

Bachelorarbeit

Communication is life!

Physiotherapeutische Kommunikationsgestaltung in der Rehabilitation bei Querschnittlähmung

Nadine Baumgartner, Aegetenstrasse 65, 9443 Widnau, S08 256 539

Isabelle Hediger, Muhlernstrasse 235, 3098 Schliern bei Köniz, S07 113 004

| | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| Departement: | Gesundheit |
| Institut: | Institut für Physiotherapie |
| Studienjahr: | 2008 |
| Eingereicht am: | 20. Mai 2011 |
| Betreuende Lehrperson: | Markus Wirz |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abstract | 6 |
| 1 Communication is life!..... | 7 |
| 1.1 Einführung in die Thematik..... | 7 |
| 1.2 Begründung der Themenwahl | 8 |
| 1.3 Fragestellung..... | 8 |
| 1.4 Zielsetzung..... | 9 |
| 2 Methodik..... | 10 |
| 2.1 Qualitative Designs | 10 |
| 2.2 Qualitative Methoden | 10 |
| 2.3 Suchstrategie | 10 |
| 2.4 Einschlusskriterien | 11 |
| 2.5 Assessment zur Beurteilung..... | 12 |
| 3 Grundlagen zur Theorie..... | 13 |
| 3.1 Rückenmark | 13 |
| 3.1.1 Anatomie..... | 13 |
| 3.1.1.1 Durchblutung | 15 |
| 3.1.2 Funktionen | 15 |
| 3.1.2.1 Reflexe..... | 15 |
| 3.1.3 Verletzung..... | 17 |
| 3.1.3.1 Auswirkungen und Komplikationen | 17 |
| 3.1.4 Läsionshöhe..... | 21 |
| 3.1.4.1 Tetraplegie..... | 21 |
| 3.1.4.2 Paraplegie..... | 22 |
| 3.1.4.3 Zentromedulläre Syndrome | 22 |
| 3.1.4.4 Brown-Séquad-Syndrom | 22 |
| 3.1.4.5 Vorderseitenstrangsyndrom..... | 22 |
| 3.1.4.6 Konussyndrome | 22 |
| 3.1.4.7 Cauda-Equina-Syndrom | 23 |
| 3.1.5 Klassifikation | 23 |
| 3.1.5.1 komplett versus inkomplett | 24 |

| | |
|---|----|
| 3.1.6 Ursachen..... | 25 |
| 3.1.7 Epidemiologie..... | 26 |
| 3.1.8 Verlauf..... | 28 |
| 3.1.8.1 Regeneration | 29 |
| 3.1.9 Physiotherapie | 29 |
| 3.1.9.1 Akutphase: 1-4 Wochen..... | 29 |
| 3.1.9.2 Rehabilitationsphase..... | 30 |
| 3.1.9.3 Langzeitbehandlung | 31 |
| 3.2 Therapeutische Kommunikation | 32 |
| 3.2.1 Begriffsdefinition..... | 32 |
| 3.2.2 Arten der Kommunikation..... | 33 |
| 3.2.2.1 Nonverbale Kommunikation | 33 |
| 3.2.3 Bedeutung und Wirkung der therapeutischen Kommunikation | 34 |
| 3.2.4 Entwicklung in der Kommunikation: Patient-Centred Practice | 35 |
| 3.2.5 Arten der Therapeut-Patient-Beziehung..... | 38 |
| 3.2.6 Bedürfnisse in einer Therapeut-Patient-Beziehung und Auswirkungen auf den Therapieerfolg | 41 |
| 3.2.7 Kommunikation im Umgang mit querschnittgelähmten Patienten | 43 |
| 3.3 Studien | 46 |
| 3.3.1 Interaction between patient and physiotherapist. A qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective (Gyllensten et al., Physiotherapy Research International, 4(2), 1999) | 51 |
| 3.3.2 Bedürfnisse von Querschnittgelähmten im Rahmen der psychologischen Betreuung zur Zeit der Erstrehabilitation – Eine retrospektive Befragung (Lesky, Rehabilitation, 40, 2001) | 51 |
| 3.3.3 Interaction between Physiotherapists and Patients in Stroke Treatment (Talvitie et al., Physiotherapy, 88, 2002) | 52 |
| 3.3.4 Client-Therapist Relationships: Experiences of Occupational Therapy Clients in Rehabilitation (Palmadottir, British Journal of Occupational Therapy, 69(9), 2006) | 53 |
| 3.3.5 Experience of rehabilitation following spinal cord injury: a meta-synthesis of qualitative findings (Hammell, Spinal Cord, 45, 2007) | 54 |
| Nadine Baumgartner, Isabelle Hediger | 3 |

| | |
|---|----|
| 3.3.6 Communicating With Patients: What Happens in Practice? (Roberts et al., Physical Therapy, 87, 2007) | 54 |
| 3.3.7 Qualität aus Patientensicht: Kommunikation, Vertrauen und die Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse sind der Schlüssel zum Therapieerfolg (Dehn-Hindenberg, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 13, 2008)..... | 55 |
| 3.3.8 Versorgungsqualität aus der Nutzerperspektive: Der Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Bedürfnisse von Patienten im Kontext patientenorientierter Interaktion (Dehn-Hindenberg, Gesundheitswesen, 72, 2009) | 55 |
| 3.3.9 The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review (Hall et al., Physical Therapy, 90, 2010)..... | 56 |
| 4 Diskussion | 57 |
| 4.1 Studienbeurteilung | 57 |
| 4.2 Studienresultate | 59 |
| 4.2.1 Verbale Kommunikation während der Therapie | 59 |
| 4.2.2 Nonverbale Kommunikation während der Therapie | 59 |
| 4.2.3 Einfluss der Kommunikation auf die Therapeut-Patient-Beziehung | 60 |
| 4.2.4 Einfluss der Kommunikation auf den Therapieerfolg..... | 61 |
| 4.2.5 Einfluss der Therapeut-Patient-Beziehung auf den Therapieerfolg..... | 61 |
| 4.2.6 Patient-Centred Practice | 62 |
| 4.2.7 Erfahrung des Therapeuten | 62 |
| 4.2.8 Einfluss des Alters auf die Therapie..... | 62 |
| 4.2.9 Einfluss des Geschlechts auf die Therapie | 63 |
| 4.2.10 Subjektive Wahrnehmung der Therapie..... | 64 |
| 4.2.11 Forschungsstand..... | 64 |
| 4.2.12 Kommunikationsfähigkeiten der Therapeuten..... | 64 |
| 4.3 Kommunikationsmodell | 65 |
| 4.3.1 Erläuterungen zum Modell | 67 |
| 4.3.1.1 Patient mit Querschnittlähmung (Patient with Spinal Cord Injury)..... | 67 |
| 4.3.1.2 Therapeut-Patient-Beziehung (Therapist-Patient-Relationship)..... | 68 |
| 4.3.1.3 Physiotherapeut (Physiotherapist) | 69 |

| | |
|-----------------------------------|----|
| 5 Schlussfolgerung | 71 |
| 6 Verzeichnisse | 73 |
| 7 Wortzahl | 83 |
| 8 Eigenständigkeitserklärung..... | 84 |
| 9 Danksagung | 85 |
| Anhang | 86 |

Abstract

Das Akzeptieren einer Querschnittlähmung stellt eine grosse psychische und physische Belastung für den Betroffenen dar. Die Physiotherapeuten spielen in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle für die querschnittgelähmten Patienten in der Rehabilitation. Die Kommunikation und das Verhalten der Therapeuten werden dabei von Patienten höher gewichtet als das medizinische Wissen.

Ziel dieser Arbeit ist es, ein selbstkonzipiertes Kommunikationsmodell, aufbauend auf wichtigen Grundsätzen der Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Patienten mit Querschnittlähmung, zu erstellen, welches in der Praxis Anwendung finden soll. Das Modell erläutert, wie eine therapeutische Kommunikation gestaltet werden muss, damit in der Rehabilitation ein positiver Therapieverlauf erwartet werden kann. Dafür wurde in verschiedenen Datenbanken nach Studien und wissenschaftlichen Artikel gesucht. Schliesslich wurden insgesamt neun Studien und vier wissenschaftliche Artikel ausgewählt und zusammen mit Angaben aus der Literatur in die Arbeit mit einbezogen.

Es zeigte sich, dass querschnittgelähmte Patienten ähnliche Bedürfnisse bezüglich der Therapeut-Patient-Beziehung wie andere Patienten haben. Durch den erschwerten Umstand ist der Umgang mit querschnittgelähmten Patienten besonders bedeutsam für deren Therapieverlauf. In diesem Bereich wurde jedoch bis anhin noch zu wenig Forschung betrieben, wodurch die Fragestellung nicht vollumfänglich beantwortet werden konnte.

Keywords: communication, physiotherapy, rehabilitation, spinal cord injury, therapist-patient-relationship

1 Communication is life!

1.1 Einführung in die Thematik

Der Kommunikation wird in einer Therapie eine sehr tragende Rolle zugewiesen (Talvitie & Reunanen, 2002). Laut Dehn-Hindenberg (zit. nach Thompson, 2001) beziehen sich 47% der erinnerungswerten Erfahrungen auf die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient und lediglich 27% auf technische und klinische Erfahrungen. Es ist erwiesen, dass die Kommunikation einen massgeblichen Einfluss auf die Beziehung zwischen Therapeut und Patient hat, was sich wiederum auf den Therapieverlauf auswirkt (Dehn-Hindenberg zit. nach Keller, 2005; Nagel, 2001; Stewart, Brown, Weston, McWhinney, McWilliam & Freeman, 2003; Hall, Ferreira, Maher, Latimer, & Ferreira, 2010; Palmadottir, 2006; Roberts & Bucksey, 2007).

Auch Roberts et al. (2007) bezeichnen die Kommunikation als den wichtigsten Aspekt, den Personen im Gesundheitsberuf bewerkstelligen müssen. Es handelt sich um eine wichtige Dimension der Therapeut-Patient-Beziehung, die jedoch bis anhin zu wenig erforscht wurde.

Die Kommunikation wird vor allem im Zusammenhang mit traumatischen Krankheitserlebnissen als sehr entscheidend erachtet: Laut Motha, Sethi, Tyagi und Motha (2002) spielt der psychologische Aspekt in der Behandlung solcher Patienten eine bedeutsame Rolle, wird aber häufig zugunsten körperlicher Rehabilitation vernachlässigt. Die Vernachlässigung der psychologischen Betreuung erhöht das Risiko, dass die Patienten psychische Langzeitschäden entwickeln. Ein prägnantes Beispiel für ein traumatisches Ereignis ist die Querschnittlähmung. Auch hier wird hervorgehoben, dass die emotionale Betreuung gleichermassen zur Anwendung kommen soll wie die körperliche (Motha et al., 2002). Lesky (2001) verbindet den Eintritt einer Querschnittlähmung mit einem tief einschneidenden Lebensereignis. Die Patienten stehen plötzlich vor einer völlig neuen Situation und müssen lernen, die Diagnose zu akzeptieren und damit umzugehen. Dies kann Angst, Wut, Trauer oder auch Depression mit sich ziehen. Längere Spitalaufenthalte, weniger Fortschritte im Therapieverlauf und somit eine geringere Selbstständigkeit sind die Folgen davon (Jo Anne Gorski zit. nach Malec & Neimeyer, 1983; Tate, Forchheimer, Maynard & Dijkers, 1994; Umlauf & Frank, 1983). Mit einer umfassenden Kommunikation kann das Selbstwertgefühl gefördert, das Risiko für Depressionen vermindert und ein

psychisch stabiler Zustand erreicht werden. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Lebensqualität und den Therapieverlauf aus (Lesky, 2005). Die Betreuung querschnittgelähmter Patienten stellt eine schwierige psychologische Herausforderung für das therapeutische Team dar (DeSantis & Becker zit. nach Buckelew, Frank, Elliot, Chaney & Hewett, 1991). Auch bei Physiotherapeuten, die laut U. Büchli (Expertenbefragung, 27. Januar 2011) in der Rehabilitation querschnittgelähmter Patienten viel häufiger in Erscheinung treten als zum Beispiel die Psychologen, ist der kommunikative Aspekt fundamental (Talvitie et al. zit. nach Williams & Harrison, 1999). Die Interaktionsstruktur in der Therapeut-Patient-Beziehung ist jedoch laut Talvitie et al. (zit. nach Drew & Heritage, 1992) aufgrund des Machtverhältnisses als asymmetrisch anzusehen, zuungunsten der Patienten.

1.2 Begründung der Themenwahl

Obwohl die Wichtigkeit der therapeutischen Kommunikation und der psychologische Aspekt einer therapeutischen Behandlung von mehreren Studien bestätigt wird, scheint die Forschung dieser Thematik noch keine sehr grosse Beachtung geschenkt zu haben. Die Tatsache, dass bezüglich der Kommunikation zwischen Therapeuten und Patienten in der Praxis eine Asymmetrie vorliegt und für die Gestaltung der physiotherapeutischen Kommunikation noch keine Richtlinien vorliegen, führten zur Wahl der Thematik dieser Bachelorarbeit. Das Thema umfasst den Zusammenhang zwischen therapeutischer Kommunikation und Therapeut-Patient-Beziehung sowie deren Auswirkungen auf den Therapieverlauf. Diese Arbeit bezieht sich auf die therapeutische Kommunikation in der Physiotherapie und wird aus persönlichem Interesse der Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit am Beispiel des Krankheitsbildes der Querschnittlähmung erläutert.

1.3 Fragestellung

Aus der gewählten Thematik ergibt sich folgende Fragestellung: „Wie soll die physiotherapeutische Kommunikation gestaltet werden, um den Therapieverlauf in der Erstrehabilitation bei erwachsenen Patienten mit Querschnittlähmung nach traumatischem Ereignis positiv beeinflussen zu können?“ Es wurden Patienten

gewählt, die sich in der Erstrehabilitationsphase befinden und das 18. Lebensjahr vollendet haben.

1.4 Zielsetzung

Aufbauend auf der gefundenen Literatur soll ein selbstkonzipiertes Modell erstellt werden, welches auf wichtigen Grundsätzen der Kommunikation errichtet wird und sich speziell nach den Bedürfnissen der Patienten nach einem traumatischen Ereignis am Beispiel der Querschnittlähmung richtet. Bei dem Modell handelt es sich um ein Basismodell, welches mit dem entsprechenden Forschungshintergrund noch weiter ausgebaut und validiert werden muss. Da jeder Mensch individuell ist und Lebenskrisen anders bewältigt, ist ein Anpassen an den jeweiligen Patienten unabdingbar.

In dieser Arbeit wird ausschliesslich die männliche Form verwendet, die stellvertretend für die weibliche gilt. Wenn eine explizite Unterscheidung nötig ist, wird zwischen männlicher und weiblicher Form differenziert.

2 Methodik

2.1 Qualitative Designs

In dieser Bachelorarbeit konnten aufgrund der Fragestellung lediglich qualitative Studien verwendet werden. Abgesehen von einem Review und einer Meta-Analyse entsprachen alle Studien dem qualitativen Design des Participatory Action Research, also dem PAR. Laut Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch und Westmorland (2007) wird dieses Design verwendet, um soziale Veränderungen zu erforschen. Die Teilnehmenden oder Gruppen reflektieren dabei ihre eigene Persönlichkeit, soziokulturelle Umgebung und ihre Erfahrungen. Dabei werden Werte, geteilte Realitäten, kollektive Meinungen, Bedürfnisse und Ziele besprochen. Somit kann ein grosses Wissen über ein Themengebiet generiert und durch bewusstes Handeln Macht für einzelne Personen oder die Gruppe wiedererlangt werden. Der Forscher arbeitet ständig in einer Partnerschaft mit den Teilnehmenden während des ganzen Forschungsprozesses. Es kann sein, dass dieses Design sehr viel Zeit benötigt, da Verspätungen auftreten können, wenn aussenstehende Forscher Phasen der Forschungsarbeit abschliessen müssen. Idealerweise sollte der verwendete Prozess in der Studie genau beschrieben werden.

2.2 Qualitative Methoden

Qualitative Forscher haben eine grosse Auswahl an Methoden, welche sie anwenden können, um ihre Forschungsfrage zu beantworten. In dieser Bachelorarbeit sind sowohl Studien integriert, welche Interviews durchführten, als auch solche, welche die Teilnehmenden beobachteten oder solche, in welchen Fokusgruppen befragt wurden.

2.3 Suchstrategie

Es wurde in allen den Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit zugänglichen Datenbanken nach Studien und Artikeln gesucht, um diese Bachelorarbeit zu erstellen. Darunter waren medizinische Datenbanken wie Cochrane Library, MEDLine, PEDro und PUBMed. Ebenso wurden aufgrund des psychologischen Aspektes der Fragestellung Datenbanken der psychologischen Fachliteratur

konsultiert, wie zum Beispiel CINAHL Database, PsycARTICLES, PsycEXTRA, PsycINFO und PSYINDEX.

Keywords, mit welchen gesucht wurde, waren in alphabetischer Reihenfolge: allocation, association, communication, compliance, influence, interaction, nonverbal communication, outcome, partnership, patient, physiotherapy, relation, relationship und spinal cord injury. Diese wurden alleine oder in verschiedenen Kombinationen verwendet.

Zum besseren Verständnis und um einen Einblick in die Praxis zu erhalten wurde jeweils ein Besuch im Schweizerischen Paraplegikerzentrum in Nottwil sowie im Paraplegikerzentrum der Uniklinik Balgrist absolviert. Dort wurde zudem ein Interview mit der klinischen Psychologin Ursula Büchli durchgeführt.

2.4 Einschlusskriterien

Bei der Studiensuche wurde nach wissenschaftlichen Publikationen gesucht, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Kommunikation und Therapieerfolg in der Physiotherapie bei Patienten mit Querschnittlähmung auseinandersetzten. Dabei wurden Publikationen verwendet, welche im Zeitraum zwischen 1999 und Januar 2011 veröffentlicht wurden. Da keine Studien oder wissenschaftliche Artikel gefunden werden konnten, welche exakt diesem Thema entsprachen, wurde die Suche erweitert. Die zweite Literatursuche beinhaltete auch Studien und wissenschaftliche Artikel, welche die Beziehung zwischen Therapeut und Patient untersuchten. Ferner wurden Studien und wissenschaftliche Artikel verwendet, welche verschiedene Arten der Kommunikation oder wichtige Teilaspekte der Kommunikation untersuchten. Ebenfalls wurden Studien und wissenschaftliche Artikel einbezogen, welche die Bedürfnisse von querschnittgelähmten Patienten untersuchten. Insgesamt konnten 67 wissenschaftliche Publikationen gefunden werden, 45 davon wurden allerdings nach dem Lesen des Abstracts ausgeschlossen. 22 Studien und Artikel wurden gelesen und bewertet. Die Zahl der schliesslich für diese Arbeit verwendeten Studien liegt bei neun. Zusätzlich wurden vier wissenschaftliche Artikel in die Bachelorarbeit einbezogen.

2.5 Assessment zur Beurteilung

Zur Beurteilung der Studien wurde das Assessment „Critical Review Form“ von Letts et al. (2007) gewählt. Die genauen Beurteilungskriterien werden im Abschnitt 4.1 Studienbeurteilung erläutert.

3 Grundlagen zur Theorie

3.1 Rückenmark

3.1.1 Anatomie

Nach Trepel (2008) gehört das Rückenmark, welches auch Medulla spinalis genannt wird, zum zentralen Nervensystem und ist im Wirbelkanal in den Liquor cerebrospinalis eingebettet, welcher eine Pufferfunktion ausübt. Die Nervenwurzeln, welche aus dem Rückenmark austreten, innervieren die Extremitäten, den Rumpf und grosse Teile des Halses. Das Wachstum der Wirbelsäule verläuft schneller als jenes des Rückenmarks, daher reicht Letzteres nur in den Bereich zwischen dem ersten und zweiten Lendenwirbelkörper. Dieser Bereich wird als Conus medullaris bezeichnet. Unterhalb dieses Conuses verlaufen einzelne Nervenfaserbündel, welche zusammengefasst die Cauda equina bilden. Laut Hüter-Becker und Dölken (2004) treten beidseits der Medulla spinalis aus jedem Segment vorne und hinten Nervenwurzeln aus. Jeweils eine Vorder- und Hinterwurzel vereinigen sich zum Spinalnerv, welcher durch das Foramen intervertebrale den Wirbelkanal verlässt. Wie in Abbildung 1 ersichtlich ist, werden die Spinalnerven von kranial nach kaudal entsprechend den Rückensegmenten benannt. So entstehen folgende Segmente:

- a) Acht cervicale Spinalnerven
- b) Zwölf thoracale Spinalnerven
- c) Fünf lumbale Spinalnerven
- d) Fünf sacrale Spinalnerven

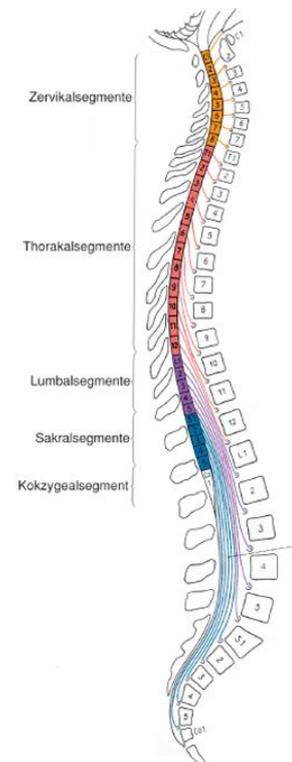


Abbildung 1: Die Medulla spinalis

Der Querschnitt der Medulla spinalis hat laut Trepel (2008) eine schmetterlings-ähnliche Form, welche als graue Substanz bezeichnet wird und von der sogenannten weissen Substanz umgeben ist. Die graue Substanz lässt sich in zwei Vorder-, Seiten- und Hinterhörner mit unterschiedlichen Funktionen unterteilen. Die Vorderhörner besitzen α -, β - und γ - Motoneurone, welche Signale von der Medulla spinalis zu der Skelettmuskulatur senden. Die Hinterhörner hingegen bestehen aus Neuronen, welche Bestandteil sensibler Bahnen sind. Des Weiteren befindet sich im Hinterhorn die Substantia gelatinosa, welche Schmerzsignale aus der Peripherie empfängt. Die Nuclei proprius und dorsalis erhalten propriozeptive Signale, welche sie zum Cerebellum übermitteln. Das Seitenhorn existiert lediglich im Thoracal-, Lumbal- und Sacralmark. Es dient als Schaltstelle für die vegetative Reizleitung. Die weisse Substanz besteht aus Vorder-, Seiten- und Hinterstrang, welche auf- und absteigende und somit sensible und motorische Bahnen enthalten. Die wichtigsten Bahnen sind:

- a) Die sensible Vorderseitenstrangbahn, auch Tractus spinothalamicus genannt, ist für die Übermittlung protopathischer Sensibilität zuständig. Dies bedeutet, dass Schmerz-, Temperatur- sowie grobe Druck- und Tastempfindungen von ihr weitergeleitet und auf segmentaler Ebene verschaltet werden.
- b) Die Hinterstrangbahnen, welche sich aus den Fasciculi gracilis und cuneatus zusammensetzen, sind für die epikritische Sensibilität verantwortlich. Sie erhalten Impulse der fein differenzierten Tastwahrnehmung und der Propriozeption aus dem Bewegungsapparat und leiten diese direkt in den gleichseitigen Hirnstamm weiter.
- c) Die Kleinhirnseitenstrangbahnen senden dem Cerebellum propriozeptive Impulse aus dem Bewegungsapparat. Dies ist für die motorische Koordinationsfunktion des Cerebellums wichtig.

Die motorischen Bahnen werden nach Marcar (2011a) in ein pyramidales und extrapyramidales System unterteilt:

Der Tractus corticospinalis, auch Pyramidenbahn genannt, ist für die Feinmotorik vor allem der distalen Extremitätenmuskulatur zuständig. Er verläuft vom motorischen

Kortex der Grosshirnrinde zur Medulla spinalis, wo er mit motorischen Interneuronen konvergiert. Diese Interneurone sind wiederum mit Alphanotoneuronen in den Kernen des Vorderhorns verbunden, welche die Muskeln direkt ansteuern. Der Tractus corticospinalis hat ebenfalls eine direkte Verbindung mit dem Alphanotoneuron und kann es so aktivieren.

Die extrapyramidalen Bahnen kommen von folgenden Hirnstammkernen: dem Nucleus ruber, den Nuclei vestibulares und der Formatio reticularis. Sie ziehen getrennt voneinander im Vorder- und Seitenstrang nach kaudal. Die Bahnen der Nuclei vestibulares und der Formatio reticularis verlaufen bis zu den Motoneuronen der Rumpf- und proximalen Extremitätenmuskeln im Vorderhorn. Dies erklärt ihre Funktion der Initiation von Massen- und Orientierungsbewegungen.

3.1.1.1 Durchblutung

Für die Durchblutung des zervikalen Bereiches der Medulla spinalis ist laut Trepel (2008) die A. vertebralis zuständig. Aus dieser entspringen beidseits drei längsverlaufende Gefässe: Die A. spinalis anterior verläuft als grösstes Gefäss in der Fissura longitudinalis anterior. Die beiden Aa. spinales posteriores verlaufen dorsal der Medulla spinalis im Sulcus posterolateralis. Während ihres Weges nach kaudal erhalten die Spinalisarterien Zuflüsse von den Vertebral-, Interkostal- und Lumbalarterien, welche die Blutversorgung auf segmentaler Ebene gewährleisten.

