: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung.

Zusammenfassung:

Ziel der Inhaltsanalyse ist eine Reduktion des zusammengetragenen Materials, mit dem Ziel, die wesentlichen Inhalte zu erhalten. Auf der Grundlage der Fragestellung und der Literaturanalyse werden Selektionskriterien vorher definiert. Anschließend wird das

Textmaterial gelesen, um sich mit den Inhalten vertraut zu machen.

Die inhaltstragenden Textstellen werden paraphrasiert und in einem mehrstufigen Prozess in Kategorien zusammengefasst.

Die Kategorienbezeichnung ist ein Begriff oder ein Satz, der aus dem Text stammt. Werden im Folgenden Textstellen mit ähnlicher Bedeutung gefunden, werden diese der Kategorie zugeordnet. Werden inhaltlich neue Textstellen ausfindig gemacht, die nicht einer der gebildeten Kategorien zugeordnet werden können, wird eine neue Kategorie gebildet. Nachdem 10 bis 50% des Materials bearbeitet und keine neuen Kategorien mehr gebildet werden, wird das Kategoriensystem überarbeitet. Dabei wird geprüft, ob die gewählte Abstraktionsebene dem Text entspricht (ob der Inhalt zwar zusammengefasst wird, aber durch die Zusammenfassung ein zu starker Verlust der Bedeutung auftritt). Bei Verände-

rung des Kategoriensystems muss das bisher bearbeitete Material erneut durchgegangen werden.

Am Ende sollen alle Textstellen den Kategorien zugeordnet worden sein. Es folgt die Interpretation des Kategoriensystems. Die Beantwortung der Fragestellungen mit Hilfe der Kategorien und auf der Grundlage der Theorie (Ramsenthaler, 2013).

Explikation:

Die Klärung unverständlicher oder diskrepanter Textstellen durch zusätzliche Textquellen oder benachbarte Textstellen (Ramsenthaler, 2013).

Strukturierung:

Aus dem Material sollen bestimmte Aspekte oder eine bestimmte Struktur herausgefiltert werden, z.B. soll eine Typisierung vorgenommen werden. Ziel ist die Erstellung eines Kategoriensystems, in dem jede Textstelle eingeordnet wird und damit die Struktur des Materials erfasst wird (Ramsenthaler, 2013).

Die drei Verfahren schließen sich gegenseitig nicht aus. Sie können auch zusammen in einer Inhaltsanalyse verwendet werden. Welches Verfahren benutzt wird, hängt von der Reichhaltigkeit und der Art des Materials ab. (Ramsenthaler, 2013)

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die gesammelten Ergebnisse dargestellt. Die Antworten der Probandinnen werden anonymisiert wiedergegeben.

3.1 Fokusgruppen Fragen

Frage 1: Waren sie schon einmal im Zusammenhang mit der Ausübung von Tanz verletzt?

Frage 2: Wenn ja, waren sie aufgrund dieser Verletzung in medizinischer Behandlung?

Frage 3: Wie war die Kommunikation mit dem medizinischen Personal? (War es schwierig oder einfach dem med. Personal die Verletzung zu erklären?)

Frage 4: Wenn nein, haben sie sich anderswo Rat geholt? Wenn ja, wo?

Frage 5: Würden sie Hilfsmittel benutzen, um die Kommunikation mit med. Personal zu vereinfachen?

Frage 1:

Auf die Frage nach Verletzungen im Zusammenhang mit Tanz haben alle Probandinnen mit Ja geantwortet. Die Verletzungen beschränkten sich fast ausschließlich auf die unteren Extremitäten. Vier von Sieben Probandinnen waren am Knie verletzt, eine an den Hüftbeugern, eine an den Adduktoren und eine am Schienbein. Die Probandin mit Adduktorenverletzung gab zusätzlich an, wegen Skoliose in Behandlung zu sein.

Frage 2:

Sechs von Sieben Probandinnen waren aufgrund ihrer Verletzungen in medizinischer Behandlung. Die ausgewählten Anlaufstellen waren ein Sportarzt, ein Osteopath, ein Orthopäde, eine Physiotherapeutin, eine Krankenhaus-ambulanz und zwei Allgemeinmediziner.

Eine Probandin gab an, aus Angst vor einem Tanzverbot und da die Symptome nicht im Alltag bemerkbar waren, nicht in medizinischer Behandlung gewesen zu sein.

Frage 3:

Auf die Frage nach der Kommunikation mit dem medizinischen Personal gaben nur zwei Probandinnen an, zufrieden gewesen zu sein. (eine Physiotherapeutin und eine Hausärztin).

Eine Probandin gab an, die Kommunikation mit dem Sportarzt war sehr schlecht, weil dieser von Anfang an auf eine Operation fixiert war. Außerdem herrschte großes Unverständnis bei der Arbeit mit Tänzern, dass Tänzer nicht mit dem trotzdem noch über dem Durchschnitt liegendem Bewegungsausmaß zufrieden sein können, sondern ihre persönlichen 100 Prozent für ihre Arbeit brauchen.

Die Probandin mit dem Osteopathen-besuch gab an, dass zwar Interesse und Bemühen da war, aber die Kommunikation trotzdem schwierig war, da kein Tanzwissen von Seiten des Arztes da war.

Die Probandin, die zum Orthopäden gegangen ist, gab an, dass die Kommunikation sehr schlecht gewesen sei, und ihr nur Einlagen aufgrund der Skoliose verschrieben worden sind. Daraufhin hat sie sich zu einer Physiotherapeutin in Behandlung begeben. Aufgrund der Tatsache, dass die Therapeutin selbst Tänzerin ist, war die Kommunikation mit ihr sehr gut und zufriedenstellend.

Die Probandin, die in einer Ambulanz im Krankenhaus war, hat die Kommunikation als nicht zufriedenstellend beschrieben. Sie konnte zwar klarmachen, wo sie Schmerzen hatte, ihre Verletzung wurde aber bagatellisiert, und auf den Umstand, dass sie Tänzerin ist, wurde nicht eingegangen.

Die Probandin, die bei ihrer Hausärztin war, antwortete, sie sei sehr zufrieden mit der Kommunikation mit der Ärztin gewesen zu sein. Diesen Umstand schreibt die Probandin dem jungen Alter und dem frühen Abschluss des Studiums der Ärztin zu.

