

1 Externe Evidenz zur Diagnose und Therapie von Aphasien und Sprechapraxien

Kapitelübersicht

Im ersten Kapitel geht es zunächst um die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und ihre Bedeutung für die Aphasie-Rehabilitation. Im Mittelpunkt steht dabei, wie sich die ICF auf die Aphasiediagnostik und -therapie ausgewirkt. Daran schließt sich eine Übersicht über standardisierte und normierte Aphasietests zur Bestimmung sprachfunktioneller Defizite an. Ihr folgt eine Darstellung von Assessments, mit deren Hilfe sprachliche Aktivitätsstörungen erfasst werden können. Zu ihnen gehören Fragebögen und standardisierte Tests, die jedoch (noch) nicht psychometrisch abgesichert sind. Der diagnostische Überblick schließt mit einer Vorstellung von Optionen, die für die Diagnose einer Sprechapraxie zur Verfügung stehen.

1.1 Einleitung

Sich mit der Rehabilitation von Aphasien zu beschäftigen, bedeutet, einer facettenreichen Erkrankung mit teilweise erheblichen und manchmal lang andauernden Konsequenzen zu begegnen. Da ist zunächst der Schock der Patientinnen und Patienten, wenn sie feststellen, dass ihnen etwas scheinbar so Selbstverständliches wie die Sprache nicht mehr wie gewohnt zur Verfügung steht. Darauf

folgt in der Regel die Erfahrung, dass die sprachlichen Störungen für eine gewisse Zeit oder sogar für immer bestehen bleiben. In der Konsequenz fürchten die Betroffenen dann um ihr gewohntes Leben, wenn Aphasien z.B. eine Teilnahme am Familienleben, eine berufliche Tätigkeit oder die Durchführung eines Hobbys beeinträchtigen oder verunmöglichen. Eine Aphasie kann den Patientinnen und Patienten damit Teile ihrer Identität nehmen (Shadden, 2005). Als Folge können ein Verlust des Selbstwertgefühls, eine Depression (Mohr, 2021; Wipprecht & Grötzbach, 2021) oder Lebensüberdruß auftreten.

Aphasien sind jedoch nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für ihre Angehörigen herausfordernd. So kann es sein, dass aufgrund einer Aphasie Aufgaben und Zuständigkeiten innerhalb einer Familie neu verteilt werden müssen. Eventuell sind pflegerische Hilfen, häusliche Umbauten oder die Suche nach einer behindertengerechten Wohnung notwendig (Ziehr, 2025). Im Zeitverlauf bildet sich zudem eine Bandbreite von Verhaltensweisen der Angehörigen als Reaktion auf eine Aphasie heraus, die von Abwehr über Akzeptanz bis hin zur (Über-)Protektion reicht. Das Verhalten kann sich wiederum auf die Gefühlslage der Patientinnen und Patienten auswirken, indem sie sich z.B. nutz- oder wertlos fühlen, wenn ihnen die Sprache, das Denken und Handeln abgenommen werden.

Eine weitere Facette der Aphasie ist, wie die Betroffenen von der Bevölkerung wahrgenommen werden. Die Ergebnisse einer Studie dazu zeigen, dass gesunde Personen Patientinnen und Patienten mit einer Aphasie im Vergleich zu Personen ohne Aphasie als weniger intelligent, weniger selbstbewusst, weniger kompetent und weniger freundlich einschätzen. Die Stigmatisierung verstärkt sich, wenn eine nicht-flüssige Sprachproduktion vorliegt (Harmon et al., 2016). Neben ihren sprachlichen Defiziten haben die Betroffenen daher auch mit Vorurteilen zu kämpfen, die eine Teilhabe am Leben erschweren können.

Schließlich gehören zu den Konsequenzen auch die Kosten, die eine Aphasietherapie verursacht. Nach aktuellen Daten aus Australien schlägt eine Standardbehandlung mit durchschnittlich 13.797

US-Dollar (ca. 8.315 Euro) und eine intensive Therapie mit durchschnittlich 17.478 US-Dollar (ca. 10.533 Euro) zu Buche (Kim et al., 2024). Obwohl sich die Daten aus Australien nicht einfach auf deutsche Verhältnisse übertragen lassen, geben sie dennoch einen realistischen Anhalt für die Kosten einer Standard- bzw. Intensivtherapie. Dabei sind die Behandlungskosten nach dem Willen des Gesetzgebers effizient oder wirtschaftlich einzusetzen. Effizient ist eine Therapie dann, wenn »insbesondere bei chronischen Erkrankungen mit gegebenen Therapiemaßnahmen der größtmögliche Nutzen (Therapieerfolg)« erreicht wird (Sozialgesetzbuch V, § 125, Abs. 1).

