Zuyd Hogeschool

Faculteit Gezondheidszorg & Techniek
Opleiding Logopedie

Selbst- und Fremdeinschätzung der Lebensqualität bei Aphasie – Ein Vergleich zwischen Aphasikern und deren Angehörigen

Studentinnen

Johanna Klinkhammer (1331302)
Johanna.Klinkhammer@gmx.de

Bernadette Schulte (1300385)
BernadetteSchulte@web.de

Betreuerin

Dipl. Logopädin Alexa Neubert

Inhaltlicher Begleiter

Suzanna Ribbeck

Abgabedatum

15.Dezember 2014

© Alle Rechte vorbehalten. Nichts aus dieser Ausgabe darf vervielfältigt oder veröffentlicht werden, weder automatisch gespeichert als Datei noch elektronisch, mechanisch, durch Fotokopien, Aufnahmen oder auf andere Art und Weise ohne vorherige schriftliche Zustimmung des Autors.

Danksagung

Mit der vorliegenden Bachelorarbeit geht ein großer Abschnitt unserer Hochschullaufbahn vorüber und ein entscheidender Schritt für unsere weitere berufliche Zukunft wurde gelegt. Wir möchten uns an dieser Stelle die Zeit für ein paar Worte des Dankes nehmen.

Als erstes danken wir unserer internen Betreuerin Dipl. Logopädin Alexa Neubert, die uns mit viel Zeit, Geduld und fachlichen Ratschlägen zur Seite stand.

Unserer inhaltlichen Begleiterin Suzanna Ribbeck danken wir ebenfalls für ihre Geduld, ihre motivierenden Worten und ihre fachlichen Tipps, mit denen sie uns auf unserem Weg begleitete.

Vielen Dank auch an alle Probanden und deren Angehörige, ohne die unsere Studie nicht möglich gewesen wäre.

Wir bedanken uns ebenfalls bei denjenigen, die sich Zeit nahmen und die Arbeit Korrektur gelesen haben.

Abschließend richten wir einen großen Dank an unsere Familien und unser engstes Umfeld, die unsere Launen ertrugen und uns zu jeder Zeit mit bestärkenden Worten unterstützten.

Johanna Klinkhammer und Bernadette Schulte

Dezember 2014

Zusammenfassung

Lebensqualität gewinnt in der logopädischen Diagnostik und Therapie immer mehr an Bedeutung. Um eine patientengerechte Behandlung zu ermöglichen, ist es primär notwendig die von Betroffenen empfundene Lebensqualität zu erfassen. Patienten, bei welchen aufgrund eines Schlaganfalls eine Aphasie entstanden ist, erleben häufig große Einschnitte in ihrer Lebensqualität. Da der Betroffene häufig nicht mehr selber in der Lage ist Bericht über seine Lebensqualität zu erstatten, gelten Angehörige als wichtigste Ansprechpartner für Therapeuten. Aus diesem Grund ist es notwendig, die Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung (von Betroffenen und Angehörigen) der Lebensqualität zu ermitteln.

Das Ziel dieser Studie war es somit zu überprüfen, ob Angehörige und Betroffene die Lebensqualität, gemessen mit der *Stroke and Aphasia Quality of Life Scale* (SAQOL-39), gleichermaßen einschätzen. Um dies zu untersuchen wurden sowohl 20 Betroffene mit chronischer Aphasie, als auch ihre Angehörigen mit der SAQOL-39 befragt.

Die Resultate dieser Studie zeigen, dass es in manchen Dimensionen der Lebensqualität einen signifikanten Unterschied zwischen der Einschätzung der Lebensqualität des Betroffenen selbst und der Einschätzung des Angehörigen gibt. Die Ergebnisse der untersuchten 20 Probandenpaare sprechen dafür, dass die Einschätzung der Lebensqualität, gemessen durch den Angehörigen, nicht als zuverlässiges Mittel zur Beurteilung der Lebensqualität des Betroffenen heranzuziehen ist.

Schlüsselwörter:

Lebensqualität – Aphasie - SAQOL-39 - Angehörige

Abstract

Quality of life is a crucial component of language therapy which relevance for diagnostics and treatment is significantly increasing. In order to provide a patient-oriented treatment it is of the utmost importance to detect and measure the quality of life. Patients who are diagnosed with an aphasia after having suffered a stroke often face large reductions in their quality of life. People with aphasia may be unable to self-report on such measures, necessitating the use of proxy respondents. Therefore it is essential to evaluate the conformity of self-assessment and proxy assessment.

The aim of the study was to investigate the consistency between people with aphasia and their proxies based on the *stroke and aphasia quality of life scale* (SAQOL-39).

To verify the research objective, 20 patients with chronic aphasia and their proxies were interviewed on the SAQOL-39.

The results of this study reveal and highlight, for certain aspects of quality of life, a significant difference between the two group's responses (people with aphasia and proxy). The outcome, based on 20 examined subject-couples, let conclude that the proxy respondent's measures of quality of life cannot reliably report and measure the respective quality of life for people with chronic aphasia.

Keywords:

Quality of life – Aphasia - SAQOL-39 - Proxy

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1

2. Theoretischer Hintergrund 3

2.1. Aphasie 3

2.2. Lebensqualität 6

2.3. Lebensqualität und Aphasie 7

2.4. Lebensqualität und ICF 9

2.5. Aktueller Forschungsstand 11

2.6. Fragestellungen und Hypothesen 13

2.7. Ziel der Studie 15

3. Methodisches Vorgehen 16

3.1. Beschreibung der Stichprobe 16

3.2. Selektionskriterien 16

3.3. Probandenrekrutierung 17

3.4. Material 18

3.5. Ablauf der Studie 20

3.6. Design 22

3.7. Statistische Analyse der Daten 22

4. Ergebnisse 24

4.1. Stichprobenbeschreibung 24

4.2. Deskriptive Statistik 27

4.3. Vergleiche bezüglich des Gesamtwertes und einzelner Domänen 30

4.4. Einfluss von Drittvariablen 31

4.5. Beurteilerübereinstimmung zwischen Angehörigen und Betroffenen 32

4.6. Einfluss des Schweregrades auf die Lebensqualität 33

4.7. Einfluss auf die Lebensqualität bei Aufklärung über die Aphasie 34

5. Diskussion 35

5.1. Beantwortung der Fragestellungen und Interpretation weiterer Ergebnisse 35

5.1.1. Beantwortung der Hauptfragestellung 35

5.1.2. Beantwortung der Nebenfragestellung 38

5.1.3. Interpretation weiterer Ergebnisse 40

5.2. Methodischer Rückblick 42

5.3. Klinische Relevanz 43
5.4. Empfehlungen für Folgestudien 44
6. Literaturverzeichnis 46
7. Anhang 49
7.1. Kurzanamnese 49
7.2. Übersicht über die Ergebnisse der gewichteten Kappa-Analyse 53

Tabellenverzeichnis

Tab. 3.1.: Domänen der Lebensqualität aus der SAQOL-39 mit dazugehörigen Komponenten 19
Tab. 4.1.: Minimum, Maximum, Mean und SD der Gesamtsumme 28
Tab. 4.2.: Minimum, Maximum, Mean und SD der Domäne *Physisches Wohlbefinden* 28
Tab. 4.3.: Minimum, Maximum, Mean und SD der Domäne *Kommunikative Fähigkeiten* 28
Tab. 4.4.: Minimum, Maximum, Mean und SD der Domäne *Psychosozialer Status* 29
Tab. 4.5.: Minimum, Maximum, Mean und SD der Domäne *(körperliche) Aktivität* 29
Tab. 4.6.:Übersicht der Ergebnisse der Varianzanalyse 31
Tab. 4.7.: Korrelation der einzelnen Domänen 32
Tab. 4.8.: Verteilung der mittleren Ränge und der Mean der Gesamtsummen der Lebensqualität und dem Schweregrad 34
Tab. 4.9.: Verteilung der mittleren Ränge und die Rangsumme sowie der Mean der Gesamtsumme der Lebensqualität und der Aufklärung über die Aphasie 34

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1.: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (Schneider, Wehmeyer, & Grötzbach, 2011) 10
Abb. 3.1.: Ausschnitt aus der Domäne *Psychosozialer Status* aus der deutschen Adaption der SAQOL-39 nach Stiegert (2013) 20
Abb. 4.1.: Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe bei n=40 24
Abb. 4.2.: Beziehung zwischen den Aphasikern und ihren Angehörigen bei n=20 25
Abb. 4.3.: Absolute Häufigkeiten der Begleitstörungen bei n=20 26
Abb. 4.4.: Absolute Häufigkeiten stattfindender Therapie bei n=20 27
Abb. 4.5.: Durchschnittlich erreichte Punktwerte bei n=20 29

1. Einleitung

Im Jahr 2012 gab es laut der Deutschen Gesellschaft für Neurologie ca. 300.000 Schlaganfälle (Endres, 2012). Ist bei dem Schlaganfall das linksseitige Mediastromgebiet betroffen, resultiert daraus zu 75% eine Aphasie (Schindelmeiser, 2007). Durch die Aphasie als multimodale Sprachstörung kann die Lebensqualität der betroffenen Patienten stark beeinflusst werden (Hilari, Needle, & Harrison, 2012).

Da die Angemessenheit und Effektivität einer medizinischen Intervention immer öfter hinterfragt wird, erscheint es immer wichtiger, die Lebensqualität mit Hilfe von Messinstrumenten zu erfassen (Bowling, 2002). In der medizinischen und logopädischen Praxis stehen eine Vielzahl geeigneter Instrumente zur Verfügung, die gesundheitsbezogene Lebensqualität messen (Bowling, 2002; Kohlmann, 2014).

Weiterhin hat im Zuge der Einführung der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) im Jahr 2001 die Lebensqualität in allen gesundheitsbezogenen Bereichen immer mehr an Bedeutung gewonnen. Durch den Gebrauch der ICF wird nicht nur die Krankheit als solches beschrieben, sondern auch die Partizipation eines Menschen am Leben. Ist diese eingeschränkt, folgt daraus oft eine reduzierte Lebensqualität.

Lebensqualität als theoretisches Konstrukt teilt sich in verschiedene Dimensionen. Diese sind neben den meist offensichtlichen körperlichen Ausprägungen auch emotionale, mentale, soziale und alltagsfunktionale Komponenten, welche ausnahmslos bei Menschen mit einer Aphasie beeinträchtigt sein können (Bullinger, 2014)

Um dem Anspruch der ICF und den Wünschen des Patienten gerecht zu werden, ist es für den betreuenden Therapeuten wichtig, die betroffenen Bereiche der Lebensqualität zu erheben um darauf gezielter eingehen zu können. Da der Betroffene häufig nicht mehr selber in der Lage ist Bericht über seine Lebensqualität zu erstatten, gelten Angehörige als wichtigste Ansprechpartner für Therapeuten (Weinfurt, et al., 2002). Nach Le Dorze, Salois-Bellerose, Alepins, Croteau, & Hallé (2014) sind es vor allem engagierte Angehörige, die sich positiv auf die Teilhabe und somit die Lebensqualität von Betroffenen auswirken.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es zu überprüfen, ob betroffene Aphasiker und deren Angehörige die Lebensqualität der Betroffenen gleichermaßen einschätzen und somit die

Aussagen der Angehörigen als Fremdeinschätzung der Lebensqualität von Aphasikern als zuverlässiges Maß herangezogen werden können.

Der theoretische Hintergrund der vorliegenden Studie wird in Kapitel 2 beschrieben. Die zentralen Begriffe werden definiert und in Zusammenhang gebracht. Es folgt der aktuelle Forschungsstand aus dem sich die Fragestellungen und Hypothesen ableiten. Den Abschluss dieses Kapitels bildet die Erörterung des Ziels der Studie.

Das anschließende Kapitel 3 beschäftigt sich mit der genauen Darstellung der methodischen Vorgehensweise. Es wird zunächst die die Probandenrekrutierung erläutert und die Stichprobe beschrieben. Danach folgt die Beschreibung des verwendeten Materials, des Ablaufs der Studie sowie dem Studiendesign. Die Darstellung der statistischen Analyse bildet den letzten Teil der Studie.

Die Ergebnisse der statistischen Auswertung werden in Kapitel 4 genauer beschrieben. Zunächst wird die konkrete Stichprobe dargestellt. Es folgen die deskriptive Statistik, der t-Test, der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, die Varianzanalyse und Reliabilitätsanalysen sowie der H-Test nach Kruskal und Wallis und der U-Test nach Mann und Whitney.

Kapitel 5 beschäftigt sich mit der Beantwortung der Fragestellungen der Studie. Außerdem erfolgt ein Rückblick auf das methodische Vorgehen. Anschließend werden die Ergebnisse mit der bestehende Literatur verknüpft und ein aus den Analysen resultierendes Fazit gezogen. Das Kapitel schließt mit der Beschreibung der klinischen Relevanz sowie einem Ausblick auf mögliche Folgestudien ab.

2. Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden zunächst die zentralen Begriffe Aphasie sowie Lebensqualität definiert und der Zusammenhang beider Begriffe wird anschließend näher erläutert. Des Weiteren wird die Verbindung zwischen der ICF und Aphasie geschaffen und in Verbindung mit Lebensqualität gebracht. Der aktuelle Forschungsstand sowie das Ziel der vorliegenden Studie bilden den Abschluss des Kapitels.

2.1. Aphasie

Gemäß der Deutschen Gesellschaft für Neurologie sind allein 80% der Aphasien Folge eines Schlaganfalls (DGN, 2008). Zu den anderen auslösenden Ereignissen zählen unter anderem Hirntumore, Schädel-Hirntraumen, entzündliche Prozesse, hypoxische Schädigungen oder Hirnabbauprozesse, wobei der linksseitige Mediainfarkt für etwa 75% aller Aphasien verantwortlich ist. Insgesamt geht man jährlich von 80.000 neuen Fällen von Aphasie aus (Schindelmeiser, 2007). Bei etwa einem Drittel der Patienten mit erstmaligem Schlaganfall liegt initial eine Aphasie vor (Mazaux, et al., 2013), welche sich bei etwa zwei Dritteln der Patienten nicht spontan zurückbildet (DGN, 2008).

Definiert wird eine Aphasie als eine multimodale Sprachstörung, die aus einer Funktionsstörung von Hirnarealen entsteht und die Sprache auf allen linguistischen Ebenen und in allen sprachlichen Modalitäten beeinträchtigt (Cherney & Small, 2009; Le Dorze, Salois-Bellerose, Alepins, Croteau, & Hallé, 2014). Schneider, Wehmeyer & Grötzbach (2010) definieren eine Aphasie sehr ähnlich als eine „[…] multimodale Störung mit Defiziten in unterschiedlichem Ausmaß und mit unterschiedlicher Zusammensetzung der sprachlichen Bereiche Sprachproduktion, Sprachverständnis, Lesen und Schreiben“ (S.6).

Zur groben Einteilung einer Aphasie werden die Begriffe der akuten, der postakuten und der chronischen Phase genannt. Die ersten vier bis sechs Wochen post onset gelten als akute Phase. Im Zeitraum von sechs Wochen bis zu 12 Monaten post onset wurde die postakute Phase festgelegt und ab 12 Monaten post onset befinden sich die Betroffenen in der chronischen Phase (Schneider, Wehmeyer, & Grötzbach, 2011).

Nach dem *neoklassischen Ansatz*, werden Aphasien weiterhin in die vier Standardsyndrome der Broca-Aphasie, Wernicke-Aphasie, globalen Aphasie und amnestischen Aphasie sowie die zwei selteneren Formen der Leitungsaphasie und transkortikalen Aphasie unterteilt (Huber, Poeck, & Springer, 2006; Schneider, Wehmeyer & Grötzbach, 2011; Tesak, 2006).

Die Broca-Aphasie besteht nach der Akutphase bei rund 10% der Betroffenen. Zu den Leitsymptomen gehören der Agrammatismus als Störung des Satzbaus sowie eine Sprachverständnisstörung vor allem für komplexe Strukturen (Huber, Poek, & Springer, 2006).

Die Wernicke-Aphasie bleibt bei etwa 20% der Patienten nach der Akutphase bestehen. Sie äußert sich in paragrammatischen Äußerungen (Schneider, Wehmeyer, & Grötzbach, 2011) sowie semantischen Paraphasien oder in schweren Fällen semantischem Jargon (Huber, Poek, & Springer, 2006).

Die globale Aphasie gilt als Störung mit den schwersten Ausprägungen. Sie ist die initial häufigste Form und bleibt bei rund 20% der Betroffenen auch über die Akutphase hinweg bestehen. Geprägt ist sie durch Mutismus, Sprachautomatismen und Neologismen sowie sprachliche Stereotypien (Huber, Poek, & Springer, 2006).

