

Zuyd Hogeschool
Faculteit Gezondheidszorg, opleiding Logopedie



Bachelorthesis

Physiotherapeuten

in Interaktion mit Menschen mit einer Aphasie:

*Wie kommunizieren Physiotherapeuten mit Menschen mit akuter Aphasie auf neurologischen
Stationen in NRW?*

Vorgelegt von:	Yvonne Knakowski
Schulische Begleitung:	Ruth Dalemans
Bachelorthemenkreis:	ICF & Afasie
Datum:	10.06.2014

© Alle Rechte 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 Hogeschool Zuyd.

© 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 Hogeschool Zuyd.

Personenangaben

Yvonne Knakowski

Starenweg 38

51246 Würselen

Mobil: 0178 18 95 61 9

E-Mail: yvonne.knakowski@yahoo.de

Danksagung

Für die Durchführung meiner Bachelorarbeit möchte ich mich herzlichst bei allen beteiligten Parteien bedanken.

Ich bedanke mich bei den **teilnehmenden Kliniken und Physiotherapeuten**, die mir das Vertrauen schenkten und das Gelingen meiner Arbeit ermöglichten.

Ein besonderer Dank geht an meine Dozentin **Ruth Dalemans**, die mir als kompetente Begleiterin immer zur Seite stand und durch ihre positive Art immer für eine angenehme Atmosphäre in den Bachelorarbeitskreisen sorgte. Für die gute Zusammenarbeit in den Bachelorarbeitskreisen und dem zahlreichen, konstruktiven Feedback danke ich meinen **Kommilitonen und ehemaligen Kommilitonen** sehr.

Ein großer Dank geht an meinen zweiten Beurteiler, **Henk Pepels**, der sich kurzfristig bereit erklärte, meine Arbeit zu bewerten.

Für die Unterstützung bei der statistischen Auswertung geht ein großer Dank an **Dr. David Antons**. Er stand mir geduldig bei allen Fragen rundum Statistik und SPSS zur Seite.

Ich möchte mich herzlichst bei **Hans-Josef Weitz** bedanken, der mir einige Kontakte zu Krankenhäusern vermittelte und mir somit den formellen Ablauf erleichterte.

Herzlichen Dank möchte ich auch **Geraldine Kück** und **Ina Kimmel** aussprechen, die mir bei Fragen zum Studiendesign zur Seite standen.

Einen weiteren Dank möchte ich dem **gesamten Dozententeam** aussprechen. Vor allem bedanke ich mich bei **Mark Paulissen, Nicole Hamers** und **Silvy Wielens-Baggen**, die Praktikumszeit redlich unterstützten und **Loes Herremans**, meine SLB-Dozentin, die mich während meines Studiums vertrauensvoll begleitete und immer ein offenes Ohr für mich hatte.

Zu guter Letzt bedanke ich mich von ganzem Herzen bei **meinem Partner, meinen Eltern, meiner Familie und bei meinen Freunden**, die mir während meines Studiums immer mit Rat und Tat zur Seite standen. Sie gingen mit mir durch dick und dünn und tragen einen großen Anteil am Gelingen meiner Arbeit und meines gesamten Studiums.

Inhaltsangabe

1. Zusammenfassung	5
2. Einleitung	8
3. Theoretischer Hintergrund	12
3.1. Aphasie	12
3.1.1. Definition	12
3.1.2. Symptome	12
3.1.3. Verlaufsphasen	13
3.1.3.1. Akutphase	13
3.2. Logopädie im Akutkrankenhaus	
3.2.1. Aphasietherapie in der Akutphase	14
3.2.2. Rolle des Logopäden im interdisziplinären Team während der Akutphase	14
3.3. Stroke Unit	15
3.4. Physiotherapie in der Akutbehandlung	15
3.5. ICF	15
3.5.1. ICF in der Aphasie-Rehabilitation	16
3.6. Kommunikation	
3.6.1. Definition	17
3.6.2. Bedeutung von Kommunikation für Menschen mit Aphasie in der akuten Phase	17
3.6.3. Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Menschen mit einer Aphasie	18
4. Methode	19
4.1. Fragestellung	19
4.2. Zielsetzung	19
4.3. Population und Stichprobenbildung	20
4.4. Stichprobengröße	20
4.5. Werben von Teilnehmern	20
4.6. Durchführung	21
4.6.1. verdeckte Observation	21

4.6.2. Selbsteinschätzung	21
4.6.3. Wissensprüfung	22
4.6.4. Materialien	22
4.6.5. Teilnahme und Anonymität	22
4.6.6. Trainingssituation	22
4.7. Datenanalyse	23
4.7.1. Datenpräparation	23
4.7.2. Datenauswertung	23
4.7.3. Datenvergleich zwischen Physiotherapeuten und Pflegepersonal	26
5. Resultate	28
5.1. Zusammensetzung der Stichprobe	28
5.2. Kommunikation der Physiotherapeuten und ihre Selbsteinschätzung	29
5.2.1. Itemniveau	29
5.2.2. Kategorienniveau	31
5.2.3. gesamtes Formular	33
5.3. Wissensprüfung	33
5.4. Gruppenunterschiede	35
5.4.1. Berufserfahrung	35
5.4.2. Aphasiefortbildung	36
5.4.3. Berufsabschluss	36
5.5. Vergleich zwischen Physiotherapeuten und Pflegepersonal	37
5.5.1. Vergleich der Kommunikation	37
5.5.1.1. Itemniveau	37
5.5.1.2. Kategorienniveau	39
5.5.1.3. gesamtes Formular	40
5.5.2. Abweichung zwischen den Observationen und der Selbsteinschätzung	40
5.5.2.1. Itemniveau	40
5.5.2.2. Kategorienniveau	42
5.5.2.3. gesamtes Formular	42
5.5.3. Vergleich der Wissensprüfung	43
5.6. Qualitative Ergebnisse	44

6. Diskussion	46
6.1. Diskussion der Ergebnisse	46
6.1.1. Kommunikative Fähigkeiten	46
6.1.2. Fachkenntnisse über Aphasie	49
6.1.3. Gruppenunterschiede	50
6.2. Vergleich zwischen Physiotherapeuten und Pflegepersonal	51
6.2.1. Kommunikative Fähigkeiten	51
6.2.1.1. Interpretation kommunikativer Fähigkeiten	53
6.2.1.1.1. Zeit und Arbeitsbelastung	53
6.2.1.1.2. Attitüde	54
6.2.2. Vergleich der Wissensprüfung	54
6.2.2.1. Interpretation	55
6.2.3. Selbstreflexion	56
6.3. Neue Erkenntnisse	57
6.4. Klinische Relevanz	58
6.5. Methodische Mängel	59
6.5.1. Observationsformular	59
6.5.2. Fragen der Wissensprüfung	59
6.5.3. Observation	60
6.5.4. Diversität aphasischer Symptome	60
6.5.5. Zeitdruck	61
6.5.6. Stichprobengröße	61
6.5.7. Therapien mit zwei Therapeuten	61
6.5.8. Vergleich zum Pflegepersonal (Fischer et al. 2009)	61
6.6. Forschungsausblick	62
6.7. Schlussfolgerung	64
Tabellenverzeichnis	66
Abbildungsverzeichnis	66
Literaturverzeichnis	67
Anhang:	
A: Literaturstudie	72
B: Organisatorisches Vorgehen	75

C: Anschreiben der Kliniken und Krankenhäuser	76
D: Teilnahmeerklärung	80
E: Untersuchungsformulare	81
F: Bewertungsskala für die Observationen	91

Zusammenfassung

Deutsch

Zwischen 30 und 40% der Schlaganfallpatienten haben eine initiale Aphasie. Diese Sprachstörung ist eine folgeschwere Beeinträchtigung für die Betroffenen, da sie plötzlich nicht mehr in der Lage sind ihre Bedürfnisse zu äußern. Gerade zu Beginn der Krankheitsphase (Akutphase) ist das Leiden der Patienten am Größten. Währenddessen werden sie vom Gesundheitsfachpersonal betreut, worunter die Physiotherapeuten zählen.

Mit einer quantitativen, blindierten Untersuchung wurde in 6 Kliniken mit 24 Physiotherapeuten innerhalb NRWs der Frage nachgegangen, wie die Physiotherapeuten mit Menschen mit einer akuten Aphasie kommunizieren, wie sie ihre kommunikativen Fähigkeiten einschätzen und über welchen Wissensstand sie über das Krankheitsbild Aphasie verfügen. Dazu wurden die Physiotherapeuten verdeckt observiert, beurteilten anschließend in Form eines Selbsteinschätzungsformulars ihre kommunikativen Fähigkeiten und füllten zuletzt einen Multiple-Choice-Test über Aphasie aus.

Mit Hilfe der gewonnenen Informationen konnte gezeigt werden, inwieweit die Partizipationsmöglichkeiten des Patienten gemäß der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) gefördert werden. Da es sich hierbei um eine Vergleichsstudie zum Pflegepersonal (Fischer et al. 2009) handelt, wurden die gewonnenen Daten mit denen des Pflegepersonals gegenübergestellt und anschließend diskutiert.

Im Gegensatz zum Pflegepersonal zeigen die Physiotherapeuten insgesamt zufriedenstellende Ergebnisse in der Kommunikation, jedoch mit Verbesserungsbedarf. Auch das Wissen über Aphasie und Kommunikation ist ausbaufähig.

Schlüsselwörter: Aphasie – Physiotherapeuten – Pflegepersonal – Kommunikation – Fachwissen

Niederländisch

Tussen de 30% en 40% van alle CVA-patiënten heeft aanvankelijk een afasie. Deze taalstoornis heeft voor hun ernstige gevolgen, omdat zij plotseling niet meer in staat zijn hun behoeftes mee te delen. Vooral in de acute fase zijn de problemen het grootst. In deze fase worden zij door het zorgpersoneel verzorgd, waaronder ook de fysiotherapeuten.

Binnen NRW werd een kwantitatieve, blinde studie in 6 klinieken bij 24 fysiotherapeuten uitgevoerd. Daarbij werd onderzocht, hoe de fysiotherapeuten met mensen met een acute afasie communiceren, hoe zij hen eigen communicatieve vaardigheden inschatten en over welke kennis zij beschikken ten aanzien van afasie. Tijdens het onderzoek werden de fysiotherapeuten geobserveerd. Aansluitend beoordeelden zij hun communicatieve vaardigheden aan de hand van een zelfreflectieformulier. Tenslotte vulden zij een multiple-choice-vragenlijst over afasie in. Met behulp van de onderzoeksgegevens kon aangetoond worden in hoeverre de participatie van de patiënten bevorderd werd volgens het ICF. Deze resultaten van de fysiotherapeuten werden met die van het verplegend personeel (Fischer et al., 2009) vergeleken.

In tegenstelling tot het verplegend personeel vertonen de fysiotherapeuten bevredigende resultaten wat betreft hun communicatie. Er zijn echter mogelijke verbeterpunten op dit gebied. De kennis over afasie blijkt onvolledig te zijn en moet vergroot worden.

Sleutelwoorden: afasie – fysiotherapeuten – verpleegkundige – communicatie – vakkennis

In der vorliegenden Bachelorthesis wird ausschließlich der generische Maskulin verwendet. Er schließt die weibliche Form mit ein und dient der besseren Lesbarkeit des Textes. Die Bezeichnungen *Observator*, *Untersucher* und *Studienleiter* stehen für den *Verfasser* dieser Arbeit.

2. Einleitung

Derzeit ereignen sich rund 270.000 Schlaganfälle in Deutschland, etwa 200.000 erstmalig (Deutsche Schlaganfall-Hilfe, 2013). Rund 20% der Schlaganfallpatienten sterben innerhalb von 4 Wochen, über 37% innerhalb eines Jahres (Erlanger Schlaganfall Register, 2013). Damit ist der Schlaganfall die dritthäufigste Todesursache Deutschlands, nach Krebs- und Herzerkrankungen (Deutsche Schlaganfall-Hilfe, 2013). Von den Überlebenden sind 30-40% initial aphasisch (Huber et al., 2006). Aufgrund des zunehmenden Alters der Bevölkerung und der sinkenden Sterblichkeit, wird bei leicht sinkenden oder gleichbleibenden Neuerkrankungsraten die absolute Zahl von Schlaganfallpatienten, somit auch die Zahl der Aphasien, in den nächsten Jahrzehnten, deutlich steigen (Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Heuschmann et al., 2010). Gleichzeitig nimmt auch die Einrichtung von speziellen Schlaganfallstationen (Stroke Units) stetig zu, die dem Schlaganfallpatienten eine optimale klinische Versorgung bieten sollen. Auf den Stroke Units und in den neurologischen Kliniken arbeiten medizinisches, paramedizinisches und Pflegepersonal Hand in Hand im interdisziplinären Team. Besonders Menschen mit einer Aphasie erleben nach dem Schlaganfall einen drastischen Rollenwechsel als Partner, Freund oder Arbeitnehmer, da sie plötzlich kommunikativ eingeschränkt sind und sich vollkommen neu orientieren müssen.

„Du bist schlagartig abgeschnitten, schlagartig von jeder Kommunikation.“ (Tacke, 2006)

Eine Aphasie wird demzufolge von den Betroffenen als die folgeschwerste Beeinträchtigung eines Schlaganfalls angesehen. Ihnen wird das zentrale Medium zur Kommunikation genommen, was zur Folge hat, dass sie ihre Krankheit nicht erfassen können und nicht in der Lage sind, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. Oft wissen sie nicht, wie sie mit diesen Grenzen umgehen sollen und wie sie ihre Möglichkeiten, die noch erhalten sind, optimal nutzen können.

Sie fühlen sich den professionellen Helfern im Akutkrankenhaus ausgeliefert, wodurch Depressionen entwickelt werden und die Gefahr besteht, ihre Identität zu verlieren. Die Aufgabe des interdisziplinären Teams in der Aphasierehabilitation besteht darin, dem Patienten eine Partizipation am Klinikalltag zu ermöglichen, ihn in seinem Bestreben nach Autonomie und Unabhängigkeit zu unterstützen und alternative Kommunikationswege zu erarbeiten (Tacke, 2006). Als wichtige Bezugspersonen im Rehabilitationsprozess werden die Physiotherapeuten genannt, was Patienten indirekt bestätigen.

„Sie [sehen] in ihnen eine Quelle für Rat, Information und Hoffnung.“ (Barth et al., 2007)

Diese Ansichtswiese von Patienten zeigt, dass die Physiotherapie weit über motorisches Training hinausgeht und die Rolle des Physiotherapeuten neu definiert. Demnach beschränkt sich die Physiotherapie nicht mehr einzig und allein „auf den Körper“ und das Verbessern von Beweglichkeit, Koordination usw., sondern fordert weitere Fähigkeiten im Bereich der verbalen und nonverbalen Kommunikation.

Hargreaves (1982) und Shilling et al. (2003) berichten, dass eine signifikante Korrelation zwischen den verbalen und non-verbalen Fähigkeiten und der Patientenzufriedenheit existiert. Ein Therapeut, der in der Lage ist, durch Kontaktaufnahme eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, begünstigt die Therapeut-Patienten-Beziehung und gewinnt somit das Vertrauen des Patienten. Dadurch wird die Compliance verbessert, was sich wiederum positiv auf den Therapieerfolg auswirkt, was Hall (2010) bestätigt. Tacke (2006) schildert ein Beispiel eines Physiotherapeuten, der vor der Durchführung seiner Behandlungen keine Kontaktaufnahme zu dem aphasischen Patienten anstrebt. Von ihm werden die Patienten als allgemein ablehnend und unmotiviert beschrieben. Er erzählte, dass diese Patienten „sich steif machen“, wenn er sich ihnen nähert. Somit kommen Interaktionen nicht zu Stande und die Behandlungen werden demzufolge abgebrochen.

PT [Physiotherapeut]: „[Manche aphasische Patienten] wollen einfach nicht, haben keinen Bock [keine Lust] ... Erst mal kommt ne Abwehrreaktion: „Hab keinen Bock!“ und vor allen Dingen ist das auch so, wenn man beim ersten Mal, wenn sie einen noch nicht kennen und dann sagen: „Nee, will ich nicht, lass mich zufrieden!“

I [Interviewer]: „Signalisieren sie.“

PT: „Ja, ja, stellen sich ganz steif, machen sich steif! Und dann merkt man auch: Es hat keinen Zweck.“

Mangelndes Reflexionsvermögen führt dazu, dass die Ursachen der misslungenen Interaktion beim Patienten gesucht werden. Häufig ist es die Kommunikationsbeeinträchtigung, die die Physiotherapeuten und andere professionelle Helfer als Ursache für ihre Überforderung und Hilflosigkeit angeben. Die Physiotherapeuten verfügen nicht über die geeigneten Skills, um adäquat auf die Kommunikationsweise des Patienten eingehen zu können.

Auch in aktueller Literatur ist deutlich Kritik auf diesem Gebiet zu erkennen. In Interviews äußerten Therapeuten zwar die Notwendigkeit, den Patienten aktiv in die Behandlung mit einzubeziehen, jedoch verblieben die Therapeuten in der Praxis in ihrer dominanten Rolle (Barth et al., 2007). Bei Aphasiepatienten stützten sich die Physiotherapeuten ausschließlich auf die verbale Kommunikation und bestimmten den Gesprächsverlauf mit Themen, die sich auf physiologische Angelegenheiten beschränkten. Die Patienten hatten nur einen geringen Gesprächsinput, in Form

von ein paar Fragen oder kurzen Anmerkungen. Für soziale oder psychologische Ansichten des Patienten war kein Platz (Talvitie/ Reunanen, 2002).

Die meisten Therapeuten förderten die Hoffnungen der Patienten über eine vollständige Genesung, denn sie entzogen sich Gesprächen diesbezüglich, um Enttäuschungen zu vermeiden. Um eine Balance zwischen Motivation und übersteigerter Hoffnung zu finden, ist eine Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten notwendig. In Patienten- und Angehörigenberatungen wurde der Wunsch nach mehr Sensibilität und der Rolle des Therapeuten als aktiven Zuhörer deutlich, denn die oft unzureichenden Informationen und Ratschläge über die Erkrankung erfolgten zum falschen Zeitpunkt und in ungeeigneter Form (Barth et al., 2007).

An dieser Stelle setzt das Fachgebiet der Logopädie ein. Logopäden gelten als Experten auf dem Gebiet der Kommunikation und sind in der Lage, Physiotherapeuten und andere Disziplinen in ihren kommunikativen Fähigkeiten zu schulen und ihnen adäquate Umgangsformen mit Menschen mit einer Aphasie zu zeigen und Interaktionsstrategien beizubringen (Nobis-Bosch et al., 2013).

Um jedoch auf die Bedürfnisse der Physiotherapeuten adäquat eingehen zu können, ist eine genaue Untersuchung der Kommunikationsweise zwischen Physiotherapeuten und Menschen mit einer Aphasie notwendig. Die relevante Literatur auf diesem Gebiet ist vom geringen Umfang und umfasst oft nur die gesamte Gruppe von Schlaganfallbetroffenen, wobei Aphasiker aufgrund ihrer sprachlichen Einschränkungen oft ausgeschlossen werden.

Aus diesem Anlass befasst sich die vorliegende Bachelorarbeit mit der Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Menschen mit einer akuten Aphasie, indem Observationen von Therapieeinheiten durchgeführt werden. Es wurde die Akutphase ausgewählt, da die Patienten durch den plötzlichen Verlust ihrer Sprache gleichzeitig einen Verlust eines elementaren Mittels zur Behauptung der Identität erleiden. Shadden (2009) spricht bei einer Aphasie von „*identity theft*“, dem Gefühl eines Identitätsraubs. Als Folge der Kommunikationsbarriere reagieren die Patienten schon in der Akutphase mit Rückzug und depressiven Verhalten. Diese Folgen können durch adäquate Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten gemindert oder gar verhindert werden. So wird eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen und dem Patienten Sicherheit vermittelt. Diese Fähigkeiten erfordern wichtige Kenntnisse über Kommunikation und dem Krankheitsbild der Aphasie, denn der Wissensstand beeinflusst im Wesentlichen das Handeln der professionellen Helfer, wie Physiotherapeuten, im Umgang mit Betroffenen (Tacke, 1999). Diese Kenntnisse werden in der Studie durch einen Wissenstest abgefragt.

Aus der Einleitung ergibt sich deshalb folgende Fragestellung:

Wie verläuft die Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Menschen mit einer akuten Aphasie auf neurologischen Stationen, wie schätzen sie ihre kommunikativen Fähigkeiten ein, über welches Fachwissen verfügen sie über das Störungsbild Aphasie und wie lassen sich diese Resultate mit der Studie von Fischer et al. (2009) vergleichen?

Die daraus resultierenden Zielsetzungen:

- Die Beschreibung der Kommunikation der Physiotherapeuten mit Menschen mit akuter Aphasie auf neurologischen Stationen.
- Die Beschreibung der subjektiven Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten von Physiotherapeuten im Umgang mit Menschen mit einer akuten Aphasie.
- Die Beschreibung des präsenten Fachwissens zum Thema Aphasie und Kommunikation von Physiotherapeuten auf einer neurologischen Station.
- Der Vergleich innerhalb der Berufsgruppe
- Der Vergleich mit der Berufsgruppe „Pflegepersonal“ (Fischer et al., 2009)

Durch die verstärkte Auseinandersetzung mit dem Thema Aphasie und Kommunikation, erlangen die Physiotherapeuten eine erhöhte Sensibilität im Umgang mit Aphasiepatienten, das sich wiederum positiv auf die Partizipation in der akuten Phase auswirken kann.

Das folgende Kapitel behandelt theoretische Hintergrundinformationen rund um Aphasie und Kommunikation, Physiotherapie und dem ICF. Des Weiteren soll ein Einblick in den aktuellen Forschungsstand zur Studie vermittelt werden.

Das Kapitel 4 befasst sich mit der Methodik der vorliegenden Bachelorarbeit und im Kapitel 5 werden die Ergebnisse analysiert und mit den Ergebnissen von Fischer et al. (2009) verglichen, welche das Pflegepersonal mit demselben Design untersuchte. Anschließend folgt die Diskussion.

3. Theoretischer Hintergrund

3.1. Aphasie

3.1.1. Definition

Eine Aphasie ist eine erworbene Sprach- und Kommunikationsstörung, die als Folge einer Erkrankung des zentralen Nervensystems auftritt (Huber et al., 2006). Dabei werden sprachrelevante Hirnareale beschädigt, die sowohl kortikal als auch subkortikal liegen. Der Schlaganfall (Apoplex) ist mit 80% die häufigste Ursache einer Aphasie. Meistens beruht dieser auf einem linkshemisphärischen ischämischen Hirninfarkt (80%) oder Hirnblutungen (20%) (Tesak, 2006, Schneider et al., 2012). Bei einer Aphasie sind die vier sprachlichen Modalitäten im unterschiedlichen Ausmaß und in variierender Zusammensetzung betroffen. Deshalb wird eine Aphasie als eine multimodale Störung bezeichnet (Schneider et al., 2012, Tesak, 2006).

3.1.2. Symptome einer Aphasie

Eine aktuelle Betrachtungsweise zur Einordnung von Aphasien ist die des Individualsyndroms, die davon ausgeht, dass jede aphasische Person ein individuelles Symptommuster aufweist (Tesak, 2006). Die Symptome können in allen Sprachmodalitäten und auf allen linguistischen Ebenen auftreten und im Schweregrad variieren. Betrachtet man die Spontansprache, sind unter anderem automatisierte Sprachelemente, Agrammatismus, Paragrammatismus, Paraphasien, Neologismen, suprasegmentale Störungen und Wortfindungsstörungen zu verzeichnen (Schneider et al., 2012). Beim Sprachverständnis können die Probleme sowohl im Wort- als auch Satz- und Textverständnis auftreten. Beim Wortverständnis können die Störungen auf phonologischer und semantischer Ebene liegen (Tesak, 2006). Das Satz- und Textverständnis setzt sowohl ein Verständnis von Inhaltswörtern, als auch von grammatikalischen Elementen voraus. Zusätzlich müssen die Informationen so lange im auditiven Kurzzeitgedächtnis gespeichert werden, bis sich aus ihnen die Bedeutung eines Satzes oder Textes ergibt. Liegt in diesen Bereichen eine Störung vor, können Sätze und Texte nicht richtig interpretiert werden (Schneider et al., 2012). Mehr als zwei Drittel der Aphasiker zeigen Störungen im Bereich der Schriftsprache, welche Defizite beim Lesen (Alexie) und Schreiben (Agraphie) umfasst. Häufig sind die Fehler in der Schrift- und Lautsprache ähnlich, wobei die Störungen in der Schriftsprache häufig länger bestehen bleiben (Huber, 1983).

3.1.3. Verlaufsphasen

Die Behandlung einer Aphasie durchläuft verschiedene klinische Phasen der Rehabilitation:

1. Akutphase (erste 3-6 Wochen post onset)
2. Postakutphase (bis zum 6. Monat post onset)
3. Chronische Phase (> 6 Monate post onset)

Unmittelbar nach dem Ereignis beginnt die Akutphase. In dieser Phase variiert die Symptomatik der Aphasie durch Spontanremissionen stark und die Betroffenen leiden häufig unter Beeinträchtigungen der Basisfunktionen (Aufmerksamkeit, Bewusstheit usw.) (Tesak, 2010). Das Hauptaugenmerk der Akutbehandlung ist die Eingrenzung der Schädigung und eine frühe Sprachaktivierung. Nachdem sich der allgemeine Krankheitszustand des Patienten stabilisiert hat, erfolgen in der postakuten Phase, standardisierte Untersuchungen der Aphasie und der nichtsprachlichen Begleitstörungen. Anhand dessen werden vom interdisziplinären Team, zusammen mit dem Patienten und dessen Angehörigen, die Ziele der Behandlung festgelegt (Huber, 2006) und Therapiemethoden zur Reorganisation eingesetzt. Die spontane Remission erfolgt weiterhin, nimmt aber nach 3 Monaten in ihrer Frequenz ab. In der chronischen Phase wächst die Wahrscheinlichkeit dauerhaft bleibender sprachlicher und nicht-sprachlicher Symptome (Tesak, 2010). Die Betroffenen müssen lernen, mit diesen umzugehen und sich in ihrer neuen Situation zurecht zu finden und erlernen entsprechende Kompensationsstrategien.

3.1.3.1. Akutphase

Nun wird die Akutphase näher beleuchtet, da die vorliegende Studie Menschen mit akuter Aphasie als Zielgruppe beinhaltet.