Eine Probandin war bei zwei Allgemeinmediziner, und bei beiden war die Kommunikation nicht zufriedenstellend. Beim ersten Besuch hinderte eine Fremdsprachen-Barriere die Kommunikation, da die Verletzung beim Studium im Ausland passiert ist und eine Kommunikation auf Englisch kaum möglich war. Der zweite Arztbesuch fand im Heimatland der Probandin statt, auch da war die Kommunikation nicht zufriedenstellend. Aufgrund einer Röntgenaufnahme wurde ihr fälschlicherweise gesagt, sie müsse aufhören zu tanzen, oder sie würde nicht mehr gehen können. Erst ein dritter, drei Jahre späterer Arztbesuch brachte mit zufriedenstellender Kommunikation eine Richtigstellung der Diagnose und nach einer Operation entsprechende Therapieerfolge.

Aufgrund der nicht zufriedenstellenden Kommunikation ist bei Vier von Sieben Probandinnen wenig bis gar kein Vertrauen in Ärzte mehr vorhanden. Bei den Probandinnen, bei denen die Kommunikation zufriedenstellend war, besteht weiterhin Vertrauen in Ärzte.

Frage 4:

Alle Probandinnen, die noch in einem Lehrer-Schüler Verhältnis stehen, haben angegeben, bei Verletzungen Rat bei ihrer/ihrem Tanzlehrer/in eingeholt zu haben, und dies auch jederzeit wieder tun würden. Zwei Probandinnen gaben an, sich Rat von Familienmitgliedern geholt zu haben, und eine Probandin hat angegeben, Anatomie-Apps für weiteren Rat zu Hilfe genommen zu haben. Eine weitere Probandin hat geantwortet, einen befreundeten Arzt um Rat gefragt zu haben.

Frage 5:

Auf die Frage, ob sie zusätzliche Hilfsmittel benutzen würden, um die Kommunikation mit medizinischem Personal zu erleichtern, haben alle Probandinnen grundsätzlich mit Ja geantwortet. Drei Probandinnen haben die Benutzung von Hilfsmitteln aber an bestimmte Voraussetzungen geknüpft.

Eine Probandin gab an, Hilfsmittel aber nur dann zu benutzen, wenn diese die aktuelle Suche im Internet ersetzen würde und genaue Eingabemöglichkeiten vorweisen würde. Eine andere Probandin sagte, sie würde Hilfsmittel benutzen, wenn die Ursache für den Schmerz bekannt ist (also ein genau zeitlich eingrenzbares traumatisches Ereignis, nicht aber bei unbestimmten Schmerzen).

Eine weitere Probandin gab an, dass sie über ausreichendes Anatomie-Wissen verfüge, Hilfsmittel aber benutzen würde, wenn es notwendig wäre.

Eine Probandin hat die Art, der Hilfsmittel, die sie benutzen würde, präzisiert. Sie würde Videos aus dem Internet, Zeichnungen oder Holzpuppen mit beweglichen Gliedern benutzen.

3.2 Zusätzliche Fragen an die Tanzpädagogin

Frage 6: Haben sie beobachten können, ob Tanzschüler/innen bei Verletzungen im Zusammenhang mit Tanzsport lieber medizinische Betreuung oder den Tanzpädagogen/in aufsuchen? Mögliche Gründe?

Frage 7: Was raten sie Schüler/innen, die mit Verletzungen zu ihnen kommen? Warum?

Frage 6:

Auf die Frage, ob sie beobachten konnte, dass Tanzschüler/innen mit in Verbindung zu Tanz stehenden Verletzungen zuerst sie, und dann den/die Mediziner/in aufsuchen, antwortete die Tanzpädagogin mit Ja. Sie sei die erste Anlaufstelle, vor allem bei akuten, im Unterricht passierten Verletzungen, aber auch um abzuklären, ob es notwendig sei, einen Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen. Aufgrund der Erfahrung der Pädagogin wollen die Schüler/innen eine Einschätzung der Schwere der Verletzung. Die Schüler/innen gehen auch aus Angst vor einem möglichen Tanzverbot von Seiten der Ärzte zuerst zur Pädagogin. Sie wollen beschwichtigt werden, die Verletzung sei nicht so schwer, um einen Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt notwendig zu machen.

Frage 7:

Bei akuten Verletzungen versucht die Tanzpädagogin, mit ihrem anatomischen und medizinischen Wissen den Schüler/innen Ratschläge und Hilfestellung zu geben (zum Beispiel Supinationstrauma kühlen). Wenn sie der Meinung ist, die Verletzung ist gravierender, wird ein Arztbesuch mit Röntgenaufnahme oder anderen bildgebenden Verfahren nahegelegt. Aufgrund schlechter persönlicher Erfahrung mit Ärzten wird aber meistens der Besuch beim Osteopathen oder Physiotherapeuten empfohlen.

3.3 Beschreibung der Tanzpositionen

Die Tanzpositionen wurden den Probandinnen wörtlich erklärt und vorgezeigt. Die Beschreibung der jeweiligen Positionen wurde zur besseren Übersicht in die einzelnen Körperabschnitte, bzw. Gelenke unterteilt. Im Folgenden wird erläutert, welche Aussagen die Probandinnen über die Stellung dieser getroffen haben.

In diesem Teil gibt es keine Antworten von Probandin 7, da diese das Gespräch vorzeitig verlassen musste.

3.3.1 Demi-Plié, erste Position

Füße divergent + Obere Sprunggelenke Dorsalextension + Knie Flexion + Hüfte Flexion + Hüfte Außenrotation

Körperabschnitt Füße:

Probandin 1: ausgehend von parallel nach außen drehen

Probandin 2: keine Angabe

Probandin 3: bleiben entspannt am Boden

Probandin 4: nicht nur die Füße drehen, sondern das ganze Bein aus der Hüfte drehen

Probandin 5: soweit auseinander, wie es natürlich geht

Probandin 6: auseinander

Kniegelenke:

Probandin 1: beugen, über die Zehenspitzen bringen

Probandin 2: soweit beugen, dass die Fersen am Boden bleiben

Probandin 3: beugen

Probandin 4: in Richtung der Zehen, nur soweit beugen, solange die Fersen am Boden bleiben

Probandin 5: über den Füßen, in die gleiche Richtung

Probandin 6: über den Zehen bleiben

Oberkörper:

Probandin 1: gerade, Hintern nicht rausstrecken

Probandin 2: Rücken gerade

Probandin 3: Oberkörper und Becken aufgerichtet

Probandin 4: gerade, runtergehen wie ein Lift

Probandin 5: nichts verändern, hinuntergehen

Probandin 6: mit geradem Rücken hinuntergehen

Hüftgelenke:

