

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich
Studiengang Logopädie

Bachelor-Arbeit

**Zum Verhältnis
von Neuropsychologie und Logopädie
im Kontext Rehabilitation bei Aphasie**

**Literaturrecherche und Einblicke in
“good practice”**

Eingereicht von:
Désirée Imboden
Linda Erni

Begleitperson:
Diplom-Pädagogin Beate Steiner

25. Mai 2018

Abstract

In der vorliegenden Arbeit wird aufgezeigt, welche Basisfunktionen als Einflussfaktoren in der Rehabilitation von Aphasie in welcher Weise relevant sind und ob es zwischen Logopädie und Neuropsychologie disziplinäre Überschneidungen im Kontext Rehabilitation bei Aphasie gibt. Dabei wird auf die Thematik der Interprofessionalität eingegangen.

Zur theoretischen Beantwortung beider Fragen wurde eine Literaturrecherche gemacht. Um die dadurch gewonnenen Antworten auf die zweite Frage mit einem Praxisbeispiel zu ergänzen, wurde zusätzlich ein Experteninterview durchgeführt.

Die Fakten aus der Literatur und die Antworten des Experteninterviews zeigten bis auf wenige Unterschiede eine grosse Übereinstimmung.

Dies lässt vermuten, dass die Thematiken Interdisziplinarität und Interprofessionalität in der Literatur klar dargestellt sind und sich interprofessionelle Arbeitsweisen, als Folge davon, in der Praxis etabliert haben.

Jedoch wurde herausgearbeitet, dass Interdisziplinarität und Interprofessionalität in der Literatur zwar oft erwähnt werden, jedoch meist zu unspezifisch, um daraus eine konkrete Idee zur praktischen Umsetzung schlussfolgern zu können. Aufgrund dessen fällt die interprofessionelle Zusammenarbeit in unterschiedlichen Institutionen uneinheitlich aus.

Danksagung

Diese Bachelorarbeit entstand im Rahmen unseres Logopädiestudiums an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich im Jahrgang 2015 / 2018. Dabei durften wir auf die Unterstützung verschiedener Personen zählen.

Ein herzliches Dankeschön geht an die Fachleitung der Logopädie und die Leitung der Neuropsychologie der Klinik Lengg, Christin Zöllner und Jutta Küst, die uns durch ein Experteninterview einen Einblick in „good practice“ ermöglichten, wodurch wir an wertvolle Informationen gelangt sind.

Besonderen Dank gilt unserer Begleitperson Diplom-Pädagogin Beate Steiner sowie Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner, auf deren Unterstützung wir im Entstehungsprozess dieser Arbeit zählen konnten.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
1.1 Theoretische Relevanz und persönliche Motivation	2
1.2 Forschungsfragen	5
1.3 Methodisches Vorgehen	5
2. Literaturrecherche	6
2.1 Neuropsychologische Basics im Kontext Aphasie	6
2.2 Begriffsklärung Interdisziplinarität und Interprofessionalität	11
2.3 Tätigkeitsbereiche Neuropsychologie und Logopädie	11
2.3.1 Fachgebiet Logopädie	11
2.3.2 Fachgebiet Neuropsychologie	13
2.4 Interprofessionalität in der Logopädie und Neuropsychologie	15
2.4.1 Interprofessionalität in der Logopädie	15
2.4.2 Interprofessionalität in der Neuropsychologie	17
3. Experteninterview	20
3.1 Cluster	20
3.1.1 Rahmenbedingungen	20
3.1.2 Formen	20
3.1.3 Konzept	23
3.1.4 Lehre der Interprofessionalität	24
3.1.5 Ambulante Interprofessionalität	24
3.1.6 Mögliche Schwierigkeiten	25
3.1.7 Gewinn durch Interprofessionalität	26
3.1.8 Abgrenzung der Arbeitsbereiche	27
4. Schlussfolgerungen	29
5. Vision und Ausblick	33
6. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	35
6.1 Tabellenverzeichnis	35
6.2 Abbildungsverzeichnis	35
7. Literaturverzeichnis	36
8. Anhang	37
8.1 Leitfaden Experteninterview	37

1. Einleitung

Im Kontext Rehabilitation bei Aphasie muss beachtet werden, dass aphasische Störungen selten isoliert, sondern meist in Kombination mit weiteren, teils nicht-sprachlichen Problemen auftreten. Diese Begleitstörungen lassen sich in die Bereiche Medizin und Pflege, Sensomotorik, Neuropsychologie sowie Psychopathologie einteilen (vgl. Schneider & Wehmeyer & Grötzbach, 2014, S. 9-10). Durch diese grosse Spannweite an möglichen Störungsbereichen nach einer Hirnschädigung ist es unerlässlich, dass Fachpersonen aus verschiedenen Professionen am Rehabilitationsprozess einer Aphasie beteiligt sind. Bei der Sprachtherapie handelt es sich dementsprechend um einen Teil eines interdisziplinären Behandlungsvorgehens bei Aphasie. Dabei müssen alle beteiligten Professionen über grundlegende Kenntnisse der involvierten Fachdisziplinen verfügen (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 40).

Abhängig von den Begleitstörungen sind mehr oder weniger Spezialisten in die Therapie involviert (vgl. Schneider et al., 2014, S. 10). Da kognitive Störungen und die Sprachstörung Aphasie unter dem Aspekt der Basisfunktionen Berührungspunkte aufweisen, beschränkt sich diese Bachelorarbeit auf die Disziplinen Neuropsychologie und Logopädie. Diese beiden Tätigkeitsbereiche werden aufgrund dieser Schnittstelle mit der Frage der Art und Weise einer Zusammenarbeit konfrontiert.

1.1 Theoretische Relevanz und persönliche Motivation

Durch ein Gespräch mit Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner sind die Autorinnen auf die unzureichende Fachliteratur in Bezug auf die Zusammenarbeit von Neuropsychologie und Logopädie aufmerksam geworden. Bei einer anschliessenden Recherche der Autorinnen zu dieser Thematik fiel ihre Aufmerksamkeit auf das Teilergebnis einer durchgeführten Erhebung des Ist-Standes der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) in der realen Praxis 2012 / 2013.

Die ICF dient als Kommunikationsinstrument, das unter anderem die Verständigung unter den verschiedenen Disziplinen fördert. Auch dient es als Klassifizierungsmodell, welches nicht nur die Sprachfunktion in den Fokus stellt, sondern weitere Komponenten wie Körperfunktion, Körperstruktur, Aktivität, Partizipation, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren mit einbezieht. Als Klassifizierungsmodell gewährt die ICF also eine Übersicht über die Einordnung von Aphasien, deren Diagnostik und Therapie (vgl. Schneider et al., 2014, S. 23-24). Aufgrund der verschiedenen Komponenten der ICF lässt sich ableiten, dass verschiedene Berufsgruppen bei der Rehabilitation von Aphasie gefragt sind.

Folgendes Zitat von Steiner zeigt die Wichtigkeit der Interprofessionalität in der Umsetzung der ICF auf:

ICF gelingt dann, wenn sie eine Vision der Institution und damit aller Abteilungen ist. Denn der runde Tisch, die kooperative Beratung oder das Case-Management brauchen Raum und Zeit und sind als Grundvoraussetzungen zu verstehen und nicht als additive Optionen zur Einzeltherapie. Für verschiedene Kontextfaktoren sind unterschiedliche Professionen zuständig, deshalb muss eine interprofessionelle Abstimmung der Massnahmen erfolgen. (Steiner, 2016, S. 27)

Der Rehabilitationsprozess kann optimiert werden, wenn die Zielsetzungen ICF-orientiert erfolgen, da die ICF durch die einzelnen genannten Komponenten die individuelle Lebenssituation jedes einzelnen Patienten mit Aphasie erfasst (vgl. Schneider et al., 2014, S. 150). Wird das ICF-Konzept in die Therapieplanung mit einbezogen, ist Interprofessionalität vorausgesetzt.

Die Autorinnen haben sich unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Datenerhebung des Ist-Standes der ICF auf die Thematik der Zusammenarbeit fokussiert.

Die Datenerhebung wurde mittels Befragungen im deutschsprachigen Raum durchgeführt, im Rahmen eines Kooperationsprojekts der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH) und der Schweizerischen Hochschule für Logopädie Rorschach (SHLR), mit Beteiligung aus Graz (FH JOANNEUM) und Aachen (RWTH). Befragt wurden Leiter und Leiterinnen von Rehakliniken.

Es stellte sich heraus, dass Institutionen durchaus Zeitgefässe für Treffpunkte unter dem Namen ICF-Sitzungen oder Rapporte für den interprofessionellen Austausch zur Verfügung stellen. Diese finden wöchentlich statt und dienen dem gemeinsamen Austausch für ein koordiniertes Vorgehen im gesamten Rehabilitationsprozess. Jedoch erwies sich die Antwort auf die Frage, wie sich die Zusammenarbeit der einzelnen beteiligten Professionen gestaltet, als unkonkret. Trotz des zur Verfügung gestellten Zeitfensters der Institution für interne Sitzungen findet teilweise ein informeller Austausch, wie zum Beispiel ein Pausengespräch, statt. Weiter stellte sich bei der Frage über das Entstehen der Behandlungsziele heraus, dass es im Klinikalltag selten zu gemeinsamen Therapieplanungen kommt (vgl. Steiner, 2016, S. 43-44).

Diese Ergebnisse zeigen somit auf, dass zwar ICF-orientiert gearbeitet wird, jedoch wird der Aspekt der Zusammenarbeit vernachlässigt. Dies war für die Autorinnen der Anstoss, die Thematik der Zusammenarbeit genauer zu untersuchen.

Ein weiterer Anstoss zur Verfassung dieser Arbeit war die persönliche Motivation zu einer vertieften Auseinandersetzung mit der Thematik der Interdisziplinarität und Interprofessionalität zwischen Logopädie und Neuropsychologie. Während den studiumsintegrierten Praktika im klinischen Erwachsenenbereich haben die Autorinnen die

interprofessionelle Arbeit der beiden genannten Professionen nur bedingt erlebt. Ein möglicher Grund dafür könnten die zu der Zeit der Praktika vorliegenden Störungsbilder gewesen sein, die eine solche Zusammenarbeit unter Umständen nicht erforderten. Dennoch schien es so, als wäre die Interprofessionalität zwischen Logopädie und Neuropsychologie ausbaufähig. Die Autoren konnten jedoch beobachten, dass die Interdisziplinarität in klinischen Institutionen etabliert ist. Dies zeigt sich beispielsweise daran, dass „Interdisziplinäre Rapporte“, „Interprofessionelle Rapporte“ oder ähnliches durchgeführt werden, die als Austauschmöglichkeiten für die beteiligten Professionen dienen.

Mit solchen und ähnlichen Rahmenbedingungen ist der Grundstein zu einer gelingenden Zusammenarbeit zwar gelegt, jedoch werden sie eher der Begriffsdefinition der Interdisziplinarität gerecht als der Interprofessionalität. Genauer dazu findet sich im Kapitel der Begriffsklärung der vorliegenden Arbeit.

Die Umsetzung der Interdisziplinarität, die aktive Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen in der Therapie bestimmter Störungsbilder, die Anerkennung, Achtung und aktive Nutzung von Kompetenzüberschneidungen - eben Interprofessionalität - wird im Studium zwar angestrebt, jedoch erlebten die Autorinnen in den Praktika nur einen Bruchteil der Zusammenarbeit, die ihnen als möglich erscheint. Den Autorinnen fehlte beispielsweise eine gemeinsame Zielsetzung bei Einzeltherapien, die von Therapeuten unterschiedlicher Disziplinen durchgeführt wurden, sowie die Durchführung von Gruppentherapien. Durch diesen gefühlten Mangel an Interprofessionalität entstand eine persönliche Motivation dazu der Frage nachzugehen, ob und wie in der Literatur auf die Umsetzung von Interdisziplinarität eingegangen wird, wo Grenzen gezogen und Überschneidungen sowie Gemeinsamkeiten in aktiver Zusammenarbeit gelebt und gemanagt werden. Da für angehende Logopädinnen und Logopäden im Kontext Aphasie vor allem die Zusammenarbeit mit der Neuropsychologie relevant ist, konzentriert sich diese Bachelorarbeit auf das Verhältnis dieser beiden Professionen.