3.1.2 Funktionen

3.1.2.1 Reflexe

Ein Reflex ist die unwillkürliche Reaktion auf einen spezifischen sensorischen Reiz, welche stets gleich verläuft. Der sensorische Reiz wird von afferenten Nervenfasern über die Medulla spinalis weitergeleitet, wo er auf efferente Fasern umgeschaltet wird. In den entsprechenden Zellen, Muskeln oder Organen wird dann die Reflexantwort ausgelöst. Dies wird als Reflexbogen bezeichnet. Die Reizantwort kann jeweils motorisch, sensibel oder vegetativ sein. Die meisten Reflexe werden unbewusst ausgelöst. Bei einer Störung im Reflexbogen erfolgt, wenn überhaupt, nur eine abgeschwächte Reflexantwort. In der Medulla spinalis finden, wie im gesamten zentralen Nervensystem, Verschaltungen zahlreicher Reflexbögen statt. Hierbei sind

besonders der monosynaptische Muskeigenreflex sowie der polysynaptische Fremdreflex zu nennen (Marcar, 2011b; Trepel, 2008). Liegen Rezeptor und Effektor im selben Organ und werden im selben Rückenmarkssegment verschaltet, spricht man von einem Eigenreflex. Beim Fremdreflex hingegen sind sie in unterschiedlichen Organen (Rohkamm, 2009).

Muskeigenreflexe

Marcar (2011b) und Trepel (2008) beschreiben Muskeigenreflexe folgendermassen: Wird der Muskel gedehnt, erfolgt eine Erregung der Muskelspindel. Die erregenden Impulse werden von den afferenten Nervenfasern des Reflexbogens in die Medulla spinalis geleitet. Die afferenten Fasern ziehen durch das Hinterhorn hindurch, um direkt an den α -Motoneuronen des gedehnten Muskels zu enden, worauf dieser kontrahiert. Dies wird als monosynaptischer Reflex bezeichnet, da nur eine Synapse beteiligt ist. In der folgenden Tabelle sind die wichtigsten Eigenreflexe aufgeführt:

Fremdreflexe

Diese Reflexe werden im Gegensatz zu den Muskeigenreflexen in mehreren Segmenten verschaltet und werden daher polysynaptisch genannt. Bei den Fremdreflexen erfolgt bei wiederholter Auslösung eine Habituation, die Reizantwort nimmt also bei gleichbleibendem Reiz stetig ab. Es zeigt sich ein bedeutend grösserer zeitlicher Abstand zwischen Reiz und Antwort als beim Muskeigenreflex. Der Fremdreflex wird im Folgenden anhand eines Beispiels erläutert: Wenn ein Mensch auf einen Nagel tritt, zieht er den Fuss sofort zurück, das heisst, er flektiert das Knie der betroffenen Seite und extendiert jenes der kontralateralen Seite, um das Gleichgewicht halten zu können (Marcar, 2011b; Rohkamm, 2009; Trepel, 2008).

| Reflex | Zuordnung zu Segment | Beschreibung |
|--|-----------------------------|--|
| Obere Extremität | | |
| Bizepssehnenreflex | (C5-)C6 | Schlag auf die Bizepssehne in der Ellenbeuge → Beugung im Ellenbogengelenk |
| Radiusperiostreflex (Brachioradialisreflex) | C6 | Schlag auf die Sehne des M. brachioradialis im distalen Drittel des Unterarms → Beugung und Pronation im Ellenbogengelenk |
| Trizepssehnenreflex | C7 | Schlag auf die Sehne des M. triceps knapp oberhalb des Ellenbogens → Streckung im Ellenbogengelenk |
| Trömmnerreflex | C8 | Schlag (mit den Fingern) auf die leicht gebeugten Fingerendglieder von palmar → Beugung in den distalen Fingergelenken |
| Untere Extremität | | |
| Kremaster-Reflex | L1-L2 | Bestreichen der Haut an der kranialen Oberschenkelinnenseite → Hebung des Hodens |
| Adduktorenreflex | L3 | Schlag auf die Sehne des M. adductor magnus knapp oberhalb des Epicondylus medialis femoris → Adduktion des Oberschenkels |
| Patellarsehnenreflex | L4 | Schlag auf die verlängerte Sehne des M. quadriceps (Patellarsehne) → Streckung im Kniegelenk |
| Tibialis-Posterior-Reflex | L5 | Schlag auf die Sehne des M. tibialis posterior unterhalb des Malleolus medialis (Fussgelenk) → Flexion und Supination des Fusses |
| Achillessehnenreflex (Triceps-surae-Reflex) | S1(-S2) | Schlag auf die Achillessehne → Plantarflexion des Fusses |

Tabelle 1: Reflextestung

3.1.3 Verletzung

3.1.3.1 Auswirkungen und Komplikationen

Eine Querschnittlähmung führt zu Veränderungen und Ausfällen verschiedener Körperfunktionen auf motorischer, sensorischer und vegetativer Ebene (Lude, 2010). Das Paraplegikerzentrum der Uniklinik Balgrist (26.01.2011) fasst diese Auswirkungen folgendermassen zusammen:

motorisch

In der Medulla spinalis befinden sich neuronale Netzwerke, die sogenannten Central Pattern Generators, kurz CPGs. Die Aufgabe der CPGs ist es, automatische, rhythmische Bewegungsmuster auszulösen. Ihnen ist es möglich, sich durch sogenannte Schrittmacherzellen zu reaktivieren, wenn sie einmal gestartet wurden (Fischer, Horstmann, Huber & Züger, 2011). Lange Zeit wurde gehofft, dass alleine durch die Anregung dieser CPGs Bewegung erzeugt werden könnte. Dies ist jedoch aufgrund der fehlenden supraspinalen Kontrolle nicht möglich. Denn für das Rückenmark unterhalb der Läsion spielt es keine Rolle, ob die Schädigung nun im Kortex oder in der cranialen Medulla spinalis selbst liegt, Inputs erreichen den Zielort in beiden Fällen nicht (Marcar, 2011c).

Je nach Läsionshöhe sind unterschiedliche Muskelgruppen von der Querschnittslähmung betroffen. Eine komplette Schädigung der Medulla spinalis auf Höhe C4 oder weiter cranialer führt zu einem Ausfall des Nervus phrenicus, welcher den wichtigsten Atemmuskel des Körpers innerviert, das Diaphragma. Somit ist eine künstliche Beatmung unumgänglich.

Regulation der Muskelaktivität

Die Aktivität der α -Motoneurone bestimmt die Stärke der Muskelkontraktion. Allerdings wird diese Aktivität von verschiedenen Faktoren beeinflusst, welche sich in zwei Hauptgruppen unterteilen lassen: die afferenten und die supraspinalen Signale. Wenn die afferenten Signale überwiegen, steigt die Aktivität der α -Motoneurone und es kommt in der Folge zu einer Spastik. Wenn die supraspinalen Signale hingegen überwiegen, steigt die Aktivität der Interneurone, was die Aktivität der α -Motoneurone wiederum hemmt. Dies hat eine Parese zur Folge (Marcar, 2011d).

sensorisch

Je nachdem, wo und wie stark die Medulla spinalis beschädigt ist, fallen verschiedene sensible Funktionen aus. Dies kann zum Beispiel Berührung-, Druck-, Vibration-, Temperatur- oder Schmerzempfindung betreffen. Allerdings kann das Auftreten von Schmerz verschiedene Gründe haben, wie zum Beispiel eine Verletzung, Heilungsprozesse in der Medulla spinalis oder Phantomschmerzen, ähnlich denen nach Amputation einer Extremität.

Aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität und der gestörten Sensibilität ist bei querschnittgelähmten Patienten die Gefahr eines Decubitus sehr hoch. Dieser tritt häufig, aufgrund fehlender Entlastung, an exponierten Stellen auf, wie im Bereich des Sacrums, der Scapula oder an den Fersen. Da die Zellen ungenügend mit Nährstoffen versorgt werden, kann es weiterführend auch zu Nekrosen, sogenannten Decubitusulcera, kommen. Diese zu behandeln ist sehr langwierig und aufwändig. Durch regelmässiges Umlagern und konsequente Hautpflege kann hier aber gut vorgebeugt werden.

vegetativ

Laut Lude (2010) werden vor allem vegetative Fehlfunktionen schnell lebensbedrohlich, wenn sie nicht oder falsch therapiert werden. Bei querschnittgelähmten Patienten ist die Temperaturregulation häufig schwierig, da das Schwitzen aufgrund des gestörten sympathischen Nervensystems unterhalb der Läsionshöhe nicht mehr möglich ist. Die Patienten weisen oft ohne ersichtlichen Grund eine erhöhte Körpertemperatur auf.

Ist die Verletzung oberhalb des fünften thoracalen Segments lokalisiert, kann es in den ersten Wochen auch zu Herzkomplikationen kommen, da die sympathische und parasympathische Wirkung auf das Herz gestört ist. Das heisst, dass es bei einer starken Reizung des Parasympathikus zu einem starken Pulsabfall kommt, welcher zu einem Herzstillstand führen kann. Deshalb ist eine engmaschige Kontrolle erforderlich, damit rechtzeitig mit Medikamenten oder eventuell sogar einem Pacemaker eingeschritten werden kann (Uniklinik Balgrist, 26.01.2011).

Das vegetative Nervensystem ist ebenfalls an der Regulation des Blutdrucks beteiligt. Bei querschnittgelähmten Patienten kann der Gefässtonus der Arterien nicht mehr richtig kontrolliert werden. Kommen die Patienten nun in die Vertikale, zum Beispiel durch Aufsitzen, kann das Blut in der unteren Extremität versacken, was eine Synkope auslösen kann. Allerdings kann diese sogenannte orthostatische Kreislaufdysregulation mit einfachem Training oder mit Medikamenten behandelt werden. Aufgrund des gestörten Rückflusses aus der unteren Extremität zum Herzen ist das Risiko einer Thrombose im venösen System und einer Lungenembolie stark erhöht. Um dies zu verhindern, werden Medikamente und Antithrombosestrümpfe als

Prophylaxe eingesetzt. Ebenfalls kann es zu einer autonomen Dysreflexie kommen, was sich mit einem sehr hohen Blutdruck mit Gesichtsrötung, Schwitzen oberhalb der Läsion oder Kopfschmerzen bemerkbar macht. In diesem Fall wird die auslösende Ursache therapiert (Uniklinik Balgrist, 26.01.2011).

Der Magen-Darmtrakt setzt sich laut der Uniklinik Balgrist (26.01.2011) aus einem gut funktionierenden komplexen Nervensystem zusammen. Dieser kann durch eine Rückenmarksverletzung stark funktionsgeschädigt werden. In der Akutphase klagen Tetraplegiker oft über Schluckbeschwerden, welche aber mit Hilfe der Facio-Oralen-Trakt-Therapie, also der FOTT, oftmals behandelt werden können. In der Frühphase einer Querschnittlähmung ist auch der Darm von der Lähmung betroffen, die Nahrung kann nicht mehr vom Mund zum Enddarm transportiert werden. Deshalb können Betroffene nur vorsichtig Nahrung zu sich nehmen. Im Verlauf steigt die Darmmotilität wieder, allerdings bleibt sie oft träge, weshalb Patienten mit Querschnittlähmung meist obstipiert sind. Wichtig ist darauf zu achten, dass eine regelmässige Darmentleerung stattfindet. Ist die Läsion unterhalb des zwölften thoracalen Segments lokalisiert, kann der Analschliessmuskel nicht mehr willkürlich angesteuert werden, wodurch er schlaff gelähmt ist. Ist die Verletzung oberhalb des zwölften Segments, kommt es häufiger zur spastischen Lähmung des Schliessmuskels.

Durch die Querschnittlähmung treten laut Bromley (2006) auch Störungen der Harnblasenentleerung auf. Restharn, welcher in der Blase verbleibt, kann starke Blasenentzündungen verursachen, wenn sich Bakterien ansammeln. Durch aufsteigende Infekte oder den Rückstau des Urins können schwere Nierenschäden verursacht werden. Laut der Homepage des Paraplegikerzentrums Nottwil (15.04.2011) war die Blasenfunktionsstörung noch bis vor wenigen Jahren eine der häufigsten Komplikationen, welche zum Tod führten. Ähnlich des Magendarmtrakts ist die Lähmung des Blasenmuskels und des Schliessmuskels unterhalb des zehnten thoracalen Segments schlaff, oberhalb dieser Läsionshöhe spastisch. Allerdings existieren viele gemischte Formen.

Bei Männern können Verletzungen der Medulla spinalis Erektions- und Ejakulationsstörungen auslösen. Bei Frauen sind die sexuellen Erregungsstörungen abhängig

von der Läsionshöhe und dem Verletzungsausmass. Ist die Lähmung oberhalb von Th6, sind die lumbosacralen Segmente noch funktionsfähig. Somit kann die Frau manuell stimuliert werden und so eine Reflexerregung auf spinaler Ebene auslösen (Bromley, 2006; Uniklinik Balgrist, 15.04.2011). Lesky (zit. nach Sturm, 1979; Winter-Klemm, 1983) fand in seiner Studie heraus, dass sich die männlichen Patienten in der Rehabilitation deutlich stärker mit dem Thema Sexualität auseinandersetzen als Frauen.

Bei einer akuten Querschnittlähmung kann es zu einer heterotopen Ossifikation, also zu Verknöcherungen in den Weichteilen, kommen. Diese ist mit Bestrahlung oder Medikamenten behandelbar. Verkürzungen des Bindegewebes der Gelenkscapseln treten ebenfalls rasch auf, wenn die Gelenke nicht bewegt werden. Besondere Beachtung sollte dabei den kleinen Gelenken, zum Beispiel jenen der Finger, geschenkt werden. Als weitere Komplikation kann Osteoporose auftreten. Diese entsteht durch die Immobilität der Gelenke und der damit verbundenen Minderdurchblutung der Knochen (Bromley, 2006; Uniklinik Balgrist, 15.04.2011).

3.1.4 Läsionshöhe

Die Läsionshöhe wird folgendermassen bestimmt: Es wird untersucht, welches das letzte und somit bezeichnende Segment ist, in welchem auf beiden Körperhälften noch die volle sensorische und motorische Funktion erhalten ist (Hüter-Becker et al., 2004). Dabei lassen sich zusätzlich folgende zwei Haupttypen unterscheiden (Bromley, 2006; Ditunno, Young, Donovan & Creasey, 1994; Lude, 2010):

3.1.4.1 Tetraplegie

Die Tetraplegie wird von Bromley (2006) als eine Abschwächung oder einen Verlust der Motorik und/oder der Sensorik in den von den cervicalen Rückenmarksegmenten innervierten Körperabschnitten aufgrund einer Rückenmarksverletzung bezeichnet. Von einer Tetraplegie ist die Rede, wenn nebst den Beinen, dem Rumpf und den Beckenorganen auch die Arme betroffen sind. Läsionen des Plexus brachialis oder Verletzungen peripherer Nerven gehören nicht dazu.

3.1.4.2 Paraplegie

Unter Paraplegie wird eine Abschwächung oder der Verlust der motorischen und/oder sensorischen Funktion in den von den thoracalen, lumbalen oder sacralen Rückenmarkssegmenten innervierten Körperabschnitten als Folge einer Verletzung neuraler Strukturen im Rückenmark verstanden. Hierbei sind die Arme nicht betroffen, je nach Läsionshöhe jedoch die Beine, der Rumpf und die Beckenorgane. Bei Verletzungen der Cauda equina und des Conus medullaris spricht man ebenfalls von einer Paraplegie. Dagegen werden Läsionen des lumbosacralen Plexus und des peripheren Nervensystems nicht dazu gezählt (Ditunno et al., 1994).

Neben den zwei Haupttypen können folgende klinische Querschnittssyndrome auftreten (American Spinal Injury Association [ASIA], 2002):

3.1.4.3 Zentromedulläre Syndrome

Das zentromedulläre Syndrom tritt praktisch nur im cervicalen Bereich auf und betrifft deshalb vor allem die oberen Extremitäten. Die sacrale Sensorik bleibt intakt.

3.1.4.4 Brown-Séquard-Syndrom

Die Patienten verlieren auf der ipsilateralen Seite der Schädigung die Propriozeption und die motorische Funktion, während sie auf der kontralateralen Seite einen Verlust der Schmerz- und Temperaturempfindung beklagen.

3.1.4.5 Vorderseitenstrangsyndrom

Hier handelt es sich um eine Läsion, bei der ein Verlust sowohl der motorischen Funktion als auch der Schmerz- und Temperaturempfindung auftreten kann, während die Propriozeption weitgehend intakt bleibt.

3.1.4.6 Konussyndrome

Konussyndrome entstehen bei Läsionen ab und unterhalb von S3 aufgrund einer Verletzung in Höhe von L1 und gehen meist einher mit Symptomen wie einer schlaffen Blasenlähmung, einer Mastdarminkontinenz, Impotenz und sensiblen Störungen in Reithosenform in den Segmenten S3-S5.

3.1.4.7 Cauda-Equina-Syndrom

Die Verletzung einer lumbosacralen Nebenwurzel im Nervenkanal resultiert in meist asymmetrisch auftretende, segmentale schlaffe Paresen und Sensibilitätsstörungen ab L4. Des Weiteren kann es zu einer Areflexie des Detrusors mit Harnverhalt und zum Verlust der kontrollierten Defäkation sowie einer erektilen Dysfunktion kommen.

3.1.5 Klassifikation

Um den Grad der Verletzung bestimmen zu können, hat die ASIA (2002) eine Klassifikation erstellt, welche in A bis E unterteilt ist. Die ASIA untersucht zudem, wo das sensorische und das motorische Level liegen, da diese nicht zwingend auf gleicher Höhe sein müssen. Dabei wird untersucht, bis wohin die sensorischen oder motorischen Funktionen erhalten sind.

A = komplette Lähmung. Dies bedeutet, dass keine sensorischen und motorischen Funktionen in den Segmenten S4-S5 mehr vorhanden sind.

B = inkomplette Lähmung. Die sensorische Funktion ist im Gegensatz zur motorischen Funktion unterhalb des neurologischen Levels der Läsion noch vorhanden und beinhaltet ebenfalls die sacralen Segmente S4-S5.

C = inkomplette Lähmung. Die motorische Funktion ist unterhalb des neurologischen Levels noch intakt und mehr als die Hälfte der Kennmuskeln haben einen Kraftgrad, der weniger als 3 beträgt.

D = inkomplette Lähmung. Die motorische Funktion ist unterhalb des Läsionslevels erhalten und mindestens der Hälfte der Kennmuskeln unterhalb des Läsionslevels haben einen Kraftgrad ≥ 3 .

E = normal. Die sensorischen und motorischen Funktionen sind normal.

Die Voraussetzung für eine Einteilung in ein Grad C oder D ist eine inkomplette Lähmung, beziehungsweise sensorische oder motorische Funktionen in den sacralen Segmenten S4-S5. Zusätzlich muss der Patient entweder willkürlich den Musculus sphincter ani kontrahieren können oder eine motorische Funktion drei Level unterhalb des motorischen Lähmungslevels aufweisen (ASIA, 2002).

3.1.5.1 komplett versus inkomplett

Laut ASIA (2002) sind zwischen inkompletten und kompletten Lähmungen zu unterscheiden. Eine Lähmung gilt als inkomplett, wenn unterhalb des Lähmungsniveaus noch motorische und/oder sensible Restfunktionen erhalten sind. Dazu müssen ebenfalls Restfunktionen der tiefen sacralen Segmente S4-S5 nachgewiesen werden können. Eine komplette Lähmung entsteht, wenn diese tiefen sacralen Segmente keine sensible oder motorische Funktion mehr aufweisen (ASIA, 2002). Zone of partial preservation, kurz ZPP, ist ein Begriff, der nur bei kompletter Schädigung benutzt wird. Er bezeichnet Dermatome und Myotome, welche caudal des neurologischen Levels liegen aber trotzdem noch teilweise innerviert bleiben. Die am weitesten caudal gelegenen Segmente mit, wenn auch sehr wenig, sensorischen oder motorischen Funktionen bezeichnen das Ausmass des ZPP. Bei der Klassifikation sollte dies ebenfalls benannt werden, indem erst die Läsionshöhe und dann das Segment inklusive Körperseite und Art der Funktion bezeichnet wird, bis in welches die ZPP reicht. Ein Patient kann zum Beispiel als komplett gelähmter C7-Tetraplegiker mit sensorischem ZPP bis Th2 bezeichnet werden (ASIA, 2002).

Grundsätzlich ist keine Querschnittlähmung mit einer anderen vergleichbar (Lude zit. nach Michel, 1999).

Je nachdem ob die Patienten komplett oder inkomplett gelähmt sind und je nach Verletzungshöhe sind verschiedene Restfunktionen noch erhalten. Dies ist entscheidend für den Grad der Selbstständigkeit, welche die Patienten noch erreichen können (Zäch und Koch, 2006).

In untenstehender Tabelle 2 sind die Läsionshöhen mit entsprechenden Kennmuskeln und Restfunktionen ersichtlich.

| Läsionshöhe | Kennmuskeln | Restfunktion |
|-----------------|---|--|
| C1-C4 | | Keine Arm- oder Handfunktion, Hochziehen der Schulter ist zum Teil möglich |
| C5 | M. biceps brachii | Positionieren der Arme (Ohne Schwerkraft), Ellenbogenflexion gut, Ellenbogenextension durch Trickbewegungen, Handmuskulatur und Handgelenk sind gelähmt, passive Funktionshand über Supination, Aussenrotation und Abduktion |
| C6 | M. extensor carpi radialis | Relativ gutes Positionieren der Arme, Ellenbogenextension durch Trickbewegung (meist leichte Supination), Handgelenksexension, dadurch aktive Funktionshand mit Lateral-, Interdigital-, Flecht-, Zylinder- und Palmargriff |
| C7 | M. triceps brachii | Positionieren wie C6, zusätzlich aktive Handgelenksflexion |
| C8 | M. flexor digitorum profundus Dig. III | Verminderte Feinmotorik |
| Th1-Th7 | M. abductor digiti minimi (Th1) | Vollständige Armfunktion, thorakale Segmente der Rumpfmuskulatur |
| Th8-Th12 | | Brust- und Bauchmuskulatur ganz oder teilweise innerviert |
| L1-L4 | | Brust- und Bauchmuskulatur, Hüft- und Kniemuskulatur innerviert |
| L5-S1 | | Brust-, Bauch-, Hüft-, Knie- und Fussmuskulatur innerviert |

Tabelle 2: Läsionshöhe und entsprechende Restfunktion

3.1.6 Ursachen

In Tabelle 3 sind die Ursachen einer Querschnittlähmung aufgeführt, unterteilt in traumatisch und nicht-traumatisch (Zäch et al., 2006).

Bezüglich der psychischen Belastung spielt es keine Rolle, ob die Rückenmarksverletzung traumatisch oder nicht-traumatisch entstanden ist (Lesky, 2001).

| Traumatisch | Krankheitsbedingt |
|------------------------------|---|
| Verkehrsunfälle | Tumore und Metastasen der Wirbelsäule |
| Sportverletzungen | Infektionen der Wirbelsäule |
| Sturzverletzungen | Nicht traumatische Störungen des Rückenmarks |
| Geburt | Infektionen und andere Entzündungen des Rückenmarks |
| Drogen | Ischämische und vaskuläre Rückenmarkerkrankungen |
| Suizidversuche | Multiple Sklerose |
| Verbrechen | Postpoliosyndrom |
| Iatrogen während Operationen | Neuro- und Skelettdegenerationen |
| Fremdverletzungen | Critical-Illness-Polyneuropathien Missbildungen |

Tabelle 3: Ursachen Querschnittlähmung

3.1.7 Epidemiologie

Es liessen sich keine genauen statistischen Daten zur Epidemiologie der Rückenmarksverletzungen finden. Schätzungen des Paraplegikerzentrums Nottwil zufolge gibt es jährlich circa 200 frisch verletzte Patienten, was bei einer präklinischen Mortalitätsrate von fünf Prozent bedeutet, dass drei Menschen pro 100'000 Einwohner eine Querschnittlähmung erleiden. Diese Zahlen entsprechen einer Hochrechnung aufgrund der veröffentlichten Zahlen über die an den schweizerischen Querschnittszentren in den Jahren 2000 bis 2003 durchgeführten Erstrehabilitationen (Felleiter et al. zit. nach "Diagnosenstatistik – Einsatz im Krankenhaus", 1992). Lude (2010) erklärt, dass die Diagnose der Querschnittlähmung noch bis vor sieben Jahrzehnten praktisch das Todesurteil bedeutete. Die Tatsache, dass Menschen mit einer Querschnittlähmung heute länger leben, ist dem Fortschritt der Medizin zu verdanken. Kontrovers diskutiert wird hingegen, ob die Lebenserwartung einer querschnittgelähmten Person jener eines Gesunden entspricht (Lude, 2010).

Wie in Abbildung 2 gezeigt wird, sind circa zwei Drittel der Patienten männlich und beim Auftreten der Querschnittlähmung zwischen zehn und 24 Jahren alt. Auffällig ist, dass es nicht viel weniger Tetraplegiker (40%) als Paraplegiker (60%) gibt. Aus anatomischen Gründen sind am häufigsten die Segmente C4-C7 und der

thoracolumbale Übergang von einer Querschnittlähmung betroffen, ersichtlich in
Abbildung 3.