Probandin 1: Beine auswärts drehen

Probandin 2: Beine von oben ausdrehen

Probandin 3: Beine ausrotieren

Probandin 4: auswärts gedreht, soweit wie möglich

Probandin 5: keine Angabe

Probandin 6: keine Angabe

3.3.2 Arme in zweiter Position

Schulter in Abduktion + Schulter in Innenrotation + Ellenbogen leicht in Flexion + Handgelenke leicht in Ulnaduktion

Schultergelenke:

Probandin 1: als würde man einen großen Medizinball umarmen, Schultern nicht nach vorne

Probandin 2: von den Schultern eine fallende Linie bis zu den Fingerspitzen, Schultern nach unten ziehen

Probandin 3: drehen nach hinten, Nacken entspannt

Probandin 4: Arme ein bisschen unter Schulterhöhe auf die Seite abgehoben im ungefähr 90 Grad Winkel zum Oberkörper, ein bisschen vor dem Oberkörper im 45 Grad Winkel, die Schulterblätter nach unten

Probandin 5: keine Angabe

Probandin 6: Schulterblätter nach unten ziehen

Ellenbogen:

Probandin 1: höher als die Finger

Probandin 2: nicht nach unten zeigen

Probandin 3: als würde ein Wassertropfen hinunterrinnen können, Unterarm dreht gegen Oberarm

Probandin 4: nach hinten zeigen, Unterarm dagegen schrauben

Probandin 5: nach hinten gedreht, nicht durchgestreckt

Probandin 6: nach hinten, Unterarm dagegen drehen

Hände:

Probandin 1: keine Angabe

Probandin 2: keine Angabe

Probandin 3: drehen auf

Probandin 4: gegen Unterarm schrauben

Probandin 5: im Sichtbereich

Probandin 6: keine Angabe

3.3.3 Arabesque

Wirbelsäule Extension + Plus Lordose + Becken ventral gekippt + Standbein in der Hüfte flektiert, Spielbein extendiert

Oberkörper:

Probandin 1: aufrecht, obere Wirbelsäule zurückdrücken

Probandin 2: langer Bogen in der Wirbelsäule, keinen Knick, gerade bleiben

Probandin 3: kein Hohlkreuz

Probandin 4: keine extreme Lordose, sondern langen Bogen, Bauchmuskelaktivität, Wirbelsäule so lange wie möglich

Probandin 5: aufrecht

Probandin 6: aufrecht

Körperabschnitt Becken:

Probandin 1: keine Angabe

Probandin 2: nicht zu weit aufdrehen

Probandin 3: vom Standbein hochziehen

Probandin 4: nicht nach vorne kippen, Stand- und Spielbeinseite auf der gleichen Höhe

Probandin 5: nicht voll auf die Seite drehen

Probandin 6: nicht kippen

Standbein:

Probandin 1: beachten

Probandin 2: man hat ein Standbein

Probandin 3: auswärts gedreht

Probandin 4: in der Hüfte auswärts gedreht

Probandin 5: gestreckt

Probandin 6: gestreckt

Spielbein:

Probandin 1: gestreckt nach hinten raus, in der Hüfte auswärts, 90 Grad nach oben

Probandin 2: gestreckt nach hinten

Probandin 3: auswärts gedreht

Probandin 4: nach hinten abheben, Beinachse halten, in der Hüfte auswärts gedreht

Probandin 5: Fuß „Pointe“

Probandin 6: soweit wie möglich nach hinten

4. Diskussion

Mit Tänzer/innen behandelt diese Forschungsarbeit eine Berufsgruppe, bei der der Körper, beziehungsweise dessen Intaktheit von unglaublich hoher Bedeutung ist. Der Körper des/der Tänzer/in stellt oft die einzige Einnahmequelle dar, und gehört dementsprechend bei DRI's professionell versorgt und behandelt. Vorhandene Literatur und auch die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass bei über 90 Prozent der Tänzer/innen im Laufe ihrer Ausbildung oder Karriere eine DRI auftritt (Thomas & Tarr, 2009). Die Wahrscheinlichkeit, als Tänzer/in in Kontakt mit medizinischem Personal zu kommen, und der Notwendigkeit mit diesem kommunizieren zu müssen, ist sehr hoch. Ziel dieser Arbeit war es einerseits, herauszufinden, warum die Kommunikation zwischen den Gruppen professionelle Tänzer/innen und medizinisches Personal problematisch ist, und andererseits zu versuchen, Lösungsansätze (wie zum Beispiel die mICF App als Hilfsmittel) zu finden.

Aufgrund der recherchierten Literatur (Air u. a., 2014; Exner-Grave, 2008) und der persönlichen Erfahrung des Autors als ehemaliger Tänzer, war zu erwarten, dass ein hoher Anteil der Probandinnen bei DRI's, sofern es sich nicht um Frakturen oder Verletzungen handelt, die eine Ausübung des Tanzes oder Trainings verhindern, keine Medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Diese These ist widerlegt worden, nur eine von sieben Probandinnen hat aus Angst vor einem möglichen Tanzverbot, und weil die Symptome im Alltag nicht bemerkbar waren, keine medizinische Hilfe beansprucht. Alle anderen Probandinnen haben sich mit ihren DRI's in medizinische Behandlung begeben. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass der Versicherungsgrad bei Tänzern in Österreich höher, und dass medizinische Betreuung leichter zugänglich ist, als in anderen Ländern.

Was sich deutlich nach dem Interview gezeigt hat war, dass bis auf wenige Ausnahmen, die Kommunikation mit dem medizinischen Personal immer mangelhaft bewertet wurde. Dabei war es unerheblich, welche medizinische Einrichtung besucht wurde. Dies hatte viele Gründe, der Grundtenor war allerdings, dass sich die Probandinnen nicht verstanden gefühlt haben. Sie hatten den Eindruck, dass den Ärzten/innen die besondere berufliche Situation des/der Tänzer/in nicht bewusst ist. Ein Arzt begegnete einer Probandin mit Unverständnis darüber, dass sie mit ihrem, nach einer Verletzung eingeschränktem, vorhandenem ROM von 70 Prozent nicht zufrieden war. Die Begründung war, dass die persönlichen 70 Prozent der Probandin immer noch über dem Durchschnitt anderer Patienten/innen liegt. Dass Tänzer/innen aber volle 100 Prozent ihres ROM's für die Ausübung ihres Berufes benötigen, war bei der Behandlung irrelevant. Bei anderen Ärzten/innen

sind Verletzungen bagatellisiert worden, und auf den Umstand, dass die Probandinnen Tänzerinnen sind, wurde oft überhaupt nicht eingegangen.

