

BACHELORARBEIT II

Titel der Bachelorarbeit

Herausforderungen der Kommunikation bei Multiple Sklerose
PatientInnen und die Möglichkeiten der Unterstützung zur
Aufrechterhaltung der Compliance

Verfasserin

Celebic Selma

angestrebter Akademischer Grad

Bachelor of Science in Health Studies (BSc)

St. Pölten, 03.02.2019

Studiengang: Studiengang Physiotherapie

Jahrgang PT 16

Betreuerin / Betreuer : Kidritsch Anita, 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 Zusammenfassung

Einleitung: Multiple Sklerose wird aufgrund des individuellen Krankheitsbildes auch die Erkrankung mit den tausend Gesichtern genannt. Betroffene leiden je nach Läsionsort an unterschiedlichen Symptomen, die von Kommunikationsproblemen, kognitiven Defiziten bis hin zu motorischen Defiziten reichen. Obwohl die Auswirkungen der Kommunikationsprobleme und kognitiven Defizite auf die Lebensqualität in zahlreichen wissenschaftlichen Artikel untersucht wurden, werden die Auswirkungen der Kommunikationsschwierigkeiten auf die Compliance während des physiotherapeutischen Prozesses unzureichend besprochen. Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es daher, die Herausforderungen der Kommunikation bei MS PatientInnen darzustellen und die Auswirkungen dieser auf die Compliance während des physiotherapeutischen Prozesses zu erläutern.

Methodik: Bei dieser Studie handelt es sich um eine qualitative empirische Studie, wobei die Datenbasis von fünf leitfadengestützte Interviews gebildet wird. Es wurden drei Multiple Sklerose PatientInnen, die sich zum Zeitpunkt des Interviews auf der EDSS-Skala 7-8 befanden, sowie zwei Physiotherapeutinnen interviewt. Die MS PatientInnen dieser Studie wurden bezüglich der Herausforderung und Schwierigkeiten bei der Kommunikation und wie sich das auf ihre Compliance beim/während des physiotherapeutischen Prozesses auswirkt, befragt. Des Weiteren wurden Physiotherapeutinnen mittels eines qualitativen leitfadengestützten Interviews, über ihre Erfahrungen mit den Herausforderungen bezüglich der Kommunikation befragt.

Ergebnisse: Das Fazit dieser Forschungsarbeit ist, dass viele Aspekte in der Behandlung von MS PatientInnen mit Kommunikationsschwierigkeiten eine Rolle spielen. Die motorische Leistung, Geduld, Sprachfähigkeit und insbesondere die Compliance können sich je nach Tagesverfassung verändern. PhysiotherapeutInnen benötigen ein hohes Maß an Empathie und Geduld um Missverständnisse, die sich aufgrund der Kommunikationsschwierigkeiten zwischen dem/der PatientIn und dem/der PhysiotherapeutIn ergeben, zu verhindern.

Schlussfolgerung: Diese Studie ist als erste Forschungsarbeit zu betrachten, die sich mit den Auswirkungen der Kommunikationsschwierigkeiten auf die Compliance der PatientInnen beschäftigt. Die Kommunikation, sowie die subjektive Wahrnehmung der PatientInnen sollten weiterhin ein bedeutungsvolles Thema wissenschaftlicher Arbeiten sein.

Keywords: Kommunikationsprobleme, Physiotherapie, Compliance, Multiple Sklerose

I Abstract

Introduction: Because of its individual disease pattern, multiple sclerosis is also called the disease with a thousand faces. Individuals suffer from different symptoms depending on the lesion site, ranging from communication problems, cognitive deficits to motor deficits. Although the impact of communication problems and cognitive deficits on quality of life has been examined in numerous scientific articles, the impact of communication difficulties on compliance during the physiotherapy process is insufficiently discussed. The aim of this bachelor thesis is therefore to present the challenges of communication in MS patients and to explain their effects on compliance during the physiotherapeutic process.

Methodology: This is a qualitative empirical study in which the data base is composed of five guided interviews. Three multiple sclerosis patients, who were on the EDSS 7-8 scale at the time of the interview, and two physiotherapists were interviewed. MS patients were asked about the challenge of communication and how these difficulties affect compliance during the physio-therapeutic process. Physiotherapists were also interviewed about their experiences of communication challenges through a qualitative guided interview.

Results: The conclusion of this research is that many aspects of the treatment of MS patients with communication difficulties play a role. Motor performance, patience, language skills and, in particular, compliance can change depending on the daily constitutional. Physiotherapists need a high level of empathy and patience to prevent any misunderstandings that arise as a result of communication difficulties between the patient and the physiotherapist

Conclusion: This study is the first research to address the impact of communication difficulties on patient compliance. The communication as well as the subjective perception of the patients should continue to be a significant topic of scientific work.

Key Words: Communication Problems, Physical therapy, Compliance, Multiple Sclerosis

II Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Systematische Literaturrecherche	2
1.2	Definition von Multiple Sklerose	3
1.2.1	EDSS Skala	3
1.2.2	Erstsymptomatik	5
1.2.3	Mögliche Symptomatik im Krankheitsverlauf	5
1.3	Was ist Kommunikation?	5
1.3.1	Interdisziplinäre Kommunikation	6
1.3.2	Herausforderung bezüglich der Kommunikation	6
1.3.3	Kommunikation des Physiotherapeuten / der Physiotherapeutin mit neurologischen PatientInnen	8
1.3.4	Unterstützung der Kommunikation	8
1.4	Definition von Compliance	9
1.5	Compliance vs. Non Compliance	9
1.6	Ziel dieser Bachelorarbeit	10
2	Methodik	11
2.1	Studiendesign und Studienablauf	11
2.2	ProbandInnen Rekrutierung	11
2.3	Material und Messinstrumente	14
2.4	Ablauf der Datenerhebung	14
2.5	Auswertungsverfahren	16
3	Ergebnisse	18
3.1	Unterstützung der Kommunikation	18
3.1.1	Körperhaltung	18
3.1.2	Geduld	18
3.2	Empathie	19
3.2.1	Hilfsmittel	20
3.3	Kommunikationsschwierigkeiten	20
3.3.1	Sprache	20
3.3.2	Gefühle	21
3.3.3	Interprofessionelle Kommunikation	21
3.4	Kognitive Defizite	23
3.4.1	Auswirkungen	23
3.4.2	Subjektive Wahrnehmung	23

3.5	Fatigue	24
3.5.1	Motorische Leistung.....	24
3.5.2	Motivation	24
3.5.3	Soziale Interaktion	25
3.5.4	Therapie	25
4	Diskussion.....	29
4.1	Unterstützung der Kommunikation	29
4.2	Kommunikationsschwierigkeiten	30
4.3	Kognitive Defizite	30
4.4	Fatigue	31
4.5	Limitationen.....	32
5	Schlussfolgerung.....	33
6	Literaturverzeichnis	34
A	Anhang: Infoblatt PhysiotherapeutIn	35
B	Anhang: Infoblatt PatientIn	37
C	Anhang: Einverständniserklärung der Fachhochschule	39
D	Anhang: Einverständniserklärung Ethikkommission.....	41
E	Anhang: Prüfbogen	45
F	Anhang: Interview 1	46
G	Anhang: Interview 2	51
H	Anhang: Interview 3	55
I	Anhang: Interview 4	56
J	Anhang: Interview 5	57

IV Abbildungsverzeichnis

- Diagramm 1:** Veranschaulicht die Hauptkategorien auf der horizontalen Achse und die dazugehörigen Unterkategorien auf der vertikalen Achse. Es wurde eine Skala von Null bis Vier erstellt, wobei Null als keine und Vier als häufigste Erwähnung definiert wird..... 22
- Diagramm 2:** Veranschaulicht die Hauptkategorien auf der horizontalen Achse und die dazugehörigen Unterkategorien auf der vertikalen Achse. Es wurde eine Skala von Null bis Drei erstellt, wobei Null als keine und Drei als häufigste Erwähnung definiert wird..... 26

III Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Einschlusskriterien des systematischen Reviews	2
Tab. 2 EDSS Skala (modifiziert nach Kurtzke, 1983).....	4
Tab. 3 Haupt- und Unterkategorien.....	17
Tab. 4 Erstellung der Haupt- und Unterkategorien.....	27

IV Abkürzungsverzeichnis

MS

Multiple Sklerose

EDSS

Expanded Disability Status Scale

ZNS

Zentralnervensystem

Vorwort

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei all jenen bedanken, die mich bei der Verfassung dieser Bachelorarbeit unterstützt haben und mir immer mit Rat und Tat beiseite standen.

Mein größter Dank gilt meiner Betreuerin Msc Frau Kidritsch Anita. Frau Kidritsch hat mir stets ausgezeichnete Ratschläge gegeben, mir auch zu später Stunde meine unzähligen Fragen beantwortet und mich immer motiviert und positiv bestärkt.

Ein weiteres Dankeschön gilt meiner Familie, meinen Freunden und meinem Freund. Diese haben mich stets während meiner Ausbildung zur Physiotherapeutin unterstützt haben und stets großes Verständnis für meine oftmals launische Stimmung hatten.

Natürlich möchte ich mich auch bei den ProbandInnen meiner Studie bedanken. Ohne deren Bereitschaft zur Teilnahme an meiner Studie, wäre dieser wissenschaftliche Beitrag nie entstanden.

Selma Celebic

St. Pölten, am 03.02.2019

1 Einleitung

Die nachfolgende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit den Herausforderungen der Kommunikation bei Multiple Sklerose (MS) PatientInnen und den Möglichkeiten der Unterstützung, um die Compliance, während des physiotherapeutischen Prozesses aufrechtzuerhalten.

Laut der internationalen Multiple Sklerose Föderation, leiden über 2.300.000 Menschen weltweit an Multiple Sklerose. Die Krankheit betrifft Frauen im Alter von 45 bis 65 Jahren, häufiger als Männer und charakterisiert sich durch chronische sowie akute Symptome die als sogenannte „Attacken“ bekannt sind (Cosh & Carslaw, 2014).

Aufgrund der vielseitigen Symptomatik der MS Erkrankung kann diese das Leben der PatientInnen sehr unterschiedlich beeinträchtigen (Dangl & Egli, 2009). Das Beschwerdebild ist von PatientIn zu PatientIn sehr unterschiedlich und reicht in muskuloskelettaler Hinsicht von motorischen, sensiblen, bis hin zu sensomotorischen Störungen. Menschen mit MS leiden häufig auch unter weiteren psychopathologischen Symptomen wie Angststörungen, bipolaren Störungen, Depressionen und Rückzug aus der Gesellschaft (Haussleiter, Brüne, & Juckel, 2009).

Im Laufe der Erkrankung kommen zusätzlich noch kognitive Störungen hinzu, die sich auf die Konzentration, die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis und auf die Motivation auswirken können (Dangl & Egli, 2009), (Rahn, Slusher, & Kaplin, 2012).

Kognitive Störungen haben immense Auswirkungen auf das Leben der PatientInnen und können sowohl das Arbeitsleben als auch die Beziehungen negativ beeinflussen. Rahn et al. (2012) geben in Ihrem Artikel an, dass Menschen mit MS bereits nach einigen Jahren nach der Diagnose frühpensioniert sind.

Betroffene mit MS können auch noch eine Reihe von Kommunikationsproblemen erfahren. Diese beinhalten sprachliche Veränderungen wie Wortfindungsstörungen, Dysarthrie und Störungen der Wortflüssigkeit. Kommunikationsprobleme sind für Menschen mit MS eine große Herausforderung, da sie in vielen sozialen Rollen eingeschränkt sind, wie zum Beispiel der Teilnahme an wichtigen Lebensfunktionen wie soziale Interaktion mit Mitmenschen, Arbeit, Haushaltsführung und Freizeitaktivitäten (Yorkston, Baylor & Amtmann., 2014).

Die Variationsbreite der Symptome beeinträchtigt die Lebensqualität der PatientInnen sowie die Compliance in der Therapie der Betroffenen stark, da sie mit viel psychischem Stress verknüpft ist. PatientInnen versuchen sich an ihre neue Realität anzupassen, je-

doch ist diese aufgrund der Variationsbreite der Symptome sehr erschwert und führt zur inneren Unruhe (Albuquerque, Geraldo, Martins, & Ribeiro, 2015).

Im vorliegenden Kapitel wird zunächst auf die Definition der Multiplen Sklerose und die Herausforderungen der Kommunikation der MS PatientInnen hingeführt. Außerdem werden die Relevanz für die Kommunikation während des physiotherapeutischen Prozesses, sowie die interprofessionelle Kommunikation erläutert. Im darauffolgenden Kapitel zwei werden die wissenschaftliche Methodik und die Herangehensweisen zur Beantwortung der Fragestellung beschrieben.

1.1 Systematische Literaturrecherche

Zu Beginn der systematischen Literaturrecherche erfolgte die Definition der Einschlusskriterien, die zur Vereinfachung der Literaturrecherche dienen sollte. Alle Einschlusskriterien sollten entweder im Text selbst oder im Abstrakt vorhanden sein. Die Suche in den medizinisch elektronischen Datenbanken umfasste hauptsächlich Pubmed, Pedro und Researchgate. Die Darstellung der verwendeten Begriffe erfolgt in der Tabelle 1.

Tab. 1 Einschlusskriterien des systematischen Reviews

	PICO Elemente
Popularity	Multiple sclerosis patients
Intervention	Challenges of communication
Comparison	Support of communication
Outcome	Compliance

Zur Auffindung relevanter Artikel wurden in der Suchleiste Synonyme mit OR verknüpft, dies führt jedoch zu einer Überschwemmung nicht relevanter Artikel. Aufgrund dessen wurden im Laufe der Recherche Ausschlusskriterien definiert, mit dem zum Schluss sechs aussagekräftige Artikel übrig blieben.

Ebenfalls wurde eine Literaturrecherche in der Bibliothek der Fachhochschule St. Pölten durchgeführt, die die Themen Multiple Sklerose und Kommunikation beinhalteten.

1.2 Definition von Multiple Sklerose

Unter Multiple Sklerose versteht man eine chronische, entzündliche und demyelinisierende Erkrankung des Zentralnervensystems (ZNS), die zur Axondegeneration und folglich zu neurologischen Funktionsverlusten führt (Halper & Holland, 2011, S.17).

Die Erkrankung ist eine Fehlfunktion des Immunsystems, bei dem Antikörper gegen körpereigene Zellen gebildet werden und somit Lymphozyten und Makrophagen die isolierenden Myelinscheiden und/oder Neurone des ZNS angreifen. Dabei entstehen Entzündungsherde, die in das umliegende Gewebe eindringen und ein Narbengewebe entstehen lassen. Die verhärteten Narben bilden eine Leitungsbarriere für die elektrischen Nervenimpulse, die zu einer verlangsamten Weiterleitung führen. Somit können Befehle aus dem ZNS nur noch zum Teil oder gar nicht mehr ausgeführt werden. Abhängig von der Lokalisation der Läsion, werden in der Folge unterschiedlichste Beeinträchtigungen hervorgerufen (Kerzendörfer et al., 2014, S.13).

1.2.1 EDSS Skala

Die Expanded Disability Status Scale (EDSS), ist das meist genutzte Instrument zur Messung von Einschränkungen der Körperstruktur und Körperfunktion von MS PatientInnen. Diese Skala soll eine schnelle Übersicht über die Einschränkungen der PatientInnen innerhalb der Funktionssysteme geben und Informationen über die Mobilität und die grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens offenlegen.

Die EDSS – Skala beinhaltet Kategorien von 0 – 10, wobei der Wert „0“ angibt, dass der/die PatientIn „keine neurologischen Defizite“ aufweist und der Wert „10“ „Tod infolge Multipler Sklerose“ bedeutet (siehe Tab. 2 EDSS Skala)

Funktionelle Systeme sind:

- Pyramidenbahn (z.B. Lähmungen)
- Hirnstamm (z.B. Sprach/Schluckstörungen)
- Blasen- und Mastdarmfunktionen (z.B. Urininkontinenz)
- Zerebrale Funktionen (z.B. Persönlichkeitsveränderung, Demenz)
- Kleinhirn (z.B. Tremor, Ataxie)
- Sensorium (z.B. Verminderung des Berührungssinns)
- Sehfunktion (z.B. Einschränkung des Gesichtsfeldes) (Kurtzke, 1983).