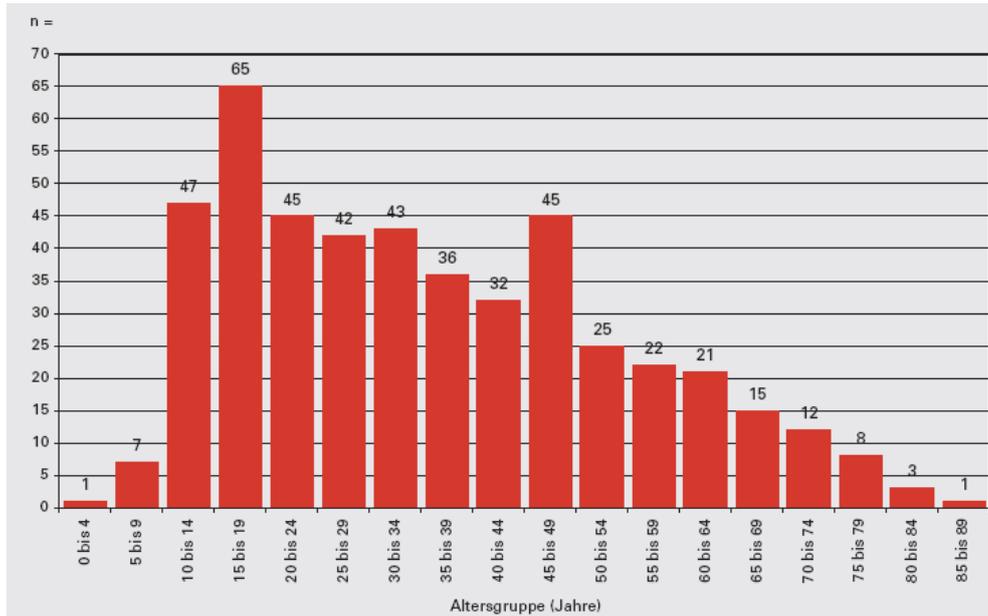


Abbildung 2: Inzidenz bei Altersgruppen

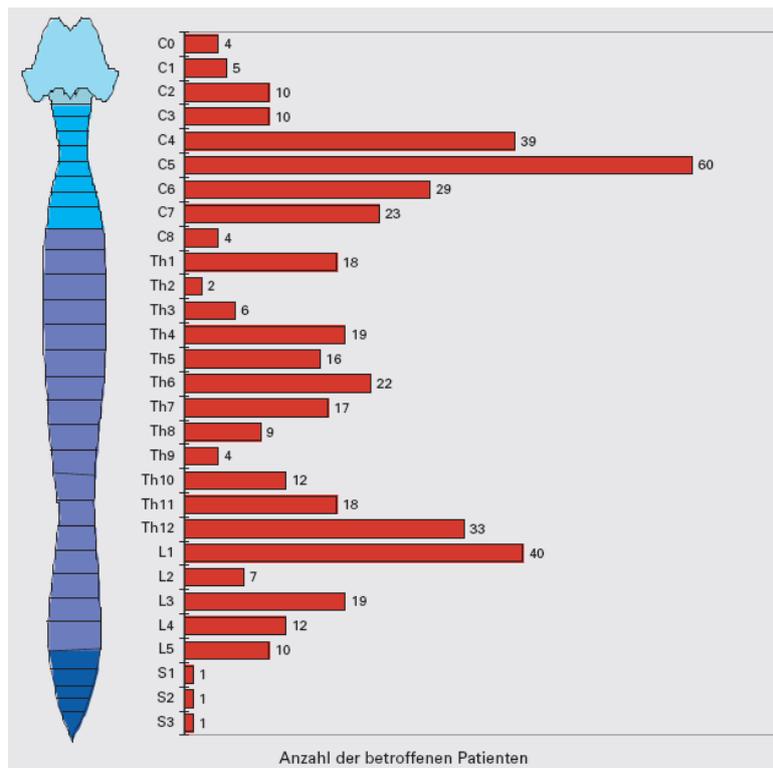


Abbildung 3: Lähmungshöhe

3.1.8 Verlauf

Wenn eine Verletzung der Medulla spinalis auftritt, kommt es laut Bromley (2006) und Hüter-Becker et al. (2004) immer zu einer kompletten oder inkompletten schlaffen Lähmung, wobei auch initial die Muskeleigenreflexe unterhalb des Lähmungsniveaus ausfallen. Dieser Vorgang wird spinaler Schock genannt. Je nachdem, wie lange das Trauma gedauert hat und wie schwerwiegend es war, variiert die Dauer des spinalen Schocks (Hüter-Becker et al., 2004). Diese Phase kann zwischen vier Wochen und sechs Monaten dauern. Meistens können die Reflexe der Extremitäten vor den Reflexen der Blase wieder ausgelöst werden. Die somatischen Reflexe S2-S4 sind durch den spinalen Schock beinahe unbeeinflusst, und auch die Conusreflexe können oft schon kurze Zeit später wieder ausgelöst werden. Eine spinale Spastik, also unkontrollierte Muskelaktivität, welche sich durch Extension/Flexion oder Zittern der betroffenen Muskelgruppe bemerkbar macht, kann im Verlauf auftreten, wenn die Schädigung innerhalb des ersten Neurons vorliegt. Diese Spastik nimmt meistens mit der Zeit zu. Nach Marcar (2011e) betrifft die Spastik vor allem die Muskulatur, welche der Schwerkraft entgegenwirkt. Somit sind an der oberen Extremität eher die Flexoren, an der unteren Extremität eher die Extensoren betroffen. Im Sinne der Schwerkraft äussert sich die Spastik stärker im Stehen als im Liegen. Die Spastik ist nicht als Hypertonus zu verstehen, denn sie ist abhängig von der Geschwindigkeit einer Bewegung. Nur bei einer schnellen Bewegung antwortet der Muskel mit einem tonischen Dehnungsreflex, da dieser übererregbar ist. Zu keiner Spastik kommt es, wenn die Cauda equina betroffen ist, da hier nur die zweiten motorischen Neuronen betroffen sind.

Eine verstärkte Spastik, die plötzlich im späteren Verlauf auftritt, kann zum Beispiel ein Hinweis sein für Harnwegsinfekte, eine schlechte Einstellung der Blasen- oder der Darmentleerung, eine Entzündung im gelähmten Körperabschnitt oder einen Decubitus (Hüter-Becker et al., 2004). Von der Spastik zu unterscheiden ist der Klonus. Dieser zeigt sich meist in unwillkürlichen rhythmischen Muskelzuckungen, welche im Unterschied zur Spastik nur durch einen dynamisch-phasischen Dehnreflex ausgelöst werden. Der Klonus ist willkürlich kaum unterdrückbar (Marcar, 2011e).

3.1.8.1 Regeneration

Bei einer Verletzung des Axons eines peripheren Nerves wird der distale Teil des Axons von Makrophagen abgebaut. Schwann-Zellen, welche Wachstumskone in die richtige Richtung dirigieren, und Mikroglia fördern das Wachstum, indem die Schwann-Zellen dem Axon als Spross dienen. Dies funktioniert bei myelinisierten Fasern besonders gut, bei unmyelinisierten hingegen nicht, da sie keine Schwann-Zellen besitzen. Sie bedienen sich deshalb so gut es geht der Schwann-Zellen der Nachbarn. Ist hingegen das Axon eines zentralen Nerven verletzt, wird der distale Teil des Axons nur langsam von Astrozyten abgebaut. Die durch die Verletzung erzeugten Hemmfaktoren verhindern das Wachstum des Axons und somit den Wiederaufbau einer Synapse. Hier arbeiten anstatt den Schwann-Zellen Oligodendrozyten, welche keine Fortsätze besitzen, die wachsen können (Marcar, 2011f). Die Querschnittslähmung ist also nicht heilbar, da beim zentralen Nervensystem keine Regeneration stattfindet (Lude zit. nach Michel, 1999).

3.1.9 Physiotherapie

3.1.9.1 Akutphase: 1-4 Wochen

In dieser Zeit ist das Hauptziel die Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit, der Vitalfunktionen sowie der Elastizität der Weichteilstrukturen. Je nachdem wie stark der Patient verletzt wurde, inklusive eventueller weiterer Verletzungen, sowie der Allgemeinzustand entscheiden über die Dauer dieser Phase. Ein Erstkontakt mit der Physiotherapie erfolgt bereits in den ersten Tagen, damit so bald wie möglich mit der Rehabilitation begonnen werden kann. Die Atmungsregulation inklusive Sekretolyse sowie die Verbesserung der Belüftung stehen im Vordergrund. Dazu kommt das eventuelle Entwöhnen vom Respirator, je nach Höhe der Läsion. Ein wichtiger Bestandteil der physiotherapeutischen Therapie ist zudem das achsengerechte passive Bewegen der Extremitäten. Es sollte wenn möglich so gestaltet werden, dass die Neuroplastizität optimal gefördert werden kann. Beim Tetraplegiker ist es so, dass die noch vorhandene Muskulatur der oberen Extremität vermehrt auch assistiv geschult wird. Das passive Bewegen ist mitunter sehr entscheidend für die Hand. Es fördert die Ausbildung einer sogenannten Funktionshand. Dies bedeutet, dass auch Tetraplegiker ohne funktionierende Motorik der Fingerflexoren einen

Faustschluss herbeiführen können, was die Selbstständigkeit erheblich erhöht. Die Patienten erhalten mindestens zweimal täglich Physiotherapie (Zäch et al., 2006).

Die Ziele in der Erstrehabilitation werden von Hüter-Becker et al. (2004) folgendermassen definiert:

- a) Keine weitere Rückenmarksschädigung und aufgehobene spinale Kompression
- b) Optimale Wirbelsäulenstabilität, -achse und -form
- c) Schmerzarme Frühmobilisation
- d) Funktionierender Entleerungsmodus bei Mastdarm- und Blasenlähmung
- e) Eingestellte Atemfunktion, eventuelle Dauerbeatmung
- f) Angepasste Hilfsmittel, falls benötigt
- g) Eingeleitete berufliche Rehabilitation
- h) Organisierte häusliche Betreuung oder Betreuung im Heim

In den Bereich der Physiotherapie gehören die Ziele c) und f).

3.1.9.2 Rehabilitationsphase

Nach der Akut- und Mobilisationsphase folgt das eigentliche Rehabilitationsprogramm. Die Rehabilitation eines Paraplegikers dauert etwa sechs Monate, jene des Tetraplegikers neun Monate. Im Vordergrund steht die aktive Mitarbeit des Patienten. Das Hauptziel der Rehabilitation ist stets, dem Patienten die maximal mögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zurückzugeben (Felleiter et al., 2004). Hierbei werden zum Beispiel Massnahmen zum Erlernen der Sitzbalance und des funktionellen Stütz, also die Übernahme des eigenen Körpergewichtes auf die Arme, angewendet, was für Para- und Tetraplegiker sehr wichtig ist. Für einen funktionellen Stütz ist wiederum die Verbesserung der Schulterstabilität eine bedeutende Voraussetzung. Für Tetraplegiker und Paraplegiker gleichermassen sind unter anderem das Erlernen und Üben von Bewegungsübergängen und Transfers, wie zum Beispiel der Rollstuhl-Boden-Rollstuhl-Transfer, eine Verbesserung der

Rumpfstabilität und des Gleichgewichts wichtige Schritte in Richtung Selbstständigkeit. Wichtig ist, dass sämtliche Massnahmen den Bedürfnissen des jeweiligen Patienten angepasst werden (Zäch et al., 2006).

Im Schweizerischen Paraplegikerzentrum Nottwil werden laut Zäch et al. (2006) zum Beispiel folgende physiotherapeutischen Interventionen angewandt, um die obengenannten Ziele zu erreichen:

- a) Therapie auf neurophysiologischer Basis
- b) Manuelle Techniken
- c) Lokomotionstraining auf dem Laufband
- d) Wassertherapie
- e) Funktionelle und therapeutische Elektrostimulation

3.1.9.3 Langzeitbehandlung

Auch nach der Rehabilitation ist die Betreuung nicht abgeschlossen. Eine Querschnittlähmung ist laut Hüter-Becker et al. (2004) mit vielen potentiellen Komplikationen verbunden, die auch ein Leben lang noch auftreten können:

- a) Heterotope Ossifikation
- b) Komplikationen der Nieren und der harnableitenden Wege, zum Beispiel Harnwegsinfekte
- c) Kontrakturen
- d) Osteoporose
- e) Decubitus
- f) Skoliose
- g) Schmerzsyndrome
- h) Respiratorische Probleme bei Tetraplegikern
- i) Syrinxentwicklung
- j) Vegetative Probleme, beispielsweise niedriger Blutdruck

Laut Felleiter et al. (2004) und Zäch et al. (2006) ist eine umfassende und kontinuierliche ambulatorische Betreuung durch ein interdisziplinäres Team unabdinglich. Das Ziel ist hierbei langsam progrediente Schädigungen frühzeitig zu behandeln beziehungsweise mit frühzeitig eingesetzten prophylaktischen Massnahmen zu verhindern. Die Kontrolluntersuchungen erfolgen je nach Institution in unterschiedlichen Zeitabständen, bei Notfallsituationen ist jedoch in allen Fällen eine sofortige Versorgung gewährleistet.

3.2 Therapeutische Kommunikation

Bereits vor gut zehn Jahren wurde die Interaktion zwischen Patient und Physiotherapeut als zentral in der physiotherapeutischen Behandlung erachtet (Gyllensten, Gard, Salford & Ekdahl, 1999). Auch Talvitie et al. (2002) machen darauf aufmerksam, dass in einer physiotherapeutischen Behandlung nicht nur die Handlung und die technische Ausführung von grosser Bedeutung sind, sondern auch der kommunikative Aspekt. In der heutigen Zeit wird die Kommunikation gar als Schlüssel zum Therapieerfolg gewertet (Dehn-Hindenberg, 2008a).

Im Folgenden werden zuerst allgemeine Grundsätze der therapeutischen Kommunikation in der Physiotherapie erläutert und anschliessend spezifisch darauf eingegangen, was bei querschnittgelähmten Patienten besonders beachtet werden muss.

3.2.1 Begriffsdefinition

Eine therapeutische Kommunikation findet laut Dehn-Hindenberg (2008b) dann statt, wenn die persönlichen Bedürfnisse des Patienten sowie psychosoziale Aspekte besprochen werden und der Therapeut dabei beratend zur Seite steht. Beispiele dafür sind der Umgang mit der Krankheit und deren Bewältigungsstrategien oder das Besprechen des Therapieverlaufs. Es gibt zentrale Einflussfaktoren auf die therapeutische Kommunikation (Dehn-Hindenberg, 2008b):

- a) Emotionale Inhalte, wie Bedürfnisse und Erwartungen, je nach Grad der Hilflosigkeit.

- b) Beziehungsaspekte, wodurch die Interaktion und das Rollenverständnis determiniert werden.
- c) Sachinhalte, die durch die Besonderheit der Situation nicht immer eindeutig entschlüsselt und/oder auf unterschiedlichen Sprachebenen vermittelt werden. Dies beinhaltet zum Beispiel die medizinische Fachsprache oder die emotionale Darstellung des Befindens.
- d) Appelle, die von den üblichen Erwartungen abweichen und auf geringe Akzeptanz treffen, beispielsweise Änderungsvorschläge bezüglich der Lebensweise.
- e) Einflüsse der jeweiligen Strukturbegebenheit, zum Beispiel Mehrbettzimmer.

3.2.2 Arten der Kommunikation

Laut von Gyllensten et al. (1999) und Roberts et al. (2007) setzt sich die Kommunikation aus verbalen und nonverbalen Aspekten zusammen. Deshalb ist es wichtig, nicht nur zu beachten, was gesagt wird, sondern auch, wie es gesagt wird. Dabei wird der nonverbalen Kommunikation mehr Bedeutung beigemessen als der verbalen Kommunikation.

3.2.2.1 Nonverbale Kommunikation

Die vier Schlüsselbegriffe der nonverbalen Kommunikation sind gemäss Groothuis (2000) der Blickkontakt, die Körperhaltung, der Gesichtsausdruck und die Gestik. Diese werden im Folgenden näher beschrieben.

Blickkontakt

Durch einen natürlichen Blickkontakt kann Interesse am Patienten signalisiert werden. Dabei sollte nicht gestarrt werden, da dies die andere Person verunsichern könnte. An den Augen des Gesprächspartners kann viel abgelesen werden. Während des gesamten Gesprächs ist es wichtig, mit dem Blick in der Nähe des Patienten zu verweilen. Es sollte nicht aus dem Fenster oder nach hinten respektive auf den Boden geschaut werden.

Körperhaltung

Das Interesse am Gesagten des Patienten kann durch eine entspannte Haltung bekundet werden. Damit ist ein leichtes Vorbeugen beim Sitzen gemeint. Durch die entspannte Haltung kann man sich besser auf das Gespräch konzentrieren, man hört mehr und besser zu.

Gesichtsausdruck

Der Patient kann am Gesichtsausdruck den Grad der Aufmerksamkeit entnehmen. Der Gesichtsausdruck des Therapeuten sollte Empathie widerspiegeln. Dies geschieht meist unbewusst. Wenn dies vom Gegenüber wahrgenommen wird, bemerkt er das vorhandene Interesse und spricht weiter.

Gestik

Gesten sagen sehr viel aus, allerdings müssen sie zurückhaltend eingesetzt werden, da sie sonst den Patienten ablenken. Wenn damit nicht signalisiert werden kann, dass man aktiv zuhört oder wenn sie nicht nötig sind, sollten die Hände auf den Oberschenkeln oder dem Tisch platziert werden.

3.2.3 Bedeutung und Wirkung der therapeutischen Kommunikation

Kommunikation ist der wichtigste praktische Aspekt, den Menschen im Gesundheitswesen beherrschen müssen. Die Kommunikation hat einen massgebenden Einfluss auf die Therapeut-Patient-Beziehung (Roberts et al., 2007). Die Patienten gewichten die Qualität einer Therapeut-Patient-Beziehung sehr hoch und sind enttäuscht von Therapeuten, die sich auf kein persönliches Level mit ihnen einlassen. Unterstützende und stärkende Beziehungen können die Rehabilitation positiv beeinflussen (Palmadottir, 2006). Demnach wird die Art und Weise des Umgangs mit den Patienten als Ausdruck für Fachkompetenz gewertet (Dehn-Hindenberg, 2008a).

Wirkung von Kommunikation

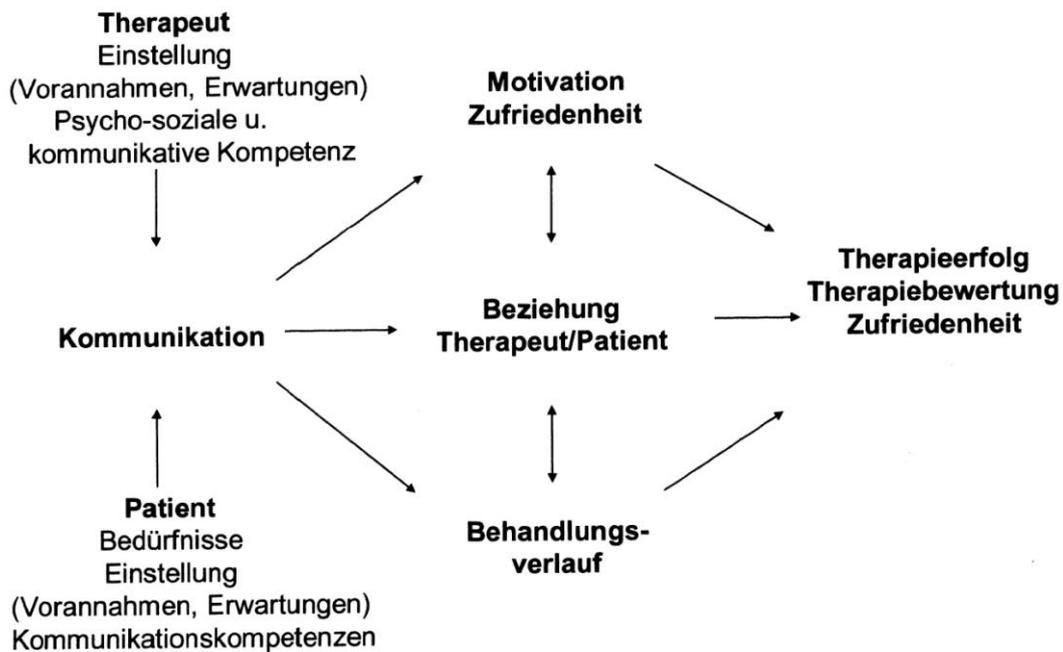


Abbildung 4: Wirkung der Kommunikation

Die Abbildung 4 verdeutlicht die Wirkung therapeutischer Kommunikation. Das Ziel der Kommunikation ist es, sich ein umfassendes Bild des Patienten machen zu können, sowie gemeinsam mit dem Patienten die Ziele und den Verlauf der Therapie festzulegen. Um eine geeignete Therapie durchzuführen, ist es wichtig, den Hintergrund und das Umfeld des Patienten in Erfahrung zu bringen (Dehn-Hindenberg zit. nach Bird & Cohen-Cole, 1990; Nagel, 2001).

Das Eingehen auf den Patienten und seine kognitiven und emotionalen Bedürfnisse schaffen ein gutes Vertrauensverhältnis. Des Weiteren ist eine gute Patient-Education Voraussetzung, damit der Patient seine Krankheit versteht und den Sinn der Behandlungsmassnahmen erkennt (Dehn-Hindenberg zit. nach Bird & Cohen-Cole, 1990; Nagel, 2001).

3.2.4 Entwicklung in der Kommunikation: Patient-Centred Practice

In den letzten 50 Jahren hat sich die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient massgeblich verändert.

Früher wurde ein paternalistisches Modell angewandt. Dieses ist in Abbildung 5 zu sehen. Dabei wurde der Patient weder über seine Krankheit genügend aufgeklärt, noch durfte er im Entscheidungsprozess eine aktive Rolle übernehmen. Die Bedürfnisse des Patienten spielten hier keine grosse Rolle (Dehn-Hindenberg, 2008b, 2010).

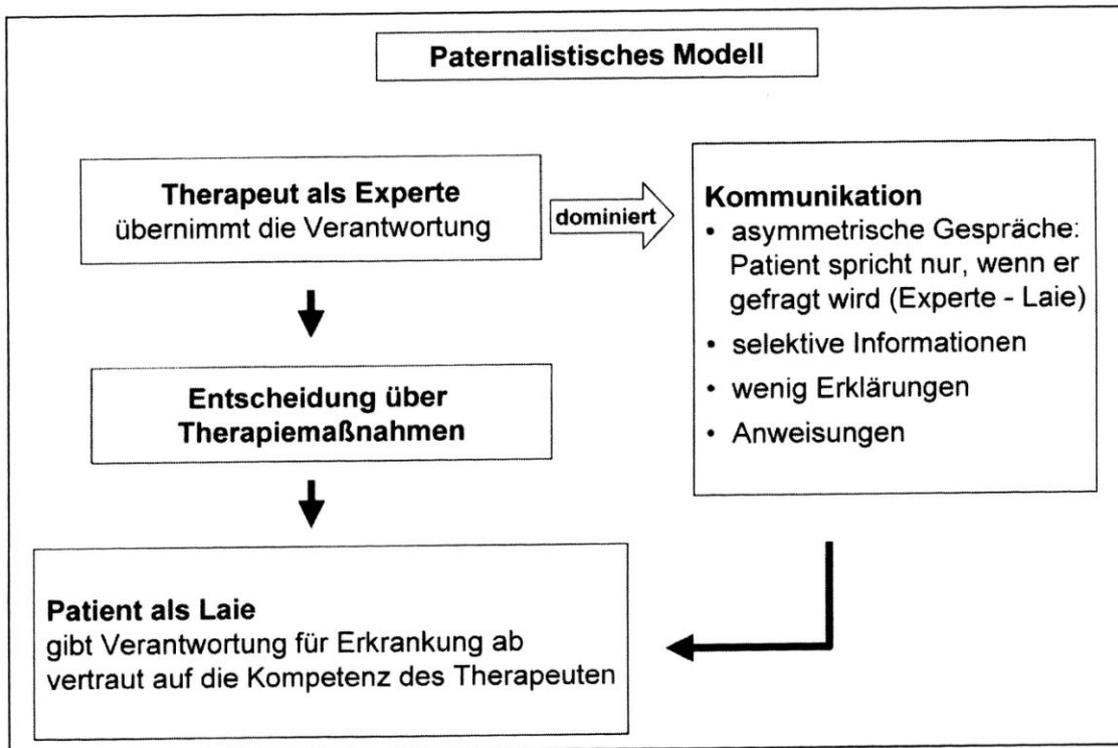


Abbildung 5: Paternalistisches Modell

Dieses Modell wurde vom partizipativen Modell abgelöst, dargestellt in Abbildung 6. Dieses bezieht den Patienten mit ein und fordert eine aktive Rolle von ihm. Grundbegriffe dieses Modells sind die Compliance und die Adherence (Dehn-Hindenberg, 2008b).