Merke:

Eine Aphasie hat nicht nur Konsequenzen für die daran Erkrankten, sondern in der Regel auch für ihre Angehörigen. Sie werden häufig ohne Vorwarnung mit der Situation konfrontiert, dass sich ihr betroffenes Familienmitglied nicht mehr wie gewohnt ausdrücken kann. Als Reaktion darauf können sich Gefühle (z.B. Wut, Hilflosigkeit, Enttäuschung) oder Verhaltensweisen (z.B. Protektionismus, Lethargie, Aktionismus) ausbilden, die sich positiv oder negativ auf die Erkrankten auswirken können. Da eine Aphasie zudem mit einigen Stigmata verbunden ist, besteht die Gefahr, dass außerfamiliäre Kontakte abnehmen oder sogar abbrechen. Die Folge ist eine drohende soziale Isolation, die wiederum Auswirkungen auf die Erkrankten und ihre Familien hat. Eine Aphasie betrifft damit nur selten die Erkrankten allein. Vielmehr betrifft sie alle Personen, die eine Betroffene oder einen Betroffenen umgeben.

1.2 Grundlegende Denkmodelle: Die ICF in der Aphasie-Rehabilitation

Um die verschiedenen Facetten einer Erkrankung, wie der Aphasie, adäquat begreifen, diagnostizieren und dokumentieren zu können, wird ein Verständnis benötigt, das sie mit all ihren wechselseitigen Auswirkungen erfasst. Dafür eignet sich die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt worden ist (DIMDI, 2005). Mit ihr ist es möglich, Krankheiten und ihre Konsequenzen systematisch, umfassend und individualisiert zu beschreiben (Grötzbach & Beier, 2022). Für die Verwendung der ICF in der Rehabilitation von Personen mit einem Schlaganfall liegen inzwischen mehrere Evidenzen dafür vor, sie insbesondere

- zur Bestimmung der Folgen eines Schlaganfalls,
- zum Aufbau und zur Koordination der (interdisziplinären) Teamarbeit sowie
- zur Definition (sprach-)therapeutischer Ziele

zu nutzen (Leonardi & Fheodoroff, 2021). Die ICF ist daher in

- die Qualitätssicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015),
- das Qualitätsmanagement (Integriertes Qualitätsmanagement-Programm-Reha, o.J.),
- die Organisation der interdisziplinären Teamarbeit und
- den (neurologischen) Zielsetzungsprozess (Frommelt & Grötzbach, 2024)

eingegangen. Die ICF besteht aus einer Klassifikation sowie aus einem Bewertungs- und Codierschema, mit denen sich sämtliche Aspekte einer Erkrankung beschreiben und qualitativ erfassen lassen

(Grötzbach et al., 2014). Der Klassifikation liegt ein bio-psycho-soziales Modell zugrunde (Grötzbach & Beier, 2022), das sich aus sechs Komponenten zusammensetzt (► Abb. 1.1). Sie werden in der folgenden Tabelle erläutert (► Tab. 1.1).

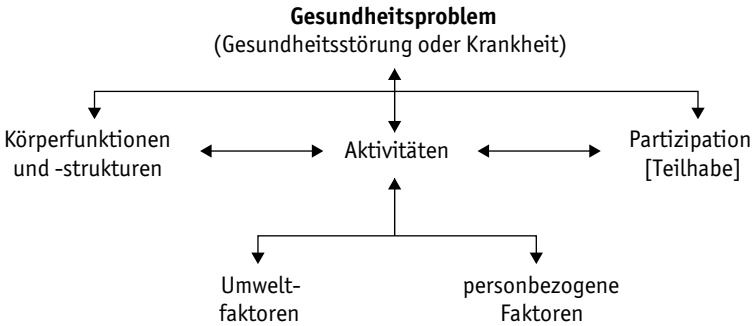


Abb. 1.1: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF (DIMDI, 2005)

Die sechs Komponenten sind durch bidirektionale Pfeile miteinander verbunden (► Abb. 1.1). Dies stellt einen wesentlichen Fortschritt des ICF-Modells im Vergleich zu seinem Vorgängermodell, dem ICDH-Modell (WHO, 1980), dar (Frommelt et al., 2024). Denn das Vorgängermodell basierte auf der Annahme, dass ein unidirektionaler und hierarchischer Zusammenhang zwischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen auf der einen Seite und den daraus resultierenden Folgen für Alltagsaktivitäten und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auf der anderen Seite besteht (Frommelt & Grötzbach, 2005). Eine Kritik daran war, dass z.B. bauliche Barrieren, finanzielle Engpässe oder eine fehlende familiäre Unterstützung (chronische) Beeinträchtigungen erst schaffen oder verstärken können. Zudem wurde mit Recht darauf hingewiesen, dass Stigmatisierungen in der Gesellschaft dazu beitragen, erkrankte Personen zu »behindern« (Grötzbach & Beier, 2022). Mit dem ICF-Modell wurde es daher – zum ersten Mal – ermöglicht, Schädigungen der Körperstruktur und -funktion sowie Aktivitätsstörungen und Teilhabebeeinträchtigung-