Tab. 2 EDSS Skala (modifiziert nach Kurtzke, 1983)

Grad	Beschreibung
0.0	Normale neurologische Untersuchung
1.0	Keine Beeinträchtigung, minimale Symptome
2.0	Minimale Beeinträchtigung
3.0	Mäßige Beeinträchtigung, voll gehfähig
4.0	Gehfähig ohne Hilfe für mindestens 500 m. Aktiv während ca. 12 Stunden pro Tag
5.0	Gehfähig für 200m; Beeinträchtigung der täglichen Aktivität
6.0	vorübergehende oder ständige Unterstützung (Stützen, Schiene) auf einer Seite erforderlich, um etwa 100m zu gehen
7.0	unfähig, mehr als 5m trotz Hilfe zu gehen; weitgehend an den Rollstuhl gebunden, bewegt Rollstuhl selbst und kann selbstständig ein- und aussteigen
8.0	weitgehend ans Bett oder einen Stuhl gebunden, Großteiles des Tages aus dem Bett, kann viele Verrichtungen selbstständig ausführen und die Arme effektiv einsetzen
9.0	Hilfloser Patient im Bett. Kann essen und kommunizieren
10.0	Tod infolge MS

1.2.2 Erstsymptomatik

- Empfindungsstörungen wie Taubheitsgefühl oder Kribbeln in Armen und Beinen,
- Sehstörungen wie Augenmuskelparesen mit Doppelbildern oder vorübergehender Sehnervenentzündung,
- vorübergehende sensomotorische Störungen mit schlaffen oder spastischen Paresen und ataktische Störungen (häufig mehr distal als proximal),
- Gleichgewichtsstörungen, Gangunsicherheit sowie Koordinationsstörungen.
(Dangl & Egli, 2009, S. 289)

1.2.3 Mögliche Symptomatik im Krankheitsverlauf

- sensomotorische Störungen: Feinmotorikstörungen, spastische oder schlaffe Paresen, Ataxie, Kraftverlust, Intentionstremor mit Koordinationsstörungen und erschwertem zielgerichtetem Greifen, Störungen der Oberflächen- oder Tiefensensibilität, Parästhesien, Hyperästhesien, gestörtes Temperaturempfinden,
- Sprachstörungen, Schluckstörungen
- Kognitive und motorische Fatigue,
- Kognitive Störungen: Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, Merkfähigkeits-, Gedächtnisstörungen, im späteren Verlauf Antriebsstörungen, Verlangsamung, Demenz (Dangl & Egli, 2009, S. 294).,
- Psychopathologische Symptome: Psychischer Stress, Depressionen, Selbstmordgedanken, Angststörungen, sozialer Rückzug (Hausleiter et al., 2009).

1.3 Was ist Kommunikation?

Auf der Welt existierten 1974 bereits 160 verschiedene Definitionen von Kommunikation, inzwischen dürften noch einige hinzugekommen sein. Um die Definition zu verdeutlichen wird in vier Schritten eine möglichst umfassende Beschreibung zusammengefasst (Elzer, 2009, S. 52 – 55).

1. Kommunikation ist ein soziales Handeln und Verhalten

Kommunikation ist ein sozialer Prozess zwischen zwei Menschen, die in einer räumlich-zeitlichen Beziehung zueinander stehen.

2. Kommunikation ist nur dann möglich, wenn mindestens zwei Personen zueinander zeitlich im Kontakt oder in einer Beziehung stehen.

Kommunikation hat das Ziel beim Gesprächspartner eine Einstellung oder Reaktion zu bewirken. Gleiches gilt für das Nichtkommunizieren, da hier eine gedankliche Kommunikation negiert wird.

3. Kommunikation ist intentional und erzielt durch eine Mitteilung eine Wirkung

Kommunikation funktioniert durch die Verwendung von Zeichen, jedoch darf der Konsens nicht abhanden kommen. Ohne Konsens ist die Kommunikation gestört und kann nicht funktionieren.

4. Kommunikation wird als soziale Interaktion definiert, die vereinbarte Zeichensysteme zur gemeinsamen Aktualisierung von Sinn verwenden

Der gemeinsame Sinn wird in der Kommunikation zwischen zwei GesprächspartnerInnen schrittweise abgestimmt. Der Sinn der Botschaft wird in sich jeweils neu erschaffen, zusammengebaut und konstruiert.

1.3.1 Interdisziplinäre Kommunikation

In den Institutionen des Gesundheitswesens ist der/die PatientIn von HelferInnen verschiedener Berufe umgeben (Medizin, Pflege, Physiotherapie, Logopädie, Psychologie). Diese arbeiten in der Diagnostik und Therapie und wirken in ihrer Gesamtheit an der Behandlung des Patienten/ der PatientIn zusammen.

Die PhysiotherapeutInnen stellen – abhängig von der Erkrankung des Patienten / der Patientin - einen wichtigen Teil der Therapiegesamtheit dar und müssen mit den anderen Gesundheitsberufen über die PatientInnen und ihr therapeutisches Handeln kommunizieren (Elzer, S. 235), da der Erfolg physiotherapeutischer Arbeit davon abhängt, wie gut die TherapeutInnen mit ihren PatientInnen, KollegInnen, ÄrztInnen, anderen Teammitgliedern kommunizieren können (Schneider, 2000 zitiert nach Elzer, 2009).

Regelmäßiger Austausch und ein respektvoller Umgang untereinander sind fördernde Faktoren einer funktionierenden interprofessionellen Zusammenarbeit. Diese zeichnet sich durch gegenseitiges Zuhören und Ernstnehmen aus (Weller, Boyd & Cumin, 2014; Zwarenstein & Reeves, 2006 zitiert nach Elzer 2009).

1.3.2 Herausforderung bezüglich der Kommunikation

Die Ausführung der Sprache wird von vielen Bereichen des Gehirns und vor allem vom Stammhirn kontrolliert. Diese Fähigkeit kann je nach Lokalisation der Entzündungsherde im Gehirn unterschiedliche Symptome auslösen, die zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Kommunikation führen kann. Die meisten Veränderungen betreffen die Sprach-

produktion und führen im Endeffekt zur Dysarthrie, die je nach Schweregrad der Erkrankung die PatientInnen unterschiedlich in ihrer Interaktionsfähigkeit beeinträchtigen und das Verstehen unmöglich machen kann (Halper & J. Holland, S. 116).

Manche MS PatientInnen haben Schwierigkeiten mit dem Wortschatz und der Interaktion mit Mitmenschen. Aufgrund der leichten Ablenkbarkeit der PatientInnen, nimmt diese Schwierigkeit zu, wenn sich diese in einem belebten oder lauten Ort befinden (Halper & Holland, S. 277).

Zu den Herausforderungen bezüglich der Kommunikation gehören auch Störungen der Artikulation, Stimmstörungen, Zittern der Stimme und die Kontrolle der Lautstärke. Jene mit kognitiver Beeinträchtigung zeigen auch:

- Wortfindungsstörung
- Weitschweifigkeit beim Sprechen
- Den Verlust der Fähigkeit, Ideen vollständig zu äußern und/oder
- Paraphasische Fehler (Ersetzung der Wörter durch Begriffe mit einer ähnlichen Bedeutung) (Halper & J. Holland, S. 276-277).

Die kognitive Dysfunktion bei Multiple Sklerose PatientInnen ist in ihrer Entwicklung sehr individuell, dabei werden Gedächtnis- und Lernstörungen sowie eine verlangsamte Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit als die häufigsten MS-bedingten kognitiven Defizite beschrieben. Das Hauptaugenmerk liegt auf der verlangsamten Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, da sie die kognitive Funktion negativ beeinflussen kann (DeLuca 2004; Henry 2006 zitiert nach Elzer, 2009).

In einer Studie von Rahn u. a. (2012) konnte gezeigt werden, dass Menschen mit MS mit leichter bis mittelschwerer kognitiver Beeinträchtigung häufig Defizite in der Kommunikation aufweisen. Diese zeigen sich bei Aufgaben mit kompromittierter Aufmerksamkeit und Leistung, die eine anhaltende Konzentrationsfähigkeit erfordert. Darüber hinaus fällt es PatientInnen schwer sich an bedeutende Informationen zur Ausführung einer Aufgabe, zu erinnern.

1.3.3 Kommunikation des Physiotherapeuten / der Physiotherapeutin mit neurologischen PatientInnen

Laut Potter et al. (2013 zitiert nach Elzer, 2009), ist eine „gute Physiotherapie“ auch wesentlich von der Fähigkeit abhängig mit PatientInnen sprechen zu können. Durch die Interaktionsfähigkeit der PhysiotherapeutInnen können die Ressourcen der PatientInnen erhöht werden und dies kann zu einem besseren Therapie Outcome führen (Gyllensten et al. 2006 zitiert nach Elzer, 2009).

Da PatientInnen mit einer neurologischen Erkrankung oftmals mit einer Vielzahl unterschiedlicher Symptome und Störungen zu kämpfen haben, die sich erheblich auf die Kommunikationsfähigkeit auswirkt, sollte die Interaktion und Kommunikation zwischen PatientInnen und PhysiotherapeutInnen im Fokus stehen. Bei PatientInnen, die an einer neurologischen Erkrankung, wie zum Beispiel Multiple Sklerose leiden, kann sowohl die verbale als auch die nonverbale Kommunikation betroffen sein. Aufgrund dessen werden PhysiotherapeutInnen für den Umgang mit PatientInnen besondere kommunikative Kompetenzen abverlangt (Elzer, 2009, S. 251).

In der Kommunikation mit MS PatientInnen, vor allem bei jenen, die an einer Sprach- und Sprechstörung leiden, sind PhysiotherapeutInnen aufgefordert diese in der Therapie zu berücksichtigen. PhysiotherapeutInnen sollten in der Lage sein aktiv zuzuhören, abzuwarten, zu beobachten und mitzudenken, sowie Überfürsorge und Mitleid vermeiden, da diese kontraproduktiv sind. Auch bei unverständlichen Äußerungen sollten sie PatientInnen geduldig zuhören, ihn/sie aussprechen lassen. Um die geäußerten Laute der PatientInnen richtig interpretieren zu können, kann zusätzliche Unterstützung von Angehörigen geholt werden. Der/die PhysiotherapeutIn sollte langsam, in kurzen, klaren Sätzen und in normaler Lautstärke sprechen (Elzer, 2009, S.252).

1.3.4 Unterstützung der Kommunikation

Um die Kommunikationsmöglichkeiten der Multiple Sklerose PatientInnen zu unterstützen, die aufgrund der fortschreitenden Erkrankung an Sprachstörungen, wie der Dysarthrie, leiden, stehen auch nonverbale Kommunikationsmittel wie Gestik, Mimik oder das Zeigen von Bildtafeln zur Verfügung. Für PatientInnen, die die Sprache verstehen können, gibt es auch tragbare elektronische Kommunikationshilfen (Talker), Buchstabentafeln oder das vereinbaren von Zeichen als Kommunikationsmittel (Elzer, 2009, S. 252).

1.4 Definition von Compliance

Compliance hat in der literarischen Welt viele Bedeutungen, zum einen beschreibt Frank et al. (1992 zitiert nach Schäfer C., 2017) sie als das Ausmaß, in dem ein/e PatientIn seine Medikation, die vom Arzt/Ärztin verschrieben wurde, einnimmt. Zum anderen beschreibt Pschyrembel (2015 zitiert nach Schäfer C., 2017) Compliance als die Bereitschaft eines/einer PatientIn zur Zusammenarbeit mit dem Arzt bzw. zur Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Die wortwörtliche Übersetzung aus dem Englischen bedeutet Einhaltung, Erfüllung, Befolgung, Gefügigkeit und Fügsamkeit.

Eine eindeutige Definition von Compliance ist nicht vorhanden, da die vorgestellten Begriffsbestimmungen auf eine Zweideutigkeit des Begriffes hindeuten. Compliance kann als Einverständnis über das Verhalten des/der PatientIn in Bezug auf die anstehende Therapie, zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn verstanden werden und als einseitiges, autoritäres, am Willen des/der Arztes/Ärztin orientiertes PatientInnenverhalten (Meyer C., 2005, S.12 zitiert nach Schäfer C., 2017).

Neben der Compliance wird auch die Non-Compliance in der Literatur definiert. Heuer H.O., & Heuer S.H., (1999 zitiert nach Schäfer C., 2017) beschreiben die Non-Compliance als ein Fehlverhalten, Versagen oder Verschulden des/der PatientIn durch das Abweichen von einer verordneten Therapie. Jedoch leitet sich fortwährend Kritik an dem Wort ab, da die Eigenständigkeit des/der PatientIn bei seinen Entscheidungen kaum berücksichtigt wird und er/sie als sündiger PatientIn einhergeht.

1.5 Compliance vs. Non Compliance

Frank et al. (2013 zitiert nach Schäfer C., 2017) bezeichnen in ihrem Artikel die Non-Compliance als Verhaltensweisen wie das Auslassen von Arzt- und/oder Physiotherapieterminen, die schlechte oder mangelnde Teilnahme an Gesundheitsprogrammen, die unregelmäßige Medikamenteneinnahme und die Nichteinhaltung von Diäten, dabei kann sich die unzureichende Motivation auf den/die PatientIn als auch auf den/die Arzt/Ärztin beziehen und bewusst oder unbewusst verlaufen.

Zur Übereinstimmung zwischen dem tatsächlichen PatientInnenverhalten und dem idealen Therapieplan lassen sich drei Stufen unterscheiden:

- Compliance: PatientInnenverhalten mit einem Befolgungsgrad von 80% □ der/die „ideale“ PatientIn
- Partielle-Compliance: PatientInnenverhalten mit einem Befolgungsgrad von 20-80% → deutliche Abweichung des Gesamttherapieverhalten des/der PatientIn von der vereinbarten Therapielinie
- Non-Compliance: Patientenverhalten mit einem Befolgungsgrad unter 20% □ der/die „non-compliant“ PatientIn

1.6 Ziel dieser Bachelorarbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden mit welchen Herausforderungen in der Kommunikation PatientInnen mit Multipler Sklerose konfrontiert sind und welche Möglichkeiten aktuell bestehen diese während des Therapieprozesses zu unterstützen um die Compliance aufrechtzuerhalten. Ebenfalls soll aufgezeigt werden, wie sich Missverständnisse zwischen PhysiotherapeutIn und PatientIn auf die interprofessionelle Kommunikation auswirkt.

Somit ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Wie wirken sich die Möglichkeiten der Unterstützung bezüglich der Kommunikation auf die Compliance der PatientInnen während dem physiotherapeutischen Prozess aus?

2 Methodik

Im folgenden Kapitel werden die Methodik dieser Bachelorarbeit, Feldzugang und Datenquellen sowie die Herangehensweise zur Beantwortung der Fragestellung beschrieben und der Prozess bis zur Inhaltsanalyse erläutert.

2.1 Studiendesign und Studienablauf

Hierbei handelt es sich um eine qualitative empirische Studie, wobei die Datenbasis von fünf leitfadengestützten Interviews gebildet wird, die von einer Studentin der Fachhochschule St.Pölten durchgeführt wurden. Die MS PatientInnen, eine weibliche und drei männliche Personen, dieser Studie unterzogen sich einem leitfadengestützten Interview, über die Herausforderung der Kommunikation und wie sich diese Schwierigkeiten auf die Compliance während des physiotherapeutischen Prozesses auswirken, unterziehen. Auch wurden Physiotherapeutinnen mittels eines qualitativen leitfadengestützten Interviews, über ihre Erfahrungen mit den Herausforderungen bezüglich der Kommunikation befragt. Ziel hierbei war es herauszufinden, welche Möglichkeiten während des physiotherapeutischen Prozesses bestehen, um eine optimale Interaktionsmöglichkeit zwischen PatientIn, PhysiotherapeutIn und dem interprofessionellem Team gewährleisten zu können.

Die wissenschaftliche Relevanz und die Grundinformationen bezüglich dieses Themas wurden im Zeitraum März 2018 bis Juni 2018 vollständig ausgearbeitet. Im Juli 2018 gab es von der Ethikkommission in Wien ein positives Feedback bezüglich der Forschungsarbeit und somit konnte mit der Planung der Untersuchung begonnen werden. Die ProbandInnen Rekrutierung und die Messungen für diese Studie erfolgten im Oktober 2018. Im November und Dezember 2018 erfolgte die Auswertung der erhobenen Daten, die im Jänner 2019 schlussendlich dargestellt wurden.

2.2 ProbandInnen Rekrutierung

Die Rekrutierung der ProbandInnen erfolgte mit Hilfe einer Physiotherapeutin des MS Tageszentrums in Wien. Zur Auffindung passender ProbandInnen für die Studie, erfolgte eine Überreichung des Informationsblattes der Studie per E-Mail, welches separat für PatientInnen und PhysiotherapeutInnen konzipiert wurde (siehe Anhang A und B), an eine Physiotherapeutin des MS Tageszentrums. Informationen über die Studie selbst, deren Ablauf und Ein- und Ausschlusskriterien wurden auf diesem Informationsblatt ersichtlich dargestellt. ProbandInnen, die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen, bekamen von der Physiotherapeutin das zugesendete Informationsblatt und eine mündliche Einla-

dung zur Studienteilnahme. Nach positiver und freiwilliger Zustimmung, erhielten die ProbandInnen, am Tag der Datenerhebung, eine Einverständniserklärung von der Fachhochschule und der Ethikkommission (siehe Anhang C und D), die gemeinsam mit der Studierenden noch vorab besprochen wurden. Nach positiver und freiwilliger Zustimmung der ProbandInnen, nach der mündlichen Aufklärung, wurden diese gebeten, die Einverständniserklärung zu unterzeichnen. Die Anzahl der ProbandInnen, die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen, belief sich auf fünf Personen.