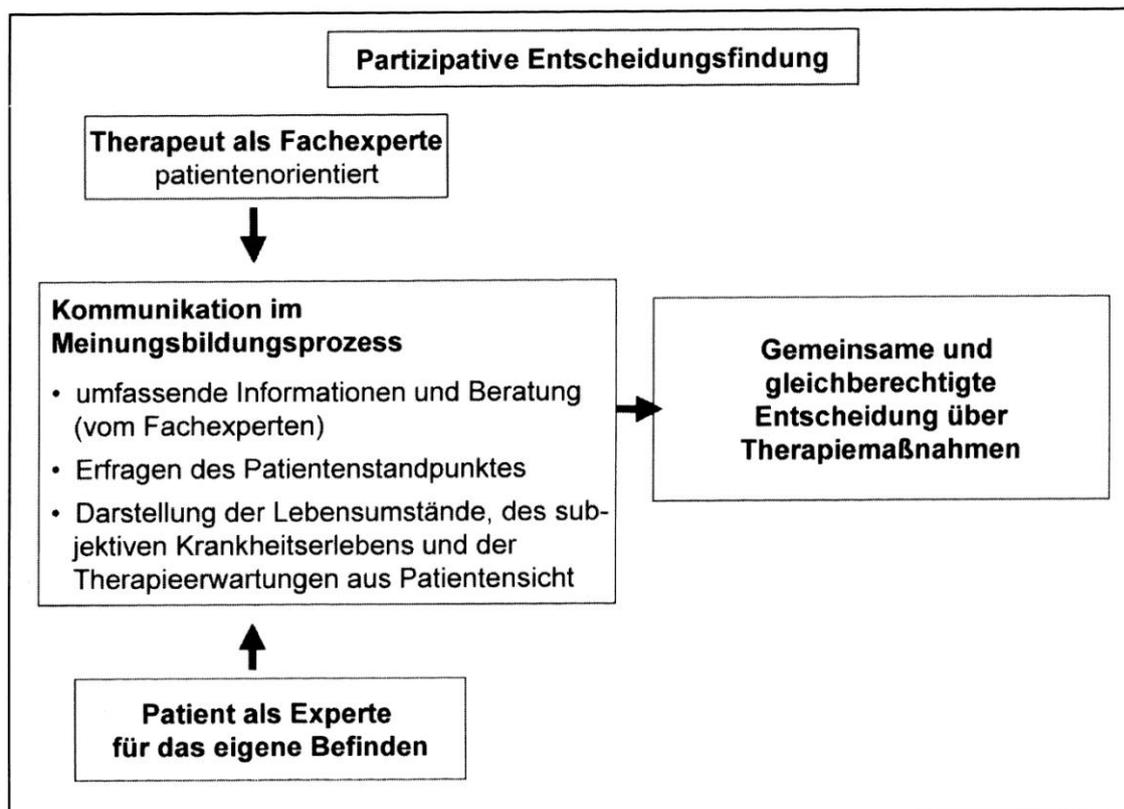


Abbildung 6: Partizipatives Modell

Die Compliance bezeichnet eine gute Kooperation des Patienten während der Behandlung. Eine gute Compliance zeigt sich beispielsweise in der Durchführung des gezeigten Heimprogramms und der Annahme von Ratschlägen bezüglich der Therapie (Rappold, 2009).

Die Adherence bezieht sich auf die aktive Mitgestaltung des Patienten bezüglich des Therapiesgeschehens, um die gemeinsam gesetzten Therapieziele zu erreichen. Dies geschieht immer unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse und allfälliger Faktoren, die den Patienten bei der Zielerreichung behindern könnten (Rappold, 2009).

Die partizipative Entscheidungsfindung sagt laut Dehn-Hindenberg (2010) aus, dass der Patient und der Therapeut gleichberechtigt sind. Somit tragen beide die gleiche Verantwortung bezüglich Entscheidungen und Realisierung der Therapie. In evidenzbasierten Studien ist vermehrt vom Konzept der Patient-Centred Practice die Rede, was in etwa dem partizipativen Modell entspricht (Palmadottir, 2006; Roberts et al. zit. nach Ong & Hooper, 2006; Talvitie et al. zit. nach Beeston & Simons, 1996). Laut

Palmadottir (2006) ist die Patient-Centred Practice zu einem zentralen Konzept geworden in der Ergotherapie, was sich auch auf die Physiotherapie übertragen lässt. Weitere Ausführungen dazu in Abschnitt 4.2 Studienresultate.

3.2.5 Arten der Therapeut-Patient-Beziehung

In ihrer Studie von 2006 untersuchte Palmadottir die Arten verschiedener Therapeut-Patient-Beziehungen. Sie fand sieben Dimensionen, die charakteristisch für die Therapeut-Patient-Beziehung sind. Diese werden im Folgenden erläutert.

1. Dimension: Interesse

Therapeuten werden als warmherzig, taktvoll und aufmerksam bezüglich der Patientenbedürfnisse bezeichnet. Die Therapeuten treffen alle Hauptentscheidungen und es scheint so, als ob sie den Patienten ein Gefühl der Sicherheit, Zufriedenheit und Unterstützung vermitteln wollen, ohne sie in eine Richtung zu drängen. Die Patienten sehen sich selbst als abhängige und passive Empfänger guter Betreuung. Sie vertrauen den Therapeuten und sind ihnen sehr dankbar.

2. Dimension: Richtungsweisung

Die Patienten empfinden den Therapeuten als klare Führungsperson, welche die meisten Entscheidungen trifft. Die Patienten haben eine eher passive Rolle. Im Gegensatz zur ersten Dimension ist der Therapeut viel fordernder gegenüber den Patienten. Meistens entscheidet der Therapeut oder schlägt zumindest vor, welche Übungen die Patienten machen sollen. Den Patienten ist es jedoch freigestellt, die Übung abzulehnen. Der Therapeut ermuntert die Patienten häufig auch, sich am Entscheidungsprozess zu beteiligen, wobei sie nicht immer in der Lage dazu sind. Die Kontrolle durch den Therapeuten ergibt sich entweder automatisch oder die Patienten wollen es explizit so. Die Patienten sind in beiden Fällen zufrieden und vertrauen dem Therapeuten, überzeugt, dass sich dieser für sie interessiert und weiss, was das Beste für sie ist. Obwohl diese Art der Beziehung nicht sehr nah ist, haben die Patienten das Gefühl, dass sie jederzeit den Therapeuten um Rat fragen und auch selbst Übungen vorschlagen können.

3. Dimension: Kameradschaft

Diese Dimension zeichnet sich durch Gleichberechtigung der Patienten und Therapeuten aus. Die Patienten fühlen sich dem Therapeuten sehr verbunden und sehen sich nicht in der Patientenrolle, obwohl eine gewisse Abhängigkeit vom Therapeuten besteht. Fakt ist, dass einige Patienten auch nach Beendung der Rehabilitation noch in Kontakt mit ihren Therapeuten bleiben. Die Patienten beschreiben ihre Beziehung zum Therapeuten als entspannend und natürlich, basierend auf gegenseitiger Achtung, Einbezug und Austausch persönlicher Erfahrungen. Der Therapeut wird trotzdem als derjenige empfunden, der mehr Einfluss auf die Entwicklung der Therapeut-Patient-Beziehung hat. Wenn die Patienten ihn beschreiben müssen, gebrauchen sie häufig die Bezeichnung „guter Freund“, zu dem sie jederzeit mit persönlichen Belangen kommen dürfen. In der Kameradschaft-Dimension werden Entscheidungen gemeinsam getroffen. Den Patienten ist es sehr wichtig, klar definierte Ziele zu haben, bei deren Definition sie auch mitwirken dürfen. Diese Art der Beziehung wird in der Praxis am meisten erlebt von Patienten, in Kombination mit anderen Beziehungsarten.

4. Dimension: Führung

Hier bestimmt der Patient die Richtung und setzt die Therapieziele. Er übernimmt die Initiative und Verantwortung. Die Werte des Patienten gelten als Führungsprinzipien, die vom Therapeuten respektiert werden, solange keine Gefahr für den Patienten besteht. Es zeigt sich jedoch häufig, dass der Patient zuerst Rücksprache mit dem Therapeuten nimmt, bevor Ersterer etwas ausprobiert. Der Therapeut ist in der Rolle des Beraters, der dem Patienten hilft, dessen Therapieziele zu erreichen, ohne dabei das subjektive Gefühl des Patienten für Verantwortung und Macht zu limitieren. Die Beratung des Therapeuten bezieht sich sowohl auf praktische Belange als auch auf emotionale Konflikte. Ähnlich wie bei der dritten Dimension fühlen sich auch hier die Patienten eng mit dem Therapeuten verbunden. Die Beziehung ist vergleichbar mit einer Freundschaft, basierend auf Gleichberechtigung und Wärme.

5. Dimension: Zusammenschluss

In dieser Dimension wird die Beziehung von Therapeut und Patient als sehr erfolgsversprechend angesehen. Beide Parteien arbeiten zusammen, definieren

gemeinsame Therapieziele und lösen Probleme, die beiden wichtig sind. Die Aufgaben werden gleichmässig verteilt, wobei auch die Verantwortung in den Händen der Patienten und des Therapeuten gleichermaßen liegt. Das Therapieergebnis hat eine zweifache Wirkung, einerseits können die Patienten die Handhabung therapeutischer Techniken erwerben und andererseits erlangt der Therapeut mehr Wissen, Kompetenz und Erfahrung. Die Beziehung wird von den Patienten als nahe und informell empfunden, charakterisiert durch ein hohes Mass an Selbstvertrauen und die Wahrnehmung des Wertes und der Fähigkeiten beider Parteien.

6. Dimension: Abstand

Diese Dimension ist geprägt durch fehlende Nähe und wenig Kontakt. Der Therapeut zeigt wenig Interesse an der Interaktion mit den Patienten. Jene Patienten, welche diese Art der Therapeut-Patient-Beziehung erfahren, bezeichnen die Interaktion dennoch weder als negativ noch bekunden sie eine persönliche Ablehnung gegenüber dem Therapeuten. Letzterer wird als passiv bezeichnet, das heisst, dass die Patienten nicht die Information von ihm erhalten, die sie brauchen würden in der Therapie. Auch persönliche Belange können die Patienten nicht mit dem Therapeuten besprechen. Trotz der passiven Rolle, oder gerade deswegen, können sich die Patienten gut in die Behandlung einbringen.

7. Dimension: Ablehnung

Auch negative oder gar zerstörende Beziehungen zwischen Therapeut und Patient werden erfahren. Diesen Interaktionen mangelt es an Interesse und Vertrauen. Hier befindet sich der Therapeut in einer überlegenen Position, von der er auf den Patienten hinabschaut und kümmert sich nicht um dessen Gefühle. Diese Art der Beziehung wurde nur bei Aushilfstherapeuten erfahren. Während einige Patienten die Therapie hier abbrechen, fühlen sich die etwas dickköpfigeren erst recht dazu angespornt, doch noch einige Fertigkeiten aus der Therapie zu lernen.

Die ersten fünf Dimensionen wurden von den Patienten als positiv, die letzten zwei als negativ empfunden. Grundsätzlich waren aber alle Patienten, insgesamt 20 Teilnehmer, zufrieden mit der Therapeut-Patient-Beziehung (Palmadottir, 2006).

Diese Studie verdeutlicht sehr gut, auf welche verschiedene Arten Beziehungen zwischen Therapeuten und Patienten entstehen können und unterstreicht die Wichtigkeit des sozialen Aspekts. Anhand der grossen Zufriedenheit praktisch aller Patienten lässt sich ableiten, dass es keine bestimmte Regel gibt, in welchem Verhältnis der Therapeut und sein Patient zueinander stehen sollten. Dies hängt sehr von den jeweiligen Bedürfnissen der Individuen ab.

3.2.6 Bedürfnisse in einer Therapeut-Patient-Beziehung und Auswirkungen auf den Therapieerfolg

Die Therapie soll auf die individuellen Bedürfnisse und Interessen des Patienten abgestimmt werden (Dehn-Hindenberg, 2008b, 2010). Wie wichtig die Bedürfnisse des Patienten sind, verdeutlicht das in Abbildung 7 dargestellte biopsychosoziale Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health, kurz ICF, welches im Jahre 2001 von der World Health Organisation eingeführt wurde (Weber, 2008).

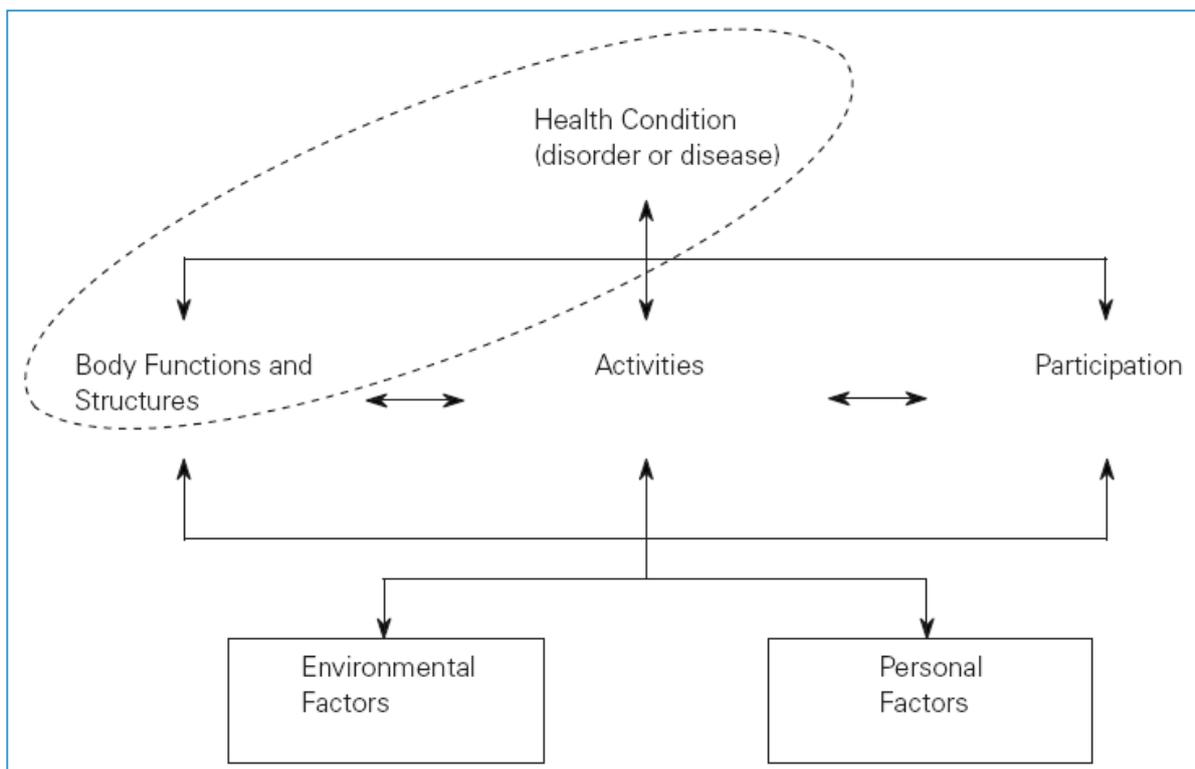


Abbildung 7: ICF

Dieses löste das biomedizinische Modell ab, welches laut Talvitie et al. (zit. nach Thornquist, 1994) symptomorientiert war und vorwiegend die physischen Komponenten einbezog (in Abbildung 7 dargestellt mit der gestrichelten Linie). Die Ergänzung des biomedizinischen Modells durch die umwelt- und personenbezogenen Faktoren lässt laut Weber (zit. nach Stucki, Reinhardt, Grimby & Melvin, 2007) eine patientenorientierte Ergebnismessung zu.

Laut Dehn-Hindenberg (2008a, 2009) spiegeln folgende Faktoren die zentralen Bedürfnisse der Patienten an die Therapeut-Patient-Beziehung wider: Empathie, Eingehen auf persönliche Bedürfnisse, eine gemeinsame Therapieplanung, wobei der Therapeut die späteren Behandlungsmethoden selbst bestimmt, gute Patient-Education, Vertrauen und Ruhe während der Behandlung. Auch Hall et al. (zit. nach McKinstry, Ashcroft, Car, Freeman & Sheikh, 2006) streichen besonders das Vertrauen hervor, welches sie als umfassendes Merkmal einer Therapie bezeichnen. Sie erklären weiter, dass das Vertrauen eines Patienten in seinen Therapeuten sich weiterführend positiv auf die Symptome und die Lebensqualität auswirkt. Dies wiederum führe zu einem besseren Therapieerfolg.

Auch viele Physiotherapeuten vertreten die Ansicht, dass nebst der medizinischen Komponente die Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Therapeuten die Basis in einer Therapeut-Patient-Beziehung bildet. Als wichtige Bestandteile der Kommunikation werden Empathie, Respekt, Bescheidenheit, Verbundenheit, Teilnahme und Engagement genannt. Ausserdem ist es wichtig, dem Patienten zuzuhören und sich ein gesamtheitliches Bild von seiner Situation zu verschaffen, um in dort abholen zu können, wo er steht (Gyllensten et al., 1999). Palmadottir (zit nach Halstead, 2001; Thorne, Harris, Mahoney, Con & McGuinness, 2004) ist der Meinung, dass therapeutische Charakterzüge wie Mitgefühl, Fürsorge, Empathie und aktives Zuhören das Ergebnis einer Rehabilitation verbessern.

Um den Bedürfnissen, die an eine therapeutische Kommunikation gestellt werden, gerecht zu werden, sollte ein Physiotherapeut über eine hochwertige Sozialkompetenz verfügen (Dehn-Hindenberg, 2008a). Eine gezielte Aus- und Weiter-

bildung ist unumgänglich, damit die Therapeuten ihre sozialen und kommunikativen Kompetenzen trainieren können (Roberts et al., 2007).

Ausserdem muss eine Fachperson im Gesundheitswesen laut Dehn-Hindenberg (2010) viel Motivation mitbringen. Sie soll den Patienten anregen, den Weg bis zum gewünschten Ziel zu gehen und so ein Erfolgserlebnis zu haben. Dies ist sehr bedeutend für den Patienten, stellt jedoch meist eine schwierige Aufgabe für das Personal dar.

Weitere Erläuterungen zu Bedürfnissen in einer Therapeut-Patient-Beziehung und den Auswirkungen auf den Therapieerfolg sind im Abschnitt 4.2 Studienresultate dargestellt.

3.2.7 Kommunikation im Umgang mit querschnittgelähmten

Patienten

Die in Abschnitt 3.2.6 genannten Bedürfnisse decken sich besonders mit jenen von traumatischen Patienten. Bei Patienten mit Querschnittlähmung können besondere Herausforderungen an die Therapeut-Patient-Beziehung vorliegen: DeSantis et al. (zit. nach Tucker, 1980) bezeichnen eine Querschnittlähmung als lebensveränderndes Ereignis, das meist mit Trauer des Betroffenen verbunden ist, sei es als Reaktion auf den Verlust oder als Teil des Heilungsprozesses. Gefühle wie Wut, Angst sowie ein geringes Selbstbewusstsein können nach diesem traumatischen Ereignis vorhanden sein.

Laut Lude (zit. nach Siller, 1969) wurde eine Depression lange Zeit als zwangsläufig auftretende und unvermeidbare Reaktion nach dem Eintreten einer Querschnittlähmung angesehen. Tatsächlich kann aber nur bei einem Drittel der Betroffenen von einer depressiven Symptomatik gesprochen werden (Lude zit. nach Frank, Kashani, Wonderlich, Lising & Viso, 1985; Fullerton, Harvey Klein & Howell, 1981). Trotz dem grossen medizinischen Fortschritt wird jedoch noch heute angenommen, dass eine Querschnittlähmung mehrheitlich negative Gefühle und Reaktionen bei Betroffenen auslöst. Dabei wird vergessen, dass Gefühle wie Scham, Zweifel oder Angst normale Reaktionen sind (Lude, 2010). In der Akutphase ist es für den Patienten noch

praktisch unmöglich, das Ausmass und die Bedeutung der neuen Situation zu erfassen (Lesky, 2005). Die Rehabilitation querschnittgelähmter Patienten beinhaltet laut Lesky (2001) deshalb nebst den physischen Belangen auch die psychische Verarbeitung, weshalb psychologische Betreuung immer angeboten wird. Dies bestätigt auch U. Büchli (Expertenbefragung, 27. Januar 2011), sie fügt jedoch an, dass viele querschnittgelähmte Patienten keine psychologische Hilfe in Anspruch nehmen. Sie möchten stattdessen so viel Therapie wie möglich, um das Maximum aus ihrer physischen Situation herauszuholen. Daher spielen für sie vor allem die Physio- und Ergotherapeuten eine zentrale Rolle in der Rehabilitation. U. Büchli (Expertenbefragung, 27. Januar 2011), Lesky (zit. nach Lude-Sigrist, 2002) und Lude (2010) begründen dies mit dem sogenannten Airbag-Effekt. Dies bedeutet, dass sich die querschnittgelähmten Patienten nicht nur mit der neuen Situation abfinden und depressiv sind, sondern dass sie aktiv versuchen, damit umzugehen und das Bestmögliche herauszuholen. Es setzt also eine starke Mobilisierung psychischer Ressourcen ein. Diese Überlebensreaktion kann mit einem Airbag verglichen werden und ist für einen querschnittgelähmten Patienten sehr bedeutsam für dessen Bewältigung der neuen Situation. Die Hoffnung auf Besserung ihres Zustandes besteht laut Lesky (2001) bei der Mehrheit der Betroffenen und ist ein zentraler Motivationsfaktor. In seiner Studie von 2001 fand Lesky heraus, dass viele Patienten sehr bedrückt oder verärgert sind, wenn ihnen jemand versucht, die Hoffnung zu nehmen. Daher empfiehlt Lesky (2005) dem medizinischen Personal, den Patienten diese Hoffnung zu lassen, jedoch ohne ihnen Illusionen zu vermitteln.

Laut DeSantis et al. (zit. nach Buckelew et al., 1991) bedeutet der Umgang mit querschnittgelähmten Menschen für das betreuende Team eine schwierige psychologische Herausforderungen, gerade weil das Verhalten des Teams das Ergebnis einer Rehabilitation massgeblich beeinflusst. Dies schliesst auch Physiotherapeuten mit ein, die in der Rehabilitation eine zentrale Rolle für die Patienten spielen (U. Büchli, Expertenbefragung, 27. Januar 2011).

Querschnittgelähmte Patienten schätzen jene Therapeuten, die sie als gleichwertige Person behandeln und nicht als körperlich benachteiligte. Die Patienten möchten als Partner anerkannt und in den Entscheidungsprozess eingebunden werden. Ein

direkter und offener Kommunikationsstil wird als positiv gewertet. Ausserdem finden es die Betroffenen angenehmer, wenn die Therapie in einem persönlichen Rahmen stattfindet und sich so ein freundschaftliches Verhältnis ergibt. Ein Physiotherapeut sollte vor allem auch eine unterstützende Rolle einnehmen, dem Patienten zuhören und auf dessen Belange eingehen (Hammell zit. nach Lucke, 1999). Das verminderte Selbstwertgefühl der Patienten ist in der Bewältigung der Behinderung von grundlegender Bedeutung (Lesky, 2001). Es ist hilfreich, den Patienten zu vermitteln, dass sich ihr „Wert“ nicht aufgrund der Verletzung verändert hat (Motha et al. zit. nach Bassett, 1984; Brackett, Condon & Kindelan, 1984). Hammell (zit. nach Hutchinson & Kleiber, 2000) schlussfolgert, dass das Rehabilitationsteam den Patienten mit Querschnittlähmung einen alternativen Rahmen bieten soll, in welchem Letztere sich selbst und ihre Möglichkeiten für die Zukunft auf eine neue und erweiterte Weise sehen können.

