

Ralf Glindemann Cornelia Zeller Wolfram Ziegler

# **KOPS**

## Kommunikativ-pragmatisches Screening für Patienten mit Aphasie

Untersuchung verbaler, nonverbaler und  
kompensatorisch-strategischer Fähigkeiten

Bilder von Michaela Bautz

Ralf Glindemann Cornelia Zeller Wolfram Ziegler

# KOPS

Kommunikativ-pragmatisches Screening  
für Patienten mit Aphasie

Untersuchung verbaler, nonverbaler und  
kompensatorisch-strategischer Fähigkeiten

Bilder von Michaela Bautz

ISBN Printfassung: 978-3-929450-86-6

ISBN eBuch: 978-3-929450-87-3

Copyright © 2018 by NAT-Verlag Hofheim

Dieser Band ist urheberrechtlich geschützt. Jede Vervielfältigung, gleichgültig in welcher Form, ist unzulässig, es sei denn, der Verlag gibt seine schriftliche Zustimmung. Der rechtmäßige Erwerb des Bandes erlaubt die Nutzung der Kopiervorlagen zum persönlichen Gebrauch.

Copyright des Titelfotos: [panthermedia.net/belchonock](http://panthermedia.net/belchonock)

**NAT-Verlag®**

Claudia Neubert  
Norbert Ruffer  
Michaela Zeh-Hau

Fuchsweg 10  
D-65719 Hofheim  
Germany

*NAT-Verlag* ist ein eingetragenes Warenzeichen

# Autoren

**Ralf Glindemann** studierte Linguistik, Literaturwissenschaften, Pädagogik, Soziologie und Politologie an der Universität Hamburg, der FU Berlin und der TU Braunschweig. Sprachwissenschaftliche Promotion. Studium der Neurolinguistik an der VUB Brüssel. Klinischer Linguist (BKL), Supervisor (BKL). Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Klinik für Neurologie an der Uniklinik RWTH Aachen, Arbeitsschwerpunkt: Therapieforschung. Über Jahrzehnte Leiter der Neurolinguistik in der Klinik für Neuropsychologie am Klinikum Bogenhausen. Aktuell Projekte in der Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie (EKN) an der LMU München.

**Cornelia Zeller** studierte den Bachelor- und Masterstudiengang Sprachtherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Im Sommer 2017 Promotion im Bereich Aphasietherapie (ebenfalls LMU). Sprachtherapeutin im Klinikum München Bogenhausen und in einer interdisziplinären Praxis. Seit Sommer 2017 akademische Mitarbeiterin am Studienzentrum für Gesundheitswissenschaften und Management an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) Stuttgart.

**Wolfram Ziegler** promovierte im Fach Mathematik an der Technischen Universität München. Er war Leiter der Arbeitsgruppe Neurophonetik am Max-Planck-Institut für Psychiatrie und Leiter der Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie (EKN) am Klinikum Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH. Seit 2015 leitet er die EKN als apl. Professor für Neurophonetik am Institut für Phonetik und Sprachverarbeitung der Universität München. Arbeitsschwerpunkte sind zentrale Sprechstörungen und phonologische Störungen bei Aphasie.



# Inhalt

## Vorwort

<b>1 Die kommunikativ-pragmatische Perspektive</b>	<b>1</b>
<b>2 Kommunikativ-pragmatische Diagnostik bei Patienten mit Aphasie</b>	<b>6</b>
<b>3 Die KOPS-Konzeption</b>	<b>10</b>
3.1 Untersuchungsdiskurs, Hilfsstufen und allgemeine Bewertungskriterien	11
3.1.1 Die erste Hilfsstufe	11
3.1.2 Die zweite Hilfsstufe	12
3.1.3 Die dritte Hilfsstufe	12
3.1.4 Weitere Vorgaben für die Untersucherin	13
3.1.5 Allgemeine Bewertungskriterien	14
3.2 Konstruktion der Aufgabentypen	15
3.2.1 Wortverständnis im Kontext (6 Aufgaben)	15
3.2.2 Referieren auf Alltagsobjekte (6 Aufgaben)	16
3.2.3 Basale kommunikative Handlungen: Zustimmung/Verneinung (6 Aufgaben)	18
3.2.4 Vermitteln persönlicher Informationen (6 Aufgaben)	19
3.2.5 Vermitteln allgemeiner Informationen (6 Aufgaben)	21
3.2.6 Komplexe kommunikative Handlungen: Einzelhandlungen (6 Aufgaben)	21
3.2.7 Komplexe kommunikative Handlungen: Rollenspiele (4 Aufgaben)	23
3.2.8 Wegbeschreibungen verstehen und rekonstruieren (2 Aufgaben)	24
3.2.9 Wegbeschreibungen generieren (2 Aufgaben)	25
<b>4 Durchführung</b>	<b>28</b>
4.1 Wortverständnis im Kontext	29
4.2 Referieren auf Alltagsobjekte	31
4.3 Basale kommunikative Handlungen: Zustimmung/Verneinung	34
4.4 Vermitteln persönlicher Informationen	36
4.5 Vermitteln allgemeiner Informationen	38
4.6 Komplexe kommunikative Handlungen: Einzelhandlungen	41
4.7 Komplexe kommunikative Handlungen: Rollenspiele	43
4.8 Wegbeschreibungen verstehen und rekonstruieren	46
4.9 Wegbeschreibungen generieren	49

