

Kommunikationsleistungen und Kommunikationsverhalten nach schwerem Schlaganfall

G. Pfeiffer¹, J. Gozdalski², I. Haase³, E. Schillikowski¹, J. Tesak^{†4}

¹*m&i-Fachklinik Bad Liebenstein, Abteilung Neurologie und Neuropsychologie,*

²*Klinikum Bad Hersfeld, Klinik für Neurologie,*

³*m&i-Klinikgruppe Enzensberg, Forschung, Entwicklung und Qualitätssicherung,*

⁴*Europa Fachhochschule Fresenius, Fachbereich Gesundheit*

Zusammenfassung

Für die sprachlichen Funktionen existieren gut normierte Erfassungsinstrumente, aber es mangelt an praktikablen Erfassungsmethoden für die aphasische Kommunikation, die der Aktivitätsebene der ICF entspricht und deshalb entscheidend für die Rehabilitation ist. Bei einer Nachbefragung schwer betroffener Schlaganfallpatienten hatten wir den Angehörigen einen Fragenkatalog zur Kommunikation aphasischer Patienten von Prof. Tesak und die acht Kommunikationsitems der Stroke-Impact-Skala vorgelegt. Damit konnten wir analysieren, welche Fragen besonders gut zwischen Aphasikern und motorisch vergleichbar schwer betroffenen Schlaganfallpatienten ohne Aphasie trennen. Befragt wurden die Angehörigen von 16 Patienten, die bei Entlassung aus der stationären Rehabilitation noch eine schwere Aphasie hatten, und von 39 Patienten ohne Aphasie. Die Items der Stroke-Impact-Skala hatten bei den schwer betroffenen Aphasikern einen deutlichen Bodeneffekt: Mehr als die Hälfte der Patienten wurde als maximal beeinträchtigt bewertet, mit Ausnahme der Frage nach dem Sprachverständnis. Die Angehörigen der aphasischen Patienten gingen auch bei den Tesak'schen Fragen von einem guten Sprachverständnis aus, das sie vergleichbar gut einschätzten wie das der nicht aphasischen Patienten. Deshalb trennten auf das Verständnis abzielende Fragen nicht zwischen aphasischen und nicht aphasischen Patienten. Die Trennschärfe metalinguistisch orientierter Fragen war ebenfalls gering. Scharf zwischen Aphasikern und Nichtaphasikern trennten Fragen, die auf beobachtbares Verhalten zielten. Die Studie zeigt, dass gängige Fragen zum Sprachverständnis für eine Angehörigenbefragung kaum geeignet sind und dass Fragebögen zum Kommunikationsverhalten auch an nicht aphasischen Schlaganfallpatienten validiert werden sollten.

Schlüsselwörter: Schlaganfall, Aphasie, Kommunikation

Communicative performance and behaviour after severe stroke

G. Pfeiffer, J. Gozdalski, I. Haase, E. Schillikowski, J. Tesak

Abstract

Rehabilitative goals have to be activity-oriented, according to the biopsychosocial model of health of the international classification of function (ICF). Speech therapists still focus on linguistic functions rather than on communication, the linguistic activity of the ICF. There is lack of simple assessment tools for aphasic communication. We looked for communication questionnaire items discriminating well between stroke patients with and without aphasia, which should be valuable indicators for the impact of speech therapy on communicative performance in everyday life. One year after stroke, the communication subscale of the stroke impact scale and a questionnaire used for training of partners of aphasic patients were administered to the main communication partner of 16 patients with left middle cerebral infarction and severe aphasia (scores 1 or 2 on the scale of Goodglass and Kaplan at discharge from acute rehabilitation). The partners of 32 patients with minor or no aphasia but comparable disability served as non-aphasic controls. The communication items of the stroke impact scale had a floor effect: except for the comprehension item, at least half of the patients with aphasia got the lowest score, indicating extraordinary difficulties. Comprehension problems were probably underestimated: half of the partners of the aphasic patients considered them to be small or absent. They also thought that the patients could always follow television. Comprehension items did not distinguish between

patients with and without aphasia. Questions requiring metalinguistic consideration were only moderately distinctive, whereas questions referring to directly observable behaviour separated well between both groups. Our study suggests that communication questionnaires for relatives of aphasic patients should avoid comprehension items in favour of items aiming at the success of specific speech acts, and that their validation should include their application to a non-aphasic stroke control group.