3.3 Studien

| Autoren | Jahr | Titel | Design | Stichprobe | Resultate |
|---------------------------|------|---|--|------------------------------------|--|
| Roberts, L. et al. | 2007 | Communicating With Patients: What Happens in Practice? | PAR | 7 Physio-therapeuten, 21 Patienten | Verbale Kommunikation : doppelt so viel von Physiotherapeuten. (52% davon Inhaltsführung) Nonverbale Kommunikation: Berührung durch Therapeuten, Augenkontakt der Patienten |
| Palmadottir, G. | 2006 | Client-Therapist Relationships: Experiences of Occupational Therapy Clients in Rehabilitation | A qualitative study, descriptive study | 20 Patienten | Grosse Zufriedenheit in der Therapeut-Patient-Beziehung. Die drei Dimensionen, die Rolle des Therapeuten, Macht und Beziehung sind entscheidend. |
| Hall, A. M. et al. | 2010 | The Influence of the Therapist-Patient Relationship in Physical Rehabilitation: A Systematic Review | Review of prospective studies | 13 Studien | Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient scheint einen positiven Einfluss auf das Behandlungsergebnis in der physikalischen Rehabilitation zu haben. |

Fortsetzung Studienmatrix

| Autoren | Jahr | Titel | Design | Stichprobe | Resultate |
|-------------------------------|-------------|---|---------------|---|---|
| Dehn-Hindenberg A. | 2009 | Versorgungsqualität aus der Nutzerperspektive: Der Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Bedürfnisse der Patienten im Kontext patientenorientierter Interaktion | PAR | 647 Patienten der Physio- und Ergotherapie, Logopädie | Kommunikation hat einen Einfluss auf alle Ergebnisvariablen der therapeutischen Behandlung. Das Gesundheitsempfinden der Patienten wird mit zunehmendem Alter in Verbindung mit Verhalten der Therapeuten gebracht. Besondere Förderung der Eigeninitiative und aktiven Rolle des Patienten sind wichtig. Voraussetzungen sind ein umfassendes Wissen und eine hochwertige Handlungskompetenz in den Bereichen patientenorientierter Informationen, Erklärungen und Empathiefähigkeit. Weibliche Patienten legen Wert auf psycho-emotionale Kriterien. Eine gemeinsame Vertrauens- und Verständigungsbasis ist notwendig. |

Fortsetzung Studienmatrix

| Autoren | Jahr | Titel | Design | Stichprobe | Resultate |
|--------------------------------|-------------|---|---------------|---|---|
| Dehn- Hindenberg A. | 2008 | Qualität aus Patientensicht: Kommunikation, Vertrauen und die Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse sind der Schlüssel zum Therapieerfolg | PAR | 647 Patienten der Physio- und Ergotherapie, Logopädie | Empathisches Verhalten und eine den individuellen Bedürfnissen angepasste Therapie-/Übungsauswahl sind Voraussetzungen. Zusammen werden lediglich die Therapieziele festgelegt, Therapiemethodik und – interventionen werden vom Therapeuten bestimmt. Verständliche Kommunikation, Abstimmung der Patientenerwartungen/-bedürfnissen mit therapeutischen Möglichkeiten und die Einbeziehung der Patienten in die Therapieplanung. -> Hohe Sozialkompetenz. Eine gemeinsame Vertrauens- und Verständigungsbasis sind notwendig. Umfassende Informationen. |
| Lesky, J. | 2001 | Bedürfnisse von Querschnittgelähmten im Rahmen der psychologischen Betreuung zur Zeit der Erstrehabilitation – Eine retrospektive Befragung | PAR | 71 Querschnitt- gelähmte | Am Anfang der Rehabilitation haben vor allem die Frauen eine grosse Hoffnung. Gut 33% fühlten sich gedrängt, ihre Behinderung rasch akzeptieren zu müssen. Praktisch alle Betroffenen wünschen eine offene und ehrliche Aufklärung. |

Fortsetzung Studienmatrix

| Autoren | Jahr | Titel | Design | Stichprobe | Resultate |
|-------------------------------------|------|---|---|---|---|
| Gyllensten, A. L. et al. | 1999 | Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective | Qualitative case study with cross-case analysis | 10 Physiotherapeuten | Wichtige Faktoren der Interaktion zwischen Physiotherapeut und Patient sind die Grundvoraussetzungen sowie die Interaktionsdimension. Diese Faktoren sind entscheidend für ein gutes Therapieergebnis. Die Interaktionsfähigkeiten werden durch Reflektion der Patientenerfahrung gestärkt. |
| Talvitie, U. et al. | 2002 | Interaction between Physiotherapists and Patients in Stroke Treatment | PAR | 10 Physiotherapeuten 9 Schlaganfallpatienten | Physiotherapeuten benutzten vor allem verbale Kommunikation und Berührung, während die Patienten auf die Instruktion antworten. Während der Therapie kommentieren die Physiotherapeuten vorwiegend die gute Ausführung, was die Patienten teilweise aber eher verwirrt. Fast keine Physiotherapeuten setzen mit den Patienten zusammen Therapieziele, sondern begründen die Wahl nur mit den Folgen des Schlaganfalls. Patienten dürfen fast nie eine aktive Rolle übernehmen und fühlen sich dadurch weder mit Rücksicht behandelt noch verstanden. Wenn Patienten emotionale Reaktionen zeigen, beschämt dies die Physiotherapeuten, welche vor allem über physische Reaktionen sprechen. |

Fortsetzung Studienmatrix

| Autoren | Jahr | Titel | Design | Stichprobe | Resultate |
|-----------------------|-------------|---|---------------|-------------------|--|
| Hammell, K. W. | 2007 | Experience of rehabilitation following spinal cord injury: a meta-synthesis of qualitative findings | Review | 8 Studien | Es wurden sieben Konzepte erkannt, welche aus Patientensicht wichtig für die Rehabilitation sind: 1. Wichtigkeit von spezifischen Personalqualitäten; 2. Lebensmöglichkeiten für die Zukunft; 3. Wichtigkeit von Peer Berater; 4. Relevanz der Zufriedenheit des Programmes; 5. Der institutionelle Kontext der Rehabilitation; 6. Wichtigkeit der Verbindung zwischen der Vergangenheit und der Zukunft; 7. Wichtigkeit die Notwendigkeiten der realen Welt zu treffen. |

3.3.1 Interaction between patient and physiotherapist. A qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective (Gyllensten et al., *Physiotherapy Research International*, 4(2), 1999)

Das Ziel dieser Studie war es, das Wissen und Verständnis der Wahrnehmung aus physiotherapeutischen Sicht für wichtige Faktoren, welche die Interaktionsprozesse zwischen Patient und Physiotherapeut während der Behandlung beeinflussen, festzuhalten. Gyllensten et al. bildeten die Forschergruppe, welche dafür da war, die Glaubwürdigkeit der Studie zu bekräftigen. Sie bestimmten die Einschlusskriterien, womit schlussendlich zehn Physiotherapeutinnen an der Studie teilnehmen konnten. Mit drei verschiedenen Techniken wurden die Daten gesammelt: Sortierung von wichtigen Faktoren, welche die Interaktion zwischen Therapeut und Patient beeinflussen, ein exemplarisches und ein Schlüsselinterview. Somit wurde jede Physiotherapeutin zweimal befragt. Während des ersten Interviews wurden den Physiotherapeutinnen Karten mit wichtigen Faktoren oder Erlebnissen vorgelegt, welche sie in drei Stapel nach Wichtigkeit sortieren mussten. Vor dem zweiten Interview wurden die Physiotherapeutinnen dazu aufgefordert, ein für sie wichtiges interaktives Erlebnis mit einem Patienten aufzuschreiben, welches dann besprochen wurde. Die Daten wurden schriftlich verfasst und dann nach Themen zusammengefasst und ausgewertet. Leider konnten in dieser Studie nur wenige Teilnehmer rekrutiert werden. Als Einschlusskriterium wurden nur weibliche Physiotherapeuten genommen. Der Grund dafür wird in der Studie nicht erwähnt. Die Methodik wurde sehr gut durchdacht, ausgeführt und dokumentiert. Zur Veranschaulichung wurde ein Anhang an die Studie angefügt.

3.3.2 Bedürfnisse von Querschnittgelähmten im Rahmen der psychologischen Betreuung zur Zeit der Erstrehabilitation – Eine retrospektive Befragung (Lesky, *Rehabilitation*, 40, 2001)

In dieser Studie wurde mit einer retrospektiven Fragebogenerhebung untersucht, wie querschnittgelähmte Patienten ihre Belastungssituation in der Erstrehabilitation empfanden und welche Bedürfnisse sie bezüglich der psychologischen Betreuung hatten beziehungsweise gehabt hätten. Das Ziel der Studie war es, eventuelle Bewältigungsstrategien zu finden, welche dann unterstützt werden können. Der

Fragebogen bestand aus sechs verschiedenen Themenbereichen und wurde ehemaligen Patienten des Rehabilitationszentrums Tobelbad in Österreich zugeschickt. Es wurde davon ausgegangen, dass diesen rückblickend ein differenzierterer Blick auf die Bedürfnisse während der Rehabilitation möglich ist. 71 Fragebogen konnten schlussendlich in verschiedenen Kategorien ausgewertet werden. Der Einfluss von Alter, Geschlecht, Lähmungshöhe und -grad wurde in den einzelnen Kategorien festgehalten. Diese Studie hatte eine differenzierte Methodik, allerdings waren alle Antworten im Fragebogen vorgegeben, was keine subjektiven Antworten der Patienten zuließ. Es konnte ein grosses Patientengut untersucht werden. Die Resultate wurden ausführlich dokumentiert. Die Studie ist zwar auf die psychologische Betreuung während der Rehabilitation ausgelegt, viele Resultate können aber auch in anderen Gesundheitsprofessionen, wie zum Beispiel der Physiotherapie, umgesetzt werden.

3.3.3 Interaction between Physiotherapists and Patients in Stroke Treatment (Talvitie et al., Physiotherapy, 88, 2002)

In dieser Studie wurde die Interaktion zwischen Physiotherapeut und Patient in der Schlaganfallrehabilitation untersucht. Genauer wollten sie dominante Formen dieser Interaktion untersuchen, um definieren zu können, wie Physiotherapeuten und Patienten ihre Beziehung durch Konversation formen. Dafür wurden insgesamt zehn Physiotherapeuten rekrutiert, welche in einem Krankenhaus, einem Rehabilitationszentrum, drei Gesundheitszentren und in einer Privatklinik arbeiteten. Sie konnten selbstständig Patienten wählen, mit welchen sie im Schnitt 30-minütige Videoaufnahmen für die Studie machten. Alle neun gefragten Schlaganfallpatienten waren einverstanden, an der Studie teilzunehmen. Die Videoaufnahmen wurden ad verbatim geschrieben und ausgewertet. Die Studie hat eine sehr klare Struktur. Es werden viele Begriffsdefinitionen angefügt und die Resultate mit Episoden aus den Videoaufnahmen verdeutlicht, damit keine Missverständnisse entstehen können. Die Patienten waren unterschiedlich alt, befanden sich in verschiedenen Stufen der Rehabilitation und waren deshalb in verschiedenen Institutionen, was einen Vergleich schwierig macht. In der Studie herrscht ein grosser Geschlechterbias, da bei den Physiotherapeuten sowie den Patienten jeweils viel mehr Frauen als Männer

vertreten waren. Es wurden keine Einschluss- oder Ausschlusskriterien definiert und den Therapeuten wurden keine Vorgaben zu den Videosequenzen gemacht. Zum Schluss der Studie wurden die Resultate noch einmal zusammengefasst, was einen guten Überblick verschafft.

3.3.4 Client-Therapist Relationships: Experiences of Occupational Therapy Clients in Rehabilitation (Palmadottir, British Journal of Occupational Therapy, 69(9), 2006)

Die Autorin untersuchte die Therapeut-Patient Beziehung anhand von offenen, unstrukturierten Interviews mit 20 Patienten, sowie anhand von Beobachtungen, welche die Wissenschaftler während des Gesprächs machten. Die Autorin analysierte bereits existierende Daten von einer früheren Studie um festzustellen, was Patienten für Vorstellungen haben zu den Ergotherapeuten in der Rehabilitation. Palmadottir erstellte aus den Aussagen der Patienten drei Hauptkategorien, aus welchen sich wiederum sieben verschiedene Dimensionen ergaben. Die Ergotherapeuten konnten selbst ihre Patienten zur Studie anmelden, was den Bias vergrösserte, da eventuell unbewusst „gute Patienten“ gewählt wurden. Das Patientengut war, was das Geschlecht betraf, ausgeglichen, allerdings waren die Patienten zwischen 21 und 70 Jahren alt, was sehr breit gestreut ist. Ebenso war es nebensächlich, welche Diagnosen die Patienten hatten. Männer litten vor allem an neurologischen Problemen, währenddem die Frauen eine Kombination von muskuloskelettalen und psychischen Problemen angaben. Die Interviewer waren in der Hinsicht verblindet, dass sie nicht wussten, welche Ergotherapeuten die jeweiligen Patienten behandelten. Sie führten aber offene, unstrukturierte Interviews durch und durften subjektiv gemachte Beobachtungen hinzufügen. Obwohl sich die Studie spezifisch mit der Beziehung zwischen Patienten und Ergotherapeuten befasste, können die Resultate laut der Studie auch für die Physiotherapie übernommen werden.

3.3.5 Experience of rehabilitation following spinal cord injury: a meta-synthesis of qualitative findings (Hammell, Spinal Cord, 45, 2007)

Der Autor untersuchte die publizierten, qualitativen Aussagen von querschnittgelähmten Patienten über ihre Erfahrungen in der Rehabilitation. Dies geschah über die Methode der Meta-Analyse, da nur sehr wenig evidenzbasierte Literatur gefunden werden konnte. Zuerst wurden in den Datenbanken MEDLine und CINAHL wissenschaftliche Artikel gesucht, welche die Sicht der Patienten widerspiegeln. Durch die Ausschlusskriterien ergab die Suche ein Resultat von acht Studien. Danach wurden sieben gemeinsame Themen gewählt und deren Daten verglichen. Darauf aufbauend konnten Konzepte entwickelt werden, welche die Resultate von allen acht wissenschaftlichen Artikeln beinhalteten. Diese Studie beschreibt die gefundenen Resultate genau. Das Patientengut setzte sich aus querschnittgelähmten Patienten zusammen, die sich noch in der Rehabilitation befanden, und aus solchen, die schon wieder in die Gesellschaft integriert waren. Trotzdem konnte ein gemeinsamer Konsens gefunden werden. Da diese Meta-Analyse nur Studien aus englischsprachigen Ländern mit einbezog, können die Ergebnisse nicht vorbehaltlos vereinheitlicht werden.

3.3.6 Communicating With Patients: What Happens in Practice? (Roberts et al., Physical Therapy, 87, 2007)

Die Autorinnen untersuchten den Inhalt und das Auftreten von verbaler und nonverbaler Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Patienten mit Rückenschmerzen. Dafür zeichneten sie bei sieben Physiotherapeutinnen mit insgesamt 21 Patienten die jeweils zweite Therapiesitzung mit einer Videokamera auf. Es zeigte sich, dass vermehrt nonverbale Kommunikation zum Einsatz kam. Während die Patienten überwiegend mit Augenkontakt kommunizierten, verwendeten die Physiotherapeutinnen vor allem Berührungen, um den Kontakt zu den Patienten herzustellen. Bei der Auswertung wurde nicht zwischen affektiver oder therapeutischer Berührung unterschieden. Aus wissenschaftlicher Sicht ist die Studie nicht sehr valide und reliabel: Es wurde für diese Studie kein Abstract verfasst. Eine Geschlechterproblematik entstand aufgrund der Einschlusskriterien. Wegen des Patientenguts konnten nur weibliche Physiotherapeutinnen teilnehmen. Zudem hatte

es mit 21 Patienten und sieben Therapeutinnen wenig Teilnehmer. Durch die Anwesenheit der manuell bedienten Videokamera fühlten sich viele der Teilnehmer gestört und reagierten anders. Es gab grosse Unterschiede in der Dauer der aufgezeichneten Therapiesequenzen und die Auswertung erfolgte mit gemischt qualitativen und quantitativen Methoden.

3.3.7 Qualität aus Patientensicht: Kommunikation, Vertrauen und die Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse sind der Schlüssel zum Therapieerfolg (Dehn-Hindenberg, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 13, 2008)

Diese Studie von Dehn-Hindenberg erläutert, welche Bedürfnisse der Patienten in einer physiotherapeutischen Behandlung erfüllt werden müssen, damit ein positiver Therapieerfolg erwartet werden kann. Die Daten wurden in einem Zeitraum von fünf Monaten anhand eines Fragebogens erhoben, welcher an 647 Patienten der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie verschickt wurde. Es wurden fünfzehn einzelne Therapiekriterien von den Patienten beurteilt und von Dehn-Hindenberg ausgewertet und in übersichtlichen Tabellen dargestellt. Es wurden in dieser Studie sehr viele Patienten befragt, welche das Geschlecht betreffend ausgeglichen waren. Allerdings wurden nicht nur Patienten der Physiotherapie, sondern auch solche anderer therapeutischer Disziplinen befragt, wobei besonders bei der logopädischen Behandlung die Kommunikation abweichen könnte. Ein- und Ausschlusskriterien wurden keine genaueren definiert, wodurch auch kein bestimmtes Patientengut untersucht werden konnte.

3.3.8 Versorgungsqualität aus der Nutzerperspektive: Der Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Bedürfnisse von Patienten im Kontext patientenorientierter Interaktion (Dehn-Hindenberg, Gesundheitswesen, 72, 2009)

Dehn-Hindenberg untersuchte mit einer Fragebogenerhebung in Deutschland die zentrale Bedeutung psychosozialer und kommunikativer Kompetenzen der behandelnden Therapeuten für einen erfolgreichen Therapieverlauf sowie das Vorhandensein einer altersspezifisch differenzierten Gewichtung der Bedürfnisse

hinsichtlich psychoemotionaler Zuwendung. Insgesamt waren 647 Patienten beteiligt, die Hälfte davon wurde von Physiotherapeuten betreut, die restlichen von Ergotherapeuten und Logopäden. Zwei Drittel aller Teilnehmer waren Frauen, 63% aller Befragten über 50 Jahre alt. Bei der Datenerhebung wurden insgesamt 50 Physiotherapie-, Ergotherapie-, und Logopädiepraxen gemischt. Grundsätzlich wurde ein grosses Spektrum an Patienten untersucht. Dabei wurde jedoch ausser Acht gelassen, dass ein anderes Therapeut-Patient-Verhältnis zwischen Langzeit- und Kurzzeitpatienten bestehen konnte. Beide konnten in der Studie teilnehmen, da keine Einschlusskriterien definiert wurden. Positiv ist, dass Validität und Reliabilität untersucht und beides für gut befunden wurde. Dies bestärkt die Qualität der Studie.

***3.3.9 The Influence of the Therapist-Patient Relationship on
Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review
(Hall et al., Physical Therapy, 90, 2010)***

Es konnte in mehreren Studien ein positiver Zusammenhang zwischen der Beziehung von Psychotherapeut und Patient und dem Therapieergebnis der Psychotherapie festgestellt werden. Hall et al. untersuchten, ob diese Beziehung auch in der Physiotherapie einen Einfluss auf das Ergebnis der Behandlung hat. Dafür wurden dreizehn Studien mit unterschiedlichen Patientenbildern ausgewertet. Es wurden verschiedene Auswirkungen gemessen. Als Messmethode wurde vor allem der Working Alliance Inventory Test während der dritten oder vierten Behandlung von Therapeut und Patient ausgefüllt. Die Studien verwendeten entweder nur einen Therapeuten oder eine Kombination mehrerer Therapeuten, was die Beziehung zum Patienten massgeblich beeinflusste. Die Studien konnten nicht immer miteinander verglichen werden, da zu wenige Daten notiert wurden, um die Resultate suffizient zu vergleichen. Zudem wurden Messverfahren aus der Psychotherapie verwendet, um die Beziehung zu messen. Diese sind allerdings in der Physiotherapie noch nicht auf Reliabilität und Validität getestet. Um das Verständnis und die Effektivität zu verbessern, müssten physiospezifische Messverfahren verwendet werden.

4 Diskussion

4.1 Studienbeurteilung

Zur Beurteilung der Studien wurde eine leicht angepasste Version der Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies von Letts et al. (2007) verwendet. Die verwendeten Kriterien werden im Folgenden angefügt:

- a) Wurde der Zweck der Studie/die Fragestellung klar ausgeführt?
- b) Wurde relevante Hintergrundliteratur verwendet?
- c) Ist das Design der Studie passend für die Fragestellung?
- d) Wurde der theoretische Blickwinkel beleuchtet?
- e) Wurde der Prozess der sinnvollen Selektion beschrieben?
- f) Wurden Daten bis zur Sättigung gesammelt?
- g) Wurde die Studie dem Ethikkomitee vorgestellt?
- h) Ist die Beschreibung klar und vollständig?
- i) Wurde die Rolle des Forschers und die Beziehung zu den Teilnehmern beschrieben?
- j) Bezeichnete der Forscher Bias oder Annahmen seinerseits?
- k) Wurde eine verfahrensorientierte Strenge während der Datensammlungsstrategie angewandt?
- l) War die Datenanalyse induktiv?
- m) Sind die Resultate folgerichtig und reflektieren die Daten?
- n) Ist die Entwicklung eines Entscheidungspfades erkennbar?
- o) Wurde der Prozess der Datenanalyse adäquat beschrieben?
- p) Zeichnete sich ein aussagekräftiges Bild des Phänomens in der Studie ab?
- q) Sind die vier Komponenten der Vertrauenswürdigkeit belegt?
- r) Sind die Schlussfolgerungen angesichts der Studienresultate angemessen?
- s) Sind die Ergebnisse von klinischer Relevanz?

Die Beurteilung erfolgte anhand einer Tabelle. Je mehr der obengenannten Fragen mit Ja („+“) beantwortet werden konnten, desto besser ist die Qualität der Studie. Wurde ein Kriterium nicht beschrieben, galt es als nicht erfüllt.

| Studie/Kriterium | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q | r | s | Punkte |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------|
| Gyllensten et al. (1999) | + | + | + | + | + | + | - | + | + | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | 17/19 |
| Lesky et al. (2001) | + | + | + | + | + | - | - | + | + | + | + | - | + | + | + | + | + | + | + | 16/19 |
| Talvitie et al. (2002) | + | + | + | + | - | - | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | 16/19 |
| Palmadottir (2006) | + | + | + | + | + | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | 18/19 |
| Hammell (2007) | + | + | + | + | + | - | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | 17/19 |
| Roberts et al. (2007) | + | + | + | + | + | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | 18/19 |
| Dehn-Hindenberg (2008) | + | + | + | + | + | - | - | + | - | + | - | + | + | + | + | + | + | + | + | 16/19 |
| Dehn-Hindenberg (2009) | + | + | + | + | + | - | - | + | - | + | - | + | + | + | + | + | + | + | + | 15/19 |
| Hall et al. (2010) | + | + | + | + | + | - | - | + | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | 17/19 |

Grundsätzlich haben alle Studien sehr gut abgeschlossen. Die Studien von Roberts et al. sowie von Palmadottir haben lediglich ein Kriterium nicht erfüllt, die restlichen Fragen konnten mit ja beantwortet werden. Somit haben diese Studien eine sehr gute Qualität. Die beiden Studien von Dehn-Hindenberg haben mit vier nicht erfüllten Kriterien am schlechtesten abgeschnitten, haben aber trotzdem eine gute Qualität. Die Kriterien f) und g) wurden von fast keiner Studie erfüllt.

4.2 Studienresultate

4.2.1 Verbale Kommunikation während der Therapie

Roberts et al. (2007) fanden heraus, dass der Therapeut während der ersten Therapiesitzung nach dem Assessment doppelt so viel spricht wie der Patient. In dieser Sitzung wird vor allem über Kontextfaktoren gesprochen. Talvitie et al. (2002) meinen, dass Physiotherapeuten auch während den weiteren Sitzungen vor allem verbal kommunizieren um physikalische Übungen zu organisieren und zu leiten. Die Patienten reagieren dabei oftmals auf die gegebene Instruktion mit Ausführen der Aufgabe.

Eine verständliche Kommunikation, welche den Patienten da abholt, wo er gerade steht, ist ein Hauptkriterium für die Patientenzufriedenheit (Dehn-Hindenberg, 2009). Hier sehen Talvitie et al. (2002) noch Verbesserungsbedarf: Physiotherapeuten kommentieren meist nur gute Leistung während der Therapie, aber manchmal verwirrt genau das die Patienten. Wenn Patienten emotionale Reaktionen zeigten, beschämte dies jene Physiotherapeuten, welche vor allem über physikalische Aspekte mit ihren Patienten sprechen (Talvitie et al., 2002).

4.2.2 Nonverbale Kommunikation während der Therapie

Berührungen werden von den Therapeuten am meisten für die nonverbale Kommunikation verwendet. Patienten suchen vor allem den Augenkontakt (Roberts et al., 2007), da dieser ihnen Vertrauen gibt und zeigt, dass der Therapeut an ihrem Zustand interessiert ist. Zusätzlich verwendete nonverbale Kommunikation wird durch Lächeln, zustimmendem Kopfnicken und im Nach-vorne-Lehnen ausgedrückt. Talvitie et al. (2002) zeigen ausserdem auf, dass die Patienten, wenn sie taktil geführt werden, die gewollte Intervention besser verstehen, als wenn lediglich verbal

kommuniziert wird. Gyllensten et al. (zit. nach Stenmar & Nordholm, 1994) erkannten, dass der emotionale Affekt und das „Dem-Patienten-genügend-Zeit-Geben“ wichtiger scheinen als der eigentliche Inhalt der Kommunikation. Laut Lesky (2001) möchten Patienten mit Querschnittlähmung während der Rehabilitation jemanden, der ihnen aufmerksam zuhört, sich Zeit nimmt und ihnen Akzeptanz und Verständnis entgegenbringt. Ebenfalls wichtig ist, dass diese Person auch konkrete Hilfe und Ratschläge gibt.

4.2.3 Einfluss der Kommunikation auf die Therapeut-Patient-Beziehung

Roberts et al. (2007) erkannten die Wichtigkeit der Kommunikation in Bezug auf die Bildung der Therapeut-Patient-Beziehung. Dehn-Hindenberg (2008) erforschte diesen Bezug genauer und fand heraus, dass gute psychoemotionale und kommunikative Kompetenzen des Therapeuten eine vertrauensvolle Therapeut-Patient-Beziehung fördern, was sich auch auf den Therapieverlauf, die Therapiemotivation und im Endeffekt auf den Therapieerfolg auswirkt. Dabei ist diese Beziehung, welche der Therapeut zu seinen Patienten aufbaut, wichtiger für den Therapieerfolg als die eigentliche Intervention (Palmadottir zit. nach Darragh, Sample & Krieger, 2001; Östlund, Cedersund, Alexandersson & Hensling, 2001; Roberts et al., 2007).

Humanistische Elemente wie das Zeigen von Mitgefühl, die Fürsorge, Empathie und das aktive Zuhören sind wichtige kommunikative Faktoren der Beziehungsgestaltung (Palmadottir zit. nach Halstead, 2001; Thorne, Harris, Mahoney, Con & McGuinness, 2004). Hall et al. (zit. nach McKinstry, Ashcroft, Car, Freeman & Sheikh, 2006) sind der Meinung, dass die Beziehung durch Kommunikation, Abgrenzung, Zufriedenheit, Kompetenz und Schützen der Intimsphäre geformt wird. Des Weiteren haben sie erforscht, dass die Beziehung aufgebaut werden kann, indem die Ziele und Interventionen zusammen festgelegt werden und so eine emotionale Bindung zwischen Therapeut und Patient entsteht. Dies kann nur durch gute Kommunikation geschehen. Dehn-Hindenberg (2008a, 2009) ist hingegen der Meinung, dass die Patienten lediglich bei der Festlegung der Ziele integriert werden sollen. 88% der Patienten wollen, dass der Therapeut die dafür notwendigen Interventionen wählt.

