
Bachelorarbeit

Mediziner in Interaktion mit Menschen mit Aphasie:

*Wie verläuft die Kommunikation zwischen Mediziner*innen und Menschen mit einer Aphasie auf Stroke Units in NRW?*

Vorgelegt von: Linda Kann (1101196)

Isabelle Schemmer (1143808)

Schulische Begleitung: Ruth Dalemans

Datum: 08.06.2015

© Alle Rechte sind vorbehalten. Nichts aus dieser Ausgabe darf in einer automatischen Datendatei vervielfältigt oder gespeichert werden, oder in jeglicher Form oder Art und Weise veröffentlicht werden, sei es durch elektronisch mechanische Mittel, durch Fotokopien, Aufnahmen oder durch jegliche andere Form, ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Zuyd Hogeschool.

© Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd of opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Zuyd Hogeschool.

Personenangaben

1. Linda Kann
Mauerstraße 95
52064 Aachen
Mobil: 0151 211 238 55
Mail: 1101196kann@zuyd.nl

2. Isabelle Schemmer
Vaalser Straße 74
52064 Aachen
Mobil: 0160 905 399 92
Mail: 11436808schemmer@zuyd.nl

Danksagung

Wir möchten uns gerne bei allen bedanken, die uns bei der Durchführung unserer Bachelorarbeit unterstützt haben.

Ein großer Dank geht an die **teilnehmenden Kliniken** und deren **Medizinern**, sowie den jeweiligen **Kontaktpersonen**, ohne deren Hilfe die Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Ein weiterer Dank geht an unsere Dozentin **Ruth Dalemans**, die uns stets als kompetente Begleiterin zur Seite stand. Für die gute Zusammenarbeit und das hilfreiche Feedback möchten wir uns ebenfalls bei unseren **Kommilitonen** bedanken.

Für die Hilfe bei statistischen Fragen möchten wir uns bei **Dr. Bruno Fimm** und **Prof. Klaus Wilmes** bedanken.

Des Weiteren möchten wir uns bei **Juliane Klann** bedanken, die unsere Arbeit als externe Begleiterin zu bewerten.

Zuletzt gilt ein großer Dank unseren **Familien und Freunden**, die uns während des Studiums immer unterstützt haben und in schwierigen Zeiten immer an unsere Seite waren. Ihre Unterstützung und Liebe haben einen großen Teil zum erfolgreichen Gelingen des Studiums beigetragen.

Inhalt

1. Zusammenfassung.....	9
2. Einleitung	4
3. Theoretischer Hintergrund.....	8
3.1. Aphasie.....	8
3.1.1. Definition.....	8
3.1.2. Symptome einer Aphasie.....	8
3.1.3. Verlaufsphasen	9
3.1.3.1. Akutphase	10
3.1.4. Klassifikation nach dem Ellis & Young Model (1995)	11
3.2. Kommunikation.....	11
3.2.1. Definition.....	11
3.2.2. Bedeutung der Kommunikation für Menschen mit Aphasie und ihr Umfeld.....	12
3.3. Medizinstudium.....	13
3.4. Stroke Unit	13
3.4.1. Ärztliche Behandlung auf der Stroke Unit	14
3.5. ICF.....	14
3.5.1. ICF in der Aphasierehabilitation	15
4. Methode.....	17
4.1. Fragestellung	17
4.2. Zielsetzung	17
4.3. Population und Stichprobenbildung	18
4.3.1. Einschlusskriterien	18
4.3.2. Stichprobengröße.....	19
4.3.3. Werben von Teilnehmern	20
4.4. Durchführung	20
4.4.1. Observation	20
4.4.2. Selbsteinschätzung	21
4.4.3. Wissensprüfung	22
4.4.4. Zufriedenheit der Patienten	22
4.4.5. Materialien.....	22
4.4.6. Teilnahme & Anonymität.....	23
4.5. Ablauf.....	23
4.6. Datenanalyse	24
4.6.1. Datenpräparation	24

4.6.2.	Datenauswertung	25
4.6.2.1.	Observationen/ Selbsteinschätzung	25
4.6.2.2.	Abweichungen zwischen Observation und Selbsteinschätzung	25
4.6.2.3.	Wissensprüfung	25
4.6.2.4.	Korrelation Wissensprüfung und Kommunikationsweise	26
4.6.2.5.	Zufriedenheit Patienten	26
4.6.2.6.	Gruppenspezifische Unterschiede	26
4.6.2.7.	Datenvergleich Vorgängerstudien	27
4.7.	Hypothesen	27
4.7.1.	Vergleich der vier Unterpunkte	27
4.7.2.	Gruppenspezifische Unterschiede	28
4.7.3.	Vergleich zwischen den Berufsgruppen	29
5.	Resultate	31
5.1.	Zusammensetzung der Stichprobe	31
5.2.	Kommunikation der Mediziner und ihre Selbsteinschätzung	32
5.2.1.	Itemniveau	32
5.2.2.	Kategorieniveau	35
5.2.3.	Gesamte Kommunikation	36
5.3.	Wissensprüfung	37
5.3.1.	Korrelation Wissensprüfung und Kommunikation	38
5.4.	Zufriedenheit der Patienten	39
5.5.	Gruppenunterschiede	40
5.5.1.	Berufserfahrung	40
5.5.1.1.	Berufserfahrung und Kommunikation	40
5.5.1.2.	Berufserfahrung und Wissensprüfung	41
5.5.1.3.	Berufserfahrung und Zufriedenheit des Patienten	42
5.5.2.	Aphasiefortbildung	42
5.6.	Vergleich zwischen Mediziner, Physiotherapeuten und Pflegepersonal	43
5.6.1.	Vergleich der Kommunikation	43
5.6.1.1.	Itemniveau	43
5.6.1.2.	Kategorieniveau	46
5.6.1.3.	Gesamte Kommunikation	47
5.6.2.	Abweichungen zwischen Observation und Selbsteinschätzung	48
5.6.2.1.	Itemniveau	49
5.6.2.2.		50

5.6.2.2.	Kategorieniveau.....	51
5.6.2.3.	Gesamte Kommunikation.....	51
5.6.3.	Vergleich der Wissensprüfung	52
5.6.4.	Qualitative Ergebnisse.....	53
6.	Diskussion	55
6.1.	Diskussion der Ergebnisse bezugnehmend auf fachliche Literatur	55
6.1.1.	Kommunikative Fähigkeiten	55
6.1.2.	Fachkenntnisse der Mediziner.....	57
6.1.3.	Gruppenspezifische Unterschiede	58
6.1.4.	Vergleich zwischen den Berufsgruppen.....	59
6.2.	Klinische Relevanz.....	62
6.3.	Methodische Mängel	64
6.3.1.	Observationsformular	64
6.3.2.	Wissensprüfung	65
6.3.3.	Unterschiede aphasischer Symptome	66
6.4.	Evaluation der Durchführung.....	66
6.4.1.	Werben von Studienteilnehmern	67
6.4.2.	Stichprobengröße.....	67
6.4.3.	Observation	68
6.4.4.	Ermittlung der Patientenzufriedenheit.....	68
6.4.5.	Vergleich der Berufsgruppen	69
6.5.	Forschungsausblick	69
6.6.	Schlussfolgerung	71
	Tabellenverzeichnis.....	72
	Abbildungsverzeichnis	72
	Literaturverzeichnis.....	73
	Anhang	81
	Anhang A: Literaturstudie.....	81
	Anhang B: Organisatorisches Vorgehen	83
	Anhang C: Optimale Kommunikation mit Aphasiepatienten.....	84
	Anhang D: Informationsschreiben Bachelorarbeit.....	86
	Anhang E: Teilnehmerdaten.....	88
	Anhang F: Teilnahmebestätigung/ Einverständniserklärung	89
	Anhang G: Observationsformular	91
	Anhang H: Formular zur Selbsteinschätzung.....	93

Anhang I: Wissensprüfung zum Thema Aphasie	95
.....	95
Anhang J: Formular zur Einschätzung der kommunikativen Situation für den Patienten	98
Anhang K: Einverständniserklärung Patient	99
Anhang L: Erläuterung der Bewertungsskala des Observations- formulars	101
Anhang M: Graphische Unterstützung zum Ausfüllen der Einschätzung durch den Patienten	103

1. Zusammenfassung

Deutsch

In Deutschland ereignen sich jährlich rund 270.000 Schlaganfälle, von denen ca. 30% in einer Aphasie, einer Sprachstörung infolge einer umschriebenen Hirnschädigung, enden. In der ersten Phase der Erkrankung, der akuten Phase, sind die Symptome und die damit einhergehenden psychischen Belastungen für die Betroffenen am stärksten. In dieser Phase befinden sie sich in stationärer Behandlung zumeist auf speziellen Schlaganfallstationen (Stroke Units). Zu dieser Zeit ist eine intensive ärztliche Behandlung von Nöten. Da jedoch die Kommunikationsmöglichkeiten der Patienten deutlich beeinträchtigt sind, werden die Mediziner vor besondere Herausforderungen gestellt. Aber wie gehen die Mediziner mit dieser besonderen Situation um?

Es ergab sich daher die Notwendigkeit einer Beschreibung der Interaktion zwischen Mediziner und Patienten mit einer akuten Aphasie auf Stroke Units.

Um die Kommunikation einzuschätzen, wurden vier verschiedene Aspekte überprüft. Erstens die Observation einer kommunikativen Situation, zweitens die Selbsteinschätzung der Mediziner, drittens die Überprüfung des vorhandenen Fachwissens der Mediziner mittels eines Multiple-Choice Tests und viertens die Inventarisierung der Zufriedenheit der Patienten. Da es sich bei der Studie um eine Vergleichsstudie zum Pflegepersonal (Fischer, Kimmel, & Kück, 2009) und Physiotherapeuten (Knakowski, 2014) handelt, wurden die Daten ebenfalls mit den Ergebnissen dieser Vorgängerstudien verglichen.

Aus den Resultaten wurde ersichtlich, dass die Mediziner bessere kommunikative Fähigkeiten haben als das Pflegepersonal, aber schlechtere als der Physiotherapeuten. Innerhalb der Selbstreflektion und Wissensprüfung erzielten die Mediziner insgesamt die besten Ergebnisse im Vergleich der Berufsgruppen. Eine Optimierung der Kommunikation zwischen Arzt und Patienten mit einer akuten Aphasie ist erstrebenswert.

Schlüsselwörter: Aphasie – Mediziner – Pflegepersonal – Physiotherapeuten – Kommunikation - Partizipation

Nederlands

In Duitsland ondergaan elk jaar ongeveer 270.000 mensen een CVA, ten gevolge hiervan krijgen circa 30 % afasie, een verworven taalstoornis. Gedurende de eerste fase van de ziekte, de acute fase, zijn de symptomen en daarmee de psychische belasting voor de patiënten het grootst. In deze fase bevinden zij zich meestal op een speciale afdeling voor CVA patiënten (Stroke Unit). Gedurende deze periode is er een intensieve geneeskundige behandeling nodig. Omdat de communicatievaardigheden van de patiënten in deze fase heel erg beperkt zijn wordt van de medici heel veel gevraagd.

Hieruit kwam de vraag naar voren, hoe de communicatie tussen artsen en de patiënten met afasie op deze afdelingen verloopt.

Dit werd ten eerste nagegaan aan de hand van een observatie van een communicatieve situatie, ten tweede een zelfinschatting m.b.t. de communicatie door de artsen, ten derde een multiple-choice test over het onderwerp afasie en ten vierde een inventarisatie van de tevredenheid van de patiënten. Ten slotte werden de uitkomsten met die van het verplegend personeel (Fischer, Kimmel, & Kück, 2009) en de fysiotherapeuten (Knakowski, 2014) vergeleken.

Uit de resultaten kwam dat de artsen betere communicatieve vaardigheden hadden dan het verplegend personeel maar niet zo goed waren als de fysiotherapeuten. Bij de kennistoets en de zelfreflectie tonden de artsen de beste resultaten vergeleken met de andere beroepsgroepen. Een optimalisatie van de communicatie tussen artsen en mensen met een acute afasie is wel raadzaam.

Sleutelwoorden: afasie – medici – verpleegkundige – fysiotherapeuten – communicatie - participatie

English

In Germany, about 270.000 people annually suffer from a stroke. About 30% of those resulting in aphasia, an acquired language disorder due to a defined brain damage. During the first phase of the impairment, the acute phase, the symptoms and the psychological strain of the patients are extremely high. At that time, the patients reside in clinical treatment in most cases on a special ward for stroke patients (stroke unit). In this phase there is an intensive medical treatment required. The communication problems of the patients pose a great challenge for the physicians.

Due to this information the question came up how the physicians are communicating with the patients with aphasia. A quantitative survey design was chosen to answer that question. This study included 17 participants from four hospitals in Nordrhein-Westfalen.

The answer to this question gave information about the way the participation of the patients was supported and about the way the patients' individual needs were considered. To estimate the communication, the study concentrated on four different aspects. It consisted of an observation of a communicative situation, a self-assessment of the physicians' communicative skills, a multiple choice test on aphasia and an inventory of the patients' satisfaction with the communication. Finally the results were pulled together and compared to earlier studies (Fischer, Kimmel, & Kück, 2009; Knakowski, 2014).

The results of the study reveal that the physicians' communication skills were better than the ones of the nursing staff, but not as good as the ones from the physical therapists. The knowledge over aphasia and the self-reflection of the physicians were better than the ones of the other occupational groups. An improvement of the communication between physician and patient, through a coaching or the like, is recommendable.

Keywords: aphasia – physicians - nursing staff – physical therapist – communication - participation

2. Einleitung

Nach aktuellen Berechnungen geschehen jährlich rund 270.000 Schlaganfälle in der Bundesrepublik Deutschland (Leisle, 2014). Rund 20% der Betroffenen sterben innerhalb der ersten Wochen an den Folgen des Schlaganfalls (Müller, 2012). Unter den Überlebenden tritt bei rund 30% der Patienten mit einem erstmaligen Schlaganfall initial eine Aphasie auf (Diener, 2012; Weimar & Diener, 2003). Die jährliche Inzidenz der durch einen Schlaganfall verursachten Aphasien wird auf rund 70.000 geschätzt (Pullwitt, 2012).

Aufgrund der demographischen Entwicklung in der Bevölkerung und des erhöhten Schlaganfallrisikos in der Altersgruppe ab 60 Jahren (Deutsche Schlaganfall Hilfe, 2012), ist in Zukunft mit einer Zunahme der Schlaganfälle zu rechnen (Kassner, 2012). Dementsprechend ist auch eine Zunahme der Patienten mit einer Aphasie zu erwarten.

Nach einem Schlaganfall ist es für die Regeneration des Patienten von großer Wichtigkeit, unverzüglich eine qualitativ hochwertige Behandlung zu gewährleisten, um die Folgen des Schlaganfalles für die Betroffenen zu minimalisieren (Veltkamp, 2012). Um diese optimale Versorgung der Schlaganfallpatienten zu gewährleisten, nimmt die Zahl der Schlaganfallstationen, der sogenannten Stroke Units, stetig zu (Liebtrau, et al., 2010). Dort werden die Patienten durch ein interdisziplinäres Team behandelt, das ausschließlich auf die Behandlung von Schlaganfallpatienten spezialisiert ist (Deutsche Schlaganfall Hilfe, 2014). Dieses Team, bestehend aus medizinischem, paramedizinischem und pflegendem Personal, bietet für die betroffenen Patienten eine Komplettversorgung unmittelbar nach dem Ereignis an (Busse, et al., 2013).

Eine Aphasie hat für die Betroffenen enorme Folgen und wird als eine besonders schwere Einschränkung nach einem Schlaganfall gesehen.

*„Nach meinem früheren Leben war ich tot.
Ich bin nur 45 Jahre alt geworden und muss wieder von Null anfangen.“
(Schöler, Grötzbach, & Thiel, 2002)*

Aufgrund ihrer sprachlichen Beeinträchtigungen müssen sich die Patienten oft in eine vollkommen neue kommunikative Rolle einfinden. Ohne das Medium der sprachlichen Kommunikation fühlen sich die Patienten hilflos und sind nicht in der Lage, ihre Umwelt und aktuelle Situation zu erfassen oder ihre Bedürfnisse zu äußern (Landesverband für die Rehabilitation der Aphasiker in Sachsen Anhalt, 2014). Vor allem in der Situation direkt nach einem Schlaganfall können sich die Patienten hierdurch insgesamt ausgeliefert fühlen. Durch eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient kann Vertrauen aufgebaut werden,

welches den Genesungsprozess und die Partizipationsmöglichkeiten des Patienten erhöht (Hall, Dugan, Zheng, & Mishra, 2001).

Hinzu kommt, dass bei manchen Patienten zudem die Asymmetrie des sozialen Verhältnisses zum Gesprächspartner eine Rolle bei der Kommunikation spielt. Das Gespräch mit einem Therapeuten fällt ihnen beispielsweise oftmals leichter als das mit einem Arzt (Glindemann, Ziegler, & Kilian, 2002).

Da die Patienten nach einem Schlaganfall allerdings oft eine Vielzahl an Untersuchungen und Therapien durchlaufen und hierbei mit verschiedenem medizinischem und paramedizinischem Personal in Kontakt kommen, ist es von essentieller Bedeutung, dass das betreffende Personal in der Akutphase die Patienten kommunikativ unterstützt, um eine erfolgreiche Teilhabe am klinischen Alltag zu ermöglichen und Missverständnissen vorzubeugen (Weimar & Diener, 2003).

Insbesondere Mediziner haben die Aufgabe, wichtige medizinische Informationen zu übermitteln, die vom Patienten korrekt verstanden werden müssen. Durch eine gestörte Kommunikation kann sich der Patient verunsichert und unwohl fühlen, was das Verhältnis zwischen Arzt und Patient angeht (Faller, 2012). Mitunter kann eine gestörte Kommunikation im späteren Verlauf zu gesundheitsschädlichen, wenn nicht sogar lebensgefährlichen Missverständnissen führen, wenn beispielsweise Anweisungen, was das Einnehmen von Medikamenten oder dergleichen betrifft, falsch verstanden werden. Oft sind die Gespräche, die in dem Kontext einer medizinischen Beratung geführt werden, sprachlich auf einem komplexen Niveau (Faller, 2012). Durch den spezifischen Wortschatz und die Komplexität der Inhalte fühlen sich viele Patienten überfordert. Als Folge passiert es häufig, dass medizinisches und therapeutisches Personal häufig über den Kopf des Patienten hinweg sprechen und ihn nicht mit in das Gespräch einbeziehen. Hierdurch verlieren die Patienten ein großes Maß an Selbstständigkeit und Selbstbewusstsein (Glindemann, Ziegler, & Kilian, 2002). Die allgemeinen Probleme in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient werden durch eine vorhandene Sprachstörung des Patienten noch verstärkt.

Mithilfe eines adäquaten kommunikativen Verhaltens kann die Kommunikation optimiert werden (<http://www.patientprovidercommunication.org/> [2014, Mai 04]). An diesem Punkt setzt dann das Fachgebiet der Logopädie an. Da Logopäden sich vor allem durch ihre Expertise in der Kommunikation mit Patienten mit Sprach- und Sprechstörungen auszeichnen, wäre es durchaus möglich, dieses optimale kommunikative Verhalten im Rahmen einer Schulungsmaßnahme oder ähnlichem der betreffenden Berufsgruppe näher zu bringen (Thelen, Rausch, & Beudert, 2014).

Um feststellen zu können, ob eine solche Schulungsmaßnahme sinnvoll ist, ist es zunächst wichtig zu untersuchen, inwiefern sich die Mediziner auf den Stroke Units der problematischen Kommunikation bewusst sind und mit dieser Problematik umgehen. Daher befasst sich diese Bachelorarbeit mit dem Kommunikationsverhalten von Medizinern gegenüber Menschen mit einer akuten Aphasie. Die Fragestellung dieser Studie wurde bereits mit verschiedenen anderen Berufsgruppen (Fischer, Kimmel, & Kück, 2009; Knakowski, 2014) durchgeführt. Da jedoch auch das medizinische Personal eine wichtige Rolle in der Versorgung von Schlaganfallpatienten mit einer Aphasie spielt, soll in dieser Bachelorarbeit das kommunikative Verhalten dieser Berufsgruppe ebenfalls untersucht und mit den anderen verglichen werden, um die Qualität der Versorgung von Patienten mit Aphasie in Deutschland in allen Bereichen besser einschätzen und gegebenenfalls verbessern zu können. Der Punkt der Kommunikation zwischen Arzt und Patient wird in der Literatur zwar beleuchtet, jedoch wird sich vor allem auf die Kommunikation im Allgemeinen beschränkt, während Patienten mit einer sprachlichen Beeinträchtigung oftmals außen vor gelassen werden (Löning, 1993; Hoefert, Ärztliches Kommunikationsverhalten, 2008).

Die Studie bezieht sich auf Patienten mit einer Aphasie in der akuten Phase, da in dieser Phase, so kurz nach dem Auftreten der neurologischen Erkrankung, eine optimale medizinische und psychologische Betreuung der Patienten aufgrund der veränderten Lebenslage, besonders wichtig ist. Die Patienten fühlen sich in dieser Phase oft hilflos und ihrer Identität beraubt (Shadden, Hagstrom, & Koski, 2008). Neben den wichtigen medizinischen Belangen müssen auch oft für die Patienten schwierige Informationen adäquat vermittelt werden (Fallowfield & Jenkins, 2004). Eine adäquate Kommunikation mit den Patienten ist darum von größter Wichtigkeit um zu verhindern, dass sie vollkommen in die Isolation fallen und sich in sich selbst zurückziehen (Glindemann, Ziegler, & Kilian, 2002). Wie die Patienten selbst die Kommunikation in dieser Phase empfinden wurde in der Literatur noch nicht untersucht. Bei einer Befragung der Angehörigen stellte sich jedoch bereits heraus, dass hier eine gewisse Unzufriedenheit herrscht (Azoulay, et al., 2000).

Die Fragestellung, die sich daher im Interesse der Patienten für unsere Bachelorarbeit ergibt, lautet:

Wie verläuft die verbale und non-verbale Kommunikation im Kontakt zwischen Medizinern und Patienten mit einer akuten Aphasie auf neurologischen Stationen/ Stroke Units?

Das Ziel dieser Studie ist die Inventarisierung des kommunikativen Verhaltens von Mediziner*innen im Kontakt mit Menschen mit einer akuten Aphasie auf neurologischen Stationen in NRW.

Um diese Zielsetzung erreichen zu können, werden in der Studie vier Punkte untersucht:

1. Die Observation einer kommunikativen Situation zwischen Arzt und Patient durch die Studienleiter.
2. Die Selbsteinschätzung der Mediziner bezüglich ihrer Kommunikation.
3. Die Wissensprüfung zum Thema Aphasie.
4. Die Inventarisierung der Zufriedenheit der Patienten.

Anschließend sollen die Ergebnisse einen Vergleich innerhalb der Berufsgruppe anhand der Parameter Berufserfahrung und absolvierter Fortbildungen ermöglichen. Zum Abschluss werden diese Resultate mit denen der Vorgängerstudien verglichen. Dieser Vergleich ermöglicht es zu ermitteln, bei welchen Disziplinen noch Förderungsbedarf in der Kommunikation besteht und wie das kommunikative Verhalten der Mediziner im Vergleich zu anderen Berufsgruppen zu bewerten ist. Durch die Studie können die Logopäden ihre Expertise transparent machen und die Kommunikation der Mediziner beispielsweise mit Hilfe eines Trainings verbessern. Somit wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit gefördert und eine Optimierung der Beziehung zwischen Arzt und Patient ermöglicht (Shilling, Jenkins, & Fallowfield, 2003).

Im folgenden Kapitel wird der theoretische Hintergrund der Studie, durch Informationen rund um Aphasie, ICF, Kommunikation und Mediziner, beschrieben. Anschließend wird in Kapitel vier die Methodik näher erläutert, bevor sich Kapitel fünf mit den Ergebnissen der Studie befasst. Zum Schluss folgt die Diskussion der erhobenen Resultate.

3. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden zunächst die grundlegenden Begrifflichkeiten der Arbeit wie Aphasie, Kommunikation, Medizin und „International Classification of Funktion, Disability and Health“ (ICF) erläutert. Dadurch wird eine einheitliche Wissensbasis für alle Leser/Innen geschaffen, die dem besseren Verständnis dient.

3.1. Aphasie

Zu Beginn ist es von Bedeutung, das Störungsbild der Aphasie genauer zu definieren, um die sprachlichen Beeinträchtigungen der Patienten besser verstehen und in der Folge hierauf adäquat reagieren zu können. Der Begriff Aphasie ist ein aus dem Griechischen abgeleitetes Wort und besteht aus den beiden Teilen „a“ für „fehlend“ und „phasie“ für „Sprache“. Rein nach der Wortbedeutung ist diese Übersetzung jedoch irreführend, da die Sprache bei einer Aphasie nicht vollkommen fehlt, sondern in mehreren sprachlichen Modalitäten gestört ist (Schneider, Wehmeyer, & Grötzbach, 2014). Es handelt sich demnach um eine multimodale Störung (Huber, Poeck, & Springer, Klinik und Rehabilitation der Aphasie, 2006).

3.1.1. Definition

Eine Aphasie ist eine auftretende Störung der Sprache in allen Modalitäten nach vollzogenem Spracherwerb, die infolge einer umschriebenen Hirnschädigung, zumeist der linken Hemisphäre, auftritt (Huber, Poeck, & Springer, Klinik und Rehabilitation der Aphasie, 2006).

Ca. 80% der Hirnschädigungen, die eine Aphasie zur Folge haben, sind Schlaganfälle. Diese Schlaganfälle können in zwei verschiedenen Formen auftreten. Zum einen der sogenannte ischämische Insult (85% aller Schlaganfälle), der durch eine unzureichende Durchblutung bestimmter arterieller Bereiche hervorgerufen wird. Zum anderen eine Hirnblutung, die aufgrund eines zu hohen Blutdrucks auftreten kann (15% aller Schlaganfälle). Andere mögliche Ursachen für eine Aphasie sind Traumata, Tumorerkrankungen oder Hirnoperationen (Lutz, Tewes, & Schlote, 2010).

3.1.2. Symptome einer Aphasie

Die Symptome einer Aphasie können je nach Ort und Größe der Läsion sehr vielfältig sein und sowohl in Ausprägung als auch in Schweregrad stark variieren (Tesak, Einführung in die Aphasiologie, 2006). Die Symptome können in allen Sprachmodalitäten auftreten.

Demnach sind bei Menschen mit einer Aphasie sowohl Störungen der Schriftsprache (Agraphie, Alexie) als auch der mündlichen Kommunikation und des Sprachverständnisses zu

verzeichnen. Im produktiven Sprachgebrauch treten häufig Wortfindungsstörungen und suprasegmentale Störungen sowie automatisierte Sprachelemente, Neologismen, Paraphasien oder eine Störung der Grammatik auf (Schneider, Wehmeyer, & Grötzbach, 2014). Hierbei ist häufig zu beobachten, dass sich die Störungen in Laut- und Schriftsprache oft ähneln, wobei die Störungen in der Schriftsprache meist länger bestehen (Huber, Poeck, Weniger, & Willmes, 1983).

Die Störungen des Sprachverständnisses können sowohl auf Wort-, Satz- und Textebene auftreten und von semantischer als auch phonologischer oder grammatischer Art sein. Ebenfalls kann eine Störung des auditiven Gedächtnisses die Interpretation von Sätzen oder Texten erschweren bzw. verhindern (Nobis-Bosch, Rubi-Fessen, Biniek, & Springer, 2013).

Die Einteilung in Syndrome, die nach dem Aachener Aphasie Test (AAT) gehandhabt wird, wird immer häufiger in Frage gestellt (Günther, Hofmann, & Promes, 2009). Da in der akuten Phase der Aphasie eine genaue Klassifikation aufgrund der fluktuierenden Symptome meist ohnehin nicht möglich ist, wird in dieser Verlaufsphase lediglich die vorherrschende Symptomatik beschrieben (Nobis-Bosch, Rubi-Fessen, Biniek, & Springer, 2013).

Neben den verschiedenen Komponenten der Sprache, die gestört sein können, wird eine Aphasie ebenfalls im zeitlichen Verlauf in die unten genannten Störungsphasen unterteilt. Hierbei können vor allem in den ersten Wochen starke Veränderungen der Symptomatik auftreten (Tesak & Brauer, Aphasie- Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, 2013).

3.1.3. Verlaufsphasen

Die Aphasie wird in ihrem Verlauf in drei Phasen unterteilt:

- Akute Phase: Nach vier bis sechs Wochen post onset. Die Symptomatik der Aphasie ist wechselhaft und es zeigt kein stabiles Muster.
- Postakute Phase: Nach sechs Wochen bis sechs Monaten post onset. In dieser Zeit bildet sich ein relativ konstantes Muster der Symptome heraus.
- Chronische Phase: Nach sechs bis zwölf Monaten post onset. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Symptome dauerhaft bleiben, steigt an. Die Leistungssteigerung verlangsamt sich und ist meist nur durch Sprachtherapie weiterhin effektiv (Tesak & Brauer, Aphasie- Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, 2013).

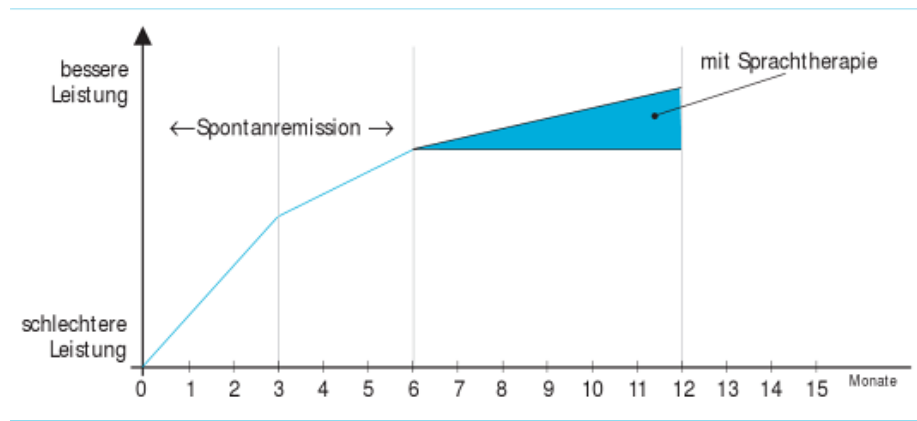


Abbildung 3.1.4.: Verlaufsphasen einer Aphasie

Da es sich bei unserer Patientengruppe um Menschen mit einer akuten Aphasie handelt, wird nun nochmals gesondert auf die Akutphase eingegangen.

3.1.3.1. Akutphase

In der akuten Phase variiert die Symptomatik der Aphasie stark und schwankt in Abhängigkeit vom Allgemeinzustand, weshalb eine genaue Diagnose und Prognose oft nicht möglich ist (Huber, Poeck, & Springer, Klinik und Rehabilitation der Aphasie, 2006; Nobis-Bosch, Rubi-Fessen, Biniek, & Springer, 2013). Die meisten Patienten können aufgrund der Beeinträchtigungen der Basisfunktionen oft nicht sprachlich reagieren (Tesak, Einführung in die Aphasiologie, 2006). Hier sind meist Laute oder stereotype Äußerungen zu beobachten. Zu Beginn sind die meisten Patienten durch die Aphasie sprachlich stark eingeschränkt. Vor allem in den ersten Tagen können jedoch durch Spontanremission erhebliche Verbesserungen auftreten (Nobis-Bosch, Rubi-Fessen, Biniek, & Springer, 2013). Je nach Syndrom kann es zu jargonähnlichen Symptomen mit stark ausgeprägten Perseverationen kommen. Sobald die Patienten ausreichend sprachlich stimulierbar sind, wird mit der sprachlichen Aktivierungsbehandlung begonnen (Huber, Poeck, & Springer, Klinik und Rehabilitation der Aphasie, 2006).

In der Akutphase wird der Patient durch ein interdisziplinäres Team begleitet/therapiert (<http://www.bio-pro.de/magazin/index.html?lang=de&artikelid=/artikel/10156/index.html> [2015, Januar 28]).