Key words: stroke, aphasia, communication

© Hippocampus Verlag 2011

Einleitung

Das Rahmenkonzept der ICF fordert eine über die herkömmlichen sprachlichen Funktions- und Störungsmodelle hinausgehende Orientierung an der kommunikativen Leistungsfähigkeit. Patient oder Hauptkommunikationspartner sollten diese ökologisch am aussagekräftigsten beurteilen können. Deshalb werden Fragebögen gebraucht. Im Sinne der Verbraucher- oder Kundenorientierung von Patienten bzw. Angehörigen generierte Fragenkataloge wie der CETI [14] konkurrieren mit Fragebögen, die professionellen sprachtherapeutischen Konzepten [6] verpflichtet sind. Bislang ist es nicht gelungen, die Erfolge der Sprachtherapie auf der Aktivitätsebene ähnlich überzeugend abzubilden wie auf der Funktionsebene, für die der Aachener Aphasie-Test ein Standardmaß sprachtherapeutischer Erfolge darstellt. Für die ICF-Aktivitätsdomänen »Mobilität« und »Selbstversorgung« hat sich der Barthel-Index bewährt. Wir brauchen vergleichbare Assessmentinstrumente für die ICF-Domäne »Kommunikation«. Sie droht sonst bei der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs außer Acht gelassen zu werden, wie schon vereinzelt bei der Genehmigungspraxis von Rehabilitationsleistungen zu beobachten, wenn ab einem Barthel-Index von 100 nur noch Präventions- und nicht mehr Rehabilitationsbedarf gesehen wird.

Kommunikationsleistungen sind schwierig zu erfassen

1. Je nach theoretischem Konzept werden Kommunikationsverhalten und -leistungen unterschiedlich beurteilt [1]. Die *Informationstheorie* analysiert die Informationsübertragung zwischen Sender und Empfänger. Das spiegelt sich in der ICF wider, die das Kommunizieren als Empfänger (d310-329) und als Sender (d330-349) trennt. Außer dem Informationsaustausch kann Kommunikation zumindest aus soziologischer Sicht vordergründig auch Ausdruck der Begegnung oder, noch umfassender, Substrat der sozialen Situation sein [7]. Konversation wird als gemeinsames Handeln zur Sicherung der sozialen Kohäsion verstanden, bei dem die Kunst des Sprecherwechsels eine große Rolle spielt [2]. Die Konversation erfüllt ihren Zweck als erlebte Gemeinsamkeit auch unter schwerhörig gewordenen Partnern, selbst wenn gesendete Informationen nur rudimentär beim Empfänger ankommen. Für die *Sprechakttheorie* [11] ist der Informationsaustausch nur einer von vielen Sprechakten. Er wäre unter die Repräsentativa zu klassifizieren. Direktiva dienen dazu, den Adressaten zu

einer Handlung zu bewegen. Mit Kommissiva zeigt der Akteur, dass er zu etwas bereit ist. Expressiva drücken Gefühlszustände aus. Abstrakt gesehen könnten zwar auch diese Sprechakte als Informationsaustausch gelten. Damit ginge jedoch das besondere Interesse der Sprechakttheorie an der Intentionalität verloren. Der theoretische Ausgangspunkt bestimmt, ob der inhaltlich gelungene Austausch komplexer Informationen, die Qualität der Interaktion oder die Intention im Vordergrund der Beurteilung stehen.

2. Kommunikation vernetzt Personen in einer schwer entwirrbaren Gleichzeitigkeit von Verstehen, Missverstehen und Signalisieren. Nur das Signalisieren erschließt sich direkt und objektiv auf der Verhaltensebene. Die Signalfolge ist als Transkript dokumentierbar, wobei für Tonfall, Betonungen, Pausen, Gesten und Mienen nur teilweise Notationssysteme existieren. Anders als die Signale erschließen sich Verstehens- und Missverstehen nur indirekt durch Interpretation der inhaltlichen Bezüge zwischen den Äußerungen der Kommunikationspartner. Die aphasische Kommunikation erfordert besonders viel Deutungsleistung von Seiten des Partners [13], aber auch des Beobachters. Diskursanalysen sind komplex, vielschichtig und theorieabhängig [17].
3. Kommunikationsleistungen sind situativ determiniert. Mit vertrauten Gesprächspartnern oder in gewohnter Umgebung wird lebendiger und erfolgreicher kommuniziert als in einschüchterndem, fremden Rahmen. Ein Patient kann in der Therapie trainierte kommunikative Sequenzen beherrschen, aber außerhalb der Therapie außer Stande sein, das Geübte mit anderen Personen umzusetzen.
4. Die Ansprüche an die Kommunikationsfähigkeit sind individuell recht unterschiedlich und darüber hinaus auch noch situationsgebunden: Ein privat gewohnt wortkarger Partner kann im Beruf ein meisterhafter Kommunikator sein.