Eine weitere persönliche Motivation ist der Berufseinstieg einer der beiden Autorinnen als Logopädin im klinischen Erwachsenenbereich. Dementsprechend ist ihr an einer vertieften Auseinandersetzung mit der Thematik der Interprofessionalität im Kontext Rehabilitation gelegen. Die andere Autorin, die als Logopädin im Kinderbereich tätig sein wird, interessiert sich für das Thema der Zusammenarbeit, die dazu dient, Therapien zu optimieren, unabhängig von ihrem Tätigkeitsfeld. Die im Rahmen dieser Arbeit erhobenen Daten können für die Arbeit mit Kindern und Erwachsenen gleichermaßen adaptiert werden, da sich die Interprofessionalität nicht auf die Tätigkeit im klinischen Erwachsenenbereich beschränkt.

1.2 Forschungsfragen

1. Welche Basisfunktionen sind als Einflussfaktoren in der Rehabilitation der Aphasie in welcher Weise relevant?
2. Gibt es zwischen Logopädie und Neuropsychologie disziplinäre Überschneidungen im Kontext Rehabilitation bei Aphasie? Wenn ja, wie sehen mögliche interprofessionelle Arbeitsweisen aus?

1.3 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfragen, welche dieser Arbeit zugrunde liegen, führen die Autorinnen zuerst eine Literaturrecherche durch. Dabei werden die literarischen Fakten zur Thematik der Basisfunktionen und deren Einfluss auf die Therapie bei Aphasie im Kontext Rehabilitation zusammengetragen.

Ausserdem liegt ein weiteres Augenmerk auf der Frage, ob in der Literatur Kompetenzüberschneidungen zwischen den Professionen Logopädie und Neuropsychologie bei der Therapie von Aphasie klar geregelt und aufgezeigt werden und wie in der Theorie dementsprechend die Aufgabenteilung zwischen den Disziplinen geregelt ist. Um einen allgemeingültigen Vergleich zwischen der Theorie und der Praxis machen zu können, ist der Umfang dieser Arbeit zu klein. Dazu würde eine umfangreiche Studie mit einem grösseren Stichprobenumfang durchgeführt werden müssen. Um dennoch die Möglichkeit zu einem Vergleich zu haben und einen Einblick in „good practice“ geben zu können, führen die Autorinnen anschliessend an die Literaturrecherche ein Experteninterview mit den leitenden Personen der Neuropsychologie und Logopädie einer neurologischen Rehabilitationsklinik in Zürich durch. Das gesamte Experteninterview liegt als Audiodatei vor und kann bei Interesse bei den Autorinnen angefordert werden. Im Rahmen einer qualitativen Analyse transkribieren die Autorinnen die Ergebnisse des Interviews sinngemäss und führen eine Kontentanalyse durch. Der Inhalt wird getrennt analysiert, anschliessend abgeglichen und zum Schluss sinngemäss gruppiert. Dabei werden diejenigen Aspekte aufgeschrieben, welche beiden Autorinnen wichtig erscheinen, weil sie mehrmals oder ausdrücklich erwähnt wurden. Das daraus entstandene Cluster bündelt die für die Praxis relevanten Informationen bezüglich gelingender Interprofessionalität unter den jeweiligen Übertiteln.

2. Literaturrecherche

2.1 Neuropsychologische Basics im Kontext Aphasie

Im ersten Teil der Literaturrecherche liegt der Fokus der Autorinnen auf den Basisfunktionen als Einflussfaktoren in der Rehabilitation von Aphasie. Die aufgeführten neuropsychologischen Basics dienen als Grundlage für die vorliegende Arbeit und werden durch den zweiten Teil der Literaturrecherche in der Frage der Interdisziplinarität und Kompetenzhoheit sowie Kompetenzüberschneidung ergänzt.

Da sich diese Bachelorarbeit an die Professionen Neuropsychologie und Logopädie richtet und aufgrund der daraus resultierenden Fachkompetenz im Bereich von neurologischen Sprachstörungen wird auf eine ausführliche Definition und Ätiologie des Störungsbildes Aphasie verzichtet. Dennoch soll eine kurze und prägnante Definition von Schindelmeiser (2012) den Begriff Aphasie folgendermassen erläutern: „Aphasien sind erworbene Störungen in der Sprachverarbeitung bzw. im Sprachgebrauch, die auf spezielle Hirnschädigungen zurückzuführen sind“ (S. 47). Des Weiteren beschreibt Schindelmeiser, dass Aphasien bei einem Hirninfarkt im linken Stromgebiet der A. cerebri media - vor allem bei Rechtshändern – oft nicht das einzige Symptom darstellen. Denn nebst sensomotorischen Ausfällen und Sprachstörungen (Aphasie) kann es auch zu sonstigen neuropsychologischen Ausfällen kommen (vgl. Schindelmeiser, 2012, S. 47). Dass auch diese sonstigen neuropsychologischen Ausfälle bei Hirnschädigungen, abgesehen von sprachlichen Problemen, tiefgreifende Auswirkungen auf die Primär- und Sekundärbetroffenen haben können, zeigt sich in folgender Aussage: „Statistische Untersuchungen belegen, ... für weitere ca. 30% der Betroffenen prägen jedoch Lähmungen, sprachliche Probleme und andere Symptome das weitere Leben so stark, dass eine Berufstätigkeit nicht mehr möglich ist ...“ (Schindelmeiser, 2012, S. 36).

Diesen weiteren Symptomen, die auf der Ebene der Basisfunktionen auftreten, widmet sich der erste Teil der Literaturrecherche. Sie müssen in der Rehabilitation von Aphasien in der Therapie und der Diagnostik berücksichtigt werden, da sie einen Einfluss auf die Sprachverarbeitung und -produktion haben. Der Neuro- und Psycholinguist Blanken (1991) beleuchtet den Einfluss von Störungen der Basisfunktionen auf die sprachlichen Fähigkeiten der Patienten mit der Bezeichnung „nicht-linguistisch relevante Faktoren“ folgendermassen:

Auch nicht-linguistische Faktoren müssen sowohl für die Diagnose als auch für die Therapie berücksichtigt werden. Insbesondere hat die eingeschränkte Kapazität des sogenannten „Arbeitsspeichers“ einen unmittelbaren Einfluss auf die produktive / rezeptive Verarbeitung von Sätzen.

Auch die Verlangsamung von Prozessen kann Folgen für die Sprachverarbeitung haben. Dies gilt insbesondere für die Verarbeitung komplexer Sätze.

Reichen der Arbeitsspeicher und / oder die Verarbeitungsgeschwindigkeit nicht aus, können die verschiedenen Beziehungen innerhalb eines komplexen syntaktischen Gebildes nicht gleichzeitig bearbeitet werden.

Es kommt daher zu Einschränkungen sowohl bei der Produktion als auch bei der Rezeption von komplexen Sätzen. (S. 387)

Da sich Blanken unter anderem auf den Einfluss von Basisfunktionsstörungen auf die Verarbeitung von sprachlichem Input mit steigender Komplexität bezieht, können die damit in Zusammenhang stehenden Aussagen im Kontext des postakuten Stadiums, also der Rehabilitation von Aphasie, betrachtet werden. Die durch Blanken aufgezeigten Einflüsse müssen in der Therapieplanung der Sprachtherapie berücksichtigt werden. Beispielsweise bei der Wahl des Therapiesettings, der Therapiemethode sowie bei der Therapeutensprache müssen Massnahmen ergriffen werden, um die Patienten in ihren Einschränkungen bei der Produktion als auch der Rezeption von komplexem sprachlichem Input zu unterstützen.

Durch eben diesen grossen Einfluss bestimmter Basisfunktionen auf die Sprachverarbeitung und -produktion, werden diese in neuerer Literatur als sprachliche Basisfunktionen bezeichnet - beispielsweise die Funktionen Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und Gedächtnis (vgl. Schrey-Dern & Lauer, 2013, S. 123).

Im Folgenden werden die Basisfunktionen, die im Kontext neuropsychologischer Rehabilitation relevant sind, und ihre Einflüsse auf die Sprachtherapie bei Aphasien genauer betrachtet. Die Neuropsychologin Finauer unterteilt diese Basisfunktionen in folgende drei Bereiche:

- die Aufmerksamkeit
- das Gedächtnis
- die exekutiven Funktionen

Kognitive Störungen führen im Alltag zu einer Einschränkung der Fähigkeit, den Anforderungen der Umgebung adäquat zu entsprechen und sich auf neue Aufgaben einzustellen. Daher ist die neuropsychologische Behandlung dieser Störungen in der Rehabilitation besonders bedeutsam (vgl. Finauer, 2009, S. 7).

In der Rehabilitation von Aphasien werden die Patienten tagtäglich mit vielen verschiedenen Anforderungen der Rehabilitationsumgebung sowie neuen Aufgaben konfrontiert. Deren erfolgreiche Bearbeitung steht daher in engem Zusammenhang mit der Therapie der Störungen der Basisfunktionen. Da kognitive Störungen im Kontext Aphasie somit eine Schnittstelle zwischen Logopädie und Neuropsychologie darstellen, lässt sich in dieser Aussage ausserdem die Notwendigkeit zu einer starken Zusammenarbeit zwischen den beiden genannten Professionen in der Rehabilitation von Aphasie erkennen.

Wenn gemäss Finauer die drei Bereiche der Basisfunktionen hierarchisiert dargestellt werden sollen, nimmt die Aufmerksamkeitstherapie die Rolle einer Basistherapie ein. Aufmerksamkeitsstörungen sind die wohl am häufigsten auftretenden neuropsychologischen Störungen überhaupt. Dies obwohl die Betroffenen in ihrer Selbsteinschätzung ihre Gedächtnisleistungen weitaus häufiger beklagen. Bei einer näheren Analyse stellen sich die

eingeschränkten Gedächtnisleistungen jedoch oft als Produkt von Defiziten in der selektiven und in der geteilten Aufmerksamkeit dar.

Der Hauptnachteil solcher Fehleinschätzungen liegt darin, dass der Patient in der Phase der Anschlussheilbehandlung zunächst davon überzeugt werden muss, dass sein Behandlungsanliegen in der gewünschten Weise nicht sinnvoll zu erfüllen ist. Insbesondere im postakuten Stadium nach der neurologischen Erkrankung oder Verletzung ist Betroffenen jedoch in der Regel an wiederherstellungsorientierten Massnahmen gelegen (vgl. Finauer, 2009, S. 7). Einschränkungen in der Aufmerksamkeit haben unter anderem Einfluss darauf, wie gut und wie lange sich ein Patient auf die an ihn gestellten Aufgaben konzentrieren kann. Dies ist massgebend für die Planung der Sprachtherapie. Die Therapiemotivation für Basisfunktionstraining seitens des Patienten beeinflusst daher die Rehabilitation der Aphasie massgebend, da sich die Sprachtherapie und die Therapie der Basisfunktionen ergänzen.

Die Aufmerksamkeitstherapie wird in Form von computergestützter Therapie und Paper-Pencil-Aufgaben durchgeführt. Diese Ansätze sind beide restitutionsorientiert. In der Tat berichten aber selbst optimal rehabilitierte Patienten mit erworbenen Aufmerksamkeitsstörungen von persistierenden Schwierigkeiten. Dort setzen kompensations- und adaptionsorientierte Therapiestrategien an (vgl. Finauer 2009, S. 7-14).

Der nächste Bereich der hierarchischen Gliederung der drei genannten Basisfunktionen nach Finauer stellt die Gedächtnistherapie dar.

Eine Therapieindikation für diese Basisfunktion besteht nur dann, wenn sich das Gedächtnis durch die Krankheit wesentlich verschlechtert hat und dies der Umwelt auffällt. Eine Störung des Gedächtnisses zeigt sich darin, dass bei Betroffenen Schwierigkeiten darin bestehen, sich Informationen und Erlebtes einzuprägen, zu behalten und sich wieder daran zu erinnern.

In der neuropsychologischen Rehabilitation kann sich eine Gedächtnisstörung in unterschiedlicher Art und Weise manifestieren. Finauer beschreibt, dass beispielsweise die Filterfunktion gestört sein kann, somit zu viele oder zu wenige Reize in das Kurzzeitgedächtnis gelangen und dadurch die Informationsaufnahme gestört ist. Eine andere Ursache für eine Gedächtnisstörung kann eine beeinträchtigte Speicherung in das Langzeitgedächtnis darstellen, wodurch Gedächtnisinhalte bereits nach wenigen Minuten wieder vergessen werden. Die häufigste Ursache für eine Gedächtnisstörung besteht jedoch in der Schwierigkeit, etwas bereits Gelerntes wieder aus dem Langzeitgedächtnis abrufen zu können (vgl. Finauer, 2009, S. 41). Um den Einfluss von Gedächtnisstörungen in der Rehabilitation von Aphasie aufzuzeigen, ist die Unterscheidung zwischen Kurzzeit-, Langzeit- und Altgedächtnis wichtig.