Akute Aphasien fluktuieren stark in ihrer Symptomatik und schwanken in Abhängigkeit vom Allgemeinzustand, weshalb eine genaue Diagnose und Prognose oft nicht möglich ist (Huber, 2006). Die meisten Patienten sind anfangs kaum ansprechbar. Sie reagieren sprachlich nicht oder äußern sich ausschließlich in Stöhnlauten, Floskeln, Stereotypen oder Automatismen. Es kann auch zu jargonähnlichen Symptomen kommen, wobei Perseverationen stark ausgeprägt sind (Grötzbach/Iven, 2009). Sobald die Patienten ausreichend sprachlich stimulierbar sind, wird mit der sprachlichen Aktivierungsbehandlung begonnen (Huber, 2006). Diese findet nicht nur über die logopädische Behandlung statt, sondern ist Aufgabe des gesamten interdisziplinären Teams, worunter auch die Physiotherapeuten fallen. Die Sprachrehabilitation wird zusätzlich oft von

neurologischen und neuropsychologischen Begleitstörungen enorm beeinträchtigt, weshalb diesen ebenfalls ausreichend Aufmerksamkeit gewidmet werden muss.

3.2. Logopädie im Akutkrankenhaus

3.2.1. Aphasietherapie in der Akutphase

Die stark fluktuierende aphasische Symptomatik und zusätzliche Begleitstörungen, wie reduzierte Belastbarkeit und Vigilanz verlangen den Therapeutinnen ein hohes Maß an Flexibilität ab. Bei äußerst schwer betroffenen Patienten, die keinen intentionellen Kontakt mit ihrer Umwelt aufnehmen können, erfolgt die Anbahnung der Kommunikation über körpernahe Stimulierung, um physiologische Antwortreaktionen zu erhalten und auf diesem Wege nonverbal zu kommunizieren. Bei schweren sprachlichen Beeinträchtigungen ist das Verstehen auf nonverbaler Ebene oft möglich. Somit steht nicht die Anbahnung, sondern die Erweiterung der Kommunikationsmöglichkeiten im Vordergrund. Dabei fließt zum einen eine möglichst frühe Sprachaktivierung, durch multimodale Stimulierung und der Verknüpfung von sprachlichen und nichtsprachlichen Elementen (Gesten, singen, zeichnen usw.), mit in die Therapie ein und zum anderen das Anlernen von individuellen Kompensationstechniken. Diese dienen in der Akutphase in erster Linie zur Ermöglichung der Kommunikation mit dem direkten Umfeld und zielen nicht auf dauerhafte Kompensation gestörter Funktionen. Bei Verbesserung der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit werden sie wieder abgebaut.

3.2.2. Die Rolle des Logopäden im interdisziplinären Team während der Akutphase

Bei jedem akuten Aphasiepatienten wird täglich der fluktuierende Sprachstatus verständlich für die anderen Disziplinen dokumentiert und besprochen, damit sie adäquat auf die Bedürfnisse des Patienten eingehen können und ihre Kommunikationsweise dem aktuellen Sprachstatus anpassen. Darüber hinaus verlangt die interdisziplinäre Arbeit und die partizipationsorientierte Behandlung vom Logopäden, die anderen Disziplinen in der Kommunikation mit aphasischen Patienten zu beraten und zu schulen, um Unsicherheiten und Ängste im Umgang mit Aphasikern abzubauen. Ziel ist es, die Partizipation des Betroffenen zu verbessern, Depressionen zu vermeiden und seine Autonomie zu stärken (Nobis-Bosch, 2013, Dalemans, 2009).

„Im Hinblick auf eine verbesserte kommunikative Teilhabe besteht das partizipationsorientierte Ziel in der Akutphase vor allem darin, die Teilhabe an Gesprächen im Krankenhausalltag durch [Maßnahmen, wie] (...) eine Schulung des Rehateams so früh wie möglich zu verbessern.“
(Nobis-Bosch, 2013)

3.3. Stroke Unit

Eine Stroke Unit ist eine spezialisierte Station zur Akutbehandlung von Patienten mit Schlaganfall, die eine optimale diagnostische und therapeutische Versorgung des Patienten bietet (Kroczek, 2002). Durch eine Stroke Unit kann die Akutbehandlung des Schlaganfalls verkürzt werden, die Rehabilitationsbehandlung so früh wie möglich begonnen und die Anzahl der dauerhaft pflegebedürftigen oder abhängigen Patienten verringert werden (Huber, 2006). Die Standards für die Einrichtung und den Betrieb definieren die Zertifizierungskriterien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). An jedem Bett müssen Apparaturen zur Kontrolle von Blutdruck, Atmung, Temperatur, Pulsoximetrie und EKG vorhanden sein. Computertomographie, Angiographie und ein Präsenzlabor müssen 24 Stunden Bereitschaft haben (Kroczek, 2002).

3.4. Physiotherapie in der Akutbehandlung

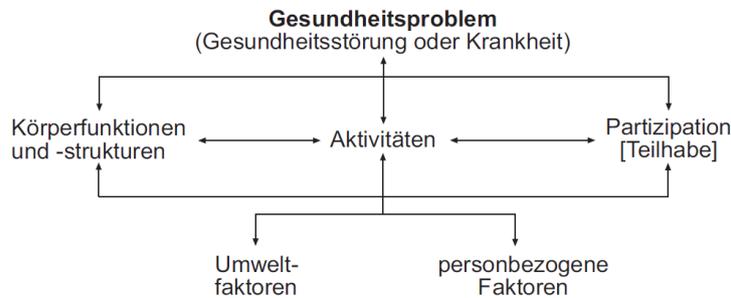
Die Physiotherapie dient der Erhaltung oder Wiederherstellung normaler Funktionen des Körpers (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2013). Physiotherapeuten sind ein unerlässlicher Bestandteil des interdisziplinären Teams in der Akutbehandlung, denn ungefähr 30 bis 40% der Aphasiepatienten erleiden eine Lähmung der rechten Körperseite (Huber, 2006). Die Behandlung des Patienten beginnt somit meistens direkt am ersten Tag unter Kontrolle der Vitalzeichnungen und des Monitorings (EKG, RR/Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Atemfrequenz, Temperatur). Im Vordergrund stehen an erster Stelle die Vermeidung bleibender Behinderungen und die Förderung der Selbstständigkeit des Patienten. Während der Behandlung wird die Wahrnehmung und die Sensibilität des Körpers geschult, physiologische Bewegungsabläufe wieder angebahnt und pathologische gehemmt. Auf der Stroke Unit werden die Patienten überwiegend in Anlehnung an PNF oder dem BOBATH-Konzept behandelt, wobei der Patient fortschreitend mobilisiert und betreut wird. Das Einschließen von Angehörigen in den Rehabilitationsprozess stellt einen wichtigen Bestandteil dar, damit alle nach den gleichen Grundsätzen arbeiten und eine Überforderung des Patienten vermieden wird (Kroczek, 2002).

3.5. ICF

Im Jahre 2001 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die „*International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*“, zu Deutsch „*Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*“ (WHO, 2005). Das Ziel der

ICF ist eine einheitliche und standardisierte Form der Verständigung zur Erfassung von Gesundheitsproblemen (WHO, 2005).

Abbildung 3.1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO, 2005)



Sie stellt ein Bio-psycho-soziales Modell dar, das die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Krankheit und Gesundheit verdeutlicht und erweitert den Ansatz der ICIDH auf die Ressourcen einer Person und deren Möglichkeit, wieder an bestimmten Rollen im Leben teilzunehmen. In der ICF spielen die Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsproblem und Umgebungsbedingungen eine essentielle Rolle. Im Rahmen dieses Modells steht die Symptomminderung nicht primär im Vordergrund, sondern die Steigerung der Lebensqualität der Person. Die individuellen Bedürfnisse des Patienten werden berücksichtigt und die Therapieziele sollten teilhabe-orientiert ausgerichtet sein (Grötzbach/ Iven, 2009).

3.5.1 ICF in der Aphasier Rehabilitation

Aphasie ist nach der ICF als eine mentale Funktionsschädigung einzuordnen und betrifft vor allem die kognitiv-sprachlichen Funktionen im expressiven und rezeptiven Bereich. Diese Schädigung hat oft große Auswirkungen auf die Ausführung von Alltagsaktivitäten und der Teilhabe an verschiedenen Lebenssituationen, wobei hauptsächlich die Domäne „Kommunikation“ betroffen ist. Die Kommunikation wird als „Schlüssel zur Partizipation“ (Hein et al., 2011) bezeichnet. Freundschaften und Aktivitäten werden von Kommunikation gesteuert und geprägt (Hein et al., 2011). Somit ist Aphasie nicht nur eine Sprachstörung, sondern vielmehr eine erhebliche Einschränkung für die Betroffenen in ihrer kommunikativen Selbstständigkeit. Weil das Sozialleben oft differenzierte Kommunikationsfähigkeiten impliziert, führt Aphasie meist auch zu einem sekundär bedingten sozialen Handicap (Rentsch/ Bucher, 2006, Dalemans et al., 2008). Die Kontextfaktoren, eingeteilt in Umwelt- und personenbezogene Faktoren, machen einen großen Teil der Partizipationsbeeinträchtigung aus (Grötzbach/ Iven, 2009). Der jeweilige, 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, 2009).

3.6. Kommunikation

3.6.1. Annäherung an den Begriff „Kommunikation“

Kommunikation wird aus dem lateinischen „communicare“ abgeleitet und bedeutet übersetzt „teilen, mitteilen, teilnehmen lassen, gemeinsam machen, vereinigen“ und bezeichnet einen wechselseitigen Austausch von Gedanken in Sprache, Schrift- oder Bildformat auf der menschlichen Alltagsebene, auch verbale Kommunikation genannt. Die nonverbale Kommunikation nutzt Mimik, Gestik, Stimmmodulation, Lautstärke, Berührungen, Körperhaltung und -bewegung, um Empathie auszudrücken und findet oft unbewusst statt (Watzlawick et al., 2003).

3.6.2. Bedeutung von intakter Kommunikationsweise für Menschen mit Aphasie in der Akutphase

Die entstandene Sprachstörung löst bei vielen Aphasiepatienten eine Vielzahl von Gefühlsreaktionen aus, angefangen bei Angst und Traurigkeit bis hin zu Wut und Unverständnis und nur mühsam lernen sie, sich in ihrer neuen Rolle zurecht zu finden. Professionelle Helfer, die in der Lage sind durch adäquate Kommunikations- und Interaktionsstrategien das Vertrauen des Patienten zu gewinnen, begünstigen den Rehabilitationsprozess im entscheidenden Maße. Durch den Kontaktaufbau in den ersten Begegnungen wird ein Zugang zum Patienten auf emotionaler Ebene erzeugt, der die Basis für die gemeinsame Arbeit im Rehabilitationsprozess darstellt. Erst durch Nähe und Vertrautheit werden die grundlegenden Voraussetzungen zum Mitteilen geschaffen. So erhält der Patient die Möglichkeit, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und ein Stück weit Autonomie wiederzuerlangen. Die vom Patienten ausgehenden Ängste und Unsicherheiten werden abgebaut und entstehende Depressionen auf diesem Wege vermieden. Durch die Möglichkeit, mit anderen in Kontakt zu treten, wird die Partizipation begünstigt, womit der soziale Rückzug verhindert wird (Tacke, 2006). Die Äußerungen des Patienten können sowohl auf verbaler als auch nonverbaler Ebene stattfinden. Es fordert Zeit, Ruhe und Einfühlungsvermögen sowie ein genaues Wahrnehmen der Reaktionen aphasischer Menschen, um ihre Ressourcen zu erkennen und ihnen auf dieser Ebene begegnen zu können. Verfügen die professionellen Helfer über diese Fähigkeiten, hat dies auch positive Auswirkungen auf ihre

Arbeitseinstellung, da Hilflosigkeit und Überforderung im Umgang mit Aphasikern abgebaut werden und sie zunehmend an Selbstsicherheit gewinnen.

3.6.3. Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Menschen mit einer Aphasie

Nicht nur in den Ausbildungsrichtlinien von NRW wird die sozial-kommunikative Kompetenz als eine physiotherapeutische Kernaufgabe und Schlüsselqualifikation angesehen (Handgraaf et al., 2005), sondern auch die Literaturstudie von Barth und Kollegen (2007) zeigt, dass die Physiotherapie weit über motorisches Training hinausgeht. Für Schlaganfallpatienten zählen die Physiotherapeuten zu den wichtigsten Bezugspersonen während ihres Rehabilitationsprozesses: „*Sie [sehen] in ihnen eine Quelle für Rat, Information und Hoffnung.*“ (Barth et al., 2007), jedoch führen zahlreiche Defizite im Bereich der kommunikativen Fähigkeiten zu negativen Auswirkungen auf die Therapeuten-Patienten-Beziehung. Beispielsweise sind die Therapeuten nicht in der Lage während der Patientengespräche eine Balance zwischen Motivation und übersteigerter Hoffnung zu finden, sondern fördern die Hoffnungen der Patienten über eine vollständige Genesung, um Enttäuschungen zu vermeiden. Des Weiteren wird in Patienten- und Angehörigenberatungen ein Wunsch nach mehr Sensibilität und der Rolle des Therapeuten als aktiver Zuhörer deutlich (Barth et al., 2007). Während der Behandlungen verbleiben die Therapeuten in ihrer dominanten Rolle, wobei sie sich ausschließlich auf die verbale Kommunikation stützen und den Gesprächsverlauf mit Themen bestimmen, die sich auf physiologische Angelegenheiten beschränken und die psychologischen Ansichten des Patienten keine Berücksichtigung finden (Talvitie/ Reunanen, 2002). Die Schulung der kommunikativen Fähigkeiten muss demnach vermehrt mit in die Aus- und Weiterbildung von Physiotherapeuten integriert werden, um somit eine Verbesserung der Behandlungsqualität zu erzielen (Barth et al., 2007, Parry et al., 2009).

Die vorliegende Studie stellt eine optimale Ergänzung zur aktuellen Literatur dar, da eine genaue Beschreibung der kommunikativen Fähigkeiten von Physiotherapeuten in Interaktion mit Menschen mit einer akuten Aphasie bisher fehlt. Zudem wird der Einfluss verschiedener Faktoren, wie beispielsweise Alter, Berufserfahrung und das vorhandene Fachwissen über Aphasie, berücksichtigt und mit der Kommunikation korreliert. Somit wird ein sehr guter Ausgangspunkt geschaffen, um Schulungsmaßnahmen zum Thema Kommunikation und Aphasie zu entwickeln und die Schwerpunkte in den praktischen Übungen während der Ausbildung zum Physiotherapeuten zu definieren.

4. Methode

4.1. Fragestellung

Aufgrund des zuvor beschriebenen theoretischen Hintergrunds wird deutlich, dass Informationen über die Kommunikation der Physiotherapeuten mit Aphasiepatienten nur sehr gering vorhanden sind. Daraus ergibt sich für die Studie folgende Fragestellung:

Wie verläuft die Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Menschen mit einer akuten Aphasie auf neurologischen Stationen, wie schätzen sie ihre kommunikativen Fähigkeiten ein, über welches Fachwissen verfügen sie über das Störungsbild Aphasie und in wie weit lassen sich diese Resultate mit der Studie von Fischer et al. (2009) vergleichen?

4.2. Zielsetzung

primäre Zielsetzungen:

- Die Beschreibung der Kommunikation der Physiotherapeuten mit Menschen mit akuter Aphasie auf neurologischen Stationen.
- Die Beschreibung der subjektiven Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten von Physiotherapeuten im Umgang mit Menschen mit einer akuten Aphasie.
- Die Beschreibung des präsenten Fachwissens zum Thema Aphasie und Kommunikation von Physiotherapeuten auf einer neurologischen Station.
- Der Vergleich innerhalb der Berufsgruppe
- Der Vergleich mit der Berufsgruppe „Pflegepersonal“ (Fischer et al. 2009)

sekundäre Zielsetzungen:

- Das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer individuellen und ressourcenorientierten Kommunikationsweise mit Menschen mit Aphasie wird erhöht.
- Die Physiotherapeuten reflektieren verstärkt ihr Verhalten in der Interaktion mit Menschen mit einer Aphasie.

4.3. Population und Stichprobenbildung

Inklusionskriterien:

Ort:

- Die Untersuchungen finden in Kliniken auf den neurologischen Stationen statt.
- Die Untersuchungen werden in Nordrhein-Westfalen durchgeführt.

Berufsgruppen:

- Physiotherapeuten mit abgeschlossenem Studium oder Berufsausbildung.

Patientengruppe:

- Bei den Patienten wurde anhand einer logopädischen Untersuchung eine akute Aphasie diagnostiziert. Bei Verdacht auf eine bestehende residuale Aphasie wurden die Patienten ausgeschlossen.
- Die Patienten befinden sich in der akuten Phase (erste 6 Wochen post onset).
- Die Patienten sind während der Observation bei vollem Bewusstsein.
- Die Muttersprache der teilnehmenden Patienten ist deutsch.

4.4. Stichprobengröße

Eine präzise Auskunft über die Größe der Population, die diese Stichprobe befasst, kann nur vage gegeben werden, da die Größe der Stroke Units und neurologischen Stationen stark variiert und somit auch die Anzahl der angestellten Physiotherapeuten nicht genau einschätzbar ist.

4.5. Werben von Teilnehmern

Eine Liste der Kliniken mit neurologischem Schwerpunkt in NRW wurde auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zur Verfügung gestellt. Die Kontaktpersonen der Krankenhäuser wurden zunächst telefonisch kontaktiert. In dem Gespräch wurde das Vorhaben kurz erläutert und um weitere Mithilfe gebeten. Bei Interesse wurde ein Informationsbrief (Anhang C) zugeschickt, indem das Vorgehen der Studie nochmal detailliert beschrieben war. Anschließend wurde nochmals Kontakt aufgenommen, um einen Gesprächstermin mit dem leitenden Physiotherapeuten zu vereinbaren, indem Fragen beantwortet und die Hintergründe sowie Erwartungen verdeutlicht wurden. Darüber hinaus wurden weitere Absprachen zum Untersuchungszeitraum getroffen. Die Teilnahmebestätigung wurde der verantwortlichen Person ausgehändigt (Anhang D) und von ihr unterschrieben. 10-14 Tage vor der Studie wurde nochmals telefonisch Kontakt aufgenommen als eine Art Erinnerungsfunktion. Das letzte telefonische

Gespräch zur Organisation wurde 1-2 Tage vor der Studie geführt. Dabei wurde sich erkundigt, ob sich ausreichend Menschen mit einer akuten Aphasie auf den neurologischen Stationen befanden und es wurden konkrete Absprachen zum Treffpunkt am Dienstbeginn ausgemacht. Der genaue Ablauf wird zur Verdeutlichung in Anhang B nochmals tabellarisch wiedergegeben.

4.6. Durchführung

Während einer Schicht wurden, soweit es möglich war, täglich zwei bis drei Physiotherapeuten begleitet. Bei jedem wurde eine Observation durchgeführt, ein Formular zur Selbsteinschätzung der eigenen Kommunikationsweise ausgefüllt und das Wissen zum Thema Aphasie getestet.

4.6.1. verdeckte Observation

Die Untersuchung wurde als verdeckte Beobachtung mit Hilfe eines Observationsformulars (Anhang E) durchgeführt. Die Teilnehmer wurden im Vorfeld unter einem falschen Vorwand über meine Anwesenheit informiert. Dabei gab ich mich als Studentin für soziale Arbeit aus, die sich für die Versorgung und Betreuung von Schlaganfallpatienten interessiert und einen Einblick in die Arbeitsweisen unterschiedlicher Disziplinen mit diesen Patienten erlangen möchte. Somit zeigten die Physiotherapeuten ihr Verhalten möglichst unverfälscht (Bortz/ Döring, 2006). Die Observationen dauerten eine Therapieeinheit und fanden in 1:1 Situationen statt. Danach wurde jeder Physiotherapeut über den Ablauf und das Ziel der Studie informiert, zur Mitarbeit gebeten und zum Stillschweigen gegenüber seiner Kollegen aufgefordert.

4.6.3. Selbsteinschätzung

Nach den Observationen wurden die Physiotherapeuten unmittelbar über das Ziel der Studie aufgeklärt und zur weiteren Mitarbeit gebeten. Stimmtten sie dessen zu, wurde ihnen ein Teilnahmeformular ausgehändigt, welches unterzeichnet werden sollte (Anhang E). Direkt im Anschluss sollten sie ein Selbsteinschätzungsprotokoll (Anhang E) ausfüllen, in dem sie ihre eigenen kommunikativen Fähigkeiten im Umgang mit Aphasiepatienten einschätzen mussten. Damit soll untersucht werden, inwieweit die Resultate von Untersucher und Teilnehmer übereinstimmen.

4.6.4. Wissensprüfung

Mit Hilfe der Wissensprüfung von Fischer et al. (2009) wurde das Fachwissen zum Thema Aphasie und Kommunikation getestet. Der Test wurde in Anwesenheit der Untersucherin ausgefüllt, um eine Verfälschung der Daten vorzubeugen.

4.6.5. Materialien

Die Materialien zur Durchführung der Studie wurden von Fischer et al. (2009) übernommen und entsprechend angepasst (Anhang D, E). Somit ist später ein direkter Vergleich der beiden Disziplinen Pflegepersonal und Physiotherapeuten möglich. Das Observationsprotokoll entspricht dem Protokoll zur Selbsteinschätzung der Kommunikationsweise. Um die Observationen möglichst objektiv bewerten zu können, haben Eckerl et al. (2011) eine Bewertungsskala aufgestellt, die die Vergabe jeder Note definiert (Anhang F).

4.6.6. Teilnahme & Anonymität

Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig und konnte jederzeit widerrufen werden. Die Daten der Teilnehmer wurden anonym mit Hilfe von Kennziffern ausgewertet und ausschließlich für diese Studie verwendet. Die Weitergabe an Dritte wurde durch das Unterzeichnen des Teilnahmeformulars ausgeschlossen. Auch der Arbeitgeber wurde bei einem Studienabbruch eines Teilnehmers nicht informiert, um somit Benachteiligungen im Arbeitsfeld auszuschließen.

4.6.8. Trainingssituation

Um die Observationen objektiv beurteilen zu können, unterzog sich die Studienleiterin zuvor einem Training, in dem die Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten von Physiotherapeuten im Umgang mit Menschen mit einer akuten Aphasie geübt wurde. Dazu wurde eine Leiterin der Physiotherapie von der Untersucherin und einer Kommilitonin während der Behandlung von Aphasikern observiert. Anschließend wurde die Behandlungssituation besprochen und analysiert, um die Untersucher-Interreabilität zu minimieren und die Ergebnisse anzunähern. Somit ist letztendlich nur ein Observator für die künftigen Untersuchungen notwendig.

4.7. Datenanalyse

4.7.1. Datenpräparation

Die Daten wurden mit der Software „SPSS 20.0“ ausgewertet. Zuerst wurden allen Variablen und Antwortkategorien Codes zugewiesen. Daraus wurde eine Datenmatrix erstellt, in der die Angaben der Probanden dargestellt wurden (Baarda / De Goede, 2006).

4.7.2 Daten-Auswertung

Bei der Auswertung der Daten wird das Schulnotensystem, welches beim Observationsformular sowie bei der Selbsteinschätzung verwendet wird, als eine 6-stufige Likert-Skala interpretiert. Auch wenn diese Skala nicht vollständig intervallskaliert ist, wird sie zur Auswertung als solche behandelt. Dieser Vorgang erlaubt bei der Auswertung des Observations- sowie des Selbsteinschätzungsformulars, die Berechnung des arithmetischen Mittels sowie die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson. Somit ist der vollständige Vergleich zur Studie von Fischer et al. (2009) durchführbar.

Zu einer möglichst genauen Interpretation der Mittelwerte wurde sich für die Besprechung der Resultate zu einer weiteren Abstufung des deutschen Notensystems in Zwischennoten entschieden, welches offiziell zulässig und zur Beurteilung einzelner Leistungen gebräuchlich ist. Diese Abstufungen erfolgen durch eine Aufwertung der Noten mit einem Plus (+) oder einer Abwertung durch einem Minus (-). Somit zählt eine 2(+) also als „ziemlich“ gut und 2(-) als „gerade noch“ gut. Diese Benotungen können mit Hilfe von Nachkommastellen in Dezimalzahlen dargestellt werden. Die nachstehende Tabelle verdeutlicht die genaue Umrechnung der Notenwerte:

Tabelle 4.1: Abstufung der Schulnoten in Dezimalzahlen (Haag et al. 2013)

Noten	1+	1	1-	2+	2	2-	3+	3	3-	4+	4	4-	5+	5	5-	6
Noten (Dezimalzahl)	0,7	1	1,3	1,7	2	2,3	2,7	3	3,3	3,7	4	4,3	4,7	5	5,3	6

4.7.2.1 Informationen zur Stichprobe

Mit Hilfe der persönlichen Angaben der Probanden, wie Alter, Geschlecht, Berufsabschluss usw., wurde mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests Häufigkeitsverteilung erstellt. Bei der Variable Alter wurde die Spannweite und der Mittelwert bestimmt.

4.7.2.2. Auswertung der Observationen

Zur Auswertung der Observationen wurden die Mittelwerte und von den drei Niveaus der Bewertung berechnet. Diese waren das Item- und Kategorienniveau sowie die gesamte Kommunikation beruhend auf allen Items.

4.7.2.3. Abweichung zwischen Observation und Selbsteinschätzung

Zur Analyse der Bewertungen aus der Selbsteinschätzung wurden sowie bei den Observationen die Mittelwerte der 3 Niveaus berechnet, um Abweichungen zwischen den Beurteilungen des Observators und der Physiotherapeuten ermitteln zu können.

Dazu wurden zuerst die jeweiligen arithmetischen Mittel gegenübergestellt und anschließend miteinander korreliert. Für das Itemniveau wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman verwendet, da es sich hierbei um ordinal skalierte Messwerte in Form von Benotungen handelt. Bei den Mittelwerten des Observators und der Physiotherapeuten, die sich auf die Kategorien und auf das gesamte Formular bezogen, wurde der Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient berechnet, da es sich hierbei um die Summenwerte einzelner Items handelt, welche als intervallskalierte Daten eingeordnet werden. Die Abweichungen konnten anschließend mit Hilfe des T-Tests für unabhängige Stichproben auf Signifikanz getestet werden.

4.7.2.4 Auswertung der Wissensprüfung

In der Wissensprüfung konnten maximal 16 Punkte erreicht werden. Bei allen Fragen, bis auf Frage zehn, konnte jeweils ein Punkt erreicht werden, während bei der zehnten Frage fünf Punkte erzielt werden konnten. Für die gesamte Stichprobe wurden sowohl der Modus und der Median als auch der Mittelwert, die Standardabweichung der Punktzahl sowie die Spannweite der Werte, berechnet.

4.7.2.5. Korrelation zwischen Wissensprüfung und Kommunikationsweise

Um herauszufinden inwieweit ein Zusammenhang zwischen der erreichten Punktzahl in der Wissensprüfung und der Kommunikationsweise besteht, wurden die Mittelwerte der Punktzahl der Wissensprüfung mit denen der Observationen miteinander korreliert. Da es sich hierbei wieder um Summenwerte und somit um intervallskalierte Messwerte handelte, wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson verwendet.