Wir nutzten die Kommunikationsskala Boston der Diagnostic Aphasia Examination [8] zur klinischen Klassifikation der Kommunikationsleistungen zu Beginn und am Ende der stationären Rehabilitation. Sie erfasst, wie stark der Kommunikationspartner unterstützen muss, damit trotz der Aphasie erfolgreich Informationen ausgetauscht werden können. Ein breiteres Repertoire an Sprechakten fordern die Rollenspiele des ANELT (Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test, [3]), dessen Anwendung Instruktionsverständnis und Spielbereitschaft erfordert. Das IFCI (Inpatient Functional Communication Inter-

In der vergangenen Woche, wie schwer ist es ihm/ihr gefallen...		p		gar nicht	etwas	ziemlich	sehr	außerordentlich
a	den Namen eines Menschen zu nennen, der vor ihm/ihr stand?	0,000	A	4	2	2	2	8
			C	17	10	3	–	–
b	zu verstehen, was ihm/ihr während einer Unterhaltung gesagt wurde?	0,175	A	5	5	4	3	1
			C	17	8	5	1	–
c	auf Fragen zu antworten?	0,000	A	1	5	3	1	8
			C	17	10	3	1	–
d	Gegenstände richtig zu benennen?	0,000	A	2	4	1	3	8
			C	18	11	2	–	–
e	sich an einem Gespräch mit mehreren Leuten zu beteiligen?	0,000	A	1	3	1	2	11
			C	12	11	6	2	–
f	ein Telefongespräch zu führen?	0,000	A	1	1	1	1	14
			C	12	9	4	5	1
g	einen anderen Menschen anzurufen?	0,001	A	–	1	–	1	16
			C	8	8	3	4	8

Tab. 1: Kommunikationsleistungen entsprechend der Stroke-Impact-Skala. Jede Tabellenzeile fasst für je ein Item die Kreuztabelle für den Vergleich der aphasischen Patienten (A) mit der Kontrollgruppe der nicht aphasischen Schlaganfallpatienten (C) zusammen. Das angegebene Signifikanzniveau (p) bezieht sich auf χ^2 -Tests.

view, [15]) vermeidet Rollenspiele durch ein durchdachtes Skript für ein Aufnahmegespräch, das 23 im Krankenhaus wichtige Kommunikationsakte integriert. Der Patient wird z. B. aufgefordert, an den Tisch zu kommen, um etwas zu schreiben. Braucht er dazu Hilfe, soll er sie sprachlich einfordern. Weitere Aufgaben sind, eine Schwester zu rufen oder den Essenswunsch auf dem Speiseplan einzutragen. Für den ASHA-FACS (Functional Assessment of Communication des amerikanischen Sprachtherapeutenverbandes) schätzt der Therapeut die kommunikativen Fertigkeiten des Patienten danach ein, wie er sie im Umfeld der Therapie erlebt. Für therapiefremde Kommunikationssituationen soll er Pflegekräfte oder Angehörige befragen. Angehörigenfragebögen erfassen Kommunikation gemäß dem Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung im pflege- und selbstständigkeitsrelevanten Alltagsleben. Fraglich ist aber, ob Angehörige sprachliche Leistungen mit ausreichender Expertise beurteilen können. Ein etablierter Angehörigenfragebogen ist der CETI (Communicative Effectiveness Index, [14]). Seine Items ergaben sich in einem Konsensprozess aus spontanen Feststellungen von Angehörigen zu aphasischen Kommunikationsproblemen. Er gilt als psychometrisch gut fundiert. Die Reliabilitätsanalyse zielte allerdings nur auf die Einschätzung von Veränderungen ab, denn den Urteilern lagen die visuellen Analogskalen mit der Markierung ihrer früheren Einschätzung vor, wenn sie den aktuellen Befund einschätzten. Die Reliabilität scheint weniger befriedigend zu sein, wenn der CETI zur Leistungs- statt zur Verlaufsbeurteilung eingesetzt wird. Psychometrisch fundiert sind auch die Kommunikationsitems der Stroke-Impact-Skala (SIS) [5] (Tab. 1). Wir setzten sie zu einer Katamnese nach schweren Hirninfarkten ein [9]. Um auch Informationen für die Entwicklung der Angehörigenarbeit auf unserer Aphasiestation zu erhalten, legten

wir u. a. einen Fragenkatalog von Prof. Tesak vor, der für Seminare mit Angehörigen aphasischer Patienten entwickelt worden war.

