

## 4 Logopädische Diagnostik der akuten Aphasie

In diesem Kapitel wird zunächst auf die sprachlichen Symptome und Charakteristika der akuten Aphasie eingegangen. Danach werden die Besonderheiten der logopädischen Diagnostik in der Akutphase vorgestellt. Um einen möglichst umfassenden Überblick über die Möglichkeit zur Diagnostik der akuten Aphasie zu geben, wurden neben den speziell für die akute Aphasie entwickelten Testinstrumenten auch informelle und ergänzende Verfahren etwa für leichte oder sehr schwere Störungen mit aufgenommen. Alle Verfahren werden auch unter dem Gesichtspunkt betrachtet, inwieweit sie die Ebenen der ICF – also Körperfunktion, Aktivität und Teilhabe – berücksichtigen. Aufgrund der hohen klinischen Relevanz werden auch differenzialdiagnostische Kriterien zu anderen Krankheitsbildern wie Sprechapraxie, Dysarthrie und neuropsychologischen Störungen aufgezeigt. Ein Unterkapitel gibt Informationen zur Kurzdiagnostik der akuten Dysphagie. Diese ist in der Regel der Diagnostik der Aphasie vorgeschaltet, da die Dysphagie eine vitale Bedrohung des Patienten auf der Stroke Unit darstellt. Das Kapitel endet mit Fallbeispielen, die die Anwendung der 3 speziell für die Akutphase entwickelten Testverfahren exemplarisch vorstellen und die Stärken der einzelnen Verfahren am individuellen Fall sowie die Möglichkeiten zur Therapieableitung aufzeigen.

### 4.1 Sprachliche Symptomatik bei akuter Aphasie

#### 4.1.1 Welche Symptome und Phänomene treten häufig auf?

In der Akutphase können alle klinischen Symptome einer chronischen Aphasie auftreten. Dies sind z. B. Störungen des Wortabrufs, phonematische und semantische Paraphasien bis hin zum Jargon oder syntaktische Störungen wie reduzierter oder überschießender Satzbau. Wallesch et al. (1992, 2010) beschreiben zudem 3 „instabile Syndrome akuter Aphasien“ (s. S. 24). Da es sich hierbei

nicht um stabile Symptomkomplexe handelt und keine therapeutischen Strategien ableitbar sind, werden sie an dieser Stelle nicht weiter vertieft.

Charakteristische sprachliche Parameter zur Beschreibung bei akuten Aphasien:

- Mutismus
- flüssige und nichtflüssige Sprachproduktion
- repetitive sprachliche Symptome
- Symptome sprachlicher Enthemmung
- syntaktische Symptome

#### Mutismus

In den ersten Tagen nach dem verursachenden Ereignis ist vielen Menschen mit Aphasie keine sprachliche Äußerung möglich, sie sind nahezu stumm. Emotionale Laute können vereinzelt produziert werden. Oft liegt eine ausgeprägte Sprach- und Sprechanstrengung vor. Als Ursache des akuten Mutismus werden 3 Faktoren beschrieben:

- eine schwere Störung des **Sprachantriebs**,
- eine schwere Störung der **Sprechprogrammierung** (Sprechapraxie),
- eine **schwere Aphasie**

sowie eine Kombination aus allen 3 Verursachungsfaktoren, insbesondere bei anterioren Läsionen und ausgedehnten Mediainfarkten (Schneider et al. 1990, Ziegler u. Ackermann 1994, Marx 2005). Differenzialdiagnostische Kriterien sind die schriftsprachlichen Leistungen, das Sprachverstehen und die kommunikative Stimulierung. Bei Patienten mit schwerer Sprachantriebsstörung können sprachliche Äußerungen im Verlauf der logopädischen Therapie mit affektiv stimulierendem Material häufig rasch evoziert, stabilisiert und erweitert werden. Dies wird bei sprechmotorischer und/oder aphasischer Verursachung nur bedingt erreicht. Darüber hinaus zeigt sich das Sprachverstehen bei gebessertem Antrieb, ebenso wie bei einer rein sprechmotorischen Verursachung, nur wenig beeinträchtigt oder ist sogar vollständig erhalten. Hinweisend auf eine sprechmotorische Verursachung sind außerdem gut erhaltene Leistungen der Schriftsprache, die bei einer schweren Aphasie mit akutem Mutismus zumeist stark betroffen ist. Aussagen zur Ursache des akuten Mutismus können also erst im Therapieverlauf getroffen werden.