4.7.2.6. Gruppenspezifische Unterschiede feststellen

Die Stichprobe wurde in drei Untergruppen entsprechend der Zielvariablen *Berufserfahrung*, *Aphasiefortbildung* und *Berufsabschluss* eingeteilt, um mögliche Gruppenunterschiede festzustellen.

Tabelle 4.2.: Einteilung der Stichproben in Untergruppen

Zielvariablen	Untergruppen	Definition der Untergruppen
<i>Berufserfahrung</i>	1a	≤ als 5 Jahre
	1b	> als 5 Jahre
<i>Aphasiefortbildung</i>	2a	mit absolvierter Aphasiefortbildung
	2b	ohne absolvierte Aphasiefortbildung
<i>Berufsabschluss</i>	3a	akademischer Grad
	3b	Berufsausbildung

Bei den drei Gruppenpaaren wurden die Mittelwerte der Wissensprüfung, der Selbsteinschätzung sowie der gesamten Kommunikation, beruhend auf den Werten des Observators, verglichen. Mit Hilfe eines zweiseitigen T-Tests für unabhängige Stichproben wurden signifikante Unterschiede bestimmt. Normalerweise wäre hierbei die Varianzanalyse die korrekte Methode, wird aber wahrscheinlich aufgrund zu geringer statistischer Power nicht durchführbar sein. Bei der Durchführung mehrerer T-Tests muss deshalb die α -Fehlerkumulierung berücksichtigt werden. Dazu werden folglich die benötigten Hypothesen aufgeführt:

Variablen: *Berufserfahrung* (μ_1) / *Beurteilung der Kommunikation durch Observator* (μ_2)

H_0 : $\mu_1 \leq \mu_2$ Je weniger Berufserfahrung die Physiotherapeuten haben, desto negativer werden die kommunikativen Fähigkeiten durch den Observator beurteilt.

H_1 : $\mu_1 > \mu_2$ Je mehr Berufserfahrung die Physiotherapeuten haben, desto positiver werden die kommunikativen Fähigkeiten durch den Observator beurteilt.

Variablen: *Ergebnis in der Wissensprüfung* (μ_1) / *Berufserfahrung* (μ_2)

H_0 : $\mu_1 \leq \mu_2$ Je weniger Berufserfahrung die Physiotherapeuten haben, desto niedriger sind ihre erreichten Punkte im Wissenstest.

H_2 : $\mu_1 > \mu_2$ Je mehr Berufserfahrung die Physiotherapeuten haben, desto höher sind ihre erreichten Punkte im Wissenstest.

Variablen: Aphasiefortbildung ($\mu 1$) / Beurteilung der Kommunikation durch Observator ($\mu 2$)

H0: $\mu 1 \leq \mu 2$ Wenn die Physiotherapeuten keine Aphasiefortbildung absolviert haben, dann werden ihre kommunikativen Fähigkeiten bei den Observationen schlechter beurteilt.

H3: $\mu 1 > \mu 2$ Wenn die Physiotherapeuten eine Aphasiefortbildung absolviert haben, dann werden ihre kommunikativen Fähigkeiten bei den Observationen besser beurteilt.

Variablen: Aphasiefortbildung ($\mu 1$) / Ergebnis in der Wissensprüfung ($\mu 2$)

H0: $\mu 1 \leq \mu 2$ Wenn die Physiotherapeuten keine Aphasiefortbildung absolviert haben, erreichen sie eine höhere Punktzahl beim Wissenstest.

H4: $\mu 1 > \mu 2$ Wenn die Physiotherapeuten eine Aphasiefortbildung absolviert haben, erreichen sie eine höhere Punktzahl beim Wissenstest.

Variablen: Berufsabschluss ($\mu 1$) /

Beurteilung der Kommunikation durch Observator ($\mu 2$)

H0: $\mu 1 \leq \mu 2$ Je niedriger der Berufsabschluss der Physiotherapeuten, desto negativer werden ihre kommunikativen Fähigkeiten durch den Observator beurteilt.

H5: $\mu 1 > \mu 2$ Je höher der Berufsabschluss der Physiotherapeuten, desto positiver werden ihre kommunikativen Fähigkeiten durch den Observator beurteilt.

Variablen: Berufsabschluss ($\mu 1$) / Ergebnis der Wissensprüfung ($\mu 2$)

H0: $\mu 1 \leq \mu 2$ Je niedriger der Berufsabschluss der Physiotherapeuten, desto niedriger sind ihre Punkte im Wissenstest.

H6: $\mu 1 > \mu 2$ Je höher der Berufsabschluss der Physiotherapeuten, desto höher sind ihre Punkte im Wissenstest.

4.7.3. Datenvergleich zwischen Physiotherapeuten und Pflegepersonal

Die vorliegende Studie über die Kommunikationsweise der Physiotherapeuten mit Menschen mit einer akuten Aphasie wird im Folgenden mit der Studie von Fischer et al. (2009) verglichen, die diese Untersuchung beim Pflegepersonal durchführten. Die Observationen, die Abweichungen zwischen den Observationen und die Selbsteinschätzungen sowie die Ergebnisse der Wissensprüfungen wurden in den Vergleich einbezogen. Bei dem Vergleich der Kommunikationsweise und der Abweichung zwischen der Observation und der Selbsteinschätzung

wurden die Mittelwerte der drei Niveaus beider Gruppen gegenüber gestellt. Mit Hilfe eines zweiseitigen T-Tests konnten somit signifikante Unterschiede festgestellt werden. Zudem wurden die Korrelationen der Zielgruppen durch den Fisher's Z-Test auf Signifikanzen getestet.

Bei den Wissenstests wurden sowohl die Modi und die Mediane als auch die Mittelwerte, die Standardabweichungen der Punktzahlen sowie die Spannweiten der Werte miteinander verglichen. Da Physiotherapeuten im Gegensatz zum Pflegepersonal, in der Regel eine tiefgründige Behandlung neurologischer Störungsbilder in ihrer Ausbildung haben und der Unterricht vermehrt unter Supervision mit Selbstreflexion stattfindet, wird davon ausgegangen, dass die Physiotherapeuten bessere Ergebnisse in allen Kategorien zeigen, verglichen mit dem Pflegepersonal. Im Folgenden werden die Hypothesen aufgeführt:

Variablen: Kommunikation der Physiotherapeuten (μ_1) / Kommunikation des Pflegepersonals (μ_2)

H0: $\mu_1 \leq \mu_2$ Die kommunikativen Fähigkeiten der Physiotherapeuten werden negativer oder gleich beurteilt wie die des Pflegepersonals.

H7: $\mu_1 > \mu_2$ Die kommunikativen Fähigkeiten der Physiotherapeuten werden besser beurteilt als die des Pflegepersonals.

Abweichung zwischen den Observationen der Physiotherapeuten und der Selbsteinschätzung (μ_1) / Abweichung zwischen den Observationen des Pflegepersonals und der Selbsteinschätzung (μ_2)

H0: $\mu_1 \leq \mu_2$ Die Abweichung von Observation und Selbsteinschätzung ist bei den Physiotherapeuten größer oder gleich im Vergleich zu den Pflegekräften.

H8: $\mu_1 < \mu_2$ Die Abweichung von Observation und Selbsteinschätzung ist bei Physiotherapeuten geringer als bei Pflegekräften.

Variablen: Wissensprüfung von Physiotherapeuten (μ_1) / Wissensprüfung vom Pflegepersonal (μ_2)

H0: $\mu_1 \leq \mu_2$ Die Physiotherapeuten erzielen bei der Wissensprüfung eine niedrigere oder gleiche Punktzahl wie das Pflegepersonal.

H9: $\mu_1 > \mu_2$ Die Physiotherapeuten erzielen bei der Wissensprüfung eine höhere Punktzahl als das Pflegepersonal.

5. Resultate

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie dargestellt und erläutert. Zuerst wird näher auf die Stichprobe eingegangen. Daraufhin folgen die Daten der Observationen, die mit den Selbsteinschätzungen der Physiotherapeuten gegenübergestellt werden. Des Weiteren werden die Ergebnisse der Wissensprüfung präsentiert. Diese drei Aspekte der Untersuchung werden anschließend in Korrelation zueinander gesetzt und mögliche Gruppenunterschiede innerhalb der Stichprobe näher erläutert. Es erfolgt ein Vergleich zur Studie von Fischer et al. (2009), die dieses Studiendesign bei der Zielgruppe Pflegepersonal durchführte. Die Bewertungen der Kommunikation seitens der Observatoren werden direkt gegenübergestellt sowie die Abweichungen zwischen den Observationen und Selbsteinschätzungen näher belichtet, um Einsicht in die Reflexionsfähigkeiten der Physiotherapeuten zu erlangen. Zuletzt werden die Ergebnisse der Wissensprüfung im Vergleich zueinander gesetzt.

5.1. Zusammensetzung der Stichprobe

In der folgenden Abbildung wird die Häufigkeitsverteilung der Stichprobe bezüglich des Geschlechts, Alters, Berufsabschlusses, sowie der Berufserfahrung und absolvierter Aphasiefortbildung dargestellt.

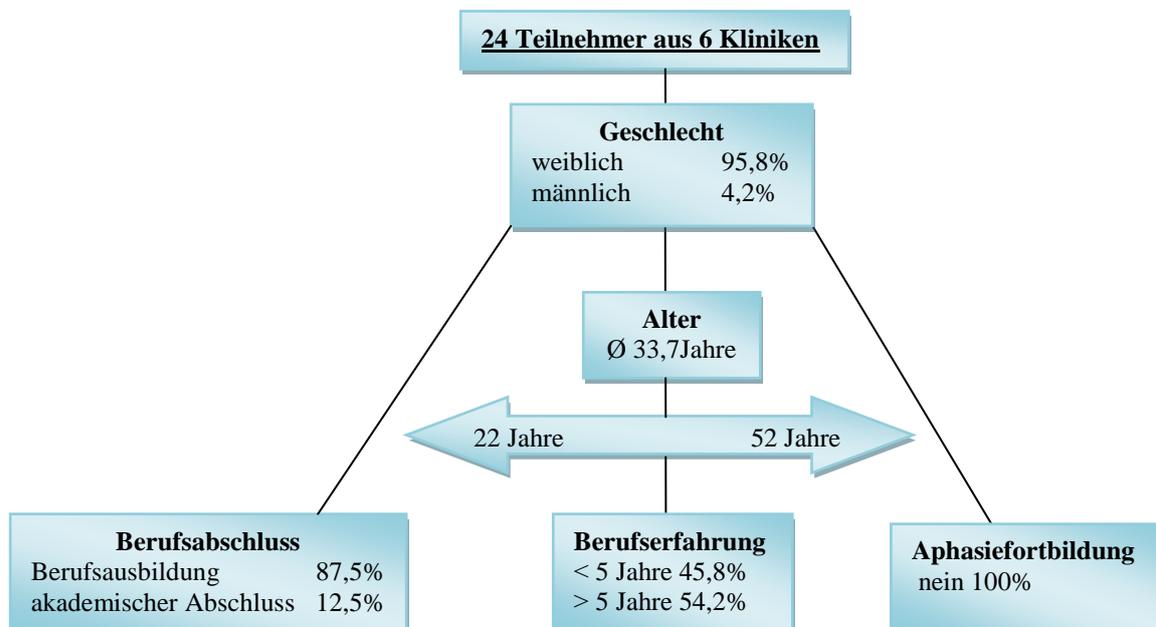


Abbildung 5.1: Häufigkeitsverteilung der Stichprobe

An der Studie nahmen 24 Teilnehmer aus 6 Kliniken teil, wovon 23 Personen weiblich (95,8%) und lediglich eine männlich (4,2%) war. Das Durchschnittsalter betrug 33,7 Jahre, wobei die Spannweite von 22 bis 52 Jahren reichte. Von den Probanden absolvierten 21 (87,5%) eine Berufsausbildung und 3 (12,5%) besaßen einen akademischen Abschluss. Die Variable Berufserfahrung zeigt, dass 11 Teilnehmer weniger als 5 Jahre Berufserfahrung (45,8%) vorwiesen und 13 Personen mehr als 5 Jahre Berufserfahrung (54,2%) hatten. Keiner von ihnen absolvierte bisher eine Aphasiefortbildung.

Die Stichprobe wurde anhand dieser Variablen mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests auf ihre Normalverteilung untersucht. Der Test ergab einen Wert von $p=0,63$, welcher keine signifikante Abweichung zeigt und beweist, dass eine Normalverteilung erreicht wurde.

5.2. Kommunikation der Physiotherapeuten und ihre Selbsteinschätzung

In den folgenden Abschnitten werden sowohl die Beurteilungen des Observators als auch die Selbsteinschätzungen der Physiotherapeuten bezogen auf Item- und Kategorienniveau und das gesamte Formular, näher betrachtet.

Die Beurteilung nach dem deutschen Notensystem. Diese Notenskala reicht von der Note „sehr gut“, die der Ziffer 1 entspricht und reicht bis „ungenügend“, also der Ziffer 6. Ein niedrigerer Wert korrespondiert folglich mit einer guten Bewertung und ein hoher Wert bedeutet eine schlechte Note.

5.2.1. Vergleich der Observationen und der Selbsteinschätzungen auf Itemniveau

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Observationen sowie der Selbsteinschätzungen der Physiotherapeuten verdeutlicht. Die gewonnenen Daten beziehen sich auf das „Observationsformular“ (Anhang E) und der „Selbsteinschätzung des Kommunikationsverhaltens bei akuten Aphasiepatienten“ (Anhang E).

Die folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte der Beurteilungen des Observators sowie die Selbsteinschätzung der Physiotherapeuten zusammen mit den Standardabweichungen pro Item und die Differenz der Mittelwerte. In den rechten Spalten wird der Korrelationskoeffizient nach Spearman (Rho) angegeben.

Tabelle 5.1: Vergleich der Mittelwerte auf Itemniveau; inkl. Korrelation

Item	M _{Obs.}	SD _{Obs.}	M _{Physio}	SD _{Physio}	M _{Differenz}	Rho
<i>Anpassung der Umgebung</i>						
Störungen vermeiden	2,08	1,35	1,91	1,34	0,17	0,697***
Für schmerzfreie Körperhaltung Sorgen	1,25	0,44	1,29	0,55	0,04	0,581**
<i>Begrüßen/ Verabschieden</i>						
Begrüßen	1,75	0,89	1,38	0,71	0,37**	0,699***
Grund für Kommen angeben	2,71	1,3	2,13	1,81	0,58	0,279
Verabschieden	1,95	0,8	1,67	0,91	0,28	0,333
<i>Physiotherapeut als Sprecher</i>						
Sprechtempo anpassen	3,21	1,1	2	0,65	1,21***	0,06
Lautstärke anpassen	1,78	0,59	1,83	0,87	0,05	0,355
Wichtige Wörter betonen	2,54	0,59	2,21	1,02	0,33	0,021
Einfache Syntax verwenden	3,38	1,01	2,08	0,83	1,30***	0,065
Pausen setzen	2,41	0,65	1,91	0,83	0,50*	0,067
Ja-/ Nein-Fragen stellen	2,38	0,7	1,69	0,59	0,69***	0,296
Angemessenes Sprachniveau verwenden	2,33	0,64	1,75	0,59	0,58**	0,381
Für Aufmerksamkeit sorgen	2,21	0,84	1,79	0,89	0,42	-0,64
<i>Physiotherapeut als Zuhörer</i>						
Kommunikation unterstützen	3,29	0,91	2,22	0,92	1,07**	0,477*
Verbales Feedback geben	3,12	1,1	2,29	1,04	0,83**	0,367
Ins Wort fallen	2,87	1,01	2,05	1,09	0,82**	0,489*
Wörter aus dem Mund nehmen	2,99	1	2,18	1,17	0,81*	0,082
Rückmeldung über Verständlichkeit geben	3,19	0,89	1,98	0,83	1,21***	0,670***
Nonverbale Signale benennen	3,25	0,84	2,25	1,21	1,00***	0,394
<i>Alternative und nonverbale Kommunikation</i>						
Mimik und Gestik einsetzen	3,33	1,01	1,79	0,88	1,54***	0,668***
Schreiben/ Zeichnen/ Zeigen	4,15	1,21	2,31	1,41	1,84***	0,226
Blickkontakt halten	1,83	0,76	1,54	0,72	0,29*	0,568**
Nonverbales Feedback geben	2,25	0,67	1,5	0,58	0,75***	0,327
Interesse zeigen	2,25	0,67	1,54	0,65	0,71***	0,367

***: $p \leq 0,001$

** : $p \leq 0,01$

* : $p \leq 0,05$

Die Spannweite der vom Observator verteilten Noten beträgt $R_{obs.}=2,9$. Die Bestnote ($M_{obs.}=1,25$, $SD_{obs.}=0,44$) wurde für das Item „Der Physiotherapeut sorgt für eine schmerzfreie Körperhaltung des Patienten“ gegeben, während die schlechteste Note ($M_{obs.}=4,15$, $SD_{obs.}=1,21$) das Item „Der Physiotherapeut nutzt alternative Kommunikationsweisen zur Verständigung“ erhielt. Alle anderen Items wurden mit Noten im Bereich „gut“ und „befriedigend“ bewertet.

Bei näherer Betrachtung der Selbsteinschätzung der Physiotherapeuten ist eine deutlich geringere Spannweite der Benotungen vorzufinden, $R_{\text{Physios}}=1,63$. Sie schätzten sich bei mehr als zwei Drittel der Items signifikant besser ein als der Observator. Die größte Diskrepanz zwischen dem Mittelwert des Observators und der Physiotherapeuten liegt beim Item „*Der Physiotherapeut nutzt alternative Kommunikationsweisen zur Verständigung*“ mit $M_{\text{Differenz}}=1,84^{***}$ Noten.

Ihre Bestnote ($M_{\text{Physio}}=1,29$, $SD_{\text{Physio}}=0,55$) vergaben die Physiotherapeuten sowie der Observator bei dem Item „*für schmerzfreie Körperhaltung sorgen*“, während beide die schlechteste Note dem Item „*Schreiben/ Zeichnen/ Zeigen*“ ($M_{\text{obs.}}=4,15$, $SD_{\text{Obs.}}= 1,21$, $M_{\text{Physio}}=2,31$, $SD_{\text{Physio}}=1,41$) zuteilten. Bei den anderen Items schätzten sich die Physiotherapeuten im Bereich „gut“ bis „sehr gut“ ein.

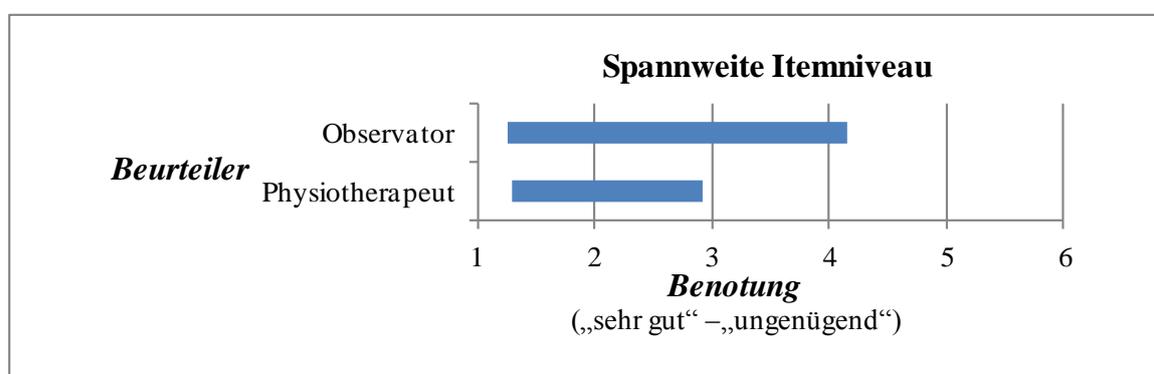


Abbildung 5.2: Spannweite der Benotungen auf Itemniveau

5.2.1.1. Korrelation auf Itemniveau

Eine höchstsignifikante Korrelation ist bei den Items „*Störungen vermeiden*“ ($R_s=0,697^{***}$), „*Begrüßung*“ ($R_s=0,699^{***}$), „*Rückmeldung über Verständlichkeit geben*“ ($R_s=0,670^{***}$) und „*Mimik und Gestik einsetzen*“ ($R_s=0,668^{***}$) sichtbar. Auch die Items „*Für schmerzfreie Körperhaltung sorgen*“ ($R_s=0,581^{**}$), „*Kommunikation unterstützen*“ ($R_s=0,477^*$), „*Ins Wort fallen*“ ($R_s=0,489^*$) und „*Blickkontakt halten*“ ($R_s=0,568^{**}$) zeigen eine signifikante Korrelation.

5.2.2. Vergleich der Observationen und der Selbsteinschätzungen auf Kategorienniveau

Die folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte des Observators und der Physiotherapeuten inklusive Standardabweichung und die Differenz der Mittelwerte sowie den Korrelationskoeffizienten nach Spearman. Wie in der vorigen Auswertung kommt auch hier wieder das deutsche Schulnotensystem zu tragen.

Tabelle 5.2: Vergleich der Mittelwerte auf Kategorienniveau; inkl. Korrelation

Kategorie	M _{Obs.}	SD _{Obs.}	M _{Physio}	SD _{Physio}	M _{Differenz}	r _p
Anpassung der Umgebung	1,66	0,79	1,6	0,87	0,06	0,684**
Begrüßung/ Verabschiedung	2,14	0,76	1,72	0,63	0,42*	0,401
Physiotherapeut als Sprecher	2,53	0,48	1,9	0,53	0,63***	0,314
Physiotherapeut als Zuhörer	3,12	0,77	2,16	0,76	0,96***	0,579**
Alternative/ nonverbale Kommunikation	2,76	0,61	1,73	0,65	1,03***	0,542**

***: $p \leq 0,001$

** : $p \leq 0,01$

* : $p \leq 0,05$

Bei der Beurteilung des Observators wird im Gegensatz zu den Physiotherapeuten eine deutlich größere Spannweite ($R_{Obs.}=1,46$, $R_{Physio}=0,56$) der Noten deutlich. Daraus ist zu schließen, dass die Physiotherapeuten sich überwiegend besser einschätzten als der Observator. Die besten Noten vergab sowohl der Observator als auch die Physiotherapeuten in ihrer Selbsteinschätzung in der Kategorie „Anpassung der Umgebung“ mit fast identischer Bewertung ($M_{Differenz}= 0,06$).

Bei den anderen Kategorien ist ein signifikanter Unterschied zwischen der Beurteilung und der Selbsteinschätzung erkennbar. Dabei bewerteten die Physiotherapeuten ihre Fähigkeiten durchgehend besser. Am schlechtesten ordneten beide Parteien die Zuhörerfertigkeiten ($M_{Obs.}=3,12$, $SD_{Obs.}=0,77$) ein, wobei die Physiotherapeuten sich selbst um fast eine Note besser einschätzten als der Observator ($M_{Physios}=2,16$, $SD_{Physios}=0,76$, $M_{Differenz}= 0,96***$).

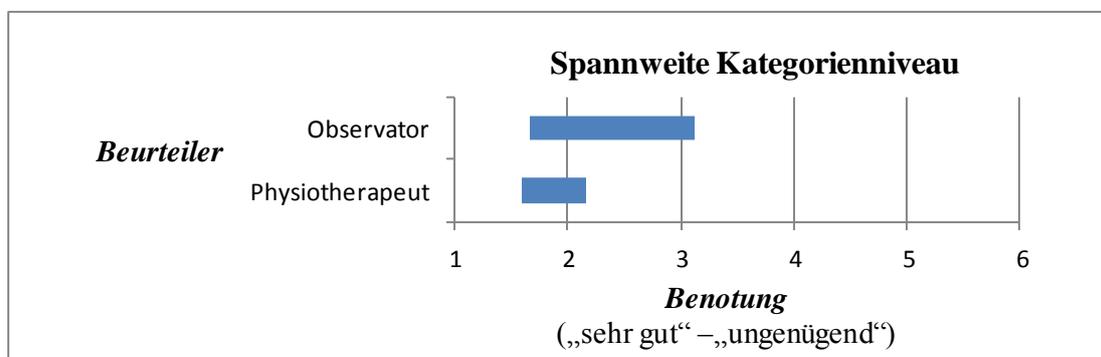


Abbildung 5.3: Spannweite der Benotungen auf Kategorienniveau

5.2.2.1. Korrelation auf Kategorienniveau

Die drei Kategorien „Anpassung der Umgebung“ ($r_p=0,684**$), „Physiotherapeut als Zuhörer“ ($r_p=0,579**$) und „Alternative/ nonverbale Kommunikation“ ($r_p=0,542**$) zeigen hochsignifikante Korrelationen. Bei den anderen beiden Kategorien ist eine schwache, nicht signifikante Korrelation zu erkennen („Begrüßung/ Verabschiedung“ $r_p=0,401$, „Physiotherapeut als Sprecher“ $r_p=0,314$).

5.2.3. Vergleich von Observationen und Selbsteinschätzungen bezogen auf das gesamte Formular

Die folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte und Standarddeviationen der durchschnittlichen Beurteilung des Observators und der Physiotherapeuten bezogen auf die gesamte Kommunikation, sprich das gesamte Formular. In den rechten Spalten wird der Korrelationskoeffizient nach Pearson aufgezeigt.

Tabelle 5.3: Vergleich der Mittelwerte der gesamten Kommunikation; inkl. Korrelation

	M _{Obs.}	SD _{Obs.}	M _{Physio}	SD _{Physio}	M _{Differenz}	r_p
Gesamte Kommunikation	2,6	0,51	1,88	0,5	0,72***	0,611**

***: $p \leq 0,001$

** : $p \leq 0,01$

* : $p \leq 0,05$

Der Vergleich zwischen den Benotungen des Observators und der Selbsteinschätzung der Physiotherapeuten zeigt, dass der Beobachter mit einem Wert von $M_{\text{Obs.}}=2,60$ ($SD=0,51$) die Kommunikation der Physiotherapeuten beurteilte. Diese hingegen schätzten sich mit $M_{\text{Physios}}=1,88$ ($SD=0,50$) besser ein. Die Differenz der Mittelwerte liegt bei $0,72^{***}$. Der statistische Vergleich sagt aus, dass die Physiotherapeuten sich im Vergleich zum Beobachter selbst höchstsignifikant besser einschätzten, $t(23)=7,756$, $p=0,000^{***}$.

5.2.3.1. Korrelation gesamte Kommunikation

Mit einem Wert von $r_p=0,611$ ergibt sich mit $p=0,002^{**}$ eine hochsignifikante Korrelation zwischen der Bewertung der gesamten Kommunikation des Observators und der Physiotherapeuten.

5.3. Wissensprüfung

Die Höchste erreichbare Punktzahl bei der Wissensprüfung beträgt 16 Punkte. Bei elf Fragen war jeweils eine Antwort korrekt, während bei einer Frage (Frage 10) bis zu fünf Punkte vergeben wurden. Bei der folgenden Grafik (Abbildung 5.4) wird die Visualisierung von Frage 10 ausgelassen. Diese folgt anschließend in einer Tabelle mit der Häufigkeitsverteilung korrekt gegebener Antworten.

