
Verschüttete Wörter – Aphasie

Holger Grötzbach · Lena Spitzer

Verschüttete Wörter – Aphasie

Verstehen und Behandeln

 Springer

Holger Grötzbach
Lalling, Deutschland

Lena Spitzer
Lüchow, Deutschland

ISBN 978-3-662-66412-4 ISBN 978-3-662-66413-1 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-66413-1>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2023

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Ulrike Hartmann

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort

Wenn Wörter als Folge einer Aphasie verschüttet werden, dann führt dies für die Betroffenen und ihre Angehörigen zu einer Zäsur im Leben, die häufig einschneidende und lang anhaltende Veränderungen mit sich bringt. Bei der Bewältigung der Zäsur helfen Aphasietherapeuten, die die Betroffenen von der Aufnahme im Krankenhaus über die Früh- und weiterführende Rehabilitation bis hin zur ambulanten Versorgung kontinuierlich begleiten. Die verschiedenen Stationen der Aphasie-Rehabilitation werden von unterschiedlichen Kostenträgern finanziert, die alle das Ziel haben, Patienten trotz einer Sprachstörung eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Das erste Kapitel geht daher auf die Zäsur, die Aufgaben der Aphasietherapeuten und die Zuständigkeiten der Kostenträger ein. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Darstellung der Katastrophe, die jede Form der Aphasie verursacht. Um sie zu verdeutlichen, haben wir den Betroffenen und ihren Angehörigen in mehreren anonymisierten Fallbeispielen eine Stimme gegeben. Sie vermitteln einen Einblick in die Vielfältigkeit der Katastrophe, die manchmal extreme und skurrile Formen annehmen kann. Jenseits der professionellen Auseinandersetzung mit Aphasien gibt es damit immer wieder Momente der Betroffenheit, des Staunens und eines meist unfreiwilligen Humors.

Im zweiten Kapitel wird zunächst auf diejenigen Erkrankungen eingegangen, die einer Aphasie zugrunde liegen können. Daran schließt sich eine Übersicht über aphasische Symptome an, die zum besseren Verständnis mit Beispielen hinterlegt sind. Schließlich werden kognitive Beeinträchtigungen dargestellt, die häufig gemeinsam mit den aphasischen Symptomen auftreten.

Da es uns ein Anliegen ist, den Aphasietherapeuten ein praxisorientiertes Wissen an die Hand zu geben, verstehen wir unser Buch als ein Nachschlagewerk, in dem evidenzbasierte Vorschläge für die Diagnose und Therapie von Aphasien zu finden sind. Im dritten Kapitel werden daher nicht nur aktuelle Diagnostikinstrumente vorgestellt, sondern auch der gesamte Diagnostikprozess vom Erstkontakt über das Zielfindungsgespräch bis hin

zur Dokumentation beschrieben und mithilfe von Praxisbeispielen erläutert. Das vierte Kapitel umfasst evidenzbasierte Therapieansätze, die als Schritt-für-Schritt-Anleitungen einen leichten Übertrag in den therapeutischen Alltag ermöglichen. Bei der Beschreibung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten haben wir einen Fokus auf die Berücksichtigung beeinträchtigter Exekutivfunktionen gelegt, da inzwischen gut belegt ist, dass sie sich maßgeblich auf die Sprachfunktionen und die Gesprächsfähigkeit von Personen mit einer Aphasie auswirken können.

Im fünften Kapitel wird schließlich darauf eingegangen, wie der Erfolg von Aphasietherapie evaluiert werden kann. Außerdem wird das Thema der evidenzbasierten Therapie nochmals aufgegriffen und deren Bedeutung für die Therapie diskutiert.

Das Vorwort ist traditionell der Ort, an dem gedankt wird. Wir möchten an die Tradition anknüpfen, indem wir Frau Krischker danken, die uns ihre Erfahrungen mit ihrem Mann, der unter einer Aphasie und Sprechapraxie leidet, zur Verfügung gestellt hat. Das Vorwort ist außerdem der Ort, an dem auf die Genderfrage eingegangen wird. Wir haben uns dazu entschieden, im Buch das maskuline Genus zu verwenden, das wir als generisches Genus verstehen. Es schließt damit alle Geschlechtsidentitäten ein.

Lüchow-Dannenberg
Schauffling
Januar 2023

Lena Spitzer
Holger Grötzbach

Inhaltsverzeichnis

1	Aphasie und ihre Beteiligten	1
1.1	Aphasie: Die verschütteten Wörter	1
1.2	Die Betroffenen	9
1.3	Die Angehörigen.	18
1.4	Die Sprachtherapeuten	27
1.5	Die Kostenträger.	35
	Literatur	39
2	Aphasie: Ursache und Symptome	43
2.1	Lokalisation der Sprache im Gehirn.	43
2.2	Ursachen der Aphasie.	50
2.3	Aphasische Symptome.	57
2.4	Begleitstörungen.	67
2.5	Formen der berufsübergreifenden Zusammenarbeit	71
2.6	Prognose-Faktoren	72
	Literatur	75
3	Diagnostik bei Aphasie	79
3.1	Der Erstkontakt mit dem Betroffenen	79
3.2	Orientierende Diagnostik	85
3.3	Standardisierte Aphasietests.	90
3.4	Begleitstörungen erfassen.	97
3.5	Therapieziele definieren	106
3.6	Aufnahmedokumentation	111
	Literatur	113
4	Therapie der Aphasie	117
4.1	Leitlinien	118
4.2	Therapiefaktoren	121
4.3	Evidenzbasierte Therapiemethoden	125
4.4	Therapie automatisierter sprachlicher Elemente	142
4.5	Therapie der Exekutivfunktionen bei ausgeprägten aphasischen Störungen	145

4.6	Therapie der Exekutivfunktionen bei leichten aphasischen Störungen	149
4.7	Gespräche führen	158
4.8	Ergänzungen	161
	Literatur	162
5	Therapieevaluation	167
5.1	Evaluation	167
5.2	Einzelfalldevaluation	170
5.3	Evidenzbasierte Praxis (EBP)	174
5.4	Wirksamkeitsfaktoren	179
	Literatur	187
	Stichwortverzeichnis	191

Über die Autoren



Holger Grötzbach hat Linguistik, Psychologie und Philosophie studiert. Er ist Leiter der Abteilung Sprachtherapie an der Asklepios Klinik Schaufling, Lehrbeauftragter an mehreren Fachhochschulen und nebenberuflicher Dozent für Linguistik an der staatlichen Berufsfachschule für Logopädie in München.