Tab. 1.1: Bedeutung der ICF-Komponenten (nach Grötzbach, 2020a)

Komponente	Definition	Störung	anamnestische Angabe
Körperfunktion	bezieht sich auf die physiologischen oder psychologischen Funktionen des Menschen	Funktionsschädigung: Erschweris oder Unmöglichkeit einer Körperfunktion	Patient hat Wortfindungsstörungen, verwechselt Buchstaben oder vertauscht Zahlen
Körperstruktur	bezieht sich auf die anatomischen Bestandteile des Körpers	Strukturschädigung: Abweichung oder Verlust in der Anatomie	Patient hat einen Schlaganfall links erlitten
Aktivität	bezieht sich auf die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen	Aktivitäts- oder Leistungsstörung: Es ist nicht oder nur eingeschränkt möglich, eine Handlung selbstständig zu initiieren oder auszuführen.	Patient traut sich nicht, mit Fremden zu sprechen, kann keine SMS mehr schreiben oder nicht telefonieren
Partizipation (Teilhabe)	bezieht sich auf die Teilhabe an Lebenssituationen oder Lebensbereichen	Teilhabebeeinträchtigung: Einschränkungen beim Wahrnehmen sozialer Rollen oder beim Einbezug in das Alltagsleben	Patient kann seinen Beruf nicht mehr ausüben
Umweltfaktoren	beziehen sich auf den Lebenshintergrund oder die Umwelt einer Person mit ihren fördernden oder hindernden Faktoren		Patient erhält Unterstützung von der Familie, insbesondere von der Ehefrau; Arbeitgeber möchte Patienten aufgrund seiner Erkrankung entlassen

Tab. 1.1: Bedeutung der ICF-Komponenten (nach Grötzbach, 2020a) – Fortsetzung

Komponente	Definition	Störung	anamnestische Angabe
personbezogene Faktoren	beziehen sich auf die individuellen Eigenschaften und Merkmale einer Person, die nicht Bestandteil ihres Gesundheitsproblems ist		Geschlecht, Alter, Familienstand, Religionszugehörigkeit, Charaktereigenschaften

gen in ihrer Interaktion mit umwelt- und personbezogenen Faktoren zu erfassen (Grötzbach et al., 2014).

Beachte:

Die ICF hat sich aufgrund externer Evidenzen als weltweit anerkanntes Modell zur Beschreibung von Erkrankungen und ihren Folgen etabliert. Sie ist in Deutschland in die Sozialgesetzgebung, das Qualitätsmanagement, die Qualitätssicherung, die Verordnung rehabilitativer Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung und die Verordnung medizinischer Hilfsmittel eingegangen. Sie hat außerdem die Definition von Therapiezielen, die Arbeitsweise von (neurologischen) Rehabilitationsteams und die medizinisch-therapeutische Dokumentation nachhaltig beeinflusst.

Trotz der Neuerungen, die von der ICF ausgegangen sind, beeinflusst die traditionelle Annahme eines linearen und hierarchischen Zusammenhangs zwischen Funktionsschädigungen, Aktivitätsstörungen und Teilhabebeeinträchtigungen das therapeutische Vorgehen bis heute. So werden nach wie vor in der Regel zunächst Funktionsschädigungen als Voraussetzung dafür behandelt, dass sich im Anschluss daran Verbesserungen von Aktivitätsstörungen und dadurch Fortschritte in der Teilhabe erreichen lassen. Mit dem Vorgehen, von den Funktionen über die Aktivitäten zur Teilhabe fortzuschreiten, wird eine Bottom-up-Behandlungskette von unten nach oben geknüpft (Grötzbach, 2008a): Beginnend mit den elementaren (sprach-)funktionellen Defiziten endet eine Therapie mit der übergeordneten Teilhabe (► Abb. 1.2).