Durchschnittlich erreichten die Physiotherapeuten 9,71 Punkte ($SD=1,73$) und lagen somit im Bereich „befriedigend(-)“ bis „ausreichend(+“). Der Median und der Modus liegen bei 10 Punkten ($X_{\text{Med}}=10$, $X_{\text{Mod}}=10$). Die ersten drei Fragen zur Lokalisation des Sprachzentrums, Definition von Aphasie und ihrer Ursache, wurden ausschließlich korrekt beantwortet (24 Antworten, $n=24$). Auf die Frage zur adäquaten Reaktion auf eine unverständliche Äußerung seitens des Patienten („nicht

verstehen“) konnten 22 Probanden die richtige Antwort (n=24) geben. Niemand hingegen wusste, ob eine sprachliche Aktivierung während der intensivmedizinischen Versorgung sinnvoll ist (0 korrekte Antworten, n=24).

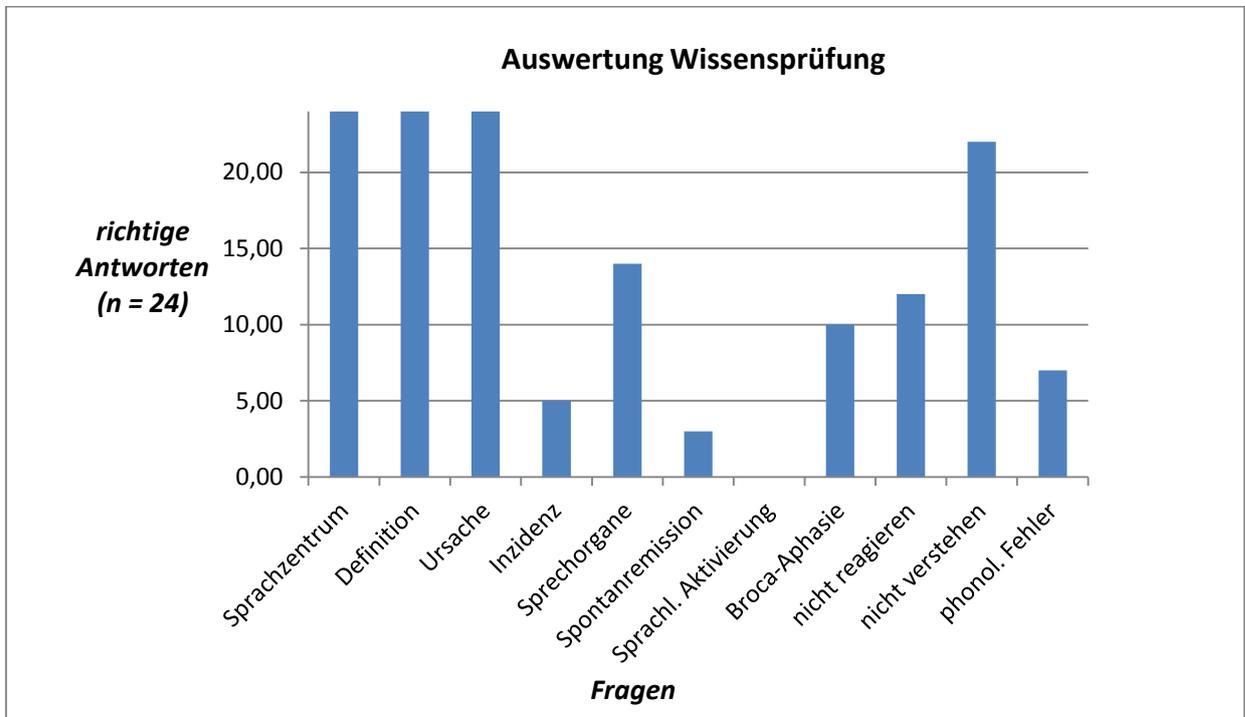


Abbildung 5.4: Auswertung der Wissensprüfung; Häufigkeit der richtigen Antworten pro Frage

Nur wenige Teilnehmer wussten, wie lange die Spontanremission einer Aphasie andauert (3 korrekte Antworten, n=24) und wie hoch die Inzidenzrate ist (5 korrekte Antworten, n=24). Auf die Frage, wie die adäquate Reaktion auf die phonematischen Paraphasien („phonolog. Fehler“) eines Patienten aussehen, konnten nur 7 Teilnehmer eine korrekte Antwort geben (n=24). Die übrigen Fragen zur Betroffenheit der Sprechorgane bei einer Aphasie (14 korrekte Antworten, n=24), zum Leitsymptom einer Broca-Aphasie (10 korrekte Antworten, n=24) und zum angemessenen Verhalten auf die ausbleibende Reaktion eines Patienten (12 korrekte Antworten, n=24) wurden von rund der Hälfte der Probanden korrekt beantwortet.

Bei der Frage 10 („Was können Sie tun, um die Kommunikation für den Aphasiepatienten zu erleichtern?“) konnten bis zu fünf korrekte Antworten gegeben werden. Der Mittelwert beträgt $M=3,65$ ($SD=0,64$). Von mehr als der Hälfte der Teilnehmer konnten 4 oder mehr richtige Antworten gegeben (58,3%) werden. Die folgende Tabelle veranschaulicht die Häufigkeitsberechnung:

Tabelle 5.4: Häufigkeitsverteilung Frage 10

Anzahl richtiger Antworten	Häufigkeit (n=24)	Angaben in %
1 richtige Antwort	0	0%
2 richtige Antworten	1	4,20%
3 richtige Antworten	8	33,30%
4 richtige Antworten	14	58,80%
5 richtige Antworten	1	4,20%

5.3.1. Korrelation Wissensprüfung und Kommunikation

Zwischen dem Ergebnis der Wissensprüfung und der gesamten Kommunikation der Physiotherapeuten besteht keine signifikante Korrelation $r_p = -0,192$, $p = 0,368$. Es kann also kein Zusammenhang zwischen dem Wissensstand der Physiotherapeuten und ihrer Kommunikationsweise festgestellt werden.

5.4. Gruppenunterschiede

In diesem Abschnitt werden nun die Gruppenunterschiede bezüglich der Berufserfahrung, des Berufsabschlusses und absolvierter Aphasiefortbildungen herausgestellt. Zur Berechnung wurde jeweils ein zweiseitiger T-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt.

5.4.1. Berufserfahrung

Zunächst wurde eine Häufigkeitsverteilung der Berufserfahrung erstellt, wiedergegeben in der folgenden Grafik.

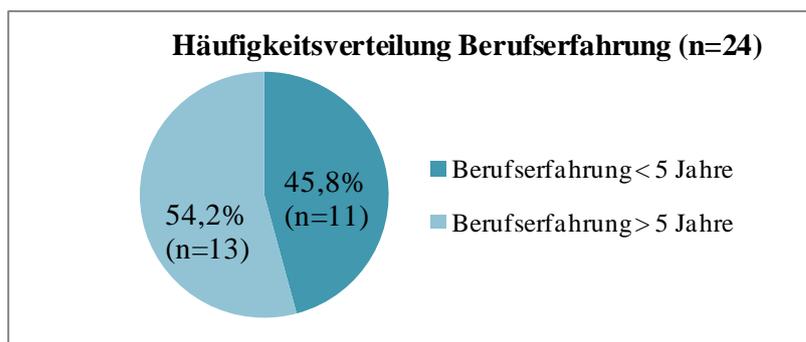


Abbildung 5.5: Häufigkeitsverteilung Berufserfahrung

5.4.1.1. Berufserfahrung und Kommunikation

Die Gruppe mit weniger oder gleich fünf Jahren Berufserfahrung (n=11) erzielte eine mittlere Bewertung ihrer kommunikativen Fähigkeiten von $M_{\text{Obs}}=2,68$ ($SD_{\text{Obs}}=0,63$). Die durchschnittliche Bewertung der Gruppe mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung liegt bei $M_{\text{Obs}}=2,53$ ($SD_{\text{Obs}}=0,41$). Beim Vergleich der beiden Gruppen ($t(22)=0,737$) kann eine leichte Tendenz, jedoch kein signifikanter Unterschied ($p=0,089$) bezüglich der Kommunikationsleistung aufgrund ihrer Berufserfahrung festgestellt werden.

5.4.1.2. Berufserfahrung und Wissensprüfung

Bei der Wissensprüfung erreichte die Gruppe mit weniger oder gleich fünf Jahren Berufserfahrung (n=11) durchschnittlich 9,18 Punkte ($SD=1,17$). Die andere Gruppe mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung (n=13) liegt im Durchschnitt bei 10,15 Punkten ($SD=2,03$). Der statistische Vergleich der beiden Gruppen mit $t(22)= -1,398$ zeigt keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des Ergebnisses ($p=0,176$).

5.4.2. Aphasiefortbildung

Leider können keine Gruppenunterschiede unter diesem Aspekt herausgestellt werden, da keiner der Probanden bisher an einer Aphasiefortbildung teilnahm (100%, n=24). Dementsprechend ist es nicht möglich, die Hypothesen H3 und H4 zu testen.

5.4.3. Berufsabschluss

Die folgende Grafik verdeutlicht die Häufigkeitsberechnung der Berufsabschlüsse der Physiotherapeuten. Im folgenden Abschnitt werden die Gruppenunterschiede dazu näher erläutert.

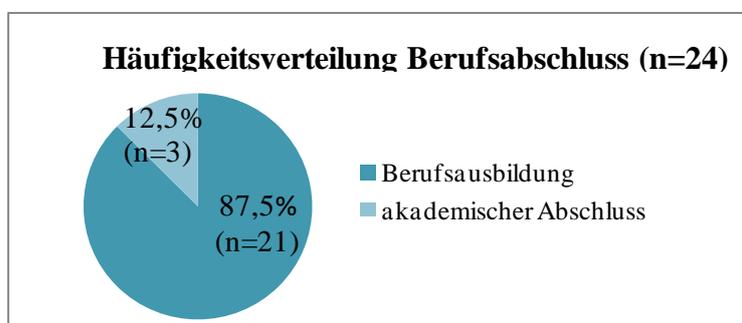


Abbildung 5.6: Häufigkeitsverteilung Berufsabschluss

5.4.3.1. Berufsabschluss und Kommunikation

In Bezug auf ihre kommunikativen Fähigkeiten erzielten die Physiotherapeuten mit einer Berufsausbildung eine durchschnittliche Bewertung von $M_{\text{Obs}}=2,56$ ($SD=0,47$). Hingegen erreichten die akademisierten Physiotherapeuten eine mittlere Bewertung von $M_{\text{Obs}}=2,9$ ($SD=0,78$).

Für $t(22)=-1,077$ konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden ($p=0,285$).

5.4.3.2. Berufsabschluss und Wissensprüfung

Die Physiotherapeuten mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung erreichten durchschnittlich $M=9,90$ Punkte ($SD=1,76$) in der Wissensprüfung. Dem gegenüber erhielten die akademisierten Physiotherapeuten einen mittleren Wert von $M=8,33$ Punkten ($SD=0,57$). Der T-Test zeigt mit $t(22)=1,511$ keinen signifikanten Unterschied ($p=0,145$) bezüglich ihres Wissens über Aphasie.

5.5. Vergleich zwischen Physiotherapeuten und Pflegepersonal

5.5.1. Vergleich der Kommunikation

Beim Vergleich der Ergebnisse der Kommunikationsleistung der Physiotherapeuten mit denen des Pflegepersonals werden pro Item, Kategorie und für die gesamte Kommunikation die durchschnittlichen Bewertungen beider Observatoren inklusive Standarddeviation gegenübergestellt, deren Differenz berechnet und auf Signifikanz überprüft. Zusätzlich werden mit Hilfe des Fisher's Z-Test die Korrelationen der Zielgruppen auf signifikante Unterschiede untersucht und der dazugehörige Wert (p) angegeben.

5.5.1.1. Auf Itemniveau

Die nachstehende Tabelle vergleicht die Kommunikationsweisen der Zielgruppen Physiotherapeuten und Pflegepersonal auf Itemniveau.

Bei näherer Betrachtung sind die zahlreichen negativen Differenzen (20 von 24 Items) auffällig, die für eine bessere Bewertung der Physiotherapeuten im Vergleich zum Pflegepersonal stehen, welche in 13 Fällen Signifikanz aufweisen. Beim Item „*Schreiben/ Zeichnen/ Zeigen*“ weist hingegen das Pflegepersonal mit mehr als einer halben Note eine bessere Leistung vor als die Physiotherapeuten. Dieser Unterschied ist mit $t(56)=2,834$, $p=0,0064^{**}$ hochsignifikant.

Table 5.5: Vergleich der Mittelwerte von Physiotherapeuten und Pflegepersonal auf Itemniveau; Vergleich der Korrelationen

Item	M.Obs. Physios	SD.Obs. Physios	M.Obs. Pflege	SD.Obs. Pflege	M.Differenz	RhoPhysio	RhoPflege	p
<i>Anpassung der Umgebung</i>								
Störungen vermeiden	2,08	1,35	2,82	1,55	-0,74	0,697	0,34	0,07
Für schmerzfreie Körperhaltung Sorgen	1,25	0,44	2,69	1,39	-1,44***	0,581	-0,28	0,0008***
<i>Begrüßen/ Verabschieden</i>								
Begrüßen	1,75	0,89	3,23	1,47	-1,48***	0,699	0,2	0,0002***
Grund für Kommen angeben	2,71	1,3	3,53	1,84	-0,87	0,279	0,31	0,03*
Verabschieden	1,95	0,8	3,85	1,77	-1,90***	0,333	0,41	0,75
<i>Sprecher</i>								
Sprechtempo anpassen	3,21	1,1	3,15	0,85	0,06	0,06	0,38	0,23
Lautstärke anpassen	1,78	0,59	2,18	0,81	-0,4	0,355	0,37	0,95
Wichtige Wörter betonen	2,54	0,59	3,66	0,96	-1,12***	0,021	0,23	0,45
Einfache Syntax verwenden	3,38	1,01	3,56	0,8	-0,18	0,065	0,29	0,41
Pausen setzen	2,41	0,65	3,45	0,91	-1,31***	0,067	0,41	0,19
Ja-/ Nein-Fragen stellen	2,38	0,7	3,6	1,35	-1,22***	0,296	0,16	0,61
Angemessenes Sprachniveau verwenden	2,33	0,64	2,12	0,66	0,21	0,381	0,21	0,5
Für Aufmerksamkeit sorgen	2,21	0,84	3,09	1,36	-0,85**	-0,64	0,26	0,08
<i>Zuhörer</i>								
Kommunikation unterstützen	3,29	0,91	5,58	0,84	-2,29***	0,477	15	0,19
Verbales Feedback geben	3,12	81	3,38	1,36	-0,26	0,367	30	0,78
Ins Wort fallen	2,87	1,01	2,68	1,08	0,19	0,489	11	0,13
Wörter aus dem Mund nehmen	2,99	1	3,2	1,28	-0,21	0,082	17	0,75
Rückmeldung über Verständlichkeit geben	3,19	0,89	4,29	1,28	-1,10***	0,67	11	0,01**
Nonverbale Signale benennen	3,25	0,84	4,49	1,41	-1,24***	0,394	-0,004	0,14
<i>Alternative und nonverbale Kommunikation</i>								
Mimik und Gestik einsetzen	3,33	1,01	3,54	1,12	-0,21	668	-0,12	0,001***
Schreiben/ Zeichnen/ Zeigen	4,15	1,21	3,53	1,35	0,62**	226	-0,24	0,09
Blickkontakt halten	1,83	0,76	3,1	1,19	-1,27***	568	12	0,06
Nonverbales Feedback geben	2,25	0,67	3,18	1,22	-0,93**	327	6	0,32
Interesse zeigen	2,25	0,67	2,99	1,26	-0,74*	367	13	0,37

***: $p \leq 0,001$
 **: $p \leq 0,01$
 *: $p \leq 0,05$

Die Korrelationen unterscheiden sich in den meisten Fällen nur gering. Bei den Items „Für schmerzfreie Körperhaltung sorgen“ ($Z=-3,37$, $p=0,0008***$), „Begrüßen“ ($Z=-3,78$, $p=0,0002***$) und „Mimik und Gestik einsetzen“ ($Z=-3,28$, $p=0,001***$) sind jedoch höchstsignifikante Unterschiede zu vermelden. Weitere Signifikanzen zwischen den Korrelationen zeigen die Items „Grund für Kommen angeben“ ($Z=-2,15$, $p=0,03*$), „Rückmeldung über Verständlichkeit“ ($Z=-2,48$, $p=0,01*$) angeben. Immerhin sind Tendenzen bei den Items „Störungen vermeiden“ ($Z=-1,8$, $p=0,07$), „Für Aufmerksamkeit sorgen“ ($Z=-1,74$, $p=0,08$), „Schreiben/ Zeichnen/ Zeigen“ ($Z=-1,68$, $p=0,09$), „Blickkontakt halten“ ($Z=-1,85$, $p=0,06$) zu erkennen.

Bei der Streuung auf Itemniveau sind in der Studie über das Pflegepersonal leicht breitere Streuungen zu verzeichnen als in der vorliegenden Studie über die Physiotherapeuten. Die Abweichung zwischen Spannweiten der Observatoren beträgt auf Itemniveau 0,56 Noten und bei den Selbsteinschätzungen 0,6 Noten. Das lässt einen möglichen Rückschluss auf eine strengere Bewertung der Observatoren aus der Studie von Fischer et al. (2009) zu.

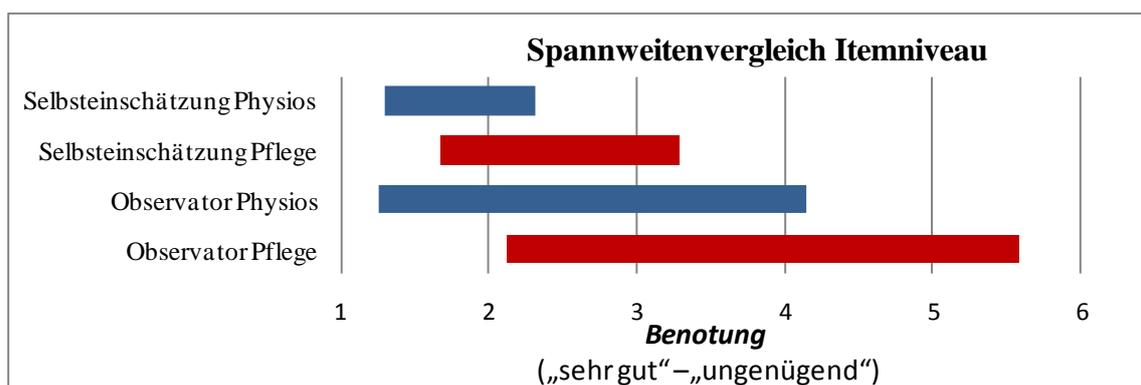


Abbildung 5.7: Spannweitenvergleich von Physiotherapeuten und Pflegepersonal auf Itemniveau

5.5.1.2. Kategorienniveau

Auf Kategorienniveau wird anhand der negativen Differenz eine durchgehend bessere Bewertung der Physiotherapeuten deutlich verglichen mit dem Pflegepersonal. Alle Differenzen zeigen eine Signifikanz, wovon in den drei Kategorien „Anpassung der Umgebung“ ($t(56)=4,673$, $p=0,000***$), „Begrüßung/ Verabschiedung“ ($t(56)=4,242$, $p=0,0001***$) und „Zuhörerfunktion“ ($t(56)=4,698$, $p=0,000***$) sind höchstsignifikante Unterschiede zu beobachten sind.

Die Korrelationen unterscheiden sich in zwei Fällen signifikant voneinander. Zum einen in der Kategorie „Zuhörerfunktion“ ($Z=-1,93$, $p=0,05*$) und zum anderen in der Kategorie „Alternative/ nonverbale Kommunikation“ ($Z=-1,99$, $p=0,046*$).

Tabelle 5.6: Vergleich der Mittelwerte von Physiotherapeuten und Pflegepersonal auf Kategorienniveau; Vergleich der Korrelationen

Kategorien	M _{Obs.} Physios	SD _{Obs.} Physios	M _{Obs.} Pflege	SD _{Obs.} Pflege	M _{Differenz}	r _p Physio	r _p Pflege	p
Anpassung der Umgebung	1,66	0,79	3,14	1,4	-1,48***	0,684	0,392	0,13
Begrüßung/ Verabschiedung	2,14	0,76	3,57	1,52	-1,43***	0,401	0,248	0,54
Sprecherfunktion	2,53	0,48	3,07	0,65	-0,54*	0,314	0,342	0,91
Zuhörerfunktion	3,12	0,77	4,37	1,13	-1,25***	0,579	0,115	0,05*
Alternative/ nonverbale Kommunikation	2,76	0,61	3,48	1,04	-0,72**	0,542	0,045	0,046*

***: $p \leq 0,001$

** : $p \leq 0,01$

* : $p \leq 0,05$

Nahezu gleiche Spannweiten zeigen sowohl die Observatoren ($R_{\text{Obs.Physio}} = 1,46$, $R_{\text{Obs.Pflege}} = 1,3$) als auch die beiden Zielgruppen ($R_{\text{Physio}} = 0,56$, $R_{\text{Pflege}} = 0,57$) auf Kategorienniveau.

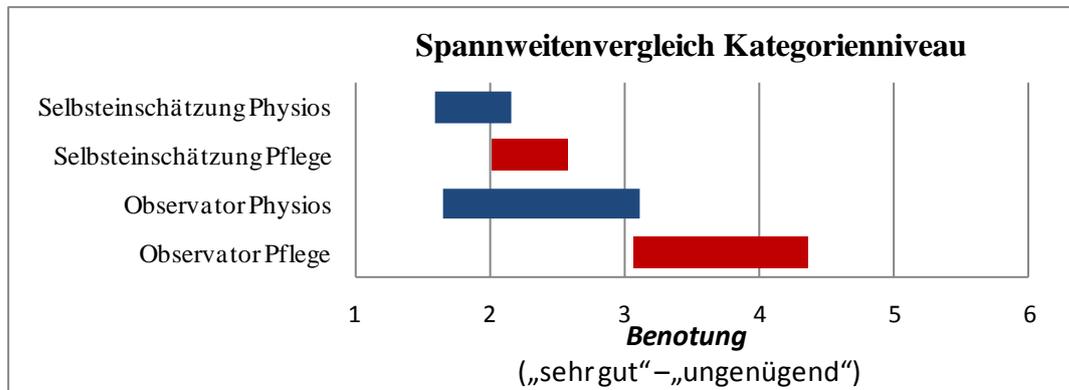


Abbildung 5.8: Spannweitenvergleich von Physiotherapeuten und Pflegepersonal auf Kategorienniveau

5.5.1.3. Gesamtes Formular

Die Physiotherapeuten sind in der Benotung der gesamten Kommunikation fast eine Note ($M_{\text{Differenz}} = -0,87$) besser als das Pflegepersonal. Dieser Unterschied ist mit $t(56) = 4,642$ und $p = 0,000^{***}$ höchstsignifikant. Die Korrelationen unterschieden sich nicht signifikant ($Z = 1,7$, $p = 0,1$).

Tabelle 5.7: Vergleich der Mittelwerte von Physiotherapeuten und Pflegepersonal bezogen auf das gesamte Formular; Vergleich der Korrelationen

	M Obs. Physios	SD Obs. Physios	M Obs. Pflege	SD Obs. Pflege	M Differenz	r pPhysio	r pPflege	p
Gesamte Kommunikation	2,6	0,51	3,47	0,81	-0,87***	0,611	0,226	0,1

***: $p \leq 0,001$
 **: $p \leq 0,01$
 *: $p \leq 0,05$

5.5.2. Abweichung zwischen den Observationen und der Selbsteinschätzung

Im Folgenden werden nun die Abweichungen zwischen den Observationen und der Selbsteinschätzung gezeigt. Eine negative Differenz bedeutet eine bessere Selbstreflexion seitens der Physiotherapeuten im Vergleich zum Pflegepersonal. Aufgrund fehlender Rohdaten von Fischer et al. (2009) konnte keine korrekte Abweichung zwischen den Physiotherapeuten und dem Pflegepersonal berechnet werden. Nun wurde eine alternative, nicht vollständig korrekte Darstellung der Abweichungen gewählt, um erste Tendenzen über das Reflexionsvermögen festzustellen. Dazu wurden die Mittelwerte der drei Niveaus gegenübergestellt und daraus die Abweichung errechnet.

5.5.2.1. Abweichungen auf Itemniveau

Die nachstehende Tabelle illustriert die Abweichungen zwischen den Selbsteinschätzungen der Physiotherapeuten und des Pflegepersonals.

Tabelle 5.8: Abweichungen Selbsteinschätzung von Physiotherapeuten und Pflegepersonal auf Itemniveau

Item	M _{Obs. Physios}	M _{Physios}	M _{Diff. Physio}	M _{Obs. Pflege}	M _{Pflege}	M _{Diff. Pflege}	Abweichung (M _{Diff. Physios} – M _{Diff. Pflege})
Anpassung der Umgebung							
Störungen vermeiden	2,08	1,91	0,17	2,82	2,36	0,46	-0,29
Für schmerzfreie Körperhaltung Sorgen	1,25	1,29	0,04	2,69	1,97	0,72	-0,68
Begrüßen/ Verabschieden							
Begrüßen	1,75	1,38	0,37	3,23	1,67	1,56	-1,19
Grund für Kommen angeben	2,71	2,13	0,58	3,53	2	1,53	-0,95
Verabschieden	1,95	1,67	0,28	3,85	2,29	1,56	-1,28
Sprecher							
Sprechtempo anpassen	3,21	2	1,21	3,15	2,47	0,68	0,53
Lautstärke anpassen	1,78	1,83	0,05	2,18	2,18	0	0,05
Wichtige Wörter betonen	2,54	2,21	0,33	3,66	2,82	0,84	-0,51
Einfache Syntax verwenden	3,38	2,08	1,3	3,56	2,5	1,06	0,24
Pausen setzen	2,41	1,91	0,5	3,45	2,81	0,64	-0,14
Ja-/ Nein-Fragen stellen	2,38	1,69	0,69	3,6	2,24	1,36	-0,67
Angemessenes Sprachniveau verwenden	2,33	1,75	0,58	2,12	1,94	0,18	0,4
Für Aufmerksamkeit sorgen	2,21	1,79	0,42	3,09	2,26	0,83	-0,41
Zuhörer							
Kommunikation unterstützen	3,29	2,22	1,07	5,58	3,19	2,39	-1,32
Verbales Feedback geben	3,12	2,29	0,83	3,38	2,47	0,91	-0,08
Ins Wort fallen	2,87	2,05	0,82	2,68	2,28	0,4	0,42
Wörter aus dem Mund nehmen	2,99	2,18	0,81	3,2	2,59	0,61	0,2
Rückmeldung über Verständlichkeit geben	3,19	1,98	1,21	4,29	2,41	1,88	-0,67
Nonverbale Signale benennen	3,25	2,25	1	4,49	2,46	2,03	-1,03
Alternative und nonverbale Kommunikation							
Mimik und Gestik einsetzen	3,33	1,79	1,54	3,54	2,47	1,07	0,47
Schreiben/ Zeichnen/ Zeigen	4,15	2,31	1,84	3,53	3,29	0,24	1,6
Blickkontakt halten	1,83	1,54	0,29	3,1	2,3	0,8	-0,51
Nonverbales Feedback geben	2,25	1,5	0,75	3,18	2,42	0,76	-0,01
Interesse zeigen	2,25	1,54	0,71	2,99	2,41	0,58	0,13

Offensichtlich sind die überwiegenden negativen Differenzen (15 von 24 Items) als eine schlechtere Reflexionsleistung des Pflegepersonals zu deuten. Diese weichen in 10 Fällen um mehr als eine halbe Note ($\geq 0,5$) schlechter von der Reflexion der Physiotherapeuten ab. Die größte negative Differenz lag mit -1,32 Noten beim Item „Kommunikation unterstützen“. Bei den 9 positiven Differenzen, die dementsprechend für eine bessere Selbstreflexion des Pflegepersonals stehen,

zeigen nur 2 Items einen Unterschied von mehr einer halbe Note ($\geq 0,5$). Das Item „*Schreiben/ Zeichnen/ Zeigen*“ mit mehr 1,6 Noten Differenz zeigt die schlechteste Reflexionsleistung der Physiotherapeuten. Beim „*Nonverbale[m] Feedback geben*“ glichen sich die Reflexionsleistungen beider Gruppen mit -0,01 Noten Abweichung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Physiotherapeuten ihre kommunikativen Fähigkeiten insgesamt besser einschätzten als das Pflegepersonal. Diese Resultate sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten, da bei den beiden Studien verschiedene Observatoren bewerteten. Die Diskrepanzen könnten daraus entstanden sein.