## Flüssige und nichtflüssige Sprachproduktion

Bei Patienten, die sich in der Akutphase sprachlich äußern können, wird zwischen flüssiger und nichtflüssiger Sprachproduktion unterschieden. Die Unterscheidung zwischen flüssigen und nichtflüssigen Aphasien ist aus dem angloamerikanischen Raum übernommen und hat, nicht nur für die Akutphase, eine lange Tradition (Wittler 2006). Die Kriterien zur Einteilung in die Kategorien flüssig und nichtflüssig sind jedoch nicht einheitlich und unterscheiden sich bezüglich der Angaben zur **Sprach- und Sprechgeschwindigkeit** und bezüglich der zur Einteilung betrachteten Parameter. Wallesch (1992) definiert nichtflüssige Sprache ab weniger als 60 Silben pro Minute. Lang et al. (1999) verweisen auf Albert et al. (1981) und geben als Voraussetzung für flüssige Sprache eine Untergrenze von 80 Silben pro Minute sowie eine Phrasenlänge von 5 Wörtern pro Phrase an. Im Handbuch zum Aachener Aphasie-Test (AAT) führen Huber et al. (1983) zusätzlich noch den Parameter „Unterbrechungen“ als Charakteristikum nichtflüssiger Sprache auf. Die Begriffe „flüssig“ und „nichtflüssig“ werden häufig auch auf bestimmte aphasische Syndrome bezogen. So gelten die globale Aphasie und die Broca-Aphasie als nichtflüssige Aphasien, die Wernicke-Aphasie und die amnestische Aphasie werden als flüssige Aphasien bezeichnet. Die Differenzierung zwischen nichtflüssiger Sprache und nichtflüssigem Sprechen wird häufig nicht sorgfältig getroffen. So ist häufig nicht ersichtlich, ob es sich um eine Unflüssigkeit aufgrund aphasisch-linguistischer Probleme oder aufgrund sprechmotorischer Probleme handelt. Wittler (2006) analysiert in ihrer Dissertation die Spontansprache von Menschen mit akuter Aphasie und führt eine Untersuchung u. a. zur Einschätzung und Wahrnehmung von Sprachflüssigkeit durch. Anhand von Clusteranalysen ermittelt sie Faktoren und Kriterien, die für die Beurteiler ihrer Studie bei der Urteilsfindung von Bedeutung waren. Neben der Sprechgeschwindigkeit scheinen Sprachanstrengung und die mittlere Phrasenlänge die entscheidenden Faktoren zu sein. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass es in der Akutphase von Aphasien viele Mischformen gibt, die sich nicht in die Flüssigkeitsdichotomie einordnen lassen und dass zur Beschreibung aphasischer Spontansprache neben der Beschreibung der Flüssigkeit noch weitere Parameter wichtig sind.

## Repetitive sprachliche Symptome

Insbesondere in der Spontansprache schwer betroffener Patienten sind häufig repetitive Phänomene beobachtbar. Repetitives Sprachverhalten äußert sich in Automatismen, Recurring Utterances, Stereotypien, Perseverationen und Echolalien. Diese Symptome entstehen unbeabsichtigt, sie sind nicht Teil des kontrollierten Sprachplanungsprozesses.

- **Sprachautomatismen** sind häufig wiederkehrende formstarre Wörter oder Satzfragmente, die gegen die Intention des Sprechers geäußert werden und nicht gestoppt werden können (z. B. „einmal“, „Annemie, glaubst’e“).
- **Von Recurring Utterances** (Huber et al. 2006a) spricht man, wenn die Sprachautomatismen fortlaufend sind und aus aneinander gereihten Silben, Wörtern oder Satzfragmenten (z. B. „tochttocht“, „eins zwei eins zwei“) bestehen. Unter Umständen können diese inadäquaten, unkontrollierten Wiederholungen die Gesamtheit der Äußerungen ausmachen.
- **Stereotypien** sind ebenfalls mehrfach wiederkehrende, formstarre Äußerungen. Dabei handelt es sich um Redefloskeln, die zumeist angemessen eingesetzt werden und somit in den Gesprächskontext passen, aber inhaltsarm sind (z. B. „muss ich ehrlich sagen“, „ungefähr so“, „weiß nicht“, „warten Sie“). Stereotype Anteile finden sich sowohl bei nichtflüssiger als auch bei flüssiger Sprachproduktion.
- **Perseverationen** bezeichnen das ungewollte Verhaften an vorausgegangenen eigenen verbalen oder schriftlichen Äußerungen. Sie können unmittelbar oder verzögert auftreten. Perseverationen sind häufig Ausdruck einer Überforderung, z. B. bei zu schweren oder zu langen Übungen.
- **Echolalien** liegen vor, wenn unbeabsichtigt vorausgegangene Äußerungen des Gesprächspartners gleich oder nahezu gleich wiederholt werden. Perseverationen und Echolalien sind Menschen mit Aphasie in der frühen Phase der Erkrankung häufig nicht bewusst.

