

BACHELORARBEIT II

Titel der Bachelorarbeit

**Erfolgreiche Kommunikation im Anamnesegespräch
mit verbosen, älteren Personen aus Sicht von
Gesundheitsberufen**

Verfasserin

Carolina Hager

angestrebter akademischer Grad

Bachelor of Science in Health Studies (BSc)

St. Pölten, 2019

Studiengang:

Studiengang Physiotherapie

Jahrgang:

PT 16

Betreuerin:

Anita Kidritsch, MSc

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

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

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

.....

Datum

.....

Unterschrift

I. Zusammenfassung

Einleitung: Verwendet jemand mehr Wörter, als tatsächlich benötigt werden, so spricht man von Verbosität (Stevenson, 2010, S. 1973). Wenn geriatrische Patienten/Patientinnen beim Anamnesegespräch jedoch viel Gesprächszeit in Anspruch nehmen und der Therapeut/die Therapeutin kaum zu Wort kommt, bleiben wesentliche Fragen oft ungeklärt. Das Fehlen von für-die-Therapie-relevanten-Informationen kann sich in weiterer Folge auf den Erfolg der Therapie auswirken (Spanjer, Krol, Popping, W Groothoff, & Brouwer, 2009). Obwohl das Phänomen der Verbosität in wissenschaftlichen Artikeln behandelt wird und in der Praxis immer wieder präsent ist, werden entsprechende Lösungsansätze unzureichend besprochen (Pushkar, Andres, Y. Arbuckle, & Schwartzman, 1988; Pushkar u. a., 2000; Pushkar & Y Arbuckle, 1995; Ruffman, Murray, Halberstadt, & Taumoepeau, 2010; Y. Arbuckle, Nohara-LeClair, & Pushkar, 2000). Diese Arbeit befasst sich mit der Frage, wie ein Anamnesegespräch bei geriatrischen Patienten/Patientinnen mit hohem Kommunikationsanteil aussehen muss, um in möglichst kurzer Zeit die Anliegen der Patienten/Patientinnen zu erfassen und alle wesentlichen Fragen des Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin zu klären. Ziel der Arbeit ist das Generieren von Hypothesen. Diese sollen Anregungen dafür sein, wie solch ein Anamnesegespräch ablaufen könnte, um zufriedenstellende Ergebnisse zu erzielen. Für Therapeuten/Therapeutinnen, die in der Praxis mit derselben Problematik konfrontiert werden, sollen diese Erkenntnisse eine Hilfestellung darstellen.

Methodik: Die Studie wurde im Rahmen leitfadengestützter Expertinnen-Interviews in einem qualitativen Forschungsdesign durchgeführt. Das Interview beinhaltete 15 offene und geschlossene Fragen, welche spezifisch zum Thema dieser Arbeit entwickelt wurden. Insgesamt konnten zwei Probandinnen aus den Berufsgruppen Ergo- und Physiotherapie rekrutiert werden. Die Dauer betrug pro Gespräch in etwa 30 Minuten. Alle Interviews wurden mittels eines Tonaufnahmegerätes aufgezeichnet. Nach erfolgtem Exzerpt wurden die Tonaufnahmen gelöscht und die gewonnenen Daten mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Keywords: geriatrische Patienten/Patientinnen, gesprächig, Anamnese, Kommunikation, Physiotherapie

I. Abstract

Introduction: If someone uses more words than actually needed, this trait is called verbosity (Stevenson, 2010, S. 1973). However, if geriatric patients tend to talk that much during a case history interview, resulting in the therapist being barely able to speak, essential questions may be left unanswered. As a result, the lack of information, which is relevant to the course of treatment, may affect the success of the treatment (Spanjer u. a., 2009). Although there are articles that deal with verbosity and the fact that it is repeatedly existent in practice, corresponding approaches are insufficiently discussed (Pushkar u. a., 1988; Pushkar u. a., 2000; Pushkar & Y Arbuckle, 1995; Ruffman u. a., 2010; Y. Arbuckle u. a., 2000). This study deals with the central question of how a case history interview should look regarding geriatric patients with high amounts of verbage in order to record the patient's concerns and to clarify all essential questions of the physiotherapist as quickly as possible. The aim of this study is to generate hypotheses. These should be suggestions for how an anamnesis could proceed in order to achieve satisfying results. Furthermore, these findings should be of assistance for therapists, who find themselves confronted with the same situation in practice.

Methodology: This study had been conducted as guideline-based expert interviews in a qualitative research design. The interviews consisted of 15 open- and closed-ended questions, which had been specifically developed for the subject of this bachelor thesis. The participants included two experts from the professional groups ergo- and physiotherapy. Each conversation took approximately 30 minutes. Both interviews were recorded by means of a recording device. Once the excerpt was created, all recordings were deleted and the obtained data evaluated using a quantitative content analysis.

Key Words: Geriatric patients, talkative, case history interview, communication, physiotherapy

II. Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Systematische Literaturrecherche	2
1.2	Bestehende Erkenntnisse	4
1.2.1	Das berufliche Zusammenleben	4
1.2.2	Aus der Physiotherapie.....	5
1.2.3	Aus der Geriatrie.....	7
1.2.4	Verbosität	8
1.3	Wissenslücken & Kontroversen.....	10
1.4	Fragestellung & Ziel dieser Bachelorarbeit.....	10
2	Material und Methodik.....	12
2.1	Studiendesign	12
2.2	Probanden/Probandinnen-Rekrutierung.....	12
2.3	Ablauf der Datenerhebung	15
2.4	Intervention und Messinstrumente	16
2.5	Datenauswertung	16
3	Ergebnisse	19
3.1	Erkenntnisse aus den Interviews.....	19
3.1.1	Methoden zur erfolgreichen Kommunikation im Anamnesege­spräch mit verbosen, älteren Personen	19
3.1.2	Einflussfaktoren auf die Kommunikation im Anamnesege­spräch mit verbosen, älteren Personen	23
4	Diskussion.....	27
4.1	Limitationen.....	31
5	Zusammenfassung und Ausblick	33
6	Literaturverzeichnis	35
A	Anhang: Informationsblatt – Experte/Expertin.....	36
B	Anhang: Einverständniserklärung der Fachhochschule – Experte/Expertin ..	38
C	Anhang: Einverständniserklärung Ethikkommission – Experte/Expertin	41
D	Anhang: Prüfbogen Expertin	44
E	Anhang: Kodiereinheiten	48
F	Anhang: Datentabelle.....	49

III. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Multi-, Inter- und Transprofessionelle Zusammenarbeit (Sottas, 2013 modifiziert nach Jakobsen, 2011)	5
--	---

IV. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Synonyme der PICO-Elemente	2
Tabelle 2: ICF-Core-Set zur Beurteilung der physischen Gesundheit älterer Erwachsener (Ruaro u. a., 2014 – teilweise modifiziert durch die Autorin dieser Arbeit).....	11
Tabelle 3: Darstellung von Detailfrage und Kodiereinheit am Beispiel vorgefertigter Dokumentationsbögen (siehe Anhang E)	17
Tabelle 4: Darstellung von Paraphrase, Kurzform und Reduktion am Beispiel vorgefertigter Dokumentationsbögen (siehe Anhang F)	18

V. Abkürzungsverzeichnis

OTV	O ff- t arget v erbosity
PICO	P opulation, I ntervention, C omparison, O utcome
ICF	I nternational C lassification of F unctioning, D isability and H ealth

Vorwort:

Im Rahmen meiner Ausbildung an der FH St.Pölten spielte die Durchführung einer Studie im physiotherapeutischen Bereich eine wesentliche Rolle. Diese Arbeit begleitete mich eine ganze Weile lang und ich wurde dabei von vielen Seiten unterstützt.

An erster Stelle möchte ich mich daher recht herzlich bei meiner Betreuerin MSc Frau Kidritsch Anita bedanken. Während des gesamten Prozesses nahm sie sich all meinen Fragen und Anliegen überaus kompetent an und fand stets Zeit für aufbauende und motivierende Worte.

Weiters möchte ich gegenüber meiner Familie und meinem Freund ein aufrichtiges Danke ausdrücken, da sie mich durch meine gesamte Ausbildung hindurch begleitet haben. Auf ihre Unterstützung konnte ich jederzeit zählen.

Ein besonderer Dank gilt dem kooperierenden Pflegeheim dieser Studie, insbesondere den beiden Therapeutinnen, welche sich als Probandinnen zur Verfügung gestellt haben. Durch Ihren Beitrag konnte die erste Forschung in diesem Bereich überhaupt erst ermöglicht werden.

Weyer, am 31.01.2019

Carolina Hager

1 Einleitung

Verbosität beschreibt das Phänomen, dass jemand mehr Wörter verwendet, als tatsächlich benötigt werden (Stevenson, 2010, S. 1973). Neigen geriatrische Patienten/Patientinnen dazu allerdings beim Anamnesegegespräch, so bleibt Wesentliches oft ungeklärt. Fehlende, therapierelevante Informationen können sich in weiterer Folge auf den Erfolg der Therapie auswirken (Spanjer u. a., 2009).

Zum Thema Physiotherapie gibt es genug Literatur bezüglich Anamnesegegespräch und adäquater Gesprächsführung (Ebelt-Paprotny & Assink, 2012; Hoos-Leistner & Balk, 2008). Auch zum Thema Geriatrie bestehen ausreichende Kenntnisse über den Patienten/die Patientin, das Anamnesegegespräch sowie die Kommunikation (Ebelt-Paprotny & Assink, 2012; Langfeldt-Nagel, 2004; Neubart, 2015; Sachweh, 2012; Wettstein, 2001).

In der Literatur gelten verschiedene Pathologien häufig als Hindernisse für die Kommunikation in der Geriatrie. Für viele werden Lösungsansätze präsentiert, um eine erfolgreiche Kommunikation zu ermöglichen (Langfeldt-Nagel, 2004; Neubart, 2015; Sachweh, 2012). Das Phänomen der Verbosität wird zwar in wissenschaftlichen Artikeln behandelt und ist in der Praxis immer wieder präsent, trotzdem werden entsprechende Lösungsansätze unzureichend besprochen (Pushkar u. a., 1988; Pushkar u. a., 2000; Pushkar & Y Arbuckle, 1995; Ruffman u. a., 2010; Y. Arbuckle u. a., 2000).

Es erfordert noch konkrete Empfehlungen für das Kommunikationshindernis „Verbosität“, damit der Patient/die Patientin auf den Punkt kommen kann und für den Therapeuten/die Therapeutin am Ende der Therapieeinheit keine offenen Fragen mehr bestehen.

1.1 Systematische Literaturrecherche

Die Literaturrecherche dieser Bachelorarbeit fand an insgesamt acht Tagen im März 2018 statt. Zu Beginn wurden Kriterien definiert, welche den Ein- und Ausschluss von Literatur begründen sollten. Demnach sollten die Elemente „Population“, „Intervention“, „Comparison“ und „Outcome“ (PICO) der Fragestellung bereits im Titel enthalten sein. Als nächstes wurden englische Synonyme zu den PICO-Elementen gesammelt, um mögliche blinde Flecken während der Recherche zu vermeiden (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Synonyme der PICO-Elemente

	PICO-Elemente	Synonyme der PICO-Elemente
Population	Geriatrische Patienten/Patientinnen	geriatric patients, aged, ancient, old/elderly person, pensioner, retiree, senior
	Hoher Kommunikationsanteil	large amount of communication, talkative, communicative, chatty
Intervention	Erstgespräch	initial clinical interview, first interview, first counselling session, medical consultation, initial conversation
	Anamnesegespräch	anamnesis, anamnesis interview, anamnesis consultation, history interview
Comparison	Physiotherapeut/Physiotherapeutin	physical therapist, physiotherapist, physio
Outcome	erfolgreich	effective, successful, adequate
	Kommunikation	communication, conversation, discussion, intercours

Synonyme eines gemeinsamen PICO-Themenbereiches wurden im Rahmen der erweiterten Suchfunktion in der Datenbank „PubMed“ durch OR miteinander verknüpft. Anschließend wurden die Begriffe der vier Themenbereiche durch AND untereinander in Verbindung gesetzt. Dieses Vorgehen führte zu wenigen Treffern, welche zur Beantwortung der Fragestellung keine Hilfe darstellten.

Die Strategie musste geändert und die Themenblöcke und Schlüsselwörter reduziert werden. Aus dieser Erkenntnis ergab sich eine neue Suchstrategie, welche sich in erster Linie auf den PICO-Themenbereich „Population“ konzentrierte. Die Folge waren zufriedenstellende Ergebnisse bezüglich Trefferanzahl und inhaltlicher Relevanz.

Als hilfreich erwiesen sich außerdem weiterführende Referenzen sowie Artikelvorschläge, welche im Zuge der Volltextsuche auf der Internetplattform „ResearchGate“ erschienen.

Das Auffinden nützlicher Literatur gestaltete sich stets nach demselben Prinzip. Titel, welche die zuvor festgelegten Schlüsselwörter - „verbosity“ und gegebenenfalls „elderly people/older adults“ - beinhalteten, wurden näher begutachtet. Bestand selbst nach dem Lesen des „Abstracts“ noch eine vermeintliche inhaltliche Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung, so begann die Suche nach dem Volltext. Konnte sich der Zugang zu diesem verschafft werden, folgte ein Querlesen des Volltextes, um ihn schlussendlich guten Gewissens für diese Arbeit verwenden zu können. Durch diesen Prozess konnten insgesamt fünf aussagekräftige wissenschaftliche Artikel gewonnen werden. Diese werden im Kapitel „Bisherige Erkenntnisse“ näher betrachtet. Eine Handrecherche in Form eines Bibliothekbesuches an der FH St.Pölten wurde zu den Themen Physiotherapie und Geriatrie durchgeführt. Bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit erwies sich ein Literaturtipp der Betreuerin dieser Arbeit als äußerst hilfreich.

1.2 Bestehende Erkenntnisse

1.2.1 Das berufliche Zusammenleben

Das Gesundheitssystem benötigt in erster Linie eine Zusammenarbeit von Fachpersonal, welches unterschiedlichste Qualifikationen und Kompetenzen aufweist (Sottas, 2013). Machtausübung beziehungsweise die Diskriminierung anderer Berufsgruppen sind hier fehl am Platz (Sottas, 2013 zitiert nach Christmas & Millward, 2011; Sottas, Brügger, & Meyer, 2013).

Grundsätzlich werden drei Kooperationsformen voneinander unterschieden (siehe Abbildung 1). Dabei handelt es sich um die multiprofessionelle, die transprofessionelle und die interprofessionelle Zusammenarbeit (Sottas, 2013).

Die **Multiprofessionelle Zusammenarbeit** stellt das eine Extrem dar und lässt sich häufig in Gesundheitsberufen beobachten. Gekennzeichnet wird diese Form durch möglichst scharf voneinander abgegrenzten Berufsgruppen. Diese arbeiten unabhängig voneinander und tauschen nur Informationen, wie zum Beispiel Befunde, aus. Aufgaben werden hier interdisziplinär gelöst, also mit der Hilfe von Kollegen/Kolleginnen aus dem eigenen Fach (Sottas, 2013).

Das andere Extrem bildet die, im Gesundheitssektor unerwünschte, **transprofessionelle Zusammenarbeit**. Hier kommt es zu einer unzureichenden Abgrenzung der einzelnen Kernkompetenzen der Berufsgruppen. Die Folgen sind eine zunehmende Gleichartigkeit sowie der Identitätsverlust der einzelnen Berufsgruppen. Das Fachpersonal weist ähnliche Qualifikationen auf (Sottas, 2013).

Zwischen den beiden genannten Formen befindet sich die **interprofessionelle Zusammenarbeit**. Das zentrale Ziel besteht in der gemeinsamen Erarbeitung von Lösungen. Damit das gelingen kann, müssen alle beteiligten Berufsgruppen ihre Kernkompetenzen einbringen und miteinander über das Problem sprechen. Diesbezüglich ist besonders wichtig, sich Personen aus anderen Berufsgruppen verständlich mitzuteilen. Weiters sollte die eigene Sichtweise berücksichtigt werden und gleichzeitig Offenheit für andere Ansichten vorherrschen (Sottas, 2013).