Hierbei ist die Kommunikation zwischen medizinischem und paramedizinischem Personal von großer Bedeutung. Vor allem, da die Patienten zusätzlich von neurologischen und neuropsychologischen Begleitstörungen betroffen sein können (Jooss, 2004).

Um die verschiedenen möglichen Störungen der sprachlichen Kommunikation besser verstehen und differenzieren zu können, gibt es einige Modelle, die die Sprachverarbeitung darstellen. Das Ziel dieser Modelle ist es, die spezifischen sprachlichen Funktionen zu

lokalisieren und Ausfälle in unterschiedlichen Regionen mit einhergehender Symptomatik in Verbindung zu bringen. Um eine optimale Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten mit Aphasie zu gewährleisten, ist es von Vorteil, die gestörten sprachlichen Routen identifizieren zu können.

3.1.4. Klassifikation nach dem Ellis & Young Model (1995)

Ein Beispiel hierfür ist das kognitive Sprachschema von Ellis und Young (1995). Dieses Modell umfasst die Gesamtheit der menschlichen Verarbeitungsprozesse, worunter auch die beim Krankheitsbild Aphasie gestörten Routen fallen. Ziel des Modells ist es, nicht die Prozesse und menschlichen Handlungen zu erklären, sondern lediglich den modularen Aufbau der Einheiten darzustellen (Neugebauer, 1999). Es gibt einen Überblick über das menschliche Sprachsystem und zeigt, welche Komponenten gestört sein können. Je nach Störung ist eine bestimmte Route in dem Schema gestört oder völlig funktionslos. Die sprachlichen Ausfälle auf schriftlicher oder sprachlicher Ebene variieren je nach Ort und Größe der Läsion und der dadurch beeinträchtigten Routen (Werani, 2013).

Vor allem in der interdisziplinären Zusammenarbeit spielen solche Modelle zur besseren Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen eine zentrale Rolle. Auf diese Weise kann die aktuelle sprachliche Situation des Patienten besser dargestellt werden.

Um zu verdeutlichen, warum die sprachlichen Einschränkungen aufgrund einer Aphasie für die Betroffenen solch gravierende Folgen haben, ist es zunächst wichtig, den Begriff Kommunikation und die Rolle der Kommunikation näher zu erläutern.

3.2. Kommunikation

3.2.1. Definition

Obwohl der Begriff „Kommunikation“ ein fester Bestandteil unseres Vokabulars ist, existiert keine wissenschaftlich anerkannte Definition des Begriffes (Ternes, 2008). Es kann jedoch allgemein gesagt werden, dass Kommunikation ein Prozess der Informationsübermittlung zwischen Menschen ist, der als elementare Basis der menschlichen Existenzen gesehen werden kann (Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 2011). Es ist wichtig zu sagen, dass hierunter nicht nur die mündliche Sprache (verbale Kommunikation) fällt, sondern auch verschiedene andere Kanäle (schriftlich und non-verbal) verlaufen (Agyle, 2013).

Wenn durch eine Beeinträchtigung, wie zum Beispiel eine Aphasie, die verbale Kommunikation gestört wird, muss das Umfeld der erkrankten Personen Wege finden, mit deren Hilfe eine erfolgreiche Informationsvermittlung möglich ist. Die anderen Kommunikationskanäle können hier eine große Hilfe darstellen. Die gesamte Kommunikation

muss auf diese veränderten Parameter abgestimmt werden, um einen erfolgreichen Kommunikationsprozess zu gewährleisten. In der akuten Phase einer Aphasie sind hier neben den Angehörigen der Patienten vor allem die Mediziner, das Pflegepersonal und die verschiedenen Therapeuten betroffen.

3.2.2. Bedeutung der Kommunikation für Menschen mit Aphasie und ihr Umfeld

Da die Kommunikation zum Aufbau von Beziehungen und der Übermittlung von Informationen und Gefühlen, unabdingbar ist, ist eine Störung dieser Fähigkeiten für die betreffende Person mit starken Veränderungen verbunden. Anfangs ist es für viele Patienten schwierig, mit der neuen Situation umzugehen (Tacke, 2008). Neben Gefühlen wie Angst und Ungewissheit treten bei vielen Patienten auch Frustrationserscheinungen, Depressionen und Aggressionen auf (Nobis-Bosch, Rubi-Fessen, Biniek, & Springer, 2013). Vor allem beeinträchtigt ist die Partizipation an der Gesellschaft, die durch eine sprachliche Störung erheblich erschwert wird (Dalemans, de Witte, Wade, & van den Heuver, 2010). Da das Individuum aufgrund der Störung nicht auf die Umwelt eingehen kann, liegt es an den Personen im Umfeld und an der Gesellschaft, sich auf diese Art der Beeinträchtigung einzustellen, um einen optimalen Verlauf des Rehabilitationsprozesses zu gewährleisten (Pullwitt, 2012).

Weil die Patienten in der akuten Phase einer Aphasie vor allem mit dem Personal auf der Stroke Unit in Kontakt kommen, ist es essentiell, dass gerade diese die Situation des Patienten nachempfinden und sich durch optimale Kommunikationsstrategien bestmöglich auf den Patienten einstellen zu können. Vor allen Dingen für das medizinische Personal auf diesen Stationen, dessen Aufgabe es ist, den Patienten wichtige medizinische Belange begreiflich zu machen, ist eine optimale Kommunikation sehr wichtig, um zum Teil fatale Missverständnisse zu vermeiden (Faller, 2012).

Um die Hilflosigkeit der Patienten bestmöglich zu verringern, müssen diese lernen, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu äußern. Dies geschieht sowohl verbal als auch non-verbal. Ebenso wichtig ist es jedoch, dass das medizinische Personal diese Kommunikation korrekt interpretieren und gegebenenfalls auf unterstützende Kommunikationsmittel zurückgreifen kann. Um eine optimale Kommunikation zu gewährleisten, helfen einige wichtige Ratschläge, welche in einer Liste zusammengefasst in Anhang C zu finden sind.

Für die Beurteilung des Erfolgs der Kommunikation zwischen Medizinern und Patienten sind verschiedene Aspekte von Belang. Zum einen das Wissen der Mediziner um die besonderen

kommunikativen Einschränkungen der Patienten und ihr Umgang mit dieser Problematik, zum anderen ihr Vermögen zur Reflexion des eigenen Verhaltens und die Zufriedenheit der Patienten mit der Vorgehensweise (Morris, Clayman, Peters, Leppin, & LeBlanc, 2014). Da die Ausgangssituation und damit die Ausbildung der Mediziner wichtig ist, um beurteilen zu können, in wieweit sie bereits im Studium mit dem Thema Aphasie in Kontakt kommen, wird in diesem Kapitel eine kurze Beschreibung des Aufbaus des Medizinstudiums gegeben und ermittelt, ob und wann das Störungsbild der Aphasie im Rahmen des Studiums thematisiert wird.

3.3. Medizinstudium

Das Medizinstudium erstreckt sich insgesamt über einen Zeitraum von sechs Jahren und drei Monaten (<http://www.meditreff.de/index/studiumaufbau.shtml> [2014, April 09]). Es kann grob in zwei Teile untergliedert werden: Zum einen die sogenannte Vorklinik (vier Semester), in der die Studenten Grundkenntnisse über Anatomie, Physiologie sowie naturwissenschaftliche und soziopsychologische Grundkenntnisse erwerben. Anschließend die Klinik (acht Semester), in der sowohl die Grundlagenfächer als auch verschiedene fachärztliche Fächer behandelt werden (<http://blogs.fau.de/kanuele/das-medizinstudium/> [2015, Mai 23]). Das Studium wird auf wissenschaftlicher Grundlage sowie praxis- und patientenorientiert durchgeführt. Das theoretische Wissen wird weitestgehend mit praktischen Übungen und Erfahrungen verknüpft (Approbationsordnung für Ärzte, 2014).

Das Thema Aphasie wird innerhalb des Studiums nur sporadisch angesprochen. Die Studenten erhalten lediglich fachliche Grundkenntnisse zum Thema Aphasie. Der praktische Umgang mit Patienten sowie die Kommunikation und Interaktion mit Patienten werden im Studium geprüft, während die Identifikation und der Umgang mit den sprachlichen Problemen der Patienten jedoch noch nicht in das Studium integriert ist (Deuster, et al., 2012). Für die Mediziner bestehen nach dem abgeschlossenen Studium mehrere Möglichkeiten mit Menschen mit Aphasie zu arbeiten. Eine dieser Möglichkeiten ist die sogenannte Stroke Unit. Innerhalb der 60-monatigen Weiterbildung zum neurologischen Facharzt wird darüber hinaus die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen, unter anderem mit Logopäden, erbracht (http://flexikon.doccheck.com/de/Facharzt_f%C3%BCr_Neurologie [2015, Mai 23]).

3.4. Stroke Unit

Eine Stroke Unit ist eine spezialisierte Station, auf der Patienten mit einem Schlaganfall in den ersten drei bis fünf Tagen nach ihrem Schlaganfall betreut werden (Collaboration, 2007).

Die Stroke Units kommen ursprünglich aus den USA. Der Begriff Stroke Unit lässt sich daher auch aus dem englischen ableiten („stroke“ = „Schlag“, „unit“ = „Einheit“). In Deutschland gibt es sie seit den 1990er Jahren und sie umfassen zum jetzigen Zeitpunkt ca. 180 Stationen, die von der Deutschen Schlaganfall Stiftung zertifiziert sind. Auf einer Stroke Unit werden die Patienten von verschiedenen Medizern (Neurologe, Kardiologe, Chirurgen, Radiologen) betreut (Kroszek, Schaumberg, Hilden, Husberg, Kalb, & Seifert, 2002). Durch die frühzeitig beginnende therapeutische Rehabilitation durch Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten kann die Rehabilitationsbehandlung verkürzt und die Anzahl der dauerhaft pflegebedürftigen Patienten verringert werden (Indredavik, Bakke, Rokseth, Haanheim, & Holme, 1991). Langfristig gesehen können hierdurch die Kosten für die Rehabilitation der Schlaganfallpatienten gesenkt werden. Nachdem die Patienten die Stroke Unit verlassen können, werden sie je nach Störung und häuslicher Situation entweder auf eine neurologische Station, in eine Rehabilitationseinrichtung, in ein Pflegeheim oder nach Hause verwiesen (Huber, Poeck, & Springer, Klinik und Rehabilitation der Aphasie, 2006).

3.4.1. Ärztliche Behandlung auf der Stroke Unit

Auf einer Stroke Unit besteht das medizinische Personal aus Assistenzärzten, deren Ausbildung zu Fachärzten der Neurologie fünf Jahre dauert, mehreren Oberärzten sowie einem Chefarzt. Man kann die Mediziner daher aufgrund ihrer Berufserfahrung in zwei Gruppen einteilen (> 5 Jahre, < 5 Jahre). Auf der Station werden nach der Akutbehandlung des Schlaganfalls, die wichtigsten Untersuchungen, wie CT, EKG, EEG, usw. festgelegt. Des Weiteren steht selbstverständlich die Überwachung der vitalen Funktionen durch spezielle Gerätschaften im Vordergrund. Eine tägliche Visite wird für jeden Patienten eingeplant. Die benötigte Zeit wird individuell auf den Patienten abgestimmt (Dr. Cornelius Werner, UK Aachen). Neben der Arbeit mit und an den Patienten ist in dieser Phase ebenfalls die Angehörigenberatung ein wichtiger Punkt, da auch der Alltag der Angehörigen stark beeinträchtigt ist und eine gute Beratung und Aufklärung für sie sehr wichtig ist (http://www.klinikumchemnitz.de/mp/click.system?s=Behandlungszentren/Stroke_Unit&menu=36&nav=1152&pid=1152 [2014, April 09]).

Um ein multidisziplinäres Zusammenarbeiten zu ermöglichen, wird nach der ICF (International Classification of Functions) gearbeitet.

3.5. ICF

Die ICF International Classification of Functioning, Disability and Health bedeutet ins Deutsche übersetzt Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und

Gesundheit (WHO, 2005). Dank der ICF ist es möglich, das Krankheitsbild des Patienten und die auftretenden Folgen und den individuellen Patienten und dessen Umfeld zu erfassen. Es wird beschrieben, wie sich das Gesundheitsproblem auf die Funktionen, Aktivitäten und die Teilhabe des Patienten auswirkt. Auch die Umweltfaktoren (Familie, Freunde, Beruf, ...) und die personenbezogenen Faktoren (Alter, Geschlecht, Attitude, ...) werden im Modell der ICF aufgenommen (Grötzbach & Iven, Einführung in die ICF, 2009). So entsteht ein umfassendes Bild des Patienten.

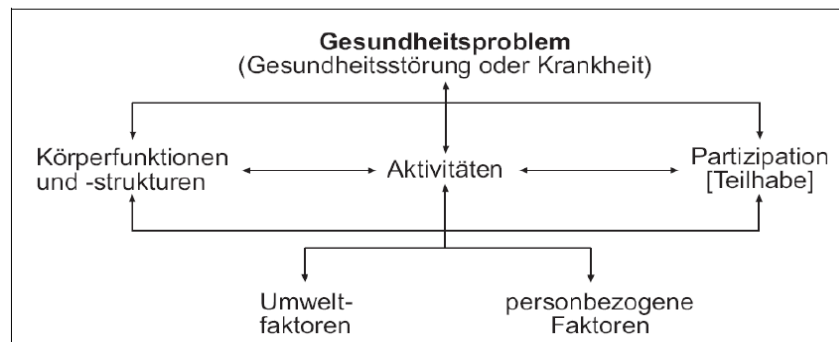


Abbildung 3.5.: Modell der ICF (WHO, 2005)

Die ICF erhält auch in der Sprachtherapie eine bedeutsame Rolle. So wird beispielsweise eine Aphasie (Körperfunktionen und -strukturen) als Folge eines Schlaganfalls in der linken Hemisphäre im Broca-Areal (Gesundheitsproblem) im Rahmen der ICF wie folgt beschrieben. Grammatikalisch falsch produzierte Satzäußerungen sowie eine leicht verwaschene Artikulation könnten Punkte sein, die unter Aktivitäten zuzuordnen wären. Unter Partizipation stehen die kommunikativen Probleme mit der Umgebung und deren Auswirkungen auf das alltägliche Leben der Patienten, wie z.B. ein Unvermögen den Beruf weiterhin auszuüben, im Mittelpunkt.

Wenn man das Modell der ICF komplett für einen Patienten ausfüllt, ist dies nicht nur für Mediziner und Therapeuten, sondern auch für Familienangehörige von Bedeutung, da sie die Situation des Angehörigen besser einschätzen und ihn so besser unterstützen können (Grötzbach & Iven, Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag, 2009; Dalemans, Denken voorbij de stoornis: een participatiegerichte benadering, 2009).

3.5.1. ICF in der Aphasierehabilitation

Aphasie ist nach der ICF als eine mentale Funktionsschädigung einzuordnen (b167) und wird wie folgt beschrieben:

„Funktionen, die Verständnis und Entschlüsselung von gesprochener, geschriebener oder anderer Formen von Sprache wie Gebärdensprache betreffen; Funktionen, die das

Ausdrucksvermögen in gesprochener, geschriebener oder anderer Form von Sprache betreffen; integratives Sprachvermögen in Sprache und Schrift, wie sie an der sensorischen (rezeptiven), motorischen (expressiven), Broca-, Wernicke- und Leitungsaphasie beteiligt sind.“ (WHO, 2005).

Freundschaften und Aktivitäten werden von Kommunikation gesteuert und geprägt, wobei die Kommunikation als „Schlüssel zur Partizipation“ bezeichnet wird. Somit ist Aphasie nicht nur eine Sprachstörung, sondern vielmehr eine erhebliche Einschränkung für die Betroffenen in ihrer kommunikativen Selbstständigkeit (Dalemans, de Witte, Wade, & van den Heuver, 2010). Weil das Sozialleben oft differenzierte Kommunikationsfähigkeit impliziert, führt Aphasie meist auch zu einem sekundär bedingten sozialen Handicap (Dalemans, Denken voorbij de stoornis: een participatiegerichte benadering, 2009). Die Umwelt- und personenbezogene Faktoren machen einen großen Teil der Partizipationsbeeinträchtigung aus (Grötzbach & Iven, Einführung in die ICF, 2009). Der individuelle Kontext spielt eine grundlegende Rolle in der Rehabilitationsplanung, da Familienangehörige sich neue kommunikative Verhaltensweisen aneignen müssen, um den Genesungsprozess des Betroffenen zu fördern (Grötzbach & Iven, Einführung in die ICF, 2009).

Die vorliegende Studie schließt demnach an die Literatur an und ermöglicht die Betrachtung einer weiteren Facette der Akutbehandlung von Patienten mit einem Schlaganfall und die damit einhergehende Optimierung der Versorgung dieser Patienten. Des Weiteren wird der Aspekt der Arzt-Patienten-Kommunikation beleuchtet, der als wichtiger Aspekt des Genesungsprozesses in der Vergangenheit noch zu häufig außer Acht gelassen wurde. Die Studie liefert einen Ansatz zur eventuellen Entwicklung eines Kommunikationstrainings und integriert das Fachgebiet der Logopädie weiter in die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Akutbehandlung von Schlaganfallpatienten.

4. Methode

In diesem Kapitel wird zunächst auf die Fragestellung und das Ziel der Arbeit näher eingegangen. Anschließend wird die Stichprobenselektion und das Anwerben der Teilnehmer beschrieben. Des Weiteren wird die Durchführung der Studie und anschließende Datenanalyse wiedergegeben.

4.1. Fragestellung

Anhand des beschriebenen theoretischen Hintergrunds war zu erkennen, dass es noch keine hinreichenden Informationen über die Kommunikation zwischen Medizinerinnen und Patienten mit einer Aphasie in der akuten Phase gibt. Daraus ergaben sich für die Studie folgende Fragestellungen:

Wie verläuft die verbale und non-verbale Kommunikation im Kontakt zwischen Medizinerinnen und Patienten mit einer akuten Aphasie auf neurologischen Stationen/ Stroke Units?

- Wie schätzen die Medizinerinnen ihre kommunikativen Fähigkeiten ein und über welches Fachwissen verfügen sie zur optimalen Kommunikation mit Patienten mit Aphasie?
- Wie erleben die Patienten selbst die Kommunikation mit den Medizinerinnen?
- In wie weit lassen sich diese Resultate mit den Studien von Fischer, Kimmel & Kück (2009) und Knakowski (2014) vergleichen?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen der Qualität der Kommunikation und der Berufserfahrung der Medizinerinnen?

4.2. Zielsetzung

Diese Fragestellung sollte mithilfe einer quantitativen Untersuchung analysiert werden, bei der folgende **primäre Zielsetzungen** untersucht wurden:

- Die **Beschreibung der verbalen und non-verbalen Kommunikation** der Medizinerinnen auf neurologischen Stationen in NRW mit Patienten mit einer akuten Aphasie mittels einer Observation.
- Die **Beschreibung der Anpassungen der Umgebung** durch die Medizinerinnen.
- Die **Beschreibung des eigenen verbalen und non-verbalen Verhaltens** der Medizinerinnen.
- Die **Beschreibung der subjektiven Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten** von Medizinerinnen auf neurologischen Stationen in NRW im Umgang mit Menschen mit einer akuten Aphasie.

- Die **Beschreibung des präsenten Fachwissens** von Medizinerinnen auf neurologischen Stationen in NRW zum Thema Aphasie durch einen Fragebogen.
- Die **Ermittlung der Zufriedenheit der Patienten** und des familiären Umfeldes mit der Kommunikation zwischen Mediziner und Patient.
- Der Vergleich innerhalb der Berufsgruppe.
- Der Vergleich mit der Berufsgruppe „Pflegepersonal“ (Fischer, Kimmel, & Kück, 2009).
- Der Vergleich mit der Berufsgruppe „Physiotherapeuten“ (Knakowski, 2014).

Des Weiteren ergaben sich daraus folgende **sekundäre Zielsetzungen**:

- Das Bewusstsein der Mediziner für die Notwendigkeit einer individuellen und ressourcenorientierten Kommunikationsweise mit Menschen mit Aphasie wird erhöht.
- Die Reflektion von Medizinerinnen über ihr Verhalten in der Interaktion mit Menschen mit einer Aphasie wird verstärkt.

4.3. Population und Stichprobenbildung

4.3.1. Einschlusskriterien

In der Studie wurde die Kommunikation zwischen (angehenden) Medizinerinnen und Menschen mit Aphasie auf neurologischen Stationen / Stroke Units untersucht. Hier werden die Einschlusskriterien für beide Gruppen näher bestimmt.

Einschlusskriterien (angehender) Mediziner:

- **Arbeitsbereich: Stroke Unit, Intensivstation, neurologische Station**

Die (angehenden) Mediziner, die in die Studie eingeschlossen wurden, sollten auf neurologischen Stationen in Krankenhäusern tätig sein. Hierbei war es von Bedeutung dass es sich bei den Medizinerinnen um Fachärzte der Neurologie handelt. Auf der Stroke Unit arbeiten hauptsächlich Neurologen (Assistenzärzte und Fachärzte so wie Oberärzte und ein Chefarzt). Daher wurden in der Studie nur Fachärzte der Neurologie mit einbezogen, da diese die größte medizinische Berufsgruppe auf einer Stroke Unit darstellen (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.101.169&all=true#studien4> [2014, April 18]).

- **Standort: Nordrhein- Westfalen, Deutschland**

Die zu untersuchenden neurologischen Stationen/ Stroke Units sollten sich in Krankenhäusern in NRW befinden. Dieses Kriterium war vor allem aus organisatorischen Gründen wichtig, um die Durchführung der Studie gewährleisten zu können.

- **Berufserfahrung**

In der Studie wurden Mediziner mit einem unterschiedlichen Maß an Berufserfahrung untersucht. Hierzu wurden die Probanden in zwei Gruppen eingeteilt, um zu ermitteln, inwiefern die kommunikativen Fähigkeiten von der Berufserfahrung der Mediziner abhängen.

- ❖ Gruppe 1: Assistenzärzte mit weniger als 5 Jahren Berufserfahrung auf einer neurologischen Station.
- ❖ Gruppe 2: In dieser Gruppe befinden sich Mediziner, die mindestens 5 Jahre Berufserfahrung auf der neurologischen Station haben.

Einschlusskriterien an die Patientengruppe:

- **Diagnose: Aphasie**

Für die Patienten, die in der Studie untersucht wurden, lag zum Zeitpunkt der Observation eine logopädische Diagnose vor, die eine Aphasie bestätigt. Hierbei war der Schweregrad der Störung nicht von Bedeutung. Es erfolgte dann lediglich eine Anpassung des Materials für die Befragung (z.B.: Piktogramme).

- **Verlaufsphase der Aphasie: akute Phase**

Die in der Studie integrierten Patienten mussten sich in der akuten Phase (bis sechs Wochen post onset) befinden.

- **Bewusstsein und Wahrnehmungsvermögen: intakt**

Um die Kommunikation zwischen den Patienten und Medizinern beobachten zu können, mussten die Patienten bei Bewusstsein sein. Hierfür war es ebenfalls wichtig, dass der Patient seine Umgebung wahrnehmen konnte und die Situation ausreichend erfasste. Dies war durch das Einsehen der Krankenakte und persönliche Beobachtungen zu erkennen.

- **Sprache: Deutsch als Muttersprache**

Um zu gewährleisten, dass keine Kommunikationsprobleme aufgrund fremdsprachlicher Barrieren entstanden, sollten die Patienten Deutsch als Muttersprache haben.

4.3.2. Stichprobengröße

Damit eine ausreichende Aussagekraft der Studie erreicht werden konnte, wurde ein Minimum von 30 teilnehmenden Mediziner angestrebt. Diese Anzahl an Teilnehmern war notwendig, da bei kleineren Stichproben eine Anwendung von statistischen Analysetechniken nicht mehr effizient ist (Baarda & de Goede, 2012). Um eventuelle Gruppenunterschiede

ermitteln zu können, wurde die gesamte Stichprobe nochmals in zwei Gruppen von jeweils 15 teilnehmenden Mediziner mit unterschiedlicher Berufserfahrung eingeteilt. Eine präzise Auskunft über die teilnehmenden Mediziner, die diese Stichprobe befasst, konnte nur vage gegeben werden, da die Größe der Stroke Units und neurologischen Stationen in NRW variiert und die Anzahl der angestellten Mediziner somit nicht genau einschätzbar war.

4.3.3. Werben von Teilnehmern

Eine Liste der Kliniken mit neurologischem Schwerpunkt in NRW wurde auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zur Verfügung gestellt (<http://www.dsg-info.de/stroke-units/stroke-units-uebersicht.html> [2014, April 18]). Die verschiedenen Krankenhäuser wurden zunächst telefonisch kontaktiert, um den Inhalt der Studie und die geplante Durchführung kurz zu erläutern und um weitere Mithilfe zu bitten. Ebenfalls wurde eine Informationsbroschüre per E-Mail (Anhang D) zugeschickt, in der die Studie und das geplante Vorgehen nochmals detailliert beschrieben waren. Anschließend wurde nochmals Kontakt aufgenommen, um einen Gesprächstermin mit dem leitenden Chefarzt zu vereinbaren, indem Fragen beantwortet und die Hintergründe und Erwartungen verdeutlicht wurden. Darüber hinaus wurden weitere Absprachen zum Untersuchungszeitraum getroffen. Die Teilnahmebestätigung wurde der verantwortlichen Person ausgehändigt (Anhang F) und von ihr unterschrieben. Der genaue Ablauf der Studie wird zur Verdeutlichung in Anhang B nochmals tabellarisch wiedergegeben.

4.4. Durchführung

Die genaue Anzahl der beobachteten Mediziner war abhängig von der jeweiligen Anzahl pro Krankenhaus. Die Untersuchung der Kommunikation umfasste vier individuelle Teile. Zunächst wurde eine Observation der Mediziner im Umgang mit den Patienten mit einer Aphasie durchgeführt, anschließend wurden sie gebeten, ein Formular zur Selbsteinschätzung ihrer kommunikativen Fähigkeiten auszufüllen. Der dritte Teil bestand aus einer Überprüfung des individuellen Wissensstandes zum Thema „Aphasie“.

Als letzter Punkt sollte die Zufriedenheit der Patienten mit der kommunikativen Situation ermittelt werden. Zu diesem Zweck wurde mithilfe von zwei Piktogrammen (gut=☺/schlecht=☹) die Zufriedenheit der Patienten erfragt.

4.4.1. Observation

Um das Kommunikationsverhalten der Mediziner beurteilen zu können, wurde von jeweils zwei Untersuchern eine Observation von minimal fünf Minuten durchgeführt. Dadurch, dass

die Untersucher die Observation zwar zeitgleich, jedoch unabhängig voneinander, durchführten, wurde die Objektivität der Untersuchung erhöht. Die Observation wurde mithilfe des durch Fischer et al. (2009) entwickelten, und durch Knakowski (2014) aufgegriffenen Observationsformulars (Anhang G), während der ärztlichen Visite durchgeführt. Auf diese Weise war es möglich, die Resultate der aktuellen Studie mit denen der beiden Vorgängerstudien zu vergleichen und Schlüsse über die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der verschiedenen Berufsgruppen zu ziehen. Das Ziel der Studie war den Probanden von Anfang an bekannt. Es wurde keine verdeckte Observation durchgeführt wie bei den beiden Vorgängerstudien, da befürchtet wurde, dass die Teilnehmer der Studie nicht mehr bereit sein würden an dieser weiterhin teilzunehmen, wenn das eigentliche Ziel der Untersuchung erst im Nachhinein eröffnet würde. Zudem wurde aufgrund des hohen Zeitdrucks und des hohen Arbeitspensums der Mediziner auf einer Stroke Unit davon ausgegangen, dass die Mediziner kaum in der Lage seien, ihr übliches Verhalten aufgrund der Anwesenheit der Observatoren zu verändern. Es wurde angenommen, dass die Verfälschung der Studie nur minimal sein würde. Zu diesem Zwecke wurden Sie im Vorhinein instruiert die Visiten so durchzuführen, wie dies normalerweise der Fall ist. Da die Mediziner zwar wussten dass es bei der Studie um die Arzt-Patienten- Kommunikation ging, aber im Vorhinein keine weiteren Informationen zu den Observationsaspekten bekamen, wurde der Faktor der Beeinflussung so weit wie möglich minimiert. Die Observatoren haben ebenfalls darauf geachtet, während der kommunikativen Situation nicht im Blickfeld des Arztes zu stehen um ihn nicht zu beeinflussen. Das Formular beinhaltete verschiedene Aspekte der Kommunikation, die mithilfe einer 6-Punkte Skala bewertet wurden. Erläuterungen der Bewertungsskala wurden für die Studie einheitlich erstellt, um die Objektivität der Observation zu gewährleisten (Anhang L).

4.4.2. Selbsteinschätzung

Nach den Observationen wurden die Mediziner zur weiteren Mitarbeit gebeten. Sie sollten ein Formular zur Selbsteinschätzung ausfüllen, damit beurteilt werden konnte, inwieweit die Wahrnehmung ihrer eigenen kommunikativen Fähigkeiten mit den Beobachtungen der Observatoren übereinstimmt und – falls nötig – ob ein Kommunikationstraining, bzw. kommunikative Ratschläge von Seiten der Logopädinnen hilfreich wären. Das Formular zur Selbsteinschätzung (Anhang H) wurde ebenfalls aus der Bachelorarbeit von Knakowski (2014) übernommen und stimmte mit dem Observationsformular der Studienleiter überein. So wurden eventuelle Differenzen zwischen der Einschätzung der Observatoren und der Mediziner ersichtlich.

4.4.3. Wissensprüfung

Die Wissensprüfung wurde mithilfe des Fragebogens von Fischer et al. (2009) durchgeführt. Mittels dieses Fragebogens (Anhang I) wurde das tatsächliche fachliche Wissen der Mediziner zum Thema Aphasie ermittelt. So konnten die fachlichen Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen miteinander verglichen werden. Auf diese Weise stützte sich die Studie nicht auf Vorurteile, sondern beurteilte die tatsächlich vorhandenen Kenntnisse. Der Fragebogen aus den Vorreiterstudien wurde nicht modifiziert, obwohl bei einigen Fragen (Frage 4/12) Zweifel bezüglich der Relevanz für eine Bewertung der Kommunikation bestanden. Dies diente dem Zwecke der Vergleichbarkeit der Studien.

4.4.4. Zufriedenheit der Patienten

Da auch die Zufriedenheit der Patienten ein wichtiger Unterpunkt ist, der bei einer Gesamtbeurteilung des kommunikativen Verhaltens der Mediziner eine entscheidende Rolle spielt, wurde entschieden, diesen Punkt ebenfalls mit zu untersuchen. Hierin unterscheidet sich das Design der vorliegenden Studie von dem der Vorreiterstudien. Da Patienten in der akuten Phase oft nicht in der Lage sind, sich sprachlich zu äußern, wurde die Zufriedenheit mittels eines Fragenkataloges überprüft, bei dem mit Piktogrammen (Anhang M) gearbeitet wurde, sodass die Daten dennoch erhoben werden konnten. Dieser Fragenkatalog wurde eigenständig entwickelt und umfasste, anders als die Beurteilung der Mediziner, lediglich eine Zweipunktskala (Anhang J), da die Patienten sprachlich und kognitiv oft noch sehr eingeschränkt sind und eine detailliertere Skala gegeben falls eine zu hohe Anforderung für sie darstellen würde. Die Befragung der Patienten wurde durch einen Untersucher direkt nach der kommunikativen Situation durchgeführt. Dies hatte zum Vorteil, dass die Merkspanne der Patienten nicht unnötig beansprucht wurde, der Mediziner nicht dabei war und der Patient so nicht durch unnötig viele Menschen verunsichert wurde. Sie erfolgte mündlich und mit Hilfe von einfachen geschlossenen Fragen (z.B. bei Kategorie „Anpassung der Umgebung“: „War es Ihnen zu laut?“, „Fanden Sie es zu dunkel?“, ...).