<b>5 Protokollierung und Auswertung</b>	53
5.1 Das Deckblatt der KOPS-Protokolle	53
5.2 Instruktionsverständnis und Warm-up-Items auf den Protokollen für jeden Untertest	53
5.3 Beispiel für die Dokumentation des Instruktionsverständnisses und der Leistungen bei den Warm-up-Items	53
5.4 Der kommunikative Erfolg in den 44 KOPS-Aufgaben und die verwendeten Äußerungsmodalitäten	54
5.5 Beispiele für die Punktvergabe und Dokumentation der Modalitäten	55
5.6 Übertrag der Untertest Gesamtpunktzahlen	59
5.7 Übertrag und Summen der Häufigkeiten und des Erfolgs der Äußerungsmodalitäten	60
5.8 Qualitative Beobachtungen	61
5.9 Optionale quantitative Auswertung der Verwendung von Gesten und Zeichnungen	63
5.9.1 Gesten	63
5.9.2 Zeichnungen	65
<b>6 Literatur</b>	66

## **Kopiervorlagen**

### *Protokolle:*

Protokolldeckblatt

Protokolle Untertests

Protokoll Analyse von Gesten

Protokoll Analyse von Zeichnungen

### *Stadtpläne:*

Blanko Warm-up-Stadtplan

Blanko Testplan

## **Untersuchungsteil**

# Vorwort

Mit dem **kommunikativ-pragmatischen Screening KOPS** legen wir eine wichtige Ergänzung zu sprachsystematischen Diagnostikinstrumenten für Patienten/innen mit Aphasie vor, in der alle zur Verfügung stehenden kommunikativen Möglichkeiten systematisch berücksichtigt werden. Wir untersuchen mit KOPS also über sprachliche Fähigkeiten hinaus auch nonverbale und kompensatorisch-strategische Leistungen. Kommunikative Handlungen werden letztlich in sinnstiftenden Kontexten vollzogen, in denen nicht nur lautsprachlich gehandelt werden kann, sondern auch gestisch-mimisch, zeichnerisch, schriftlich und in multimodalen Kombinationen. Vielen Patienten/innen mit Aphasie bleibt selbst nach guten Erfolgen der Sprachtherapie oft nichts anderes übrig, als auch nonverbale Äußerungen und andere Kompensationsstrategien in ihren Alltag zu integrieren. Dabei sind im KOPS sowohl die eher expressiven Rollen der kommunikativ Handelnden als auch die vorwiegend rezeptiven einbezogen.

Insofern stellt KOPS für eine erfolgreiche Planung, Durchführung und Evaluation von Aphasietherapie eine unverzichtbare Ergänzung zu sprachsystematisch orientierten Diagnostikinstrumenten dar. Mit KOPS kann ein differenzierter Überblick über die Fähigkeiten von Patienten/innen dazu erstellt werden, wie sie trotz Aphasie bei verschiedenen Anforderungsprofilen kommunikativ handeln. Auf dieser Basis können Therapieziele direkt abgeleitet werden.

KOPS ist leicht durchführbar. Die Untersucher/innen werden Schritt für Schritt durch die Untersuchung geführt. Die Instruktionen und viele Formulierungen sind im Interesse einer großen Vergleichbarkeit im Untersuchungsteil schriftlich vorgegeben. Außerdem haben wir die Konstruktion und Durchführung aller Untertests mit Auswertungsbeispielen in der Handanweisung ausführlich beschrieben.

Die KOPS-Ergebnisse werden in der Regel unmittelbar während der Durchführung mitprotokolliert, so dass nur wenig zusätzliche Zeit für die Auswertung nötig ist. Für weitere Analysen zum Einsatz von Gesten und Zeichnungen, die optional durchgeführt werden können, gibt es gesonderte Protokollbögen. Der Untersuchungsteil enthält Kopiervorlagen für die Protokollbögen und Blankostadtpläne, die für die Untersuchung benötigt werden.

Mit einem Blick zurück auf die Entstehung von KOPS möchten wir einigen Kolleginnen danken, die in frühen Entwicklungsphasen mitgedacht haben. Das sind unter anderem Vera Kloss, Kathleen Lankow, Valerie Böhlau und Elke Sapper, die im Rahmen des Studiengangs *Sprachtherapie* an der LMU München Forschungspraktika und klinische Praktika in der Klinik für Neuropsychologie im Klinikum Bogenhausen absolviert haben. Vera Kloss engagierte sich zusätzlich, als es um die Form der Durchführung ging und eine Arbeitsversion von KOPS mit Patientinnen erprobt wurde. Außerdem erarbeitete sie Bewertungskriterien für Gesten (vgl. Kloss, 2015). Auch die Diskussionen mit den Untersuchungsleiterinnen und den Vertretern/innen der teilnehmenden Kliniken der multizentrischen GAB-Versorgungsstudie, in der 158 Patienten/innen untersucht worden sind (vgl. z.B. Breitenstein, Grewe, Flöel, Ziegler, Springer et al., 2017), waren sehr hilfreich. Wir danken auch den Patienten/innen, die wir mit Vorversionen des hier vorliegenden Screenings untersucht haben.

Außerdem gilt unser Dank dem Team des NAT-Verlages für die sehr gute Zusammenarbeit bei der Bearbeitung von KOPS für diese Publikation.