## Symptome sprachlicher Enthemmung

Sprachliche Enthemmungsphänomene treten bei gut artikulierter, flüssiger, oft überschießender Sprachproduktion auf. Der Sprachfluss ist unkontrolliert, Wörter, Floskeln und/oder **Neologismen** werden sinnlos aneinander gereiht („Wortsalat und Kauderwelsch“, Huber et al. 2006a). Die Bedeutung des Gesagten erschließt sich dem Zuhörer nicht oder nur teilweise. Diese unverständliche Aneinanderreihung wird als **Jargon** bezeichnet. Je nach vorherrschender Art der Abweichung vom Zielwort wird zwischen neologistischem, phonematischem und semantischem Jargon unterschieden. Trotz vieler semantischer und phonematischer Abweichungen können im Jargon Anlagen eines komplexen Satzbaus erkennbar sein. Symptome des **Paragrammatismus** (langer, komplexer Satzbau mit Satzverschränkungen und Verdoppelung von Satzteilen) gehen häufig mit Jargon einher. Die meisten Patienten nehmen ihre enthemmte, überschießende Sprachproduktion selber nicht wahr. Diese stark beeinträchtigte Eigenwahrnehmung, also die mangelnde Kontrolle der eigenen Sprache und des eigenen Sprechens, wird auch als Monitoring-Störung (Self-Monitoring, Levelt 1989) bezeichnet. Mit Ausnahme der Stereotypien zeigen auch die oben beschriebenen repetitiven Symptome Enthemmungscharakteristiken als Folge einer fehlenden Sprachkontrolle. Dies trifft insbesondere auf die Recurring Utterances zu.

## Syntaktische Symptome

Die Spontansprache von Menschen mit akuter Aphasie ist auch durch syntaktische Abweichungen charakterisiert. Biniek (1993) stellte bei der Untersuchung der Spontansprache bei akuter Aphasie z. B. an Tag 4 nach Ereignis fest, dass die **syntaktische Vollständigkeit** mit knapp 48% nur etwa halb so hoch war, wie bei Kontrollpatienten (88%). Die **mittlere Phrasenlänge** unterschied sich mit 3,9 Wörtern bei Menschen mit Aphasie und 5,3 Wörtern bei den Kontrollpatienten ebenfalls. Allerdings war die Variabilität bei gesunden Sprechern und vor allem bei den Patienten mit Aphasie so groß, dass die „besten“ Patienten mit Aphasie immer auch im Bereich der Gesunden lagen. Somit kann die Phrasenlänge nicht als verlässliches Kriterium zur Abgrenzung von gesundem und aphasischem Sprachverhalten angeführt werden.

Neuere Normwerte für gesunde Sprecher haben Meffert et al. (2010) an einer Stichprobe von 60 sprachgesunden Probanden erhoben und diese mit einer Patientengruppe von 28 Menschen mit Aphasie (14 flüssige und 14 nichtflüssige Aphasien) in der postakuten und chronischen Phase verglichen. Auch in dieser Untersuchung wiesen die syntaktischen Parameter (Anteil vollständiger Phrasen, syntaktische Komplexität und mittlere Phrasenlänge) bei gesunden und aphasischen Sprechern die höchste Streuung auf. Während sich die Patientengruppe mit nichtflüssiger Aphasie in allen Syntaxparametern deutlich von der Kontrollgruppe unterschied, waren die Übergänge zwischen der Patientengruppe mit flüssiger Aphasie und der Kontrollgruppe fließend. Die Gruppenmittelwerte bezüglich des Anteils vollständiger Phrasen und der mittleren Phrasenlänge unterschieden sich jedoch signifikant.

## Akuter Agrammatismus

Beim akuten Agrammatismus sind die spontanen sprachlichen Äußerungen stark unvollständig, es gibt aber keine systematischen Störungsmuster. Weniger als 10% aller Patienten mit akuter Aphasie zeigen in den ersten 4 Wochen nach Ereignis das ausgeprägte Bild eines akuten Agrammatismus mit stark reduziertem Satzbau. Ein klinischer Unterschied zum chronischen Agrammatismus besteht darin, dass vollständige syntaktische Strukturen stimulierbar sind. Nach Springer et al. (2000) sind die Ursache kleinere kortikale oder subkortikale Läsionen im vorderen Bereich der A. cerebri media. Im Gegensatz zum chronischen Agrammatismus, der sich häufig im Rahmen des Rückbildungsprozesses von der globalen Aphasie zur Broca-Aphasie entwickelt, hat der akute Agrammatismus eine günstigere Prognose und verbessert sich teilweise auch ohne spezielle therapeutische Interventionen. Dies kann dadurch erklärt werden, dass der akute Agrammatismus Ausdruck einer vorübergehenden Zugriffsstörung auf morphosyntaktisches Wissen ist, oft verbunden mit einer reduzierten Verarbeitungskapazität. Ein typischer Läsionsort ist eine partielle Schädigung der vorderen und/oder zentralen linken perisylvischen Sprachregion.