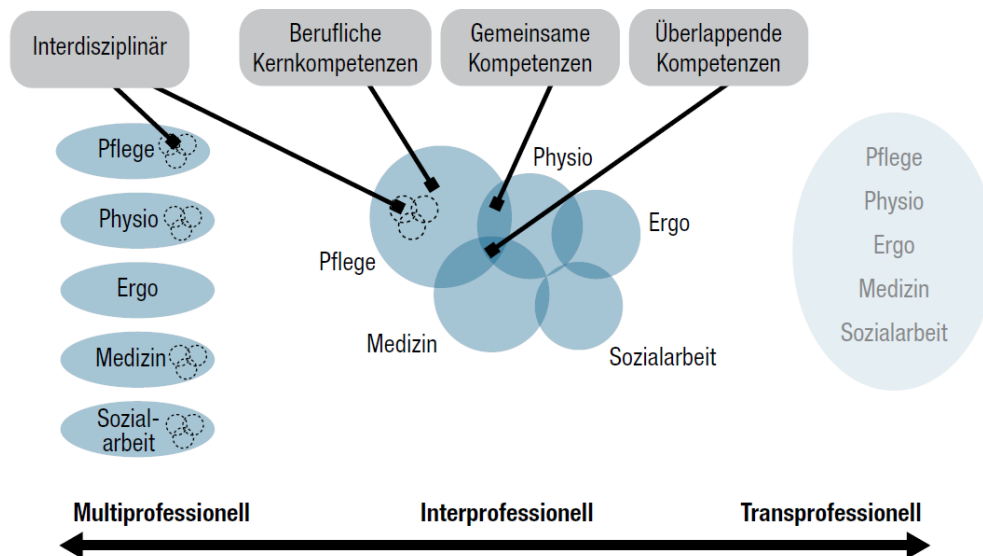


Abbildung 1 Multi-, Inter- und Transprofessionelle Zusammenarbeit (Sottas, 2013 modifiziert nach Jakobsen, 2011)

Um eine interprofessionelle Zusammenarbeit zu erreichen, sind drei Kompetenzen erforderlich. Zum einen handelt es sich dabei um gemeinsame Kompetenzen wie in etwa Kommunikation, Ethik und Dokumentation. Zum anderen spielen professionsspezifische Kompetenzen, wie zum Beispiel das Wissen, die Fähigkeit und die Fertigkeit der jeweiligen Berufsgruppe, eine wesentliche Rolle. Zuletzt sind interprofessionelle Kompetenzen von großer Bedeutung. Zu diesen zählen unter anderem Prinzipien der Teamarbeit, Wertschätzung und interprofessionelle Konfliktfähigkeit (Sottas, 2013 zitiert nach Wilhelmsson, Pelling, Ludvigsson, Hammar, Dahlgren, & Faresjö, 2009; Sottas, Höppner, Kickbusch, Pelikan, & Probst, 2013).

1.2.2 Aus der Physiotherapie

Anamnesegespräch

In der Physiotherapie gibt es unterschiedliche Varianten, um an die für-die-Therapie-erforderlichen Informationen des Patienten/der Patientin zu gelangen. Meist orientieren sich die Dokumentationsbögen an standardisierten Schemata, wie in etwa Maitland oder Cyriax. Dabei ist eine übersichtliche Darstellung der gewonnenen Informationen von großer Bedeutung. Erreicht werden kann dies zum Beispiel durch die Anpassung der Dokumentationsbögen an den jeweiligen medizinischen Fachbereich (Ebelt-Paprotny & Assink, 2012, S. 13).

Zu den wesentlichen Bestandteilen der Anamnese zählen persönliche Daten, die Familienanamnese, die Eigenanamnese, die jetzige Anamnese, die Patientenangaben/Patientinnenangaben zur Erkrankung und Informationen aus der Patientenakte/Patientinnenakte. Während es sich bei den persönlichen Daten um Informationen aus der Patientenakte/Patientinnenakte handelt, werden im Rahmen der Familienanamnese vererbte Erkrankungen in der Familie des Patienten/der Patientin erfragt. Die Eigenanamnese dient der Erfragung schwerwiegender Erkrankungen, Verletzungen oder Unfälle. Hierbei interessiert sich der Therapeut/die Therapeutin insbesondere für die Situation vor und während der Erkrankung. Bezüglich jetziger Anamnese spielen sowohl der aktuelle Krankheitsverlauf, als auch die Symptome des Patienten/der Patientin eine zentrale Rolle. Letzteres wird in Allgemeinsymptome, krankheitsbedingte Symptome und Symptome des Bewegungsapparates unterteilt. Die Angaben des Patienten/der Patientin zur eigenen Erkrankung beschäftigen sich unter anderem mit der aktuellen Situation und der damit verbundenen Lebensqualität, dem Verhalten der Beschwerden sowie dem bisherigen Therapieverlauf. Die Informationen aus der Patientenakte/Patientinnenakte ergänzen die Anamnese aus ärztlicher Sicht. Sie beinhalten zum Beispiel den Aufnahmebefund, OP-Berichte, Röntgenbefunde oder ärztliche Anordnungen (Ebelt-Paprotny & Assink, 2012, S. 15ff).

Adäquate Gesprächsführung

Wird zwischen dem Patienten/der Patientin und dem Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin eine positive Zusammenarbeit erreicht, so steht einer nachhaltigen Behandlung nichts mehr im Wege. Eine gute Kooperation kann einerseits gelingen, wenn Patienten/Patientinnen den Eindruck haben, dass es in der Therapie um sie geht und andererseits, wenn der Therapeut/die Therapeutin ausreichend fachliche, personale und soziale Kompetenzen vorweist. Letzteres beinhaltet unter anderem die Fähigkeit zur kompetenten Gesprächsführung. Dabei ist die Art und Weise, wie es dem Therapeuten/der Therapeutin gelingt, den Patienten/die Patientin mit ins Boot zu holen, von besonderer Bedeutung. Die Fähigkeit, an notwendige Informationen zu gelangen, zählt ebenso zu diesen Kompetenzen, wie auch das verständliche Übermitteln von Informationen. Wichtig ist letztendlich, dass sich sowohl introvertierte als auch extrovertierte Menschen all diese Fähigkeiten aneignen können (Hoos-Leistner & Balk, 2008, S. 12f, 16).

1.2.3 Aus der Geriatrie

Geriatrie und Gerontologie liegen eng beieinander. Während sich letzteres jedoch mit der typischen Veränderung körperlicher, psychischer und sozialer Funktionen im Laufe des Alterns beschäftigt, nimmt sich die Geriatrie um die Krankheiten älterer Menschen an (Ebelt-Paprotny & Assink, 2012, S. 726).

Der Patient/die Patientin

Zur Definition eines geriatrischen Patienten/einer geriatrischen Patientin ist nicht in erster Linie das Lebensalter beziehungsweise das kalendarische Alter entscheidend. Viel bedeutsamer ist hierbei das so genannte biologische Alter. Dieses entspricht bei einem gealterten Mechanismus einer Konstellation aus charakteristischen, multifaktoriellen Problemen. Die Patienten/Patientinnen lassen sich demnach nicht durch die Erkrankung eines bestimmten Organsystems zusammenfassen, sondern vielmehr durch Multimorbidität. Von ihr ist die Rede, wenn zur gleichen Zeit mindestens drei relevante Erkrankungen vorliegen. Es handelt sich hierbei um eine Untergrenze, da geriatrische Patienten/Patientinnen oft an mehr als zehn oder 15 Krankheiten leiden (Neubart, 2015, S. 10f).

Das Anamnesegespräch

Die Durchführung einer geriatrischen Anamnese gestaltet sich in der Regel schwieriger als bei jüngeren Patienten/Patientinnen. Sie erfordert nicht nur Zeit, sondern auch ein hohes Maß an Geduld. Gründe hierfür gibt es viele und so können beispielsweise kognitive Störungen eine Ursache sein. Auch eine gestörte Kommunikation, wie in etwa bei Schwerhörigkeit, Aphasie oder Demenz, trägt dazu bei. Manche Patienten/Patientinnen haben Angst, was dazu führen kann, dass Betroffene ihre Beschwerden relativieren oder auch aggravierern. Eine lange Krankengeschichte kann ein weiterer beitragender Faktor sein, besonders, wenn Erkrankungen bereits länger zurückliegen und die Erinnerung daran schwindet (Neubart, 2015, S. 92f).

Da ältere Patienten/Patientinnen selten von nur einer Krankheit betroffen sind, kann sich die Auswahl eines angemessenen Dokumentationsbogens äußerst schwierig gestalten und es müssen bestehende Exemplare miteinander kombiniert werden. Diesbezüglich kann die psychosoziale Anamnese eine Hilfestellung bieten. Diese beschäftigt sich zum Beispiel mit der Selbstzufriedenheit, der Wohnsituation, täglichen Aktivitäten, möglichen Ängsten oder Konflikten mit nahestehenden Personen (Ebelt-Paprotny & Assink, 2012, S. 734f).

Die Kommunikation

Das Gespräch mit jüngeren Patienten/Patientinnen gestaltet sich, aufgrund der überschaubaren Anzahl an Erkrankungen, für gewöhnlich leichter, als die häufig unterschätzte Kommunikation in der Geriatrie (Neubart, 2015, S. 205).

Der kommunikative Austausch kann durch verschiedene Alterskrankheiten gestört werden. Zu diesen zählen in etwa der Schlaganfall, Tumore, Schwerhörigkeit, Sehstörungen, Depression, Demenz oder Morbus Parkinson (Sachweh, 2012, S. 7f, 233). Letzteres geht in erster Linie mit einer verminderten motorischen Aktivität der an-der-Sprachproduktion-beteiligten Muskulatur einher und äußert sich in Form einer Sprechstörung. Im Zuge dieser Störung kann es zu einer verwaschenen Stimme, einer monotonen Sprechweise sowie einer gestörten Satzmelodie kommen. Bezüglich Sprachtempo und Lautstärke sind starke Schwankungen möglich. Meist sprechen Parkinson-kranken Menschen allerdings langsamer und leiser. Typisch ist auch eine verlangsamte Reaktionszeit und das allmähliche schwinden der Fähigkeit, nonverbal zu kommunizieren (Sachweh, 2012, S. 217f).

Die Tatsache, dass jeder Patient/jede Patientin eine individuelle Kombination aus Störungsbildern aufweisen kann und somit zu einem Spezialfall wird, zeichnet die Kommunikation in der Geriatrie aus und kann diese auch dementsprechend erschweren. Im Sinne eines nachhaltigen Gesundheitsmanagements führt allerdings kein Weg an einem intensiven Dialog mit dem Patienten/der Patienten vorbei. Daraus ergibt sich für den Therapeuten/die Therapeutin die Notwendigkeit, eine erfolgreiche Kommunikationstechnik zu beherrschen, welche der Problemkonstellation des Patienten/der Patientin entspricht (Neubart, 2015, S. 205).

1.2.4 Verbosität

Definition

Verbosität bezeichnet eine erweiterte Sprachform. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass es beim Gesprochenen an Zusammenhang fehlt oder es Betroffenen schwerfällt, sich auf etwas zu fokussieren (Ruffman, Murray, Halberstadt, & Taumoepeau, 2010 zitiert nach Arbuckle & Pushkar Gold, 1993).

„Off-Target Verbosity“ (OTV) beschreibt eine weitschweifige Sprachform, bei welcher es Betroffenen schwerfällt, sich auf ein Thema zu konzentrieren. Obwohl zu Beginn einer Konversation treffende Antworten möglicherweise formuliert werden können, kommt es unmittelbar darauf zur Aneinanderreihung von Aussagen, die nur wenig miteinander zu

tun haben. Häufig handelt es sich bei diesen Äußerungen um Erinnerungen an vergangene Erfahrungen, welche vom eigentlichen Thema der Konversation zunehmend entfernt sind (Y. Arbuckle, Nohara-LeClair, & Pushkar, 2000 zitiert nach Pushkar, Andres, Y. Arbuckle, & Schwartzman, 1988)

Diese Extremform verbosier Sprache findet sich in einer Minderheit der älteren Generation wieder und grenzt sich von alltäglicher Gesprächigkeit klar ab. Im Gegensatz zur OTV weist diese nämlich einen logischen Zusammenhang auf (Pushkar & Y Arbuckle, 1995).

Ursachen

In der Arbeit von Ruffman u. a. (2010) zeigt sich, dass ältere Erwachsene verbosier sind als junge Erwachsene. Sowohl ältere Frauen als auch Männer werden dazu verleitet mehr und länger zu sprechen, als auch stärker vom Thema abzuschweifen (Ruffman u. a., 2010).

Weiters kommen Ruffman u. a. (2010) zu dem Ergebnis, dass zwischen der Verbosität älterer Männer und ihrer herabgesetzten Fähigkeit, Emotionen zu erkennen, ein Zusammenhang besteht. Diese Einschränkung geht mit dem zunehmenden Alter einher und hat zur Folge, dass Betroffene mögliche emotionale Hinweise ihres Zuhörers, dass man aufhören soll zu reden, nicht richtig wahrnehmen können (Ruffman u. a., 2010).

Pushkar u. a. (1988) beobachten, dass eine Verbindung zwischen OTV und der psychosozialen Funktionsfähigkeit besteht. Dem Artikel zufolge zeigt sich OTV bei älteren Menschen, die den extravertierten Typ verkörpern. Sozial aktive und engagierte Personen, welche der Meinung anderer über die eigene Person keine Beachtung schenken, sind demnach ebenso anfällig für Verbosität. Außerdem spielen vermehrte Stresssituationen aus der Vergangenheit sowie ein Leistungsabfall der nonverbalen, kognitiven Funktionsfähigkeit eine wesentliche Rolle (Pushkar u. a., 1988).

Das soziale Verhalten älterer Erwachsener mit unterschiedlichen OTV-Stufen wurde von Pushkar u. a. (2000) untersucht. Demnach sind Betroffene weniger auf ihren/ihr Gegenüber und mehr auf sich selbst fokussiert, was unzufriedene Gesprächspartner/Gesprächspartnerinnen mit sich bringt (Pushkar u. a., 2000).

1.3 Wissenslücken & Kontroversen

Als Hindernisse für die Kommunikation in der Geriatrie werden in der Literatur verschiedene Pathologien angeführt. Für viele dieser Erkrankungen werden, im Sinne einer erfolgreichen Kommunikation, Lösungsansätze präsentiert (Langfeldt-Nagel, 2004; Neubart, 2015; Sachweh, 2012). Diesbezüglich werden entsprechende Lösungsansätze für das Phänomen der Verbosität unzureichend besprochen, obwohl dieses in wissenschaftlichen Artikeln behandelt wird und in der Praxis immer wieder präsent ist (Pushkar u. a., 1988; Pushkar u. a., 2000; Pushkar & Y Arbuckle, 1995; Ruffman u. a., 2010; Y. Arbuckle u. a., 2000).

Damit der Patient/die Patientin auf den Punkt kommen kann und für den Therapeuten/die Therapeutin am Ende der Therapieeinheit keine offenen Fragen mehr bestehen, erfordert es noch konkrete Empfehlungen bezüglich des Managements des Kommunikationshindernisses „Verbosität“.

1.4 Fragestellung & Ziel dieser Bachelorarbeit

Diese Arbeit befasst sich mit der Frage, wie ein Anamnesegegespräch bei geriatrischen Patienten/Patientinnen mit hohem Kommunikationsanteil aussehen muss, um in möglichst kurzer Zeit die Anliegen der Patienten/Patientinnen zu erfassen und alle wesentlichen Fragen des Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin zu klären.

Ziel der Arbeit ist das Generieren von Hypothesen. Diese sollen Anregungen für zukünftige, quantitative Studien in Hinsicht darauf sein, wie solch ein Anamnesegegespräch ablaufen könnte, um zufriedenstellende Ergebnisse zu erzielen. Für Therapeuten/Therapeutinnen, die in der Praxis mit derselben Problematik konfrontiert werden, sollen diese Erkenntnisse eine Hilfestellung darstellen.

Zur Beantwortung der Fragestellung könnte sich unter anderem die Integration der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) als hilfreich erweisen. Zu ihrer Hauptaufgabe zählt das Sammeln möglichst vielfältiger Informationen, welche im Zusammenhang mit der Gesundheit eines Menschen stehen. Um diesen Vorgang zu unterstützen, wurden so genannte „ICF-Core-Sets“ entwickelt. Dabei handelt es sich um Listen, bestehend aus ICF-Kategorien. Diese Kategorien beschreiben allesamt die typischen Probleme der Funktion und Gesundheit, welche mit der jeweiligen Erkrankung einhergehen. Diese Methode bietet eine praktische Möglichkeit, um an Informationen zu gelangen und kann für unterschiedliche Vorhaben genützt werden (Ruaro u. a., 2014).