Die Zielgruppen dieser Studie umfassten PhysiotherapeutInnen und Betroffene mit Multipler Sklerose, die aufgrund der fortschreitenden Erkrankung kognitive Defizite und Sprachstörungen aufweisen und somit eine optimale Kommunikation nicht mehr möglich ist.

Somit ergaben sich folgende Ein- und Ausschlusskriterien für MS PatientInnen:

Einschlusskriterien:

- Diagnose: Multiple Sklerose (mind. vor drei Monaten)
- EDSS-Skala: 7 – 8
- Alter: 45 -60
- In physiotherapeutischer Behandlung
- Motivation und Einwilligung des Beitritts in die Studie
- Kognitive Defizite
- Sprachstörungen

Ausschlusskriterien:

- Diagnose: Multiple Sklerose (unter drei Monaten)
- Zusatzerkrankung: Krebs, bipolare Störung
- Kognitive Einschränkung – keine Interaktionsmöglichkeit, Kommunikation in keiner Form vorhanden
- Akute Schmerz und Bewusstseins Einschränkungen

Aufgrund der limitierten Anzahl der MS Erkrankten, die aufgrund ihrer Einschränkungen in der Mobilität und im alltäglichen Leben, auf der EDSS- Skala 7-8 zugeordnet sind, wurde eine Altersspanne von 45-60 gewählt.

Die PatientInnen müssen sich in physiotherapeutischer Behandlung befinden, um ermitteln zu können, wie sich die Herausforderungen der Kommunikation, auf die Compliance der PatientInnen auswirken.

Mit dem Kriterium der Zusatzerkrankungen Krebs und bipolare Störung wurde deren möglicher Einfluss auf die Compliance während des physiotherapeutischen Prozesses berücksichtigt. Menschen mit einer bipolaren Störung haben aufgrund ihrer psychischen Erkrankung abwechselnd gedrückte (depressive) oder euphorische Stimmung, die das Ergebnis der Studie verfälschen könnte. Ebenfalls könnte es durch eine Krebserkrankung zu einer verminderten Compliance während des physiotherapeutischen Prozesses kommen. Somit könnte auch hier das Ergebnis der Forschungsstudie verfälscht werden.

Die ProbandInnen dürfen zum Zeitpunkt der Messung keine akuten Schmerzen, Bewusstseinsstörungen und erhebliche kognitive Einschränkungen aufweisen, da diese einen negativen Einfluss auf die Kommunikation haben.

Ein- und Ausschlusskriterien der PhysiotherapeutInnen:

Einschlusskriterien:

- Physiotherapeutische Arbeit mit MS PatientInnen seit einem Jahr
- PhysiotherapeutIn eines/einer MS-PatientIn mit einer EDSS- Skala von 7 – 8
- Motivation und Einwilligung des Beitritts in die Studie

Ausschlusskriterien:

- Jegliche Abweichung der Einschlusskriterien

Mit dem Kriterium der physiotherapeutischen Arbeit mit MS PatientInnen seit einem Jahr wurde berücksichtigt, dass PhysiotherapeutInnen mit einer geringeren Erfahrung, keine aussagekräftige Informationen über die Auswirkungen der Kommunikationsschwierigkeiten bei MS PatientInnen hätten und welche Möglichkeiten es zur Unterstützung dieser gibt.

2.3 Material und Messinstrumente

Die Durchführung der Befragung erfolgte im MS-Tageszentrum in Wien. Die leitfadengestützten Interviews umfassten sechs bis sieben Fragen, die von der durchführenden Studentin selbst formuliert wurden. Fragen die den PatientInnen am Tag der Datenerhebung gestellt wurden sind: „Haben Sie Kommunikationsschwierigkeiten bezüglich der fortschreitenden Erkrankung und wie machen sich diese in der Therapie bemerkbar?“. Eine weitere Frage wäre: „Wie geht der/die PhysiotherapeutIn auf diese Schwierigkeiten ein?“ (siehe Anhang E).

Bei Einschränkung der Interaktionsmöglichkeiten aufgrund der Sprachstörungen und der kognitiven Defizite, wurden Hilfsmittel zur Verfügung gestellt, die zur Unterstützung der Kommunikation der PatientInnen dienen sollten. Als Hilfsmittel dienten eine Buchstabentafel und ein Laptop. Je nach Wunsch konnte sich der/die PatientIn mit Kommunikationsschwierigkeiten entscheiden, ob er/sie für die Bildung von Wörter oder Sätze eine Buchstabentafel oder die Tastatur eines Laptops bevorzugt. Dem/Der erwachsenen PatientIn war es selbst überlassen, das Interview alleine zu führen oder eine vertraute Person (VerwandteR, FreundIn, PhysiotherapeutIn, PflegerIn usw.) heran zu ziehen, der als Dolmetscher/Dolmetscherin agieren sollte.

Fragen die den PhysiotherapeutInnen gestellt worden sind: „Welche Möglichkeiten gibt es die Kommunikationsmöglichkeiten des/der Patienten/Patientin während der Therapie zu unterstützen?“ oder auch „Welche Erfahrungen haben Sie bezüglich der Compliance des/der Patienten/Patientin gemacht? Sind diese aufgrund der Sprachprobleme gemindert?“ (siehe Anhang E).

Die Interviews wurden mit einem Tonaufnahmegerät aufgezeichnet, damit die Ergebnisse ausgewertet und analysiert werden konnten. Nach erfolgtem Transkript wurden die Tonaufnahmen gelöscht.

2.4 Ablauf der Datenerhebung

Für die Datenerhebung wurde pro ProbandIn insgesamt ein Termin vorgesehen. Die MS PatientInnen wurden zu diesem ausgewählten Termin mittels eines Informationsblattes eingeladen, die sie von der leitenden Physiotherapeutin bekamen. Beim Termin vor Ort erfolgte, noch vor der Befragung, eine detaillierte Besprechung über die Vorgehensweisen, dem Zeitpunkt und dem Ort der Interviews mit der leitenden Physiotherapeutin. Nach Klärung offener Fragen erfolgte die Durchführung der Interviews im jeweiligen Zimmer der PatientInnen. Zu Beginn, noch vor dem leitfadengestützten Interview, wurden dem/der

PatientIn, die Einverständniserklärung und das Informationsblatt (siehe Kapitel 2.2) ausgehändigt, um die Inhalte der Einverständniserklärung und den Sinn und Zweck der Forschungsstudie zu wiederholen. Das Ziel der detaillierten Besprechung vor der Befragung, war die Vermeidung von Unklarheiten. Nach Klärung offener Fragen, sowie Zustimmung des/der PatientIn mit der Teilnahme an der Studie, wurde der/die PatientIn gebeten die Einverständniserklärung zu unterzeichnen. Vor Beginn des Interviews wurde dem/der PatientIn erklärt, dass eine kurzfristige Verweigerung an der Studienteilnahme, keine Folgen hätten und eine Teilnahme auf freiwilliger Basis beruht.

Anschließend wurde bei der/dem PatientIn eine zweiminütige Befragung durchgeführt, in welcher der/die PatientIn über die Herausforderung der Kommunikation berichtete und wie sich diese auf die Compliance während des physiotherapeutischen Prozesses auswirkt. Der Umfang der Befragung betrug je nach Antwort der ersten Frage: „Haben Sie Kommunikationsschwierigkeiten bezüglich der fortschreitenden Erkrankung und wie machen sich diese in der Therapie bemerkbar?“ eine Minute. Die gestellten Fragen wurden von dem/der ProbandIn selbst beantwortet. Aufgrund der Kommunikationsfähigkeit der PatientInnen, war die Anwesenheit eines/einer DolmetscherIn, ein Gebrauch der Buchstabentafel und des Laptops nicht notwendig.

Nach der Befragung der PatientInnen, erfolgt eine 20 – minütige Befragung der Physiotherapeutinnen im Therapiezimmer. Vor der Befragung erfolgte die Aushändigung der Einverständniserklärung und des Informationsblattes und die Physiotherapeutinnen wurden gebeten diese durchzulesen und bei Zustimmung der Bedingungen zu unterzeichnen. Die Physiotherapeutinnen wurden darauf aufmerksam gemacht, dass eine kurzfristige Verweigerung an der Studienteilnahme keine Folgen hätte und eine Teilnahme auf freiwilliger Basis beruhe. Nach mündlicher und schriftlicher Zustimmung an einer Teilnahme an der Studienteilnahme, wurde das Interview eingeleitet. Beim leitfadengestützten Interview wurden die Physiotherapeutinnen befragt, wie sie PatientInnen während des physiotherapeutischen Prozesses helfen, die Herausforderungen der Kommunikation zu erleichtern und welche Auswirkungen die Unterstützung auf die Compliance hat.

2.5 Auswertungsverfahren

Nach den Interviews erfolgte eine Transkription der Inhalte. Diese wurden nicht verändert und lediglich ins Hochdeutsche „übersetzt“. Wortwiederholungen und Interjektionen beziehungsweise Verzögerungslaute wurden nicht transkribiert.

Die erhobenen Daten wurden mittels qualitativer, zusammenfassender Inhaltsanalyse ausgewertet. Ziel war es, durch die Bildung von Kategorien mittels Paraphrasen, der Generalisierung sowie der Reduktion des Materials, inhaltstragende Aussagen darzustellen. Um für die Nachprüfbarkeit und Anonymisierung der Ergebnisse generieren zu können, musste eine Codierung für die leitfadengestützte Interviews erfolgen. Die Codierung sieht wie folgt aus: Z steht für Zeile, L oder M für die Antwort der jeweiligen Physiotherapeutinnen und F bedeutet Frage (siehe Anhang F und G).

Es wurde eine induktive Vorgehensweise gewählt, um Unvoreingenommen ins Interview gehen zu können. Daher wurden die Hauptkategorien und Unterkategorien erst nach der Befragung erstellt. Für die Erstellung der Kategorien wurden die Textpassagen mehrmals gelesen, um die Relevanz der Aussagen, zu prüfen. Die relevanten Aussagen aus den Transkripten, die zu einer Beantwortung einer Fragestellung führten, wurden farblich markiert um sie in Folge in die entsprechende Hauptkategorie zuzuordnen. Dadurch sollte eine Übersichtlichkeit der Daten erzeugt werden. Im nächsten Schritt wurden die relevanten Aussagen paraphrasiert und auf ein charakterisierendes Wort gekürzt, um Unterkategorien bilden zu können (siehe Tab. 4 Bildung von Unterkategorien).

Für die Definition der Hauptkategorien wurden die Fragestellungen auf ein prägnantes Wort gekürzt und die relevanten Unterkategorien darunter sortiert, sodass ein logischer Zusammenhang der verschiedenen Aussagen der Interviewpartner hergestellt werden konnte. Im Laufe des leitfadengestützten Interviews wurden verschiedene Aussagen mehrere Male getroffen. Die Häufigkeit einer Aussage beider Physiotherapeutinnen wurde in der Tabelle mit (x) versehen (siehe Tab. 3 Haupt- und Unterkategorien). Wurde eine Aussage mindestens drei Mal getroffen, wurden diese fett markiert, um die Bedeutung der Aussage zu unterstreichen. Hierzu folgt eine diagraphische Darstellung der mehrmalig getroffenen Aussagen der Physiotherapeutinnen im Diagramm 1 und Diagramm 2.

Tab. 3 Haupt- und Unterkategorien

Hauptkategorie	Unterkategorie	Häufigkeit einer Aussage
Unterstützung der Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Haltung • Geduld • Empathie • Hilfsmittel 	<p>X</p> <p>XXX</p> <p>XXX</p> <p>XXXX</p>
Kommunikationsschwierigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Sprache • Gefühle • Interprofessionelle Kommunikation 	<p>XX</p> <p>XX</p> <p>XXX</p>
Kognitive Defizite	<ul style="list-style-type: none"> • Auswirkungen • subjektive Wahrnehmung 	<p>XX</p> <p>XX</p>
Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> • motorische Leistung • Motivation • soziale Interaktion • Therapie 	<p>XX</p> <p>XX</p> <p>X</p> <p>XXX</p>

3 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die durch die Analyse gewonnene Erkenntnisse der ProbandInnen erläutert. Direkte Zitate aus den Transkripten werden im Text *kursiv* hinterlegt und mit der Zeilennummer (Z) versehen. Es wurden fünf ProbandInnen interviewt. Zum einen drei Multiple Sklerose PatientInnen, die sich im Zeitpunkt des Interviews auf der EDSS-Skala 7-8 befanden, sowie zwei Physiotherapeutinnen, die folglich als Frau M. und Frau L. bezeichnet werden. In diesem Kapitel erfolgt lediglich die Darstellung der Ergebnisse aus dem Interview der Expertinnen, da die PatientInnen alle der subjektiven Meinung waren nicht unter Kommunikationsproblemen zu leiden und somit zu den weiteren Interviewfragen nichts zu sagen hatten (siehe Anhang H, Anhang I und Anhang J).

3.1 Unterstützung der Kommunikation

Unter dieser Hauptkategorie werden alle Themen miteinbezogen, welche mit der Unterstützung der Kommunikation in Verbindung gebracht wurden.

3.1.1 Körperhaltung

Frau M. macht im Interview auf die Körperhaltung des/der Multiple Sklerose PatientIn aufmerksam. Sie habe im Laufe Ihrer Tätigkeit als Physiotherapeutin bemerkt, dass durch eine Veränderung der Körperhaltung, des/der PatientIn, es zu einer erleichternden Kommunikation komme. PatientInnen, die von einer Position mit aufrechtem Oberkörper in die Horizontale gebracht werden, verbessere sich, laut Frau M., das Stimmbild und die PatientInnen seien somit Ausdrucksfähiger und in ihrer Kommunikationsfähigkeit gefördert.

„wenn ich irgendwo die Haltung verändere, dass die Möglichkeit einfach besteht, von der Stimme her besser zu artikulieren“ (M: Z 3-5).

3.1.2 Geduld

Im Laufe des Interviews wurde mehrmals auf die Bedeutung von Geduld hingewiesen. Sie spiele zum einen eine große Rolle im Umgang mit den PatientInnen, in der interprofessionellen Kommunikation und den Therapiemaßnahmen der verschiedenen Berufsgruppen.

Aus der Sichtweise von Frau L. spiele die Geduld im Umgang mit MS PatientInnen eine wesentliche Rolle. PatientInnen, dessen einzige Kommunikationsmöglichkeiten, Mimik und Augenbewegungen seien, seien in der Kommunikation verlangsamt und bräuchten einen größeren zeitlichen Aufwand.

Die Geduld hat auch eine große Rolle in der interprofessionellen Kommunikation. Vor allem bei PatientInnen, die aufgrund ihrer Erkrankung eine schwere Einschränkung in

ihrer Kommunikationsfähigkeit aufweisen, sind vermehrt Zeit und Geduld erforderlich um notwendige Informationen zu sammeln.

3.2 Empathie

Zur Unterstützung der Kommunikation von Multiple Sklerose PatientInnen und zur Behandlung der PatientInnen gibt es eine Auswahl an Möglichkeiten, jedoch müsse man eine große Empathie aufweisen, da aufgrund der Erkrankung die Tagesverfassung nicht immer dieselbe sei und PatientInnen, je nach Tagesverfassung, eine andere Art von Unterstützung benötigen.

Prinzipiell ist die Art des Herangehens an den/die PatientIn laut Frau L. entscheidend. Die Physiotherapeutin beschreibt, dass ein offenes Gegenübertreten an den/die PatientIn wichtig sei. Dazu kommt, dass aufgrund der Kommunikationsschwierigkeiten es oftmals zu Verständnisproblemen kommen kann, deswegen sei es immer wichtig sich Gewissheit zu schaffen.

Hätten PatientInnen aufgrund der fortschreitenden Erkrankung Schwierigkeiten Wörter oder Sätze zu bilden, könnten PhysiotherapeutInnen hier versuchen den/die PatientIn zu unterstützen und Sätze vervollständigen. Jedoch müsse man hier empathisch sein, da nicht jeder/jede PatientIn eine solche Art der Unterstützung wünscht. Einige PatientInnen hätten das Gefühl man nehme ihnen etwas vorweg, wenn man Sätze für sie vervollständige obwohl sie eventuell auf etwas anderes hinaus wollten.

„Ich denke mir Sätze zu vervollständigen kann manchmal auch eine Strategie sein. Bei anderen die mögen das überhaupt nicht“ (M: Z 14 – 15).

Die Empathie spiele in der Beurteilung der motorischen Leistung eine große Rolle. Diese sei je nach Tagesverfassung unterschiedlich und man müsse laut den Physiotherapeutinnen schon im Vorhinein reagieren ob man die Therapie entweder verkürzt, ausfallen lässt oder zu einer späteren Zeit kommt um sich ein neues Bild von der Verfassung des/der PatientIn zu machen.