### Merke

Zur Beschreibung der Spontansprache bei akuter Aphasie sind neben der Differenzierung zwischen flüssiger und nichtflüssiger Sprache auch noch weitere Parameter, wie das Auftreten von spezifischen linguistisch-aphasischen Symptomen (z. B. Paraphasien), repetitiven Symptomen und Symptomen sprachlicher Enthemmung sowie die Beschreibung des Satzbaus wichtig.

## 4.2 Besonderheiten der logopädischen Diagnostik in der Akutphase

### 4.2.1 Was kennzeichnet die Arbeit mit akut betroffenen Patienten?

In Akutkrankenhäusern tätige Logopädinnen stehen vor der Herausforderung, viele Störungsbilder wie Aphasie, Sprechapraxie, Alexie, Agraphie, Akalkulie, Dysarthrie, Dysphagie, neurogenes Stottern und Sprachstörungen bei Demenz in kurzer Zeit erkennen und behandeln zu müssen. Neuropsychologische Störungen wie Vigilanzstörungen oder Aufmerksamkeitsprobleme überlagern die aphasischen Symptome und erschweren die Diagnostik und Therapie in besonderem Maße. Die fluktuierende sprachliche Symptomatik, die reduzierte Belastbarkeit und Vigilanz erfordern eine hohe Flexibilität der Therapeutin. Aufgrund der stark interdisziplinären Arbeit muss der Sprachstatus zudem stets aktuell für alle Disziplinen verständlich dokumentiert sein.

### 4.2.2 Welche Besonderheiten ergeben sich auf der Stroke Unit?

Auf den inzwischen zahlreich eingerichteten Spezialstationen für akute Schlaganfallpatienten, den Stroke Units, stehen vor allem die medizinische Diagnostik und Therapie der Patienten im Vordergrund (Kap. 1; weitere Informationen finden sich

zudem unter [www.dsg-info.de](http://www.dsg-info.de)). Die Verweildauer ist je nach Stroke-Unit-Modell mit 2–5 Tagen kurz. Der Geräuschpegel durch medizinische Geräte erschwert die logopädische Untersuchung und Therapie. Die Patienten sind monitorpflichtig und in der Regel nur eingeschränkt untersuchungsfähig und belastbar. Dies erfordert von der Therapeutin eine kurzfristige Planung therapeutischer Interventionen. Der Schwerpunkt der logopädischen Tätigkeit liegt deshalb häufig auf der ersten Einschätzung oder dem Ausschluss einer Schluckstörung, einer informellen Kommunikationsaufnahme mit dem Patienten sowie der Beratung und Begleitung der Angehörigen. Bei Patienten, bei denen die Sprach- und Kommunikationsstörung im Vordergrund steht, ist jedoch die Durchführung eines für die Akutphase konzipierten Sprachtests angebracht.

### 4.2.3 Wann sollten Diagnostik und Therapie durchgeführt werden?

Beim Auftreten von sprachlichen und/oder kommunikativen Auffälligkeiten wird eine frühe Diagnostik und sprachliche Aktivierung in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN, Ziegler 2012) empfohlen. Huber et al. (2006a) raten zur sprachlichen Diagnostik und Aktivierungsbehandlung, sobald die Patienten kommunikativ ansprechbar sind und auch Richter et al. (2006) empfehlen, das Rückbildungspotenzial der Patienten durch eine zeitnahe Diagnostik und Therapie effektiv zu nutzen. Voraussetzung ist, dass der Allgemeinzustand des Patienten und neuropsychologische Faktoren dies zulassen und sich der Patient über eine Zeitdauer von etwa 15 min aktiv an der Behandlung beteiligen kann. Biniek (1993) hält anhand der Berechnungen der testpsychologischen Gütekriterien des Aachener Aphasie-Bedside-Tests (AABT) Untersuchungen ab dem zweiten Tag für sinnvoll. In dieser frühen Phase sind verlässliche Aussagen über Art und Schweregrad der Aphasie bei vielen Patienten nur orientierend möglich, da die sprachlichen Leistungen stark fluktuieren und häufig von neuropsychologischen Phänomenen überlagert werden. Das geeignete Diagnostikverfahren muss deshalb von der Logopädin sorgfältig ausgewählt werden (S. 53 ff.).