Die letzte der vier Grundformen stellt die amnestische Aphasie dar, bei welcher starke Wortfindungsstörungen die zentrale Beeinträchtigung darstellen (Schneider, Wehmeyer, & Grötzbach, 2011). Experten sprechen bei dieser Form von den besten Rückbildungschancen (Tesak, 2006).

Die Leitungsaphasie, welche neben der transkortikalen Aphasie seltener auftritt, ist durch schwer gestörtes Nachsprechen geprägt. Die transkortikale Aphasie hingegen ist durch eine herausragende Nachsprechleistung geprägt (Schneider, Wehmeyer, & Grötzbach, 2011).

Bei manchen Autoren wird heutzutage nicht mehr nach dem *neoklassischen Syndromansatz* klassifiziert, vielmehr sprechen sie von einem Symptomkomplex, da sich jede Aphasie individuell äußert. In diesem Kontext wird von einem *Individualsyndrom* gesprochen. Dies bedeutet, dass die Aphasie nicht in die typischen Syndrome unterteilt wird, sondern anhand der Symptome beschrieben wird. Diese Beschreibung nach Symptomen ermöglicht eine

bessere Beschreibung in allen Sprachmodalitäten, also dem Lesen, Schreiben, Sprechen und Verstehen (Tesak, 2006).

Die oben genannten Leitsymptome wie Agrammatismus oder Paragrammatismus, semantische oder phonematische Paraphasien etc. bleiben bei der Beschreibung des Individualsyndroms bestehen, werden aber keiner speziellen Aphasieform mehr zugeordnet (Schneider, Wehmeyer, & Grötzbach, 2011).

Neben den Symptomen, die sich primär auf die Sprache beziehen, können einige nichtsprachliche Störungen oder Probleme auftreten, die mit einer Aphasie einhergehen. Zu den am häufigsten vorkommenden Begleitstörungen gehören Lähmungen, Gefühlsstörungen, Gesichtsfelddefekte, Apraxien, Dysphagien und Störungen der Orientierung, der Aufmerksamkeit und des Arbeitsgedächtnisses (Huber, Poeck, Weniger, & Willmes, 1983). Aus diesen Begleitstörungen ergeben sich häufig weitere psychosoziale Probleme. Um diese zu lösen, werden oftmals ambulante Hilfsdienste oder geeignete Pflegeeinrichtungen hinzugezogen. Diese können vor allem die pflegerischen und finanziellen Probleme lösen. Neben diesen Problemen wirkt sich eine Aphasie jedoch auch oft einschneidend auf die familiäre Situation des Patienten aus (Schneider, Wehmeyer, & Grötzbach, 2011). Durch eine veränderte familiäre Situation können sich Einschränkungen in der Lebensqualität ergeben (Northcott & Hilari, 2011). Jedoch nicht nur die Veränderung der familiären Situation beeinflusst die Lebensqualität, sondern auch das Bestehen von nichtsprachlichen Störungen. So kann davon ausgegangen werden, dass medizinische Probleme, wie eine Hemiparese, ebenfalls starke Auswirkungen auf die Lebensqualität haben (Hilari, Needle, & Harrison, 2012). Welche Begleitstörung sich in welchem Maß auf die Lebensqualität auswirkt, ist in der aktuellen Literatur bisher nicht beschrieben.

Da die Lebensqualität in dieser Bachelorarbeit eine zentrale Rolle darstellt, wird sie im folgenden Abschnitt genauer erläutert.

2.2. Lebensqualität

Lebensqualität ist ein Begriff, der in den vergangenen Jahrzehnten immer mehr in den Fokus der Gesundheitsberufe rückte. Dies wird unter anderem durch den Vergleich der Publikationen themenbezogener wissenschaftlicher Artikel und Studien aus den letzten Jahren deutlich. So wurden bei einer entsprechenden Recherche im Jahre 2007 in der Onlinedatenbank PubMed unter dem Suchbegriff *Quality of Life* lediglich 89.000 Publikationen gefunden (Gruber-Herbich & Schulz, 2007). Bei der Recherche im Jahr 2014 erhält man über 223.000 Treffer. Diese deutliche Steigerung der Publikationen zeigt, dass die Lebensqualität in Gesundheitsberufen immer mehr an Bedeutung gewinnt.

In diesem Kontext stellt sich jedoch die Frage, was der Begriff *Lebensqualität bedeutet.* In der Literatur finden sich viele verschiedene Versuche, Lebensqualität zu definieren. Eine Definition, auf welche häufig verwiesen wird und welche weltweit anerkannt ist, ist die Definition der Weltgesundheitsorganisation *WHO*. Diese definiert Lebensqualität wie folgt:

> „*The WHOQOL assesses individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns."* (WHO, 1995, S. 1403)

Inzwischen hat sich jedoch neben dieser eine operationale Definition durchgesetzt, nach welcher sich Lebensqualität auf ein multidimensionales Konstrukt aus Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit aus der Sicht des Patienten und/oder der Beobachter bezieht (Bullinger, 2014). Erweiternd wird auch von dem Begriff der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* gesprochen. Diese wird als Selbstbericht von sozialen, psychischen, körperlichen und alltagsnahen Aspekten von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit definiert (Reeve, et al., 2013). Da diese Begriffe häufig synonym verwendet werden, umfasst der Begriff *Lebensqualität* im Folgenden auch die *gesundheitsbezogene Lebensqualität*.

Felce und Perry (1995) unterteilen Lebensqualität in fünf Dimensionen. Diese Dimensionen waren das körperliche Wohlbefinden, das materielle Wohlergehen, das soziale und emotionale Wohlbefinden sowie die Teilhabe und Aktivität. Auch Bullinger (2014) beschreibt 19 Jahre später die grundlegenden Dimensionen der Lebensqualität ähnlich. Als Basis diente ihr hierzu die bestehende Definition von Felce und Perry (1995), welche sie erneuerte und erweiterte wodurch ein ausführlicheres und aktuelleres Konstrukt über Lebensqualität entsteht. Lebensqualität kann durch eine detailliertere Beschreibung einzelner Domänen, wie

sie Bullinger (2014) beschreibt, besser eingeordnet werden. Zu diesen gehören körperliche Komponenten (wie Beschwerden), emotionale Komponenten (wie Stimmung) mentale Komponenten (wie Konzentration), soziale Komponenten (wie Kontakte) und alltagsfunktionale Komponenten (wie die Berufstätigkeit). Neben diesen Faktoren der Krankheit und Behandlung bestehen noch Weitere, wie beispielsweise „[…] individuelle Charakteristika der Person (wie Persönlichkeit und Verarbeitungsstrategien) sowie strukturelle Merkmale (wie Lebensbedingungen und Schichtzugehörigkeit) […]“ (S. 99) welche sich auf die Lebensqualität auswirken können.

Ein großer Vorteil des Konstrukts Lebensqualität stellt die Entwicklung einer sehr spezifischen Beurteilung eines Individuums dar (Corsten, Konradi, Schimpf, Hardering, & Keilmann, 2014). Aus diesen lassen sich spezifische therapeutische Inhalte ableiten (Weinfurt, et al., 2002).

Um die Beziehung zwischen Lebensqualität und Aphasie besser zu verstehen, wird im folgenden Abschnitt eine Verbindung zwischen beiden Begriffen gebildet.

2.3. Lebensqualität und Aphasie

Neben der allgemeinen Definition von Lebensqualität ist es wichtig, eine Vorstellung davon zu haben, wie Lebensqualität im Zusammenhang mit einer Aphasie steht. Wie oben definiert, beschäftigt sich die Lebensqualität mit verschiedenen Dimensionen. Diese Dimensionen können auch bei einer Aphasie betroffen sein, wodurch die Lebensqualität der Betroffenen erheblich gemindert werden kann. Vor allem der emotionale Stress, Depressionen und andere medizinische Probleme können sich negativ auf die Lebensqualität auswirken. Zusätzlich sind Einschränkungen in der Aktivität am sozialen Leben und der Grad der Unterstützung in der Familie von großer Bedeutung (Hilari, Needle, & Harrison, 2012).

Durch die verringerte Aktivität, Antriebslosigkeit und physische Gebrechlichkeit sowie der Aphasie als Störung mit sprachlichen Problemen, Missverständnissen und darauf folgenden negativen Reaktionen, zerbrechen häufig die Freundschaften von Betroffenen. (Northcott & Hilari, 2011). Viele Aphasiker haben jedoch das Bedürfnis, sich einer sozialen Gruppe anzuschließen, was wiederum schwierig sein kann, da sie häufig ihre Arbeit nicht weiter

ausüben und sie somit keinen Kontakt zu Arbeitskollegen mehr pflegen können oder weil viele Aktivitäten mit körperlicher Betätigung in Zusammenhang stehen, weshalb viele Aphasiker, bedingt durch ihre körperlichen Einschränkungen, auch dort nicht teilhaben können (Fotiadou, Northcott, Chatzidaki, & Hilari, 2014).

Als Faktoren, welche sich positiv auf die Teilhabe auswirken können, werden engagierte Familienmitglieder, Selbsthilfegruppen oder auch positive persönliche Eigenschaften, wie beispielweise Entschlossenheit, beschrieben (Le Dorze, Salois-Bellerose, Alepins, Croteau, & Hallé, 2014). Zusätzliche Faktoren, welche sich besonders förderlich auswirken, sind ein stabiles soziales Netzwerk, welches bereits vor der Erkrankung bestanden hat und nach dem Ereignis auch bestehen bleibt. Häusliche Nähe zu Angehörigen und Beziehungen, die nicht auf körperliche Aktivitäten ausgerichtet sind haben ebenfalls einen besonders positiven Einfluss auf die Lebensqualität (Northcott & Hilari, 2011). Eine weitere Untersuchung, die sich mit positiven Einflussfaktoren bezogen auf die Lebensqualität befasst zeigt, dass die Lebensqualität bei intensiver logopädischer Therapie zunimmt. Die Lebensqualität erreicht jedoch nicht mehr den Zustand welcher vor dem Ereignis bestand (Engell, Ewang, Huber, & Rohde, 2000, zitiert nach Corsten, Konradi, Schimpf, Hardering, & Keilmann, 2014, S. 442).

Auf die Familie wirkt sich die Lebensqualität besonders dann negativ aus, wenn es zu allgemeinen Kommunikationsproblemen kommt. Angehörige haben dann häufig das Gefühl emotional zu Vereinsamen (Nätterlund, 2010). Von ihnen wird jedoch gerade nach dem Ereignis viel Unterstützung und Initiative verlangt. Zum einen müssen sie den Betroffenen selbst auf vielfältigste Weise unterstützen, beispielsweise durch emotionalen Zuspruch. Zum anderen müssen sie für den Angehörigen viele Aufgaben übernehmen, wie beispielsweise die Organisation von Therapien (Fotiadou, Northcott, Chatzidaki, & Hilari, 2014).

Studien belegen, dass eine Aphasie die Lebensqualität einer Person negativer beeinflusst, als es eine Krebserkrankung oder eine Alzheimer-Demenz tun (Cruice, Worrall, & Hickson, 2010). Dies spricht dafür, dass die Aphasie einen gravierenden Einschnitt in das Leben darstellt.

Der Schlaganfall mit darauf folgender Aphasie stellt somit eine große Schnittstelle zur Lebensqualität dar. Vor allem auch die Beziehung zu Angehörigen ist ein wichtiger Prädiktor, welcher sich auf die Lebensqualität auswirkt. Wie man den Betroffenen in ein theoretisches

Modell, auch im Hinblick auf die familiäre Situation, einordnen kann, wird im folgenden Abschnitt erläutert.

2.4. Lebensqualität und ICF

Im Jahre 2001 wurde von der WHO die *ICF* verabschiedet. Die erste Fassung des Vorgängers *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, kurz ICIDH, wurde 1980 publiziert und entwickelte sich aus der Notwendigkeit, dass die bis dahin genutzte *International Classification of Disability* (ICD) eine ungenügende Beschreibung von Folgezuständen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen gab. Nach einem mehrjährigen Entwicklungsprozess wurde die ICIDH einer Revision unterworfen und 2001 unter dem neuen Namen ICF veröffentlicht (Rentsch & Bucher, 2006).

Das Konzept dieses Modells ist es, eine Erkrankung nicht als bloße Störung zu beurteilen, sondern als ein Konstrukt bio-psycho-sozialer Faktoren. Ziel ist es, eine wissenschaftliche und international anerkannte Grundlage für das Verständnis des Gesundheitszustandes einer Person zu liefern. Diese Grundlage erleichtert zudem die Kommunikation zwischen unterschiedlichen Disziplinen in verschiedenen Gesundheitsberufen (Grötzbach, Hollenweger Haskel, & Iven, 2014).

Die ICF wird vor allem in den Bereichen Statistik, Forschung, Diagnostik, Therapie und Pädagogik angewendet. Allerdings kann das ICF-Modell auch als Forschungsinstrument fungieren. Hier wird es besonders bei der Messung von Ergebnissen, Umweltfaktoren oder der Lebensqualität verwendet (Siems, Bremer, & Przyklenk, 2009).

Das ICF-Modell unterteilt sich in die Komponenten *Körperfunktionen und -strukturen, Aktivität, Partizipation, Umweltfaktoren* sowie *personenbezogene Faktoren*. Diese Bereiche stehen, wie in der unten stehenden Abbildung ersichtlich, in einer Wechselwirkung mit dem Gesundheitsproblem und üben einen Einfluss aufeinander aus. Die Beschreibung des Modells erfolgt nach Schneider, Wehmeyer und Grötzbach (2011).

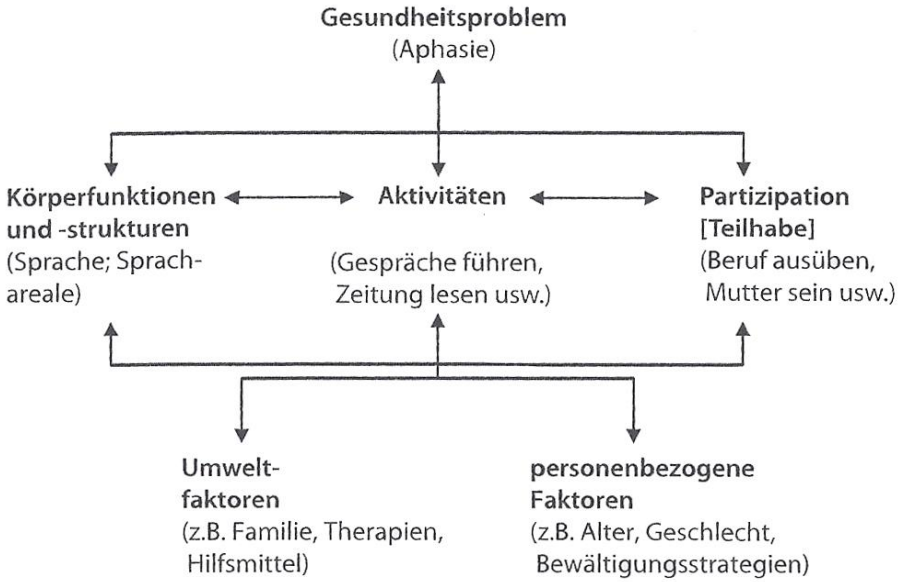

Abb. 2.1.: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (Schneider, Wehmeyer, & Grötzbach, 2011)

Die *Aktivität* nimmt in dem Modell einen zentralen Stellenwert ein. Eine Beeinträchtigung der Aktivität besteht, wenn die Durchführung einer Handlung oder Aufgabe so gestört ist, dass die Person nicht mehr als selbstständig handelndes Subjekt agieren kann. Zu diesen Handlungen oder Aufgaben gehören unter anderem Tätigkeiten, wie Gespräche führen oder Texte lesen.

Die Begriffe *Körperfunktion* und *Körperstruktur* sind neben der *Aktivität* angeordnet. Die *Körperfunktion* umfasst physiologische und psychologische Aspekte des Körpers, wie das Denken oder die Sprache. Beeinträchtigt gilt dieser Bereich, wenn eine Funktionsschädigung der Körperfunktion vorliegt. Die *Körperstruktur* umfasst die anatomisch-strukturellen Teile des Körpers, wie beispielsweise das Nervensystem, hirnorganische Schädigungen oder die Muskulatur. Die Körperstruktur ist beeinträchtigt, wenn Abweichungen im Sinne einer Schädigung oder eines Verlustes einer Organstruktur vorliegen.

Auch die *Partizipation* ist auf der gleichen Ebene neben der *Aktivität* platziert. Dieser umfasst das Einbezogen sein in die soziale Lebenssituation. Einschränkungen in diesem Bereich wirken sich beispielsweise auf die Ausübung von Freizeitaktivitäten oder auf die Rolle im sozialen Umfeld aus.