5.5.2.2. Abweichungen auf Kategorienniveau

Auf Kategorienniveau wird durch die negativen Differenzen in vier von fünf Fällen die bessere Selbstreflexion im Vergleich zum Pflegepersonal deutlich. In den Kategorien „*Anpassung der Umgebung*“, „*Begrüßung/ Verabschiedung*“ und „*Zuhörer*“ unterscheiden sich die Reflexionen um rund eine Note zugunsten der Physiotherapeuten. In den anderen Kategorien geht die Abweichung Richtung Null.

Table 5.9: Abweichungen Selbsteinschätzung von Physiotherapeuten und Pflegepersonal auf Kategorienniveau

Kategorie	M _{Obs. Physios}	M _{Physios}	M _{Diff. Physio}	M _{Obs. Pflege}	M _{Pflege}	M _{Diff. Pflege}	Abweichung (M _{Diff. Physios} – M _{Diff. Pflege})
Anpassung der Umgebung	1,66	1,6	0,06	3,14	2,09	1,05	-0,99
Begrüßung/ Verabschiedung	2,14	1,72	0,42	3,57	2,01	1,56	-1,14
Sprecher	2,53	1,9	0,63	3,07	2,4	0,67	-0,04
Zuhörer	3,12	2,16	0,96	4,37	2,58	1,79	-0,83
Alternative/ nonverbale Kommunikation	2,76	1,73	1,03	3,48	2,48	1	0,03

5.5.2.3. Abweichungen bezogen auf das gesamte Formular

Die Physiotherapeuten und das Pflegepersonal unterscheiden sich in ihrer Reflexionsleistung bezogen auf das gesamte Formular kaum, mit weniger als einer halben Note (-0,39). Hierbei reflektierten die Physiotherapeuten geringfügig besser.

Table 5.10: Abweichungen Selbsteinschätzung von Physiotherapeuten und Pflegepersonal in der gesamte Kommunikation

	M _{Obs.} Physios	M _{physios}	M _{Diff.} Physio	M _{Obs.} Pfleger	M _{Pflege}	M _{Diff.} Pfleger	Abweichung (M _{Diff.} Physios – M _{Diff.} Pflege)
Gesamte Kommunikation	2,6	1,88	0,72	3,47	2,36	1,11	-0,39

5.5.3. Vergleich der Wissensprüfung

Zuletzt wird ein Vergleich zwischen den Resultaten der Physiotherapeuten mit denen des Pflegepersonals vorgenommen. Die vorliegende Grafik verdeutlicht die richtig beantworteten Fragen der beiden Zielgruppen in Prozent.

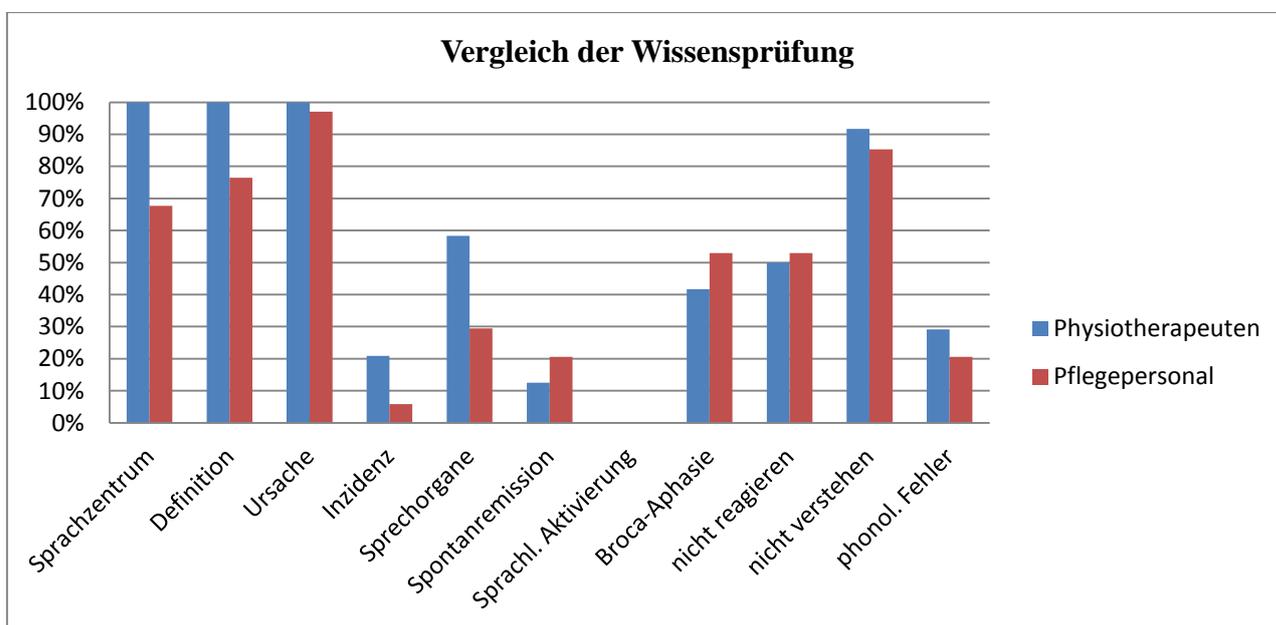


Abbildung 5.9: Vergleich der Wissensprüfung zwischen Physiotherapeuten und Pflegepersonal

Durchschnittlich liegt die erreichte Punktzahl der Physiotherapeuten in der Wissensprüfung bei 9,71 Punkten (SD 1,73), was in Noten „befriedigend (-)“ bis „ausreichend (+)“ bedeutet. Folglich sind sie signifikant besser als das Pflegepersonal, welches im Mittelwert 8,74 Punkte (SD=1,83) erzielte, $t(56)=1,977$, $p=0,05^*$. Insofern ist sowohl der Modus bei beiden Zielgruppen gleich ($X_{Mod}=10$), aber der Median bei den Physiotherapeuten höher ($X_{Med}=10$) als beim Pflegepersonal ($X_{Med}=9$). Bei näherer Betrachtung wird deutlich, dass die Physiotherapeuten bei Frage 7 ebenso schlecht abschnitten wie das Pflegepersonal. Das Pflegepersonal nannte immerhin bei drei Fragen („Spontanremission“, „Broca-Aphasie“, „nicht reagieren“) mehr korrekte Antworten.

Betrachtet man außerdem Frage 10, wobei bis zu fünf mögliche Punkte erreicht werden konnten, stellt man fest, dass sich die Mittelwerte beinahe gleichen, $M_{\text{Pflege}}=3,65$ ($SD_{\text{Pflege}}=0,92$), $M_{\text{Physio}}= 3,63$ ($SD_{\text{Physio}}=0,64$). Das lässt sich auch statistische wiedergeben: $t(56)=0,921$, $p=0,926$. Die folgende Tabelle visualisiert den Vergleich.

Table 5.11: Häufigkeitsverteilung in Prozentangaben

Anzahl richtiger Antworten	Physiotherapeuten (n=24)	Pflegepersonal (n=34)
1 richtige Antwort	0%	3%
2 richtige Antworten	4,20%	8,90%
3 richtige Antworten	33,30%	20,60%
4 richtige Antworten	58,30%	55,90%
5 richtige Antworten	4,20%	11,80%

5.6. Qualitative Ergebnisse

Neben den Auswertungen wurden qualitative Erkenntnisse innerhalb und außerhalb der Observationen festgehalten, um die quantitativen Resultate zu ergänzen. Im Folgenden wird eine Zusammenfassung der qualitativen Informationen aufgeführt, wobei notierte Zitate wiedergegeben werden. Direkt im Anschluss wird der Vergleich mit dem Pflegepersonal (Fischer et. al, 2009) vorgenommen.

Bei der Auswahl der geeigneten Patienten stellte sich heraus, dass die Physiotherapeuten insgesamt zufriedenstellend über das Krankheitsbild ihrer Patienten informiert waren und oftmals spontan benennen konnten, welcher Patient unter einer Aphasie litt. Damit unterschieden die Physiotherapeuten sich deutlich zum Pflegepersonal, denn das konnte meist keine Auskunft über das Krankheitsbild des Patienten erteilen. Bei genauerer Nachfrage, um welche Symptome es sich bei der Aphasie des Patienten handelte, stellte sich heraus, dass die Physiotherapeuten oft verunsichert waren und veraltete Begriffe, wie „sensorische“ und „motorische“ Aphasie verwendeten oder nur vage Beschreibungen über die Aphasie geben konnten: „*Er spricht abgehakt*“. Dabei war die Differenzierung zwischen einer motorischen Aphasie zu einer Sprechapraxie und Dysarthrie nicht immer deutlich: „*Ich habe es so gelernt, wenn auch das Sprechen gestört ist, dass es zu einer motorischen Aphasie gehört.*“. Handelte es sich um eine äußerst schwere Form der Aphasie ohne jegliche Sprachäußerungen, verwendeten die Physiotherapeuten auch den Begriff der „*globalen Aphasie*“ und konnten die Störung etwas näher beschreiben „*Er hat so gut wie kein Sprachverständnis und kann auch nichts sagen.*“ Die

Physiotherapeuten waren sich im Gegensatz zum Pflegepersonal sehr darüber im Klaren, dass eine Aphasie eine Störung mehrerer Modalitäten umfasst und nicht alleine die Einschränkung der Expressivität ausschlaggebend sei. Beim Pflegepersonal kam es zu schweren Fehleinschätzungen, wobei beispielsweise ein Patient mit einer Trachealkanüle als Aphasiker bezeichnet wurde, weil er nicht sprechen konnte.

Während der Therapie wurden die Patienten gut in die physiotherapeutische Behandlung integriert und das Vorhaben sprachlich begleitet. Es wurde auch darauf geachtet, *mit* dem Patienten zu sprechen und nicht *über* ihn. Musste der Patient, beispielsweise für das Sitzen im Rollstuhl, eingekleidet werden, wurde er bei der Wahl der Kleidungsstücke integriert. Die Absprachen, die die Physiotherapeuten in Gegenwart des Patienten trafen, umfassten lediglich das therapeutische Vorgehen. Die Resultate von Fischer und Kollegen (2009) zeigen, dass das Pflegepersonal die Integration des Patienten vernachlässigt und mehr über den Patienten als mit ihm gesprochen und auch in Entscheidungen wurde er weniger involviert. Insgesamt war also die Integration des Patienten in die Behandlung der Physiotherapeuten sehr positiv. Seine Autonomie wurde durch das Einbeziehen in Entscheidungen gefördert und es wurde stets mit dem Patienten kommuniziert.

Die Kommunikation der Physiotherapeuten gestaltete sich bei Menschen mit einer mittelschweren bis schweren Aphasie in der Regel schwieriger als bei leicht Betroffenen, so wie es Fischer et al. (2009) auch in ihrer Studie bei dem Pflegepersonal beobachten konnten. Bei Patienten mit einer mittelschweren bis schweren Aphasie, die sich sprachlich mitteilen wollten, waren bei den Physiotherapeuten verunsicherte Gesichtsausdrücke zu beobachten, die wie eine Form der Hilflosigkeit wirkten. Teilweise wurde die Observatorin zur Hilfe in die Konversation einbezogen: „*Kannst du verstehen, was er sagen möchte?*“. Die Physiotherapeuten wussten in diesem Moment oftmals nicht, wie die Äußerungen des Patienten mit Hilfe von anderen Kommunikationsmitteln unterstützt werden konnte.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Physiotherapeuten Defizite im Wissen über Aphasie aufweisen und Unsicherheiten im Umgang mit mittelschwer bis schweren Aphasikern zeigen. Trotzdem ist die Kommunikation mit dem Patienten während der Behandlung als recht zufriedenstellend zu bewerten. Im Gegensatz zum Pflegepersonal sind die qualitativen Ergebnisse der Physiotherapeuten deutlich besser, was die bisher festgehaltenen quantitativen Resultate unterstreicht.

6. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie diskutiert und zu den aufgestellten Arbeitshypothesen Stellung genommen. Diese werden zugleich auf fachliche Literatur bezogen, die neu gewonnen Erkenntnisse herausgearbeitet und Konsequenzen für die klinische Relevanz gezogen. Es erfolgen die Besprechung der methodischen Schwächen und die Formulierung möglicher Folgestudien. Am Ende wird die Schlussfolgerung wiedergegeben.

6.1. Diskussion der Ergebnisse beziehend auf fachliche Literatur

Das Ziel der vorliegenden Studie bestand in der genauen Betrachtung der Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Menschen mit einer akuten Aphasie auf neurologischen Stationen in Nordrhein-Westfalen. Ebenfalls sollte festgestellt werden, wie die Physiotherapeuten ihr kommunikatives Verhalten selber einschätzen und über welches Fachwissen sie bezüglich Aphasie und Kommunikation verfügen. Diese drei Aspekte wurden miteinander in Verbindung gesetzt. Darüber hinaus fand ein Vergleich zur Zielgruppe „Pflegepersonal“ von Fischer et al. (2009) statt, in denen die Kommunikationsweisen, Selbstreflexionen und Wissensstände über Aphasie miteinander abgewägt wurden.

6.1.1. Kommunikative Fähigkeiten

Insgesamt wurden die kommunikativen Fähigkeiten der Physiotherapeuten mit der Note „befriedigend (+)“ ($\approx 2,7$) beurteilt. Selber schätzten sie sich mit „gut (+)“ ($\approx 1,9$) um fast eine Note besser ein.

Die schlechteste Note vergaben beide Parteien für das Item „*Schreiben/ Zeichnen/ Zeigen*“. Hier wurde aufgrund von fast zwei Noten Unterschied eine deutliche Diskrepanz in der Bewertung sichtbar. Diese Selbstüberschätzung spiegelte sich bei 71% der Items in einem signifikanten Unterschied wieder. Das Phänomen der Selbstüberschätzung, auch „Dunning-Kruger-Effekt“ (Dunning/ Kruger, 1999) genannt, wurde bereits 1999 beobachtet. In vier angelegten Studien stellten Dunning und Kruger (1999) fest, dass Menschen nicht nur einen Hang zur Selbstüberschätzung ihrer Fähigkeiten haben, sondern auch dazu neigen, sich auch als überdurchschnittlich gut einzuschätzen. Mangelnde metakognitive Fähigkeiten zur Selbstreflexion liegen hier zugrunde (Dunning/ Kruger, 1999). Die überwiegend geringen Korrelationswerte

unterstreichen, dass die Ergebnisse des Observators und der Probanden nur gering im Zusammenhang stehen.

Die Zuhörerfähigkeiten zeigten mit einem durchschnittlichen „befriedigend“ die negativsten Bewertungen. Diese Ergebnisse unterstützen die Ansichtsweisen von Schlaganfallpatienten, die ihren Wunsch nach größeren Zuhörerfertigkeiten äußerten (Sabari et al., 2000).

Zwar wurden vermehrt Versuche wahrgenommen, die Mitteilungen der Patienten zu unterstützen, jedoch fehlte ihnen die nötige Kenntnis über Strategien und Hilfsmittel („*Mimik und Gestik einsetzen*“, „*Schreiben/ Zeichnen/ Zeigen*“), um hierbei effektive Hilfestellung zu leisten. Stattdessen wurde dem Patienten „*ins Wort [ge]fallen*“ und ihm die „*Wörter aus dem Mund [genommen]*“, um seine Kommunikationsversuche wahrzunehmen. Jedoch hemmen diese Maßnahmen das Selbstwertgefühl des Patienten im massiven Maße:

“Well, they talk with me and wait for an answer...when I cannot...some of them will not wait for me, so they fill in my reply, which makes me feel foolish.”(Andersson/ Fridlund, 2002).

Bei undeutlichen Aussagen wurde der Patient oft fragend angeschaut und keine weitere Rückmeldung über seine Unverständlichkeit gegeben, wodurch auch Unsicherheiten seitens des Patienten entstehen konnten (Andersson/ Fridlund, 2002).

Der Versuch, die Gefühle der Patienten zu spiegeln war vorhanden, jedoch wurden die nonverbalen Signale vom Physiotherapeuten nicht benannt, sondern unmittelbar interpretiert. Indem sie die Vermutungen nicht auf ihre Gültigkeit überprüften, konnten falsche Annahmen bezüglich des Gemütszustandes des Patienten Zustandekommen. Der Patient hätte somit falsch verstanden werden können (Andersson/ Fridlund, 2002).

Die durchschnittlich befriedigende Leistung lässt darauf schließen, dass die Physiotherapeuten sich ihrer Rolle als Zuhörer zwar bewusst waren, aber die nötigen Fähigkeiten zu einer letztendlich effektiven Verständigung mit aphasischen Menschen nicht ausreichten. Diese Defizite waren für die Physiotherapeuten selbst nicht zu erkennen, da sie sich mit rund einer Note Unterschied konsequent besser einschätzten. Die fehlenden Fachkenntnisse und die ausbleibende Einsicht hatte Auswirkungen auf ihr Handeln, da sie nicht in der Lage waren ihr Verhalten entsprechend anzupassen (Tacke, 1999, O’Halloran et al., 2011).

In ihrer Sprecherfunktion erreichten die Physiotherapeuten mit einem durchschnittlichen „gut (-)“ bessere Leistungen als in ihren Zuhörerfähigkeiten. Sie konnten die Lautstärke gut an die

Hörleistung des Patienten anpassen, wodurch mangelndes Verständnis nicht durch auditive Barrieren zustande kommen konnte. Die Mitteilungen wurden von den Physiotherapeuten gut intoniert, besonders bei Anweisungen an den Patienten, wie folgendes Beispiel verdeutlicht: „Heben Sie jetzt bitte das linke Bein hoch!“. Sie stellten regelmäßig geschlossene Fragen, um Informationen zu gewinnen und abzusichern. Sie gaben dem Patienten ausreichend Zeit, um verbale Informationen zu verarbeiten und Antwort zu geben. Durch ein angemessenes Sprachniveau verdeutlichten die Therapeuten, dass sie den Patienten trotz seiner großen Hilfebedürftigkeit als eigenständigen Menschen angesehen haben und ihm respektvoll gegenüber treten sind (Balsis/ Carpenter, 2006).

Negativ anzumerken ist ihr Sprechtempo und die Syntaxstruktur ihrer Aussagen. Ihr Sprechtempo war zu hoch, ihre Aussagen oft zu komplex und der Einsatz alternativer Strategien oder vermehrter Mimik und Gestik blieb aus, wodurch essentielle Barrieren zur effektiven Kommunikation zustande kamen (O'Halloran et al., 2011).

In der ICF werden die „*individuelle[n] Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe*“ (WHO, 2005) als Umweltfaktoren definiert, die Auswirkungen auf den Genesungsprozess des Patienten haben können und dessen Autonomie beeinflusst (Proot et al., 2000). Anhand verschiedener Aspekte darf den Physiotherapeuten eine offene und positive Attitüde gegenüber dem Patienten zugesprochen werden. Mit dem Anpassen der Umgebung wurde deutlich, dass die Physiotherapeuten sich über die Bedeutsamkeit von intakter Kommunikation im Klaren waren und die grundsätzlichen Voraussetzungen dafür schaffen konnten. Zum anderen wurde stets Wert auf eine persönliche Kontaktaufnahme gelegt und dem Patienten durch Zugewandtheit und intaktem Blickkontakt Interesse an seiner Gefühlswelt vermittelt. Zudem wurde er stets gut in den Therapieprozess integriert. Demzufolge fühlte sich der Patient als vollständiger Mensch wahrgenommen und konnte Vertrauen zu den Therapeuten entwickeln, wodurch die Therapeut-Patienten-Beziehung gestärkt wurde. Dies führt zur Verbesserung der Partizipation und Compliance, somit auch zum besseren Therapieerfolg (Hall, 2010). Die Resultate dieser Studie bestätigen die von Physiotherapeuten als wichtig formulierten Faktoren in der Interaktion mit Patienten (Gyllensten et al. 1999) und stützen die Resultate der Studie von O'Halloran et al. (2011):

„I try to have what I call a communicational-medical attitude. Besides the medical component, the basis is the dialoge between the patient and myself. Important ingredients are empathy, reverence, humility, engagement, participation.“ (Gyllensten et al. 1999)

6.1.2. Fachkenntnisse über Aphasie und Kommunikation

Das Wissen der Physiotherapeuten über die Störung Aphasie und der adäquaten Kommunikationsweise ist insgesamt mit einem „befriedigend (-)“ bis „ausreichend (+)“ zu bewerten. Vor allem das Grundwissen wie Definition, Lokalisation und Ursache wurde sicher beherrscht, da diese Inhalte anscheinend im Rahmen der Ausbildung vermittelt wurden (Ausbildungsrichtlinien Physiotherapieschulen NRW, 2005). Unsicherheiten waren in der Bezeichnung der Aphasiesymptomatik sowie in der Differenzierung zu anderen neurologischen Störungen wie beispielsweise einer Dysathrie oder Sprechapraxie festzustellen. Auch die Annahme, dass die sprachliche Aktivierung während der intensivmedizinischen Versorgung empfehlenswert sei, zeigt, dass wenig über die pathologischen Prozesse im Gehirn bekannt ist, die nach einem Schlaganfall auftreten können und eine gezielte sprachliche Aktivierung kontraindizieren. Geht es um das Verständnis zur adäquaten Kommunikationsweise mit aphasischen Menschen, zeigten sich deutliche Wissenslücken. Lediglich bei angemessener Reaktion auf unverständliche Äußerungen des Patienten konnten die meisten Physiotherapeuten die richtige Antwort geben.

Bei der Frage *„Was können Sie tun, um die Kommunikation für den Aphasiepatienten zu erleichtern?“* konnten über die Hälfte der Physiotherapeuten vier oder mehr richtige Antworten geben. Bezieht man dieses Ergebnis nun auf die Erkenntnisse aus der Observation, lassen sich deutliche Diskrepanzen aufweisen, die darauf schließen lassen, dass die Physiotherapeuten unzureichend in der Lage waren, ihre Fachkenntnisse in ihrem Handeln umzusetzen, was die schwache Korrelation zwischen der Wissensprüfung und der Kommunikation widerspiegelt. Sie waren sich darüber bewusst, dass der Einsatz von Mimik und Gestik, sowie einfachen geformten Sätzen und einer langsamen Sprechweise fördernd für die Kommunikation mit aphasischen Patienten waren. Jedoch zeigen die negativen Bewertungen des Observators, dass sie ihr Wissen nicht praktisch umsetzen konnten. Auch die Hinzunahme von Gegenständen war eine häufig korrekt gegebene Antwort und kann im Observationsformular als Item *„Kommunikation unterstützen“* wiedergespiegelt werden. Dort hingegen zeigten sich eher negative Tendenzen in den Benotungen. Lediglich das Betonen von einzelnen Wörtern zeigten die Physiotherapeuten vermehrt im Umgang mit akut aphasischen Menschen. Das gaben sie auch bei der Frage zehn als korrekte Antwort sehr häufig an.

Die Resultate des Tests zeigen sowohl gute Ansätze als auch Defizite in den Grundkenntnissen und ein gemischtes Bild in den Fragen zur Kommunikation mit Aphasikern. Durch fehlendes Wissen war es für die Physiotherapeuten nicht möglich, eine Verhaltensanpassung vorzunehmen, die

förderlich für die Kommunikation und Partizipation des Patienten wäre (Tacke, 1999, O'Halloran et al., 2011). Aber auch die richtig gegebenen Antworten der Frage zehn lassen sich ungenügend in der Kommunikationsweise widerspiegeln, was auf unzureichende Transferleistung und praktische Umsetzung schließen lässt. Mögliche Erklärungen für diese Defizite ist die mangelnde Integration kommunikativer Kompetenzen in das Ausbildungscurriculum (Parry et al., 2009) oder auch ein unzureichendes Angebot von Weiterbildungen. Ebenfalls kann auch mangelndes Interesse seitens der Physiotherapeuten in Betracht gezogen werden, da Aphasie oft als logopädisches Störungsbild angesehen wird ohne die ganzheitliche Behandlung, gemäß der ICF, zu berücksichtigen.

6.1.3. Gruppenunterschiede

Gruppenunterschiede unter den Physiotherapeuten konnten nicht beobachtet werden.

Die Physiotherapeuten mit mehr als 5 Jahren Berufserfahrung konnten mit einer leichten Tendenz bessere Kommunikationsleistung erzielen als ihre Kollegen mit weniger als 5 Jahren Erfahrung, jedoch war darin keine Signifikanz zu erkennen. Demnach konnte die Hypothese H1: *„Je mehr Berufserfahrung die Physiotherapeuten haben, desto positiver werden die kommunikativen Fähigkeiten durch den Observator beurteilt.“* und auch die Hypothese H2: *„Je mehr Berufserfahrung die Physiotherapeuten haben, desto höher sind ihre erreichten Punkte im Wissenstest.“* nicht bestätigt werden.