Die Bottom-up-Behandlungskette entspricht nicht nur dem immer noch üblichen Vorgehen in der (neurologischen) Rehabilitation, sondern sie wird auch schwerpunktmäßig in der sprachtherapeutischen Ausbildung gelehrt. Daher wundert es nicht, dass in vielen Therapien nur das Ziel verfolgt wird, eine Funktionsstörung zu beseitigen oder zu reduzieren (Bühler et al., 2005). In der Apha-

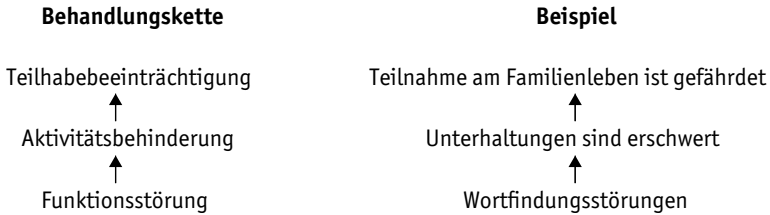


Abb. 1.2: Bottom-up-Behandlungskette (nach Grtztbach, 2008a)

sietherapie stellen Funktionsziele vor allem zu Beginn der Rehabilitation mit einer Hufufigkeit von uer 80 % die Mehrzahl aller definierten Ziele dar (Glindemann et al., 2004). Dies korrespondiert mit den Wnschen der Patientinnen und Patienten, die sich von einer Beseitigung ihrer funktionellen Strörungen eine Rckkehr in gewohnte Lebensbereiche erhoffen.

Das Bottom-up-Vorgehen steht allerdings nicht nur im Widerspruch zu den wechselseitigen Interaktionen der sechs ICF-Komponenten. Vielmehr weisen auch empirische Befunde darauf hin, dass es die Hoffnungen der Patientinnen und Patienten nur bedingt erfllt. Belege dafur kommen z.B. aus der pdiatriischen Neurorehabilitation, in der es eine Reihe enthusiastischer Versuche gegeben hat, beeintrchtigte kognitive Funktionen mithilfe funktionsorientierter Therapien (»discrete-trail training«) zu verbessern. Der Enthusiasmus hat jedoch mit der Erkenntnis geendet, dass

- ♦ sich Fortschritte nur bei geubten, nicht jedoch bei ungeubten Items ergaben,
- ♦ erreichte Verbesserungen im Zeitverlauf hufug wieder verloren gingen und
- ♦ der Transfer der Fortschritte in den Alltag eher gering war (Ylvisaker et al., 2005).

Funktionsorientierte Therapien, die typischerweise ohne Alltagsbezug durchgefuhrt werden, scheinen fr die pdiatriische Neurorehabilitation daher wenig geeignet zu sein. Stattdessen ist ein

Vorgehen favorisiert worden, bei dem Funktionen und Aktivitäten zu gleichen Teilen in Alltagsroutinen eingebettet und therapiert werden. Bei den Routinen handelt es sich um Anforderungen, die von den Kindern und Jugendlichen zur Bewältigung ihrer Lebensbereiche benötigt werden (»context-sensitive approach«). Der Sonderpädagoge Mann merkte dazu bereits vor über vierzig Jahren an:

»Wir benötigen kein direktes Training kognitiver Prozesse, um Kognition zu trainieren. In der Sonderpädagogik trainieren wir Kognition am besten durch ein Training hin zu nützlichen Zielen. [...] Für uns ist es dringend notwendig, die Schüler in den Fähigkeiten zu trainieren oder zu unterstützen, die für ein produktives Leben außerhalb der Schule erforderlich sind« (Mann, 1979, S. 541–542).

Die Belege dafür, dass Patientinnen und Patienten mit einer Hirnschädigung von kontextsensitiven Therapien mehr profitieren als von funktionsorientierten, beschränken sich nicht auf die pädiatrische Neurorehabilitation (Grötzbach, 2008b). Vielmehr zeigten bereits zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts der Neurologe Kurt Goldstein (der ein Schüler von Carl Wernicke war) und der (Neuro-) Psychologe Adhémar Gelb, dass erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer Hirnschädigung bei der Durchführung alltagsbezogener Aufgaben kognitive Leistungen erbrachten, die ihnen bei störungsspezifischen Aufgaben entweder gar nicht oder nur in einem geringeren Ausmaß gelangen (Grötzbach & Spitzer, 2015). Das funktionsorientierte Vorgehen ist dem kontextsensitiven damit unterlegen, da mit ihm zwar Verbesserungen der Leistungsfähigkeit, nicht jedoch der Leistung erreicht werden.

Es mehren sich Evidenzen dafür, dass das traditionelle Vorgehen, (sprachliche) Funktionsstörungen mit der Hoffnung zu therapieren, dass sich im Anschluss daran Verbesserungen (sprachlicher) Aktivitäten und der Teilhabe ergeben, nur bedingt erfolgreich ist. Zwar führt eine intensiv durchgeführte Wortfindungstherapie mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu einer Reduktion semantischer Störungen, die erreichten Fortschritte sind jedoch nicht zwangsläufig mit sprachlichen Aktivitätsfortschritten bzw. Teilhabe-Verbesserungen