- **Kurzzeitgedächtnis:**

Störungen des Kurzzeitgedächtnisses treten meist als Folge von Konzentrationsstörungen auf. Die Betroffenen sind leicht ablenkbar und können sich nur schlecht auf eine Aufgabe oder ein Gespräch konzentrieren. Es ist umstritten, ob ein Training des Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnisses sinnvoll ist. Finauer beschreibt,

dass eine geringfügige Erweiterung der Kapazität des Kurzzeitgedächtnisses prinzipiell durch häufiges Wiederholen von Informationen erreicht werden kann, der Effekt ist jedoch in der Regel auf das verwendete Übungsmaterial beschränkt.

- **Langzeitgedächtnis:**

Das Kurzzeitgedächtnis kann nur wenige Inhalte über einen kurzen Zeitraum speichern. Deshalb müssen alle Informationen, die längerfristig behalten werden sollen, ins Langzeitgedächtnis übertragen werden. Dieser Prozess, Informationen vom Kurzzeitgedächtnis in das Langzeitgedächtnis zu übertragen, kann verlangsamt oder sogar völlig blockiert sein. Die Betroffenen leben in einem Zeitfenster von wenigen Minuten. In diesen Fällen macht ein Gedächtnistraining keinen Sinn. Diese Patienten brauchen ein vertrautes Umfeld, in welchem sie ihre erhaltenen Erinnerungen aus dem Altgedächtnis einsetzen können.

- **Altgedächtnis:**

Wichtige Aspekte des Altgedächtnisses stellen das biographische Gedächtnis sowie allgemeines und fachliches Wissen dar. Hier sind Ereignisse von vor der Erkrankung oder des Schädel-Hirn-Traumas abgelegt, die Monate oder gar Jahre zurückliegen. Im Verlauf der Genesung können verloren geglaubte Erinnerungen zurückkommen und emotional bedeutsame Ereignisse können bisweilen mit Hilfe von Fotografien wieder in Erinnerung gebracht werden (vgl. Finauer, 2009, S. 41-42).

An den oben genannten Symptomen lässt sich erkennen, dass Gedächtnisstörungen einen grossen Einfluss auf die Sprachtherapie bei Aphasien haben. Wenn Patienten leicht ablenkbar sind und sich nur schlecht auf eine Aufgabe konzentrieren können, wenn sie Gelerntes nach nur wenigen Minuten bereits wieder vergessen und somit keine Informationen behalten können, müssen das Therapiesetting, die Therapiemethode sowie der Therapieinhalt dementsprechend angepasst werden, damit der mentale und körperliche Zustand der Patienten berücksichtigt wird und die Ziele der Sprachtherapie mit den Zielen der Gedächtnistherapie korrelieren:

Das Ziel einer Gedächtnistherapie ist es, die Behinderungen im Alltag und im Berufsleben so gering wie möglich zu halten und Gedächtnisstrategien zu erlernen und anzuwenden (vgl. Finauer, 2009, S. 43).

Als letzter Bereich der hierarchischen Gliederung nach Finauer steht die Therapie exekutiver Funktionen. Diesen Therapiebereich unterteilt die Neuropsychologin wiederum in drei Bereiche, sogenannte Komponenten.

- **Die erste Komponente** widmet sich der Therapie des divergenten Denkens [wird auch als offenes, spielerisches Denken über ein Thema bezeichnet, Anm. d. Verf.]. Das Ziel

besteht darin, die Patienten zu einer Übernahme der Initiative sprachlicher Produktion anzuregen und die Produktion von Einfällen und das Assoziationsvermögen vor allem im sprachlichen Bereich zu trainieren.

- **Die zweite Komponente** trainiert die Bereiche Handlungsplanung, induktives Denken [wird auch als verallgemeinerndes Denken bezeichnet, Anm. d. Verf.], deduktives Denken [Deduktion wird auch als logisches Schließen bezeichnet, Anm. d. Verf.] und das Einhalten sozialer Regeln. Sie widmet sich folgenden Zielen:
 - Die Schulung der Konzeptbildung
 - Das Finden von Oberbegriffen
 - Das Finden und Verwenden logischer Regeln
 - Die Unterdrückung unangemessener Einfälle
 - Der Aufbau sozial erwünschter Verhaltensweisen und
 - Zu lernen, die logische Abfolge von Handlungen etc. zu bestimmen
- **Die dritte Komponente** trainiert Leistungen, die das Arbeitsgedächtnis fordern sollen. Das anvisierte Ziel besteht darin, relevante Informationen aus einer Aufgabenstellung herauszufiltern und während der Problemlösung im Kopf zu halten (vgl. Finauer, 2009, S. 101-104).

Besonders dieser letzte Bereich, der sich den exekutiven Funktionen widmet, weist eine grosse thematische Ähnlichkeit zur Sprachtherapie bei Aphasien auf. Dementsprechend gross ist der Einfluss einer Störung in diesem Bereich auf die sprachlichen Fähigkeiten der Betroffenen und die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zwischen Neuropsychologie und Logopädie.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alle drei von Finauer aufgezählten Basisfunktionen, die in der neuropsychologischen Rehabilitation relevant sind, auch im spezifischen Kontext Aphasie von Bedeutung sind. Ihr Einfluss auf die sprachlichen Fähigkeiten der Patienten und auf die Sprachtherapie ist abhängig von der Art und des Schweregrads der Basisfunktionsstörungen, die die Aphasie begleiten. Zusammenhänge können jedoch klar festgestellt werden.

Nun stellt sich die Frage, welche Profession übernimmt die Therapie welcher Störungen, wenn die Symptome kognitiver Störungen und der Sprachstörung Aphasie sich gegenseitig beeinflussen? Gibt es Überschneidungen in den Therapiebereichen? Führt die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zwischen Neuropsychologie und Logopädie zu Abgrenzungsschwierigkeiten der beiden Professionen? Wie sieht eine Zusammenarbeit von Neuropsychologie und Logopädie im Kontext der Rehabilitation bei Aphasie aus?

Mit diesen und ähnlichen Fragen beschäftigt sich der zweite Teil der Literaturrecherche.

2.2 Begriffsklärung Interdisziplinarität und Interprofessionalität

Die beiden Begriffe Interprofessionalität und Interdisziplinarität werden im Sprachgebrauch fälschlicherweise oftmals synonym verwendet. Verständlichkeitshalber werden die Definitionen dieser Begriffe in dieser Arbeit erläutert und festgelegt.

Schroeder (2009) beschreibt die Interprofessionalität als eine Zusammenarbeit von unterschiedlichen Professionen und Berufen. Obrecht (2005) beschreibt damit einen sozialen Prozess, bei dem sich verschiedene Professionen bei einer Lösung von komplexen praktischen Problemen beteiligen, bei welchen die Mittel der jeweilig beteiligten Professionen nicht ausreichen würden.

Der Begriff der Interdisziplinarität wird von Schroeder (2009) als ein Zusammenwirken von Disziplinen und Fachwissenschaften beschrieben. Die Interdisziplinarität zeigt also Überschneidungen und Berührungspunkte der Fachgebiete auf.

2.3 Tätigkeitsbereiche Neuropsychologie und Logopädie

Im Folgenden setzen sich die Autorinnen mit der Arbeit von Vertretern der Berufsgruppen der Logopädie und Neuropsychologie auseinander. Es werden die verschiedenen Kompetenzbereiche erläutert, um allfällige Überschneidungen in den Schlussfolgerungen aufzeigen zu können. Weiter werden Recherchen in neuropsychologischer und logopädischer Fachliteratur durchgeführt und diese Abschnitte herausgearbeitet, welche die jeweilige Autorensicht zur Interprofessionalität aufzeigen.

2.3.1 Fachgebiet Logopädie

Grob einteilen lassen sich die Arbeitsfelder der Logopädie in die Komponenten Sprache, Sprechen, Stimme und Schlucken (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 84). Die Aufgabengebiete sind vielfältig. Dazu gehören Prävention und Prophylaxe, Beratung und Training, Diagnostik und Abklärung, Therapie und Rehabilitation, Lehre und Fortbildung, Wissenschaft und Forschung sowie auch Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Brauer & Tesak, 2014, S. 16). Folgend werden die Aufgabengebiete Diagnostik und Therapie im Kontext Rehabilitation der Sprachstörung Aphasie genauer beschrieben.

Das übergeordnete Ziel eines Aphasie-Patienten ist es, Gesundheit trotz und mit Aphasie wiederherzustellen. Dies geschieht unter Berücksichtigung der interagierenden Dimensionen und wird von Steiner (2016) folgendermassen beschrieben:

1. Sprachorganisation in meinem Kopf (Sprachabruf, Wort und Satz) sowie sprachunterstützende Basisfunktionen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis u.a.) als Körperfunktionen.

2. Sprachhandlungen (Aktivitäten) mit meinen Mitmenschen in Form von Äusserungen und Dialogen sowie Lesen und Schreiben auf einem angepassten Niveau, um die jeweiligen Sprachanforderungen (beruflich, familiär, individuell) bestmöglich zu meistern. (S. 71)

Diese Dimensionen beschreiben somit das engere logopädische Arbeitsgebiet in diesem Bereich. Dabei spielt die Beachtung der Lebensqualität des Betroffenen eine bedeutende Rolle. Wie der Alltag mit den dazugehörigen Anforderungen gelebt werden kann, ist entscheidend (vgl. Steiner, 2016, S. 71).

Steiner (2016) beschreibt einen beispielhaften Ablauf einer logopädischen Intervention bei einer Aphasie im postakuten Stadium, wobei er sich an dem Programm START SMART PARTS von Rodenkirch orientiert. Das Programm bietet einen roten Faden von der Datengewinnung und -erhebung bis zu therapeutischen Entscheidungen.

Die Diagnostik stellt im logopädischen Aufgabengebiet einen grossen Bereich dar. Es unterscheidet sich die Diagnostik in der Akutphase und die der postakuten und chronischen Phase. In der Letzteren, mit der sich die vorliegende Arbeit befasst, hat sich das Krankheitsbild stabilisiert. Der erste diagnostische Schritt beinhaltet das Sammeln von Vorberichten, das Erstellen einer Anamnese sowie einer Sprachanamnese und der interprofessionelle Austausch der beteiligten Fachpersonen. Ein weiterer Schritt ist die Durchführung des Token Tests um den Status und den Schweregrad der Aphasie zu bestimmen. Es folgt die Erstellung eines sprachstrukturellen und dialogischen Profils.

Die Sprachtherapeutin benötigt nun eine detaillierte, umfassende und aussagekräftige Beurteilung der sprachlich-kommunikativen Leistungen, um die Therapie störungsspezifisch und patientenorientiert zu planen, durchzuführen und zu späteren Zeitpunkten im Hinblick auf Ziele und Methoden zu hinterfragen und gegebenenfalls zu modifizieren. (Schneider et al., 2014, S. 100)

Mittels eines linguistischen Profils wollen wir Ressourcen und Defizite des Sprachabrufs eruieren um einzuschätzen, in welcher Modalität (imitativ, rezeptiv, produktiv), in welchem Sprachsystem (Lautsprache, Schriftsprache) und auf welchem Äusserungsniveau (Wort, Satz, Text) wir ein therapeutisches Angebot planen sollen. Aufgrund des Schweregrades der Aphasie wollen wir auch die non- und paraverbalen sowie die konstruktiven Möglichkeiten einschätzen (Gestik, Zeichen). (Steiner, 2016, S. 142)

Weiter wird das neuropsychologische Profil unter dem Begriff „Interprofessionell orientiertes Screening“ erwähnt. Steiner (2016) erklärt dies folgendermassen: „Die Diagnostik der Basisfunktionen ist bei Verfahren, die für Aphasie konzipiert sind, allgemein nicht gut abgedeckt. Hier ist die Kooperation mit der Neuropsychologie zu suchen.“ (S. 75)

Weiter werden Wünsche und Erwartungen der Primär- und Sekundärbetroffenen miteinbezogen. Durch diese ersten Schritte bietet sich die Möglichkeit einer Leistungseinschätzung, viel mehr jedoch liefert es ein differenziertes Bild über den Betroffenen in seiner Lebenssituation. Anhand der gewonnenen Daten werden Entscheidungen zur Therapiegestaltung getroffen. Darauf folgen Erprobungen mit den dazugehörigen Reflexionen und Bewertungen, die schlussendlich zu der Erstellung eines Ziels führen (vgl. Steiner, 2016, S. 137-138).