Da keiner der Probanden aus dieser Stichprobe eine Aphasiefortbildung besuchte, konnten Gruppenunterschiede diesbezüglich nicht getestet werden. Also bleiben die Hypothesen H3 *„Wenn die Physiotherapeuten eine Aphasiefortbildung absolviert haben, dann werden ihre kommunikativen Fähigkeiten bei den Observationen besser beurteilt.“* und H4 *„Wenn die Physiotherapeuten eine Aphasiefortbildung absolviert haben, erreichen sie eine höhere Punktzahl beim Wissenstest.“* offen.

Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis kann ein mangelndes Fortbildungsangebot zum Thema Kommunikation mit Aphasikern sein oder ungenügend Interesse seitens der Therapeuten sich auf diesem Gebiet zu schulen.

Bei der Einteilung der Gruppen in Berufsabschluss fiel auf, dass nur 3 von 24 Physiotherapeuten, also 12,5%, einen akademischen Abschluss besaßen. Die vorliegende Stichprobe liegt somit über den nationalen Vergleich, der besagt, dass nur 1-2% der Physiotherapeuten in Deutschland akademisiert sind (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2012). Damit liegt Deutschland im internationalen Vergleich weit hinten, denn in anderen europäischen Ländern, wie beispielsweise

den Niederlanden, ist die Akademisierung der Therapeutenberufe bereits vollständig implementiert (Deutscher Verband für Physiotherapie, 2014). In Anbetracht ihrer Kommunikationsleistung und den Fachkenntnissen über Aphasie wurden keine Unterschiede zwischen den akademisierten Physiotherapeuten und denen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung festgestellt. Folglich konnten die Hypothesen H5: „*Je höher der Berufsabschluss der Physiotherapeuten, desto positiver werden ihre kommunikativen Fähigkeiten durch den Observator beurteilt.*“ sowie H6: „*Je höher der Berufsabschluss der Physiotherapeuten, desto höher sind ihre Punkte im Wissenstest.*“ nicht bestätigt werden. Dies zeigt, dass sowohl in der Ausbildung als auch auf Hochschulniveau der Umgang mit Menschen mit einer Aphasie sowie fundierte Fachkenntnisse über dieses Thema unzureichend angelernt werden.

6.2. Vergleich zwischen Physiotherapeuten und Pflegepersonal (Fisher et al. 2009)

In diesem Abschnitt werden die Differenzen zwischen den Physiotherapeuten und dem Pflegepersonal in der Kommunikationsweise, Selbstreflexion und den Fachkenntnissen über Aphasie herausgestellt.

6.2.1. Kommunikativen Fähigkeiten

Insgesamt zeigten die Physiotherapeuten ein zufriedenstellendes Ergebnis in ihren kommunikativen Fähigkeiten, während das Pflegepersonal schlechtere Leistungen aufwies.

Die „*Anpassung der Umgebung*“ wurde von den Physiotherapeuten besser umgesetzt als vom Pflegepersonal. Vor allem wurde nach jeder Therapieeinheit der Patient von den Physiotherapeuten immer in eine schmerzfreie Körperposition gebracht und sich mehrmals versichert, ob die Position für ihn angenehm ist. Das Pflegepersonal legte darauf weniger Wert, was möglicherweise großem Zeit- und Arbeitsdruck zu Schulden sein könnte (Duffield et al., 2011).

Im Gegensatz zum Pflegepersonal achteten die Physiotherapeuten auf eine persönliche Kontaktaufnahme mit dem Patienten, was die Bewertungen der Kategorie „*Begrüßen/ Verabschieden*“ verdeutlichten. Fehlen diese Eigenschaften, wie es beim Pflegepersonal häufig vorkam, dann fühlt sich der Patient nicht respektiert und ihm wird mangelndes Interesse an seiner Person signalisiert. Das hat letztendlich eine negative Beziehung zum Patienten zur Folge, was sich wiederum schlecht auf den Gesundheitsprozess des Patienten auswirkt (Hall, 2010).

In Ihrer Funktion als „*Sprecher*“ erfüllten die Physiotherapeuten ihre Aufgabe insgesamt besser als das Pflegepersonal. Parallelen sind in der Bewertung des Sprechtempos und der Syntaxstruktur

ihrer Mitteilungen zu erkennen. Beide Gruppen formten ihre Aussagen oftmals zu komplex und sprachen zu schnell mit dem Patienten, was auf ein mangelndes Bewusstsein für die Störung Aphasie schließen lässt. Gut anzumerken war das „*angemessene Sprachniveau*“ beider Seiten, was dem Patienten trotz seiner Hilfebedürftigkeit Respekt vermittelte (Balsis/ Carpenter, 2006). Die Physiotherapeuten konnten im Vergleich zum Pflegepersonal ihre Aussagen besser betonen. Sie setzten wesentlich öfter Pausen, um dem Patienten die nötige Zeit zu geben, die erlangten Informationen zu verarbeiten. Das Pflegepersonal gab dem Patienten diese Zeit nicht, wodurch er sich übergangen und nicht verstanden gefühlt haben könnte. Ein möglicher Grund dafür wäre die hohe Arbeitsbelastung und der Zeitdruck. Durch regelmäßiges Ja/Nein-Fragen erlangten die Physiotherapeuten wichtige Informationen und konnten diese absichern. Dem Pflegepersonal fehlte diese Eigenschaft, wodurch sie weniger Einsicht in den Gesundheitszustand des Patienten erhielten. In den „*Zuhörerfähigkeiten*“ ist Verbesserungsbedarf beider Gruppen zu sehen. Dennoch schnitten die Physiotherapeuten in der Hälfte der Items besser ab als das Pflegepersonal. Sie unternahmen wesentlich mehr Versuche die Kommunikation des Patienten zu unterstützen und benannten die nonverbalen Signale häufiger. Dem Patienten wurde öfter Rückmeldung über seine Verständlichkeit gegeben. Diese Rückschlüsse sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten, denn die besseren Benotungen der Physiotherapeuten befinden sich im Bereich „*befriedigend*“ bis „*befriedigend (-)*“, was trotz des Unterschieds zum Pflegepersonal auf starken Optimalisierungsbedarf hindeutet. Bei näherer Betrachtung der Kategorie „*alternative und nonverbale Kommunikation*“ wird deutlich, dass beide Gruppen gleich negativ in der Verwendung von Mimik und Gestik abschnitten. Hingegen wurden alternative Kommunikationsstrategien wie „*Schreiben/ Zeichnen/ Zeigen*“ öfter vom Pflegepersonal angewendet als von den Physiotherapeuten. Jedoch hielten die Physiotherapeuten im Gegensatz zum Pflegepersonal während der Therapie Blickkontakt zum Patienten aufrecht, gaben regelmäßig nonverbales Feedback und signalisierten ihm deutlicheres Interesse an seiner Gefühlswelt. In der gesamten Kommunikation und auf Kategorienniveau ist durchgehend eine bessere Leistung der Physiotherapeuten sichtbar, während auf Itemniveau ebenso gleiche oder teilweise bessere Resultate des Pflegepersonals festgehalten wurden. Die Hypothese H7: „*Die kommunikativen Fähigkeiten der Physiotherapeuten werden besser beurteilt als die des Pflegepersonals.*“ gilt daher als teilweise bestätigt.

6.2.1.1. Interpretation kommunikativer Fähigkeiten

Der Unterschied zwischen den kommunikativen Fähigkeiten der Physiotherapeuten zu denen des Pflegepersonals liegt möglicherweise verschiedenen Einflussfaktoren zugrunde, die im Folgenden näher erörtert werden.

6.2.1.1.1. Zeit und Arbeitsbelastung

Während die Physiotherapeuten sich in der Regel während einer 30-Minütigen Therapieeinheit konsequent mit einem Patienten befassen, fand die Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und den Patienten in kurzen Intervallen statt. Ihnen stand nicht genügend Zeit für den Patienten zur Verfügung, um individuell auf seine Bedürfnisse einzugehen. Zudem wird der Arbeitsdruck als massiv empfunden. Diese Faktoren wurden in Studien von Hemsley et al. (2011) und Park und Song (2005) als wichtige Barrieren zur effektiven Kommunikationsgestaltung betrachtet. Beim Vergleich des Arbeitsdrucks der Physiotherapeuten und des Pflegepersonals werden große Diskrepanzen deutlich, die letztlich ausschlaggebend für die festgestellten Unterschiede in der Kommunikationsleistung sein könnten. Laut einer amerikanischen Umfrage (n=882) bewerten die Physiotherapeuten ihr Arbeitsumfeld insgesamt als sehr positiv und stufen die Arbeitsanforderungen als moderat ein. Zudem verfügen sie über ein hohes Maß an Entscheidungsfreiheit in der Strukturierung ihrer Arbeit und im Patientenprozess (Campo et al., 2009). Beim Pflegepersonal hingegen sorgt vermehrter Stellenabbau und unzureichende Organisation für eine hohe Mehrbelastung und damit letztendlich zu berufsbedingten Krankheiten wie muskuloskelettale Erkrankungen oder Burnout (Van Bogaert et al., 2013). Eine Umfrage in den USA (n=1163) verdeutlicht, dass nur ein Viertel des Pflegepersonals einen zufriedenstellenden Job ausübt (Lipscomb et al., 2004). Dieses alarmierende Ergebnis repräsentiert die Überbelastung, was letztendlich zu mangelnder Qualität in der Patientenversorgung führt (Duffield et al., 2011), worunter auch die Kommunikation leidet (Hemsley et al., 2011, Fischer et al., 2009, Park/ Song, 2005).

Bezieht man diese Erkenntnisse auf die vorliegende Studie, lassen sich Zusammenhänge zwischen der Arbeitsbelastung und der Kommunikationsweise mit dem Patienten widerspiegeln. Die Physiotherapeuten, die im Allgemeinen zufrieden sind mit ihrem Arbeitsplatz und der Belastung, zeigen bessere Kommunikationsleistungen als das Pflegepersonal, welches unter massiven arbeitsbedingtem Stress steht. Da es sich hierbei um eine Annahme handelt, sind weitere Studien notwendig, um diese Behauptung zu stützen.

6.2.1.1.2. Attitüde

Die Sprech- und Umgangsweise des Physiotherapeuten bzw. des Pflegepersonals verrät zugleich etwas über ihre grundlegende Haltung zum Patienten (O'Halloran et al., 2011). In der ICF ist die „*individuelle Einstellung von Fachleuten der Gesundheitsberufe*“ als Umweltfaktor festgehalten, der Einfluss auf den Genesungsprozess des Patienten hat und somit auch auf seine Partizipationsmöglichkeiten.

Eine negative Attitüde kann zum Scheitern der Kommunikation führen (Hemsley et al., 2011) und die Stärkung der Autonomie des Patienten hemmen (Proot et al., 2000). Die Ergebnisse von Fischer et al. (2009) verdeutlichen, dass die Patienten oftmals nicht angemessen vom Pflegepersonal begrüßt wurden und keinen ausreichenden Blickkontakt herstellten. Dadurch konnte keine Nähe zum Patienten aufgebaut werden. Darüber hinaus wurde nicht mit, sondern über dem Patienten gesprochen und es fand eine unzureichende Integration in die pflegerischen Handlungen statt (Fischer et al., 2009). Dies signalisierte dem Patienten mangelnden Respekt und ein geringes Interesse sowie fehlende Fürsorge für seinen Genesungsprozess (O'Halloran et al., 2011). Diese Form der Abwendung des Pflegepersonals empfinden sprachlich eingeschränkten Patienten als negative oder gar diskriminierende Haltung (Hemsley et al., 2011). Die Physiotherapeuten hingegen konnten während der Therapie meist eine vertrauensvolle Atmosphäre kreieren, nahmen persönlichen Kontakt zum Patienten auf, signalisierten dem Patienten ihre volle Aufmerksamkeit und schlossen ihn erfolgreich in die Behandlung ein. Damit zeigten sie, für den Patienten Sorge zu tragen, ihn respektvoll als Individuum zu betrachten und seine Autonomie zu fördern. Zwar wurden noch Unsicherheiten in den Kommunikationsversuchen festgestellt, aber die Bemühungen zur erfolgreichen Kommunikation waren stets vorhanden, auch wenn der Zugang zu alternativen Mitteln oft unzureichend war. O'Halloran und Kollegen (2011) besagen, dass diese positive Attitüde der Therapeuten durchaus andere Barrieren, wie beispielsweise geringe Fachkenntnisse, kompensieren kann und letztlich zu einer erfolgreichen Kommunikation führt (O'Halloran et al., 2011):

“These efforts often led to unsuccessful and partially successful communication being successfully resolved.” (O'Halloran et al., 2011)

6.2.2. Vergleich der Wissensprüfung

Die Wissensprüfung zeigt zwar signifikante Unterschiede in den Resultaten beider Gruppen, dennoch beläuft sich der Unterschied lediglich auf knapp einen Punkt. Die Hypothese H9: „*Die Physiotherapeuten erzielen bei der Wissensprüfung eine höhere Punktzahl als das Pflegepersonal.*“

konnte somit bestätigt werden. Trotzdem lassen sich deutliche Parallelen im Beantworten der Fragen erkennen. Bei den meisten Fragen scorten beide Gruppen fast gleich hoch oder niedrig. Größere Unterschiede sind jedoch in den qualitativen Ergebnissen festzustellen. Das Pflegepersonal war sich zudem nicht bewusst, dass eine Aphasie eine Störung mehrerer Modalitäten beinhaltet, da sie Trachealkanülenpatienten als Aphasiker bezeichneten, nur weil diese nicht sprechen konnten. Solche äußerst erheblichen Fehleinschätzungen blieben bei den Physiotherapeuten aus. Sie zeigten jedoch Schwächen in der Differenzierung von einer Aphasie zu anderen neurologischen Sprach- und Sprechstörungen wie einer Dysarthrie oder Sprechapraxie. Sie verwendeten zur Beschreibung der Symptome veraltete Begriffe, wie motorische oder sensorische Aphasie.

6.2.2.1. Interpretation der Wissensprüfung

Im Folgenden werden die Richtlinien der Ausbildungen zum Physiotherapeuten bzw. zum Pfleger zur Interpretation der Ergebnisse der Wissensprüfung herbeigezogen.

Bei näherer Betrachtung der Ausbildungsrichtlinien der Physiotherapieschulen werden Kenntnisse über Aphasie im Zusammenhang mit der Lerneinheit *„Sensibilitäts- und Wahrnehmungsstörungen“* gelehrt. Im Ziel des Moduls ist festgehalten, dass die *„neuropsychologische[n] Syndrome (z.B. [...]Aphasie) mit den jeweiligen Ursachen, Lokalisationen, Symptomen und Auswirkungen auf motorische Aktivitäten, Kommunikation und Partizipation hervorgehoben [werden].“* Darüber hinaus wird der Einfluss der neuropsychologischen Probleme, wie der Aphasie *„auf die Motorik, Koordination, Kommunikation und deren Beeinflussungsmöglichkeiten durch die Therapie“* gelernt (Ausbildungsrichtlinien Physiotherapieschulen NRW, 2005).

Hingegen sind in den Ausbildungsrichtlinien zum staatlich anerkannten Krankenpfleger keine näheren Hinweise auf die Vermittlung von Fachkenntnissen über das Störungsbild Aphasie zu finden. Es darf vermutet werden, dass die Störung unter dem Punkt *„Pfleger von PatientInnen mit Störungen oder Erkrankungen des zentralen Nervensystems“* fällt und der Umgang mit den Patienten zu den *„übergreifende[n] Ziele[n] und Leitlinien der Pflege [zählt, worin] Beratung und Anleitung, Begleitung in emotionalen Krisen, Hilfe zur Selbsthilfe“* zählen (Ausbildungsrichtlinien Pflegeschulen NRW, 2003).

Das Ziel in den Richtlinien der Physiotherapieschulen über die Ursachen, Lokalisation und Definition von Aphasie lässt sich in den Ergebnissen der Wissensprüfung wieder spiegeln, da diese Fragen fehlerlos von den Physiotherapeuten beantwortet wurden. Das Pflegepersonal zeigte hierbei etwas schwächere Ergebnisse. Wahrscheinlich wird die unterschiedliche Symptomatik der Aphasien

in den Physiotherapieschulen überwiegend als sensorische und motorische Aphasie unterrichtet, was sowohl die qualitativen Resultate als auch die Schwächen in der Frage zur Broca-Aphasie wiedergeben. Die Resultate der Fragen zur Kommunikationsweise mit Menschen mit einer Aphasie lassen darauf schließen, dass die Auswirkungen der Aphasie auf die Kommunikation in beiden Ausbildungsberufen nicht tiefgründig genug behandelt werden. Stattdessen liegt der Schwerpunkt in der Physiotherapie bei den motorischen Aktivitäten und der Koordination, während beim Pflegepersonal die Pflege des Patienten im Fokus steht. Dennoch scheinen Grundeigenschaften, wie beispielsweise langsames Sprechen oder das Hinzunehmen von Gegenständen zur Unterstützung der Kommunikation, unterrichtet zu werden. Diese Punkte konnten sowohl die Physiotherapeuten als auch das Pflegepersonal selber in der Wissensprüfung als förderlich für die Unterstützung der Kommunikation mit aphasischen Menschen angeben. Insgesamt besteht Handlungsbedarf in der Anpassung der Ausbildungscurricula, um das Gesundheitspersonal in ihren Fähigkeiten zu stärken und die Partizipationsmöglichkeiten des Patienten zu erhöhen (Parry et al., 2009).

6.2.3. Selbstreflexion

In den Selbsteinschätzungen der Physiotherapeuten und des Pflegepersonals sind wesentlich geringere Spannweiten in den Bewertungen vorzufinden als bei den Observatoren. Das weist auf eine Selbstüberschätzung der eigenen Fähigkeiten hin.

Insgesamt sind die Diskrepanzen in der Selbstreflexion zwischen Physiotherapeuten und Pflegepersonal gering. Diese geringen Unterschiede können den unterschiedlichen Bewertungsweisen der Observatoren aus beiden Studien zugrunde liegen. Lediglich fünf Items weisen eine Diskrepanz von mehr als einer Note auf in den Items „*Begrüßen*“, „*Verabschieden*“, „*Kommunikation unterstützen*“, „*nonverbale Signale benennen*“, „*schreiben/ zeichnen/ zeigen*“. Bei allen Items bis auf Letzteres schätzten sich die Physiotherapeuten besser ein, was auf eine bessere Selbstreflexion der Physiotherapeuten im Vergleich zum Pflegepersonal schließen lässt. Diese war jedoch nicht kritisch genug, um eigene Defizite zu erkennen und entsprechend anpassen zu können.

Auf Kategorienniveau und der gesamten Kommunikation sprechen die zahlreichen negativen Differenzen für eine schlechte Selbsteinschätzung seitens des Pflegepersonals. Aufgrund der nicht vollständig korrekt ausgeführten Methode zur Berechnung der Abweichungen und den Bewertungen unterschiedlicher Observatoren, sind diese Ergebnisse bedingt interpretierbar. Daher

sollte die Hypothese H8: *„Die Abweichung von Observation und Selbsteinschätzung ist bei Physiotherapeuten geringer als bei Pflegekräften.“* nur als teilweise bestätigt angesehen werden.

6.3. Neue Erkenntnisse

In dieser Studie wurden die kommunikativen Fähigkeiten von Physiotherapeuten erstmals detailliert aufgelistet und bewertet. Resultate, die sowohl verbale als auch nonverbale Fertigkeiten und den Einbezug der Umgebung in die Beurteilung einschlossen, hat es bis dato noch nicht für diese Zielgruppe gegeben. Während der Observation wurde festgestellt, wie die Physiotherapeuten mit Menschen mit einer akuten Aphasie kommunizieren. Dabei bietet die verdeckte Untersuchungsmethode unverfälschte Verhaltensweisen und lässt die differenzierte Rückschlüsse auf ihre Kommunikationsweisen zu. Nach der Observation wurden die Physiotherapeuten gebeten, ihre Kommunikation mit dem zuvor therapierten Patienten zu reflektieren. Dabei stellt sich heraus, dass es einen Hang zur Selbstüberschätzung der eigenen Fertigkeiten gab.

Des Weiteren wurde eine Wissensprüfung über Aphasie und die Kommunikation mit aphasischen Menschen durchgeführt. Es zeigt sich, dass das vorhandene Fachwissen der Physiotherapeuten auf diesem Gebiet defizitär ist, jedoch standen diese Ergebnisse nicht im Zusammenhang mit den kommunikativen Fähigkeiten.

Innerhalb der Zielgruppe wurden keine Gruppenunterschiede festgestellt. Zwischen akademisierten Physiotherapeuten und denen mit einer Berufsausbildung sind keine Diskrepanzen bezüglich ihrer Kommunikationsleistung oder dem Wissensstand über Aphasie heraus kristallisierbar. Die Physiotherapeuten mit mehr Berufserfahrung zeigen eine Tendenz zu einer besseren Kommunikationsleistung. Keiner der teilnehmenden Probanden nahm bisher an einer Fortbildung zum Thema Aphasie teil.

Die Studie zeigt Stärken und Schwächen der Physiotherapeuten in der Kommunikation mit Menschen mit einer Aphasie und bietet somit den Ausgangspunkt zur Erstellung eines Kommunikationstrainings.

Schlussendlich wurden die kommunikativen Fähigkeiten und der Wissensstand der Physiotherapeuten mit den Resultaten des Pflegepersonals (Fischer et al. 2009) verglichen. Ein Vergleich zwischen den beiden Disziplinen hat in dieser Form bisher noch nicht stattgefunden. Es ist deutlich, dass die Physiotherapeuten im Großen und Ganzen bessere Ergebnisse in der Kommunikationsleistung und dem Wissenstest erreichten. Es lassen sich dennoch deutliche

Parallelen zwischen den Wissenstests aufweisen. Beide Zielgruppen neigen in ihrer Selbstreflexion zu einer Selbstüberschätzung und sind sich ihrer Defizite nicht ausreichend im Klaren.

6.4. Klinische Relevanz

Die therapeutische Vorgehensweise nimmt seit der Einführung der ICF eine andere Richtung an. Demnach wird nicht mehr ausschließlich störungsspezifisch vorgegangen, sondern ganzheitlich, wobei sämtliche Einflussfaktoren, sowie Einschränkungen und Ressourcen des Patienten im Therapieprozess berücksichtigt werden. In der Akutphase stellt die Umwelt einen essentiellen Einflussfaktor dar, der den Genesungsprozess des Patienten im entscheidenden Maße beeinflusst. Die Physiotherapeuten zählen im klinischen Setting zur direkten Umgebung des Patienten. Die vorliegende Studie zeigt die Stärken und Schwächen die Physiotherapeuten in ihren kommunikativen Fähigkeiten und in ihren Fachkenntnissen über Aphasie. Demnach können wichtige Ansätze zur Verbesserung der Partizipationsmöglichkeiten der Patienten formuliert werden. Hier setzt das Aufgabengebiet der Logopädie ein. In der Akutphase besteht die Aufgaben der Logopäden vor allem in der Schulung des interdisziplinären Teams, um die kommunikative Teilhabe des Patienten zu verbessern, seine Autonomie zu fördern und Unsicherheiten im Umgang mit Aphasikern seitens der Physiotherapeuten abzubauen (Nobis-Bosch, 2013, Dalemans, 2009).

Durch die Vermittlung von fundiertem Wissen über Aphasie und entsprechenden Kommunikationsstrategien erlangen die Physiotherapeuten ein höheres Bewusstsein für die Auswirkungen der Störung und erlernen Strategien, um die Kommunikation des Patienten zu unterstützen und ihre Sprechweise entsprechend anzupassen.

Dazu ist jedoch die interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig, um Konzepte zu Schulungen mit langfristigem Effekt entwickeln zu können. Die noch oft störungsspezifisch ausgerichteten Therapieansätze der Physiotherapie und Logopädie muss dem partizipationsorientierten Ansatz weichen, um den individuellen Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden. Zahlreiche aktuelle Studien beweisen, dass Schulungen des Gesundheitspersonals positive Effekte vermelden und die Kommunikation mit aphasischen Patienten verbessern (McGilton et al., 2010, 2009, Sorin-Peters et al., 2010, Eckerl et al., 2011).

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass auch im Fachbereich der Physiotherapie Handlungsbedarf besteht. Sowohl die qualitativen als auch quantitativen Ergebnisse weisen auf Lücken in den Ausbildungsinhalten hin. Es wird deutlich appelliert, fundierte und zeitgemäße Kenntnisse über Aphasie zu vermitteln, um somit das Bewusstsein für die Störung und ihren Auswirkungen zu

erhöhen. Auch die kommunikativen Fähigkeiten in Bezug auf sprachlich eingeschränkte Patienten müssen vermehrt in die Grundausbildung eingeschlossen werden, um die Qualität der Patientenversorgung zu erhöhen.

6.5. Methodische Mängel

Bei näherer Betrachtung der methodologischen Ausführung der Studie wird deutlich, dass gewisse Mängel aufgetreten sind, die die Gültigkeit der Ergebnisse eventuell beeinflusst haben könnten.

6.5.1. Observationsformular

Das für die Studie verwendete Observationsformular wurde von Fischer et al. (2009) basierend auf Fachliteratur über die Kommunikation mit aphasischen Menschen entwickelt. Jedoch ist es nicht standardisiert, wodurch sich die Durchführungsobjektivität verringert (Moorbrugger/ Kelava, 2012). Das Observationsformular weist Mängel in der Bewertungsskala auf. Bei den Observationen stellte sich heraus, dass sich die Noten 1 bis 2 sowie 5 bis 6 nur in Nuancen unterschieden und sich die Differenzierung als schwierig herausstellte. Somit ist nicht auszuschließen, dass auch die persönliche Verfassung des Observators die Benotung beeinflusst haben könnte. Dieser Einfluss ist binnen der Sozialforschung ein bekannter Faktor (Schnell et al., 2011). Geeigneter wäre in diesem Fall eine 4-Punkt-Likert-Skala mit der Beurteilung „Voll zutreffend“, „eher zutreffend“, „weniger zutreffend“ und „gar nicht zutreffend“, um die Objektivität zu erhöhen. Ein weiterer Vorteil wäre die Sicherstellung vollständiger Daten. Durch die Möglichkeit „*nicht zutreffend*“ im Formular fehlten letztendlich Daten. Das ist mit der 4-Punkt-Likert-Skala nicht möglich, da die Option „*gar nicht zutreffend*“ automatisch mit in die Daten einbezogen wird. Auch Fischer et al. (2009) kritisierten diese Skala in ihrer Arbeit. Die Entwicklung eines standardisierten Observationsformulars ist dringend zu empfehlen, um die Kommunikation mit Menschen mit einer Aphasie möglichst genau erfassen zu können.