Jedoch könne die Erschöpfung auch zu lähmend und eine Therapie nicht gewinnbringend sein. In diesem Fall sei es in Ordnung der Erschöpfung nachzugeben. In welchem Maße eine Therapie möglich sei, sei eine Gefühlssache und müsse jede Physiotherapeutin selber entscheiden.

3.2.1 Hilfsmittel

Zur Kompensation von Kommunikationsschwierigkeiten und Erleichterung der Kommunikation zwischen Therapeut und PatientIn können Hilfsmittel eine große Rolle spielen. Hierzu zählen nicht nur materielle Hilfsmittel, wie zum Beispiel eine Buchstabentafel, sondern auch Kommunikationstechniken.

Laut Frau L. gäbe es PatientInnen, die ein hohes Tempo in ihrer Artikulation hätten, diese müsse man im Laufe der Therapie immer wieder auffordern, langsamer zu sprechen oder das Gesagte zu wiederholen.

Bei PatientInnen mit Wortfindungsstörungen sei es hilfreich Vorschläge zu machen oder den/der PatientIn vorzuschlagen es anders zu formulieren. Eine weitere Kommunikationstechnik um PatientInnen mit Kommunikationsschwierigkeiten zu unterstützen wäre die Erstellung von Katalogfragen. Hier kann man dem/der PatientIn verschiedene Antwortmöglichkeiten zur Auswahl stellen und der/die PatientIn könne sich bei Einschränkung der Kommunikationsfähigkeiten über Mimik oder Augenbewegungen bemerkbar machen.

Würde man in der Kommunikation mit dem/der PatientIn aufgrund der fortschreitenden Erkrankung nicht weiterkommen, gäbe es rein strukturell eine Buchstabentafel. In der Buchstabentafel seien Buchstaben in verschiedenen Reihen und Zeilen angeordnet und der/die PatientIn könne über Lidschluss bekannt geben welche Zeile und Reihe die Richtige sei. Dies mache man solange bis die einzelnen Buchstaben ein Wort ergeben.

3.3 Kommunikationsschwierigkeiten

Kommunikationsschwierigkeiten sind nicht nur eine große Belastung für den/die PatientIn sondern auch für den/die PhysiotherapeutIn. In dieser Kategorie erfolgt die Darstellung der Sprache, der Gefühlslage des/der PatientIn mit Kommunikationsschwierigkeiten und die Darstellung der Auswirkungen auf die interprofessionelle Kommunikation.

3.3.1 Sprache

Die fortschreitende Erkrankung beeinflusse die Sprache des/der PatientIn in vielen verschiedenen Hinsichten. Einige PatientInnen hätten große Wortfindungsstörungen oder eine sehr verwaschene Sprache, dessen Stärke sich je nach Tagesverfassung verändere.

Laut Frau L. gäbe es auch MS PatientInnen, die sehr schnell reden würden und die Aufforderung langsamer zu sprechen notwendig sei um die Kommunikation zwischen Physiotherapeutin und PatientIn zu erleichtern.

Sehr große negative Auswirkungen auf die Kommunikationsfähigkeit des/der PatientIn hätte Fatigue. Frau L. gibt zu verstehen, dass PatientInnen aufgrund der Fatigue eine sehr langsame Sprache hätten und die Physiotherapeutinnen, diese immer wieder auffordern müssen, weiterzureden. Auch würden die PatientInnen öfters neu ansetzen müssen, wenn die PatientInnen selbst bemerken, dass das Gesagte keinen inhaltlichen Sinn ergeben hätte.

Frau L. macht im Interview noch zusätzlich auf das Thema der nonverbalen Kommunikation aufmerksam. So erzählt Frau L. von PatientInnen die sich teilweise nur mehr über Blickkontakt oder über Mimik verständigen könnten und die Bildung von Sätzen oder Wörtern aufgrund der Erkrankung nicht mehr möglich sei.

3.3.2 Gefühle

Aufgrund der fortschreitenden Erkrankung sei der/die PatientIn manchmal nicht in der Lage sich verständlich auszudrücken und die Physiotherapeutinnen hätten große Schwierigkeiten, den Worten des/der PatientIn einen Sinn zuzuschreiben. Wenn jedoch ein/eine PatientIn etwas Bestimmtes sagen will und die PhysiotherapeutIn dieses über einige Minuten nicht verstehe, wirke sich das negativ auf die Gefühlslage der PatientInnen aus. PatientInnen wären in dieser Situation nicht imstande, die Missverständnisse mit dem/der PhysiotherapeutIn den Kommunikationsschwierigkeiten zuzuschreiben, die sich je nach Tagesverfassung verändere. Laut Frau M. sei in dieser Situation das Denken an physiotherapeutischen Maßnahmen nicht möglich.

„Es kann, wenn jemandem unbedingt etwas Bestimmtes sagen will und man versteht das über einige Minuten nicht, kann es natürlich sein, dass derjenige bisschen Aggressionen kriegt und dann ist das Denken an irgendwelche anderen Maßnahmen nicht möglich.“ (M: Z 49 – 51).

3.3.3 Interprofessionelle Kommunikation

Kommunikationsschwierigkeiten hätten nicht nur negative Auswirkungen auf die physiotherapeutische Behandlung sondern würde das ganze Team und somit auch die interprofessionelle Kommunikation betreffen.

Missverständnisse zwischen PhysiotherapeutIn und PatientIn würden oft die Gefahr einer falschen Dokumentation oder Weitergabe falscher Informationen an die KollegInnen mit sich bringen. Laut Frau L. seien die PhysiotherapeutInnen hier sehr vorsichtig in der Dokumentation und würden notieren, wenn Informationen über PatientInnen nicht sicher seien und nur die eigene Interpretation sei.

„Der Patient erscheint so und so oder Bewohnerin wirkt so und so“ (L: Z 106).

Um den Missverständnissen zwischen dem/der PatientIn und dem/der PhysiotherapeutIn entgegen zu wirken, würden sich verschiedene Berufsgruppen untereinander Ratschläge über den Umgang mit den/der PatientIn geben. So erzählt Frau L., dass LogopädInnen oft Ratschläge über Schluckstörungen bei PatientInnen geben würde. Dies sei von großer Wichtigkeit, da die Schluckstörung nicht von der Sprachstörung zu trennen sei.

Zuletzt sei die Einholung aller Informationen bei PatientInnen mit Kommunikationsschwierigkeiten durch verschiedene Berufsgruppen, aufgrund der geringen Geduld und geringen Zeit, meist nicht möglich.

„Was vielleicht auch noch ein Problem ist ein Kollege oder ein Therapeut, Pflege zu wenig Geduld hat, weil sie ihn nicht gleich versteht, man nicht alle Informationen einholt, die man einholen könnte, oder auch nicht, wenn man nur zu wenig Geduld hat, sondern auch wenn die Zeit wegläuft.“ (L: Z 110 – 113).

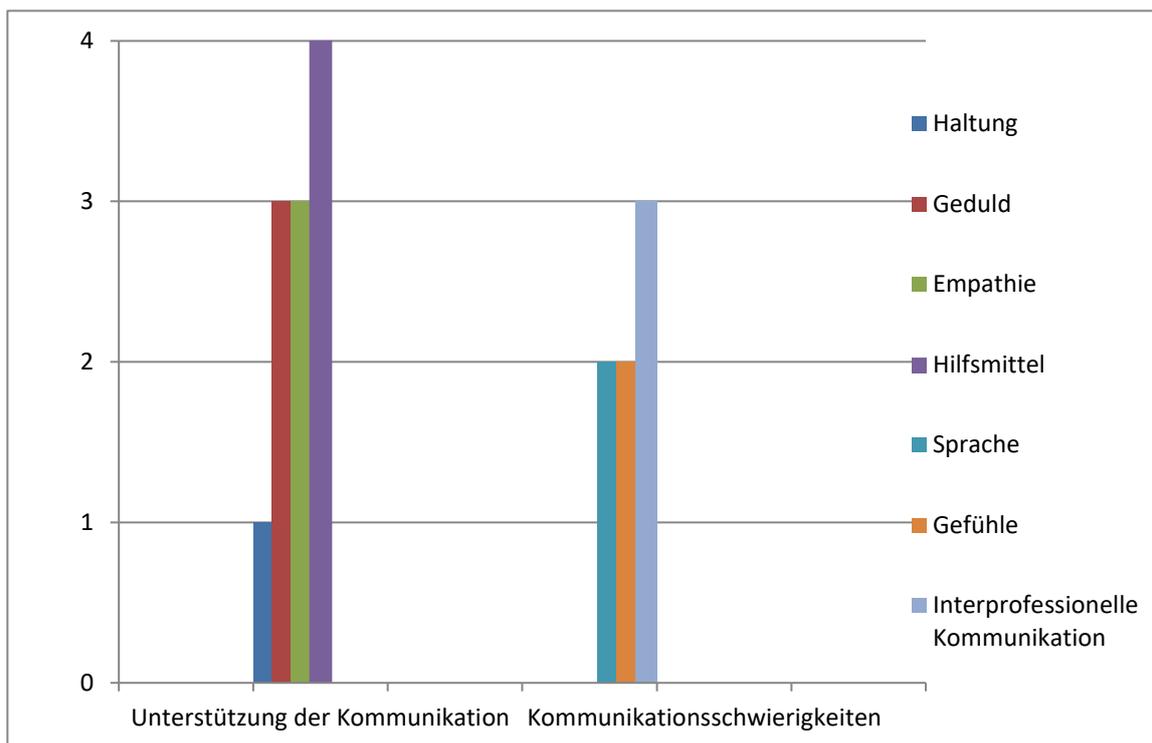


Diagramm 1: Veranschaulicht die Hauptkategorien auf der horizontalen Achse und die dazugehörigen Unterkategorien auf der vertikalen Achse. Es wurde eine Skala von Null bis Vier erstellt, wobei Null als keine und Vier als häufigste Erwähnung definiert wird.

3.4 Kognitive Defizite

Unter dieser Hauptkategorie werden alle Themen mit einbezogen, welche mit den kognitiven Defiziten in Verbindung stehen und die Auswirkung der Defizite auf die physiotherapeutische Behandlung der PatientInnen.

3.4.1 Auswirkungen

Beide Physiotherapeutinnen konnten sich über die Schwierigkeiten der PatientInnen mit kognitiven Defiziten und die Auswirkungen dieser äußern. Die häufigsten kognitiven Defizite seien Konzentrationsstörungen und Kurzzeitgedächtnisstörungen. Frau L. macht im Interview darauf aufmerksam, dass es fraglich sei, ob es vor allem bei älteren PatientInnen, sich um eine allgemein gebräuchliche Demenz oder um kognitive Defizite.

Die beiden Expertinnen geben zu verstehen, dass PatientInnen mit kognitiven Defiziten, Schwierigkeiten hätten ausgemachte Termine einzuhalten, da sie Termine nicht wirklich wahrnehmen würden, die Merkfähigkeit nachlässt und die zeitliche Einordnung nicht möglich sei. Die Kurzzeitgedächtnisstörungen merke man auch wenn man den/die PatientIn fragt, welche Maßnahmen in einer anderen Therapie durchgeführt wurden. Wenn man die Informationen die man von dem/der PatientIn erhalte mit den Informationen aus dem Dokumentationsblatt oder einer anderen TherapeutIn vergleiche, merke man, dass sich die Informationen aus beiden Quellen nicht decken.

3.4.2 Subjektive Wahrnehmung

Die subjektive Wahrnehmung des/der PatientIn, bezüglich der neurologischen Erkrankung, würde sich laut Frau M. nicht mit der subjektiven Wahrnehmung des/der PhysiotherapeutIn decken. Die PatientInnen würden sich aufgrund dessen bei der Therapie überschätzen und auch überfordern. Die negativen Folgen der Überforderungen und Überschätzung in der Therapie wäre in einem zeitlichen Abstand von einem Tag ersichtlich.

„wo dann der zeitliche Zusammenhang... der hat Fieber bekommen, sehr deutlich war zu dieser Überforderung“ (M: Z 85 – 86).

Frau M. gibt zu verstehen, das TherapeutInnen ein Gespür entwickeln müssten, was für den/die PatientIn zuträglich ist und dies oft nicht mit der subjektiven Einschätzung des/der PatientIn übereinstimmen würde.

3.5 Fatigue

Die Fatigue bei Multiple Sklerose PatientInnen hat nicht nur Auswirkungen auf die motorische Leistung der PatientInnen sondern auch auf viele weitere Aspekte. In dieser Hauptkategorie erfolgt die Zuordnung all jener Unterkategorie, die die Auswirkungen der Fatigue näher beschreiben.

3.5.1 Motorische Leistung

Fatigue hätte eine große Auswirkung auf die motorische Leistung der PatientInnen und verändere sich je nach Tagesverfassung. Die Betreuung der MS PatientInnen durch PhysiotherapeutInnen gehe über einen längeren Zeitraum, daher, sei die Ermüdbarkeit der motorischen Leistung, sehr schnell und einfach zu sehen und die Physiotherapeutinnen würden dementsprechend reagieren.

„Wir haben einige die darunter sehr leiden und bis dahin, dass manche im Rollstuhl sitzen und nur schlafen. Weil sie einfach durch die Morgenpflege und früh aufstehen schon so verbraucht sind und natürlich versucht man das vorher einzuschätzen, um sich darauf einzustellen“ (M: Z 113 – 116).

Laut Frau M. spiele das Wetter eine große Rolle auf die motorische Leistungsfähigkeit der PatientInnen. Gerade an heißen Sommertagen, würden sich PatientInnen sehr erschöpft fühlen und die Belastbarkeit und die Leistungsfähigkeit würden abnehmen. Einen gleichen Effekt könnten Infektionen und Erkältungen auf die Leistung die die PatientInnen in der Therapie erbringen und demzufolge Auswirkungen auf Therapiemaßnahmen.

3.5.2 Motivation

Fatigue hätte nicht nur große Auswirkungen auf die motorische Leistung sondern auch auf die Motivation des/der PatientIn. Durch die Fatigue kommt es zu einer starken Reduktion der motorischen Leistungsfähigkeit und wenn für PatientInnen alles eine große Anstrengung sei und nichts mehr möglich sei, nähme es dem/der PatientIn jegliche Motivation für die Therapie und diese würden dann auf ihr Zimmer gehen wollen und in Ruhe gelassen werden. Hier kann laut Frau M. der/die PhysiotherapeutIn versuchen, den/die PatientIn durch ein Gespräch den Fokus woanders zu legen, um sie durch Ablenkung aus diesem Erschöpfungszustand rauszubringen.

„ich hab die Erfahrung gemacht, dass man schon manchmal, wenn man sie anspricht und versucht denjenigen ein bisschen zu aktivieren, dass dann schon etwas möglich ist und

das derjenige aus dieser Phase dann kurz wieder rauskommen kann und ich glaub, dass es dann denen auch gut tut.“ (M: Z 118 – 120).

3.5.3 Soziale Interaktion

PatientInnen die aufgrund der Multiplen Sklerose Erkrankung in der Kommunikationsfähigkeit sehr eingeschränkt sind, würden während der Kommunikation eine große Anstrengung verspüren und seien aufgrund der Fatigue und hätten an eine soziale Interaktion kein Interesse.

„Der Herr, den ich erwähnt habe, mit den man mit den Worttafeln arbeitet, da merkt man, wenn er gut gelaunt ist, dann will er viel mehr kommunizieren und hat dann auch viel mehr Geduld und wenn er aber erschöpft ist und sich nicht wohlfühlt, dann winkt er oft auch ab und sagt egal, wenn man ihn nicht gleich versteht“ (L: Z 86 – 89).

Auch gäbe es laut Frau M. PatientInnen, bei denen die Erschöpfung eine große negative Auswirkung auf die motorische Leistung des/der PatientIn hätten, sodass sie während der Therapie immer wieder einschlafen würden und somit die Kommunikation sehr stark beeinträchtigt sei.

„eine Patientin die immer wieder mal einschläft. Das ist natürlich auch noch was, dass die Kommunikation sehr stark beeinträchtigt, wenn jemand so schläfrig ist“ (L: 71 – 73).

3.5.4 Therapie

In den Interviews wird immer wieder die Auswirkung der Fatigue auf die Therapie erwähnt. Sie hätte zum einen Auswirkungen auf die Dauer der Therapieeinheit und den Therapiemaßnahmen.

Frau M. gibt zu verstehen, dass sie PatientInnen in der Entscheidung der Therapiemaßnahmen immer miteinbeziehen würden und die PatientInnen, je nach motorischer Leistungsfähigkeit, entscheiden ob die sie eine aktive Therapie oder eine passive Therapie bevorzugen würden.

„Eigentlich ist es fast Standard würde ich sagen, dass man eigentlich vorher schon fragt wie es ihnen geht und ob man das normale Programm machen kann oder ob wir heute nur Fahrrad fahren, also passive Maßnahmen sozusagen, passives Durchbewegen, oder sie benutzen eben aktives Training.“ (M: 104 – 106).