Ruaro, Ruaro und Guerra (2014) haben ein solches Core Set herausgebracht, welches der genauen und schnelleren Beurteilung der physischen Gesundheit älterer Erwachsener dient (siehe Tabelle 2). Es besteht aus insgesamt 30 Kategorien, die zur Evaluierung dieser Population bedeutend sind und den Bereichen Körperfunktion, Körperstruktur, Aktivität oder Partizipation und Umweltfaktoren zugeordnet werden können (Ruaro u. a., 2014).

Tabelle 2: ICF-Core-Set zur Beurteilung der physischen Gesundheit älterer Erwachsener (Ruaro u. a., 2014 – teilweise modifiziert durch die Autorin dieser Arbeit)

Component	ICF Category	Component	ICF Category
Body functions	b1300 Energy level	Body structures	s4100 Heart
	b1343 Quality of sleep		s7700 Bones
	b2352 Vestibular function of determination of movement		s7701 Joints
	b260 Proprioceptive function		s7702 Muscles
	b280 Sensation of pain	Activities and participation	d160 Focusing attention
	b4100 Heart rate		d4101 Squatting
	b420 Blood pressure functions		d4104 Standing
	b4400 Respiration rate		d450 Walking
	b4550 General physical endurance		d470 Using transportation
	b4551 Aerobic capacity		d5700 Ensuring one's physical comfort
	b7102 Mobility of joints generalized		d5701 Managing diet and fitness
	b7306 Power of all muscles of the body		d7504 Informal relationships with peers
	b7356 Tone of all muscles of the body		d9201 Sports
	b7402 Endurance of all muscles of the body	Environmental factors	e1101 Drugs
			e1400 General products and technology for culture, recreation, and sport
			e5800 Health services

2 Material und Methodik

Zur Nachvollziehbarkeit dieser Forschungsarbeit wird die Methodik im folgenden Kapitel detailliert erläutert. Informationen zu den Experten/Expertinnen, zum Ablaufplan sowie zum Auswerteverfahren werden ebenfalls genau beschrieben.

2.1 Studiendesign

Diese Studie wurde im Rahmen leitfadengestützter Experten/Expertinnen-Interviews in einem qualitativen Forschungsdesign durchgeführt. Dazu wurden die rekrutierten Probanden/Probandinnen mittels 15 offener und geschlossener Fragen spezifisch zum Thema dieser Arbeit befragt. Pro Person betrug die Gesprächsdauer dabei in etwa 30 Minuten, wobei dies aufgrund unterschiedlich umfangreicher Antworten der Teilnehmer/Teilnehmerinnen variieren konnte.

2.2 Probanden/Probandinnen-Rekrutierung

Nachdem seitens der NÖ Ethikkommission keine Einwände gegen die Durchführung der Studie vorlagen, konnte mit der Rekrutierung entsprechender Experten/Expertinnen begonnen werden.

Zuerst wurde der Kontakt zu einer Physiotherapeutin der kooperierenden Institution, ein niederösterreichisches Pflegeheim, hergestellt. Die 38-jährige Therapeutin erhielt dabei ein Informationsblatt, um einerseits über die Studie selbst und andererseits über deren Ablauf zu informieren (siehe Anhang A). Nachdem sich die Therapeutin bereit erklärt hatte, an der Studie teilzunehmen, leitete sie das Anliegen an die Geschäftsführung der Einrichtung weiter. Als auch diese mit der Durchführung der Studie einverstanden war, konnte die Rekrutierung mithilfe des Informationsblatts fortgesetzt werden. Dieses beinhaltete nämlich auch die festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien und ermöglichte der Therapeutin somit, potenzielle Teilnehmer/Teilnehmerinnen zu nennen.

Einschlusskriterien für Experten/Expertinnen:

- Männer und Frauen
- optimalerweise zwei Jahre Berufserfahrung
- Kontakt zu verbosen, älteren Personen: optimalerweise 30 Minuten Gesprächszeit pro Woche
- Deutsch als Muttersprache
- Ausübung eines Gesundheitsberufes
- Motivation und Einwilligung zur Teilnahme

Ausschlusskriterien für Experten/Expertinnen:

- jegliche Abweichung der Einschlusskriterien

An der Teilnahme zur Studie waren sowohl Männer als auch Frauen berechtigt, da beide Geschlechter in ihrem Arbeitsalltag mit verbosen, älteren Patienten/Patientinnen in Kontakt kommen konnten.

Die Berufserfahrung sollte optimalerweise zwei Jahre betragen, sodass das medizinische Personal möglicherweise bereits eigene Strategien im kommunikativen Umgang mit verbosen, älteren Personen entwickelt hatte. Dabei sollte sich die wöchentliche Gesprächszeit mit der genannten Klientel im Idealfall auf 30 Minuten belaufen. So konnte umfangreiche Erfahrung gewährleistet werden, die später, auf der Suche nach dem richtigen Management, eine Hilfe darstellen könnte.

Die deutsche Muttersprache bildete ein weiteres wichtiges Kriterium zum Einschluss in diese Studie. Dadurch sollte verhindert werden, dass eigene sprachliche Defizite, welche zu Schwierigkeiten in der Kommunikation mit verbosen, älteren Personen führten, dem Patienten/der Patientin zugeschrieben wurden.

Da Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen optimalerweise im interprofessionellen Kontext mit anderen Gesundheitsberufen zusammenarbeiten (siehe Kapitel 1.2.1) und diese Berufe häufig vor den gleichen Herausforderungen stehen, wurde die Ausübung eines Gesundheitsberufes als Einschlusskriterium definiert. Dadurch soll eine mögliche Bereicherung, durch verschiedene Strategien unterschiedlicher Gesundheitsberufe, gewährleistet werden.

Motivation und vor allem die freiwillige Einwilligung zur Teilnahme spielten besonders aus ethischer Sicht eine wesentliche Rolle.

Um als Teilnehmer/Teilnehmerin für diese Studie in Frage zu kommen, sollten die Experten/Expertinnen bereits Erfahrung mit verbosen, älteren Personen haben. Diese Klientel definierte sich folgendermaßen:

- Männer und Frauen
- Alter: 65 - 93
- deutschsprachig
- Mindestmaß an Verbosität: Der „controlled talker“ ist gesprächig. Obwohl er viel redet, wird das Kernthema mehr oder weniger behandelt. Die Person gibt allerdings viel Extrainformation von sich (Pushkar u. a., 1988).

Bei den Patienten/Patientinnen konnte es sich sowohl um Frauen als auch um Männer handeln, da beide Geschlechter von Verbosität betroffen sein können (Ruffman u. a., 2010). Die Altersspanne wurde nach dem Beispiel einer bereits bestehenden Studie festgelegt (Pushkar u. a., 1988). Um das Risiko einer Sprachbarriere zwischen Experte/Expertin und Patient/Patientin zu minimieren, waren die geforderten Deutschkenntnisse essentiell. Nur so konnte gewährleistet werden, dass die Erfahrungen der Experten/Expertinnen mit verbosen, älteren Personen auf einer annähernd gleichen Ausgangslage beruhten.

Für den Punkt „Mindestmaß an Verbosität“ wurde die Klassifikation nach Pushkar u. a. (1988) herangezogen. Diese bestimmt drei Kategorien von Verbosität, den „extreme talker“, den „controlled talker“ und den „nontalker“. Der „extreme talker“ weist ein hohes Maß an Verbosität auf und gibt eine Vielzahl an irrelevanten Informationen von sich. Seine Sprache gleicht der Abfolge wenig zusammenhängender Themen. Im Gegensatz dazu geht der „nontalker“ nur auf die gestellte Frage ein und gewährt sehr wenig relevante Informationen.

Pushkar und Y Arbuckle (1995) beschreiben in ihrem Artikel, dass „Off-Target-Verbosity“ tatsächlich nur eine Minderheit der älteren Erwachsenen betrifft. Da sich diese Arbeit allerdings mit dem/der typischen verbosen Patienten/Patientin befasst, sollten die Experten/Expertinnen Erfahrung mit dem „controlled talker“ gesammelt haben.

Nachdem die Physiotherapeutin mithilfe der Ein- und Ausschlusskriterien weitere potenzielle Teilnehmer/Teilnehmerinnen genannt hatte, erhielten diese im nächsten Schritt die schriftliche Einladung zur Studienteilnahme in Form des Informationsblatts. Durch diesen Prozess konnte eine weitere freiwillige Probandin gewonnen werden, bei der es sich um eine 30-jährige Ergotherapeutin handelte. Da die Rekrutierung, welche zufällig zwei weibliche Probandinnen ergab, somit abgeschlossen war, konnten schlussendlich die Einverständniserklärungen der Fachhochschule und der Ethikkommission an die beiden Teilnehmerinnen verteilt werden (siehe Anhang B und C).

2.3 Ablauf der Datenerhebung

Die Datenerhebung nahm insgesamt einen Termin in Anspruch. Um sicherzustellen, dass beide Teilnehmerinnen bestens über das geplante Vorhaben informiert waren, wurden sie bereits vorab darum gebeten, sich sowohl die Einverständniserklärungen als auch das Informationsblatt mehrmals durchzulesen. Bei Unklarheiten bestand jederzeit die Möglichkeit meine Person zu kontaktieren.

Am Tag der Datenerhebung bekamen die Teilnehmerinnen noch vor Beginn eines jeden Interviews ausreichend Zeit, um sich die Einverständniserklärungen noch einmal in Ruhe durchzulesen. Im Anschluss wurden die Inhalte detailliert besprochen, sodass die beiden erneut über den bevorstehenden Prozess aufgeklärt wurden. Auch sollten sie wissen, dass die gewonnenen Daten zwar für die Arbeit verwendet werden würden, ihr Name allerdings niemals darin genannt werden würde. Nachdem alle offenen Fragen geklärt werden konnten und eine mündliche Einwilligung erfolgte, konnten die Einverständniserklärungen schlussendlich von den Expertinnen unterschrieben werden.

Die Gespräche fanden in einer geschlossenen Räumlichkeit eines niederösterreichischen Pflegeheimes statt, um eine störungsfreie Umgebung zu erzielen. Die Interviews wurden im Einzelsetting durchgeführt und fanden aufgrund der Kapazität vor Ort im Arbeitsraum der beiden Therapeutinnen statt. Um der eigenen Arbeit nachzugehen, hielt sich die jeweils nicht-befragte-Probandin während des Gesprächs teilweise im selben Raum auf. So war die Ergotherapeutin beim Interview ihrer Kollegin von Beginn bis zur Frage fünf des Prüfbogens anwesend. Die Physiotherapeutin hingegen betrat den Raum, als ihre Kollegin gerade die Frage elf des Prüfbogens beantwortete und blieb bis zum Schluss des Gesprächs dort. Rückfragen durch die interviewte Person an die durchführende Studentin im Laufe des Gesprächs waren jederzeit erlaubt. Störungen des Interviews, zum Beispiel in Form von Pausen, waren hingegen nicht erwünscht.

2.4 Intervention und Messinstrumente

Die Interviews verliefen nach einem strukturierten Prüfbogen (siehe Anhang D). Dieser bot Platz, um besondere Auffälligkeiten während des Gesprächs sofort zu notieren und enthielt unter anderem die Interview-Fragen sowie alle wichtigen Informationen.

Die Dauer betrug pro Gespräch ungefähr 30 Minuten, wobei dies aufgrund unterschiedlich umfangreicher Antworten der beiden Teilnehmerinnen variieren konnte. Das führte zu einer Gesamtmeszeit von etwa einer Stunde.

Das Interview beinhaltete 15 offene und geschlossene Fragen, die von der verantwortlichen Studentin spezifisch zum Thema dieser Arbeit entwickelt und somit nicht validiert wurden. Zur Optimierung durchlief es einen mehrstufigen Prozess, welcher auch Feedback von Betreuerin und Kollegen/Kolleginnen enthielt. Die Fragen ließen sich in die Kategorien Allgemeines, Verbosität und Management unterteilen. Die erste Kategorie klärte unter anderem, in welchem Rahmen die Befragten mit ihren Patienten/Patientinnen Gespräche führten. Zudem wurde erhoben, ob sich das Anamnesegespräch der jeweiligen Expertin an einem Dokumentationsbogen orientierte. Die Kategorie Verbosität erfragte zum Beispiel, ob die Teilnehmerinnen bereits vor diesem Interview von der Bezeichnung Verbosität gehört hatten. Weiters sollte beantwortet werden, welcher der drei definierten Sprechtypen im Arbeitsalltag am häufigsten angetroffen wurde. Die letzte Kategorie, das Management, beschäftigte sich mit den meist unbewusst entwickelten Lösungsstrategien der Expertinnen und der interprofessionellen Zusammenarbeit vor Ort. Dazu wurde den Befragten unter anderem eine Möglichkeit des Managements, in Form eines ICF-Core-Sets, präsentiert (siehe Kapitel 1.4). Dieses diente der Bestimmung der physischen Gesundheit älterer Erwachsener und bestand aus insgesamt 30 Kategorien (Ruaro, Ruaro, & Guerra, 2014). Anschließend sollte über die Nützlichkeit dieses Tools reflektiert werden. Alle Interviews wurden mittels eines Tonaufnahmegerätes aufgezeichnet, um die Ergebnisse im Anschluss auswerten und analysieren zu können. Nach erfolgter Transkription wurden die Tonaufnahmen gelöscht.

2.5 Datenauswertung

Nachdem beide Gespräche aufgezeichnet waren, wurden die Aufnahmen nach den Transkriptionsregeln von Kuckartz, Dresing, Rädiker und Strefer (2007) transkribiert. In dieser Form konnten die erhobenen Daten der Befragung mittels qualitativer Inhaltsanalyse verarbeitet werden. Dieser Prozess, welcher im Folgenden detailliert beschrieben wird, wurde übersichtlich in einer Datentabelle veranschaulicht (siehe Anhang F).

Zuerst wurden die Analyseeinheiten bestimmt, um genau festzulegen, was analysiert werden sollte. Diesbezüglich konnte die zentrale Fragestellung dieser Arbeit durch zehn Detailfragen präzisiert werden (siehe Anhang E). Während die ersten sechs dieser Fragen aus dem Prüfbogen hervorgebracht wurden, beruhten die Fragen sieben bis zehn auf Interview-Antworten der Expertinnen, wurden also erst nachträglich formuliert.

Für jede Detailfrage wurde eine Kodiereinheit definiert (siehe Tabelle 3 und Anhang E), welche die Basis für abschließend daraus definierte Kategorien bildete. Erst, wenn eine Textstelle aus den Interviews der Kodiereinheit der jeweiligen Frage entsprach, wurde diese gekennzeichnet. Durch die Auswahl des Interview-Materials mithilfe dieser Kodiereinheiten konnte gewährleistet werden, dass nur inhaltstragende Textstellen markiert wurden. Der erste Schritt zur Reduktion war somit erfolgt.

Tabelle 3: Darstellung von Detailfrage und Kodiereinheit am Beispiel vorgefertigter Dokumentationsbögen (siehe Anhang E)

	Detailfrage	Kodiereinheit
Methode 1	Werden die Anliegen rascher erfassbar, wenn nach einem vorgefertigten Dokumentationsbogen befragt wird, oder ist es besser ohne Anamnesevorlage zu arbeiten?	Jede vollständige Aussage einer Probandin zu Vor- und Nachteilen der Verwendung von Dokumentationsbögen

Im zweiten Reduktionsschritt wurden die zuvor auserwählten Textausschnitte paraphrasiert, wobei stets gekennzeichnet wurde, welche Probandin die jeweilige Meinung vertrat.

Im Anschluss erfolgte die Darstellung der Paraphrasen als Kurzform, wodurch es zur Abstraktion des Materials kam. Hierbei wurden bedeutungsgleiche Kurzformen in einer einzelnen Aussage zusammengefasst.

Daraus ergab sich das eigentliche Ergebnis dieser qualitativen Inhaltsanalyse, die mittels gezielter Reduktion und Abstraktion induktiv gewonnenen Kategorien. Im folgenden Beispiel stellen diese Kategorien die Vor- beziehungsweise Nachteile von Dokumentationsbögen dar (siehe Tabelle 4). Schlussendlich werden daraus Hypothesen für nachfolgende Studien generiert.

