

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich
Studiengang Logopädie 1821

Bachelorarbeit

Logopädische Angehörigenarbeit bei Schlaganfallbedingten, postakuten Aphasien

Eine retrospektive Befragung zur Umsetzung
der Prämissen der Angehörigenarbeit
an deutschschweizer Rehakliniken

Eingereicht von

Noemi Baumgartner

Begleitpersonen

Christin Zöllner, MSc
Anne Steudler, MA

Abgabedatum

19. Februar 2021

Abstract

In der vorliegenden Bachelorarbeit wurde im Rahmen einer retrospektiven Befragung die logopädische Angehörigenarbeit bei Schlaganfallbedingten, postakuten Aphasien an ambulanten und stationären Rehakliniken der Deutschschweiz untersucht. Mittels Online-Fragebogen wurde der Frage nachgegangen, wie die logopädische Angehörigenarbeit in der Praxis umgesetzt wurde und welche Optimierungsmöglichkeiten von den Fachkräften als wichtig erachtet werden. Die Datenauswertung erfolgte durch qualitative Inhaltsanalysen sowie anhand deskriptiver Statistiken.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen auf, dass die Prämissen der logopädischen Angehörigenarbeit mit der Umsetzung in der Praxis mehrheitlich einhergehen, die Schwerpunkte von den Fachkräften aber unterschiedlich gesetzt werden. Zur Optimierung der Angehörigenarbeit wurde die Wichtigkeit einer besseren interprofessionellen Zusammenarbeit hervorgehoben.

Danksagung

Als erstes möchte ich mich bei meinen beiden Begleitpersonen, Christin Zöllner und Anne Steudler, für die Betreuung meiner Bachelorarbeit bedanken.

Christin hat mir schon während der schwierigen Anfangsphase, als es um die konkrete Themenfindung und Formulierung der Fragestellungen ging, viel Unterstützung geboten. Und auch im weiteren Verlauf durfte ich mich bei Fragen oder Unklarheiten jederzeit an sie wenden, was ich äusserst geschätzt habe. Die Zusammenarbeit mit Christin war eine grosse Bereicherung für mich, da sie über viel Erfahrung im klinischen Bereich verfügt und mir einige hilfreiche Inputs für meine Bachelorarbeit geben konnte.

Während den letzten Wochen wurde die Betreuung von Anne übernommen. Sie hat mich bei der Fertigstellung der Bachelorarbeit unterstützt und stand mir für letzte Fragen zur Verfügung, wofür ich ihr ebenfalls sehr dankbar bin.

Ich habe mich sowohl von Christin als auch von Anne während der gesamten Zeit ausserordentlich gut betreut gefühlt und kann beide als Begleitpersonen für zukünftige Arbeiten wärmstens weiterempfehlen.

Ebenfalls danken möchte ich allen Logopäden, welche sich die Zeit genommen haben, um an meiner Umfrage teilzunehmen. Durch ihre Mitarbeit konnte ich wichtige Erkenntnisse für meine Bachelorarbeit gewinnen.

Der letzte Dank geht an meine Familie. Sie hat mich bereits durch das gesamte Studium hindurch begleitet und mir viel Kraft gegeben. Auch während den letzten Monaten, welche nicht immer einfach waren, konnte ich mich stets auf sie verlassen. Ich bin ihnen für all die Unterstützung von ganzem Herzen dankbar.

Begrifflichkeiten

Zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Bachelorarbeit auf eine geschlechtergerechte Schreibweise verzichtet und stattdessen das generische Maskulinum verwendet. Diese Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1. Logopädische Relevanz.....	1
1.2. Fragestellungen	2
1.3. Vorschau auf die Arbeit.....	3
2. Theoretische Grundlagen	4
2.1. Aphasie	4
2.1.1. Ursachen	5
2.1.2. Klinischer Verlauf.....	6
2.1.3. Prognose	7
2.2. Angehörigenarbeit bei schlaganfallbedingten, postakuten Aphasien	8
2.2.1. Informationen zum Störungsbild Aphasie	8
2.2.2. Diagnostik.....	9
2.2.3. Therapie	10
2.2.4. Krankheitsverarbeitung.....	12
2.2.5. Weitere Unterstützungsmöglichkeiten	14
3. Methoden	15
3.1. Forschungsdesign.....	15
3.2. Stichprobe	15
3.3. Erhebungsverfahren.....	16
3.4. Untersuchungsdurchführung	17
3.5. Aufbereitungsverfahren	17
3.5.1. Qualitative Daten	17
3.5.2. Quantitative Daten.....	18
3.6. Auswertungsverfahren	19
3.6.1. Qualitative Daten	19
3.6.2. Quantitative Daten.....	20
4. Ergebnisse	21
4.1. Stichprobenbeschreibung	21
4.2. Übergreifende Konzepte der Angehörigenarbeit.....	22

4.3. Intensität der Angehörigenarbeit	25
4.4. Art und Weise der Angehörigenarbeit	26
4.5. Inhalte der Angehörigenarbeit.....	27
4.5.1. Informationen zum Störungsbild Aphasie	27
4.5.2. Diagnostik.....	28
4.5.3. Therapie	29
4.5.4. Krankheitsverarbeitung.....	30
4.5.5. Weitere Unterstützungsmöglichkeiten	31
4.5.6. Andere / weitere Inhalte.....	31
4.6. Erfahrungen bezüglich der Krankheitsverarbeitung	32
4.7. Zufriedenheit mit der Angehörigenarbeit	34
4.8. Optimierung der Angehörigenarbeit	35
5. Diskussion	37
5.1. Inhalte der logopädischen Angehörigenarbeit an den deutschschweizer Rehakliniken.....	37
5.2. Optimierung der Angehörigenarbeit	40
6. Limitationen der Bachelorarbeit	42
7. Reflexion	43
8. Ausblick.....	45
9. Literaturverzeichnis	46
10. Abbildungsverzeichnis	48
11. Tabellenverzeichnis	48
Anhang	I

1. Einleitung

Ein Schlaganfall, eine plötzliche Durchblutungsstörung des Gehirns, kann jedem widerfahren. Betroffene werden dabei plötzlich aus ihrem Leben gerissen und mit unbekanntem Herausforderungen konfrontiert. Bei durchschnittlich 30 % der Personen tritt im Rahmen der Erkrankung zudem eine Sprachstörung, eine sogenannte Aphasie, auf, welche ein weiteres Erschwernis im Genesungsprozess darstellen kann (Engelter et al., 2006). Den Betroffenen steht meist ein langwieriger, anstrengender Rehabilitationsprozess bevor. Und es liegt auf der Hand, dass während dieser Zeit die Unterstützung nahestehender Personen von besonders grosser Bedeutung ist. Nicht umsonst wird einem tragenden, sozialen Umfeld ein positiver Einfluss auf den Rehabilitationsverlauf zugeschrieben (Huber, Poeck & Springer, 2013).

Angehörige stellen für die Betroffenen wichtige Bezugspersonen dar und können ihnen während der schweren Zeit nach dem Schlaganfall viel Halt geben. Auch kennen sie die Patienten gut, weswegen sie im Rahmen der Behandlung dem interprofessionellen Team relevante Informationen liefern können. Des Weiteren sollte bedacht werden, dass sich ein solches Krankheitsereignis nicht nur auf die Betroffenen selbst auswirkt, sondern auch zu weitreichenden Veränderungen im Lebenskontext führen kann. Somit können Angehörige durchaus als Mitbetroffene eines Schlaganfalls angesehen werden, welche ebenfalls auf Unterstützung angewiesen sind.

Es wird ersichtlich, dass die Angehörigen im Zuge des Rehabilitationsprozesses eine bedeutsame Rolle einnehmen können und demnach vom gesamten Fachteam in das Geschehen involviert werden sollten.

1.1. Logopädische Relevanz

In der Literatur stösst man bezüglich schlaganfallbedingten Aphasien immer wieder auf das Thema logopädische Angehörigenarbeit. Dabei wird von verschiedenen Autoren die Wichtigkeit der Angehörigen und deren Einbezug in die sprachtherapeutische Intervention betont. Beschäftigt man sich intensiver mit dieser Thematik, fällt aber schnell auf, dass zwar diverse Inhalte erläutert werden, welche im Rahmen der Angehörigenarbeit aufgegriffen werden könnten, jedoch nur wenige konkrete Vorgaben zu finden sind. Somit wurde sich die Frage gestellt, wie die logopädische Angehörigenarbeit wohl in der Praxis konkret umgesetzt wird und welche der vielen theoretischen Inhalte tatsächlich behandelt werden.

In Anbetracht der wichtigen Rolle, welche die Angehörigen im Zuge der logopädischen Behandlung einnehmen können, scheint es von grosser Bedeutung zu sein, die Angehörigenarbeit fortlaufend zu optimieren. Im Zuge der Ausbildung wurde die Erfahrung gemacht, dass es verschiedenste Bedingungen gibt, welche sich erschwerend auf deren Umsetzung auswirken können. Aus diesem Grund kam die Frage auf, was sich zur Optimierung der logopädischen Angehörigenarbeit effektiv verändern müsste.

1.2. Fragestellungen

Soweit bekannt ist, liegt noch keine Arbeit vor, welche sich der logopädischen Angehörigenarbeit bei Schlaganfallbedingten Aphasien in ähnlicher Weise angenommen hat. Aus diesem Anlass heraus wurde entschieden, diese wichtige Thematik genauer zu untersuchen. Damit dies im Rahmen einer Bachelorarbeit geschehen konnte, mussten einige Entscheidungen zur Eingrenzung des Themas getroffen werden.

Aus Gründen der Einfachheit sollte sich die Befragung auf das gesamte vergangene Jahr beziehen (s. Kapitel 3.1.). Da die Aphasie mehrheitlich durch einen Schlaganfall verursacht wird (s. Kapitel 2.1.1.), wurde beschlossen, die Angehörigenarbeit lediglich bei Schlaganfallbedingten Aphasien zu untersuchen. Des Weiteren sollte der Fokus nur auf der postakuten Phase liegen, weil sich die Patienten während dieser über einen längeren Zeitraum in logopädischer Behandlung befinden (s. Kapitel 2.2.3.). Die postakute Therapie erfolgt oftmals an ambulanten oder stationären Rehakliniken, weswegen einzig Sprachtherapeuten solcher Einrichtungen befragt werden sollten. Als letztes wurde aus sprachlichen Gründen entschieden, dass im Rahmen der Befragung ausschliesslich Rehakliniken der Deutschschweiz berücksichtigt werden.

Gemäss dieser Kriterien wurden zur Untersuchung der Thematik folgende zwei Fragestellungen formuliert:

Welche der in der Literatur beschriebenen Inhalte der logopädischen Angehörigenarbeit bei Schlaganfallbedingten, postakuten Aphasien wurden im vergangenen Jahr an den deutschschweizer Rehakliniken behandelt?

Was könnte aus Sicht der praktizierenden Logopäden zur Optimierung der Angehörigenarbeit verändert werden?

1.3. Vorschau auf die Arbeit

In der vorliegenden Bachelorarbeit werden zunächst die theoretischen Grundlagen erläutert. Im Zuge deren wird genauer auf das Störungsbild Aphasie sowie auf dessen häufigste Ursache eingegangen. Anschliessend wird die logopädische Angehörigenarbeit bei Schlaganfallbedingten, postakuten Aphasien mit ihren verschiedenen Inhalten aufgeführt. Im Methodenteil soll veranschaulicht werden, wie bei der Beantwortung der Fragestellungen vorgegangen wurde. Diesbezüglich wird unter anderem das Erhebungsverfahren, der Online-Fragebogen, genauer vorgestellt. Darauf folgt die Präsentation der Umfrageergebnisse sowie deren Diskussion. Anschliessend werden Limitationen der Bachelorarbeit festgehalten. Des Weiteren findet eine Reflexion des Arbeitsprozesses statt. Der abschliessende Ausblick soll aufzeigen, wie an diese Bachelorarbeit angeknüpft werden könnte.

2. Theoretische Grundlagen

2.1. Aphasie

«Aphasien sind definiert als zentral bedingte Störungen der Sprache, die nach abgeschlossenem Spracherwerb aufgrund einer erworbenen Hirnschädigung auftreten» (Schneider, Grötzbach & Wehmeyer, 2014, S. 11). Sie können die sprachlichen Modalitäten Sprechen, Verstehen, Lesen sowie Schreiben in unterschiedlichem Masse beeinträchtigen und alle linguistischen Ebenen betreffen. In der Spontansprache zeigen sich häufig Veränderungen der Sprechgeschwindigkeit. Des Weiteren können Wortfindungsstörungen, Wortersetzungen oder gar Wortneubildungen auftreten. Der Satzbau kann ebenfalls fehlerhaft sein, weil beispielsweise Wörter falsch flektiert oder Satzteile verdoppelt, beziehungsweise weggelassen, werden. Bei schwer betroffenen Aphasikern ist es zudem möglich, dass die Spontansprache gar nicht mehr verständlich ist (Eibl, 2019; Huber et al., 2013).

Eine Aphasie wirkt sich aber nicht nur auf die Sprache der Betroffenen aus. Dies veranschaulicht auch die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), welche von der World Health Organization entwickelt wurde (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005). «Die ICF stellt ein biopsychosoziales Klassifikationsinstrument dar, das bei der Einordnung von Aphasien, deren Diagnostik und Therapie Orientierung bietet und den Blickwinkel von der reinen Funktionsstörung auf ebenso wichtige Bereiche wie Alltagsaktivitäten, Teilhabe und Umwelt des Betroffenen lenkt» (Schneider et al., 2014, S. 24f.). In Abbildung 1. werden die verschiedenen Komponenten der ICF sowie deren Wechselwirkungen dargestellt. Es ist deutlich zu erkennen, dass neben den Körperfunktionen und -strukturen auch andere Bereiche von einer Aphasie mitbetroffen sein können. Bei den Patienten kommt es oftmals zu kommunikativen und sozialen Beeinträchtigungen, welche sich auf den Beruf sowie den Alltag auswirken können. Des Weiteren stellen im ICF-Modell auch Umweltfaktoren, wie etwa Angehörige, eine Komponente dar. Ihnen wird unter anderem ein fördernder oder hemmender Einfluss auf den Krankheitsverlauf zugeschrieben, weswegen sie im Rahmen der Behandlung ebenfalls mitberücksichtigt werden sollten (Schneider et al., 2014).

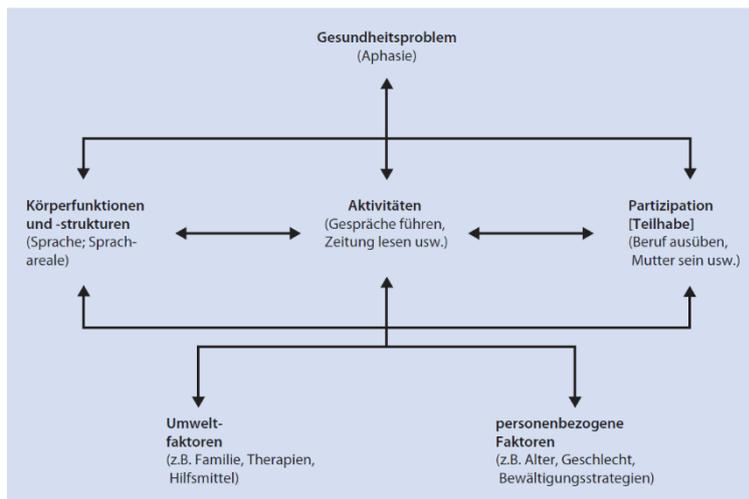


Abbildung 1. Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF

Aus Schneider et al., 2014, S. 24

2.1.1. Ursachen

Wie in Tabelle 1 ersichtlich ist, kann eine Aphasie verschiedene Ursachen haben. Die Häufigste ist jedoch der Schlaganfall (Schneider et al., 2014).

Tabelle 1

Ätiologien einer Aphasie

Ursachen einer Aphasie	Häufigkeit in Prozent
Schlaganfall	80 %
Schädel-Hirn-Trauma	10 %
Hirntumor	7 %
Hirnatrophie	1 %
Entzündliche Erkrankungen des zentralen Nervensystems	1 %
Hypoxie	1 %

Schneider et al., 2014, S. 7

Der Schlaganfall ist eine neurologische Erkrankung, welche durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns verursacht wird. In 80 % der Fälle wird diese durch eine Ischämie herbeigeführt. Dabei kommt es zu einem Verschluss eines intrakraniellen Gefäßes, was eine Minderdurchblutung des betroffenen Hirnareals zur Folge hat. Neben der Ischämie zählen Blutungen in das Hirngewebe sowie Subarachnoidalblutungen zu den häufigsten Ursachen der Durchblutungsstörungen (Eibl, 2019).

Je nach Lokalisation und Grösse des betroffenen Hirnareals kann sich ein Schlaganfall unterschiedlich äussern. Neben der Sprachstörung Aphasie kommt es oftmals auch zu Sprech- und Schluckstörungen, halbseitigen Lähmungen, Gefühls- sowie Bewusstseinsstörungen. Solche Begleitstörungen können einen Einfluss auf die Aphasierhabilitation haben und müssen somit von Anfang an im Rahmen der logopädischen Behandlung berücksichtigt werden (Eibl, 2019).

Das Risiko, nach einem Schlaganfall an einer Aphasie zu leiden, steigt mit zunehmendem Alter (Ellis & Urban, 2016). Bei den unter 65-Jährigen kommt es bei rund 15 % der Betroffenen zu einer Aphasie, wohingegen es ab einem Alter von 85 schon 43 % sind (Engelter et al., 2006). Einem Schlaganfall kann vorgebeugt werden, indem beeinflussbare Risikofaktoren, wie beispielsweise Bluthochdruck, Übergewicht, Bewegungsmangel oder Nikotinkonsum, reduziert werden (Eibl, 2019).

2.1.2. Klinischer Verlauf

Der Verlauf einer Aphasie wird, wie der Tabelle 2 entnommen werden kann, in verschiedene Phasen unterteilt. «Diese Einteilung entspricht dem Rückbildungsverlauf der Symptomatik und geht mit neuronalen Reorganisationsprozessen einher» (Schneider et al., 2014, S. 25).

Tabelle 2

Verlaufphasen einer Aphasie

Phase	Zeitdauer
Akutphase	2 – 6 Wochen
Postakutphase	ab 6 Wochen
Chronische Phase	ab 12 Monaten

Schneider et al., 2014, S. 25

Während den ersten Wochen nach dem Ereignis, der Akutphase, kann es zu einer Spontanremission der aphasischen Symptome kommen. Insofern die betroffenen Gewebefunktionen nur vorübergehend gestört wurden, können sie durch Restitutionsprozesse des Gehirns wiederhergestellt werden. Eine sprachliche Aktivierung im Rahmen der logopädischen Intervention, aber auch durch das Umfeld, kann die Restitution zusätzlich unterstützen und positiv beeinflussen (Huber et al., 2013; Schneider et al., 2014).

Im weiteren Verlauf nimmt das Ausmass der Spontanremission immer mehr ab. Deshalb liegen der Postakutphase andere Rückbildungsprozesse des Gehirns zugrunde. Dabei werden die gestörten Sprachfunktionen durch andere, noch intakte, ersetzt. Ist eine solche Substitution der betroffenen Funktionen jedoch nicht mehr möglich, so müssen diese kompensiert werden (Huber et al., 2013; Schneider et al., 2014).

Nach circa 12 Monaten beginnt die chronische Phase, in welcher trotz logopädischer Therapie nur noch mit geringen Fortschritten zu rechnen ist (Huber et al., 2013).

2.1.3. Prognose

Gemäss Huber et al. (2013) können vor allem während der Akutphase die Krankheitsverläufe einer Aphasie sehr verschieden sein. Somit scheinen zu diesem Zeitpunkt prognostische Aussagen nur wenig Sinn zu machen. Dennoch lassen sich aus seiner Sicht verschiedene Faktoren festhalten, welche sich auf die Rückbildung der Sprachfunktionen sowie den Therapieerfolg auswirken können:

- Krankheitsursache
- Lage und Grösse der Hirnschädigung
- Körperlicher Allgemeinzustand und neurologische Begleitstörungen
- Art und Schwere der Sprachstörung
- Lebensalter und Geschlecht
- Bildungsstand und Beruf
- Motivation des Betroffenen
- Soziale Umgebung

Bezüglich der Angehörigenarbeit kann vor allem die Bedeutung der sozialen Umgebung hervorgehoben werden. Das Vorhandensein eines funktionierenden, sozialen Netzes scheint sich gemäss verschiedener Autoren günstig auf die Prognose auswirken zu können. Dabei kann es den Betroffenen psychosoziale Stabilität geben. Des Weiteren wird der sprachlichen und kognitiven Anregung durch das soziale Umfeld eine hohe Relevanz im Rehabilitationsprozess zugeschrieben. Nicht zuletzt kann es auch Einfluss auf die Aufrechterhaltung der Motivation der Betroffenen nehmen (Eibl, 2019; Huber et al., 2013; Schneider et al., 2014).

2.2. Angehörigenarbeit bei Schlaganfallbedingten, postakuten Aphasien

Aus den vorhergehenden Kapiteln wurde ersichtlich, dass Angehörige eine wichtige Rolle im Rehabilitationsprozess einnehmen können. Demnach sollten sie von Anfang an in die logopädische Intervention miteinbezogen werden. Dabei ist es gemäss Frommelt und Lösslein (2010) Aufgabe der Fachpersonen, auf die Angehörigen zuzugehen und mit ihnen das Gespräch zu suchen.

Nachfolgend werden nun diejenigen Inhalte aus der Literatur erläutert, welche im Rahmen der logopädischen Angehörigenarbeit bei Schlaganfallbedingten, postakuten Aphasien behandelt werden können. Zur übersichtlicheren Darstellung wurden diese in folgende Kategorien eingeteilt:

- Informationen zum Störungsbild Aphasie
- Diagnostik
- Therapie
- Krankheitsverarbeitung
- Weitere Unterstützungsmöglichkeiten

2.2.1. Informationen zum Störungsbild Aphasie

Nach einem Schlaganfall sind viele Angehörige mit der Situation überfordert und können nur schwer nachvollziehen, weshalb die Betroffenen nicht mehr korrekt sprechen können. Oftmals schätzen sie auch die verbliebenen Sprachfähigkeiten falsch ein, weswegen es zu Vorurteilen und Irrtümern kommen kann. Des Weiteren kann der Literatur entnommen werden, dass Angehörige nicht selten eine falsche, unrealistische Vorstellung über den Verlauf und Rehabilitationsprozess einer Aphasie haben. Aus diesen Gründen stellt die Aufklärung über das Störungsbild Aphasie ein wichtiger Bestandteil der logopädischen Angehörigenarbeit dar. Im Rahmen dessen sollten Angehörige ehrlich und transparent über die Situation und das Ausmass der Sprachstörung aufgeklärt werden. Neben Informationen zur Symptomatik können zugleich auch alltagsbezogene Auswirkungen einer Aphasie erläutert werden. Diesbezüglich bietet es sich an, den Angehörigen bereits erste Hinweise und Tipps für den Umgang mit der Sprachstörung mitzugeben (Eibl, 2019; Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung und Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (GAB & DGNKN), 2000; Huber et al., 2013).

Gemäss Angaben der Literatur wünschen sich Angehörige neben den Informationen zur Aphasie auch eine Aufklärung über die genaue Störungsursache (Leow, Rose & Wallace, 2019). Zudem kam in einer Studie von Avent, Glista, Jackson, Nishioka, Wallace und Yip (2005) heraus, dass mögliche Begleitstörungen sowie deren Umgang ebenfalls thematisiert werden sollten.

Die Vermittlung der Informationen zum Störungsbild Aphasie kann beispielsweise in Form von Beratungsgesprächen erfolgen. Solche können persönlich, aber auch digital per Telefon oder Videoanruf, durchgeführt werden (Frommelt & Lösslein, 2010; Huber et al., 2013). Gemäss den Leitlinien der GAB und DGNKN (2000) stellen Einzelberatungen der Angehörigen einen zentralen Bestandteil der logopädischen Intervention dar. Es wird empfohlen, mindestens je eine Beratungsstunde zu Beginn sowie bei Abschluss der Therapie durchzuführen. Zieht sich die sprachtherapeutische Behandlung über einen längeren Zeitraum dahin, so sollten die Kontakte in regelmässigen Abständen erfolgen. Häufig ist es auch sinnvoll, Familienberatungen durchzuführen, da Kinder von Betroffenen ebenfalls stark unter der Aphasie leiden können und im Rehabilitationsprozess oftmals in Vergessenheit geraten. Ein weiteres Beratungssetting stellen Gruppen dar, bei welchen verschiedene Angehörige zusammen beraten werden (Huber et al., 2013).

2.2.2. Diagnostik

In der postakuten Phase hat sich die Aphasiesymptomatik stabilisiert, weswegen zu diesem Zeitpunkt eine ausführliche Diagnostik erfolgen sollte. Die ICF-Ebenen haben bereits veranschaulicht, dass Umweltfaktoren einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben können. Deshalb ist es wichtig, dass im Rahmen des Diagnostikprozederes neben den sprachlich-kommunikativen Leistungen der Patienten auch deren Lebenskontexte erfasst und analysiert werden (Eibl, 2019; Schneider et al., 2014). Sowohl Avent et al. (2005) als auch Leow et al. (2019) haben im Rahmen ihrer Studien herausgefunden, dass Angehörige jedoch nicht nur in den Abklärungsprozess miteinbezogen, sondern ebenfalls adressatengerecht über den Sinn und Zweck der Testungen informiert werden möchten.

Im Zuge der Diagnostik sollte unter anderem eine Kontexterfassung erfolgen, welche die medizinische, sprachliche und soziale Situation der Patienten mithilfe von vorstruk-

turierten Anamnesegesprächen erfasst. Vor allem bei schweren expressiven Sprachstörungen scheint es gemäss Angaben der Literatur sinnvoll zu sein, Angehörige zur Durchführung von Fremdanamnesen hinzuzuziehen. Dadurch können nicht nur weitere anamnestiche Informationen gewonnen, sondern zugleich auch die sozialen Umfeld der Patienten besser kennengelernt werden (Schneider et al., 2014).

Für die Erfassung der kommunikativen Fähigkeiten bietet es sich ebenfalls an, Angehörige miteinzubeziehen. Durch eine genaue Beobachtung der Interaktion zwischen den Patienten und ihren Angehörigen lassen sich unter anderem kommunikative Ressourcen und Defizite im Dialog erfassen, welche vor allem im Hinblick auf gemeinsame Kommunikationstrainings aufschlussreich sein können (Frommelt & Lösslein, 2010).

2.2.3. Therapie

Grundsätzlich sollte bei einer diagnostizierten Aphasie so früh wie möglich mit der Sprachtherapie begonnen werden. Je nach Phase stehen dabei unterschiedliche Inhalte im Fokus. Während der postakuten Phase befinden sich die Patienten oftmals in stationärer Behandlung. Gemäss den Leitlinien der GAB und DGNKN (2000) sollte im Rahmen eines solchen Aufenthaltes möglichst störungsspezifisch und mit hoher Intensität therapiert werden. Demnach geht es bei der postakuten logopädischen Behandlung primär um eine Intensivierung der Sprachaktivierung sowie die gezielte Arbeit an den Sprachschädigungen. Eine solche störungsspezifische Übungstherapie hat die funktionale Reorganisation der Sprachfunktionen zum Ziel. Häufig findet parallel dazu eine Konsolidierungsphase statt, welche auch in Gruppen oder gemeinsam mit den Angehörigen durchgeführt werden kann. Im Rahmen der Konsolidierung geht es hauptsächlich um den Transfer des Erlernten in den Alltag sowie die Verbesserung der kommunikativen Partizipation (Huber et al., 2013).

Während der postakuten Phase sollte die Formulierung der Therapieziele immer gemeinsam mit den Patienten erfolgen. Insofern diese einverstanden sind, können auch ihre Angehörigen hinzugezogen werden und dabei eine unterstützende oder ergänzende Funktion einnehmen (Huber et al., 2013). Unabhängig davon, ob die Angehörigen bei der Therapieplanung oder der Formulierung von Therapiezielen involviert waren, sollten ihnen die Behandlungsschwerpunkte sowie die Ziele der Sprachtherapie verständlich erläutert werden (GAB & DGNKN, 2000). Dieses Anliegen kam auch bei

einer Studie von Avent et al. (2005) zum Ausdruck, bei welcher die befragten Angehörigen angegeben haben, dass sie gerne über die Therapieinhalte informiert worden wären.