Frau M. fügt im Interview noch hinzu, dass es sehr wichtig sei während den Therapieeinheiten Pausen einzulegen und den/der PatientIn die Möglichkeit zu geben, falls die Pati-

entInnen über große Müdigkeit klagen würden, zu einem späteren Zeitpunkt mit der Therapie zu beginnen.

Jedoch wäre laut Frau L. die negative Auswirkung der Fatigue auf die motorische Leistungsfähigkeit, je nach Tagesverfassung, so erdrückend, dass die PatientInnen eine Absage der Therapieeinheit erwünschen würden.

Frau M. hätte im Laufe ihre Tätigkeit als Physiotherapeutin bemerkt, dass durch Motivierung des/der PatientIn zur Therapieeinheit, die PatientInnen aus ihrem Zustand der Erschöpfung rauskommen können und dies positive Auswirkungen für den/die PatientIn hätte. Es sei jedoch eine große Gefühlssache ob die Erschöpfung so lähmend sei, dass es besser sei dem nachzugeben.

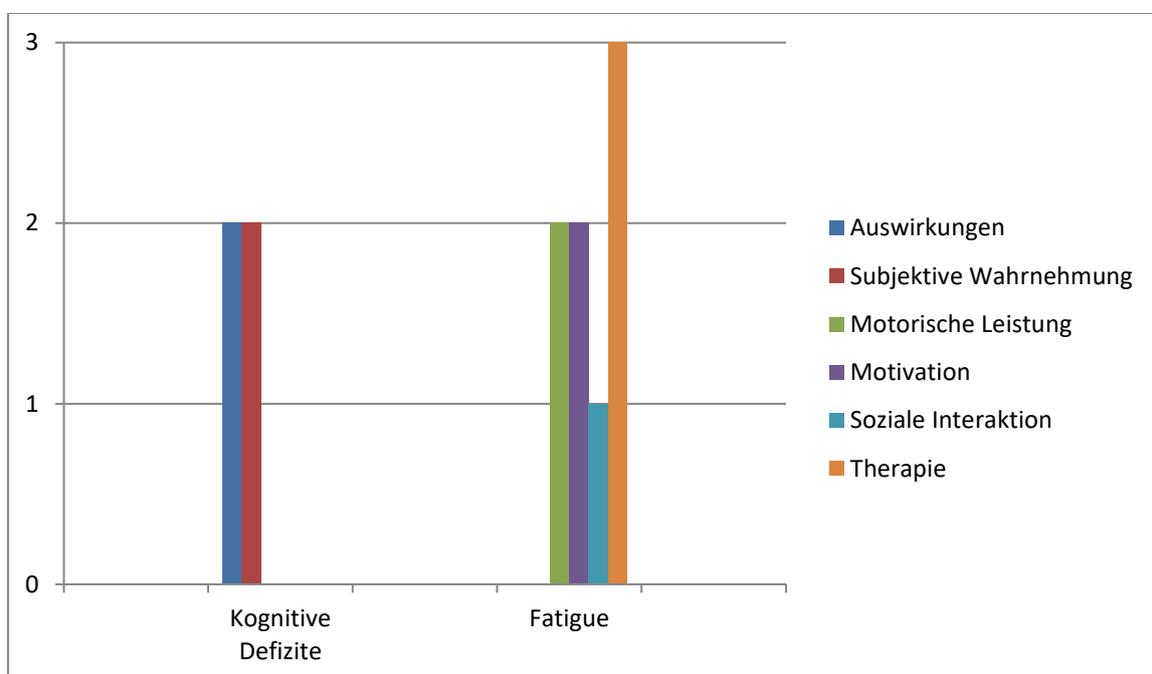


Diagramm 2: Veranschaulicht die Hauptkategorien auf der horizontalen Achse und die dazugehörigen Unterkategorien auf der vertikalen Achse. Es wurde eine Skala von Null bis Drei erstellt, wobei Null als keine und Drei als häufigste Erwähnung definiert wird.

Tab. 4 Erstellung der Haupt- und Unterkategorien

Wichtiges	Hauptkategorie	Paraphrase	Unterka- tegorie
Veränderung der Haltung um die Position des Zwerchfells zu verändern, um dem Patienten so eine erleichternde Kommunikation bieten.	Unterstützung der Kommunikation	Veränderung der Haltung	Haltung
Empathisch sein und geduldig offen sein und nachfragen	Unterstützung der Kommunikation	Empathisch und geduldig	Empathie, Geduld
Geduldig sein und Zeit nehmen für das Zuhören	Unterstützung der Kommunikation	Geduldig sein	Geduld
Buchstabentafel --> Auffindung von der Zeile und den einzelnen Buchstaben --> Formulierung eines Wortes	Unterstützung der Kommunikation	Buchstabentafel	Hilfsmittel
Nicht verstehen des Patienten, kann zu Aggressionen dieser führen → an Maßnahmen nicht möglich	Kommunikationsschwierigkeiten	Kommunikationsschwierigkeiten können zu Gefühlsausbrüchen führen	Gefühl

Konzentrationsstörung, Kurzzeitgedächtnisstörungen --> nicht Einhaltung von Terminen	Kognitive Defizite	Auswirkungen	Auswirkungen
Realistische Einschätzung ist anders → Überforderung in der Therapie	Kognitive Defizite	Subjektive Einschätzung gegenüber der Erkrankung ist getrübt	Subjektive Wahrnehmung
Erschöpfung teilweise lähmend → Rollstuhl sitzen und nur schlafen	Fatigue	Motorische Leistung beeinträchtigt	Motorische Leistung
Die Kommunikation kann sehr viel Zeit in Anspruch nehmen verbraucht Kräfte der PatientInnen und diese brechen dann ab	Fatigue	Kommunikation ist anstrengend	Motivation
Abhängig von der Tagesverfassung → verwaschene Sprache	Fatigue	Fatigue beeinträchtigt die Sprache	Sprache
Fatigue --> nicht so gesprächig	Fatigue	Auswirkung auf soziale Interaktion	Soziale Interaktion
schläft während der Therapie ein --> Kommunikation beeinträchtigt	Fatigue	Fatigue beeinträchtigt die Therapie	Therapie

4 Diskussion

Diese Forschungsarbeit beschäftigt sich mit den limitierten sprachlichen Möglichkeiten von Multiple Sklerose PatientInnen. Um dennoch eine optimale physiotherapeutische Behandlung zu ermöglichen, ist ein besonderes Augenmerk auf die Kommunikation, Compliance und die Tagesverfassung der PatientInnen zu legen. Das Ziel dieser Forschungsarbeit war es den Zusammenhang zwischen den Kommunikationsschwierigkeiten der Multiple Sklerose PatientInnen und die Auswirkungen dieser auf die Compliance der Betroffenen zu definieren. Weiteres wurde versucht aus den Erfahrungen der TherapeutInnen Möglichkeiten zu generieren, welche die Aufrechterhaltung der Compliance der PatientInnen während der Therapie unterstützen.

Nachfolgend sollen die Ergebnisse der Hauptkategorien verdeutlicht werden. Außerdem wird der engmaschige Zusammenhang der Herausforderungen und der Unterstützungsmöglichkeiten auf die Compliance der PatientInnen, sowie die Auswirkungen der Tagesverfassung dargestellt.

4.1 Unterstützung der Kommunikation

Die Kommunikation zwischen dem/der PatientIn und dem/der PhysiotherapeutIn erweist sich aufgrund der Kommunikationsschwierigkeiten, die im Laufe der neurologischen Erkrankung zunehmen, als sehr beschwerlich. Aufgrund der Erkrankung ist eine klare Formulierung der Befindlichkeit, Symptome und Wünsche nicht möglich und führt folglich zu Frustration, Missverständnissen und Gefühlsausbrüchen, welche sich negativ auf die Beziehung zwischen dem/der PatientIn und dem/der PhysiotherapeutIn auswirken. Sally et al. 2004 zeigen, dass die Beziehung zwischen dem/der PatientIn und dem/der PhysiotherapeutIn nicht nur die Therapiemaßnahmen beeinflussen sondern auch die Fähigkeit des/der PatientIn mit der Erkrankung umzugehen. Für die Unterstützung der Kommunikation und folglich für die Beziehung zwischen PatientIn und PhysiotherapeutIn werden große kommunikative Kompetenzen des/der PhysiotherapeutIn gefordert.

Zur Unterstützung der Kommunikation gibt es eine Auswahl an verschiedenen Kommunikationstechniken. Sind die PatientInnen nur mehr in der Lage nonverbal zu kommunizieren, beispielsweise über Mimik und Gestik, ist die Buchstabentafel das Mittel der Wahl. Hier wird die Bedeutung der Geduld und der Empathie ersichtlich, da die Zusammensetzung einzelner Buchstaben viel Zeit erfordert. Jedoch kann die Unabhängigkeit, die der/die PatientIn während der Zusammensetzung einzelner Buchstaben erfährt, einen

positiven Effekt auf die Therapiecompliance und die Beziehung zwischen dem/der PatientIn und dem/der Physiotherapeutin haben.

Eine weitere Möglichkeit zur Unterstützung der Kommunikation ist die Veränderung einer senkrechten Haltung in die horizontale Lage. Dies führt zu einer Verminderung der Rumpfaktivität und folglich zu einer Verbesserung der Kommunikation. Diese Aussage kann durch Vorperiana, Kurtzweil, Fourakis, Kent, Tillman und Austin (2015) bestätigt werden. PatientInnen fällt die isolierte Herstellung von Konsonanten und Vokalen in Rückenlage leichter als in der aufrechten Position.

Folglich kann gesagt werden, dass der Einsatz von Kommunikationstechniken, Hilfsmitteln und die horizontale Lage des/der PatientIn eine positive Auswirkung auf die Kommunikation zwischen PatientIn und PhysiotherapeutIn hat. In weiterer Folge sinkt auch die Frustration und es kommt seltener zu Missverständnissen. Dadurch kann eine Steigerung der Compliance erreicht werden.

4.2 Kommunikationsschwierigkeiten

Kommunikationsschwierigkeiten haben nicht nur negative Auswirkungen auf die Gefühlslage des/der PatientIn sondern auch auf die interprofessionelle Kommunikation. PatientInnen mit einer sprachlichen Limitation verspüren, je nach Tagesverfassung eine große Frustration, wenn der/die PhysiotherapeutIn viel Zeit benötigt, um die Zusammenhänge der Aussagen des/der PatientIn zu verstehen. Die Ursache für die Frustration kann eine getrübbte subjektive Wahrnehmung der PatientInnen bezüglich der Kommunikationsfähigkeit sein und folglich zu einem Verlust wichtiger Informationen, wie zum Beispiel der Befindlichkeit, führen. Ein weiteres Problem ist die Interpretation bei PatientInnen, die aufgrund der Erkrankung, nur mehr eine nonverbale Kommunikation führen können. Die Dokumentation muss hier sehr genau erfolgen, da eine falsche Dokumentation über Bedürfnisse, Wünsche oder Symptome, negative Einflüsse auf die Behandlung der PatientInnen haben kann. In Folge dessen ist eine Überforderung oder Unterforderung in der Therapie anderer TherapeutInnen möglich.

4.3 Kognitive Defizite

Multiple Sklerose führt nicht nur zu Defiziten in der Kommunikationsfähigkeit sondern auch zu kognitiven Defiziten. Jedoch stellt sich hier, vor allem bei älteren PatientInnen, die Frage ob es sich um kognitive Defizite handelt oder um eine Demenz.

Auswirkungen auf die physiotherapeutische Therapie haben jedoch beide. Multiple Sklerose PatientInnen sind in ihrer Merkfähigkeit getrübt, geben Informationen inkorrekt weiter und vergessen Termine. Auch Halper und Holland (2014) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass viele MS PatientInnen in ihrer Merkfähigkeiten getrübt sind und Schwierigkeiten beim Erlernen neuer Informationen und beim Abrufen dieser haben. Dies hat wichtige Implikationen, da das Erlernen neuer Fähigkeiten eine frustrierende Erfahrung werden kann. Hier spielt die Anpassung der Therapiemaßnahmen an den kognitiven Zustand des/der PatientIn zur Vermeidung der Frustration eine wichtige Rolle und folglich zur Aufrechterhaltung der Compliance, während des physiotherapeutischen Prozesses.

Eine weitere große Rolle spielt die subjektive Wahrnehmung bezüglich der Kommunikationsfähigkeit (siehe 4.3) und der motorischen Leistungsfähigkeit der PatientInnen. Penner (2009) stellte fest, dass die Fatigue keinen signifikanten Einfluss auf die kognitive Leistung hat. Jedoch die Selbsteinschätzung der Patienten hinsichtlich ihrer kognitiven Leistung deutlich mit der subjektiven Einschätzung der Fatigue korreliert. Auch Blaney und Strong (2009) zeigten, dass es PatientInnen mit schwerer oder langjähriger kognitiven Beeinträchtigungen es an Einsicht der Defizite mangelt. Dies kann wie die falsche Dokumentation der Befindlichkeit, Wünsche und Symptome der PatientInnen zu einer Überforderung oder Unterforderung in der Therapie führen. Um dies zu vermeiden ist die richtige Einschätzung über den Gesundheitszustandes des/der PatientIn von großer Bedeutung.

4.4 Fatigue

Fatigue hat nicht nur negative Auswirkungen auf die motorische und kognitive Leistung, sondern folglich auch auf die Motivation, die Sprache, die soziale Interaktion zwischen PhysiotherapeutIn und PatientIn und die Physiotherapie.

Die motorische Leistungsfähigkeit der PatientInnen wird von vielen Faktoren abhängig. Zum einen hängt sie stark mit der Tagesverfassung des/der PatientIn, dem Wetter, Erkältungen sowie Infektionen zusammen und hat somit auch Auswirkungen auf die Therapiemaßnahmen. Gerade an heißen Sommertagen klagen die PatientInnen über die Auswirkungen des Wetters auf die motorische Leistungsfähigkeit. Meyer, Rothmaier, Weder, Kool, Schenk und Kesselring (2007) weisen darauf hin, dass die Anwendung von Kühlwesten und feuchten Umschlägen der Fatigue entgegenwirkt und es zu einer Verbesserung der motorischen Leistungsfähigkeit kommt.

Um einer Erschöpfung während und nach der Therapie entgegenzuwirken, ist die Einlegung von Pausen und das Miteinbeziehen des/der PatientIn in die Planung der Therapie-

maßnahmen von großer Bedeutung. Dies kann die Motivation und die soziale Interaktion des/der PatientIn positiv beeinflussen.

4.5 Limitationen

Für diese Forschungsarbeit wurde eine induktive Vorgehensweise gewählt, um Unvoreingenommen ins Interview zu gehen. Mit einer deduktiven Vorgehensweise, in der Kategorien vor dem Interview erstellt werden, hätte man Fragen spezifischer stellen können und wäre eventuell somit zu mehr Daten gekommen.

Zudem ist die Einordnung der PatientInnen in der EDSS – Skala von 7 – 8 nicht außer Acht zu lassen. Eine Erhöhung der EDSS-Skala von 7-8 auf 8-9 wäre bei der nächsten Forschungsarbeit eine Überlegung wert. Da die PatientInnen in diesem Stadium zwar an Kommunikationsschwierigkeiten leiden, jedoch voll und ganz verständlich sind und empfinden es subjektiv nicht als eine Schwierigkeit.

Die erhobenen Daten von zwei Physiotherapeutinnen sind nicht repräsentativ, jedoch wurden aufgrund der langjährigen beruflichen Erfahrung der Physiotherapeutinnen wichtige Informationen, für die Unterstützung der Multiplen Sklerose PatientInnen mit Kommunikationsschwierigkeiten erhoben, die von größter Bedeutung sind.

Die Darstellung der Kommunikationsschwierigkeiten der PatientInnen und die Auswirkungen dieser auf die Compliance im physiotherapeutischen Prozess war nicht möglich, da die PatientInnen im Interview Angaben unter keinen Kommunikationsproblemen zu leiden. Hier könnte eventuell die subjektive Wahrnehmung bezüglich der Kommunikationsprobleme von PatientInnen mit MS, nicht der subjektiven Wahrnehmung der Physiotherapeutinnen übereinstimmen.

Eine weitere Limitation stellen die Ausschlusskriterien der MS PatientInnen dar. Diese durften unter keinen Bipolaren Störungen oder Krebs leiden, um das Ergebnis der Forschungsarbeit nicht zu verfälschen. Dennoch gibt es weitere Krankheiten, die das Ergebnis verfälschen können.

Trotz systematischer Vorgehensweise in der qualitativen Studie ist die subjektive Einschätzung und Interpretation der Ergebnisse eine weitere Limitation.