4.4.5. Materialien

Die Materialien zur Durchführung der Studie wurden größtenteils von Fischer et al. (2009) übernommen und entsprechend angepasst (Anhänge D-K). Hierdurch wurde ein direkter Vergleich zwischen Pflegepersonal, Physiotherapeuten und Medizineren ermöglicht.

Das Observationsprotokoll war identisch mit dem Protokoll zur Selbsteinschätzung der Kommunikationsweise. Bei der Bewertung der Kommunikation wurde die sogenannte Linkert-Skala verwendet. Hier wurden verschiedene Items in einer bestimmten Dimension

bewertet. In dieser Studie wurde sich an dem deutschen Schulnotensystem orientiert. Die Bewertungsstufen werden in der folgenden Tabelle verdeutlicht.

Tabelle 4.4.5.: Bewertungsskala Kommunikation

Bewertung	Note
Sehr gut	1
Gut	2
Befriedigend	3
Ausreichend	4
Mangelhaft	5
Ungenügend	6

Zusätzlich gab es die Möglichkeit, das jeweilige Item als „nicht zutreffend“ in dieser Situation zu kennzeichnen. Diese Items wurden nicht in die weiteren Berechnungen mit einbezogen. In Anhang L wird die Vergabe der jeweiligen Note nochmals definiert, die für diese Studie verwendet wurden. Dies ermöglichte ebenfalls eine größere Genauigkeit der Studie.

Auch die Wissensprüfung wurde aus den Vorgängerstudien übernommen. In diesem Fragebogen wurde theoretisches Wissen zum Thema Aphasie (Sprachzentrum, Definition, Ursache, Inzidenz, Betroffenheit der Sprachorgane, Spontanremission, sprachliche Aktivierung nach einem Schlaganfall und Symptome einer Broca-Aphasie), sowie die korrekten Verhaltensweisen in verschiedenen kommunikativen Situationen (Verständnisprobleme des Patienten, Verständnisprobleme des Mediziners (Bsp. phonologische Fehler) getestet.

4.4.6. Teilnahme & Anonymität

Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig und konnte jederzeit widerrufen werden. Die Auswertung der Daten der verschiedenen Teilnehmer wurde anonym mit Hilfe von Kennziffern durchgeführt. Die Weitergabe von Informationen an Dritte wurde durch das Unterzeichnen des Teilnahmeformulars (Anhang F) ausgeschlossen.

4.5. Ablauf

Um einen reibungslosen Ablauf der Studie gewährleisten zu können und die Ergebnisse so genau wie möglich zu halten, wurden die vier Untersuchungsteile möglichst schnell hintereinander durchgeführt. Hierzu wurde zunächst die Observation von beiden Studienleitern durchgeführt. Anschließend teilten sie sich auf. Einer der beiden instruierte im

Folgenden den Mediziner, welche Formulare von ihm auszufüllen seien. Der andere führte die Befragung des Patienten durch. Der genaue Ablauf der Studie wird nochmals in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 4.5.: Gliederung der Untersuchung

Verlauf	Zeitpunkt	Prozess	Anzahl Studienleiter
1	Ankunft im Krankenhaus	Vorstellung	2
2	Während der Schicht	Observation	2
3	Im Anschluss an die Observation	Selbsteinschätzung	1
4	Im Anschluss an die Observation	Einschätzung Patient	1
5	Im Anschluss an die Selbsteinschätzung	Wissensprüfung	1
6	Schichtende	Verabschiedung	2

Vor Beginn der Observation wurde jeder Mediziner zunächst mündlich über die Inhalte und den Verlauf der Studie informiert und um Mitarbeit gebeten. Es wurde nochmals darauf hingewiesen, dass die Observation jederzeit abgebrochen werden konnte und dass durch die Ergebnisse der Studien keinerlei negative Folgen für die Mediziner entstehen konnten, da alle Daten anonym verarbeitet wurden. Nachdem sie sich einverstanden erklärt hatten, wurde die Observation durchgeführt. Vor dem Ausfüllen der Selbsteinschätzung und des Fragebogens wurde dann nochmals eine schriftliche Einverständniserklärung ausgehändigt und unterschrieben (Anhang F). Dies war auch bei den Patienten der Fall. Hier wurde ein aphasiefreundliches, selbsterstelltes Formular verwendet (Anhang K).

4.6. Datenanalyse

Mithilfe der gesammelten Daten der Studie sollten verschiedene Punkte untersucht werden. Dazu war es nötig die Daten zunächst zu ordnen und anschließend zu analysieren. Es folgt nun eine Beschreibung der verschiedenen angewandten Verfahren.

4.6.1. Datenpräparation

Zur Auswertung der Daten wurde die Computersoftware „SPSS- 21.0“ (*Superior Performing Software System*) verwendet. Dieses Programm wird zur statistischen Analyse von Daten

verwendet (Brosius, 2011). Hier wurden zunächst alle relevanten Variablen eingetragen und codiert. Anschließend wurden die Daten in eine Datenmatrix konvertiert, um die Angaben der verschiedenen Probanden darstellen und miteinander vergleichen zu können.

4.6.2. Datenauswertung

Bei der Auswertung der Daten wurde sich an den Vorgängerstudien orientiert, um einen möglichst genauen Vergleich der Studien zu ermöglichen. Demnach wurde das beim Observationsformular und der Selbsteinschätzung verwendete Schulnotensystem, welches an sich nicht vollständig intervallskaliert ist, dennoch als eine solche 6-stufige Linkert-Skala interpretiert. Auf diese Weise war es möglich, bei der Auswertung sowohl die Berechnung des Mittelwertes als auch den Korrelationskoeffizienten nach Pearson berechnen zu können.

4.6.2.1. Observationen/ Selbsteinschätzung

Die Auswertung der Observationen, sowie der Selbsteinschätzung erfolgte auf drei verschiedenen Niveaus:

1. Itemniveau: jeder einzelne Unterpunkt des Fragebogens
2. Kategorieniveau: der Werte der verschiedenen Kategorien
3. Gesamte Kommunikation: beruhend auf allen Items

Zu diesen drei Niveaus wurden für die Auswertung jeweils die Mittelwerte bestimmt, um eventuelle Abweichungen zwischen den Bewertungen der Observatoren und der Mediziner feststellen zu können.

4.6.2.2. Abweichungen zwischen Observation und Selbsteinschätzung

Um diese Abweichungen zu bestimmen, wurden zunächst die Mittelwerte auf den drei Niveaus gegenübergestellt, diese anschließend miteinander korreliert und auf Signifikanz überprüft. Um die Korrelation zwischen den Werten bestimmen zu können, wurde für das Itemniveau der Spearman Korrelationskoeffizient verwendet, da die Daten auf diesem Niveau ordinalskaliert waren (Noten). Aufgrund der intervallskalierten Messwerte auf Kategorieniveau und der gesamten Kommunikation konnte hier der Pearson Korrelationskoeffizienten berechnet werden. Zur Überprüfung der Signifikanz wurde anschließend der T-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt.

4.6.2.3. Wissensprüfung

Bei der Wissensprüfung konnten maximal 16 Punkte erreicht werden. Für alle Fragen konnte jeweils ein Punkt erreicht werden, einzige Ausnahme war Frage zehn. In dieser Frage konnten fünf Punkte erreicht werden. Für jede korrekte Umgangsform mit Patienten mit Aphasie einer. Zur Auswertung der Wissensprüfung wurden für die gesamte Stichprobe Modus, Median und

Mittelwert berechnet. Zusätzlich wurde die Standardabweichung und die Spannweite der Werte bestimmt.

4.6.2.4. Korrelation Wissensprüfung und Kommunikationsweise

Um den Zusammenhang zwischen der erreichten Punktzahl in der Wissensprüfung und das damit einhergehende Fachwissen mit der Kommunikationsweise der Mediziner ermitteln zu können, wurden die Mittelwerte der Punktzahl der Wissensprüfung mit denen der Observationen miteinander korreliert. Hierbei wurde bei den Observationen der Wert für die gesamte Kommunikation verwendet. Bei beiden Werten handelte es sich um intervallskalierte Messwerte, weshalb hier der Pearson Korrelationskoeffizient verwendet wurde.

4.6.2.5. Zufriedenheit Patienten

Die Zufriedenheit der Patienten wurde mithilfe einer ordinalskalierten 2-stufigen Skala ermittelt. Dadurch war die Berechnung der Mittelwerte nicht möglich. Um die Zufriedenheit der Patienten dennoch mit der Selbsteinschätzung der Mediziner vergleichen und so als Resultat in die Studie einschließen zu können, wurden die Ergebnisse der Selbsteinschätzung von der 6- stufigen Skala ebenfalls in eine 2-stufige Skala konvertiert. Hierbei wurden die Noten 1-3 als zufrieden und die Noten 4-6 als unzufrieden beschrieben. Für jede Kategorie wurden dann die Prozentzahlen der zufriedenen und unzufriedenen Patienten und Mediziner gegenübergestellt.

4.6.2.6. Gruppenspezifische Unterschiede

Um verschiedene gruppenspezifische Unterschiede feststellen zu können, wurde die Stichprobe anhand der Variablen „Berufserfahrung“ und „Aphasiefortbildung“ aufgeteilt.

Tabelle 4.6.2.6.: Untergruppen der Stichprobe

Zielvariablen	Untergruppe	Definition
Berufserfahrung	1a	< als 5 Jahre
	1b	> als 5 Jahre
Aphasiefortbildung	2a	mit absolvierter Aphasiefortbildung
	2b	ohne absolvierte Aphasiefortbildung

Damit die Untergruppen miteinander vergleichbar waren, wurde für die Wissensprüfung, die Selbsteinschätzung und die Observation (hier wird nur die gesamte Kommunikation betrachtet) jeweils der Mittelwert berechnet um diese anschließend miteinander in Zusammenhang zu setzen. Um signifikante Unterschiede bestimmen zu können, wurde ein zweiseitiger T-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt.

4.6.2.7. Datenvergleich Vorgängerstudien

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zur Kommunikation zwischen Medizinerinnen und Patienten mit Aphasie wurden anschließend mit denen der beiden Vorgängerstudien zum Pflegepersonal (Fischer, Kimmel, & Kück, 2009) und Physiotherapeuten (Knakowski, 2014) verglichen. Hierbei wurden sowohl die Beurteilungen der Kommunikation durch die Observatoren als auch das Vermögen zur Selbstreflexion anhand der Abweichungen zwischen Selbsteinschätzung und Observation und das Fachwissen zum Thema Aphasie miteinander verglichen. Hierbei wurden sowohl Modi als auch Mediane, Spannweite der Werte, Mittelwerte und Standardabweichungen der Punktzahlen gegenüber gestellt. Um signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen feststellen zu können, wurde ein zweiseitiger T-Test durchgeführt.

4.7. Hypothesen

Im folgenden Abschnitt werden die für die Studie aufgestellten Hypothesen zu den verschiedenen Unterpunkten aufgeführt.

4.7.1. Vergleich der vier Unterpunkte

Hypothese 1:

Variablen: Beurteilung Kommunikation durch Observator/ Selbsteinschätzung

H0: Die Beurteilung der Observatoren ist besser oder genauso gut wie die Selbsteinschätzung der Mediziner.

H1: Die Beurteilung der Observatoren ist schlechter als die Selbsteinschätzung der Mediziner.

Hypothese 2:

Variablen: Ergebnis Wissensprüfung/Beurteilung Kommunikation durch Observator

H0: Eine höhere Punktzahl in der Wissensprüfung bedeutet keine bessere Beurteilung der Kommunikation durch den Observator.

H1: Eine höhere Punktzahl in der Wissensprüfung bedeutet eine bessere Beurteilung der Kommunikation durch den Observator.

Hypothese 3:

Variablen: Zufriedenheit Patient/ Beurteilung Kommunikation durch Observator

H0: Die Zufriedenheit der Patienten wird durchschnittlich schlechter oder genauso gut bewertet wie die Kommunikation durch den Observator.

H1: Die Zufriedenheit der Patienten wird durchschnittlich besser bewertet als die Kommunikation durch den Observator.

Hypothese 4:

Variablen: Zufriedenheit Patient/ Selbsteinschätzung

H0: Die Zufriedenheit der Patienten wird durchschnittlich besser oder genauso gut bewertet wie die Selbsteinschätzung der Mediziner.

H1: Die Zufriedenheit der Patienten wird durchschnittlich schlechter bewertet als die Selbsteinschätzung der Mediziner.

4.7.2. Gruppenspezifische Unterschiede

Hypothese 5:

Variablen: Berufserfahrung/ Beurteilung Kommunikation durch Observator

H0: Eine hohe Berufserfahrung der Mediziner resultiert nicht in einer höheren Beurteilung der Kommunikation durch den Observator

H1: Eine hohe Berufserfahrung der Mediziner resultiert in einer höheren Beurteilung der Kommunikation durch den Observator

Hypothese 6:

Variablen: Berufserfahrung/ Selbsteinschätzung

H0: Eine hohe Berufserfahrung der Mediziner resultiert nicht in einer besseren Selbsteinschätzung der Kommunikation durch den Mediziner.

H1: Eine hohe Berufserfahrung der Mediziner resultiert in einer besseren Selbsteinschätzung der Kommunikation durch den Mediziner.

Hypothese 7:

Variablen: Berufserfahrung/ Ergebnis Wissensprüfung

H0: Mediziner mit einer größeren Berufserfahrung erreichen keine höhere Punktzahl in der Wissensprüfung.

H1: Mediziner mit einer größeren Berufserfahrung erreichen eine höhere Punktzahl in der Wissensprüfung.

Hypothese 8:

Variablen: Berufserfahrung/ Zufriedenheit Patient

H0: Eine größere Berufserfahrung der Mediziner resultiert nicht in einer größeren Zufriedenheit der Patienten.

H1: Eine größere Berufserfahrung der Mediziner, resultiert in einer größeren Zufriedenheit der Patienten.

Hypothese 9:

Variablen: Aphasiefortbildung/ Beurteilung Kommunikation durch Observator

H0: Eine absolvierte Aphasiefortbildung führt nicht zu einer positiveren Bewertung der Kommunikation durch den Observator.

H1: Eine absolvierte Aphasiefortbildung führt zu einer positiven Bewertung der Kommunikation durch den Observator.

Hypothese 10:

Variablen: Aphasiefortbildung/ Ergebnis Wissensprüfung

H0: Eine absolvierte Aphasiefortbildung führt nicht zu einem höheren Ergebnis in der Wissensprüfung.

H1: Eine absolvierte Aphasiefortbildung führt zu einem besseren Ergebnis in der Wissensprüfung.

Hypothese 11:

Variablen: Aphasiefortbildung/ Zufriedenheit Patient

H0: Eine absolvierte Aphasiefortbildung resultiert nicht in einer größeren Zufriedenheit des Patienten.

H1: Eine absolvierte Aphasiefortbildung resultiert in einer größeren Zufriedenheit des Patienten.

4.7.3. Vergleich zwischen den Berufsgruppen

Hypothese 12:

Variablen: Kommunikation Mediziner/ Kommunikation Physiotherapeuten

H0: Die kommunikativen Fähigkeiten von Mediziner werden besser beurteilt als die der Physiotherapeuten.

H1: Die kommunikativen Fähigkeiten von Mediziner werden schlechter oder genauso gut beurteilt wie die der Physiotherapeuten.

Hypothese 13:

Variablen: Kommunikation Mediziner/ Kommunikation Pflegepersonal

H0: Die kommunikativen Fähigkeiten von Mediziner werden schlechter oder genauso gut beurteilt wie die des Pflegepersonals.

H1: Die kommunikativen Fähigkeiten von Medizinern werden besser beurteilt als die des Pflegepersonals.

Hypothese 14:

Variablen: Selbstreflexion Mediziner/ Selbstreflexion Physiotherapeuten

H0: Die Abweichungen von Observation und Selbsteinschätzung ist bei den Medizinern geringer oder gleich wie bei den Physiotherapeuten.

H1: Die Abweichungen von Observation und Selbsteinschätzung ist bei den Medizinern größer als bei den Physiotherapeuten.

Hypothese 15:

Variablen: Selbstreflexion Mediziner/ Selbstreflexion Pflegepersonal

H0: Die Abweichungen von Observation und Selbsteinschätzung ist bei den Medizinern größer als beim Pflegepersonal.

H1: Die Abweichungen von Observation und Selbsteinschätzung ist bei den Medizinern geringer oder gleich wie beim Pflegepersonal.

Hypothese 16:

Variablen: Ergebnis Wissensprüfung Mediziner/ Ergebnis Wissensprüfung Physiotherapeuten

H0: Die Mediziner erreichen in der Wissensprüfung eine niedrigere oder gleiche Punktzahl wie die Physiotherapeuten.

H1: Die Mediziner erreichen in der Wissensprüfung eine höhere Punktzahl als die Physiotherapeuten.

Hypothese 17:

Variablen: Ergebnis Wissensprüfung Mediziner/Ergebnis Wissensprüfung Pflegepersonal

H0: Die Mediziner erreichen in der Wissensprüfung eine niedrigere oder gleiche Punktzahl wie das Pflegepersonal.

H1: Die Mediziner erreichen in der Wissensprüfung eine höhere Punktzahl als das Pflegepersonal.

5. Resultate

In diesem Kapitel folgt die Darstellung und Erläuterung der in der Studie ermittelten Ergebnisse. Zunächst erfolgt eine genauere Beschreibung der Stichprobe. Anschließend werden die erhobenen Daten zu den vier Elementen der Studie dargestellt, die zunächst beschrieben und anschließend miteinander korreliert werden. Zum Schluss werden die gruppenspezifischen Unterschiede ermittelt und die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen erläutert.

5.1. Zusammensetzung der Stichprobe

In der folgenden Graphik wird die Häufigkeitsverteilung der Stichprobe, bezogen auf die Variablen Alter, Geschlecht, Berufserfahrung sowie absolvierter Aphasiefortbildung, dargestellt.

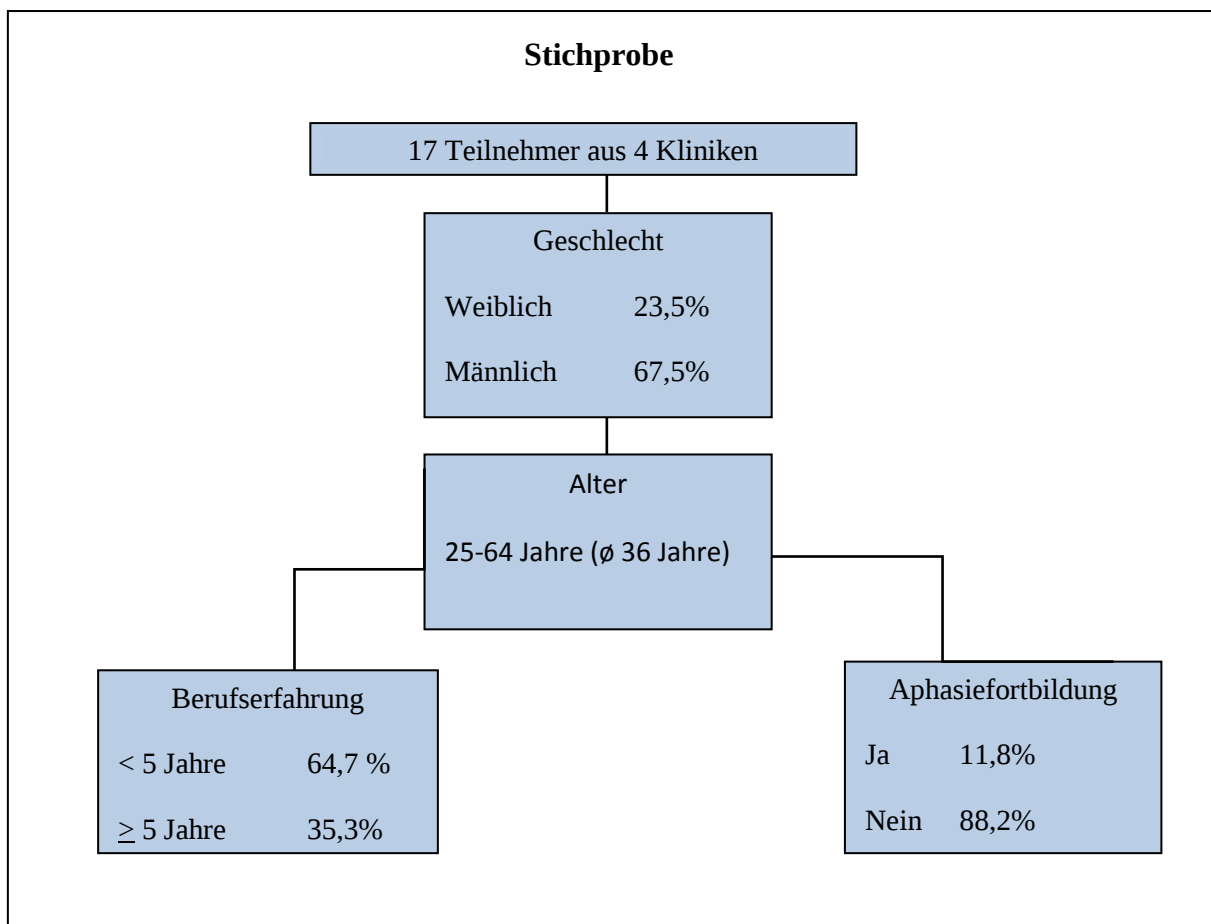


Abbildung 5.1.: Häufigkeitsverteilung Stichprobe

Aus vier Kliniken in Nordrhein-Westfalen nahmen insgesamt 17 Probanden an der Studie teil. 13 davon waren männlich und vier weiblich. Die Probanden waren zwischen 25 und 64 Jahren alt. Das durchschnittliche Alter lag hier bei 36 Jahren. Sechs Teilnehmer wiesen eine Berufserfahrung auf neurologischen Stationen von mehr als fünf Jahren auf, während 11 Teilnehmer weniger als fünf Jahre Berufserfahrung hatten. Lediglich zwei Probanden hatten bereits eine Aphasiefortbildung absolviert. Bei den restlichen 15 Probanden war dies nicht der Fall.

5.2. Kommunikation der Mediziner und ihre Selbsteinschätzung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Observationen mit denen der Selbsteinschätzungen der Mediziner verglichen. Dies gibt Auskünfte über das Vermögen zur Selbstreflektion und Selbsteinschätzung der Mediziner. Hier werden zunächst auf allen drei Niveaus die jeweiligen Mittelwerte verglichen und anschließend die Korrelationen dargestellt.

5.2.1. Itemniveau

Für alle Items der Observation und der Selbsteinschätzung werden in Tabelle 5.2.1 die durchschnittliche Bewertung der Kommunikation durch die Observatoren, die Selbsteinschätzungen der Mediziner, die Standardabweichung und die Differenzen der Mittelwerte dargestellt. Zum besseren Verständnis der erhobenen Werte wird nochmals auf das in Kapitel 4.4.5. dargestellte Bewertungssystem verwiesen. Hierbei war demnach zu beachten, dass ein höherer Wert in diesem Falle für eine schlechtere Benotung der Kommunikation steht.

Der Aufbau der Tabelle ist folgender:

In der ersten Spalte werden die verschiedenen Items aufgelistet. Danach folgen die jeweiligen Mittelwerte und Standardabweichungen der Observatoren ($M_{(Obs.)}$, $SD_{(Obs.)}$, $M_{(Med.)}$, $SD_{(Med.)}$). Anschließend wurden die Differenz zwischen den Mittelwerten der beiden Bewertungen ($M_{(Diff.)}$) und der Korrelationskoeffizient nach Spearman (Rho), sowie der jeweilige Signifikanzwert (p) berechnet.

Tabelle 5.2.1: Itemniveau: Vergleich der Mittelwerter; inklusive Korrelationen

Item	M _(Obs.)	SD _(Obs.)	M _(Med.)	SD _(Med.)	M _(Diff.)	Rho	p
Anpassung der Umgebung							
<i>Störung vermeiden</i>	3,91	1,23	2,64	1,22	1,45**	0,137	0,625
<i>Für ausreichende Beleuchtung sorgen</i>	4,67	0,66	2,67	1,11	2,00***	-0,176	0,705
<i>Für schmerzfreie Körperhaltung sorgen</i>	4,00	1,08	1,83	0,94	2,17***	0,949	0,051
Begrüßung/Verabschiedung							
<i>Begrüßung</i>	1,88	0,82	1,80	0,94	0,08	0,221	0,411
<i>Vorstellung</i>	3,44	1,38	2,70	1,49	0,74	-0,143	0,676
<i>Grund für Kommen angeben</i>	3,97	1,33	2,60	1,12	1,37**	0,528*	0,036
<i>Verabschiedung</i>	1,97	1,27	2,13	1,26	-0,16	0,149	0,569
Mediziner als Sprecher							
<i>Sprechtempo anpassen</i>	2,12	0,88	2,56	1,09	-0,44	0,357	0,159
<i>Lautstärke anpassen</i>	2,26	0,99	2,13	0,89	0,13	-0,005	0,985
<i>Wichtige Wörter betonen</i>	2,59	1,11	2,63	0,72	-0,04	0,237	0,361
<i>Einfache Syntax verwenden</i>	2,47	1,14	2,81	0,91	-0,34	0,187	0,473
<i>Pausen setzen</i>	2,03	0,70	2,94	1,06	-0,91**	0,297	0,248
<i>Ja-/Nein- Fragen stellen</i>	2,97	1,27	2,75	1,29	0,22	0,115	0,670
<i>Angemessenes Sprachniveau verwenden</i>	2,06	0,90	2,27	0,80	-0,21	0,282	0,291
<i>Für Aufmerksamkeit sorgen</i>	1,84	0,83	2,31	0,87	-0,47	0,071	0,793
Mediziner als Zuhörer							
<i>Kommunikation unterstützen</i>	5,12	0,65	3,46	1,39	1,66***	0,286	0,367
<i>Verbales Feedback geben</i>	1,79	0,54	2,54	0,88	-0,75**	0,003	0,994
<i>Ins Wort fallen</i>	1,83	0,58	2,38	1,12	-0,55	-0,255	0,450
<i>Worte vorweg nehmen</i>	1,88	0,89	2,92	0,76	-1,04***	-0,311	0,324
<i>Feedback zur Verständlichkeit geben</i>	3,38	1,05	3,29	0,99	0,09	0,600*	0,039
<i>Non-verbale Signale benennen</i>	3,39	1,00	3,47	1,06	-0,08	0,266	0,380
Alternative/ Non-verbale Kommunikation							
<i>Mimik und Gestik einsetzen</i>	2,15	0,58	2,38	0,81	-0,23	0,611**	0,009
<i>Schreiben/Zeichnen/Zeigen</i>	4,79	1,14	4,27	1,33	0,52	0,320	0,287
<i>Blickkontakt halten</i>	1,91	0,62	2,25	0,93	-0,34	0,119	0,650
<i>Non-verbales Feedback geben</i>	2,42	0,76	2,64	1,08	-0,22	0,204	0,504
<i>Interesse zeigen</i>	1,85	0,76	2,75	0,77	-0,90**	0,240	0,354

p ≤ 0,5 *; p ≤ 0,01 **; p ≤ 0,001 ***

Bei der Bewertung durch die Observatoren wurde die Bestnote (Mittelwert) beim Item „verbales Feedback geben“ vergeben. Diese lag bei 1,79. Die schlechteste Bewertung betraf das Item „Kommunikation unterstützen“ mit einer Note (Mittelwert) von 5,12. Die Items „für ausreichende Beleuchtung sorgen“, „für schmerzfreie Körperhaltung sorgen“, „Kommunikation unterstützen“ und „alternative Kommunikationsmittel verwenden“ wurden durchschnittlich schlechter als 4 bewertet. Die Spannweite der verteilten Noten beträgt $RObs = 3,33$ Noten.

Die Items „Körperhaltung“ und „Beleuchtung“ sowie die Items unter der Kategorie „Mediziner als Zuhörer“ wurden insgesamt häufig als „nicht zutreffend“ beschrieben.

Die Mediziner bewerteten sich selbst beim Item „Begrüßung“ mit einer Durchschnittsnote von 1,80 am besten. Die schlechteste Note wurde beim Item „alternative Kommunikationsmittel verwenden“ mit einer Note (Mittelwert) von 4,27 gegeben. Die Spannweite der Noten beträgt bei den Medizinerinnen jedoch lediglich $RMedi = 2,47$ Noten.

Die größten Differenzen ($>1,00$) innerhalb der kommunikativen Bewertung von den Observatoren und den Medizinerinnen selbst zeigten die Items „für ausreichende Beleuchtung sorgen“ und „für schmerzfreie Körperhaltung sorgen“, „Störungen vermeiden“, „Grund für Kommen angeben“, „Worte vorweg nehmen“ und „Kommunikation unterstützen“. Außer bei dem Item „Worte vorweg nehmen“ hatten sich die Mediziner bei den genannten Items immer besser eingeschätzt als die Observatoren.

Die durchschnittliche Bewertung fiel insgesamt auf Itemniveau bei den Medizinerinnen schlechter aus als bei den Observatoren. Die Abweichungen betrug durchschnittlich eine Abweichung von 0,66. Die größte Differenz zwischen den beiden Beurteilungen lag bei $MDifferenz = 2,17$ Noten bei Item „Für schmerzfreie Körperhaltung sorgen“ und die kleinste mit $MDifferenz = 0,04$ Noten bei „wichtige Wörter betonen“.

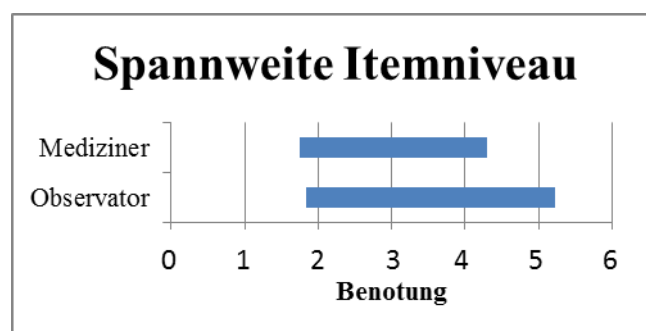


Abbildung 5.2.1.: Spannweite der Benotungen auf Itemniveau

Der Vergleich der Spannweiten der Benotungen von Observator und Mediziner zeigte, dass sich die vergebenen Noten größtenteils im gleichen Rahmen befanden. Die Observatoren gaben jedoch im Mittelwert schlechtere Noten als die Mediziner.

Die Korrelationen war bei den Items „Grund für das Kommen angeben“ ($Rho = 0,528^*$) und „Feedback zur Verständlichkeit geben“ ($Rho = 0,600^*$) signifikant. Bei Item „Mimik und Gestik einsetzen“ ($Rho = 0,611^{**}$) zeigte sich sogar eine höchstsignifikante Korrelation. Bei den restlichen Items konnte keine signifikante Korrelation nach Spearman nachgewiesen werden.

5.2.2. Kategorieniveau

In Tabelle 5.2.2 werden die durchschnittliche Bewertung der Kommunikation durch die Observatoren, die Selbsteinschätzungen der Mediziner, die Standardabweichung und die Differenzen der Mittelwerte auf Kategorieniveau dargestellt.

Tabelle 5.2.2.: Kategorieniveau: Vergleich der Mittelwerte

Kategorie	$M_{(Obs.)}$	$SD_{(Obs.)}$	$M_{(Med.)}$	$SD_{(Med.)}$	$M_{(Diff.)}$	r_p
Anpassung der Umgebung	4,04	0,91	2,19	0,92	1,85***	-0,049
Begrüßung/Verabschiedung	2,76	0,89	2,13	1,01	0,63	0,048
Mediziner als Sprecher	2,28	0,73	2,48	0,70	0,20	0,308
Mediziner als Zuhörer	3,16	1,03	3,03	0,86	0,13	0,440
Alternative/ Non-verbale Kommunikation	2,88	1,43	2,81	0,73	0,07	0,571*

$p \leq 0,5^*$; $p \leq 0,01^{**}$; $p \leq 0,001^{***}$

Auf Kategorieniveau bewerteten sich die Mediziner durchschnittlich besser als die Observatoren. Die Spannweite der vergebenen Noten war bei den Mediziner mit $RM_{Medi}=0,90$ deutlich geringer als bei den Observatoren mit $RObs=1,77$.