Prof. Tesak hat sich bis zu seinem vorzeitigen Tod mit Nachdruck und Konsequenz für die ökologische Relevanz der Sprachtherapie engagiert. Dabei war ihm nicht nur die Ausrichtung der Sprachtherapie auf die Aktivitätsebene der ICF ein besonderes Anliegen, sondern auch die Angehörigenarbeit. Seine erfrischend pragmatische Denkweise hatte ihn besonders klar sehen lassen, dass der Aphasiker nie alleine kommuniziert, selten mit anderen Aphasikern und meist mit Sprachgesunden, und es schien einfacher, diese zu schulen, als den sprachlich eher überforderten aphasischen Partner. Der kritischen Reflexion des Kommunikationsstils und -erfolges der Betroffenen diente dabei ein Katalog von Fragen aus CETI und ASHA-FACS. Als Schulungserfolg konnte auch gelten, wenn die Kommunikationsleistungen bei der zweiten Befragung kritischer beurteilt und damit als stärker beeinträchtigt eingeschätzt wurden. Dagegen wäre dieser Effekt für die Dokumentation eines Behandlungserfolges ungünstig. Wir erwarteten, dass direkt auf Erfolg oder Misserfolg der Kommunikation zielende Fragen erfolgreicher zwischen aphasischen und nicht aphasischen Schlaganfallpatienten trennen, als auf den Kommunikationsstil zielende Fragen, die stärker von prämorbidem persönlichen Faktoren bestimmt erscheinen. Unsere Katamnese studie bot die Möglichkeit, diese Hypothese zu testen. Wir befragten Angehörige aphasischer und nicht aphasischer Schlaganfallpatienten, die sich in einer ähnlichen Lebenssituation befanden. Wir wollten Fragen selektieren, die Fortschritte der aphasiespezifischen Therapie teilhabeorientiert auf der Aktivitätsebene der ICF abbilden.

	P	nie	manchmal	häufig	immer
a sie/er sucht sprachliche Kommunikation	0,887	A 1 C 1	8 11	7 13	2 6
b sie/er beginnt sprachliche Kommunikation	0,026	A 2 C –	12 12	2 13	2 6
c sie/er vermeidet sprachliche Kommunikation	0,068	A 3 C 12	8 16	6 2	1 1
d sie/er bevorzugt nonverbale Kommunikation	0,008	A 1 C 16	11 11	5 4	1 –
e sie/er überlässt anderen die Initiative, ein Gespräch zu führen	0,086	A 1 C 7	10 15	3 8	4 1
f sie/er zieht sich auf automatisierte Aspekte zurück (Grüßen, Phrasen)	0,045	A 3 C 17	8 8	4 5	3 1

Tab. 2: Vergleiche des Kommunikationsverhaltens (Statistik entsprechend Tab. 1).

Patienten und Methoden

Die Katamnese studie schloss Patienten ein, die mit kompletten Mediainfarkten zur Frührehabilitation aufgenommen wurden (16 Patienten mit links- und 20 mit rechtsseitigen Infarkten). Ihr Barthel-Index lag einen Monat nach dem Schlaganfall zwischen 0 und 45. In diesem Barthel-Bereich wurden weitere 32 Schlaganfallpatienten als Kontrollgruppe von Patienten mit vergleichbar schweren Schlaganfällen, aber heterogener Läsionsmorphologie, rekrutiert. Die Befragung der Angehörigen erfolgte ein Jahr nach dem Schlaganfall. Für den Vergleich der Kommunikation von aphasischem und nicht aphasischem Kommunikationsverhalten wählten wir alle Patienten aus, die bei Entlassung aus der stationären Rehabilitation auf der Kommunikationsskala nach Goodglass und Kaplan Scores von 0 oder 1 (Aphasie) oder 5 (keine Aphasie) erhalten hatten. Zu den Patienten, die auch noch bei Entlassung eine hochgradige aphasische Kommunikationsstörung hatten, gehörten alle 16 Patienten mit kompletten linksseitigen Mediainfarkten und 7 Patienten aus der Kontrollgruppe mit inkompletten Mediainfarkten. Siebzehn Patienten mit kompletten rechtsseitigen Mediainfarkten und 23 Patienten aus der Kontrollgruppe wurden bei Entlassung als kommunikativ unbeeinträchtigt eingeschätzt. Bei der Nachbefragung antworteten jeweils 78% der Angehörigen der Patienten. So lagen schließlich Datensätze von 18 aphasischen (A in den Tabellen) und 31 nicht aphasischen Patienten (C in den Tabellen) vor. Die explorative Analyse der Trennschärfe der einzelnen Items stützte sich auf χ^2 -Tests. Die Signifikanzniveaus sind als »p« in den Tabellen angegeben. Wegen der zahlreichen betrachteten Kreuztabellen sollten nur Items als trennscharf gelten, für die Gleichverteilung mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit unter 1% ausgeschlossen werden konnte.