Gemäss Eibl (2019) ist es wichtig, dass Angehörige von Beginn an in den Therapieprozess miteinbezogen werden. Dazu eignen sich beispielsweise Hospitationsstunden. Im Rahmen solcher können sie sich unter anderem ein Bild davon machen, was die Inhalte der Therapie sind. Dies scheint von Bedeutung zu sein, da Angehörige oftmals eine falsche Vorstellung der sprachtherapeutischen Arbeit haben. Des Weiteren schreiben Frommelt und Lösslein (2010), dass Angehörige durch das genaue beobachten der Logopäden Inputs für ihr eigenes Handeln ableiten und dadurch in ihren Unterstützungsmöglichkeiten an Sicherheit gewinnen können. Auch kann durch das Hospitieren gelernt werden, das Leistungsniveau der Betroffenen besser einzuschätzen, was wiederum einer Unter- oder Überforderung im Umgang mit den Aphasikern entgegenwirken kann.

Ein wesentliches Ziel der Aphasietherapie stellt die kommunikative Partizipation im Alltag dar. Vor allem wenn es um das gezielte Üben von Kommunikationsstrategien geht, scheint eine Zusammenarbeit mit den Angehörigen unabdingbar zu sein (GAB & DGNKN, 2000). Und auch bei In-vivo-Übungen, welche den Transfer des Erlernten in den Alltag begünstigen können, bietet sich der Einbezug von Angehörigen an (Huber et al., 2013).

Im Therapieverlauf kann es vorkommen, dass Patienten aufgrund ihrer sprachlichen Defizite Sprechängste entwickeln. Diese müssen oftmals zuerst abgebaut werden, damit eine Weiterarbeit erfolgen kann. In diesem Prozess können Angehörige als vertraute Bezugspersonen eine wichtige Unterstützungsfunktion einnehmen (Huber et al., 2013).

Teilweise geben die Therapeuten den Patienten ergänzend zu den Therapieeinheiten häusliche Übungen mit. Gemäss Angaben der Literatur neigen einige Angehörige dazu, diese Aufgaben zu korrigieren. Das fehlerfreie Präsentieren stellt jedoch nicht das Ziel der häuslichen Übungen dar, weswegen Angehörige vorgängig über deren Sinn und Zweck aufgeklärt werden sollten. Zudem empfinden es manche Betroffene als belastend, wenn Angehörige die Rolle eines Co-Therapeuten einnehmen. Auch diese Problematik kann im Rahmen der Angehörigenarbeit aufgegriffen und thematisiert werden (Schneider et al., 2014).

Bei den Patienten besteht oftmals die Hoffnung, dass sich ihre sprachlichen Schwierigkeiten im gleichen Masse wie die körperlichen Symptome zurückbilden werden. Dies ist jedoch selten der Fall, weswegen viele Aphasiker im Verlauf des Rehabilitationsprozesses mutlos werden oder gar in eine Depression fallen. Da die Betroffenen während solchen Zeiten besonders viel Zuspruch und Unterstützung benötigen, kann es sinnvoll sein, die Angehörigen zur Bearbeitung dieser Themen hinzuzuziehen (Huber et al., 2013).

Gegen Ende der Therapie können mit den Angehörigen, insofern die Patienten damit einverstanden sind, im Rahmen von Abschlussgesprächen der Behandlungsstand sowie die Behandlungserfolge besprochen werden. Zudem besteht seitens der Logopäden die Möglichkeit, Empfehlungen für das weitere Vorgehen zu äussern (GAB & DGNKN, 2000).

Nach Austritt aus dem Rehabilitationszentrum benötigen die Patienten oftmals noch Unterstützung, damit das in der Therapie Erlernte konsequent im Alltag angewendet werden kann. Damit ein solcher Transfer besser gelingt, können Angehörige im Vorhinein darüber instruiert werden (Eibl, 2019).

2.2.4. Krankheitsverarbeitung

Gemäss Schneider et al. (2014) geht es im Rahmen der sprachtherapeutischen Intervention nicht nur darum, an den gestörten Sprachfunktionen oder den kommunikativen Fähigkeiten zu arbeiten. Vielmehr ist es auch Aufgabe des gesamten Teams, die Betroffenen und deren Angehörige bei der Anpassung an die neue Lebenssituation zu unterstützen. «Unter Krankheitsverarbeitung versteht man alle Bemühungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen, die Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern» (Huber et al., 2013, S. 142).

In den ersten Wochen nach dem Ereignis sind die Angehörigen häufig um den körperlichen Zustand der Patienten besorgt. Im weiteren Verlauf der Erkrankung rücken zunehmend auch kognitive Auffälligkeiten, emotionale Veränderungen oder Verhaltensprobleme ins Zentrum. Die durch den Schlaganfall verursachten psychischen Auffälligkeiten der Aphasiker können von den Angehörigen als sehr belastend empfunden werden. Nicht selten entwickeln sich bei ihnen aufgrund dessen auch Schamgefühle. Folgen davon können sein, dass Angehörige zunehmend die Öffentlichkeit meiden oder sich komplett abschotten. Gemäss Angaben der Literatur kommt es aber auch

immer wieder vor, dass nahestehende Freunde oder Bekannte sich nach anfänglichem Mitgefühl zurückziehen. Dementsprechend wichtig ist es, dass im Rahmen der Angehörigenarbeit auch die Alltagsbewältigung sowie die Auseinandersetzung mit solch psychosozialen Konsequenzen zum Thema gemacht und gemeinsam bearbeitet werden (Frommelt & Lösslein, 2010; Huber et al., 2013).

Ein Schlaganfall und die damit verbundenen Folgen setzen oftmals eine Anpassung aller Beteiligten an die neue Situation voraus. Häufig kommt es im Rahmen der Erkrankung innerhalb der Familie zu einer neuen Rollenverteilung. Aufgaben, welche von den Betroffenen nicht mehr erledigt werden können, sollten plötzlich von den Angehörigen übernommen werden. Auch entstehen aufgrund wegfallender Einkommensquellen oftmals finanzielle Unsicherheiten. Aus diesen Gründen entwickeln sich bei vielen Angehörigen Zukunftsängste. Bei manchen kommt es im Laufe der Zeit gar zu einer chronischen Überforderung (Frommelt & Lösslein, 2010; Huber et al., 2013).

Gemäss Frommelt und Lösslein (2010) kann diversen Studien entnommen werden, dass nach einer Hirnschädigung auch häufiger Familienkonflikte und Partnerschaftsprobleme auftreten. Die Angehörigen haben den Betroffenen gegenüber Verpflichtungsgefühle, würden aber gerne weiterhin ihren eigenen Interessen nachgehen können. Bezüglich dieser Thematiken scheint es sinnvoll zu sein, die Angehörigen zu ermutigen, trotz des Krankheitsereignisses weiterhin auf die eigenen Bedürfnisse zu achten und sich bewusst Auszeiten zu nehmen. Häufig müssen Angehörige auch von aussen dazu angeregt werden, offen über ihre Sorgen zu sprechen und sich bei Bedarf externe Hilfe zu holen (Frommelt & Lösslein, 2010; Schneider et al., 2014).

Als Fachperson sollte ein ehrlicher Umgang mit den Patienten und deren Angehörigen gepflegt werden. Vor allem bezüglich prognostischer Aussagen dürfen keine falschen Hoffnungen gemacht werden. Dennoch erwünschen sich Angehörige gemäss einer Studie von Howe et al. (2019) Hoffnung und Positivität. Vor allem zu Beginn waren für die Befragten viele Ärzte und Therapeuten sehr negativ eingestellt, was ihnen selbst jegliche Motivation geraubt hat. Demnach sollten Logopäden auch bei schweren Verläufen positiv eingestellt sein und den Angehörigen in einem gewissen Masse Hoffnung schenken.

Im Rahmen der Krankheitsverarbeitung können Sprachtherapeuten den Angehörigen aktiv zuhören und hinsichtlich logopädischer Themen viel Unterstützung bieten. Die Mehrheit verfügt aber über keine psychologische Ausbildung, weswegen im Zuge der

logopädischen Intervention die Belastungen der Angehörigen oftmals nur geringfügig verringert werden können (Eibl, 2019; Schneider et al., 2014). In einer Studie von Howe et al. (2019) haben befragte Angehörige kundgetan, dass sie sich rückblickend mehr Unterstützung gewünscht hätten. Für sie sei jedoch nicht klar gewesen, an wen sie sich wenden können. In Anbetracht dessen scheint es wichtig zu sein, dass Sprachtherapeuten im Kontakt mit den Angehörigen wachsam sind und diese bei Bedarf an andere Fachpersonen, wie beispielsweise Psychologen, weiterleiten (Frommelt & Lösslein, 2010).

2.2.5. Weitere Unterstützungsmöglichkeiten

Gemäss den Leitlinien der GAB und DGNKN (2000) sollten bei stationären Rehabilitationsmassnahmen Einzelberatungen durch Angehörigenseminare ergänzt werden. Im Rahmen solcher Seminare werden fachliche Vorträge verschiedener Disziplinen gehalten und der Austausch unter den Angehörigen angeregt (Eibl, 2019). Auch Angehörigentrainings oder -gruppen können als weitere Unterstützungsmöglichkeiten angesehen werden (Frommelt & Lösslein, 2010; GAB & DGNKN, 2000). Zudem kann es sich lohnen, die Angehörigen auf Aphasievereine aufmerksam zu machen. Diese organisieren öffentliche Veranstaltungen und ermöglichen den Kontakt zu anderen Betroffenen und Angehörigen (Frommelt & Lösslein, 2010).

Oftmals verfügen Rehabilitationskliniken über hausinterne Informationsblätter, welche den Angehörigen zusätzlich ausgehändigt werden können. Inzwischen gibt es auch diverse Broschüren mit verständlichen Informationen sowie hilfreichen Bildern (Eibl, 2019). Ebenso bieten sich Bücher oder Internetseiten für eine intensivere Auseinandersetzung mit der Thematik an (Schneider et al., 2014).

Frommelt und Lösslein (2010) empfehlen, die Sprachtherapie auch nach Klinikaustritt weiterzuführen. Die Suche nach einem ambulanten Logopäden kann sich jedoch als schwierig erweisen, weswegen die Angehörigen oftmals auf Hilfe angewiesen sind. Im Zuge dessen könnte zugleich auch auf andere Unterstützungsmöglichkeiten, wie beispielsweise eine psychologische Beratung, aufmerksam gemacht werden.

3. Methoden

3.1. Forschungsdesign

Die Angehörigenarbeit kann an den Rehakliniken aufgrund der Anzahl an Patienten, der individuellen Störungsbilder sowie der Bedürfnisse der Angehörigen stark variieren. Zudem ist der Klinikalltag seit März 2020 stark durch das Coronavirus geprägt, was sich vermutlich auch auf die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ausgewirkt hat. Des Weiteren fokussiert sich diese Bachelorarbeit lediglich auf die postakute Phase der Aphasie, welche sich beinahe über das gesamte Jahr nach Eintritt der Hirnschädigung erstreckt. Aus diesen Gründen schien es nicht sinnvoll zu sein, den Ist-Zustand der logopädischen Angehörigenarbeit an den deutschschweizer Rehakliniken zu erfassen. Stattdessen sollte eine einmalige, retrospektive Befragung durchgeführt werden, welche sich auf das gesamte vergangene Jahr bezieht (Leutwyler & Roos, 2017).

Die Arbeit bediente sich für die Datenerhebung sowohl an qualitativen als auch an quantitativen Methoden. Zur Auswertung der qualitativen Daten wurden qualitative Inhaltsanalysen durchgeführt. Bei solchen geht es gemäss Leutwyler und Roos (2017) primär darum, das Textmaterial systematisch zu strukturieren und anschliessend die für die Fragestellungen relevanten Informationen herauszuarbeiten. Die quantitativen Daten wurden anhand deskriptiver Statistiken ausgewertet.

3.2. Stichprobe

Das Forschungsinteresse galt ausschliesslich Logopäden, welche an ambulanten sowie stationären deutschschweizer Rehakliniken tätig sind. Die Teilnehmer wurden somit bewusst ausgewählt, weswegen es sich um eine nichtprobabilistische Stichprobe gehandelt hat und die Repräsentativität nicht gegeben war (Bortz & Döring, 2006).

Ziel war es, einen Stichprobenumfang von mindestens 30 Personen zu erreichen. Für die Rekrutierung wurden zunächst ambulante sowie stationäre Rehakliniken in der Deutschschweiz ausfindig gemacht, welche Patienten nach einem Schlaganfall behandeln und über ein Logopädie Team verfügen. Der Einfachheit halber wurde entschieden, die Logopäden über die jeweiligen Teamleitungen zu kontaktieren. Insofern deren E-Mail-Adressen nicht den Internetseiten der Rehakliniken entnommen werden konnten, wurden diese bei den Sekretariaten oder Therapieleitungen angefordert. Anschliessend wurde den Logopädie Leitungen eine E-Mail zugesandt, welche sie über

den Untersuchungszweck der Bachelorarbeit aufklären sollte und den Link zum Fragebogen enthielt. Zudem wurden die Leitungen gebeten, die Umfrage ihren Teamkollegen weiterzusenden (s. Anhang A.). Manche Kliniken haben über keine Logopädie Leitung verfügt. In solchen Fällen wurde die Umfrage an die übermittelten E-Mail-Adressen verschickt.

3.3. Erhebungsverfahren

Für die Datenerhebung wurde mithilfe der Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey ein Online-Fragebogen erstellt. Im Gegensatz zu einem Papier-Fragebogen konnten auf diese Weise innerhalb kürzester Zeit mehr Personen kontaktiert werden. Zudem erlaubte der Versand der Umfrage per E-Mail eine rasche Weiterleitung. Ein weiterer Vorteil gegenüber einer Papierfassung stellte der Wegfall von Kosten für den Druck und Versand der Fragebogen dar (Leutwyler & Roos, 2017).

Der genaue Fragebogen ist dem Anhang B. zu entnehmen. Als Einstieg wurde ein kurzer Einführungstext verfasst, welcher die Teilnehmer über die durchführende Person, das Thema der Bachelorarbeit und Umfrage sowie die ungefähre Zeitbeanspruchung aufklären sollte. Zudem wurde explizit erwähnt, dass die Teilnahme an der Umfrage freiwillig sei und die Anonymität gewährleistet wird. Um die Rücklaufquote positiv zu beeinflussen, wurde der Umfang des Online-Fragebogens bewusst reduziert gehalten. Schlussendlich hat er sich aus 15 Fragen zusammengesetzt. Er beinhaltete geschlossene Fragen in Form einer Rating-Skala und diverser Multiple-Choice-Fragen sowie zwei offene Fragen (Leutwyler & Roos, 2017). Damit ein Vergleich zur Literatur erfolgen konnte, orientierten sich die Fragen und Antwortmöglichkeiten an den aus der Theorie gewonnenen Informationen. Da angenommen wurde, dass bei den Multiple-Choice-Fragen die Antwortvorgaben nicht alle Möglichkeiten abdecken werden, wurde den Teilnehmern jeweils ein Feld für weitere Antworten oder Bemerkungen zur Verfügung gestellt. Fragetypen, welche nicht alle Antwortmöglichkeiten ausschöpfen, werden als Hybridfragen bezeichnet (Faulbaum, Prüfer & Rexroth, 2009). Mithilfe der verschiedenen Fragetypen sowie den zusätzlichen Antwortmöglichkeiten sollte gewährleistet werden, dass auch die für die Thematik relevanten, persönlichen Meinungen und Erfahrungen der Logopäden erfasst werden können. Am Ende des Fragebogens wurde ein Textfeld für Kommentare und Rückmeldungen errichtet. Die Umfrage

schluss mit einer Endnachricht ab, in welcher den Teilnehmern ein Dank ausgesprochen und eine E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme bereitgestellt wurde.

Es wurde davon ausgegangen, dass der Umfang der Stichprobe eher klein sein wird. Weil möglichst alle Logopäden für die Teilnahme an der Befragung gewonnen werden sollten, wurde bewusst auf einen Pre-Test verzichtet. Ein solcher hätte nämlich gemäss Bortz und Döring (2006) mit Probanden der entsprechenden Zielgruppe durchgeführt werden müssen. Damit dennoch gewährleistet werden konnte, dass die Fragebogenitems klar und verständlich sind, wurde die Umfrage von verschiedenen Personen begutachtet und daraufhin überarbeitet.

3.4. Untersuchungsdurchführung

Der Fragebogen war vom 23. September bis zum 23. Oktober 2020 auf der Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey aktiviert. Die Mehrheit der E-Mails mit den Fragebogenlinks konnte zur Aufschaltung versandt werden. Nur wenige Nachrichten wurden ein bis zwei Wochen später verschickt, da keine Rückmeldung der Sekretariate, beziehungsweise der Therapieleitungen, erfolgt war und diese nochmals kontaktiert werden mussten. Alles in allem wurden schlussendlich 27 Logopädie Leitungen sowie 10 Teammitglieder angeschrieben. Die Mehrheit der Personen hatte nicht auf die ihnen zugesandte E-Mail geantwortet, wovon aber auch nicht ausgegangen wurde. Die wenigen Rückmeldungen versicherten die Weiterleitung der Umfrage an die Teamkollegen und wünschten viel Glück bei der Bachelorarbeit.

Der Stand der Umfrage konnte während des gesamten Zeitraumes auf der Applikation nachverfolgt werden.

3.5. Aufbereitungsverfahren

3.5.1. Qualitative Daten

Damit die qualitativen Inhaltsanalysen durchgeführt werden konnten, musste das Datenmaterial gemäss Mayring (2015) in verschiedenen Schritten aufbereitet werden. Zunächst wurde festgelegt, welches Material analysiert werden soll. In diesem Fall handelte es sich um die beiden offenen Fragen, bei welchen die Teilnehmer als Antwort kurze Texte verfassen mussten. Zudem wurde entschieden, dass eine Multiple-Choice-Frage, bei welcher die Logopäden stichwortartige Aufzählungen notiert haben, ebenfalls qualitativ ausgewertet werden soll.

In einem zweiten Schritt wurde das Datenmaterial vorbereitet. Dazu wurden die Antworten der Teilnehmer mitsamt den ID-Codes, welche ihnen die Applikation LimeSurvey zugeteilt hatte, zunächst nach Microsoft Excel exportiert und dort in ein Tabellenformat umgewandelt. Für die Durchführung der qualitativen Inhaltsanalysen wurden die Tabellen anschliessend in Word Dokumente kopiert.

Als letzter Schritt musste das Abstraktionsniveau der Kategorien festgelegt werden. Da die Kategorien aus dem Datenmaterial abgeleitet wurden, handelte es sich um eine induktive Kategorienbildung (Leutwyler & Roos, 2017). Es wurde entschieden, dass das Abstraktionsniveau möglichst hoch und die Kategorien in Form von abstrakten Begriffen oder Kurzsätzen repräsentiert werden sollen. Eine eher allgemeine Bezeichnung der Kategorien sollte bewirken, dass mehrere Antworten einer Kategorie zugeordnet werden können und so deren Anzahl tief gehalten wird.

3.5.2. Quantitative Daten

Für die Aufbereitung der quantitativen Daten, die geschlossenen und hybriden Fragen, mussten diese zunächst nach Microsoft Excel exportiert werden. Anschliessend wurde aus den Daten ein Codeplan erstellt. «In einem Codeplan sind alle Informationen enthalten, welche die vollständige Verbindung der (numerischen) Daten mit den ursprünglichen Antworten oder Angaben auf den Fragebogen ermöglicht» (Leutwyler & Roos, 2017, S. 271).

Ein solcher Codeplan enthält jeweils Item-Variable, Variablenname, Item-Formulierung, Skalenniveau der Variable sowie alle Werte. In Tabelle 3 ist beispielhaft ein Ausschnitt des Codeplanes dieser Bachelorarbeit abgebildet. Der Vollständige ist dem Anhang C. zu entnehmen.

Tabelle 3

Ausschnitt aus dem Codeplan der vorliegenden Bachelorarbeit

Item-Variable	Variablenname	Item-Formulierung	Skalenniveau	Werte
A	Funktion	Ich bin	nominal	A1 = die Teamleitung der Logopädie A2 = ein Teammitglied der Logopädie

Des Weiteren war für die Datenauswertung die Anfertigung einer Datenmatrix erforderlich, welche ebenfalls in Microsoft Excel erstellt wurde. In einer solchen werden die Fragebogennummern in Zeilen und die Fragen in Spalten aufgelistet (Leutwyler & Roos, 2017). In diesem Fall wurden die Nummern bereits durch die Applikation LimeSurvey verteilt. Zudem sollten die Fragen der Einfachheit halber durch Stichwörter repräsentiert werden.

Anschliessend konnten die numerischen Codes der Antworten, welche ebenfalls bereits bei der Erstellung des Fragebogens verteilt wurden, in diese Datenmatrix übertragen werden. Bei der Mehrheit der Fragen bestand die Möglichkeit, eine andere Antwort oder eine Bemerkung anzugeben. In solchen Fällen wurden diese identisch in die Datenmatrix übernommen und in einer separaten Spalte aufgeführt. Bei fehlenden Antworten wurden die jeweiligen Zellen leer gelassen.

Die Tabelle 4 stellt zur Veranschaulichung einen Teil der Datenmatrix dar, welche komplett im Anhang D. abgebildet ist.

Tabelle 4

Ausschnitt aus der Datenmatrix der vorliegenden Bachelorarbeit

ID	Funktion	Rehaklinik	Intensität	Intensität Bemerkungen	Art	Art Bemerkungen
9	A1	B2		unterschiedlich, je nach Verfüg- barkeit der An- gehörigen	E1, E3, E4, E5, E6, E10	

3.6. Auswertungsverfahren

3.6.1. Qualitative Daten

Gemäss dem induktiven Vorgehen wurden die Kategorien aus den Antworten der Teilnehmer abgeleitet. Für die betreffenden Fragen wurde je eine Tabelle erstellt, welcher die genaue Zuordnung der Antworten und Kategorien entnommen werden kann (s. Tabellen in den Anhängen F.1., J.1. & L.1.). Zudem wurde aufgrund des vorläufig festgelegten, hohen Abstraktionsniveaus je eine weitere Tabelle erstellt, in welcher die Kategorien durch Erläuterungen ergänzt werden sowie die genaue Anzahl der Nennungen ersichtlich ist (s. Tabellen in den Anhängen F.2., J.2. & L.2.). Damit für die Ergebnisdarstellung Diagramme erstellt werden konnten, wurden in einem letzten

Schritt die Anzahl der Nennungen sowie die genauen Prozentangaben der Teilnehmer tabellarisch festgehalten (s. Tabellen in den Anhängen F.3., J.3. & L.3.).

Wie bereits beschrieben, sollten ähnliche Antworten möglichst der gleichen Kategorie zugeordnet werden. Nannte eine Person mehrere Punkte, welche zu ein und derselben Kategorie gehörten, so wurde diese nur ein Mal gezählt. Nach einem ersten Durchgang wurde überprüft, ob die Antworten der Teilnehmer durch das gebildete Kategoriensystem noch korrekt repräsentiert werden und ob man gewisse Kategorien zusammenschliessen könnte.

Für die Ergebnisdarstellung wurde entschieden, die Kategorien in Bezug auf die Fragestellungen zu erläutern sowie quantitative Analysen durchzuführen (Mayring, 2015). Bei Letzteren sollten die ausgezählten Häufigkeiten der entstandenen Kategorien in Form von Diagrammen präsentiert werden. Diese wurden in Microsoft Excel erstellt.

3.6.2. Quantitative Daten

«Die deskriptive Auswertung hat zum Ziel, dem Leser eine möglichst präzise und anschauliche Vorstellung der erhobenen Daten zu vermitteln» (Müller, 2013, S. 44).

Ein grosser Vorteil der Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey war, dass die Daten direkt nach Microsoft Excel exportiert werden konnten. Für die Ergebnisdarstellung wurden dort zu den jeweiligen Fragen Tabellen und Diagramme erstellt.

Da der Fokus der Ergebnisse hauptsächlich auf der Gegenüberstellung von Literatur und Praxis liegen sollte, wurde auf komplexere Berechnungen verzichtet.

4. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Umfrage präsentiert. Sämtliche Antworten beziehen sich auf die logopädische Angehörigenarbeit bei Schlaganfallbedingten, postakuten Aphasien des vergangenen Jahres an den deutschschweizer Rehakliniken. Zur vereinfachten Darstellung wird in den Diagrammen die Anzahl der nichtbeantworteten Fragen jeweils nicht dargestellt.

Die Bemerkungen, welche die Teilnehmer zum Schluss des Fragebogens hinterlassen konnten, waren für die Beantwortung der Fragestellungen nicht relevant. Die genauen Kommentare sind den Tabellen im Anhang M. zu entnehmen.

4.1. Stichprobenbeschreibung

Insgesamt haben 43 Personen an der Umfrage teilgenommen. Darunter waren 7 Teamleitungen sowie 35 Teammitglieder der Logopädie vertreten. Zum Zeitpunkt der Umfrage arbeiteten 38 an einer stationären und 4 an einer ambulanten deutschschweizer Rehaklinik. Von einer Person haben diesbezüglich sämtliche Angaben gefehlt (s. Tabellen im Anhang E.).

Von 32 Personen wurde der Fragebogen komplett ausgefüllt. Bei den restlichen 11 haben eine oder mehrere Antworten gefehlt. Aus diesem Grund kann die Stichprobengrösse (n) zwischen den einzelnen Ergebnissen variieren.

4.2. Übergreifende Konzepte der Angehörigenarbeit

Die Frage zu den übergreifenden Konzepten wurde von 37 der 43 Teilnehmer beantwortet. Die Befragten konnten angeben, ob sie an ihrem Arbeitsort für die Angehörigenarbeit über ein Konzept, über Standards / festgelegte Abläufe oder über keine Vorgaben verfügen. Zudem wurden sie dazu aufgefordert, ergänzend eine kurze Erläuterung zu verfassen. Die nachfolgenden Angaben stützen sich auf die Antworten der Teilnehmer, welche den Tabellen im Anhang F. zu entnehmen sind.

Gemäss der Umfrage haben sechs Logopäden im vergangenen Jahr an ihrer Rehaklinik über ein Konzept verfügt, an welchem sie sich für die Angehörigenarbeit orientieren konnten. Wie in Abbildung 2. zu erkennen ist, haben diese unterschiedliche Punkte beinhaltet.

Zwei der befragten Personen haben angegeben, dass es an ihrem Arbeitsort eine Hauptansprechperson für die Angehörigen gab und diese allfällige Besprechungen organisiert hat. An anderen Rehakliniken wiederum waren die Logopäden selbst für den direkten Angehörigenkontakt verantwortlich. Das Team einer Person hat diesbezüglich über interne Vorgaben verfügt, welche den Ablauf des Angehörigenkontaktes vorgeschrieben haben.

In einigen Konzepten wurde die Durchführung von Kliniktagen festgehalten, an welchen die Angehörigen jeweils alle Therapien besuchen durften. Andere Rehakliniken haben ein ähnliches Angebot in Form von Hospitationsstunden zur Verfügung gestellt. Ein weiterer Punkt, welcher in verschiedenen Konzepten vermerkt wurde, war die Durchführung interprofessioneller Angehörigengespräche. Je nach Rehaklinik nahmen an diesen auch die Patienten selbst teil.

Zu den speziellen Angeboten wurden interprofessionelle Informationsanlässe gezählt, im Rahmen welcher jeweils alle Therapien vorgestellt und Fragen beantwortet wurden.