Schneider et al. (2014) beschreiben mögliche Therapiebausteine einer Aphasie-Therapie, die von einem Logopäden oder einer Logopädin durchgeführt werden. Diese unterteilen sich in die Bereiche Sprachverständnis, Automatisierte Sprachelemente, Wortfindung und Wortabruf, Satzbildung, Textproduktion, Dialogverhalten, Totale Kommunikation, Lesen und Schreiben, Umgang mit Zahlen, Krankheitsbewältigung und soziale Integration und berufliche Reintegration (S. 179). Auf die einzelnen Bereiche wird hier nicht genauer eingegangen.

Weiter orientieren sich Schneider et al. (2014) stark an dem ICF-Konzept. Zielsetzungen werden in Bezug zur ICF erstellt. Diagnostische Verfahren mitsamt der Anamnese werden den Komponenten der ICF zugeordnet (S. 96-127). Dasselbe gilt für verschiedene Therapieansätze (S. 165-178). Dies hebt erneut die Wichtigkeit der ICF und die damit verbundene Thematik der Interprofessionalität hervor.

2.3.2 Fachgebiet Neuropsychologie

Die Neuropsychologie stellt eine wissenschaftliche Disziplin dar, welche sich aus Methoden der klassischen Psychologie und aus medizinischen Disziplinen wie Neurologie, Neuroanatomie und Neuropsychiatrie zusammensetzt. Die Forschung zielt darauf ab, Zusammenhänge zwischen beobachtbarem Verhalten und dessen anatomischen, physiologischen und biochemischen zerebralen Grundlagen aufzuzeigen (Hartje & Poeck, 2006, S. 1).

Grundsätzliche Annahmen der Neuropsychologie werden in einem Grundschemata zusammengefasst (Abbildung 1). Es zeigt die Ebenen Verhalten, psychische Funktionen und Gehirn. Das Verhalten ist mit der Umwelt verknüpft, welche für den Kontext steht, in dem das Verhalten stattfindet. Während das Verhalten [Aktivitäten und Reaktionen einer Person, Anm. d. Verf.] beobachtbar ist, können Strukturen des Gehirns durch technische Hilfsmittel erfasst werden. Psychische Funktionen dagegen können weder beobachtet, noch durch Technik sichtbar gemacht und erfasst werden.

Sie sind „theoretische Konstrukte“, die die Vielfalt menschlicher Verhaltensweisen und die Zusammenhänge zwischen Gehirn und Verhalten erklären sollen. Weil man psychische Funktionen nicht direkt beobachten kann, ist ihre Abgrenzung immer unsicher und Gegenstand von Spekulation. Psychische Funktionen wie „Gedächtnis“, „Aufmerksamkeit“, „Sprachverständnis“ oder „visuokonstruktive Fähigkeiten“ sind theoretische Annahmen. Sie

sollen Beobachtungen erklären und vorhersagen. Ihre Inhalte und Definitionen sind beständig im Fluss. (Goldenberg, 1997, S. 4)

In Bezug auf Aphasie sind die oben genannten psychischen Funktionen den Basisfunktionen gleichzusetzen.

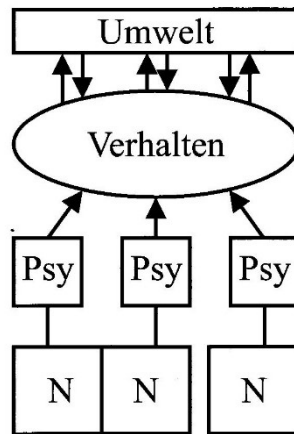


Abbildung 1: Ein Modell des Zusammenhangs von Umwelt, Verhalten, Psyche und Gehirn. „Psy“ symbolisiert die psychischen Funktionen, „N“ ihr neuronales Substrat in umschriebenen Abschnitten des Gehirns. (Goldenberg, 1997, S. 4)

Die aus der Forschung gewonnenen Erkenntnisse werden von klinischen Neuropsychologen in ihrer Diagnostik und Therapie angewendet. Dabei handelt es sich um speziell ausgebildete Psychologen (Hartje & Poeck, 2006, S. 1).

Die klinische Neuropsychologie ist das Anwendungsgebiet der allgemeinen und experimentellen Neuropsychologie in den Bereichen der klinischen Forschung und Patientenversorgung. Sie verwendet die grundlagenwissenschaftlichen Erkenntnisse zusammen mit den Methoden der Klinischen Psychologie bei der Diagnostik und Therapie von Patienten mit zerebralen Erkrankungen sowie Hirnfunktionsstörungen. (Lehrner & Pusswald & Fertl & Strubreither & Kryspin-Exner, 2006, S. 25)

Anhand dieser Definition zeigt sich erneut, dass die Sprachstörung Aphasie sich nicht nur im Gebiet der Logopädie, sondern auch im Gebiet der Neuropsychologie einteilen lässt.

Eine neuropsychologische Aphasiediagnostik hat folgende Ziele:

Feststellung von sprachrelevanten Begleitstörungen, insbesondere der Bewegungsplanung, des visuellen und auditiven Verarbeitens, des visuokonstruktiven und des numerischen Verarbeitens, des kurzfristigen Behaltens und der Exekutivfunktionen (Arbeitsgedächtnis), des Langzeitgedächtnisses und der Lernfähigkeit, des

Aufrechterhaltens und Fokussierens von Aufmerksamkeit, der komplexen Informationsverarbeitung und des Problemlösens. (Hartje & Poeck, 2006, S. 101)

Dieser Untersuchungsvorgang wird auch in einzelne Schritte unterteilt wie die Informationssammlung (Vorbefunde, Anamnese, Exploration bzw. Verhaltensbeobachtung), die Planung und Durchführung der testpsychologischen Untersuchung und die Analyse und Interpretation der Informationen (vgl. Lehrner et al., 2006, S. 52).

Nebst der Diagnostik führen Neuropsychologen auch die Planung, Durchführung und Evaluation von neuropsychologischen Therapiemassnahmen durch. Ziel ist es, die entstandenen kognitiven und emotionalen Störungen zu vermindern sowie auch Unterstützung bei entstandenen beruflichen und sozialen Problemen beim Primär- und den Sekundärbetroffenen zu bieten. Nebst der Therapie von bestimmten Funktionen kommt es also auch zu psychotherapeutischen Interventionen (vgl. Hartje & Poeck, 2006, S. 42).

2.4 Interprofessionalität in der Logopädie und Neuropsychologie

2.4.1 Interprofessionalität in der Logopädie

Braun und Steiner (2012) beschreiben die Interprofessionalität mit den Grundsätzen einer verständlichen Sprache, der Ressource Zeit und einer klaren Kompetenzabsprache. Letzteres bedeutet die gegenseitige Anerkennung von Leistungen in einzelnen Teilbereichen anderer Professionen (Kompetenzhoheit) sowie das Bewusstsein von Überschneidungen in anderen Teilbereichen (Kompetenzüberschneidung), die zu einer Auseinandersetzung aufruft. Während im Rahmen der Kompetenzhoheit Grenzen als kooperative Übereinkünfte gesehen werden, ist im Rahmen der Kompetenzüberschneidung gemeinsame Planung und Aktion gefragt (vgl. Steiner & Braun, 2012, S. 34).

Braun und Steiner (2012) gehen noch einen Schritt weiter und beschreiben ein gut funktionierendes interprofessionelles Team aus Sicht der Logopädie. Die Inhalte beziehen sich auf den Kontext Prävention in Schulen, können jedoch auch auf die Logopädie angewendet werden, welche ihr Aufgabengebiet nicht im schulischen, sondern im klinischen Bereich hat, da die weiter unten aufgeführten Eckpunkte individuell für die jeweilige Institution und das jeweilige Team zu modifizieren oder zu erweitern sind.

Es wird hervorgehoben, dass institutionelle Rahmenbedingungen für eine gut gelingende Zusammenarbeit gegeben sein müssen. Ein Gesamtkonzept, welches Prozesse, Strukturen und Ziele in ideeller Form im Rahmen des Leitbildes beinhaltet. Weiter gehören materielle Formen wie die Zusicherung von Zeit, Geld, Raum und Kompetenzen dazu. Es soll ein regelmässiger Austausch zwischen der Institutionsleitung und den involvierten Fachkräften stattfinden.

Folgende Qualitätsdimensionen beschreiben einige Faktoren, die eine gelingende Zusammenarbeit ausmachen. Jeweilige Dimensionen, die im Zusammenhang mit der Institution Schule, Gesundheitsförderung und Prävention stehen, wurden gekürzt (S. 75-77).

Struktur

- Es existieren ein Leitbild sowie institutionell festgeschriebene Konzepte mit definierten Zeit-, Raum- und Rahmenbedingungen für den interprofessionellen Auftrag ...
- Für die Sicherstellung der Kooperationszeit gibt es eine entsprechende Entlastung der Routinetätigkeiten.
- Es gibt eine Kultur des „runden Tisches“.
- Die Stellenbeschreibung für jede einzelne Profession benennt die Kompetenzhoheit.

Prozess

- Die Kommunikationsabläufe ... sind geregelt.
- Die Hierarchie, z.B. eine rotierende Leitung des runden Tisches, sowie die Kompetenz zur Entscheidung sind geregelt.
- Es existiert ein einheitliches und verstehbares Dokumentationssystem.

Ergebnis

- Es gibt gemeinsame Ziele, ... welche Entscheidungen leiten.
- Die Betroffenen sind bei der Zielfestlegung und –überprüfung beteiligt.
- Es gibt eine gemeinsame Vorgehensweise zur Evaluation; Standards für jede Profession und für das Team dienen zur Einschätzung des Erfolges.
- Die Ziele werden nach aussen kommuniziert. (Steiner & Braun, 2012, S. 77)

Weiter wird der Fokus auf die Teamarbeit an sich gelegt. Die Merkmale eines funktionstüchtigen interprofessionellen Teams werden umschrieben mit den Begriffen zielorientiert, reflektiert, fokussiert, kreativ und kommunizierend. Der Prozess zu einem erfolgreichen Team wird mit folgenden Punkten umschrieben:

1. Kompetenztransfer: Jedes Teammitglied stellt Basics seiner Handlungsgrundlage und tatsächlichen Praxis sowie Tools allen anderen Professionen im Team zur Verfügung (role extension).
2. Differenzminderung: Das Team tauscht sich über Sichtweisen, Einstellungen, Prämissen und Erwartungen aus und sucht das Gemeinsame (Kohäsion).
3. Inputbereitschaft: Das Team sucht den Impuls von aussen durch Fortbildungen und Coachings zum Thema Teamarbeit (äusseres Stützsystem).

4. Kommunikationspflege: Das Team plant, diskutiert, beschliesst, dokumentiert, kontrolliert und würdigt Schritte der Zielerreichung; es herrscht eine Kultur der Entscheidung für die adäquate Form des Austausches: E-Mail, Sitzung, Kurztreff, Telefonkonferenz usw. (Kontaktsituationen). (Braun und Steiner, 2012, S. 78-79)



Abbildung 2: Merkmale eines funktionstüchtigen interprofessionellen Teams (Steiner & Braun, 2012, S. 79)

Weiter sprechen auch Schneider et al. (2014) von der Notwendigkeit der Zusammenarbeit einzelner Berufsgruppen, um gemeinsame Ziele und ein einheitliches therapeutisches Vorgehen zu ermöglichen. Auch diese Autoren sprechen von einem Treffen, das in regelmässigen Abständen stattfinden soll. Gemäss ihrer Definition wird aus einer multidisziplinären Zusammenarbeit eine interdisziplinäre Zusammenarbeit [in dieser Arbeit würde der Begriff interdisziplinär durch interprofessionell ersetzt werden, Anm. d. Verf.] (S. 11).