Ergebnisse

Die Items der Stroke-Impact-Skala (Tab. 1) trennten hochsignifikant zwischen aphasischen und nicht aphasischen

Schlaganfallpatienten. Die einzige Ausnahme war die Frage, wie gut der Patient versteht, was ihm während einer Unterhaltung gesagt wurde. Mehr als die Hälfte der Angehörigen der aphasischen Patienten gaben an, dass dabei gar keine oder nur »etwas« Schwierigkeiten auftraten. Nur in einem Fall wurde das Sprachverständnis als außerordentlich stark beeinträchtigt eingeschätzt. Bei den anderen Items hatte mindestens die Hälfte der Patienten starke Schwierigkeiten. Auch der Tesak'sche Fragebogen ergab eine überraschend günstige Einschätzung des Verständnisses: Fast die Hälfte der Patienten würde Fernsehen oder Radio »immer« verstehen (Tab. 3, i)!

Bei den Fragen zum Kommunikationsstil (Tab. 2) ergaben sich bis auf die Frage nach der Bevorzugung nonverbaler Kommunikation keine hochsignifikanten Unterschiede zwischen aphasischen und nicht aphasischen Patienten. Grenzwertig trennscharf ($0,01 < p < 0,05$) war das Item »beginnt sprachliche Kommunikation«, während Item »sucht sprachliche Kommunikation« keinerlei Trennschärfe hatte – trotz inhaltlicher Ähnlichkeit. In der Formulierung richtet sich dieses Item allerdings eher auf die Einstellung als auf das Verhalten, und diese wurde von den Angehörigen der aphasischen Patienten offenbar als »normaler« bewertet als das Verhalten: Von 7 Patienten wurde angenommen, dass sie häufig sprachliche Kommunikation suchen, aber nur 2 Patienten begannen häufiger die Kommunikation.

Bei den Kommunikationsleistungen war die Trennschärfe hoch, mit Ausnahme der Items, die schriftliche, rechnerische oder exekutive Leistungen forderten. Hier scheiterten auch die nicht aphasischen Patienten häufig (Tab. 3, j–m). Die Angehörigen bemerkten allerdings auch bei einem Fünftel der nicht aphasischen Patienten relevante Einschränkungen bei elementaren kommunikativen Leistungen. Sie erreichten kommunikative Ziele höchstens manchmal (Tab. 3, b), konnten nur manchmal Emotionen erfolgreich mitteilen (Tab. 3, d) oder hatten zumindest ziemliche Schwierigkeiten zu verstehen, was während einer Unterhaltung gesagt wurde (Tab. 1, b). Bei der Hälfte der

	p		nie	manchmal	häufig	immer
a sie/er beteiligt sich an sprachlicher Kommunikation	0,017	A C	3	11 12	2 11	2 8
b sie/er erreicht seine kommunikativen Ziele	0,003	A C	3 –	8 6	6 10	1 15
c sie/er teilt einfache Bedürfnisse/Wünsche erfolgreich mit	0,000	A C	4 –	7 2	4 5	3 24
d sie/er teilt Emotionen erfolgreich mit	0,010	A C	1 1	9 5	6 7	2 18
e sie/er teilt komplexe Sachverhalte erfolgreich mit, wie Themen aus der Politik und Wirtschaft	0,001	A C	10 3	7 10	0 5	1 13
f sie/er kann länger bei einem Thema bleiben	0,001	A C	8 –	5 14	3 10	2 7
g sie/er kann kommunikative Unklarheiten klären	0,000	A C	10 2	8 13		
h sie/er nimmt Telefonate entgegen	0,016	A C	12 7	3 6	1 7	2 11
i sie/er versteht Radio, Fernsehen	0,576	A C	1 1	5 4	4 8	8 18
j sie/er kann Schriftsprache verarbeiten (Kataloge, Bankauszüge)	0,111	A K	9 8	4 10	4 4	1 9
k sie/er erledigt einfache schriftliche Aufgaben (z. B. Einkaufslisten, Formulare ausfüllen)	0,112	A K	16 18	1 6	1 2	
l sie/er erledigt komplexe schriftliche Aufgaben (Geschäftsbriefe, Tagebuch)	0,189	A K	17 26	1		
m sie/er kann mit Geld umgehen	0,103	A K	8 4	3 8	3 7	4 12
n sie/er kann mit Zahlen umgehen	0,027	A K	5 1	8 10	2 10	3 10

Tab. 3: Vergleich der Kommunikationsleistungen (Statistik entsprechend Tab. 1).

nicht aphasischen Patienten blieben häufig kommunikative Unklarheiten (Tab. 3, g). Auch ergriffen nicht aphasische Patienten eher selten die Gesprächsinitiative (Tab. 2, e, b; Tab. 1, e).