5 Schlussfolgerung

Verschiedene Studien konnten einen Einfluss des Krankheitsbildes auf die Compliance während der Therapie nachweisen. Die Dauer der Erkrankung und die damit verbundene Therapiedauer wirken sich negativ auf die Compliance der PatientInnen aus und stellt ein primäres Behandlungsproblem dar (Prigge JK et al. 2015). Beim derzeitigen Wissensstand wurde allerdings noch keine Forschung betrieben, wie sich Herausforderungen in der Kommunikation von MS PatientInnen auf die Therapiecompliance auswirken und welche Möglichkeiten bestehen diese während des physiotherapeutischen Therapieprozesses zu unterstützen, um die Compliance aufrechtzuerhalten.

In dieser Forschungsarbeit wurde ein qualitatives Interview mit Multiple Sklerose PatientInnen über deren Kommunikationsschwierigkeiten und die Auswirkungen auf die Compliance geführt sowie ein qualitatives Interview mit Physiotherapeutinnen hinsichtlich der Unterstützungsmöglichkeiten und der Aufrechterhaltung der Compliance während dem physiotherapeutischen Prozess.

Die Frage dieser Forschungsarbeit kann nicht beantwortet werden, da viele Aspekte in der Behandlung von MS PatientInnen mit Kommunikationsschwierigkeiten eine Rolle spielen und sich die motorische Leistung, Geduld, Sprachfähigkeit und insbesondere die Compliance je nach Tagesverfassung verändern können. Je nach Tagesverfassung benötigt der/die PatientIn eine andere Art von Unterstützung. Ist der/die PatientIn in einer guten Tagesverfassung ist der/die PatientIn geduldiger und der/die Physiotherapeutin hat mehr Zeit um herauszufinden, welche Bedürfnisse der/die PatientIn hat. Bei einer schlechten Tagesverfassung ist der/die PatientIn ungeduldig und das Interesse an soziale Interaktion ist gering. Aufgrund dessen gehen wichtige Informationen verloren und können somit die physiotherapeutische Behandlung negativ beeinflussen. Das Fazit ist, dass Physiotherapeutinnen, aufgrund der unterschiedlichen Tagesverfassung, ein hohes Maß an Empathie und Geduld besitzen müssen um Missverständnisse, die sich aufgrund der Kommunikationsschwierigkeiten zwischen dem/der PatientIn und dem/der PhysiotherapeutIn ergeben, zu verhindern.

Schlussendlich kann gesagt werden, dass noch weiterführende Studien in diesem Bereich durchgeführt werden sollen. Außerdem sollten weiterführende Studien untersuchen, ob sich die subjektive Wahrnehmung des/der PatientIn der subjektiven Wahrnehmung des/der PhysiotherapeutIn gleichen. Eine mögliche Hypothese könnte lauten: „Die subjektive Wahrnehmung der PatientInnen und der PhysiotherapeutInnen, über die motorischen Leistung und Kommunikationsschwierigkeiten der PatientInnen sind nicht ident“.

6 Literaturverzeichnis

- Albuquerque, C., Geraldo, A., Martins, R., & Ribeiro, O. (2015). Quality of Life of People with Multiple Sclerosis: Clinical and Psychosocial Determinants. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 359 - 365. doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.133
- Blaney, E. B., & Strong, L. A., (2007). The impact of fatigue on communication in multiple sclerosis. The insider's perspective. *Disability and Rehabilitation*, 31, 170 – 180.
- Cosh, D. A., & Carslaw, D. H. (2014). Multiple sclerosis: symptoms and diagnosis; InnovAit. doi.org/10.1177/1755738014551618
- Dangl, Herta. & Egli, Regula S. (2009). *Neurologische Störungsbilder und ihre ergotherapeutische Behandlung*. (2 Auflage). Stuttgart: Thieme
- Elzer, M., (2009). *Kommunikative Kompetenzen in der Physiotherapie. Lehrbuch der Theorie und Praxis verbaler und nonverbaler Interaktion* (1. Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.
- Halper, J., & Holland, N. J., (2014). *Pflege von Menschen mit Multiple Sklerose* (1. Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.
- Hausleiter, I. S., Brüne, M., & Juckel, G. (2009). Psychopathology in Multiple Sclerosis: diagnosis, prevalence and treatment. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 2(1), 13-19. doi.org/10.1177/1756285608100325
- Kurtzke, J. F. (1983). Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 33(11), 1444–1444. doi.org/10.1212/WNL.33.11.1444
- Meyer, H. A., Rothmaier, M., Weder, M., Kool, J., Schenk, P., & Kesselring, J. (2007). Advanced lightweight cooling-garment technology: functional improvements in thermosensitive patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 13, 232 - 237.
- Penner, I. K., (2009). *Fatigue bei Multipler Sklerose*. Bad Honnef: Hippocampus Verlag.
- Prigge JK, Dietz B, Homburg C, Hoyer WD, Burton JL. Patient empowerment: A cross-disease exploration of antecedents and consequences. *Int J Res Mark*. 2015;32(4):375–86
- Rahn, K., Slusher, B., & Kaplin, A. (2012). Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis: A Forgotten Disability Remembered. *Cerebrum: The Dana Forum on Brain Science*, 2012. Zugriff am 20. April 2018 unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3574761/>
- Schäfer, C., (2017). *Patientencompliance. Adhärenz als Schlüssel für den Therapieerfolg im Versorgungsalltag* (2. Auflage). Wiesbaden: Springer-Verlag
- Vorperiana, K. H., Kurtzweil, L. S., Fourakis, M., Kent, D. R., Tillman, K. K., & Austian, D. (2015). Effect of body position on vocal tract acoustics: Acoustic pharyngometry and vowel formants. *The Journal of the acoustical society of America*, 138, 833–845.
- Yorkston, K. M., Baylor, C., & Amtmann, D. (2014). Communicative participation restrictions in multiple sclerosis: Associated variables and correlation with social functioning. *Journal of communication disorders*, 52, 196–206. doi.org/10.1016/j.jcomdis.2014.05.005

A Anhang: Infoblatt PhysiotherapeutIn



Informationsblatt zur Studie

„Herausforderungen in der Kommunikation bei Multiple Sklerose PatientInnen und die Möglichkeiten diese während des physiotherapeutischen Therapieprozesses zu unterstützen um die Compliance aufrechtzuerhalten“

Ziel dieser Studie

Durch die Studie soll veranschaulicht werden wie sich die Herausforderungen der Kommunikation bei Multiple Sklerose PatientInnen, die aufgrund der fortschreitenden Erkrankung kognitive Defizite und Sprachstörungen aufweisen, sich auf die Compliance während des physiotherapeutischen Prozesses auswirkt und welche Möglichkeiten es zur Unterstützung dieser gibt.

Somit ergeben sich folgende Ein- und Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien:

- PhysiotherapeutIn seit 2 Jahren
- PhysiotherapeutIn eines/einer MS-Patienten/Patientin mit einer EDSS- Skala von 7 – 8
- Motivation und Einwilligung des Beitritts in die Studie

Ausschlusskriterien:

- Jegliche Abweichung der Einschlusskriterien

Ort und Dauer der Studie

- Multiple Sklerose Tageszentrum in 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 den Herausforderungen der Kommunikation bei Multiple Sklerose PatientInnen zu beantworten und welche Möglichkeiten es zur Unterstützung gibt, um die Compliance aufrechtzuerhalten.

Die Dauer der Befragung wird auf 20 Minuten geschätzt, falls Sie während dem Interview eine Pause benötigen, können wir diese gerne einlegen.

Kontaktinformation

Name: Celebic Selma
Adresse: Herzogenburger Straße 36
3100 St.Pölten
E-Mail: selma.celebic37@gmail.com

Sonstiges

Nach dem Interview werde ich die Antworten auswerten und interpretieren. Wenn Sie es wünschen erhalten Sie eine Kopie meiner Bachelorarbeit und können die Ergebnisse meiner Forschungsstudie begutachten.

Ich bedanke mich herzlich für Ihre Teilnahme an meiner Studie

B Anhang: Infoblatt PatientIn



Informationsblatt zur Studie

„Herausforderungen in der Kommunikation bei Multiple Sklerose PatientInnen und die Möglichkeiten diese während des physiotherapeutischen Therapieprozesses zu unterstützen um die Compliance aufrechtzuerhalten“

Ziel dieser Studie

Durch die Studie soll veranschaulicht werden wie sich die Herausforderungen der Kommunikation bei Multiple Sklerose PatientInnen, die aufgrund der fortschreitenden Erkrankung kognitive Defizite und Sprachstörungen aufweisen, sich auf die Compliance während des physiotherapeutischen Prozesses auswirkt und welche Möglichkeiten es zur Unterstützung dieser gibt.

Somit ergeben sich folgende Ein- und Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien:

- Diagnose: Multiple Sklerose (mind. Vor 3 Monaten)
- EDSS-Skala: 7 – 8
- Alter: 40 -60
- In physiotherapeutischer Behandlung
- Motivation und Einwilligung des Beitritts in die Studie
- Kognitive Defizite
- Sprachstörungen

Ausschlusskriterien:

- Diagnose: Multiple Sklerose (unter 3 Monaten)
- Zusatzkrankung: Krebs, bipolare Störung
- Kognitive Einschränkung – keine Interaktionsmöglichkeit, Kommunikation in keiner Form vorhanden
- Akute Schmerz und Bewusstseins Einschränkungen

Ort und Dauer der Studie

- Multiple Sklerose Zentrum in St.Pölten
- 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 den Herausforderungen der Kommunikation zu beantworten und wie sich diese Schwierigkeiten auf Ihren Therapieverlauf auswirken. Sollten Ihre Interaktionsmöglichkeiten aufgrund der fortschreitenden Erkrankung beeinträchtigt sein, stelle ich Ihnen visuelle Hilfsmittel zur Verfügung (Buchstabentafel, Laptop), die zur Erleichterung der Kommunikation dienen soll. Falls Sie es wünschen können Sie zu ihrem Termin auch eine Ansprechperson mitnehmen. Die Ansprechperson (Verwandter/In, Bekannter/In, FreundIn, PhysiotherapeutIn, PflegerIn etc.) kann Sie bei ihrer Kommunikation unterstützen. Die Dauer der Befragung wird auf 20 Minuten geschätzt, falls Sie während dem Interview eine Pause benötigen, können wir diese gerne einlegen.

Kontaktinformation

Name: Celebic Selma
Adresse: Herzogenburger Straße 36
3100 St.Pölten
E-Mail: selma.celebic37@gmail.com

Sonstiges

Nach dem Interview werde ich die Antworten auswerten und interpretieren. Wenn Sie es wünschen erhalten Sie eine Kopie meiner Bachelorarbeit und können die Ergebnisse meiner Forschungsstudie begutachten.

Ich bedanke mich herzlich für Ihre Teilnahme an meiner Studie

C Anhang: Einverständniserklärung der Fachhochschule

Physiotherapie

gesundheit **ifh** st. pölten

Vereinbarung Physiotherapie

<p>Ausfüllen von dem/der Teilnehmer/in</p> <p>Name:</p> <p>Anschrift:</p>
<p>Ausfüllen vom Studiengang Physiotherapie</p> <p>Gegenstand der Vereinbarung:</p> <p><input type="checkbox"/> Projekt:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bachelorarbeit: <i>„Herausforderungen in der Kommunikation bei Multiple Sklerose PatientInnen und die Möglichkeiten diese während des physiotherapeutischen Therapieprozesses zu unterstützen um die Compliance aufrechtzuerhalten“</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>
<p>Ausfüllen vom Studiengang Physiotherapie</p> <p>Folgende Maßnahmen werden von den Studierenden durchgeführt: Sie werden gebeten mir bezüglich meiner Forschungsfrage ein paar Fragen über Ihre Erfahrungen bezüglich den Herausforderungen der Kommunikation zu beantworten und wie sich diese Schwierigkeit auf Ihren Therapieverlauf auswirkt. Sollten Ihre Interaktionsmöglichkeiten aufgrund der fortschreitenden Erkrankung beeinträchtigt sein, stelle ich Ihnen visuelle Hilfsmittel zur Verfügung, die zur Erleichterung der Kommunikation dienen soll. Falls Sie es wünschen können Sie zu Ihrem Termin auch eine Ansprechperson mitnehmen. Die Ansprechperson (Verwandter, Bekannte, Freundin, Physiotherapeutin, Pflegerin etc.) kann Sie bei Ihrer Kommunikation unterstützen. Die Dauer der Befragung wird auf 20 Minuten geschätzt, falls Sie während dem Interview eine Pause benötigen, können wir diese gerne einlegen.</p> <p>Ärztliche Abklärung und Freigabe notwendig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nein</p>

Ausfüllen von dem/der Teilnehmer/in

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

- nicht veröffentlicht¹
- nur anonymisiert und unter Unkennlichmachung 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 abzubrechen 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

¹ Veröffentlichen: auf Homepage, Kongressen, in Lehre und Forschung innerhalb der FH

D Anhang: Einverständniserklärung Ethikkommission

„Herausforderungen der Kommunikation bei Multiple Sklerose PatientInnen“ Version 1.4 vom 08.08.2016

PatientInneninformation¹ und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Studie

„Die Herausforderungen der Kommunikation bei Multiple Sklerose PatientInnen und Möglichkeiten diese während des physiotherapeutischen Prozesses zu unterstützen um die Compliance aufrechtzuerhalten“

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 herauszufinden wie sich die Herausforderungen der Kommunikation bei Multiple Sklerose PatientInnen, die aufgrund der fortschreitenden Erkrankung kognitive Defizite und Sprachstörungen aufweisen, sich auf die Compliance während des physiotherapeutischen Prozesses auswirkt. Ebenso gilt es herauszufinden welche Möglichkeiten es zur Unterstützung gibt. Es wird eine Befragung hinsichtlich der Herausforderungen der Kommunikation und wie sich diese Schwierigkeiten

erfahrungsgemäß auf die Compliance während des physiotherapeutischen Prozesses auswirken, durchgeführt. Zur Beantwortung der Fragen werden bei Kommunikationsschwierigkeiten, aufgrund der fortschreitenden Erkrankung, visuelle Hilfsmittel zur Verfügung gestellt. Den PatientInnen ist es gestattet eine Ansprechperson mitzunehmen, die als Dolmetscher agieren kann. Ebenfalls wird eine Befragung der Physiotherapeuten, über deren Erfahrung mit dem Thema dieser Studie durchgeführt. physiotherapeutischen Prozesses befragt. Die Dauer der Befragungen wird pro ProbandIn auf etwa 20 min geschätzt.

2. Wie läuft die Studie ab?

Diese Studie wird im MS-Zentrum in St. Pölten durchgeführt, wo insgesamt ungefähr 6 Personen teilnehmen werden.

Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie wird voraussichtlich 1 Tag 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 den Herausforderungen der Kommunikation zu beantworten und wie sich diese Schwierigkeit auf Ihren Therapieverlauf auswirkt. Sollten Ihre Interaktionsmöglichkeiten aufgrund der fortschreitenden Erkrankung beeinträchtigt sein, stelle ich Ihnen visuelle Hilfsmittel zur Verfügung, die zur Erleichterung der Kommunikation dienen soll. Falls Sie es wünschen können Sie zu ihrem Termin auch eine Ansprechperson mitnehmen. Die Ansprechperson (Verwandter, Bekannte, FreundIn, PhysiotherapeutIn, PflegerIn etc.) kann Sie bei ihrer Kommunikation unterstützen. Die Dauer der Befragung wird auf 20 Minuten geschätzt, falls Sie während dem Interview eine Pause benötigen, können wir diese jederzeit einlegen.

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: Celebic Selma

Ständig erreichbar unter: 0650/44450997

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 direkten 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.)*

E Anhang: Prüfbogen

PRÜFBOGEN:

Datum: ProbandInnennummer:

Alter: Ärztliche Diagnose:

EDSS-Skala:

1. Begrüßung ProbandIn und Begleitperson
2. Besprechung der Einverständniserklärung, Klärung offener Fragen
3. Unterschrift ProbandIn

Ausschlusskriterien:

- Diagnose: Multiple Sklerose (unter 3 Monaten)
- Zusatzerkrankung: Krebs, bipolare Störung
- Kognitive Einschränkung – keine Interaktionsmöglichkeit, Kommunikation in keiner Form vorhanden
- Akute Schmerz und Bewusstseins Einschränkungen

Befragung PatientIn

1. Haben sie Kommunikationsschwierigkeiten bezüglich der fortschreitenden Erkrankung und wie machen sich diese in der Therapie bemerkbar?
2. Haben sie aufgrund der Kommunikationsschwierigkeiten Probleme sich auf die Therapie einzulassen?
3. Wie geht der Physiotherapeut auf diese Schwierigkeiten ein?
4. Wie wirken sich diese Kommunikationsschwierigkeiten auf die Beziehung zwischen Ihnen und ihren Physiotherapeuten aus?
5. Wie wirken sich die Kommunikationsschwierigkeiten auf ihre Motivation bezüglich der Physiotherapie aus?