Die zuvor erwähnte Angst vor einem Tanzverbot von Seiten der Ärzte/Ärztinnen hat sich in dieser Studie als weniger begründet gezeigt, als angenommen. Nur zwei von sieben Probandinnen wurde ein solches auferlegt, eines davon fälschlicherweise. Bei der Probandin wurde aufgrund einer Röntgenaufnahme ein massiver Knorpelschaden im Knie diagnostiziert, und ihr daraufhin nahegelegt, mit dem Tanzen aufzuhören, oder sie werde nie wieder gehen können. Die Probandin hat sich strikt an das Tanzverbot gehalten, komplett mit dem Tanzen aufgehört und ihr ganzes Leben umgestellt. Nachdem die Symptome aber mit der Zeit zurückgegangen sind, hat sie sich eine weitere Meinung eingeholt. Dieser Arzt war sich der Situation der Probandin und der Wichtigkeit des Tanzes in ihrem Leben bewusst, die Probandin fühlte sich verstanden und konnte mit dem Arzt auf einem für sie zufriedenstellendem Niveau kommunizieren. Die Diagnose wurde richtiggestellt, es wurde eine Meniskusoperation durchgeführt, und heute kann die Probandin ihrem Beruf als Tänzerin nachgehen.

Trotz der Erfahrung der guten Kommunikation mit dem später aufgesuchten Arzt und dem guten Outcome, ist, aufgrund der Erlebnisse mit schlechter Kommunikation zuvor, kein Vertrauen mehr seitens der Probandin gegenüber Ärzten/Ärztinnen vorhanden. Sie sucht lieber gleich einen/eine Physiotherapeuten/therapeutin oder einen/eine Osteopathen/Osteopathin auf. So kann mangelhafte Kommunikation auch das zukünftige Verhalten bei DRI's beeinflussen.

Das spiegelt sich auch am anderen Ende des Spektrums wieder: Bei den Probandinnen, bei denen die Kommunikation zufriedenstellend war, ist auch weiterhin Vertrauen zu dem medizinischen Personal vorhanden. Im Falle der Probandin, die bei einer Physiotherapeutin in Behandlung war, hat die Kommunikation gut funktioniert, weil die Therapeutin selbst Tänzerin ist, und über ausreichend Fachwissen verfügt.

Allgemein lässt sich auch sagen, dass die Probandinnen, bei die Kommunikation zufriedenstellend verlaufen ist, sich genauer an die Therapievorgaben gehalten haben.

Bestätigt wurden die Ergebnisse jener Studie, die ausgesagt haben, dass die erste Ansprechperson bei DRI's der/die jeweilige Tanzpädagogen/pädagoginnen ist (Air u. a., 2014). Alle sechs Probandinnen, die in einem Lehrer/Schüler Verhältnis stehen, haben ausgesagt, sich Rat bei dem/der Tanzpädagogen/pädagogin eingeholt zu haben. Das hat wohl mehrere Gründe: Zum ersten ist der/die Tanzpädagoge/pädagogin meistens vor Ort, wenn es zu einer DRI kommt, und so unmittelbar verfügbar. Weiters wollen die Schü-

ler/innen aufgrund der Erfahrung des/der Pädagogen/Pädagogin eine Einschätzung der Schwere der DRI, und erwarten sich im besten Fall Beschwichtigung, dass die DRI nicht so schwerwiegend ist, so dass ein Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt, der vielleicht ein Tanzverbot mit sich bringt, nicht notwendig ist.

Dieses Ergebnis deckt sich auch mit der Erfahrung der interviewten Tanzpädagogin. Sie sagte aus, sie sei stets die erste Anlaufstelle, vor allem bei akuten, im Unterricht passiertten DRI's. In so einem Fall versucht sie, den Schüler/innen mit ihrem vorhandenen medizinischen und anatomischen Wissen zu helfen. Wenn sie aber der Meinung ist, die DRI ist so schwerwiegend, dass eine medizinische Behandlung notwendig ist, werden die Schüler/innen in medizinische Betreuung weitergeschickt. Hier ist zu erwähnen, dass aufgrund von vorhergegangenen schlechten Erfahrungen speziell mit Ärzten/Ärztinnen und der schlechten Kommunikation, hier der Besuch bei einem/einer Osteopathen/Osteopathin oder Physiotherapeuten/therapeutin empfohlen wird, weil mit diesen Berufsgruppen positive Erfahrungen gemacht wurden.

Dies wäre ein interessanter Ausgangspunkt für weitere Studien, etwa eine Fokusgruppe mit Tanzpädagogen/pädagoginnen zum Thema: Wie verhalten sich Tanzpädagogen/pädagoginnen bei DRI's von Schüler/innen? Oder eine Erhebung des medizinischen und anatomischen Wissenstandes bei Tanzpädagogen/pädagoginnen.

Auf die Frage nach einem möglichen Hilfsmiteileinsatz haben alle Probandinnen mit Ja geantwortet. Es wurde nicht spezifisch nach der „mICF“ App gefragt, sondern, ob grundsätzlich die Bereitschaft vorhanden wäre. Genannte Hilfsmittel wären zum Beispiel Videos aus dem Internet, Holzpuppen mit beweglichen Gliedern oder Zeichnungen. Nachdem den Probandinnen die „mICF“ App erklärt wurde, haben einige Probandinnen den Gebrauch der App an bestimmte Bedingungen gebunden, wie zum Beispiel: Es muss die aktuelle Suche nach Symptomen und Verletzungen im Internet ersetzen können oder es muss genaue Eingabemöglichkeiten geben. Eine weitere wichtige Bedingung für eine Probandin war: Es muss die Ursache für den Schmerz bekannt sein, also ein genau zeitlich eingrenzbares traumatisches Ereignis. Bei chronischen oder unbestimmten Schmerzen wüsste sie nicht, wonach sie in einer App suchen sollte.

Dass eine hohe Bereitschaft zu einem möglichen Hilfsmiteileinsatz gegeben ist, und viele Probandinnen konkrete Vorstellungen haben, wie dieser aussehen könnte, zeigt, dass der Bedarf an Tools, die eine mangelhafte Kommunikation verbessern können, sehr hoch ist.

4.1 Übersetzen der Tanzpositionen

Nach dem leitfaden-gestützten Interview sind die Probandinnen gebeten worden, drei vorher ausgewählte Tanzpositionen in ihre Umgangssprache zu übersetzen. Die Positionen wurden den Probandinnen zuvor wörtlich erklärt und vorgezeigt. Zur einfacheren Gliederung wurden die Positionen in der Darstellung der Ergebnisse in einzelne Körperabschnitte und Gelenke unterteilt. Die Tanzpositionen sind den Probandinnen zuerst erklärt und dann vorgezeigt worden. Im Folgenden wird versucht, die gegebenen Antworten per Modus¹ zu einer durchschnittlichen Antwort zusammenzufassen.