Die Kommunikationsitems der SIS hatten einen Bodeneffekt: Bis auf die Verständnisfrage hatte fast die Hälfte der Aphasiker »außerordentliche Schwierigkeiten«. Ein Deckeneffekt war in unserer Stichprobe von eher schwer betroffenen Patienten nach kompletten Mediainfarkten nicht zu beobachten. Die Fähigkeit, ein Telefongespräch zu führen, bildete die aphasische Störung besser ab, als selbst Anrufe zu tätigen: Dies fiel auch jedem vierten Patienten ohne Aphasie außerordentlich schwer. Die Tesak'schen Fragen hatten einen geringeren Bodeneffekt. Weniger als ein Viertel der aphasischen Patienten waren bei elementaren Kommunikationsleistungen »nie« erfolgreich (Tab. 3, a–c), und nur ein Patient konnte »nie« erfolgreich Emotionen mitteilen (Tab. 3, d). Rehabilitationsbedarf auf Grund häufig

scheiternder elementarer Kommunikation bestand bei mehr als der Hälfte der aphasischen Patienten (Tab. 3, b–d). Das seltene Gelingen von Klärungsmanövern (Tab. 3, g) legt Anstrengungen zur Angehörigenschulung nahe.

Diskussion

Nicht unerwartet zeigt sich, dass Monate nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation bei mehr als der Hälfte der Patienten mit kompletten linksseitigen Mediainfarkten auch bei elementaren Kommunikationsleistungen noch erheblicher Unterstützung- und Rehabilitationsbedarf besteht. Sie scheitern häufig selbst bei einfachen Wünschen und fast nie gelingt eine Klärung bei misslungenem Informationsaustausch. Hier sollten aktivitätsbezogene Therapieformen unter Einbindung der Angehörigen erfolgreicher sein als das herkömmliche sprachliche Funktionstraining. Um für diese neuen teilhaberelevanten Therapien eine gute

Evidenzbasis zu erhalten, sollten die Angehörigenfragebögen zum Kommunikationsverhalten weiterentwickelt werden. Dabei sollte beachtet werden:

- Die Fragen sollten sich strikt am beobachtbaren Verhalten orientieren. Besonders unscharf war die Frage nach der Motivation zur sprachlichen Kommunikation (»sucht sprachliche Kommunikation«), während eine näher am Verhalten orientierte Frage (»beginnt sprachliche Kommunikation«) immerhin grenzwertig trennscharf war. Die Items »bevorzugt nonverbale Kommunikation« und »vermeidet sprachliche Kommunikation« dürften sich inhaltlich weitgehend entsprechen. Unterlegen war das Item mit dem stärker motivational getönten »vermeidet«.
- Die Fragen sollten keine metakommunikative Analyse verlangen. Professionelle Terminologie (Tab. 2, f) muss vermieden werden. Manche Fragen orientieren sich an therapeutischen Wunschvorstellungen von einem mutigen, kommunikationsmotivierten Patienten (Tab. 2, a). Statt an theoretischen Modellvorstellungen sollten sich die Fragen am konkreten Erfolg in der Kommunikationssituation orientieren.
- Es besteht Entscheidungs- und Entwicklungsbedarf bezüglich des Ratings. Der ASHA-FACS orientiert sich an der Selbstständigkeit, die SIS am Grad der Schwierigkeit und der Tesak'sche Katalog verwendet eine Graduierung nach Häufigkeit. Im unteren Leistungsbe- reich wirkte die Graduierung »nie« und »manchmal« erfolgreicher als die Unterscheidung zwischen »sehr schwer« und »außerordentlich schwer gefallen«. Gerade bei elementaren Kommunikationsleistungen (Tab. 3, c) macht »nie« und »manchmal« einen pragmatisch sehr relevanten Unterschied, wobei bei einem »manchmal« für den Patienten wohl immer noch »außerordentliche Schwierigkeiten« zu überwinden sind. Wenn die Frage auf den Kommunikationsstil zielt, sollten sich Häufigkeitsratings wohl besser auf das prämorbid Kom- munikationsverhalten beziehen (»so oft wie vor dem Schlaganfall« statt »immer«, »etwas seltener als vor dem Schlaganfall« statt »häufig«, »viel seltener« statt »manchmal«), um den störenden Einfluss primärper- sönlicher Züge zu mindern. Auch unter gesunden Men- schen werden sich zurückhaltende Individuen finden, die höchstens »manchmal« sprachliche Kommunikation suchen und nicht, wie sprachtherapeutisch wohl eher erwünscht, »häufig«.
- Die Items sollten nicht nur an gesunden gleichaltrigen Sprechern normiert werden, sondern auch an Menschen, die sich in einer ähnlichen Lebenssituation befinden. Die kommunikative Initiative kann nicht nur durch die Aphasie schwinden, sondern auch durch depressive Reaktionen auf den Verlust der Selbstständigkeit. Eine ideale Kontrollgruppe wären Menschen, die eine akute, rein motorische Behinderung ohne Beteiligung der Artikulation verarbeiten müssen, wie nach einer Quer- schnittlähmung. In unserer Kontrollgruppe mischen sich