Die letzten beiden Dimensionen *Umweltfaktoren* und *personenbezogene Faktoren* ergeben zusammen die Kontextfaktoren eines Individuums. Umweltfaktoren umfassen hierbei

hindernde oder unterstützende Bedingungen. Diese können Hilfen wie Pflegedienste oder Familienangehörige aber auch technische Hilfsmittel sein. Zu den *personenbezogenen Faktoren* gehören anamnestische Angaben, wie Alter, Geschlecht, Gewohnheiten oder Bewältigungsstile. Diese beiden Dimensionen sind die einzigen, die nicht klassifizierbar sind (Grötzbach, Hollenweger Haskel, & Iven, 2014).

„Die ICF ist damit ein ressourcen-orientiertes, individuums- und alltagsbezogenes Klassifikationssystem, das sich auf alle Aspekte der funktionalen Gesundheit konzentriert“ (Grötzbach, Hollenweger Haskel, & Iven, 2014, S. 11).

Zu den Aspekten der funktionalen Gesundheit gehört auch die Einschätzung der individuellen Lebensqualität von Betroffenen. Diese kann so zwar durch die ICF nicht primär, jedoch sekundär durch die Aussage über die Kontextfaktoren eingeschätzt werden (Rentsch & Bucher, 2006).

Die ICF kann als konzeptioneller Rahmen für die Logopädie gesehen werden, der zur Folge hat, dass sich die Verbesserung der sozialen Teilhabe und Lebensqualität als wichtigste Ziele der therapeutischen Intervention etablieren (Corsten, Konradi, Schimpf, Hardering, & Keilmann, 2014).

2.5. Aktueller Forschungsstand

Bisher gibt es zahlreiche Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität. Diese Instrumente richten sich in der Regel an die Betroffenen selbst. Die erforderlichen Daten werden durch eine Selbstbeurteilung erhoben. Nur in Ausnahmefällen werden gesundheitsrelevante Informationen von anderen Personen, wie beispielsweise den Angehörigen, eingeholt (Kohlmann, 2014).

Hilari, Byng, Lamping und Smith (2003) entwickelten aus den Stroke-specific health-relatetd quality of life scales (z.B. SS-QOL, SIS) die speziell für Menschen mit Aphasie geeignete Stroke and Aphasia Quality of Life Scale (SAQOL-39). Anhand einer Populationsgröße von 83 Probanden wurde dieses Instrument evaluiert. Diese Evaluation zeigte, dass die SAQOL-39 als akzeptabel, reliabel und valide gilt (Hilari, Byng, Lamping, & Smith, 2003). Ein Bezug

zu Einflussfaktoren auf die Lebensqualität, wie beispielsweise das Bestehen von Paresen, wird in den Studien nicht hergestellt. Die SAQOL-39 erfasst in einer Domäne das physische Wohlbefinden, welches durch Begleitstörungen, wie Paresen, beeinflusst sein kann. Konkret überprüft werden diese Begleitstörungen und damit Einflussfaktoren auf die Lebensqualität jedoch nicht.

Im Jahre 2007 führten Hilari, Owen und Farrely in Großbritannien eine Studie zur Ermittlung der Lebensqualität bei Menschen mit chronischer Aphasie durch. Dazu wurden 50 Paare rekrutiert, welche mittels der SAQOL-39 die Lebensqualität des Betroffenen einschätzen sollten. So wurde die Lebensqualität zum einen durch den Betroffenen selbst und zum anderen durch den Angehörigen bewertet. Als Angehörige wurden Personen gewertet, welche mindestens zwei Mal in der Woche Kontakt zu dem Betroffenen hatten und mindestens 18 Jahre alt waren. Als Einschlusskriterium für die Betroffenen galt, dass der Schlaganfall mindestens sechs Monate zurücklag und so, laut Definition der Autoren, als chronische Aphasie gilt.

Die Autoren fanden heraus, dass die Angehörigen, welche häufig in Kontakt mit Menschen mit chronischer Aphasie stehen, verlässlich über die gesundheitsbezogene Lebensqualität berichten können. Obwohl es Unterschiede in der Einschätzung der Lebensqualität gibt, seien diese gering (Hilari, Owen, & Farelli, 2007). Es kann durch diese Studie davon ausgegangen werden, dass die Angehörigen die Lebensqualität zuverlässig einschätzen, wodurch Therapieinhalte auch ohne die Aussage des Betroffenen präzisiert werden können.

In einer weiteren Studie von Hilari und Byng (2009) wurden die Angehörigen von Menschen mit Aphasie gebeten die Lebensqualität der Betroffenen mit Hilfe der SAQOL-39 zu bewerten. Auch in dieser Studie konnte herausgefunden werden, dass gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit Aphasie, bewertet durch die Angehörigen, stark beeinträchtigt wird. Auch Lucot et al. (2013) beschreiben, dass bei einer Aphasie alle Dimensionen der Lebensqualität eingeschränkt sind.

Die klinische Anwendbarkeit der SAQOL-39 kann zu einer patientenorientierten Rehabilitation beitragen. Dabei liegt der Fokus nicht nur auf der Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten, sondern auch auf der Reduzierung der Beeinträchtigungen und

Nachteile, welche die Aphasie begleiten können. Dies hat die Steigerung der Lebensqualität zur Folge (Manders, et al., 2010).

Lucot et al. (2013) unterstützen diese Aussage, indem sie sagen, dass die betroffenen Dimensionen in den therapeutischen Plänen und Projekten berücksichtigt werden müssen und ggf. psychosoziale Ansätze in der Aphasietherapie Einzug halten sollten.

Auch Tesak (2006) spricht von einer gezielten Beratung der Angehörigen. Diese kann vor allem dann stattfinden, wenn die individuell betroffenen Dimensionen der Lebensqualität herausgefiltert werden können. Eine Präzisisierung über Beratungsinhalte wurde allerdings nicht getroffen.

Durch diese Studienlage ergibt sich für uns die Notwendigkeit im deutschsprachigen Raum eine Studie durchzuführen, bei welcher die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen zum einen von ihnen selbst und zum anderen von den Angehörigen bewertet wird.

Die Therapie kann durch das Einbeziehen von Befragungsergebnissen patientenzentrierter ausgerichtet werden, wodurch es zu einer allgemeinen Steigerung des Wohlbefindens kommt. Die Motivation zur Therapie kann erhöht werden, wodurch sich ein besserer Therapieerfolg ableiten lässt (Schneider, Wehmeyer, & Grötzbach, 2011).

2.6. Fragestellungen und Hypothesen

Aus der dargestellten Literatur ergibt sich folgende Hauptfragestellung:

Schätzen Angehörige von Menschen mit chronischer Aphasie die Einschränkung in der Lebensqualität, gemessen mit der SAQOL-39, gleichermaßen ein, wie die Betroffenen selbst?

Durch die oben vorgestellte Studie von Hilari, Byng, Lamping und Smith (2003) wurde deutlich, dass die SAQOL-39 ein akzeptables, reliables und valides Instrument zur Erfassung der Lebensqualität ist. Aus diesem Grund ist dies ein geeignetes Messinstrument zur Erfassung der Lebensqualität.

Weiterführend fanden Hilari, Owen und Farrely (2007) heraus, dass Angehörige mittels der SAQOL-39 die Lebensqualität des Betroffenen gleichermaßen einschätzen, wie der Aphasiker selbst. Es wurden zwar geringe Unterschiede in der Einschätzung festgestellt, jedoch seien diese nicht weiter zu beachten. Dies zeigt, dass die Autoren die oben genannte Hauptfragestellung bereits beantwortet haben. Diese Studie wurde jedoch nur in Großbritannien durchgeführt und bisher nicht auf den deutschsprachigen Raum übertragen. Es stellt sich die Frage, ob diese Ergebnisse auch auf den deutschsprachigen Raum übertragbar sind. Daraus lässt sich folgende Hypothese ableiten:

Die Einschätzung der Lebensqualität des Betroffenen, bewertet durch den Betroffenen selbst und den Angehörigen, unterscheidet sich nicht signifikant.

Neben der Hauptfragestellung ergibt sich die Nebenfragestellung:

In welchen Domänen der Lebensqualität gibt es Einschränkungen bei Menschen mit chronischer Aphasie?

Die SAQOL-39, mit welcher die Studie durchgeführt wurde, gibt Auskünfte über die Lebensqualität in verschiedenen Domänen. So können Einschränkungen bezogen auf das physische Wohlbefinden, die kommunikativen Fähigkeiten, den psychosozialen Status und die (körperliche) Aktivität festgestellt werden.

Im Jahre 2010 beschreibt Nätterlund, dass es durch allgemeine Kommunikationsprobleme Einschränkungen in der Lebensqualität gibt, was sich wiederum negativ auf das Familienleben auswirkt. Eine Domäne der Lebensqualität, welche sich mit der SAQOL-39 feststellen lässt, bezieht sich auf die hier beschriebenen Kommunikationsprobleme.

Ebenfalls Auswirkungen auf die Lebensqualität haben Einschränkungen in der Aktivität am sozialen Leben und die Unterstützung der Familie (Hilari, Needle, & Harrison, 2012). Auch die psychische Gebrechlichkeit, verringerte Aktivität und Antriebslosigkeit beeinflussen die Lebensqualität (Northcott & Hilari, 2011). Die Einschränkungen bezogen auf den psychosozialen Status und die (körperliche) Aktivität stehen ebenfalls im Zusammenhang mit der Lebensqualität. So ist das Halten des Kontaktes, wie zu Arbeitskollegen wichtig. Die körperlichen Einschränkungen, beispielweise durch Paresen, können ebenfalls Auswirkungen auf die Lebensqualität haben (Fotiadou, Northcott, Chatzidaki, & Hilari, 2014).

Durch die vorliegende Literatur ergibt sich folgende Hypothese:

Durch das Bestehen einer Aphasie entstehen Einschränkungen in der Lebensqualität bezogen auf das physische Wohlbefinden, die kommunikativen Fähigkeiten, den psychosozialen Status und die (körperliche) Aktivität.

2.7. Ziel der Studie

Das primäre Ziel der Studie ist es herauszufinden, in wie weit die Einschätzungen der Lebensqualität des Aphasikers übereinstimmen, wenn diese zum einen von dem betroffenen Aphasiker selbst bewertet wird und zum anderen von einem Angehörigen.

Falls diese Studie deutlich macht, dass Angehörige und Aphasiker die Lebensqualität gleichermaßen einschätzen, können diese Informationen genutzt werden, wenn der Aphasiker selbst nicht mehr in der Lage ist über seine Lebensqualität zu berichten. Angehörige gelten in diesem Fall als ein zuverlässiges Maß für die Einschätzung der Lebensqualität der Betroffenen.

Sollte sich ein deutlicher Unterschied in der Einschätzung der Lebensqualität zeigen, kann dies in die Therapieplanung einbezogen werden. Angehörige können durch den behandelnden Logopäden besser darüber beraten werden, in welchen Bereichen die Lebensqualität des Betroffenen individuell eingeschränkt sein kann oder in welchen nicht. Dementsprechend kann der Angehörige sein Verhalten anpassen. Das Zusammenleben könnte durch das beidseitige Verständnis stark verbessert werden. Dadurch könnte sich auch die Lebensqualität beider Partner verbessern. Zusätzlich könnten mehr Beratungsprogramme entwickelt werden, welche die Angehörigen einbeziehen.

3. Methodisches Vorgehen

Dieses Kapitel beginnt mit der Beschreibung der Stichprobe, welche an dieser Studie teilgenommen hat. Zusätzlich wird die Rekrutierung der Probanden, das verwendete Material, der Ablauf der Studie, das Design und die statistische Analyse der Daten dargestellt.

3.1. Beschreibung der Stichprobe

Um die Stichprobe beschreiben zu können werden im Folgenden die Selektionskriterien, und die Daten der Probanden beschrieben. Diese Angaben ermöglichen eine genaue Übersicht über die Stichprobe.

3.2. Selektionskriterien

Damit das Einwirken von Störvariablen in der Studie so wenig wie möglich das Gesamtergebnis beeinflussen kann, mussten In- und Exklusionskriterien beachtet werden.

Die In- und Exklusionskriterien in der Studie wurden zum einen für die Betroffenen und zum anderen für die Angehörigen festgelegt. Die Betroffenen sollten eine chronische Aphasie aufweisen, welche durch einen Schlaganfall verursacht wurde. Dies heißt in diesem Fall, dass der Schlaganfall, welcher die Aphasie ausgelöst hat mindestens sechs Monate zurückliegen musste. Zudem sollten die Patienten das 18. Lebensjahr erreicht haben und deutsch als Muttersprache beherrschen. Damit der Fragebogen mit den Patienten durchgeführt werden konnte, sollte auch eine ausreichende Vigilanz vorhanden sein und eine Kooperationsbereitschaft bestehen. Für die Angehörigen galt als Einschlusskriterium, dass er aus dem direkten Umfeld stammt. Dies bedeutet, dass er den Aphasiker mindestens zwei Mal in der Woche in Kontakt steht und dementsprechend ein, für die Studie ausreichender, Kontakt gewährleistet ist.

Ausgeschlossen von der Studie werden dementsprechend Patienten, bei denen eine akute Aphasie vorliegt. Ebenfalls können Patienten mit einem schlechten Gesundheitszustand, wie beispielsweise Wachkoma oder einer ausgeprägten Demenz, sowie Patienten mit progredienten Erkrankungen, wie Morbus Parkinson oder Multipler Sklerose, nicht an der

Studie teilnehmen. Ebenfalls würde es die Studie verfälschen, wenn die Aphasie durch andere neurologische Erkrankungen als durch einen Schlaganfall ausgelöst wurde.

Andere Faktoren, wie beispielsweise Paresen, werden in der Studie erfasst, gelten jedoch nicht als In- oder Exklusionskriterium. Die Faktoren gehen aus der erhobenen Kurzanamnese hervor, welche im Anhang 7.1. zu finden ist.

3.3. Probandenrekrutierung

Damit für die Studie geeignete Probanden gefunden werden konnten, wurde auf dem Kongress des Bundesverbandes für Logopädie (dbl) im Juni 2014 in Berlin, Kontakt zum Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. aufgenommen. Dort wurde die Einladung zur Teilnahme an einem Seminar des Bundesverbandes für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. in Würzburg ausgesprochen. Dieses Seminar wurde für Aphasiker und ihre Angehörigen konzipiert. Neben einem allgemeinen Austausch mit allen Teilnehmern wurden einige Inhalte speziell für die Aphasiker angeboten, bei denen es vor allem um den Erfahrungsaustausch, die gegenseitige Unterstützung, den Umgang mit Depressionen und die verbesserte Kommunikation untereinander ging. Die Angehörigen konnten an Workshops aus den Themenbereichen „Verarbeitungsstrategien“ und „Möglichkeiten mit der Aphasie umzugehen“ teilnehmen. Es bot sich besonders an, die Betroffenen und ihre Angehörigen bei dem Seminar zu befragen, da unter anderem der Kontakt zwischen Betroffenen und Angehörigen behandelt wurde. Bei dem Seminar konnten zwölf Paare für die Studie gewonnen werden.

Die restlichen Probanden konnten über Logopädinnen in freien Praxen rekrutiert werden. Diese logopädischen Praxen lagen in Eschweiler und Essen. Zusätzlich wurden Probanden über die eigene Tätigkeit in einer freien Praxis in Aachen rekrutiert. So ergab sich eine Gesamtstrichprobengröße von 20 Paaren.

3.4. Material

Zunächst wurde mit jedem Probandenpaar eine Kurzanamnese erhoben. Hierbei wurden die Stammdaten der Probanden, ihre Krankheitsgeschichte sowie die Ein- und Ausschlusskriterien erfragt, um potentielle Probanden möglichst früh herauszufiltern. Der vollständige Anamnesebogen ist im Anhang 7.1. zu finden.

Zur Überprüfung des verbalen Sprachverständnisses sowie zur Abgrenzung von einer aphasischen und einer nicht-aphasischen Störung wurde der Untertest *Token Test* des Aachener Aphasie Tests (AAT) durchgeführt. Bei diesem Untertest soll der Proband verschiedene geometrischen Formen in verschiedenen Farben und Größen zeigen und im weiteren Verlauf zuordnen. Die Anforderungen steigen dabei hierarchisch unter den Aufgabenstellungen (Huber, Poeck, Weniger, & Willmes, 1983).

Zum Vergleich der Einschätzung der Lebensqualität durch die Betroffenen und deren Angehörigen wurde die deutsche Adaption der Stroke and Aphasia Quality of Live Scale 39 (SAQOL-39) nach Stiegert (2013) verwendet (siehe Anhang 7.3.).