Tabelle 4: Darstellung von Paraphrase, Kurzform und Reduktion am Beispiel vorgefertigter Dokumentationsbögen (siehe Anhang F)

	Detailfragen	Paraphrase	Kurzform	Reduktion
Methode 1	1. Werden die Anliegen rascher erfassbar, wenn nach einem vorgefertigten Dokumentationsbogen befragt wird, oder ist es besser ohne Anamnesevorlage zu arbeiten?	2. P1: Vieles mit null-acht-fünfzehn-Fragebogen nicht erfassbar 3. P2: gerade am Anfang Anamnesebogen hilfreich für Überblick 4. P2: roter Faden auf Papier hilfreich 5. P2: im Erstgespräch zur Orientierung bzw. für roten Faden im Kopf hilfreich 6. P2: Herangehensweise - Zettel während laufenden Therapieprozess - nicht so sympathisch	7. P1: Vieles nicht erfassbar 8. P2: gibt Überblick 9. P2: gibt roten Faden 10. P2: gibt Orientierung & roten Faden 11. P2: Herangehensweise gefällt nicht	Dokumentationsbögen – Vorteile: 12. P2: gibt Überblick, Orientierung & roten Faden Dokumentationsbögen – Nachteile: 13. P1: vieles nicht erfassbar 14. P2: Herangehensweise

Um die Anonymisierung und Nachprüfbarkeit der Ergebnisse jederzeit zu gewährleisten, wurde sowohl für die beiden Interviews als auch für die Datentabelle eine Codierung angewandt. Für diese mussten zuerst die Zeilen der Interviews beziehungsweise die Kästchen der Datentabelle nummeriert werden.

Bei der Codierung von Interviewinhalten steht I für Interview, F bezeichnet die Frage und Z drückt die Zeile aus. Wurden Inhalte aus der Datentabelle codiert, so setzt sich der Code stets aus einem D für Datentabelle und der jeweiligen Kästchennummer zusammen.

3 Ergebnisse

Wie im Kapitel 2.2 bereits erwähnt, konnten für diese Forschungsarbeit insgesamt zwei Expertinnen aus einem niederösterreichischen Pflegeheim rekrutiert werden. An den Interviews nahmen somit zwei weibliche Probandinnen aus den Gesundheitsberufen Ergo- und Physiotherapie im Alter von 30 und 38 Jahren teil.

3.1 Erkenntnisse aus den Interviews

Zum einen konnten im Rahmen der Expertinnen-Interviews Erkenntnisse bezüglich sechs unterschiedlicher Methoden zur Kommunikation im Anamnesegespräch mit verbosen, älteren Personen gewonnen werden. Zu diesen Methoden zählen das Verwenden eines vorgefertigten Anamnesebogens, der Einsatz einer adäquaten Gesprächsführung, das Namennennen während des Gesprächs, die Verwendung von Verbildlichungen, das Anwenden geschlossener Fragenformate und das Ausredenlassen beziehungsweise das Unterbrechen.

Zum anderen konnten aus den Interviews Erkenntnisse zu vier verschiedenen Einflussfaktoren bezüglich der Kommunikation im Anamnesegespräch mit verbosen, älteren Personen gewonnen werden. Bei diesen Einflussfaktoren handelt es sich um die Kognition des Bewohners/der Bewohnerin, die Bekanntschaft zwischen den beiden Gesprächspartnern/Gesprächspartnerinnen, die interprofessionelle Zusammenarbeit vor Ort und um die Gesundheitseinrichtung selbst.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Expertinnen-Interviews bezüglich der unterschiedlichen Methoden und Einflussfaktoren näher erläutert.

3.1.1 Methoden zur erfolgreichen Kommunikation im Anamnesegespräch mit verbosen, älteren Personen

In diesem Kapitel werden die sechs genannten Methoden beschrieben. Dabei soll, anhand der jeweils zugehörigen Detailfrage (siehe Anhang F), in Erfahrung gebracht werden, ob der Einsatz dieser Methode zu einer rascheren Erfassbarkeit der Anliegen der Bewohner/Bewohnerinnen führt.

Die erste Methode beschäftigt sich mit dem **Einsatz vorgefertigter Dokumentationsbögen** (siehe Tabelle 4). Probandin 1, die Physiotherapeutin, kritisierte diesbezüglich, dass vieles mittels eines durchschnittlichen Fragebogens nicht erfassbar sei. Immerhin ginge es bei bettlägerigen Patienten/Patientinnen meist nur um geringfügige Veränderungen des Allgemeinzustandes (I1F2Z59-62).

Im Gegensatz dazu hob Probandin 2, die Ergotherapeutin, primär hervor, dass dieses Hilfsmittel eine gute Struktur, einen roten Faden, biete. Außerdem gewährleiste es einen guten Überblick sowie eine gute Orientierung während des Gesprächs. Als einzigen Nachteil dieser Methode nannte Probandin 2 die Herangehensweise (D12, D14). Diese sei ihr persönlich weniger sympathisch, da der Therapeut/die Therapeutin durch das Ausfüllen des Bogens weniger auf den Bewohner/die Bewohnerin fokussiert sei (I2F10Z348+349).

Die Meinung, dass die **Verwendung einer adäquaten Gesprächsführung** bei geriatrischen Patienten/Patientinnen verschiedene Vorteile mit sich bringen könne, teilten beide Therapeutinnen.

Die Physiotherapeutin verwies zuerst auf den respektvollen Umgang, der dadurch geschaffen werde (D14). Als besonders wirksame Gesprächsform bezeichnete sie anschließend die Validation nach Naomi Feil (I1F7Z202). Diese vermittle nicht nur Bestätigung, Aufmerksamkeit und Nähe, sondern würde selbst schwierigere Klientel, wie in etwa demente oder traumatisierte Personen, erreichen (D15, D16).

Einen besonders hohen Stellenwert schrieb die Ergotherapeutin der Wertschätzung und Urteilsfreiheit während eines Gesprächs zu. Um diese beiden Faktoren zu erreichen, brauche es eine adäquate Gesprächsführung (D20). Einen klaren Vorteil dieser Methode sah Probandin 2 außerdem in der Schaffung einer gemeinsamen Gesprächsbasis (D31). Diese könne durch Adaption betreffend Tempo und Lautstärke des Gesprochenen verwirklicht werden (D21).

Für die dritte Methode, die Bewohner/Bewohnerinnen während der Anamnese **beim Namen** zu **nennen**, ergaben sich für Probandin 1 sowohl Vor- als auch Nachteile (D42, D44, D45). Einen klaren Nachteil sah sie im Umgang mit höhergradig-dementen Menschen. Diese würden sich nämlich, selbst wenn man sie beim Namen nannte, oftmals nicht angesprochen fühlen. Als mögliche Ursache dafür nannte die Physiotherapeutin, dass viele der Betroffenen nicht im Hier und Jetzt leben würden und früher vielleicht ganz anders genannt wurden (D35, D36). In diesem Fall sei eine umfangreiche Auseinandersetzung mit der Vergangenheit des Bewohners/der Bewohnerin erforderlich, welche wiederum wertvolle Zeit koste (D45). Für die restliche Klientel empfand die Therapeutin diese Methode allerdings als hilfreich. Laut ihr würden sich damit auch demente Menschen, abgesehen

von den bereits genannten höhergradigen Demenzausprägungen, relativ gut erreichen (D42).

Probandin 2 hatte an der Methode nichts auszusetzen. Als Vorteil betonte sie, dass sich der Bewohner/die Bewohnerin durch das Namensnennen wieder relativ gut in die Gegenwart zurückholen lasse (D43).

In der vierten Detailfrage (D46) geht es darum, ob es, hinsichtlich der Fragestellung dieser Arbeit, nützlich sei, **Verbildlichungen in Form von Skalen oder Smileys** im Anamnese-gespräch einzusetzen.

Als einzigen Vorteil dieser Methode nannte Probandin 1, dass sich dies in der Dokumentation bestimmt gut mache (D57). Gleichzeitig betonte sie allerdings, dass sich diese kein Mensch durchlese (D47). Mehrmals hinterfragte die Physiotherapeutin die Sinnhaftigkeit der Methode im Kontext alter chronischer Schmerzpatienten/Schmerzpatientinnen. Für die Therapeutin verliere nämlich die Aussage einer Skala über das Schmerzausmaß an Bedeutung, wenn dieser Schmerz stets präsent ist. Weitaus hilfreicher finde sie hingegen Informationen zur Schmerzlokalisierung oder zum zeitlichen Auftreten der Beschwerden (D48-D50).

Für Probandin 2 lag der Nachteil dieser Methode in der Herangehensweise. Wie bereits bei der ersten Methode, dem Einsatz eines vorgefertigten Anamnesebogens, könne sie sich nicht mit dem Gedanken anfreunden, das Zimmer eines Bewohners/einer Bewohnerin mit Unterlagen zu betreten und diese dort auszufüllen (D51).

Eine weitere Möglichkeit, mit dieser Situation umzugehen, bietet die gezielte **Formulierung geschlossener Fragen**.

Als Vorteil nannte Probandin 1, dass dem Gespräch dadurch eine Richtung vorgegeben werde (D66). Wenn zum Beispiel zum wiederholten Mal dieselbe Frage an den Bewohner/die Bewohnerin gerichtet werde und dieser/diese trotzdem noch nicht darauf eingehe, dann könne sie durchaus einmal eine konkrete Ja-/Nein-Frage stellen (I1F11Z348-350).

Für Probandin 2 spielte diese Methode eine wesentliche Rolle in der Begrenzung des Gesprächsumfangs (D67). Die Ergotherapeutin selbst setze geschlossene Fragen vermehrt

ein, wenn die Zeit dränge (I2F11Z373+374). Als einzigen Nachteil nannte die Therapeutin, dass selbst diese Methode keine angemessene Antwort des Bewohners/der Bewohnerin garantiere (D68).

Die sechste Detailfrage (D69) behandelt die letzte der genannten Methoden. Dabei soll geklärt werden, ob die Anliegen rascher erfassbar sind, wenn der Therapeut/die Therapeutin den Bewohner/die Bewohnerin **ausreden lässt**, oder ob es besser ist, die Person zu **unterbrechen**.

Die Physiotherapeutin erklärte diesbezüglich, dass es bei manchen Personen Sinn mache zuzuhören und die Frage anschließend erneut zu stellen (D80). Laut der Therapeutin könne das nämlich zu einem engeren Bezug zwischen den beiden Gesprächspartnern führen. Weiters könne dieser Bezug ausschlaggebend dafür sein, wie viel therapierelevante Informationen der Bewohner/die Bewohnerin dem Therapeuten/der Therapeutin schlussendlich anvertraut (I1F7Z182-185).

Probandin 1: *„Es geht ja auch darum, dass die Leute ein Mitteilungsbedürfnis haben und das vermittelt ja Nähe. Manchmal brauchen sie einfach das Gespräch vorher, damit sie sich so weit öffnen können. Außerdem sind es nicht immer unbedingt die angenehmsten Stellen, wo sie Schmerzen haben, da geht es auch um Intimität und Privatsphäre.“ (I1F7Z182-185)*

Im Interview der Ergotherapeutin ging es um eine gute Kombination aus beidem. Die Therapeutin erklärte diesbezüglich, dass ein zu hoher Redebedarf nicht völlig unterbunden, aber zumindest etwas eingebremst werden müsse (I2F7Z166-169). Mehrmals erwähnte sie dabei, dass sich der Bewohner/die Bewohnerin stets wahrgenommen fühlen solle (D77-D79). Als konkrete Vorgehensweise nannte die Ergotherapeutin dabei insgesamt zwei Möglichkeiten. Bei der ersten lag der Fokus darauf, das Gespräch wieder zum ursprünglichen Thema zurückzuführen.

Probandin 2 über eine mögliche Vorgehensweise: *„Das heißt einfach von der Gesprächsführung her, zum Beispiel wenn ich jetzt merke, ok, ein Bewohner redet jetzt ewig lange schon wieder dasselbe Thema, ahm, oder es geht halt so in die Richtung, dass ich dann schon mit einem Satz ihm quasi verbalisiere oder symbolisiere, ah, dass ich das jetzt wahrnehme, also zum Beispiel, dass ich sage: „Ok, Frau sowieso, ahm. . ich merke Sie haben da schon ganz viel erlebt und Sie beschäftigt das sehr intensiv. Wie geht es Ihnen denn heute mit der Hand?“, (imitiert eigene Stimmlage) also annehmen und anerkennen, aber dann wieder zum eigentlichen Thema zurücklenken.“ (I2F7Z169-175)*

Die zweite Möglichkeit zielte ebenfalls darauf ab, das Gespräch wieder in die gewünschte Richtung zu lenken. Im Gegensatz zur ersten Vorgehensweise nahm sich der Therapeut/die Therapeutin hierbei allerdings den Anliegen des Bewohners/der Bewohnerin zu einem späteren Zeitpunkt an (I2F7Z198-207).

Probandin 2 über eine weitere mögliche Vorgehensweise: „Ahm, und dann kann man ja sagen: „Wir haben jetzt. . .“, oder, man kann ja auch später verweisen: „Ich möchte. . ., also, wir können gerne über das Thema dann noch. . . näher reden, wenn. . . wir zum Beispiel, wenn ich nebenbei durchbewege, oder was auch immer, ahm, da können wir dann gerne noch einmal auf das zurückkommen. Jetzt haben wir halt nur 15 Minuten Zeit, dass ich das mit Ihnen durchgehe und, ahm, das möchte ich gerne noch besprechen und wir reden dann aber später, ich merke mir das, und wir können später gerne noch weiter darüber reden“, also auch so diese offene Kommunikation, denke ich mir, ahm. . . weil dann kriegt das Gegenüber halt auch mit: „Okay, es ist jetzt nur eine Viertelstunde Zeit, die Therapeutin braucht die Informationen, ahm, nimmt mich aber trotzdem ernst mit dem, was für mich ein Anliegen ist“ (imitiert eigene Stimmlage und die, eines Bewohners/einer Bewohnerin).“ (I2F7Z198-207)

3.1.2 Einflussfaktoren auf die Kommunikation im Anamnesegespräch mit verbosen, älteren Personen

In diesem Kapitel werden die vier genannten Einflussfaktoren beschrieben. Dabei soll, anhand der jeweils zugehörigen Detailfrage (siehe Anhang E), in Erfahrung gebracht werden, ob und in wie fern sich der Einfluss dieses Faktors auf die Erfassung der Anliegen des Bewohners/der Bewohnerin auswirkt. Der erste Einflussfaktor beschäftigt sich mit dem **kognitiven Zustand** des Gesprächspartners/der Gesprächspartnerin.

Beide Probandinnen waren der Meinung, dass sich eine kognitive Einschränkung auf den Gesprächsverlauf auswirke (D98-D102). So bestätigten sowohl Physio- als auch Ergotherapeutin, dass Anamnesegespräche je nach kognitivem Zustand völlig variabel seien (I1F2Z40+41). Laut der Physiotherapeutin könne es, im Gespräch mit kognitiv eingeschränkten Personen, zu einem Informationsmangel seitens des Therapeuten/der Therapeutin kommen (D99). Aus dementen Menschen erfahre man beispielsweise nicht immer das, was man gerne wissen würde (I1F7Z171+172). Weiters könne eine Einschränkung des kognitiven Zustandes zu Unterbrechungen während der Therapie führen (D100). Das ließe sich zum Beispiel darauf zurückführen, dass manche demente Personen von ihren Traumata verfolgt werden würden (I1F14Z448+449).

Die Ergotherapeutin verwies hingegen auf ein möglicherweise erschwertes Management von Verbosität bei dieser Klientel (D101). Laut ihr könnten sich Methoden zur Bewältigung der Verbosität bei dementen oder psychiatrischen Bewohnern/Bewohnerinnen als ineffektiv erweisen (I2F7Z211-214). Weiters könne bei Bewohnern/Bewohnerinnen mit kognitiver Einschränkung vorab interprofessionelle Zusammenarbeit erforderlich sein (D102). Diesbezüglich meinte Probandin 2, dass es bei dieser Klientel nie schade, sich noch vor der Therapie mit der Pflege auszutauschen (I2F14Z419+420).

Der **Bekanntschaft** zwischen den beiden Gesprächspartnern/Gesprächspartnerinnen widmet sich der zweite Einflussfaktor. Interessant ist dabei, ob die Anliegen dadurch rascher erfassbar sind als ohne bereits bestehende Bekanntschaft.