Dr. Lena Spitzer absolvierte ihre Ausbildung zur Logopädin an der LMU München. Im Anschluss folgte das Bachelor- und Masterstudium Logopädie an der HAWK Hildesheim und die Promotion im Bereich klinische Kognitionsforschung an der RWTH Aachen. Sie ist in eigener Praxis mit Schwerpunkt ambulante Aphasie-Intensivtherapie tätig und gibt Fortbildungen zum Thema „Störungen der Exekutivfunktionen bei Aphasie“.



Aphasie und ihre Beteiligten

1

1.1 Aphasie: Die verschütteten Wörter

1.1.1 Die Katastrophe Aphasie

Sich mit Aphasien zu beschäftigen bedeutet, (erwachsenen) Personen zu begegnen, die aufgrund einer Hirnschädigung unter einer Sprachstörung leiden (Grötzbach 2020a). Die Begriffe „Sprachstörung“ und „leiden“ vermitteln allerdings nur eine vage Vorstellung von der Katastrophe, die mit einer Aphasie verbunden ist. So sind die Betroffenen und ihre Angehörigen in der Regel zunächst geschockt, dass etwas scheinbar so Selbstverständliches wie die Sprache nach der Hirnschädigung nicht mehr wie gewohnt zur Verfügung steht. Zu dem Schock kommt dann die Erfahrung hinzu, dass Unterhaltungen für eine längere Zeit und manchmal sogar für immer entweder gar nicht mehr oder nur noch eingeschränkt möglich sind. Gleichzeitig realisieren die Betroffenen, dass sie wegen ihrer sprachlichen Beeinträchtigungen nicht mehr in vollem Umfang an denjenigen Lebensbereichen teilnehmen können, die ihnen bis zur Erkrankung wichtig gewesen sind. Dazu können ihre Rollen in der Familie, in der Freizeit oder im Beruf gehören. Die Aphasie **raubt ihnen damit Teile ihrer Identität** (Shadden 2005). Als mögliche Folgen können ein Verlust des Selbstwertgefühls, eine Depression (Mohr 2021; Wipprecht und

Grötzbach 2021) oder ein Lebensüberdruß auftreten. Debra Mayerson, eine (ehemalige) Professorin an der Stanford-Universität in den USA, berichtet darüber in ihrem Buch (Mayerson und Zuckerman 2019):

Beispiel

Debra Mayerson beschreibt den mühevollen Weg, ihre Identität nach einem Schlaganfall mit einer nachfolgenden Aphasie und einer Halbseitenlähmung rechts wiederzufinden. Da sie aufgrund der Störungen nicht mehr ihrem Beruf, ihren familiären Verpflichtungen und ihren Freizeitinteressen nachgehen konnte, fragte sie sich zunächst, ob es nicht besser gewesen wäre, an dem Schlaganfall zu versterben zu sein. Dieser Gedanke wurde jedoch bald durch die Hoffnung ersetzt, mithilfe intensiver Arbeit ihr altes Selbst zurückzuerlangen. Als sie im Zeitverlauf allerdings erkannte, dass sie dies trotz aller Anstrengungen nicht erreichen würde, trauerte sie zwar denjenigen Facetten ihres Selbst nach, die unwiederbringlich verloren waren, gleichzeitig freute sie sich jedoch über die Teile ihrer Person, die den Schlaganfall unverändert überstanden hatten. ◀

Einen weiteren Eindruck davon, wie ein Betroffener seinen Alltag erlebt, gibt der folgende Bericht:

Beispiel

„(...) Nach meinem früheren Leben war ich tot. Ich bin nur 45 Jahre geworden und muss wieder von Null anfangen. Sehr langsam werde ich wieder ein Mensch. Ich kann mich jetzt freier bewegen – ohne meiner Frau war ich am Anfang sehr unsicher. Ich habe mich oft geschämt, selbst beim Einkaufen. Am Anfang ist es mir öfters passiert ich wollte einfach losreden, bis ich gemerkt hatte, ich kann ja gar nicht reden. Im Kopf war ich fertig zum Reden, aber wie heißt das alles was ich reden wollte? Beim Bäcker wusste ich die verschiedenen Semmelsorten nicht und hab immer mit dem Finger gezeigt was ich will. Da wurde ich oft ganz komisch angeschaut, so als wenn ich besoffen oder wirklich blöd wäre.

Im Lokal habe ich oft das gegessen, was ich sagen konnte, obwohl ich anderes wollte. Zahlen musste immer meine Frau weil ich mich geschämt habe wenn ich nicht verstanden habe wieviel es kostet. Wenn die Bedienung mir die Rechnung gezeigt hatte ich kein Problem. Wenn es zu laut wurde oder zuviele Stimmen waren konnte ich mich nicht mehr konzentrieren oder unterhalten.