6.5.2. Fragen der Wissensprüfung

Die Inhalte zweier Fragen aus der Wissensprüfung müssen kritisiert werden. Die Frage nach dem Leitsymptom einer Broca-Aphasie ist nicht mehr zeitgemäß. Sie setzt Wissen über die klassische Taxonomie der Aphasiesyndrome voraus. Jedoch tritt diese Form der Einteilung stets mehr in den Hintergrund und die Beschreibung der Aphasie als Individualsyndrom oder der Einordnung in Sprachverarbeitungsmodelle, wie nach Ellis und Young (van Craneburgh, 2009), gewinnt

zunehmend an klinischer Relevanz. Auch die Frage nach der Lokalisation des Sprachzentrums muss erweitert werden. Hier wird die Antwort „in der linken Hemisphäre“ als korrekt bewertet. Zwar galt die linke Hemisphäre lange als typisches Sprachareal, jedoch zeigen aktuelle Studien vermehrt, dass andere kortikale und subkortikale Hirnareale maßgeblich bei der Sprachverarbeitung beteiligt sind und die Beschränkung auf die linke Hemisphäre somit verworfen werden muss (Friederici, 2011, Poeppel et al., 2012). Dementsprechend sollten diese Fragen künftig dem aktuellen Wissensstand angepasst werden.

6.5.3. Observation

Die Situationen wurden nur von einem Observator beobachtet, was die Gültigkeit der Ergebnisse zusätzlich schwächt. Es ist nicht auszuschließen, dass die persönliche Verfassung des Observators und andere Faktoren, wie die Gestaltung der Umgebung einen Einfluss auf die Ergebnisse hatten. Es wird zu einer Durchführung der Beobachtungen mit mindestens zwei Observatoren geraten, um die Objektivität der Beurteilung zu erhöhen.

Die situativen Gegebenheiten der Studie sind oft unterschiedlich gewesen und somit schwer miteinander vergleichbar. Einflussfaktoren, wie z.B. Zeitdruck, Verfassung des Therapeuten, die Anwesenheit mehrerer Patienten in einem Zimmer sowie ärztliche Visite könnten die Resultate beeinflusst haben. Auch die Anwesenheit eines Dritten (Observator) während einer Behandlung bewirkt immer eine gewisse Form der Verhaltensanpassung bei den Physiotherapeuten, auch wenn das Ziel der Studie nicht bekannt war. Die Therapeuten könnten eventuell das Ziel verfolgt haben, ihre Arbeit besonders gut zu machen. Vielleicht waren sie durch die Anwesenheit des Observators verunsichert oder nervös, was gegebenenfalls die Kommunikationsweise mit dem Patienten beeinflusst haben könnte.

6.5.4. Diversität aphasischer Symptome

Die Ausprägung der aphasischen Symptome sowie die neurologischen Begleitstörungen variierten sehr stark. Positiv ist hierbei, dass ein breites Bild der Kommunikation mit Aphasiepatienten gewonnen werden konnte, jedoch ist dadurch auch die Vergleichbarkeit der Situationen zwischen den Teilnehmern eingeschränkt. Insofern kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Physiotherapeuten in der Behandlung eines leicht betroffenen Patienten besser beurteilt wurden als bei schwer Betroffenen, weil ihnen die Kommunikation mit Patienten mit geringen aphasischen Symptomen anscheinend leichter fiel.

6.5.5. Zeitdruck

Da die Physiotherapeuten oft unter Zeitdruck standen, verlief die Aufklärung der Studie nach der Observation oft unter sehr ungünstigen Bedingungen. Die Therapeuten fühlten sich überangen und belogen. Persönliche Gespräche verhalfen zu einem späteren Zeitpunkt oft, die negativen Empfindungen, wie z.B. das Gefühl überangen worden zu sein, zu mindern.

6.5.6. Stichprobengröße

Der geringe Umfang dieser Stichprobe, die sich ausschließlich auf das Bundesland NRW bezieht, lässt keine Verallgemeinerung der Ergebnisse zu. Zudem handelt es sich hierbei um eine Bestandsaufnahme der Kommunikation während einer Therapieeinheit, wodurch keine allgemeine Aussage über die kommunikativen Fähigkeiten der Therapeuten getroffen werden kann. Es wäre von großem Interesse, jeden Therapeuten im Umgang mit unterschiedlich schwer betroffenen Aphasiepatienten zu beobachten, um eine gültigere Aussage diesbezüglich zu treffen. Die Verlässlichkeit der Ergebnisse ist mit Bedacht zu betrachten. Eine größere Stichprobe wäre auch für die Durchführung von parametrischen Tests und zur höheren Aussagekraft von Vorteil (Baarda/ de Goede, 2012).

6.5.7. Therapien mit zwei Therapeuten

Die Durchführung der physiotherapeutischen Behandlung erfolgte meist mit zwei Therapeuten. Die zuvor formulierte Bedingung unter einer 1:1 Situation zu beobachten, konnte aus organisatorischen Gründen nicht eingehalten werden. Soweit die Rollen der Therapeuten deutlich in Therapeut und Co-Therapeut verteilt waren, wurde der dominantere Therapeut während der Behandlung observiert. Die Anwesenheit eines zweiten Therapeuten konnte natürlich einen Einfluss auf die Kommunikation mit dem betroffenen Patienten ausüben. Dementsprechend war es beispielsweise möglich, sich bei Unverständlichkeiten des Patienten gegenseitig zu helfen, um Mitteilungen zu entschlüsseln. Diese Tatsache lässt letztendlich weniger Rückschluss auf die Kommunikationsleistung jedes Einzelnen zu.

6.5.8. Vergleich zum Pflegepersonal (Fischer et al. 2009)

Der vorgenommene Vergleich mit der Zielgruppe Pflegepersonal von Fischer et al. (2009) ist ebenfalls kritisch zu betrachten. Die Durchführung geschah anhand unterschiedlicher Observatoren geschah und zu unterschiedlichen Zeiten an verschiedenen Patienten. Somit ist nicht

auszuschließen, dass die Diskrepanzen zwischen den Physiotherapeuten und dem Pflegepersonal letztendlich unterschiedlichen Bewertungsweisen der Observatoren zugrunde lag. Des Weiteren war die Zeitspanne der Observationen sehr unterschiedlich. Während die physiotherapeutische Behandlung durchschnittlich 30 Minuten andauerte, waren die Observationen bei den pflegerischen Tätigkeiten am Patienten kürzer (Fischer et al., 2009).

6.5. Forschungsausblick

Im Folgenden werden nun mögliche Folgestudien vorgeschlagen, die an die vorliegende Bachelorthesis anknüpfen.

In dieser Studie wurde sich ausschließlich mit Physiotherapeuten befasst, die eine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein abgeschlossenes Studium aufweisen. Es wäre interessant herauszufinden, wie Physiotherapiestudenten oder –schüler mit Menschen mit einer akuten Aphasie kommunizieren, welche Fachkenntnisse sie über Aphasie haben und wie sich diese Aspekte von vollständig ausgebildeten Physiotherapeuten unterscheiden.

Wie kommunizieren Physiotherapiestudenten oder –schüler mit Menschen mit einer akuten Aphasie, über welche Fachkenntnisse zum Thema Aphasie verfügen sie und wie unterscheiden sich diese Aspekte von Physiotherapeuten mit abgeschlossenem Studium oder einer abgeschlossenen Berufsausbildung?

Die vorliegende Studie zeigt Defizite sowohl Defizite in den kommunikativen Fähigkeiten der Physiotherapeuten als auch im Wissen über Aphasie. Um dem entgegenwirken zu können, wäre die Entwicklung einer Schulungsmaßnahme zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen notwendig. Das Thema könnte wie folgt lauten:

Entwicklung und Erprobung einer Schulungsmaßnahme für Physiotherapeuten zum Thema „Kommunikation mit Patienten mit einer akuten Aphasie“.

Aus organisatorischen Gründen konnte nur ein Teil der beschäftigten Physiotherapeuten auf neurologischen Stationen in NRW in die Studie eingeschlossen werden. Es wäre eine weitläufigere Untersuchung mit einer größeren Stichprobe des gesamten Bundeslandes sowie der Bundesrepublik Deutschland empfehlenswert, um die Validität der Ergebnisse zu erhöhen und mögliche regionale Unterschiede herauszufiltern.

Wie kommunizieren Physiotherapeuten auf neurologischen Stationen in Deutschland mit Menschen mit einer akuten Aphasie?

In diesem Zusammenhang sollten die anderen Disziplinen, wie Ärzte, Ergotherapeuten oder Neuropsychologen ebenfalls auf ihre Kommunikationsweisen untersucht werden und diese untereinander verglichen.

Wie kommunizieren andere Disziplinen auf neurologischen Stationen in Deutschland mit Menschen mit einer akuten Aphasie?

Bei diesem Studiendesign wird jeder Therapeut lediglich einmal observiert, wodurch die Generalisierung seiner kommunikativen Fähigkeiten im Umgang mit Aphasikern sehr eingeschränkt ist. Darum wird es als notwendig betrachtet, mehrere Observationen eines Therapeuten mit Aphasiepatienten unterschiedlichen Schweregrads in die Studie aufzunehmen, um die Aussagekraft über die kommunikativen Fähigkeiten zu erhöhen. Demzufolge können auch Vermutungen, dass die Kommunikation bei leichten Aphasien besser verläuft als bei schweren, näher untersucht werden.

Wie unterscheidet sich die Kommunikationsweisen von Physiotherapeuten mit Menschen mit akuten Aphasie unterschiedlicher Schweregrade?

Wie bereits im Vergleich angeführt, scheint die Arbeitsbelastung einen enormen Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung zu haben. Demzufolge kann der Zusammenhang zwischen der Kommunikationsweise und der erfahrenen Arbeitsbelastung näher erforscht werden. Dabei würde eine Differenzierung zwischen den Disziplinen des Gesundheitspersonals sinnvoll.

Wie erfährt das Gesundheitspersonal seine Arbeitsbelastung in Krankenhäusern auf neurologischen Stationen und wie wirkt sich diese auf die Kommunikationsweise mit Menschen mit einer akuten Aphasie aus?

Eine Erweiterung dieser Studie durch den Einbezug der Angehörigen könnte detailliertere Informationen liefern, als die bloße Beurteilung durch den Observator. Sie könnten neben der objektiven Bewertung wesentliche Informationen über ihre Erfahrung der Kommunikation von Physiotherapeuten und Menschen mit einer Aphasie beschreiben.

Wie erfahren Angehörige die Kommunikation von Physiotherapeuten mit Menschen mit einer akuten Aphasie?

Daraus ergibt sich nun die Fragestellung, wie Angehörige mit dem Patienten kommunizieren und wie diese Kommunikationsweise von der des Fachpersonals unterscheidet.

Wie kommunizieren die nahen Angehörigen mit Menschen mit einer akuten Aphasie und wie unterscheidet sich diese vom Gesundheitspersonal?

Die Gestaltungsform der logopädischen Behandlungen nimmt seit der Einführung der ICF eine andere Richtung an, jedoch ist unklar, in wie weit der partizipationsorientierte Ansatz in der akuten Aphasietherapie umgesetzt wird. Deswegen sollte dieser Aspekt in zukünftigen Untersuchungen mehr Anklang finden. Dazu muss untersucht werden, wie logopädische Zielsetzungen in der akuten Aphasietherapie formuliert werden und ob diese störungsspezifisch oder partizipationsorientiert sind. Darüber hinaus muss der Frage nachgegangen werden, in wie weit die direkte Umgebung des Patienten in die Aphasietherapie eingeschlossen wird. Darunter fallen zum einen der Einbezug der Angehörigen und zum anderen die Schulung des interdisziplinären Teams. Mit Hilfe aphasiereiflich gestalteter Interviews könnte herausgefunden werden, wie sehr die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten in der Therapie Anklang finden. Eine mögliche Fragestellung wäre also:

Wie wird der partizipationsorientierte Ansatz gemäß der ICF in der (logopädischen) Therapie akuter Aphasiepatienten in neurologischen Kliniken umgesetzt?

Wie bereits erwähnt, handelt es sich in dieser Studie nicht um ein standardisiertes Messverfahren. Um jedoch vertrauensvolle Aussagen über die Kommunikationsweise des Fachpersonals mit aphasischen Menschen zu erlangen, ist die Entwicklung eines standardisierten Observationsformulars zur Bewertung kommunikativer Kompetenzen dringend anzuraten.

Entwicklung eines standardisierten Messinstruments zur Bewertung der Kommunikation mit Menschen mit (akuter) Aphasie.

6.6. Schlussfolgerung

In dieser Studie wurde die Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Menschen mit einer akuten Aphasie untersucht und der Vergleich zum Pflegepersonal (Fischer et al. 2009) hergestellt. Die Physiotherapeuten zeigten in ihren kommunikativen Fähigkeiten insgesamt zufriedenstellende Ergebnisse. Ihre Zuhörerfähigkeiten sowie der Einsatz von Mimik und Gestik und alternativer Kommunikation haben Verbesserungsbedarf, um die Kommunikation mit Menschen mit einer Aphasie zu optimieren. Im direkten Vergleich zum Pflegepersonal weisen die Physiotherapeuten

durchschnittlich bessere kommunikative Kompetenzen und ein etwas höheres Fachwissen rundum das Thema Aphasie auf.

Diese Ergebnisse können unterschiedlichen Ursachen wie Arbeitsbelastung oder Attitüde zugrunde liegen. Die offene Haltung, die die Physiotherapeuten ihren Patienten entgegen brachten, verhalf ihnen oftmals zu einer positiven Verständigung. Dennoch schätzten sie ihre Fähigkeiten überwiegend besser ein als der Observator, was auf eine wenig realistische Selbstreflexion schließen lässt. Durch dieses mangelnde Bewusstsein für ihre Defizite konnten sie keine Verhaltensanpassung vornehmen, wodurch Kommunikationsbarrieren entstanden.

In Zusammenarbeit mit Logopäden kann fundiertes Wissen über die Symptomatik vermittelt und Unsicherheiten im Umgang mit aphasischen Patienten behoben werden. Das Ziel ist es, mit Hilfe verbesserter Kommunikation, die Teilhabe des Patienten am Krankenhausalltag zu erhöhen und seine Autonomie zu stärken. Denn:

Kommunikation ist der Schlüssel zur Partizipation und besserer Lebensqualität!

Tabellenverzeichnis

<i>Tab. 4.1: Abstufung der Schulnoten in Dezimalzahlen</i>	23
<i>Tab. 4.2: Einteilung der Stichproben in Untergruppen</i>	25
<i>Tab. 5.1: Vergleich der Mittelwerte auf Itemniveau; inkl. Korrelation</i>	30
<i>Tab. 5.2: Vergleich der Mittelwerte auf Kategorienniveau; inkl. Korrelation</i>	32
<i>Tab. 5.3: Vergleich der Mittelwerte der gesamten Kommunikation; inkl. Korrelation</i>	33
<i>Tab. 5.4: Häufigkeitsverteilung Frage 10</i>	35
<i>Tab. 5.5: Vergleich der Mittelwerte von Physiotherapeuten und Pflegepersonal auf Itemniveau; Vergleich der Korrelationen</i>	38
<i>Tab. 5.6: Vergleich der Mittelwerte von Physiotherapeuten und Pflegepersonal auf Kategorienniveau; Vergleich der Korrelationen</i>	39
<i>Tab. 5.7: Vergleich der Mittelwerte von Physiotherapeuten und Pflegepersonal bezogen auf das gesamte Formular; Vergleich der Korrelationen</i>	40
<i>Tab. 5.8: Abweichungen Selbsteinschätzung von Physiotherapeuten und Pflegepersonal auf Itemniveau</i>	41
<i>Tab. 5.9: Abweichungen Selbsteinschätzung von Physiotherapeuten und Pflegepersonal auf Kategorienniveau</i>	42
<i>Tab. 5.10: Abweichungen Selbsteinschätzung von Physiotherapeuten und Pflegepersonal in der gesamte Kommunikation</i>	43
<i>Tab. 5.11: Häufigkeitsverteilung in Prozentangaben</i>	44

Abbildungsverzeichnis

<i>Abb. 3.1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO, 2005)</i>	16
<i>Abb. 5.1: Häufigkeitsverteilung der Stichprobe</i>	28
<i>Abb. 5.2: Spannweite der Benotungen auf Itemniveau</i>	31
<i>Abb. 5.3: Spannweite der Benotungen auf Kategorienniveau</i>	32
<i>Abb. 5.4: Auswertung der Wissensprüfung; Häufigkeit der richtigen Antworten pro Frage</i>	34
<i>Abb. 5.5: Häufigkeitsverteilung Berufserfahrung</i>	35
<i>Abb. 5.6: Häufigkeitsverteilung Berufsabschluss</i>	36
<i>Abb. 5.7: Spannweitenvergleich von Physiotherapeuten und Pflegepersonal auf Itemniveau</i>	39
<i>Abb. 5.8: Spannweitenvergleich von Physiotherapeuten und Pflegepersonal auf Kategorienniveau</i>	40
<i>Abb. 5.9: Vergleich der Wissensprüfung zwischen Physiotherapeuten und Pflegepersonal</i>	43

Literaturverzeichnis

Bücher:

- Bühl, A. (2012). *SPSS 20 – Einführung in die moderne Datenanalyse* (13. Auflage). München: Pearson.
- Esselborn-Krumbiegel, H. (2004). *Von der Idee zum Text: eine Anleitung zum wissenschaftlichen Schreiben* (2. Auflage). Paderborn: Ferdinand Schöningh Verlag.
- Franck, N., Stary, J. (2009). *Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens* (15. Auflage). Paderborn: Ferdinand Schöningh Verlag.
- Haag, L., Rahm, S., Apel, H.J., Sacher, W. (2013). *Studienbuch Schulpädagogik* (5. Auflage). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag.
- 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.
- Kroczek, 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.
- Moosbrugger, H., Kelava, A. (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (2. Auflage). Heidelberg: Springer Verlag.
- Nobis-Bosch, R., Rubi-Fessen, I., Biniek, R., Springer, L. (2013). *Diagnostik und Therapie der akuten Aphasie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Rasch, B., Friese, M., Hoffmann, E., Neumann, W. (2006). *Quantitative Methoden 1* (2. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schnell, R., Hill, P., B., Esser, E. (2011). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (9. Auflage). Oldenbourg: Wirtschaftsverlag.
- Tacke, D. (2006). *Schlagartig abgeschnitten. Aphasie: Verlust und Wiedererlangen der Kontrolle*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Tesak, J. (2006). *Einführung in die Aphasiologie* (2. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Tesak, J. (2010). *Aphasie: Sprachstörungen nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma* (3. Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- van de Sande, J.P. (1999). *Gedragsobservatie: Inleiding tot systematisch observeren* (3^e druk). Groningen/ Houten: Wolters-Noordhoff.

Kapitel:

Kapitel 4. Aphasie. Bucher, P.O. (2006). ICF-orientierte Sprachrehabilitation bei Aphasie. In Rentsch, H.P., Bucher, P.O, *ICF in der Rehabilitation* (2.Auflage), S. 135-160. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Schneider, B., Wehmeyer, M., Grötzbach, H. (2012). Aphasische Symptome und Syndrome. In *Aphasie: Wege aus dem Sprachdschungel* (5. Auflage). S.18-44. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (2003). Pragmatische Axiome – Ein Definitionsversuch. In *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien* (10. Auflage). S.50-71. Bern: Hans Huber Verlag.

Kuiper, C., Verhoef, J., Cox, K., de Louw, D. (2012). *Evidence-Based Practice voor Paramedici* (3.Auflage). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Baarda D.B., de Goede M.P.M. (2012). Hoe analyseer je onderzoeksgegevens. In *Basisboek Methoden en Technieken*. (5. Auflage). S.255-298. Groningen/ Houten: Wolters-Noordhoff.

Kuiper, C., Verhoef, J., Cox, K., de Louw, D. (2012). De methodiek van evidence-based practice. In *Evidence-Based Practice voor Paramedici* (3.Auflage). S.35-61. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J., Iven, C. (2014). Einführung in die ICF. In *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie* (2. Auflage). S.11-25. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Moritz, M., Geißler, M., Grewe, T. (2014) ICF in der stationären Aphasitherapie. In Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J., Iven, C. *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie* (2. Auflage). S.149-170. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Bortz, J., Döring, N. (2006). Quantitative Methoden der Datenerhebung. In *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). S.138-293. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Artikel:

Andersson, S., Fridlund, B. (2002). The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. *J Psychiatr Health Nurs*, 3, 285-92.

Balsis, S., Carpenter, B., D. (2006). Evaluations of Elderspeak in a Caregiving Context. *Clinical Gerontologist*, 29, 79-96.

Barth, C.A., Schemmann, U., von Koch, L. (2007). Rollen im Kontext: Interaktion während Physiotherapie in der Schlaganfallrehabilitation. Überblick über qualitative Studien. *physioscience*, 3, 167-176.

Bültel, A., Thomas, H. (2006). Die Kommunikation mit Schlaganfallbetroffenen. *praxis ergotherapie*, 19, 268-272.

- Dalemans, R. (2009). Denken voorbij de stoornis: een participatiegerichte benadering. *Logopedie en Foniatrie*, 12, 380-383.
- Dalemans, R. J. P., de Witte, L., van den Heuvel, W., Wade, D. (2008). A description of social participation in working age people with aphasia: a review of the literature. *Aphasiology* 22(10), 1071-1091.
- Dalemans RJP, de Witte L, Wade D, van den Heuvel W. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45, 537-50.
- Dijkerman, H.C., Wood, V.A, Hewer R.L. (1996). Long-term outcome after discharge from a stroke rehabilitation unit. *Journal of Royal College of Physicians London*, 30, 538-46.
- Günther, T., Hofman, M., Promes, M. (2009). Afasiesyndromen: Twijfels over de klassieke Taxonomie. *Logopedie en Foniatrie*, 5, 148-152.
- Friederici, A., D. (2011). The brain basis of language processing: from structure to function. *Physiol Rev* 91, 1357-1392.
- Hall, A.M., Ferreira P.H., Maher C.G. Latimer J. Ferreira M.L. (2010). The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. *Physical Therapy*, 90, 1099-1109.
- Hargreavens, S. (1982). The relevance of non-verbal skills in physiotherapy. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 28, 19-22.
- Hein, M., Müller, N., Schellenberger, A.-K., Blee, M. (2011). Mitteilen- Teilhaben. Ergotherapie und unterstützte Kommunikation im Auftrag der Partizipation. *Ergotherapie- Zeitschrift für angewandte Wissenschaft*, 12, 47-55.
- Heuschmann, P.U., Busse, O., Wagner, M., Endres, M., Villringer, A., Röther, J., Kolominsky-Rabas, P.L., Berger, K. (2010). Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. *Aktuelle Neurologie*, 37, 333-340.
- Jones, A., Cupit, R., Violet, C., Jones, D. (1998). Student-patient communication during physiotherapy treatment. *Australian Physiotherapy*, 44, 181-186.
- Lundik Gyllensten, A., Gard, G., Salford E., Ekdahl, C. (1999). Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy Research International*, 4, 89-109.
- McGilton, K.S., Boscart, V., Fox, M., Sidani, S., Rochon, E. (2009). A Systematic Review of the Effectiveness of Communication Interventions for Health Care Providers Caring for Patients in Residential Care Settings. *Wordviews on Evidence-Based Nursing*, 6, 149-159.

McGilton, K.S., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Boscart, V., Fox, M., Rochon, E. (2012). Patient-centred communication intervention study to evaluate nurse-patient interactions in complex continuing care. *BMC Geriatrics*, 12, 1471-2318.

Parry, R.H., Brown, K. (2009). Teaching and learning communication skills in physiotherapy: What is done and how should it be done?. *Physiotherapy*, 95, 294-301.

Poeppel, D., Emmorey, K., Hickok, G., Pylkkänen, L. (2012). Towards a new neurobiology of language. *The Journal of Neuroscience*, 41, 14125-14131.

Proot, I.M., Crebolder, H.F.J.M., Abu-Saad, H.H., Macor, T.H.G.M., Ter Meulen, R.H.J. (2000). Stroke patients' needs and experiences regarding autonomy at discharge from nursing home. *Patient Education and Counseling*, 41, 275-283.

Ruiter, M. (2006). Afasieteam. *Logopedie en Foniatrie*, 12, 388-390.

Sabari, J.S., Meisler, J., Silver, E. (2000). Reflections upon rehabilitation by members of a community based stroke club. *Disability and Rehabilitation*, 22, 330-336.

Shilling, V., Jenkins, V., Fallowfield, L. (2003). Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: Can communication skills training for clinicians improve satisfaction?. *Psycho-Oncology*, 12, 599-611.

Sorin-Peters, R. McGilton, K.S., Rochon, E. (2010). The development and evaluation of a training programme for nurses working with persons with communication disorders in a complex continuing care facility. *Aphasiology*, 24, 1511-1536.

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

Wallesch, C.-W., Johannsen-Horbach, H., Bartels, C. (2008). Akute vaskuläre Aphasien. *Stimme, Sprache, Gehör*, 32, 157-163.

Abschlussarbeiten:

Eckerl, I., Schmitz, J. (2011). *Effektivität des Workshops „Kommunikation mit Menschen mit Aphasie – Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase* (Bachelorthese der Hogeschool Zuyd, Heerlen). Aufgerufen auf www.opc-ubm.oclc.org:8180/DB=4/SET=7/TTL=1/SHW?FRST=7

Fischer S., Kimmel I., Kück G. (2009). *Die Kommunikation von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit Menschen mit Aphasie in der akuten Phase* (Bachelorthese der Hogeschool Zuyd, Heerlen). aufgerufen auf www.opc-ubm.oclc.org:8180/DB=4/SET=3/TTL=1/SHW?FRST=2

Parry, R.H. (2001). *Communication between Stroke Patients and Physiotherapists* (Dissertation University of Nottingham).

Internetseiten:

Deutsche Gesellschaft für Neurologie. *Leitlinien der Neurologie*. [Online]. Available: <http://www.dgn.org/leitlinien.html> [2013, Mai 18]

Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft. (2012). *Zertifizierungskriterien der regionalen und überregionalen Stroke Units in Deutschland*. [PDF]. Available: http://www.dsg-info.de/images/stories/DSG/PDF/StrokeUnits/Aktualisierte%20Zertifizierungskriterien_08_2012.pdf [2013, April 14].

Deutsche Schlaganfallhilfe. *Die Erkrankung Schlaganfall*. [Online]. Available: http://www.schlaganfall-hilfe.de/der-schlaganfall;jsessionid=aaafuRIRbZZ_Igdi2dogu [2013, März 28]

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. *Definition Physiotherapie*. [Online]. Available: <https://www.physio-deutschland.de/patienten-interessierte/physiotherapie/definition.html> [2013, April 20]

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2012). *Resolution des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (ZVK) e.V.* [PDF]. Available: https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/news/pdfs/Resolution_Akademisierung.pdf [2014, April 20]

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. *Ausbildung – Trend zur Akademisierung*. [Online]. Available: <http://www.physio-verband.de/berufsbild-physiotherapeut/ausbildungstudium.html> [2014, April 20]

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Erlanger Schlaganfallregister*. [Online]. Available: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8306::Intrazerebrale%20Blutung [2013, März 25]

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. *Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Physiotherapieschulen in NRW*. [PDF]. Available: http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/ausbildungsrichtlinien-physiotherapie-nrw.pdf [2013, September 5]

WHO. (2005). *ICF*. [PDF]. Available: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf [2013, Mai 4]

Anhang A: Literaturstudie

Das Ziel der Literaturstudie ist eine Sicht in die bisherigen wissenschaftlichen Untersuchungen zur Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Menschen mit akuter Aphasie zu erlangen. Zur Durchführung wurde die „PICO-Regel“, eine gängige Methode zur Formulierung wissenschaftlich relevanter Fragestellungen, verwendet. „PICO“ ist die Abkürzung folgender 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.