Auch wünschen 64% der Patienten keine weiteren Entscheidungsmöglichkeiten in der Therapie, sondern eher eine passive Beteiligung.

4.2.4 Einfluss der Kommunikation auf den Therapieerfolg

Dehn-Hindenberg (2009) stellte fest, dass die Kommunikation Einfluss auf alle Ergebnisvariablen der Therapie hat. Dabei ist eine kompetente Kommunikation und ein empathisches Verhalten entscheidend für den Therapieprozess, dessen Bewertung und die Wahrnehmung des Therapieerfolgs aus Sicht des Patienten.

Laut Dehn-Hindenberg (2008a) haben kommunikative und Verhaltensaspekte des Therapeuten mehr Einfluss auf die Beurteilung der Fachkompetenz als die Wirksamkeit der durchgeführten Interventionen. Auch Talvitie et al. (zit. nach Williams & Harrison, 1999) erkennen, dass der Aspekt der Kommunikation in der Pflege der Patienten fundamental ist für den therapeutischen Effekt.

Eine gelungene Kommunikation in einer guten Therapeut-Patient-Beziehung ist der entscheidende Faktor für den Therapieerfolg in der Rehabilitation (Dehn-Hindenberg, 2009).

Der Prozess der Interaktion scheint essentiell zu sein für ein positives Therapieergebnis. Wichtig ist dabei, ein positives, affektives Klima im Praxisraum zu schaffen. Vor allem erfahrene Therapeuten fokussieren auf einen konstruktiven Dialog mit den Patienten mit Empathie, Respekt, Engagement, Sensibilität und die Fähigkeit zuzuhören (Gyllensten et al., 1999).

4.2.5 Einfluss der Therapeut-Patient-Beziehung auf den Therapieerfolg

Die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Patient bestimmt über den funktionellen Erfolg oder Misserfolg der Therapie (Gyllensten et al., 1999; Hall et al., 2010; Palmadottir, 2006). Dabei besteht die Beziehung aus drei Dimensionen: der Therapeutenrolle, dem Machtverhältnis und der Verbundenheit (Palmadottir, 2006).

Eine gute Therapeut-Patient-Beziehung führt nach Hall et al. (2010) auch zu einem besseren Rehabilitationsergebnis in den Bereichen Depression, Angst, Stimmungslage, interpersonelle Probleme und generelles psychologisches Befinden.

4.2.6 Patient-Centred Practice

Die Ermächtigung des Patienten scheint sich positiv auf das Ergebnis der Therapie auszuwirken (Hammell, 2007; Roberts et al., 2007). Dabei sind vor allem die Dimensionen des „Gehört-werdens“ und die der guten Begegnung entscheidend. Auch Palmadottir (2006) erachtet die Patient-Centred Practice als wichtige Voraussetzung für eine gute Therapie. Der Patient soll dabei eine aktive Rolle übernehmen (Dehn-Hindenberg, 2008a, 2009; Palmadottir, 2006). Talvitie et al. (2002) sehen als Problem, dass die Physiotherapeuten die Therapieziele oftmals nicht mit den Patienten vereinbaren, sondern diese anhand den Effekten des Krankheitsbildes begründen. Somit haben die Patienten wenig Gelegenheit, die Initiative für ihre Therapie zu ergreifen, was dazu führt, dass sie mit weniger Rücksicht behandelt und verstanden werden (Talvitie, 2002).

4.2.7 Erfahrung des Therapeuten

Laut Gyllensten et al. (1999) hat die Erfahrung des Therapeuten einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg der Therapie. Je mehr Erfahrung der jeweilige Therapeut mitbringt, desto emotionaler verhält er sich und nimmt sich in der verbalen Kommunikation zurück (Roberts et al., 2007). Die Kompetenz des Therapeuten wird anhand seiner Beziehung zum Patienten definiert (Palmadottir, 2006).

Der Therapeut sollte sich während der Therapie ständig bewusst sein, wie er sich verhält und welche Macht er auf den Patienten ausübt oder zumindest ausüben kann. Dies muss er dann richtig kommunizieren (Palmadottir, 2006).

Talvitie et al. (zit. nach Jensen, Shepard & Hack, 1990) stellten fest, dass hochoberfahrene Physiotherapeuten häufiger mündliche Ermutigungen und taktile Führung in ihre Therapie integrieren als weniger erfahrene Therapeuten. Sie verwenden ihre Hände demzufolge nicht nur für therapeutische Interventionen, sondern kommunizieren auch „durch“ sie mit den Patienten.

4.2.8 Einfluss des Alters auf die Therapie

Das Alter soll laut Lesky (2001) und Roberts et al. (2007) keinen signifikanten Einfluss auf die Kommunikation und somit auf die Therapie haben. Lesky (2001)

sieht aber, dass ältere Patienten mit Querschnittlähmung sich eher Trost wünschen, jüngere eher Akzeptanz. Jüngere haben öfter Freunde als Hilfe zur Bewältigung als ältere Patienten. Palmadottir (zit. nach Hasselkus & Dickie, 1994) berichtet, dass wenn Therapeut und Patient das gleiche Alter haben, sich dies positiv auf die Beziehung auswirkt. Auch Dehn-Hindenberg (2009) hat diesen Aspekt untersucht und festgestellt, dass je älter die Patienten sind, desto anspruchsvoller sind sie in den Bereichen Erklärungen, Vertrauen, Gespräche über Gesundheit, Verständnis des Therapeuten für die individuellen Patientenbedürfnisse und Humor. Ab 70 Jahren verknüpfen 90% der Patienten ihr Gesundheitsempfinden mit dem Verhalten des Therapeuten. Das Verständnis des Therapeuten wird mit zunehmendem Alter wichtiger (Dehn-Hindenberg, 2009).

4.2.9 Einfluss des Geschlechts auf die Therapie

Es wirkt sich positiv auf die Therapie aus, wenn Therapeut und Patient das gleiche Geschlecht aufweisen (Palmadottir zit. nach Hasselkus et al., 1994). Roberts et al. (2007) sind hingegen der Meinung, dass das Geschlecht kein signifikanter Faktor ist für die verbale Kommunikation. Dehn-Hindenberg (2009) sieht ebenfalls nur einen leichten Gendereinfluss, indem sie herausfand, dass weibliche Patienten vermehrt Gespräche und emotionale Zuwendung wünschen. Dafür geben sie auch eher gute Bewertungen. Bei Männern ist es laut Dehn-Hindenberg (2009) hingegen so, dass sie vermehrt Erklärungen und Informationen über ihre Krankheit vom Therapeuten wollen und erst danach das Verständnis des Therapeuten in Betracht gezogen wird. 45% der weiblichen und 33% der männlichen Patienten möchten keine weiteren Entscheidungsmöglichkeiten. Bei subjektiver Bewertung der Therapie verwenden Patientinnen vermehrt psychoemotionale Kriterien (Dehn-Hindenberg, 2009).

Lesky (2001) sieht keine signifikanten Unterschiede in der Rehabilitation von querschnittgelähmten Patienten was das Geschlecht betrifft. Zukunftsängste und Sorgen um die Familie belasten Frauen jedoch stärker als Männer, welche wiederum mehr Mühe haben, sich mit Blasen-Darm-Problemen abzufinden.

Hammell (zit. nach Morris, 1989) glaubt, dass Männer es bevorzugen, wenn die Physiotherapeuten versuchen, alles aus den noch vorhandenen Restfunktionen herauszuholen. Frauen hingegen seien eher zynisch gegenüber dem starken

Nachdruck, dass physische Leistung, Sport und Wettkampf sehr wichtig sind. Ebenfalls hielten besonders Frauen fest, dass das Personal sehr pessimistisch war und keine Hoffnung auf ein gutes zukünftiges Leben machte.

4.2.10 Subjektive Wahrnehmung der Therapie

Eine unterstützende Beziehung, in der der Patient eine Ermächtigung erfährt, führt zu einer positiven Wahrnehmung der Therapie (Palmadottir zit. nach Blank, 2004). Am meisten Einfluss auf die Bewertung der Therapie aus Patientensicht haben kommunikative und psychosoziale Kompetenzen der Therapeuten (Dehn-Hindenberg, 2008a). Dabei verwenden 80% bei der Beurteilung des Therapeuten Dimensionen wie: Fachkompetenz, welche an der Empathie erkannt wird, Freundlichkeit, Zuhörverhalten, Respekt und die Akzeptanz als Mensch (Dehn-Hindenberg, 2009). Bei 70% spielt auch das Verständnis des Therapeuten für die Lage des Patienten eine entscheidende Rolle. Das kommunikative und psychosoziale Verhalten der Therapeuten steigert laut Dehn-Hindenberg (2008a) bei 70% der Patienten das Gesundheitsgefühl.

Hammell (2007) ist der Meinung, dass die wichtigste Dimension der Rehabilitation für Patienten mit Querschnittlähmung das Format und die Visionen des Rehabilitationspersonals sind. Wichtig ist für Betroffene, dass sie als eigenständige Persönlichkeiten angesehen und nicht über ihre Lähmungshöhe definiert werden.

4.2.11 Forschungsstand

Die Kommunikation zwischen Physiotherapeut und Patient wurde bis anhin zu wenig erforscht (Gyllensten, 1999; Hall et al., 2010; Hammell, 2007; Roberts et al., 2007). Laut Hall et al. (2010) muss noch weiter geforscht werden, um herauszufinden, wie gross der Zusammenhang zwischen Beziehung und Therapieerfolg wirklich ist. Allerdings soll sie fast 50% der guten Effekte der Physiotherapie ausmachen.

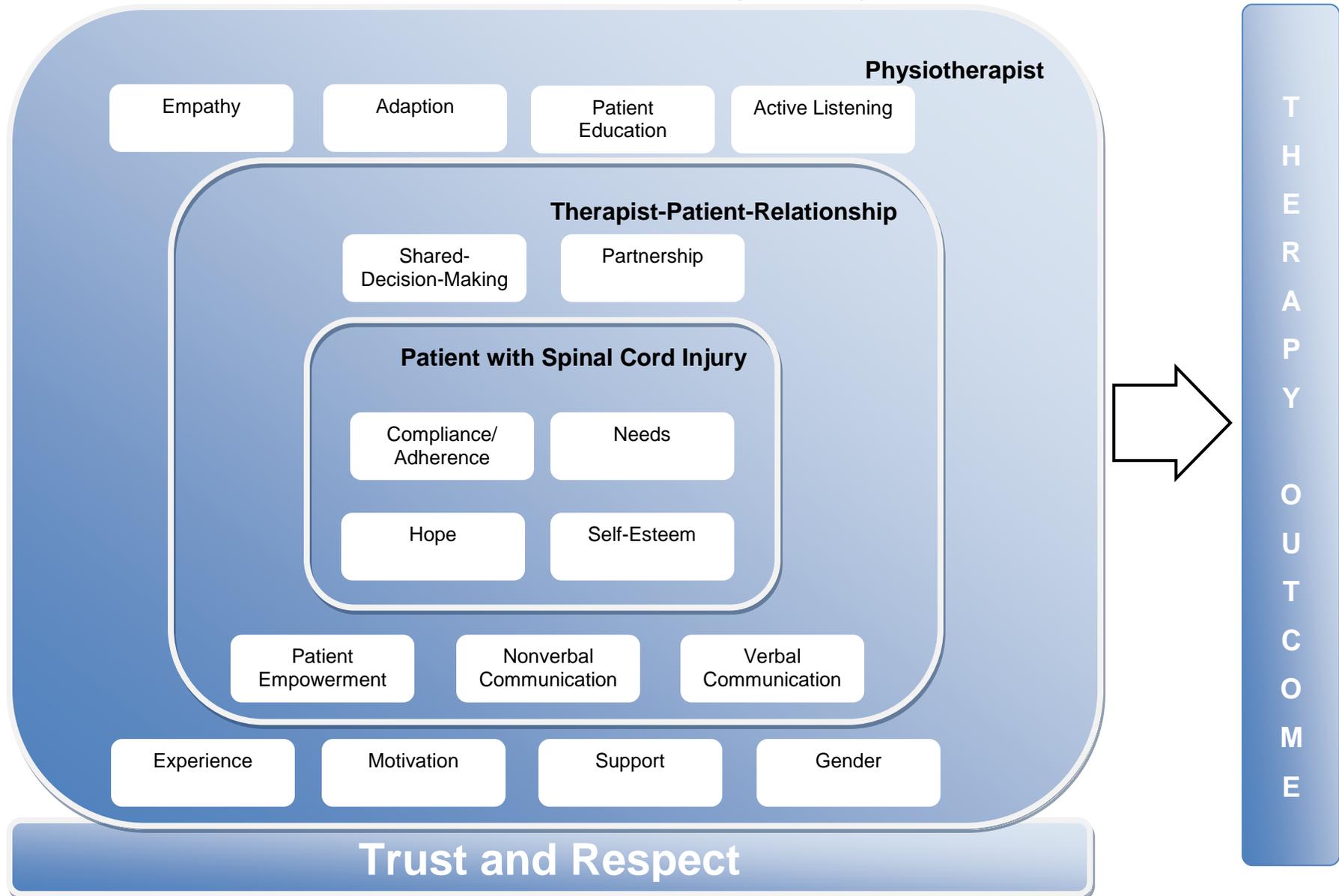
4.2.12 Kommunikationsfähigkeiten der Therapeuten

Die Fähigkeit, gut mit den Patienten zu kommunizieren, muss trainiert werden, um wirklich gut ausgeübt werden zu können (Roberts et al. zit. nach Daykin, 2006; Gyllensten et al., 1999). Gyllensten et al. (1999) führen dies noch deutlicher aus:

Physiotherapeuten sollten ebenfalls lernen, einen Patienten anzuregen, seine eigenen Gesundheitsressourcen zu erforschen. Dafür muss ein aufrichtiges Interesse in Menschen und Interaktionsfähigkeiten vorhanden sein.

4.3 Kommunikationsmodell

Die Fragestellung „Wie soll die physiotherapeutische Kommunikation gestaltet werden, um den Therapieverlauf in der Erstrehabilitation bei einem erwachsenen querschnittgelähmten Patienten nach traumatischem Ereignis positiv beeinflussen zu können?“ wird anhand eines selbstkonzipierten Modelles erläutert. Damit wird, aufbauend auf den Grundlagen wissenschaftlicher Literatur und persönlicher Kommunikation, eine Verknüpfung zur Praxis hergestellt.



4.3.1 Erläuterungen zum Modell

Ausgehend von der patientenorientierte Behandlung (Patient-Centred Practice) steht der querschnittgelähmte Patient im Mittelpunkt des Modells. Das Vertrauensverhältnis mit gegenseitigem Respekt (Trust and Respect) ist die Basis jeder Therapeut-Patient-Beziehung und daher das Fundament des Modells. Wird die Kommunikation mit einem Betroffenen in der Rehabilitation anhand dieses Modelles durchgeführt, sollte sich dies positiv auf den Therapieerfolg auswirken. Um eine internationale Anwendung zu ermöglichen, ist das Modell in englischer Sprache verfasst.

4.3.1.1 Patient mit Querschnittlähmung (Patient with Spinal Cord Injury)

Kooperation (Compliance) und Aktive Mitgestaltung (Adherence)

Vom querschnittgelähmten Patienten wird eine gute Kooperation und aktive Mitgestaltung erwartet. Nur wenn der Betroffene kooperiert und die Ratschläge des Physiotherapeuten annimmt, kann die Therapie zu einem optimalen Ergebnis führen. Durch die aktive Mitgestaltung des Patienten mit Querschnittlähmung können die Therapieziele optimal erfasst werden.

Bedürfnisse (Needs)

Die individuellen Bedürfnisse des querschnittgelähmten Patienten stehen im Mittelpunkt jeder Therapeut-Patient-Beziehung. Für den Physiotherapeuten ist es einfacher, sich in die Lage des Betroffenen zu versetzen, wenn er dessen Wünsche, Belange und Erwartungen kennt.

Hoffnung (Hope)

Die Aufrechterhaltung der Hoffnung auf Besserung ihres Zustandes ist für querschnittgelähmte Patienten eine wichtige Bewältigungsstrategie und ein zentraler Motivationsfaktor. Sie sollte daher aus psychologischen Gründen vom Physiotherapeuten nicht genommen werden.

Selbstvertrauen (Self-Esteem)

Das meist verminderte Selbstwertgefühl der Patienten mit Querschnittlähmung ist als Reaktion auf die lebensverändernde Situation als normale und gesunde Reaktion zu

werten. Das Selbstwertgefühl sollte bei der Physiotherapie berücksichtigt und wenn möglich aufgebaut werden.

4.3.1.2 Therapeut-Patient-Beziehung (Therapist-Patient-Relationship)

Gemeinsame Entschlussfassung (Shared-Decision-Making)

Der querschnittgelähmte Patient wird in den Entscheidungsprozess mit einbezogen. Dadurch fühlt er sich nicht bevormundet, sondern kann eine aktive Rolle übernehmen und seine Vorstellungen und Ideen fliessen in die Therapieplanung mit ein. Allfällige Alternativen werden vom Physiotherapeuten aufgezeigt. So tragen beide Beteiligten die Verantwortung für die Therapie und es entsteht eine emotionale Bindung zwischen ihnen.

Partnerschaft (Partnership)

Das Verhältnis zwischen Physiotherapeut und querschnittgelähmtem Patient ist auf persönlicher Ebene aufzubauen, im Sinne einer Partnerschaft. Die Betroffenen möchten als gleichwertig und nicht als körperlich benachteiligt behandelt werden.

Ermächtigung (Patient Empowerment)

Die Patienten mit Querschnittlähmung sollen die Gelegenheit haben, die Initiative für die Therapie zu ergreifen. Nur durch ihre aktive Mitgestaltung kann eine optimale Therapie stattfinden.

Verbale und Nonverbale Kommunikation (Verbal and Nonverbal Communication)

Eine gute Therapeut-Patient-Beziehung setzt sich aus verschiedenen Aspekten der verbalen und nonverbalen Kommunikation zusammen, wobei diese eine wichtigere Rolle übernimmt. Patienten mit Querschnittlähmung schätzen einen offenen und direkten Kommunikationsstil. Der Physiotherapeut muss sich seiner nonverbalen Kommunikation stets bewusst sein und diese gegebenenfalls gezielt einsetzen. Durch direkten Augenkontakt und einer empathischen Mimik kann er Interesse am Betroffenen bekunden. Auch die Körperhaltung und Gestik sollte der Situation angepasst sein. Berührungen vermitteln Vertrauen und werden vom querschnittgelähmten Patienten als unterstützende Geste wahrgenommen.

4.3.1.3 Physiotherapeut (Physiotherapist)

Empathie (Empathy)

Den Physiotherapeuten betreffend wird ein empathisches Verhalten vorausgesetzt. Die Beziehung zwischen Physiotherapeut und Patient mit Querschnittlähmung kann durch Empathie besser gefestigt und der Zugang zu diesem erleichtert werden.

Anpassung (Adaption) und Patientenaufklärung (Patient Education)

Um dem Betroffenen eine optimale Therapie bieten zu können, muss sich der Physiotherapeut ein gesamtheitliches Bild des Patienten mit Querschnittlähmung verschaffen. So kann er diesen dort abholen, wo er steht und eine entsprechend angepasste Patientenaufklärung durchführen. Dadurch ist es dem querschnittgelähmten Patienten möglich, seine Situation und den Zweck der Therapiemassnahmen besser zu verstehen.

Aktives Zuhören (Active Listening)

Durch aktives Zuhören und Rückmeldungen kann Interesse am querschnittgelähmten Patienten und seiner Krankengeschichte bekundet werden und seine Bedürfnisse optimal erfasst werden.

Erfahrung (Experience)

Ein Physiotherapeut sollte bereits eine hohe Sozialkompetenz mitbringen. Querschnittgelähmte Patienten schätzen einen erfahrenen Physiotherapeuten. Diese fokussieren eher auf einen konstruktiven Dialog mit den Patienten, welcher sich durch Empathie, Respekt, Engagement, Sensibilität und die Fähigkeit zuzuhören auszeichnet. Die Kompetenz des Therapeuten wird häufig über Ihre kommunikativen Fähigkeiten definiert.

Motivation (Motivation)

Motivation gilt als wichtige Voraussetzung für das Gelingen einer Physiotherapie. Jeder Physiotherapeut sollte Motivation ausstrahlen und diese an den querschnittgelähmten Patienten weitergeben.

Unterstützung (Support)

Physiotherapeuten spielen eine sehr zentrale Rolle in der Rehabilitation querschnittgelähmter Patienten. Sie begleiten die Patienten in den meisten Fällen über mehrere Monate hinweg. Dabei kommt ihnen eine unterstützende Rolle zu. Die Patienten mit Querschnittlähmung erwarten Fürsorge und Interesse an ihren Belangen. Des Weiteren schätzen sie konkrete Ratschläge seitens der Physiotherapeuten.

Geschlecht (Gender)

Das Geschlecht des Physiotherapeuten sollte dem des querschnittgelähmten Patienten entsprechen. Die weiblichen Belange unterscheiden sich von jenen der männlichen Patienten. Männliche querschnittgelähmte Patienten sind eher auf Leistung aus, während den Frauen der psychologische Aspekt wichtiger ist. Weist der Physiotherapeut das gleiche Geschlecht auf, fühlen sich die Betroffenen besser verstanden.

Die Idee ist es, dass das Modell bereits in der Ausbildung zum Physiotherapeuten zur Anwendung kommt. Da im Rahmen einer Bachelorarbeit kein komplett ausgereiftes Modell erstellt werden kann, dient es lediglich als Grundlage und soll zu weiterer Forschung in diesem Bereich anregen.

5 Schlussfolgerung

Im Verlauf der Arbeit kristallisierte sich heraus, dass erwachsene Patienten mit Querschnittlähmung die gleichen Bedürfnisse haben wie andere Patienten. Es existiert zu wenig evidenzbasierte Fachliteratur, welche sich mit der Thematik der Therapeut-Patient-Beziehung auseinandersetzt. Darum war es schwierig, ein Modell zu erstellen, welches spezifisch in diesem Bereich angewendet werden könnte. Es handelt sich deshalb auch nur um eine Grundidee, welche in der Praxis geprüft und allenfalls weiterentwickelt werden müsste. Weitere Forschung bezüglich Kommunikation mit querschnittgelähmten Patienten wäre in diesem Zusammenhang sinnvoll. Es müsste noch genauer erforscht werden, welche Bedürfnisse querschnittgelähmte Patienten bezüglich der Kommunikation in der Therapeut-Patient-Beziehung im Bereich Physiotherapie haben. Bis anhin finden sich lediglich wissenschaftliche Publikationen, die allgemeine Patientenbedürfnisse untersuchten. Des Weiteren müsste noch differenzierter untersucht werden, welchen Einfluss die Kommunikation in einer Therapeut-Patient-Beziehung tatsächlich auf das Therapieergebnis hat. In der Fachliteratur wird zwar einerseits von einem positiven Einfluss berichtet, andererseits aber auch darauf hingewiesen, dass es noch zu wenig evidenzbasierte Quellen dazu gibt. Darauf aufbauend könnten Richtlinien erstellt werden, welche die physiotherapeutische Kommunikation mit querschnittgelähmten Patienten vereinfachen sollen. So könnte auch das selbstkonzipierte Modell dieser Bachelorarbeit auf seine Validität und Reliabilität überprüft werden. Bewährt sich dieses Modell in der Praxis, könnte es auch in anderen Disziplinen des Gesundheitswesens zur Anwendung kommen. Der Fokus in dieser Bachelorarbeit lag zwar auf der Querschnittlähmung, das Modell kann jedoch auch bei anderen Krankheitsbildern angewandt werden. Dies muss noch überprüft werden.

Die Kommunikation ist der Schlüssel zum Therapieerfolg. Besonders bei Patienten mit traumatischem Ereignis, wie der Querschnittlähmung, sollte die Kommunikation deshalb bewusst und feinfühlig eingesetzt werden, da von einem erschwerenden Umstand ausgegangen werden kann. Zusammen mit einer guten Sozialkompetenz, welche jeder angehende Physiotherapeut mitbringen sollte, muss sie deshalb schon während des Studiums erlernt und vertieft werden. Eventuell könnte dies ebenfalls anhand dieses Modelles geschehen. Laut Roberts et al.. (2007) ist Kommunikation

eine Fähigkeit. Und wie alle Fähigkeiten, benötigt auch diese viel Übung, um sie gut ausführen zu können.

6 Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

American Spinal Injured Association. (2002).

Beeston, S. & Simons, H. (1996). Physiotherapy practice : Practitioners' perspectives. *Physiotherapy Theory and Practice*, 12, 231-242.

Bird, J. & Cohen-Cole, S. A. (1990). The three function model of the medical interview – An educational device. *Advise Psychosomatic Medicine*, 20, 65-88.

Blank, A. (2004). Clients' experience of partnership with occupational therapists in community mental health. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 118-124.

Brackett, T. O., Condon, N., Kindelan, K. M. & Bassett, L. (1984). The emotional care of a person with a spinal cord injury. *Journal of the American Medicine Association*, 252, 793-795.