2.4.2 Interprofessionalität in der Neuropsychologie

Goldenberg, Pössl und Ziegler (2002) sprechen in Bezug auf Interprofessionalität bereits von einem konkreten Konzept einer Therapeutenrunde, welche höchstens eine halbe Stunde dauert und alle vier Wochen stattfindet. Ziel ist es, gemeinsam die Patientenziele festzulegen, zu formulieren, zu dokumentieren und zu kontrollieren. Leitend ist dabei die Haupttherapeutin des Patienten, in deren Fachdisziplin die Hauptproblematik des Patienten liegt. Betont wird das gemeinsame Festlegen eines übergeordneten Rehabilitationsziels (Globalziel). Dies

geschieht zu einem Teil bereits in der Diagnostikphase, der Informationssammlung und Befunderhebung, da sich dort meist das Hauptproblemfeld darstellt. Ein Vertreter aus diesem Hauptproblemfeld soll am ärztlichen Aufnahmegespräch teilnehmen.

Die erste Therapeutenrunde findet baldmöglichst nach dem Aufnahmegespräch statt. Mit allen beteiligten Therapeuten werden die Eckpunkte des Aufnahmegesprächs zusammengefasst. Im Anschluss werden spezifische diagnostische Fragestellungen formuliert.

Die zweite Therapeutenrunde dauert 45 Minuten und hat das Ziel, erhobene Befunde der einzelnen Disziplinen zu diskutieren und dadurch die Problemanalyse zu vervollständigen. Es wird ein Globalziel formuliert, sowie die individuellen Ziele der einzelnen Disziplinen. Diese werden über die nächsten vier Wochen hinweg erarbeitet, wofür ein einheitlicher Protokollbogen als Dokumentationssystem verwendet wird. Die Ergebnisse werden bei den weiteren Therapeutenrunden gemeinsam besprochen und überarbeitet (S. 13-14).

Anmeldung/Vorbefunde	Bestimmung des Hauptstörungsbereichs
Aufnahmegespräch mit Arzt, Haupttherapeut, Sozialtherapeut, Patient, und, wenn möglich, mit einem Angehörigen	Erarbeitung von Eckpunkten für die Problemanalyse
erste Therapeutenrunde am Aufnahmetag	Festlegung weiterführender diagnostischer Fragestellungen zur Problemanalyse
zweite Therapeutenrunde nach Abschluss der Diagnostikphase	Festlegung des übergeordneten Ziels aus der Problemanalyse und Definition erster Therapieziele
weitere Therapeutenrunden im Abstand von ca. 4 Wochen	Kontrolle der Zielerreichung und Festlegung neuer Ziele
abschliessende Therapeutenrunde; Entlassungsgespräch mit allen Beteiligten	Bewertung des Globalziels unter Berücksichtigung weiterführender Massnahmen

Abbildung 3: Organisation des Behandlungsablaufs (Goldenberg et al., 2002, S. 14)

Die Wichtigkeit der Interprofessionalität betont Goldenberg (1997) damit, indem er Methoden und Ansätze der verschiedenen Berufsgruppen und damit auch Logopäden und Logopädinnen, gar in das Grundscheema der Neuropsychologie einbettet (S. 12).

Die einzelnen Disziplinen beobachten jeweils einen Ausschnitt des Verhaltens und beeinflussen ihn therapeutisch Die Spezialisierung betrifft in jedem Fall die Ebene der Beobachtungen. Die Gesamtheit der Beobachtungen zerfällt in spezialisierte Abschnitte, für die es jeweils eigene Methoden, eine eigene Terminologie, eigene diagnostische und therapeutische Grundsätze gibt. (Goldenberg, 1997, S. 12)

Weiter findet sich ein kurzer Abschnitt zum Thema der Interprofessionalität in einer Fachliteratur des Neuropsychologen Bodenburg (2001). Dieser spricht von einer interdisziplinären [in dieser Arbeit würde der Begriff interdisziplinär durch interprofessionell ersetzt werden, Anm. d. Verf.] Zusammenarbeit bei Sprachstörungen, in welcher die Erforschung unter Mitarbeit von Neuropsychologen geschieht, die Behandlung jedoch überwiegend in der Verantwortung der Logopädinnen und Logopäden liegt (S. 14).

3. Experteninterview

3.1 Cluster

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen den Ist-Stand bezüglich Literatur zum Thema Basisfunktionen, ihren Einfluss auf Aphasie sowie deren Therapie auf. Die Kompetenzbereiche der Disziplinen Neuropsychologie und Logopädie im Kontext Rehabilitation werden erläutert und die jeweilige Sicht zur Interprofessionalität dargestellt.

Im Anschluss an die Datenerhebung mittels Literaturrecherche führen die Autorinnen ein Experteninterview mit der Fachleitung Logopädie und der Leitung Neuropsychologie der Klinik Lengg in Zürich durch.

Die Klinik Lengg AG ist eine Klinik für Neurorehabilitation und Epileptologie, getragen von der Schweizerischen Epilepsie-Stiftung und der Stiftung Zürcher RehaZentren. Sie vereinigt sämtliche Leistungen der Schweizerischen Epilepsie-Klinik und des Zürcher RehaZentrums Lengg für Neurorehabilitation. (Informationen der Klinik Lengg AG, 2018)

Im Folgenden sind die Ergebnisse des Experteninterviews in einem Cluster sinngemäss wiedergegeben und themenorientiert zusammengefasst. Die Kernaussagen der jeweiligen Abschnitte sind grau hervorgehoben.

3.1.1 Rahmenbedingungen

Als Rahmenbedingung für die interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein Zeitfenster und somit eine Entlöhnung für die zeitlich festgelegten Treffen gegeben. Im Leitbild ist die Thematik der Interdisziplinarität enthalten.

Die Interdisziplinarität ist heutzutage in jedem Leitbild verankert.

3.1.2 Formen

Einmal wöchentlich findet ein Interdisziplinärer Rapport (IDR) statt. Dabei handelt es sich um einen zeitlich festgelegten Termin. Zur Verfügung stehen 75 Minuten, die auf die Gesamtzahl der Patienten aufgeteilt werden. Anwesend sind alle an den Patienten beteiligten Professionen wie Chefarzt, Oberarzt, zwei Assistenzärzte, eine Vertretung der Neuropsychologie sowie von jeder Therapiedisziplin vertretend ein Therapeut. Diese Therapiedisziplinen teilen sich auf in die Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Je nach Patienten beteiligt sich weiter noch die Ernährungsberatung oder die Sozialberatung am IDR. Der IDR bietet die Möglichkeit für einen regelmässigen Austausch unter den Professionen und dient somit auch als Informationssammlung. Die Leitung des IDR's übernimmt dabei der Chefarzt. Es werden abgeschlossene und andauernde Diagnostikergebnisse jeder Profession erläutert und besprochen. Die eine Woche zuvor gesetzten Ziele werden evaluiert. Der Verlauf der jeweiligen Ziele kann zu jeder Zeit im Computersystem "Phoenix" von jeder Profession

klinikintern angeschaut werden. Dies ist ein einheitliches Dokumentationssystem, das von allen Professionen im Haus durchgehend genutzt wird.

Weiter wird die Thematik der Klinikaufenthaltsdauer diskutiert. Falls nötig werden Argumente der einzelnen Professionen zusammengetragen, um eine Aufenthaltsverlängerung anzufordern. Es wird der Verlauf mitsamt den Fortschritten diskutiert. Gemeinsam wird besprochen, ob der Patient eventuell auch ambulant weiter betreut werden kann und somit austritt, oder ob bei einer beispielsweise zweiwöchigen Verlängerung noch grosse Fortschritte erreicht werden können.

Teilweise kommt es vor, dass nebst dem IDR weitere Besprechungstermine erwünscht sind, da die Zeit im IDR knapp ist. Diese zusätzlichen Termine müssen jedoch selber gesucht und organisiert werden.

Als weitere fixe Austausch- und Besprechungsmöglichkeit dienen die Zeitfenster für das Huddle (abgeleitet von der Versammlung von Football-Spielern, um Strategien und Spielzüge zu besprechen). Diese finden jeden Morgen zur gleichen Zeit statt. Beteiligt sind alle an diesem Tag anwesenden Therapeuten aus jeder Therapiedisziplin.

Neu eingeführt wurde ein Zeitfenster von fünf bis sieben Minuten als Ergänzung zum Huddle, welches jeder Therapeut bei Bedarf einfordern kann. Gibt es nebst dem regulären täglichen Austausch weiteren Besprechungsbedarf oder gibt es einen besonders komplexen Fall, kann man diesen nochmals vertiefter besprechen und sich Meinungen dazu einholen. Der Name des Patienten, über den man sich gerne weiter austauschen möchte, wird auf ein Board geschrieben und dazu auch alle Professionen, deren Anwesenheit bei diesem weiteren Austausch gewünscht wird.

Auch Familiengespräche führen teilweise zu einer Zusammenarbeit zwischen der Logopädie und Neuropsychologie. Ein Gespräch bei dem Angehörige mit anwesend sind, findet meist am Ende des Klinikaufenthalts statt. Bei Bedarf können aber auch Standortgespräche stattfinden. Dort sind je nach Fragestellung verschiedene Disziplinen anwesend. Es ist immer der Therapiemanager dabei, der gegebenenfalls stellvertretend für die anderen therapeutischen Disziplinen teilnimmt, bei denen er sich zuvor die entsprechenden Informationen über den Therapieverlauf eingeholt hat. Bei kognitiv stark eingeschränkten Patienten kann es vorkommen, dass ein Vertreter der Neuropsychologie anwesend ist. Wenn dies aber aus Kapazitätsgründen nicht möglich ist, obwohl es notwendig wäre, vertritt der Therapiemanager auch die Neuropsychologie.

Alle ein bis zwei Monate findet eine interprofessionelle Fortbildung statt. Der genaue Termin wird von dem stationären Therapieleiter festgelegt. Diese dauert eine Stunde und wird für Fallbesprechungen genutzt. Ärzte stellen die medizinische Diagnose vor, während die therapeutischen Disziplinen diverse Punkte vorstellen wie Ziele, Therapieplanung, Prognose und ihre Ansicht bezüglich eines Klinikaustritts. Hauptsächlich wird diskutiert, was für Zielanpassungen allgemein gemacht werden können und ob Therapien in ihrem Vorgehen oder ihrer Frequenz angepasst werden sollen, damit der Patient während der stationären

Behandlung noch möglichst viele Fortschritte machen kann. Dies betrifft die ganze Bandbreite. Wird zum Beispiel angemerkt, dass der Patient gerne liest, wird ein Ausflug mit der Aktivierungsgruppe in die Bibliothek geplant.

Die Leitung der Logopädie und der Neuropsychologie haben die Idee, gemeinsam Gruppentherapien anzubieten. In der sogenannten „Zeitungsgruppe“ sollen Patienten mit leichten Aphasien teilnehmen, welche fit sind und womöglich wieder in das Berufsleben einsteigen werden. Therapiert würden hauptsächlich das Textverständnis und das Arbeitsgedächtnis. Texte würden also aus logopädischer und neuropsychologischer Sicht bearbeitet werden. Die Umsetzung dieser Idee kam aber nicht oder noch nicht zustande. Die zur Verfügung gestellte Zeit, aber auch die Zusammenstellung einer solchen Gruppe birgt Schwierigkeiten. Es wären nicht immer genug „passende“ Patienten im Haus, um einigermaßen homogene Gruppen bilden zu können. Gäbe es also ein fixes Zeitfenster, könnte dies vermutlich nicht regelmässig genutzt werden.

Das Bedürfnis nach Austausch ist gross.

Tabelle 1: Formen der stationären Zusammenarbeit (Erni & Imboden, 2018)

Form	Intensität
IDR = Interdisziplinärer Rapport	Einmal pro Woche, 75 Minuten (für die Gesamtzahl der Patienten)
Zusätzlicher Besprechungstermin	Je nach Bedarf und Kapazität
Familiengespräche (Standortgespräch / Klinikaustrittsgespräch)	Je nach Bedarf und Kapazität
Huddle	Jeden Morgen
Wunschtermin nach Huddle	Je nach Bedarf, fünf bis sieben Minuten
Interprofessionelle Fortbildung	Alle ein- bis zwei Monate
Computersystem „Phoenix“	Durchgehend
E-Mail, Telefon, kurze Treffen auf dem Gang	Je nach Bedarf und Kapazität

3.1.3 Konzept

Bei der Zielsetzung orientiert sich die Klinik Lengg am Konzept der ICF. Relativ früh nach dem Klinikeintritt wird von ärztlicher Seite ein Teilhabe-Ziel aus einer Drop-Down Liste ausgewählt. Dies wird von allen Professionen als Globalziel angesehen (sehr weitläufiges Ziel wie beispielsweise: "Der Patient kann zusammen mit dem Lebenspartner in einer häuslichen Umgebung leben."). Teilziele der einzelnen Disziplinen werden in Bezug auf das Globalziel individuell festgelegt.