Last, but not least, noch ein Hinweis zur äußeren Form von KOPS. Wir haben uns dazu entschlossen, die KOPS-Akteure nicht durchgängig mit *der Patient*, *der Untersucher* und *der Angehörige* usw. zu bezeichnen, selbst wenn dabei deren weibliche Pendant immer mitgemeint wären. Auch gegen die grundsätzliche Nutzung des generischen Femininums haben wir uns entschieden, weil das ebenso wenig der darzustellenden Realität entspricht. Sogar wenn man beide Varianten randomisiert durchmischt, kommt es zu Verzerrungen, weil die maskulinen Formen eher als Oberbegriffe lexikalisiert zu sein scheinen und feminine Formen offenbar auf spezifische Teilaspekte referieren; dabei kommt es zu semantischen Schräglagen. Deshalb haben wir uns dazu entschlossen, durchgängig feminine und maskuline Formen in der Handanweisung kapitelweise zu variieren. Im Untersuchungsteil verwenden wir ökonomisiert kombinierte Formulierungen wie *die/der Patient/in*, *die/der Untersucher/in* usw.

München im Frühjahr 2018

Ralf Glindemann, Cornelia Zeller, Wolfram Ziegler



# 1 Die kommunikativ-pragmatische Perspektive<sup>1</sup>

Stellen wir uns die vielfältigen Phänomene, die der Kommunikationsbegriff umfasst (vgl. z.B. Merten, 1977; Glindemann, 2001) einmal didaktisch vereinfacht als Elemente eines Prozesses vor, in dem zum Zwecke der Verständigung Sprachzeichen, Gesten und Symbole verwendet werden. Die Relationen zwischen solchen Zeichen untereinander nennen wir die *syntaktische* Dimension dieses Zeichenprozesses. Die Beziehungen zwischen den verwendeten Zeichen und den Objekten und Sachverhalten in der Welt, auf die mit ihnen referiert wird, nennen wir die *semantische* Dimension. Die Relationen aber, die uns im Zusammenhang mit unserem Thema besonders interessieren, sind die zwischen den Zeichenbenutzern, oder allgemeiner ausgedrückt zwischen den Kommunikationspartnern untereinander, die wir die *pragmatische* Dimension nennen (vgl. zu diesen Dimensionen Morris; 1975).

In dieser pragmatischen Dimension kommen also vielfältige psycho-soziale Aspekte der Kommunikation und der situativen Kontexte zum Tragen, in denen die Beteiligten in wechselseitiger Ko-Orientierung aufeinander zu handeln. Dabei konstituieren sie soziale Systeme, in denen Sinn und Bedeutung gemeinsam aktualisiert werden (vgl. Luhmann, 1976). Der Fokus ist hierbei auf gemeinsame Objekte des Interesses zentriert (Goffman, 1982).

Wenn dabei subjektiv gemeinter Sinn *intersubjektiv* wird, wenn es also zur Verständigung kommt, sprechen wir von *Kommunikation* (vgl. Glindemann 1987). Geschieht dies intendiert, sind das *kommunikative Handlungen*, „die sich nach obligatorisch geltenden Normen richten, reziproke Verhaltenserwartungen definieren und von mindestens zwei handelnden Subjekten verstanden und anerkannt werden müssen“ (Habermas 1978, 62).

Wodurch gelingen nun aber diese kommunikativen Handlungen? Ohne Frage ist dafür zunächst entscheidend, dass wir Wörter und Phrasen verwenden; also lexikalisierte Einheiten, d.h. über deren grundsätzliche Bedeutung man sich innerhalb einer Sprachgemeinschaft konventionell geeinigt hat. Und wir drücken schon durch die Wortwahl und konnotative Bedeutungen Einstellungen und Bewertungen als Interpretationshinweise für unsere Handlungen aus.

Was sind darüber hinaus die *pragmatischen Leistungen*, durch die kommunikative Handlungen erfolgreich werden? Zum einen gelingt das durch die Einbeziehung der gesamten handlungslogischen Struktur des Kontextes, in welcher kommunikative Handlungen verständlich werden; wir stellen Bezüge zum Thema und dessen Entwicklung im Verlauf her (vgl. Glindemann, 2009) und verstehen sie im Zusammenhang mit der Gesamtbedeutung der aktuellen Interaktion. Zusätzlich handeln wir mit vielen *Bedeutungshinweisen*; beispielsweise auf suprasegmentaler Ebene durch eine sinnstiftende *Prosodie* (Wort- und Satzakzente, Lautstärke und Stimmklang etc.) und durch *körpersprachliche, gestische* und *mimische* Äußerungen, die das Verständnis kommunikativer Handlungen zusätzlich erleichtern.

---

<sup>1</sup> In diesem Kapitel verwenden wir für die Akteure bei der KOPS-Untersuchung grundsätzlich die maskuline Form: *der Patient, der Untersucher, usw.* (vgl. Vorwort).

Nonverbale Gesten werden in der Regel sprachbegleitend und/oder sprachersetzend verwendet. Durch diese Hand- und Körperbewegungen können kommunikative Handlungen zusätzlich strukturiert werden; das sind beispielsweise *Beats* (McNeill, 1992), die Efron (1941) auch als *Batons* bezeichnet. Mit diesen Handbewegungen, die mit dem Rhythmus eines gesprochenen Wortes oder einer Phrase synchronisiert sind, wird die Prosodie zusätzlich akzentuiert. Mit anderen Gesten werden Äußerungen illustriert und abgetönt (Kendon, 1994); das sind *Piktographen*, mit denen zum Beispiel Richtungen, Geschwindigkeiten und die Art von Bewegungen demonstriert (*Kinetographen*) oder Objekte und gedankliche Verläufe in die Luft gezeichnet werden (*Ikonographen*, vgl. Ekman & Friesen, 1969).