allgemeine Behinderungsaspekte mit spezifischeren rechtshemispheriellen Kommunikationsbeeinträchti- gungen, die bei bis zu 50% der Betroffenen auftreten [4]. Sie werden als nicht aphasisch bedingt eingeschätzt [16]. Typisch sind Probleme bei Wahrnehmung, Verar- beitung und Ausdruck emotionaler Inhalte, die sich bei unserer Befragung bei einem Fünftel der Patienten in ausgeprägter Form fanden. Rechtshemispherielle Läsio- nen führen aber auch zu Problemen bei der Integration von Kontextinformationen, beim Verstehen metapho- rischer Bedeutungen und bei der Themenfokussierung, wodurch erklärt werden kann, warum ein Fünftel unserer Patienten mit kommunikativen Unklarheiten und dem Verständnis des Gesagten zu kämpfen hatten.

- Fragen nach dem Sprachverständnis sind problematisch. Sie trennten in beiden Fragenkatalogen nicht zwischen aphasischen und nicht aphasischen Patienten, wohl durch Überschätzung des Sprachverständnisses durch die Angehörigen. Wir selektierten Patienten mit kompletten Mediainfarkten, für die erhebliche Einschrän- kungen zu erwarten sind, wie dies auch die nicht auf das Sprachverständnis zielenden Items dokumentierten. Eine professionelle Testung des Sprachverständnisses hätte mit hoher Wahrscheinlichkeit ein ungünstige- res Bild ergeben als die Angehörigenbefragung. Auch Helmick und Mitarbeiter [10] fanden, dass Angehörige die Kommunikationsleistungen von Aphasikern deutlich besser einschätzten als Sprachtherapeuten.

Möglicherweise schätzen Angehörige die Kommunika- tionsleistungen höher ein, weil sie nicht sprachliche Kom- munikationserfolge stärker bewerten als Sprachtherapeuten. Für Angehörige kann der Eindruck eines gegenseitigen Verständnisses schon dadurch leichter entstehen, dass sie Lebensumstände, Interesse und Meinungen der Patienten aus der Zeit vor dem Schlaganfall kennen. Eine Feldstudie von Holland [12] ergab einen überraschend geringen Anteil von erfolglosen kommunikativen Interaktionen zwischen aphasischen Menschen und ihren Angehörigen. Offenbar hängt es vom Standpunkt ab, ob die Diskrepanzen in der Beurteilung des Kommunikationserfolges als Unterschät- zung durch die Experten oder als Überschätzung durch die Angehörigen aufzufassen sind. Im Sinne der Kunden- orientierung müsste die Einschätzung der Angehörigen der Einschätzung der Professionellen vorgezogen werden. Dies ist jedoch in Bezug auf die Kommunikationsleistung problematisch, denn befragt werden können ja nur die Angehörigen und nicht die eigentlich Betroffenen. Der Sprachtherapeut wird sich in dieser Situation als Advokat des Betroffenen verstehen und auf die Bedeutung der für ihn besser erkennbaren Defizite auf der Empfängerseite bestehen. Die Trennung von rezeptiven und expressiven Sprachfunktionen hat eine lange sprachtherapeutische Tra- dition und zweifellos einen hohen Nutzen bei der klinischen Analyse aphasischer Störungen. Sie prägt auch moderne, eigentlich auf die Aktivitätsebene zielende Instrumente wie den ASHA-FACS. Unsere Daten lassen befürchten, dass es

schwierig sein wird, befriedigende Befragungsinstrumente zu entwickeln, wenn isoliert auch das Sprachverständnis bzw. das Kommunizieren als Empfänger ermittelt werden soll. Die Trennung von Sender- und Empfängerseite ist analytisch attraktiv. Für die ökologisch relevante pragmatische Erfolgsbeurteilung bei alltäglichen Kommunikationsaufgaben dürfte sie nicht zwingend nötig sein. Erfolgskriterium muss sein, ob die Kommunikationsintention erreicht wird oder nicht.