1. Demi-Plié, erste Position, Beschreibung der Position mit Begriffen aus dem ICF-Katalog: Obere Sprunggelenke Dorsalextension + Knie Flexion + Hüfte Flexion + Hüfte Aussenrotation.

Diese Position wurde von den Probandinnen folgendermaßen beschrieben: Oberkörper gerade, Beine in der Hüfte auswärts drehen, Knie gebeugt und über die Zehenspitzen, die Füße auseinander.

Auffällig ist, dass weiterlaufende Gelenksbewegungen, wie die Dorsalextension im oberen Sprunggelenk und die Flexion im Hüftgelenk, nicht genannt werden. Der Fokus des/der Tänzer/in liegt auf der Flexion der Kniegelenke, die Bewegung der anliegenden Gelenke wird nicht als einzelne Gelenksbewegung gesehen, sondern als Teil der Knieflexion. Auch wird extra noch einmal die Position der Füße beschrieben, obwohl sich mit der Anweisung „Beine in der Hüfte auswärts drehen“ schon die Position der Füße ergibt. Mit „Füße auseinander“ ist also keine Verbreiterung der Standbreite gemeint, sondern eine Divergenz der Füße bei geschlossenen Fersen.

2. Arme in zweiter Position, Beschreibung der Position mit Begriffen aus dem ICF-Katalog: Schulter in Abduktion + Schulter in Innenrotation + Ellenbogen leicht in Flexion + Handgelenke leicht in Ulnaduktion.

Die Probandinnen haben diese Position wie folgt beschrieben: Schultern nach unten, Ellenbogen nach hinten drehen, Unterarm dagegen drehen.

Auf die Position der Hände ist bei den Antworten relativ wenig eingegangen worden. Drei Probandinnen haben die Hände nicht erwähnt, die anderen Antworten sind sehr unterschiedlich. Der persönlichen Erfahrung des Autors nach ist eine häufige Anweisung zu der Position der Hände „in Verlängerung des Unterarms“. Dadurch kann es sein, dass die

¹ Der Modus ist der häufigste Wert, der in einer Stichprobe vorkommt.

Handposition von den Tänzern/Tänzerinnen gedanklich mit der Position der Unterarme verbunden wird, und deshalb nicht gesondert betrachtet wird.

3. Arabesque, Beschreibung der Position mit Begriffen aus dem ICF-Katalog: Wirbelsäule Extension + Plus Lordose + Becken ventral gekippt + Standbein in der Hüfte flektiert, das Spielbein extendiert.

So haben die Probandinnen die Position beschrieben: Den Oberkörper aufrecht, das Becken nicht kippen und drehen, das Standbein gestreckt und in der Hüfte auswärts gedreht, das Spielbein in der Hüfte auswärts gedreht und gestreckt nach hinten bringen.

Bei dieser Position liegt der Fokus auf den unteren Extremitäten, nach der Stellung der oberen Extremitäten wurde nicht gefragt.

Diese Position war für die Probandinnen die am schwierigsten zu Beschreibende, sie ist die komplexeste der ausgewählten Übungen. Trotzdem hat es hier die meisten Übereinstimmungen der Antworten gegeben. Auffällig bei dieser Position war, dass mehrere Probandinnen ausgesagt haben, wenn es die Verletzung oder Bewegungseinschränkung zulässt, würden sie es bevorzugen, die Position vorzuzeigen, anstatt sie zu erklären.

Die Präferenz, Bewegungen oder Gelenksstellungen lieber vorzuzeigen, als sie zu erklären war bei fast allen Probandinnen gegeben. Eine mögliche Erklärung kann sein, dass bei dem Erlernen neuer Bewegungen oder Choreografien, das Sehen der Bewegung und das selbst Ausführen der Bewegung die zwei wichtigsten Bestandteile sind.

Weiters war bei der Übersetzung der ICF-Begriffe auffällig, dass die Probandinnen weniger Fachbegriffe aus dem Bereich Tanz verwendet haben, als zu erwarten war. Vielmehr haben sie versucht, diese zu vermeiden. Dies könnte man darauf zurückführen, dass die Probandinnen bereits die Erfahrung gemacht haben, dass die Verwendung von Tanzfachbegriffen in der Kommunikation mit medizinischem Personal zu schlechten Ergebnissen führt.

4.2 Limitationen

1. Die vorliegende Studie ist eine qualitative Studie mit dem Ziel, Hypothesen zu generieren. Da es bis dato noch sehr wenige quantitative Studien mit verwendbaren Daten zu diesem Thema gibt, gestaltete sich das recherchieren von Literatur zu diesem Thema als schwierig.

2. Da das qualitative Auswerten und Analysieren der Ergebnisse aufwändiger ist als bei quantitativen Studien, wurde die Anzahl der interviewten Proband/innen mit sieben relativ

klein gehalten. Die Validität der Ergebnisse wäre bei einer größeren Proband/innenanzahl höher, der Auswertungsaufwand würde aber das Ausmaß einer Bachelorarbeit übersteigen.

3. Weiters ist zu erwähnen, dass alle Probandinnen Unterricht bei derselben Tanzpädagogin erhalten. Die persönlichen Erfahrungen der Tanzpädagogin im Kontakt mit medizinischem Personal können auch die Schüler/innen beeinflussen. Dass sich die Pädagogin aufgrund eigener schlechter Erfahrungen selbst viel mit Anatomie und Medizin beschäftigt hat, ist keine Selbstverständlichkeit und kann nicht als Voraussetzung für alle anderen Tanzpädagogen/pädagoginnen gesehen werden. Durch ihr Wissen und ihre Vorerfahrung gibt sie im Fall einer DRI wahrscheinlich andere Ratschläge, als Pädagogen/Pädagoginnen, die andere Erfahrungen mit medizinischem Personal gemacht haben.

4. Eine weitere Limitation in Bezug auf den Umstand, dass alle Probandinnen Unterricht bei derselben Tanzpädagogin haben, ist, dass durch die Unterrichtsmethoden der Pädagogin die Wortwahl bei der Übersetzung der Begriffe aus dem ICF-Katalog sehr ähnlich war. Probandinnen, die bei unterschiedlichen Tanzpädagogen/pädagoginnen Unterricht haben, hätten sich möglicherweise für andere Begriffe entschieden.