Mit *Pantomimen* werden Handlungen simuliert (vgl. Hogrefe & Goldenberg, 2010); d.h. man demonstriert mit für eine Handlung typischen Bewegungen deren Durchführung, oft unter Verwendung eines imaginären Objektes (z.B. wie man *Pfeife raucht* oder aus einem *Glas trinkt*). In sprachersetzender Funktion kommen Pantomimen in Gesprächen Gesunder seltener vor. *Embleme* sind bildhafte Hand- und Körperbewegungen (z.B. Kopfschütteln, Daumen nach oben, vgl. de Ruyter, 2000), die wie Wörter oder Phrasen eine festgelegte Bedeutung haben und sprachersetzend verwendet werden können. Mit *spatialen Gesten* stellen wir räumliche Relationen dar und mit *deiktischen Gesten* wird konkret auf Objekte, Orte oder Ereignisse gezeigt. Ebenso können non-verbale Handlungen in gesprächsorganisatorischen Prozessen wie dem Turn-Taking eine wichtige regulierende Funktion haben (vgl. Duncan & Fiske, 1977; Glindemann, 1990).

Die Herstellung von Intersubjektivität gelingt uns darüber hinaus, weil soziale Anlässe für Interaktionen konventionelle Rahmenbedingungen vorgeben, durch welche die Bedeutungsmöglichkeiten von Handlungen reduziert werden. In diesem Prozess ist es sehr hilfreich, dass wir über ein (Welt-)Wissen zu sozialen Routinen verfügen, das wir mit unserer kommunikativen Kompetenz erworben haben. Dabei handelt es sich beispielsweise um kognitive Schemata zum Ablauf von Alltagsszenen (Schank & Abelson, 2008) wie etwa Wissensstrukturen über stereotype Abläufe z.B. immer wiederkehrende Tagesabläufe oder Einkaufsgespräche etc. (*Skriptwissen*; vgl. z.B. de Beaugrande & Dressler, 1981). Andere Schemata beziehen sie sich auf variablere situative Rahmen wie beispielsweise der Besuch von Freunden oder ein Treffen in der Selbsthilfegruppe usw. (*Frames*, vgl. z.B. Minsky, 1975; van Dijk, 1977), in denen dennoch typische Handlungsverläufe stattfinden.

Die Beteiligten entwerfen vor dem Hintergrund ihres Vorwissens und ihrer aktuellen Wahrnehmungen Annahmen über die Absichten ihres Kommunikationspartners sowie auch über dessen Wahrnehmungen in der Situation, über dessen Wissen zum gemeinsamen Thema, über dessen Handlungsziele usw. Insofern sind diese Annahmen über den Gesprächspartner und dessen Situationsinterpretation reflexiv. In diesem Prozess entwickeln wir eine Art Theorie über die Vorstellungen und Absichten unseres Gegenübers (*Theory of Mind*; vgl. Förstl, 2007). Goldenberg (2017, S. 268) beschreibt diesen Prozess anschaulich mit dem Begriff des „*mindreading*“. Wir versetzen uns in die Perspektive unseres Interaktionspartners und integrieren unsere Annahmen vor dem Hintergrund unserer aktuellen Wahrnehmungen in den Entwurf eines gemeinsamen Handlungsrahmens. Die Beteiligten entwerfen Situationsmodelle (vgl. van Dijk &

Kintsch, 1983), auf deren Basis sich die kommunikativen Intentionen und konkrete Bedeutungen präzisieren lassen.

Wann immer es in diesen Prozessen zu Irritationen und Störungen kommt, werden diese Funktionen des situativen Kontextes und des sprachlichen Ko-Textes, der konventionellen Rahmenbedingungen und kognitiver Schemata besonders relevant. Dadurch können wir in Gefahr geratene Bedeutungen sichern und es eröffnen sich vielfältige Möglichkeiten, verbale, nonverbale und strategische Handlungen zu verwenden und miteinander zu ergänzen, um Verständigung dennoch herstellen zu können (vgl. auch Glindemann, 1995; Glindemann, Ziegler, Kilian, 2002).

Die *kommunikativ-pragmatische Perspektive* nimmt u.a. explizit in den Blick:

- auf welche Weise kommunikative Handlungen gelingen (oder im Störungsfall misslingen),
- welche Funktionen dabei die situativen Kontexte haben,
- welche kognitiven Prozesse involviert sind,
- welche zusätzlichen verbalen und nonverbalen Möglichkeiten Kommunikationspartner nutzen können, um Intersubjektivität zu erreichen,
- und welche kompensatorisch-strategischen Lösungen darüber hinaus hilfreich sind.

Holland hat (1977, 1980, 1982) in einem vielzitierten Statement darauf aufmerksam gemacht, dass Patienten mit Aphasie besser kommunizieren als sprechen können. Die (kommunikativ-pragmatische) Erklärung dafür ist, dass die Chance Intersubjektivität herstellen zu können, durch multimodale kommunikative Handlungen größer ist, als durch Sprechakte.