Weiter besteht in der Klinik Lengg das Konzept eines Therapiemanagers. Falls am Vortag ein neuer Patient eingetreten ist, wird gemeinsam beim Huddle der Therapiemanager festgelegt. Therapiemanager wird der Therapeut, in dessen Disziplin der Therapieschwerpunkt des Patienten liegt. Der Therapiemanager wird durch die Zuteilung dieser Funktion die Ansprechperson des Patienten sowie auch der anderen beteiligten Professionen. Der Therapiemanager kann während des Klinikaufenthalts wechseln.

Um eine Übersicht zu gewährleisten, wird von der Physio- und Ergotherapie zum IDR jeweils ein Assessment erstellt, das eine Zusammenstellung der diagnostischen Ergebnisse beinhaltet. Während diese beiden Therapiedisziplinen quantifizierbare Ergebnisse vorzeigen können, erstellen die Logopädie und die Neuropsychologie kein Assessment, sondern berichten vom momentanen Therapieschwerpunkten und Fortschritten. Wöchentlich eine Diagnostik durchzuführen wäre kaum möglich, da dies zu viel Zeit beanspruchen würde.

Weiter werden für den IDR als Standard festgelegte Textbausteine für jede Therapiedisziplin verwendet, welche aufgeteilt sind in die Bereiche Verbesserung, Verschlechterung und Stagnation. Dort werden in Bezug zu den jeweiligen Wochenzielen Notizen gemacht. Die Neuropsychologie hat keinen solchen Standard, sondern dokumentiert eigenständig. Assistenzärzte wiederum haben auch Textbausteine, in denen sie Informationen festhalten, die für andere Professionen relevant sind, wie beispielsweise eine Änderung der Koststufe in der Dysphagietherapie der Logopädie.

Die Zielsetzung der Rehabilitationsziele wird in Orientierung an das ICF-Konzept gemacht.

Auf der nachfolgenden Seite visualisiert eine grafische Darstellung das oben beschriebene Konzept der interdisziplinären Zusammenarbeit.



Abbildung 4: Konzept der Zusammenarbeit (Erni & Imboden, 2018)

3.1.4 Lehre der Interprofessionalität

Die Thematik der Interprofessionalität wird vor allem im Rahmen des ICF-Konzepts oft im Logopädiestudium erwähnt, jedoch fehlen konkrete Vorschläge für die Umsetzung im klinischen Alltag. Konkrete Formen der Interprofessionalität zu lehren ist schwierig, da jede Institution einen anderen Umgang mit der Thematik Interprofessionalität pflegt. Es gibt kein festgelegtes Schema, das eine konkrete Idee einer Umsetzung zeigt, die man vermitteln könnte.

Betreffend der Interdisziplinarität ergibt sich die Schwierigkeit, dass Randgebiete nicht genug gelehrt werden. Ein typisches Beispiel dafür ist die Akalkulie. Trotz Fortbildung ist nicht klar, welche Disziplin nun für diesen Bereich die Verantwortung übernimmt. Würde dieses Gebiet einer Profession zugeordnet werden, würde dies den Umgang damit erleichtern.

Ein eindeutiges Konzept für die konkrete Umsetzung von Interprofessionalität fehlt.

3.1.5 Ambulante Interprofessionalität

Die Patienten in der ambulanten Abteilung der Klinik Lengg werden über lange Behandlungszeiträume betreut, jedoch nicht zwingend von allen Disziplinen, die im stationären Bereich involviert waren. Interdisziplinäre Rapporte finden nur bei Bedarf statt, wenn eine bestimmte Fragestellung zu einem Patienten vorliegt. Diejenige Disziplin, die einen interdisziplinären Rapport wünscht, trägt den betreffenden Patienten in eine Liste ein und notiert, welche weiteren Disziplinen am Rapport anwesend sein sollen.

Ausserdem gibt es Familiengespräche, teilweise auch ein Gespräch mit dem Arbeitgeber oder der Rentenversicherung. In diesen Situationen des Austausches sind diejenigen Disziplinen anwesend, die während des Behandlungszeitraumes federführend sind.

Diese Art der Zusammenarbeit wird seitens Neuropsychologie und Logopädie als gut funktionierend empfunden, da die ambulante Therapie anschliessend an die stationäre Rehabilitationszeit direkt im Haus der Klinik durchgeführt wird. Somit sind kurze und speditive Kommunikationswege innerhalb der Institution sichergestellt.

Keine generelle Interprofessionalität in der ambulanten Behandlung.

Tabelle 2: Formen der ambulanten Zusammenarbeit (Erni & Imboden, 2018)

Form	Intensität
IDR = Interdisziplinärer Rapport	Je nach Bedarf und Kapazität (Fragestellung muss vorhanden sein)
Familiengespräche (Standortgespräche)	Je nach Bedarf und Kapazität
E-Mail, Telefon	Je nach Bedarf und Kapazität

3.1.6 Mögliche Schwierigkeiten

Die grösste Schwierigkeit bei der Umsetzung einer gelingenden Interprofessionalität stellt das zu kleine Zeitfenster für den Austausch der verschiedenen Disziplinen untereinander dar. Der Wunsch nach Austausch ist nämlich gross. Im Fall der Neuropsychologie und Logopädie in der Klinik Lengg können die Mitarbeiter dieser Disziplinen den Vorteil nutzen, dass ihre Büros nebeneinanderliegen und sie somit die Möglichkeit dazu haben, sich auch während des Therapiealltages für einen kurzen Austausch aufzusuchen. Jedoch würde darunter die Therapievorbereitungszeit leiden, wenn man öfters so vorgehen würde.

Beim Aspekt der zur Verfügung stehenden Zeit für einen interprofessionellen Austausch ist es wichtig zu beachten, dass eine sorgfältige Planung dieser Gespräche notwendig ist, um sie optimal nutzen zu können. Es dürfen nicht bloss die Zeitfenster der Treffen festgelegt, sondern es müssen immer auch die Ziele dieser Besprechungen im Voraus definiert werden. Durch diese bedachte Vorgehensweise profitiert der Patient am meisten von einem interprofessionellen Austausch.

Die Fachleitung Logopädie und die Leitung Neuropsychologie würden ein zusätzliches Zeitfenster gerne dazu nutzen, um nach abgeschlossener separater Diagnostik im gemeinsamen Gespräch mehr in die Tiefe der vorliegenden Ergebnisse gehen zu können. Sie sind der Meinung, dass man dadurch in gewissen Fällen die Therapieplanung anpassen würde, um die Behandlung zu optimieren.

Allgemein kann gesagt werden, dass es unter den Professionen selten zu Ungereimtheiten kommt. Bei der Entscheidung, ob der Zeitpunkt des Austritts eines Patienten aktuell passend ist oder nicht, kann es vorkommen, dass die Disziplinen unterschiedliche Ansichten vertreten. Die Kommunikation ist jedoch sehr offen, es werden die Ansichten und Empfehlungen aller Disziplinen aufgenommen und die Kommunikation findet auf Augenhöhe statt. Die Verantwortung und dadurch schlussendliche Entscheidung liegt aber beim Arzt.

Zeitmanagement als Schlüssel zur erfolgreichen Umsetzung von Interprofessionalität.

3.1.7 Gewinn durch Interprofessionalität

Das oberste Ziel der Interprofessionalität besteht immer darin, dem Patienten die bestmöglichen Fortschritte zu ermöglichen. Dies gelingt am besten durch eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen, die an der Behandlung des Patienten beteiligt sind. Werden die Therapieziele regelmässig evaluiert und angepasst, ist dies der Fall.

Die regelmässigen Absprachen der in der Rehabilitation involvierten Therapeuten erweitern deren Blickwinkel, da es von allen Disziplinen wichtige Inputs gibt. Sie regen dazu an, die eigene Therapie zu überdenken und gegebenenfalls anzupassen und dadurch wiederum dem Patienten die bestmöglichen Chancen zu Fortschritten zu ermöglichen.

Ausserdem ist es von grosser Wichtigkeit, dass gemeinsam Schwerpunkte gelegt werden. Meist ist es so, dass jede Disziplin der Ansicht ist, die eigene Therapie sei dringend notwendig für den Patienten. Hat der Patient aber jeden Mittag bereits eine ganze Serie an Therapien hinter sich, führt dies zu einer grossen Erschöpfung, was folgende Therapien erschwert oder gar verunmöglicht. Deshalb ist die gemeinsame Absprache, Zielsetzung und Bestimmung eines Schwerpunktes wichtig.

Auch gibt es Patienten, die unterschiedliche Informationen an unterschiedliche Disziplinen geben oder unterschiedliche Bedürfnisse bei den verschiedenen Disziplinen äussern. Dies kann dazu führen, dass jede Disziplin uneinheitliche Ziele festlegt. Ein geschlossenes Auftreten gegenüber dem Patienten ist jedoch wichtig. Auch hier wird wieder betont, dass man auf eine Zusammenarbeit deswegen nicht verzichten sollte.

Gewinn und Antrieb zugleich: Bestmögliche Fortschritte des Patienten durch Interprofessionalität.

Die Abbildung auf der nächsten Seite visualisiert den Gewinn durch Interprofessionalität.

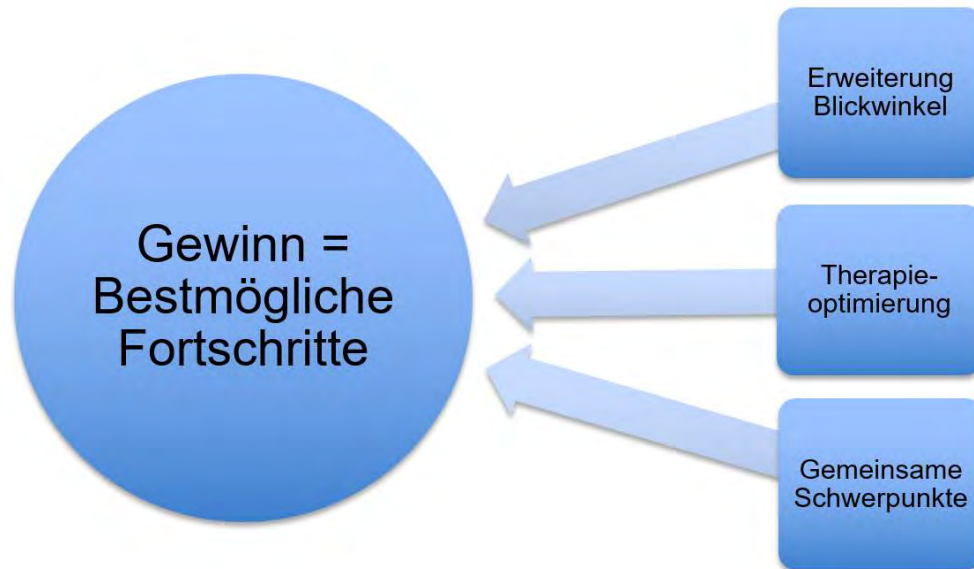


Abbildung 5: Gewinn durch Interprofessionalität (Erni & Imboden, 2018)

3.1.8 Abgrenzung der Arbeitsbereiche

In der Klinik Lengg ist die Aufgabenteilung zwischen den Disziplinen Neuropsychologie und Logopädie unkompliziert, da die Bereiche klar festgelegt sind. Schwierigkeiten in der Abgrenzung der Aufgabenbereiche gibt es eher zwischen der Neuropsychologie und der Ergotherapie. Diese Schwierigkeit liegt darin begründet, dass teilweise an ähnlichen Dingen, jedoch mit anderen Methoden, gearbeitet wird.

Dennoch sind zusätzliche Besprechungen, nebst den regulär stattfindenden interdisziplinären Rapporten, zwischen der Neuropsychologie und der Logopädie nötig. Dies kann der Fall sein, wenn die Begleitstörungen einer Aphasie dominieren und nicht nur begleiten; beispielsweise bei einem stark aphasischen Patienten mit einer Gedächtnisproblematik. Es ist in gewissen Fällen nicht immer leicht zu beurteilen, ob die Auffälligkeiten, die der Patient zeigt, im rein sprachlichen oder auch im kognitiven Bereich liegen. An solch zusätzlichen Besprechungen werden mit den Diagnostikergebnissen beider Professionen verschiedene Therapiemöglichkeiten diskutiert.