Die in 2003 von Hilari entwickelte und im Jahre 2013 von Stiegert übersetzte Stroke and Aphasia Quality of Live Scale 39, dient der Ermittlung der Lebensqualität von Aphasikern nach einem Schlaganfall (Hilari, Byng, Lamping, & Smith, 2003).

Die deutsche Version der SAQOL-39 besteht aus vier einzelnen Domänen der Lebensqualität, die insgesamt 39 Items beinhalten. Diese Domänen erfassen das *Physische Wohlbefinden*, den *Psychosozialen Status*, *Kommunikative Fähigkeiten* sowie die *(körperliche) Aktivität*. Tabelle 3.1. zeigt diese Domänen mit den dazu gehörigen Komponenten.

Tab. 3.1.: Domänen der Lebensqualität aus der SAQOL-39 mit dazugehörigen Komponenten

Physisches Wohlbefinden	Psychosozialer Status	Kommunikative Fähigkeiten	(körperliche) Aktivität
Selbstversorgung	Kognition	Allgemeine sprachliche Symptome	Körperliche und kognitive Leistungsbereitschaft
Mobilität	Persönlichkeit	Umgang mit der Sprachbeeinträchtigung	
Hausarbeit	Stimmungslage		
Funktionsfähigkeit obere Extremitäten	Privatleben		
Einfluss physisches Befinden auf das Sozialleben			

Jeder Proband durchlief die Befragung aller oben genannten Domänen. Dabei teilt sich der Fragebogen in zwei große Fragenblöcke. Der erste Fragenblock bezieht sich auf die Domänen *Psychisches Wohlbefinden* sowie *Kommunikative Fähigkeiten*. Der Proband wählt die für sich persönlich zutreffende Antwort auf einer fünftstufigen Skala von *unmöglich* bis *keine Schwierigkeiten* durch eine Zeigegeste aus.

Der zweite Frageblock bezieht sich auf die Domänen *Psychosozialer Satus* sowie *(körperliche) Aktivität*. Auch hier wählt der Proband auf einer fünfstufigen Skala die auf ihn zutreffende Antwort. Im Gegensatz zum ersten Fragenblock sind die Auswahlmöglichkeiten diesmal von *völlig zutreffend* bis *völlig unzutreffend* festgelegt.

Auf dem Protokollbogen werden die Antwortkategorien dann einer Punktzahl zugewiesen. Ein höherer Wert ist dabei mit einer besseren Lebensqualität zuzuordnen.

An dieser Stelle zeigen wir ein Beispiel aus der Domäne *Psychosozialer Status*:

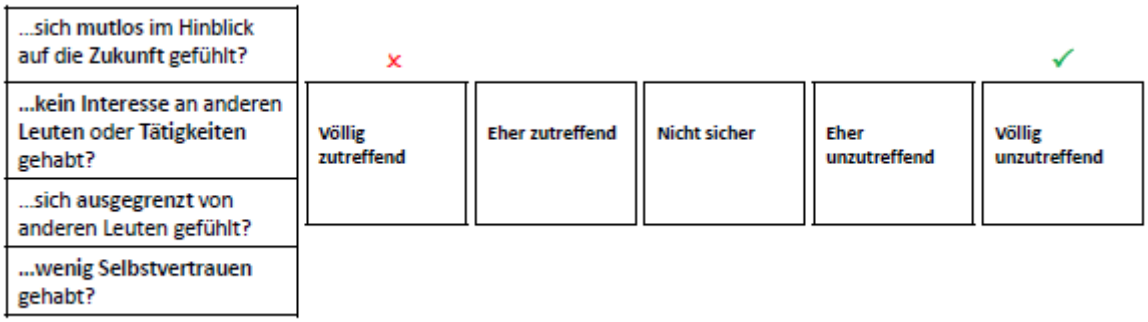

Abb. 3.1.: Ausschnitt aus der Domäne *Psychosozialer Status* aus der deutschen Adaption der SAQOL-39 nach Stiegert (2013)

Um einzelne Domänen besser beurteilen zu können, werden innerhalb dieser die Summen der ausgewählten Antworten gebildet. Hierdurch kann ein spezifischer Vergleich der verschiedenen Domänen sowie zwischen beiden Gruppen hergestellt werden.

Die minimale Punktzahl beträgt bei der SAQOL-39 39 Punkte. Maximal können 195 Punkte erreicht werden. Je geringer die Gesamtpunktzahl, desto niedriger ist die Lebensqualität zu beurteilen. Im Umkehrschluss kann man bei einer höheren Punktzahl von einer höheren Lebensqualität ausgehen.

Die Validität sowie die Reliabilität der Stroke and Aphasia Quality of Live Scale 39 sind gegeben. Die interne Konsistenz gilt als exzellent (Cronbachs $\alpha = 0{,}74 – 0{,}94$) (Hilari, Byng, Lamping, & Smith, 2003). Die deutsche Übersetzung von Stiegert (2013) wurde nach kontrollierter Rückübersetzung durch die Erstautorin Hilari genehmigt.

3.5. Ablauf der Studie

Die Probandenermittlung verlief über den Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. sowie über freie Praxen. Diese beiden Varianten ermöglichten es uns, eine möglichst heterogene Gruppe, bezogen auf den Wohnort, zu befragen.

Die Befragung ereignete sich entweder im häuslichen Umfeld oder beim Seminar des Bundesverbandes für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. in Würzburg, an dem die Probanden zum Zeitpunkt der Befragung teilnahmen.

Vor dem Beginn der Befragung, wurden die Probanden über den Ablauf der Studie sowie die Freiwilligkeit derselben informiert. Des Weiteren wurden die Probanden darüber aufgeklärt, dass sie jederzeit und ohne Angaben von Gründen die Teilnahme an der Studie abbrechen konnten, ohne dass daraus ein Nachteil für sie entsteht. Ebenso wurde den Probanden verdeutlicht, dass die persönlichen Daten, welche beispielsweise über die Anamnese aufgenommen werden, aufgrund der Schweigepflicht vertraulich behandelt, ausschließlich anonym, nur im Rahmen der Studie verarbeitet und im Anschluss vernichtet werden. Die Probanden hatten danach die Möglichkeit, in Ruhe über eine Teilnahme nachzudenken. Das Einverständnis zur Teilnahme Seitens der Probanden erfolgte mündlich.

Die Datenerhebungsphase verlief bei allen Probanden gleich. Zunächst wurde mit den Betroffenen und deren Angehörigen gemeinsam eine Kurzanamnese erhoben. Die Erhebung dieser Daten wurde mit beiden Teilnehmern zusammen durchgeführt, um sicher zu stellen, dass alle Fragen beantwortet werden können. Es wurde darauf geachtet, dass mögliche Störvariablen wie Lärm, unbeteiligte Personen oder fehlende Aufmerksamkeit so wenig Einfluss wie möglich auf die Befragung nahmen. Im Anschluss an die Kurzanamnese wurde der *Token Test* des Aachener Aphasie Tests durchgeführt. Dabei wurden alle fünf Teile, wie vorgegeben, durchlaufen.

Nach erfolgreicher Beendigung des Token Tests wurde die SAQOL- 39 mit den Probanden durchgeführt. Hierbei wurden dem Betroffenen und dem Angehörigen unabhängig voneinander die vorgegebenen Fragen aus dem Fragebogen gestellt. Die Teilnehmer mussten anschließend ihre Einschätzung in Bezug auf das zutreffende Item auf einer Skala zeigen.

Damit werden alle 39 Items sowohl auditiv durch den Testleiter als auch visuell durch die schriftliche Vorlage dargestellt. Diese Form bietet Personen mit expressiven Sprachstörungen, zum Beispiel Patienten mit Sprechapraxie, die Möglichkeit alle Items durch eine Zeigegeste zu beantworten. Personen mit einer rezeptiven Störung hilft die modalitätenübergreifende Präsentation der Items sowie die bildliche Verdeutlichung der Antwortalternativen ebenfalls (Hilari, Byng, Lamping, & Smith, 2003).

3.6. Design

Für die Ermittlung des Zusammenhangs zwischen der Selbsteinschätzung der Lebensqualität von Aphasikern und der Fremdeinschätzung der Lebensqualität von Aphasikern wurde ein Within-Subject-Design verwendet. Bei diesem Design durchläuft eine Probandengruppe zwei oder mehrere experimentelle Bedingungen (Bortz & Döring, 2006). Vorteil des Within-Subject-Designs ist, dass zentrale Vergleiche für jede einzelne Versuchsperson möglich gemacht werden können (Bortz & Döring, 2006; Goodwin, 2009; Grundwald & Hempelmann, 2011).

Die Messung in unserem Studiendesign wird bei jedem Probanden nur einmal durchgeführt. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Motivation seitens der Probanden hoch ist, was einen bedeutenden Vorteil für die Genauigkeit der Ergebnisse hervorbringt. Zudem können Störvariablen, wie Reihenfolge- und Positionseffekte ausgeschlossen werden. Bei diesen Effekten handelt es sich um Einflüsse, bei denen eine Intervention stattfindet, obwohl die vorhergegangene nicht vollständig nachgelassen hat (Grundwald & Hempelmann, 2011).

Die Variablen in dieser Studie können wie folgt beschrieben werden:
Die abhängige Variable stellt die Lebensqualität dar und die unabhängige Variable wird durch die Beurteilung des Angehörigen oder des Betroffenen vertreten.

Um einen Einfluss anderer Variablen bestimmen zu können, wurden vor Beginn der Untersuchung Variablen wie z.B. das Bestehen einer Hemiparese oder die Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe von allen Probanden erhoben. Diese wurden mittels eines selbsterstellten Fragebogens erhoben, welcher im Anhang 7.1. zu finden ist.

3.7. Statistische Analyse der Daten

Die statistische Analyse der Daten wurde mittels IBM SPSS Statistics 21 für Windows durchgeführt.

Mit Hilfe des Programms wurde zunächst die deskriptive Statistik durchgeführt, welche Auskunft über das Alter der Probanden, die Geschlechterverteilung, den Krankheitsbeginn und Schweregrad der Aphasie, die Aufklärung über die Aphasie, die Mitgliedschaft in der Selbsthilfe, das Lebensumfeld, die Begleiterkrankungen und weitere Therapien gibt. Im

weiteren Verlauf werden die Häufigkeiten, die benötigt werden, um die Auftretenshäufigkeit vergleichen zu können. Damit die Gesamtsumme der SAQOL-39 und die einzelnen Summenwerte der Domänen verglichen werden können, werden das Minimum, Maximum, der Mittelwert (Mean) und die Standardabweichung (SD) angegeben.

Für die Berechnung der Signifikanzen wurde zunächst überprüft, ob die Variablen normalverteilt sind. Bei normalverteilten Daten wurde dementsprechend der t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Dazu wurde ein Alphaniveau von 5% ($\alpha = 0{,}05$) festgesetzt. Die Berechnungen erfolgten zweiseitig. Waren die Daten nicht normalverteilt wurde das nichtparametrische Verfahren Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test für verbundene Stichproben durchgeführt. So konnten die Daten der Betroffenen mit denen der Angehörigen verglichen werden.

Als weitere Prüfung wurden eine Intra-Class-Correlation (ICC) und die gewichtete Kappa-Analyse durchgeführt. Anhand dieser Verfahren kann bestimmt werden, in wie weit die Antworten der Beurteiler übereinstimmen.

Um den Einfluss einer Drittvariablen zu bestimmen wurde die univariate Varianzanalyse angewendet. Hierbei wurden die Variablen *Hemiparese* sowie *Mitgliedschaft in der Selbsthilfe* in Bezug auf die Gesamtsumme der Patienten gesetzt. Es wurde vermutet, dass diese Variablen, im Vergleich zu anderen, einen Einfluss auf die Lebensqualität haben könnten. Davon wird ausgegangen, da bei der Hemiparese die stärksten körperlichen Einschränkungen der erfassten Variablen vermutet werden. Der Einfluss Selbsthilfe wird angenommen, da beschrieben wird, dass das Eingebunden sein in einen sozialen Kontext sich positiv auf die Lebensqualität auswirkt (Le Dorze, Salois-Bellerose, Alepins, Croteau, & Hallé, 2014).

Da die Items der SAQOL-39 ordinalskaliert waren, konnte des Weiteren die gewichtete Kappa-Analyse durchgeführt werden, um die Korrelation der Aussagen der Aphasiker und deren Angehörigen für jedes einzelne Item zu ermitteln.

4. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Datenanalyse dargelegt. Zunächst wird die tatsächliche Stichprobe beschrieben. Im Anschluss wird die deskriptive Statistik dargestellt, darauf folgend der t-Test und Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, welche Aufschluss über den Vergleich des Gesamtwertes und einzelner Domänen geben. Mittels der Varianzanalyse kann eine Aussage über den Einfluss einer Drittvariablen getroffen werden. Es folgt die Beschreibung der Beurteilerübereinstimmung zwischen Angehörigen und Betroffenen, welche anhand der Intra-Class-Correlation und der gewichteten Kappa-Analyse ermittelt wurden. Abschließend wird der Einfluss auf die Lebensqualität bei Aufklärung über die Aphasie anhand des H-Tests nach Kruskal und Wallis und U-Tests nach Mann und Whitney beschrieben.

4.1. Stichprobenbeschreibung

Insgesamt nahmen an der Studie 40 Probanden teil, die sich zu gleichen Teilen in die Gruppen Aphasiker und Angehöriger aufteilten. Das Durchschnittsalter der Aphasiker lag bei 67,3 Jahren (SD = 7,88), das der Angehörigen bei 59,2 Jahren (SD = 11,28). Die Geschlechterverteilung lag, wie in Abbildung 4.1. ersichtlich ist, bei den Aphasikern bei 11 männlichen und 9 weiblichen Personen. Bei den Angehörigen nahmen 6 männliche und 14 weibliche Probanden teil.

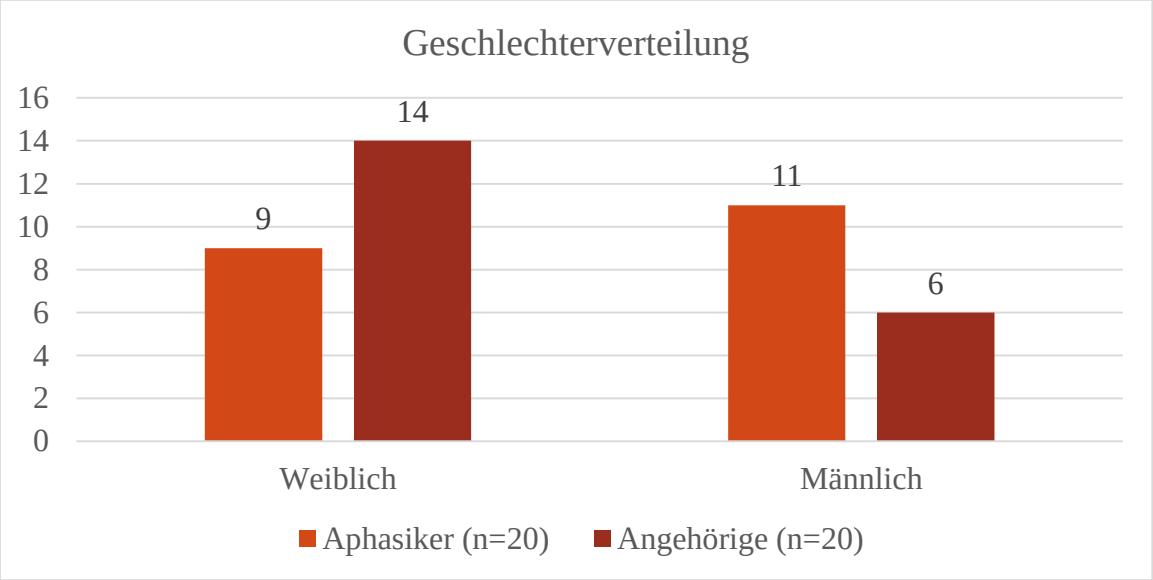

Abb. 4.1.: Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe bei n=40

Unter den 20 befragten Paaren waren 12 verheiratete Paare, 4 Paare in einer Eltern-Kind-Beziehung und 4 weitere Probandenpaare ohne direkte verwandtschaftliche Beziehung. Eine Übersicht dessen ist in der Grafik unten dargestellt.