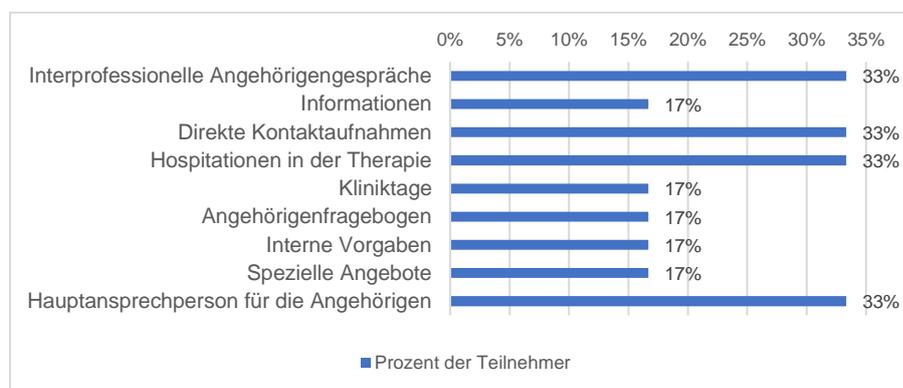


Abbildung 2. Inhalte der Angehörigenarbeit-Konzepte

19 der Befragten haben sich im vergangenen Jahr für die Angehörigenarbeit an Standards und / oder festgelegten Abläufen orientiert. Deren genauen Inhalte werden in Abbildung 3. dargestellt.

Am häufigsten wurden in den festgelegten Abläufen direkte Angehörigenkontakte vermerkt, welche gemäss Angaben der Logopäden hauptsächlich für Besprechungen und Beratungen stattgefunden haben.

Auch bei den Sprachtherapeuten mit internen Standards wurde die Führung interprofessioneller Angehörigengespräche vorgegeben. An einer Rehaklinik fanden solche Gespräche teilweise mitsamt der Familie statt.

Von drei Therapeuten wurde festgehalten, dass ihre Standards interdisziplinäre Besprechungen beinhaltet und diese überwiegend zur Koordination der Erstkontakte sowie der Organisation von Standortgesprächen gedient haben.

Ein Fünftel der Befragten hat zudem angegeben, dass es in ihrem Team interne Vorgaben bezüglich des Vorgehens des Angehörigenkontaktes sowie des Austrittsmanagements gab.

Auch die Vermittlung von Informationen, beispielsweise zum Störungsbild oder zu Aphasievereinen, hat an mehreren Rehakliniken zu den festgelegten Abläufen gezählt.

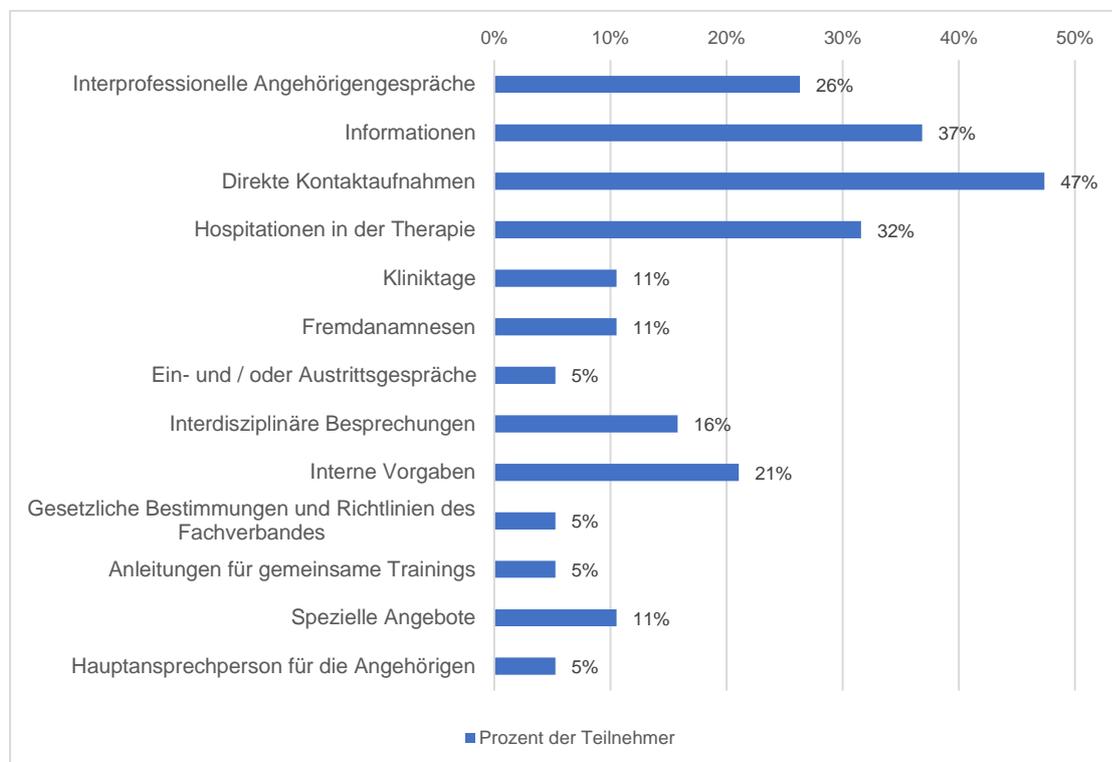


Abbildung 3. Inhalte der Standards / festgelegten Abläufen für die Angehörigenarbeit

12 Teilnehmer hatten für die Angehörigenarbeit ihre eigenen Vorgehensweisen. Von einigen Logopäden wurde diesbezüglich festgehalten, dass die Angehörigenarbeit stark von der Situation und den Bedürfnissen der Angehörigen abhing und sie dementsprechend gestaltet wurde. Von einer Person ist zudem bekannt, dass sie bei Patienten mit gutem Sprachverständnis sowie geringfügigen expressiven Einschränkungen vollständig auf einen Angehörigenkontakt verzichtet hat.

Wie der Abbildung 4. entnommen werden kann, fand im Rahmen der eigenen Vorgehensweisen bei über 50 % der Befragten eine direkte Kontaktaufnahme mit den Angehörigen statt. Diese ist gemäss den Erläuterungen hauptsächlich für Besprechungen sowie Beratungen erfolgt.

Des Weiteren wurden den Angehörigen oftmals Informationen zum Störungsbild Aphasie sowie zum Therapieverlauf vermittelt.

Bei zwei Befragten konnten die Angehörigen im vergangenen Jahr zudem auf spezielle Angebote, wie etwa Besuche von Aphasiechören, zurückgreifen.

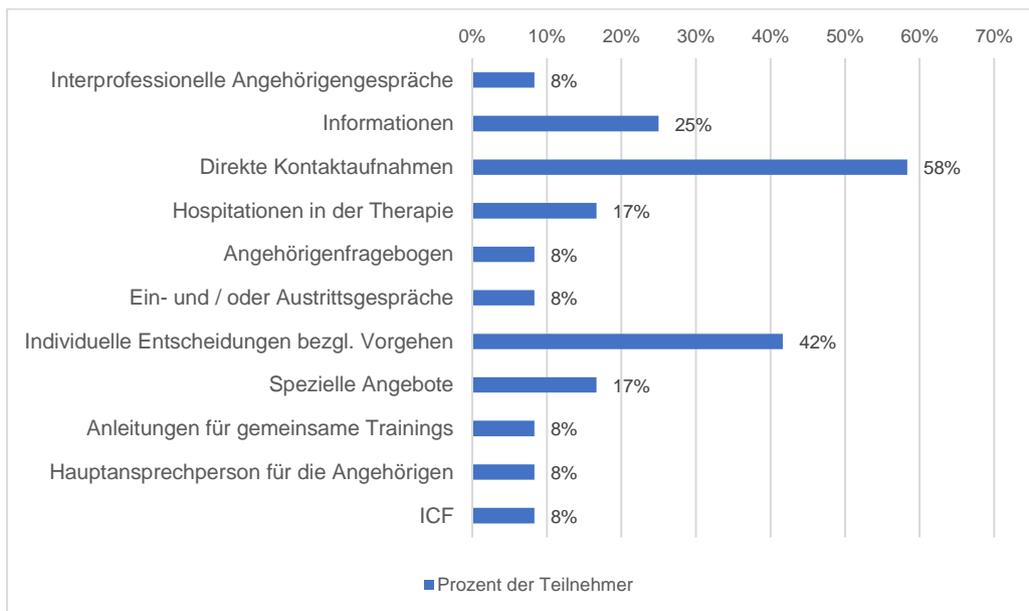


Abbildung 4. Inhalte der eigenen Vorgehensweisen für die Angehörigenarbeit

4.3. Intensität der Angehörigenarbeit

Bezüglich der Intensität der Angehörigenarbeit konnten von 35 der 43 Logopäden Informationen gewonnen werden. Den Teilnehmern standen verschiedene Antwortmöglichkeiten zur Verfügung. Des Weiteren konnten sie eine eigene Angabe machen. Die genaue Anzahl der Nennungen sowie weitere Ergänzungen der Befragten sind den Tabellen im Anhang G. zu entnehmen.

Die Abbildung 5. illustriert, dass über die Hälfte der 35 Teilnehmer im vergangenen Jahr bei Eintritt der Patienten Kontakt zu deren Angehörigen hatte, wohingegen es bei Austritt noch 31 % waren. Die Angehörigenarbeit hat am häufigsten in monatlichen Abständen stattgefunden.

Einige Teilnehmer haben zusätzlich erwähnt, dass die Intensität von den Bedürfnissen der Angehörigen abhing und aufgrund dessen variiert hat.

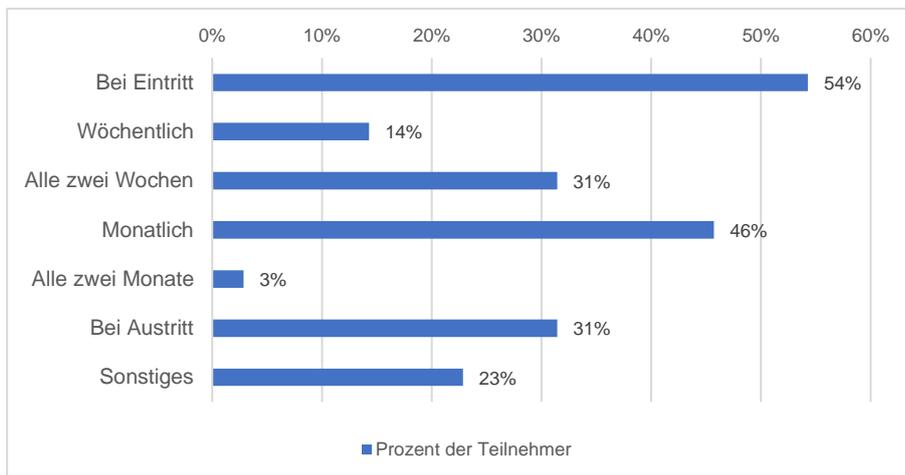


Abbildung 5. Intensität der Angehörigenarbeit

4.4. Art und Weise der Angehörigenarbeit

Die Frage zur Art und Weise, mit welcher die Angehörigenarbeit im vergangenen Jahr durchgeführt wurde, haben 35 Teilnehmer beantwortet. Auch hier konnten mehrere Antwortmöglichkeiten ausgewählt sowie weitere Bemerkungen angegeben werden. Von 8 Personen wurden keine Informationen gewonnen. Die nachfolgenden Daten und Erläuterungen stützen sich auf Angaben, welche in den Tabellen im Anhang H. zu finden sind.

Die Abbildung 6. zeigt, dass die Angehörigenarbeit an den deutschschweizer Rehakliniken im vergangenen Jahr am häufigsten in Form von Hospitationen in der Therapie stattgefunden hat. 25 Personen haben zudem angegeben, dass die Angehörigen aktiv in die Therapie miteinbezogen wurden.

Neben dem persönlichen Kontakt wurde die Angehörigenarbeit oftmals auch per Telefon durchgeführt. Eine Person hat diesbezüglich erwähnt, dass aufgrund von Corona deutlich mehr Telefongespräche stattgefunden haben.

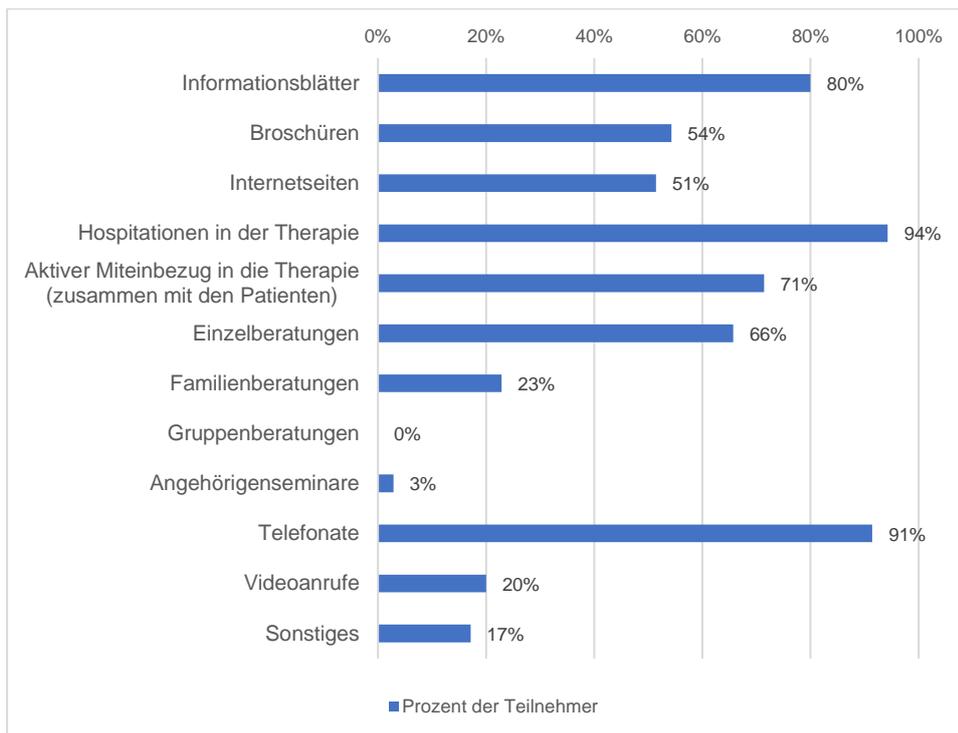


Abbildung 6. Art und Weise der Angehörigenarbeit

4.5. Inhalte der Angehörigenarbeit

Sämtliche Fragen zu den Inhalten der logopädischen Angehörigenarbeit bei Schlaganfallbedingten, postakuten Aphasien wurden von 33 der insgesamt 43 Sprachtherapeuten beantwortet. Die Teilnehmer konnten jeweils alle Inhalte, welche sie im vergangenen Jahr im Zuge der Angehörigenarbeit aufgegriffen haben, auswählen. Zudem bestand die Möglichkeit, weitere Inhalte mittels einem Kommentarfeld anzugeben. Die ergänzenden Erläuterungen zu den Inhalten stützen sich auf Angaben, welche den Tabellen im gesamten Anhang I. zu entnehmen sind.

4.5.1. Informationen zum Störungsbild Aphasie

Die Abbildung 7. zeigt, dass alle Inhalte, welche in der verwendeten Literatur zum Bereich Informationen zum Störungsbild Aphasie erläutert werden, von über 50 % der Teilnehmer im Rahmen der logopädischen Angehörigenarbeit aufgegriffen wurden.

Am häufigsten sind die Sprachtherapeuten im vergangenen Jahr auf den Umgang mit der Sprachstörung sowie deren genaue Symptomatik zu sprechen gekommen. Bei 76 % der Logopäden haben sich die Angehörigen zudem eine Einschätzung der Situation und eine Prognose gewünscht. Bei zwei Teilnehmern wurden Informationen bezüglich der Verwendung von Hilfsmitteln, wie beispielsweise iPads, verlangt.

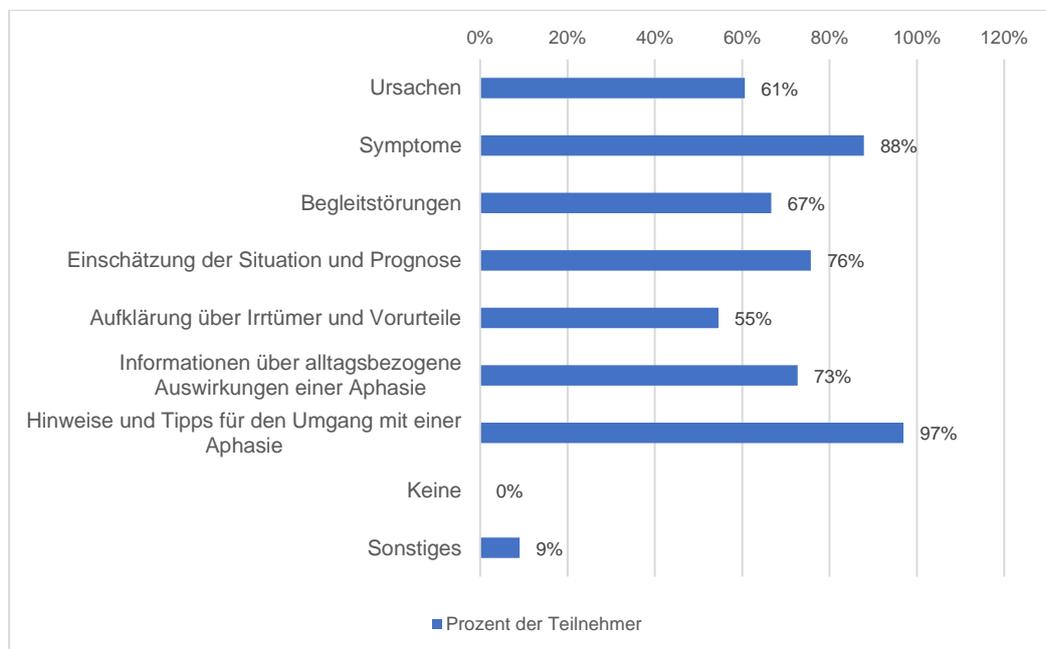


Abbildung 7. Inhalte der Angehörigenarbeit: Informationen zum Störungsbild Aphasie

4.5.2. Diagnostik

Auch die drei Inhalte, welche in der Theorie zur sprachtherapeutischen Diagnostik erwähnt werden, wurden im vergangenen Jahr von den Logopäden behandelt.

Der Abbildung 8. ist zu entnehmen, dass die Angehörigen am häufigsten zur Durchführung einer Fremdanamnese hinzugezogen wurden. Als ergänzender Punkt hat ein Befragter die Übersetzung aus Fremdsprachen angemerkt.

Bei zwei Teilnehmern waren die Angehörigen im Rahmen der Diagnostik nicht involviert.

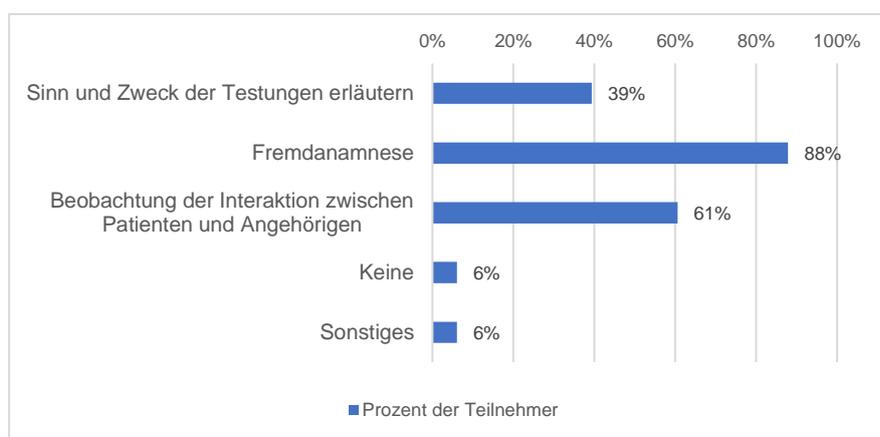


Abbildung 8. Inhalte der Angehörigenarbeit: Diagnostik

4.5.3. Therapie

Obwohl alle der in der Literatur beschriebenen Inhalte zum Bereich Therapie aufgegriffen wurden, haben sich bezüglich der Anzahl der Nennungen deutliche Unterschiede gezeigt. Diese werden auch in Abbildung 9. ersichtlich.

Bei über 90 % der Logopäden haben die Angehörigen im vergangenen Jahr den Therapien in Form von Hospitationen beigewohnt. Ebenfalls oft wurden die Behandlungsschwerpunkte und Ziele der Sprachtherapie erläutert.

16 Befragte haben die Angehörigen darüber hinaus bei der Festlegung der Therapieziele miteinbezogen. Die Therapieplanung hingegen wurde im vergangenen Jahr von der Mehrheit der Sprachtherapeuten ohne Beisein der Angehörigen vorgenommen.

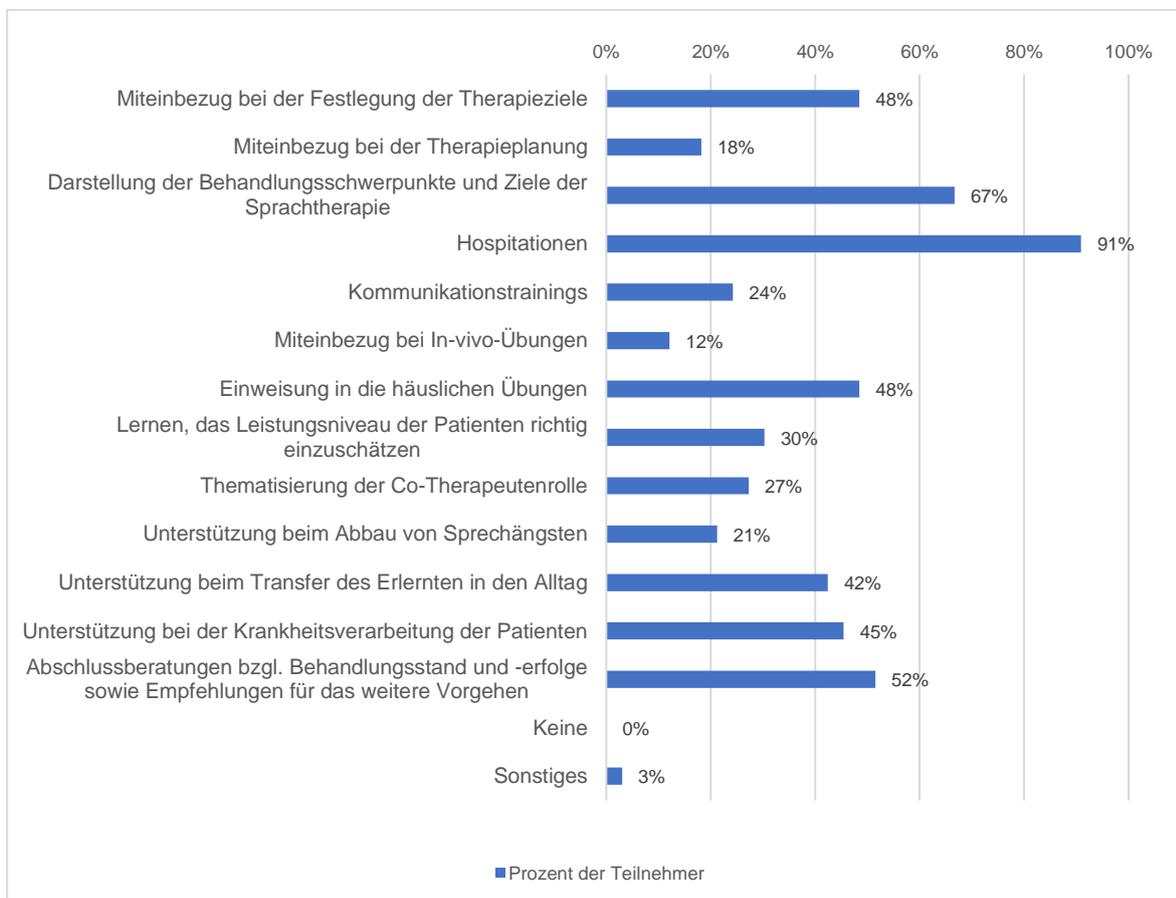


Abbildung 9. Inhalte der Angehörigenarbeit: Therapie

4.5.4. Krankheitsverarbeitung

In Abbildung 10. ist zu erkennen, dass auch im Rahmen der Krankheitsverarbeitung alle der in der Theorie erläuterten Inhalte behandelt wurden.

Am häufigsten haben die Sprachtherapeuten im vergangenen Jahr den Angehörigen Hoffnung geschenkt und Positivität verbreitet. Auch wurden diese häufig dazu ermutigt, eigenen Interessen nachzugehen und Freiräume zu wahren. Zudem mussten die Angehörigen in mehreren Fällen von aussen zur Selbsthilfe angeregt werden.

Ein weiteres Thema, welches bei fast 50 % der Befragten zur Sprache gekommen ist, war die neue Rollenverteilung. Auch Zukunftsängste sowie Überlastungssymptome wurden oft thematisiert.

Eine Person hat angemerkt, dass bei ihr die Inhalte der Krankheitsverarbeitung im ambulanten Setting stärker zum Tragen gekommen sind als im stationären. An einer Rehaklinik waren ausserdem überwiegend die Neuropsychologie sowie der Sozialdienst für die Bearbeitung der Krankheitsverarbeitung verantwortlich.

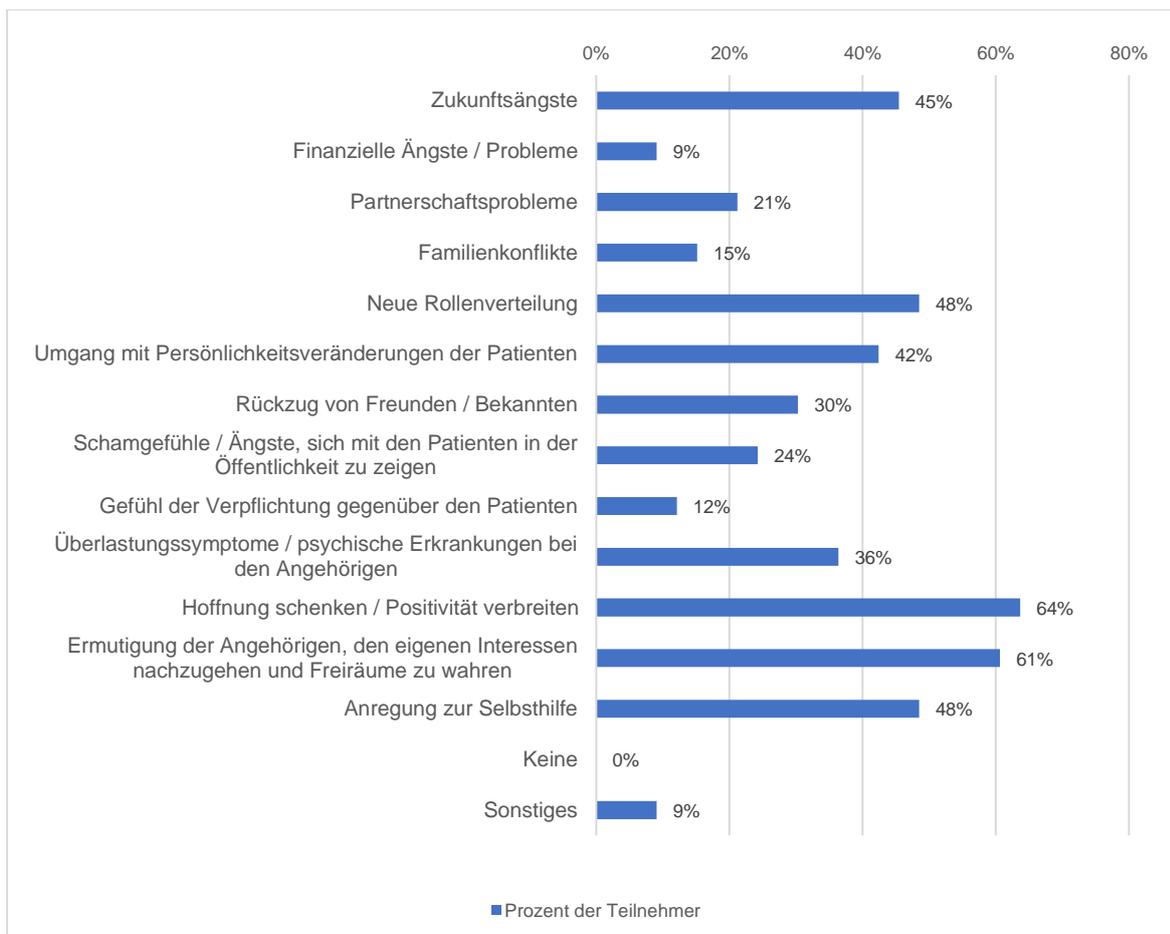


Abbildung 10. Inhalte der Angehörigenarbeit: Krankheitsverarbeitung

4.5.5. Weitere Unterstützungsmöglichkeiten

Im Bereich weitere Unterstützungsmöglichkeiten haben, wie der Abbildung 11. zu entnehmen ist, über drei Viertel der Teilnehmer die Angehörigen bei der Suche nach einem ambulanten Logopäden unterstützt. Andere Fachpersonen hingegen wurden weniger oft vermittelt. Rund 42 % der Befragten haben ausserdem auf Angehörigengruppen verwiesen.