Die Fachleitung Logopädie und die Leitung Neuropsychologie sind der Meinung, dass die Aufgabengebiete ihrer Berufe klar getrennt sind. Jedoch gibt es Bereiche, welche interdisziplinär diagnostiziert und / oder behandelt werden, wie beispielsweise die Akalkulie. Patienten mit neurologischen Erkrankungen zeigen meist viele verschiedene Auffälligkeiten. Es kann sein, dass ein Patient eine Lesestörung hat, einen Neglect, eine Hemianopsie, und womöglich noch eine Alexie. Dann gilt es herauszufinden, in welchen der genannten Störungen die Ursache für die auftretenden Symptome liegt.

Es kann vorkommen, dass sich die Neuropsychologie in der ambulanten Therapie einem Gebiet der Logopädie annimmt, wie beispielsweise der Wortflüssigkeit. Dies geschieht dann,

wenn sich nach der stationären Rehabilitationszeit eine Auffälligkeit in diesem Bereich hält, der Schweregrad jedoch nicht für die Verordnung einer ambulanten Sprachtherapie reicht. Die Fallführung bei einer Aphasie liegt klar bei der Logopädie, jedoch therapiert die Neuropsychologie die Basisfunktionen je nach Art und Ausprägung der Sprachstörung unterstützend zur Sprachtherapie. Dafür ist es notwendig, dass der Patient ein Ja und Nein Verständnis vorweist, und auf Aufforderung eine Taste drücken kann. Nur so ist es möglich, eine Basisfunktionstherapie für den Patienten sinnvoll zu gestalten. Auch die Zuständigkeit bei der Therapie der Basisfunktionen ist klar geregelt. Ein kognitives Training spielt in der logopädischen Therapie immer eine Rolle, jedoch wird nie der Fokus daraufgelegt. Beispielsweise bezieht jede sprachliche Aufgabe das Arbeitsgedächtnis mit ein, welches bei fast allen Aphasikern von einer Störung betroffen ist, seitens Logopädie wird jedoch kein Gedächtnistraining durchgeführt.

Die Therapie der Basisfunktionen wird im Logopädiestudium nur wenig angeschnitten. Trotz allfälliger Einarbeitung wäre es wohl schwierig, sich voll und ganz auf beispielsweise eine Therapie des Arbeitsgedächtnisses einzulassen. Auch Jutta Küst würde sich nicht in das Gebiet der Sprachtherapie begeben. "Da haben wir natürlich hier den Luxus, dass die Neuropsychologen so nah an uns dran sind, so dass der Patient teilweise auch jeden Tag beide Therapien hat und dadurch kann man es recht gut teilen." (Fachleitung Logopädie Klinik Lengg, Christin Zöllner)

Klare Abgrenzung als Grundlage für erfolgreiche Zusammenarbeit.

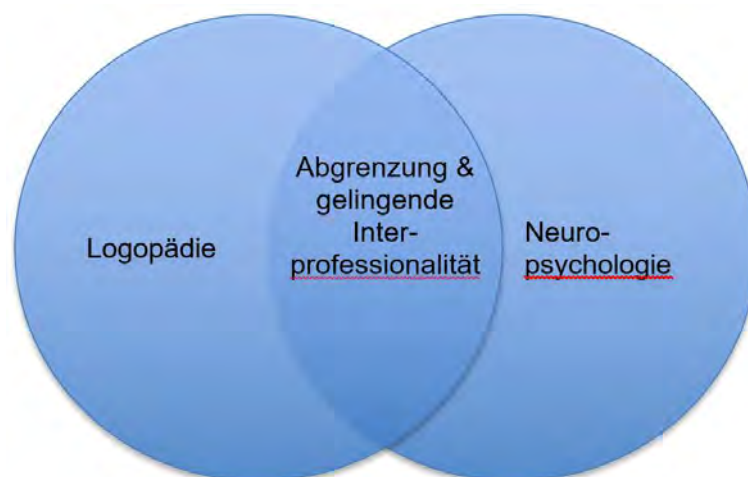


Abbildung 6: Abgrenzung und gelingende Interprofessionalität (Erni & Imboden, 2018)

4. Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche und des Experteninterviews verglichen und Schlussfolgerungen daraus gezogen. Die Fakten aus der Literatur beschreiben den Ist-Stand der theoretischen Erkenntnisse bezüglich folgender Fragestellungen:

1. Welche Basisfunktionen sind als Einflussfaktoren in der Rehabilitation der Aphasie in welcher Weise relevant?
2. Gibt es zwischen Logopädie und Neuropsychologie disziplinäre Überschneidungen im Kontext Rehabilitation bei Aphasie? Wenn ja, wie sehen mögliche interprofessionelle Arbeitsweisen aus?

Die Ergebnisse des Experteninterviews dienen als „good practice“-Beispiel zum direkten Vergleich von Theorie und Praxis in Bezug auf die zweite Forschungsfrage.

Bezüglich der ersten Forschungsfrage hat das Gespräch mit den Expertinnen aus der Praxis die Angaben aus der Literatur bestätigt, dass eingeschränkte sprachliche Basisfunktionen die Therapie von Aphasie stark beeinflussen wenn sie als deren Begleitstörung auftreten. Sprache ist immer eng mit den Basisfunktionen verknüpft, da Störungen der Basisfunktionen die sprachlichen Fähigkeiten stark beeinflussen können, wie im ersten Teil der Literaturrecherche beschrieben wurde. Dieser Sachverhalt macht sich auch in der Praxis bemerkbar, indem die Basisfunktionen einen Bereich darstellen, der für beide Professionen, Neuropsychologie und Logopädie, relevant ist, was eine interprofessionelle Arbeitsweise erfordert.

Bezüglich der Begriffsdefinitionen zeigt sich, dass die beiden Begriffe Interdisziplinarität und Interprofessionalität in der Literatur sowie in der von uns untersuchten Praxis teilweise nicht definitionsgemäss verwendet werden. Im Leitbild der Klinik wird ausschliesslich von der Interdisziplinarität gesprochen, wobei der Begriff Interprofessionalität ausbleibt. Die Fachleitung der Logopädie weist darauf hin, dass die Bezeichnung Interprofessioneller Rapport zutreffender wäre, als die momentane Bezeichnung Interdisziplinärer Rapport. Der Begriff Interdisziplinarität wird jedoch synonym für Interprofessionalität verwendet.

Allgemein werden die Thematiken Interdisziplinarität und Interprofessionalität in logopädischer und neuropsychologischer Fachliteratur oft aufgeführt, meist jedoch nur in kleinem Umfang. Bestehende konkrete Konzepte einer Umsetzung und wichtige Eckpunkte einer funktionierenden Zusammenarbeit sind mit den Ausnahmen von Braun und Steiner (2012), Goldenberg, Pössl und Ziegler (2002), nicht vorzufinden. Dies bestätigen die leitenden Personen der Logopädie und Neuropsychologie der Klinik Lengg im Experteninterview damit, dass konkrete Umsetzungsideen für die Praxis fehlen, das Bedürfnis nach einer Zusammenarbeit jedoch gross ist.

Die Literaturrecherche bezüglich der Abgrenzung der beiden Arbeitsfelder Logopädie und Neuropsychologie im Kontext einer Aphasie erwies sich als schwierig. Autoren neuropsychologischer Fachliteratur zeigen in der Ausführung des Störungsbildes Aphasie verglichen mit Autoren logopädischer Fachliteratur viele Ähnlichkeiten auf. Lehrner et al.

(2011), Goldenberg et al. (2002) sowie Hartje & Poeck (2006) beschreiben ausführlich das Störungsbild der Aphasie mit zugehöriger Diagnostik und Therapie. Dabei ist meist nicht zu entnehmen, welche Disziplin sich welchen Aufgaben im Bereich einer Aphasie anzunehmen hat. Gleich in der Aufführung des Störungsbildes tun es ihnen Autoren logopädischer Fachliteratur wie Steiner (2016), Schneider et al. (2014): Das Störungsbild wird aufgeführt, sowie die Diagnostik und Therapie. Hier ist jedoch einfacher zu entnehmen, welche beschriebenen Aufgabengebiete von welcher Profession zu übernehmen sind. In literarischen Werken von und für Sprachtherapeuten wird teilweise die Durchführung von neuropsychologischen Screenings als Aufgabe von Logopädinnen und Logopäden aufgeführt, was die Thematik der Basisfunktionsstörungen als Kompetenzhoheit von Sprachtherapeuten deklariert. Die gleiche unklare Abgrenzung findet sich auch in der Fachliteratur von und für Neuropsychologen, in welchen die Therapie von exekutiven Funktionen thematisiert und als Aufgabe der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen dargestellt wird. Wie im ersten Teil der Literaturrecherche analysiert wurde, bestehen zwischen der Therapie von exekutiven Funktionen und der von Sprachtherapeuten durchgeführten Sprachtherapie bei Aphasie sehr grosse Ähnlichkeiten. Aus diesen jeweiligen eigenen Zuschreibungen von Kompetenzhoheit disziplinsfremder Tätigkeiten in der eigenen Disziplin, lässt sich die mangelnde Abgrenzung in der Literatur feststellen. Die Therapie der Basisfunktionen fällt ausnahmslos in die Zuständigkeit der Neuropsychologie und die Sprachtherapie ausnahmslos in die Zuständigkeit der Logopädie. Das Training einer Gedächtnisleistung beispielsweise geschieht in der Sprachtherapie beiläufig, wenn die Art der Übung es verlangt. Es wird jedoch seitens Logopädie nie der Fokus auf Basisfunktionstraining gelegt. Dasselbe gilt für die Neuropsychologie in der Klinik Lengg. Sie therapiert bei Aphasie unterstützend zur Sprachtherapie, falls Basisfunktionsstörungen vorliegen, die die sprachlichen Fähigkeiten beeinflussen. Sprachspezifische Therapie überlässt sie jedoch der Logopädie.

Ein weiterer Punkt, der zur unklaren Abgrenzung der Tätigkeiten zwischen Logopädie und Neuropsychologie beiträgt, ist das häufige Fehlen klarer Ausformulierung der Adressaten in der Literatur. So bleibt es oft dem Leser überlassen, aufgrund der Professionen, welche die Autoren innehaben, zu schliessen, auf wen sich die gemachten Aussagen bezüglich Kompetenzhoheit beziehen. Es ist anzunehmen, dass sich Bücher, die von Sprachtherapeuten verfasst wurden, oft an Sprachtherapeuten richten. Analog dazu ist auch anzunehmen, dass sich Bücher, die von Neuropsychologen verfasst wurden, in erster Linie an Neuropsychologen richten. Allgemein gehaltene Formulierungen wie "der Therapeut" sind dabei jedoch keine Seltenheit. Die Frage, auf welche Art von Therapeut sich die damit in Zusammenhang stehende Aufgabenzuschreibung bezieht, ist dementsprechend eine zwangsläufige Folge beim Lesen vieler Fachbücher zum Thema der Kompetenzhoheit und -überschneidung von Logopädie und Neuropsychologie.

Durch diese Unterschiede zwischen der Literatur und des Praxisbeispiels fielen einzelne Ergebnisse des Experteninterviews anders aus als erwartet: Beide Führungspersonen der

Bereiche Logopädie und Neuropsychologie waren sich einig, dass die Abgrenzung ihrer Aufgabengebiete in ihrer Praxis klar geregelt ist und es nur selten zu Kompetenzüberschneidungen kommt. Somit wird die von Braun und Steiner (2012) genannte Kompetenzhoheit eingehalten. Falls es aber doch dazu führen sollte, dass Bereiche berufsüberschneidend diagnostiziert oder therapiert werden, wird dies durch eine gelingende Kommunikation innerhalb der beiden Professionen problemlos gehandhabt. Dadurch zeigt sich, dass die von Braun und Steiner (2012) genannten Grundsätze der verständlichen Sprache und der Kompetenzabsprache unter den Professionen Logopädie und Neuropsychologie in der Klinik Lengg umgesetzt werden. Der drittgenannte Grundsatz, die Ressource Zeit, wird von den Experten als nicht zufriedenstellend eingestuft. Zwar gibt es Formen des Austausches und der Zusammenarbeit, wofür ein festgelegtes Zeitfenster zur Verfügung gestellt wird, jedoch werden diese als nicht ausreichend bezeichnet.