Die beste Note wurde von den Observatoren bei der Kategorie „Mediziner als Sprecher“ vergeben ($MObs= 2,28$). Mit der schlechtesten Note wurde die „Anpassung der Umgebung“ bewertet ($MObs= 4,04$). Die Mediziner schätzten selbst ihre Fähigkeiten als Zuhörer am schwächsten ein ($MM_{Medi}=3,03$), während sie ihre Fertigkeiten bei „Begrüßung und Verabschiedung“ am besten bewerteten ($MM_{Medi}= 2,13$). Die geringste Differenz der beiden Beurteilungen konnte bei der „Alternativen Kommunikation“ festgestellt werden. Hier unterschieden sich die Bewertungen lediglich um $MDiff= 0,07$ Noten, wobei die

Observatoren hier bessere Noten vergaben. Der größte und statistisch signifikante Unterschied in der Bewertung war bei der „Anpassung der Umgebung“ zu erkennen ($MDiff= 1,85^{***}$). Hier schätzten sich die Mediziner deutlich besser ein als die Observatoren. Lediglich bei der Kategorie „Alternative/Non-verbale Kommunikation“ konnte eine signifikante Korrelation nachgewiesen werden, während dies bei den anderen nicht der Fall war.

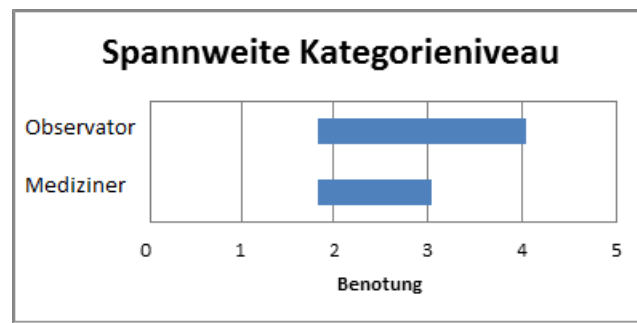


Abbildung 5.2.2.: Spannweite der Benotung auf Kategorieniveau

Auf Kategorieniveau zeigt sich ein deutlicher Unterschied in der Beurteilung der Observatoren und Mediziner. Die schlechteste vergebene Note der Observatoren war um eine Note niedriger als die der Mediziner.

5.2.3. Gesamte Kommunikation

In der folgenden Tabelle 5.2.3 werden die Mittelwerte und Standarddeviationen der durchschnittlichen Beurteilungen der Observatoren und Mediziner bezogen auf die gesamte Kommunikation (gesamtes Formular) sowie der Korrelationskoeffizient nach Pearson dargestellt.

Tabelle 5.2.3.: Gesamte Kommunikation: Vergleich der Mittelwerte

	$M_{(Obs.)}$	$SD_{(Obs.)}$	$M_{(Med.)}$	$SD_{(Med.)}$	$M_{(Diff.)}$	r_p
Gesamte Kommunikation	2,95	0,46	2,53	0,67	0,42* $p=0,04$	0,338

$p \leq 0,5$ *; $p \leq 0,01$ **; $p \leq 0,001$ ***

Bezogen auf die gesamte Kommunikation bewerteten die Observatoren die Mediziner durchschnittlich mit einer Note von $M_{Med.} = 2,95$, während sich die Mediziner selbst besser einschätzten ($M_{Med.} = 2,53$). Statistisch gesehen konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Beurteilungen festgestellt werden. Die Differenz zwischen den beiden Beurteilungen ist jedoch statistisch signifikant.

Hypothese 1:

H0: Die Beurteilung der Observatoren ist besser oder genauso gut wie die Selbsteinschätzung der Mediziner.

H1: Die Beurteilung der Observatoren ist schlechter als die Selbsteinschätzung der Mediziner.

H1 konnte bestätigt werden und H0 wurde daher verworfen.

5.3. Wissensprüfung

Bei der Wissensprüfung betrug die maximal zu erreichende Punktzahl 16 Punkte. Diese Punktzahl setzte sich zusammen aus jeweils einem Punkt für die Fragen 1-9 und 11-12 und maximal 5 Punkten für Frage 10. Bei der folgenden Darstellung der Häufigkeit der korrekten Antworten pro Frage wird die Visualisierung von Frage 10 ausgenommen. Die Häufigkeitsverteilung bei dieser Frage wird im Folgenden in einer Tabelle veranschaulicht. Die durchschnittlich erreichte Punktzahl bei der Wissensprüfung lag bei 11,41 Punkten (SD= 1,46). Der Modus und der Median lagen jeweils bei 11 Punkten ($X_{Med}= 11$, $X_{Mod}=11$).

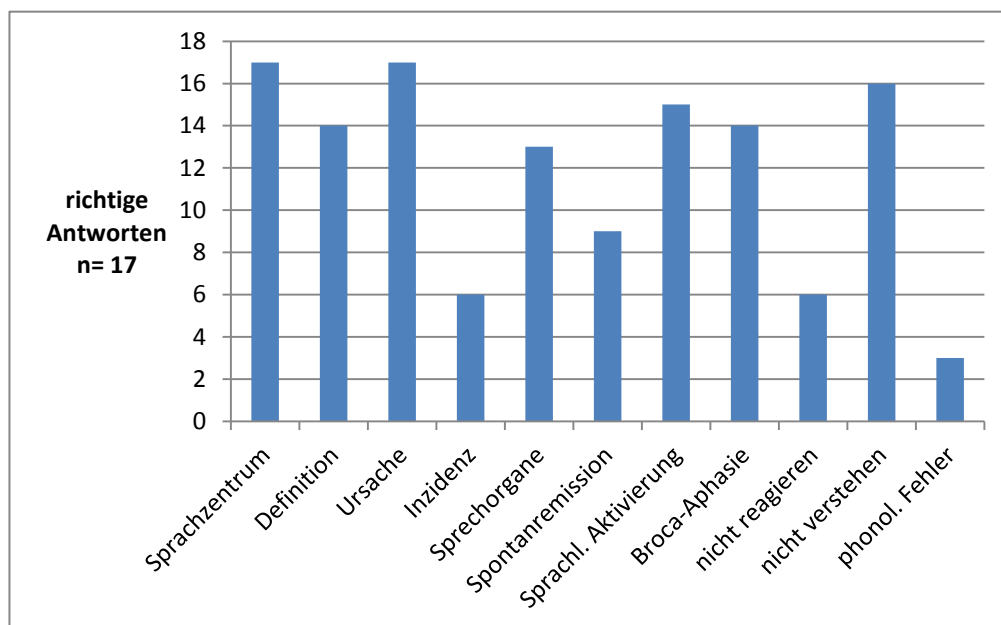


Abbildung 5.3.: Auswertung der Wissensprüfung; Häufigkeit der richtigen Antworten pro Frage

Bei der Auswertung der Wissensprüfung wurden auch die Antworten als falsch gewertet, die von den Studienteilnehmern mit der Möglichkeit „weiß nicht“ beantwortet wurden, da auch sie zeigen, dass die Teilnehmer die Antwort auf die Frage nicht wussten.

Die Fragen zur Lokalisation (17 korrekte Antworten, $n=17$) und zur Ursache einer Aphasie (17 korrekte Antworten, $n=17$) konnten von allen Teilnehmern korrekt beantwortet werden.

Die Frage zur Verhaltensweise bei Nicht-Verstehen einer Aussage wurde nur von einem Teilnehmer falsch beantwortet (16 korrekte Antworten, n=17). Weitere Fragen, auf die ein Großteil der Befragten eine korrekte Antwort geben konnte, waren die Fragen zur Definition (14 korrekte Antworten, n=17), zur Funktionalität der Sprechorgane (13 korrekte Antworten, n=17), zur sprachlichen Aktivierung (15 korrekte Antworten, n=17) und zur Broca Aphasie (14 korrekte Antworten, n= 17).

Nur wenige Teilnehmer wussten hingegen, wie hoch die Inzidenzrate ist (6 korrekte Antworten, n= 17), wie man sich verhalten sollte, wenn ein Patient nicht auf eine gestellte Frage antwortet (6 korrekte Antworten, n=17) und wie lange die Spontanremission andauert (9 korrekte Antworten, n=17). Es gab keine Frage, die von allen Teilnehmern falsch beantwortet wurde. Am niedrigsten ist die Punktzahl bei der Frage zum Umgang mit phonologischen Fehlern (3 korrekte Antworten, n=17).

Bei Frage 10 („Was können Sie tun, um die Kommunikation für den Aphasiepatienten zu erleichtern?“) konnten die Teilnehmer bis zu 5 Punkten erreichen. Die Häufigkeitsverteilung der korrekten Antworten wird in der untenstehenden Tabelle verdeutlicht. Der Mittelwert beträgt hier $M = 3,76$ ($SD = 1,03$). Von mehr als der Hälfte der Teilnehmer (64,70%) konnten 4 oder mehr richtige Antworten gegeben werden.

Tabelle 5.3.: Häufigkeitsverteilung Frage 10

Anzahl korrekter Antworten	Häufigkeit (n=17)	Angaben in %
0 korrekte Antworten	0	0
1 korrekte Antwort	1	5,90
2 korrekte Antworten	0	0
3 korrekte Antworten	5	29,40
4 korrekte Antworten	7	41,20
5 korrekte Antworten	4	23,50

5.3.1. Korrelation Wissensprüfung und Kommunikation

Zwischen der gesamten Kommunikation und der Wissensprüfung der Mediziner konnte keine signifikante Korrelation berechnet werden ($r_p = -0,334$; $p = 0,191$). Es besteht also kein Zusammenhang zwischen den Fachkenntnissen der Mediziner und ihren kommunikativen Fähigkeiten.

Hypothese 2:

H0: Eine höhere Punktzahl in der Wissensprüfung bedeutet nicht eine bessere Beurteilung der Kommunikation durch den Observator.

H1: Eine höhere Punktzahl in der Wissensprüfung bedeutet eine bessere Beurteilung der Kommunikation durch den Observator.

H1 konnte nicht bestätigt werden. H0 bleibt bestehen.

Es ist demnach nicht nachzuweisen, dass sich ein größeres Fachwissen positiv auf die Kommunikationsleistung auswirkt.

5.4. Zufriedenheit der Patienten

Insgesamt konnte nur bei zehn Patienten die Zufriedenheit ermittelt werden. Bei den restlichen Patienten war eine Befragung aufgrund der Schwere der Aphasie nicht möglich.

Tabelle 5.4.: Zufriedenheit der Patienten, Mediziner und Observatoren mit der Kommunikation

Kategorie	Patient		Mediziner		Observatoren	
	Zufrieden	Unzufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Zufrieden	Unzufrieden
Anpassung der Umgebung	70%	30%	80%	20%	10%	90%
Begrüßung/Verabschiedung	60%	40%	80%	20%	100%	0%
Mediziner als Sprecher	100%	0%	70%	30%	80%	20%
Mediziner als Zuhörer	100%	0%	80%	20%	80%	20%
Alternative Kommunikation	100%	0%	80%	20%	100%	0%
Insgesamt	100%	0%	80%	20%	80%	20%

Insgesamt waren alle drei Gruppen mit dem Arzt-Patienten-Kontakt zufrieden. Es zeigte sich, dass die *Anpassung der Umgebung* insgesamt die Kategorie war, mit der die drei Gruppen am wenigsten zufrieden waren. Tendenziell stimmen die Wertungen überein und zeigen eine allgemeine Zufriedenheit mit der Kommunikation. Deutlich wird, dass die Mediziner sich selbst am kritischsten betrachtet haben und in keiner Kategorie vollständig mit sich zufrieden

waren. Die formulierten Hypothesen konnten aufgrund des niedrigen Niveaus der Variablen nicht statistisch belegt werden.

5.5. Gruppenunterschiede

In diesem Abschnitt werden die Gruppenunterschiede bezüglich der Berufserfahrung und absolvierter Aphasiefortbildung dargestellt. Hierzu wurde ein zweiseitiger T-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt.

5.5.1. Berufserfahrung

In der folgenden Graphik wird zunächst die Häufigkeitsverteilung der Berufserfahrung dargestellt.

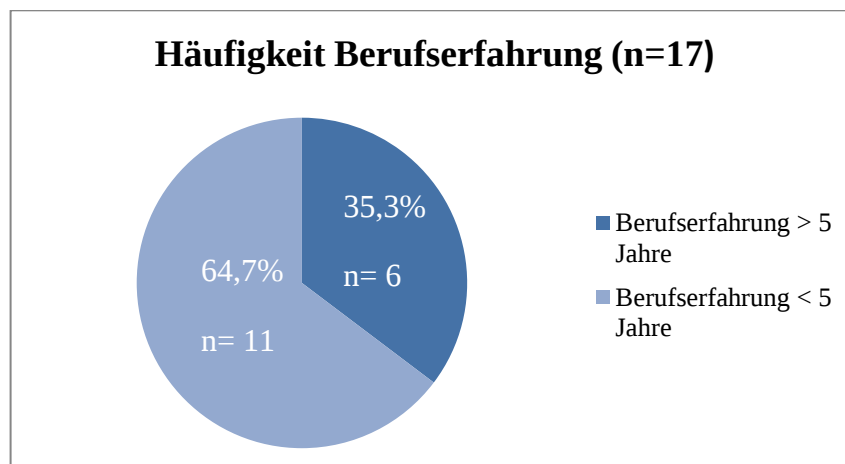


Abbildung 5.5.1.: Häufigkeitsverteilung Berufserfahrung

5.5.1.1. Berufserfahrung und Kommunikation

Vergleicht man die kommunikativen Fähigkeiten bei Gruppen mit einem unterschiedlichen Grad an Berufserfahrung, so zeigt sich, dass die Ärzte mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung besser benotet wurden ($M_{\text{Obs}}=2,59$; $SD=0,43$) als ihre Kollegen mit weniger Berufserfahrung ($M_{\text{Obs}}= 3,16$; $SD= 0,35$). Beim Vergleich der beiden Gruppen ist ein signifikanter Unterschied in der Kommunikationsleistung bezogen auf die Berufserfahrung festzustellen ($t=2,29$; $p=0,05^*$). Der Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der Beurteilung der Kommunikation durch den Observator konnte sogar als sehr signifikant nachgewiesen werden ($r_p=-0,99$; $p=0,002^{**}$).

Hypothese 5:

H_0 : Eine hohe Berufserfahrung der Mediziner resultiert nicht in einer höheren Beurteilung der Kommunikation durch den Observator

H1: Eine hohe Berufserfahrung der Mediziner resultiert in einer höheren Beurteilung der Kommunikation durch den Observator

H1 wird akzeptiert und H0 wird verworfen.

Der Vergleich der Selbsteinschätzung der beiden Gruppen zeigt sich, dass sich die Mediziner mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung leicht besser bewertet haben ($M_{\text{Med.}}=2,50$, $SD=0,85$) als die Mediziner mit weniger als fünf Jahren Berufserfahrung ($M_{\text{Med.}}=2,60$, $SD=0,83$). Bezogen auf die Selbsteinschätzung ist hier also kein signifikanter Unterschied festzustellen ($t=0,19$; $p=0,86$). Auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der Selbsteinschätzung konnte nicht festgestellt werden ($r_p=-0,87$; $p=0,056$).

Hypothese 6:

H0: Eine hohe Berufserfahrung der Mediziner resultiert nicht in einer besseren Selbsteinschätzung der Kommunikation durch den Mediziner.

H1: Eine hohe Berufserfahrung der Mediziner resultiert in einer besseren Selbsteinschätzung der Kommunikation durch den Mediziner.

H1 konnte nicht bestätigt werden. H0 bleibt bestehen.

5.5.1.2. Berufserfahrung und Wissensprüfung

Auch beim Vergleich der Wissensüberprüfung beider Gruppen wurde ersichtlich, dass die Mediziner mit mehr Berufserfahrung durchschnittlich eine höhere Punktzahl erzielten ($M=12,5$ Punkte; $SD=1,38$) als die Mediziner mit weniger Berufserfahrung ($M=10,8$ Punkte; $SD=1,17$). Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen dem vorhandenen Fachwissen der beiden Gruppen festgestellt werden ($t=2,21$; $p=0,05^*$). Auch besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und den erreichten Punktzahl in der Wissensprüfung ($r_p=-0,91$; $p=0,03^*$).

Hypothese 7:

H0: Mediziner mit einer größeren Berufserfahrung erreichen keine höhere Punktzahl in der Wissensprüfung.

H1: Mediziner mit einer größeren Berufserfahrung erreichen eine höhere Punktzahl in der Wissensprüfung.

H1 wird bestätigt und H0 verworfen.

5.5.1.3. Berufserfahrung und Zufriedenheit des Patienten

Auch hier konnte die formulierte Hypothese aufgrund des niedrigen Messniveaus der Variablen nicht statistisch überprüft werden. Jedoch ist aus den Prozentwerten zu erkennen, dass die Zufriedenheit der Patienten mit den Medizinerinnen mit mehr Erfahrung lediglich in einer Kategorie höher war als bei den Medizinerinnen mit weniger Erfahrung. Dies lässt darauf schließen, dass die Berufserfahrung keinen direkten Einfluss auf die Patientenzufriedenheit hat.

5.5.2. Aphasiefortbildung

Auch hier wird zunächst die Häufigkeitsverteilung der Aphasiefortbildungen graphisch dargestellt.

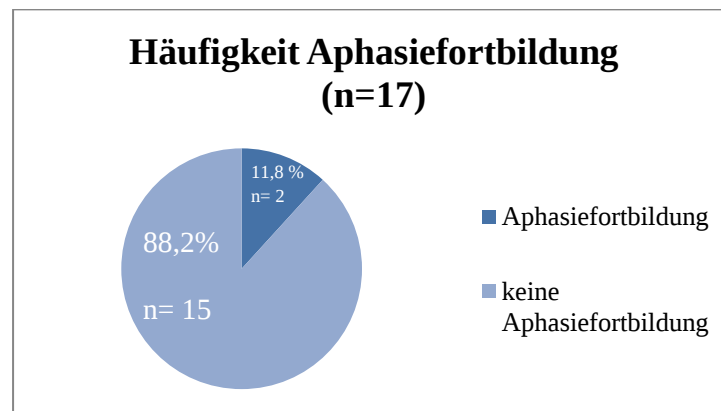


Abbildung 5.5.2.: Häufigkeitsverteilung Aphasiefortbildung

Da von den 17 Teilnehmern lediglich zwei eine Aphasiefortbildung absolviert hatten und somit keine repräsentative Gruppe zustande kam, wurde dieser Punkt nicht weiter untersucht. Auffallend war, dass die beiden Teilnehmer mit Aphasiefortbildung mit die höchste Punktzahl in der Wissensprüfung erreicht haben. Einer der beiden wurde sogar bei der Observation der gesamten Kommunikation am besten bewertet. Vor der Observation war jedoch nicht bekannt, dass die Teilnehmer eine Fortbildung absolviert hatten, was die Objektivität der Beurteilung erhöht.

Die Hypothesen 9 – 12 konnten nicht überprüft werden, da nicht genügend Teilnehmer der Studie eine Aphasiefortbildung absolviert haben. Statistische Berechnungen waren demgemäß nicht möglich.

5.6. Vergleich zwischen Medizinern, Physiotherapeuten und Pflegepersonal

5.6.1. Vergleich der Kommunikation

Um die Kommunikation der verschiedenen Berufsgruppen vergleichen zu können, werden in diesem Abschnitt zunächst die Ergebnisse der Observation der kommunikativen Situation für die verschiedenen Items, Kategorien und die gesamte Kommunikation dargestellt. Hier werden die jeweiligen Mittelwerte und die Standarddeviationen gegenübergestellt, deren Differenzen und mögliche Signifikanzen angegeben. Abschließend wird die mit Hilfe des *Fisher's Z-Test* untersuchte Signifikanz der Korrelationen abgebildet. Dieser Test ist auch für kleine Stichproben geeignet und untersucht die Signifikanz auf Unabhängigkeit.

5.6.1.1. Itemniveau

Vergleicht man die kommunikativen Fähigkeiten der Mediziner mit denen der Physiotherapeuten auf Itemniveau, fällt auf, dass die Mediziner bei den drei Items „Störungen vermeiden“ (MDiff.Med.-Physio = 1,83***), „Für schmerzfreie Körperhaltung sorgen“ (MDiff.Med.-Physio = 2,75****) und für „Kommunikation unterstützen“ (MDiff.Med.-Physio = 1,83****) deutlich schlechter bewertet wurden als die Physiotherapeuten mit einem extrem hohen Signifikanzniveau. Bei „Grund für Kommen angeben“ (MDiff.Med.-Physio = 1,26**) wich die Beurteilung der Mediziner negativ signifikant von der der Physiotherapeuten ab.

Nichtsdestotrotz konnten die Mediziner in den vier Punkten „Verbales Feedback geben“ (MDiff.Med.-Physio = -1,33***), „Nicht ins Wort fallen“ (MDiff.Med.-Physio = -1,04***), „Keine Worte vorweg nehmen“ (MDiff.Med.-Physio = -1,11****) und „Mimik und Gestik einsetzen“ (MDiff.Med.-Physio = -1,18****) besser abschneiden als die Physiotherapeuten und zwar mit einem extrem hohen Signifikanzniveau. Auch bei dem Item „Sprechtempo anpassen“ zeigten die Mediziner eine deutlich bessere Bewertung mit einem sehr hohen Signifikanzniveau (MDiff. Med.-Physio = -1,09**).

Die Physiotherapeuten und Mediziner korrelierten in den Punkten „Störungen vermeiden“ ($p=0,04^*$), „Angemessenes Sprachniveau“ ($p=0,02^*$) und „Nicht ins Wort fallen“ ($p=0,02^*$) mit einer hohen Signifikanz.

Eine extrem hohe Signifikanz zeigte sich bei „Für schmerzfreie Körperhaltung sorgen“ mit einem Wert von $Z = 3,355$ und $p = 0,0008$.

Der Vergleich zwischen Medizinern und Pflegepersonal stellte sich folgendermaßen dar: Die Medizinern waren im Punkt „Störungen vermeiden“ (MDiff.Med.-Pflege= 1,09*) schlechter

als, das Pflegepersonal, wobei sich auch ein signifikanter Unterschied zeigte. In den Punkten „für eine schmerzfreie Körperhaltung sorgen“ (MDiff.Med.-Pflege= 1,13*) sowie in „Schreiben/Zeichnen/Zeigen“ (MDiff.Med.-Pflege= 2,26***) wurden die Pfleger ebenfalls besser bewertet mit einem sehr hohen p-Wert.

Gegenüberstellend waren die Mediziner jedoch in 13 Unterpunkten besser als die Pfleger mit sehr hohen bis extrem hohen Signifikanznachweisen.

Innerhalb der Korrelationen zeigten sich bei den Items „Für ausreichende Beleuchtung sorgen“ ($Z = -2,097$, $p = 0,03^*$) und für „Mimik und Gestik einsetzen“ ($Z = 2,581$, $p = 0,01^{**}$) signifikante Werte.

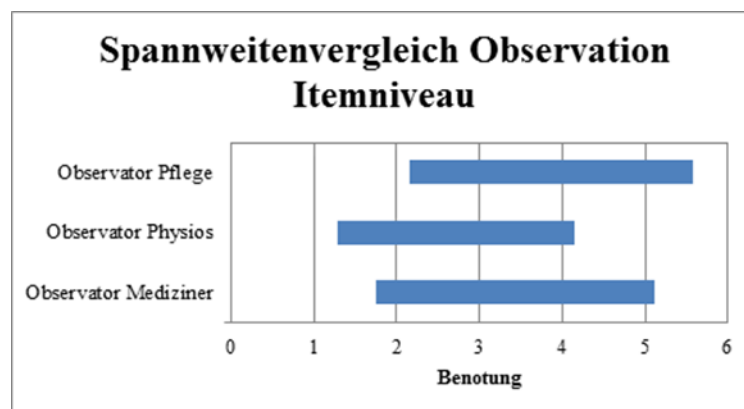


Abbildung 5.6.1.1.: Spannweitenvergleich der Benotung auf Itemniveau

Der Vergleich der Spannweite der vergebenen Noten zeigte, dass die Streuung der Noten auf Itemniveau insgesamt bei allen drei Studien ungefähr gleich war. Die Bewertung war demnach bei allen drei Studien ähnlich. Allerdings wurden bei den Physiotherapeuten tendenziell bessere Noten vergeben als bei den Mediziner und beim Pflegepersonal.

In untenstehender Tabelle wird die Kommunikationsweise der drei Berufsgruppen auf Itemniveau gegenübergestellt.

Hierbei werden sowohl die Mittelwerte und Standarddeviationen der jeweiligen Beurteilungen durch den Observer dargestellt und deren Differenz berechnet als auch die jeweiligen Korrelationskoeffizienten, deren Differenz und die dazugehörigen p-Werte.

Tabelle 5.6.1.1.: Itemniveau: Vergleich der Mittelwerte; inklusive Korrelationen zwischen Observation und Selbsteinschätzung

Item	M _(Obs.) Med.	SD _(Obs.) Med.	M _(Obs.) Physios	SD _(Obs.) Physios	M _{Diff.} Med. Physio	M _(Obs.) Pflege	SD _(Obs.) Pflege	M _{Diff.} Med. Pflege	Rho Med	Rho Physios	p Med. Physio	Rho Pflege	p Med. Pflege
Anpassung der Umgebung													
<i>Störung vermeiden</i>	3,91	1,23	2,08	1,35	1,83***	2,82	1,55	1,09*	0,137	0,697	0,04*	0,34	0,51
<i>Für ausreichende Beleuchtung sorgen</i>	4,67	0,66	-	-	-	4,73	1,56	-0,06	-0,176	-	-	0,46	0,03*
<i>Für schmerzfreie Körperhaltung sorgen</i>	4,00	1,08	1,25	0,44	2,75***	2,69	1,39	1,31**	0,949	0,581	0,0008***	-0,28	0,64
Begrüßung/Verabschiedung													
<i>Begrüßung</i>	1,88	0,82	1,75	0,89	0,13	3,32	1,47	-1,44***	0,221	0,699	0,06	0,20	0,95
<i>Vorstellung</i>	3,44	1,38	-	-	-	-	-	-	-0,143	-	-	-	-
<i>Grund für Kommen angeben</i>	3,97	1,33	2,71	1,30	1,26**	3,53	1,84	0,44	0,528	0,279	0,38	0,31	0,40
<i>Verabschiedung</i>	1,97	1,27	1,95	0,80	0,02	3,85	1,77	-1,88***	0,149	0,333	0,57	0,41	0,38
Mediziner als Sprecher													
<i>Sprechtempo anpassen</i>	2,12	0,88	3,21	1,10	-1,09**	3,15	0,85	-1,03***	0,357	0,060	0,36	0,38	0,94
<i>Lautstärke anpassen</i>	2,26	0,99	1,78	0,59	0,48	2,18	0,81	0,08	-0,005	0,355	0,28	0,37	0,22
<i>Wichtige Wörter betonen</i>	2,59	1,11	2,54	0,59	0,05	3,66	0,96	-1,07***	0,237	0,021	0,52	0,23	0,97
<i>Einfache Syntax verwenden</i>	2,47	1,14	3,38	1,01	0,91*	3,56	0,80	-1,09***	0,187	0,065	0,72	0,29	0,74
<i>Pausen setzen</i>	2,03	0,70	2,41	0,65	-0,38	3,45	0,91	-1,42***	0,297	0,067	0,49	0,41	0,70
<i>Ja-/Nein- Fragen stellen</i>	2,97	1,27	2,38	0,70	0,59	3,60	1,35	-0,63	0,115	0,296	0,58	0,16	0,90
<i>Angemessenes Sprachniveau verwenden</i>	2,06	0,90	2,33	0,64	-0,27	2,12	0,66	-0,06	0,282	0,381	0,57	0,21	0,82
<i>Für Aufmerksamkeit sorgen</i>	1,84	0,83	2,21	0,84	-0,37	3,09	1,36	-1,25***	0,071	-0,640	0,02*	0,26	0,54
Mediziner als Zuhörer													
<i>Kommunikation unterstützen</i>	5,12	0,65	3,29	0,01	1,83***	5,58	0,84	-0,46	0,286	0,477	0,51	0,15	0,65
<i>Verbales Feedback geben</i>	1,79	0,54	3,12	0,81	-1,33***	3,38	1,36	-1,59***	0,003	0,367	0,27	0,30	0,34
<i>Ins Wort fallen</i>	1,83	0,58	2,87	1,01	-1,04***	2,68	1,08	-0,85**	-0,255	0,489	0,02*	0,11	0,24
<i>Worte vorweg nehmen</i>	1,88	0,89	2,99	1,00	-1,11***	3,20	1,28	-1,32***	-0,311	0,082	0,24	0,17	0,13
<i>Feedback zur Verständlichkeit geben</i>	3,38	1,05	3,19	0,89	0,19	4,29	1,28	-0,91*	0,600	0,670	0,73	0,11	0,07
<i>Non-verbale Signale benennen</i>	3,39	1,00	3,25	0,84	0,14	4,49	1,41	-1,00**	0,266	0,394	0,68	-0,004	0,39
Alternative/ Non-verbale Kommunikation													
<i>Mimik und Gestik einsetzen</i>	2,15	0,58	3,33	1,01	-1,18***	3,54	1,12	-1,39***	0,611	0,668	0,78	-0,12	0,01**
<i>Schreiben/Zeichnen/Zeigen</i>	4,79	1,14	4,15	1,21	0,64	2,53	1,35	2,26***	0,320	0,226	0,77	-0,24	0,07
<i>Blickkontakt halten</i>	1,91	0,62	1,83	0,76	0,08	3,10	1,19	-1,19***	0,119	0,568	0,13	0,12	1,00
<i>Non-verbales Feedback geben</i>	2,42	0,76	2,25	0,67	0,17	3,18	1,22	-0,76*	0,204	0,327	0,70	0,06	0,66
<i>Interesse zeigen</i>	1,85	0,76	2,25	0,67	-0,40	2,99	1,26	-1,14**	0,240	0,367	0,68	0,13	0,72

p ≤ 0,5 *; p ≤ 0,01 **; p ≤ 0,001 ***

5.6.1.2. Kategorieniveau

Tabelle 5.6.1.2.: Kategorieniveau: Vergleich der Mittelwerte; inklusive Korrelationen zwischen Observation und Selbsteinschätzung

Kategorie	M _(Obs.) Med.	SD _(Obs.) Med.	M _(Obs) Physio	SD _(Obs) Physio	M _(Diff.) Med. Physio	M _(Obs) Pflege	SD _(Obs) Pflege	M _(Diff.) Med. Pflege	r _P Med.	r _P Physio	p Med Physio	r _P Pflege	p Med. Pflege
Anpassung der Umgebung	4,04	0,91	1,66	0,79	2,38***	3,14	1,40	0,90*	-0,049	0,684	0,010**	0,392	0,150
Begrüßung/Verabschiedung	2,76	0,89	2,14	0,76	0,62*	3,57	1,52	-2,05*	0,048	0,401	0,275	0,248	0,524
Sprecher	2,28	0,73	3,52	0,48	-1,24***	3,07	0,65	-0,79***	0,308	0,314	0,985	0,342	0,906
Zuhörer	3,16	1,03	3,12	0,77	0,04	4,37	1,13	-1,57***	0,440	0,579	0,584	0,115	0,268
Alternative/ Non-verbale Kommunikation	2,88	1,43	2,76	0,61	0,12	3,48	1,04	-0,6	0,571*	0,542	0,088	0,045	0,219

p≤0,5 *; p≤ 0,01**, p≤ 0,001***

Der Vergleich der Mittelwerte auf Kategorieniveau zeigte sich, dass sich die durchschnittlichen Bewertungen der Mediziner und Physiotherapeuten in den Kategorien „Anpassung der Umgebung“, „Begrüßung/ Verabschiedung“ und „Sprecher“ signifikant voneinander unterschieden. Hier wurden die Mediziner in der Kategorie Sprecher besser bewertet, während die Physiotherapeuten in den anderen beiden Kategorien besser abschneiden konnten.