## 4.2.4 Wer führt die Diagnostik durch?

In einigen Ländern der Europäischen Union ist es mittlerweile üblich, dass auch Nichtsprachtherapeuten ein erstes Screening zur Feststellung einer Aphasie durchführen. Dazu existieren Testverfahren, die sich entweder gezielt an medizinisches Fachpersonal anderer Disziplinen z.B. akademisch qualifizierte Krankenschwestern und -pfleger wenden, wie etwa das skandinavische Ulleval Aphasie Screening (UAL, Thommessen et al. 1998). Andere Testverfahren nehmen mehrere therapeutische Disziplinen in ihre Zielgruppe mit auf, wie der Frenchay Aphasie Screening Test (FAST, Enderby 1987) für den angloamerikanischen Raum. Während es für den Bereich Dysphagie bereits Screenings für speziell ausgebildete Pflegekräfte gibt, sind die deutschsprachigen Testverfahren für die Akutphase alle gezielt für die Sprachtherapie entwickelt. Lediglich der nach dem Vorbild des FAST entwickelte Aphasie-Schnell-Test (AST, Kroker 2000) kann auch von Ärzten und Neuropsychologen durchgeführt werden.

Wird ein Aphasiescreening nicht von Logopädinnen durchgeführt, besteht die Gefahr, dass vor allem leichte Störungen übersehen werden (Al-Khawaja et al. 1996). Ohne spezifisch linguistisches Hintergrundwissen kann es zu Fehlinterpretationen von Sprachreaktionen und klinischen Symptomen kommen. Zudem können Untersucher ohne sprachtherapeutische Erfahrung aus den Ergebnissen eines Aphasietests keine therapeutischen Konsequenzen ziehen. Deshalb ist es notwendig, dass überall, wo die Patienten über einen Zeitraum von mehr als 2 Tagen verbleiben, eine Diagnostik durch eine Logopädin stattfindet. In der gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe wird für zertifizierte Stroke Units vorgeschrieben, im Bedarfsfall eine logopädische Diagnostik- oder Therapieeinheit pro Tag und Patient anzubieten ([www.schlaganfall-hilfe.de](http://www.schlaganfall-hilfe.de)). Ein notwendiger Bestandteil dieser Diagnostik ist aber auch eine Befragung des Pflegepersonals zu den kommunikativen Fähigkeiten des Patienten im Stationsalltag z. B. beim Äußern von Bedürfnissen oder bei der Körperpflege.

## 4.2.5 Welchen Anforderungen muss die Diagnostik genügen?

Die Aphasiediagnostik in der Akutphase soll Aufschluss geben über folgende Punkte und Fragen:

- **Auslese:** Besteht eine Aphasie?
- **Schweregradbestimmung:** Kann der Schweregrad der Aphasie bestimmt werden?
- **Erfassung der Therapiefähigkeit:** Ist der Patient therapeutisch belastbar? Und wenn ja, wie lange?
- **Einschätzung der Kommunikationsfähigkeit:** Kommuniziert der Patient verbal oder nonverbal? Der Kommunikationsbegriff sollte hier laut der Definition der ICF (DIMDI 2005, S. 101) die „Kommunikation mittels Sprache, Zeichen und Symbolen, einschließlich des Verstehens und Produzierens von Mitteilungen sowie der Konversation und des Gebrauchs von Kommunikationsgeräten und -techniken“ umfassen.
- **Ermittlung der Funktionsbeeinträchtigungen und Ressourcen:** Sowohl Wittler (2006) als auch Huber et al. (2006a) fordern nicht nur eine reine Leistungsüberprüfung, sondern auch eine Überprüfung der Stimulierbarkeit, da sonst funktionelle Beeinträchtigungen der Sprache, die durch Stimulierung überwunden werden können, möglicherweise nicht erkannt werden.
- **Quantifizierung** grundlegender expressiver und rezeptiver **Sprach- und Sprechleistungen** unter besonderer Berücksichtigung der:
  - Beschreibung der Dynamik der vorherrschenden Symptome bei verschiedenen sprachlichen Leistungen, vor allem eine Beurteilung der Spontansprache (Bley 2002);
  - Beurteilung des Sprachverständnisses, welches in der Akutphase eine besondere pragmatische Relevanz hat. Die Patienten müssen z.B. über medizinische Untersuchungs- und Behandlungsverfahren aufgeklärt und bezüglich der rehabilitativen Maßnahmen beraten werden.
- **Differenzialdiagnostik** der Aphasie zu Dysarthrie, Sprechapraxie und Mutismus.
- **Gibt es signifikante Änderungen im Verlauf?** Dazu muss ein Test innerhalb weniger Tage wiederholbar sein, ohne dass Lerneffekte das Ergebnis beeinflussen.
- **Abgrenzung von Begleiterscheinungen**, die die Aphasiebehandlung erschweren. Dies betrifft z.B. visuelle Störungen, Antriebsstörungen sowie Störungen von Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen (Sturm et al. 2009).