Viele der von Braun und Steiner (2012) genannten Qualitätsdimensionen finden sich im „good practice“-Beispiel der Klinik Lengg wieder. Die Zusammenarbeit ist strukturiert, indem Rahmenbedingungen der Interdisziplinarität wie Raum und Zeit, im Leitbild verankert sind. Es findet ein regelmässiger Austausch in verschiedenen Formen der Zusammenarbeit statt. Eine Kultur des „runden Tisches“ ist vorhanden. Dabei ist klar geregelt, wer die Kompetenz hat, Entscheidungen zu treffen. Diese Aufgabe ist dem beteiligten Arzt zugeschrieben, der schlussendlich die Verantwortung trägt. Diese Form von Hierarchie wird von den Leitungspersonen der Logopädie und Neuropsychologie als angenehm empfunden. Es wird in allen Bereichen auf Augenhöhe kommuniziert und die Verantwortlichen sind offen für Meinungen und Empfehlungen aller Disziplinen. Gemeinsam werden Ziele erstellt und evaluiert, wodurch ein weiterer Eckpunkt der Zusammenarbeit erfüllt wird. Das Dokumentationssystem „Phoenix“, die festgelegten Textbausteine sowie die Assessments ermöglichen eine gemeinsame Vorgehensweise zur Evaluation der Ziele. Als Fazit lässt sich sagen, dass die Ergebnisse des Experteninterviews mit den Qualitätsdimensionen übereinstimmen.

Im Vergleich der Ergebnisse des Experteninterviews und den Punkten eines erfolgreichen Teams von Braun und Steiner (2012), wurden viele Gemeinsamkeiten gefunden. Durch einen Austausch wird eine Differenzminderung erreicht und das Gemeinsame gesucht. Auch für die Kommunikationspflege ist vollumfänglich gesorgt: Genannte Punkte wie gemeinsames Planen, Diskutieren, Beschliessen, Dokumentieren und Kontrollieren werden während den festgelegten Sitzungen erfüllt, sowie auch in anderen möglichen Kontaktsituationen wie Kurztreffen, E-Mail oder Telefon.

Auch wurden einige Gemeinsamkeiten sowie kleine Unterschiede bei dem Konzept der Therapeutenrunde von Goldenberg et al. (2002) und der interprofessionellen Vorgehensweise der Klinik Lengg festgestellt. Der Fokus liegt bei beiden auf dem Globalziel, das von den an der Rehabilitation beteiligten Professionen gemeinsam festgelegt und diskutiert wird, wobei bei dem Konzept der Therapeutenrunde ausschliesslich Therapeuten anwesend sind, bei dem

vergleichbaren IDR jedoch auch weitere beteiligte Disziplinen wie beispielsweise Ärzte. Eine Gemeinsamkeit zeigt sich darin, dass zusammen therapiespezifische Ziele evaluiert und besprochen werden. Weiter findet die Therapeutenrunde in einem Rhythmus von vier Wochen statt, wobei der IDR wöchentlich durchgeführt wird. Dabei wird bei beiden das Konzept eines Therapiemanagers bzw. Haupttherapeuten verwendet. Ein Protokollbogen wird in der Therapeutenrunde als festgelegte Dokumentationsform verwendet, wobei auch im IDR festgelegte Formen der Dokumentation bestehen wie die Textbausteine und Assessments.

5. Vision und Ausblick

Der erste Teil der zweiten Forschungsfrage wurde durch die Literaturrecherche abgedeckt und durch das Experteninterview ergänzt. Letzteres ermöglicht auch einen Einblick in die interprofessionelle Arbeitsweise einer Institution und zeigt damit eine mögliche Antwort auf den zweiten Teil der zweiten Forschungsfrage in Form eines "good practice"-Beispiels aus der Praxis. Nach dem Vergleich von Theorie und Praxis formte sich bei den Autorinnen dieser Arbeit anhand der gezogenen Fazite, die im Kapitel "Schlussfolgerungen" erläutert sind, eine Vision darüber, wie ein Konzept der interprofessionellen Zusammenarbeit entstehen kann. Einleitend zur Vision wird nachfolgend zuerst auf den Ausblick eingegangen, da dieser eine Art Grundlage zu der Vision bildet. Aufgrund dieser Arbeit ist eine Vision im Sinne einer konkreten Umsetzungsidee von Interprofessionalität noch nicht möglich. Jedoch wäre durch eine Weiterführung dieser Arbeit die Erstellung eines Konzepts sinnvoll.

Als Ausblick in die Zukunft und um an der vorliegenden Arbeit anzuknüpfen wäre es notwendig, Studien in ambulanten Praxen durchzuführen, die an keine Institution angegliedert sind. Dadurch würde eruiert, wie die interprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Kontext aussieht, wenn nicht mehrere Professionen vor Ort vertreten sind. Solch eine Untersuchung sieht auch die Leitung der Logopädie der Klinik Lengg als relevant an. Sie stellt sich die Zusammenarbeit zwischen den Professionen in separierten Settings, wie es im Kontext von ambulanten Praxen anzunehmen ist, erschwert vor. Der Vorteil eines geregelten, regelmässigen Austausches zwischen den Disziplinen, wie es in einer Institution möglich ist, muss anderweitig kompensiert werden. Dies ist aufgrund der verschiedenen Standorte der involvierten Professionen jedoch erschwert. Interessant wäre demnach zu erfahren, wie sich die Interprofessionalität unter diesen Umständen gestalten lässt und ob sich in ambulanten Praxen bestimmte interprofessionelle Vorgehensweisen bereits etabliert haben.

Zudem wünschen sich die Autorinnen eine Weiterführung dieser Arbeit in Form von Studien in weiteren Institutionen mit stationären Behandlungsmöglichkeiten. Anhand einer daraus resultierenden Vergrösserung des Stichprobenumfangs wäre es möglich, den Blickwinkel dieser Arbeit in Bezug auf stationäre Interprofessionalität zu erweitern. Durch eine Zusammenführung der Ergebnisse beider Studien mit aussagekräftigen Stichprobenumfängen, im ambulanten sowie im stationären Setting, wäre der Ist-Stand betreffend Interprofessionalität in der gesamten Praxis zu erfassen. Dies ist mit einer einzigen Stichprobe, wie in dieser Arbeit, nicht möglich.

Solche weiterführenden Nachforschungen würden die Basis bilden zu der weitgreifenden Vision der Autorinnen. Im Folgenden wird diese Vision beschrieben.

Aus Sicht der Autorinnen ist die weitläufig gelingende Umsetzung von Interprofessionalität davon abhängig, dass beide Thematiken Interdisziplinarität und Interprofessionalität in der Literatur klar verankert sind, differenziert und veranschaulicht werden. Diese Basis in der Literatur bildet dann die Grundlage für das Erstellen eines einheitlichen Konzepts zur

Interprofessionalität, das als Schnittstelle zwischen Theorie und Praxis dient. Um dies zu ermöglichen soll sich die Umsetzung des Konzepts zur Interprofessionalität so gestalten, dass es für die jeweilige Institution modifiziert werden kann. Ein solches Konzept soll die wichtigsten Fakten enthalten, welche durch die Nachforschungen dieser Arbeit und durch die angestrebten weiteren Forschungsarbeiten, die als Ausblick erwähnt wurden, zusammen gekommen sind in Bezug auf die praktische Umsetzung von Interdisziplinarität. Das daraus entstandene Konzept soll in einer Langzeitstudie von mehreren Institutionen und ambulanten Praxen angewandt und evaluiert werden. Nach jeder Evaluation sollen abhängig vom Ergebnis, Anpassungen am Konzept vorgenommen und weitere Anwendungstests gemacht werden. Wenn daraus ein bewährtes evaluiertes Konzept zur Interprofessionalität entstünde, wäre dadurch bei dessen Anwendung die Möglichkeit zu einer evidenzbasierten Praxis von Interprofessionalität in Institutionen und ambulanten Praxen gegeben. Dies erscheint den Autorinnen als ein erstrebenswertes Ziel, um diese komplexe und umfangreiche Thematik praxistauglich zu machen und wo möglich und angebracht eine Vereinheitlichung zu erreichen.

6. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

6.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Formen der stationären Zusammenarbeit (Erni & Imboden, 2018).....	22
Tabelle 2: Formen der ambulanten Zusammenarbeit (Erni & Imboden, 2018).....	25

6.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ein Modell des Zusammenhangs von Umwelt, Verhalten, Psyche und Gehirn.	14
Abbildung 2: Merkmale eines funktionstüchtigen interprofessionellen Teams.....	17
Abbildung 3: Organisation des Behandlungsablaufs.....	18
Abbildung 4: Konzept der Zusammenarbeit.....	24
Abbildung 5: Gewinn durch Interprofessionalität.....	27
Abbildung 6: Abgrenzung und gelingende Interprofessionalität	28

7. Literaturverzeichnis

- Blanken, G. (1991). *Einführung in die linguistische Aphasiologie, Theorie und Praxis*. Freiburg: HochschulVerlag.
- Bodenburg, S. (2001). *Einführung in die Klinische Neuropsychologie*. Hamburg: Hans Huber Verlag.
- Brauer, T. & Tesak, J. (2014). *Logopädie. Was ist das?* (5. Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Braun, W. & Steiner J. (2012). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Sprachentwicklung. Einführung mit Materialien*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Finauer, G. (2009). *Therapiemanuale für die neuropsychologische Rehabilitation*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Goldenberg, G. (1997). *Neuropsychologie: Grundlagen, Klinik, Rehabilitation*. München: Gustav Fischer Verlag.
- Goldenberg, G. & Pössl, J. & Ziegler, W. (2002). *Neuropsychologie im Alltag*. München: Georg Thieme Verlag.
- Grohnfeldt, M. (2012). *Grundlagen der Sprachtherapie und Logopädie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hartje, W. & Poeck, K. (2006). *Klinische Neuropsychologie*. (6., unveränderte Auflage). München: Georg Thieme Verlag.
- Klinik Lengg AG (2018). *Klinik Lengg. Über uns*. Zugriff am 30.04.2018 unter <https://www.kliniklengg.ch/ueber-uns/ueber-uns>
- Lehrner, J. & Pusswald, G. & Fertl, E. & Strubreither, W. & Kryspin-Exner, I. (2006). *Klinische Neuropsychologie: Grundlagen – Diagnostik – Rehabilitation*. (2. Auflage). Wien: Springer Verlag.
- Schindelmeiser, J. (2012). *Neurologie für Sprachtherapeuten*. München: Urban & Fischer.
- Schneider, B. & Wehmeyer, M. & Grötzbach H. (2014). *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel* (6. Auflage). Mainz: Springer Verlag.
- Schrey-Dern, D. & Lauer, N. (2013). *Diagnostik und Therapie der akuten Aphasie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Schroeder, G. (2009). *Interprofessionalität in der Umsetzung*. Zugriff am 11.05.2018 unter <http://www.careum.ch/documents/20181/132548/Artikel-Schroeder-Interprofessionalitaet-in-der-Umsetzung.pdf.pdf>
- Steiner, J. (2016). *Aphasie im Kontext. Einführung in die Praxis des alltagsorientierten Empowerments*. Bern: Edition SZH/CSPS.

8. Anhang

8.1 Leitfaden Experteninterview

1. In welcher Form findet die Zusammenarbeit zwischen der Neuropsychologie und Logopädie in Ihrer Klinik statt?
2. Werden die Begriffe Interdisziplinarität und Interprofessionalität unterschieden?
3. Was sind die dahinterstehenden Konzepte in der Zusammenarbeit?
4. Ist diese Zusammenarbeit aus Ihrer Sicht notwendig? Wenn ja, warum?
5. Inwiefern sind noch weitere Professionen an dieser Zusammenarbeit beteiligt?
6. Bei welchen Therapiebereichen verzichten Sie bewusst auf Interprofessionalität?
7. Was sind die positiven Aspekte einer Zusammenarbeit?
8. Wo liegen die Schwierigkeiten einer Zusammenarbeit?
9. Wie sehen Ihre Visionen bezüglich einer optimalen Zusammenarbeit aus?
10. Sollte Ihrer Meinung nach, die Thematik der Interprofessionalität mehr gefördert werden, oder ist diese auf einem guten Stand?
11. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit im ambulanten Bereich?