Betroffene können:

- auf Objekte referieren, indem sie beispielsweise Objekte und Handlungen *pantomimisch darstellen* oder *aufzeichnen*, wenn sie sie nicht benennen können. Diese Äußerungsmodalitäten spielen in Interaktionen Gesunder meistens kaum eine Rolle und es ist nicht leicht, sie plötzlich kompensatorisch einzusetzen und dabei effektiv zu sein. Aber bei der Interpretation von Zeichnungen oder Pantomimen kann ein verständnissichernder Diskurs entstehen, in dem Intersubjektivität gemeinsam erarbeitet wird. Das kann ausgesprochen hilfreich sein, solange dieser Prozess nicht zu einer Stigmatisierung der Betroffenen führt (vgl. Bauer & Auer, 2009).
- versuchen, beispielsweise *graphematische Wortformen aufzuschreiben*, selbst wenn diese fragmentarisch bleiben. Auch dabei können unterschiedliche Möglichkeiten erarbeitet werden, trotz beeinträchtigter Äußerungen gemeinsam zum Einvernehmen über Bedeutungen kommen zu können.
- Objekte und Sachverhalte *sprachlich umschreiben*, wenn ihnen die treffenden Wortformen nicht zur Verfügung stehen.

- Sachverhalte *in semantische Kontexte stellen*, wenn sie nicht auf Anhieb verständlich sind.

Betroffene und ihre Interaktionspartner können auch

- *auf Objekte im Raum zeigen*,
- oder komplexe Sachverhalte *anhand von Unterlagen zeigen* (in Ausweisen, Rentenbescheiden, Briefen des Arbeitgebers usw.) und sie können wechselseitig *Kommunikationsbücher* und *Abbildungslexika* benutzen, in denen viele Dinge des individuellen Alltags systematisch dargestellt sind (vgl. Glindemann & Krug, 2012),
- digitale Medien (z.B. Handys, Tablets, Communicators etc.) verwenden, wenn ihnen die Wörter fehlen. Diese Möglichkeiten, die einerseits zunehmende Bedeutung erfahren, sind andererseits bei eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten oft auch limitiert.

Gemeinsam zu handeln (vgl. Laakso, 2003) heißt auch, Sinn und Bedeutung in enger Kooperation zu antizipieren und einander zu ergänzen; dabei können *Reparaturhandlungen* (vgl. z.B. Schegloff, Jefferson & Sacks, 1977; Milroy & Perkins, 1992) und konstruktive *Korrekturen* (Perkins, 2003) entstehen, wenn es dabei gelingt, das Gesicht aller Beteiligten zu wahren (vgl. Bauer, 2010; zum *Face Work* auch Goffman, 1955; und zur *Imagearbeit* auch Holly, 1979).

Selbst wenn alle diese Versuche bei Aphasie für sich allein genommen nur eingeschränkt erfolgreich sind, können Kombination mehrerer dieser Strategien dennoch dazu führen, dass man sich verständigt. Wir können beispielsweise auf den Stuhl zeigen, auf dem die Logopädin bei ihrem wöchentlichen Hausbesuch sitzt und vielleicht „Montag“ sagen. Vielleicht gelingt es zusätzlich sogar, etwas vom Namen der Logopädin zu äußern. Es können auch mehrschrittige Handlungen durch kombinierte Gesten kreierte werden; z.B. zuerst eine Zeigegeste auf sich selbst (grammatisches Subjekt: *ich*), dann die Geste des Bügelns (horizontale Armbewegungen parallel zum Tisch; Prädikat: *bügeln*) und danach auf eine Hose zeigen (grammatisches Objekt: *Hose*). So erhalten wir eine satzwertige Äußerung: *Ich (will) diese Hose bügeln*.

Bauer & Auer (vgl. 2009) stellen eindrucksvoll dar, wie Betroffene und ihre Kommunikationspartner im kooperativen Umgang mit der aphasischen Symptomatik und adaptierten Verständigungsformen gemeinsames kommunikatives Handeln entwickeln und gestalten können, um Intersubjektivität zu erreichen. Auch wenn die Verständigung über abstrakte Sachverhalte oder komplexere Zusammenhänge dabei limitiert bleiben wird, dürfen wir die Chancen nicht vergeben, genau hier anzusetzen und nach Möglichkeiten zu suchen, die erlauben, dass Patienten mit Aphasie so gut es eben möglich ist, in ein gesellschaftliches (Zusammen-)Leben zurückkehren können. Auch elektronische Kommunikationssysteme werden dabei zunehmend neue Möglichkeiten eröffnen helfen (vgl. Schneider, Wehmeyer, Grötzbach, 2014). Die Verbesserung der Partizipation am sozialen Leben wird in der Internationalen Classification of Functioning, Disability and Health, ICF (DIMDI, 2005) ausdrücklich gefordert. Sie ist bei uns inzwischen auch im Sozialgesetzbuch IX und in den Heilmittelrichtlinien verbindlich vorgegeben (Nüchtern, 2005).

Dazu müssen wir uns allerdings sehr genau anschauen, auf welche Ressourcen und Fähigkeiten Betroffene mit Aphasie zurückgreifen können, welche wir im Rahmen ihres Störungsprofils ausbauen müssen und bei welchen wir erreichbare Verbesserungen für möglich halten. Darum plädieren wir für ein interaktives Untersuchungsverfahren, das kommunikativ-pragmatische Leistungen von Betroffenen im gemeinsamen Vollzug von Bedeutungen systematisch berücksichtigt.