- Das diagnostische Prozedere der Akutphase muss Zeit für **Patientenaufklärung** und **Angehörigenberatung** beinhalten.

### 4.2.6 Was wird untersucht?

In den Verfahren zur Diagnostik der akuten Aphasie findet sich eine Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben zur Untersuchung sprachlicher Leistungen. Je nach Zielgruppe, d. h. eher schwer betroffene Patienten oder Aphasien aller Schweregrade, sind es einfachere sprachliche und kommunikative Leistungen wie im Aachener Aphasie-Bedside-Test (AABT, Biniek 1993) oder auch spezifische und

komplexere Sprachleistungen wie im Bielefelder Aphasie Screening (BIAS, Richter et al. 2006). Bezüglich der Komponenten der ICF (s. o.) wird durch die gängigen Aphasietests überwiegend eine **Funktionsdiagnostik** auf der Ebene der (**mentalen**) **Körperstrukturen** und **-funktionen** durchgeführt. Das bedeutet z. B.: Wie gut kann der Patient nach auditiver Vorgabe kleine Aufträge ausführen, auf entsprechende Bilder zeigen und diese mündlich oder schriftlich benennen? Dabei wird darauf geachtet, dass der Untersucher bewusst keine nonverbalen Hinweisreize wie Gesten oder Blickbewegungen einsetzt, die dem Patienten die linguistische Entschlüsselung der verbalen Botschaft erleichtern.

**Tab. 4.1** Kommunikative und sprachliche Leistungen im funktionsorientierten und im aktivitäts- und teilhabeorientierten Kontext bei akuter Aphasie.

Funktionsorientierte Betrachtung	Aktivitäts- und Teilhabeaspekt	
<b>expressiv</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spontansprache (Beschreibung nach sprachsystematischen Auffälligkeiten z. B. nach dem Vorbild des AAT-Spontansprachinterviews)</li> <li>• automatisierte Sprache: Mit-, Nach-, Reihensprechen</li> <li>• elizitierte mündliche Sprachproduktion (z. B. Benennen, Wortflüssigkeitsaufgaben, Bildbeschreibungen)</li> <li>• Schriftsprache: Schreiben nach Diktat, spontanes Schreiben oder schriftliches Benennen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spontansprache im Alltag</li> <li>• globale Kommunikation / Kommunikationsaufnahme: z. B. Blickkontakt, Begrüßen, Grußfloskeln, Verabschieden</li> <li>• auf sich aufmerksam machen bei Bedürfnissen, z. B. Toilette</li> <li>• Gesten: sprachersetzende (referenzielle) und sprachbegleitende Gesten</li> <li>• Wünsche äußern</li> <li>• verbale oder nonverbale Signalisierung von Nichtverstehen</li> <li>• Fragen stellen</li> <li>• Schreiben im Alltag: z. B. Unterschrift leisten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beispielsweise Kontakte in der Klinik knüpfen</li> <li>• am Frühstückstisch das bekommen, was man möchte</li> <li>• vom Pflegepersonal rechtzeitig auf die Toilette gebracht werden</li> <li>• mit der Familie telefonieren und einen Besuch vereinbaren</li> <li>• auf der Visite nachfragen</li> <li>• Mitentscheidung über ärztliche und therapeutische Maßnahmen</li> <li>• schriftliche Einwilligung zu medizinischen Maßnahmen, Formulare ausfüllen, Notizen machen, schriftliche Korrespondenz tätigen</li> </ul>
<b>rezeptiv</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• auditives Sprachverständnis auf Wort-, Satz- oder Textebene</li> <li>• abstrakte Handlungsaufträge verstehen „Zeigen Sie den roten Kreis“</li> <li>• Schriftsprache: Lesesinnverständnis, lautes Lesen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• situatives Sprachverständnis im Kontext: z. B. Fragen zu Bedürfnissen wie Hunger und Durst</li> <li>• komplexes Sprachverstehen in Alltagssituationen: z. B. Krankheitsinformation bei Visite</li> <li>• Symbolverständnis: z. B. Toilette oder Verkehrszeichen ♀ ♿</li> <li>• Schriftsprache: z. B. Lesen von Beschriftungen, Hinweisschildern, Beipackzetteln, Zeitung, (Fach-)Literatur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aus einer Alternativfrage das gewünschte Getränk wählen</li> <li>• Informationen über geplante ärztliche oder therapeutische Maßnahmen verstehen</li> <li>• nach einer Beschreibung/Hinweis am richtigen Ort in der Klinik ankommen (Radiologie, Kiosk, Toilette)</li> <li>• den Speiseplan lesen und Essen auswählen können</li> <li>• durch Zeitung, Fernseh- oder Radionachrichten über die aktuelle (Lokal-)Politik informiert werden</li> </ul>
<b>Differenzialdiagnostik</b>		