Bei den weiteren Unterstützungsmöglichkeiten wurden, bis auf die Angehörigentrainings, alle der in der Literatur beschriebenen Inhalte gegenüber den Angehörigen erwähnt oder ausgehändigt. Lediglich eine Person ist im Zuge der Angehörigenarbeit nicht auf weitere Unterstützungsmöglichkeiten zu sprechen gekommen.

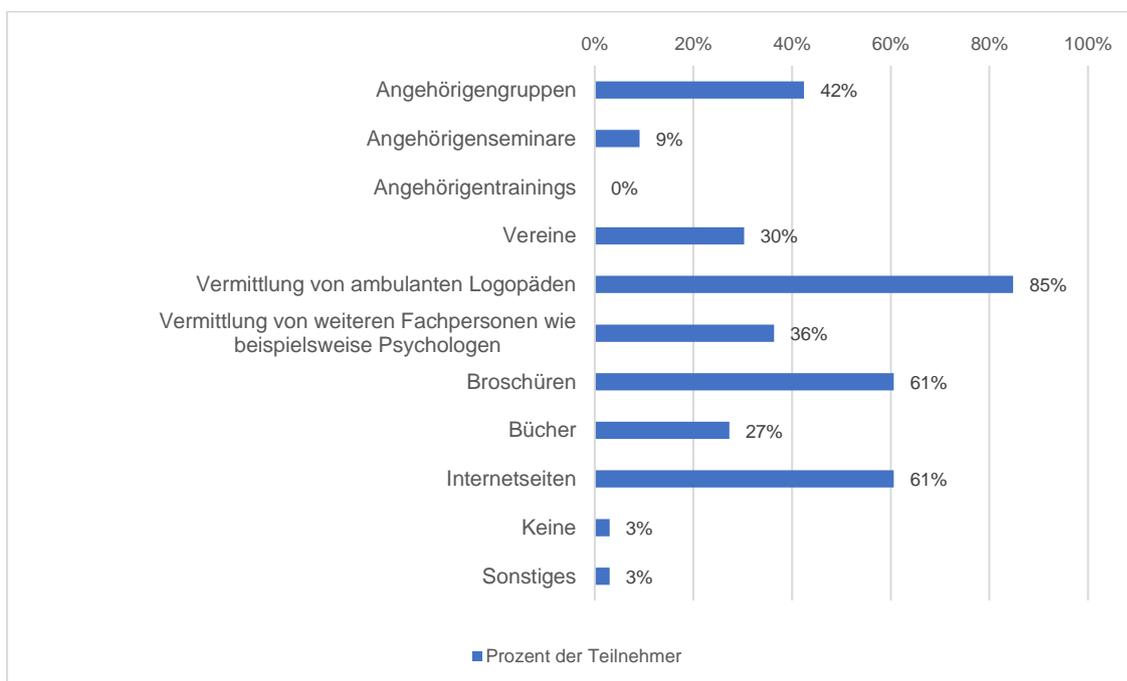


Abbildung 11. Inhalte der Angehörigenarbeit: Weitere Unterstützungsmöglichkeiten

4.5.6. Andere / weitere Inhalte

Fünf Sprachtherapeuten haben weitere Themen angegeben, welche in der verwendeten Literatur nicht vorgekommen sind.

Angehörige wurden im vergangenen Jahr auch beim Kauf und bei der Bedienung elektronischer Geräte unterstützt. Gemäss Angaben eines Logopäden hat dies vor allem aufgrund des Coronavirus an Wichtigkeit gewonnen. Im Bereich Krankheitsverarbeitung wurden die Angehörigen von einem Teilnehmer bezüglich der Belastung bei der Übernahme von Pflege- und Betreuungsaufgaben beraten. Des Weiteren wurde auf Zusatzangebote, wie beispielsweise Aphasiechöre, aufmerksam gemacht.

4.6. Erfahrungen bezüglich der Krankheitsverarbeitung

Von den insgesamt 43 Teilnehmern haben 32 ihre Erfahrungen bezüglich der Krankheitsverarbeitung geteilt. Zur Beantwortung der Frage konnten die Teilnehmer auswählen, für wen sie sich im Rahmen der Krankheitsverarbeitung der Angehörigen mehr Unterstützung gewünscht hätten. In einem Kommentarfeld konnte zudem festgehalten werden, von welchem Fachbereich diese Hilfe hätte erfolgen sollen. Die genauen Antworten sowie die Anzahl der Nennungen sind den Tabellen im Anhang J. zu entnehmen.

31 % der Befragten haben kundgetan, dass sie im vergangenen Jahr keinerlei Probleme mit der Krankheitsverarbeitung der Angehörigen hatten. Drei Mal wurde explizit angegeben, dass keine Schwierigkeiten in Bezug auf logopädische Themen aufgetreten sind. Eine Person hat zudem angemerkt, dass an ihrer Rehaklinik die nicht logopädischen Themen von anderen Professionen, wie etwa der (Neuro-) Psychologie, bearbeitet wurden.

Rund zwei Fünftel der Teilnehmer hätten sich für die Angehörigen mehr Unterstützung von anderen Fachpersonen gewünscht. Am häufigsten wurden diesbezüglich Psychologen genannt. Aber auch von Seiten der Ärzte und Psychotherapeuten wäre gemäss den Ergebnissen mehr Beihilfe wünschenswert gewesen. Einige Logopäden hätten zudem spezielle Angebote, wie beispielsweise Angehörigenseminare oder eine multiprofessionelle Beratungsstelle, begrüsst.

Drei Logopäden haben angegeben, dass mehr Unterstützung für sie selbst wünschenswert gewesen wäre. Auch diesbezüglich wurden als Fachpersonen oft Psychologen und Psychotherapeuten genannt.

10 der 32 Befragten hätten das Thema Krankheitsverarbeitung im Zuge der Angehörigenarbeit gerne interdisziplinär behandelt. Diesbezüglich wurde erneut am häufigsten der Fachbereich Psychologie genannt. Des Weiteren hätte aus Sicht einiger Teilnehmer auch die Zusammenarbeit mit Ärzten, Ergo- sowie Physiotherapeuten intensiver sein dürfen. Ein Teilnehmer hat zusätzlich vermerkt, dass ein interprofessioneller Kurs zur Gesprächsführung sinnvoll gewesen wäre.

Fünf Logopäden haben angegeben, dass sie im Rahmen der Angehörigenarbeit das Thema Krankheitsverarbeitung nicht behandeln konnten. Zwei Mal wurde angemerkt, dass dies die Aufgabe anderer Professionen gewesen sei. Eine Person hat erläutert,

dass bei ihr manche Patienten sowie deren Angehörige die Situation falsch eingeschätzt oder nicht akzeptiert haben und deswegen keine Zusammenarbeit möglich war.

In Abbildung 12. werden alle Fachbereiche, welche von den Logopäden zu dieser Frage genannt wurden, zusammengefasst dargestellt. Es ist zu erkennen, dass sich fast drei Viertel der befragten Logopäden mehr Unterstützung vom Fachbereich Psychologie, beziehungsweise eine intensivere Zusammenarbeit mit diesem, gewünscht hätten.

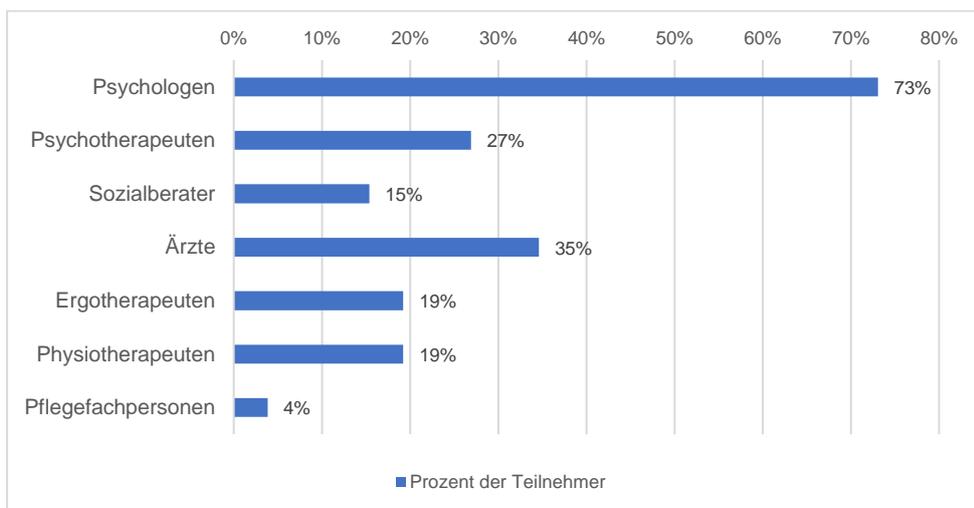


Abbildung 12. Genannte Fachbereiche zur Krankheitsverarbeitung zusammengefasst

4.7. Zufriedenheit mit der Angehörigenarbeit

Die Zufriedenheit mit der Angehörigenarbeit im vergangenen Jahr konnte von 32 der 43 Teilnehmer erfasst werden. Zur Beantwortung der Frage bestand die Möglichkeit, eine der vorgegebenen Antworten auszuwählen. Die genaue Anzahl der Nennungen sind den Tabellen im Anhang K. zu entnehmen.

In Abbildung 13. werden die Zufriedenheit mit der Intensität, der Art und Weise sowie den Inhalten der Angehörigenarbeit dargestellt. Es ist zu erkennen, dass die befragten Sprachtherapeuten mit der Intensität, mit welcher die Angehörigenarbeit im vergangenen Jahr stattgefunden hat, am unzufriedensten waren (69 % neutral bis sehr unzufrieden). Bezüglich der Art und Weise zeichnete sich insgesamt bereits eine höhere Zufriedenheit ab. Gemäss den Umfrageergebnissen bestand bei den Logopäden die grösste Zufriedenheit mit den Inhalten der Angehörigenarbeit. Ausserdem wurde einzig zu diesem Bereich von niemandem angegeben, dass er sehr unzufrieden damit gewesen ist.

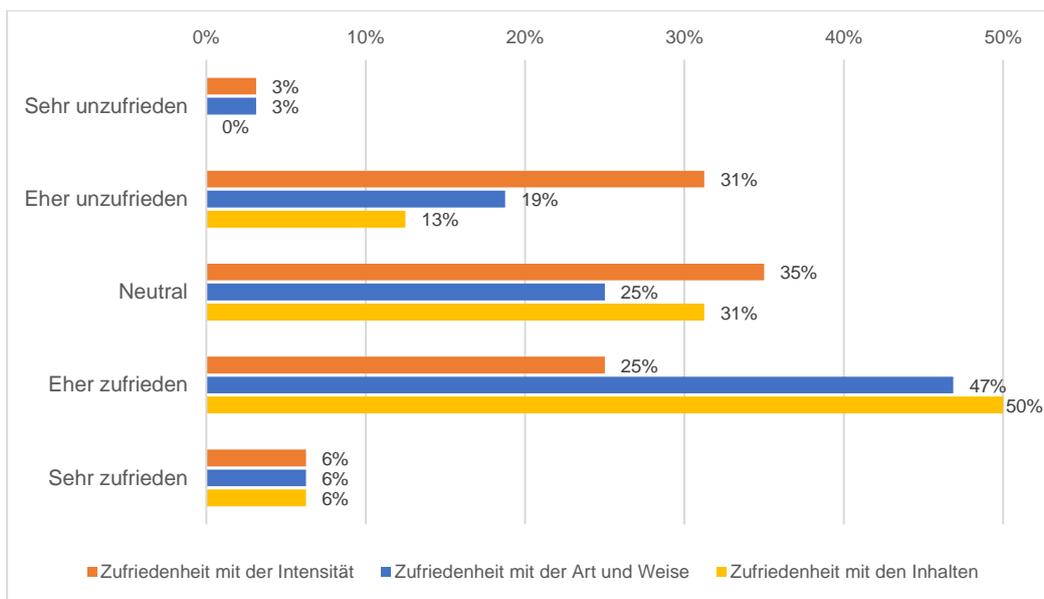


Abbildung 13. Zufriedenheit mit der Angehörigenarbeit

4.8. Optimierung der Angehörigenarbeit

24 der 32 Befragten haben einen Optimierungsvorschlag für die logopädische Angehörigenarbeit geäußert. Von den restlichen 8 wurde angegeben, dass es aus ihrer Sicht nichts zu verbessern gibt. Die genauen Antworten der Teilnehmer sowie die daraus abgeleiteten Kategorien sind den Tabellen im Anhang L. zu entnehmen. Zur Veranschaulichung des Ergebnisses wurde die Abbildung 14. angefertigt, in welcher alle Kategorien zusammengefasst dargestellt werden.

Die Auswertung hat gezeigt, dass sich aus Sicht von 33 % der Logopäden die interprofessionelle Zusammenarbeit verbessern könnte. Diesbezüglich wurde unter anderem erwähnt, dass sich die verschiedenen Professionen hinsichtlich des Erstkontaktes sowie der Zuständigkeit der Krankheitsverarbeitung besser absprechen sollten. Auch der Wunsch nach einem hochfrequenten Austausch sowie gemeinsamen Fortbildungen und Gesprächsführungskursen wurde geäußert. Zwei Teilnehmer haben angegeben, dass sie sich mehr psychologische Betreuung für die Patienten sowie deren Angehörigen wünschen würden. Eine Person ist zudem der Meinung, dass es explizit die Aufgabe des Fachbereichs Psychologie sei, Angehörige über die Krankheitsverarbeitung aufzuklären.

Bezüglich des Angehörigenkontaktes wurden von zwei Teilnehmern die schlechte Erreichbarkeit sowie die geringe Kapazität der Angehörigen als Erschwernisse genannt. Eine Person würde es zukünftig willkommen heißen, sich von Angehörigen, welche sich zu sehr in den Therapieprozess einmischen, abgrenzen zu dürfen.

Des Weiteren wurden von den Logopäden fehlende zeitliche Ressourcen ihrerseits erwähnt. Intensive Angehörigengespräche benötigen Zeit, für welche neben den Therapien kaum noch Kapazität bestehe. Jemand hat diesbezüglich vorgeschlagen, die Anzahl der Lektionen zu erhöhen, damit nicht mehr die eigentlichen Therapiestunden mit den Patienten darunter leiden würden. Zwei andere Personen hätten gerne bezahlte Beratungsstunden, eine davon explizit im ambulanten Bereich. Auch fixe Zeitfenster, sowohl für die Angehörigenarbeit als auch für interprofessionelle runde Tische, wurden von drei Sprachtherapeuten gewünscht.

Aus Sicht von drei Logopäden könnten Therapeuten aktiver auf die Angehörigen zugehen und diese stärker in den Therapieprozess miteinbeziehen. Auch spezielle Angebote, wie beispielsweise Angehörigentrainings oder Selbsthilfegruppen, wurden von einer Person als Verbesserungsmöglichkeiten genannt. Daneben wurde der Wunsch

nach einem ruhigen Raum, welcher für die Angehörigenarbeit genutzt werden könnte, geäußert.

Weitere Punkte, welche zur Optimierung der Angehörigenarbeit genannt wurden, waren Kontaktstellen für die Angehörigen sowie spezifische Vorgaben, wie etwa nationale Standards an allen Rehakliniken.

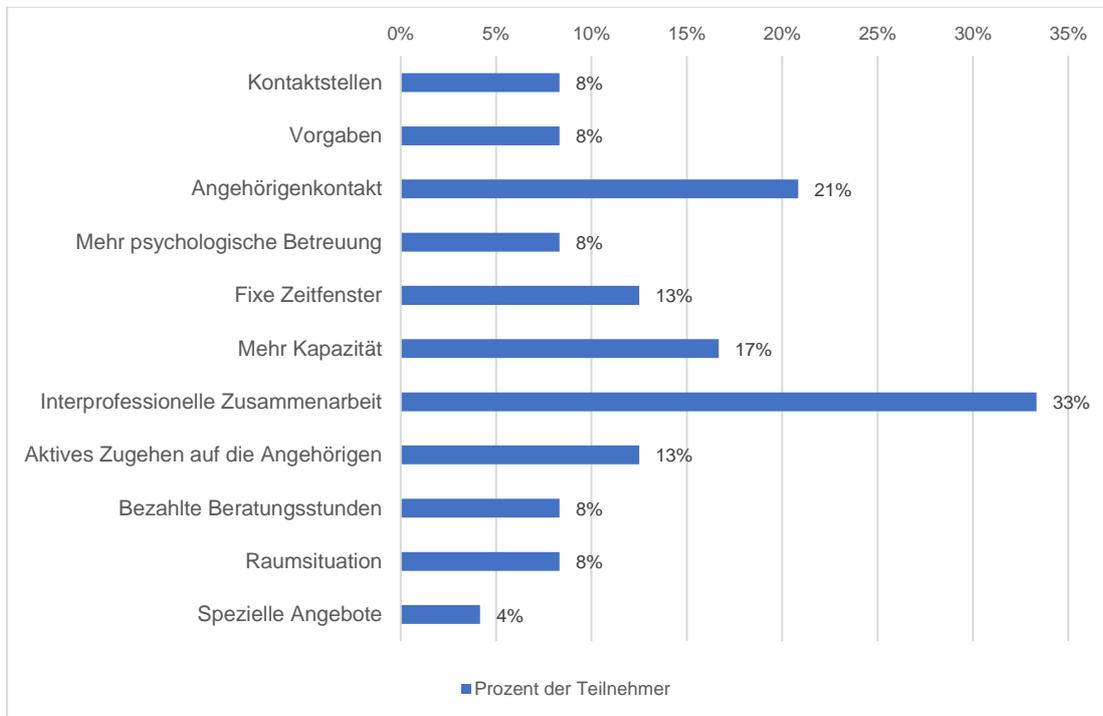


Abbildung 14. Vorschläge zur Optimierung der logopädischen Angehörigenarbeit

Neben den Optimierungsvorschlägen wurden von einigen Logopäden zusätzliche Bemerkungen notiert.

Vier Personen haben festgehalten, dass kaum Verallgemeinerungen möglich seien, da sich die Kapazität der Angehörigen sowie deren Bedürfnisse oftmals voneinander unterscheiden. So würden fixe Zeitfenster beispielsweise wenig Sinn machen, da viele Angehörige nur sporadisch verfügbar sind.

Des Weiteren seien interdisziplinäre Angebote sicherlich sinnvoll, die individuellen Anliegen der Angehörigen jedoch sehr verschieden. Von einem Teilnehmer wurde zudem erwähnt, dass sich bei ihm vor allem ambulante, nur leicht betroffene Patienten, häufig gar keinen Einbezug der Angehörigen wünschen würden.

5. Diskussion

5.1. Inhalte der logopädischen Angehörigenarbeit an den deutschschweizer Rehakliniken

Durch Online-Befragung wurde ersichtlich, dass die Prämissen der logopädischen Angehörigenarbeit bei schlaganfallbedingten, postakuten Aphasien im vergangenen Jahr an den deutschschweizer Rehakliniken mehrheitlich umgesetzt wurden. Dabei haben sich in allen Bereichen gewisse Punkte gezeigt, welche jeweils von besonders vielen Sprachtherapeuten aufgegriffen wurden.

Gemäss den Umfrageergebnissen haben die Logopäden im Bereich Informationen zum Störungsbild Aphasie am meisten Angehörigenarbeit geleistet. Dies bestätigt somit eine Angabe aus der Literatur, gemäss welcher die Aufklärung über das Störungsbild Aphasie ein zentraler Bestandteil der Angehörigenarbeit darstellt (GAB & DGNKN, 2000). Dass so viel Angehörigenarbeit in diesem Bereich geleistet wurde, lässt die Vermutung aufkommen, dass die Mehrheit der Angehörigen mit der Sprachstörung Aphasie nicht vertraut war und zunächst darüber aufgeklärt werden musste. Es ist anzunehmen, dass die Gesellschaft generell neben der Aphasie auch über andere Sprach- und Sprechstörungen nur in geringem Masse Bescheid weiss. In Anbetracht dessen wäre es vermutlich sinnvoll, mehr Öffentlichkeitsarbeit zu diesen Themen zu leisten. Dies könnte dazu beitragen, dass im Rahmen der logopädischen Angehörigenarbeit weniger Zeit in die Aufklärung investiert werden müsste und dadurch andere, wichtige Themen stärker zum Tragen kommen könnten.

Im Zuge der Diagnostik wurden die Angehörigen am häufigsten zur Durchführung von Fremdanamnesen hinzugezogen. Von Schneider et al. (2014) wird in der Literatur beschrieben, dass die Führung solcher Gespräche vor allem bei schweren expressiven Sprachstörungen sinnvoll ist. Die Umfrageergebnisse deuten aber darauf hin, dass Fremdanamnesen nicht nur in solchen Fällen durchgeführt wurden. Da gemäss Eibl (2019) im Rahmen der Diagnostik auch eine Kontexterfassung erfolgen sollte, wäre es denkbar, dass mithilfe der Fremdanamnesen nicht nur Informationen über die Patienten selbst, sondern zugleich auch über deren sozialen Umfeld gewonnen wurden.

Die Umfrage hat deutlich gezeigt, dass bei der Mehrheit der Logopäden den Therapien in Form von Hospitationen beigewohnt werden konnte. Dass das Hospitieren viele Vorzüge hat, wird auch von Eibl (2019) sowie Frommelt und Lösslein (2010) in der Litera-

tur festgehalten. Dieses Resultat scheint deren Aussagen somit zu bestätigen. Gemäss den Umfrageergebnissen hat der Angehörigenkontakt im Rahmen der Therapie aber nicht nur persönlich, sondern oftmals auch telefonisch stattgefunden. Rund 90 % der befragten Logopäden haben im vergangenen Jahr auf diese digitale Art der Angehörigenarbeit zurückgegriffen, welche in der Theorie von Huber et al. (2010) beschrieben wird. Gemäss Aussage eines Teilnehmers haben seit Beginn der Coronapandemie deutlich mehr solcher Telefonate stattgefunden. In Anbetracht dessen, aber auch aufgrund der rasanten technischen Entwicklung, kam die Frage auf, wie sich die logopädische Angehörigenarbeit wohl in den kommenden Jahren entwickeln wird. Im Rahmen der Befragung wurde ersichtlich, dass fehlende zeitliche Ressourcen, sowohl auf Seiten der Angehörigen als auch bei den Logopäden, im vergangenen Jahr Erschwernisse dargestellt haben. Durch die Nutzung digitaler Medien könnte beispielsweise Zeit für die Anreisewege der Angehörigen eingespart werden. Auch Termine liessen sich wahrscheinlich flexibler vereinbaren, da für die Gespräche lediglich Laptops und stabile Internetverbindungen vorhanden sein müssten. Die Durchführung von Angehörigenseminaren könnte sich durch die Verwendung digitaler Medien ebenfalls vereinfachen. Diese haben, entgegen den Empfehlungen der GAB und DGNKN (2000), im vergangenen Jahr nur selten stattgefunden. Es ist denkbar, dass auch hierbei die knappen Zeitkapazitäten eine entscheidende Rolle gespielt haben. In Anbetracht dieser Punkte könnte eine Entwicklung in Richtung digitale Angehörigenarbeit somit diverse Vorteile mit sich bringen. Es sollte jedoch bedacht werden, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht alle Angehörigen über solche Medien verfügen oder deren Umgang nur in geringem Masse beherrschen. Auch sollte das Angebot nach wie vor den Bedürfnissen und Wünschen der Angehörigen entsprechen.

Im Bereich Krankheitsverarbeitung haben die Logopäden den Angehörigen im vergangenen Jahr am häufigsten Hoffnung geschenkt. Dieses Bedürfnis deckt sich mit den Resultaten aus der Studie von Howe et al. (2019), laut welchen sich befragte Angehörige rückblickend mehr Positivität von Seiten des Fachteams gewünscht hätten. Des Weiteren konnte den Umfrageergebnissen entnommen werden, dass sich viele Logopäden für die Krankheitsverarbeitung der Angehörigen mehr Unterstützung vom Fachbereich Psychologie gewünscht hätten. Diesbezüglich kam die Frage auf, weshalb von dessen Seite zu wenig Hilfe erfolgt ist. Dass Angehörige oftmals einen Input von aussen benötigen, damit sie ihre Probleme in Angriff nehmen, hat sich sowohl in der Literatur als auch bei der Befragung gezeigt (Frommelt & Lösslein, 2010). Somit wäre

denkbar, dass man die Angehörigen explizit dazu hätte ermutigen müssen, sich psychologische Hilfe zu holen. Ausserdem lässt sich darüber diskutieren, ob es nicht Aufgabe der Psychologen gewesen wäre, aktiv auf die Angehörigen zuzugehen. Wie die Umfrage gezeigt hat, nahmen im Rahmen der sprachtherapeutischen Intervention viele Logopäden direkten Kontakt mit den Angehörigen auf. Anhand der Ergebnisse kann jedoch nicht abschliessend beurteilt werden, wie dies in der Praxis von den Logopäden und Psychologen effektiv gehandhabt wurde.

Im Zuge der weiteren Unterstützungsmöglichkeiten haben die Angehörigen im vergangenen Jahr am häufigsten Hilfe bei der Suche nach ambulanten Logopäden benötigt. Dies deutet darauf hin, dass die Therapie, wie von Frommelt und Lösslein (2010) empfohlen, in vielen Fällen ambulant fortgeführt wurde.

Abgesehen von diesen Punkten, welche im vergangenen Jahr von vielen Logopäden aufgegriffen wurden, sind die restlichen Inhalte unterschiedlich stark zum Tragen gekommen. Die Befragung hat jedoch deutlich aufgezeigt, dass sich die Anliegen der Angehörigen im vergangenen Jahr oftmals voneinander unterscheiden haben. Somit wäre denkbar, dass die Logopäden jeweils spezifisch auf deren individuellen Bedürfnisse eingegangen sind und dementsprechend Schwerpunkte gesetzt haben. In diesem Fall würden, wie bereits von einigen Sprachtherapeuten im Zuge der Umfrage festgehalten wurde, konkrete Vorgaben nur wenig Sinn machen. Dies könnte auch der Grund sein, weshalb in der Literatur kaum solche zu finden sind und stattdessen viele verschiedene Inhalte der logopädischen Angehörigenarbeit erläutert werden.

5.2. Optimierung der Angehörigenarbeit

Durch die Online-Befragung wurde ersichtlich, dass es aus Sicht der Logopäden verschiedene Punkte gibt, welche für die Angehörigenarbeit an den deutschschweizer Rehakliniken optimiert werden könnten.

Am häufigsten wurde diesbezüglich die interprofessionelle Zusammenarbeit genannt. Neben einem hochfrequenten Austausch unter den Fachbereichen scheint es auch an besseren Absprachen zu bedürfen. Diese betreffen gemäss den Ergebnissen unter anderem eine klarere Aufgabenverteilung, wie etwa die der Krankheitsverarbeitung. Des Weiteren wurde auch im Rahmen der Optimierungsvorschläge der Wunsch nach mehr psychologischer Betreuung für die Angehörigen kundgetan. Da diese Punkte von mehreren Logopäden festgehalten wurden, ist anzunehmen, dass eine bessere Zusammenarbeit, vor allem mit dem Fachbereich Psychologie, erheblich zur Optimierung der logopädischen Angehörigenarbeit beitragen könnte.