Im Vergleich mit dem Pflegepersonal wurden die Mediziner in allen Kategorien bis auf „alternative Kommunikation“ signifikant anders bewertet. Hierbei konnte das Pflegepersonal lediglich bei der „Anpassung der Umgebung“ besser abschneiden.

Die Korrelationen zwischen Observation und Selbsteinschätzung war lediglich im Vergleich der Mediziner und Physiotherapeuten in der Kategorie „Anpassung der Umgebung“ signifikant.

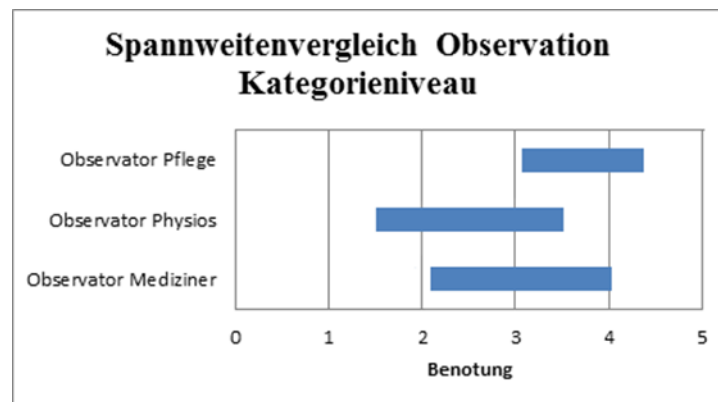


Abbildung 5.6.1.2.: Spannweitenvergleich der Benotung auf Kategorieniveau

Der Spannweitenvergleich auf Kategorieniveau zeigte deutlich, dass die Spannweite der vergebenen Noten beim Pflegepersonal deutlich niedriger war als die der anderen beiden Berufsgruppen. Diese waren bezüglich der Streuung in etwa vergleichbar, wohingegen die Noten des Pflegepersonals deutlich schlechter waren.

5.6.1.3. Gesamte Kommunikation

Tabelle 5.6.1.3.A: Gesamte Kommunikation: Vergleich der Mittelwerte

	$M_{(Obs.)}$ Med.	$SD_{(Obs.)}$ Med.	$M_{(Obs.)}$ Physio	$SD_{(Obs.)}$ Physio	$M_{(Diff.)}$ Med. Physio	$M_{(Obs.)}$ Pflege	$SD_{(Obs.)}$ Pflege	$M_{(Diff.)}$ Med. Pflege
Gesamte Kommunikation	2,95	0,46	2,6	0,51	0,35*	3,47	0,81	-0,52*

$p \leq 0,5$ *; $p \leq 0,01$ **; $p \leq 0,001$ ***

Innerhalb der gesamten Kommunikation werden die Mediziner signifikant schlechter bewertet als die Physiotherapeuten ($M_{(\text{Diff.})} \text{ Med.-Physio} = 0,35^*$), ($t(41) = 2.2528$, $p=0.0300^{**}$) und das Pflegepersonal nochmals schlechter als die Mediziner ($M_{(\text{Diff.})} \text{ Med.-Physio} = -0,52^*$), ($t(51) = 2.4490$, $p= 0.0179^{**}$).

Hypothese 12:

H0: Die kommunikativen Fähigkeiten von Medizineren werden besser beurteilt als die der Physiotherapeuten.

H1: Die kommunikativen Fähigkeiten von Medizineren werden schlechter oder genauso gut beurteilt wie die der Physiotherapeuten.

H1 wird bestätigt und H0 wird verworfen.

Hypothese 13:

H0: Die kommunikativen Fähigkeiten von Medizineren werden schlechter oder genauso gut beurteilt wie die des Pflegepersonals.

H1: Die kommunikativen Fähigkeiten von Medizineren werden besser beurteilt als die des Pflegepersonals.

H1 wird bestätigt und H0 wird verworfen.

Tabelle 5.6.1.3.B: Gesamte Kommunikation: Vergleich der Korrelationen

	r_p Med.	r_p Physio	p Med Physio	r_p Pflege	p Med. Pflege
Gesamte Kommunikation	0,338	0,611	0,119	0,226	0,705

$p \leq 0,5^*$; $p \leq 0,01^{**}$; $p \leq 0,001^{***}$

Zwischen Korrelationen der gesamten kommunikativen Bewertung der Mediziner und Physiotherapeuten wie auch zwischen denen der Mediziner und des Pflegepersonals konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden.

5.6.2. Abweichungen zwischen Observation und Selbsteinschätzung

Im folgenden Abschnitt werden die Abweichungen zwischen den Bewertungen der Observatoren und den Selbsteinschätzungen der Studienteilnehmer der drei Berufsgruppen verglichen. Aufgrund der fehlenden Rohdaten der Vorgängerstudien werden lediglich die Mittelwerte aus den Studien verwendet. Durch diesen Vergleich kann man erkennen, inwieweit sich das Reflexionsvermögen in den Berufsgruppen unterscheidet. Hier zeigt eine

geringe Differenz zwischen Observation und Selbsteinschätzung eine realistische Einschätzung der Fähigkeiten der jeweiligen Teilnehmer. Hierzu werden erneut die Mittelwerte auf den drei Niveaus miteinander verglichen. Eine positive Differenz steht für eine schlechtere Selbstreflexion der Mediziner gegenüber der anderen beiden Berufsgruppen, während eine negative Differenz auf eine bessere Reflexionsleistung schließen lässt.

5.6.2.1. Itemniveau

Die Abweichungen zwischen den Mittelwerten der Observationen und Selbsteinschätzungen der verschiedenen Berufsgruppen pro Item werden in untenstehender Tabelle visualisiert.

Im Vergleich zu den Physiotherapeuten war zu erkennen, dass insgesamt 14 von 24 Items eine negative Differenz aufzeigten. Dies ließ auf eine bessere Selbsteinschätzung der Mediziner im Vergleich zu den Physiotherapeuten schließen. In acht Fällen betrug diese Differenz sogar mehr als eine halbe Note ($> 0,5$). Mit einem Unterschied von -1,32 Noten lag die größte Differenz beim Item „Schreiben/Zeichnen/Zeigen“. Hier konnten sich die Mediziner deutlich realistischer bewerten als die Physiotherapeuten. Bei den übrigen zehn Items, bei denen die positive Differenz auf eine bessere Reflexionsleistung der Physiotherapeuten schließen ließ, war bei vier Items eine Differenz von mehr als einer halben Note zu erkennen. Besonders hoch war die Differenz mit 2,13 Noten beim Item „für eine schmerzfreie Körperhaltung sorgen“. Die größte Übereinstimmung der beiden Gruppen war bei Item „Blickkontakt halten“ mit 0,05 zu erkennen. Diese Ergebnisse zeigen jedoch keine signifikanten Unterschiede auf, weshalb man nur von „Tendenzen“ sprechen kann oder von Zufällen ausgehen darf.

Der Vergleich mit dem Pflegepersonal zeigte ebenfalls eine insgesamt bessere Reflexionsleistung der Mediziner aufgrund einer negativen Differenz bei 15 von 24 Items. Hier betrug die Differenz sogar bei zehn Items mehr als eine halbe Note. Bei den restlichen neun Items war dies bei dreien der Fall. Die Differenz war hier bei Item „angemessenes Sprachniveau verwenden“ am geringsten, was auf eine ähnliche Reflexionsleistung schließen ließ. Das Pflegepersonal zeigte die beste Reflexionsleistung bei dem Item „für eine schmerzfreie Körperhaltung sorgen“.

Zusammenfassend zeigten die Mediziner sowohl im Vergleich mit den Physiotherapeuten als auch mit dem Pflegepersonal eine leicht bessere Reflexionsleistung, auch wenn diese Unterschiede nicht signifikant nachweisbar waren. Daher ist die Interpretation hierüber mit Vorsicht zu betrachten.

Tabelle 5.6.2.1.: Itemniveau: Abweichungen Observation/Selbsteinschätzung der drei Berufsgruppen

Item	M _(Obs.) Med.	M Med.	M _{Diff.} Med.	M _(Obs.) Physio	M Physio	M _{Diff.} Physio	Abweichung M(Diff.) Med. - M(Diff.) Physio	M _(Obs.) Pflege	M Pflege	M _{Diff.} Pflege	Abweichung M _(Diff.) Med.- M _(Diff.) Pflege
Anpassung der Umgebung											
<i>Störung vermeiden</i>	3,91	2,64	1,45**	2,08	1,91	0,17	1,28	2,28	2,36	0,46	0,99
<i>Ausreichende Beleuchtung</i>	4,67	2,67	2,00***	-	-	-	-	4,73	1,93	2,80***	0,80
<i>Schmerzfrequer Körperhaltung</i>	4,00	1,83	2,17***	1,25	1,29	0,04	2,13	2,69	1,97	0,72*	1,45
Begrüßung/Verabschiedung											
<i>Begrüßung</i>	1,88	1,80	0,08	1,75	1,38	0,37**	-0,29	3,23	1,67	1,56***	-1,48
<i>Vorstellung</i>	3,44	2,70	0,74	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Grund für Kommen angeben</i>	3,97	2,60	1,37**	2,71	2,13	0,58	0,79	3,53	2,00	1,53***	-0,16
<i>Verabschiedung</i>	1,97	2,13	0,16	1,95	1,67	0,28	-1,12	3,85	2,29	1,56***	-1,40
Sprecher											
<i>Sprechtempo anpassen</i>	2,12	2,56	0,44	3,21	2,00	1,21***	-0,77	3,15	2,47	0,68**	-0,24
<i>Lautstärke anpassen</i>	2,26	2,13	0,13	1,78	1,83	0,05	0,08	2,18	2,18	0,00	0,13
<i>Wichtige Wörter betonen</i>	2,59	2,63	0,04	2,54	2,21	0,33	-0,29	3,66	2,82	0,84**	-0,80
<i>Einfache Syntax verwenden</i>	2,47	2,81	0,34	3,38	2,08	1,30***	-0,96	3,56	2,50	1,06***	-0,72
<i>Pausen setzen</i>	2,03	2,94	0,91**	2,41	1,91	0,50*	0,41	3,45	2,81	0,64*	0,27
<i>Ja-/Nein- Fragen stellen</i>	2,97	2,75	0,22	2,38	1,69	0,69***	-0,47	3,60	2,24	1,36***	-1,14
<i>Angemessenes Sprachniveau</i>	2,06	2,27	0,21	2,33	1,75	0,58**	-0,37	2,12	1,94	0,18	0,03
<i>Für Aufmerksamkeit sorgen</i>	1,84	2,31	0,47	2,21	1,79	0,42	0,05	3,09	2,26	0,83**	-0,36
Zuhörer											
<i>Kommunikation unterstützen</i>	5,12	3,46	1,66***	3,29	2,22	1,07**	0,59	5,58	3,19	2,39***	-0,73
<i>Verbales Feedback geben</i>	1,79	2,54	0,75**	3,12	2,29	0,83**	-0,08	3,38	2,47	0,91**	-0,16
<i>Ins Wort fallen</i>	1,83	2,38	0,55	2,87	2,05	0,82**	-0,27	2,68	2,28	0,40	0,15
<i>Worte vorweg nehmen</i>	1,88	2,92	1,04***	2,99	2,18	0,81*	0,23	3,20	2,59	0,61*	0,43
<i>Feedback zur Verständlichkeit</i>	3,38	3,29	0,09	3,19	1,98	1,21***	-1,12	4,29	2,41	1,88***	-1,79
<i>Non-verbale Signale benennen</i>	3,39	3,47	0,08	3,25	2,25	1,00***	-0,92	4,49	2,46	2,03***	-1,95
Alternative/ Non-verbale Kommunikation											
<i>Mimik und Gestik einsetzen</i>	2,15	2,38	0,23	3,33	1,79	1,54***	-1,31	3,54	2,47	1,07***	-0,84
<i>Schreiben/Zeichnen/Zeigen</i>	4,79	4,27	0,52	4,15	2,31	1,84***	-1,32	3,53	3,29	0,24	0,28
<i>Blickkontakt halten</i>	1,91	2,25	0,34	1,83	1,54	0,29*	0,05	3,10	2,30	0,80**	-0,46
<i>Non-verbales Feedback geben</i>	2,42	2,64	0,22	2,25	1,50	0,75***	-0,53	3,18	2,42	0,76**	-0,54
<i>Interesse zeigen</i>	1,85	2,75	0,90**	2,25	1,54	0,71***	0,19	2,99	2,41	0,58*	0,32

p< 0,5 *; p< 0,01**; p< 0,001***

5.6.2.2. Kategorieniveau

In der untenstehenden Tabelle wird ersichtlich, dass im Vergleich mit den Physiotherapeuten drei von fünf Kategorien eine negative Differenz zeigten. Die Tendenz einer besseren Selbsteinschätzung der Mediziner kann hier vermutet werden. Die Abweichungen bewegten sich bei diesen Fällen zwischen einer halben und einer ganzen Note. Die größte Differenz von 1,79 Noten bestand bei der Kategorie „Anpassung der Umgebung“ zugunsten der Physiotherapeuten.

Beim Pflegepersonal war die bessere Selbstreflexion der Mediziner mit einer negativen Differenz bei vier von fünf Items noch offensichtlicher. Hier betrug die Abweichung bei der Kategorie „Zuhörer“ über eine Note. Lediglich die Kategorie „Anpassung der Umgebung“ fiel hier zugunsten des Pflegepersonals aus.

Tabelle 5.6.2.2.: Kategorieniveau: Abweichungen Observation/Selbsteinschätzung der drei Berufsgruppen

Kategorie	M _(Obs.) Med.	M Med.	M _{Diff.} Med. (1)	M _(Obs.) Physio	M Physio	M _{Diff.} Physio (2)	M _{(Diff.) 1} - M _{(Diff.) 2}	M _(Obs.) Pflege	M Pflege	M _{Diff.} Pflege (3)	M _{(Diff.) 1} - M _{(Diff.) 3}
Umgebung	4,04	2,19	1,85***	1,66	1,60	0,06	1,79	3,14	2,09	1,05***	0,80
Begrüßung	2,76	2,13	0,63	2,14	1,72	0,42*	0,21	3,57	2,01	1,56***	-0,93
Sprecher	2,28	2,48	0,20	2,53	1,90	0,63***	-0,43	3,07	2,40	0,67***	-0,47
Zuhörer	3,16	3,03	0,13	3,12	2,16	0,96***	-0,83	4,37	2,58	1,79***	-1,66
Alternative	2,88	2,81	0,07	2,76	1,73	1,03***	-0,96	3,48	2,48	1,00***	-0,93

p ≤ 0,5 *; p ≤ 0,01 **; p ≤ 0,001 ***

5.6.2.3. Gesamte Kommunikation

Bezogen auf das gesamte Formular unterschieden sich die Mediziner und Physiotherapeuten nur geringfügig, mit weniger als einer halben Note. Hierbei zeigten erneut die Mediziner eine leicht bessere Selbstreflexionsleistung. Der Vergleich mit dem Pflegepersonal zeigte eine leicht höhere Abweichung von mehr als einer halben Note zugunsten der Mediziner.

Tabelle 5.6.2.3.: gesamte Kommunikation: Abweichungen Observation/Selbsteinschätzung der drei Berufsgruppen

	M _(Obs.) Med.	M Med.	M _{Diff.} Med. (1)	M _(Obs.) Physio	M Physio	M _{Diff.} Physio (2)	M _{(Diff.) 1} - M _{(Diff.) 2}	M _(Obs.) Pflege	M Pflege	M _{Diff.} Pflege (3)	M _{(Diff.) 1} - M _{(Diff.) 3}
Kommunikation	2,95	2,53	0,42*	2,60	1,88	0,72** *	-0,30	3,47	2,36	1,11** *	-0,69

p ≤ 0,5 *; p ≤ 0,01 **; p ≤ 0,001 ***

Die Hypothesen 14 und 15 konnten demnach nicht statistisch belegt werden. Jedoch ist aus den Unterschieden zwischen den Differenzen von Observation und Selbsteinschätzung doch die Tendenz zu erkennen, dass die Mediziner ihre Fähigkeiten besser einschätzen können als die anderen Berufsgruppen. Dieses Ergebnis ist jedoch mit Vorsicht zu betrachten.

5.6.3. Vergleich der Wissensprüfung

Die Resultate der jeweiligen Berufsgruppen werden zunächst in einer Graphik nebeneinandergestellt. Die richtig beantworteten Fragen werden in Prozent angegeben.

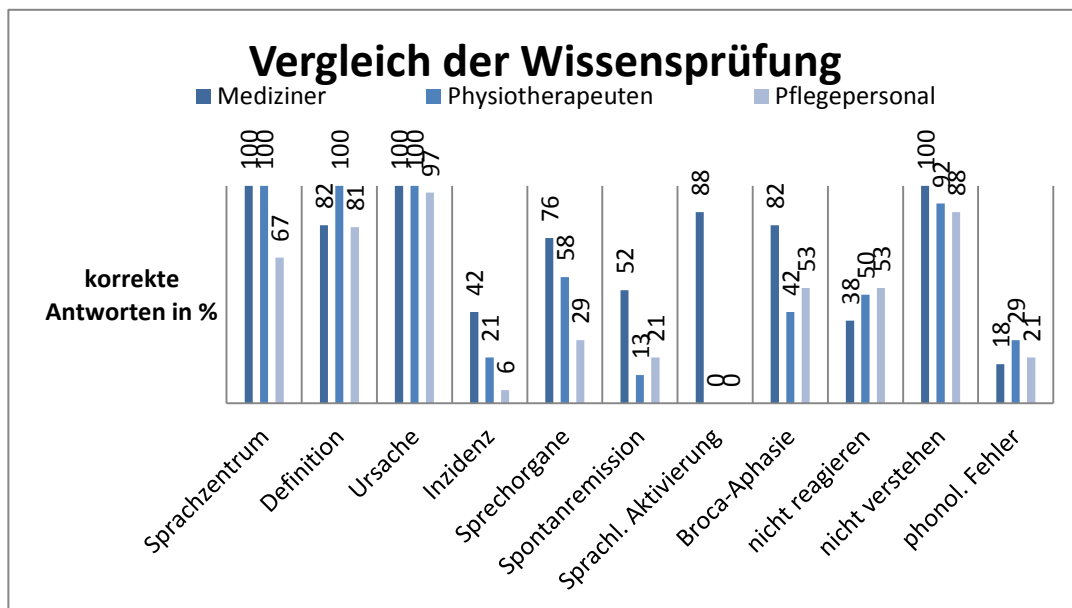


Abbildung 5.6.3.: Vergleich der Wissensprüfung zwischen den drei Berufsgruppen

Vergleicht man die Kenntnisse über Aphasie innerhalb der drei Berufsgruppen zeigt sich, dass die Mediziner im Durchschnitt die höchste Punktzahl erreichten, gefolgt von den Physiotherapeuten und dem Pflegepersonal als Schlusslicht. Die Mediziner wiesen eine durchschnittlich erreichte Punktzahl von 11,41 Punkten ($SD= 1,46$) auf. Der Modus und der Median lagen jeweils bei 11 Punkten ($X_{Med}= 11$, $X_{Mod}=11$). Die Physiotherapeuten erreichten im Schnitt 9,71 Punkte ($SD= 1,73$) und die Pfleger 8,74 ($SD= 1,83$). Das bedeutet, dass die Physiotherapeuten um 24,9% schlechter ($t(41)= 3,301$, $p= 0,002^{**}$) und das Pflegepersonal um 33,4% schlechter ($t(51)= 5,232$, $p= 0,0001^{***}$) in der Wissensprüfung waren als die Mediziner. Auf die Gesamtpunktzahl bezogen zeigt dies, dass die Mediziner im Schnitt 71,30%, die Physiotherapeuten 60,70% und die Pfleger 54,62% der Wissensprüfung erzielten.

Hypothese 16:

H0: Die Mediziner erreichen in der Wissensprüfung eine niedrigere oder gleiche Punktzahl wie die Physiotherapeuten.

H1: Die Mediziner erreichen in der Wissensprüfung eine höhere Punktzahl als die Physiotherapeuten.

H1 wird akzeptiert und H0 somit verworfen.

Hypothese 17:

H0: Die Mediziner erreichen in der Wissensprüfung eine niedrigere oder gleiche Punktzahl wie das Pflegepersonal.

H1: Die Mediziner erreichen in der Wissensprüfung eine höhere Punktzahl als das Pflegepersonal.

H1 wird akzeptiert und H0 somit verworfen.

Vor allem bei Frage 7 (sprachliche Aktivierung) konnten die Mediziner sich von den anderen beiden Berufsgruppen abheben, da sie hier zu 88% eine richtige Antwort gaben, die Physiotherapeuten wie auch das Pflegepersonal hier jedoch kein Mal richtig antworten konnten. Auch bei der achten Frage zeigten die Mediziner deutlich bessere Kenntnisse als ihre außerdisziplinären Kollegen (Mediziner: 82%, Physiotherapeuten: 42%, Pfleger: 53%).

5.6.4. Qualitative Ergebnisse

Während den Observationen konnten ebenfalls einige qualitative Resultate erlangt werden, die im Folgenden beschrieben und mit den Ergebnissen der Vorgängerstudien von Fischer et. al, 2009) und Knakowski (2014) verglichen werden.

Die Mediziner schienen überwiegend gut über die jeweilige Symptomatik des Patienten informiert zu sein. Hierbei wurde vorwiegend der Begriff der „globalen Aphasie“ verwendet, welche auch am häufigsten beobachtet werden konnte. Die meisten Mediziner beschrieben eher die Symptomatik als das Aphasiesyndrom zu nennen. Dies ist im Hinblick auf die aktuelle Entwicklung der Taxonomie und die fluktuierende Symptomatik in der akuten Phase sinnvoll (Günther, Hofmann, & Promes, 2009; Nobis-Bosch, Rubi-Fessen, Biniek, & Springer, 2013). Dieser Punkt konnte bei den anderen Berufsgruppen nicht in diesem Maße beobachtet werden.

Die Differenzierung einer Aphasie von anderen Störungen (Sprechapraxie, Dysarthrie,...) war größtenteils deutlich für die Mediziner. Hier wurden von den Observatoren kaum

Unsicherheiten bemerkt, was bei den anderen Berufsgruppen noch häufig der Fall gewesen ist.

Im Vergleich zum Pflegepersonal und den Physiotherapeuten wurde von den Mediziner*innen oftmals nicht über die Köpfe der Patienten hinweg gesprochen. Der Großteil der Mediziner*innen konnte hier eine adäquate Kommunikation mit den Patienten zeigen. Die Ausnahme war hier Chefarztvisite, bei der viele verschiedene Mediziner*innen und Therapeuten anwesend sind. Ein Grund hierfür waren teilweise mangelnde sprachliche Reaktionen der Patienten, jedoch auch viele ärztliche Besprechungen, die während der Visite stattfanden.

Wie bei den anderen Studien konnte auch bei den Mediziner*innen festgestellt werden, dass die Kommunikation bei Patienten mit einer leichten Aphasie deutlich einfacher war als bei denen mit einer schweren. Hierzu ist jedoch zu sagen, dass die schwer betroffenen Patienten, vermutlich aufgrund des beeinträchtigten Sprachverständnisses, häufig keine Reaktionen zeigten. Daher kam eine Kommunikation in diesen Fällen oft nur in sehr geringem Maße zustande.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Mediziner*innen insgesamt einen selbstsicheren Eindruck machten und auch im Umgang mit sehr schwer betroffenen Patienten wenige Unsicherheiten zeigten. Dies spiegelt sich auch in einer recht positiven Bewertung der Kommunikation durch die Observatoren und des Fachwissens wieder. Im Vergleich mit dem Pflegepersonal zeigen sich positivere qualitative Ergebnisse während die Physiotherapeuten ungefähr gleich beurteilt wurden.

6. Diskussion

Im abschließenden Kapitel der Arbeit werden die Ergebnisse der Studie anhand der aufgestellten Hypothesen diskutiert und auf die vorhandene Fachliteratur bezogen. Darüber hinaus werden die neuen Erkenntnisse und Konsequenzen für den klinischen Alltag herausgearbeitet. Nach einer Darstellung der methodischen Mängel und Implikationen für mögliche weiterführende Studien wird letztendlich eine Schlussfolgerung formuliert.

6.1. Diskussion der Ergebnisse bezugnehmend auf fachliche Literatur

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Kommunikationsweise von Mediziner*innen im Kontakt mit Patienten mit Aphasie in der akuten Phase zu ermitteln. Diese sollte auf verschiedenen neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen beobachtet werden. Die Fragestellung der Studie ergab sich aus den Vorgängerstudien (Fischer, Kimmel, & Kück, 2009; Knakowski, 2014). Diese Studien zeigten Defizite in der Kommunikationsweise zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Menschen mit Aphasie. Um dieses Bild zu erweitern, wurde der Mediziner, welcher nicht immer als ein Sprecherberuf gesehen wird (Geisler, 2003), untersucht. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient wird oft als problematisch beschrieben, ist allerdings für den Genesungsprozess des Patienten von großer Bedeutung (Steward, 1995; Teutsch, 2003; Street, Makoul, Arona, & Epstein, 2009). Bei einem Patienten mit einer Sprachstörung werden nochmal erhöhte Ansprüche an den Mediziner gestellt, was die Frage aufwirft, ob diese die nötigen kommunikativen Fähigkeiten aufweisen

6.1.1. Kommunikative Fähigkeiten

Die gesamte Kommunikation der Mediziner wurde von den Observatoren durchschnittlich mit der Note 2,95 benotet und war somit leicht schlechter als ihre eigene Einschätzung von 2,53. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der geringen Spannweite der Notenvergabe auf Item- und Kategorieniveau wieder. Hier wurden die Noten 5 und 6 von den Mediziner*innen selbst nicht vergeben. Die Selbstüberschätzung der eigenen Fähigkeiten, welche bereits von Dunning und Kruger (1999) beschrieben wurde, ist demnach im Falle der vorliegenden Studie zwar vorhanden jedoch im Vergleich zu anderen Studien (Knakowski, 2014) nur minimal. In verschiedenen Studien zu diesem Thema wird davon ausgegangen, dass sich fachlich wenig erfahrene Menschen selbst deutlich besser einschätzen als Dritte (Kruger & Dunning, 1999; Dunning, Heath, & Suls, 2004; Ehrlinger, Johnson, Banner, Dunning, & Kruger, 2008). Dies liegt an einem Mangel an notwendigen Kompetenzen, für die Einschätzung der eigenen

Fähigkeiten (Ehrlinger, Johnson, Banner, Dunning, & Kruger, 2008). Die geringe Abweichung zwischen der Einschätzung der Observatoren und der Mediziner lässt darauf schließen, dass die Mediziner die benötigten metakognitiven Fähigkeiten größtenteils aufweisen, um sich selbst realistisch einzuschätzen.

Die größten Unterschiede zwischen den beiden Beurteilungen, die sich auf Itemniveau und Kategorieniveau zeigten, betrafen vor allem die „*Anpassung der Umgebung*“. Hier betrug der Unterschied zwischen den beiden Beurteilungen 1,85 Noten, wobei sich die Mediziner hier deutlich besser einschätzten als die Observatoren. Hierzu ist zu sagen, dass die „*Anpassung der Umgebung*“ nach Meinung der Observatoren zwar größtenteils nicht umgesetzt wurde, diese jedoch eigentlich nicht zu den Aufgaben der Mediziner gehört. Punkte wie das „*Sorgen für eine schmerzfreie Körperhaltung*“ gehören zu den Aufgabengebieten des Pflegepersonals und der Physiotherapeuten und sind daher oft schon gewährleistet (Miller, et al., 2010). Ein Punkt, der während der Observationen negativ aufgefallen ist, war das „*Vermindern von Störungen durch Umweltfaktoren*“. Obwohl dieser Punkt nur wenig Zeit beansprucht, wurde in den seltensten Fällen darauf geachtet, beispielsweise die Türen zu schließen oder den Fernseher aus oder leise zu schalten. Dadurch herrschte oftmals ein unangenehmer Lautstärkepegel, der die Kommunikation negativ beeinflusst hat. Darüber hinaus sorgten diese Störfaktoren für erhebliche Ablenkungen, was vor allem bei akuten Schlaganfallpatienten erhebliche Probleme bereiten kann (Pedersen, Jorgensen, Nakayama, Raaschou, & Olsen, 1996).

Die Zuhörerqualitäten unterschieden sich auf Itemniveau bei der Hälfte der Unterpunkte signifikant, was bei Betrachtung der Kategorie jedoch aufgrund der minimalen Abweichungen bei den anderen Items nicht ersichtlich wurde. Eine mögliche Erklärung für diese Differenzen ist, dass viele Patienten keine verbalen oder non-verbalen Reaktionen zeigten und die Items wie „*ins Wort fallen*“, „*verbales Feedback geben*“ und „*Worte vorwegnehmen*“ aus Sicht der Observatoren nicht bewertbar waren, jedoch von den Medizинern oft bewertet wurden. In der akuten Phase treten die globalen Aphasien mit ca. 32% initial am häufigsten auf und sind zumeist noch besonders schwer (Pedersen, Vinter, & Olsen, Aphasia after Stroke: Type, Severity and Prognosis, 2003). Allgemein betrachtet kann die Funktion des *Mediziners als Zuhörer* bei Patienten mit Aphasie in der akuten Phase, aufgrund der oftmals fehlenden expressiven Fähigkeiten des Patienten, nur schwer beurteilt werden.

Die *Sprecherqualitäten* der Mediziner wurden hingegen durchschnittlich besser bewertet als die *Zuhörerfähigkeiten*. Mit einer durchschnittlichen Note von 2,28 bewerteten die

Observatoren diese Kategorie sogar besser als die Mediziner selbst mit einer Note von 2,48. Die Mediziner konnten ihre Sprechweise gut an die Patienten anpassen und achteten sowohl bei der Lautstärke als auch bei der Komplexität ihrer Äußerungen auf die Möglichkeiten der Patienten. Auf diese Weise wurde der Respekt vor dem Patienten als Mensch verdeutlicht (Kemper & Rozek, 2013) und der Patient so weit wie möglich in die Situation mit eingebunden.

Auffallend war, dass ein Großteil der Mediziner keinen Gebrauch von nonverbalen Hilfsmitteln machte um die Kommunikation zu erleichtern. Dies zeigt sich vor allem bei Item „Schreiben/Zeichnen/Zeigen“, welches von den Observatoren mit einer durchschnittlichen Note von 4,79 bewertet wurde. Alternative Kommunikationsmöglichkeiten, wie der Gebrauch von Körperkontakt (Hand drücken, nicken,...), Piktogrammen oder der Schriftsprache stellen eine große Unterstützung dar (Ho, Weiss, Garrett, & Lloyd, 2005; Beukelman, Fager, Ball, & Dietz, 2007), die hier nicht genutzt wurde.

Die Zufriedenheit der Patienten stimmte tendenziell mit der Selbsteinschätzung der Mediziner überein. Dieser Zusammenhang wird bereits von Geisler (2003) bestätigt. Er beschreibt eine direkte Verbindung zwischen der Zufriedenheit von Arzt und Patient. Die Patienten teilten die Meinung der Mediziner und bewerteten die Kommunikation generell eher positiv. Da jedoch aufgrund der aphasischen Symptomatik lediglich zehn Patienten befragt werden konnten und aufgrund des niedrigen Messniveaus der Variablen keine statistischen Berechnungen möglich waren, ist dieses Ergebnis mit Vorsicht zu betrachten. Auch bei den befragten Patienten kann nicht zu 100% davon ausgegangen werden, dass die Antworten tatsächlich ihre Zufriedenheit widerspiegeln. Hier haben beispielsweise eventuelle Sprachverständnisprobleme einen erheblichen Einfluss (Nobis-Bosch, Rubi-Fessen, Biniek, & Springer, 2013).