In einigen Verfahren wird aber zumindest die kommunikativ-pragmatische Kompetenz beschrieben. So enthält z. B. der AABT einen Bogen zur Einschätzung des globalen Kommunikationsverhaltens, das BIAS erfasst neben linguistischen Parametern der Spontansprache auch nonverbales Verhalten. Die Berücksichtigung dieser Ebenen von Aktivität und Teilhabe ist auch im Akutstadium wesentlich: Wie gut kann der Patient die eingeschränkten Sprachfähigkeiten kompensieren und z. B. durch sprachersetzende Blick- oder Zeigegesten auf sich aufmerksam machen und elementare Bedürfnisse wie Durst äußern? Wie gut kann er im situativen Kontext Aufforderungen z. B. zu Lagewechseln oder bei der logopädischen Untersuchung zur Öffnung des Mundes nachkommen?

### Merke

Jede Funktionsdiagnostik sollte durch die Berücksichtigung des Aktivitäts- und Teilhabeaspekts zumindest beobachtend und beschreibend ergänzt werden (► Tab. 4.1).



## 4.2.7 Warum ist die Analyse der Spontansprache wichtig?

Das spontane Gespräch ist die natürlichste Kommunikationssituation im Alltag. Nur in der Spontansprache werden bei einer Aphasie die Wechselbeziehungen aphasischer Symptome erfasst. Die Spontansprachanalyse erfasst verbleibende kommunikative Fähigkeiten und kommunikative Strategien und bildet im Sinne der ICF die Möglichkeit zur Teilhabe am Alltagsleben ab. Die mündliche Kommunikation hat für die Patienten in der Regel eine höhere Alltagsrelevanz als beispielsweise die Fähigkeiten im lauten Lesen oder beim Schreiben. Barthel (2005) fasst zusammen:

„Aufgrund ihres komplexen Aufbaus ist die Spontansprache eines aphasischen Patienten das sensibelste Merkmal seiner Erkrankung. Sie erlaubt die Beschreibung und Bewertung der verschiedenen sprachlichen Ebenen wie Phonologie, Lexikon, Semantik oder Syntax. Dabei werden nicht nur Störungen in diesen Bereichen deutlich, sondern es können auch die erhaltenen sprachlichen Leistungen von Menschen mit Aphasie erfasst werden.“

3 der Testverfahren, die zur Untersuchung akuter Aphasien eingesetzt werden können, der Aachenner Aphasie-Bedside-Test (AABT, Biniak 1993), die Kurze Aphasie Prüfung (KAP, Lang et al. 1999) und das Bielefelder Aphasie Screening (BIAS, Richter et al. 2006) beinhalten eine Untersuchung der Spontansprache, sind aber auch ohne diese auswertbar. Während in der KAP die Spontansprache zur Syndrombestimmung erforderlich ist, stehen bei AABT und BIAS kommunikative Aspekte im Vordergrund.

## 4.2.8 Was können die Angehörigen beitragen?

Der Befragung von Angehörigen kommt vor allem in der frühen akuten Phase, in der die Patienten mit Aphasie am stärksten kommunikativ beeinträchtigt sind, eine besondere Bedeutung zu. Die Angaben der Angehörigen sind wichtig zur Einschätzung der prämorbidem Sprachfähigkeit, der schriftsprachlichen Fähigkeiten und ggf. einer vorliegenden Mehrsprachigkeit. Die Angehörigen geben zudem Informationen über spezielle Interessen und Bedürfnisse des Patienten, um Patienten mit Sprech- oder Sprachhemmung kommunikativ zu fördern und anzuspornen. Angaben zu Kontextfaktoren wie Familien-, Berufs- und Wohnsituation ergänzen das Bild. Oft haben auch die Angehörigen bei schwer betroffenen Patienten einen Weg zur Kommunikation gefunden, den die Therapeutin als ersten Einstieg nutzen und ggf. erweitern oder modifizieren kann. Für die Angehörigen sind diese Anamnesegespräche gleichzeitig Beratungsgespräche, in denen ihnen erste Informationen über die Art der Sprachstörung und Tipps für den sprachlichen Umgang vermittelt werden (s. S. 165).

## 4.2.9 Warum müssen leichte Störungen erfasst werden?

In der ICF ist die **berufliche Wiedereingliederung** ausdrücklich formuliertes Rehabilitationsziel auf der Teilhabeebene. Auch leichte Aphasien oder Restsymptome einer Aphasie haben negative Auswirkungen auf die Kommunikationsfähigkeit und sprachliche Leistungsfähigkeit (z. B. unter Zeitdruck) und behindern die soziale Integration und die Wiedereingliederung in das Berufsleben

(Claros-Salinas u. Greitemann 2005). Die in der Literatur häufig angegebene Rückbildungsquote aphasischer Störungen von 30–70% (S. S.24) ist deshalb unter dem Gesichtspunkt der beruflichen Reintegration kritisch zu betrachten. Die Erfassung und Therapie leichter oder restaphasischer Symptome sind also zwingend notwendig.