Ein weiterer Punkt, welcher im Zuge der Optimierung von einigen Sprachtherapeuten als Erschwernis genannt wurde, war die Gestaltung des Angehörigenkontaktes. Dieser scheint sich, unter anderem aufgrund der schlechten Erreichbarkeit sowie zu geringer Kapazitäten der Angehörigen, oftmals als schwierig erwiesen zu haben. Dies könnte auch ein Grund dafür gewesen sein, weshalb im vergangenen Jahr entgegen den Empfehlungen der GAB und DGNKN (2000), nicht in allen Fällen ein Eintritts- sowie ein Austrittsgespräch mit den Angehörigen durchgeführt wurde. Des Weiteren hat die Befragung gezeigt, dass mit der Häufigkeit, mit welcher die Angehörigenarbeit stattgefunden hat, bei einigen Logopäden eine gewisse Unzufriedenheit bestand. Auch diesbezüglich könnte die erschwerte Gestaltung des Angehörigenkontaktes eine Rolle gespielt haben. Wie bereits erläutert, könnte die Nutzung digitaler Medien die Handhabung der Angehörigenarbeit vereinfachen. Da aber im vergangenen Jahr bereits von der Mehrheit der Logopäden Telefongespräche geführt wurden, ist anzunehmen, dass sich dadurch das Problem nicht vollständig beheben liesse.

Gemäss der Umfrage haben nicht nur die fehlenden Zeitressourcen der Angehörigen im vergangenen Jahr eine Schwierigkeit dargestellt. Einige Sprachtherapeuten haben kundgetan, dass auch ihnen selbst zu wenig Kapazität für die Angehörigenarbeit zur Verfügung stand. Um diese Zeitprobleme zu verringern, könnte beispielsweise die Aufklärungsarbeit, welche laut den Ergebnissen bei nahezu allen Logopäden stattgefunden hat, in Form von Gruppenseminaren durchgeführt werden. Dies würde vor allem

auf Seiten der Logopäden Ressourcen schaffen. Damit möglichst viele Angehörige von diesem Angebot profitieren könnten, würde sich die Nutzung digitaler Medien lohnen. Neben einem solchen Angebot wären aber sicherlich weitere Interventionen nötig, um die Problematik mit den fehlenden Zeitkapazitäten vollständig beheben zu können. Abschliessend lässt sich festhalten, dass es gemäss der Umfrage verschiedene Punkte zur Optimierung der logopädischen Angehörigenarbeit an den deutschschweizer Rehakliniken gibt. Von vielen Sprachtherapeuten wurde der Wunsch nach einer besseren interprofessionellen Zusammenarbeit geäussert. Auch der Angehörigenkontakt könnte sich aus Sicht vieler Logopäden verbessern, wobei diesbezüglich sicherlich die knappen, zeitlichen Ressourcen eine entscheidende Rolle spielen.

6. Limitationen der Bachelorarbeit

Wie bereits erläutert, mussten im Rahmen dieser Bachelorarbeit zur Untersuchung der logopädischen Angehörigenarbeit an den deutschschweizer Rehakliniken einige Entscheidungen zur Eingrenzung des Themas getroffen werden. Demnach weist die vorliegende Bachelorarbeit Limitationen auf.

Der Fokus dieser Untersuchung lag lediglich auf der postakuten Phase der Aphasie. Des Weiteren wurden nur Logopäden an Rehakliniken befragt. Aus diesen Gründen können keine Aussagen über die Angehörigenarbeit bei akuten Aphasien auf Stroke Units, beziehungsweise an Akutspitälern, gemacht werden. Auch widerspiegeln die Ergebnisse nicht die Angehörigenarbeit, welche während der chronischen Phase geleistet wird.

Eine weitere Grenze der Arbeit stellt die Beschränkung auf schlaganfallbedingte Aphasien dar. Wie in Kapitel 2.1.1. beschrieben, kann die Sprachstörung verschiedene Ursachen haben. Da sich aufgrund dessen die Krankheitsverläufe und Notwendigkeiten stark voneinander unterscheiden können, repräsentieren die in dieser Bachelorarbeit erläuterten Inhalte der Angehörigenarbeit nicht die sprachtherapeutischen Interventionen aller Aphasien.

Im Zuge der Datenerhebung wurden nur Logopäden an deutschschweizer Rehakliniken befragt. Aus diesem Grund ist die Stichprobengrösse relativ klein ausgefallen, was ebenfalls eine Limitation darstellt. Wäre das Ziel eine möglichst grosse Stichprobe gewesen, so hätte man beispielsweise auch deutsche oder österreichische Grenzgebiete befragen können.

Als letztes müsste nochmals darauf hingewiesen werden, dass sich die Befragung auf das gesamte vergangene Jahr bezogen hat. Es sollte somit bedacht werden, dass die logopädische Angehörigenarbeit aufgrund des Coronavirus mit grosser Wahrscheinlichkeit anders gehandhabt werden musste und deswegen einige Ergebnisse womöglich nicht die normalen Tätigkeiten an den Rehakliniken widerspiegeln.

7. Reflexion

Während der Datenauswertung ist aufgefallen, dass von 11 der insgesamt 43 Teilnehmer der Fragebogen nur teilweise oder gar nicht ausgefüllt wurde. Um dem entgegenzuwirken, hätte man die Logopäden im Einleitungstext noch explizit darum bitten können, möglichst alle Fragen komplett zu beantworten. Zudem wurde rückblickend bemerkt, dass die Konzeptfrage zu Beginn des Fragebogens womöglich ungünstig platziert war. Bei dieser Frage hätte zum einen sicherlich genauer erläutert werden müssen, was unter einem übergreifenden Konzept, beziehungsweise unter gewissen Standards oder vorgegebenen Abläufen, verstanden wird. Dies könnte ein Grund gewesen sein, weshalb schon zu Beginn viele Teilnahmen abgebrochen wurden. Zum anderen wäre auch denkbar, dass diese Frage viele verunsichert hat, da intern kein solches Konzept vorhanden war.

Bei der Befragung wurde zwischen Logopädie Leitungen und Teammitgliedern sowie zwischen ambulanten und stationären Rehakliniken unterschieden. Die Intention dahinter war, im Zuge der Datenauswertung Vergleiche anzustellen und etwaige Unterschiede aufzudecken. Schlussendlich haben an der Umfrage aber deutlich weniger Logopädie Leitungen als Teammitglieder teilgenommen. Auch waren insgesamt nur vier Logopäden an einer ambulanten Rehaklinik tätig. Von Letzterem wurde noch eher ausgegangen, da auch weniger ambulante Rehakliniken ausfindig gemacht werden konnten. Im Rahmen der Datenauswertung wurde zwar bei einer Frage zunächst noch zwischen Logopädie Leitungen und Teammitgliedern unterschieden (s. Anhang K.), es konnten jedoch keine wertvollen Erkenntnisse daraus gewonnen werden. Aus diesem Grund wurde beschlossen, vom eigentlichen Plan abzuweichen und auf einen Vergleich zwischen Logopädie Leitungen und Teammitgliedern, beziehungsweise zwischen ambulanten und stationären Rehakliniken, vollständig zu verzichten.

Wie bereits im Methodenteil beschrieben, konnte die Beteiligung an der Umfrage in der Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey nachverfolgt werden. Somit hätte man, als die Unausgeglichenheit der eben erwähnten Punkte bemerkt wurde, noch intervenieren können. Die Hemmschwelle, nochmals alle Logopäden anzuschreiben und um die Teilnahme an der Umfrage zu bitten, war jedoch zu gross. Es wurde angenommen, dass viele der Sprachtherapeuten einen stressigen Alltag haben und womöglich gar keine Zeit zur Verfügung steht, um den Fragebogen überhaupt auszufüllen. Im Hinblick

darauf, dass aufgrund dessen auf die Vergleiche verzichtet werden musste, hätte durchaus mutiger vorgegangen werden können.

Im Zuge der Datenauswertung und Interpretation der Resultate wurde bemerkt, dass die Umfrage zwei Fragen beinhaltet hat, welche nur wenig zur Beantwortung der Fragestellungen beigetragen haben und auf deren Ergebnisse im Rahmen der Diskussion kaum Bezug genommen werden konnte. Zum einen wäre dies die bereits erwähnte Konzeptfrage gewesen. Obwohl dadurch ersichtlich wurde, wie in etwa die Logopäden an den Rehakliniken vorgegangen sind, konnten keine grossen Schlüsse daraus gezogen werden. Zum anderen haben auch die Resultate bezüglich der Zufriedenheit mit der Angehörigenarbeit nur wenige Erkenntnisse geliefert. Ausserdem wurde erst rückblickend bemerkt, dass es bei dieser Rating-Skala Kommentarfelder benötigt hätte. Die Antworten der Teilnehmer waren ohne weitere Erläuterungen nur schwer zu interpretieren.

Im Vorfeld wurde nicht davon ausgegangen, dass die Befragten solch ausführliche Antworten geben werden. In Anbetracht dessen hätte es sich gelohnt, wenn zusätzlich zum Fragebogen noch Interviews durchgeführt worden wären. Dadurch hätten wahrscheinlich noch mehr Informationen gewonnen werden können und die persönlichen Meinungen wären womöglich stärker zum Ausdruck gekommen. Bei einem nächsten Mal würde es sich somit anbieten, den Fragebogen noch kürzer zu gestalten, dafür aber ergänzend mündliche Befragungen durchzuführen.

8. Ausblick

Im Zuge dieser Bachelorarbeit konnte nur die logopädische Angehörigenarbeit bei Schlaganfallbedingten Aphasien untersucht werden, wobei der Fokus lediglich auf der postakuten Phase lag. Demnach wäre es spannend zu erheben, wie die Angehörigenarbeit während den anderen Aphasiephasen gestaltet wird und wo sich Unterschiede zur postakuten Phase zeigen. Auch eine Untersuchung zur Angehörigenarbeit bei progredienten Krankheitsverläufen könnte wichtige Erkenntnisse für praktizierende Logopäden liefern.

Wie bereits thematisiert, könnte im Rahmen der logopädischen Angehörigenarbeit zukünftig vermehrt auf digitale Medien zurückgegriffen werden. In Anbetracht dessen wäre es interessant, diese Entwicklung in Richtung Digitalisierung weiterzuverfolgen und die Art und Weise der Angehörigenarbeit in den kommenden Jahren genauer zu analysieren.

Die vorliegende Bachelorarbeit hat aufgezeigt, welches die Inhalte der logopädischen Angehörigenarbeit bei Schlaganfallbedingten, postakuten Aphasien an den deutschschweizer Rehakliniken gewesen sind. Nun wäre es äusserst spannend zu untersuchen, inwiefern dieses Angebot den effektiven Bedürfnissen der Angehörigen entspricht und was sich aus deren Sicht zur Optimierung der Angehörigenarbeit verändern könnte. Eine solche Arbeit würde nicht nur einen wertvollen Beitrag zur logopädischen Angehörigenarbeit leisten, sondern auch den Angehörigen eine Stimme geben und auf deren Anliegen aufmerksam machen.

9. Literaturverzeichnis

- Avent, J., Glista, S., Jackson, J., Nishioka, J., Wallace, S. & Yip, W. (2005). Family information needs about aphasia. *Aphasiology*, 19(3/4/5), 365-375.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation. für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: World Health Organization.
- Eibl, K. (2019). *Sprachtherapie in Neurologie, Geriatrie und Akutrehabilitation*. München: Elsevier.
- Ellis, C. & Urban, S. (2016). Age and aphasia : A review of presence, type, recovery and clinical outcomes. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 23, 430-439.
- Engelter, S. T, Ajdacic-Gross, V., Born, C., Frei, M., Gostynski, M & Gutzwiller, F. et al. (2006). Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: Incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke*, 37, 1379-1384.
- Faulbaum, F., Prüfer, P. & Rexroth, M. (2009). *Was ist eine gute Frage? Die systematische Evaluation der Fragequalität* (1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Frommelt, P. & Lösslein, H. (Hrsg.) (2010). *NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) und Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN) (2000). *Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie). Leitlinien 2000*.
- Howe, T., Davidson, B., Ferguson, A., Gilbert, J., Hersh, D. & Sherratt, S. et al. (2019). 'You need to rehab ... families as well': family members' own goals for aphasia rehabilitation. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(5), 511-521.
- Huber, W., Poeck, K. & Springer, L. (2013). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Eine Einführung für Therapeuten, Angehörige und Betroffene* (2. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.

- Leow, S., Rose, T. A. & Wallace, S. J. (2019). Family members' experiences and preferences for receiving aphasia information during early phases in the continuum of care. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 21, 470-482.
- Leutwyler, B. & Roos, M. (2017). *Wissenschaftliches Arbeiten im Lehramtsstudium. Recherchieren, schreiben, forschen* (2., überarbeitete Aufl.). Bern: Hoegrefe.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Müller, U. (2013). *Reader Forschungsmethoden. Quantitative Verfahren* (Version 0.8). Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik. Departement Pädagogisch-Therapeutischer Berufe.
- Schneider, B., Grötzbach, H. & Wehmeyer, M. (2014). *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel* (6. Aufl.) Berlin: Springer.

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF.....	5
Abbildung 2. Inhalte der Angehörigenarbeit-Konzepte.....	22
Abbildung 3. Inhalte der Standards / festgelegten Abläufen für die Angehörigenarbeit.....	23
Abbildung 4. Inhalte der eigenen Vorgehensweisen für die Angehörigenarbeit	24
Abbildung 5. Intensität der Angehörigenarbeit	25
Abbildung 6. Art und Weise der Angehörigenarbeit	26
Abbildung 7. Inhalte der Angehörigenarbeit: Informationen zum Störungsbild Aphasie	27
Abbildung 8. Inhalte der Angehörigenarbeit: Diagnostik	28
Abbildung 9. Inhalte der Angehörigenarbeit: Therapie	29
Abbildung 10. Inhalte der Angehörigenarbeit: Krankheitsverarbeitung.....	30
Abbildung 11. Inhalte der Angehörigenarbeit: Weitere Unterstützungsmöglichkeiten	31
Abbildung 12. Genannte Fachbereiche zur Krankheitsverarbeitung zusammengefasst.....	33
Abbildung 13. Zufriedenheit mit der Angehörigenarbeit	34
Abbildung 14. Vorschläge zur Optimierung der logopädischen Angehörigenarbeit.....	36

11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Ätiologien einer Aphasie	5
Tabelle 2. Verlaufsphasen einer Aphasie	6
Tabelle 3. Ausschnitt aus dem Codeplan der vorliegenden Bachelorarbeit.....	18
Tabelle 4. Ausschnitt aus der Datenmatrix der vorliegenden Bachelorarbeit	19

Anhang

A. E-Mail an Logopädie Leitungen.....	II
B. Fragebogenstruktur.....	III
C. Codeplan.....	XV
D. Datenmatrix.....	XX
E. Stichprobenbeschreibung.....	XXIX
F. Übergreifende Konzepte der Angehörigenarbeit	XXX
F.1. Antworten und Kategorien.....	XXX
F.2. Kategorien und Erläuterungen.....	XXXVII
F.3. Anzahl der Nennungen und Prozentwerte	XL
G. Intensität der Angehörigenarbeit	XLII
H. Art und Weise der Angehörigenarbeit	XLIII
I. Inhalte der Angehörigenarbeit	XLIV
I.1. Informationen zum Störungsbild Aphasie	XLIV
I.2. Diagnostik	XLV
I.3. Therapie.....	XLVI
I.4. Krankheitsverarbeitung	XLVII
I.5. Weitere Unterstützungsmöglichkeiten	XLVIII
I.6. Andere / weitere Inhalte	XLIX
J. Erfahrungen bezüglich der Krankheitsverarbeitung	L
J.1. Antworten und Kategorien.....	L
J.2. Kategorien und Erläuterungen.....	LV
J.3. Anzahl der Nennungen und Prozentwerte	LVII
K. Zufriedenheit mit der Angehörigenarbeit	LIX
K.1. Zufriedenheit insgesamt	LIX
K.2. Zufriedenheit der Teamleitungen.....	LX
K.3. Zufriedenheit der Teammitglieder.....	LXI
L. Optimierung der Angehörigenarbeit	LXII
L.1. Antworten und Kategorien.....	LXII
L.2. Kategorien und Erläuterungen.....	LXVII
L.3. Anzahl der Nennungen und Prozentwerte	LXIX
M. Kommentare und Rückmeldungen	LXX

A. E-Mail an Logopädie Leitungen

Sehr geehrter Herr XX

Mein Name ist Noemi Baumgartner und ich bin Logopädie Studentin an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich. Zurzeit bin ich mit meiner Bachelorarbeit beschäftigt, in welcher es um die **Angehörigenarbeit bei Schlaganfallbedingten Aphasien in deutsch-schweizer Rehakliniken** gehen wird. Im Rahmen dessen führe ich eine Online Umfrage durch und befrage praktizierende Logopädinnen sowie Logopäden zu dieser Thematik.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie an meiner Umfrage teilnehmen würden und den Link zum Fragebogen ausserdem Ihren Teamkolleginnen und Teamkollegen weiterleiten könnten.

Unter folgendem Link gelangen Sie zu meinem Online Fragebogen: <https://ls.hfh.ch/index.php/124775?lang=de>

Die Bearbeitung nimmt etwa 10 Minuten in Anspruch.

Bei Fragen oder Unklarheiten stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
Noemi Baumgartner

B. Fragebogenstruktur

Angehörigenarbeit bei schlaganfallbedingten Aphasien in deutschschweizer Rehakliniken

Sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, um an der Umfrage für meine Bachelorarbeit teilzunehmen.

Das Ziel meiner Arbeit ist es, das Angebot zur Angehörigenarbeit bei schlaganfallbedingten Aphasien in deutschschweizer Rehakliniken zu erfassen und mit dem in der Literatur beschriebenen Angebot zu vergleichen. In einem zweiten Schritt möchte ich herausfinden, was aus Sicht praktizierender Logopädinnen und Logopäden zur Optimierung der Angehörigenarbeit verändert werden könnte.

Im folgenden Fragebogen wird es nun um die Erhebung der Angehörigenarbeit in deutschschweizer Rehakliniken gehen. Wichtig zu erwähnen ist, dass sich die Umfrage nur auf Angehörige von Patienten bezieht, deren Aphasie durch einen Schlaganfall verursacht wurde und im vergangenen Jahr bei Ihnen in Behandlung waren. Weil ich mich in meiner Arbeit auf die postakute Phase fokussiere, darf der Schlaganfall maximal ein Jahr zurückliegen.

Der Fragebogen setzt sich aus 15 Fragen zusammen und nimmt circa 10 Minuten in Anspruch. Es wird keine richtigen oder falschen Antworten geben, sondern einzig Ihre persönliche Erfahrung und Meinung sind gefragt. Während dem Ausfüllen können Sie jederzeit vor- und zurückspringen.

Die Teilnahme an der Umfrage ist freiwillig und anonym. Der Teilnahmechluss ist am Freitag, 23. Oktober 2020.

Freundliche Grüsse

Noemi Baumgartner

In dieser Umfrage sind 15 Fragen enthalten.

Einstieg

Ich bin

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- die Teamleitung der Logopädie
- ein Teammitglied der Logopädie

Ich arbeite in einer

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ambulanten Rehaklinik
- stationären Rehaklinik

Konzept

Verfügen Sie an Ihrer Rehaklinik über ein übergreifendes Konzept, an welchem Sie sich für die Angehörigenarbeit orientieren?

● Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

Falls ja: Bitte beschreiben Sie dieses in einigen Sätzen.

Falls nein: Gibt es gewisse Standards oder festgelegte Abläufe, an welchen Sie sich orientieren? Bitte beschreiben Sie diese in einigen Sätzen.

Falls weder noch: Woran orientieren Sie sich für die Angehörigenarbeit? Bitte beschreiben Sie Ihr Vorgehen in einigen Sätzen.

Intensität und Art der Angehörigenarbeit

Wann, beziehungsweise wie häufig haben Sie im vergangenen Jahr durchschnittlich mit den Angehörigen eines Patienten gearbeitet?

(gearbeitet im Sinne von Einzelberatungen durchgeführt, Anleitungen zum häuslichen Üben gegeben oder Ähnlichem)

Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus. Es sind mehrere Angaben möglich.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

Bei Eintritt

Wöchentlich

Alle zwei Wochen

Monatlich

Alle zwei Monate

Bei Austritt

Andere:

Auf welche Art und Weise haben Sie im vergangenen Jahr die Angehörigenarbeit durchgeführt?

Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus. Es sind mehrere Angaben möglich.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Informationsblätter
- Broschüren
- Internetseiten
- Hospitationen in der Therapie
- Aktiver Miteinbezug in die Therapie (zusammen mit den Patienten)
- Einzelberatungen
- Familienberatungen
- Gruppenberatungen
- Angehörigenseminare
- Telefonate
- Videoanrufe
- Andere:

Inhalte der Angehörigenarbeit

Was waren die Inhalte im Bereich **Informationen zum Störungsbild Aphasie**, welche Sie im vergangenen Jahr im Rahmen der Angehörigenarbeit behandelt haben?

Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus. Es sind mehrere Angaben möglich.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Ursachen
- Symptome
- Begleitstörungen
- Einschätzung der Situation und Prognose
- Aufklärung über Irrtümer und Vorurteile
- Informationen über alltagsbezogene Auswirkungen einer Aphasie
- Hinweise und Tipps für den Umgang mit einer Aphasie
- Keine

Andere / Bemerkungen:

Was waren die Inhalte im Bereich **Diagnostik**, welche Sie im vergangenen Jahr im Rahmen der Angehörigenarbeit behandelt haben?

Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus. Es sind mehrere Angaben möglich.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Sinn und Zweck der Testungen erläutern
- Fremdanamnese
- Beobachtung der Interaktion zwischen Patienten und Angehörigen
- Keine

Andere / Bemerkungen:

Was waren die Inhalte im Bereich **Therapie**, welche Sie im vergangenen Jahr im Rahmen der Angehörigenarbeit behandelt haben?

Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus. Es sind mehrere Angaben möglich.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Miteinbezug bei der Festlegung der Therapieziele
- Miteinbezug bei der Therapieplanung
- Darstellung der Behandlungsschwerpunkte und Ziele in der Sprachtherapie
- Hospitationen
- Kommunikationstraining
- Miteinbezug bei In-vivo-Übungen
- Einweisung in die häuslichen Übungen
- Lernen, das Leistungsniveau der Patienten richtig einzuschätzen
- Thematisierung der Co-Therapeutenrolle
- Unterstützung beim Abbau von Sprechängsten
- Unterstützung beim Transfer des Erlernten in den Alltag
- Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung der Patienten
- Abschlussberatung bezüglich Behandlungserfolgen, Behandlungsstand und Empfehlungen für das weitere Vorgehen
- Keine
- Andere / Bemerkungen:

Was waren die Inhalte im Bereich **Krankheitsverarbeitung**, welche Sie im vergangenen Jahr im Rahmen der Angehörigenarbeit behandelt haben?

Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus. Es sind mehrere Angaben möglich.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Zukunftsängste
- Finanzielle Ängste / Probleme
- Partnerschaftsprobleme
- Familienkonflikte
- Neue Rollenverteilung
- Umgang mit Persönlichkeitsveränderungen der Patienten
- Rückzug von Freunden / Bekannten
- Schamgefühle / Ängste, sich mit den Patienten in der Öffentlichkeit zu zeigen
- Gefühl der Verpflichtung gegenüber den Patienten
- Überlastungssymptome / psychische Erkrankungen bei den Angehörigen
- Hoffnung schenken / Positivität verbreiten
- Ermutigung der Angehörigen, den eigenen Interessen nachzugehen und Freiräume zu wahren
- Anregung zur Selbsthilfe
- Keine
- Andere / Bemerkungen:

Was waren die Inhalte im Bereich **Informationen zu weiteren Unterstützungsmöglichkeiten**, welche Sie im vergangenen Jahr im Rahmen der Angehörigenarbeit behandelt haben?

Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus. Es sind mehrere Angaben möglich.

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Angehörigengruppen
- Angehörigenseminare
- Angehörigentrainings
- Vereine
- Vermittlung von ambulanten Logopädinnen / Logopäden
- Vermittlung von weiteren Fachpersonen wie beispielsweise Psychologen / Psychologinnen
- Broschüren
- Bücher
- Internetseiten
- Keine

Andere / Bemerkungen:

Gab es **andere / weitere Inhalte**, welche Sie im vergangenen Jahr im Rahmen der Angehörigenarbeit behandelt haben?

Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

Ja: Bitte nennen Sie diese stichwortartig.

Nein

Krankheitsverarbeitung

Aus der Literatur ist zu entnehmen, dass die Krankheitsverarbeitung ein zentraler Bestandteil der Angehörigenarbeit darstellt.

Welche Erfahrungen haben Sie im vergangenen Jahr bezüglich dieser Thematik gemacht?

Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus. Es sind mehrere Angaben möglich.

Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

Ich hatte keine Probleme, die Angehörigen bei der Krankheitsverarbeitung zu unterstützen.

Ich hätte mir für die Angehörigen mehr Unterstützung von anderen Fachpersonen gewünscht. (bitte angeben, von welchen Fachpersonen)

Ich hätte mir für mich selbst mehr Unterstützung von anderen Fachpersonen gewünscht. (bitte angeben, von welchen Fachpersonen)

Ich hätte mir gewünscht, dass das Thema Krankheitsverarbeitung interdisziplinär behandelt wird. (bitte angeben, welche Fachbereiche gemeint sind)

Ich konnte im Rahmen der Angehörigenarbeit das Thema Krankheitsverarbeitung nicht behandeln.

Andere / Bemerkungen

Zufriedenheit

Wie zufrieden waren Sie im vergangenen Jahr mit

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Neutral	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
der Intensität, mit welcher Sie mit den Angehörigen arbeiten konnten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
der Art und Weise, mit welcher Sie mit den Angehörigen arbeiten konnten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
den Inhalten, welche im Rahmen der Angehörigenarbeit behandelt werden konnten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Optimierung der Angehörigenarbeit

Gibt es etwas, was Ihrer Meinung nach zur Optimierung der Angehörigenarbeit verändert werden könnte?

(beispielsweise fixe Zeitfenster, interdisziplinäre Angebote oder Ähnliches)

Bitte antworten Sie in einigen Sätzen.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:



Anmerkungen

Hier finden Sie Platz für Kommentare, Anregungen oder Kritik.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Herzlichen Dank, dass Sie an meiner Umfrage teilgenommen und so einen wichtigen Beitrag zu meiner Bachelorarbeit geleistet haben!