Bromley, I. (2006). *Tetraplegia and paraplegia - A guide for physiotherapists*. London: Elsevier Churchill Livingstone.

Buck, M. & Beckers, D. (1993). *Rehabilitation bei Querschnittlähmung. Ein multidisziplinärer Leitfaden*. Berlin: Springer.

Buckelew, S. P., Frank, R. G., Elliot, T.R., Chaney, J. & Hewett, J. (1991). Adjustment to spinal cord injury: Stage theory revisited. *Paraplegia*, 29, 125-130.

Darragh, A. R., Sample, P. L. & Krieger, S. R. (2001). „Tears in my eyes“ cause somebody finally understood“: Client perceptions of practitioners following brain injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 191-199.

Daykin, A. (2006). Communication within therapeutic encounters: message received and understood? *Topical Issues in Pain*, 5, 102.

Dehn-Hindenberg, A. (2008a). Qualität aus Patientensicht: Kommunikation, Vertrauen und die Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse sind der Schlüssel zum Therapieerfolg. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 13, 298-303. DOI: 10.1055/s-2008-1027280.

Dehn-Hindenberg, A. (2008b). *Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.

Dehn-Hindenberg, A. (2009). Versorgungsqualität aus der Nutzerperspektive: Der Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Bedürfnisse von Patienten im Kontext patientenorientierter Interaktion. *Gesundheitswesen*, 72, 399-403. DOI: 10.1055/s-0029-1233476.

Dehn-Hindenberg, A. (2010). *Gesundheitskommunikation im Therapieprozess*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.

DeSantis, N. M. & Becker, B. E. (1999). Building a Durable Relationship: Avoiding Catastrophe between the Therapeutic Team and the Patient with a New Spinal Cord Injury. *Top Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 4(3), 29-35.

Diagnosenstatistik – Einsatz im Krankenhaus und für Pflegesatzverhandlungen. (1992). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit (Band 4). Baden-Baden: Nomos.

Ditunno, J. F., Young, W., Donovan, W. H. & Creasey, G. (1994) *The international standards booklet for neurological and functional classification of spinal cord injury*. Amerika : American Spinal Injury Association.

- Drew, P. & Heritage, J. (1992). *Talk at Work: Interaction in institutional settings*.
Cambridge: Cambridge University press.
- Fischer, M., Horstmann, Ch., Huber, M. & Züger, M. (2011). *Das Gehen*. Winterthur:
Unterrichtsskript der ZHAW, Institut für Physiotherapie.
- Frank, R. G., Kashani, J. H, Wonderlich, S. A, Lising, A. & Viso, L. R. (1985).
Depression and adrenal function in spinal cord injury. *American Journal of
Psychiatry* 142, 252-253.
- Fullerton, D. T, Harvey, R. F., Klein, M. H. & Howell, T. (1981). Psychiatric disorders
in patients with spinal cord injuries. *Arch Gen Psychiatry*, 38, 1361-1371.
- Gorsky, J. A., Slifer, K. J., Townsend, V., Kelly-Suttka, J. & Amari, A. (2005).
Behavioural treatment of non-compliance in adolescents with newly acquired
spinal cord injuries. *Pediatric Rehabilitation*, 8(3), 187-198. DOI:
10.1080/13638490400021438.
- Groothuis, R. (2000). *Soziale und kommunikative Fertigkeiten – Praxishandbuch für
Pflege- und Gesundheitsberufe*. Bern: Hans Huber.
- Gyllensten, A. L., Gard, G., Salford, E. & Ekdahl, C. (1999). Interaction between
patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's
perspective. *Physiotherapy Research International*, 4(2), 89-109.
- Hall, A. M, Ferreira, P. H, Maher, C. G, Latimer, J. & Ferreira, M. L. (2010). The
Influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical
rehabilitation: a systematic review. *Physical Therapy*, 90(8), 1099-1110.
- Halstead, L. S. (2001). The power of compassion and caring in rehabilitation healing.
Archives of Medical Rehabilitation, 82(2), 149-154.

- Hammell, K.W. (2007). Experience of rehabilitation following spinal cord injury. A meta-synthesis of qualitative findings. *Spinal Cord*, 45, 260-274.
- Hasselkus, B. R. & Dickie, V. A. (1994). Doing occupational therapy: dimensions of satisfaction and dissatisfaction. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(2), 145-154.
- Hutchinson, S. L. & Kleiber, D. A. (2000). Heroic masculinity following spinal cord injury: implications for therapeutic recreation practice and research. *Therapeutic Recreation Journal*, 34, 42-54.
- Hüter-Becker, A. & Dölken, M. (2004). *Physiotherapie in der Neurologie*. Stuttgart : Georg Thieme.
- Jensen, G. M., Shepard, K. F. & Hack, L. M. (1990). The novice versus the experienced clinician: Insights into work of the physical therapist. *Physical Therapy*, 70, 314-323.
- Keller, M. (2005). Arzt-Patienten Kommunikation. Die Einfühlungsfähigkeit patientenorientiert stärken. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie*, 37, 32.
- Lesky, J. (2001). Bedürfnisse von Querschnittgelähmten im Rahmen der psychologischen Betreuung zur Zeit der Erstrehabilitation – eine retrospektive Befragung. *Rehabilitation*, 40, 76-86.
- Lesky, J. (2005). Richtlinien für die medizinische Aufklärung von querschnittgelähmten Patienten – ein Vorschlag. *Rehabilitation*, 44, 96-99.
DOI: 10.1055/s-2004-834740.

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0). Retrieved from http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguidelines_version2.0.pdf (accessed 20.4.2011). 1-12.
- Lucke, L.T. (1999). Outcomes of nurse caring as perceived by individuals with spinal cord injury during rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 24, 247-253.
- Lude, P. (2010). Querschnittlähmung: Psychologischer Forschungsstand. *Psychotherapie Forum*, 18, 153-161. DOI: 10.1007/s00729-010-0334-x.
- Lude-Sigrist, P. (2002). *Querschnittlähmung: Innensicht vs. Aussensicht des Verarbeitungsprozesses bei Direktbetroffenen*. (Nicht veröffentlichte Dissertation). Universität Bern, Bern.
- Malec, J. & Neimeyer, R. (1983). Psychologic prediction of duration of inpatient spinal cord injury rehabilitation performance of self care. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 995-999.
- Marcar, V. L. (2011a). *VL2 – Motorische Kontrolle des Körpers*. Winterthur: Unterrichtsskript der ZHAW, Institut für Physiotherapie.
- Marcar, V. L. (2011b). *VL3 – Neuromotorisches System*. Winterthur: Unterrichtsskript der ZHAW, Institut für Physiotherapie.
- Marcar, V. L. (2011c). *VL1 – Upper Motor Neuron Syndrom*. Winterthur: Unterrichtsskript der ZHAW, Institut für Physiotherapie.
- Marcar, V. L. (2011d). *VL4 – Upper Motor Neuron Syndrom*. Winterthur: Unterrichtsskript der ZHAW, Institut für Physiotherapie.

- Marcar, V. L. (2011e). *VL2&3 – Upper Motor Neuron Syndrom*. Winterthur: Unterrichtsskript der ZHAW, Institut für Physiotherapie.
- Marcar, V. L. (2011f). *VL1 – Neuronale Plastizität*. Winterthur: Unterrichtsskript der ZHAW, Institut für Physiotherapie.
- McKinstry, B., Ashcroft, R.E., Car, J., Freeman, G. K. & Sheikh, A. (2006). Interventions for improving patients trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 3.
- Michel, D. (1999). Was ist eine Querschnittlähmung? Medizinische Dokumentation. In Schweizer Paraplegiker-Vereinigung (Hrsg.). Nottwil: o.V..
- Motha M., Sethi, A. K, Tyagi, A. & Motha, A. (2003). Psychological care in trauma patients. *Injury International Journal of the Care of the injured*, 34, 17-25.
- Morris, J. (1989). *Able Lives: Women's Experience of Paralysis*. London: Women's press.
- Nagel, N. (2001). Nur zufriedene Patienten? Eine kommunikationswissenschaftliche Untersuchung zur Arzt-Patient-Kommunikation am Beispiel der umweltmedizinischen Beratung (Essener Studien zur Semiotik und Kommunikationsforschung). Aachen: Shaker.
- Ong, B. N. & Hooper, H. (2006). Comparing clinical and lay accounts of the diagnosis and treatment of back pain. *Sociology of Health Illness.*, 28, 203-222.
- Östlund, G., Cedersund, E., Alexandersson, K. & Hensling, G. (2001). „It was really nice to have someone“ – Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(4), 285-291.

Palmadottir, G. (2006). Client-Therapist Relationships: Experiences of Occupational Therapy Clients in Rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(9), 394-401.

Paraplegikerzentrum Balgrist. (n. d). Paraplegiorama. Retrieved from <http://www.balgrist.ch/Home/Paraplegikerzentrum/Paraplegiorama.aspx>(accessed 26.01.2011).

Paraplegikerzentrum Nottwil. (n. d). Neuro-Urologie. Retrieved from http://www.paranet.ch/de/pub/spz/bereiche/neuro_urologie.htm (accessed 15.04.2011).

Rappold, V. (2009). *Die Adhärenz (Compliance) von Patienten mit chronischen Wunden: Die Veränderung der Adhärenz am Beispiel von Inhaftierten einer österreichischen Justizanstalt*. Norderstedt: GRIN.

Roberts, L. & Bucksey, S. J. (2007). Communicating With Patients. What Happens in Practice? *Physical Therapy*, 87, 586-594.

Rohkamm, R. (2009). *Taschenatlas Neurologie*. Stuttgart: Georg Thieme.

Siller, J. (1969). Psychological situation of the disabled with spinal cord injuries. *Rehabilitation Literature*, 30, 290-296.

Stenmar L. & Nordholm, L. (1994). Swedish physical therapists' beliefs on what makes therapy work. *Physical Therapy*, 74, 1034-1039.

Stewart, M., Brown, J. B. und Weston, W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. & Freeman, T. R. (2003). *Patient-Centered Medicine. Transforming the clinical method*. Oxford : Radcliffe Medical Press.

Stucki, G., Reinhardt, J. D., Grimby, G. & Melvin, J. (2007). Developing « human functioning and rehabilitation research » from the comprehensive perspective. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, 665-671.

Sturm, E. (1979). *Rehabilitation von Querschnittgelähmten. Eine medizinpsychologische Studie*. Bern: Hans Huber.

Talvitie, U. & Reunanen, M. (2002). Interaction between Physiotherapists and Patients in Stroke Treatment. *Physiotherapy*, 88, 2, 77-88.

Tate, D. G, Forchheimer, M., Maynard, F. & Dijkers, M. (1994). Predicting depression and psychological distress in persons with spinal cord injury based on indicators of handicap. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 175-183.

Thompson, T. (2001). Die Beziehung zwischen Patienten und professionellen Dienstleistern des Gesundheitswesens. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Eds.), *Moderne Gesundheitskommunikation* (pp. 72-93). Bern: Hans Huber.

Thorne, S. E., Harris, S. R., Mahoney, K., Con, A. & McGuinness, L. (2004). The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 54(3), 299-306.

Thornquist, E. (1994). Profession and life: Separate worlds. *Social Science and Medicine*, 39, 701-713.

Trepel, M. (2008). *Neuroanatomie – Struktur und Funktion* (4. Auflage). München : Elsevier Urban & Fischer.

Tucker, S. J. (1980). Psychology of spinal cord injury : Patient-staff interaction. *Rehabilitation Literature*, 41, 114-121.

Umlauf, R. L. & Frank, R.G. (1983). A cluster-analytic description of patient subgroups in the rehabilitation setting. *Rehabilitation Psychology*, 28, 157-167.

Weber, M. (2008). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Eine gemeinsame Basis für den funktionsorientierten, rehabilitativen Zugang zur Gesundheit. *Schweizer Medizin Forum*, 8(24), 456-457.

Williams, S. & Harrison, K. (1999). Physiotherapeutic interactions: A review of the power dynamic. *Physical Therapy Reviews*, 4, 37-50.

Winter-Klemm, B. (1983). Die psychische Situation des Querschnittgelähmten – mögliche psychotherapeutische Interventionen im Rahmen der pflegerischen Betreuung. In D. von Stock (Ed.), *Die Rehabilitation traumatisch Querschnittgelähmter*. Melsungen: Bibliomed.

World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Genf: WHO Publishing.

Zäch, G. A. & Koch H. G. (2006). *Paraplegie – Ganzheitliche Rehabilitation*. Basel: Karger.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Die Medulla spinalis: Trepel, M. (2008). *Neuroanatomie – Struktur und Funktion* (4. Auflage). München: Elsevier Urban & Fischer, p.95.

Abbildung 2. Inzidenz bei Altersgruppen: Felleiter, P., Reinbott, S., Michel, F. & Baumberger, M. (2004). Das traumatische Querschnittsyndrom. *Schweizerisches Medizin Forum*, 4, p.1167.

Abbildung 3. Lähmungshöhe: Felleiter, P., Reinbott, S., Michel, F. & Baumberger, M. (2004). Das traumatische Querschnittsyndrom. *Schweizerisches Medizin Forum*, 4, p.1167.

Abbildung 4. Wirkung der Kommunikation: Dehn-Hindenberg, A. (2008b).
Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Idstein:
Schulz-Kirchner, p.52.

Abbildung 5. Paternalistisches Modell: Dehn-Hindenberg, A. (2010).
Gesundheitskommunikation im Therapieprozess. Idstein: Schulz-Kirchner, p. 29.

Abbildung 6. Partizipatives Modell: Dehn-Hindenberg, A. (2010).
Gesundheitskommunikation im Therapieprozess. Idstein: Schulz-Kirchner, p. 33.

Abbildung 7. ICF: Weber, M. (2008). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Eine gemeinsame Basis für den funktionsorientierten, rehabilitativen Zugang zur Gesundheit. *Schweizer Medizin Forum*, 8(24), p. 456.

Abbildung 8. ASIA Score: American Spinal Injured Association. (2002).

Abbildung 9: ASIA Score Erklärungen: American Spinal Injured Association. (2002).

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Reflextestung: Nach: Trepel, M. (2008). *Neuroanatomie – Struktur und Funktion* (4. Auflage). München: Elsevier Urban & Fischer, p. 104.

Tabelle 2. Läsionshöhe und entsprechende Restfunktion: Nach: Zäch, G.A. & Koch, H.G. (2006). *Paraplegie – Ganzheitliche Rehabilitation*. Basel: Karger, pp. 398-401.

Tabelle 3. Ursachen Querschnittlähmung: Nach: Zäch, G.A. & Koch, H.G. (2006). *Paraplegie – Ganzheitliche Rehabilitation*. Basel: Karger, pp. 492, 538.

7 Wortzahl

Abstract:

Das Abstract enthält insgesamt 180 Wörter.

Arbeit

Die Bachelorarbeit besteht insgesamt aus 12'879 Wörter.

8 Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erklären wir, die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst zu haben.

Winterthur, 2011

Nadine Baumgartner

Isabelle Hediger

9 Danksagung

Diese Arbeit konnte nur mithilfe der Unterstützung von unserer betreuenden Fachkraft gedeihen. Deshalb ein grosses Dankeschön an Markus Wirz. Des Weiteren möchten wir uns bei der Uniklinik Balgrist und dem schweizerischen Paraplegikerzentrum in Nottwil inklusive deren Bibliothek bedanken, in diesen Institutionen durften wir je einen Besuchstag absolvieren. Unser Dank geht auch an die klinische Psychologin Ursula Büchli der Uniklinik Balgrist, die sich freundlicherweise für ein Interview zur Verfügung stellte. Nicht zu vergessen sind alle weiteren Personen, die uns bei dieser Bachelorarbeit tatkräftig unterstützt haben.

Anhang

Anhang

1

Patient Name _____
 Examiner Name _____ Date/Time of Exam _____

ASIA **STANDARD NEUROLOGICAL CLASSIFICATION
OF SPINAL CORD INJURY** **ISCS**

MOTOR
KEY MUSCLES (scoring on nervous side)

| | | |
|---|--|--|
| R | L | |
| C5 | Elbow flexors | |
| C6 | Wrist extensors | |
| C7 | Elbow extensors | |
| C8 | Finger flexors (distal phalanx of middle finger) | |
| T1 | Finger abductors (little finger) | |
| UPPER LIMB TOTAL (MAXIMUM) [] + [] = [] (25) (25) (50) | | |

Comments: _____

| | | |
|---|-----------------------|--|
| L2 | Hip flexors | |
| L3 | Knee extensors | |
| L4 | Ankle dorsiflexors | |
| L5 | Long toe extensors | |
| S1 | Ankle plantar flexors | |
| LOWER LIMB TOTAL (MAXIMUM) [] + [] = [] (25) (25) (50) | | |

Voluntary anal contraction (Yes/No) [] []

Any anal sensation (Yes/No) [] []

SENSORY
KEY SENSORY POINTS

0 = absent
1 = impaired
2 = normal
NT = not testable

| LIGHT TOUCH | | PIN PRICK | |
|--|---|-----------|---|
| R | L | R | L |
| C2 | | | |
| C3 | | | |
| C4 | | | |
| C5 | | | |
| C6 | | | |
| C7 | | | |
| C8 | | | |
| T1 | | | |
| T2 | | | |
| T3 | | | |
| T4 | | | |
| T5 | | | |
| T6 | | | |
| T7 | | | |
| T8 | | | |
| T9 | | | |
| T10 | | | |
| T11 | | | |
| T12 | | | |
| L1 | | | |
| L2 | | | |
| L3 | | | |
| L4 | | | |
| L5 | | | |
| S1 | | | |
| S2 | | | |
| S3 | | | |
| S4-5 | | | |
| TOTALS [] [] [] [] (54) (54) (54) (54) | | | |

PIN PRICK SCORE (max: 112)
 LIGHT TOUCH SCORE (max: 112)

NEUROLOGICAL LEVEL
The most caudal segment with normal function

COMPLETE OR INCOMPLETE? [] []

ASIA IMPAIRMENT SCALE [] []

ZONE OF PARTIAL PRESERVATION
Caudal extent of normally innervated segments

SENSORY MOTOR [] []

• Key Sensory Points

Abbildung 8: ASIA Score

MUSCLE GRADING

- 0 total paralysis
 - 1 palpable or visible contraction
 - 2 active movement, full range of motion, gravity eliminated
 - 3 active movement, full range of motion, against gravity
 - 4 active movement, full range of motion, against gravity and provides some resistance
 - 5 active movement, full range of motion, against gravity and provides normal resistance
 - 5* muscle able to exert, in examiner's judgement, sufficient resistance to be considered normal if identifiable inhibiting factors were not present
- NT not testable. Patient unable to reliably exert effort or muscle unavailable for testing due to factors such as immobilization, pain on effort or contracture.

ASIA IMPAIRMENT SCALE

- A = Complete:** No motor or sensory function is preserved in the sacral segments S4-S5.
- B = Incomplete:** Sensory but not motor function is preserved below the neurological level and includes the sacral segments S4-S5.
- C = Incomplete:** Motor function is preserved below the neurological level, and more than half of key muscles below the neurological level have a muscle grade less than 3.
- D = Incomplete:** Motor function is preserved below the neurological level, and at least half of key muscles below the neurological level have a muscle grade of 3 or more.
- E = Normal:** Motor and sensory function are normal.

CLINICAL SYNDROMES (OPTIONAL)

- Central Cord
- Brown-Sequard
- Anterior Cord
- Conus Medullaris
- Cauda Equina

STEPS IN CLASSIFICATION

The following order is recommended in determining the classification of individuals with SCI.

1. Determine sensory levels for right and left sides.
2. Determine motor levels for right and left sides.
Note: in regions where there is no myotome to test, the motor level is presumed to be the same as the sensory level.
3. Determine the single neurological level.
This is the lowest segment where motor and sensory function is normal on both sides, and is the most cephalad of the sensory and motor levels determined in steps 1 and 2.
4. Determine whether the injury is Complete or Incomplete (sacral sparing).
If voluntary anal contraction = No AND all S4-5 sensory scores = 0 AND any anal sensation = No, then injury is COMPLETE. Otherwise injury is incomplete.
5. Determine ASIA Impairment Scale (AIS) Grade:
 Is injury **Complete**? If YES, AIS=A Record ZPP (For ZPP record lowest dermatome or myotome on each side with some (non-zero score) preservation)
 NO ↓
 Is injury **motor incomplete**? If NO, AIS=B (Yes=voluntary anal contraction OR motor function more than three levels below the motor level on a given side.)
 YES ↓
 Are **at least half** of the key muscles below the (single) neurological level graded 3 or better?
 NO ↓ AIS=C YES ↓ AIS=D

If sensation and motor function is normal in all segments, AIS=E
Note: AIS E is used in follow up testing when an individual with a documented SCI has recovered normal function. If at initial testing no deficits are found, the individual is neurologically intact; the ASIA Impairment Scale does not apply.

Abbildung 9: ASIA Score Erklärungen

Anhang 2

Artikelmatrix

| Autor | Jahr | Titel |
|------------------------------|-------------|---|
| DeSantis, N.M. et al. | 1999 | Building a Durable Relationship : Avoiding Catastrophe between the Therapeutic Team and the Patient with a New Spinal Cord Injury |
| Lesky, J. | 2005 | Richtlinien für die medizinische Aufklärung von querschnittgelähmten Patienten – ein Vorschlag |
| Lude, P. | 2010 | Querschnittlähmung: Psychologischer Forschungsstand |
| Mohta, M. et al. | 2002 | Psychological care in trauma patients |

Anhang 3

Hürden der Kommunikation

Die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient kann durch folgende Barrieren erschwert werden: (Dehn- Hindenberg, 2010)

Der erste Eindruck

Beim Erstkontakt mit einer Person werden persönliche Merkmale, wie zum Beispiel die Statur oder die Mimik und Gestik, mit bereits gemachten Erfahrungen und Gefühlen verbunden, welche die Beurteilung dieses ersten Eindrucks beeinflussen.

Gegenseitige Beeinflussung

Mit dem ersten Eindruck werden schon Erwartungen an die Person gestellt, die von früher gemachten Erfahrungen bestimmt werden. Dabei werden non-verbale Signale gedeutet, welche sich gegenseitig positiv oder negativ bestärken.

Selektive Wahrnehmung

Unbewusst werden von seinem Gegenüber nur jene Details wahrgenommen, welche wahrgenommen werden wollen. Dabei gehen möglicherweise wichtige Informationen verloren.

Übertragung

Frühere Erlebnisse und Erfahrungen werden auf eine aktuelle Situation transferiert, was die Gefühle und das Verhalten beeinflusst.

Augenblickliche Rolle, soziale Situation

Wie jemand eine Person wahrnimmt, entscheidet die jeweilige Rolle dieser Person, beziehungsweise die jeweilige Situation. Somit wird das Gegenüber nicht in der Gesamtheit seiner Rollen wahrgenommen.

Sympathiefehler

Wirkt eine Person auf eine andere sympathisch respektive unsympathisch werden ihr automatisch bestimmte Eigenschaften zugeschrieben. Eine sympathische Person wird demnach eher mit positiven Charakterzügen in Verbindung gebracht.

Kategorisierung

Aufgrund eines Merkmals werden Beurteilungen gemacht und Rollen zugeschrieben und die Person damit kategorisiert.

Einfrieren

Ist die Meinung über eine Person gebildet, wird diese nicht revidiert, sondern bleibt über längere Zeit bestehen.

Projektion

Dabei werden eigene Eigenschaften und Fehler auf andere übertragen. Diese sind bei anderen nicht entschuldbar, während diese bei sich selbst entschuldbar sind.

Vermutungen

Häufig werden Vermutungen angestellt, um bestimmte Verhaltensweisen oder Situationen für sich verständlich zu machen. Dabei besteht die Gefahr einer Fehleinschätzung und –interpretation, da Vermutungen fälschlicherweise als Gegebenheiten angesehen werden. (Dehn-Hindenberg zit. nach Crisand, 2000)

Anhang 4

Interview mit der klinischen Psychologin Ursula Bächli des Paraplegikerzentrums der Uniklinik Balgrist in Zürich.

Das Interview wurde in Schriftsprache, soweit möglich ad verbatim, übernommen.

I = Interviewerinnen

P=Psychologin

P: Ich weiss nicht, wie wir vorgehen wollen. Ihr habt ja die Fragen vorliegend?

I: Ja.

P: (liest vor) *Wie gross ist der Bedarf an einer psychologischen Betreuung in Prozent?*

Das kann ich nicht beantworten. Die meisten Patienten, welche hierher kommen, verdrängen alles, was mit den emotionalen Schwierigkeiten zu tun hat. Sie haben überhaupt keine Probleme, der Rollstuhl passt auch, das ist nicht problematisch. Man hat herausgefunden, dass das ein sogenannter „air bag“-Effekt ist, also es ist zu dem Zeitpunkt, wenn sie körperlich am schlechtesten dran sind, mobilisieren sie aus irgendwelchen Gründen maximale psychische Stärke.

I: Okay.

P: Und die Adaptation an die Behinderung kommt erst Monate später und kann recht verzögert sein.

Am Anfang, die ersten paar Monate sind einfach die Physiotherapeuten, und bei den Tetraplegikern auch die Ergotherapeuten, zentrale Figuren, zentrale Menschen (entschuldigt sich und lacht).

Wir [Psychologen] treten einfach aufs Tapet, wir kommen einfach mal vorbei zum Erstgespräch in den ersten zwei Wochen, in welchen der Patient da ist und schauen und konfrontieren zum Teil eben schon, aber es ist, die meisten sind einfach noch so in der Hoffnung drin, „das kommt ja dann wieder“.