## 2 Kommunikativ-pragmatische Diagnostik bei Patienten mit Aphasie<sup>2</sup>

Es ist Standard, alle Patienten mit Aphasie zuerst auf sprachliche Symptome und Fähigkeiten hin zu untersuchen, denn Aphasien sind primär erworbene *neurogene Störungen des Sprachsystems und der Kommunikationsfähigkeit* (vgl. Poeck, 1982, Glindemann, 2006). Neurolinguistisch werden diese Beeinträchtigungen beschrieben in den sprachsystematischen Komponenten *Phonologie, Lexikon, Syntax und Semantik* beim Sprechen, (Hör-)Verstehen, Schreiben und Lesen (Lesesinnverstehen) (vgl. Huber & Ziegler, 2000; Bauer, de Langen-Müller, Glindemann, Schlenck, Schlenck, Huber, 2002; Huber, Poeck, Weniger, 2002; Weniger 2003, 2014).

Diese Aspekte des Sprachsystems werden in der therapeutischen Routine in Kliniken und Praxen u.a. untersucht mit dem *Aachener Aphasie Test* (AAT, Huber, Poeck, Weniger, Willmes, 1983), der *modellorientierten Aufgabensammlung LEMO* (Stadie, Cholewa, De Bleser, 2013), dem *Sprachsystematischen Aphasie Screening* (SAPS, Blömer, Pesch, Willmes, Huber, Springer, Abel, 2015), dem *Bielefelder Aphasie Screening* (BIAS, Richter, Wittler, Hielscher-Fastabend, 2006), dem BIAS A&R (Akut & Reha; Richter, Hielscher-Fastabend, 2018) oder dem *Aachener Aphasie Bedside Test* (AABT, Biniek; 1997; vgl. Nobis-Bosch, Rubi-Fessen, Biniek, Springer; 2013). Diese Untersuchungsverfahren sind unterschiedlichen neurolinguistischen Modellvorstellungen verpflichtet, genügen verschiedenen psychometrischen Ansprüchen und können alle auf ihre je spezifische Weise erfolgreich eingesetzt werden. In Bezug auf das biopsychosoziale Modell der ICF sind diese Diagnostika auf der Ebene der *Körperfunktionen* anzusiedeln (Schneider, Wehmeyer & Grötzbach, 2014).

Darüber hinaus ist es *als Ergänzung dringend erforderlich*, zu der rein sprachsystematischen Diagnostik auch *kommunikativ-pragmatische Fähigkeiten und Ressourcen* zu erheben, um Daten für die Therapieplanung, die Formulierung der Therapieziele und die Entscheidung für geeignete therapeutische Methoden zur Verfügung stellen zu können (vgl. Glindemann, 2006).

Um die pragmatischen Aspekte der aphasischen Kommunikation genauer untersuchen zu können, benötigen wir Aufgabensammlungen, die eher auf situativ eingebundene kommunikative Handlungen abzielen und auch die Einschätzung nonverbaler und strategischer Kompensationsmöglichkeiten ermöglichen. Dafür liegen bereits einige Instrumente vor, die allerdings nicht für das Deutsche standardisiert sind. Das ist beispielsweise die Untersuchung der *Communicative Abilities in Daily Living* (CADL, Holland, 1980; vgl. auch CADL-2, Holland, Fratalli & Fromm, 1999) oder das *Pragmatic Protokoll* von Prutting & Kirchner (1987). Der *Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test* (ANELT, Blomert, Kean, Koster, Schokker, 1994; vgl. auch Blomert & Buslach, 1994) geht in der Konstruktion seiner Aufgaben zwar auch von situativen Kontexten aus, berücksichtigt allerdings die nonverbalen Strategien nicht, die für die Beurteilung der kommunikativ-pragmatischen Handlungen so wichtig sind. Die deutsche Version

---

<sup>2</sup> In diesem Kapitel verwenden wir für die Akteure bei der KOPS-Untersuchung grundsätzlich die maskuline Form: *der Patient, der Untersucher, usw.* (vgl. Vorwort).

des *Szenario-Tests* (Nobis-Bosch, Abel, Krzok, Jakob, 2018) bezieht auch nonverbale Fähigkeiten in der Kommunikation von Patienten mit Aphasie ein; allerdings ist dieser Test im Wesentlichen für die Untersuchung von schwergradig beeinträchtigten Patienten mit Aphasie konzipiert.

Daher haben wir das vorliegende **Kommunikativ-pragmatisches Screening (KOPS)** entwickelt, mit dem wir verbale, nonverbale und kompensatorisch-strategische Fähigkeiten in verschiedenen Kontexten bei Patienten mit Aphasie systematisch untersuchen. Es werden also Leistungen der ICF-Ebenen *Aktivität* und *Partizipation* thematisiert (vgl. Schneider, 2014).