Ich glaube, dass sich meine Intelligenz nicht verändert hat. Im Kopf habe ich die Wörter, aber bring sie nicht raus – wie ein Ausländer, der nicht die richtigen Vokabeln weiß. (...)“

(Quelle: Weiß 2021, S. 2) ◀

Das zweite Beispiel enthält einige Probleme, die für eine Aphasie typisch sind. Dazu zählen vor allem die **Wortfindungsstörungen** („... Im Kopf habe ich die Wörter, aber bring sie nicht raus...“) und die Beeinträchtigung des Sprachverständnisses („... wenn ich nicht verstanden habe, wieviel es kostet“). Bei einer Aphasie ist in der Regel jedoch nicht nur die Lautsprache, sondern auch die Schriftsprache betroffen. Damit können das Lesen der Tageszeitung, das Ausfüllen einer Banküberweisung oder das Schreiben einer SMS die Patienten vor wahre Herausforderungen stellen. Schließlich ist

es möglich, dass im Rahmen einer Aphasie auch der Umgang mit Zahlen gestört ist (Hepberger 2023). Dies kann zu einer Reihe von Konsequenzen führen: So ist es möglich, dass die Patienten mit der Uhr nicht umgehen, die Wertigkeit von Münzen und Geldscheinen nicht erfassen oder die Liniennummern von Bussen und U-Bahnen nicht identifizieren können. Liegt außerdem eine Störung der Grundrechenarten vor, können Geldbeträge nicht mehr überschlägig berechnet und Wechselgeld nicht mehr kontrolliert werden.

Patienten mit einer Aphasie kämpfen jedoch nicht nur mit den Folgen einer gestörten Laut- und Schriftsprache sowie einer beeinträchtigten Zahlenverarbeitung. Vielmehr treten die sprachlichen Störungen häufig mit weiteren **kognitiven Beeinträchtigungen** auf, die

- das Gedächtnis,
- die Konzentration,
- das vorausschauende Planen,
- den flexiblen Umgang mit neuen oder alternativen Informationen und
- das Lernen

betreffen können.

Herr Weiß berichtet darüber, indem er schreibt: „Wenn es zu laut wurde oder zu viele Stimmen waren, konnte ich mich nicht mehr konzentrieren oder unterhalten“ (Weiß 2021). Damit greift es zu kurz, Aphasien ausschließlich auf sprachliche Ausfälle zu reduzieren. Stattdessen hängen erfolgreiche Unterhaltungen auch davon ab, dass die Patienten diejenigen kognitiven Fähigkeiten beherrschen, die es u. a. ermöglichen,

- das Ziel eines Gesprächs im Auge zu behalten,
- neue Gesprächsthemen flexibel aufzugreifen,
- sich an bereits Gesagtes zu erinnern,
- das Vorwissen eines Gesprächspartners adäquat einzuschätzen,
- Störreize (z. B. eine zufällig vorbeigehende Person) auszublenden,
- auf Gesprächsunterbrechungen mit einer Wiederaufnahme des „roten Fadens“ zu reagieren und
- Gesprächsinhalte für das zukünftige Handeln zu bedenken.

Wenn von diesen Fähigkeiten eine oder mehrere beeinträchtigt sind, dann müsste das bei der Therapieplanung berücksichtigt werden. Dies lässt sich jedoch nicht leicht umsetzen, da die Gedächtnis-, Konzentrations- und Planungsstörungen nicht in der Sprachtherapie, sondern in der Neuropsychologie behandelt werden. Während es in stationären neurologischen Einrichtungen Standard ist, Logopädie und Neuropsychologie zusammen anzubieten, trifft das auf die ambulante Versorgung vor allem im ländlichen Bereich häufig nicht zu. Die aus curricularen Gründen bestehende Aufgabenteilung zwischen Logopädie und Neuropsychologie kann damit die Konsequenz haben, dass gestörte kognitive Fähigkeiten, die wesentlich zum Gelingen eines Gesprächs beitragen, nur unzureichend in die Therapie eingehen.

Fazit

Aphasien bestehen aus Beeinträchtigungen, die in fünf Modalitäten auftreten können: Sprachproduktion, Sprachverständnis, Lesen, Schreiben und Umgang mit Zahlen.

Die Schwere der Beeinträchtigungen und die Anzahl der betroffenen Modalitäten variieren zwischen den Patienten. In der Regel sind bei einer Aphasie nicht nur sprachliche, sondern auch neuropsychologische Fähigkeiten, wie das Gedächtnis, die Konzentration, das Lernen und das vorausschauende Planen, in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlicher Zusammensetzung gestört. Die Beeinträchtigungen führen immer und häufig auch ein Leben lang zu erheblichen Folgen. Selbst dann, wenn sie nur leicht ausgeprägt sind, wirken sie sich auf jede Form einer sprachlichen oder schriftlichen Kommunikation aus.

1.1.2 Die verschütteten Wörter

Im Gegensatz zu der wortwörtlichen Bedeutung des Begriffs „Aphasie“ („a“=fehlend und

„phasiz“=Sprache, mithin „fehlende Sprache“) wird bei einer Aphasie in der Mehrzahl der Fälle das sprachliche Wissen nicht komplett verloren. Es mag zwar sein, dass Patienten in den ersten drei oder vier Tagen nach Krankheitsbeginn nicht in der Lage sind, sich sprachlich zu äußern. Die Sprachlosigkeit bildet sich dann jedoch oft so weit zurück, dass zumindest kurze Äußerungen gebildet werden können, auch wenn sie nicht immer sinnvoll sind. Die Metapher eines „Verlusts“ trifft daher lediglich auf die ersten Krankheitstage und danach nur noch auf eine kleine Gruppe von Patienten zu. Bei dem größten Teil der Patienten erholt sich das Sprachverständnis in der Regel rasch (Berthier 2005), während die Schwierigkeiten mit der Sprachproduktion hartnäckig und nicht selten für immer verbleiben. Im Vordergrund der beeinträchtigten Sprachproduktion steht die **Suche nach den richtigen Wörtern**, wie das folgende Beispiel illustriert:

Beispiel

H.G.: „Wie war es mit der Sprache, als Sie krank geworden sind?“

Herr S.: „Das war [Pause], als ich mit dem Auto [Pause] zum Arzt fuhr [Pause]. Ich halte an und habe das Auto ausgetreten und frag die Leute, ob sie mich fahren sollte. Weil ich glaubte, ich konnte nicht mehr fahren [Pause]. Dann sagen sie, ich soll nicht fahren. Und dann gingen mit mir welche zum Arzt, und der Arzt hat mich angeschaut und hat mich ange [Pause] an [sehr lange Pause] ein Gewehr ein die der Doktor mich mir anspritzte. Und von dann wurde ich [Pause] von vom [Pause] vom Reden wurde ich schlaf, wurde ich schlafig. Und dann war ich geschlafen, und von da ab wusste ich nix mehr. Ich wusste dann nur noch, dass ich zum [Pause] zu das Krankenhaus gefahren. Und von dort wurde ich dann aufgeschnitten. Und war ich dann drinnen und wurde vier [Pause] vier Wochen drin [Pause] gelegen, dass das oben zu blieb.“

Quelle: Herr S., eigene Daten. ◀

Das Beispiel zeigt, dass der Patient die Wörter nicht verloren hat, sondern sie sind – um eine neue Metapher zu verwenden – verschüttet („... Im Kopf habe ich die Wörter, aber bring sie nicht raus“ (Weiß 2021)). Um auf die verschütteten Wörter zugreifen zu können, benötigt der Patient vermehrt Zeit, die in seiner Antwort durch die vielen Pausen markiert wird. Die investierte Zeit führt in dem Fallbeispiel dazu, dass die benötigten Wörter in der Mehrzahl der Fälle von der „Schuttschicht“ befreit und dadurch zugänglich gemacht werden können. Allerdings gibt es auch Fälle, in denen das nicht gelingt: Das jeweils gesuchte Wort bleibt unter dem „Schutt“ verborgen. Als Folge greift der Patient auf Wörter zu, die leichter zugänglich sind. Dadurch entstehen Wortverwechslungen oder **semantische Paraphrasien** („ausgetreten“ statt „ausgestellt“; „Gewehr“ statt „Spritze“), bei denen ein gesuchtes Wort fälschlicherweise durch ein assoziativ verwandtes (enge semantische Paraphrasie) oder assoziativ nicht verwandtes Wort (weite semantische Paraphrasie) ersetzt wird.

► **Semantische Paraphrasie** Ein gesuchtes Wort wird irrtümlich durch ein Wort ersetzt, das zu dem gesuchten Wort entweder eine bedeutungsmäßige Ähnlichkeit (enge semantische Paraphrasie) oder keine bedeutungsmäßige Ähnlichkeit hat (weite semantische Paraphrasie).

Die Wahrscheinlichkeit dafür, dass semantische Paraphrasien auftreten, hängt vor allem davon ab, wie hoch ein benötigtes Wort mit „Schutt“ bedeckt ist. Da häufig verwendete oder hochfrequente Wörter häufig nur unter einer dünnen Staubschicht liegen, fällt der Zugriff auf sie leichter als auf selten gebrauchte oder niederfrequente Wörter, die oft unerreichbar tief vergraben sind. Nachfallender „Schutt“ kann außerdem dafür sorgen, dass ein bereits frei gelegtes Wort von neuem unzugänglich und damit (wieder) durch ein anderes Wort ersetzt wird. Wenn ein Patient ein gesuchtes Wort daher einmal gefunden hat, so bedeutet dies (leider) nicht, dass ihm das Wort von da an immer zur Verfügung steht.

Für die Auftretenswahrscheinlichkeit von semantischen Paraphrasien ist neben der

Wortfrequenz auch die Situation entscheidend, in der sich ein Patient befindet (Grötzbach und Spitzer 2015). Dabei gilt, je abstrakter eine Situation ist, desto schwerer fällt es den Patienten, sich sprachlich darauf einzustellen (Gelb 1937; Goldstein und Marmor 1938). Umgekehrt, je konkreter eine Situation ist, desto besser gelingt es den Patienten, sich sprachlich an ihr zu beteiligen. Konkret ist eine Situation dann, wenn sie es den Betroffenen ermöglicht, unmittelbar, situativ und intuitiv zu handeln (Goldstein und Scheerer 1941). Abstrakte Situationen verlangen dagegen von den Patienten, eine Distanz zum momentanen Geschehen aufzubauen und dadurch reflektierend, bewusst und strategisch vorzugehen.

Ein Beispiel für den Einfluss von konkreten und abstrakten Situationen auf die sprachlichen Leistungen ist die häufig gemachte Erfahrung, dass die Patienten in Gesprächen geringere Schwierigkeiten mit der Wortfindung haben als in Tests, mit denen die Wortfindung überprüft wird. Während die Patienten den Inhalt und Verlauf von Gesprächen beeinflussen können und es für Gespräche in der Regel einen Anlass gibt, der für die Patienten und ihre Gesprächspartner von gemeinsamem Interesse ist, werden Tests nur selten durchgeführt, weil sich Patienten dies wünschen. Darüber hinaus schaffen Tests artifizielle Situationen, indem die Patienten z. B. Bilder oder Gegenstände zu benennen haben, von denen sie wissen, dass sie dem jeweiligen Testleiter bestens bekannt sind.

Ein weiteres Beispiel für die Auswirkung der unterschiedlichen Situationen ist die Beurteilung der Sprachverständnisseleistungen der Patienten, die von den Angehörigen häufig sehr viel besser eingeschätzt werden als von den Sprachtherapeuten. Die diskrepante Beurteilung lässt sich u. a. darauf zurückführen, dass die Angehörigen die Betroffenen in realen Situationen erleben, die redundante Informationen zur Unterstützung des Sprachverständnisses enthalten. So kommt z. B. ein Patient der Aufforderung „Nimm bitte Deine Medikamente ein“ ohne Probleme nach, wenn die Tabletten vor ihn hingelegt werden. Die Angehörigen schließen daraus, dass das Sprachverständnis intakt ist.