Auch ein Jahr nach einem schweren Schlaganfall sind elementare Kommunikationsprobleme noch häufig, selbst wenn der Infarkt nicht die dominante Hemisphäre getroffen hat. Nur bei spezifisch aphasischen Problemen wird die konventionelle funktionsorientierte Sprachtherapie erfolgreich sein. Kommunikationsorientierte Therapieansätze dürften beiden Gruppen von Schlaganfallpatienten nutzen. Ihre Finanzierung wird mittelfristig von der Evidenz ihrer Wirksamkeit abhängen. Um sie belegen zu können, müssen die bestehenden Angehörigenfragebögen weiterentwickelt werden. Die Kommunikationsfragen der SIS sind psychometrisch validiert, weisen aber bei schweren Aphasien einen Bodeneffekt auf, wie unsere Studie zeigt. Schon deshalb wird ihre Akzeptanz als Erfolgskriterium bei Sprachtherapeuten gering sein. Der Tesak'sche Fragenkatalog erfasst Kommunikationsleistung und -verhalten differenzierter, bedarf aber noch der psychometrischen Validierung. Bei der Weiterentwicklung des Fragenkatalogs sollte ein möglichst breites Feld von alltäglichen Kommunikationsanlässen erfasst werden. Wir wissen, es ist im Sinne von Prof. Tesak, wenn wir, ausgehend von seinem Fragenkatalog, diesen pragmatischen Ansatz weiterverfolgen.

Literatur

1. Auer P. Sprachliche Interaktion: eine Einführung anhand von 22 Klassikern. Max Niemeyer Verlag, Tübingen 1999.
2. Bergmann JR. Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Fritz G, Hundsniischer F (Hg). Handbuch der Dialoganalyse. Tübingen 1994.
3. Blomert L, Kean ML, Koster C, Schokker J. Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test: Construction, reliability, and validity. *Aphasiology* 1994; 8: 381-407.
4. Coté H, Payer M, Giroux F, Joanne Y. Towards a description of clinical communication impairment profiles following right-hemisphere damage. *Aphasiology* 2007; 21: 739-749.
5. Duncan PW et al. Evaluation of proxy responses to the stroke impact scale. *Stroke* 2002; 33: 2593-2599.
6. Fratalli CM, Thompson CK, Holland AL, Wohl CB, Ferketic MM. Functional Assessment of Communication Skills for Adults. American Speech Language Hearing Association 1995.
7. Goffman E. Interaktionsrituale. Frankfurt 1971.
8. Goodglass H, Kaplan E. The assessment of aphasia and related disorders. 2nd ed., Lea Febiger, Philadelphia 1983.
9. Gozdalski J, Haase I, Pfeiffer G. Befinden und Aktivitäten ein Jahr nach schwerem Hirninfarkt – zutreffendere Prognose durch genauere Diagnose? *Neurol Rehabil* 2011; (zur Publikation angenommen).
10. Helmick JW, Watamori TS, Palmer JM. Spouses' Understanding of the communication disabilities of aphasic patients. *J Speech Hearing Dis* 1976; 41: 238-434.
11. Hindelang G. Einführung in die Sprechakttheorie. Max Niemeyer Verlag, Tübingen 2004.
12. Holland AL. Observing functional communication of aphasic adults. *J Speech Hear Disord* 1982; 47: 50-56.
13. Linebaugh CW, Kryzer KM, Oden S, Myers PS. Reapportionment of communicative burden in aphasia: A study of narrative interaction. *Aphasiology* 2006; 20: 84-96.
14. Lomas J, Pickard L, Bester S, Elbard H, Finlayson A, Zoghaib C. The communication effectiveness index: development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *J Speech Hear Disord* 1989; 54: 113-124.
15. McCoey RT, Toffolo D, Code C. A socioenvironmental approach to functional communication in hospital in-patients. In: Worrall LE, Fratalli CM (eds). Neurogenic communication disorders. A functional approach. Thieme, New York/Stuttgart 2000, 295-311.
16. Myers PS. Communication disorders associated with right hemisphere damage. In: Chapey R (ed). Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders. 4th edition, Lippincott Williams & Wilkins. Baltimore 2001, 809-828.
17. Sherrat S. Multi-level discourse analysis: a feasible approach. *Aphasiology* 2007; 21: 375-393.
18. Tesak J. Grundlagen der Aphasitherapie. 4. Auflage, Schulz-Kirchner, Idstein 2005 (Der Fragebogen ist auf S. 66 zu finden).

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Gustav Pfeiffer
 Fachklinik Bad Liebenstein
 Kurpromenade 2
 36448 Bad Liebenstein
 E-Mail: gustav.pfeiffer@fachklinik-bad-liebenstein.de