KOPS ist als Screening so konzipiert, dass die Durchführung normalerweise nicht länger als eine Stunde dauert. Um das erreichen zu können, mussten wir aus der großen Vielfalt kommunikativer Handlungen des Kommunikationsalltags typische Aufgaben exemplarisch auswählen. Ursprünglich hatten wir es beispielsweise für wünschenswert gehalten, alltagsnahe Aufgabentypen einbeziehen zu können, in denen auch die immer relevanter werdenden schriftsprachlichen Fähigkeiten und die Zahlenverarbeitung in Alltagsaufgaben untersucht werden (z.B. anhand von Aufgaben zu Fahrplänen; vgl. von Grafenstein, 2009). Andere alltagsrelevante Aufgaben, die wir erprobt haben, betrafen beispielsweise das Verständnis schriftlicher Bedienungsanleitungen, elektronischer Medien usw. (vgl. Lankow, 2012). Auch mit dem Sortieren und Vermitteln von Handlungen in Bildergeschichten haben wir experimentiert. Abgesehen von wenigen Fragen nach numerischen Angaben bei Anschriften oder Geburtstagen usw. haben wir im KOPS letztlich weitgehend auf Aufgaben verzichtet, in denen Zahlen oder Rechenoperationen verarbeitet werden müssen. Auch auf die Verarbeitung narrativer Strukturen bei Aphasie (vgl. Klingenberg, 1997) haben wir im KOPS völlig verzichtet. Zu diesen Anforderungsbereichen sollten hierfür speziell ausgelegte Testverfahren herangezogen werden (z.B. Claros-Salinas, 1991; Keller & Maser, 2004).

Nr.	KOPS Untertests	Aufgaben
1.	Wortverständnis im Satzkontext	6
2.	Referieren auf Alltagsobjekte	6
3.	Basale kommunikative Handlungen: Zustimmung/Verneinung	6
4.	Vermitteln persönlicher Informationen	6
5.	Vermitteln allgemeiner Informationen	6
6.	Komplexe kommunikative Handlungen: Einzelhandlungen	6
7.	Komplexe kommunikative Handlungen: Rollenspiele	4
8.	Wegbeschreibungen verstehen und rekonstruieren	2
9.	Wegbeschreibungen generieren	2

Tabelle 1: KOPS-Untertests

Wir haben uns in dieser Endversion von KOPS auf *9 Untertests mit 44 Testaufgaben* konzentriert, die wichtige Bereiche des Kommunikationsalltags repräsentieren (vgl. Tabelle 1). KOPS wurde für Patienten mit schwergradigen bis leicht ausgeprägten Aphasien konzipiert; das Screening enthält also *Aufgaben für alle Schweregrade*. Es kann durchgeführt werden, sobald sich bei Patienten ein stabiles Störungsbild zeigt und sie dazu in der Lage sind, sich für ca. eine Stunde den Aufgaben aufmerksam und zielgerichtet zuzuwenden.

Die Untertests im KOPS sind *in der Reihenfolge zunehmender Schwierigkeitsgrade* angeordnet. Die ersten Untertests können für Patienten mit ausgeprägter aphasischer Symptomatik bereits Herausforderungen bedeuten, während weniger schwer betroffene Patienten diese Aufgabengruppen in der Regel noch ohne größere Schwierigkeiten bewältigen können. Bei den schwerer betroffenen Patienten können (besonders bei den anspruchsvolleren Aufgaben) *gut definierte Abbruchkriterien* zur Anwendung kommen.

Die Untertests 1 bis 6 enthalten jeweils 6 Aufgaben, sodass (bei maximal 5 Punkten pro Aufgabe) in jedem Untertest 30 Punkte erreicht werden können (siehe zu den allgemeinen Bewertungskriterien die Tabelle 5 auf Seite 14). In den Untertests 7 bis 9 können jeweils 20 Punkte vergeben werden. Aus zeitökonomischen Gründen enthält Untertest 7 lediglich 4 Aufgaben. In den Untertests 8 und 9 gibt es jeweils 2 Aufgaben; hier können pro Aufgabe 10 Punkte erreicht werden.

KOPS wurde bei 158 Patienten in der multizentrischen GAB-Versorgungsstudie vor und nach hochfrequenten Aphasitherapien als ein *sekundäres Outcome-Maß* durchgeführt (Breitenstein, Grewe, Flöel, Ziegler, Springer, et. al., 2014, 2017). In einer klinischen Ad-hoc-Stichprobe von 20 Patienten mit Aphasie (11 männliche, 9 weibliche) ergab sich bei einer *Reliabilitätsanalyse* für die KOPS-Skala ein Reliabilitätskoeffizient von 0,91 (Cronbachs alpha), was auf eine sehr hohe Konsistenz der KOPS-Aufgaben hinweist (Glindemann & Ziegler, 2017). Dabei hat sich auch bestätigt, dass die Untertests 1 bis 4 einen deutlich geringeren Schwierigkeitsgrad aufweisen als die Untertests 5 bis 9. Die beiden letzten Aufgabengruppen zu den Wegbeschreibungen sind die schwierigsten. Hier können bereits kleinere Missverständnisse deutliche Konsequenzen für die weitere Wegbeschreibung bedeuten. Außerdem kommen dabei verschiedene kognitive Parameter zum Tragen, beispielsweise weil die Patienten sich im Beschreibungsdiskurs in die Rolle ihres Gegenübers versetzen können müssen.

Während die expressiven Aufgaben zum Referieren auf Alltagsobjekte eine erwartbar hohe Korrelation mit dem Untertest *Benennen des Aachener Aphasie Tests* (AAT, Huber et al., 1983) aufweisen, korrelieren die Wegbeschreibungsaufgaben wenig mit den AAT-Leistungen der Patienten (vgl. Glindemann & Ziegler, 2017).