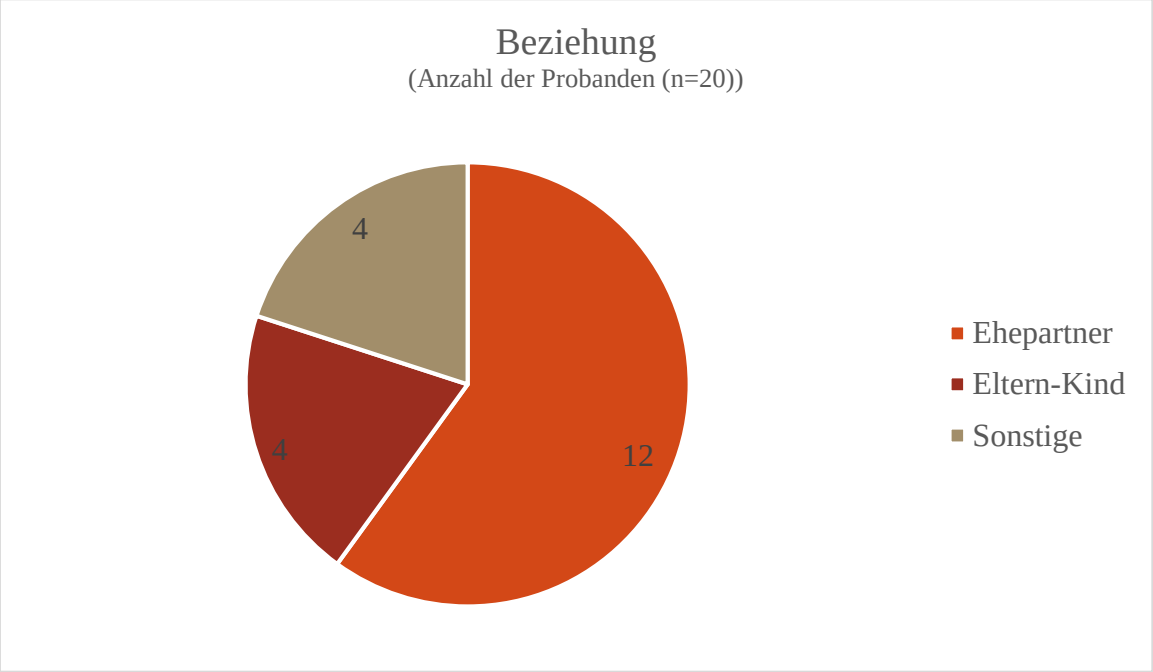

Abb. 4.2.: Beziehung zwischen den Aphasikern und ihren Angehörigen bei n=20

12 Paare lebten zusammen im gleichen Haushalt, 6 teilnehmende Betroffene lebten alleine und nur 2 der Probanden in einer Pflegeinrichtung bzw. betreutem Wohnen. Lebten die Paare zusammen im häuslichen Umfeld, wohnten in 4 Fällen noch weitere Personen im Haushalt. Betroffener und Angehöriger sahen sich in 15 Fällen täglich. Dementsprechend trafen sich 5 Probandenpaare zwei- oder mehrmals wöchentlich.

Der Schlaganfall, aus dem die Aphasie entstanden war, lag durchschnittlich 5,3 Jahre zurück. Dabei handelte es sich bei 17 Probanden um den ersten Schlaganfall, bei 2 um den zweiten Schlaganfall und bei lediglich einer Person um den dritten Schlaganfall. Die Einteilung nach dem Schweregrad der Aphasie, laut eigener Angaben, Angaben des Logopäden oder Angaben der Angehörigen, gestaltet sich wie folgt: 6 Personen hatten eine leichte Aphasie, 4 eine mittelschwere Aphasie und bei 10 Aphasikern war die Aphasie schwer ausgeprägt. Die Diagnose über die Aphasie wurde in 9 Fällen von dem Arzt gestellt, in 7 von einem

Logopäden, 3 stellten eine Selbstdiagnose und bei 1 Person stellte die Pflegekraft die Aphasie fest.

Neben der Aphasie bestand bei 15 befragten Aphasikern eine Hemiparese rechts. Zusätzlich litten 3 Probanden an einer Hörstörungen und 14 an einer Sehstörung. Eine Dysphagie lag bei 2 Befragten vor und eine Sprechapraxie trat bei 5 befragten Aphasikern auf. Eine Übersicht über die Begleitstörungen ist in folgender Abbildung dargestellt:

Abb. 4.3.: Absolute Häufigkeiten der Begleitstörungen bei n=20

9 Aphasiker mussten aufgrund des Ereignisses ihren Beruf aufgeben. Die restlichen Probanden waren zu diesem Zeitpunkt nicht oder nicht mehr berufstätig.

Zum Untersuchungszeitpunkt befanden sich alle Betroffenen, mit Ausnahme von einer Person, in logopädischer Behandlung. Weitere Therapien bestanden, wie in der unten abgebildeten Grafik zu sehen ist, bei 10 Probanden aus Ergotherapie in Kombination mit Physiotherapie, bei 5 Probanden nur aus Physiotherapie, bei 3 Probanden nur aus Ergotherapie und bei 2 Probanden aus sonstigen Therapien bzw. keiner Therapie.

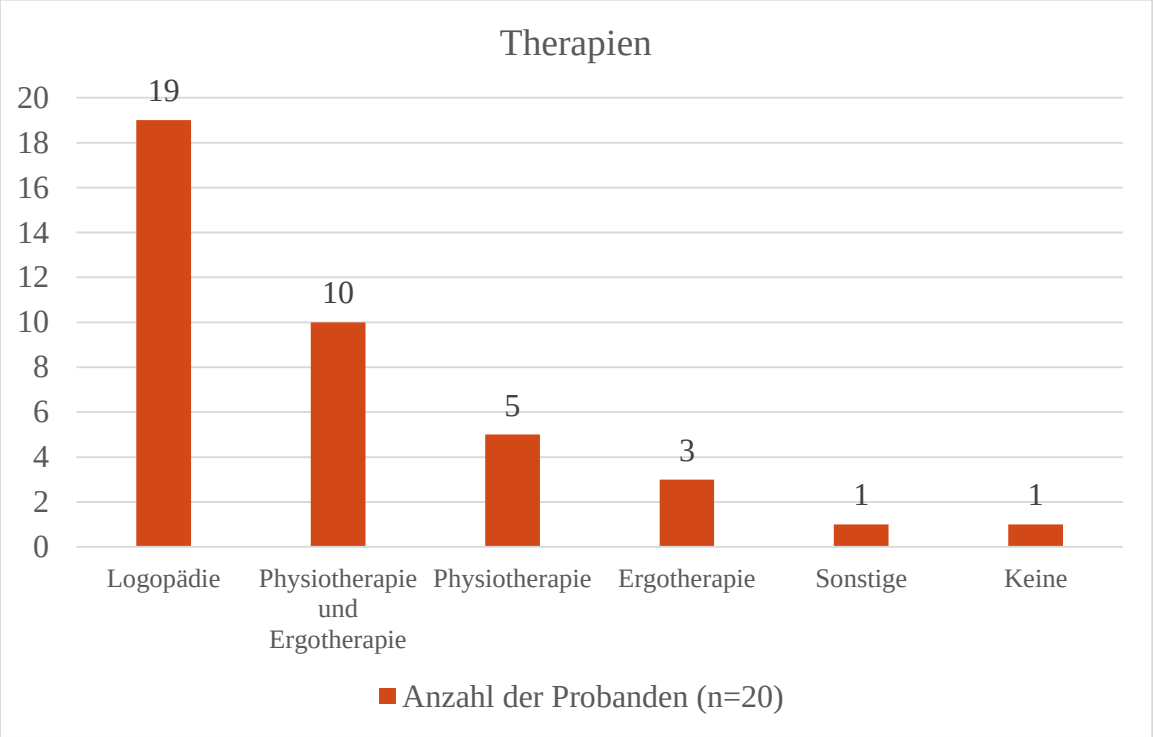

Abb. 4.4.: Absolute Häufigkeiten stattfindender Therapie bei n=20

9 Aphasiker gaben an, über die Aphasie aufgeklärt worden zu sein. Die verbleibenden 11 Probanden dieser Gruppe wurden laut eigener Aussage nicht aufgeklärt. Bei den Angehörigen gaben 14 Personen an, aufgeklärt worden zu sein, 6 wurden nicht über Aphasie aufgeklärt.

4.2. Deskriptive Statistik

Um die erreichte Gesamtsumme sowie die Summenwerte einzelner Domänen der Probanden darzustellen und zu vergleichen, wurde das Minimum, das Maximum sowie der Mittelwert (Mean) und die Standardabweichung (SD) berechnet. Um einen besseren Überblick zu schaffen, sind die folgenden Tabellen nach Gesamtsumme und Domänen unterteilt.

Bei der vorliegenden SAQOL-39 ist insgesamt eine minimale Punktzahl von 39, maximal eine Punktzahl von 195 möglich. Tabelle 4.1. zeigt die tatsächlich erreichten minimalen und maximalen Punktwerte der Probandengruppe sowie die Mittelwerte und die Standardabweichungen der Gesamtsummen. Ein deutlicher Unterschied zeichnet sich hierbei in der maximalen Summe ab. Die Aphasiker schätzen dabei die Lebensqualität höher ein, als die Angehörigen.

Tab. 4.1.: Minimum, Maximum, Mean und SD der Gesamtsumme

Summenwerte	n	Minimum	Maximum	Mean	SD
Gesamtsumme Betroffener	20	91	172	136,15	18,38
Gesamtsumme Angehöriger	20	87	155	127,90	19,53

Die Domäne *Physisches Wohlbefinden* gliedert sich in insgesamt 17 Fragen, weshalb hier eine minimale Punktzahl von 17 Punkten und eine maximale Punktzahl von 85 Punkten erreicht werden konnte. Tabelle 4.2. zeigt die tatsächlich erreichten minimalen und maximalen Punktwerte sowie deren Mittelwerte und die Standardabweichungen.

Tab. 4.2.: Minimum, Maximum, Mean und SD der Domäne *Physisches Wohlbefinden*

Summenwerte	n	Minimum	Maximum	Mean	SD
Summe Physisches Wohlbefinden Betroffener	20	26	75	60,35	11,07
Summe Physisches Wohlbefinden Angehöriger	20	27	73	56,20	11,40

Bei der Domäne *Kommunikative Fähigkeiten* mussten die Probanden insgesamt 7 Items beantworten, aus denen sich eine minimale Punktzahl von 7 und eine maximale Punktzahl von 35 ergeben. Die unten stehende Tabelle 4.3. zeigt die tatsächlich erreichten minimalen und maximalen Punktwerte sowie deren Mittelwerte und die Standardabweichungen.

Tab. 4.3.: Minimum, Maximum, Mean und SD der Domäne *Kommunikative Fähigkeiten*

Summenwerte	n	Minimum	Maximum	Mean	SD
Summe Kommunikative Fähigkeiten Betroffener	20	10	33	19,45	5,95
Summe Kommunikative Fähigkeiten Angehöriger	20	8	35	17,15	6,43

Der *Psychosoziale Status* wurde anhand von 11 Fragen ermittelt, was einen minimalen Punktwert von 11 und einen maximalen Punktwert von 55 ergibt. Tabelle 4.4. zeigt die tatsächlich erreichten minimalen und maximalen Punktwerte sowie deren Mittelwerte und die Standardabweichungen.

Tab. 4.4.: Minimum, Maximum, Mean und SD der Domäne *Psychosozialer Status*

Summenwerte	n	Minimum	Maximum	Mean	SD
Summe Psychosozialer Status Betroffener	20	22	55	41,40	9,83
Summe Psychosozialer Status Angehöriger	20	21	52	40,50	8,32

Die letzte Domäne (*körperliche) Aktivität* wurde mit 4 Fragen erhoben. Dabei ergibt sich ein minimal erreichbarer Punktwert von 4, maximal konnten 20 Punkte erreicht werden. Die folgende Tabelle 4.5. zeigt die tatsächlich erreichten minimalen und maximalen Punktwerte sowie deren Mittelwerte und die Standardabweichungen.

Tab. 4.5.: Minimum, Maximum, Mean und SD der Domäne *(körperliche) Aktivität*

Summenwerte	n	Minimum	Maximum	Mean	SD
Summe (körperliche) Aktivität Betroffener	20	4	20	14,95	3.66
Summe (körperliche) Aktivität Angehöriger	20	4	19	14,05	3.77

Um einen Vergleich zwischen den einzelnen Domänen ziehen zu können, wurden die Mittelwerte der Summen, gemessen anhand der vorliegenden Skala von 1 bis 5, ermittelt. Dieser Wert gibt Aufschluss darüber, wie sich die Aphasiker durchschnittlich auf der Skala von 1 bis 5 eingeschätzt haben. Der Wert 5 spiegelt dabei die beste Bewertung und 1 die schlechteste Bewertung der Lebensqualität wider. Zusätzlich ist dargestellt, wie die Angehörigen die Lebensqualität der Aphasiker einschätzen.

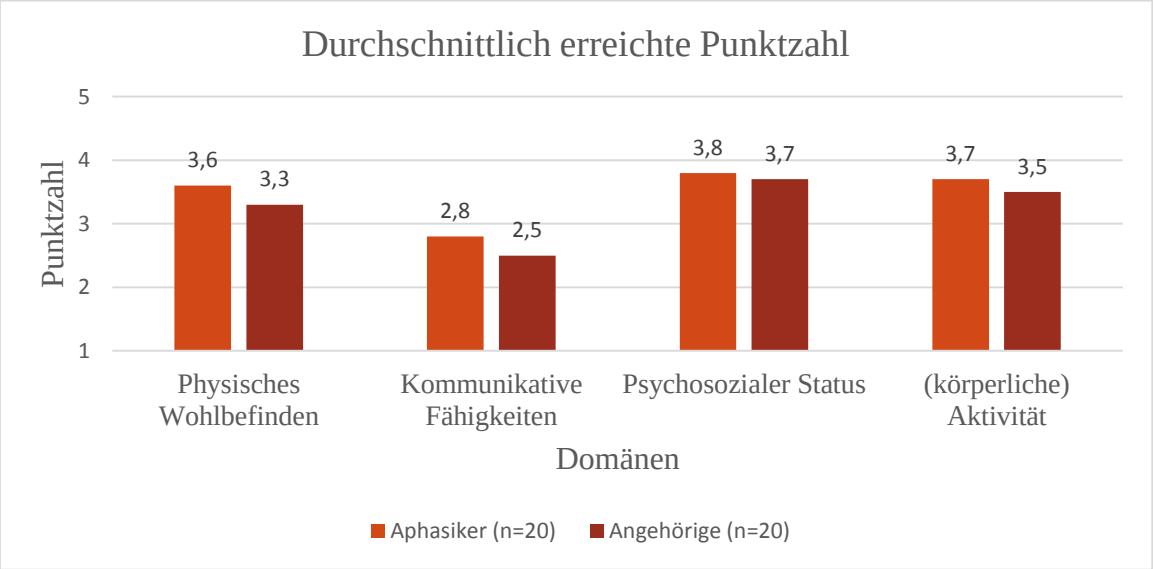

Abb. 4.5.: Durchschnittlich erreichte Punktwerte bei n=20

4.3. Vergleiche bezüglich des Gesamtwertes und einzelner Domänen

Um das zulässige Prüfverfahren für die Signifikanzprüfung festzulegen, wurde zunächst mit der Gesamtsumme sowie den Summen der einzelnen Domänen eine Prüfung auf Normalverteilung durchgeführt. Angewendet wurde dabei der Shapiro-Wilk Test. Dieser zeigte, dass sowohl die Gesamtsumme, als auch die Teilsummen der Domänen *Kommunikative Fähigkeiten* und *Psychosozialer Status* normalverteilt waren. Mit den Werten dieser Domänen konnte aufgrund der Normalverteilung und der Stichprobengröße von n=20 der t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt werden. Bei der Prüfung wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ (0,05) festgelegt.

Die Domänen *Physisches Wohlbefinden* sowie *(körperliche) Aktivität* waren nicht normalverteilt, weshalb hier der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test für abhängige Stichproben angewendet wurde. Auch bei der Prüfung mit dem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ (0,05) festgelegt.

Die Ergebnisse des t-Tests zeigen, dass bei den Vergleichen der Gesamtsummen ($t = 2{,}163$, $df = 19$, $p = 0{,}043$) sowie der Summen der Domäne *Kommunikative Fähigkeiten* ($t = 3{,}565$, $df = 19$, $p = 0{,}002$) ein signifikanter Unterschied in der Beurteilung der Lebensqualität durch den Betroffenen selbst und die Fremdbeurteilung durch den Angehörigen besteht.

Die Anwendung des t-Tests beim Vergleich der Summen aus der Domäne *Psychosozialer Status* ergab keinen signifikanten Unterschied ($t = 0{,}509$, $df = 19$, $p = 0{,}616$) der Selbst- und Fremdbeurteilung der Lebensqualität von Aphasikern ($p > 0{,}05$).