Da die redundanten Informationen in der Therapie oft fehlen, kommen die Sprachtherapeuten zu einem gänzlich anderen Eindruck. Dies vor allem dann, wenn die (abstrakte) Situation vorliegt, dass die Patienten nach auditiver Vorgabe einen bestimmten Reiz unter ähnlichen identifizieren müssen (z. B. „Zeigen Sie auf das Bild mit dem Ruderboot“, wenn gleichzeitig mit dem Zielbild Bilder mit einem Paddelboot und einem Kanu präsentiert werden). Treten unter dieser Bedingung Fehler auf, wird das als Hinweis auf ein beeinträchtigtes Sprachverständnis gesehen.

Ein letztes Beispiel dafür, wie sich sprachliche Leistungen in Abhängigkeit verschiedener Aufgabenstellungen unterscheiden, kommt aus dem Bereich Schriftsprache. Frau I., die als versierte Sekretärin bis zu ihrem Schlaganfall die deutsche Orthografie sicher beherrscht hat, wurde zunächst gebeten, bildlich dargestellte Objekte schriftlich zu benennen (Abb. 1.1 mittlere Spalte). Ihre Leistungen waren zum größten Teil korrekt. Wenn Fehler auftraten, dann bestanden sie meist aus Fehlbenennungen (z. B. „Zahnbesen“ statt „Zahnbürste“). Orthografische Fehler traten beim Benennen nur selten auf (z. B. „Bücheleisen“ statt „Bügeleisen“). Frau I. wurden dann einige Tage später diejenigen Wörter diktiert, die zuvor für das Benennen verwendet worden waren (Abb. 1.1 rechte Spalte). Ihre orthografischen Leistungen brachen nun dramatisch ein: Bis auf wenige Ausnahmen (z. B. „Zahnbüche“ für „Zahnbürste“) wurden Wörter geschrieben, die im Deutschen nicht existieren und damit keinen erkennbaren Bezug zum jeweils diktieren Wort haben (z. B. „Stumte“ für „Schere“, „Steigmute“ für „Bügeleisen“ oder „Piena“ für „Bürste“). Wären ausschließlich die Leistungen im Schreiben nach Diktat betrachtet worden, hätte das die Diagnose einer ausgeprägten Schreibstörung (Agraphie) zur Folge gehabt. Dieser Diagnose widersprechen jedoch die Leistungen im schriftlichen Benennen.

Zielwort	Schriftliches Benennen	Schreiben nach Diktat
Schere	Schere	Stumte Stumte
Telefon	Telefon	Telegate
Tomaten	Tomaten	Tomtage
Brille	Brille	Blimme
Hemd	Hemd	Kelun
Hut	Hüt	Stümpe
Bügeleisen	Bücheleisen	Steigmute
Zahnbürste	Zahnbesen	Zahnbüche
(Haar-)Bürste	Haar - Gabel	Piena
(Armband-)Uhr	Ham - Uhr	Zwien

Abb. 1.1 Einfluss der Art einer Aufgabe auf schriftsprachliche Leistungen (eigene Daten)

sind daher nicht stumm. Ihre Äußerungen sind allerdings beeinträchtigt. Die mit Abstand häufigste Beeinträchtigung ist, dass benötigte Wörter nicht schnell und sicher gefunden werden. Wortfindungsstörungen sind daher für jede Form der Aphasie charakteristisch. Die Suche nach den Wörtern ist wechselnd erfolgreich, da die Gebrauchshäufigkeit eines gesuchten Wortes sowie situative Bedingungen die Wortfindung erleichtern oder erschweren. Als Folge variieren die sprachlichen Leistungen der Patienten, die in einem bestimmten Moment korrekt, im nächsten jedoch fehlerhaft sein können.

1.1.3 Aphasie im Spiegel der ICF

Um die zugrundeliegende Ursache für eine Aphasie, die sprachlichen Beeinträchtigungen sowie die Auswirkungen der Sprachstörung auf das private und berufliche Leben eines Betroffenen gleichermaßen erfassen zu können, wird ein ganzheitlicher oder holistischer Ansatz

Fazit

Patienten mit einer Aphasie verlieren ihr sprachliches Wissen in der Regel nicht. Sie



Abb. 1.2 ICF-Modell. (Quelle: DIMDI 2005, S. 23)

benötigt. Dafür bietet das bio-psycho-soziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) einen geeigneten Rahmen (DIMDI 2005). Mithilfe des Modells (Abb. 1.2), das aus sechs Komponenten besteht, können Erkrankungen und Krankheitsfolgen systematisch, umfassend und individualisiert beschrieben werden (Tab. 1.1).

Werden die sechs ICF-Komponenten für die Aphasie angewendet, so lassen sich unter den beiden Komponenten „**Körperfunktionen**“ und „**Körperstrukturen**“

- die gestörten sprachlichen Funktionen (z. B. semantische Paraphrasen oder Lautvertauschungen),
- psychiatrische Begleitsymptome (z. B. Suizidgedanken oder Zukunftsängste),
- Veränderungen des Selbstbilds (z. B. fehlendes Selbstbewusstsein oder Verlust der eigenen Identität),
- die einer Aphasie zugrundeliegende Hirnschädigung (z. B. Schlaganfall in der linken Hirnhälfte oder Schädel-Hirn-Trauma) und
- die (individuellen) Risikofaktoren für die Hirnschädigung (z. B. Bluthochdruck oder Alkoholabusus)

Tab. 1.1 Die ICF-Komponenten und ihre Bedeutung (nach Grötzbach und Iven 2016)