5. Ein limitierender Faktor kann der Umstand sein, dass alle Probandinnen weiblich waren. Somit können die Ergebnisse nicht allgemein auf die ganze Gruppe der Tänzer/innen umgelegt werden. Mit Studien, die sich mit einem geschlechtsspezifischen Umgang mit Schmerz und Verletzungen auseinandergesetzt haben, wurde sich im Rahmen dieser Bachelorarbeit nicht beschäftigt.

6. Alle Probandinnen kommen aus derselben Stilrichtung, Ballett. Somit kann nur eine valide Aussage über diese Gruppe Tänzer/innen getroffen werden.

7. Die Durchführung des Interviews war als Fokusgruppe mit sechs Proband/innen geplant. Aufgrund terminlicher Verschiebungen war es notwendig, zwei Gruppen mit jeweils drei Probandinnen zu interviewen.

8. Eine Limitation könnte sein, dass die Probandinnengruppe sehr homogen war. Alle werden von derselben Tanzpädagogin unterrichtet, und alle haben ähnliche Erfahrungen mit schlechter Kommunikation gemacht. Es ist möglich, dass bei einer Gruppe mit weniger Korrelationen die Antworten anders ausgefallen wären.

9. Alle Probandinnen waren an der unteren Extremität verletzt, somit können die Ergebnisse nicht auf den ganzen Körper umgelegt werden. Möglicherweise verhalten sich Tän-

zer/innen, die sich an der oberen Extremität verletzt haben anders als ihre Kollegen mit Verletzungen an der unteren Extremität.

10. Die Probandinnen waren im Durchschnitt relativ jung. Es wäre möglich, dass Probanden/Probandinnen, ein höheres Lebensalter haben, und den Beruf schon länger ausüben, andere Antworten gegeben hätten, weil sie durch ihre Erfahrung gelernt haben, die Kommunikation positiv zu beeinflussen.

11. Eine Probandin musste aus Zeitgründen, das Interview vorzeitig verlassen. Aus diesem Grund gibt es bei den Ergebnissen der Übersetzung der ICF-Begriffe nur jeweils sechs Antworten.

12. Durch die eigenen Erfahrungen des Autors als Tänzer kann sich bei der Auswertung und Interpretation der Daten ein Confirmation-Bias (Bestätigungsfehler) eingeschlichen haben. Daten und Ergebnisse könnten so interpretiert, dass sie den eigenen Erwartungen entsprechen, und sind somit vielleicht nicht mehr objektiv.

13. Trotz korrekter Vorgehensweise können bei qualitativen Studien inhaltliche Fehlschlüsse passieren.

5. Schlussfolgerung und Ausblick

Das Hauptziel dieser Arbeit war es, zuvor ausgewählte Begriffe aus dem ICF-Katalog in von professionellen Tänzern/Tänzerinnen benutzte Sprache zu übersetzen, um mögliche Probleme in der Kommunikation mit medizinischem Personal durch die Erstellung eines Lexikons positiv zu beeinflussen. Dass diese Probleme vorhanden sind, wurde im Fragenteil der geführten Interviews deutlich bewiesen.

Die Probandinnen haben entgegen der Erwartung bei der Übersetzung sehr wenige fachspezifische Begriffe aus dem Bereich Tanz verwendet. Die Tanz-unspezifische Natur der verwendeten Begriffe und die Präferenz, Bewegungen oder Gelenksstellungen aktiv darzustellen, anstatt sie zu erklären, legt nahe, dass die Probleme in der Kommunikation mit medizinischem Personal meist nicht an dem Nicht-Verstehen des Vokabulars der jeweils anderen Fachsprache liegen, sondern vielmehr daran, dass sich Tänzer/innen von medizinischem Personal, vor allem aber von Ärzten/Ärztinnen nicht verstanden fühlen. Tänzer/innen haben den Eindruck, dass Ärzten/Ärztinnen die besondere berufliche Situation des/der Tänzers/Tänzerin nicht bewusst ist. Tanzpädagogen/pädagoginnen sind deshalb mit 47,5 Prozent die erste Anlaufstelle bei DRI's (Air u. a., 2014), weil sie den Tänzern/Tänzerinnen mit ihrer Erfahrung und dem Wissen um die besondere berufliche Situation mehr Verständnis entgegenbringen können.

Im Folgenden werden basierend auf den Ergebnissen dieser Studie Vorschläge gemacht, die weitere Studien anregen sollen, zu diesem Thema zu forschen.

- Wie in den oben angeführten Limitationen bereits erwähnt, handelte es sich bei den Probandinnen allesamt um Schülerinnen derselben Tanzpädagogin. Da die persönlichen Erfahrungen und Haltung der Pädagogin gegenüber medizinischem Personal die Probandinnen beeinflusst haben könnte, wäre es sinnvoll, eine Studie durchzuführen, bei der die Stichprobe aus Schüler/innen von unterschiedlichen Tanzpädagogen/pädagoginnen besteht.
- Da die Stichprobe nur aus weiblichen Probandinnen bestand, sollte eine Studie durchgeführt werden, die männliche und weibliche Probanden/Probandinnen untersucht, um herauszufinden, ob ein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Qualität der Kommunikation mit medizinischem Personal herrscht.
- Eine Studie, die Probanden/Probandinnen untersucht, die unterschiedliche Tanzstile ausüben, könnte helfen, die Ergebnisse auf eine größere Population umzule-

gen. Da die vorliegende Studie Probandinnen aus demselben Tanzstil untersucht hat, ist dies nur bedingt möglich.

- Die Stichprobe der vorliegenden Studie war relativ klein. Um genauere Ergebnisse zu bekommen, sollte eine Studie mit einer größeren Anzahl an Probanden/Probandinnen durchgeführt werden.
- Es sollte eine Studie durchgeführt werden, die untersucht, ob der Einsatz von Hilfsmitteln die Kommunikation positiv beeinflussen kann. Es könnte verglichen werden: Eine Interventionsgruppe, die zuvor festgelegte Hilfsmittel verwenden darf, und eine Kontrollgruppe ohne die Verwendung von Hilfsmitteln.
- Da die Tanzpädagogen/pädagoginnen die häufigste Anlaufstelle von Schüler/innen bei DRI's sind, könnten mehrere Studien durchgeführt werden, die den Wissensstand auf dem Gebiet der Anatomie und das medizinische Wissen von Tanzpädagogen/pädagoginnen erhebt. Wie viele haben eine medizinische Ausbildung? Ist es sinnvoll als Tanzpädagoge/pädagogin eine medizinische Ausbildung zu haben? Wie qualifiziert sind die Ratschläge, die von den Tanzpädagogen/pädagoginnen im Fall einer DRI gegeben werden?
- Die Probandinnen der vorliegenden Studie waren im Durchschnitt relativ jung. Es sollte eine Studie durchgeführt werden, bei der untersucht wird, ob es einen altersspezifischen Unterschied in der Qualität der Kommunikation gibt. Möglicherweise haben Tänzer/innen mit einem höheren Lebensalter bereits Strategien entwickelt, um die Kommunikation mit medizinischem Personal positiv zu beeinflussen.
- Es kann eine Studie durchgeführt werden, wie medizinisches Personal, die Kommunikation mit Tänzern/Tänzerinnen qualitativ bewerten würde. Interessant wäre die Fragestellung, ob Tänzer/Tänzerinnen als eine besondere Berufsgruppe wahrgenommen wird, und ob sie im Vergleich zu anderen Patientengruppen anders behandelt werden.