Sowohl für die Physio- als auch für die Ergotherapeutin ergaben sich durch diesen Einflussfaktor Auswirkungen auf den Gesprächsverlauf (D116-D118). Diesbezüglich erwähnten beide, dass es eine Hilfestellung darstellen könnte, um gewisse Anliegen zu erfahren (D117). Die Physiotherapeutin begründete dieses Erkenntnis damit, dass man sehr demente Menschen eher versteht, wenn man ihre Sprache etwas besser kennenlernt (I1F6Z146-149). Weiters bezog sie sich auf ihre eigene Aussage zur sechsten Methode und betonte dabei, dass ein gewisser Bezug zum Therapeuten/zur Therapeutin manchmal der Schlüssel dafür sein kann, dass sich ein Bewohner/eine Bewohnerin anvertraut (I1F7Z182-185). Auch für die Ergotherapeutin stand fest, dass manche Bewohner/Bewohnerinnen eine gewisse Vertrauensbasis brauchten, um sich dem Therapeuten/der Therapeutin anzuvertrauen (I2F5Z147).

Für Probandin 1 förderte die Bekanntschaft zudem das Verstehen und Verständnis seitens des Therapeuten/der Therapeutin. Das liege einerseits daran, dass die Sprache besonders dementer Personen oft verschlüsselt sei und verschiedenste Metaphern beinhalte. Bei bestehender Bekanntschaft könne man deren Bedeutung besser erahnen (I1F6Z148-155). Andererseits könne dieser Einflussfaktor dem Therapeuten/der Therapeutin ein besseres Verständnis dafür vermitteln, warum jemand auf eine gewisse Art und Weise kommuniziert (I1 F7Z20+231). Als weitere Auswirkung des genannten Einflussfaktors merkte Probandin 1 an, dass Bewohner/Bewohnerinnen von vorne herein mit einem angemessenen Namen angesprochen werden konnten (D118).

Aus dem Interview der Physiotherapeutin ergab sich ein weiterer Einflussfaktor, die **interprofessionelle Zusammenarbeit**. Diese könne sich nämlich, der Therapeutin zufolge, auf den Gesprächsverlauf auswirken (D128-D131). Laut Probandin 1 erweitere diese Form der Zusammenarbeit den Zugriff auf diverse Informationsquellen (D129). Zu diesen zähle in etwa die Dokumentation der Pflege (I1F8Z246+247). Der Pflegebericht erspare der Therapeutin etwas Eigeninitiative (D130). Der interprofessionelle Austausch habe zudem noch eine andere Auswirkung (I1F9Z283-285). Dadurch könne Therapeuten/Therapeutinnen nämlich ermöglicht werden, höhergradig-demente Bewohner/Bewohnerinnen korrekt anzusprechen (D131). In Hinsicht auf das Management besonders anspruchsvoller Personen könne sich eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit ebenfalls als hilfreich erweisen (D128). Es bestehe nämlich auch die Möglichkeit eines Therapeutenwechsels, sollte die Chemie zwischen den beiden Gesprächspartnern/Gesprächspartnerinnen nicht stimmen (I1F7Z220-224).

Der vierte und somit letzte Einflussfaktor beschäftigt sich mit **unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen**. Dabei soll geklärt werden, ob zwischen diesen Einrichtungen Unterschiede betreffend der jeweiligen Zeit, die zur Erfassung von Anliegen zur Verfügung stehen, vorliegen (D132).

Aus beiden Expertinnen-Interviews kristallisierte sich heraus, dass unterschiedliche Gesundheitseinrichtungen sehr wohl verschiedene Auswirkungen auf den Gesprächsverlauf hatten (D149-D154). Betreffend der Arbeit im Pflegeheim, dem eigenen Arbeitsplatz, waren beide Probandinnen der Meinung, dass eine flexible Zeiteinteilung möglich sei (D149). Probandin 1 erklärte, dass sie sich in dieser Einrichtung Zeit für besondere Spezialfälle nehmen könne. Das sei für die Therapeutin auch einer der Gründe, weshalb sie ihrer Arbeit so gerne nachgehe (I1F14Z481-482). Probandin 2 schätzte diesbezüglich, dass sie sich für ein Anamnesegespräch, je nach Bewohner/Bewohnerin, in etwa 30 bis 45 Minuten nehmen könne.

Im Interview erklärte die Ergotherapeutin, dass diese Situation aus ihrer Sicht darauf zurückzuführen sei, dass es sich beim Pflegeheim um eine Langzeiteinrichtung handle.

Probandin 2: „Ja, ahm, und natürlich kommt es auch darauf an eben, bin ich jetzt, so wie es bei uns ist, in einer Langzeiteinrichtung, habe ich natürlich mehr Zeit, dass ich das auch zulasse und trotzdem zu meinen Informationen komme, als, ah, wenn ich irgendwo auf einer Akut-Geriatrie arbeite, ah, ja oder wenn es halt einfach darum geht, dass ich die Leute halt möglichst schnell wieder mobil kriege, kann ich mir nicht so die Zeit nehmen.“ (I2F7Z180-184)

Probandin 1 betonte hingegen, dass dieser Zustand der Pflegeorganisation vor Ort zuzuschreiben sei (D153).

Probandin 1: „Das liegt bei uns daran, dass wir keine Übergangspflege haben. Wir haben nur Langzeit und Kurzzeit und . . . ahm . . . wenn wir eine Übergangspflege hätten, wäre es eine ganz andere Situation, weil nurmehr für die Übergangspflege da wäre. Also, gut, dass wir keine haben.“ (I1F14Z497-499)

Das einzige, was die Physiotherapeutin zeitlich beschränke, seien die Rahmenbedingungen ihrer Anstellung selbst (D151). Die Therapeutin erklärte nämlich, dass sie pro Woche zehn Stunden im Pflegeheim tätig sei und das nicht ausreiche, um zum Beispiel bei komplexen Traumata intensive Gespräche zu führen (I1F14Z427-434). Bezüglich einer weiteren Gesundheitseinrichtung, dem Spital, erwähnte Probandin 1, dass dort eine Zeitinvestition in den Aufbau einer Beziehung zum Patienten/zur Patientin unerwünscht sei (D142). Aufgrund der hohen Anzahl an Patienten/Patientinnen bleibe im Spital außerdem wenig Zeit, um besonderen Bedürfnissen, wie in etwa der Aufarbeitung von Traumata, nachzukommen (I1F14Z478-480).

4 Diskussion

Nehmen verbose, geriatrische Patienten/Patientinnen während der Anamnese viel Gesprächszeit in Anspruch, sodass der Therapeut/die Therapeutin kaum zu Wort kommt, bleibt Wesentliches oft ungeklärt. In weiterer Folge können sich fehlende, therapie-relevante Informationen auf den Erfolg der Therapie auswirken (Spanjer u. a., 2009).

Dieser Zusammenhang legte den Grundstein für die Forschungsfrage dieser Arbeit. Sie soll Klarheit darüber schaffen, wie ein Anamnese-gespräch bei geriatrischen Patienten/Patientinnen mit hohem Kommunikationsanteil aussehen muss, um in möglichst kurzer Zeit die Anliegen der Patienten/Patientinnen zu erfassen und alle wesentlichen Fragen des Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin zu klären. Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, Therapeuten/Therapeutinnen, die in der Praxis mit derselben Problematik konfrontiert werden, zu unterstützen. Weiters sollen Hypothesen, als Anregungen für zukünftige Studien, generiert werden.

Basierend auf der Forschungsfrage wurden einige Methoden und Einflussfaktoren genauer betrachtet (siehe Kapitel 3). Demnach existieren verschiedene Möglichkeiten, um mit der geschilderten Situation umzugehen, beziehungsweise unterschiedliche Faktoren, welche sich darauf auswirken können. In diesem Kapitel werden auffällige Ergebnisse genau beleuchtet, kritisch hinterfragt und diskutiert.

Betreffend des **Einsatzes vorgefertigter Dokumentationsbögen** vertraten die beiden Therapeutinnen unterschiedliche Meinungen. Während Probandin 2 in dieser Methode sowohl einen Vor- als auch Nachteil erkannte, ergab sich für Probandin 1 ein wesentlicher Nachteil (D12-D14). Die Physiotherapeutin kritisierte nämlich, dass geringfügige Veränderungen des Allgemeinzustandes mittels eines durchschnittlichen Fragebogens nicht erfassbar seien (I1F2Z59-62).

In Hinsicht auf die Vielfalt bereits existierender Dokumentationsbögen würde sich als hilfreich erweisen, die Physiotherapeutin um eine nähere Beschreibung bezüglich durchschnittlicher Fragebögen zu bitten. Ein Zusammenhang zwischen der Erfassung geringfügiger Veränderungen und der Verwendung eines bestimmten Bogentyps könnte nämlich durchaus bestehen. So könnte sich zum Beispiel ein Unterschied in der Verwendung von Bögen, bestehend aus Freitext-Fragen beziehungsweise Skalen, ergeben.

Laut Bartrow (2015) beschreibt das ICF-Modell die Funktionsfähigkeit und die Beeinträchtigung von Personen aufgrund ihrer Krankheitsgeschichte. Dabei wird berücksichtigt, dass

die Folgen gesundheitlicher Defizite eine Vielzahl an Bereichen des alltäglichen Lebens betreffen können. Um all diese Bereiche erfassen zu können, orientiert sich die Beurteilung des Patienten/der Patientin an unterschiedlichen Kategorien. Dabei unterscheidet man grundsätzlich die Funktionsfähigkeit und Behinderung von den Kontextfaktoren. Während sich Letzteres, die Kontextfaktoren, den Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren annimmt, beschreibt Ersteres insgesamt drei Ebenen. Hierbei handelt die erste Ebene von den Körperstrukturen und Körperfunktionen, die zweite von der Aktivität und die letzte von der Partizipation. Die genannten Kategorien eignen sich zur individuellen Erfassung des Gesundheitszustandes eines jeden Menschen (Bartrow, 2015, S. 18).

Demzufolge zielt das ICF-Modell darauf ab, besonders feinfühlig für Veränderungen unterschiedlicher Lebensbereiche einer Person zu sein. Im ICF-Modell wird dies durch die ganzheitliche Betrachtung des Patienten/der Patientin ermöglicht. Beim Einsatz größerer Dokumentationsbögen, welche sich im Vergleich zum ICF-Modell an weit weniger Gesichtspunkten orientieren, könnten diese Veränderungen jedoch untergehen.

Probandin 2 konnte sich mit der Herangehensweise dieser Methode nicht anfreunden, da man dabei, durch das Ausfüllen des Bogens, weniger auf den Bewohner/die Bewohnerin fokussiert sei (I2F10Z348+349). Diesbezüglich sollte vermerkt werden, dass die Verwendung eines Dokumentationsbogens nicht ausschließt, dass der Bewohner/die Bewohnerin auch weiterhin den Mittelpunkt des Gesprächs darstellt. Hierbei sollte sich der Therapeut/die Therapeutin um ein entsprechendes Verhältnis zwischen der Interaktion mit dem Gesprächspartner/der Gesprächspartnerin und der Bearbeitung des Dokumentationsbogens bemühen. Weiters verkörpert der Bogen niemand geringeres als den Bewohner/die Bewohnerin selbst. Demzufolge sollte das sorgfältige Aufnehmen der Daten ganz im Interesse der jeweiligen Person geschehen. Zuletzt sollte nicht außer Acht gelassen werden, welcher positiven Effekt das Ausfüllen eines Dokumentationsbogens bei dem Bewohner/der Bewohnerin erzielen kann. Die Tatsache, dass sich der Therapeut/die Therapeutin offenbar intensiv mit den Beschwerden auseinandersetzt, kann nämlich das Gefühl vermitteln, ernst genommen zu werden.

Bezüglich der sechsten Detailfrage (D69) sollten die Probandinnen entscheiden, ob die Anliegen rascher erfasst werden, wenn der Therapeut/die Therapeutin den Bewohner/die Bewohnerin **ausreden** lässt, oder ob es besser ist, die Person zu **unterbrechen**. Obwohl jede Expertin diesbezüglich eine eigene Meinung vertrat, überlappten sich diese teilweise.

Die Physiotherapeutin setzte hierbei nämlich auf das Ausredenlassen (D80). Bei der Ergotherapeutin hingegen spielte eine Kombination aus beiden Komponenten, wobei hoher Redebedarf zwar begrenzen, nicht aber völlig unterbunden werden sollte, eine wesentliche Rolle (I2F7Z166-169). Daraus lässt sich ableiten, dass die Therapeutinnen in einem Punkt offensichtlich doch einer Meinung sein mussten. Keine der beiden wählte nämlich das vermeintlich zeitsparendere Extrem, das reine Unterbrechen mit der Folge des völligen Unterbindens des Redeflusses. Demzufolge dürfte es sich dabei, in Hinsicht auf die Forschungsfrage dieser Arbeit, nicht automatisch um die optimalste Lösung handeln.

Verantwortlich dafür könnte das Gefühl sein, welches durch häufiges Unterbrechen vermittelt wird. Bewohner/Bewohnerinnen könnten dadurch nämlich den Eindruck erlangen, dass die Zeit drängt und sie der Therapeuten/die Therapeutin daher schnell abfertigen möchte. Weiters kann ein ständiges Unterbrechen dazu führen, dass das Anamnesegespräch mehr einem Verhör gleicht und sich die Bewohner/Bewohnerinnen ausgefragt fühlen. All diese Faktoren können als unhöflich oder respektlos empfunden werden, sodass die Personen in weiterer Folge dazu neigen, sich vor dem Therapeuten/der Therapeutin zu verschließen. Schlussendlich kann dieser Umstand dazu führen, dass die Anamnese zwar rasch abgehalten werden kann, die Bewohner/Bewohnerinnen dem Therapeuten/der Therapeutin jedoch Informationen vorenthalten, welche für den weiteren Therapieverlauf relevant wären. In diesem Fall könnte, wie bereits von Probandin 2 aufgezeigt, die Integration des Ausredenlassens eine wesentliche Rolle spielen. Jemanden redenzulassen stellt nämlich das Gegenstück des Unterbrechens dar und kann somit maßgeblich zur Entschärfung der zuvor geschilderten Situation beitragen. Diesbezüglich sollte allerdings bedacht werden, dass ein vermehrtes Ausredenlassen des Bewohners/der Bewohnerin mit einem erhöhten Zeitaufwand einhergeht.

Um in möglichst kurzer Zeit alle wesentlichen Fragen und Anliegen zu klären, sollte ein angemessener Kompromiss zwischen dem Unterbrechen und dem Ausreden gefunden werden. Da dieses Verhältnis von Person zu Person variieren kann, darf diese Form der Kommunikation durchaus als Kunst verstanden werden.

Beide Expertinnen wurden im Rahmen der Interviews zur **Methode des Namennennens** befragt (siehe Anhang D). Diesbezüglich erwähnte Probandin 1, dass sich höhergradig-demente Menschen nicht immer angesprochen fühlen würden. Dies argumentierte die Physiotherapeutin damit, dass viele der Betroffenen nicht im Hier und Jetzt leben würden und früher vielleicht ganz anders genannt wurden (D35, D36).

Als auffällig erwies sich, dass die Physiotherapeutin im Laufe des Gesprächs noch insgesamt dreimal auf dieses Thema zu sprechen kam. Zuerst hinsichtlich des dritten Einflussfaktors, der Bekanntheit, wodurch Bewohner/Bewohnerinnen von vorne herein mit dem angemessenen Namen angesprochen werden würden (D118). Anschließend in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit, welche das korrekte Ansprechen höhergradig-dementer Personen erleichtere (D131). Zuletzt erwähnte Probandin 1, betreffend unterschiedlicher Gesundheitseinrichtungen, dass im Spital eine Zeitinvestition in den Aufbau einer Beziehung zum Patienten/zur Patientin und somit das Erfragen des korrekten Namens, unerwünscht sei (D142, D134).

Sowohl Probandin 1 als auch Probandin 2 verfügen über eine ganz persönliche Geschichte und weisen demnach einen unterschiedlichen Erfahrungsschatz auf. In den Interviews legten die Expertinnen daher ihren Schwerpunkt auf Aspekte, die sie persönlich als besonders wichtig empfanden. Das gehäufte Erwähnen der genannten Thematik könnte also dadurch begründet werden, dass die Expertin großen Wert darauflegt, höhergradig-demente Menschen angemessen anzusprechen. Weiters könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass die Physiotherapeutin in ihrem beruflichen Alltag häufig mit dieser Thematik konfrontiert wird.

Werden viele verschiedene Experten/Expertinnen befragt, so werden auch viele verschiedene Aspekte zum Vorschein kommen. Als Limitation dieser Forschungsstudie zählt daher die geringe Anzahl an Probanden/Probandinnen (siehe Kapitel 4.1).