Bei Rückfragen oder für Anregungen dürfen Sie mich gerne per E-Mail kontaktieren:
baumgartner.noemi@learnhfh.ch

Freundliche Grüsse

Noemi Baumgartner

23.10.2020 – 23:55

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

C. Codeplan

Tabelle d
Codeplan

Item-Variablen	Variablen-namen	Item-Formulierungen	Skalen-niveaus	Werte
A	Funktion	Ich bin	nominal	A1 = die Teamleitung der Logopädie A2 = ein Teammitglied der Logopädie
B	Rehaklinik	Ich arbeite in einer	nominal	B1 = ambulanten Rehaklinik B2 = stationären Rehaklinik
D	Intensität	Wann, beziehungsweise wie häufig haben Sie im vergangenen Jahr mit den Angehörigen eines Patienten gearbeitet?	ordinal	D1 = Bei Eintritt D2 = Wöchentlich D3 = Alle zwei Wochen D4 = Monatlich D5 = Alle zwei Monate D6 = Bei Austritt
E	Art	Auf welche Art und Weise haben Sie im vergangenen Jahr die Angehörigenarbeit durchgeführt?	nominal	E1 = Informationsblätter E2 = Broschüren E3 = Internetseiten E4 = Hospitationen in der Therapie E5 = Aktiver Miteinbezug in die Therapie (zusammen mit den Patienten) E6 = Einzelberatungen E7 = Familienberatungen E8 = Gruppenberatungen E9 = Angehörigenseminare E10 = Telefonate E11 = Videoanrufe

F	Informationen	Was waren die Inhalte im Bereich Informationen zum Störungsbild Aphasie, welche Sie im vergangenen Jahr im Rahmen der Angehörigenarbeit behandelt haben?	nominal	<p>F1 = Ursachen</p> <p>F2 = Symptome</p> <p>F3 = Begleitstörungen</p> <p>F4 = Einschätzung der Situation und Prognose</p> <p>F5 = Aufklärung über Irrtümer und Vorurteile</p> <p>F6 = Informationen über alltagsbezogene Auswirkungen einer Aphasie</p> <p>F7 = Hinweise und Tipps für den Umgang mit einer Aphasie</p> <p>F8 = Keine</p>
G	Diagnostik	Was waren die Inhalte im Bereich Diagnostik, welche Sie im vergangenen Jahr im Rahmen der Angehörigenarbeit behandelt haben?	nominal	<p>G1 = Sinn und Zweck der Testungen erläutern</p> <p>G2 = Fremdanamnese</p> <p>G3 = Beobachtung der Interaktion zwischen Patienten und Angehörigen</p> <p>G 4 = Keine</p>

H	Therapie	Was waren die Inhalte im Bereich Therapie, welche Sie im vergangenen Jahr im Rahmen der Angehörigenarbeit behandelt haben?	nominal	<p>H1 = Miteinbezug bei der Festlegung der Therapieziele H2 = Miteinbezug bei der Therapieplanung H3 = Darstellung der Behandlungsschwerpunkte und Ziele in der Sprachtherapie H4 = Hospitationen H5 = Kommunikationstraining H6 = Miteinbezug bei In-vivo-Übungen H7 = Einweisung in die häuslichen Übungen H8 = Lernen, das Leistungsniveau der Patienten richtig einzuschätzen H9 = Thematisierung der Co-Therapeutenrolle H10 = Unterstützung beim Abbau von Sprechängsten H11 = Unterstützung beim Transfer des Erlernten in den Alltag H12 = Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung der Patienten H13 = Abschlussberatung bezüglich Behandlungserfolgen, Behandlungsstand und Empfehlungen für das weitere Vorgehen H14 = Keine</p>
---	----------	--	---------	--

I	Krankheitsverarbeitung	Was waren die Inhalte im Bereich Krankheitsverarbeitung, welche Sie im vergangenen Jahr im Rahmen der Angehörigenarbeit behandelt haben?	nominal	I1 = Zukunftsängste I2 = Finanzielle Ängste / Probleme I3 = Partnerschaftsprobleme I4 = Familienkonflikte I5 = Neue Rollenverteilung I6 = Umgang mit Persönlichkeitsveränderungen der Patienten I7 = Rückzug von Freunden / Bekannten I8 = Schamgefühle / Ängste, sich mit den Patienten in der Öffentlichkeit zu zeigen I9 = Gefühl der Verpflichtung gegenüber den Patienten I10 = Überlastungssymptome / psychische Erkrankungen bei den Angehörigen I11 = Hoffnung schenken / Positivität verbreiten I12 = Ermutigung der Angehörigen, den eigenen Interessen nachzugehen und Freiräume zu wahren I13 = Anregung zur Selbsthilfe I14 = Keine
J	Unterstützungsmöglichkeiten	Was waren die Inhalte im Bereich zu weiteren Unterstützungsmöglichkeiten, welche Sie im vergangenen Jahr im Rahmen der Angehörigenarbeit behandelt haben?	nominal	J1 = Angehörigengruppen J2 = Angehörigenseminare J3 = Angehörigentrainings J4 = Vereine J5 = Vermittlung von ambulanten Logopädinnen / Logopäden J6 = Vermittlung von weiteren Fachpersonen wie beispielsweise Psychologen / Psychologinnen J7 = Broschüren J8 = Bücher J9 = Internetseiten J10 = Keine

K	Andere Inhalte	Gab es andere / weitere Inhalte, welche Sie im vergangenen Jahr im Rahmen der Angehörigenarbeit behandelt haben?	nominal	K1 = Ja: Bitte nennen Sie diese stichwortartig. K2 = Nein
M1	Zufriedenheit Intensität	Wie zufrieden waren Sie im vergangenen Jahr mit der Intensität, mit welcher Sie mit den Angehörigen arbeiten konnten?	ordinal	MA1 = Sehr unzufrieden MA2 = Eher unzufrieden MA3 = Neutral MA4 = Eher zufrieden MA5 = Sehr zufrieden
M2	Zufriedenheit Art	Wie zufrieden waren Sie im vergangenen Jahr mit der Art und Weise, mit welcher Sie mit den Angehörigen arbeiten konnten?	ordinal	MA1 = Sehr unzufrieden MA2 = Eher unzufrieden MA3 = Neutral MA4 = Eher zufrieden MA5 = Sehr zufrieden
M3	Zufriedenheit Inhalte	Wie zufrieden waren Sie im vergangenen Jahr mit den Inhalten, welche im Rahmen der Angehörigenarbeit behandelt werden konnten?	ordinal	MA1 = Sehr unzufrieden MA2 = Eher unzufrieden MA3 = Neutral MA4 = Eher zufrieden MA5 = Sehr zufrieden

D. Datenmatrix

Tabelle e

Datenmatrix

ID	Funktion	Rehaklinik	Intensität	Intensität Bemerkungen	Art	Art Bemerkungen
1	A1	B2	D1, D4, D6		E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E10	
2	A2	B2	D2		E4, E5, E6, E7	
3	A2	B2	D3		E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E10	
4	A2	B2	D4		E4, E10	
5	A2	B2				
6	A2	B2	D1, D4		E1, E2, E4, E6, E10	
7	A1	B2	D1, D4, D6	je nach Thema /Problem sofort	E1, E2, E5, E6, E7, E10, E11	
8	A2	B2	D1, D3, D6		E1, E4, E5, E6, E10	
9	A1	B2		unterschiedlich, je nach Verfügbarkeit der Angehörigen	E1, E3, E4, E5, E6, E10	
10						
11	A2	B2	D2	mehrmals wöchentlich	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7	gemeinsamer Besuch bei Selbsthilfegruppe oder Aphasiechor
12	A1	B2	D1, D4, D6		E2, E3, E4, E5, E6, E10	
13	A2	B2	D1, D3		E1, E2, E4, E6, E9, E10	
14	A2	B2	D1, D2, D4, D6		E1, E3, E4, E5, E10	
15	A2	B2				
16	A1	B2	D4		E3, E4, E5, E10	Emails
17	A2	B2	D3		E1, E3, E4, E5, E6, E10	
18	A2	B2	D1, D4, D6		E1, E2, E3, E4, E5, E6, E10, E11	
19	A2	B2	D1, D3, D6		E1, E2, E3, E4, E10	
20	A2	B2	D4, D6		E1, E2, E3, E4, E5, E10	
21	A2	B2	D4		E1, E4, E10	
22	A2	B2				
23	A2	B2				
24	A2	B2	D4		E1, E2, E3, E4, E5, E10	
25	A2	B1	D1, D2, D6		E1, E2, E3, E4, E5, E6, E10	

ID	Funktion	Rehaklinik	Intensität	Intensität Bemerkungen	Art	Art Bemerkungen
26	A2	B1	D1, D3, D6		E1, E2, E3, E4, E6, E10	
27	A2	B2	D1, D3, D4, D6		E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E10	
28	A2	B2	D1, D4	sehr unterschiedlich, je nach Angehörigen, tlw. auch wöchentlich	E1, E2, E4, E5, E6, E7, E10, E11	
29	A2	B1	D1, D5		E4, E5, E10	per Mail
30	A2	B1				
31	A2	B2	D1, D3		E1, E4, E6, E7, E10	Wichtig zu beachten: Deutlich mehr Telefonate aufgrund von Covid.
32	A1	B2		je nach Bedarf und Gelegenheit	E1, E3, E4, E5, E10	
33	A2	B2	D4		E1, E4, E10	
34	A2	B2				
35	A2	B2	D2, D3, D4	unterschiedlich: je nach Notwendigkeit. Während dem Lockdown vereinzelt mehr als normal (v.a. Videoanrufe, Telefonate, Mailkontakt)	E1, E4, E6, E10, E11	Mail-Kontakt
36	A2	B2	D1		E2, E4, E5, E6, E10	
37	A1	B2				
38	A2	B2		fast täglich	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E10, E11	
39	A2	B2		auf Wunsch der Angehörigen, was sehr verschieden ist.	E1, E4, E5, E6, E10	
40	A2	B2	D1		E1, E6, E11	
41	A2	B2	D3		E1, E2, E3, E4, E5, E6, E10	
42	A2	B2	D1, D4		E1, E2, E4, E5, E10	Angehörigenfragebögen
43	A2	B2	D1, D3		E4, E5, E10, E11	

ID	Informationen	Informationen Bemerkungen	Diagnostik	Diagnostik Bemerkungen
1	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7		G1, G2, G3	Übersetzung aus Fremdsprachen
2	F3, F4, F5, F6, F7		G2, G3	
3	F2, F3, F6, F7		G1, G2, G3	
4				
5				
6	F1, F2, F3, F4, F5, F7		G1, G2, G3	
7	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7		G1, G2, G3	
8	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7		G1, G2, G3	
9	F1, F2, F3, F4, F7		G2	
10				
11	F5, F6, F7		G1, G2, G3	
12	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7		G2, G3	
13	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7		G2	
14	F2, F3, F4, F6, F7	ich gebe mögl. keine Prognose ab, aber eine Einschätzung der akt. Situation	G2	
15				
16	F1, F2, F4, F5, F7		G2	
17	F2, F3, F4, F6, F7		G2	
18	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7		G2, G3	
19	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7		G1, G2, G3	
20	F1, F2, F3, F4, F7		G1, G2	
21	F1, F2, F4, F6, F7		G2, G3	
22				
23				
24	F1, F2, F3, F5, F6, F7		G2, G3	
25				
26	F1, F2, F4, F5, F6, F7		G1, G2, G3	

ID	Informationen	Informationen Bemerkungen	Diagnostik	Diagnostik Bemerkungen
27	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7	Hilfsmittel (Ipad)	G1, G2, G3	
28				
29	F2, F3, F4, F6, F7		G3	
30				
31	F1, F2, F4, F5, F6, F7		G2	Für mich als Logopädin auf Stroke Unit noch nicht sehr relevant.
32	F2, F3, F4, F7		G1, G2, G3	
33	F2, F5, F6, F7		G2, G3	
34				
35	F2, F5, F6, F7	Anleitung von Übungsblätter/-apps (fürs Tablet)	G1, G2	
36	F1, F7		G2	
37				
38	F1, F2, F3, F6, F7		G1, G2, G3	
39	F1, F2, F4, F6, F7		G4	
40	F2, F4, F7		G4	
41	F2, F3, F4, F5, F6, F7		G2, G3	
42	F1, F2, F3, F4, F6, F7		G2, G3	
43	F2, F3, F4, F7		G2	

ID	Therapie	Therapie Bemerkungen	Krankheitsverarbeitung	Krankheitsverarbeitung Bemerkungen
1	H3, H4, H6, H8, H12, H13	Übersetzung	I1, I5, I6, I10, I11, I12, I13	Hinweis auf aphasia suisse
2	H1, H4, H6, H9, H11, H12, H13		I12, I13	
3	H1, H2, H3, H10, H11		I1, I5, I6, I7, I11, I12, I13	
4				
5				
6	H3, H4, H8		I3 I5, I9, I11, I12	
7	H1, H3, H4, H5, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13		I1, I3, I4, I5, I6, I8, I9, I10, I11, I12, I13	
8	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13		I1, I3, I5, I6, I8, I9, I11, I12	
9	H4, H13		I12, I13	
10				
11	H1, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H11, H12, H13		I1, I2, I4, I5, I8, I10, I11, I13	
12	H3, H4, H7, H8, H11, H12, H13		I1, I6, I7, I13	
13	H3, H4, H13		I1, I11	
14	H1, H4, H7, H12, H13		I11	
15				
16	H3, H4, H7, H11		I2, I3, I4, I10	
17	H1, H3, H4, H10		I3, I6, I11, I12, I13	
18	H1, H2, H3, H4, H5, H7, H11, H12, H13		I5, I6, I7, I10, I11, I12, I13	
19	H2, H3, H4, H11, H12		I1, I10, I12	
20	H4, H7, H9		I11, I12, I13	
21	H4, H5, H11		I1, I6, I12, I13	
22				
23				
24	H1, H3, H4, H9, H12, H13		I5, I6, I10, I11, I12, I13	
25				
26	H1, H3, H4, H7, H8, H10, H11, H12		I3, I4, I5, I6, I7, I10, I11, I12, I13	
27	H1, H2, H3, H4, H5, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13		I1, I5, I7, I8, I9, I10, I11, I12, I13	

ID	Therapie	Therapie Bemerkungen	Krankheitsverarbeitung	Krankheitsverarbeitung Bemerkungen
28				
29	H2, H4, H5		I3, I5, I11	
30				
31	H4, H7, H8, H13		I11	
32	H3, H4, H7, H13			
33	H3, H4, H7, H13			diese Themen behandle ich stärker im ambulanten Setting - in der postakuten und chronischen Phase
34				
35	H1, H3, H4, H7, H9, H10		I1, I5, I7, I8, I10, I11, I12	
36	H1, H4, H12		I1, I6, I7, I8	
37				
38	H1, H3, H4, H5, H7, H9, H11, H12, H13		I1, I2, I5, I6, I7, I8, I10, I11, I12, I13	
39	H3, H4		I5, I7, I12	
40			I11	
41	H1, H3, H4, H9, H12, H13		I1, I5, I6, I7, I8, I11, I12, I13	
42	H3, H4, H8, H11		I10, I11, I12	Vieles zu diesem Thema wird von der Neuropsychologie, teilweise vom Sozialdienst übernommen. Wir informieren die Angehörigen über das Angebot.
43	H1, H4, H7		I1, I4, I5, I6	

ID	Unterstützungsmöglichkeiten	Unterstützungsmöglichkeiten Bemerkungen	Andere Inhalte	Andere Inhalte Bemerkungen
1	J1, J2, J4, J5, J6, J7, J8, J9		K2	
2	J4, J5, J6, J9		K2	
3	J1, J2, J5, J7, J8, J9		K2	
4				
5				
6	J1, J5, J7			
7	J1, J4, J5, J7, J8, J9			
8			K2	
9	J5, J8, J9		K1	Belastung bei Übernahme von Pflege und Betreuungsaufgaben
10				
11	J1, J5, J6, J7, J8, J9		K1	Zusatzangebote wie Selbsthilfegruppen oder etwa Aphasiechor
12	J1, J5, J9		K2	
13	J5, J6, J7		K2	
14	J2, J5, J6, J7, J9		K2	
15				
16	J1, J5		K2	
17	J5, J9		K2	
18	J1, J4, J5, J7, J9		K1	Training Einsatz der unterstützen Kommunikation (UK) für eine besser Verständigung mit dem Patienten, der Patientin sowie für mehr Freiheit bei der Kommunikation
19	J1, J5, J6, J7, J8, J9		K2	
20	J4, J5, J7, J9		K2	
21	J1, J5, J7, J9			
22				
23				
24	J4, J5, J6, J7, J9		K2	
25				
26	J1, J6, J7, J9		K2	
27	J1, J4, J7, J8, J9		K1	Unterstützung beim Kauf einer elektr.Kommunikationshilfe. Übungs-apps für zuhause vorgeschlagen
28				

ID	Unterstützungsmöglichkeiten	Unterstützungsmöglichkeiten Bemerkungen	Andere Inhalte	Andere Inhalte Bemerkungen
29	J10		K2	
30				
31	J1, J5, J6, J7		K2	
32	J5			
33	J4, J5	auch hier: häufig im ambulanten Setting: postakut und chronisch		
34				
35	J5, J6, J7, J9		K2	
36	J5, J6		K2	
37				
38	J4, J5, J7, J8, J9		K2	
39	J1, J5			
40	J5, J6		K2	
41	J4, J5, J7, J8, J9		K2	
42	J5, J7		K1	Handy, Telegram, Face-Time, Skype, um KÖmmunikation während Corona-Zeiten (und Lockdown=kein Besuch für Patienten) zu erleichtern
43	J5, J7, J9		K2	

ID	Zufriedenheit Intensität	Zufriedenheit Art	Zufriedenheit Inhalte
1	MA1	MA2	MA3
2	MA2	MA1	MA2
3	MA2	MA3	MA4
4			
5			
6	MA4	MA4	MA4
7	MA2	MA3	MA4
8	MA4	MA4	MA3
9	MA2	MA4	MA4
10			
11	MA4	MA4	MA4
12	MA5	MA5	MA4
13	MA2	MA4	MA3
14	MA2	MA4	MA4
15			
16	MA3	MA4	MA4
17	MA3	MA4	MA4
18	MA2	MA2	MA4
19	MA4	MA4	MA4
20	MA3	MA3	MA3
21	MA3	MA3	MA3
22			
23			
24	MA2	MA2	MA4
25			
26	MA4	MA4	MA3
27	MA3	MA3	MA4
28			
29	MA3	MA4	MA2
30			
31	MA2	MA3	MA3
32	MA3	MA3	MA3
33	MA4	MA4	MA3
34			
35	MA4	MA2	MA3
36	MA3	MA2	MA2
37			
38	MA2	MA4	MA4
39	MA4	MA5	MA5
40	MA5	MA3	MA5
41	MA3	MA4	MA4
42	MA3	MA2	MA2
43	MA3	MA4	MA4

E. Stichprobenbeschreibung

Tabelle c.1.

Angaben zur Person

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
die Teamleitung der Logopädie	7	17 %
ein Teammitglied der Logopädie	35	83 %
n = 42		100 %
Nennungen insgesamt	42	
Von 1 Person nicht beantwortet		

Tabelle c.2.

Angaben zur Institution

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
ambulanten Rehaklinik	4	10 %
stationären Rehaklinik	38	90 %
n = 42		100 %
Nennungen insgesamt	42	
Von 1 Person nicht beantwortet		

F. Übergreifende Konzepte der Angehörigenarbeit

F.1. Antworten und Kategorien

Tabelle f.1.

Anzahl der Nennungen und Prozentwerte zu den Konzepten, Standards / Abläufen und eigenen Vorgehensweisen

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Falls ja: Bitte beschreiben Sie dieses in einigen Sätzen.	6	16 %
Falls nein: gibt es gewisse Standards oder festgelegte Abläufe, an welchen Sie sich orientieren? Bitte beschreiben Sie diese in einigen Sätzen.	19	52 %
Falls weder noch: Woran orientieren Sie sich für die Angehörigenarbeit? Bitte beschreiben Sie Ihr Vorgehen in einigen Sätzen.	12	32 %
n = 37		100 %
Nennungen insgesamt	37	
Von 6 Personen nicht beantwortet		

Tabelle f.2.

Antworten und Kategorien zu den Konzepten, Standards / Abläufen und eigenen Vorgehensweisen

ID	Antworten: Konzepte	Kategorien
3	nein	Keine Antwort
4	wenn nötig Angehörigengespräche im Verlauf des Aufenthalts mit allen beteiligten Therapeuten, Ärzten, Pflege, evtl. Pat. und dessen Angehörigen	Interprofessionelle Angehörigengespräche
13	Mehr oder weniger. Es gibt für Angehörige einen interdisziplinären Informationsanlass, an welchem die verschiedenen Therapien vorgestellt werden und Fragen von Angehörigen beantwortet werden. Innerhalb des Logoteams ist abgemacht, wie der Angehörigenkontakt in etwa abläuft, welche Infos wie vermittelt werden. Zudem geben wir häufig einen Aphasie-Flyer mit wichtigen Infos für Angehörige ab. Sonst ist der Ablauf aber je nach Patient sehr individuell. Häufig kommen Angehörige einmal mit in eine Therapie, wo auch persönliche Fragen geklärt werden können.	Spezielle Angebote Interne Vorgaben Informationen Hospitation in der Therapie
20	vor allem interdisziplinäre Besprechung mit Teilnahme Patient und Angehörige sowie «Zuschauen» Angehörige an Therapie	Interprofessionelle Angehörigengespräche Hospitation in der Therapie
21	Es gibt für jede Station einen Rehakoordinator, der Hauptansprechperson ist für Angehörige. Dieser fungiert als Bindeglied zwischen Familie / Angehörige und dem Klinikbetrieb. Seitens der Logopädie selbst, nehmen wir bei Aphasikern jeweils direkt mit den Angehörigen Kontakt auf um uns zu besprechen oder verteilen einen Fragebogen, welchen die Angehörigen ausfüllen.	Hauptansprechperson für die Angehörigen Direkte Kontaktaufnahme Angehörigenfragebögen
33	Pat.-Coach System: Ein Therapeut/in (Ergo, Physio, Logo oder Neuropsychologie) ist zuständig für einen Pat. und verwaltet die Therapieverordnungen und -intensitäten. Er/Sie ist Ansprechpartner für Angehörige und organisiert bei Bedarf Fallbesprechungen. Der Austausch mit Angehörigen kann aber auch direkt über uns laufen – gerade Installation von I pads oder Aufgleisungen amb. Therapien. Zusätzlich finden häufig gegen Austritt hin oder bei Schwierigkeiten «Therapietage» statt, an welchen Angehörigen alle Therapien mitbesuchen.	Hauptansprechperson für die Angehörigen Direkte Kontaktaufnahme Kliniktage

ID	Antworten: Standards oder festgelegte Abläufe	Kategorien
1	<p>Generell gelten die gesetzlichen Bestimmungen sowie die Richtlinien der Fachverbände.</p> <p>Intern gibt es Materialien, die an Angehörige abgegeben werden können.</p> <p>Im Austrittsmanagement gibt es angehörigensbezogene Schritte.</p>	<p>Gesetzliche Bestimmungen und Richtlinien des Fachverbandes</p> <p>Informationen</p> <p>Interne Vorgaben</p>
3	nein	Keine Antwort
6	<p>Teamintern abgestimmte Vorgehensweise und Zeitpunkte.</p> <p>An Rapporten wird teils auch besprochen, wer den Erstkontakt übernehmen soll, damit Angehörige zu Beginn nicht gleich von allen Therapien angerufen werden.</p>	<p>Interdisziplinäre Besprechungen bezgl. Erstkontakt</p>
7	<p>Angehörigengespräche nach im erstem Rapport definiertem Zeitrahmen;</p> <p>Besuchstage, welche Einblick in Therapien ermöglichen</p>	<p>Interdisziplinäre Besprechungen bezgl. Erstkontakt</p> <p>Kliniktage</p>
9	<p>Nach Möglichkeit Einbezug von Angehörigen in Therapie, wenn sie in der Klinik sind: 1) in einzelnen Therapien</p> <p>2) anhand von «Pflegetagen» (Begleitung eines Patienten während einem halben oder ganzen Tag in Therapien und Pflegesettings)</p>	<p>Hospitalisation in der Therapie</p> <p>Kliniktage</p>
12	<p>bei als komplex eingestuften Patienten finden multidisziplinäre Familiengespräche statt, Mitglieder des sozialen Umfelds können jederzeit an den Therapien teilnehmen (falls der Patient dies wünscht),</p> <p>Angehörige und Bezugspersonen werden aktiv zur Teilnahme an der Logopädie ermuntert/eingeladen um Kommunikationshilfen oder Umgang mit Dysphagie zu besprechen</p>	<p>Interprofessionelle Angehörigengespräche</p> <p>Hospitalisation in der Therapie</p> <p>Direkte Kontaktaufnahme</p>
18	<p>Eintrittsgespräch mit Arzt und Klinikmanagement (Therapeutin), die Angehörigen werden aktiv eingeladen und sind jederzeit während der Therapie willkommen.</p> <p>Je nach Kapazität und Wünschen der Angehörigen und des Patienten, der Patientin werden die Angehörigen angeleitet für das gemeinsame Training mit dem Patienten.</p> <p>Nach Bedarf gibt es eine interdisziplinäre Besprechung für Angehörige mit sämtlichen Therapeutinnen und Therapeuten sowie dem Arztdienst.</p> <p>In der Logopädie gibt es nach Bedarf vor AT zusätzliche Beratungsgespräche.</p>	<p>Ein- und / oder Austrittsgespräche</p> <p>Direkte Kontaktaufnahme</p> <p>Anleitung für gemeinsames Training</p> <p>Interprofessionelle Angehörigengespräche</p> <p>Ein- und / oder Austrittsgespräche</p>

	Ebenfalls werden die Angehörigen während des Reha-Verlaufs über gemeinnützige Vereine (Aphasiesuisse oder Fragile suisse) informiert.	Informationen
19	Es erfolgt in der Regel eine Kontaktaufnahme mit Angehörigen. Danach bleibt der Kontakt aufrecht, bis der pat. austritt. Zusätzlich gibt es Angebote wie zB. Gesprächsrunden und Angehörigengruppen.	Direkte Kontaktaufnahme Spezielle Angebote
24	Die Angehörigen können jederzeit in die Therapie kommen, wenn sie interessiert sind oder Fragen haben. Bei schwerbetroffenen Patienten fragen wir die Angehörigen häufig an, dass sie die Therapie besuchen, damit wir eine Fremdanamnese machen können und zur Aphasie beraten können.	Hospitation in der Therapie Direkte Kontaktaufnahme Fremdanamnese
26	Wir führen Standortgespräche	Interprofessionelle Angehörigengespräche
27	Organisation eines Standortgespräch mit den Angehörigen wird am interprofessionellen Rapport besprochen sonst wird die Angehörigenarbeit individuell gestaltet (Information über das Störungsbild, Prognose und Beratung im Umgang mit den sprachlichen Problemen)	Interprofessionelle Angehörigengespräche Interdisziplinäre Besprechungen Informationen Direkte Kontaktaufnahme
28	Infoabende für Angehörige, in den ersten Tagen Angehörigengespräch mit der Pflege und den Ärzten (separat), bei einer Aphasie Anhörigengespräch mit der Logopädin, bei neuropsychologischen Einschränkungen mit den Neuropsychologen. Im Verlauf wohnen die Angehörigen allen Therapien mind. 1x bei, v.a. vor einem allfälligen Wochenendurlaub oder Austritt nach Hause.	Spezielle Angebote Interprofessionelle Angehörigengespräche Hospitation in der Therapie
31	Grundsätzlich versuchen wir immer, die Angehörigengespräche noch auf der Stroke Unit so bald wie möglich nach dem Schlaganfall durchzuführen. Des Weiteren ist es uns wichtig, die Gespräche nach Möglichkeit in einem abgeschlossenen Raum und nicht auf dem Gang durchzuführen. Es gibt zwar bei uns kein übergeordnetes Konzept, trotzdem versuchen wir uns alle an einen ähnlichen Ablauf zu halten:	Interne Vorgaben

	<p>Erklärung der Aphasie mittels Zeichnung, Erklärung der unterschiedlich betroffenen vier Modalitäten. Danach je nach Patientensymptomatik Erklärung von z.B. Wortfindungsstörungen, Paraphasien, o.ä. Sehr wichtig sind uns danach Tipps und Hilfen zum Umgang, v.a. bei eingeschränktem auditivem Sprachverständnis. Danach Raum für Fragen. Meist geben wir zudem den Aphasie-Flyer von aphasia suisse ab.</p>	<p>Informationen</p> <p>Direkte Kontaktaufnahme</p> <p>Informationen</p>
32	<p>Teilnahme von Angehörigen in der Therapie ist erwünscht. Fragen und Anliegen werden im Beisein des Patienten besprochen, Weiterbehandlung organisiert. Bei Bedarf werden Angehörige telefonisch kontaktiert oder zu einem Gespräch eingeladen. Informationen über Schluckdiäten werden schriftlich abgegeben, meist erfolgt eine persönliche Beratung.</p>	<p>Hospitation in der Therapie</p> <p>Interne Vorgaben</p> <p>Direkte Kontaktaufnahme</p> <p>Informationen</p>
39	<p>Meist ergibt sich das Gespräch am Bett des Pat., wenn die Angehörigen während einer Therapieeinheit zu Besuch kommen. Bei fest vereinbarten Angehörigengesprächen stelle ich das entsprechende Störungsbild meist erst mal allgemein vor (mit Bildern wenn möglich). Dann gehe ich auf den Pat. im Speziellen ein um am Ende noch Fragen zu beantworten.</p>	<p>Hospitation in der Therapie</p> <p>Direkte Kontaktaufnahme</p> <p>Informationen</p>
41	<p>Es gibt die Institution des Patientenmanagements, die als Bindeglied zwischen Pat/ Angehörigen und Klinik (Ärzte, Pflege, Therapeuten, etc.) den Aufenthalt organisieren. Hierbei werden ggf. auch individuelle Beratungstermine mit Logo vereinbart</p>	<p>Hauptansprechperson für die Angehörigen</p>
42	<p>Bei schweren Aphasien: Wir nehmen in den ersten Tagen bei Übernahme des Patienten/der Patientin Kontakt auf mit den Angehörigen, informieren sie über die Logopädie und die Aphasie, machen vielleicht einen termin für einen Therapiebesuch ab. Wir informieren die Angehörigen über die Aphasie und die Kommunikation mit ihrer/m Angehörige/n und holen uns Informationen über die Patientin/den Patienten bezüglich Interessen, damit wir diese in die Therapie einbauen können. Zudem informieren wir über mögliche Kompensationsmöglichkeiten (iPad, Kommunikationstafel) und fragen nach bzgl. Handygebrauch. Bei weiterem Bedarf hinterlassen wir den Angehörigen einen Anamnese-Bogen, wo die Angehörigen wichtigste Informationen hinschreiben können.</p>	<p>Direkte Kontaktaufnahme</p> <p>Informationen</p> <p>Direkte Kontaktaufnahme</p> <p>Fremdanamnese</p> <p>Informationen</p> <p>Fremdanamnese</p>