Diese Fragestellung beinhaltet alle relevanten Aspekte, die zur Beantwortung einer klinisch relevanten Frage wichtig sind. (Kuiper et al., 2012) Somit lassen sich für die vorliegende Literaturstudie folgende Aspekte der „PICO-Regel“ herauskristallisieren:

Patient, Population oder Problem (wer): Physiotherapeuten, Menschen mit akuter Aphasie

Intervention (was): kommunizieren

Co-Intervention: -----

Outcome oder Resultat (warum): Kommunikationsweise

Die Suchfrage lautete dementsprechend:

„Wie kommunizieren Physiotherapeuten mit Menschen mit akuter Aphasie?“

Die Literaturrecherche erfolgte in mehreren elektronischen Datenbanken (pubmed.org, sciencedirect.com, pedro.org.au, scholar.google.com, ebscohost.com, onlinelibrary.wiley.com, psycbite.com) auf Deutsch, Englisch und Niederländisch sowie im Zeitschriftenarchiv der

Hogeschool Zuyd und der RWTH Aachen. Aus der Untersuchungsfrage konnten folgende Suchtermini abgeleitet werden, die in vielfacher Kombination mit den Booleschen Operatoren „AND“, „OR“, „NOT“ (Franck/ Stary, 2009) eingegeben wurden:

	P = Population	I = Intervention	O = Outcome
Englisch	physical therapy physical therapist physiotherapy physiotherapist acute aphasia aphasia stroke stroke patients CVA	communication interaction	participation needs communication skills relationship
Deutsch	Physiotherapie Phystiotherapeut Schlaganfall Schlaganfallpatienten Aphasie akute Aphasie	Kommunikation Interaktion	Partizipation Kommunikative Fähigkeiten Beziehung
Niederländisch	fysiotherapie fysiotherapeuten afasie afasiepatiënten CVA CVA-patiënten beroerte	communicatie interactie	participatie communicative vaardigheden relatie

Die Literatur wurde von der Untersucherin anhand von Titel, Erscheinungsdatum, Abstract und Evidenz-Niveau selektiert. Bei der Recherche sollten die Artikel möglichst nicht älter als 15 Jahre alt sein, um eine ausreichende Aussagekraft zu gewährleisten. In Artikeln, in denen die Zielgruppe „Schlaganfallpatienten“ umfassten, wurde darauf geachtet, dass bei der Selektion auch Menschen mit Aphasie eingeschlossen wurden. Anschließend wurden die Artikel nach ihrer Qualität mit Hilfe

eines „Critical Review“-Formulars beurteilt und das Evidenz-Niveau bestimmt. Die Resultate sowie die Fazits der Literaturstudie sind in der gesamten Thesis verarbeitet.

Anhang B: Organisatorisches Vorgehen

	Maßnahme	Erläuterung/ Vorhaben
1.	Internetrecherche	Selektion der Kliniken in NRW mit einer Stroke Unit und einer neurologischen Station
2.	Telefonisches Kontaktieren der Leitung der Physiotherapie	Vorstellen des Inhalts und des Ablaufs der Studie Bei Interesse wird Informationsmaterial und eine Teilnahmeerklärung zugesandt Termin für das nächste Telefonat absprechen, um eine definitive Zusage/ Absage zu erhalten und ggf. weitere Planungen vorzunehmen
3.	e-Mail/ Post	Unmittelbar nach dem Gespräch wird das Informationsmaterial und die Teilnahmeerklärung per e-Mail oder per Post ausgehändigt
4.	Telefongespräch	Konkrete Absage/ Zusage erfahren Untersuchungszeitraum festlegen Termin für ein persönliches Gespräch vereinbaren Weitere Formalien besprechen (Vorlage des Impfausweises notwendig?, Arbeitsbekleidung? usw.)
5.	persönliches Gespräch führen	Inhalt und Ablauf der Studie nochmal besprechen, Fragen beantworten Sind notwendige Formalien erledigt?
6.	Telefongespräch 2 Wochen vorher	Studie nochmal „in Erinnerung rufen“ Konkrete Ansprechpartnerin zuweisen lassen für den Zeitraum in der Klinik, die auch in die Studie eingeweiht wird
7.	Telefongespräch 2-3 Tage vorher	Sind ausreichend Menschen mit einer akuten Aphasie auf Station? Konkrete Absprachen treffen: wann, wo, mit wem treffen?
8.	Ausführung der Untersuchungen	Täglich bei mindestens 2 verschiedenen Physiotherapeuten hospitieren -Observationen durchführen -Selbsteinschätzung ausfüllen lassen -Wissenstest ausfüllen
9.	Abschluss	Nach der Untersuchungsperiode die Leitung nochmals telefonisch kontaktieren: Danksagung, Feedback zum Ablauf schildern Fragen, ob Ergebnisse der Studie erwünscht werden und ggf. E-Mail-Adresse anfordern

Ablauf eines Untersuchungstages

Schichtverlauf	Durchführung	Zeit
Schichtbeginn	Vorstellung (als soziale Arbeiterin)	10 Min.
Während der Schicht	Observation (blindiert)	mind.10 Min.
	Selbsteinschätzung	5-10 Min.
Schichtende	Durchführung der Wissensprüfung	15 Min.

Anhang C: Anschreiben der Kliniken und Krankenhäuser

Yvonne Knakowski
Starenweg 38
52146 Würselen



Klinik Name

Straße

Ort

Würselen, den.....

Betreff: Teilnahme an der Studie „Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Menschen mit akuter Aphasie“

Sehr geehrte Damen und Herren,

für ihr Interesse an meiner Bachelorarbeit möchte ich mich herzlich bedanken und freue mich, Ihnen wie besprochen, die angeforderten Informationen zum Studienverlauf, zukommen zu lassen.

In meiner Bachelorthese befasse ich mich mit dem Verlauf der Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Menschen mit akuter Aphasie (bis 6 Wochen post onset). Eine Aphasie hat tiefgreifende Folgen für die Betroffenen. Ihre kommunikativen Möglichkeiten sind schlagartig eingeschränkt, was viele Patienten frustriert und nicht selten negative psychosoziale Folgen mit sich bringt. Gerade in der Akutphase ist es für Menschen mit Aphasie schwer, ihre neue Situation zu akzeptieren und sich darin zu Recht zu finden.

Bei diesem Prozess ist ein gut geschultes Gesundheitspersonal gefragt, welches den Aphasiker in seiner Kommunikation unterstützt, fördert und ihm somit die Möglichkeit bietet, am Klinikalltag aktiv teilzunehmen. Darunter zählen unter anderem die Physiotherapeuten. Studien zeigten, dass Physiotherapeuten eine bedeutende Rolle im Genesungsprozess von Schlaganfallpatienten

einnehmen. Um diesen Prozess zu unterstützen, ist eine intakte Therapeuten-Patienten-Beziehung essentiell, was wiederum kommunikative Fähigkeiten seitens des Therapeuten voraussetzt.

Es existieren bisher nur wenige Studien, die sich mit der Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Aphasiepatienten beschäftigen. Dies sehe ich als Anlass, mich in meiner Bachelorthese damit zu befassen. Über den genauen Studieninhalt und -verlauf werden sie im Anhang 1 aufgeklärt.

Ihr Haus profitiert von der Studie, weil die Physiotherapeuten durch diesen Schritt die Wahrnehmung in Bezug auf die Kommunikation mit Aphasikern sensibilisieren. Längerfristig ist es vorausgesehen, dass anhand der Ergebnisse Schulungsmaßnahmen entwickelt werden, um die Kommunikation zu fördern. Davon kann ihr Haus ebenfalls profitieren.

Über die Ergebnisse meiner Studie werden sie nach der Durchführung der Bachelorthese natürlich ausführlich informiert.

Ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit!

Mit freundlichen Grüßen,

Yvonne Knakowski

Anhang 1

Zentrale Fragen der Bachelorthesis:

Die Studie befasst sich mit 3 zentralen Fragen, die im Folgenden wiedergeben werden und deren Methodik erläutert wird.

1. Wie verläuft die Kommunikation zwischen Physiotherapeut und Menschen mit akuter Aphasie?
2. Wie schätzen die Physiotherapeuten ihre eigenen kommunikativen Fähigkeiten im Umgang mit Menschen mit akuter Aphasie ein?
3. Über welches Fachwissen des Störungsbildes Aphasie verfügen die Physiotherapeuten?

Methodik/ Durchführung:

Zu Frage 1:

Die Physiotherapeuten werden von mir während ihrer Therapieeinheit unter einem falschen Vorwand begleitet. Dabei gebe ich mich als Studentin für soziale Arbeit aus, die im Rahmen eines Studienprojektes Einblick in die Tätigkeit von anderen Disziplinen erhalten soll. Die Therapieeinheit soll mindestens 5 Minuten andauern. Anhand eines festgelegten Observationsformulars wird das kommunikative Verhalten des Therapeuten bewertet.

Zu Frage 2:

Unmittelbar im Anschluss an die Therapieeinheit werden die Physiotherapeuten über das Ziel der Studie aufgeklärt und zur weiteren Mitarbeit gebeten. Geben sie ihr Einverständnis, erhalten sie einen Bewertungsbogen zur Selbsteinschätzung ihrer kommunikativen Fähigkeiten im Umgang mit Aphasikern, der identisch zum Observationsformular ist, was einen unmittelbaren Vergleich erlaubt. Die Physiotherapeuten werden gebeten, dieses Formular möglichst unmittelbar nach der Therapieeinheit auszufüllen und Schweigen gegenüber ihren Kollegen zu bewahren.

Während der Schicht werde ich, unter dem Vorwand, möglichst viele verschiedene Arbeitsweisen kennen zu lernen, die begleitenden Therapeuten eventuell wechseln, um so viele Observationen mit Aphasikern wie möglich zu sehen.

Zu Frage 3:

Zur Wissensüberprüfung wird das Multiple-Choice-Verfahren eingesetzt. Die Physiotherapeuten werden gebeten, die Fragen innerhalb von 15 Minuten zu beantworten. Die Überprüfung wird zum Schichtende entweder individuell oder in der Gruppe durchgeführt.

In der folgenden Tabelle wird der Ablauf nochmals kurz dargestellt:

Schichtverlauf	Durchführung	Zeit
Schichtbeginn	Vorstellung/ Instruktion	10 Min.
Während der Schicht	Observation	10 Min.
	Selbsteinschätzung	5-10 Min.
Schichtende	Durchführung der Wissensprüfung	15 Min.

Anonymität:

Für die Studie werden sowohl der Name des Krankenhauses, als auch die Namen der Therapeuten anonymisiert. Jedem Therapeuten wird eine Kennzahl zugeordnet, um die Dokumente zuordnen zu können und somit die Ergebnisse auszuwerten und Korrelationen zu berechnen.

Anhang D: Teilnahmeerklärung

Hiermit bestätige ich die Teilnahme an der Studie „Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Menschen mit akuter Aphasie“.

Ich bin damit einverstanden, dass die unter meiner Leitung stehenden Physiotherapeuten an der Studie unter individueller Zustimmung teilnehmen.

Ich wurde im Vorfeld ausführlich über den Inhalt und Verlauf der Studie in Form eines persönlichen Gespräches und Informationsbriefes aufgeklärt.

Vorname: _____

Name: _____

Name der Einrichtung: _____

Station(en): _____

Für die Ausführung und den Inhalt der Studie ist verantwortlich:

Yvonne Knakowski, 0178 1895 61 9, 0923451knakowski@zuyd.nl

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Anhang E: Untersuchungsformulare

Persönliche Angaben

Kennziffer Teilnehmer/in: _____
(auszufüllen durch Studienleiter)

Datum: ____/____/____

Name und Ort der Einrichtung:

Alter in Jahren: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Berufsausbildung akademischer Grad

Berufserfahrung mit neurologischen Patienten:

(< 5 Jahre Berufserfahrung)

(> 5 Jahre Berufserfahrung)

Absolvierte Aphasie-Fortbildungen: ja nein

Teilnahmebestätigung

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, an der Studie „Kommunikation zwischen Physiotherapeuten und Menschen mit Aphasie in der akuten Phase“ teilzunehmen.

Kennziffer Teilnehmer/in: _____ (*auszufüllen durch Studienleiter*)

Datum: ____/____/____

Vorname Teilnehmer/in: _____

Name Teilnehmer/in: _____

Name und Ort der Einrichtung: _____

Einverständniserklärung

Ich bin zum jetzigen Zeitpunkt über das Ziel und den Verlauf der Studie ausführlich mündlich informiert worden. Ich bin darüber aufgeklärt, dass die Studie sich aus den folgenden drei Teilen zusammensetzt:

1. eine Observation der Kommunikation mit einem Menschen mit akuter Aphasie
2. eine Selbsteinschätzung der Kommunikationsweise im Umgang mit Aphasikern
3. eine Wissensprüfung zum Thema Aphasie

Meine Daten werden anonym im Rahmen der Studie ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben. Meine Teilnahme erfolgt freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Es werden keinerlei Informationen innerhalb der Studie sowie eines Studienabbruchs an den Arbeitgeber weitergeleitet, so dass keinerlei berufliche Nachteile für eine teilnehmende Person entstehen können.

Fragen zum Inhalt und zum Ablauf der Studie können jederzeit an den verantwortlichen Studienleiter gestellt werden.

Für den Inhalt und die Ausführung dieser Studie ist verantwortlich:

Yvonne Knakowski, 0923451knakowski@zuyd.nl, Tel.:0178 18 95 61 9

Ort, Datum: _____

Unterschrift Teilnehmer: _____

Unterschrift Studienleiter: _____

Observationsformular (Fischer et al. 2009)

Kennziffer Teilnehmer/in:

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	nicht zutreffend
PT sorgt dafür, dass Störungen aus der Umgebung vermieden werden.	<input type="radio"/>						
PT sorgt für eine ausreichende Beleuchtung im Zimmer.	<input type="radio"/>						
PT sorgt für eine schmerzfreie Körperhaltung des Patienten.	<input type="radio"/>						

Begrüßung/ Verabschiedung	1	2	3	4	5	6	nicht zutreffend
PT begrüßt den Patienten in Form einer kurzen, persönlichen Ansprache.	<input type="radio"/>						
PT gibt den Grund für sein Erscheinen an.	<input type="radio"/>						
PT verabschiedet sich in Form einer kurzen, persönlichen Ansprache.	<input type="radio"/>						

Physiotherapeut als Sprecher	1	2	3	4	5	6	nicht zutreffend
Das Sprechtempo des PT ist adäquat.	<input type="radio"/>						
Die Lautstärke des PT ist adäquat.	<input type="radio"/>						
PT betont wichtige Wörter/Phrasen.	<input type="radio"/>						
PT verwendet syntaktisch einfache Äußerungen.	<input type="radio"/>						
PT setzt sinnvolle Pausen im Gespräch.	<input type="radio"/>						

PT verwendet geschlossene Fragen werden, um wichtige Informationen abzusichern.	<input type="radio"/>						
PT verwendet ein angemessenes Sprachniveau.	<input type="radio"/>						
PT hält die Aufmerksamkeit des Patienten aufrecht.	<input type="radio"/>						

	1	2	3	4	5	6	nicht zutreffend
Physiotherapeut als aktiver Zuhörer							
Der Patient wird, in seinen Bemühungen zu kommunizieren, unterstützt.	<input type="radio"/>						
PT gibt dem Patienten verbales Feedback auf seine Äußerungen. (z.B. „aha“, „Verstehe“, „mmh“)	<input type="radio"/>						
PT fällt dem Patienten wird nicht ins Wort.	<input type="radio"/>						
PT achtet darauf, dem Patienten nicht die Worte aus dem Mund zu nehmen.	<input type="radio"/>						
PT gibt Rückmeldungen über die Verständlichkeit des Patienten. (z.B. was wurde verstanden/ was nicht; Details erraten)	<input type="radio"/>						
PT benennt die non-verbale Signale des Patienten.	<input type="radio"/>						

Nonverbale und alternative Kommunikation	1	2	3	4	5	6	nicht zutreffend
PT nutzt Mimik und Gestik zur Unterstützung der Verständigung.	<input type="radio"/>						
PT nutzt alternative Kommunikationsweisen zur Verständigung. (z.B. schreiben, zeichnen, zeigen)	<input type="radio"/>						
PT stellt einen adäquaten Blickkontakt her und hält ihn.	<input type="radio"/>						
PT gibt non-verbales Feedback auf die Äußerungen. (z.B. lächeln/ nicken)	<input type="radio"/>						
PT zeigt Interesse an der Gefühlswelt des Patienten und passt das Verhalten entsprechend an.	<input type="radio"/>						

**Formular zur Selbsteinschätzung des Kommunikationsverhaltens
bei akuten Aphasiepatienten**
(Fischer et al. 2009)

Kennziffer Teilnehmer/in:

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	nicht zutreffend
Ich habe dafür gesorgt, dass Störungen aus der Umgebung vermieden wurden. (z.B. Fernsehen/Radio abschalten, Tür schließen)	<input type="radio"/>						
Ich habe für eine ausreichende Beleuchtung im Zimmer gesorgt.	<input type="radio"/>						
Ich habe für eine schmerzfreie Körperhaltung des Patienten gesorgt.	<input type="radio"/>						
Begrüßung/ Verabschiedung	1	2	3	4	5	6	nicht zutreffend
Ich habe den Patienten in Form einer kurzen, persönlichen Ansprache begrüßt.	<input type="radio"/>						
Ich habe den Grund für mein Erscheinen angegeben.	<input type="radio"/>						
Ich habe mich in Form einer kurzen, persönlichen Ansprache verabschiedet.	<input type="radio"/>						
Physiotherapeut als Sprecher	1	2	3	4	5	6	nicht zutreffend
Ich habe im adäquaten Sprechtempo gesprochen.	<input type="radio"/>						
Ich habe in einer adäquaten Lautstärke gesprochen.	<input type="radio"/>						
Ich habe wichtige Wörter/ Phrasen in meiner Aussage betont.	<input type="radio"/>						
Ich habe kurze, einfache Äußerungen verwendet.	<input type="radio"/>						
Ich habe sinnvolle Pausen im Gespräch gesetzt.	<input type="radio"/>						

Ich habe geschlossene Fragen („die mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden,) verwendet, um wichtige Informationen abzusichern.	<input type="radio"/>						
Ich habe ein angemessenes Sprachniveau verwendet.	<input type="radio"/>						
Ich habe dafür gesorgt, dass der Patient aufmerksam ist.	<input type="radio"/>						

Physiotherapeut als aktiver Zuhörer	1	2	3	4	5	6	nicht zutreffend
Ich habe den Patienten in seinen Bemühungen zu kommunizieren unterstützt.	<input type="radio"/>						
Ich habe den Patienten verbales Feedback auf seine Äußerungen gegeben. (z.B. „aha“, „Verstehe“, „mmh“)	<input type="radio"/>						
Ich bin dem Patienten nicht ins Wort gefallen.	<input type="radio"/>						
Ich habe dem Patienten „keine Wörter aus dem Mund genommen“.	<input type="radio"/>						
Ich habe dem Patienten Rückmeldungen über seine Verständlichkeit gegeben. (z.B. was wurde verstanden/ was nicht; Details erraten)	<input type="radio"/>						
Ich habe die non-verbale Signale des Patienten benannt.	<input type="radio"/>						

Nonverbale und alternative Kommunikation	1	2	3	4	5	6	nicht zutreffend
Ich habe Mimik und Gestik zur Unterstützung der Verständigung angewendet.	<input type="radio"/>						
Ich habe alternative Kommunikationsweisen zur Verständigung genutzt. (z.B. schreiben, zeichnen, zeigen)	<input type="radio"/>						
Ich habe einen adäquaten Blickkontakt hergestellt und gehalten.	<input type="radio"/>						
Ich habe dem Patienten non-verbales Feedback auf seine Äußerungen gegeben. (z.B. lächeln/ nicken)	<input type="radio"/>						
Ich habe ehrliches Interesse an der Gefühlswelt des Patienten gezeigt und mein Verhalten entsprechend angepasst.	<input type="radio"/>						

Wissensüberprüfung zum Thema Aphasie (Fischer et al. 2009)

Kennziffer Teilnehmer/in: _____

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 (Inzidenz-/Neuerkrankungsrate) 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

Kennziffer Teilnehmer/in: _____

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. 1,5 Monaten
- 3) ca. 6 Monaten
- 4) ca. 1 Jahr
- 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

Kennziffer Teilnehmer/in: _____

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*)

Kennziffer Teilnehmer/in: _____

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 F: Bewertungsskala für die Observationen (Eckerl et al., 2011)

Kategorie 1: Anpassung der Umgebung

Note 1-2: Der Physiotherapeut passt die Umgebung optimal an den Menschen mit Aphasie an, damit die Kommunikation optimal verlaufen kann.

Note 3-4: Der Physiotherapeut trifft einige Vorkehrungen zur Anpassung der Umgebung, jedoch nicht optimal oder zeitverzögert.

Note 5-6: Der Physiotherapeut trifft keine Vorkehrungen zur Anpassung der Umgebung

Kategorie 2 Begrüßung und Verabschiedung

Note 1-2: Der Physiotherapeut begrüßt/verabschiedet den Menschen mit Aphasie angemessen und freundlich, redet ihn mit seinen Namen an (und gibt leicht verständlich und adäquat den Grund für sein Kommen an)

Note 3-4: Der Physiotherapeut begrüßt/verabschiedet den Menschen mit Aphasie beiläufig, ohne ihn mit seinem Namen anzusprechen. (Der Grund für das Kommen wird nur vage beschrieben.)

Note 5-6: Der Physiotherapeut begrüßt/verabschiedet den Menschen mit Aphasie nicht und (gibt keinen Grund für das Kommen an.)

Kategorie 3 Physiotherapeut als Sprecher

Note 1-2: Der Physiotherapeut funktioniert in der Rolle als Sprecher optimal.

Folgende Fähigkeiten werden gezeigt:

- Langsames Sprechtempo
- Adäquate Lautstärke (nicht zu laut, nicht zu leise)
- Wichtige Inhaltswörter werden stets betont
- Alle Äußerungen sind kurz und syntaktisch einfach
- Pausen werden häufig gesetzt
- Ja/Nein- Fragen werden stets verwendet, um Informationen abzusichern
- Das Sprachniveau ist stets angemessen
- Die Aufmerksamkeit des Patienten wird während des gesamten Gesprächs gesichert

Note 3-4: Der Physiotherapeut funktioniert in der Rolle als Sprecher mittelmäßig, die einzelnen Fähigkeiten werden nur teilweise gezeigt:

- Wechsel aus langsamen und zu schnellem Sprechtempo

- Wechselnde Lautstärke (teils zu laut oder zu leise)
- Wichtige Inhaltswörter werden nur manchmal betont
- Einige Äußerungen sind kurz und syntaktisch einfach, andere Äußerungen geraten zu lang
- Pausen werden teilweise gesetzt
- Ja/Nein-Fragen werden wenig verwendet, um Informationen abzusichern. Manchmal geht wichtige Information verloren, da diese Form der Fragestellung nicht benutzt wird.
- Das Sprachniveau ist teils angemessen, teils wird „Babysprache“ verwendet
- Die Aufmerksamkeit des Patienten wird während des Gesprächs teilweise gesichert,
- manchmal ist der Patient abgelenkt und nicht mit voller Aufmerksamkeit anwesend

Note 5-6: Der Physiotherapeut nimmt die Rolle als Sprecher sehr schlecht ein
keine der Fähigkeiten wird erfüllt

Kategorie 4 Physiotherapeut als Zuhörer

Note 1-2: Der Physiotherapeut nimmt die Rolle des Zuhörers optimal ein.

Folgende Fähigkeiten werden optimal erfüllt:

- Die Kommunikation wird immer unterstützt (Stift, Papier etc reichen)
- Stetiges Feedback auf Äußerungen des Patienten
- Der Physiotherapeut fällt dem Patienten nie ins Wort und nimmt die Worte nicht aus dem Mund
- Stetige Rückmeldungen über die Verständlichkeit
- Benennen aller nonverbalen Signale des Patienten

Note 3-4: Der Physiotherapeut nimmt die Rolle des Zuhörers mittelmäßig gut ein.

Folgende Fähigkeiten werden teilweise erfüllt:

- Die Kommunikation wird manchmal unterstützt (Stift, Papier ect. reichen), einige mögliche Situationen werden verpasst.
- Teilweise Feedback auf Äußerungen des Patienten.
- Der Physiotherapeut fällt dem Patienten manchmal ins Wort und nimmt die Worte teilweise aus dem Mund.
- Rückmeldungen über die Verständlichkeit werden teilweise gegeben, manchmal wird der Patient im Glauben gelassen verstanden zu werden, obwohl dies nicht stimmt.

- Benennen mancher nonverbaler Signale des Patienten.

Note 5-6: Der Physiotherapeut nimmt die Rolle des Zuhörers sehr schlecht ein.

Keine der Fähigkeiten wird erfüllt

Kategorie 5 Alternative und nonverbale Kommunikation

Note 1-2: Der Physiotherapeut arbeitet optimal mit alternativer und nonverbaler Kommunikation.

Er zeigt folgende Fähigkeiten:

- Alle Äußerungen werden durch Mimik und Gestik unterstützt
- Schreiben, Zeigen, Zeichnen wird immer verwendet, wenn es die Situation verlangt
- Konstanter Blickkontakt während des ganzen Gesprächs
- Nonverbales Feedback auf alle Äußerungen des Patienten
- Zeigen von ehrlichem Interesse für die Gefühlswelt

Note 3-4: Der Physiotherapeut arbeitet teilweise mit alternativer und nonverbaler Kommunikation.

Er zeigt folgende Fähigkeiten:

- Manche Äußerungen werden durch Mimik und Gestik unterstützt
- Schreiben, Zeigen, Zeichnen wird teilweiser verwendet, wenn es die Situation verlangt.
Einige mögliche Situationen werden jedoch verpasst.
- Wechselnder Blickkontakt während des Gesprächs
- Nonverbales Feedback auf manche Äußerungen des Patienten
- Zeigen von Interesse für die Gefühlswelt des Patienten teilweise, jedoch nicht stetig erkennbar.

Note 5-6: Der Physiotherapeut arbeitet nicht mit alternativer und nonverbaler Kommunikation.

Keine der Fähigkeiten wird erfüllt