Die Expertinnen behandelten, als vierten Einflussfaktor, **verschiedene Gesundheitseinrichtungen** in Hinsicht auf die Forschungsfrage dieser Arbeit (siehe Kapitel 3.1.2). Seitens Probandin 1 ergaben sich dabei widersprüchliche Äußerungen bezüglich des Pflegeheims. Einerseits erwähnte die Physiotherapeutin nämlich, dass sie ihrer Arbeit gerne nachgehe, da sie sich an ihrem Arbeitsplatz Zeit für besondere Spezialfälle nehmen könne (I1F14Z481-482). Andererseits erklärte Probandin 1 jedoch, dass ihre Zehn-Stunden-Anstellung nicht genüge, um intensive Gespräche bei komplexen Traumata zu führen (I1F14Z427-434).

Die genannten Aussagen der Expertin könnten darauf hinweisen, dass die Zeit, die ihr im Pflegeheim für Bewohner/Bewohnerinnen zur Verfügung steht, variiert. Weiters könnte daraus abgeleitet werden, dass am Arbeitsplatz der Physiotherapeutin eine gewisse transprofessionelle Zusammenarbeit (siehe Kapitel 1.2.1) gelebt wird, da das Behandeln komplexer Traumata keine typische Aufgabe aus der Physiotherapie darstellt. Einerseits

könnte diese Form der Zusammenarbeit dafür verantwortlich sein, dass die Therapeutin nicht nur physiotherapeutischen sondern auch Tätigkeiten anderer Gesundheitsberufe nachgeht. Andererseits könnte dies für die Physiotherapeutin zur Folge haben, dass die Abgrenzung der Kernkompetenzen des eigenen Berufsbildes (siehe Kapitel 1.2.1) gegenüber anderen Berufsgruppen allmählich schwindet.

Um festzuhalten, wozu Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen qualifiziert beziehungsweise beruflich verpflichtet sind, wurde von der „World Confederation for Physical Therapy“ eine Grundsatzerklärung zur Beschreibung der Physiotherapie verfasst. Zu ihren Aufgabenbereichen zählen demzufolge die Durchführung einer umfassenden Untersuchung, das Auswerten der daraus gewonnenen Ergebnisse sowie die Formulierung einer Diagnose, einer Prognose und eines Plans. Anschließend sollte vom Therapeuten/von der Therapeutin eine Beratung innerhalb seines/ihres Fachwissens angeboten werden. Weiters sollte an dieser Stelle, falls erforderlich, eine **Überweisung zu einer weiteren Fachkraft** in Erwägung gezogen werden. Zuletzt erfolgen die Durchführung des Behandlungsprogrammes, die Erhebung der Behandlungsergebnisse sowie Empfehlungen zum Selbstmanagement (World Confederation for Physical Therapy, 2017).

4.1 Limitationen

Im Rahmen dieser qualitativen Studie konnten, mittels der Meinungen zweier Expertinnen, wertvolle Informationen gewonnen werden. Diese betreffen in erster Linie das Management von Verbosität bei älteren Personen während eines Anamnesegesprächs. Trotzdem ergaben sich im Laufe der Studie nennenswerte Limitationen, welche berücksichtigt werden sollten.

Diesbezüglich sollte die **geringe Anzahl an teilnehmenden Personen** nicht außer Acht gelassen werden. Einerseits führt diese nämlich zu einer niedrigeren Meinungsvielfalt und andererseits ist diese dafür verantwortlich, dass sich die Ansichten der wenigen Probandinnen in der Arbeit umso stärker widerspiegeln. Die geringe Anzahl an Teilnehmern/Teilnehmerinnen lässt sich darauf zurückführen, dass sich, aus allen Gesundheitsberufen der kooperierenden Institution, schlussendlich eine Physiotherapeutin und eine Ergotherapeutin dazu bereitklärten, an der Studie teilzunehmen. Pro Expertin konnte dafür eine große Menge an Informationen, welche die Basis für tiefgreifende Ergebnisse bereiteten, gewonnen werden.

Durch die Rekrutierung zweier weiblicher Probandinnen bleibt zudem ungewiss, ob die Ergebnisse dieser Studie durch die Teilnahme männlicher Probanden anders ausgefallen

wären. **Das Geschlecht** sowie die Anzahl rekrutierter Personen lassen sich darauf zurückführen, dass sich schlussendlich, aus allen Gesundheitsberufen der kooperierenden Institution, eine Physiotherapeutin und eine Ergotherapeutin zur Studienteilnahme bereit-erklärten. Es konnten daher insgesamt zwei Probandinnen in diese Forschungsarbeit eingeschlossen werden.

Eine weitere Limitation ergab sich während der Durchführung der beiden Interviews. Diese wurden zwar im Einzelsetting durchgeführt, fanden jedoch, aufgrund der Kapazität vor Ort, im Arbeitsraum der beiden Therapeutinnen statt. Dies hatte zur Folge, dass sich die jeweils nicht-befragte-Probandin während des Gesprächs **teilweise im selben Raum** aufhielt. In dieser Zeit wurde dem jeweils laufenden Interview allerdings wenig Beachtung geschenkt, da der eigenen Arbeit an einem Schreibtisch nachgegangen wurde.

Sowohl **Detailfragen** als auch deren **Kodiereinheiten** wurden formuliert, nachdem beide Interviews abgehalten worden waren. Dies war allerdings notwendig, damit alle Interview-Inhalte, welche eine Relevanz hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfrage aufwiesen, verwendet werden konnten. Dadurch konnten die, von den Expertinnen erwähnten und zuvor nicht behandelten, Einflussfaktoren der Kommunikation im Anamnesegespräch mit verbosen, älteren Personen in die Analyse und in weiterer Folge in die Ergebnisse mit-einfließen.

Da es sich hierbei um eine qualitative Studie handelt, könnte die Reduktion ausgewählter Interview-Inhalte, im Rahmen der Inhaltsanalyse, eine weitere Limitation darstellen. Dies-bezüglich besteht nämlich, selbst bei sorgfältiger Einhaltung der Vorgaben, die Gefahr der **subjektiven Interpretation**, welche in weiterer Folge zu inhaltlichen Fehlschlüssen führen könnte.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Von Verbosität ist die Rede, wenn jemand mehr Wörter verwendet, als tatsächlich benötigt werden (Stevenson, 2010, S. 1973). In der Arbeit von Ruffman u. a. (2010) zeigt sich, dass ältere Frauen und Männer im Vergleich zu jungen Erwachsenen eher dazu verleitet werden, einerseits länger zu sprechen und andererseits stärker vom Thema abzuschweifen (Ruffman u. a., 2010).

Tritt Verbosität während der Anamnese von geriatrischen Patienten/Patientinnen auf, so bleibt Wesentliches oft ungeklärt. Ausstehende, therapierelevante Informationen können sich in weiterer Folge auf den Erfolg der Therapie auswirken (Spanjer u. a., 2009).

Obwohl das Phänomen der Verbosität in wissenschaftlichen Artikeln behandelt wird und in der Praxis immer wieder präsent ist, wird das Management von Verbosität, in Hinsicht auf eine erfolgreiche Kommunikation im physiotherapeutischen Anamnesegespräch, unzureichend besprochen (Pushkar u. a., 1988; Pushkar u. a., 2000; Pushkar & Y Arbuckle, 1995; Ruffman u. a., 2010; Y. Arbuckle u. a., 2000).

Um die genannte Forschungslücke zu schließen, wurden im Rahmen dieser Forschungsarbeit qualitative Interviews, an zwei Expertinnen unterschiedlicher Gesundheitsberufe, durchgeführt. Der Schwerpunkt dieser Gespräche lag dabei auf verschiedenen Coping-Strategien bezüglich der Verbosität im physiotherapeutischen Anamnesegespräch älterer Menschen.

Als Fazit dieser Studie gilt, dass die zuvor geschilderte Situation von verschiedenen Faktoren beeinflusst und mittels unterschiedlicher Methoden gehandhabt werden kann.

Bezüglich der Einflussfaktoren bestehen zwischen den beiden Expertinnen keinerlei Meinungsdivergenzen. Demnach wirkt sich eine eingeschränkte Kognition eines Bewohners/einer Bewohnerin, bezüglich Dauer und Erfassung therapierelevanter Informationen, im negativen Sinne auf den Anamnese-Prozess aus. Im Gegensatz dazu handelt es sich in Hinsicht auf die Bekanntheit und die interprofessionelle Zusammenarbeit um zwei Aspekte, welche diesen Prozess unterstützen. Weiters entscheidet oftmals der Typ der jeweiligen Gesundheitseinrichtung darüber, wie viel Zeit dem Therapeuten/der Therapeutin für die Anamnese zur Verfügung steht.

In Bezug auf die sechs behandelten Methoden kann eine adäquate Gesprächsführung den Schlüssel zum Erfolg bieten. Für die restlichen fünf Methoden ergibt sich allerdings keine eindeutige Befürwortung beider Expertinnen. Daraus resultierend wären in erster Li-

nie Folgestudien zur Methode des vorgefertigten Dokumentationsbogens, des Namensnennens, der Verbildlichung, des geschlossenen Fragenformats und des Ausredenlassens beziehungsweise des Unterbrechens erforderlich.

Hinsichtlich der Methode des vorgefertigten Dokumentationsbogens könnte die Hypothese einer weiterführenden Studie lauten: *Der Einsatz eines ICF-Dokumentationsbogens führt, im Vergleich zu größeren Dokumentationsbögen, zu einer rascheren Erfassung der benötigten therapielevanten Informationen.* Bezüglich der Umsetzung könnten die Teilnehmer/Teilnehmerinnen der Studie in zwei Gruppen aufgeteilt werden. Während das Anamnesegespräch der einen Gruppe mittels eines ICF-Dokumentationsbogens erfolgt, beruht das Gespräch der anderen Gruppe auf einem größeren Dokumentationsbogen. Evaluiert werden soll dabei jeweils die Dauer der Anamnese und die Anzahl der erhobenen geringfügigen Veränderungen, welche zuvor genau definiert wurden. Dadurch soll unter anderem die Rolle größerer Dokumentationsbögen in der Erfassung geringfügiger Veränderungen geklärt werden.

Weiters könnte man sich, im Rahmen einer Folgestudie, intensiv mit der Methode des Ausredenlassens beziehungsweise des Unterbrechens befassen. Dazu könnte eine Hypothese folgendermaßen lauten: *Die Kombination aus dem Ausredenlassen und dem Unterbrechen von Patienten/Patientinnen führt, im Vergleich zum reinen Ausredenlassen, zu einer rascheren Erfassung der benötigten therapielevanten Informationen.* In Hinsicht auf die Methodik könnten diesbezüglich, aus den zuvor rekrutierten Probanden/Probandinnen, zwei Gruppen generiert werden. Während sich alle Personen demselben Anamnesegespräch unterziehen, wird diesen, beim Eintreten von Verbosität, je nach Gruppe entweder mittels Ausredenlassen oder mittels einer Kombination aus dem Ausredenlassen und dem Unterbrechen begegnet. Anschließend soll pro Person einerseits die Dauer des Gesprächs und andererseits die Anzahl der gewonnenen therapielevanten Informationen, welche zuvor genau definiert wurden, erhoben werden. Damit könnte Klarheit darüber geschaffen werden, wie sehr sich das Vermitteln von Nähe, welches durch das Ausredenlassen erreicht werden kann, auf die Dauer und auf die Erfassung therapierelevanter Informationen auswirkt.

6 Literaturverzeichnis

- Bartrow, K. (2015). *Untersuchen und Befunden in der Physiotherapie: Untersuchungstechniken und Diagnoseinstrumente* (2. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.
- Ebelt-Paprotny, G., & Assink, R. (Hrsg.). (2012). *Leitfaden Physiotherapie: mit dem Plus im Web ; Zugangscode im Buch* (6., überarb. und erw. Aufl.). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Hoos-Leistner, H., & Balk, M. (2008). *Gesprächsführung für Physiotherapeuten: Theorie - Techniken - Fallbeispiele*. Stuttgart: Thieme.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (Hrsg.). (2007). *Qualitative Evaluation: der Einstieg in die Praxis* (1. Aufl.). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Langfeldt-Nagel, M. (2004). *Gesprächsführung in der Altenpflege: Lehrbuch ; 7 Tabellen und 137 Übungsaufgaben*. München: Reinhardt.
- Neubart, R. (Hrsg.). (2015). *Repetitorium Geriatrie: geriatrische Grundversorgung - Zusatz-Weiterbildung Geriatrie - Schwerpunktbezeichnung Geriatrie*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Pushkar, D., Andres, D., Y. Arbuckle, T., & Schwartzman, A. (1988). Measurement and Correlates of Verbosity in Elderly People. *Journal of gerontology*, 43, P27-33.
<https://doi.org/10.1093/geronj/43.2.P27>
- Pushkar, D., Basevitz, P., Arbuckle, T., Nohara-LeClair, M., Lapidus, S., & Peled, M. (2000). Social behavior and off-target verbosity in elderly people. *Psychology and aging*, 15, 361–374.
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.361>
- Pushkar, D., & Y Arbuckle, T. (1995). A Longitudinal Study of Off-Target Verbosity. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 50, P307-15.
<https://doi.org/10.1093/geronb/50B.6.P307>
- Ruaro, J. A., Ruaro, M. B., & Guerra, R. O. (2014). International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for Physical Health of Older Adults: *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 37(4), 147–153. <https://doi.org/10.1519/JPT.0b013e3182abe7e1>
- Ruffman, T., Murray, J., Halberstadt, J., & Taumoepeau, M. (2010). Verbosity and Emotion Recognition in Older Adults. *Psychology and aging*, 25, 492–497.
<https://doi.org/10.1037/a0018247>
- Sachweh, S. (2012). „Noch ein Löffelchen?“: *effektive Kommunikation in der Altenpflege* (3., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Sottas, B. (2013). Interprofessionelle Zusammenarbeit: Herausforderung für die Gesundheitsberufe. *Biomed Austria*, 6, 24–26.
- Spanjer, J., Krol, B., Popping, R., W Groothoff, J., & Brouwer, S. (2009). Disability Assessment Interview: the Role of Detailed Information on Functioning in Addition to Medical History-Taking. *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 41, 267–272. <https://doi.org/10.2340/16501977-0323>
- Stevenson, A. (Hrsg.). (2010). *Oxford dictionary of English* (3rd ed). New York, NY: Oxford University Press.
- Wettstein, A. (Hrsg.). (2001). *Checkliste Geriatrie*. Stuttgart: Thieme.
- World Confederation für Physical Therapy (2017). Policy statement, description of physical therapy. Zugriff am 06. Jänner 2019 unter <https://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>.
- Y. Arbuckle, T., Nohara-LeClair, M., & Pushkar, D. (2000). Effect of off-target verbosity on communication efficiency in a referential communication task. *Psychology and aging*, 15, 65–77.
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.1.65>

A Anhang: Informationsblatt – Experte/Expertin

INFORMATIONSLATT ZUR STUDIE: ERFOLGREICHE KOMMUNIKATION IM ANAMNESEGESPRÄCH MIT VERBOSEN, ÄLTEREN PERSONEN AUS SICHT VON GESUNDHEITSBERUFEN

WAS?

Verwendet jemand mehr Wörter, als tatsächlich benötigt werden, so spricht man von Verbosität (Stevenson, 2010, S. 1973). Wenn geriatrische Patienten/Patientinnen beim Anamnesegespräch jedoch viel Gesprächszeit in Anspruch nehmen und der Therapeut/die Therapeutin kaum zu Wort kommt, bleiben wesentliche Fragen oft ungeklärt. Das Fehlen von für-die-Therapie-relevanten-Informationen kann sich in weiterer Folge auf den Erfolg der Therapie auswirken.

Die Arbeit befasst sich mit der Frage, wie ein Anamnesegespräch bei geriatrischen Patienten/Patientinnen mit hohem Kommunikationsanteil aussehen muss, um in möglichst kurzer Zeit die Anliegen der Patienten/Patientinnen zu erfassen und alle wesentlichen Fragen des Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin zu klären.

Für die Teilnahme ergeben sich folgende Ein- & Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien für Experten/Expertinnen:

- Männer und Frauen
- optimalerweise zwei Jahre Berufserfahrung
- Kontakt zu verbosen, älteren Personen: optimalerweise 30 Minuten Gesprächszeit pro Woche
- Deutsch als Muttersprache
- Ausübung eines Gesundheitsberufes
- Motivation und Einwilligung zur Teilnahme

Ausschlusskriterien für Experten/Expertinnen:

- jegliche Abweichung der Einschlusskriterien

Definition: „verbose, ältere Personen“:

- Männer und Frauen
- Alter: 65 - 93
- deutschsprachig
- Mindestmaß an Verbosität: Der „controlled talker“ ist gesprächig. Obwohl er viel redet, wird das Kernthema mehr oder weniger behandelt. Die Person gibt allerdings viel Extrainformation von sich (Pushkar u. a., 1988).