6. Literaturverzeichnis

- Air, M. E. (2013). Psychological distress among dancers seeking outpatient treatment for musculoskeletal injury. Abgerufen 7. Mai 2018, von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24069946>
- Air, M. E., Grierson, M. J., Davenport, K. L., & Krabak, B. J. (2014). Dissecting the doctor-dancer relationship: health care decision making among American collegiate dancers. *PM & R: The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 6(3), 241–249. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2013.09.001>
- Alimena, S., & Air, M. E. (2016). Trust, Satisfaction, and Confidence in Health Care Providers Among Student and Professional Dancers in France. *Medical Problems of Performing Artists*, 31(3), 166–173. <https://doi.org/10.21091/mppa.2016.3030>
- Exner-Grave, E. (2008). *Tanzmedizin - Die medizinische Versorgung professioneller Tänzer*. Schattauer.
- G Savel, T., & Foldy, S. (2012). The Role of Public Health Informatics in Enhancing Public Health Surveillance. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C. : 2002)*, 61 Suppl, 20–24.
- IADMS, & Batson, G. (2008). Propriozeption.
- IASP Terminology - IASP. (2017, Dezember 14). Abgerufen 11. Juni 2018, von <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain>
- Ramsenthaler, C. (2013). Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse“.
- Solomon, R., Solomon, J., & Cerny Minton, S. (2005). *Preventing dance injuries* (2. Aufl.). Human Kinetics.
- Thomas, H., & Tarr, J. (2009). Dancers' perceptions of pain and injury: positive and negative effects. *Journal of Dance Medicine & Science: Official Publication of the International Association for Dance Medicine & Science*, 13(2), 51–59.
- What is mICF? (2016, Februar 15). Abgerufen 13. Juni 2018, von <http://icfmobile.org/about/what-is-micf/>
- WHO. (2001). ICF-Overview.
- WHO-FIC_Newsletter_2016. (2016).

A. Anhang A: Informationsblatt zur Studie

„Kommunikation in der Tanzmedizin“

Ziel der Studie:

Ein „Lexikon“ Medizin $\leftrightarrow$ Tanz könnte die Kommunikation zwischen Tänzer/innen und medizinischem Personal positiv beeinflussen. Dies könnte sich in einem einfacheren und verkürzten Anamnese Gespräch beim Erstkontakt äußern. Dadurch werden mehr Zeitressourcen für Behandlung und Patienten/innen-Information frei. Die Faktoren psychologischer Stress und Belastung während der Behandlung können minimiert werden. Und möglicherweise nehmen mehr Tänzer/innen mit durch Tanz verursachten Verletzungen medizinische Hilfe in Anspruch, die zuvor aus Angst oder Unsicherheit davon abgesehen haben.

Ziel dieser Arbeit ist es, Bühnentanz-relevante Begriffe aus einem bestehenden Katalog mit medizinischen Fachbegriffen in von professionellen Tänzer/innen benutzte Sprache zu übersetzen.

Eingeschlossen werden:

- Professionelle Tänzer/innen oder Tänzer/innen in Ausbildung
- Männer und Frauen
- Freiwillig
- Alter zwischen 18 und 50 Jahren
- Mindestens einmal in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung wegen einer mit Tanzsport in Verbindung stehender Verletzung

Ausgeschlossen werden:

- Personen, die noch nicht in Behandlung gewesen sind
- Personen mit geistiger Beeinträchtigung (die nicht in der Lage sind, die Fragen zu verstehen)

Ort und Dauer der Studie

- Räumlichkeiten des Universitätssportinstitutes Wien
- Für die Durchführung der Studie wird pro ProbandIn mit einem Zeitausmaß von 20 min gerechnet.

Aufgabe der ProbandInnen

Sie werden gebeten, mir bezüglich meiner Forschungsfrage ein paar Fragen über Ihre Erfahrungen bezüglich der Schwierigkeiten in der Kommunikation mit medizinischem Personal zu beantworten und wie sich diese Schwierigkeiten auf Ihren Therapieverlauf auswirken. In einem Leitfaden-gestützten Interview innerhalb einer Fokusgruppe werden Ihnen Fragen zum Thema gestellt und die Antworten als Tonaufnahme mitgeschnitten. Die Dauer der Befragung wird auf 20 Minuten geschätzt.

Kontaktinformation

Name: Kleinrath Werner
E-Mail: pt161018@fhstp.ac.at
Tel.: 0699/11549944

Sonstiges

Die Antworten werden im Anschluss an das Interview qualitativ ausgewertet und interpretiert. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und für keine weiteren Zwecke verwendet. Auf Wunsch erhalten sie gerne eine Kopie meiner Bachelorarbeit.

Ich bedanke mich herzlich für Ihre Teilnahme an meiner Studie

B. Anhang B: Patienteninformation

PatientInneninformation2 und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Studie

„Kommunikation in der Tanzmedizin“

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Wir laden Sie ein an der oben genannten klinischen Studie teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen ärztlichen Gespräch.

Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Ihre medizinische Betreuung.

Klinische Studien sind notwendig, um verlässliche neue medizinische Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer klinischen Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser klinischen Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch mit Ihrem Arzt sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der klinischen Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer an dieser klinischen Studie im Klaren sind.

Zu dieser klinischen Studie, sowie zur Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1. Was ist der Zweck der klinischen Studie?

Der Zweck dieser klinischen Studie ist es, Bühnentanz-relevante Begriffe aus einem bestehenden Katalog mit medizinischen Fachbegriffen in von professionellen Tänzer/innen benutzte Sprache zu übersetzen. Die Dauer der Befragungen wird pro ProbandIn auf 20 min geschätzt.

2. Wie läuft die Studie ab?

Diese Studie wird in den Räumlichkeiten des Vienna Konservatoriums in Wien durchgeführt, und es werden insgesamt ungefähr 5-6 Personen daran teilnehmen.

Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie wird voraussichtlich 1Tag dauern.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Es werden keine zusätzlichen Maßnahmen durchgeführt, sondern lediglich Daten aufgezeichnet und ausgewertet, die im Rahmen der Befragung anfallen.

Sie werden gebeten, mir bezüglich meiner Forschungsfrage ein paar Fragen über Ihre Erfahrungen bezüglich der Schwierigkeiten in der Kommunikation mit medizinischem Personal zu beantworten und wie sich diese Schwierigkeiten auf Ihren Therapieverlauf auswirken. In einem Leitfaden-gestützten Interview innerhalb einer Fokusgruppe werden Ihnen Fragen zum Thema gestellt und die Antworten als Tonaufnahme mitgeschnitten. Die Dauer der Befragung wird auf 20 Minuten geschätzt.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Klinischen Studie?

Es ist möglich, dass Sie durch Ihre Teilnahme an dieser Studie keinen direkten Nutzen ziehen, aber möglicherweise werden künftige Patienten mit der gleichen Erkrankung von den Ergebnissen profitieren.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Nein.

5. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser klinischen Studie gesammelten Daten verwendet?

Sofern gesetzlich nicht etwas anderes vorgesehen ist, haben nur die Studienärzte und deren Mitarbeiter Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden. Diese Personen unterliegen der Schweigepflicht. Weiters können ggf. Beauftragte von in- und ausländischen Gesundheitsbehörden, der zuständigen Ethikkommission und Personen, die von Studienleiter und/oder Auftraggeber der Studie mit der Kontrolle der Datenqualität beauftragt wurden, Einsicht in diese Daten nehmen, um die Richtigkeit der Aufzeichnungen zu überprüfen. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Die Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu statistischen Zwecken und Sie werden ausnahmslos nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser klinischen Studie werden Sie nicht namentlich genannt.

Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes in der geltenden Fassung werden eingehalten.

6. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinischen Studie stehen Ihnen Ihr Studienarzt und seine Mitarbeiter gern zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Patient und Teilnehmer an dieser klinischen Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet. Sobald allgemeine Ergebnisse dieser klinischen Studie vorliegen, können Sie ebenfalls darüber informiert werden, falls Sie dieses wünschen.

Name der Kontaktperson: Kleinrath Werner

Ständig erreichbar unter: 0699/11549944

7. Einwilligungserklärung

Name des Patienten in Druckbuchstaben:

Geb.Datum: Code:

Ich habe dieses Informationsblatt gelesen und verstanden. Alle meine Fragen wurden beantwortet und ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Mit meiner persönlichen datierten Unterschrift gebe ich hiermit freiwillig mein Einverständnis, dass meine Daten gespeichert und ohne direktem Personenbezug für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass zur Überprüfung der Richtigkeit der Datenaufzeichnung Beauftragte der zuständigen Behörden und der Ethikkommission, sowie mit der Kontrolle der Datenqualität beauftragte Personen Einblick in meine personenbezogenen Krankheitsdaten nehmen dürfen.

Ich weiß, dass ich diese Zustimmungen jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten, Das Original verbleibt beim Studienarzt.

.....
(Datum und Unterschrift des Patienten)

.....
(Datum, Name und Unterschrift des verantwortlichen Arztes)

(Der Patient erhält eine unterschriebene Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt im Studienordner des Studienarztes.)

C. Anhang C: Vereinbarung

Vereinbarung Physiotherapie

Auszufüllen von dem/der Teilnehmer/in Name: Anschrift:
Auszufüllen vom Studiengang Physiotherapie Gegenstand der Vereinbarung: ☐ Projekt: ☒ Bachelorarbeit: „Kommunikation in der Tanzmedizin“ ☐ Sonstiges:
Auszufüllen vom Studiengang Physiotherapie Folgende Maßnahmen werden von den Studierenden durchgeführt: Sie werden gebeten, mir bezüglich meiner Forschungsfrage ein paar Fragen über Ihre Erfahrungen bezüglich der Schwierigkeiten in der Kommunikation mit medizinischem Personal zu beantworten und wie sich diese Schwierigkeiten auf Ihren Therapieverlauf auswirken. In einem Leitfaden-gestützten Interview innerhalb einer Fokusgruppe werden Ihnen Fragen zum Thema gestellt und die Antworten als Tonaufnahme mitgeschnitten. Die Dauer der Befragung wird auf 20 Minuten geschätzt. Ärztliche Abklärung und Freigabe notwendig? ☐ Ja ☒ Nein

Auszufüllen von dem/der Teilnehmer/in

Ich bin damit einverstanden, dass in Zusammenhang mit dieser Teilnahme gemachte Fotos oder Videos von meiner Person

☐ nicht veröffentlicht³

☐ nur anonymisiert und unter Unkenntlichmachung meines Gesichts veröffentlicht

☐ vollständig veröffentlicht

werden dürfen. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

Der/die oben angeführte Teilnehmer/in stimmt nachfolgenden, für die Teilnahme erforderlichen Bedingungen zu:

Diese Maßnahmen werden ausschließlich von Studierenden unter Aufsicht bzw. mit Rücksprache von externen BetreuerInnen oder hauptberuflich Lehrenden durchgeführt und ersetzen keine ärztliche Therapie oder Medikamente. Während der Teilnahme ist selbständig auf eine mögliche Überbelastung zu achten. Bei jeglichen Anzeichen ist sofort die Maßnahme abubrechen und der/die betreuende Studierende zu informieren.

Die Teilnahme ist freiwillig, kostenlos und erfolgt gegebenenfalls erst nach ärztlicher Abklärung und Freigabe. In diesem Fall ist dieser Vereinbarung eine Zustimmung der/des behandelnden Ärztin/Arztes beizulegen.

Die Tests werden ausschließlich von Studierenden abgewickelt, die sich noch in Ausbildung befinden. Durch die Betreuung durch hauptberuflich Lehrende ist eine professionelle Abwicklung zwar weitgehend gesichert, für unvorhersehbare Fehler aufgrund des Kenntnisstandes der Studierenden können jedoch keine verbindlichen gesundheitlichen Aussagen gemacht werden und kann die Fachhochschule St. Pölten keine Haftung übernehmen.

Alle vom Teilnehmer/von der Teilnehmerin bekanntgegebenen Informationen und Daten werden seitens der Studierenden und der FH St. Pölten vertraulich behandelt und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben, sofern dafür keine Zustimmung vorliegt.

Die Ergebnisse werden ausschließlich anonymisiert veröffentlicht.

Datum, Unterschrift