ID	Antworten: Eigene Vorgehensweisen	Kategorien
3	Ich nehme selbst oder über Patientenmanager Kontakt zu den Angehörigen betroffener Patienten*innen auf und biete Ihnen Gespräche an . Anschliessend entscheide ich individuell, je nach Bedürfnis der Betroffenen.	Direkte Kontaktaufnahme Individuelle Entscheidungen bezgl. Vorgehen
8	individuelles Ansprechen relevanter Personen (POC), Eintritt-, Austrittsbesprechung	Direkte Kontaktaufnahme Ein- und / oder Austrittsgespräche
11	An den Bedürfnissen der Familie, der familiären Situation, der individuellen Situation des Patienten/der Patientin. Angehörige dürfen jederzeit in der Therapie dabei sein, bekommen Aufgabenstellungen (carry over exercises) für abends oder das Wochenende, sind jederzeit über den Therapieablauf informiert. Verschiedene Möglichkeiten (z.B. gemeinsamer Besuch beim Aphasietherapeuten) werden individuell abgesprochen / in Anspruch genommen.	Individuelle Entscheidungen bezgl. Vorgehen Hospitalisation in der Therapie Anleitung für gemeinsames Training Informationen Spezielle Angebote
14	Ich nehme telefonisch oder persönlich (fall Ang. Vor Ort) Kontakt auf und suche das Gespräch. Nach meiner Einschätzung und je nach Bedürfnis der Ang. Gehe ich auf das Krankheitsbild ein, versuche zu beraten und biete Hilfe an. Die Ang. Sind oftmals nicht gut erreichbar, deshalb ist der erste Schritt oftmals schwierig in unserem (vollen) Tagesablauf.	Direkte Kontaktaufnahme Individuelle Entscheidung bezgl. Vorgehen Informationen Direkte Kontaktaufnahme
16	Ob und inwiefern ich Angehörigenarbeit durchführe, hängt von den Kompetenzen des Patienten ab. Je gravierender die sprachlichen Einschränkungen sind, umso mehr Angehörigenarbeit leiste ich auch. Bei Patienten, die ein gutes Sprachverständnis haben und mässige produktive Einschränkungen haben, verzichte ich oft bewusst auf das Kontaktieren der Angehörigen, weil die Person mit Aphasie in meinen Augen selbstbestimmt bleiben soll. In solchen Fällen empfinde ich das Einbeziehen der Angehörigen ohne den expliziten Wunsch des Patienten als übergriffig.	Individuelle Entscheidungen bezgl. Vorgehen

17	Angehörigengespräche bei Bedarf – Nach Rücksprache mit Patient soweit möglich und Einhaltung der Schweigepflicht	Direkte Kontaktaufnahme
25	Es findet ein Standortgespräch statt. Des Weiteren persönliche Beratung auf Wunsch der Angehörigen und nach Bedarf durch die Therapeuten	Interprofessionelle Angehörigengespräche Direkte Kontaktaufnahme
29	ICF, Aktivität und Partizipation	ICF
35	Patienten-Coach, Sozialdienst und Ärzte haben v.a. Kontakt mit den Angehörigen. Bei Fragen und Unklarheiten bzgl. Sprachfunktionen, darf man sich selbständig an die Angehörige richten. Therapietag oft indiziert, Austausch findet oft da statt.	Hauptansprechperson für die Angehörigen Direkte Kontaktaufnahme Hospitation in der Therapie
38	sehr individuell je nach Situation	Individuelle Entscheidungen bezgl. Vorgehen
40	Sobald Angehörige auf Abteilung sind, in einem ersten Kontakt die wichtigsten Informationen und Kommunikaionsmöglichkeiten anbieten.	Direkte Kontaktaufnahme Informationen
43	Wir haben einen ausführlichen Angehörigen-Fragebogen, im Frühjahr haben wir versucht, dass aktive Angehörigentelefonat voran zu treiben	Angehörigenfragebogen Spezielle Angebote

F.2. Kategorien und Erläuterungen

Tabelle f.3.

Kategorien und Erläuterungen zu den Konzepten, Standards / Abläufen und eigenen Vorgehensweisen

Kategorien: Konzepte	Anzahl der Nennungen
Interprofessionelle Angehörigengespräche <ul style="list-style-type: none"> - Bei Bedarf (4) - Teilweise / immer mit den Pat. (4 / 20) 	2
Informationen <ul style="list-style-type: none"> - Aphasie-Flyer (13) 	1
Direkte Kontaktaufnahme <ul style="list-style-type: none"> - Für Besprechungen (21, 33) - Für Installation von Ipad's oder Aufgleisung ambulanter Therapien (33) 	2
Hospitation in der Therapie	2
Kliniktage <ul style="list-style-type: none"> - Vor allem gegen Austritt oder bei Schwierigkeiten; Angehörige können alle Therapien besuchen (33) 	1
Angehörigenfragebögen	1
Interne Vorgaben <ul style="list-style-type: none"> - Bezgl. Ablauf des Angehörigenkontaktes und der Informationsvermittlung (13) 	1
Spezielle Angebote <ul style="list-style-type: none"> - Interprofessionelle Informationsanlässe: Therapien werden vorgestellt und Fragen beantwortet (13) 	1
Hauptansprechperson für die Angehörigen <ul style="list-style-type: none"> - 1 Rehakordinator pro Station als Hauptansprechperson (21) - Patient-Coach System: 1 Therapeut / Neuropsychologe ist zuständig für 1 Pat.; ist Ansprechperson für die Angehörigen und organisiert Besprechungen (33) 	2
Keine Antwort	1
Nennungen insgesamt	14
Kategorien: Standards oder festgelegte Abläufe	Anzahl der Nennungen
Interprofessionelle Angehörigengespräche <ul style="list-style-type: none"> - Bei komplex eingestuften Pat. mit der gesamten Familie (12) - Bei Bedarf (18) - Standortgespräch (26, 27) - Je nach Symptomatik mit Pflege, Ärzten oder Neuropsychologen (zusammen oder getrennt) (28) 	5
Informationen <ul style="list-style-type: none"> - Interne Materialien (1) - Gemeinnützige Vereine / Aphasie Suisse Flyer (18, 31) - Zum Störungsbild (27, 31, 39, 42) - Über Logopädie (42) - Über Schluckdiät (32) 	7

- Kompensationsmöglichkeiten (42)	
Direkte Kontaktaufnahme	9
- Für Besprechungen bezgl. Kommunikationshilfen (12)	
- Für Besprechungen bezgl. Dysphagie (12, 32)	
- Angehörige zur Teilnahme ermutigen (12, 18)	
- Bei Schwerbetroffenen für Beratungen bezgl. Umgang mit Aphasie (24, 27, 31, 42)	
- Prognose (27)	
- Gespräche im Beisein der Pat. (32)	
- Für fest vereinbarte Gespräche, wo Störungsbild vorgestellt wird und Fragen beantwortet werden (39)	
Hospitation in der Therapie	6
- Falls Pat. das wünscht (12)	
Kliniktage	2
- Einblick in alle Therapien (7)	
- Begleitung der Pat. in Therapien und Pflegesetting (9)	
Fremdanamnese	2
- Bei Schwerbetroffenen (24)	
- Fragebogen (42)	
Ein- und / oder Austrittsgespräche	1
- Eintrittsgespräch interprofessionell (18)	
- Austrittsgespräch intraprofessionell bei Bedarf (18)	
Interdisziplinäre Besprechungen	3
- Wer macht Erstkontakt (6)	
- Wer führt wann ein Gespräch (7)	
- Organisation der Standortgespräche (27)	
Interne Vorgaben	4
- Bezgl. Austrittsmanagement (1, 32)	
- Bezgl. Vorgehensweise und Zeitpunkten des Angehörigenkontaktes (6, 31)	
- Abgeschlossener Raum (31)	
Gesetzliche Bestimmungen und Richtlinien des Fachverbandes	1
Anleitung für gemeinsames Training	1
- Auf Wunsch (18)	
Spezielle Angebote	2
- Gesprächsrunden oder Angehörigengruppen (19)	
- Informationsabende (28)	
Hauptansprechperson für die Angehörigen	1
- Institution des Patientenmanagement als Bindeglied zwischen Pat. / Angehörigen und Klinik (41)	
Keine Antwort	1
Nennungen insgesamt	45
Kategorien: Eigene Vorgehensweisen	Anzahl der Nennungen
Interprofessionelle Angehörigengespräche	1
- Standortgespräche (25)	
Informationen	3

- Therapieablauf (11) - Störungsbild (14)	
Direkte Kontaktaufnahme - Für Besprechungen (3) - Beratungsgespräche und Hilfen (14, 25) - Gespräche nur nach Rücksprache mit den Pat. (17) - Bei Fragen oder Unklarheiten seitens der Therapeuten (35) - Sobald die Angehörigen auf der Station sind; für Informationen und Kommunikationsmöglichkeiten (40)	7
Hospitation in der Therapie - Oft findet dort ein Austausch statt (35)	2
Angehörigenfragebögen	1
Ein- und / oder Austrittsgespräche	1
Individuelle Entscheidungen bezgl. Vorgehen - Orientierung an den Bedürfnissen und der Situation (3, 11, 14, 16, 38) - Je gravierender die sprachlichen Einschränkungen desto mehr Angehörigenarbeit (16) - Bei gutem SV und mässigen produktiven Einschränkungen wird teilweise auf Angehörigenkontakt verzichtet → Selbstbestimmung der Aphasiker bewahren (16)	5
Spezielle Angebote - Werden individuell besprochen (z.B. gemeinsamer Besuch eines Aphasiechors) (11) - Aktives Angehörigentelefonat (43)	2
Anleitung für gemeinsames Training - Für abends oder das Wochenende (11)	1
Hauptansprechperson für die Angehörigen - Patient-Coach System (35)	1
ICF	1
Nennungen insgesamt	25

F.3. Anzahl der Nennungen und Prozentwerte

Tabelle f.4.

Anzahl der Nennungen und Prozentwerte zu den Konzepten, Standards, eigenen Vorgehensweisen sowie zu allen Kategorien

Kategorien: Konzepte	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Interprofessionelle Angehörigengespräche	2	33 %
Informationen	1	17 %
Direkte Kontaktaufnahme	2	33 %
Hospitation in der Therapie	2	33 %
Kliniktage	1	17 %
Angehörigenfragebögen	1	17 %
Interne Vorgaben	1	17 %
Spezielle Angebote	1	17 %
Hauptansprechperson für die Angehörigen	2	33 %
Keine Antwort	1	17 %
n = 6		100 %
Nennungen insgesamt	14	
Kategorien: Standards und / oder Abläufe	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Interprofessionelle Angehörigengespräche	5	26 %
Informationen	7	37 %
Direkte Kontaktaufnahme	9	47 %
Hospitation in der Therapie	6	32 %
Kliniktage	2	11 %
Fremdanamnese	2	11 %
Ein- und / oder Austrittsgespräche	1	5 %
Interdisziplinäre Besprechungen	3	16 %
Interne Vorgaben	4	21 %
Gesetzliche Bestimmungen und Richtlinien des Fachverbandes	1	5 %
Anleitung für gemeinsames Training	1	5 %
Spezielle Angebote	2	11 %
Hauptansprechperson für die Angehörigen	1	5 %
Keine Antwort	1	5 %
n = 19		100 %
Nennungen insgesamt	45	
Kategorien: Eigene Vorgehensweisen	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Interprofessionelle Angehörigengespräche	1	8 %
Informationen	3	25 %
Direkte Kontaktaufnahme	7	58 %
Hospitation in der Therapie	2	17 %
Angehörigenfragebögen	1	8 %
Ein- und / oder Austrittsgespräche	1	8 %

Individuelle Entscheidungen bezgl. Vorgehen	5	42 %
Spezielle Angebote	2	17 %
Anleitung für gemeinsames Training	1	8 %
Hauptansprechperson für die Angehörigen	1	8 %
ICF	1	8 %
n = 12		100 %
Nennungen insgesamt	25	
Alle Kategorien	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Interprofessionelle Angehörigengespräche	8	22 %
Informationen	11	30 %
Direkte Kontaktaufnahme	18	49 %
Hospitation in der Therapie	10	27 %
Kliniktage	3	8 %
Angehörigenfragebögen	2	5 %
Interne Vorgaben	5	14 %
Spezielle Angebote	5	14 %
Hauptansprechperson für die Angehörigen	4	11 %
Fremdanamnese	2	5 %
Ein- und / oder Austrittsgespräche	2	5 %
Interdisziplinäre Besprechungen	3	8 %
Gesetzliche Bestimmungen und Richtlinien des Fachverbandes	1	3 %
Anleitung für gemeinsames Training	2	5 %
Individuelle Entscheidungen bezgl. Vorgehen	5	14 %
ICF	1	3 %
Keine Antwort	2	5 %
n = 37		100 %
Nennungen insgesamt	84	
Von 6 Personen nicht beantwortet		

G. Intensität der Angehörigenarbeit

Tabelle g.1.

Anzahl der Nennungen und Prozentwerte zur Intensität der Angehörigenarbeit

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Bei Eintritt	19	54 %
Wöchentlich	5	14 %
Alle zwei Wochen	11	31 %
Monatlich	16	46 %
Alle zwei Monate	1	3 %
Bei Austritt	11	31 %
Sonstiges	8	23 %
n = 35		100 %
Nennungen insgesamt	71	
Von 8 Personen nicht beantwortet		

Tabelle g.2.

Sonstige Antworten zur Intensität der Angehörigenarbeit

ID	Sonstige Antworten
7	je nach Thema /Problem sofort
9	unterschiedlich, je nach Verfügbarkeit der Angehörigen
11	mehrmals wöchentlich
28	sehr unterschiedlich, je nach Anghörigen, tlw. auch wöchentlich
32	je nach Bedarf und Gelegenheit
35	unterschiedlich: je nach Notwendigkeit. Während dem Lockdown vereinzelt mehr als normal (v.a. Videoanrufe, Telefonate, Mailkontakt)
38	fast täglich
39	auf Wunsch der Angehörigen, was sehr verschieden ist.

H. Art und Weise der Angehörigenarbeit

Tabelle h.1.

Anzahl der Nennungen und Prozentwerte zur Art und Weise der Angehörigenarbeit

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Informationsblätter	28	80 %
Broschüren	19	54 %
Internetseiten	18	51 %
Hospitationen in der Therapie	33	94 %
Aktiver Miteinbezug in die Therapie (zusammen mit den Patienten)	25	71 %
Einzelberatungen	23	66 %
Familienberatungen	8	23 %
Gruppenberatungen	0	0 %
Angehörigenseminare	1	3 %
Telefonate	32	91 %
Videoanrufe	7	20 %
Sonstiges	6	17 %
n = 35		100 %
Nennungen insgesamt	200	
Von 8 Personen nicht beantwortet		

Tabelle h.2.

Sonstige Antworten zur Art und Weise der Angehörigenarbeit

ID	Sonstige Antworten
11	gemeinsamer Besuch bei Selbsthilfegruppe oder Aphasiechor
16	Emails
29	per Mail
31	Wichtig zu beachten: Deutlich mehr Telefonate aufgrund von Covid.
35	Mail-Kontakt
42	Angehörigenfragebögen

I. Inhalte der Angehörigenarbeit

I.1. Informationen zum Störungsbild Aphasie

Tabelle i.1.

Anzahl der Nennungen und Prozentwerte zum Inhalt Informationen zum Störungsbild Aphasie

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Ursachen	20	61 %
Symptome	29	88 %
Begleitstörungen	22	67 %
Einschätzung der Situation und Prognose	25	76 %
Aufklärung über Irrtümer und Vorurteile	18	55 %
Informationen über alltagsbezogene Auswirkungen einer Aphasie	24	73 %
Hinweise und Tipps für den Umgang mit einer Aphasie	32	97 %
Keine	0	0 %
Sonstiges	3	9 %
n = 33		100 %
Nennungen insgesamt	173	
Von 10 Personen nicht beantwortet		

Tabelle i.2.

Sonstige Antworten zum Inhalt Informationen zum Störungsbild Aphasie

ID	Sonstige Antworten
14	ich gebe mögl. keine Prognose ab, aber eine Einschätzung der akt. Situation
27	Hilfsmittel (Ipad)
35	Anleitung von Übungsblätter/-apps (fürs Tablet)

I.2. Diagnostik

Tabelle i.3.

Anzahl der Nennungen und Prozentwerte zum Inhalt Diagnostik

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Sinn und Zweck der Testungen erläutern	13	39 %
Fremdanamnese	29	88 %
Beobachtung der Interaktion zwischen Patienten und Angehörigen	20	61 %
Keine	2	6 %
Sonstiges	2	6 %
n = 33		100 %
Nennungen insgesamt	66	
Von 10 Personen nicht beantwortet		

Tabelle i.4.

Sonstige Antworten zum Inhalt Diagnostik

ID	Sonstige Antworten
1	Übersetzung aus Fremdsprachen
31	Für mich als Logopädin auf Stroke Unit noch nicht sehr relevant.

I.3. Therapie

Tabelle i.5.

Anzahl der Nennungen und Prozentwerte zum Inhalt Therapie

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Miteinbezug bei der Festlegung der Therapieziele	16	48 %
Miteinbezug bei der Therapieplanung	6	18 %
Darstellung der Behandlungsschwerpunkte und Ziele in der Sprachtherapie	22	67 %
Hospitationen	30	91 %
Kommunikationstraining	8	24 %
Miteinbezug bei In-vivo-Übungen	4	12 %
Einweisung in die häuslichen Übungen	16	48 %
Lernen, das Leistungsniveau der Patienten richtig einzuschätzen	10	30 %
Thematisierung der Co-Therapeutenrolle	9	27 %
Unterstützung beim Abbau von Sprechängsten	7	21 %
Unterstützung beim Transfer des Erlernten in den Alltag	14	42 %
Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung der Patienten	15	45 %
Abschlussberatung bzgl. Behandlungserfolgen und -stand sowie Empfehlungen für das weitere Vorgehen	17	52 %
Keine	0	0 %
Sonstiges	1	3 %
n = 33		100 %
Nennungen insgesamt	175	
Von 10 Personen nicht beantwortet		

Tabelle i.6.

Sonstige Antworten zum Inhalt Therapie

ID	Sonstige Antworten
1	Übersetzung

I.4. Krankheitsverarbeitung

Tabelle i.7.

Anzahl der Nennungen und Prozentwerte zum Inhalt Krankheitsverarbeitung

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Zukunftsängste	15	45 %
Finanzielle Ängste / Probleme	3	9 %
Partnerschaftsprobleme	7	21 %
Familienkonflikte	5	15 %
Neue Rollenverteilung	16	48 %
Umgang mit Persönlichkeitsveränderungen der Patienten	14	42 %
Rückzug von Freunden / Bekannten	10	30 %
Schamgefühle / Ängste, sich mit den Patienten in der Öffentlichkeit zu zeigen	8	24 %
Gefühl der Verpflichtung gegenüber den Patienten	4	12 %
Überlastungssymptome / psychische Erkrankungen bei den Angehörigen	12	36 %
Hoffnung schenken / Positivität verbreiten	21	64 %
Ermutigung der Angehörigen, den eigenen Interessen nachzugehen und Freiräume zu wahren	20	61 %
Anregung zur Selbsthilfe	16	48 %
Keine	0	0 %
Sonstiges	3	9 %
n = 33		100 %
Nennungen insgesamt	154	
Von 10 Personen nicht beantwortet		

Tabelle i.8.

Sonstige Antworten zum Inhalt Krankheitsverarbeitung

ID	Sonstige Antworten
1	Hinweis auf aphasie suisse
33	diese Themen behandle ich stärker im ambulanten Setting - in der postakuten und chronischen Phase
42	Vieles zu diesem Thema wird von der Neuropsychologie, teilweise vom Sozialdienst übernommen. Wir informieren die Angehörigen über das Angebot.

I.5. Weitere Unterstützungsmöglichkeiten

Tabelle i.9.

Anzahl der Nennungen und Prozentwerte zum Inhalt weitere Unterstützungsmöglichkeiten

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Angehörigengruppen	14	42 %
Angehörigenseminare	3	9 %
Angehörigentrainings	0	0 %
Vereine	10	30 %
Vermittlung von ambulanten Logopädinnen / Logopäden	28	85 %
Vermittlung von weiteren Fachpersonen wie beispielsweise Psychologen / Psychologinnen	12	36 %
Broschüren	20	61 %
Bücher	9	27 %
Internetseiten	20	61 %
Keine	1	3 %
Sonstiges	1	3 %
n = 33		100 %
Nennungen insgesamt	118	
Von 10 Personen nicht beantwortet		

Tabelle i.10.

Sonstige Antworten zum Inhalt weitere Unterstützungsmöglichkeiten

ID	Sonstige Antworten
33	auch hier: häufig im ambulanten Setting: postakut und chronisch

I.6. Andere / weitere Inhalte

Tabelle i.11.

Anzahl der Nennungen und Prozentwerte zu anderen / weiteren Inhalten der Angehörigenarbeit

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Ja	5	19 %
Nein	21	81 %
n = 26		100 %
Nennungen insgesamt	26	
Von 17 Personen nicht beantwortet		

Tabelle i.12.

Andere / weitere Inhalte der Angehörigenarbeit

ID	Andere / weitere Inhalte
9	Belastung bei Übernahme von Pflege und Betreuungsaufgaben
11	Zusatzangebote wie Selbsthilfegruppen oder etwa Aphasiechor
18	Training Einsatz der unterstützten Kommunikation (UK) für eine besser Verständigung mit dem Patienten, der Patientin sowie für mehr Freiheit bei der Kommunikation
27	Unterstützung beim Kauf einer elektr.Kommunikationshilfe. Übungs-apps für zuhause vorgeschlagen
42	Handy, Telegram, FaceTime, Skype, um KÖmmunikation während Corona-Zeiten (und Lockdown=kein Besuch für Patienten) zu erleichtern

J. Erfahrungen bezüglich der Krankheitsverarbeitung

J.1. Antworten und Kategorien

Tabelle j.1.

Anzahl der Nennungen und Prozentwerte zu den Erfahrungen bezüglich der Krankheitsverarbeitung

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Ich hatte keine Probleme, die Angehörigen bei der Krankheitsverarbeitung zu unterstützen.	10	31 %
Ich hätte mir für die Angehörigen mehr Unterstützung von anderen Fachpersonen gewünscht. (bitte angeben, von welchen Fachpersonen)	13	41 %
Ich hätte mir für mich selbst mehr Unterstützung von anderen Fachpersonen gewünscht. (bitte angeben, von welchen Fachpersonen)	3	9 %
Ich hätte mir gewünscht, dass das Thema Krankheitsverarbeitung interdisziplinär behandelt wird. (bitte angeben, welche Fachbereiche gemeint sind)	10	31 %
Ich konnte im Rahmen der Angehörigenarbeit das Thema Krankheitsverarbeitung nicht behandeln.	5	16 %
Andere / Bemerkungen	4	13 %
n = 32		100 %
Nennungen insgesamt	45	
Von 11 Personen nicht beantwortet		

Tabelle j.2.

Antworten und Kategorien zu den Erfahrungen bezüglich der Krankheitsverarbeitung

ID	Antworten: Keine Probleme	Kategorien
9	Bezieht sich auf Krankheitsverarbeitung bezüglich der Sprach/Schluckstörung	Keine Probleme bei logopädischen Themen
17	im Rahmen meiner Kompetenzen als Logopädin; sonst wird das Thema im Rahmen unserer Psychologen und Neuropsychologen bearbeitet	Keine Probleme bei logopädischen Themen Anderer Zuständigkeitsbereich
38	wenn es logopädische Themen betrifft, habe ich keine Probleme. Oft spielen aber viele andere Themen mit rein, die meine Kompetenzen überschreiten (psychologische, psychiatrischen Themen)	Keine Probleme bei logopädischen Themen
ID	Antworten: Mehr Unterstützung für die Angehörigen	Kategorien
1	Klinische Psychologie / Psychotherapie (aber: wird oft auch abgelehnt)	Psychologen Psychotherapeuten
7	Psychologie, Paatherapie nicht nur verbal, systemische Beratung; im Hause keine Kapazität dafür	Psychologen Spezielle Angebote Spezielle Angebote
11	Psychologie / Psychotherapie	Psychologen Psychotherapeuten
13	Psychologen	Psychologen
18	Sozialdienst, Ärztendienst, wenn möglich psychologische Beratung für Angehörige	Sozialberater Ärzte Psychologen
19	Psycholog*innen	Psychologen
24	Psychologin, Sozialberaterin	Psychologen Sozialberater
26	Hausärzte, Ärzte aus dem Spital	Ärzte
31	Psychologen und/oder Psychotherapeuten	Psychologen Psychotherapeuten

35	Ärzte, Pflegepersonal, Sozialdienst allg. sind m.E. Angehörige-Seminare sinnvoll (in unserem Betrieb lückenhaft)	Ärzte Pflege Sozialberater Spezielle Angebote
36	Ärzte, Pflege	Ärzte Pflege
38	uns fehlen psychologische oder psychotherapeutische Angebote für Angehörige	Psychologen Psychotherapeuten
39	Insgesamt mehr oder früher/ausführlicher Beratung über Möglichkeiten, die es gibt, auch für jüngere Pat. ausser Pflegeheim. Eine Beratungsstelle, die alles zusammen fasst (finanzielles, Spitex, Hilfsmittel, Fahrdienste...), wäre schön.	Spezielle Angebote
ID	Antworten: Mehr Unterstützung für sich selbst	Kategorien
7	Gesprächsführung fürs ganz Rehateam (inkl ÄRZTE)	Spezielle Angebote
11	Psychologie / Psychotherapie	Psychologen Psychotherapeuten
31	auch hier durch Psychologen und/oder Psychotherapeuten «Anleitung» dazu gewünscht	Psychologen Psychotherapeuten
ID	Antworten: Mehr interprofessionelle Zusammenarbeit	Kategorien
11	Psychologie / Psychotherapie, Ärzte	Psychologen Psychotherapeuten Ärzte
14	Psychologie, Ergo Physio, Logo	Psychologen Ergotherapeuten Physiotherapeuten
19	Psycholog*innen, Ärzt*innen	Psychologen Ärzte
24	Psychologin, Sozialberaterin, Ergotherapie, Physiotherapie, Neurologe	Psychologen Sozialberater Ergotherapeuten

		Physiotherapeuten Neurologen
27	im interdisziplinären Team	Psychologen Ergotherapeuten Physiotherapeuten Ärzte
29	Neuropsychologie	Psychologen
31	im gesamten Team, also alle Therapien sowie Ärzte	Psychologen Ergotherapeuten Physiotherapeuten Ärzte
43	Arztdienst, Physio, Ergo, Psychologie	Ärzte Physiotherapeuten Ergotherapeuten Psychologen
ID	Antworten: Konnte nicht behandelt werden	Kategorien
26	Da oftmals die Angehörigen, wie auch die Patienten, die aktuelle Situation nicht richtig einschätzen und akzeptieren können	Falsche Einschätzung der Situation seitens Pat. und Angehörige
33	Häufig läuft dies über die Ärzte und die sogenannten Pat.-Coachs wie eingangs beschrieben.	Anderer Zuständigkeitsbereich
42	Macht die Neuropsychologie	Anderer Zuständigkeitsbereich
ID	Antworten: Kommentare	Kategorien
6	Da mein Tätigkeitsgebiet hauptsächlich in den ersten Wochen/Monaten nach Ereignis liegt, sind die Angehörigen häufig noch nicht an diesem Punkt angelangt. Erst mal sanft auf eigene Ressourcen und eigene Freizeit/Hobbys sowie Unterstützungsangebote aufmerksam machen, aber noch nicht forcieren. Das taucht häufig erst später, bei Mitnahme nach Hause etc. auf.	Späterer Zeitpunkt
9 ansonsten Einbezug des Psychologischen Dienstes	Anderer Zuständigkeitsbereich

14	Beidseitiger Zeitmangel und zu wenig Gefässe (Zeitfenster im Alltag) erschweren die Angehörigenarbeit.	Zeitmangel
16	Obwohl ich stets ein offenes Ohr für die Angehörigen habe, empfinde ich die Krankheitsverarbeitung nicht als meine Kernaufgabe. Wenn ich merke, dass dies eine Belastung für die A. ist, leite ich sie an meine kompetenten Kollegen aus der Neuropsychologie weiter.	Anderer Zuständigkeitsbereich

J.2. Kategorien und Erläuterungen

Tabelle j.3.