I: Ach ja..?

P: „Das kommt, ich muss nur genug Therapien machen und dann kann ich wieder gehen nachher“. Wo ich jetzt relativ gut therapeutisch arbeiten konnte, ist oder immer noch therapeutisch arbeiten kann, ist mit [Patienten] von 40ig an aufwärts. Patienten, die zum Teil schon längere Zeit im Rollstuhl sind oder die neu irgendeine Behinderung akzeptieren müssen und depressiv im Talkessel, also im Loch unten,

sind. Oder MS- und Parkinsonpatienten, die allenfalls eben schon ihre Krankheit dann auch noch akzeptieren müssen.

I: Und mit den Jüngeren ist es eher schwieriger zu arbeiten?

P: Ja, weil sie haben ja dann noch viel mehr Hoffnung und ja, „das ist doch kein Problem und das das kommt, das krieg ich schon irgendwie auf die Reihe“.

I: “ Ich bin ja noch jung und kann das...”

P: Ja, genau.

I: Also, habe ich das richtig verstanden, dass Sie automatisch zu jedem Patienten gehen, also nicht dass der Patient sagt „Ich möchte gerne psychologische Betreuung?“

P: Es gibt zum Teil die Pflege, die uns aufs Tapet ruft, wenn jemand suizidal ist oder sehr angeschlagen, dann „Du, könnt ihr kommen“ oder „Kannst du kommen?“. Und sonst gehen wir einfach zum Patienten in den ersten zwei Wochen, in denen er da ist, wenn es nichts Dringendes ist, uns vorstellen und erklären gehen, wie wir arbeiten. Und dann hat es schon Patienten, die sagen: „Ah ja, das möchte ich sehr gerne, ich muss ja jetzt einen ziemlichen Brocken akzeptieren“. Beispielsweise eben MS, Guillain-Barré-Syndrom, das ist GBS.

I: Ähnlich dem Locked-in-Syndrom..?

P: Ja. Aber unfallbedingt, querschnittgelähmt oder Tetraplegie ist selten, dass sie es dann wollen.

I: Interessant.

P: Entweder sagen sie, sie hätten ein gutes soziales Netz. Wenn es Jüngere sind, haben sie in der Regel ein relativ gutes soziales Netz oder dann sagen sie „Nein, nein, ich habe keine Probleme“. Weil, sie sind sich überhaupt nicht bewusst, was eigentlich alles auf sie zukommt. Oder sie weisen es von sich. Eben, der Erstkontakt, der wird auf jeden Fall hergestellt von unserer Seite her. Ausser, es ist jemand, der für eine Botox-Behandlung kommt, der heute kommt und morgen wieder geht.

I: Dann nützt es ja nichts.

P: (liest vor) *Bekommen alle Patienten automatisch Antidepressiva?* Es ist einerseits abhängig von den Ärzten und andererseits abhängig von der Diagnose. Also, es bekommt nicht jeder Patient, der hier eintritt, a priori Antidepressiva. Aber was ich

gemerkt habe, ist, die Ärzte sehen ja die Patienten vor uns. Aber dann, wenn sie depressiv sind, dann wird, habe ich gemerkt, automatisch etwas gegeben.

I: Was ja eigentlich häufig noch der Fall ist? Also, die fallen dann eigentlich meistens noch in ein Loch?

P: Das Loch kommt eben später. Das Loch kommt etwa so nach zwei bis drei Monaten.

I: Ok.

P: Oder kann kommen.

I: Nicht zwingend, also.

P: (liest vor) *Gibt es spezielle Modelle, nach denen Psychologen arbeiten?* Das kommt einfach etwas drauf an, was für eine Therapieausbildung man hat, also da ist der Herr S., er arbeitet eigentlich gesprächspsychotherapeutisch. Das ist einerseits, konfrontierst du, mal sachte den Spiegel vor die Nase halten. Oder wenn sich jetzt ein Patient beispielsweise wehrt gegen den Rollstuhl, dann sagst du zu dem, der Hoffnung hat: „Ich komme ja dann wieder zum Laufen“. Von der Physiologie, von der Medizin her, von der somatischen Seite her, musst du sagen, nein, das ist sehr unwahrscheinlich. Dann kannst du zum Beispiel sagen, für sie ist es im Moment noch tröstend, wenn sie sich vorstellen, dass sie wieder gehen können werden, obwohl sie ja jetzt im Rollstuhl sind. Einfach dies auch antönen. Andere Modelle, also wie man anders arbeiten kann, ist mit Verhaltenstherapie, kommt auf die Weiterbildung drauf an, die man hat. Also, ich arbeite jetzt nach IKP, das ist körperpsychotherapeutisch, ich bin noch in der Ausbildung. Ich mache psychologische Körperinterventionen, psychotherapeutische Interventionen etc. Ich arbeite auch viel hier mit Imagination. Weil die Patienten sind in der Regel im Bett, es ist eine andere Situation, als wenn du in einer Praxis bist. In einer Praxis kommt der Patient zu dir und du sitzt in einem Stuhl. Hier sind sie im Bett und am Anfang gehst du zu ihnen, aber es ist ein 4er-Zimmer. Es hören alle zu, es hören alle alles. Und dann arbeite ich noch gerne imaginativ, das ist: Ich versetze den Patienten in eine Situation, in eine autobiographische Szene. Und leite sie dann hin, zum Beispiel an einen sicheren Ort, ist so eine Übung, die wir sehr gerne machen. Du führst den Patienten in eine Situation hinein, in der er sich sehr wohlfühlt. Er kann sich etwas vorstellen, sei dies ein Ort, eine Wiese und dort soll er spüren, wie es ist, wie es

aussieht, so dass er sich wirklich wohlfühlt. Solche Übungen sind sehr, sehr kräftigend.

I: Und das ist auch das Ziel, dass sie das dann selber machen können durch den Tag hindurch, oder geht das nicht?

P: Es wäre schön, wenn sie es mit der Zeit selber machen könnten, also du ankerst das Ganze, dem sagt man so, und macht irgendeine Körperbewegung dazu, mit dieser Situation. Und später, wenn er sich ein bisschen verlassen oder einsam fühlt, kann er die Körperbewegung machen und dann kommt die ...

I: Situation

P: Vorstellung wieder. Und auch das Gefühl, dass er damals empfunden hat.

I: Spannend!

P: Es ist einfach eine Möglichkeit, die man dem Patienten weitergeben kann. Es nützt nicht so, wenn du tiefenpsychologisch und psychoanalytisch arbeitest. Also du hast einfach schlicht die Zeit nicht. (liest vor) *Wie ist der grobe Verlauf einer psychologischen Betreuung, Erstkontakt bis Schlussuntersuchung?* Kommt ein bisschen drauf an, was er hat. Kommt wirklich auch darauf an, was er somatisch hat. Mit Rollstuhlpatienten arbeite ich, also Erstrehabilitanten, die ins PZ [Paraplegikerzentrum] kommen, arbeite ich eigentlich nicht so engmaschig. Die sind so befasst mit Physiotherapie, mit Ergotherapie, die ...

P/I: ... haben gar keine Zeit.

P: Und die „brauchen“ es auch nicht. Die sind noch in dieser Situation, wo sie es gar nicht brauchen. Wo ich zum Beispiel jetzt mit ein paar Patienten intensiv gearbeitet habe, also solche mit Spinalkanalstenosenerweiterung. Diese Operationen, welche mikrochirurgisch gemacht werden.

I: Ja..?

P: 80% gehen gut, 20%

I: ... eben nicht.

P: ... kommen hierhin. Und müssen dann ganz von Anfang an wieder lernen zu gehen und man muss schauen, was man erreichen kann. Dort habe ich wirklich mit Patienten gearbeitet, die dann sehr depressiv gekommen sind, denn die merken ja, was läuft. „Diese Operation ist jetzt misslungen, ich bin ein Krüppel“, und dann arbeite ich engmaschig, ein- oder eher zweimal pro Woche. Oder mit

Decubituspatienten, die die wirklich mit Decubiti kommen, die sind bis zu den Knochen hinunter ...

I: ... nekrotisch.

P: Das Zeug ist wund. Und die müssen dann nachher 2-3 Monate liegen, das ist tödlich. Und dann arbeite ich auch mit Imaginationsübungen, dass es vielleicht ein bisschen kräftigt.

I: Und mit querschnittgelähmten Patienten, Tetraplegiker, Paraplegiker, mit denen arbeitest du in dem Fall eher weniger?

P: Ja, eher weniger.

I: Oder eher gegen den Schluss?

P: Die, die ich bis jetzt erlebt habe, waren noch gar nicht bereit. Es hat jetzt auch noch einen auf der Abteilung, der wird jetzt austreten, ich glaube Mitte Februar. [Hinweis Schweigepflicht]. Im letzten Juni/Juli ist er im Zürichsee, also bei Richterswil hinunter, ist er ab einem Wellblechdach hineingesprungen und dieses Wellblechdach ging kaputt und er ist in die Untiefe hinein, Kopf voran. Ich habe es gelesen, am Morgen in der Zeitung und habe gedacht, das ist jemand, der zu uns kommt, würde mich nicht wundern. Und er ist jetzt wirklich 10-11 Monate da. Und hat sich nicht damit auseinandergesetzt, dass er im Rollstuhl ist. Es ist so eine Anpassungsstörung, er wollte es nie anschauen. Und hat jetzt aber Schmerzen, wenn er transferiert, er hat Schmerzen da, Schmerzen dort. Er hat sich überall Hilfe organisiert, er hat der Krankenschwester gesagt: „Kommen Sie mir helfen“. Auch die Physiotherapeuten mussten ihm die ganze Zeit helfen. Wenn er nach Hause ging zu seinen Eltern, trugen sie ihn herum und alles hat die Mutter gemacht.

I: Oh!

P: Das Ziel einer Rehabilitation ist eigentlich, dass der Patient wieder möglichst selbstständig wird. Aber das ging nicht in seinen Kopf. Und jetzt ist, nach 10 Monaten, im Prinzip der Fallstrick gekommen und sollte zeigen, was er kann. Er hat eine Arbeit mit mir oder mit Herr S. immer abgelehnt. Er hat gesagt, er brauche das nicht, er habe seine Familie und Kollegen. Als ich hier anfang, musste ich zuerst Auswertung machen, also Fragebögen auswerten mit querschnittgelähmten Patienten, wie sie den Aufenthalt hier empfunden haben. Die meisten möchten einfach möglichst viel Physiotherapie und möglichst viel Ergotherapie. Und das

Verarbeiten kam erst zuhause. Ich betreue jetzt eine Patientin, die ist seit 10 Jahren im Rollstuhl, eine 23-Jährige. Und jetzt kommt sie seit zwei bis drei Monaten und will das anschauen.

I: Wahnsinnig.

P: Herr S. hat einen guten Artikel geschrieben (überreicht ihn)

I: Super! Danke!

P: Gern geschehen! Wo waren wir?

I: Bei Frage Nummer 6.

P: 7, nicht? (liest vor) Wie ist das typische Verhalten eines querschnittgelähmten Patienten. Aggression, tiefes Loch, Trauer. Sind Muster erkennbar? Das könnt ihr im Artikel nachlesen.

I: Ok, steht also dort drin.

P: Es ist dort beschrieben. Peter Lude, ein Psychologe und Tetraplegiker, seit er vor vielen Jahren von einem drei-Meter-Brett in zu tiefes Wasser sprang, hat einen sehr guten Artikel geschrieben.

I: Ok.

P: Ein Artikel ist im Psychotherapieforum Springer-Verlag, Rehabilitation. Ich habe das Heft zuhause, es sind wirklich gute Artikel.

(liest vor) *Was sind für Sie wichtige kommunikative Grundsätze, um das Vertrauen der Patienten zu gewinnen?* Also das ist Carl Rogers, absolut. Das ist Wertschätzung, Empathie und Respekt. Empathie ist wirklich absolutes Einfühlen. Ich meine, es ist, entweder querschnittgelähmt, Tetraplegie, MS oder Parkinson, für den Patienten „scheisse“. Und das wegzudiskutieren, das ist nicht unsere Sache. Was auch immer der Patient sagt, ich sage „ich fühle mit Ihnen“, also „ich kann Sie verstehen“. Und auf der anderen Seite sage ich, es bringt nichts, wenn man hadert. Man will nach vorne schauen. Aber es ist ein harter Brocken, den sie jetzt schlucken müssen.

I: Aber hast du nicht häufig Mühe mit der Abgrenzung, wenn du dich wirklich in den Patienten hinein fühlst? Also du musst ja auch eine Grenze ziehen, damit du selber nicht alles mitnimmst?

P: Ja, das ist der Unterschied zwischen Empathie und Gefühlsüberschwemmung. Ich lasse mich nicht anstecken von diesen Gefühlen. Wenn ein Patient schwer suizidal in einem Loch ist, dann laufe ich nicht hinaus und begehe Selbstmord.

I: Ja, klar.

P: Ich kann es ihm nachfühlen, wie es ist; ich bin da, um sie aus dem Loch hinauszuholen. Aber es bedingt schon, dass du sehr viel Selbsterfahrung gemacht hast. Das ist ein Teil unseres Berufes.

I: Ja.

P: (liest vor) *Kennen Sie Studien, in welchen die Patienten die für sie wichtigen kommunikativen Schwerpunkte setzten?* Nein, kenne ich nicht.

I: Gut, gut, auch das dürfen Sie sagen.

P: In Bezug auf die Querschnittlähmung nicht, nein. Aber es kann sein, dass ihr im Lude etwas findet. (liest vor) *Wird in dieser Institution jeweils eine Evaluation dazu durchgeführt?* Also Interviews, die wurden durchgeführt im Jahr 2007 oder 2008. Da hat man aber ganz spezifisch gefragt, wie man den Psychologen empfunden hat. „Wie ist die psychologische Intervention oder das Angebot aufgenommen worden?“ Zum Beispiel habe ich bei diesem Fragebogen gesehen, dass einer oder zwei geantwortet haben: „Verdammt noch mal, jetzt komme ich in den Rollstuhl und jetzt schicken sie mir schon den Psychologen im Rollstuhl vorbei“. Und andere haben wirklich gesagt: „Es war sehr lehrreich und sehr hilfreich, das zu sehen. Und er konnte mir wirklich auch helfen“.

I: Ja.

P: Es gibt beides.

I: Ja, je nach Charakter.

P: (liest vor) *Wie wichtig ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit für Sie?* Es ist wirklich wichtig, da alle Standpunkte einfließen. Man weiss, was die Ärzte dazu zu sagen haben, man weiss, wie die Physiotherapie mit dem Patienten arbeitet, wie weit die Ergotherapeuten sind, was man als nächste Schritte planen muss. Was muss gemacht werden, müssen irgendwelche Wohnungsabklärungen gemacht werden? Wie tritt der Patient aus, wann tritt er aus und was müssen wir bis dann noch vorbereiten? Und das wird wirklich von allen Seiten her aufgegleist.

I: Ja, beim Rapport haben wir gesehen, dass wirklich alle zusammengearbeitet haben, das ist wirklich gut!

P: Ja. Und das haben sie scheinbar früher nicht gemacht, jeder arbeitete für sich.

I: ... und niemand wusste, wo der andere steht ...

P: Und jetzt ist es zusammengezogen. Dann gibt es noch Rehabilitationsgespräche, da lädt man den Patienten und seine Familienangehörigen ein und bespricht dann mit Patient und Angehörigen dasselbe wie an den Rapporten. Einfach nur auf ihn bezogen und macht quasi eine Standortbestimmung. Dann sind die Leute dazu angehalten, Fragen zu stellen. Es gibt Patienten, die sagen: „Dürfte ich nicht noch bis Ende Februar bleiben, ich möchte folgendes noch erreichen?“ Dann kann man ihm entgegenkommen, unter Umständen.

I: Ich wollte noch fragen, der Rapport wurde von dir geleitet heute. Sind es die Psychologen, die das machen oder ist das immer anders?

P: Psychologen müssen den Rapport leiten, also Rapport vorbereiten, Rapport leiten und Rehabilitationsgespräche leiten, das ist per Definition so in dieser Institution.

I: Ok.

P: Ich muss ehrlich sagen, ich habe auch viel gelernt dadurch. Ich musste wirklich reinbeissen und diese Rapporte leiten.

I: Das ist nicht immer einfach?

P: Das ist nicht immer einfach. Vor allem wegen des Zeitdrucks.

I: Ja.

P: Man muss Ordnung in den Rapport bringen.

I: Sonst verliert man sich.

P: In einer Stunde sollten wir durch sein, insgesamt.

(liest vor) *Sind Sie der Meinung, dass es anderen Disziplinen an kommunikativen Grundsätzen/ Sozialkompetenz fehlt? Wenn ja, haben Sie konkrete Vorschläge, was verbessert werden könnte? Ich habe nicht das Gefühl, dass ich das jetzt hier erlebt habe, dass Sozialkompetenz fehlt, absolut nicht. Was ich aber jedem ans Herz lege, ist „emotionale Kompetenz“, ein riesiges Buch, dieses zu lesen. Man kann sich ja ein Jahr Zeit lassen. Das ist wirklich auf allen verschiedenen Ebenen, also verstandesmässig, emotional, etc. „Wie kann ich mit all diesen Leuten umgehen?“, wenn ihr das wollt.*

I: Vielleicht nach der Bachelorarbeit.

I: Ja genau, wenn mal das Größte durch ist. Es ist sicher spannend!

P: Ja, es ist wahnsinnig lehrreich. Man bekommt wahnsinnig viel mit vom Empathischen mit Patienten, oder allgemein mit Menschen, es ist nicht patientenbezogen, dieses Buch.

(liest vor) *Gibt es interdisziplinäre Fortbildungen zum Thema Sozialkompetenz?*
Meines Wissens hier nicht. Also, die Physiotherapeuten haben eine Supervision drei bis viermal im Jahr.

I: Ja.

P: Ich habe eine Supervision geleitet und dann noch eine zweite. Es ist im Prinzip ein Gruppengespräch, welches dann logischerweise die Sozialkompetenz erhöht.

I: Ah, ok. Also dann kommt jemand von den Psychologen mit und schaut quasi, wie sie [Physiotherapeuten] es machen?

P: Ja, man geht davon aus, dass die Psychologen immer etwas weiter sind in der sozialkompetenten Entwicklung. Und dann können in geschütztem Rahmen Konflikte angesprochen werden und dann nimmt man das auf oder lässt sie den Konflikt untereinander, im geschützten Rahmen, lösen. Und dort wo es Hilfe braucht, hilfst du als Psychologe.

(liest vor) *Wie wichtig ist Zusammenarbeit mit den Angehörigen?* Ich finde das sehr wichtig, da es die Angehörigen auch tangiert, wenn jemand an einer unheilbaren Krankheit leidet oder im Rollstuhl ist. Darum ist es sehr wichtig und die Angehörigen können an sich auch Dienste vom psychologischen Dienst in Anspruch nehmen, wenn es im Rahmen vom Möglichen liegt.

I: Wird das viel genutzt?

P: Bis jetzt habe ich mit einer Mutter geredet, nein mit zwei! Es waren die Mütter, die kamen, die fragten, ob sie kommen dürften und dann habe ich mit einem Ehepaar auch noch gearbeitet. Der Mann war hier, hatte eine Metastase im Rückenmark, diese wurde herausoperiert und er hätte eine Rehabilitation machen sollen. Ich ging vorbei und merkte, dass sich die beiden dauernd abschnitten mit Vorwürfen und wusste, es ist nicht der Zeitpunkt Eheberatung zu machen, für das haben wir gar keine Zeit, und habe einfach darauf aufmerksam gemacht, wie man es anders machen könnte. Und dann wollten sie wirklich mit mir Eheberatung und Paarberatung

machen. Für etwa drei Wochen habe ich jede Woche ein- zweimal mit ihnen gearbeitet und dann hat sich die Situation geändert, dass er nochmals Metastasen gehabt hat. Dann machten sie noch eine Umsiedlung und die Ehefrau meinte, sie könnte ja dann zu mir kommen. Ich denke, sie will dann den Trauerprozess gestützt oder begleitend machen. Dort war es auch wichtig, die Frau mit einzubeziehen.

(liest vor) Wie lange bleiben die Patienten durchschnittlich in einer psychologischen Betreuung? Querschnittgelähmte Patienten und Tetraplegiker eigentlich praktisch nicht. Die bräuchten es eigentlich erst nachher.

(Liest vor) Gibt es Patienten, die erst nach der Rehabilitation, das heisst nach Austritt, psychologische Betreuung in Anspruch nehmen? Also, bis jetzt niemand.

I: Kam niemand mehr?

P: Die 23-Jährige Frau, die einen Unfall hatte vor 10 Jahren und jetzt im Rollstuhl ist und das dazumal nicht verarbeitet hat, kommt jetzt.

(liest vor) *Wenn sich ein Patient sein Leben mit der Querschnittlähmung unter gar keinen Umständen vorstellen kann, wie ist das Vorgehen? Versucht man den Patienten umzustimmen?*

I: Jetzt sind wir wieder am gleichen Punkt.

P: Es ist im Grunde genommen die Freiheit vom jedem, ob er das akzeptieren will, sich damit auseinandersetzen will oder nicht. Wir versuchen, ihn daran anzunähern, das kann ich für mich sagen. Ich versuche, den Patienten an die harte Realität anzunähern und ihn immer wieder darauf aufmerksam zu machen. Oder zum Beispiel der Umstand, dass sie Hoffnung haben, dass sie eines Tages wieder gehen können, erleichtert ihnen im Moment das Dasein im Rollstuhl. Ungeachtet dessen, ob sie wirklich wieder gehen werden können. Ich mache beides: Also ich nehme ihnen die Hoffnung nicht, aber ich sage auch nicht: „Sie werden wieder gehen“.

I: Also wenn man weiss, die Wahrscheinlichkeit ist relativ klein, sagt man das trotzdem nicht? Oder versucht man noch?

P: Ich habe mit Gesundheitswissenschaftlerinnen geredet und die haben gesagt: „Es ist alles möglich. Dass zwar das Rückenmark, also die Nervenstränge, die Axone völlig zerquetscht sind, aber dass die Patienten trotzdem wieder gehen können. Wo es wirklich nicht geht ist, wenn alles durchtrennt ist. Dann ...

I: ... ist keine Chance ...

P: ... ist keine Chance. Aber dann orientieren die Ärzte offen.

I: Das ist auch wichtig.

P: Es ist wirklich besser. Es ist einfach schwierig, wenn Patienten Rückenmarksblutungen haben, Fisteln oder Metastasen, wo man partiell herausoperieren musste. Was kommt wieder zurück?

I: Eine Prognose ist fast nicht möglich.

P: Unser Oberarzt sagte bereits „Ach, Blutungen im Rückenmark, die haben eine schlechte Prognose.“ Ist möglich, aber ich sehe Leute, die gehen.

I: Genau, es gibt auch das andere.

I: Gibt es viele Patienten, die die Reha wirklich abbrechen, weil sie einfach nicht mehr wollen?

I: Nicht damit klarkommen?

P: Das gibt es schon. Wir haben gerade jetzt jemanden, einen Patienten, der bockt. Aber das ist aus seiner Geschichte hinaus. Er ist 65, war offenbar etwas verwahrlost. Seine Geschwister lösten den Mietvertrag der Wohnung: „Komm, wir stopfen dich ins Altersheim.“ Das Altersheim ist die beste Lösung. Das war letzten Frühling und der Patient hat das überhaupt nicht verarbeitet. Ich meine, sie werfen ihn ins Altersheim, und was hat er jetzt? Er hat eine Hirnblutung gemacht im Oktober und hatte eine Hirn-OP und da eine Spinalkanaleröffnung. Er ist im Rollstuhl, hätte aber an sich eine gute Prognose wieder Fussgänger zu werden am Rollator. Er sagt aber, er begreife einfach nichts mehr. Er ist in einem sehr tiefen Loch, depressiv. Ich habe jetzt drei bis vier Wochen mit ihm gearbeitet, jede Woche zweimal. Zum Teil sagte er: „Oh, machen Sie wieder so eine Übung mit mir, dann geht's mir wieder besser“. Und jetzt hat er einfach anfangs dieser Woche gesagt, er wolle nicht mehr, er verstehe einfach nichts mehr, er wolle nur noch nach Hause, in seine gewohnte Umgebung, ins Altersheim. Es ist einerseits die Depression, die schlimm ist, er ist im Loch, und das andere ist die Hirnblutung. Ich kann mir vorstellen, dass da zu viele Eindrücke kommen. Das kann er nicht verarbeiten. „Was sollen diese Therapien? Was soll das, ich gehe jetzt wirklich in meine gewohnte Umgebung und schaue dann!“. Ich war heute Nachmittag noch einmal bei ihm und dann hat er mir die Hand gegeben: „Es ist nicht gegen Sie, es ist überhaupt nicht gegen Sie.“ Dann sagte ich: „Ich weiss es. Ich

möchte Ihnen einfach zureden, bleiben Sie da und dann arbeiten wir weiter.“ Aber, er will nach Hause.

I: Das ist selten.

P: Es ist selten, dass jemand sagt „Ihr könnt mich“. Aber das ist schon die Freiheit von jedem.

I: Man kann es nicht erzwingen.

P: Nein, du kannst es nicht erzwingen.

I: Gut, ok.

P: Konnte ich eure Fragen ungefähr beantworten?

I: Super, danke!

I: Ich bin ein ganzes Stück weiter gekommen!