6.1.2. Fachkenntnisse der Mediziner

Durchschnittlich erreichten die Mediziner in der Wissensprüfung 11,41 von 16 Punkten. Die größten Defizite lagen hier bei den Fragen zur Inzidenz (Frage 4), zum Verhalten bei einer Nicht-Reaktion des Patienten (Frage 9) und zur Korrektur phonologischer Fehler (Frage 12). Hier spielen allerdings auch die im Folgenden erläuterten methodischen Mängel eine Rolle. Frage 9 und 12 zielten hier eher auf den korrekten Umgang mit Menschen mit Aphasie ab, während die überwiegend korrekt beantworteten Fragen eher grundlegendes theoretisches Wissen zum Thema „Aphasie“ prüften.

In der Studie konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wissen der Mediziner und ihren kommunikativen Fähigkeiten erwiesen werden. Das größere Fachwissen scheint somit keinen direkten Einfluss auf die Kommunikationsleistung zu haben. Ein größeres Fachwissen kann jedoch im Umgang mit den Patienten durchaus von Vorteil sein. Dies lässt sich aus der Studie von Fischer (2009) schließen, in der das geringe Fachwissen des Pflegepersonals kritisiert wurde. Im Vergleich mit den anderen beiden Berufsgruppen schnitten die Mediziner in der Wissensprüfung besser ab.

Die Physiotherapeuten konnten im Durchschnitt lediglich 9,71 erreichen. Bei den Fragen 2 zur *Definition einer Aphasie* und 12 zur *Reaktion bei phonologischen Fehlern* konnten die ein besseres Ergebnis erreichen als die Mediziner, während sie bei den anderen Fragen schlechter abschnitten.

Auch bei den einzelnen Fragen erreichte das Pflegepersonal, mit durchschnittlich 8,74 Punkten, die schwächsten Resultate. Bei allen Fragen bis auf Frage 12, zur Reaktion bei phonologischen Fehlern, konnten die Mediziner eine höhere Punktzahl erreichen. Diese Frage wurde von den Medizinerinnen insgesamt am schlechtesten beantwortet.

Aus diesen Ergebnissen wird ersichtlich, dass die Mediziner auf dem theoretischen Gebiet gut ausgebildet sind, jedoch in der Kommunikationsleistung verglichen mit den anderen Berufsgruppen keine dementsprechend hohen praktischen Fähigkeiten zeigen. Es wird demnach vermutet, dass sie ihr Verhalten nicht immer aufgrund der Fachkenntnisse anpassen können. Ein Transfer des vorhandenen Fachwissens in die Praxis ist daher ein verbesserungswürdiger Punkt.

6.1.3. Gruppenspezifische Unterschiede

Sowohl in der Kommunikationsleistung als auch im Fachwissen der Mediziner wurde im Rahmen der Studie festgestellt, dass die Mediziner mit mehr Erfahrung bessere Resultate erzielten als die Mediziner mit weniger Berufserfahrungen. Gründe hierfür können sowohl die längere persönliche Erfahrung mit Menschen mit Aphasie als auch den in vielen Situationen erprobten Umgang mit ihnen sein.

Es wäre demnach von Vorteil, dass die erfahrenen Mediziner die angehenden Mediziner unterstützen und ihr Wissen und ihre Fähigkeiten mit ihnen teilen, um einer besseren Kommunikation mit Menschen mit Aphasie zu ermöglichen (Ryu, Hee Ho, & Han, 2003).

Hier zeigten sich hier jedoch in der Vergangenheit einige Probleme, die es zu beheben gilt (Jabr, 2007).

Was die Patientenzufriedenheit angeht, konnte in der Studie kein statistischer Zusammenhang mit der Berufserfahrung nachgewiesen werden. Dies lag vor allem an der geringen Teilnehmerzahl, aber auch an dem niedrigen Messniveau der Variablen. Tendenziell ist allerdings aufgrund der Prozentangaben kein Zusammenhang zu vermuten. Eine größere Berufserfahrung resultiert demnach nicht zwangsläufig in einer höheren Zufriedenheit des Patienten.

Da nur zwei Teilnehmer eine Aphasiefortbildung absolviert hatten, konnten die Hypothesen zu diesem Punkt nicht untersucht werden. Dies lässt möglicherweise auf ein mangelndes Fortbildungsangebot zum Thema „Aphasie“ oder einen geringen Etat zur Schulung des Klinikpersonals schließen. Rund 35% der in Krankenhäusern arbeitenden Mediziner gaben in einer Umfrage (Buxel, 2012) an, dass sie mit den Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten eher unzufrieden sind. Ein weiterer Grund könnte darin bestehen, dass es bis jetzt nur dürftige Untersuchungen zu diesem Thema gibt und der Bedarf noch nicht deutlich wurde. Es wurde ersichtlich, dass beide Fortbildungsteilnehmer mit die besten Leistungen in allen Unterpunkten erreichten, was auf durchaus positive Effekte einer Aphasiefortbildung schließen lässt. Diese müssten jedoch noch statistisch belegt werden. Eine allgemeine Aussage kann jedoch aufgrund der geringen Anzahl und der mangelnden statistischen Berechnungen nicht gemacht werden.

6.1.4. Vergleich zwischen den Berufsgruppen

Im Vergleich der drei Berufsgruppen ist zu erkennen, dass die Physiotherapeuten bei der Beurteilung der Kommunikation insgesamt am besten abgeschlossen haben. Darauf folgten die Mediziner und anschließend das Pflegepersonal, welches am schlechtesten bewertet wurde. Beim Vergleich der drei Gruppen muss jedoch auf einige Faktoren geachtet werden, wodurch diese Unterschiede zu erklären sind.

Hierbei spielen beispielsweise Diversitäten in der Attitüde in den verschiedenen Berufsgruppen, der Zeitfaktor und die Art des Arbeitens eine große Rolle. Es ist zu sagen, dass die Zufriedenheit der Ärzte in Deutschland vor allem aufgrund der zu hohen Arbeitsbelastung (Stress im Berufsalltag sowie zu wenig Freizeit) nur bedingt vorhanden zu sein scheint (Buxel, Arbeitsplatz Krankenhaus: der ärztliche Nachwuchs ist unzufrieden, 2009). Auch die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten werden in mehreren Studien

angeprangert (Buxel, Arbeitsplatz Krankenhaus: der ärztliche Nachwuchs ist unzufrieden, 2009; Buxel, Was Ärzte zufriedener macht, 2013). Vergleicht man diese Aussagen mit denen von Knakowski (2014), die bereits die Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Pflegepersonal untersuchte, ist festzustellen, dass die Physiotherapeuten mit ihren Arbeitsbedingungen wesentlich zufriedener sind (Campo, 2009) als die Mediziner oder das Pflegepersonal. Die Physiotherapeuten geben mehr Entscheidungsfreiheit und weniger alltäglichen Stress an, wohingegen die Krankenpfleger über ein hohes Arbeitspensum sowie über die wachsenden Erwartungen der Patienten klagen (Dawson, 2014).

Der Zeitfaktor spielt in der Kommunikation eine große Rolle. So ist sowohl beim Pflegepersonal als auch bei den Medizinerinnen deutlich weniger Zeit für jeden Patienten übrig (Dugdale, Epstein, & Pantilat, 1999; Hemsley, Baladin, & Worrall, 2012). Aufgrund dieser Resultate wird vermutet, dass die Physiotherapeuten durch einen stressfreieren Berufsalltag und der besseren Einteilung ihrer Arbeitszeit mehr Zeit und Geduld für die Kommunikation mit den Patienten haben. Eine generell positivere Einstellung der Therapeuten kann sich ebenfalls positiv auf die Patienten ausüben (Hemsley, Baladin, & Worrall, 2011) und eine negative Einstellung beziehungsweise Unzufriedenheit einen negativen Einfluss haben.

Darüber hinaus arbeiten die Physiotherapeuten körperlich sehr nah am Patienten und erlangen schnell ihr Vertrauen. Das Zusammenspiel zwischen „professioneller Distanz, äußerer Nähe und innerem Kontakt“ gehört zum Alltag der Physiotherapeuten und ermöglicht ein emotional wenig distanziertes Arbeiten zwischen Therapeut und Patient. Der Kontakt zwischen Therapeut und Patient wird oft als „offen“ beschrieben, (Özdem, 2008; Pötz, 2009; Buss & Voelkner, 2010) was die Kommunikation fördert.

Trotz der oftmals größeren Erfahrung im Umgang mit den Patienten (Kursawe & Guggenberger, 2013), konnte das Pflegepersonal keine besseren Leistungen in der Kommunikation zeigen als die Mediziner. Eine Fortbildung zur Verbesserung des theoretischen Wissens des Pflegepersonals könnte die Leistungen demnach verbessern.

Ein weiterer Punkt für das weniger gute Abschneiden der Mediziner könnte sein, dass einige beurteilte Punkte nicht zu ihren eigentlichen Aufgabenfeldern, wie „für eine schmerzfreie Körperhaltung sorgen“ und „für ausreichende Beleuchtung sorgen“, gehörten. Hierdurch bekamen die Mediziner teilweise negative Bewertungen.

Des Weiteren ist zu vermerken, dass *soziales Verhalten, Einstellungen, Interaktion und Kommunikation* und *Rollenbeziehungen* im Medizinstudium erlernt und geprüft werden. 2012 wurde das Unterrichtsfach *Gesprächsführung* in das Studium aufgenommen. Die

Förderung von gewissen kommunikativen Fähigkeiten rückt demnach immer mehr in den Fokus des Medizinstudiums (Approbationsordnung für Ärzte, 2014). Dies könnte zu einer Verbesserung der kommunikativen Leistungen und somit zur Optimierung des Arzt-Patienten-Kontaktes beitragen.

Die Abweichungen zwischen Observation und Selbsteinschätzung waren bei den Medizinerinnen am geringsten. Hierdurch kann auf gute Fähigkeiten zur Selbstreflexion geschlossen werden, da die Beurteilungen der Medizinerinnen nur in geringem Maße von denen der Observatoren abweichen und demnach realistisch eingeschätzt werden. Auch hier schnitt das Pflegepersonal am schlechtesten ab, während sich die Physiotherapeuten im Mittelfeld befanden.

Selbstreflexion ist ein entscheidender Faktor, der in klinischen Berufen wichtig ist, um die klinische Beweisführung (Clinical Reasoning) zu gewährleisten. Es wird demnach in allen klinischen Berufen ein hohes Maß an selbstreflektierenden Fähigkeiten vorausgesetzt (Higgs, Jones, Loftus, & Christensen, 2008), welches schon in der Ausbildung thematisiert werden muss (Mann, Gordon, & McLeod, 2009).

Da der Beruf des Physiotherapeuten im Gegensatz zu den anderen beiden ein therapeutischer Beruf ist, wurde davon ausgegangen, dass diese im Punkte Selbstreflexion am besten abschließen würden (Jones, Jensen, & Edwards, 2008). Auch in der Literatur zeigten Physiotherapeuten ein hohes Maß an Selbstreflexion (Schomacher, Bauer, & Meyer, 2006), während die Medizinerinnen in diesem Punkt eher weniger gut abschnitten (Davis, Mazmanian, Fordis, van Harrison, Thorpe, & Perrier, 2006). Obwohl sich in der Literatur zeigte, dass die Möglichkeiten zur Verbesserung dieser Fähigkeiten im Rahmen der Ausbildung noch unterschiedlich wahrgenommen werden (Ernstzen, Bitzer, & Grimmer-Somers, 2009), ist es dennoch ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung (Cross, 1993; Lamming, 2014). Da diese Vermutung nicht bestätigt werden konnte, muss davon ausgegangen werden, dass Unsicherheiten was das Fachwissen und den Umgang mit Patienten betrifft, durchaus noch vorhanden sind und eine Überschätzung der eigenen Fähigkeiten zur Folge haben.

Die Defizite des Pflegepersonals in diesem Punkt, die bereits von Knakowski (2014) aufgezeigt wurden, konnten auch in der vorliegenden Studie bestätigt werden.

Einheitliche Richtlinien zur Ausbildung verschiedener klinischer Berufe rücken mehr und mehr in den Vordergrund und stellen einen wichtigen Punkt für die interdisziplinäre Zusammenarbeit dar (Verma, Paterson, & Medves, 2006). Hierbei muss demnach vor allem bei dem Pflegepersonal auf die Verbesserung der reflektierenden Fähigkeiten geachtet

werden. Obwohl bei den anderen beiden Gruppen die Selbstreflexion besser bewertet wurde, darf auch hier die Förderung in diesem Bereich nicht vernachlässigt werden (Trede, 2006; Clark, Reflecting on reflection in interprofessional education: Implications for theory and practice, 2009).

Die Ergebnisse der Studie müssen jedoch mit Vorsicht betrachtet werden, da alle drei Studien von unterschiedlichen Observatoren durchgeführt wurden, was die Ergebnisse möglicherweise beeinflusst haben könnte. Des Weiteren konnten keine Signifikanzen berechnet werden, weshalb die Ergebnisse lediglich Tendenzen widerspiegeln, jedoch nicht statistisch belegt sind.

Auch bei der Wissensprüfung erzielten die Mediziner die besten Ergebnisse, während Physiotherapeuten weniger Punkte erreichten und das Pflegepersonal am wenigsten.

Zur Bewertung der Unterschiede in der Wissensprüfung bei den verschiedenen Berufsgruppen, wird die Approbationsordnung für Ärzte vom 27.06.2002 hinzugezogen.

Das Medizinstudium dauert mit mindestens sechs Jahren deutlich länger als die Ausbildung oder das Studium zum Physiotherapeuten (drei bis vier Jahre) und die Ausbildung zur Krankenschwester (drei Jahre). Die Lerninhalte des Medizinstudiums sind daher wesentlich umfangreicher und tiefgehender. Des Weiteren waren die von uns getesteten Mediziner ausschließlich neurologische Fachärzte. Innerhalb der neurologischen Fachausbildung wird das Thema der Sprachstörungen (therapeutisch und diagnostisch) erneut und ausführlich thematisiert und die Zusammenarbeit mit Logopäden behandelt ([http://flexikon.doccheck.com/de/Facharzt f%C3%BCr Neurologie](http://flexikon.doccheck.com/de/Facharzt_f%C3%BCr_Neurologie) [2015, Mai 23]). Diese theoretisch und praktisch erlernten Fachkenntnisse führen vermutlich zu den guten Ergebnissen in der Wissensprüfung.

6.2. Klinische Relevanz

Die Behandlung akuter Schlaganfallpatienten hat in den letzten Jahren einen starken Wandel erlebt. Eine einheitliche sofortige ganzheitliche und interdisziplinäre Behandlung von Schlaganfallpatienten rückt immer mehr in den Vordergrund (Group, 2005; Candelise, Gattinoni, Bersano, Micieli, Strezi, & Morabito, 2007; Tempest & McIntyre, 2006). Der Kontakt mit der Umwelt ist vor allem in der akuten Phase maßgeblich bei der Rehabilitation des Patienten (Desrosiers, Demers, Robichaud, Vincent, Belleville, & Ska, 2008). Daher ist es wichtig, die Stärken und Schwächen der verschiedenen Disziplinen, bezogen auf ihre

kommunikativen Fähigkeiten, zu untersuchen und wenn nötig mithilfe von Fortbildungen zu verbessern (Kagan, Black, Duchan, Simmons-Mackie, & Square, 2001; Sundin, Jansson, & Norberg, 2000). Ein guter Kontakt mit den medizinischen Fachkräften im Krankenhaus und eine damit einhergehende gute Partizipation im klinischen Alltag fördern den Genesungsprozess erheblich (Nolte, 2008; Hemsley, Baladin, & Worrall, Nursing the Patient With Developmental Disability in Hospital: Roles of Paid Carers, 2011).

Nach Einführung der ICF rückte die Partizipation neben der puren symptomgerichteten Behandlungen immer weiter in den Vordergrund (Salter, Foley, Jutai, & Teasell, 2007; Langhorne, Bernhardt, & Kwakkel, 2011). Eine Integration des Patienten in den Alltag, im Rahmen seiner Möglichkeiten, ist ein großes Ziel in der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten (Freimüller & Fheodoroff, 2003).

Mithilfe der vorliegenden Studie wurden die kommunikativen Fähigkeiten der Mediziner, die in erster Linie oft nicht als ein sprechender Beruf gesehen werden, untersucht (Geisler, 2003). Dass diese Fähigkeiten die Arzt-Patienten-Kommunikation dennoch erheblich beeinflussen und besonders bei Patienten mit einer Aphasie einen erheblichen Einfluss auf den klinischen Alltag haben, wird oft nicht berücksichtigt. Die in der Fachausbildung zum Neurologen erlernten kommunikativen Fertigkeiten sollten im klinisch praktischen Alltag daher wieder mehr in das Gedächtnis der Ärzte gerufen werden, um die Fertigkeiten aufrecht zu erhalten. Die in der Studie aufgezeigten Stärken und Schwächen der Mediziner in der Kommunikation können zur Formulierung neuer Ziele in der Schlaganfallrehabilitation, besonders in Bezug auf die Partizipationsmöglichkeiten der Patienten, genutzt werden.

Zum Aufgabengebiet der Logopädie gehört es, diese Ziele mithilfe von interdisziplinären Schulungen umzusetzen (Dalemans, Denken voorbij de stoornis: een participatiegerichte benadering, 2009). Die Verringerung der Unsicherheit der verschiedenen Disziplinen und die damit einhergehende Verbesserung der Teilhabe der Patienten kann beispielsweise durch Schulungen erreicht werden (Meyer, Sellers, Browning, McGuffie, Solomon, & Truog, 2009). Hierbei geht es sowohl um die Übermittlung von Fachwissen als auch um die praktische Umsetzung dieses Wissens in die Kommunikation. Die positiven Effekte einer Schulung der Kommunikationspartner von Patienten mit Aphasie werden in mehreren Studien belegt (Kagan, Black, Duchan, Simmons-Mackie, & Square, 2001; Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland, & Cherney, 2010; Rayner & Marshall, 2003).

Wie bereits in den beiden Vorgängerstudien zeigte sich auch in der vorliegenden Studie ein Bedarf an solchen Fortbildungsmaßnahmen. Die Ergebnisse der Studie zeigen einige Defizite

auf, die mithilfe eines Trainings behoben werden können. Voraussetzung für eine erfolgreiche Durchführung eines solchen Trainings ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit, wie sie immer mehr auf dem Vormarsch ist.

6.3. Methodische Mängel

Betrachtet man den methodologischen Aufbau der Studie genauer, werden einige Mängel deutlich, die die Ergebnisse der Studie beeinflussen und somit ihre Gültigkeit verändert haben könnten. Die Materialien für die Observation, Selbsteinschätzung und Wissensprüfung wurden von den beiden Vorgängerstudien übernommen, um einen direkten Vergleich der Studien zu ermöglichen. Hierdurch war es jedoch nicht möglich, Änderungen an den Materialien vorzunehmen, da dies den Vergleich der Studien verfälscht hätte. An einigen Stellen wäre dies jedoch nach Meinung der Untersucher durchaus von Nöten gewesen. Im Folgenden werden die verschiedenen Mängel nochmals erläutert.

6.3.1. Observationsformular

Das von Fischer, Kimmel und Kück (2009) entwickelte Observationsformular wurde aus den Vorgängerstudien übernommen. Wie auch schon in den beiden vorherigen Studien angegeben wurde, ist dieses Instrument jedoch nicht standardisiert. Hierdurch wird die Objektivität der Durchführung verringert (Moosbrugger & Kelava, 2012). Die Entwicklung eines standardisierten Instruments, wie es schon in den Vorgängerstudien beschrieben wurde, war jedoch im Rahmen der Studie aus den oben genannten Gründen nicht möglich. Weitere Mängel des Observationsformulars bestehen in der Bewertungsskala. Die Unterschiede zwischen den Noten 1-2, 3-4 und 5-6 sind nur minimal und daher stark anfällig für subjektive Empfindungen der Observatoren. Da dies jedoch ein Punkt ist, der in der empirischen Forschung ein bekannter Faktor ist, der vor allem im Umgang mit Menschen nie ausgeschlossen werden kann (Schnell, Hill, & Esser, 2011), ist es hier das Ziel, diesen Faktor zu minimieren. Ein geeigneteres Instrument wäre hier eine 4-stufige Skala mit den Möglichkeiten „voll zutreffend“, „eher zutreffend“, „weniger zutreffend“ und „nicht zutreffend“ (Knakowski, 2014).

Ein weiteres Problem waren einige Items, die für die Berufsgruppe der Mediziner nicht zutreffend und daher schwer zu beurteilen waren. Beispielsweise gehört das „*Sorgen für eine schmerzfreie Körperhaltung*“ nicht zu den Aufgaben der Mediziner, da dies schon durch das Pflegepersonal oder die Physiotherapeuten gewährleistet wird. Hier zeigt sich, dass das Observationsformular ursprünglich für andere Berufsgruppen entwickelt wurde. Es bestand

zwar die Möglichkeit diese Items als „nicht zutreffend“ zu kennzeichnen, jedoch gingen hier erheblich viele Daten verloren. Hier wäre eine Anpassung der Bewertungsskala ebenfalls von Vorteil.

Darüber hinaus waren Unterpunkte der Kategorie „*Der Mediziner als Zuhörer*“ bei der Betreuung von Patienten mit einer akuten Aphasie auf der Stroke Unit oft als „nicht zutreffend“ zu bewerten. Da die Patienten oft gar keine Äußerungen produzieren konnten, vielen beinahe alle Elemente dieser Kategorie weg.

Die Objektivität des nicht standardisierten Formulars ist im Vergleich mit der Studie von Knakowskie (2014) höher einzustufen, da 13 der 17 kommunikativen Situationen von beiden Untersuchern observiert wurden. Die Interrater- Reliabilität lag bei jedoch lediglich bei einem Intra Class Correlation Coefficient von $ICC_{\text{agreement}} = 0,64$ und ist demnach niedriger als die der Studie von Fischer, Kimmel und Kück (2009).

6.3.2. Wissensprüfung

Die Wissensprüfung war der Unterpunkt mit den meisten methodischen Mängeln. Hier waren einige Fragen missverständlich gestellt, sodass das eigentliche Wissen der Mediziner eventuell nicht korrekt wiedergegeben werden konnte. So gehen die Untersucher davon aus, dass der Zusatz zur Fragestellung von Frage 10, dass maximal fünf Antworten angekreuzt werden sollten, zu Missverständnissen geführt hat, da einige Teilnehmer weniger Antwortmöglichkeiten ausgewählt haben. Hier wäre es von Vorteil gewesen, deutlich die Angabe zu machen, fünf Möglichkeiten zu wählen, da hier pro korrekte Antwort jeweils ein Punkt gegeben wurde.

Inhaltlich waren zwei Fragen nicht optimal gestellt. So wurde bei Frage 8 nach dem Leitsymptom der Broca Aphasie gefragt. Diese Form der Einteilung ist jedoch nicht mehr zeitgemäß und wird zunehmend durch die Beschreibung der Aphasie als Individualsyndrom und die damit verbundene Einordnung in verschiedene Sprachverarbeitungsmodelle ersetzt (s. Kapitel 3.1.3.). Somit ist dieser Punkt in der heutigen Zeit nicht mehr klinisch relevant. Auch die Frage zur Lokalisation der Schädigung einer Aphasie ist inhaltlich fraglich. Hier wurde die Antwort „in der linken Hemisphäre“ als korrekt gewertet, jedoch zeigen aktuelle Studien, dass die Schädigung bei einer Aphasie nicht notwendigerweise in der linken Hemisphäre liegen muss (Friederici, 2011; Poeppel, Emmorey, Hickock, & Pylkkänen, 2012).

Des Weiteren fanden die Untersucher, dass Frage 4 zur *Inzidenz der Aphasien* für die Kommunikation zwischen Arzt und Patient sowie für den klinischen Alltag irrelevant sei.

Dieses Wissen steht in keinem Zusammenhang mit dem Kommunikationsverhalten und bringt für den Umgang mit Patienten mit Aphasie keine Vorteile mit sich.

Bei Frage 12 bestanden bezüglich der korrekten Antwort einige Zweifel. Bei dieser Frage ging es um die Reaktion auf eine Aussage des Patienten, die durch viele Lautvertauschungen schwer zu verstehen ist. Aus therapeutischer Sicht wäre Antwort 1 („Sie warten ab, bis der Patient seine Aussage beendet hat und reagieren dann, indem Sie die größten Fehler noch einmal verbessern. So wird der Patient nicht unterbrochen und hat dennoch einen Lerneffekt.“) korrekt. Diese Antwort wurde auch von einem Großteil der befragten Mediziner als korrekt angegeben. Da dies jedoch nicht zu den Aufgaben eines Arztes gehört und in der Praxis auch nicht so durchgeführt wurde, wurde entschieden Antwort 3 („Sie versuchen diese Vertauschungen weitestgehend zu überhören und achten mehr auf den Inhalt der gesamten Aussage, als auf die Form einzelner Wörter. Zu viele Verbesserungen frustrieren den Patienten.“) als korrekt zu bewerten.

6.3.3. Unterschiede aphasischer Symptome

Die Unterschiede aphasischer Symptome und deren Schweregrad variiert zwischen den Patienten erheblich. Da in der Studie nicht festgelegt wurde, welche Symptome oder Schweregrade der Patient aufweisen musste, wurde eine große Bandbreite aphasischer Patienten in die Studie mit eingeschlossen. Hierdurch ist ein breites Bild der Kommunikation mit Patienten mit Aphasie im klinischen Alltag entstanden, jedoch wirkt sich dies negativ auf die Vergleichbarkeit des Kommunikationsverhaltens der verschiedenen Mediziner aus. Es wurde zwar in einigen Kliniken versucht, verschiedene Mediziner in Kommunikation mit denselben Patienten zu beobachten, jedoch war dies aufgrund der Verfassung der Patienten nicht immer möglich. So ist nicht auszuschließen, dass die Kommunikation der Mediziner mit leichter betroffenen Patienten besser bewertet wurde als die Kommunikation mit schwerer betroffenen Patienten.

Eine Möglichkeit, um die tatsächlichen kommunikativen Fähigkeiten der Mediziner besser einschätzen zu können, wäre eine wiederholte Beobachtung bei Patienten mit verschiedenen Schweregraden. Hierdurch würde ein vollständigeres Bild geliefert werden.

6.4. Evaluation der Durchführung

Der Kontakt zu den Medizinern stellte sich während der Durchführung innerhalb der neurologischen Stationen als sehr angenehm dar. Die Kliniken, die an der Studie teilnahmen wollten, zeigten sich sehr kooperativ. Ein Punkt, der zusätzliche Probleme mit sich brachte,

war, dass auf den Stationen oftmals keine Patienten mit einer akuten Aphasie lagen. Hierdurch entstanden lange Wartezeiten, die in einem letztendlich hohen Zeitdruck für die Durchführung resultierten.

6.4.1. Werben von Studienteilnehmern

Die Kooperation möglicher Studienteilnehmer stellte bei der Durchführung der Untersuchung das größte Problem dar. Es wurden rund 20 Kliniken telefonisch und per Mail kontaktiert, um sie um Mitarbeit an der Studie zu bitten. Lediglich sechs Kliniken antworteten, von denen zwei ihre Mitarbeit absagten. Die restlichen Kliniken äußerten sich auch nach wiederholter Nachfrage nicht auf unsere Bitte.

Mögliche Gründe hierfür liegen in dem Studiendesign, dem hohen Arbeitspensum der Mediziner oder dem geringen Nutzen für die einzelnen Kliniken. So wird davon ausgegangen, dass einige Kliniken nicht an der Studie teilnehmen wollten, da sie nicht verdeckt war und eine Beobachtung der eigenen Fähigkeiten oft ein gewisses Unbehagen hervorruft. Des Weiteren erschwerten Urlaub und Krankheiten der zuständigen Chefärzte die Ausführung der Studie. Auch wurde von einigen Ärzten angegeben, dass sie ein zu hohes Arbeitspensum hätten, um an der Studie teilzunehmen. Hier wurde möglicherweise der mit der Studie verbundene Arbeitsaufwand, trotz mehrfacher Erklärung, falsch eingeschätzt. Weiterhin wird vermutet, dass einige Kliniken nicht an der Studie teilgenommen haben, da es keinen direkten Nutzen für die jeweiligen Mediziner hatte. In der Studie wurde lediglich ein allgemeines Bild der Arzt-Patienten Kommunikation in NRW wiedergegeben, ohne dass die einzelnen Kliniken erwähnt wurden.

Bei den Kliniken, die dann ihre Mitarbeit zugesagt hatten, war oft ein großes Problem, dass keine Patienten mit Aphasie auf den Stationen lagen, da diese oftmals lediglich zwischen vier und acht Betten haben. Hier kam dann als Faktor der große Zeitdruck hinzu.

6.4.2. Stichprobengröße

Aufgrund dieser Probleme beim Werben von Studienteilnehmern und dem Zeitdruck innerhalb der Durchführung der Studie konnte nur eine geringe Stichprobengröße erreicht werden. Dies wirkte sich negativ auf die möglichen statistischen Berechnungen aus (Baarda & de Goede, Hoe analyseer je onderzoeksgegevens, 2012) und verhinderte eine Generalisierung der Ergebnisse.

Auch konnte nicht, wie geplant, zwei gleichgroße Gruppen von Medizinerinnen mit mehr oder weniger als fünf Jahren Berufserfahrung gefunden werden. Die Zusammenarbeit mit den

Assistenzärzten verlief deutlich leichter, weshalb diese Gruppe auch mit einer größeren Zahl in der Studie vertreten ist. Ein möglicher Grund hierfür wäre das größere Interesse an Weiterbildung bei den unerfahreneren Medizinerinnen.

Eine größere Teilnehmerzahl könnte in kommenden Studien durch einen größeren Zeitraum für die Durchführung der Studie erreicht werden. Des Weiteren wäre es von Vorteil, die Oberärzte der Stationen direkt zu kontaktieren, um das Anliegen zu erläutern. Da diese Ärzte meist vorrangig für die Patienten auf den Stroke Units verantwortlich sind, haben sie oft den besseren Blick auf die Station und die Patienten.

6.4.3. Observation

Bei der Durchführung der Observationen war die größte Schwierigkeit der Zeitdruck im klinischen Alltag eines Arztes. Die Situationen, die beurteilt werden konnten, waren meist auf wenige Minuten beschränkt und konnten daher oft keinen vollständigen Eindruck des Kommunikationsverhaltens liefern. Positiv zu bemerken ist hier jedoch, dass die beobachteten Situationen immer gleich verliefen und daher gut vergleichbar waren.

Dadurch, dass die Observation von zwei Observatoren durchgeführt worden ist, wurde die Gültigkeit der Ergebnisse erhöht. Jedoch ist möglich, dass die Ergebnisse der Studie durch die Anwesenheit der Observatoren verfälscht sein könnten. Da entschieden wurde, die Studie nicht verdeckt durchzuführen, hat dies vermutlich einen Einfluss auf die Kommunikation gehabt, der bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss. Es wird jedoch aufgrund der Erfahrungen aus den vorangegangenen Studien davon ausgegangen, dass eine verdeckte Untersuchung einen großen Verlust an Datenmaterial bedeutet hätte, da sich die Mediziner in diesem Falle übergangen gefühlt hätten. Daher wird das Design der Studie weiterhin unterstützt.

Ein weiterer Punkt, der sich möglicherweise negativ auf die Ergebnisse der Studie ausgewirkt haben könnte, ist der große Zeitdruck im Alltag eines Mediziners. Daher war es teilweise nicht möglich, den Selbsteinschätzungsbogen unmittelbar nach der Observation auszufüllen, wie es im Design beschrieben war. Dies könnte die Ergebnisse verfälscht haben.