Die Durchführung des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests ergab bei der Einschätzung der Domäne *Physisches Wohlbefinden* mit einem p-Wert von 0,048, dass es in der Selbst- und Fremdbeurteilung der Lebensqualität von Aphasikern einen signifikanten Unterschied gibt.

Kein signifikanter Unterschied zeigte sich im Vergleich der Domäne *(körperliche) Aktivität* ($p = 0{,}104$).

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass neben der Gesamtsumme einige Domänen einen signifikanten Unterschied aufweisen.

4.4. Einfluss von Drittvariablen

Um einen möglichen Einfluss einer Drittvariablen auf den Gesamtsummenwert der Patienten zu ermitteln, wurde die univariate Varianzanalyse durchgeführt. Auch hier wurde das Signifikanzniveau auf $\alpha = 5\%$ (0,05) festgelegt.

Die Varianzanalyse wurde mit Drittvariablen wie beispielsweise *Hemiparese* oder *Mitglied in einer Selbsthilfegruppe* durchgeführt. Diese Variablen schienen als geeignet, da von einem möglichen Einfluss ausgegangen werden konnte.

Das Ergebnis zeigt, dass bezogen auf die Hemiparese kein signifikanter Unterschied in der Beurteilung durch Patienten mit oder ohne Hemiparese besteht ($p = 0,350$).

Ein Einfluss aufgrund der Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe wurde ebenfalls ermittelt. Auch hier zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Einschätzung der Probanden, die in einer Selbsthilfe aktiv sind und denen, die keiner Selbsthilfegruppe angehören ($p = 0,985$).

Die Varianzanalyse wurde ebenfalls mit den Variablen *Seh- oder Hörstörung* sowie *Dysphagie* oder *Apraxie*, bei denen sich aber ebenfalls keine Signifikanz zeigte. Aus diesem Grund wird auf diese im Folgenden nicht weiter eingegangen.

Es konnte somit bei keiner Drittvariablen ein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Tab. 4.6.:Übersicht der Ergebnisse der Varianzanalyse

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	n	Signifikanz
Gesamtsummenwert Aphasiker	Hemiparese		p = 0,350
	Ja	16	
	Nein	4	
Gesamtsummenwert Aphasiker	Mitglied in Selbsthilfegruppe		p = 0,985
	Ja	12	
	Nein	8	

4.5. Beurteilerübereinstimmung zwischen Angehörigen und Betroffenen

Um die Übereinstimmung der Beurteilung zwischen den Betroffenen und den Angehörigen zu bestimmen, wurden die Intra-Class-Correlation (ICC) und die gewichtete Kappa-Analyse durchgeführt.

Aufgrund der gegebenen Intervallskalierung der Gesamtsumme sowie der Teilsummen der Domänen konnte zusätzlich zum t-Test für abhängige Stichproben die ICC durchgeführt werden. Die Interpretation dieser Werte richtet sich nach Wirtz und Caspar (2002). Werte größer 0,7 gelten demnach als Indikator für eine gute Beurteilerübereinstimmung.

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass die Aussagen der Aphasiker mit denen der Angehörigen in der Gesamtsumme, (ICC = 0,596), der Domäne *Physisches Wohlbefinden* (ICC = 0,690) und *Psychosozialer Status* (ICC = 0,624) keine gute Übereinstimmungen zeigen. In den Domänen *Kommunikative Fähigkeiten* (ICC = 0,892) und *(körperliche) Aktivität* (ICC = 0,814) zeigten sich gute Übereinstimmungen. Durch die Analyse mittels der ICC konnten die Ergebnisse, welche anhand des t-Tests ermittelt wurden, zum Teil bekräftigt werden. Es zeigt sich so, dass im Bereich *Kommunikative Fähigkeiten* eine gute Übereinstimmung mit dem durchgeführten t-Test vorliegt. Die Ergebnisse der anderen Domänen zeigen keine Übereinstimmungen mit dem angewandten t-Test. In Tabelle 4.7. ist eine Übersicht der Domänen mit den errechneten Korrelationskoeffizienten dargestellt.

Tab. 4.7.: Korrelation der einzelnen Domänen

Domäne	n	Korrelation innerhalb der Klasse
Gesamtsumme	20	ICC = 0,596
Physisches Wohlbefinden	20	ICC = 0,690
Kommunikative Fähigkeiten	20	ICC = 0,892
Psychosozialer Status	20	ICC = 0,624
(körperliche) Aktivität	20	ICC = 0,814

Die Ordinalskalierung der einzelnen Items der SAQOL-39 ermöglichte eine gewichtete Kappa-Analyse. Durch die Analyse kann beurteilt werden, in wie weit die Einschätzungen der Beurteiler, also die der Aphasiker und der Angehörige, übereinstimmen. Es zeigt sich, dass bei den Angehörigen und den Aphasikern bei 37 von 39 Items eine positive Übereinstimmung vorliegt. Somit wurden die Items ähnlich bewertet. Eine sehr gute Übereinstimmung liegt bei

2 Items vor (κ_w 0,81 – 1,00). Diese setzen sich aus folgenden Fragen zusammen: *Wie viel Schwierigkeiten hatten Sie beim Gehen?* und *Haben Sie sich zu müde gefühlt, um etwas zu machen was Sie gerne machen wollten?*. 9 Items wiesen eine gute Übereinstimmung auf (κ_w 0,61 – 0,80), 17 Items eine mittelmäßige (κ_w 0,41 – 0,60), 8 Items eine leichte (κ_w 0,21 – 0,40) und 3 Items eine schwache (κ_w < 0,20) Übereinstimmung. Die Richtwerte zur Einordnung nach der Stärke der Übereinstimmung beruht auf den Angaben nach Altman (1991) (zitiert durch Grouven, Bender, Ziegler, & Lange, 2007, S. e66).

Eine Angabe über die Kappa-Werte und ein Bezug zu den Fragen sind im Anhang 7.2. zu finden.

4.6. Einfluss des Schweregrades auf die Lebensqualität

Um zu berechnen, ob der Schweregrad der Aphasie einen Einfluss auf die Selbsteinschätzung der Lebensqualität hat, wurde der H-Test nach Kruskal und Wallis gewählt. Dieser wird bei mehr als 2 unabhängigen Stichproben angewendet und basiert auf einer gemeinsamen Rangreihe aller Stichproben. Das festgelegte Signifikanzniveau liegt bei $\alpha = 5\%$ (0,05).

Das Ergebnis der Analyse bezogen auf den Gesamtsummenwert der Lebensqualität der Aphasiker zeigt, dass kein signifikanter Unterschied zwischen der Einschätzung der Lebensqualität bei einem unterschiedlichen Schweregrad vorliegt ($p = 0,650$). So gibt es zwar keinen signifikanten Unterschied in der Bewertung der Lebensqualität, dennoch ist anhand der mittleren Ränge zu erkennen, dass Aphasiker beim vorliegen einer schweren Aphasie die Lebensqualität am höchsten bewerten, bei einer leichten Aphasie hingegen am geringsten.

Vergleicht man den Gesamtsummenwert der Einschätzung der Angehörigen, liegt ebenfalls kein signifikanter Unterschied vor ($p = 0,567$). Hier ist jedoch zu erkennen, dass der mittlere Rang in einer umgekehrten Reihenfolge zu dem der Aphasiker vorliegt. Der höchste mittlere Rang liegt somit bei einer leichten Aphasie und der niedrigste mittlere Rang bei einer schweren Aphasie vor.

Eine Übersicht über die Verteilung des Schweregrades und den mittleren Rang bezogen auf die Einschätzung der Aphasiker und der Angehörigen ist in der folgenden Tabelle abgebildet:

Tab. 4.8.: Verteilung der mittleren Ränge und des Means der Gesamtsummen der Lebensqualität und dem Schweregrad

Schweregrad	n	Mittlerer Rang Aphasiker	Mean der Aphasiker	Mittlerer Rang Angehörige	Mean der Angehörigen
Leicht	6	9,00	133,00	12,50	134,50
Mittel	4	9,75	132,50	10,63	125,75
Schwer	10	11,70	139,50	9,25	124,80

4.7. Einfluss auf die Lebensqualität bei Aufklärung über die Aphasie

Um zu überprüfen, ob es einen Einfluss auf die Lebensqualität gibt, wenn der Aphasiker über die Aphasie aufgeklärt wurde oder nicht, wurde der U-test nach Mann und Whitney durchgeführt. Dieser Test liefert Ergebnisse, sobald 2 unabhängige Stichproben vorliegen und die Daten mindestens ordinalskaliert sind. Zur Analyse der Ergebnisse wurde ein $\alpha = 5\%$ (0,05) festgelegt.

Anhand der Ergebnisse ist zu erkennen, dass kein signifikanter Unterschied zwischen aufgeklärten und nicht aufgeklärten Aphasikern über die Aphasie vorliegt ($p = 0{,}287$). Die mittleren Ränge zwischen diesen beiden Gruppen unterschieden sich dahingehend, dass die über die Aphasie aufgeklärten Aphasiker einen höheren Wert erreichen als solche, die nicht aufgeklärt wurden.

Eine Übersicht über die mittleren Ränge und die Rangsummen ist in folgender Tabelle dargestellt:

Tab. 4.9.: Verteilung der mittleren Ränge und die Rangsumme sowie der Mean der Gesamtsumme der Lebensqualität und der Aufklärung über die Aphasie

Aufklärung über die Aphasie	n	Mittlerer Rang der Aphasiker	Rangsumme	Mean
Ja	9	12,06	108,5	140,78
Nein	11	9,23	101,5	132,36

5. Diskussion

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel die Selbst- und die Fremdeinschätzung der Lebensqualität von Aphasikern und ihren Angehörigen auf Übereinstimmung zu überprüfen. In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse dargestellt, analysiert und interpretiert. Durch die Interpretation dessen können die Hypothesen geprüft und die Fragestellungen beantwortet werden. Des Weiteren findet ein methodischer Rückblick statt. Die Ergebnisse der Studie werden mit vorliegender Literatur in Verbindung gesetzt. Insbesondere wird ein Vergleich zu der Studie von Hilari, Owen und Farrelly (2007) vorgenommen, in der die Einschätzung der Lebensqualität von Angehörigen mit der von Aphasikern bereits in Großbritannien verglichen wurde. Zudem wird die praktische Relevanz dieser Studie erläutert und Empfehlungen für Folgestudien ausgesprochen.

5.1. Beantwortung der Fragestellungen und Interpretation weiterer Ergebnisse

Im folgenden Subkapitel werden die Hauptfragestellung und die Nebenfragestellung anhand der vorliegenden Ergebnisse beantwortet und interpretiert sowie zusätzlich gewonnene Ergebnisse analysiert.

5.1.1. Beantwortung der Hauptfragestellung

Schätzen Angehörige von Menschen mit chronischer Aphasie die Einschränkung in der Lebensqualität, gemessen mit der SAQOL-39, gleichermaßen ein, wie die Betroffenen selbst?

Die vorliegende Studie legt dar, dass das Konstrukt *Lebensqualität* ein sehr subjektives und persönliches Maß ist und daher insgesamt schwer in Daten auszudrücken ist. Angehörige von Menschen mit Aphasie und Betroffene schätzen sich, gemessen mit der SAQOL-39, nur in manchen Bereichen der Lebensqualität gleichermaßen ein.

Die Ergebnisse der Signifikanzprüfung anhand des t-Tests (siehe Kapitel 4.3. *Vergleiche bezüglich des Gesamtwertes und einzelner Domänen*) machen deutlich, dass es einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung des Gesamtsummenwertes und der Domänen *Kommunikative Fähigkeiten* sowie *Psychosozialer Status* gibt. Zum einen kann dies daran liegen, dass beide Domänen viel mit dem eigenen Empfinden und der eigenen Wahrnehmung

zu tun haben und so schwer objektivierbar sind. Gerade der Bereich *Psychosozialer Status* erfragt Inhalte, die nur der Betroffenen selbst beantworten kann, zum Beispiel ob er sich mutlos im Hinblick auf die Zukunft gefühlt hat. Dies kann der Angehörige nicht wissen, wenn die beiden Personen nicht darüber sprechen. Ein Gespräch über solch abstrakte Inhalte kann durch die Aphasie allerdings auch stark beeinträchtigt sein. Zum anderen scheinen Aphasiker, trotz geringer Werte in der Domäne *Kommunikative Fähigkeiten*, ihre sprachlichen Einschränkungen weniger gravierend zu erleben, als deren Angehörige. Dies könnte daran liegen, dass sich die Betroffenen mit der Störung arrangiert haben und meist auch ohne Worte kommunizieren können. Angehörige verstehen die Betroffenen in den meisten Fällen auch ohne dass eine verbale Äußerung notwendig ist. Zusätzlich können die Ergebnisse auch dahingehend interpretiert werden, dass die Betroffenen sprachliche Fortschritte erleben und aus diesem Grund die sprachlichen Fähigkeiten besser bewerten. Der Betroffene zieht eher einen Vergleich zwischen den initialen sprachlichen Leistungen und den aktuellen.

Die signifikanten Unterschiede in der Einschätzung der Lebensqualität durch die Betroffenen selbst und durch deren Angehörige machen sehr deutlich, dass Angehörige nicht als Ersatz zur Erhebung der Lebensqualität von Aphasikern herangezogen werden können. Bei schweren Aphasien und sehr stark eingeschränkten Patienten kann das Heranziehen der Angaben der Angehörigen jedoch sinnvoll sein, um mögliche eingeschränkte Bereiche der Lebensqualität zu ermitteln und diese gezielt zu intervenieren.

Keinen signifikanten Unterschied in der Beurteilung durch Betroffene und Angehörige zeigten sich in den Domänen *Physisches Wohlbefinden* sowie (*körperliche) Aktivität.* Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass körperliche Faktoren, wie beispielsweise Schwierigkeiten beim Schließen von Knöpfen sehr offensichtlich und somit gut fremdbeurteilbar sind. Diese Einschränkungen können nicht primär, wie bei den oben genannten Domänen, auf die eigene Wahrnehmung und das Empfinden der Betroffenen zurückgeführt werden.

Die Reliabilitätsanalyse mit Hilfe der ICC (siehe Kapitel 4.5. *Beurteilerübereinstimmung zwischen Angehörigen und Betroffenen*) legte dar, dass es eine gute Beurteilerübereinstimmung in den Bereichen (*körperliche) Aktivität* und *Kommunikative Fähigkeiten* gibt. Dieses Ergebnis kann vor allem in der Domäne (*körperliche) Aktivität* darauf zurückgeführt werden, dass dieser Bereich offensichtlich und somit objektivierbar ist.

Der Bereich der *Kommunikativen Fähigkeiten* ist in der Bewertung von den Aphasikern und den Angehörigen ein positiver Zusammenhang zu erkennen. Das bedeutet, dass sowohl die Angehörigen als auch die Aphasiker Beeinträchtigungen in diesem Bereich beschreiben, wobei die Einschränkungen der Aphasiker von ihnen selbst nicht als so stark beschrieben werden, wie die Angehörigen sie beschreiben. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Bewertung der Angehörigen und der Aphasiker die gleiche Richtung aufweist, jedoch signifikante Unterschiede vorliegen. Wie oben bereits erläutert kann der Unterschied in der Bewertung daran liegen, dass physische Eigenschaften besser eingeschätzt werden als die psychischen Eigenschaften (Weinfurt, et al., 2002). Die *Kommunikativen Fähigkeiten* können zu den eher psychischen Eigenschaften gezählt werden, wodurch dieser Unterschied zustande kommen könnte.

Die hier vorliegende Studie bezieht sich zu großen Teilen auf die 2007 veröffentlichte Studie von Hilari, Owen und Farrelly. Diese Studie weist einen ähnlichen Aufbau auf. Es wurden ebenfalls Aphasiker in der chronischen Phasen mittels der SAQOL-39 befragt. Zusätzlich wurden die Angehörigen, die ebenfalls die Lebensqualität der Aphasiker anhand der SAQOL-39 bewerteten, befragt. Die Autoren fanden heraus, dass die Angehörigen die Einschränkungen in der Lebensqualität stärker bewerteten als die Betroffenen selbst. Die Unterschiede in der Bewertung seien jedoch nur gering, weswegen Angehörige, die einen regelmäßigen Kontakt zu ihren Angehörigen haben, zuverlässig Bericht über die Lebensqualität der Aphasiker erstatten können.

Dieses Fazit konnte durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht verifiziert werden. Diese Studie zeigt, dass Angehörige aufgrund der signifikant unterschiedlichen Bewertung der Lebensqualität, nicht stellvertretend für den Angehörigen die Lebensqualität bestimmen sollten. Wie auch Hilari, Owen und Farrelly (2007) darlegten, können Angehörige einen Richtwert angeben, allerdings sollte beachtet werden, dass die Angehörigen die Lebensqualität der Aphasiker meist geringer einschätzen.