Wo?

WIE LANGE?

Ein Gespräch wird in etwa 30 Minuten in Anspruch nehmen (kann aufgrund unterschiedlicher Antworten-Umfänge variieren).

WIE?

Das Experten/Expertinnen-Interview

Ihnen werden 15 offene und geschlossene Fragen gestellt, welche spezifisch zum Thema dieser Arbeit entwickelt wurden. Sollten Sie eine Frage als unangenehm empfinden, so muss diese nicht beantwortet werden. Rückfragen an die durchführende Studentin im Laufe des Gesprächs sind jederzeit erlaubt. Unterbrechungen während des Interviews hingegen, zum Beispiel in Form von Pausen, sind nicht erwünscht.

WER?

Das Gespräch wird im Einzelsetting stattfinden. Demnach wird jeweils ein Experte/eine Expertin des Pflegeheimes und meine Person anwesend sein.

KONTAKT:

Name: Carolina Hager
 Adresse: Wittbergau 7, 3335 Weyer
 E-Mail: carolina@gmx.at
 Tel.nr.: 0664/5271688



Vielen Dank für das Interesse, ich freue mich schon sehr auf die Zusammenarbeit!

B Anhang: Einverständniserklärung der Fachhochschule – Experte/Expertin

Physiotherapie

/gesundheit



Vereinbarung Physiotherapie

Auszufüllen von dem/der Teilnehmer/in Name: Anschrift:
Auszufüllen vom Studiengang Physiotherapie Gegenstand der Vereinbarung: ☐ Projekt: ☒ Bachelorarbeit: „Erfolgreiche Kommunikation im Anamnesegespräch mit verbosen, älteren Personen aus Sicht von Gesundheitsberufen“ ☐ Sonstiges:
Auszufüllen vom Studiengang Physiotherapie Folgende Maßnahmen werden von der Studierenden durchgeführt: <u>Das Experten/Expertinnen-Interview</u> Den Teilnehmern/Teilnehmerinnen werden 15 offene und geschlossene Fragen gestellt, welche spezifisch zum Thema dieser Arbeit entwickelt wurden. Die geplante Dauer beträgt pro Gespräch in etwa 30 Minuten, wobei dies aufgrund unterschiedlich umfangreicher Antworten variieren kann. Sollten die Experten/Expertinnen eine Frage als unangenehm empfinden, so muss diese nicht beantwortet werden. Rückfragen an die durchführende Studentin im Laufe des Gesprächs sind jederzeit erlaubt. Unterbrechungen während des Interviews, zum Beispiel in Form von Pausen, sind hingegen nicht erwünscht.

Ärztliche Abklärung und Freigabe notwendig?

☐ Ja

☒ **Nein**

Auszufüllen von dem/der Teilnehmer/in

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

☐ nicht veröffentlicht¹

☐ nur anonymisiert und unter Unkenntlichmachung meines Gesichts veröffentlicht

☐ vollständig veröffentlicht

werden dürfen. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

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

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

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

Die Tests werden ausschließlich von Studierenden abgewickelt, die sich noch in Ausbildung befinden. Durch die Betreuung durch hauptberuflich Lehrende ist eine professionelle Abwicklung zwar

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

weitgehend gesichert, für unvorhersehbare Fehler aufgrund des Kenntnisstandes der Studierenden können jedoch keine verbindlichen gesundheitlichen Aussagen gemacht werden und kann die Fachhochschule St. Pölten keine Haftung übernehmen.

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

Die Ergebnisse werden ausschließlich anonymisiert veröffentlicht.

Datum, Unterschrift

C Anhang: Einverständniserklärung Ethikkommission – Experte/Expertin

Patienten/Patientinnen-Information und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der qualitativen Studie

„Erfolgreiche Kommunikation im Anamnesegespräch mit verbosen, älteren Personen aus Sicht von Gesundheitsberufen“

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

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

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

Eine unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung der Studie ist, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Zu dieser klinischen Studie, sowie zur Patienten/Patientinnen-Information und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1. Was ist der Zweck dieser Studie?

Diese Arbeit befasst sich mit der Frage, wie ein Anamnesegespräch bei geriatrischen Patienten/Patientinnen mit hohem Kommunikationsanteil aussehen muss, um in möglichst kurzer Zeit die Anliegen der Patienten/Patientinnen zu erfassen und alle wesentlichen Fragen des Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin zu klären.

Ziel der Arbeit ist das Generieren von Hypothesen. Diese sollen Anregungen dafür sein, wie solch ein Anamnesegespräch ablaufen könnte, um zufriedenstellende Ergebnisse zu erzielen. Für Therapeuten/Therapeutinnen, die in der Praxis mit derselben Problematik konfrontiert werden, sollen diese Erkenntnisse eine Hilfestellung darstellen.

Die Studie wird im Auftrag der Fachhochschule St. Pölten, Studiengang Physiotherapie durchgeführt.

2. Wie läuft die Studie ab?

Diese klinische Studie wird in einem niederösterreichischen Pflegeheim durchgeführt und es werden maximal 4 Personen daran teilnehmen. Ihre Teilnahme wird voraussichtlich 1 Tag dauern.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Im Rahmen eines Gesprächs werden Daten aufgezeichnet und anschließend ausgewertet. Es kommt demnach zu keinen zusätzlichen Maßnahmen.

Das Experten/Expertinnen-Interview

Ihnen werden 15 offene und geschlossene Fragen gestellt, welche spezifisch zum Thema dieser Arbeit entwickelt wurden. Die Dauer beträgt pro Gespräch in etwa 30 Minuten, wobei dies aufgrund unterschiedlich umfangreicher Antworten variieren kann. Sollten Sie eine Frage als unangenehm empfinden, so muss diese nicht beantwortet werden. Rückfragen an die durchführende Studentin im Laufe des Gesprächs sind jederzeit erlaubt. Unterbrechungen während des Interviews, zum Beispiel in Form von Pausen, sind hingegen nicht erwünscht.

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

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an dieser Studie gesundheitlichen Nutzen ziehen werden. Die gewonnenen Erkenntnisse könnten aber in Zukunft den Anamneseprozess zwischen Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen und Patienten/Patientinnen unterstützen.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Nein.

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

Sofern gesetzlich nicht etwas anderes vorgesehen ist, haben nur die Studienleiterin und Ihre Bachelorarbeits-Betreuerin Zugang zu den personenbezogenen Daten. Dabei handelt es sich um die vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden. Zur Überprüfung der Richtigkeit der Datenaufzeichnung dürfen ggf. Beauftragte der zuständigen Behörden, der Ethikkommissionen und des Auftragsgebers der Prüfung Einblick in diese Daten nehmen. Diese Personen unterliegen der Schweigepflicht.

In etwaigen Veröffentlichungen oder bei Weitergabe der Daten dieser Studie werden Sie ausnahmslos nicht namentlich genannt.

An die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes in ihrer aktuellen Fassung wird sich streng gehalten.

6. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie steht Ihnen die durchführende Studentin gern zur Verfügung.

Name der Kontaktperson: Hager Carolina

Ständig erreichbar unter: 0664/5271688

7. Einwilligungserklärung

Name des Patienten in Druckbuchstaben:

Geb. Datum: Code:

Ich habe die Information zu dieser Studie gelesen und auch verstanden. Unklarheiten und offene Fragen wurden ausreichend beantwortet, sodass zum jetzigen Zeitpunkt keine weiteren Fragen mehr bestehen.

Durch meine persönliche Unterschrift gebe ich mein freiwilliges Einverständnis zur Speicherung meiner Daten sowie zur Verwendung dieser im Sinne des wissenschaftlichen Zweckes bekannt. Die Verwendung der Daten wird ohne direkten Personenbezug erfolgen.

Mir ist bekannt, dass zur Überprüfung der Richtigkeit der Datenaufzeichnung Beauftragte der zuständigen Behörden, der Ethikkommissionen und des Auftragsgebers der Prüfung Einblick in die personenbezogenen Daten nehmen dürfen.

Ich habe das Recht, die Zustimmung jederzeit, auch ohne die Angabe von Gründen, zurückzuziehen. Dadurch wird kein persönlicher Nachteil entstehen.

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

.....
(Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin)

.....
(Datum, Name und Unterschrift der verantwortlichen Studentin)

(Der Patient/die Patientin erhält eine unterschriebene Kopie der Patienten/Patientinnen-Information und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt bei der durchführenden Studentin.)

D Anhang: Prüfbogen Expertin

PRÜFBOGEN

Datum:
ID-Nummer:
Alter:
Geschlecht:

Berufserfahrung in Jahren:
Beginnzeit:
Endzeit:

1. Begrüßung der Expertin
2. Besprechung der Einverständniserklärung
3. Klärung offener Fragen
4. Unterschrift durch Expertin
5. Durchführung des leitfadengestützten Interviews

Information zu Beginn:

- Gesprächsdauer in etwa 30 Minuten
- unangenehme Fragen müssen nicht beantwortet werden
- Rückfragen sind jederzeit erlaubt
- Unterbrechungen während des Interviews sind nicht erwünscht.
- Mobiltelefon bitte ausschalten

❖ ALLGEMEINES:

- 1) In welchem **Rahmen** führen Sie mit Ihren Patienten/Patientinnen Gespräche?
 - Welche dieser Gespräche benötigen mindestens 5 Minuten?
- 2) Orientiert sich Ihr Anamnesegespräch (auch: Assessment) an einem **Dokumentationsbogen**?
 - **Ja**: Sieht dieser für alle Patienten/Patientinnen gleich aus?
 - **Nein**: woran orientiert sich Ihr Anamnesegespräch?
- 3) Wie würden Sie eine **adäquate Gesprächsführung** mit geriatrischen Patienten/Patientinnen beschreiben?

❖ VERBOSITÄT:

- 4) Kannten Sie den **Begriff** der „Verbosität“ bereits vor unserem Zusammentreffen?
 - **ja**: woher?
 - **ja**: gibt es dafür gängige Synonyme in ihrem Umfeld?
 - **nein**: konnten Sie erahnen, worum es sich dabei handeln würde?
- 5) **Wie häufig** (z.B. pro Woche/Monat/..) werden Sie mit diesem Phänomen konfrontiert?
- 6) Welchen der drei **Sprechttypen** treffen Sie in Ihrem Arbeitsalltag am häufigsten an?

❖ MANAGEMENT:

A) Umgang

- 7) **Beispiel 1**: Was wissen Sie aus **eigener Erfahrung/ Erzählungen**?
 - was hilft im Anamnesegespräch mit verbosen, älteren Personen?
 - Hilft das bei jedem? (oder ist jeder Patient ein individueller Fall)
 - was hilft nicht? (ausprobiert aber ging nach hinten los)
 - was hilft Erzählungen zu Folge?
- 8) **Beispiel 2**: Ist das Tool des **ICF-Core Sets** bereits bekannt/in Verwendung?
 - **Ja**: Erweist es sich als hilfreich?
 - **Nein**: Könnte sich dieses Tool für Sie als hilfreich erweisen?
 - **Nein**: Würden Sie es gerne in Ihren Arbeitsalltag integrieren?
- 9) **Beispiel 3**: Was denken Sie, ist es hilfreich während der Anamnese die Person beim **Namen** zu nennen, um mehr Aufmerksamkeit zu erreichen?
 - **Ja**
 - **Ich weiß es nicht**
 - **Nein**
- 10) **Beispiel 4**: Was denken Sie, kann der Einsatz von **Verbildlichungen** in Form von Skalen oder Smileys hilfreich sein?
 - **Ja**
 - **Ich weiß es nicht**
 - **Nein**

11) **Beispiel 5:** Was denken Sie, kann der Einsatz unterschiedlicher **Fragenformate** (z.B. offen, geschlossen) zu einem zufriedenstellenden Ergebnis führen?

- Ja
- Ich weiß es nicht
- Nein

B) Interprofessionelle Zusammenarbeit

12) Wird **an Ihrem Arbeitsplatz** interprofessionell zusammengearbeitet?

- Ja: In wie fern?
- Nein: Sehen Sie das als Nachteil?

13) Welche Faktoren **fördern** die interprofessionelle Zusammenarbeit gerade im Kontext multimorbider Patienten/Patientinnen?

14) Kann interprofessionelle Zusammenarbeit die **Anamnese erleichtern**?

- Ja: in wie fern?
- Nein: warum nicht?

15) wird für die Erstellung der eigenen Anamnese auf **relevante Informationen aus anderen Gesundheitsberufen** zurückgegriffen?

- Ja: wie gelangen Sie an diese Informationen? (Besprechung, Programm,...)
- Ja: erleichtert das die Arbeit?
- Nein: würde das die Arbeit erleichtern?

6. Notierung besonderer Auffälligkeiten/Beobachtungen

-
-
-
-

7. Prüfbogenanhang

❖ Anhang Frage 6:

Drei Sprechtypen:

1) **extreme talker:**

Er weist ein hohes Maß an Verbosität auf und gibt eine Vielzahl an irrelevanten Informationen von sich. Seine Sprache gleicht der Abfolge wenig zusammenhängender Themen.

2) controlled talker:

Er ist gesprächig. Obwohl er viel redet, wird das Kernthema mehr oder weniger behandelt. Die Person gibt allerdings viel Extrainformation von sich

3) nontalker:

geht nur auf die gestellte Frage ein und gewährt sehr wenig irrelevante Informationen.

❖ **Anhang Frage 8:**

ICF-Core-Set:

Component	ICF Category	Component	ICF Category
Body functions	b1300 Energy level	Body structures	s4100 Heart
	b1343 Quality of sleep		s7700 Bones
	b2352 Vestibular function of determination of movement		s7701 Joints
	b260 Proprioceptive function		s7702 Muscles
	b280 Sensation of pain	Activities and participation	d160 Focusing attention
	b4100 Heart rate		d4101 Squatting
	b420 Blood pressure functions		d4104 Standing
	b4400 Respiration rate		d450 Walking
	b4550 General physical endurance		d470 Using transportation
	b4551 Aerobic capacity		d5700 Ensuring one's physical comfort
	b7102 Mobility of joints generalized		d5701 Managing diet and fitness
	b7306 Power of all muscles of the body		d7504 Informal relationships with peers
	b7356 Tone of all muscles of the body		d9201 Sports
	b7402 Endurance of all muscles of the body	Environmental factors	e1101 Drugs
			e1400 General products and technology for culture, recreation, and sport
			e5800 Health services

❖ **Ad Frage 12**

Definition Interprofessionelle Zusammenarbeit:

„Das Ziel der **interprofessionellen Zusammenarbeit** ist es, gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. Damit das gelingen kann, müssen alle beteiligten Berufsgruppen ihre Kernkompetenzen einbringen und miteinander über das Problem sprechen. Diesbezüglich ist besonders wichtig, sich Personen aus anderen Berufsgruppen verständlich mitzuteilen. Weiters sollte die eigene Sichtweise berücksichtigt werden und gleichzeitig Offenheit für andere Ansichten vorherrschen.“ (Auszug aus der BAC)