Befragung PhysiotherapeutIn

1. Welche Möglichkeiten gibt es die Kommunikationsmöglichkeiten des Patienten während der Therapie zu unterstützen?
2. Benutzen Sie irgendwelche Kommunikationstechniken um den Patienten die Kommunikation zu erleichtern?
3. Welche Erfahrungen haben sie bezüglich der Compliance des Patienten gemacht? Sind diese aufgrund der Sprachprobleme gemindert?
4. Mit welchen kognitiven Defizite haben die PatientInnen zu kämpfen und wie wirken sich diese auf die Kommunikation des Patienten aus?
5. Wie wirkt sich Erschöpfung auf die Kommunikation aus und wie sehr beeinflusst diese die Therapie?
6. Wie merkt sich Fatigue in der Therapie bemerkbar und welche Möglichkeiten gibt es diese im Alltag zu messen?

F Anhang: Interview 1

Interview Probandin 1

1 **F1: Die erste Frage ist, welche Möglichkeiten gibt es die Kommunikationsschwierigkeiten des**
2 **Patienten oder der Patientin während der Therapie zu unterstützen?**

3 M: Naja rein vom Da geht es wahrscheinlich schon um die Haltung sozusagen, wenn ich irgendwo
4 die Haltung verändere, dass die Möglichkeit einfach besteht, von der Stimme her besser zu
5 artikulieren, und ich sie somit unterstütze, indem ich die Haltung verändere. Prinzipiell natürlich das
6 herangehen, denke ich mal, wie man mit jemanden umgeht. Sozusagen, dass man da immer offen ist
7 und immer nachfragt. In meinem Alltag weiß ich, dass es oft auch von der Zeit abhängig ist... weil
8 heute ist es da relativ locker, weil manchmal ist es fast wie eine Fließbandarbeit und dann bleibt das
9 manchmal ein bisschen auf der Strecke, dass man wirklich die Zeit hat zum Zuhören und das Zeit
10 nehmen ist sicher eine große Sache, wenn man die Zeit hat und sich darauf einstellen kann, wenn
11 jemand einfach länger Zeit braucht zum Wörter finden.

12 **F2: Okay. Was für Tricks nimmst du dann her, wenn irgendwer irgendwelche Schwierigkeiten**
13 **hat sich zu artikulieren, vielleicht besser zu hören oder Sätze vervollständigen?**

14 M: Ja ganz individuell. Ich denke mir Sätze zu vervollständigen kann manchmal auch eine Strategie
15 sein. Bei anderen die mögen das überhaupt nicht. Also die sind halt.... haben das Gefühl man nimmt
16 ihnen etwas weg sozusagen, wenn man Sätze für sie ausführt, wo sie vielleicht auf etwas ganz anderes
17 hinaus wollen, dass man eventuell glaubt, dass das das Thema ist, und sonst weiß ich nicht.
18 Richtige Tricks glaube ich Also wenn man einfach Erfahrungen macht, dass etwas ganz individuell
19 gut wirkt. Aber ich würde es nicht als Trick bezeichnen.

20 **Also einfach so empathisch zu sein wie möglich?**

21 M: Ja natürlich, dass man sich einfach so gut wie möglich darauf einstellt.

22 **F3: Und gibt es irgendwelche Kommunikationstechniken, die man benutzt, damit man die**
23 **Kommunikation erleichtert?**

24 M: Ja also es gibt so rein strukturell, zum Beispiel beim (Name des Patienten) den du vorher gesehen
25 hast, da gibt es diese Tafel, diese Buchstabentafel. Zum Beispiel, also wenn man gar nicht mehr
26 weiterkommt, dann kann man halt versuchen diese Zeile oder die einzelnen Buchstaben zu finden und
27 da halt herauszufinden, was er meint. Weiß ich nicht genau was genau unter Techniken sozusagen fällt
28 oder zu verstehen ist.

29 **Es gibt ja solche Elektroden die man auf den Kopf kleben kann und die die Gehirnströme**
30 **messen und sozusagen die Wörter auf den Laptop. Wäre das etwas für die Patienten oder sagen**
31 **die so etwas brauche ich nicht oder will ich nicht.**

32 M: Das war nie Thema. Das war noch nie Thema. Ich weiß nicht genau ob das überhaupt in einem
33 Pflegeheim-Alltag Thema sein kann, weil das ja irrsinnig aufwendig klingt. Ich denke mir das ist eher
34 mehr für Forschungsinstitute. Ich weiß nicht wie ausgereift die Technologie ist, aber für uns ist es
35 überhaupt kein Thema

36 **Okay**

37 M: Also wir hatten schon einmal einen Patienten mit ALS die haben so einenmit
38 Augenbewegungen und den Stimmbewegungen gesteuerten Computer gehabt. Also da haben sie einfach
39 die Dinge anklicken können, mit Bewegungen der Augen oder des Kopfes. Das war damals, kann ich

40 mich erinnern, bei einer ALS Patientin, die heute schon sehr, schon sehr lange verstorben ist
41 mittlerweile das würden heute die Kassen alles nicht mehr zahlen und die Dinge sind einfach sehr
42 teuer und auch aufwendig, alleine dieses Gerät zu platzieren, war eine Sache von 20 Minuten und das
43 war auch einfach sehr aufwendig. Aber ich denke zum Großteil scheitert das an der Finanzierung
44 heutzutage.

45 **Ja das stimmt schon, dass eine Buchstabentafel einfacher ist.**

46 M: Ja einfach und manchmal das Mittel der Wahl.

47 **F4: Okay, welche Erfahrungen hast du bezüglich der Compliance des Patienten gemacht. Also**
48 **sind diese aufgrund der Sprachprobleme gemindert zum Beispiel.**

49 M: Ja kann sein denke ich mal. Es kann, wenn jemandem unbedingt etwas Bestimmtes sagen will und
50 man versteht das über einige Minuten nicht, kann es natürlich sein, dass derjenige bisschen
51 Aggressionen kriegt und dann ist das Denken an irgendwelche anderen Maßnahmen nicht möglich.
52 Oder wenn es um irgendein wichtiges Detail geht, zum Beispiel bei der Positionierung, wo sich
53 derjenige unwohl fühlt und kann das nicht irgendwo zum Verständnis bringen ist es natürlich furchtbar
54 für alle Beteiligten. Man selber steht eventuell auf einem anderen Gleis und versteht es einfach nicht
55 und es ist ganz schlimm und derjenige braucht aber den einen Handgriff vielleicht nur und man kommt
56 nicht zusammen. Furchtbar einfach furchtbar.

57 **F5: Und gibt es dann auch solche Patienten die die Therapie dann abbrechen, weil sie sich nicht**
58 **artikulieren können?**

59 M: Das habe ich bis jetzt noch nicht erlebt. Das was ich vorher beschrieben hab, war ja keine richtige
60 therapeutische Handlung, aber wir sind, da glaube ich relativ in den Pflegealltag eingebunden und sind
61 auch sehr dafür zuständig wie Transfers passieren oder wie positioniere ich den Arm oder zum
62 Beispiel die Rollstuhlpassungen und gerade da, wenn man etwas aufpolstern muss oder etwas
63 wegnehmen muss, das ist natürlich so essentiell ob sich jemand wohlfühlt ihm sitzen oder auch nicht.
64 Das ist absolut Lebensqualität entscheidend und wenn man das nicht wirklich gut herauskriegen kann
65 furchtbar. Aber Therapie abgebrochen vom Patienten her weiß ich nicht, ob man das so
66 bezeichnen kann.

67 **F6: Oder sagt der Patient er will auf das Zimmer, er will einfach komplett in Ruhe gelassen**
68 **werden?**

69 M: Naja vielleicht doch. Ja wenn man einfach doch, so schwer betroffen ist, dass alles eine
70 Anstrengung ist, dass einfach die Kräfte so verbraucht sind und dass eben gar nichts mehr möglich ist.
71 In dem Fall ja.

72 **F7: Okay. Mit welchen kognitiven Defiziten haben die Patienten zu kämpfen und wie wirkt sich**
73 **das auf die Kommunikation aus vom Patienten her?**

74 M: Ganz häufig Konzentrationsstörungen, Kurzzeitgedächtnisstörungen. Auf die Therapie insofern,
75 dass man sich Termine ausmacht die dann einfach nicht eingehalten werden. Die meisten müssen wir
76 ja holen, weil die einfach entweder motorisch oder kognitiv es nicht geht, dass sie Termine einfach
77 nicht wirklich wahrnehmen und daran erinnern müssen. Das Krankheitseinsehen, ich weiß nicht, ob
78 das auch unter kognitives Defizit fällt, die realistische Einschätzung des Zustandes kommt auch vor,
79 dass diese ganz woanders ist, als wir objektiv glauben zu sehen und was gar nicht so selten ist das
80 Leute sich sehr überschätzen und ganz andere Therapien machen wollen als wir für angezeigt halten.
81 Zum Beispiel wenn jemand sich einfach völlig überschätzt und auch überfordert und gerne weiß ich

82 nicht wie viele Stunden am Tag Therapie hätte, ... also, wenn wir versuchen ihm entgegenzukommen
83 merkt man einfach, dass der Körper negativ reagiert und dass es zu viel ist.

84 **F8: Merkt man die negativen Auswirkungen der Überforderung dann am nächsten Tag?**

85 M: Unterschiedlich. Also wir haben einen Fall gehabt, wo dann der zeitliche Zusammenhang... der hat
86 Fieber bekommen, sehr deutlich war zu dieser Überforderung einfach und dann müssen wir einfach
87 ein Gespür entwickeln, was zuträglich ist. Wie viel Therapie zuträglich ist und das oft nicht mit dem
88 Bild zusammen passt, dass der Patient von sich selber hat und das ist dann immer so eine
89 Gradwanderung.

90 Und die Frage war über die Kommunikation oder? Wie sich das auf die Kommunikation ...?

91 **Bezüglich der Compliance**

92 M: Ah okay.

93 **Genau**

94 **F9: Wie wirkt sich die Erschöpfung auf die Kommunikation aus? Und wie sehr beeinflusst diese
95 dann die Therapie?**

96 M.: Ja wenn man anhand der sprachlichen Möglichkeiten schon merkt, dass derjenige einen
97 schwächeren Tag hat, dann würde man natürlich darauf Rücksicht nehmen, die Therapie entweder
98 verkürzen oder ausfallen lassen. Es ist halt, dass die bei MS, die Tagesverfassung ist doch sehr
99 unterschiedlich und es gibt vielleicht Tage, wo man schon an jemanden merkt, dass der heute nicht so
100 in Form ist und dann man schon im Vorhinein schon darauf reagieren muss.

101 **F10: Und ist es dann so, dass die Patienten dann sagen was für Maßnahmen sie gern hätten,
102 oder das wird mir jetzt zu viel?**

103 M: Ja und da nehmen wir ja auch sehr darauf Rücksicht. Also wenn manche zu verstehen...
104 Eigentlich ist es fast Standard würde ich sagen, dass man eigentlich vorher schon fragt wie es ihnen
105 geht und ob man das normale Programm machen kann oder ob wir heute nur Fahrrad fahren, also
106 passive Maßnahmen sozusagen, passives Durchbewegen, oder sie benutzen eben aktives Training.
107 Also wenn sie es selber sagen können ist es wunderbar und dann nehmen wir natürlich immer
108 Rücksicht darauf.

109 **F11: Okay. Wie macht sich die Fatigue in der Therapie bemerkbar und gibt es irgendwelche
110 Möglichkeiten die Fatigue im Alltag zu messen?**

111 M: Messen heißt anhand irgendwelcher Tests und Zahlen oder?

112 **Genau oder es kann auch subjektiv sein.**

113 M: Ist natürlich ganz entscheidend. Wir haben einige die darunter sehr leiden und sogar bis dahin, dass
114 manche im Rollstuhl sitzen und nur schlafen. Weil sie einfach durch die Morgenpflege und das früh
115 aufstehen schon so verbraucht sind und natürlich versucht man das vorher einzuschätzen, um sich
116 darauf einzustellen. Man kann sie schon manchmal herausholen, aus dem ...also wenn man nur dann
117 gleich sagt heute ist ein müder Tag und heute wird die Therapie im Vorhinein gleich sofort abgesagt,
118 dann ... ich hab die Erfahrung gemacht, dass man schon manchmal, wenn man sie anspricht und
119 versucht denjenigen ein bisschen zu aktivieren, dass dann schon etwas möglich ist und das derjenige
120 aus dieser Phase dann kurz wieder rauskommen kann und ich glaub, dass es dann denen auch gut tut.

121 Aber ist auch wieder eine große Gefühlssache, ob nicht die Erschöpfung wirklich einmal so lähmend
122 ist und so groß, dass da einfach besser ist dem nachzugeben.

123 **F12: Und wie versuchst du die Patienten zu aktivieren?**

124 M: Ich versuche sie mit ansprechen zu motivieren. **Fatigue** in dem Fall.... ist es nicht was ist jetzt
125 meine die motorische Erschöpfung, die man ja schon sieht im Laufe einer Therapieeinheit zum
126 Beispiel und wo ich dann weiß sie brauchen dann einfach sehr viel mehr Pausen als in den Therapien
127 mit anderen Krankheitsbildern. Während der Therapieeinheiten immer schon Pausen oder auch, dass
128 man sagt „Okay, sie sind gerade müde, ich komm in einer Stunde wieder und schau ob es dann besser
129 ist“. Also, dass man da sehr flexibel ist und darauf reagiert halt wie das Bild ist aber wie war die Frage
130 nochmal?

131 **F13: Wie macht sich die Fatigue in der Therapie bemerkbar und gibt es irgendwelche**
132 **Möglichkeiten die Fatigue im Alltag zu messen?**

133 M: Ich meine diese Ermüdbarkeit von der motorischen Leistung her ist es sehr schnell und einfach zu
134 sehen, weil wir die Leute auch durchgehend sehr lang schon betreuen und das auch sehr
135 augenscheinlich ist und wann die Fatigue ein Erschöpfungszustand ist das nicht nur das motorische
136 betrifft und einfach die Motivation zu allem fehlt. Man kann dann schon auch versuchen sie durch ein
137 Gespräch irgendwo anders hinzulenken. Damit man durch Ablenkung sie ein bisschen herausholen
138 kann aus diesem Zustand. Ich weiß es gibt Untersuchungen das regelmäßiges Training die **Fatigue**
139 beeinflussen kann kann ich auch nicht widersprechen. Wir richten uns halt nach der
140 Tagesverfassung und ich weiß nicht ob, dass von der regelmäßigen Therapie abhängig ist. Es gibt
141 schon Phasen, einfach Phasen über Wochen wo jemand müder ist oder wo jemand einfach wacher und
142 aktiver ist. Ich hab keine Untersuchungen und ich weiß es nicht und mir fehlt einfach das Gefühl
143 dafür, ob es abhängig von der Therapie ist. Ich glaub, da gibt es ganz andere Einflussfaktoren.
144 Krankheitsbedingt oder ganz andere psychische Stimmungen, Phasen, irgendwas, weil man weiß, dass
145 es eine ganz empfindliche Reaktion, gibt. Zum Beispiel auf Stimmungen oder so. Also ich denke mir
146 es gibt vieles von denen wir gar nicht wissen, was in ihnen vorgeht, was diese Dinge beeinflussen und
147 man kennt auch von sicher selber, wie abhängig man ist in der Motivation und Aktivität von tausend
148 Dingen.

149 **Das stimmt. Kein Tag ist gleich.**

150 M: Kann gar nicht so viel anders sein bei den Patienten. Die Krankheit macht das Ganze noch viel
151 dramatischer und ausgeprägter, aber im Endeffekt sind sie auch von Kleinigkeiten teilweise ...
152 bestimmt ... so Tagesverfassungen.

153 **F14: Stimmt. Und wie können sich jetzt die Kommunikationsprobleme, die zum Beispiel der**
154 **Physiotherapeut mit dem Patienten hat... Wie wirkt sich das auf die interprofessionelle**
155 **Kommunikation aus?**

156 M: Ich denke, wenn wir Probleme haben, in der Kommunikation mit jemandem, dann ist es ja
157 meistens ein Problem, dass das ganze Team betrifft, denn es geht jedem gleich. Also es ist nicht so,
158 dass es nur in der Physiotherapie auftreten würde und es ist oft Thema, also unsere
159 Kommunikationsprobleme mit denen wo es wirklich schwierig ist. Herausfinden was die Person
160 jetzt sagen will ist oft Thema, weil es einer der schwierigsten Dinge ist mit jemandem umzugehen der
161 nicht sagen kann was er will und auch nicht die Glocke bedienen kann zum Beispiel. Jemanden holen
162 kann wenn er in Not ist oder etwas braucht. Das ist schon oft Thema. Ob man es jetzt die

163 interdisziplinäre Zusammenarbeit beeinflusst denke ich ist eher für mich oft ein Zeichen, dass wir im
164 selben Boot sitzen und alle an den gleichen Dingen arbeiten. Oder wolltest du irgendwas spezielleres?