5.1.2. Beantwortung der Nebenfragestellung

In welchen Domänen der Lebensqualität gibt es Einschränkungen bei Menschen mit chronischer Aphasie?

Menschen mit chronischer Aphasie erleben eine Einschränkung in allen, mit der SAQOL-39 messbaren Bereichen der Lebensqualität. Die Ergebnisse, welche in Kapitel 4.2. dargestellt sind zeigen, dass eine Aphasie als domänenübergreifende Störung gesehen werden muss. In *3* von *4* Domänen ergab die Stichprobe einen Mittelwert im oberen Bereich zwischen 3 und 4, was eine Einschränkung darstellt. Ausgehed davon, dass eine Punktzahl von *5* als sehr gute Lebensqualität definiert ist, kann gesagt werden, dass Werte zwischen 3 und 4 eine geringe bis mäßige Lebensqualität darstellen. Da für die SAQOL-39 keine Auswertung der Ergebnisse vorhanden ist, müssen die Bewertungen auf der Skala zwischen 1 und 5 rein subjektiv bewertet werden.

Die größte Beeinträchtigung der Lebensqualität zeigt sich im Bereich *Kommunikative Fähigkeiten.* Die Betroffenen erreichten hier nur einen Gesamtscore von durchschnittlich 19,45, was einem Punktwert von 2,8 auf der Skala entspricht. Dies bedeutet, dass die Aphasiker ihre Lebensqualität in diesem Bereich eher mäßig einschätzen. Diese schlechte Bewertung der Domäne ist auf das vorliegende Krankheitsbild der Aphasie zurückzuführen. Die Aphasie als solches ist in erster Linie durch sprachliche Probleme gekennzeichnet, weshalb mit der größten Einschränkung in diesem Bereich zu rechnen ist.

Die Fragen des SAQOL-39 beziehen sich auf Einschränkungen, welche die Befragten in der letzten Woche vor der Befragung wahrgenommen haben. Da der Beginn der Aphasie bei den befragten Aphasikern durchschnittlich 5,3 Jahre zurück lag könnte man weiterhin zu dem Schluss gelangen, dass sich die Betroffenen mit der Störung arrangiert haben und die Einschränkungen als nicht mehr so stark wahrnehmen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, dass die Aphasiker auch in diesem Bereich Fortschritte wahrnehmen und auch aus diesem Grund die Lebensqualität in manchen Bereichen besser bewerten. Oczkowski und O'Donnell (2010) unterstützen diese Aussage, in dem sie davon ausgehen, dass die Einschätzung der Lebensqualität im Verlauf der Krankheit zunehmend besser wird.

Anhand des Kappa-Koeffizienten, welcher in Kapitel 4.5. dargestellt ist, konnte die Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Aphasiker und den Angehörigen sichtbar gemacht

werden. In der Domäne *Kommunikative Fähigkeiten* gab es nur schwache bis mittelmäßige Übereinstimmungen (κ_w = 0,150 – 0,563) (siehe Anhang 7.2.). Diese könnten zum einen, wie bereits oben beschrieben, dadurch entstehen, dass Aphasiker und Angehörige eine andere Wahrnehmung der Störung haben. Angehörige können nicht nachempfinden, wie es ist, eine Sprachstörung zu haben und beurteilen diese nur als Außenstehende.

Die geringste Beeinträchtigung der Lebensqualität geben Betroffenen im Bereich *Psychosozialer Status* an. Hier erreichten sie einen durchschnittlichen Punktwert von 3,8. Dieser Wert spricht für eine eher gering eingeschränkte Lebensqualität. Dies könnte darauf zurück zu führen sein, dass die hier befragten Aphasiker gut in das Familien- und Sozialleben eingebunden waren und sich mindestens zwei Mal wöchentlich sahen. Diese Faktoren wurde allerdings durch die Selektionskriterien begünstigt.

Durch die Befragung mittels der SAQOL-39 wurde sichtbar, dass die Betroffenen oftmals keine Einschränkung bezogen auf Freunde und Persönlichkeit erlebten. Ein Erklärungsansatz könnte eine veränderte Wahrnehmung der Betroffenen im Vergleich zu den Angehörigen sein. Zudem berichten Angehörige und Betroffene davon, dass Freunde mit den Betroffenen meist nicht über die Störung sprechen, weshalb die Betroffenen die Anwesenheit oder Unternehmungen mit Freunden oder Bekannten als angenehm empfinden.

Die Analysen zeigten, dass zwischen der Bewertung der Angehörigen und der Aphasiker immer eine positive Übereinstimmung vorlag, diese jedoch meist nur mittelmäßig anzusehen war. Auch hier zeigt sich wieder, dass zwar grundsätzlich eine Übereinstimmung zwischen Aphasikern und Angehörigen vorliegt, diese jedoch signifikant auseinander weichen kann, weshalb Angehörige zur Bewertung der Lebensqualität von Betroffenen nur unter Vorbehalt heranzuziehen sind. Durch eine Fremdbefragung wäre es möglich, erste Informationen über eingeschränkte Bereiche zu erfahren.

Die aufgestellte Hypothese

Durch das Bestehen einer Aphasie entstehen Einschränkungen in der Lebensqualität bezogen auf das physische Wohlbefinden, die kommunikativen Fähigkeiten, den psychosozialen Status und die (körperliche) Aktivität.

wurde anhand der SAQOL-39 geprüft und kann bestätigt werden. Insgesamt können Einschränkungen in allen Domänen der Lebensqualität festgestellt werden.

5.1.3. Interpretation weiterer Ergebnisse

Um mögliche Drittvariablen als Störvariablen zu identifizieren wurden die Varianzanalyse, der H-Test nach Kruskal und Wallis sowie der U-Test nach Mann und Whitney durchgeführt.

Zunächst wurde überprüft, ob die bestehende Hemiparese einen Einfluss auf das Ergebnis haben könnte. Ein Zusammenhang wurde mittels der Varianzanalyse nicht gefunden ($p = 0{,}329$) (siehe Kapitel 4.4. *Einfluss von Drittvariablen*). Dies könnte daran liegen, dass sich die Betroffenen bereits während der gesamten Zeit mit der Hemiparese bereits arrangiert haben und es zu einem Gewöhnungseffekt gekommen ist. Zudem ist auch hier wieder anzumerken, dass sich die Fragen des SAQOL-39 auf die letzte Woche beziehen. Bei einer dauerhaft bestehenden Hemiparese gibt es wenig Veränderung in so geringer Zeit, weshalb speziell in der letzten Woche keine Einschränkungen zu beobachten waren. Die Betroffenen bewerten die Einschränkungen aus diesem Grund möglicherweise nicht hoch. Zudem werden Probleme, die durch eine Hemiparese auftreten können innerhalb des Fragenbereiches *Physisches Wohlbefinden* erfragt, weshalb sie indirekt in die Bewertung der Lebensqualität einfließen.

Zudem wiesen die Patienten insgesamt in der Domäne *Physisches Wohlbefinden* hohe Werte bei der Beurteilung ihrer Lebensqualität auf. Bei dieser Analyse ist jedoch unbedingt zu beachten, dass die Gruppensplittung in Aphasiker mit Hemiparese ($n = 16$) und Aphasiker ohne Hemiparese ($n = 4$) nicht gleichmäßig verteilt war. Dieses Ergebnis kann also nicht verallgemeinert werden und bedarf weiterer Überprüfungen.

Des Weiteren wurde mit der Varianzanalyse überprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen der Bewertung der Lebensqualität und dem Bestehen einer Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe gibt. Auch hier konnte kein Zusammenhang festgestellt werden ($p = 0{,}985$).

In der Literatur ist oft die Rede davon, dass das Eingebunden sein in einem sozialen, sinngebenden Kontext die Lebensqualität verbessert (Northcott & Hilari, 2011). Selbsthilfegruppen sollen zu vermehrtem Selbstvertrauen, sozialer Aktivierung und Kompetenzgewinn führen (Schneider, Wehmeyer, & Grötzbach, 2011). Aphasiker werden in Selbsthilfegruppen zu Experten der eigenen Störung, weshalb sie sich vielleicht weniger hoch in der Lebensqualität oder vereinzelten Bereichen der Lebensqualität einschätzen. Sie sehen die Störung durch ihr Expertenwissen kritischer und erkennen eventuelle Fortschritte vielleicht nicht so schnell an.

Mit Hilfe des H-Tests nach Kruskal und Wallis wurde überprüft, ob der Schweregrad der Aphasie einen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen unserer Studie hat. Auch hier konnte mit einem $p = 0{,}567$ kein signifikanter Unterschied bei leicht, mittelgradig oder schwer betroffenen Patienten festgestellt werden.

Auffällig ist jedoch, dass sich die schwer betroffenen Aphasiker insgesamt am besten bewerteten. Dies könnte daran liegen, dass durch die Aphasie als multimodale Störung die bestehenden Einschränkungen in verschiedenen Bereichen nicht wahrgenommen werden. Sprachverständnisprobleme können ebenfalls zu einer besseren Beurteilung der Lebensqualität führen.

Die Ranganalyse zeigte zudem, dass leicht betroffene Aphasiker ihre Lebensqualität am schlechtesten bewerteten. Dies könnte mit dem besseren Verständnis der Störung und dem verbesserten Verständnis der Einschränkungen zusammenhängen.

Angehörige bewerteten die Lebensqualität im genauen Kontrast. Leichte Aphasien wurden hier mit der höchsten Lebensqualität bewertet, schwere mit der schlechtesten. Hier kann davon ausgegangen werden, dass der Leidensdruck, der durch eine Aphasie auftreten kann, anders eingeschätzt wird. Angehörige gehen davon aus, dass eine leichte Aphasie nur mäßige Beeinträchtigungen beim Betroffenen hervorrufen. Zudem haben Angehörige den Blick von außen auf die Aphasiker und sehen bei schweren Aphasien die tatsächlichen Probleme in der täglichen Kommunikation.

Der U-Test nach Mann und Whitney sollte Aufschluss darüber geben, ob es einen Einfluss auf die Lebensqualität gibt, wenn die Betroffenen aufgeklärt sind oder nicht. Bei dieser Analyse, konnte, wie auch bei den Vorhergegangenen kein signifikanter Unterschied ($p = 0{,}287$) festgestellt werden (siehe Kapitel 4.6.2. Einfluss auf die Lebensqualität bei Aufklärung über die Aphasie). In der vorliegenden Studie lag zum Zeitpunkt der Datenerhebung der Beginn der Aphasie im Schnitt 5,3 Jahre zurück, weshalb davon ausgegangen werden muss, dass in der Zwischenzeit eine Aufklärung auf unterschiedlichem Wege stattgefunden haben wird. Dies könnte dazu führen, dass in der Analyse kein Einfluss nachweisbar war.

5.2. Methodischer Rückblick

Um die Fragestellungen dieser Studie zu beantworten wurde mit den Probanden zunächst eine Kurzanamnese durchgeführt und im Anschluss der Token-Test aus dem AAT und die SAQOL-39. Da durch dieses Vorgehen die Ergebnisse ermittelt wurden, mit welchen die Fragestellungen beantwortet werden konnten, stellte sich diese Vorgehensweise als gut heraus. Schwierigkeiten gab es jedoch in der Durchführung. So ergab es sich, dass mit einigen Probanden der Token-Test und die SAQOL-39 ohne Pause hintereinander durchgeführt wurden. Dadurch konnte nicht ausgeschlossen werden, dass bei manchen Probanden ein Ermüdungseffekt vorlag. Einige Probanden wurden im Rahmen eines Seminars des Bundesverbandes für die Rehabilitation der Aphasiker befragt und untersucht. Dabei ergab sich das nicht zu vermeidende Problem, dass die Untersuchung auch zwischen Programmpunkten stattfand. Dieses Vorgehen war jedoch nicht für alle Teilnehmer problematisch und trotz der möglichen Ermüdung konnten alle Probanden an der Untersuchung teilnehmen und ohne Probleme oder sichtbare Einschränkungen beenden.

Die Fragestellung konnte beantwortet werden und die Fragestellungen schließen sich logisch an die bestehende Literatur an. Es kann durch diese vor allem das Ziel dieser Studie beantwortet werden. Zusätzlich hätte jedoch noch eine Fragestellung darüber aufgestellt werden können, welche Faktoren die Lebensqualität beeinflussen. In der vorliegenden Studie wird zu diesem Aspekt Bezug genommen, eine eigens für diesen Aspekt aufgestellte Fragestellung gibt es jedoch nicht.

Die aufgestellten In- und Exklusionskriterien dieser Studie schließen sich ebenfalls an die vorliegende Literatur an. So werden die Probanden ausgeschlossen, welche bei der Studie von Hilari, Owen und Farrelly (2007) ebenfalls eliminiert wurden. Ein Vergleich zwischen der hier vorliegenden Studie und der bereits bestehenden Studie kann somit gezogen werden.

Die SAQOL-39, welche bereits in der Studie von Hilari, Owen und Farrelly (2007) verwendet wurde, wurde von Aphasikern, Angehörigen und Untersuchern teilweise sehr kritisch eingeschätzt. So gaben Angehörige und Aphasiker die Rückmeldung, dass die Fragen teilweise unverständlich waren oder nicht zutrafen und somit für sie unklar war, wie sie antworten sollten. Zudem führte es bei den Probanden zu Verwirrungen, da sich nach einigen Fragen das Schema der Beurteilung änderte. So ist zu Beginn des Fragebogens auf der linken Seite *unmöglich* und auf der rechten Seite *keine Schwierigkeiten* angeordnet und zum Ende auf der linken Seite *völlig zutreffend* und auf der Rechten *völlig unzutreffend* vorzufinden. Die Probanden gaben die Rückmeldung, dass eine einheitliche Codierung bezogen auf die Seiten leichter zu verstehen gewesen wäre. So wäre es besser wenn *unmöglich* und *völlig unzutreffend* durchgehend auf einer Seite gestanden hätten und *keine Schwierigkeiten* und *völlig zutreffend* durchgehend auf der anderen Seite. Diese Codierung stellte auch für die Untersucher ein Problem dar. Zusätzlich beobachteten diese, dass der Fragebogen nicht für jeden Schweregrad der Aphasie geeignet sei. So war es problematisch, dass Probanden durch die SAQOL-39 auf ihre Defizite hingewiesen wurden, was teilweise zu emotionalen Reaktionen führte.

5.3. Klinische Relevanz

Die Ergebnisse dieser Studie sind dahingehend relevant, dass die Therapie für die Betroffenen und die Beratung der Angehörigen angepasst werden kann.

Es ergibt sich aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht nur ein Nutzen für die Therapie von Aphasikern, sondern auch ein Nutzen für die Angehörigen. Es wurde festgestellt, dass die Angehörigen die Lebensqualität der Aphasiker schlechter einschätzen als die Betroffenen selbst. Aufgrund dessen ist es wichtig die Angehörigen zu beraten. Es kann mit dem Angehörigen besprochen werden, wie sich der Betroffene einschätzt und in welchen Bereichen es Differenzen in der Einschätzung gibt. Der Kontakt zwischen dem Angehörigen und dem Betroffenen kann durch das verbesserte Verständnis über die empfundenen

Einschränkungen des Aphasikers verbessert werden. Kann der Kontakt zwischen diesen beiden Personen verbessert werden, kann wiederum eine Verbesserung in der Lebensqualität stattfinden.

Anhand der SAQOL-39 kann subjektiv bewertet werden, wie stark die Betroffenen die Einschränkungen in der Lebensqualität empfinden. Durch die Bewertung auf einer Skala von 1 bis 5 kann eine Aussage darüber getroffen werden, ob der Betroffene starke Einschränkungen in der Lebensqualität empfindet (Bewertung mit 1), große (Bewertung mit 2), mäßige (Bewertung mit 3), geringe (Bewertung mit 4) oder keine Einschränkungen (Bewertung mit 5) empfindet. Dieses Ergebnis liefert dem Therapeuten wichtige Informationen. Die Therapie kann so auf die Verbesserung der Lebensqualität angepasst werden. Der Therapeut erhält anhand der SAQOL-39 genaue Werte darüber, in welchen Domänen der Betroffene seine Lebensqualität als eingeschränkt empfindet und kann dementsprechend mit dem Patienten in diesen Bereichen arbeiten. Durch die Einschätzung darüber, in welchen Domänen der Lebensqualität Einschränkungen vorliegen, kann zudem der Bezug zur ICF hergestellt. Es werden dadurch die Einschränkungen in der Lebensqualität nicht als bloße Störung beurteilt, sondern die Verbindung zu einem Konstrukt aus bio-psycho-sozialen Faktoren hergestellt. Die Therapie kann dahingehend spezifiziert werden.