Kategorien und Erläuterungen zu den Erfahrungen bezüglich der Krankheitsverarbeitung

Kategorien: Keine Probleme	Anzahl der Nennungen
Keine Probleme bei logopädischen Themen	3
Anderer Zuständigkeitsbereich - Nicht logopädische Themen werden von Psychologen und Neuropsychologen bearbeitet (17)	1
Nennungen insgesamt	4
Kategorien: Mehr Unterstützung für die Angehörigen	Anzahl der Nennungen
Psychologen - Wird oft abgelehnt (1)	9
Psychotherapeuten	4
Sozialberater	3
Ärzte	4
Spezielle Angebote - Paartherapie (7) - Systemische Beratungen (7) - Angehörigenseminare wären sinnvoll (35) - Multiprofessionelle Beratungsstelle wäre schön (39)	3
Pflege	1
Nennungen insgesamt	24
Kategorien: Mehr Unterstützung für sich selbst	Anzahl der Nennungen
Spezielle Angebote - Gesprächsführung für das gesamte Team (inkl. Ärzte) (7)	1
Psychologen - Anleitung gewünscht (31)	2
Psychotherapeuten	2
Nennungen insgesamt	5
Kategorien: Mehr interprofessionelle Zusammenarbeit	Anzahl der Nennungen
Psychologen	8
Psychotherapeuten	1
Sozialberater	1
Ärzte	5
Ergotherapeuten	5
Physiotherapeuten	5
Nennungen insgesamt	25
Kategorien: Konnte nicht behandelt werden	Anzahl der Nennungen
Falsche Einschätzung der Situation seitens Pat. und Angehörige	1
Anderer Zuständigkeitsbereich - Läuft über Ärzte oder Patienten-Coaches (33)	2

- Neuropsychologie (42)	
Nennungen insgesamt	3
Kategorien: Kommentare	Anzahl der Nennungen
Späterer Zeitpunkt - Probleme treten häufig erst später auf, bei Mitnahme nach Hause etc. (6)	1
Anderer Zuständigkeitsbereich - Psychologen (9) - Krankheitsverarbeitung ist nicht Kernaufgabe der Logopädie. Wenn Belastung der Angehörigen bemerkt wird, werden diese an die Neuropsychologen weitergeleitet (16)	2
Zeitmangel - Beidseitiger Zeitmangel (14)	1
Nennungen insgesamt	4

J.3. Anzahl der Nennungen und Prozentwerte

Tabelle j.4.

Anzahl der Nennungen und Prozentwerte zu den Erfahrungen bezüglich der Krankheitsverarbeitung

Keine Probleme	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Keine Probleme bei logopädischen Themen	3	30 %
Anderer Zuständigkeitsbereich	1	10 %
n = 10		100 %
Nennungen insgesamt	4	
Mehr Unterstützung für die Angehörigen	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Psychologen	9	69 %
Psychotherapeuten	4	31 %
Sozialberater	3	23 %
Ärzte	4	31 %
Spezielle Angebote	3	23 %
Pflege	1	8 %
n = 13		100 %
Nennungen insgesamt	24	
Mehr Unterstützung für sich selbst	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Spezielle Angebote	1	33 %
Psychologen	2	67 %
Psychotherapeuten	2	67 %
n = 3		100 %
Nennungen insgesamt	5	
Mehr interprofessionelle Zusammenarbeit	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Psychologen	8	80 %
Psychotherapeuten	1	10 %
Sozialberater	1	10 %
Ärzte	5	50 %
Ergotherapeuten	5	50 %
Physiotherapeuten	5	50 %
n = 10		100 %
Nennungen insgesamt	25	
Keine Behandlung	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Falsche Einschätzung der Situation seitens Pat. und Angehörige	1	20 %
Anderer Zuständigkeitsbereich	2	40 %
n = 5		100 %
Nennungen insgesamt	3	
Genannte Fachbereiche zusammengefasst	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Psychologen	19	73%

Psychotherapeuten	7	27%
Sozialberater	4	15%
Ärzte	9	35%
Ergotherapeuten	5	19%
Physiotherapeuten	5	19%
Pflege	1	4%
Spezielle Angebote	4	15%
n = 26		100%
Nennungen insgesamt	54	

K. Zufriedenheit mit der Angehörigenarbeit

K.1. Zufriedenheit insgesamt

Tabelle k.1.

Zufriedenheit mit der Intensität der Angehörigenarbeit insgesamt

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Sehr unzufrieden	1	3 %
Eher unzufrieden	10	31 %
Neutral	11	35 %
Eher zufrieden	8	25 %
Sehr zufrieden	2	6 %
n = 32		100 %
Nennungen insgesamt	32	
Von 11 Personen nicht beantwortet		

Tabelle k.2.

Zufriedenheit mit der Art und Weise der Angehörigenarbeit insgesamt

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Sehr unzufrieden	1	3 %
Eher unzufrieden	6	19 %
Neutral	8	25 %
Eher zufrieden	15	47 %
Sehr zufrieden	2	6 %
n = 32		100 %
Nennungen insgesamt	32	
Von 11 Personen nicht beantwortet		

Tabelle k.3.

Zufriedenheit mit den Inhalten der Angehörigenarbeit insgesamt

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Sehr unzufrieden	0	0 %
Eher unzufrieden	4	13 %
Neutral	10	31 %
Eher zufrieden	16	50 %
Sehr zufrieden	2	6 %
n = 32		100 %
Nennungen insgesamt	32	
Von 11 Personen nicht beantwortet		

K.2. Zufriedenheit der Teamleitungen

Tabelle k.4.

Zufriedenheit der Teamleitungen mit der Intensität der Angehörigenarbeit

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Sehr unzufrieden	1	17 %
Eher unzufrieden	2	33 %
Neutral	2	33 %
Eher zufrieden	0	0 %
Sehr zufrieden	1	17 %
n = 6		100 %
Nennungen insgesamt	6	
Von 1 Person nicht beantwortet		

Tabelle k.5.

Zufriedenheit der Teamleitungen mit der Art und Weise der Angehörigenarbeit

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Sehr unzufrieden	0	0 %
Eher unzufrieden	1	17 %
Neutral	2	33 %
Eher zufrieden	2	33 %
Sehr zufrieden	1	17 %
n = 6		100 %
Nennungen insgesamt	6	
Von 1 Person nicht beantwortet		

Tabelle k.6.

Zufriedenheit der Teamleitungen mit den Inhalten der Angehörigenarbeit

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Sehr unzufrieden	0	0 %
Eher unzufrieden	0	0 %
Neutral	2	33 %
Eher zufrieden	4	67 %
Sehr zufrieden	0	0 %
n = 6		100 %
Nennungen insgesamt	6	
Von 1 Person nicht beantwortet		

K.3. Zufriedenheit der Teammitglieder

Tabelle k.7.

Zufriedenheit der Teammitglieder mit der Intensität der Angehörigenarbeit

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Sehr unzufrieden	0	0 %
Eher unzufrieden	8	31 %
Neutral	9	35 %
Eher zufrieden	8	31 %
Sehr zufrieden	1	4 %
n = 26		100 %
Nennungen insgesamt	26	
Von 10 Personen nicht beantwortet		

Tabelle k.8.

Zufriedenheit der Teammitglieder mit der Art und Weise der Angehörigenarbeit

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Sehr unzufrieden	1	4 %
Eher unzufrieden	5	19 %
Neutral	6	23 %
Eher zufrieden	13	50 %
Sehr zufrieden	1	4 %
n = 26		100 %
Nennungen insgesamt	26	
Von 10 Personen nicht beantwortet		

Tabelle k.9.

Zufriedenheit der Teammitglieder mit den Inhalten der Angehörigenarbeit

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Sehr unzufrieden	0	0 %
Eher unzufrieden	4	15 %
Neutral	8	31 %
Eher zufrieden	12	46 %
Sehr zufrieden	2	8 %
n = 26		100 %
Nennungen insgesamt	26	
Von 10 Personen nicht beantwortet		

L. Optimierung der Angehörigenarbeit

L.1. Antworten und Kategorien

Tabelle I.1.

Anzahl der Nennungen und Prozentwerte zur Optimierung der Angehörigenarbeit

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Antwort	24	75 %
Keine Antwort	8	25 %
n = 32		100 %
Nennungen insgesamt	32	
Von 11 Personen nicht beantwortet		

Tabelle I.2.

Antworten und Kategorien zur Optimierung der Angehörigenarbeit

ID	Antworten	Kategorien
1	<p>Die Pandemie hat die Angehörigenarbeit schwer beeinträchtigt, da sie phasenweise quasi Hausverbot erhielten. Auch heute noch ist es schwierig. Voraussichtlich wird es im Herbst / Winter noch einmal schwieriger.</p> <p>Der Einbezug von Angehörigen in die Therapieplanung und eine systematische Angehörigenarbeit ist eine Herausforderung (und manchmal schlicht nicht möglich), da selbst in normalen Zeiten Angehörige oft nur sporadisch und manchmal schwer planbar verfügbar sind, im entscheidenden Moment oft nicht.</p> <p>Der Workflow in einer Reha-Klinik fließt rasch, das Zeitfenster für den Einbezug ist klein (30-60 Minuten) und fix im Tag platziert; kommen die Angehörigen nur ein paar Minuten später, ist es schon wieder verschlossen und meine Zeit gehört dann einem anderen Termin / einer anderen Aufgabe.</p> <p>Und die Angehörigen haben natürlich einen eigenen Life- & Workflow ...</p> <p>Fixe Zeitfenster würden nicht helfen, denn sie sind für die Angehörigen eben zu fix.</p>	<p>Hausverbot wegen Corona</p> <p>Angehörigenkontakt</p> <p>Keine Verallgemeinerung möglich</p>

	Helfen würde vielleicht ein "Sekretariat" (eine "Koordinationsstelle"), wo Angehörige sich mit einem Anliegen melden könnten und mit den zuständigen Therapierenden / Pflegenden / ÄrztInnen zusammengeplant werden könnten; z.Zt. macht dies für "Runde Tische" unser Sozialdienst (mit erheblichem Aufwand).	Kontaktstelle
3	Implementieren einer strukturierten, interprofessionellen Arbeit mit den Betroffenen.	Interprofessionelle Zusammenarbeit
6	Kann nicht verallgemeinert werden, ist sehr individuell. Es gibt Angehörige, die am ersten Tag möglichst alle Informationen haben möchten und andere, für die dies eher zu viel wäre und die eher "häppchenweise" über das Thema informiert werden wollen/sollten. Es ist deshalb nicht möglich, immer den idealen Zeitpunkt zu erwischen. Interdisziplinär sollte noch besser abgesprochen werden, wer wann Kontakt aufnimmt, um die Angehörigen nicht zu überfordern.	Keine Verallgemeinerung möglich Interprofessionelle Zusammenarbeit
7	die gleichen Standards in allen Kliniken Gesprächsführungskurse für Ärzte und das ganze Rehateam/Pflege obligatorisch	Vorgaben Interprofessionelle Zusammenarbeit
8	da Angehörige öfters auch begleitend (ganztags) im Hause sind können sie sehr viel von den med. - therapeutischen Kontakten profitieren - oft reger Austausch bis hin zur Therapieplanungsgestaltung häufig stehen aber zu oft funktionelle Fortschrittsgedanken noch im Vordergrund und Stillstände werden kaum akzeptiert und sind dann erst nach der Entlassung bzw. werden kurz davor Realität	Kliniktage Angehörigenkontakt
9	- Wo nötig aktiv Informationen einfordern (nach entsprechendem Einverständnis der Patientin / des Patienten) - Wenn nötig (freundliche) Abgrenzung von Angehörigen, die sich zu sehr einmischen und darüber eine ehrliche Kommunikation führen	Aktives Zugehen auf die Angehörigen Angehörigenkontakt
11	- mehr psychologische Betreuung in der postakuten Phase auch im stationären Setting (Entlastungsgespräche sowohl für PatientInnen als auch Angehörige) - wir haben fixe Zeitfenster für interdisziplinäre Eintritts-, Zwischen- und Austrittsgespräch - könnte bei Bedarf hochfrequenter/engmaschiger geführt werden - klare Zuständigkeiten / Abgrenzung für Krankheitsverarbeitung / Angehörigenarbeit innerhalb des Behandlungsteams	Mehr psychologische Betreuung Interprofessionelle Zusammenarbeit Interprofessionelle Zusammenarbeit

13	Fix definierte Zeitfenster oder einfach allgemein mehr Kapazitäten dafür. Häufig fehlt im Klinikalltag neben allen Terminen und Therapien häufig die Zeit für intensivere Gespräche. Zudem sind interdisziplinäre Angebote sicher sinnvoll, jedoch ist das Bedürfnis dafür je nach Patient sehr unterschiedlich.	Fixe Zeitfenster Mehr Kapazität Keine Verallgemeinerung möglich
14	- fixe Zeitfenster für "Runden Tisch": interdisziplinär inkl. Angehörigen in der Runde - Interdisziplinärer Austausch und Fortbildungen zu diesem Thema	Fixe Zeitfenster Interprofessionelle Zusammenarbeit
16	Was mir auffällt, ist dass Angehörige meist erst während des stationären Rehaufenthaltes zum ersten Mal mit der Diagnose konfrontiert werden. Das heisst, während die Behandelnden des Patienten schon mit onset von "Aphasie" sprechen, hören die Angehörigen häufig erst in der Reha diesen Begriff zum ersten Mal.	Angehörigenkontakt
18	Zeitnahe Aufklärung, dass die Angehörigen sehr willkommen in der Therapie sind. Aktives Zugehen auf die Angehörigen, ob es Fragen bzgl. der Kommunikation oder der Therapie gebe, welche Wünsche Sie für die Therapie haben. Aktives Miteinbeziehen der Angehörigen bei der Zielsetzungen der Therapie. Aber: Nur aktive Angehörigenarbeit, wenn der Patient oder die Patientin damit ausdrücklich einverstanden ist und dies auch möchte.	Aktives Zugehen auf die Angehörigen
19	Fixe Zeitfenster Im ambulanten Bereich: bezahlte Beratungen	Fixe Zeitfenster Bezahlte Beratungen
24	1 Therapeut (Physio, Ergo oder Logo), der für die Angehörigen verantwortlich ist, und in jedem Fall während der stationären Reha 1-2 Gespräche organisiert.	Interprofessionelle Zusammenarbeit
26	Es wäre schön, wenn die Krankenkasse dafür einen Tarif hätte, damit man auch sich genügend Zeit nehmen kann, um Angehörige zu beraten, zu unterstützen, ohn das die Zeit des Patienten davon abgezogen wird. Dann liessen sich meiner Meinung nach fixe Zeiten eher einplanen und auch regelmässiger.	Bezahlte Beratungen
27	ein klinikinternes Angehörigenkonzept würde meiner Meinung die Arbeit mit den Angehörigen vereinfachen. es wäre für die Angehörigen sinnvoll, da sich die Situation der Angehörigen durch ein aphasisches Familienmitglied grundlegend verändern wird und sie durch ein	Vorgaben

	solches Konzept besser auf dieses neue Leben nach dem Austritt vorbereitet werden können. für uns Therapeuten wäre ein Konzept wichtig, damit Themen, die von den Angehörigen nicht wahrgenommen werden, thematisiert und besprochen werden können.	
29	Eine Erhöhung der Therapiefrequenz wäre gerade in der postakuten Phase wünschenswert. Meistens wird für die Angehörigenberatung viel Zeit gebraucht, welche dann zu Lasten der eigentlichen Therapie mit den PatientInnen gehen. Auch wenn die Angehörigenberatung ein wichtiger Bestandteil ist, ist die Therapie MIT den PatientInnen ebenso wichtig, da die Remission in dieser Phase stärker ist als in der chronischen Phase. Daher: Je höher die Frequenz, desto mehr kann mit den PatientInnen selbst gearbeitet werden und dessen Umfeld auch wirklich miteinbezogen werden.	Mehr Kapazität
31	- mehr Zeit! Aufgrund der knappen Ressourcen muss man häufig aufgrund der Angehörigenkontakte andere Therapien kürzen oder andere Patienten kommen zu kurz. Hätten wir mehr Ressourcen, könnte man sich ohne schlechtes Gewissen auch mal wirklich viel und immer wieder Zeit nehmen für die Angehörigen, ohne dass andere Patienten/die Therapien darunter leiden. - schlechte Raumsituation: Bei uns im Akutbereich steht häufig kein Raum zur Verfügung, in welchem man in Ruhe Angehörigengespräche durchführen kann - meines Erachtens fehlen absolut Psychologen und/oder Psychotherapeuten. Es wäre deren Aufgabe, die Patienten und ihre Angehörigen bzgl. Krankheitsverarbeitung "aufzufangen" / aufzuklären.	Mehr Kapazität Raumsituation Mehr psychologische Betreuung
33	Im stationären Rehasetting könnte das Angebot sicherlich weiter ausgebaut werden - hier profitieren mehrheitlich v.a. jene, die ständig anrufen und nachfragen bei Ärzten und Pat.-Coaches oder teils auch bei uns Logopäden/innen. Ich denke aber, dass die meisten Rahmenbedingungen gegeben sind. Im ambulanten Setting ist es teils schwierig die Angehörigen zu erreichen, wenn die Pat. leicht betroffen sind und die Angehörigen nicht mit in die Therapie nehmen wollen. Ansonsten bietet sich im ambulanten Setting eine gute Gelegenheit alltagsorientiert zu beraten und aufzuklären.	Proaktive Angehörige Angehörigenkontakt Kein Bedürfnis der Patienten
35	Selbsthilfegruppen, Angehörigen-Seminare /-trainings und /-veranstaltungen sinnvoll.	Spezielle Angebote
38	Ich bräuchte mehr Zeit dafür	Mehr Kapazität

39	<p>Interdisziplinäre Beratungstermine wären bereits zu einem früheren Zeitpunkt wünschenswert, also in der postakuten Phase und nicht erst in der weiterführenden Reha, wenn es bereits darum geht, eine Entscheidung zu treffen, wie es weiter geht.</p> <p>Ausserdem wäre es gut es gäbe eine Stelle, die sich viel Zeit nehmen kann, alle Themen, die das Thema Zukunft und welche Möglichkeiten es gibt, bespricht. Ich habe manchmal den Eindruck, dass man etwas zu schnell nur das Pflegeheim als mögliche Alternative sieht und nicht offen genug ist für andere Lösungen.</p>	<p>Interprofessionelle Zusammenarbeit</p> <p>Kontaktstelle</p>
40	<p>Einen ruhigen Raum/Arbeitsplatz (nicht ein Raum, der von vielen Mitarbeitern genutzt wird, so dass die Gespräche gestört werden).</p>	<p>Raumsituation</p>
41	<p>Angehörige bereits bei Eintritt ermuntern, mal bei Therapien dabei zu sein, Fragen zu stellen, sich pro-aktiv an Therapeut wenden (mittels Patient*in, Pflege oder Patientenmanagement)</p>	<p>Aktives Zugehen auf die Angehörigen</p>
42	<p>Es braucht klare Abmachungen, wer zu welchem Zeitpunkt mit den Angehörigen den Erstkontakt macht.</p> <p>Alles weitere ist von Patient zu Patient und von Umfeld zu Umfeld unterschiedlich.</p>	<p>Interprofessionelle Zusammenarbeit</p> <p>Keine Verallgemeinerung möglich</p>

L.2. Kategorien und Erläuterungen

Tabelle I.3.

Kategorien und Erläuterungen zur Optimierung der Angehörigenarbeit

Kategorien: Optimierung	Anzahl der Nennungen
Kontaktstelle <ul style="list-style-type: none"> - Wo sich Angehörige melden könnten und welche dann Termine planen würde (ähnlich wie der Sozialdienst beim runden Tisch; sehr aufwendig) (1) - Für das Besprechen der Zukunft / weiteren Möglichkeiten (39) 	2
Vorgaben <ul style="list-style-type: none"> - Gleiche Standards in allen Kliniken (7) - Klinikinternes Angehörigenkonzept (27) 	2
Angehörigenkontakt <ul style="list-style-type: none"> - Erreichbarkeit und Kapazität der Angehörigen (1, 33) - Haben oft funktionelle Fortschrittsgedanken und akzeptieren keine Stillstände → Schwierigkeiten kurz vor Austritt oder nach Entlassung wegen Konfrontation mit Realität (8) - Wenn sich Angehörige zu sehr einmischen: Gespräch führen oder sich abgrenzen dürfen (9) - Früher die Angehörigen über Aphasie informieren (nicht erst in Rehaklinik) (16) 	5
Mehr psychologische Betreuung <ul style="list-style-type: none"> - Für Pat. und Angehörige (11) - Deren Aufgabe, Pat. und Angehörige bezgl. Krankheitsverarbeitung aufzufangen und aufzuklären (31) 	2
Fixe Zeitfenster <ul style="list-style-type: none"> - Für interprofessionelle runde Tische inkl. den Angehörigen (14) 	3
Mehr Kapazität <ul style="list-style-type: none"> - Neben Terminen und Therapien kaum Zeit für intensivere Gespräche (13) - Erhöhung der Therapiefrequenz; Angehörigenarbeit benötigt viel Zeit, welche dann auf die Kosten der eigentlichen Therapie geht (29) - Wegen knappen Ressourcen leiden Therapien oder andere Pat. (31) 	4
Interprofessionelle Zusammenarbeit <ul style="list-style-type: none"> - Mit den Betroffenen (3) - Bessere Absprache bezgl. Erstkontakt (6, 42) - Obligatorische Gesprächsführungskurse für alle Professionen (7) - Hochfrequenter Gespräche führen (Eintritts- Zwischen und Austrittsgespräche) (11) - Absprache bezgl. Zuständigkeit für Krankheitsverarbeitung (11) - Interdisziplinärer Austausch und Fortbildungen (14) - 1 Therapeut, der für Angehörige zuständig ist und Gespräche organisiert (24) - Interdisziplinäre Beratungstermine zu früheren Zeitpunkten (39) 	8

Aktives Zugehen auf die Angehörigen <ul style="list-style-type: none"> - Insofern die Pat., einverstanden sind, nötige Informationen einfordern (9) - Informieren, dass sie in der Therapie willkommen sind (18, 41) - Nach Fragen und Wünschen erkundigen (18) - Aktiver Miteinbezug der Angehörigen als Therapieziel (18) - Nur wenn Pat. einverstanden sind und dies möchten (18) - Bei Eintritt ermuntern, bei Therapien dabei zu sein und aktiv auf die Therapeuten zuzugehen (41) 	3
Bezahlte Beratungen <ul style="list-style-type: none"> - Im ambulanten Bereich (19) - Krankenkassentarif, damit Zeit der Pat. nicht mehr davon abgezogen wird (26) 	2
Raumsituation <ul style="list-style-type: none"> - Selten ruhiger Raum für Gespräche vorhanden (31) 	2
Spezielle Angebote <ul style="list-style-type: none"> - Selbsthilfegruppen, Angehörigenseminare, -trainings und -veranstaltungen (35) 	1
Nennungen insgesamt	34
Kategorien: Kommentare	Anzahl der Nennungen
Hausverbot wegen Corona	1
Keine Verallgemeinerung möglich <ul style="list-style-type: none"> - Fixe Zeitfenster nicht sinnvoll, da Angehörige oft nur sporadisch oder schwer planbar verfügbar sind (1) - Sehr individuell: Manche wollen alle Informationen zu Beginn, andere häppchenweise; schwierig den idealen Zeitpunkt zu erwischen (6) - Interdisziplinäre Angebote zwar sinnvoll, aber Bedürfnisse der Pat. und Angehörigen sehr unterschiedlich (13) 	4
Proaktive Angehörige <ul style="list-style-type: none"> - Profitieren mehrheitlich vom Angebot, da sie immer anrufen und nachfragen (33) 	1
Kein Bedürfnis der Patienten <ul style="list-style-type: none"> - Vor allem bei ambulanten, leicht betroffenen Patienten (33) 	1
Kliniktage <ul style="list-style-type: none"> - Angehörige können viel von den medizinischen und therapeutischen Kontakten profitieren 	1
Nennungen insgesamt	8

L.3. Anzahl der Nennungen und Prozentwerte

Tabelle I.4.

Anzahl der Nennungen und Prozentwerte zur Optimierung und zu weiteren Kommentaren

Optimierung	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Kontaktstelle	2	8 %
Vorgaben	2	8 %
Angehörigenkontakt	5	21 %
Mehr psychologische Betreuung	2	8 %
Fixe Zeitfenster	3	13 %
Mehr Kapazität	4	17 %
Interprofessionelle Zusammenarbeit	8	33 %
Aktives Zugehen auf die Angehörigen	3	13 %
Bezahlte Beratungen	2	8 %
Raumsituation	2	8 %
Spezielle Angebote	1	4 %
n = 24		100 %
Nennungen insgesamt	34	
Kommentare	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Hausverbot wegen Corona	1	4 %
Keine Verallgemeinerung möglich	4	17 %
Proaktive Angehörige	1	4 %
Kein Bedürfnis der Patienten	1	4 %
Kliniktage	1	4 %
n = 24		100 %
Nennungen insgesamt	8	

M. Kommentare und Rückmeldungen

Tabelle m.1.

Anzahl der Nennungen und Prozente der Kommentare und Rückmeldungen

Antworten	Anzahl der Nennungen	Prozent der Teilnehmer
Antwort	5	16 %
Keine Antwort	27	84 %
n = 32		100 %
Nennungen insgesamt	32	
Von 11 Personen nicht beantwortet		

Tabelle m.2.

Kommentare und Rückmeldungen der Teilnehmenden

ID	Antworten
18	Gibt es eine Möglichkeit Infos über die Arbeit/Resultate zu bekommen?
26	Ich finde, dass es ein sehr wichtiges Thema ist, welches Sie bearbeiten. Es kommt doch in der Realität leider zu kurz, weil ja natürlich der Fokus auf den Patienten und seine Leistung liegt. Ich wünsche Ihnen an dieser Stelle viel Erfolg mit Ihrer Bachelorarbeit.
33	Schön, dass Du Dich mit diesem Thema befasst! Viel Erfolg bei Deiner Arbeit!
35	V.a. in Corona-Zeiten ein sehr aktuelles Thema und geht m.E. in stationären Reha-Klinken vergessen - sollte mehr unterstützt und gefordert werden. Eine weitere Studentin der SHLR gelangte zu uns mit ähnlichen Fragen zur Angehörigenarbeit - ich erlaube mir, ihr die Umfrage weiterzuschicken.
40	Ich habe die Beantwortung der Fragen ausschliesslich auf meine Tätigkeit in einer Stroke-Abteilung bezogen.