### 4.2.10 Welches Vorgehen gilt bei Kindern?

Im Kinder- und Jugendalter treten Aphasien zu 50–80% nach einem Schädel-Hirn-Trauma auf (u.a. Spencer 2006). Dadurch kommt es vermehrt zu diffusen Hirnschädigungen, die **heterogene klinische Erscheinungsformen** aufweisen (Friede u. Kubandt 2011).

Möhrle u. Spencer (2007) beschreiben die kindlichen Aphasien als typischerweise nichtflüssig und durch Verarmung des Wortschatzes, Wortfindungs- und Sprachverständnisprobleme sowie eine reduzierte Grammatik gekennzeichnet. Typisch für die Akutphase ist ein initialer Mutismus (Martins 1997), der jedoch auch bei nichtaphasischen Kindern nach Hirnschädigung beobachtet wird. Symptome wie Jargon oder Automatismen sind seltener und verschwinden meist schnell. Prinzipiell können kindliche Aphasien alle Symptome aufweisen, die auch bei erwachsenen Patienten mit Aphasie vorkommen. Da kindliche Aphasien meist während des noch nicht abgeschlossenen Spracherwerbs auftreten, ist die Diagnose erschwert. Wichtig ist deshalb insbesondere bei jüngeren Kindern eine Erfragung des prämorbidem Sprachstands durch die Befragung der Eltern um ggf. eine Sprachentwicklungsverzögerung von der aphasischen Störung abzugrenzen. Auch akute kindliche Aphasien werden von Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen begleitet.

Da bis auf eine Altersnormierung des **Token-Tests** ab 5 Jahren (Gutbrod u. Michel 1986) keine Tests zur Erfassung kindlicher Aphasien existieren, muss auf **normierte Sprachentwicklungstests** zurückgegriffen werden, die in Abhängigkeit vom Alter des Kindes durchgeführt werden. Eine Darstellung der geeigneten Verfahren geben Friede u. Kubandt (2011) sowie Möhrle u. Spencer (2007). Ab etwa einem Alter von etwa 10 Jahren können Verfahren

zur Diagnostik der Aphasie bei Erwachsenen, wie etwa der Aachener Aphasie-Test (AAT, Huber et al. 1983) oder der Regensburger Wortflüssigkeitstest (RWT, Aschenbrenner u. Tucha 2000), der sogar Normen für Kinder beinhaltet, hinzugezogen werden.

Empfohlen werden bei Kindern generell eine Kombination verschiedener Verfahren sowie eine Ergänzung durch informelle Verfahren wie Bildbeschreibungen. Zu betonen ist, dass keiner der in der Literatur beschriebenen Tests explizit für die Akutphase der Aphasie bei Kindern konzipiert ist. Weitere Informationen zum Thema Diagnostik und Therapie bei Kindern sind über den Bundesverband Aphasie e.V. ([www.aphasiker.de](http://www.aphasiker.de)) zu erhalten.

## 4.3 Verfahren der Diagnostik

In der chronischen Phase der Aphasie wird von relativ stabilen sprachlichen Störungsmustern ausgegangen. Zur Beschreibung und Klassifikation chronischer Aphasien gibt es aktuell 2 theoretische Erklärungsansätze.

- Im **Syndromansatz** (Huber et al. 1983, Huber et al. 2006a, 2006b) werden Patienten mit charakteristischen Kombinationen sprachlicher Symptome zu aphasischen Standardsyndromen oder Sonderformen zusammengefasst.
- Im **Einzelfallansatz** werden aphasische Symptome der Patienten im Rahmen psycholinguistischer Wortverarbeitungsmodelle (z.B. dem Logogenmodell, Morton 1980) interpretiert. Dadurch wird eine Erklärung von isolierten Störungen der Wortverarbeitung in einzelnen Modalitäten und Aufgaben ermöglicht.

Beide Ansätze sind Grundlage diverser Testverfahren. So klassifiziert z.B. der Aachener Aphasie-Test (AAT, Huber et al. 1983) nach Syndromen, während das testtheoretische Modell der Testbatterie LeMo Lexikon (LeMo, de Bleser et al. 2004) der Einzelfallansatz ist. Während die Einteilung nach Syndromen ein gut etabliertes und allgemein verbreitetes Klassifikationsschema darstellt, lassen sich aus der einzelfallorientierten Diagnostik konkrete therapeutische Interventionen ableiten. Für die Planung einer modellgeleiteten Therapie ist die einzelfall-