ICF-Komponente	Erfasst
Körperfunktion	Die physiologischen und psychologischen Funktionen, z. B. Stimme, Sprechen, Kognition, Motorik, Sehen <i>Funktionsschädigung:</i> Erschwernis oder Unmöglichkeit einer Körperfunktion
Körperstruktur	Die anatomischen Bestandteile des Körpers, z. B. Kehlkopf, Zunge, Gehirn, Muskel <i>Strukturschädigung:</i> Abweichung oder Verlust der Organstruktur
Aktivitäten	Die selbstständige Durchführung einer Aufgabe oder Handlung, z. B. eine Unterhaltung führen, eine Rede halten, lesen <i>Beeinträchtigung der Aktivität:</i> es ist unmöglich oder erschwert, eine Handlung selbstständig zu initiieren oder auszuführen
Partizipation (Teilhabe)	Den Einbezug in soziales Leben, in Gesellschaft und Umwelt, z. B. Hobbys, Rolle im Familienleben, Arbeit, Schule <i>Beeinträchtigung der Partizipation:</i> Einschränkungen beim Wahrnehmen sozialer Rollen und beim Einbezug in Alltagsleben
Umweltfaktoren	Die physische, soziale und einstellungsbezogene Umwelt mit ihren unterstützenden oder hindernden Faktoren, z. B. Familienangehörige, Zugang zu Heil- und Hilfsmitteln, Arbeitsbedingungen <i>Bewertung von Barrieren (hindernd) und Förderfaktoren (unterstützend)</i>
Personbezogene Faktoren	Die individuellen Eigenschaften und Merkmale einer (erkrankten) Person, die nicht Bestandteil seines Gesundheitsproblems sind, z. B. Alter und Geschlecht, Bildung, Bewältigungsstil, Temperament

erheben. Mit den beiden Komponenten „**Aktivitäten**“ und „**Partizipation**“ werden

- die Beeinträchtigungen sprachlicher Alltagsaktivitäten (z. B. eine Frage stellen, telefonieren oder eine SMS schreiben) und
- Einschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe (z. B. Teilnahme am Familienleben oder am Beruf)

erfasst. Unter der Komponente „**Umweltfaktoren**“ werden

- Hindernisse, jedoch auch fördernde Dinge in der Umwelt eines Patienten (z. B. unklare finanzielle Verhältnisse (Hindernis) oder adäquate Unterstützung eines Betroffenen durch die nächsten Angehörigen (Förderfaktor))

subsummiert. Mit den **personbezogenen Faktoren** ist es schließlich möglich, Eigenschaften eines Patienten zu betrachten, die in keinem Zusammenhang mit der Aphasie stehen. Zu ihnen gehören beispielsweise Charakterzüge, die Motivation und religiöse oder politische Überzeugungen (Grötzbach 2020a; Grötzbach und Beier 2022).

Da die ICF-Komponenten im Modell mit Doppelpfeilen verbunden sind, können wechselseitige Beziehungen zwischen ihnen dargestellt werden. So kann eine Körperfunktionsschädigung (z. B. Wortfindungsstörungen) dazu führen, dass gewünschte Aktivitäten (z. B. sich mit Familienmitgliedern zu unterhalten) nur noch eingeschränkt möglich sind. Dies kann wiederum zur Folge haben, dass es zu einer Beeinträchtigung der Partizipation kommt, da ein Patient nicht mehr wie gewohnt am Familienleben teilnehmen kann. Eine solch lineare Beziehung zwischen Körperfunktionsschädigung, Aktivitätsstörung und Teilhabebeeinträchtigung muss jedoch nicht zwingend vorliegen. Denkbar ist z. B., dass ein Betroffener zwar Probleme damit hat, orthografisch korrekt zu schreiben, dass sich sein Problem jedoch nicht auf die Aktivitäten und die Partizipation auswirkt, da er außer seiner Unterschrift schon lange nichts mehr schreibt.

Das ICF-Modell erlaubt nicht nur, die individuellen Folgen einer Erkrankung zu erfassen, sondern es setzt auch voraus, die Patienten als aktive Partner in den Therapieprozess einzubinden. So ist eine Bestimmung von gewünschten Aktivitäten, gewohnten Teilhabebereichen und umweltbedingten Hindernissen bzw. Förderfaktoren ohne die Mitarbeit der Patienten (oder im Falle einer ausgeprägten Aphasie ohne die Unterstützung ihrer Angehörigen) nicht möglich. Wenn die Patienten darüber hinaus gebeten werden, favorisierte Aktivitäten und Teilhabebereiche nach Dringlichkeit zu priorisieren, dann beteiligen sie sich an Entscheidungen über therapeutische Schwerpunkte (Grötzbach 2010, 2012). Dadurch einigen sich die Patienten und (Sprach-)Therapeuten auf einen gemeinsamen (therapeutischen) Weg mit geteilter Verantwortung.

Mit der Umsetzung des ICF-Modells in die therapeutische Praxis ändert sich auch der Blick auf das Wesen von (Sprach-)Störungen und die Art ihrer Behandlung (Grötzbach und Iven 2014). Nach dem traditionellen Vorgehen werden in der Diagnostik zunächst eine oder mehrere Störungen festgestellt, um dann anschließend in der Therapie die Störung(en) im optimalen Fall zu beseitigen oder im weniger optimalen Fall zumindest zu reduzieren. Die ausschließliche Betrachtung von Störungen greift allerdings zu kurz. In der Realität ist keine Aphasie wie die andere und nicht alle Angehörigen eines Betroffenen sind bereit oder in der Lage, (sprach-)therapeutische Prozesse wirkungsvoll zu unterstützen. Zudem haben nicht alle Patienten mit einer Aphasie den Wunsch, sich sprachtherapeutisch behandeln zu lassen. Dies zeigt das folgende Beispiel:

Beispiel

Herr N. ist wegen Totschlags in Tateinheit mit einem schweren Raub zu einer lebenslänglichen Freiheitsstrafe verurteilt worden. Da ihm nach wenigen Monaten Haft ein Fluchtversuch aus dem Gefängnis zunächst erfolgreich gelang, wurde er nach

der Wiederergriffung in ein Hochsicherheitsgefängnis verlegt. Dort erlitt er ca. zehn Jahre nach der Verlegung einen linksseitigen Schlaganfall mit einer leicht ausgeprägten flüssigen Aphasie und einer mittelschweren Halbseitenlähmung rechts. Im Anschluss an die Akutbehandlung wurde er in eine Rehabilitationsklinik überwiesen. Bei der Aufnahme gab er an, dass er weder Interesse an Sprachtherapie noch an Physio- oder Ergotherapie habe, da ihm sein jetziger Gesundheitszustand davor bewahre, ins Hochsicherheitsgefängnis zurückkehren zu müssen. Sein Ziel sei es vielmehr, aufgrund seiner Einschränkungen als „haftunfähig“ eingestuft und damit aus dem Justizvollzug entlassen zu werden. Tatsächlich konnte Herr N. sein Ziel erreichen: Er wurde wegen der Aphasie und der Halbseitenlähmung mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft von der Rehabilitationsklinik in ein Seniorenheim verlegt. ◀

Da die vermeintlich gleiche (und in der Komponente der Körperfunktionen eventuell tatsächlich gleiche) Störung bei verschiedenen Personen zu unterschiedlichen Konsequenzen führt und die Reaktionen der Betroffenen und ihrer Angehörigen nicht standardisiert werden können, stößt das traditionelle Vorgehen schnell an seine Grenzen: Auch wenn bekannt ist, unter welchen aphasischen Störungen ein Patient leidet, ist noch lange nicht bekannt, wie es ihm damit geht und welche Art von Therapie er benötigt. Mit der ICF wird daher die Vorstellung aufgegeben, dass auf eine Standard-Diagnose eine Standard-Therapie erfolgt. Zugleich ändert sich auch das Erfolgskriterium einer Therapie: Nach der ICF reicht der Nachweis rein funktioneller Verbesserungen (z. B. eine verbesserte Wortfindung) nicht aus. Vielmehr geht es darum zu zeigen, in welchem Ausmaß funktionelle Verbesserungen zu Aktivitäts- und Teilhabe-Fortschritten geführt haben (Fries 2007).

Die Vorteile der ICF gibt es allerdings nicht zum Nulltarif. Die Philosophie und die

teilweise sperrige Terminologie der ICF müssen gelernt werden, die Beteiligung der Patienten (oder ihrer Angehörigen) an Therapieprozessen kostet Zeit und eine Abkehr vom klassischen Vorgehen hin zu einer ICF-basierten Rehabilitation wird sich nicht von heute auf morgen umsetzen lassen. Der zunehmende Druck, (Sprach)-Therapien effizient, d. h. kostengünstig, durchzuführen, erschwert es immer häufiger, die notwendigen Ressourcen für eine Umsetzung der ICF in klinische Routinen zu erhalten. Die Ressourcen sind jedoch gut investiert, da die ICF

- ein Kernelement des internen Qualitätsmanagements darstellt (Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen),
- als indikationsübergreifende Philosophie stationärer Rehabilitationskliniken von der Deutschen Rentenversicherung Bund als einer der größten Kostenträger für die (neurologische) Rehabilitation erwartet wird (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015),
- in allen Bereichen der Sprachtherapie nutzbringend angewendet werden kann (Grötzbach et al. 2014).

Fazit

Die ICF bietet eine gute Grundlage für die Beschreibung einer Aphasie und der Folgen, die sich aus einer Aphasie ergeben. Sie ermöglicht eine systematische, umfassende und vor allem auf die Person eines Betroffenen und seiner Angehörigen ausgerichtete Sicht. Da sich die ICF ohne die Mitwirkung der Betroffenen nicht umsetzen lässt, modifiziert sie die typisch paternalistische Haltung von medizinischen Professionellen. Die ICF beeinflusst auch das Kriterium für den Erfolg einer Therapie: Es geht nicht allein darum, sprachfunktionelle, sondern auch sprachpragmatische Verbesserungen nachzuweisen. Das entscheidende Kriterium ist dabei, ob ein Patient trotz noch eventuell bestehender sprachlicher Beeinträchtigungen an denjenigen Lebensbereichen teilnehmen kann, die für ihn wichtig sind.

1.2 Die Betroffenen

1.2.1 Wünsche und Erwartungen der Betroffenen

Da Wortfindungsstörungen für jede Form der Aphasie charakteristisch sind (Abschn. 1.1.2), wundert es nicht, dass nahezu alle Patienten Probleme mit der Wortfindung angeben. Die Bandbreite des Schweregrads der Störung variiert zwischen den Patienten enorm: Sie reicht von Patienten, die um jedes Wort ringen, über Patienten, die ein paar Anläufe benötigen, um ein verschüttetes Wort zu finden, bis hin zu Patienten, die zwar Wortfindungsstörungen schildern, die in ihren Gesprächen jedoch gar nicht oder nur marginal auftreten. Da sich die meisten Patienten ihres Problems bewusst sind, erwarten sie von einer Therapie, dass die Wortfindungsstörungen beseitigt oder zumindest reduziert werden. Der Grund für ihre Erwartung liegt auf der Hand: Bleibt die Suche nach verschütteten Wörtern erfolglos, können Absichten nicht mehr ausgedrückt werden. Endet die Suche mit einer semantischen Paraphasie (Abschn. 1.1.2), dann hat das bei weiten semantischen Paraphasien ein Unverständnis (z. B. „Reich mir bitte die Mütze“ statt „Reich mir bitte die Butter“) und bei engen semantischen Paraphasien ein Missverständnis (z. B. „Ich möchte einen Apfel essen“ statt „Ich möchte eine Birne essen“) zur Folge. Doch selbst wenn die Suche erfolgreich ist, kostet sie Zeit, die den Gesprächspartnern nicht immer zur Verfügung steht.