Wie beschrieben ergibt sich aufgrund der hier vorliegenden Ergebnisse einen Nutzen für den Angehörigen und den Betroffenen. Dieser Nutzen resultiert jedoch vor allem daraus, dass der behandelnde Therapeut die Therapie anpassen bzw. den Angehörigen beraten kann. Dies zeigt, dass es auch einen Nutzen für den Therapeuten gibt. Dieser ergibt sich dadurch, dass die Behandlung des Patienten, durch die Transparenz in der Einschätzung der Lebensqualität, erleichtert wird.

5.4. Empfehlungen für Folgestudien

In weiterführenden Studien würde eine größere Stichprobe ermöglichen die Beziehung zwischen den Aphasikern und ihren Angehörigen detaillierter zu beschreiben. Dies bedeutet, dass eine Generalisierbarkeit dahingehend hergestellt werden könnte, wie häufig die Paare sich sehen oder in welcher Verbindung sie zueinander stehen. Es könnte erfasst werden, ob beispielsweise Angehörige, welche miteinander verheiratet sind, den Betroffenen anders

bewerten, als Paare welcher in einer Eltern-Kind-Beziehung zueinander stehen. Zusätzlich könnte bei einer größeren Stichprobe unterschieden werden, ob sich die Einschränkungen der Lebensqualität bei einem Unterschiedlichen Schweregrad der Aphasie verändern. Dies wurde in der vorliegenden Studie zwar auch untersucht, jedoch wurde der Schweregrad nicht von Fachleuten erhoben. Dies sollte in einer Folgestudie jedoch geschehen. Es konnte bereits festgestellt werden, dass die Übereinstimmung bei einer schweren oder leichten Aphasie eher gegeben sind, als bei einer mittleren Aphasie (Sprangers & Aaronson, 2002). Diese Studie bezieht sich allerdings nicht auf die SAQOL-39.

In folgenden Studien könnte nicht nur ein Vergleich zwischen den verschiedenen Schweregraden der Aphasie hergestellt werden, sondern auch ein Vergleich zwischen der akuten, postakuten und chronischen Phase einer Aphasie. Ein Probandenpaar könnte somit direkt nach dem Ereignis befragt werden, anschließend in der postakuten Phase und abschließend in der chronischen Phase. In solch einer Längsschnittstudie kann die Veränderung in der Beurteilung der Lebensqualität hergestellt werden und eine Aussage darüber getroffen werden, ob Angehörige und Betroffene die Lebensqualität in den verschiedenen Phasen unterschiedlich voneinander beurteilen.

Eine Studie von Engell, Ewang, Huber und Rohde (2000) zeigt, dass sich die Lebensqualität durch intensive logopädische Therapie verbessern kann. In einer weiteren Studie könnte dieses Ergebnis konkret auf Aphasiker übertragen werden und mittels der SAQOL-39 überprüft werden. So wäre es möglich die SAQOL-39 vor und nach der logopädischen Therapie durchzuführen um im Anschluss die Ergebnisse zu vergleichen.

6. Literaturverzeichnis

Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation.* Heidelberg: Springer Medizinverlag.

Bowling, A. (2002). Measuring Disease. *Journal of Advanced Nursing*, *37*(2), 219.

Bullinger, M. (2014). Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin - Entwicklung und heutiger Stellenwert. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *708*(2-3), 97-103.

Cherney, L. R., & Small, S. L. (2009). Aphasia, Apraxia of Speech, and Dysarthria. *Stroke Recovery & Rehabilitation*, 155-181.

Corsten, S., Konradi, J., Schimpf, E. J., Hardering, F., & Keilmann, A. (2014). Improving quality of life in aphasia—Evidence for the effectiveness of the biographic-narrative approach. *Aphasiology, 28*(4), 440-452.

Cruice, M., Worrall, L., & Hickson, L. (2010). Health-related quality of life in people with aphasia: Implications for fluency disorders quality of life research. *Journal of Fluency Disorders, 35*, 173-189.

DGN. (2008). Leitlinien Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall.

Endres, M. (2012). *Deutsche Gesellschaft für Neurologie*, [online]. Available http://www.dgn.org/pressemitteilungen/schlaganfall-haeufiger-bei-jungen-menschen.html?q=anzahl+schlaganfall [2014, September 21].

Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of Life: its definition and measurement. *Research in Development Disabilities, 16*, 51-74.

Fotiadou, D., Northcott, S., Chatzidaki, A., & Hilari, K. (2014). Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect a person's social relationships? *Aphasiology*, *28*(11), 1281–1300.

Goodwin, C. J. (2009). *Research In Psychology: Methods and Design.* Hoboken: John Wiley&Sons.

Grötzbach, H., Hollenweger Haskel, J., & Iven, C. (2014). *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie - Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis.* Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Grouven, U., Bender, R., Ziegler, A., & Lange, S. (2007). Der Kappa-Koeffizient. *Deutsche medizinische Wochenschrift, 132*, e65-e68.

Gruber-Herbich, F., & Schulz, T. (Mai 2007). *Individuelle Lebensqualität - ein Leben lang. Überprüfung der inhaltlichen Relevanz und Anwendbarkeit des "Quality of Life Profil Seniors Version" im deutschen Sprachraum.* Bachelorarbeit im Fachbereich Ergotherapie an der Hogeschool Zuyd, Heerlen.

Grundwald, G., & Hempelmann, B. (2011). *Angewandte Marktforschung - Eine praxisorientierte Einführung.* München: Oldenbourg Verlag.

Hilari, K., & Byng, S. (2009). Health-related quality of life in severe aphasia. *International Journal of Language and Communivation Disorders, 44,* 193-205.

Hilari, K., & Nothcott, S. (2006). Social support in people with chronic aphasia. *Aphasiology, 20*(1), 17-36.

Hilari, K., Byng, S., Lamping, D., & Smith, S. (2003). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): evaluation of acceptability, reliability, and validity. *Stroke, 34,* 1944-1950.

Hilari, K., Needle, J., & Harrison, K. L. (2012). What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 93,* 86-95.

Hilari, K., Owen, S., & Farelli, S. J. (2007). Proxy and self-report agreement on the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39. *Journal of Neorology Neurosurgery Psychiatry, 78,* 1072-1075.

Huber, W., Poeck, K., Weniger, D., & Willmes, K. (1983). *Aachener Aphasietest.* Göttingen: Hogrefe.

Huber, W., Poek, K., & Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie.* (L. Springer, & D. Schrey-Dern, Hrsg.) Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Kohlmann, T. (2014). Messung von Lebensqualität: So einfach wie möglich, so differenziert wie nötig. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*(108), 104-110.

Le Dorze, G., Salois-Bellerose, É., Alepins, M., Croteau, C., & Hallé, M.-C. (2014). A description of the personal and environmental determinants of participation several years post-stroke according to the views of people who have aphasia. *Aphasiology, 28*(4), 421-439.

Lucot, C., Koleck, M., Lauent, K., Darrigrant, B., Bordes, J., Joseph, P.-A., . . . Mazaux, J.-M. (2013). Quality of life in stroke patients with aphasia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 56s,* S. e42-e46.

Manders, E., Dammekens, E., Leemans, I, Michiels, & K. (2010). Evaluation of quality of life in people with aphasia using a Dutch version of the SAQOL-39. *Disability and Rehabilitation, 32,* 173-182.

Mazaux, J.-M., Lagadec, T., Panchoa De Sèze, M., Zongo, D., Asselineau, J., Douce, E., . . . Darrigrand, B. (2013). Communication Activity in Stroke Patients with Aphasia. *Journal of Rehabilitation and Medicine, 45,* 341-346.

Nätterlund, B. (2010). Being a close relative of a person with aphasia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 17*(1), 18-28.

Northcott, S., & Hilari, K. (2011). Why do people lose their friends after a stroke? *International Journal of Communication Disorders, 46*(5), 524-534.

Oczokowski, C. O. (2010). Reliability of Proy Respondents for Patients With Stroke: A Systematic Review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 19*(5), 410-416.

Reeve, B. B., Wyrich, K. W., Wu, A. W., Velikova, G., Terwee, C. B., Snyder, C. F., . . . Feeny, D. (2013). ISOQOL recommends minimum standards for patient-reported outcome measures used in patient-centered outcomes and comparative effectiveness research. *Quality of Life Research, 22*(8), 1889-1905.

Renneberg, B., & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In B. Renneberg, & P. Hammelstein, *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Rentsch, H. P., & Bucher, P. O. (2006). *ICF in der Rehabilitation - Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag.* (J. Tesak, Hrsg.) Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Schindelmeiser, J. (2007). *Neurologie für Sprachtherapeuten* . München: Elsevier Urban & Fischer.

Schneider, B., Wehmeyer, M., & Grötzbach, H. (2011). *Aphasie - Wege aus dem Sprachdschungel.* Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Siems, W., Bremer, A., & Przyklenk, J. (2009). *Allgemeine Krankkheitslehre für Physiotherapeuten.* Heidelberg: Springer-Verlag.

Sjöqvist Nätterlund, B. (2010). A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2*, 117-129.

Sprangers, M., & Aaronson, N. (2002). The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a review. *Journal of Clinical Epidemiology, 7*, 743-760.

Stiegert, J., & Schütz, S. (2013). Leben mit einer Aphasie - krankheitsverarbeitende Prozesse als Weg zu einer verbesserten Lebensqualität. *Aphasie und verwandte Gebiete*(2), 28-53.

Tesak, J. (2006). *Einführung in die Aphasiologie.* (L. Springer, & D. Schrey-Dern, Hrsg.) Stuttgart: Gerog Thieme Verlag KG.

Weinfurt, K. P., Trucco, S. M., Willke, J, R., Schulman, & A, K. (2002). Measuring agreement between patient and proxy responses to multidimensional health-related quality-of-life measures in clinical trials: An application of psychometric profile analysis. *Journal of Clinical Epidemiology, 55*, 608-618.

WHO. (1995). The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1403-1409.

7. Anhang

7.1.Kurzanamnese

Angaben zum Betroffenen

Name_____

Alter_____

Wohnort_____

1. Leben Sie
   - ○ Alleine
   - ○ Mit dem Ehepartner
   - ○ In einer Einrichtung
   - ○ Sonstiges _____

     _____
2. Welchen Beruf haben Sie ausgeübt?

_____

3. Was mussten Sie aufgrund des Schlaganfalls aufgeben (z.B. Beruf, Hobbys o.ä.)?

_____

_____

4. Wie viele Schlaganfälle hatten Sie bisher?

_____

   - ○ Wann waren diese?

_____

5. Datum des Schlaganfalls aus dem die Aphasie entstanden ist

_____

6. Zeitpunkt der Feststellung der Aphasie

_____

7. Durch wen wurde die Aphasie festgestellt?
    - ○ Arzt
    - ○ Logopäde
    - ○ Sonstige Sprachtherapeuten
    - ○ Selbstdiagnose
    - ○ Sonstige

8. Schweregrad der Aphasie (ärztliche oder logopädische Diagnose)
    - ○ Leicht
    - ○ Mittel
    - ○ Schwer

9. Welche sprachlichen Auffälligkeiten sind vorherrschend?

    _____

    _____

10. Wurden Sie über die Aphasie aufgeklärt?
    - ○ Nein
    - ○ Ja

    Durch wen?_____

11. Besteht eine der folgenden Erkrankungen?

Erkrankung	Ja	Nein
○ Hörstörung o Hörgerät		
○ Sehstörung o Brille		
○ Lähmungen o Welche Extremität (en)?		
○ Bluthochdruck		
○ Diabetes		
○ Rheuma		
○ Demenz		
○ Depression		
○ Sonstige		

12. Welche Medikamente werden eingenommen?

_____

13. Wurden Sie bereits logopädisch behandelt?

_____

14. In welchem Bereich wurde in der Therapie gearbeitet?

_____

15. Gibt es noch weitere Therapien?
    - ○ Nein
    - ○ Ja

      Welche?_____

_____

16. Sind Sie in der Aphasieselbsthilfegruppe Mitglied?
    - ○ Nein
    - ○ Ja, seit_____

Angaben zu den Angehörigen

Name_____

Alter_____

1. In welcher Verbindung stehen Sie zueinander?
    - ○ Ehepartner/Lebensgefährte
    - ○ Eltern-Kind
    - ○ Sonstiges_____

2. Wohnen Sie zusammen mit dem Betroffenen?
    - ○ Nein
    - ○ Ja

    2.1. Wohnen noch weitere Personen in dem Haushalt?
    - ○ Nein
    - ○ Ja

      Wer?_____

3. Wie häufig haben Sie Kontakt zu dem Betroffenen?
    - ○ Täglich
    - ○ Zwei- oder mehrmals wöchentlich
    - ○ Einmal wöchentlich
    - ○ Seltener als einmal in der Woche

4. Wurden Sie über das Störungsbild Aphasie aufgeklärt?
    - ○ Nein
    - ○ Ja

        Durch wen?_____

7.2. Übersicht über die Ergebnisse der gewichteten Kappa-Analyse

Item ID	Frage	Korrelations-koeffizient
	Wie viel Schwierigkeiten hatten Sie…	
SV1	…beim Essen zubereiten?	κ_w = 0,529
SV4	…beim Anziehen?	κ_w = 0,743
SV5	…ein Bad zu nehmen oder zu duschen?	κ_w = 0,508
M1	…beim Gehen?	κ_w = 0,872
M4	…das Gleichgewicht zu halten beim Bücken oder Strecken?	κ_w = 0,553
M6	…beim Treppen steigen?	κ_w = 0,776
M7	…beim Gehen ohne Pause oder …den Rollstuhl zu benutzen ohne Pause?	κ_w = 0,314
M8	…beim Stehen?	κ_w = -0,048
M9	…von einem Stuhl aufzustehen?	κ_w = 0,675
A1	…tägliche Hausarbeiten zu erledigen?	κ_w = 0,206
A2	…angefangene Tätigkeiten zu beenden?	κ_w = -0,042
OE1	…beim Schreiben oder Tippen? D.h. mit der Hand?	κ_w = 0,561
OE2	…beim Socken anziehen?	κ_w = 0,773
OE4	…Knöpfe zuzumachen oder zu öffnen?	κ_w = 0,382
OE5	…einen Reißverschluss zu schließen oder aufzumachen?	κ_w = 0,589
OE6	…eine Dose zu öffnen?	κ_w = 0,564
S2	…beim Sprechen?	κ_w = 0,563
S3	…deutlich genug zu sprechen um zu telefonieren?	κ_w = 0,446
S5	…andere Personen Sie verstehen?	κ_w = 0,150
S6	…die richtigen Worte zu finden?	κ_w = 0,215
S7	…dass andere Personen Sie verstehen, obwohl Sie sich bereits wiederholten?	κ_w = 0,476
	Haben Sie…	
K4	…Dinge aufschreiben müssen um sie sich merken zu können?	κ_w = 0,544
K5	…es schwer gefunden Entscheidungen zu treffen?	κ_w = 0,402
P1	…sich gereizt gefühlt?	κ_w = 0,587
P3	…gefühlt, dass sich Ihre Persönlichkeit verändert hat?	κ_w = 0,588
ST2	…sich mutlos im Hinblick auf die Zukunft gefühlt?	κ_w = 0,634
ST3	…kein Interesse an anderen Leuten oder Tätigkeiten gehabt?	κ_w = 0,507
ST6	…sich ausgegrenzt von anderen Leuten gefühlt?	κ_w = 0,496
ST7	…wenig Selbstvertrauen gehabt?	κ_w = 0,689
A2	…sich die meiste Zeit müde gefühlt?	κ_w = 0,662
A3	…im Verlauf des Tages oft halten und pausieren müssen?	κ_w = 0,336
A4	…zu müde gefühlt um etwas zu machen was sie gerne machen wollten?	κ_w = 0,868
ST7	…sich als Last für Ihre Familie empfunden?	κ_w = 0,296
SFS9	…Ihre Sprachprobleme als Behinderung ihres Familienlebens empfunden?	κ_w = 0,560
PL1	…weniger das Haus verlassen als Sie es gerne wollten?	κ_w = 0,689
PL4	…Ihre Hobbies und Freizeitaktivitäten vernachlässigt?	κ_w = 0,584

PL5	…Ihre Freunde weniger oft getroffen, als Sie es gerne wollten?	κ_w = 0,511
PS7	…Ihr körperliches Befinden als Behinderung Ihres sozialen Lebens empfunden?	κ_w = 0,255
SFS8	…Ihre Sprachprobleme als Behinderung Ihres sozialen Lebens empfunden?	κ_w = 0,615