6.4.4. Ermittlung der Patientenzufriedenheit

Die Ermittlung der Patientenzufriedenheit, die in dieser Studie als neuer Punkt eingeführt wurde, stellte sich als schwieriger heraus als anfangs angenommen. Da sehr viele Patienten aufgrund der Schwere ihrer Störung nicht in der Lage waren, die Befragung durchzuführen, ging ein erhebliches Maß an Daten verloren. Auch der Gebrauch von Piktogrammen zur

Verdeutlichung brachte oftmals keinen Erfolg. Bei den Daten, die gesammelt werden konnten, ist ebenfalls fraglich, inwieweit sie der Meinung der Patienten entsprechen. Die Untersucher hatten häufig das Gefühl, die Patienten könnten nicht gut verstehen, was von ihnen verlangt wurde. Daher sind die Ergebnisse dieser Befragungen mit Vorsicht zu betrachten. Ein Verbesserungsvorschlag wäre hier, die Angehörigen mit in die Studie einzubeziehen und ihre Meinung zu inventarisieren, da sie oftmals einen besseren Blick auf das Geschehen haben. Dies war im Rahmen der Studie aufgrund des hohen Zeitdrucks jedoch nicht möglich.

Die Zufriedenheit der Patienten konnte nur in sehr geringem Ausmaß ermittelt werden, da viele der Patienten (41%) akut so stark aphasisch betroffen waren, dass sie nicht in der Lage waren, die Fragen der Observatoren zu beantworten.

6.4.5. Vergleich der Berufsgruppen

Bei den Resultaten des Vergleichs der Reflexionsleistung muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Observationen von verschiedenen Untersuchern durchgeführt wurden und bei der Untersuchung der Physiotherapeuten nur ein Observator anwesend war. Hierdurch können sich die Resultate durchaus verfälscht haben.

Des Weiteren war die Zeitspanne der observierten Situationen bei den Mediziner (fünf Minuten) und dem Pflegepersonal (fünf Minuten) deutlich geringer als bei Physiotherapeuten (30 Minuten). Daher konnten eventuell einige Items nicht bewertet werden, da sie in dem kurzen Zeitraum nicht sichtbar wurden. Dieser Umstand ist jedoch der Organisation des klinischen Alltags geschuldet und lässt sich daher nur schwer verändern. Auch die unterschiedlich großen Probandengruppen (17 Mediziner , 24 Physiotherapeuten und 34 Pfleger) erschweren den Vergleich.

6.5. Forschungsausblick

Im Folgenden werden Ansätze für mögliche Folgestudien gegeben, die zu diesem Thema durchgeführt werden können. In der vorliegenden Studie wurde sich mit der Fragestellung beschäftigt, wie Mediziner mit Menschen mit einer Aphasie in der akuten Phase auf neurologischen Stationen in NRW kommunizieren. Die Ergebnisse der Studie zeigen hier Lücken in den kommunikativen Fähigkeiten und dem Fachwissen der Mediziner auf, die mithilfe einer Schulung behoben werden könnten. Die Effektivität dieses Trainings müsste anschließend überprüft werden.

Entwicklung und Erprobung einer Schulungsmaßnahme für Mediziner zum Thema

„Kommunikation mit Patienten mit einer akuten Aphasie“.

Interessant wäre es zu ermitteln, ob ein einheitliches Training für verschiedene Berufsgruppen effektiv ist. Dies wäre vor allem aus Kostengründen ein erheblicher Vorteil.

Was ist der Effekt einer interdisziplinären Schulungsmaßnahme zum Thema „Kommunikation mit Patienten mit einer akuten Aphasie“ auf das Kommunikationsverhalten bei verschiedenen Berufsgruppen?

Da aufgrund der organisatorischen Problematik die Stichprobengröße sehr gering war, wäre es vorteilhaft das Einzugsgebiet zu vergrößern und eventuell deutschlandweit zu betrachten. Auf diese Weise wäre es möglich, generalisierbare Ergebnisse zu erlangen.

Wie verläuft die Kommunikation von Medizinern mit Menschen mit einer akuten Aphasie auf neurologischen Stationen in Deutschland?

Das Studiendesign sieht vor, dass jeder Mediziner nur einmal im Umgang mit einem Patienten mit Aphasie beobachtet wird. Da Schweregrad und Symptomatik der aphasischen Störung stark variieren, ist eine repräsentative Beurteilung des Kommunikationsverhaltens eines Mediziners nur bei mehrfacher Observation mit verschiedenen Patienten beurteilbar. Es wäre daher von Vorteil, die Observationen auszuweiten, um zu untersuchen, ob sich das Kommunikationsverhalten bei Patienten mit einem unterschiedlichen Schweregrad der Störung verändert. Darüber hinaus wird das kommunikative Verhalten der Mediziner auch von Einflüssen wie situativer Stress oder der Tagesform bedingt.

Wie verläuft die Kommunikation von Medizinern mit Menschen mit einer akuten Aphasie mit unterschiedlichem Schweregrad?

Des Weiteren wäre es für die Generalisierbarkeit der Studie günstig, ein standardisiertes Messinstrument zur Beurteilung der Kommunikation mit Menschen mit einer akuten Aphasie zu entwickeln. Darüber hinaus könnte ebenfalls ein standardisiertes aphasiefreundliches Formular zur Befragung der Patienten erstellt werden.

Entwicklung eines standardisierten Messinstruments zur Beurteilung der kommunikativen Fähigkeiten im Umgang mit einer akuten Aphasie.

Entwicklung eines aphasiefreundlichen Fragebogens zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit.

Die Untersuchung anderer Berufsgruppen (z.B. Ergotherapeuten) wäre ebenfalls nützlich. Aufgrund der methodischen Mängel der Studie bietet sich demnach an, das Design der Studie vorher anzupassen. Hierdurch ginge zwar die Vergleichbarkeit der Studien verloren, jedoch

wäre eine genauere Aussage über die tatsächlichen Kommunikationsfähigkeiten der Berufsgruppen möglich.

Wie verläuft die Kommunikation anderer Disziplinen mit Menschen mit einer akuten Aphasie auf neurologischen Stationen in Deutschland?

Da sich während der Durchführung zeigte, dass die Zufriedenheit der Patienten nur schwer zu ermitteln ist, würde sich eine Studie anbieten, die die Angehörigen der Patienten mit einbezieht. Auf diese Weise würde die Beurteilung eines Dritten einfließen, der die Situation aus einer anderen Perspektive betrachtet. Die gesammelten Angaben wären auf diese Weise zuverlässiger als sie es in der vorliegenden Studie waren.

Wie wird die Kommunikation zwischen Medizinern und Menschen mit einer akuten Aphasie von deren Angehörigen erfahren?

6.6. Schlussfolgerung

In der vorliegenden Studie wurde die Kommunikation zwischen Ärzten und Menschen mit einer akuten Aphasie auf neurologischen Stationen untersucht. Insgesamt fiel die gesamte Kommunikation zufriedenstellend aus, sollte in einigen kommunikativen Punkten jedoch verbessert werden, um den Patienten-Arzt-Kontakt zu optimieren.

Im Vergleich mit den anderen Berufsgruppen, wurden die kommunikativen Fähigkeiten der Mediziner etwas schlechter als die der Physiotherapeuten, jedoch besser als die des Pflegepersonals bewertet.

Die Fachkenntnisse der Mediziner waren insgesamt positiv und besser als die ihrer außerdisziplinären Kollegen. Das theoretische Fachwissen muss demnach nicht unbedingt geschult werden.

Die Selbsteinschätzung der Mediziner war zwar besser als die der Observatoren, jedoch nicht als massive Überschätzung der eigenen Fähigkeiten zu bewerten.

Durch die Verbesserung der Kommunikation kann eine bessere Teilhabe der Patienten am klinischen Alltag ermöglicht und ihr Genesungsprozess somit optimiert werden.

Ein interdisziplinäres Fortbildungskonzept, bei dem mehrere Disziplinen ihr Wissen zu verschiedenen Aspekten der Patientenversorgung weitergeben, würde einen positiven Beitrag zur Zusammenarbeit im klinischen Alltag und zur Verbesserung der Partizipationsmöglichkeiten der Patienten liefern. Denn:

Kommunikation und Partizipation sind Lebensqualität!

Tabellenverzeichnis

Tab.4.4.5.: Bewertungsskala Kommunikation.....	23
Tab. 4.5.: Gliederung der Untersuchung.....	24
Tab. 4.6.2.6.: Untergruppen der Stichprobe.....	26
Tab. 5.2.1.: Itemniveau: Vergleich der Mittelwerter; inklusive Korrelationen.....	33
Tab. 5.2.2.: Kategorieniveau: Vergleich der Mittelwerte.....	35
Tab. 5.2.3.: Gesamte Kommunikation: Vergleich der Mittelwerte.....	36
Tab. 5.3.: Häufigkeitsverteilung Frage 10.....	38
Tab. 5.4.: Zufriedenheit mit der Kommunikation.....	39
Tab. 5.6.1.1.: Itemniveau: Vergleich der Mittelwerte; inklusive Korrelationen zwischen Observation und Selbsteinschätzung.....	45
Tab. 5.6.1.2.: Kategorieniveau: Vergleich der Mittelwerte; inklusive Korrelationen zwischen Observation und Selbsteinschätzung.....	47
Tab. 5.6.1.3. A: Gesamte Kommunikation: Vergleich der Mittelwerte.....	48
Tab. 5.6.1.3. B: Gesamte Kommunikation: Vergleich der Korrelationen.....	49
Tab. 5.6.2.1.: Itemniveau: Abweichungen Observation/ Selbsteinschätzung der drei Berufsgruppen.....	51
Tab. 5.6.2.2.: Kategorieniveau: Abweichungen Observation/ Selbsteinschätzung der drei Berufsgruppen.....	52
Tab. 5.6.2.3.: gesamte Kommunikation: Abweichungen Observation/ Selbsteinschätzung der drei Berufsgruppen.....	52

Abbildungsverzeichnis

Abb. 3.1.4.: Verlaufsphasen einer Aphasie.....	10
Abb. 3.5.: Modell der ICF (WHO, 2005).....	15
Abb. 5.1.: Häufigkeitsverteilung Stichprobe.....	31
Abb. 5.2.1.: Spannweite der Benotungen auf Itemniveau.....	34
Abb. 5.2.2.: Spannweite der Benotungen auf Kategorieniveau.....	36
Abb. 5.3.: Auswertung der Wissensprüfung.....	37
Abb. 5.5.1.: Häufigkeitsverteilung Berufserfahrung.....	40
Abb. 5.5.2.: Häufigkeitsverteilung Aphasiefortbildung.....	42
Abb. 5.6.1.1.: Spannweitenvergleich der Benotungen auf Itemniveau.....	44
Abb. 5.6.1.2.: Spannweitenvergleich der Benotungen auf Itemniveau.....	48
Abb. 5.6.3.: Vergleich der Wissensprüfung zwischen den drei Berufsgruppen.....	53

Literaturverzeichnis

Bücher:

- Agyle, M. (2013). *Körpersprache und Kommunikation: Nonverbaler Ausdruck und soziale Interaktion*. Paderborn: Junfermann Verlag GmbH.
- Brosius, F. (2011). *SPSS 19*. Heidelberg: Verlagsguppe Hülltig Jehle Rehm GmbH.
- Buss, B., & Voelker, C. (2010). *Physiotherapie Herausforderungen im therapeutischen Alltag Schülerbuch*. Berlin: Cornelsen Verlag.
- Diener, H. (2012). *Litlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Ehlich, K., Koerfer, A., Redder, A., & Weingarten, R. (1990). *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.
- Glindemann, R., Ziegler, W., & Kilian, B. (2002). *Aphasie und Kommunikation*. (G. Goldenberg, J. Pössl, & W. Ziegler, Hrsg.) Stuttgart: Thieme Verlag.
- Grötzbach, H., & Iven, C. (2009). Einführung in die ICF. In H. Grötzbach, & C. Iven, *ICF in der Sprachtherapie* (S. 9-23). Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- (2009). Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In H. Grötzbach, C. Iven, H. Grötzbach, & C. Iven (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie* (S. 23-39). Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- Higgs, J., Jones, M., Loftus, S., & Christensen, N. (2008). *Clinical Reasoning in the Health Professions*. Oxford Bopston Melbourne: Butterworth Heinemann.
- Huber, W., Poeck, K., & Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D., & Willmes, K. (1983). *Der Aachener Aphasie Test*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Kassner, G. (2012). *DEGAM-Leitlinie Nr. 8*. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Frankfurt am Main.
- Kroszek, G., Schaumberg, K., Hilden, T., Husberg, A., Kalb, S., & Seifert, H. (2002). *Stroke Unit: Ein interdisziplinärer Praxisleitfaden zur Akutbehandlung des Schlaganfalls*. München: Richard Pflaum Verlag.
- Leisle, M. (2014). *Zahlen-Daten-Fakten*. Güterslohn: Deutsche Schlaganfall Hilfe.
- Löning, P. e. (1993). *Arzt-Patienten- Kommunikation*. Berlin: de Gruyter.
- Lutz, L., Tewes, R., & Schlote, W. (2010). *Das Schweigen verstehen*. Heidelberg: Springer- Verlag.
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer Verlag.

- Nobis-Bosch, R., Rubi-Fessen, I., Biniek, R., & Springer, L. (2013). *Diagnostik und Therapie der akuten Aphasie*. Stuttgart: Georg-Thieme-Verlag.
- Pullwitt, E. (2012). *Aphasie- Wenn Sprache zerbricht- Die Betroffenheit der Mitbetroffenen*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Röder, J. (2009). *Kommunikationskonflikte in der Arzt-Patienten- Kommunikation (APK) bedingt durch medizinische Fachsprache und medizinischen Slang*. Norderstedt: GRIN Verlag.
- Schneider, B., Wehmeyer, M., & Grötzbach, H. (2014). *Aphasie- Wege aus dem Sprachdschungel*. (M. Thiel, C. Frauer, & S. Weber, Hrsg.) Heidelberg: Springer- Verlag.
- Schnell, R., Hill, P., & Esser, E. (2011). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Schöler, M., Grötzbach, H., & Thiel, M. (2002). *Aphasie: Wege aus dem Sprachdschungel*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Tacke, D. (2008). *"Schlagartig abgeschnitten": Aphasie- Verlust und Wiedererlangen der Kontrolle*. Bern: Huber Verlag.
- Ternes, D. (2008). *Kommunikation- eine Schlüsselqualifikation*. Paderborn: Junfermann Verlag GmbH.
- Tesak, J. (2006). *Einführung in die Aphasiologie*. Stuttgart: Georg-Thieme-Verlag.
- Tesak, J., & Brauer, T. (2013). *Aphasie- Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma*. Idstein: Schulz-Kirchner- Verlag.
- Watzlawick, P., Bavelas, J., & Jackson, D. (2011). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber Verlag.
- Werani, A. (2013). *Symptomorientierte Diagnostik bei Aphasien: Eine neurolinguistische Aufgabensammlung*. Berlin: Springer Verlag.

Buchkapitel:

- Baarda, D., & de Goede, M. (2012). Hoe analyseer je onderzoeksgegevens. In D. Baarda, & M. de Goede, *Basisboek Methoden en Technieken* (S. 255-298). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bauer, A., & Kaiser, G. (1989). Verbesserungshandlungen in der sprachlichen Interaktion zwischen Aphasikern und Sprechgesunden. In V. Roth, *Kommunikation trotz gestörter Sprache* (S. 27-47). Tübingen: Günther Narr Verlag.
- Hoefert, H. (2008). Ärztliches Kommunikationsverhalten. In H. Hoefert, & W. Hellmann, *Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus* (S. 27-28). Heidelberg: Economica.
- Hoefert, H. (2008). Studien zur Art Patienten Kommunikation. In H. Hoefert, & W. Hellmann, *Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus* (S. 25-27). Heidelberg: Economica.

Jones, M., Jensen, G., & Edwards, I. (2008). Clinical Reasoning in Physiotherapy. In J. Higgs, M. Jones, S. Loftus, & N. Christensen, *Clinical Reasoning in the Health Professions* (S. 245-256). Oxford Boston Melbourne: Butterworth Heinemann.

Kemper, S., & Rozek, E. (2013). Communication Disorders and Aging. In J. Wilmoth, & K. Ferraro, *Gerontology: Perspectives and Issues* (S. 69-83). New York: Springer Publishing Company.

Veltkamp, R. (2012). Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls. In D. G. Neurologie (Hrsg.), *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie* (S. 1-4). Heidelberg.

Artikel:

Azoulay, E., Chevret, S., Leleu, G., Pochard, F., Barboteu, M., Adrie, C., et al. (2000). Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Critical Care Medicine*, 3044-3049.

Beukelman, D., Fager, S., Ball, L., & Dietz, A. (2007). AAC for Adults with Acquired Neurological Conditions: A Review. *Augmentative and Alternative Communication*, 230-242.

Bouchard- Lamothe, D., Bourassa, D., Laflamme, B., Garcia, I., Gailey, G., & Stiell, K. (1999). Perceptions of three groups of interlocutors of the effects of aphasia on communication: an exploratory study. *Aphasiology*, 9-11.

Busse, O., Röther, J., Hamann, G., Hupp, T., Jansen, O., Meixensberger, J., et al. (Oktober 2013). Interdisziplinäres neurovaskuläres Netzwerk. *Der Nervenarzt*, 1228-1232.

Buxel, H. (2009). Arbeitsplatz Krankenhaus: der ärztliche Nachwuchs ist unzufrieden. *Deutsches Ärzteblatt: Ärztliche Mitteilungen Ausgabe*, 1538.

Buxel, H. (2013). Was Ärzte zufriedener macht. *Deutsches Ärzteblatt*, 110.

Campo, M. W. (2009). Job Strain in Physical Therapist. *Physical Therapy*, 946-956.

Candelise, L., Gattinoni, M., Bersano, A., Micieli, G., Strezi, R., & Morabito, A. (2007). Stroke-unit care for acute stroke patients: an observational follow-up study. *The Lancet*, 299–305.

Clark, P. (2009). Reflecting on reflection in interprofessional education: Implications for theory and practice. *Journal of Interprofessional Care*, 213-223.

Collaboration, S. U. (2007). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.

Cross, V. (1993). Introducing physiotherapy students to the idea of 'reflective practice'. *Medical Teacher*, 293-307.

Dalemans, R. (2009). Denken voorbij de stoornis: een participatiegerichte benadering. *Logopedie en Foniatrie*, 380-383.

Dalemans, R., de Witte, L., Wade, D., & van den Heuver, W. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 537-550.

- Davis, D., Mazmanian, P., Fordis, M., van Harrison, R., Thorpe, K., & Perrier, L. (2006). Accuracy of Physician Self-assessment Compared With Observed Measures of Competence: A systematic Review. *The Journal of the American Medical Association*, 1094-1102.
- Dawson, A. S. (2014). Nursing churn and turnover in Australian hospitals: nurses perceptions and suggestions for supportive strategies. *BMC nursing*, 11.
- Desrosiers, J., Demers, L., Robichaud, L., Vincent, C., Belleville, S., & Ska, B. (2008). Short-Term Changes in and Predictors of Participation of Older Adults After Stroke Following Acute Care or Rehabilitation. *Neurorehabilitation Neural Repair*, 288-297 .
- Deuster, D., am Zehnhoff-Dinnesen, A., Knief, A., Matulat, P., Bartha-Doering, L., Florl, A., et al. (2012). Identifying language and communication disorders as part of the medical curriculum. *HNO*, 220-225.
- Dugdale, D., Epstein, R., & Pantilat, S. (1999). Time and Patient-Physician Relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 34-40.
- Dunning, D., Heath, C., & Suls, J. (2004). Flawed Self-Assessment Implications for Health, Education, and the Workplace. *Psychological Science in the Public Interest*, 69-106 .
- Ehrlinger, J., Johnson, K., Banner, M., Dunning, D., & Kruger, J. (2008). Why the unskilled are unaware: Further explorations of (absent) self-insight among the incompetent. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 98-121.
- Ernstzen, D., Bitzer, E., & Grimmer-Somers, K. (2009). Physiotherapy students' and clinical teachers' perceptions of clinical learning opportunities: A case study. *Medical Teacher*, 102-115.
- Faller, H. (September 2012). Patientenorientierte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*, 1106-1112.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 312-319.
- Freimüller, M., & Fheodoroff, K. (2003). Neurorehabilitation nach Schlaganfall. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 25-28.
- Friederici, A. (2011). The brain basis of language processing: from structure to function. *Physiol Rev*, S. 1357-1392.
- Geisler, L. (2003). *Das ärztliche Gespräch- eine vernachlässigte Aufgabe*. Bonn: Rheinische Friedrich-Wilhelms- Universität.
- Group, T. P. (2005). Acute Stroke Care in the US: Results from 4 Pilot Prototypes of the Paul Coverdell National Acute Stroke Registry. *Stroke*, 1232-1240 .
- Günther, T., Hofmann, M., & Promes, M. (2009). Afasiesyndromen: Twijfels over de klassieke Taxonomie. *Logopedie en Foniatrie*, 148-152.
- Hall, M., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. (2001). Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? *Milbank Quarterly*, 613-639.

- Hemsley, B., Baladin, S., & Worrall, L. (2011). Nursing the Patient With Developmental Disability in Hospital: Roles of Paid Carers. *Qualitative Health Research*, 1632-1642.
- Hemsley, B., Baladin, S., & Worrall, L. (2012). Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 116-126.
- Ho, K., Weiss, S., Garrett, K., & Lloyd, L. (2005). The Effect of Remnant and Pictographic Books on the Communicative Interaction of Individuals with Global Aphasia. *Augmentative and Alternative Communication*, 218-232.
- Indredavik, B., Bakke, F., Rokseth, R., Haanheim, H., & Holme, I. (1991). Benefit of a stroke Unit: a randomized controlled trial. *Stroke*, 1026-1081.
- Jabr, N. (2007). Physicians' attitudes towards knowledge transfer and sharing. *Competitiveness Review: An International Business Journal*, 248-260.
- Jooss, B. (2004). Aphasie und Krankheitsverarbeitung: Fallbeispiel einer jungen Aphasikerin. *Hegau-Jugendwerk GmbH*, 22.
- Kagan, A., Black, S., Duchan, J., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2001). Training Volunteers as Conversation Partners Using "Supported Conversation for Adults With Aphasia" (SCA). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 624-638.
- Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1121-1134.
- Kursawe, H., & Guggenberger, H. (2013). Arzt und Pflegepersonal. *Neu im Klinikalltag - wie junge Mediziner den Einstieg besser meistern*, 3-19.
- Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 1693-1702.
- Liebetrau, M., Hüwelt, J., Meyding-Lamade, U., Weidauer, S., Schütz, H., Baas, H., et al. (2010). Aktuelles zur Akutbehandlung und Prävention des Schlaganfalls. *Hessisches Ärzteblatt*(9), 533-563.
- Mann, K., Gordon, J., & McLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in Health Science Education*, 595-621.
- Meyer, E., Sellers, D., Browning, D., McGuffie, K., Solomon, M., & Truog, R. (2009). Difficult conversations: Improving communication skills and relational abilities in health care. *Pediatric Critical Care Medicine*, 352-359.
- Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark, P., et al. (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*, 2402-2448.
- Morris, M., Clayman, M., Peters, K., Leppin, A., & LeBlanc, A. (2014). Patient-centered communication strategies for patients with aphasia: Discrepancies between what patients want and what physicians do. *Disability and Health Journal*.

- Müller, U. (2012). Diagnose Schlaganfall. *ARD-Morgenmagazin*.
- Nolte, A. (2008). Bessere Kommunikation gefordert. *Heilberufe*, 64-65 .
- Özdem, M. (2008). Schaffen Sie Vertrauen bei Ihren Patienten- achten Sie auf ihre Körpersprache. *Praxisführung Professionell*.
- Pedersen, P., Jorgensen, H., Nakayama, H., Raaschou, H., & Olsen, T. (1996). Orientation in the acute and chronic stroke patient: Impact on ADL and social activities. The copenhagen stroke study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 336-339.
- Pedersen, P., Vinter, K., & Olsen, T. (2003). Aphasia after Stroke: Type, Severity and Prognosis. *Cerebrovascular Diseases*, 35-43.
- Poeppel, D., Emmorey, K., Hickock, G., & Pylkkänen, L. (2012). Towards a new neurobiology of language. *Journal of Neuroscience*, S. 14125-14131.
- Pötz, H. (2009). Professionelle Distanz nützt Therapeut und Patient. *Physiopraxis*, 52-54.
- Rayner, H., & Marshall, J. (2003). Training volunteers as conversation partners for people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 149–164.
- Ryu, S., Hee Ho, S., & Han, I. (2003). Knowledge sharing behaviour of physicians in hospitals. *Expert Systems with Applications*, 113–122.
- Salter, K., Foley, N., Jutai, J., & Teasell, R. (2007). Assessment of participation outcomes in randomized controlled trials of stroke rehabilitation interventions. *International Journal of Rehabilitation Research*, 339-342.
- Schomacher, J., Bauer, P., & Meyer, M. (2006). Clinical Reasoning als Beitrag zur Professionalisierung der Physiotherapeuten. *Manuelle Therapie*, 3-12.
- Shadden, B., Hagstrom, F., & Koski, P. (2008). *Neurogenic Communication Disorders: Life Stories and the Narrative Self*. Plural Pub.
- Shilling, V., Jenkins, V., & Fallowfield, L. (2003). Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: Can communication skill training for clinicians improve satisfaction? *Psycho- Oncology*, 599-611.
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L. (2010). Communication Partner Training in Aphasia: A Systematic Review . *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1814–1837.
- Steward, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 1423–1433.
- Street, R., Makoul, G., Arona, N., & Epstein, R. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 295–301.

- Sundin, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2000). Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing*, 481–488.
- Tempest, S., & McIntyre, A. (2006). Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 663–667.
- Teutsch, C. (2003). Patient–doctor communication. *Medical Clinics of North America*, 1115–1145.
- Thelen, K., Rausch, M., & Beudert, I. (2014). Kompetenzprofil für die Logopädie. (D. B. Logopädie, Hrsg.) 1-39.
- Trede, F. (2006). A Critical Practice Model For Physiotherapy. *University of Sydney*.
- Verma, S., Paterson, M., & Medves, J. (2006). Core Competencies for Health Care Professionals: What Medicine, Nursing, Occupational Therapy, and Physiotherapy Share . *Journal of Allied Health*, 109-115.
- Weimar, C., & Diener, H. (2003). Diagnose und Therapie der Schlaganfallbehandlung in Deutschland- Ergebnisse der deutschen Schlaganfalldatenbanken. *Deutsches Ärzteblatt*(40), 26576-2582.

Studentenarbeiten:

- Fischer, S., Kimmel, I., & Kück, G. (2009). Die Kommunikation von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit Menschen mit Aphasie. (H. Zuyd, Hrsg.)
- Knakowski, Y. (2014). Physiotherapeuten in Interaktion mit Menschen mit einer Aphasie: Wie kommunizieren Physiotherapeuten mit Menschen mit einer akuten Aphasie auf Stroke Units in NRW? (H. Z. Heerlen, Hrsg.)
- Lamming, J. (2014). Patientenedukation in der Physiotherapieausbildung. *Hausarbeit Hauptseminar Sozialpädagogik*, 1-28.
- Neugebauer, U. (1999). *Neuropsychologische Korrelate psychischer Prozesse: Sprache im Rahmen des lokalisationstheoretischen Ansatzes*. Bonn: Psychologisches Institut der Rheinischen Friedrich-Wilhelm Universität.

Internetseiten:

- Berliner Schlaganfall Allianz. *Ohne Worte – Kommunikation mit Aphasikern*. [Online]. Available: <http://www.schlaganfallallianz.de/patienteninformationen/wissenswertes-zum-schlaganfall/rehabilitationsphase/> [2014, April 18]
- BioPro Baden-Württemberg GmbH. *Werner Hacke und die moderne Schlaganfall-Therapie*. [Online]. Available: <http://www.bio-pro.de/magazin/index.html?lang=de&artikelid=/artikel/10156/index.html> [2015, Januar 28]
- Bundesärztekammer. *Ärztliche Ausbildung in Deutschland*. [Online]. Available: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.101.169&all=true#studien4> [2015, April 28]

Communication is the joint Establishment of Meaning. *Communication Access Within Healthcare Environments*. [Online]. Available: <http://www.patientprovidercommunication.org/> [2014, Mai 04]

Deutsche Schlaganfall Gesellschaft. *Stroke Units*. [Online]. Available: <http://www.dsg-info.de/stroke-units/stroke-units-uebersicht.html> [2014, April 18]

DocCheck Flexikon-Das Medizinlexikon zum Medmachen. *Facharzt für Neurologie* [Online]. Available: http://flexikon.doccheck.com/de/Facharzt_f%C3%BCr_Neurologie [2015, Mai 23]

Friedrich-Alexianer Universität Erlangen- Nürnberg. *Das Medizinstudium*. [Online]. Available: <http://blogs.fau.de/kanuele/das-medizinstudium/> [2015, Mai 23]

Klinikum Chemnitz gGmbH. *Stroke Unit der Klinikum Chemnitz gGmbH*. [Online]. Available: http://www.klinikumchemnitz.de/mp/click.system?s=Behandlungszentren/Stroke_Unit&menu=36&nav=1152&pid=1152 [2014, April 09]

MediTreff - Der Medizinindex im Internet. Aufbau des Studiums. [Online]. Available: <http://www.meditreff.de/index/studiumaufbau.shtml> [2014, April 09]

Anhang

Anhang A: Literaturstudie

Die Literaturstudie wurde mit dem Ziel durchgeführt, den aktuellen Stand wissenschaftlicher Arbeiten zum Thema „Kommunikation zwischen Mediziner und Patienten mit akuter Aphasie“ zu ermitteln. Um eine systematische Suche nach relevanter Literatur zu ermöglichen (Kuiper et al., 2012), wurde zunächst eine Suchfrage mithilfe des „PICO“ Systems erstellt. Die Abkürzung PICO steht für die folgenden Elemente:

Patient, Population oder Problem (wer):	Beschreibung von Patienten oder des Problems, sowie Diagnose, Alter, Geschlecht.
Intervention (was):	Beschreibung der angewendeten und/ oder untersuchten Intervention.
Co-Intervention:	Eventuelle andere (alternative) Intervention, die mit der Intervention verglichen wird.
Outcome oder Resultat (warum):	Beschreibung von dem, was der Untersucher hofft zu erreichen oder welchen Effekt die Intervention für den Patienten haben müsste.

Zum Thema der Studie lassen sich die vier Aspekte wie folgt ausfüllen:

Patient, Population oder Problem (wer):	Mediziner, Patienten mit akuter Aphasie
Intervention (was):	kommunizieren
Co-Intervention:	-----
Outcome oder Resultat (warum):	Kommunikationsweise

Mithilfe dieser vier Komponenten wurde zum Thema der vorliegenden Studie folgende Fragestellung erstellt:

„Wie kommunizieren Mediziner mit Patienten mit akuter Aphasie?“

Um ein möglichst breit gefächertes Bild der vorhandenen Literatur zu erhalten wurde in verschiedenen online Datenbanken nach relevanter Literatur gesucht. Die verwendeten Datenbanken waren:

- Pubmed.org
- Sciencedirect.com
- Scholar.google.com
- Ebscohost.com
- Embase.com

Die hierbei verwendeten Suchbegriffe wurden sowohl auf Deutsch, als auch auf Englisch und Niederländisch eingegeben. Zusätzlich wurde im Zeitschriftenarchiv der Hogeschool Zuyd und der RWTH Aachen nach brauchbaren Artikeln gesucht. Die aus der PICO- Frage abgeleiteten Suchtermini wurden in verschiedenen Kombinationen verwendet und mit den Booleschen Operatoren „AND“, „OR“, „NOT“ (Franck/ Stary, 2009) eingegeben:

	P = Population	I = Intervention	O = Outcome
Englisch	Aphasia Acute aphasia doctor patient physician medic	communication	communication
Deutsch	Aphasie Doktor Mediziner Patient	Kommunikation kommunizieren	Kommunikation Kommunikationsweise
Niederländisch	Afasie Akute afasie Arts Patient	Communicatie	communicatie

Die gefundene Literatur wird von den Untersuchern nach Erscheinungsdatum, Titel und vorhandenem Abstract selektiert. Es wird darauf geachtet, dass keiner der Artikel älter als 15 Jahre ist. Um die Qualität der Artikel zu beurteilen und das jeweilige Evidenzniveau zu bestimmen, verwenden die Untersucher das „Critical Review“- Formular. Die Resultate der Literaturstudie werden in der gesamten Arbeit verwendet.