Obwohl sich die Wortfindungsstörungen auf den Alltag auswirken, haben sie erfahrungsgemäß in den ersten Wochen nach Krankheitsbeginn dann keine therapeutische Priorität für die Patienten, wenn die Aphasie von einer Halbseitenlähmung (rechts) begleitet wird. In diesem Fall geht es für die Patienten typischerweise darum, wieder stehen und gehen sowie den Toilettengang und die Körperhygiene selbstständig durchführen zu können. Zur Verbesserung der Hand- bzw. Beinfunktion wünschen sich die Patienten daher vor allem viele

(Einzel)-Behandlungen in der Ergo- und Physiotherapie. Im Vergleich dazu ist der Wunsch nach Therapien in der Logopädie und Neuropsychologie eher geringer ausgeprägt. Der Vorrang der motorischen vor den kognitiven Therapien kann darauf zurückgeführt werden, dass

- eine Unselbstständigkeit bei der Körperhygiene und beim Toilettengang nicht nur abhängig von Hilfe macht, sondern auch dazu führt, dass die Intimsphäre nicht mehr länger intim ist,
- eine Hand- und Beinlähmung äußerlich sichtbare Zeichen einer körperlichen Behinderung sind und dadurch stigmatisierend wirken können,
- Mobilitätsstörungen den Aktionsradius einschränken und es den Patienten darüber hinaus erschweren, ihre Wohnung zu erreichen bzw. zu verlassen,
- eine Halbseitenlähmung dem Steuern eines PKWs im Wege steht,
- bereits gering ausgeprägte feinmotorische Störungen der meist dominanten rechten Hand erhebliche Konsequenzen nach sich ziehen, indem z. B. das Binden der Schuhe oder der Umgang mit Knöpfen, Reißverschlüssen und dem Besteck zu Herausforderungen werden.

Damit kommt der **Wiederherstellung motorischer Funktionen** eine besondere Bedeutung zu. Sie trägt wesentlich zur Selbstständigkeit im Alltag bei, die bei einer Befragung von 500 neurologisch erkrankten Patienten von ca. 80 % als wichtigster Lebensbereich angegeben worden ist (Tab. 1.2). Die Befragung wurde mithilfe einer deutschen Übersetzung des Rivermead Life Goals Questionnaire (Sivaraman Nair und Wade 2003) durchgeführt, die konsekutiv an alle neu angereisten Patienten einer neurologischen Rehabilitationsklinik mit der Bitte um Teilnahme ausgegeben worden ist. Da es in der Stichprobe keine Differenzierung nach Alter, Geschlecht und neurologischer Diagnose gab, könnte es zu Verschiebungen in der Wichtigkeitshierarchie kommen, wenn der Fragebogen ausschließlich an Patienten mit einer Aphasie verteilt worden wäre. Aufgrund des

Tab. 1.2 Wichtigkeit von Lebensbereichen (n = 505 neurologische Patienten)

Lebensbereich	Sehr große Wichtigkeit (%)	Große Wichtigkeit (%)	Etwas Wichtigkeit (%)	Keine Wichtigkeit (%)
Selbstständigkeit im Alltag	79,1	17,0	3,4	0,5
Beziehung zum Partner	71,2	17,0	6,0	5,8
Familie	70,9	24,2	3,6	1,3
Wohnen	63,1	31,3	4,6	1,0
Freizeit, Hobby	37,2	47,5	12,1	3,2
Beruf	37,2	40,0	8,0	14,8
Finanzen	32,8	53,9	12,3	1,0
Kontakte zu Nachbarn, Freunden	22,0	56,6	19,4	2,0
Religion, Lebensphilosophie	17,9	38,4	36,8	6,9

Stichprobenumfangs kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der Befragung von den Einschätzungen der Patienten mit einer Aphasie nicht signifikant abweichen.

Die Erwartung, dass durch Physio- und Ergotherapie eine Zunahme der Selbstständigkeit erreicht wird, ist nicht unrealistisch. Erfahrungsgemäß bessern sich das Stehen, Gehen und Treppensteigen sukzessive, wenngleich es sein mag, dass dafür Hilfsmittel, wie ein Rollator oder ein Gehstock, benötigt werden. Demgegenüber verläuft die Wiederherstellung der Handfunktionen langsamer. In der Regel gelingt es zwar, ein grobes Greifen und Festhalten zu erreichen, für die Anbahnung selektiver Fingerfunktionen und feinmotorischer Tätigkeiten wird jedoch viel Zeit und Geduld benötigt. Dies berichtet auch Herr T. in einem Brief, den er einhalb Jahre nach zwei stationären und zusätzlich ambulanten Behandlungen an die sprachtherapeutische Abteilung einer Reha-Klinik schickt (Abb. 1.3).

Mit der Erholung der Motorik wächst der Wunsch nach einer Behandlung der sprachlichen Beeinträchtigungen. Die Patienten hoffen, dass sie eine auf ihre jeweilige Störung abgestimmte und wirksame Therapie erhalten, mit der sie in einem überschaubaren Zeitraum sprachliche Fortschritte erreichen. **Wirksam oder effektiv** ist eine Therapie dann, wenn gezeigt werden kann, dass Therapieergebnis und Therapieziel

Mir gehts soweit ganz gut, bis auf den rechten Arm der will immer noch nicht. Seit 3.2 bin ich wieder im Büro, an meinen alten Arbeitsplatz. Für 5,5 Std und ab Mai dann den ganzen Tag.

Abb. 1.3 Bericht Herr T. (eigene Abbildung)

übereinstimmen (Lüthi et al. 2010). Den Therapiezielen kommt damit eine besondere Bedeutung zu: Sie müssen, um überprüft oder evaluiert werden zu können, genau, d. h. messbar sein. Bleiben sie vage, ist eine Evaluation nicht möglich (Beushausen und Grötzbach 2018). Dies zeigt das folgende Beispiel:

Beispiel

Ein Patient beginnt seine sprachtherapeutische Behandlung mit dem Ziel, die Wortfindung zu verbessern. Um dieses Ziel zu erreichen, führt der behandelnde