165 **F15: Nein, nein gar nicht. Macht ihr euch untereinander dann auch Vorschläge, wie man den**
166 **Patienten am besten behandeln kann**

167 M: Ok, dass man auch vielleicht Vorschläge macht die für andere.... Ja das kommt schon auch vor,
168 wenn man eben festgestellt hat wenn etwas Haltungsabhängig ist. Ob der Kopf dahinten liegt oder
169 vorne ist, ist ein großer Unterschied, ob jemand etwas stimmlich produzieren kann oder nicht. Also
170 wenn man merkt, dass es hilfreiche Positionen gibt, dann wird man das auf jeden Fall weitergeben.
171 Wir haben auch eine Logopädin, die regelmäßig kommt, die uns da auch berät. Da geht es in erster
172 Linie um Schluckstörungen und Verschlucken aber das kann man gar nicht trennen von der
173 Sprachfähigkeit, da das die gleichen Organe betrifft. Oder zum Beispiel den (Name eines Patienten)
174 draußen der.. das war ganz erstaunlich, dass er eine bessere Stimme produzieren kann im ganz flachen
175 liegen. Weil sonst man immer sagen würde, aufrechte Haltung und gute Kopfposition begünstigt die
176 Kommunikationssprachfähigkeit und bei ihm war es ganz umgekehrt. Man kann das schon logisch
177 erklären mit Zwerchfellaktivität und Atrmungsmechanismus. Aber eigentlich war es für mich in erster
178 Linie absurd, dass es im Liegen, im ganz flachen Liegen nämlich ... und dann ist dann schon so einer
179 Sache, weil er das selbst nicht sagen kann, dass er jetzt flach gestellt werden will, weil er dann besser
180 reden kann. Das weiterzugeben ist sicher eine ganz wichtige Sache. Auch für alle anderen.

G Anhang: Interview 2

Interview Probandin 2

- 1 **F1: Welche Möglichkeiten gibt es die Kommunikationsmöglichkeiten des der Patientin/Patientin**
2 **während der Therapie zu unterstützen?**
- 3 L: Also wir haben einen Bewohner bei dem haben wir eine Tafel, die hat eine Logopädin erstellt und
4 mit ihm geübt. Auf dieser Tafel sind alle Buchstaben in verschiedenen Reihen und da kann man, wenn
5 man ihn nicht versteht, ihn fragen: erster Buchstabe, erste, zweite, dritte, vierte Reihe und er sagt über
6 Lidschluss wann es richtig ist und dann gehen wir die Buchstaben durch und bauen so die Wörter
7 zusammen. Das ist so eine konkrete Möglichkeit und sonst halt schon viel über Vorschläge machen.
8 Dann eben, dass es auch gewisse Patienten gibt die sich über Augenbewegungen bemerkbar machen
9 und bei Leuten die nicht so stark eingeschränkt sind, wo es mehr umso Wortfindungsstörungen geht,
10 da auch einfach Vorschläge machen. Zeit nehmen dafür und ja. Das sind so die Möglichkeiten.
- 11 **F2: Hast du manchmal das Gefühl, dass wenn du jetzt von dir aus sagst der Patient hat**
12 **Kommunikationsprobleme, dass der Patient aber von sich ausgeht als hätte er keine, dass die**
13 **subjektive Wahrnehmung nicht mit deiner übereinstimmt?**
- 14 L: Das gibt es schon, ja. Bei Leuten die eine sehr verwaschene Sprache haben, obwohl das sehr
15 schwankend ist vom Tagesverlauf, gibt es einige die wenig tolerant sind, wenn man sie nicht versteht
16 oder sich irgendwie ärgern, wenn sie nicht gleich verstanden werden und das vielleicht nicht darauf
17 zurückführen können, dass sie sich heute einfach nicht so klar ausdrücken können. Da muss man
18 versuchen sie möglichst schnell zu verstehen und sonst kann es manchmal auch passieren, dass halt ja.
- 19 **F3: Okay also, dass der Patient denkt ja ich habe keine Kommunikationsprobleme warum**
20 **verstehst sie mich nicht?**
- 21 L: Ja manchmal vielleicht. Da bin ich mir nicht wirklich sicher ob die dann glauben sie haben gar kein
22 Problem oder ob sie sich einfach ärgern und ungeduldig werden und vielleicht schon wissen, dass es
23 an ihnen liegt, aber das weiß ich nicht.
- 24 **F4: Gibt es irgendwelche Kommunikationstechniken, die du benutzt damit die Kommunikation**
25 **erleichtert wird?**
- 26 L: Ja auf jeden Fall so Katalog Fragen stellen, wie zum Beispiel „Meinen Sie das, das oder das“. Das
27 ist glaub ich eine Technik, die ich oft verwende. Bei Leuten die sehr schnell reden, immer wieder
28 auffordern das langsam zu sagen oder noch einmal von vorne anzufangen oder bei
29 Wortfindungsstörungen zu probieren es anders zu formulieren. Das glaube ich fällt mir jetzt ein.
- 30 **F5: Okay. Und welche Erfahrungen hast du bezüglich der Compliance vom Patienten gemacht?**
31 **Also wie werden die aufgrund der Sprachprobleme gemindert, was die physiotherapeutische**
32 **Therapie betrifft?**
- 33 L: Ich würde jetzt nur... Sprachprobleme sind noch keine kognitiven, dann nicht. Dann sind es Leute
34 die genauso konkret sind wie die anderen. Wenn es kombiniert ist mit kognitiven Defiziten, die
35 Sprachstörungen, dann ist die Compliance nicht immer so gegeben. Aber ich glaube eigentlich
36 wirklich, dass es dann meistens mehr an kognitiven liegt als an Sprachstörungen. Sogar einige Leute
37 die dann wissen, dass sie sich nicht so leicht ausdrücken. Ich habe dann das Gefühl, die haben das
38 besonders gut im Kopf was sie wollen oder welche Termin wann sind.

39 **F6: Und wie äußert sich das dann wenn der Patient nicht Compliant ist. Gibt es dann**
40 **irgendwelche Patienten die dann sagen, dass sie keine Therapie machen wollen oder in Ruhe**
41 **gelassen werden wollen?**

42 L: Ja also es äußert sich so darin, dass sie sich teilweise die Termine nicht merken. Sie man daran
43 erinnern muss und es äußert sich noch darin, dass wenn man nachfragt, was passiert ist, was andere
44 Kollegen gemacht haben und man redet dann mit Kollegen, dass es sich einfach nicht deckt. Man
45 merkt dann, dass so Erzählungen sie vielleicht anderes sehen oder es zeitlich nicht einordnen können.
46 Wie war die Frage? Wie sich das äußert mit?

47 **F7: Welche Erfahrungen haben sie bezüglich der Compliance des Patienten dessen**
48 **Sprachprobleme gemindert sind. Wenn du sie zum Beispiel nicht versteht und sie dann die**
49 **Therapie abbrechen möchten oder keine Lust dazu haben. Hast du da schon Erfahrungen**
50 **bezüglich dessen gemacht?**

51 L: Wenn man Leute gut kennt, mit Sprachproblemen, merkt man schon, wenn es um was Gravierendes
52 geht, sie abbrechen wollen und es ihnen nicht gut geht. Am Anfang, wenn man sie vielleicht nicht
53 kennt, ist es schwieriger. Aber nachdem wir sie alle so lang betreuen, ist es dann eigentlich kein
54 Problem mehr, dann versteht man das schon immer.

55 **F8: Okay. Mit welchen kognitiven Defiziten haben die Patienten zu kämpfen und wie wirkt sich**
56 **das auf die Kommunikation vom Patienten aus?**

57 L: Es ist wirklich bei uns sehr breitgefächert. Es gibt viele auch ältere Bewohner, wo dann auch die
58 Frage ist, ob es nicht einfach um eine ganz normale Demenz handelt oder es einfach eine kognitive
59 Beeinträchtigung aufgrund der neurologischen Erkrankung ist. Darum ist es so breitgefächert wie die
60 kognitiven Einschränkungen sind. Aber was ich eben schon erwähnt habe ist das zeitliche einordnen
61 manchmal schwierig, dass wenn man Sachen abfragt, also Gedächtnis eben wie war die
62 Untersuchung? Was haben sie am Wochenende gemacht? Wenn man mit dem Kollegen darüber redet
63 oder Berichte liest, dass sich das dann nicht deckt. Leute sich Sachen eben nicht merken, auf jeden
64 Fall, auch Namen vom Therapeuten zum Beispiel. Was man auch über die Jahre merkt ist, dass sich
65 die Persönlichkeiten verändern. Ich glaube das sind so Sachen.

66 **F9: Wie wirkt sich das jetzt, dass du mir erzählt hast auf die Sprache aus? Stottern die Patienten**
67 **wenn sie reden oder?**

68 L: Ja kann schon sein oder eben neu ansetzen, wenn sie selbst merken das hat jetzt im Ausdruck nicht
69 funktioniert. Das auf jeden Fall. Aber bei Leuten, die eher so verlangsamt sind, fällt das schon sehr in
70 der Sprache auf und die man immer wieder auffordern muss weiterzusprechen. Also die haben wir
71 auch. Oder so bei, das hängt jetzt eventuell mehr mit Fatigue zusammen, eine Patientin die immer
72 wieder mal einschlüft. Das ist natürlich auch noch was, dass die Kommunikation sehr stark
73 beeinträchtigt, wenn jemand so schläfrig ist.

74 **F10: Das passt dann gleich zur nächsten Frage. Wie wirkt sich die Erschöpfung auf die**
75 **Kommunikation aus und wie sehr beeinflusst die Erschöpfung die Therapie dann?**

76 L: Also es gibt einige Patienten die sehr verschiedene Tagesverläufe haben. Die sich manchmal dann
77 oft erschöpft fühlen und die Therapie absagen, beziehungsweise von Anfang an verhandeln, dass sie
78 heute nur eingeschränkt Therapie machen. Heute hätte einer der Herren auch gehen sollen am
79 Handlauf, war aber krank und wollte jetzt einmal nur Rad fahren. Das ist natürlich nicht nur bei
80 Krankheiten, sondern auch bei schwankendem Tagesverlauf, wenn sie mal erschöpft sind und das hat
81 natürlich Auswirkungen auf den Therapieverlauf. Man kann dann nicht das machen was man sich

82 vorgenommen hat oder was am Therapieplan stehen würde und dann macht man etwas anderes. Ist bei
83 uns eigentlich sehr häufig so. Weil sehr viele so schwankend sind. Auf die Kommunikation überlege
84 ich mit der Erschöpfung. Ja natürlich da man merkt das Leute vielleicht nicht so gesprächig sind an
85 Tagen wo sie erschöpft sind, also das merkt man schon oft. Oder gerade bei Leuten die vielleicht sehr
86 starke Einschränkungen haben, für den ist das sehr anstrengend. Der Herr, den ich erwähnt habe, mit
87 den man mit den Worttafeln arbeitet, da merkt man, wenn er gut gelaunt ist, dann will er viel mehr
88 kommunizieren und hat dann auch viel mehr Geduld und wenn er aber erschöpft ist und sich nicht
89 wohlfühlt, dann winkt er oft auch ab und sagt egal, wenn man ihn nicht gleich versteht.

90 **F11: Und wie macht sich Fatigue in der Therapie bemerkbar und gibt es irgendwelche**
91 **Möglichkeiten die Fatigue im Alltag zu messen?**

92 L: Wir messen es eigentlich nicht. Wir dokumentieren halt, wie sich der Patient fühlt, zusätzlich zu
93 den Maßnahmen und ich würde das bei uns auch eher Tagesverfassung nennen als Fatigue. Weil das
94 eben auch oft sehr schwankend ist und wie ich schon vorher erwähnt habe, dass dann danach
95 entscheiden was wir machen. Bei uns hängt das sehr stark mit dem Wetter zusammen. Gerade im
96 Sommer, wenn es sehr heiß ist, viele Leute sich sehr erschöpft fühlen und da nicht so stark belastbar
97 sind oder nicht so leistungsfähig. Ja ~~weitere~~ hängt es zusammen, eben mit Leuten, die vielleicht gerade
98 Infekte haben. Bei MS Patienten hat auch so eine Erkältung eine große Auswirkung auf die Leistung
99 die sie dann bringen in der Therapie und was möglich ist.

100 **F12: Und wie könnten sich Kommunikationsprobleme zwischen dem/ der Physiotherapeuten/In**
101 **und vom Patienten auf die interprofessionelle Kommunikation auswirken?**

102 L: Naja wahrscheinlich wird es dann, wenn man jemanden falsch versteht oder durch
103 Kommunikationsprobleme und das dann auch.... Ist dann sicher die Gefahr das falsch dem Kollegen
104 weiterzugeben oder falsch dokumentiert. Ich glaube, da sind wir recht vorsichtig in der
105 Dokumentation und schreiben immer, wann es nicht sicher ist oder wenn es unsere Interpretation ist.
106 Der Patient erscheint so und so oder Bewohnerin wirkt so und so. Da sind wir glaube ich recht
107 sensibel.....Ja und natürlich ist es immer, wenn es über mehrere Ecken weitergegeben werden muss,
108 die Gefahr, dass man dann selber etwas reininterpretiert. Wir versuchen es relativ durchgängig zu
109 halten. Wir sind natürlich, wie überall jetzt, gezwungen alles zu dokumentieren. Wir haben
110 Dienstübergaben, aber befreit ist man sicher nie davon. Was vielleicht auch noch ein Problem ist ein
111 Kollege oder ein Therapeut, Pflege zu wenig Geduld hat, weil sie ihn nicht gleich versteht, man nicht
112 alle Informationen einholt, die man einholen könnte, oder auch nicht, wenn man nur zu wenig Geduld
113 hat, sondern auch wenn die Zeit wegläuft. Die Pflege ist in der Früh sehr oft beschäftigt und haben
114 sehr viele Leute eingeteilt und wenn es dann bei jemand sehr lange dauert mit der Kommunikation,
115 muss man dann vielleicht irgendwann abkürzen. Das ist wahrscheinlich auch noch ein Problem. Ein
116 zeitliches Problem, dass man diese nicht immer hat und jemanden mit wirklich schwerer
117 Einschränkung dann immer,..... dass man versucht sich wirklich immer absichert, dass man wirklich
118 alles verstanden hat. Aber wir versuchen es auf jeden Fall sehr stark.

119 **F13: Ich glaube schon dass es teilweise sehr schwer ist , wenn zum Beispiel Schichtübergabe ist,**
120 **dass es relativ schwer ist.**

121 L: Ja. Und wir haben auch Bewohner die gar nicht sprechen. Also das ist vielleicht auch noch was und
122 da tue ich mir oft sehr schwer. Das sind Leute die nehmen teilweise schon Blickkontakt auf, aber
123 können gar nicht mehr sprechen. Und da muss man in der Therapie über Mimik, bei manchen geht es
124 sehr gut über die Mimik, wo man merkt, ~~okay~~ ich hebe den Arm ab und ab einem gewissen Zeitpunkt
125 kneift die Bewohnerin die Augen zusammen. Dann gehe ich davon aus, dass es schmerzt, aber das

126 interpretiere ich halt so. Also Mimik, Atmung und so Sachen. Und das würde ich auch als Form der
127 Kommunikation bezeichnen. Nonverbal und das ist sicher das aller gefährlichste.

H Anhang: Interview 3

ProbandIn 3

- 1 **F1: Haben Sie Kommunikationsschwierigkeiten bezüglich der fortschreitenden Erkrankung und**
- 2 **wie machen sich diese in der Therapie bemerkbar?**
- 3 Möglich. Die Physiotherapeutinnen fragen manchmal nach Sachen die ich nicht machen kann.
- 4 **F2: Okay. Von der Kommunikation oder von der motorischen Leistung?**
- 5 Nein. Motorisch
- 6 **F3: Und Kommunikationsschwierigkeiten haben Sie keine?**
- 7 Nein.

I Anhang: Interview 4

Interview ProbandIn 4

- 1 **F1: Haben Sie Kommunikationsschwierigkeiten bezüglich der fortschreitenden Erkrankung und**
- 2 **wie machen sich diese in der Therapie bemerkbar?**
- 3 Nein, eigentlich nicht. Das einzige was ich habe sind motorische Störungen. Ich kann nicht mehr
- 4 gehen und muss seit zwei Jahren im Rollstuhl sitzen. Aber Kommunikationsschwierigkeiten habe ich
- 5 keine.

J Anhang: Interview 5

Interview ProbandIn 5

- 1 **F1: Haben Sie Kommunikationsschwierigkeiten bezüglich der fortschreitenden Erkrankung und**
- 2 **wie machen sich diese in der Therapie bemerkbar?**
- 3 Also Kommunikationsschwierigkeiten habe ich eigentlich keine. Ich bin eigentlich, nach meiner
- 4 Meinung, voll und ganz verständlich.