E Anhang: Kodiereinheiten

	Detailfrage	Kodiereinheit
Methode 1	Werden die Anliegen rascher erfassbar, wenn nach einem vorgefertigten Dokumentationsbogen befragt wird, oder ist es besser ohne Anamnesevorlage zu arbeiten?	Jede vollständige Aussage einer Probandin zu Vor- und Nachteilen der Verwendung von Dokumentationsbögen
Methode 2	Werden die Anliegen rascher erfassbar, wenn eine adäquate Gesprächsführung bei geriatrischen Patienten/Patientinnen berücksichtigt wird, oder ist diese irrelevant?	Jede vollständige Aussage einer Probandin zu Vor- bzw. Nachteilen einer adäquaten Gesprächsführung
Methode 3	Werden die Anliegen rascher erfassbar, wenn die Person während der Anamnese beim Namen genannt wird, oder ist es besser, den Namen nicht zu nennen?	Jede vollständige Aussage einer Probandin zu Vor- bzw. Nachteilen des Namensnennens
Methode 4	Werden die Anliegen durch den Einsatz von Verbildlichungen, in Form von Skalen oder Smiley's, rascher erfassbar, oder ist es besser, keine Verbildlichungen zu verwenden?	Jede vollständige Aussage einer Probandin zu Vor- bzw. Nachteilen des Einsatzes von Verbildlichungen
Methode 5	Werden die Anliegen durch den Einsatz geschlossener Fragenformate rascher erfassbar, oder ändert das nichts am Ergebnis?	Jede vollständige Aussage einer Probandin zu Vor- bzw. Nachteilen des Einsatzes von geschlossenen Fragenformaten
Methode 6	Werden die Anliegen rascher erfassbar, wenn der Therapeut/die Therapeutin den Patienten/die Patientin ausreden lässt, oder ist es besser, die Person zu unterbrechen?	Jede vollständige Aussage einer Probandin zu Vor- bzw. Nachteilen des Unterbrechens/Ausredenlassens
Einflussfaktor 1	Werden die Anliegen kognitiv eingeschränkter Patienten/Patientinnen langsamer erfasst, als bei kognitiv fitteren Patienten/Patientinnen?	Jede vollständige Aussage einer Probandin zu Beispielen bzw. der Auswirkung des kognitiven Zustandes von Bewohnern/Bewohnerinnen auf den Gesprächsverlauf
Einflussfaktor 2	Werden die Anliegen rascher erfassbar, wenn der Therapeut/die Therapeutin den Patienten/die Patientin bereits länger kennt, oder ist es besser, wenn noch keine Bekanntschaft besteht?	Jede vollständige Aussage einer Probandin zu Beispielen bzw. der Auswirkung von Bekanntschaft zwischen den Gesprächspartnern/Gesprächspartnerinnen auf den Gesprächsverlauf
Einflussfaktor 3	Werden die Anliegen rascher erfassbar, wenn eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit besteht, oder ist es besser, in Eigenregie zu arbeiten?	Jede vollständige Aussage einer Probandin zu Beispielen bzw. der Auswirkung guter interprofessioneller Zusammenarbeit auf den Gesprächsverlauf
Einflussfaktor 4	Gibt es zwischen den unterschiedlichen Gesundheits-Einrichtungen einen Unterschied in der Zeit, die zur Erfassung der Anliegen zur Verfügung steht?	Jede vollständige Aussage einer Probandin zu Beispielen bzw. der Auswirkung unterschiedlicher Gesundheits-Einrichtungen auf den Gesprächsverlauf

F Anhang: Datentabelle

Methode 1	Detailfragen	Paraphrase	Kurzform	Reduktion
Methode 1	1. Werden die Anliegen rascher erfassbar, wenn nach einem vorgefertigten Dokumentationsbogen befragt wird, oder ist es besser ohne Anamnesevorlage zu arbeiten?	2. P1: Vieles mit null-acht-fünfehn-Fragebogen nicht erfassbar	7. P1: Vieles nicht erfassbar	Dokumentationsbögen – Vorteile: 12. P2: gibt Überblick, Orientierung & roten Faden Dokumentationsbögen – Nachteile: 13. P1: vieles nicht erfassbar 14. P2: Herangehensweise
		3. P2: gerade am Anfang Anamnesebogen hilfreich für Überblick	8. P2: gibt Überblick	
		4. P2: roter Faden auf Papier hilfreich	9. P2: gibt roten Faden	
		5. P2: im Erstgespräch zur Orientierung bzw. für roten Faden im Kopf hilfreich	10. P2: gibt Orientierung & roten Faden	
		6. P2: Herangehensweise - Zettel während laufenden Therapieprozess - nicht so sympathisch	11. P2: Herangehensweise gefällt nicht	
		16. P1: Jedem Menschen mit Respekt gegenüberstehen	22. P1: Schafft respektvollen Umgang	
Methode 2	15. Werden die Anliegen rascher erfassbar, wenn eine adäquate Gesprächsführung bei geriatrischen Patienten/Patientinnen berücksichtigt wird, oder ist diese irrelevant?	17. P1: Validation vermittelt Bestätigung, Aufmerksamkeit und Nähe	23. P1: vermittelt Bestätigung, Aufmerksamkeit und Nähe	Vorteile adäquater Gesprächsführung: 28. P1: schafft respektvollen Umgang 29. P1: vermittelt Bestätigung, Aufmerksamkeit und Nähe 30. P1: erreicht demente und traumatisierte Menschen 31. P2: schafft gemeinsame Gesprächsbasis 32. P2: schafft wertschätzenden und urteilsfreien Umgang
		18. P1: Validation holt demente Menschen dort ab, wo sie gerade sind	24. P1: erreicht demente Menschen	
		19. P1: Validation ist Therapie für traumatisierte Menschen	25. P1: erreicht traumatisierte Menschen	
		20. P2: Wertschätzung und Urteilsfreiheit im Gespräch wichtig	26. P2: Schafft wertschätzende und urteilsfreie Umgebung	
		21. P2: An Tempo und Lautstärke des Gegenübers anpassen	27. P2: Schafft gemeinsame Gesprächsbasis	

Methode 3	33. Werden die Anliegen rascher erfassbar, wenn die Person während der Anamnese beim Namen genannt wird, oder ist es besser, den Namen nicht zu nennen?	34. P1: Funktioniert bei dementen Menschen relativ gut 35. P1: Je nach Grad der Demenz fühlen sich manche nicht immer angesprochen 36. P1: Manche fühlen sich nicht im Hier und Jetzt und wurden früher evtl. anders genannt 37. P2: Kann Personen ins Hier und Jetzt zurückholen	38. P1: Erreichbarkeit dementer Menschen 39. P1: fühlen sich nicht immer angesprochen 40. P1: evtl. Auseinandersetzung mit Vergangenheit der Person erforderlich 41. P2: holt ins Hier und Jetzt zurück	Namennennen – Vorteile: 42. P1: erreicht demente Menschen 43. P2: holt ins Hier und Jetzt zurück Namennennen – Nachteile: 44. P1: nicht immer angesprochen fühlen 45. P1: evtl. Auseinandersetzung mit Vergangenheit erforderlich
Methode 4	46. Werden die Anliegen durch den Einsatz von Verbildlichungen, in Form von Skalen oder Smileys, rascher erfassbar, oder ist es besser, keine Verbildlichungen zu verwenden?	47. P1: Skalen höchstens für Dokumentation schön, die sich kein Mensch durchliest 48. P1: Information wann/woran die Leute Schmerzen haben viel hilfreicher als Schmerzausmaß 49. P1: Bei alten, chronischen Schmerzpatienten/Schmerzpatientinnen tut alles Mögliche weh – immer 50. P1: Sinnlos, wenn Schmerz immer präsent ist 51. P2: Herangehensweise, mit Zettel zu Patienten/Patientin zu gehen und etwas auszufüllen, nicht so sympathisch	52. P1: Schön für Dokumentation 53. P1: Aussage über Schmerzausmaß wenig hilfreich 54. P1: Aussage über Schmerzausmaß wenig hilfreich 55. P1: Aussage über Schmerzausmaß wenig hilfreich 56. P2: Herangehensweise gefällt nicht	Verbildlichungen – Vorteile: 57. P1: schön für Dokumentation Verbildlichungen – Nachteile: 57. P1: Aussage von Skalen über Schmerzausmaß bei chronischen Beschwerden wenig hilfreich 58. P2: Herangehensweise

Methode 5	59. Werden die Anliegen durch den Einsatz geschlossener Fragenformate rascher erfassbar, oder ändert das nichts am Ergebnis?	60. P1: Frage geschlossen formulieren, wenn diese zuvor bereits oft wiederholt 61. P2: Kann passieren, dass trotz geschlossener Frage wieder viel Information folgt 62. P2: Wenn Zeit begrenzt, dann vermehrt auch geschlossene Fragen einsetzen	63. P1: gibt Gespräch Richtung vor 64. P2: Keine Garantie für angemessene Antwort 65. P2: begrenzt Gesprächsumfang	Geschlossene Fragen – Vorteile: 66. P1: Geben Gespräch Richtung vor 67. P2: Begrenzen Gesprächsumfang Geschlossene Fragen – Nachteile: 68. P2: keine Garantie für angemessene Antwort
Methode 6	69. Werden die Anliegen rascher erfassbar, wenn der Therapeut/die Therapeutin den Patienten/die Patientin ausreden lässt, oder ist es besser, die Person zu unterbrechen?	70. P1: Manchmal hilft Zeitnehmen, Person ausreden lassen und Frage noch einmal wiederholen 71. P1: Leuten zuerst durch Gespräch Nähe vermitteln, um sich besser zu öffnen 72. P2: hohen Redebedarf begrenzen, aber Gefühl geben, ihre Bedürfnisse und Anliegen wahrzunehmen 73. P2: Erzähltes annehmen, anerkennen und wieder zum Thema zurücklenken 74. P2: zeitliche Situation klar kommunizieren und evtl. auf später verweisen (z.B. beim Durchbewegen)	75. P1: Kombination aus ausreden lassen und Frage wiederholen evtl. zielführend 76. P1: Nähe vermitteln, um sich besser zu öffnen 77. P2: vermittelt Gefühl, wahrgenommen zu werden 78. P2: vermittelt Gefühl, wahrgenommen zu werden 79. P2: vermittelt Gefühl, wahrgenommen zu werden	Ausreden lassen/Unterbrechen - Vorteile: 80. P1: ausreden lassen in Kombination mit Frage wiederholen evtl. zielführend 81. P1: durch Nähe öffnen sich Bewohner/Bewohnerinnen besser 82. P2: Bewohner/Bewohnerinnen fühlen sich wahrgenommen

Einflussfaktor 1	83. Werden die Anliegen kognitiv eingeschränkter Patienten/Patientinnen langsamer erfasst, als bei kognitiv fitteren Patienten/Patientinnen?	84. P1: bei Anamnesegesprächen auf kognitiven Zustand von Leuten eingehen	91. P1: Anamnese gestaltet sich sehr variabel	Auswirkung kognitiver Einschränkung: 98. P1: Anamnese sehr variabel 99. P1: Informationsmangel 100. P1: Unterbrechungen während Therapie 101. P2: evtl. erschwertes Management von Verbosität 102. P2: vorab interprofessionelle Zusammenarbeit erforderlich
		85. P1: bei Dementen erfährst du vielleicht nicht, was du wissen willst	92. P1: Informationsmangel zu Therapiestart	
		86. P1: manche Demente leben ihre Traumata immer wieder durch	93. P1: Unterbrechungen während Therapie möglich	
		87. P2: Unterschied je nachdem, wie schnell jemand etwas kognitiv verarbeitet	94. P2: Anamnese gestaltet sich sehr variabel	
		88. P2: Unterschied zwischen dementen und kognitiv fitteren Bewohner/Bewohnerinnen	95. P2: Anamnese gestaltet sich sehr variabel	
		89. P2: Lösungsansätze bzgl. Verbosität bei dementen oder psychiatrischen Bewohnern/Bewohnerinnen evtl. ineffektiv	96. P2: evtl. erschwertes Management von Verbosität	
		90. P2: gerade bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern/Bewohnerinnen wichtig, vorab mit Pflege zu besprechen	97. P2: interprofessionelle Zusammenarbeit erforderlich	
		104. P1: manche Demente gut kennen, um Metaphern zu verstehen	110. P1: Bekannntschaft fördert Verstehen	
		105. P1: demente Patienten/Patientinnen besser kennenlernen, um Anliegen zu erfahren	111. P1: Bekannntschaft hilft Anliegen zu erfahren	
		106. P1: gewisse Beziehung erleichtert Bewohnern/Bewohnerinnen sich zu öffnen	112. P1: Bekannntschaft hilft Anliegen zu erfahren	
Einflussfaktor 2	103. Werden die Anliegen rascher erfassbar, wenn der Therapeut/die Therapeutin den Patienten/die Patientin bereits länger kennt, oder ist es besser, wenn noch keine Bekannntschaft besteht?			Auswirkungen von Bekanntschaft: 116. P1: fördert Verstehen und Verständnis 117. P1 + P2: Anliegen erfahren 118. P1: „korrektes“ Ansprechen von Bewohnern/Bewohnerinnen

		107.P1: gewisse Beziehung hilft zu verstehen, warum jemand auf seine Art und Weise kommuniziert 108.P1: gewisse Beziehung hilft, Bewohner/Bewohnerinnen „korrekt“ anzusprechen 109.P2: manchmal Vertrauensbasis notwendig, damit sich Bewohner/Bewohnerinnen öffnen	113.P1: Bekanntschaft fördert Verständnis 114.P1: Bewohner/Bewohnerinnen mit „korrektem“ Namen ansprechen 115.P2: Bekanntschaft hilft, um Anliegen zu erfahren	
Einflussfaktor 3	119. Werden die Anliegen rascher erfassbar, wenn eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit besteht, oder ist es besser, in Eigenregie zu arbeiten?	120.P1: Therapeutenwechsel/Therapeutinnenwechsel hilfreich, wenn man mit jemandem gar nicht kann 121.P1: Pflegebericht gibt vorab wichtige Informationen über Bewohner/Bewohnerinnen 122.P1: Viele Informationen liest man aus dem Pflegebericht einfach heraus 123.P1: Um zu erfahren, wie Bewohner/Bewohnerin angesprochen werden möchte	124.P1: Therapeutenwechsel/Therapeutinnenwechsel bei anspruchsvollen Personen 125.P1: Pflegebericht bietet Zugriff auf weitere Informationsquelle 126.P1: Pflegebericht erspart Eigeninitiative 127.P1: Bewohner/Bewohnerinnen mit „korrektem“ Namen ansprechen	Auswirkung guter interprofessioneller Zusammenarbeit: 128.P1: Management anspruchsvoller Personen 129.P1: Zugriff auf weitere Informationsquelle 130.P1: Pflegebericht erspart Eigeninitiative 131.P1: „Korrektes“ Ansprechen von höhergradig-dementen Bewohnern/Bewohnerinnen

Einflussfaktor 4	132. Gibt es zwischen den unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen einen Unterschied in der Zeit, die zur Erfassung der Anliegen zur Verfügung steht?	133.P1: hier kann man sich bei Bedarf etwas mehr Zeit nehmen für jemanden (Pflegerheim)	141.P1: Flexible Zeiteinteilung möglich (Pflegerheim)	Auswirkung von Gesundheitseinrichtungen: 149.P1: flexible Zeiteinteilung möglich (Pflegerheim) 150.P1: Beziehungsaufbau unerwünscht (Spital) 151.P1: Beschäftigungsart begrenzt Gesprächszeit (Pflegerheim) 152.P1: wenig Zeit für besondere Bedürfnisse von Patienten/Patientinnen (Spital) 153.P1: Zeit für Bewohner/Bewohnerinnen aufgrund Pflegeorganisation 154.P2: Langzeiteinrichtung erlaubt mehr Gesprächszeit
		134.P1: im Spital braucht man sich das nicht leisten, Beziehung aufzubauen (bzgl. „korrekten“ Namen erfragen)	142.P1: Zeiteinvestition in Aufbau einer Beziehung zu Patienten/Patientinnen unerwünscht (Spital)	
		135.P1: bei komplexen Traumata kann ich (aufgrund 10-Stunden-Woche) keine intensiven Gespräche führen, daher auf Kontakt zur Pflege angewiesen (Pflegerheim)	143.P1: Beschäftigungsart begrenzt verfügbare Gesprächszeit (Pflegerheim)	
		136.P1: im Spital keine Zeit um besonderen Bedürfnissen der Patienten/Patientinnen nachzukommen (z.B. Aufarbeiten von Traumata)	144.P1: wenig Zeit für besondere Bedürfnisse (Spital)	
		137.P1: Arbeit manchmal heftig, aber du kannst dir wirklich Zeit nehmen für Bewohner/Bewohnerinnen (Pflegerheim)	145.P1: Flexible Zeiteinteilung möglich (Pflegerheim)	
		138.P1: verhältnismäßig viel Zeit für Bewohner/Bewohnerinnen aufgrund Lang- und Kurzzeitpflege	146.P1: Lang- und Kurzzeitpflege ermöglichen Zeit für Bewohner/Bewohnerinnen	
		139.P2: je nach Bewohner/Bewohnerin, Anliegen und Redbedarf dauert Gespräch zwischen einer halben und dreiviertel Stunde	147.P2: Flexible Zeiteinteilung möglich (Pflegerheim)	
		140.P2: In Langzeiteinrichtung (Pflegerheim) mehr Zeit zur Erfassung der Anliegen als auf Akut-Geriatrie	148.P2: Langzeiteinrichtung erlaubt mehr Gesprächszeit	