Anhang B: Organisatorisches Vorgehen

Maßnahme	Zeitraum	Erläuterung/ Vorhaben
1. Internetrecherche	November 2013 bis Oktober 2014	Aufstellung aller neurologischen Kliniken mit einer Stroke Unit in NRW und anschließende Selektion geeigneter Kliniken nach Standort
2. Telefonische Kontaktaufnahme	November/ Dezember 2014	- Kontaktaufnahme mit ärztlicher Leitung der (Stroke Units) verschiedenen Kliniken zwecks Vorstellen des Inhalts/Ablaufs der Studie - Bei Interesse wird ein Informationsschreiben sowie die Teilnahmeerklärung per Post/E-Mail zugesandt (ggf. Termin Informationsgespräch vereinbaren) - Für weitere Planung und Organisation weitere Gespräche ansetzen
3. Informationsgespräch Führen	Januar 2015	- Eventuelle Fragen beantworten - Organisation und weiteres Vorgehen besprechen - Ggf. genauen Inhalt und Ziel der Studie erläutern - Falls möglich ungefähren Untersuchungszeitraum vereinbaren - Notwendige Formalien besprechen (Impfungen, etc.)
4. Telefongespräch	Januar/ Februar 2015	- Konkrete Absage/ Zusage erfahren - Untersuchungszeitraum festlegen
5. Telefongespräch 2 Wochen vorher	Februar/ März 2015	- Studie nochmal „in Erinnerung rufen“ - Konkrete Ansprechpartnerin zuweisen lassen
6. Telefongespräch 2-3 Tage vorher	Ab März 2015	- Sind ausreichend Menschen mit einer akuten Aphasie auf Station? - Konkrete Absprachen treffen: wann, wo, mit wem treffen?
8. Ausführung der Untersuchungen	März/ April 2015	- Am Tag der Untersuchung bei der zugewiesenen Kontaktperson melden - Untersuchung wie beschrieben ausführen
9. Abschluss	Mai 2015	- Leitung nochmals telefonisch/persönlich kontaktieren (Danksagung, Feedback zum Ablauf schildern)

Anhang C: Optimale Kommunikation mit Aphasiepatienten

Berliner Schlaganfall Allianz. *Ohne Worte – Kommunikation mit Aphasikern*. [Online].

Available: <http://www.schlaganfallallianz.de/patienteninformationen/wissenswertes-zum-schlaganfall/rehabilitationsphase/> [2014, April 18])

Geduld

- Vermeiden Sie Zeit- und Erfolgsdruck. Wer sich beeilen muss, macht häufiger Fehler.
- Lassen Sie den anderen ausreden. Aphasiker brauchen häufig länger. Lassen Sie ihnen die Zeit, die sie brauchen und machen Sie nicht zu früh Wortvorschläge.
- Sichern Sie das Verständnis durch zusammenfassende Rückfragen: "Habe ich Dich richtig verstanden? Du möchtest Kaffee? Mit Milch?"
- Manchmal gelingt die Kommunikation trotz aller Bemühungen nicht. Beenden Sie gemeinsam den Versuch und probieren Sie es später noch einmal.

Respekt

- Werden Sie nicht ungeduldig, wenn der andere Sie nicht versteht.
- Korrigieren Sie den Aphasiker nur, wenn er dies ausdrücklich möchte. In der Kommunikation geht es um Verständnis. Es ist keine Therapie. Nur der Inhalt ist wichtig, unabhängig von der Form.

Konzentration

- Schaffen Sie eine eindeutige Kommunikationssituation, indem Sie Blickkontakt herstellen und ablenkende Geräuschquellen abschalten.
- Überfrachten Sie die Kommunikation nicht. Konzentrieren Sie sich auf die Vermittlung des Wesentlichen.
- Lenken Sie den Aphasiker bei hartnäckigen Wiederholungen ab oder unterbrechen Sie ihn einfühlsam, wenn er in einen ablenkenden Redestrom gerät. Sie helfen dem Aphasiker damit, sich wieder auf die aktuelle Situation zu konzentrieren und helfen ihm aus der Sackgasse unbeabsichtigter Wiederholungen.

Eindeutigkeit

- Nutzen Sie kurze Sätze.
- Betonen Sie die wesentlichen Schlüsselwörter: "Möchtest Du *Kaffee*?"
- Stellen Sie Ja/Nein-Fragen.

- Wiederholen Sie Aussagen und Fragen eventuell in anderem Wortlaut: "Möchtest Du etwas trinken?", "Hast Du Durst?"

Kreativität

- Benutzen Sie die körpereigenen, nonverbalen Hilfsmittel wie Gestik, Mimik, Körpersprache, Geräusche, Pantomime.
- Setzen Sie alle Hilfsmittel ein, die Ihnen einfallen. Nutzen Sie Gegenstände zum Malen, Tippen, Zeigen, Schreiben. Neben Papier und Bleistift können auch Handys oder Computer oft gute Hilfsmittel sein.
- Wenn Sie nicht verstehen, was der andere Ihnen sagen will, versuchen Sie, es zu erraten. Machen Sie Vorschläge, was Sie denken, was es sein könnte.

Konzept Bachelorthesis

Mediziner in Interaktion mit Menschen mit einer Aphasie:

Die Kommunikation von Mediziner auf neurologischen Stationen in NRW mit Menschen mit einer Aphasie in der akuten Phase.

In diesem Informationsschreiben sollen die Inhalte und die Vorgehensweise der Studie zu der oben genannten Bachelorarbeit kurz erläutert werden. Sie dient der Information möglicher Studienteilnehmer.

Wer sind wir?

Wir sind zwei Studentinnen der Logopädie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (Niederlande). Im Rahmen unserer Bachelorarbeit wollen wir eine Studie auf der neurologischen Station bzw. der Stroke Unit durchführen und bitten um Ihre Mithilfe.

Die Studie:

Unsere Bachelorarbeit befasst sich mit der Frage, wie die Kommunikation zwischen Mediziner und Patienten mit einer Aphasie auf einer neurologischen Station/Stroke Unit verläuft.

Die Studie wurde bereits mit verschiedenen anderen Disziplinen in der Aphasierehabilitation durchgeführt (Physiotherapeuten/Pflegepersonal), mit denen wir die Ergebnisse vergleichen wollen.

Unser Anliegen:

Wir würden uns sehr freuen wenn die Möglichkeit bestünde, im März/April 2015 einen Tag lang am Klinikalltag teilnehmen zu können und die Ärztinnen und Ärzte der Station begleiten zu können.

Der Hospitationstag soll grob vier Aspekte beinhalten und für jeden Arzt ca. 15 Minuten beanspruchen:

- 1) Eine **Observation** einer kommunikativen Situation zwischen Arzt und Patient.
- 2) Eine **Selbsteinschätzung** der betreffenden Mediziner mittels eines Fragebogens, die mit in die Studie einfließt. Hier ist es das Ziel einen Eindruck über die subjektive Beurteilung des eigenen kommunikativen Verhaltens zu bekommen.
- 3) Eine **Wissensprüfung** zum Thema Aphasie. Hierdurch wird ebenfalls mit Hilfe eines Fragebogens der aktuelle Wissensstand zum Thema ermittelt.

- 4) Eine **Einschätzung** der kommunikativen Situation durch die **Patienten**/deren Umgebung, um die subjektiven Empfindungen der Patienten zu berücksichtigen.

Teilnehmer:

Als Teilnehmer für die Studie werden zwei Gruppen von Medizinerinnen eingebunden

- 1) Fachärztinnen für Neurologie die auf neurologischen Stationen arbeiten.
- 2) Assistenzärztinnen die auf neurologischen Stationen arbeiten.

Für genauere Informationen zum Ablauf der Studie stehen wir Ihnen selbstverständlich zu einem persönlichen Gespräch zur Verfügung.

Wir freuen uns, wenn Sie uns durch Ihre Teilnahme an der Studie in unserem Lernprozess unterstützen. Der genaue Termin unseres Besuches kann je nach Flexibilität der Teilnehmer individuell noch besprochen werden. Wir danken Ihnen bereits im Voraus für ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen,

Isabelle Schemmer
Vaalser Straße 74
52064 Aachen
Mobil: 016090539992
Mail: 11436808schemmer@zuyd.nl

Linda Kann
Mauerstraße 95
52064 Aachen
Mobil: 015121123855
Mobil: 1101196kann@zuyd.nl

Anhang E: Teilnehmerdaten

Persönliche Angaben

Kennziffer der Studienteilnehmer/in:

(auszufüllen durch Studienleiter)

Datum: __/__/__

Name und Ort der Einrichtung: _____

Alter: _____

Geschlecht: ☐ weiblich
☐ männlich

Absolvierte Berufsausbildung/Tätigkeitsbezeichnung: _____

Berufserfahrung mit neurologischen Patienten: ☐ < 5 Jahre
☐ > 5 Jahre

Absolvierte Aphasie Fortbildung: ☐ ja
☐ nein

Name der Studienleiter: ☐ Linda Kann
☐ Isabelle Schemmer

Anhang F: Teilnahmebestätigung/ Einverständniserklärung

Teilnahmebestätigung/Einverständniserklärung

Teilnahmebestätigung:

Hiermit erkläre ich mich bereit, freiwillig an der Studie „Kommunikation von Medizinerinnen mit Patienten mit Aphasie in der Akuten Phase“ teilzunehmen.

Kennziffer Teilnehmer/in: (auszufüllen durch Studienleiter)
Datum: __/__/__
Name Teilnehmer: _____
Name und Ort der Einrichtung: _____

Einverständniserklärung:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Studie „Kommunikation von Medizinerinnen mit Menschen mit Aphasie in der Akuten Phase“ erhobenen Daten anonym ausgewertet werden.

Weiterhin erkläre ich, vor Unterzeichnung dieses Dokuments mündlich über den Hintergrund und die Durchführung der Studie korrekt aufgeklärt worden zu sein. Ich bin darüber informiert, dass die Studie aus den folgenden Unterteilen besteht:

1. Mindestens eine Observation der Kommunikation mit einem Aphasiepatienten
2. Eine Selbsteinschätzung des eigenen Kommunikationsverhaltens
3. Eine Wissensprüfung über die Kommunikation mit Aphasiepatienten
4. Eine Einschätzung des Patienten

Ich wurde darüber informiert, dass ich die Durchführung der Untersuchung zu jedem Zeitpunkt, ohne Angabe von Gründen, abbrechen kann.

Die Studienleiter versichern, dass die weitere Nutzung der erhobenen Daten für Zwecke außerhalb der Studie in keinem Falle erfolgen wird.

Weiterhin versichern die Studienleiter keinerlei erhobene Daten an den Arbeitgeber weiterzugeben. So können für den Teilnehmer der Studie keinerlei berufliche Nachteile entstehen. Eventuelle Fragen zur Untersuchung werden von den Studienleitern zu jeder Zeit beantwortet.

Für den Inhalt und die Durchführung der Studie sind verantwortlich:

Isabelle Schemmer
Tel.: 0160-90539992
1143808schemmer@zuyd.nl

Linda Kann
Tel.: 0151-21123855
1101196kann@zuyd.nl

Ort, Datum: _____

Unterschrift Studienteilnehmer

Unterschrift Studienleiter

Anhang G: Observationsformular

Observationsformular

Kennziffer Teilnehmer/in:
(auszufüllen durch Studienleiter)

Bewertungsskala:

1= sehr gut
2= gut
3= befriedigend
4= ausreichend
5= mangelhaft
6= ungenügend
X= nicht zutreffend in dieser Situation

Anpassung der Umgebung

	1	2	3	4	5	6	X
Mediziner sorgt dafür, dass Störungen vermieden werden (z.B.: Fernseher etc. ausschalten, Tür schließen,...).							
Mediziner sorgt für eine ausreichende Beleuchtung im Zimmer.							
Mediziner sorgt für eine schmerzfreie Körperhaltung im Rahmen der Möglichkeiten des Patienten.							

Begrüßung/ Verabschiedung

	1	2	3	4	5	6	X
Mediziner begrüßt den Patienten in Form einer kurzen persönlichen Anrede.							
Mediziner stellt sich kurz beim Patienten vor.							
Mediziner gibt den Grund für das Kommen an.							
Mediziner verabschiedet sich vom Patienten in Form einer kurzen persönlichen Anrede.							

Mediziner als Sprecher

	1	2	3	4	5	6	X
Mediziner spricht mit einem adäquaten Tempo.							
Mediziner spricht in einer adäquaten Lautstärke.							
Mediziner betont wichtige Wörter der Aussagen.							
Mediziner verwendet kurze, syntaktisch einfache Äußerungen.							
Mediziner setzt sinnvolle Pausen im Gespräch ein (z.B.: Denkpausen für den Patienten).							

Mediziner sichert Verständnis wichtiger Informationen mithilfe geschlossener Fragen (Ja/Nein) ab.							
Mediziner spricht in einem angemessenen Sprachniveau.							
Mediziner sichert Aufmerksamkeit des Patienten (evtl. Körperkontakt oder verbale Aufforderung).							

Mediziner als Zuhörer

	1	2	3	4	5	6	X
Mediziner unterstützt Patienten in seiner Kommunikation (Bsp.: Stift und Papier reichen,...).							
Mediziner gibt dem Patienten verbale Rückmeldungen auf dessen Äußerungen (Bsp.: „hm“, „aha“,...).							
Mediziner fällt dem Patienten nicht ins Wort.							
Mediziner nimmt die Äußerung des Patienten nicht vorweg.							
Mediziner gibt dem Patienten Feedback zur Verständlichkeit seiner Äußerungen.							
Mediziner benennt non-verbale Signale des Patienten.							

Alternative/ non-verbale Kommunikation

	1	2	3	4	5	6	X
Mediziner unterstützt seine Äußerungen durch Mimik und Gestik.							
Mediziner nutzt non-verbale Kommunikationsmittel (Bsp.: aufschreiben,...) um Informationen zu verdeutlichen.							
Mediziner sorgt für konstanten Blickkontakt mit dem Patienten.							
Mediziner gibt non-verbales Feedback auf die Äußerungen des Patienten.							
Mediziner zeigt Interesse für die Gefühlswelt des Patienten und passt sein Verhalten an.							

Literatur:

Huber, W., Poeck, K., Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Schöler, M., Grötzbach, H. (2006). *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel*. Berlin: Springer Verlag

Tesak, J. (2007). *Aphasie - Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag

Anhang H: Formular zur Selbsteinschätzung

Formular zur Selbsteinschätzung

Kennziffer Teilnehmer/in:
(auszufüllen durch Studienleiter)

Bewertungsskala:

1= sehr gut
2= gut
3= befriedigend
4= ausreichend
5= mangelhaft
6= ungenügend
X= nicht zutreffend in dieser Situation

Anpassung der Umgebung

	1	2	3	4	5	6	X
Ich habe dafür gesorgt, dass Störungen vermieden werden (z.B.: Fernseher etc. ausschalten, Tür schließen,...).							
Ich habe für eine ausreichende Beleuchtung im Zimmer gesorgt.							
Ich habe für eine schmerzfreie Körperhaltung im Rahmen der Möglichkeiten des Patienten gesorgt.							

Begrüßung/ Verabschiedung

	1	2	3	4	5	6	X
Ich habe den Patienten in Form einer kurzen persönlichen Anrede begrüßt.							
Ich habe mich kurz beim Patienten vorgestellt.							
Ich habe den Grund für das Kommen angegeben.							
Ich habe mich vom Patienten in Form einer kurzen persönlichen Anrede verabschiedet.							

Ich als Sprecher

	1	2	3	4	5	6	X
Ich habe mit einem adäquaten Tempo gesprochen.							
Ich habe in einer adäquaten Lautstärke gesprochen.							
Ich habe wichtige Wörter der Aussagen betont.							
Ich habe kurze, syntaktisch einfache Äußerungen verwendet.							
Ich habe sinnvolle Pausen im Gespräch ein (z.B.: Denkpausen für den							

Patienten) eingesetzt.							
Ich habe das Verständnis wichtiger Informationen mithilfe geschlossener Fragen (Ja/Nein) abgesichert.							
Ich habe in einem angemessenen sprachlichen Niveau gesprochen.							
Ich habe die Aufmerksamkeit des Patienten (evtl. Körperkontakt oder verbale Aufforderung) abgesichert.							

Ich als Zuhörer

	1	2	3	4	5	6	X
Ich habe den Patienten in seiner Kommunikation (Bsp.: Stift und Papier reichen,...) unterstützt.							
Ich habe dem Patienten verbale Rückmeldungen auf dessen Äußerungen (Bsp.: „hm“, „aha“,...) gegeben.							
Ich bin dem Patienten nicht ins Wort gefallen.							
Ich habe die Äußerung des Patienten nicht vorweggenommen.							
Ich habe dem Patienten Feedback zur Verständlichkeit seiner Äußerungen gegeben.							
Ich habe non-verbale Signale des Patienten benannt.							

Alternative/ non-verbale Kommunikation

	1	2	3	4	5	6	X
Ich habe meine Äußerungen durch Mimik und Gestik unterstützt.							
Ich habe non-verbale Kommunikationsmittel (Bsp.: aufschreiben,...) gebraucht um Informationen zu verdeutlichen.							
Ich habe für konstanten Blickkontakt mit dem Patienten gesorgt.							
Ich habe non-verbales Feedback auf die Äußerungen des Patienten gegeben.							
Ich habe Interesse für die Gefühlswelt des Patienten gezeigt und mein Verhalten angepasst.							

Literatur:

Huber, W., Poeck, K., Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Schöler, M., Grötzbach, H. (2006). *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel*. Berlin: Springer Verlag

Tesak, J. (2007). *Aphasie - Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag

Anhang I: Wissensprüfung zum Thema Aphasie

Wissensprüfung zum Thema Aphasie

Kennziffer Teilnehmer/in:
(auszufüllen durch Studienleiter)

Bitte kreuzen Sie die richtige Antwort an! (nur 1 Kreuz möglich)

Frage 1: Das Sprachzentrum befindet sich bei den meisten Menschen...

- 1) ☐ in der linken Hemisphäre
- 2) ☐ im Hirnstamm (Truncus cerebri)
- 3) ☐ in der rechten Hemisphäre
- 4) ☐ im Mittelhirn (Mesencephalon)
- 5) ☐ weiß nicht

Frage 2: Eine Aphasie ist ...

- 1) ☐ eine Sprachstörung aufgrund einer neurologischen Erkrankung
- 2) ☐ eine Sprachstörung aufgrund einer progressiven Atrophie der für die Sprache zuständigen Gehirnareale
- 3) ☐ eine Artikulationsstörung nach abgeschlossenem Spracherwerb
- 4) ☐ eine Sprachstörung, die mit kognitiven Beeinträchtigungen einher geht
- 5) ☐ weiß nicht

Frage 3: Die häufigste Ursache für eine Aphasie ist ...

- 1) ☐ ein Schädelhirntrauma
- 2) ☐ ein Schlaganfall
- 3) ☐ ein Hirntumor
- 4) ☐ Demenz
- 5) ☐ weiß nicht

Frage 4: In Deutschland erkranken jährlich viele Menschen an Aphasie. Die Zahl liegt zwischen:

- 1) ☐ 20.000 – 40.000 Erkrankten
- 2) ☐ 40.000 – 60.000 Erkrankten
- 3) ☐ 60.000 – 100.000 Erkrankten
- 4) ☐ 100.000 – 120.000 Erkrankten
- 5) ☐ weiß nicht

Frage 5: Bei einer Aphasie ist die Funktion der Sprechorgane (Lippen, Zunge, Gaumen, Kehlkopf)...

- 1) ☐ immer gestört
- 2) ☐ nur gestört, wenn eine große Verletzung im Gehirn vorliegt
- 3) ☐ gestört mit Ausnahme des Kehlkopfes
- 4) ☐ intakt
- 5) ☐ weiß nicht

Frage 6: Eine Aphasie verbessert sich nach dem auslösenden Ereignis spontan (d.h. ohne logopädische Therapie) bis zu ...

- 1) ☐ ca. 2 Wochen
- 2) ☐ ca. 6 Wochen
- 3) ☐ ca. 6 Monaten
- 4) ☐ ca. 12 Monaten
- 5) ☐ weiß nicht

Frage 7: Eine gezielte sprachliche Aktivierung des Patienten während der intensivmedizinischen Versorgung ist ...

- 1) ☐ gefährlich, da sie zu pathologischer Enthemmung führen kann
- 2) ☐ empfehlenswert, da sich diese positiv auf alle Sprachfunktionen auswirkt
- 3) ☐ nur bei Patienten mit intaktem Sprachverständnis anzuwenden
- 4) ☐ abzuraten bei Demenz-Patienten
- 5) ☐ weiß nicht

Frage 8: Bei einer sogenannten Broca-Aphasie ist das Leitsymptom ...

- 1) ☐ der Agrammatismus (Telegrammstil-Sprache)
- 2) ☐ die Schriftsprache (Lesen & Schreiben)
- 3) ☐ das gestörte Sprachverständnis
- 4) ☐ wiederkehrende Sprachautomatismen
- 5) ☐ weiß nicht

Frage 9: Ein Patient mit einer Aphasie reagiert nicht auf eine von Ihnen gestellte Frage. Was sollte zunächst getan werden?

- 1) ☐ Die Frage sollte noch einmal mit erhöhter Lautstärke wiederholt werden. Vermutlich wurde die Frage akustisch nicht verstanden.
- 2) ☐ Der Patient sollte aufgefordert werden, als Unterstützung auf das Mundbild seines Gegenübers zu achten.
- 3) ☐ Die Frage sollte noch einmal in einem anderen Wortlaut wiederholt werden.
- 4) ☐ Eine andere Person sollte gebeten werden, dem Patienten die Frage noch einmal zu stellen. Meist entscheidet die Stimme und Artikulation des Gegenübers darüber, ob der Patient mit Aphasie die Frage versteht.
- 5) ☐ weiß nicht

Frage 10: Was können Sie tun, um die Kommunikation für den Aphasiepatienten zu erleichtern? Kreuzen Sie maximal 5 zutreffende Items an.

- 1) ☐ Lautes Sprechen
- 2) ☐ Mehrfaches Wiederholen einer Aussage, bei der jedoch der Wortlaut immer identisch bleibt
- 3) ☐ Langsames Sprechen, bei dem einzelne Wörter betont werden
- 4) ☐ Einsatz von Mimik und Gestik
- 5) ☐ Überdeutliches Artikulieren beim Sprechen
- 6) ☐ Vorhalten eines Spiegels zur Selbstkontrolle des Patienten beim Sprechen
- 7) ☐ Anpassen der eigenen Sprache an die Sprechweise des Patienten
- 8) ☐ Schriftliches Notieren der Aussage
- 9) ☐ Hinzunahme von Gegenständen, auf die eine Aussage bezogen wird
- 10) ☐ Formulieren von einfachen, kurzen Sätzen
- 11) ☐ weiß nicht (*nur ankreuzen, wenn Sie keine der oben genannten Antworten angekreuzt haben*)

Frage 11: Was sollte getan werden, wenn man eine Äußerung/einen Teil einer Äußerung eines Patienten mit Aphasie nicht verstanden hat?

- 1) ☐ Man sollte ihm/ihr gegenüber deutlich angeben, was an seiner Äußerung verstanden bzw. nicht verstanden wurde.
- 2) ☐ Man sollte so tun, als habe man den Patienten verstanden um seine/ihre Gefühle nicht zu verletzen und um bei ihm/ihr die Angst vor neuen Sprechversuchen nicht zu erhöhen.
- 3) ☐ Man sollte einfach tun, was man denkt verstanden zu haben – es wird sich dann herausstellen, ob es das war, was der Patient wollte.
- 4) ☐ Man sollte nicht reagieren – so merkt der Patient, dass er sich unverständlich ausgedrückt hat und wiederholt seine Äußerung von sich aus noch einmal.
- 5) ☐ weiß nicht

Frage 12: Stellen Sie sich vor, ein Patient mit Aphasie benutzt sehr häufig lautlich veränderte Wörter, wenn er sich äußert (z.B. Telefon = Lelekon). Sie können sich die Aussage zwar mit etwas Mühe erschließen, sind jedoch durch die zahlreichen Lautvertauschungen sehr irritiert. Was tun Sie?

- 1) ☐ Sie warten ab, bis der Patient seine Aussage beendet hat und reagieren dann, indem Sie die größten Fehler noch einmal verbessern. So wird der Patient nicht unterbrochen und hat doch einen Lerneffekt.
- 2) ☐ Sie korrigieren den Patienten bei jeder Gelegenheit. Nur dieses direkte Feedback hilft dem Patienten dabei, das eigene Störungsbewusstsein zu erhöhen und seine sprachlichen Fähigkeiten zu verbessern.
- 3) ☐ Sie versuchen diese Vertauschungen weitestgehend zu überhören und achten mehr auf den Inhalt der gesamten Aussage, als auf die Form einzelner Wörter. Zu viele Verbesserungen frustrieren den Patienten.
- 4) ☐ Sie versuchen die Kommunikation mit dem Patienten auf das Nötigste zu beschränken. Nur fachlich ausgebildetes Personal wie Sprachtherapeuten/ Logopäden sollten in dieser Phase mit dem Patienten an seinen sprachlichen Fähigkeiten arbeiten und ihn sprachlich stimulieren. Zu viele verschiedene Kommunikationsstile verwirren den Patienten.
- 5) ☐ weiß nicht

Anhang J: Formular zur Einschätzung der kommunikativen Situation für den Patienten

Formular zur Einschätzung der kommunikativen Situation für den Patienten

Kennziffer Teilnehmer/in:
(auszufüllen durch Studienleiter)

Bewertungsskala:

gut/zufrieden= ☺

schlecht/unzufrieden= ☹

	☺	☹
Anpassung der Umgebung Lärm vermeiden, Beleuchtung, Körperhaltung		
Begrüßung/Verabschiedung Vorstellen, Grund für Kommen		
Mediziner als Sprecher Verständnis für Patienten		
Mediziner als Zuhörer Wohlfühlen, Unterstützung in der Kommunikation		
Alternative/non-verbale Kommunikation Blickkontakt, Mimik und Gestik		
Haben Sie den Arzt/die Ärztin verstehen können?		
Konnten Sie Ihre Fragen stellen? Konnten Sie sagen, was Sie wollten?		

Anhang K: Einverständniserklärung Patient

Einverständniserklärung Patient

Kennziffer Teilnehmer/in:
(auszufüllen durch Studienleiter)

Datum: ____/____/____

Name Teilnehmer: _____

Titel der Studie:

„Kommunikation von Medizinern mit Patienten mit Aphasie in der Akuten Phase.“

Ich wurde informiert über:

- Die Art der Untersuchung
- Die Methode der Untersuchung
- Das Ziel der Untersuchung



→ Meine Fragen wurden beantwortet



→ es gibt keine negative Folgen für den Arzt aufgrund meiner Antworten



→ ich kann jederzeit unterbrechen



→ meine Antworten werden anonym verwendet

Bei Fragen kann ich mich wenden an:

Isabelle Schemmer
Tel.: 0160-90539992
1143808schemmer@zuyd.nl

Linda Kann
Tel.: 0151-21123855
1101196kann@zuyd.nl

Unterschrift Patient

Unterschrift Studienleiter

Anhang L: Erläuterung der Bewertungsskala des Observations- formulars

Anpassung der Umgebung

Note 1-2: Der Mediziner erkennt Störungsfaktoren rechtzeitig/vorbeugend und passt diese optimal an den Patienten an um eine reibungslose Kommunikation zu gewährleisten.

Note 3-4: Der Mediziner erkennt Störungsfaktoren erst nach ihrem Auftreten und behebt diese anschließend.

Note 5-6: Der Mediziner erkennt die Störungsfaktoren nicht und passt diese somit auch nicht an.

Begrüßung/ Verabschiedung

Note 1-2: Der Mediziner begrüßt/verabschiedet den Patienten adäquat, stellt sich vor und erläutert leicht verständlich den Grund seines Kommens.

Note 3-4: Der Mediziner begrüßt/verabschiedet den Patienten ohne sich dabei vorzustellen und begründet sein Kommen nur vage.

Note 5-6: Der Mediziner begrüßt/verabschiedet den Patienten beiläufig/nicht, stellt sich nicht vor und begründet sein Kommen nicht.

Mediziner als Sprecher

Note 1-2: Der Mediziner zeigt in der Rolle als Sprecher folgende Merkmale:

- Adäquates Sprechtempo
- Adäquate Lautstärke
- Angemessene Sprechpausen
- Ja/Nein- Fragen zur Sicherung des Verständnisses
- Kurze/syntaktisch einfache Äußerungen
- Angemessenes Sprachniveau
- Gesicherte Aufmerksamkeit des Patienten prüfen

Note 3-4: Der Mediziner zeigt in der Rolle als Sprecher vereinzelte Schwächen und zeigt nicht alle Merkmale auf:

- Wechselndes Sprechtempo
- Wechselnde Lautstärke
- Vereinzelt Sprechpausen
- Nur vereinzelt Sicherung des Verständnisses
- Wechselnde syntaktische Komplexität der Äußerungen
- Wechselndes Sprachniveau („Babytalk“/komplexe Sprache/angemessen)
- Nur teilweise Sicherung der Aufmerksamkeit des Patienten

Note 5-6: Der Mediziner zeigt in der Rolle als Sprecher deutliche Mängel und zeigt nur wenige/keine der oben genannten Merkmale auf.

Mediziner als Zuhörer

Note 1-2: Der Mediziner zeigt in der Rolle als Zuhörer folgende Merkmale:

- Unterstützung der Kommunikation des Patienten ständig gewährleistet
- Kontinuierliche verbale Rückmeldungen
- Keine Unterbrechungen während der Äußerung des Patienten
- Keine Vorwegnahme der Äußerungen
- Stetiges Feedback zur Verständlichkeit der Äußerungen des Patienten
- Benennen non-verbaler Signale des Patienten

Note 3-4: Der Mediziner zeigt in der Rolle als Zuhörer vereinzelte Schwächen und zeigt nicht alle Merkmale auf:

- Unterstützung der Kommunikation des Patienten teilweise gewährleistet
- vereinzelt verbale Rückmeldungen
- teilweise Unterbrechungen während der Äußerung des Patienten
- teilweise Vorwegnahme der Äußerungen
- wenig Feedback zur Verständlichkeit der Äußerungen des Patienten
- kaum Benennen non-verbaler Signale des Patienten

Note 5-6: Der Mediziner zeigt in der Rolle als Sprecher deutliche Mängel und zeigt nur wenige/keine der oben genannten Merkmale auf.

Alternative/ non-verbale Kommunikation

Note 1-2: Der Mediziner verwendet alternative/non-verbale Kommunikationsmöglichkeiten optimal. Er zeigt hier folgende Fähigkeiten:

- kontinuierliche Unterstützung der verbalen Äußerungen durch Mimik und Gestik
- sinnvoller Gebrauch non-verbaler Kommunikationsmittel (aufschreiben,...)
- konstanter Blickkontakt
- stetiges non-verbales Feedback auf das Verhalten des Patienten
- zeigt Empathie

Note 3-4: Der Mediziner verwendet vereinzelt alternative Kommunikationsmöglichkeiten und zeigt nur teilweise folgende Fähigkeiten:

- teilweise Unterstützung der verbalen Äußerungen durch Mimik und Gestik
- Gebrauch non-verbaler Kommunikationsmittel (aufschreiben,...) nicht immer angemessen/zu wenig/zu viel
- inkonstanter Blickkontakt
- vereinzelt non-verbales Feedback auf das Verhalten des Patienten
- empathisches Vermögen anwesend, jedoch eingeschränkt

Note 5-6: Der Mediziner verwendet wenig/keine alternativen Kommunikationsmöglichkeiten.

Anhang M: Graphische Unterstützung zum Ausfüllen der Einschätzung durch den Patienten



Quelle: [Online]. Available: https://d2gg9evh47fn9z.cloudfront.net/thumb_COLOURBOX9773613.jpg [2015, Februar 2]