Wir konnten zeigen, dass KOPS ein deutlich differenzierteres Bild der kommunikativen Fähigkeiten und Ressourcen bietet als rein sprachsystematische Aufgabengruppen, bei deren Auswertung nonverbale und strategische Lösungen in der Regel nicht mitbewertet werden (vgl. Glindemann & Ziegler, 2017). Während z.B. die Patientin MD, die mit ihrer globalen Aphasie fast nur Automatismen und wenig verlässliche Zustimmungen und Verneinungen äußern konnte, im AAT (Huber et al., 1983) in drei Untertests nicht einmal den Prozentrang 10 erreichte, in der Schriftsprache einen Prozentrang von 16 und im Sprachverständnis von 27, war sie in den ersten 5 KOPS-



Untertests kommunikativ dennoch erfolgreich. Mehrfach genügte *ein allgemeines Feedback* oder *die Vorgabe einer nonverbalen Geste* der Untersucherin, um kommunikative Fähigkeiten zu elizitieren. MD bekam Punkte für eine zeichnerische Äußerung und kompensatorische Strategien (Zeigen im Kommunikationsbuch und auf dem Ja-Nein-Antwortblatt). In den anspruchsvolleren Untertests, deren Anforderungen sie nicht mehr gewachsen war, mussten allerdings Abbruchkriterien angewendet werden.

Ein anderes Beispiel ist der Patient LK mit einer akuten Aphasie, die deutlich durch nicht-flüssige Äußerungen gekennzeichnet war. Außerdem konnten Symptome einer Agraphie und Alexie beobachtet werden. LK hatte ein gutes Sprachverständnis (Prozentrang 96), während sein sprachsystematischer Störungsschwerpunkt in der phonematischen (und graphematischen) Struktur seiner Äußerungen lag. In allen weiteren AAT-Untertests erreichte er Prozentränge zwischen 41 und 64. Sein Kommunikationsverhalten wurde nach der Untersuchung mit dem AAT so charakterisiert, dass das Gespräch „wegen sprachlicher Beeinträchtigungen erschwert“ sei (vgl. Huber et al., 1983, 26). Bei der Untersuchung mit KOPS zeigt sich, dass er in den komplexeren Untertest zunehmend weniger Punkte erreichte, weil er bei sprachlichen Schwierigkeiten nie in nonverbale oder strategische Strategien auswich, selbst wenn er explizit dazu aufgefordert wurde.

Interessant waren auch die Ergebnisse des Patienten HN mit amnestischer Aphasie, die durch Symptome einer kognitiven Kommunikationsstörung überlagert waren. Sein Kommunikationsverhalten wurde im AAT mit Punktwert 3 beurteilt, d.h. seine Äußerungen waren nach der AAT-Einschätzung „unvollständig oder unverständlich“ und „der Hörer muss den Sinn des Gesagten erschließen, erfragen und erraten“ (vgl. Huber et al., 1983, 26). Im KOPS erreichte dieser Patient in den ersten 5 Untertests jeweils mindestens 28 der möglichen 30 Punkte. Er musste also nicht oder kaum nonverbale oder kompensatorische Modalitäten einsetzen. Allerdings hatte HR Schwierigkeiten bei den komplexeren kommunikativen Handlungen, weil er in den Rollenspielen und Wegbeschreibungen wegen seiner dysexekutiven Symptome teilweise unsystematisch und wenig kohärent vorging. Es bereitete ihm auch Schwierigkeiten, die Perspektive des Gesprächspartners in seine Handlungsplanung einzubeziehen.

In einer Proof-of-Principle-Studie verwendete Zeller (2018) KOPS zur Erprobung von Modulen des softwarebasierten Übungsprogramms AKOPRA zur Erarbeitung kommunikativ-pragmatischer Fähigkeiten anhand von 4 KOPS-Aufgabentypen mit 5 Patienten als Prä- und Posttestung. Es wurden Aufgaben zum Sprachverständnis, zum Referieren auf Objekte, zu einfachen kommunikativen Handlungen wie Zustimmung und Ablehnung und Einzelhandlungen geübt. Alle Patienten konnten gut von der Therapie profitieren und verbesserten ihre Leistungen bei der Bearbeitung der Aufgaben und in den KOPS-Leistungen statistisch signifikant (Wilcoxon-Test,  $U = -2,654$ ,  $p < .01$ ).

Es hat sich gezeigt, dass die Ergebnisse der KOPS-Untersuchungen eine sehr effektive und aufschlussreiche Ergänzung zur sprachsystematischen Diagnostik sind und für die Therapieplanung unverzichtbare Informationen liefern.

### 3 Die KOPS-Konzeption<sup>3</sup>

KOPS wird interaktiv durchgeführt. Das legt schon die kommunikativ-pragmatische Perspektive nahe, die wir für dieses Screening einnehmen. Wer untersuchen will, wie Patientinnen mit Aphasie trotz sprachsystematischer Einschränkungen kommunikativ handeln können, muss Aufgaben entwerfen, in denen kommunikativ gehandelt wird bzw. in denen kommunikative Handlungen simuliert werden. Die KOPS-Aufgaben sind so konzipiert, dass bei deren Durchführung ein Untersuchungsdiskurs entsteht, in dem nach und nach unterschiedliche kommunikative Handlungstypen, Modalitäten und Strategien untersucht werden.

Um zu vermeiden, dass dabei die Beiträge der Untersucherin unkontrolliert in die Auswertung einfließen, sind die Handlungen der Untersucherin sehr genau (oft wörtlich) vorgegeben. Dadurch erreichen wir eine große Vergleichbarkeit der Testergebnisse.

Weil das authentischen Kommunikationssituationen am nächsten käme, wäre es wünschenswert, wenn die Untersucherin bei den einzelnen Testaufgaben nicht schon vorab wüsste, was die Patientin mitteilen will (vgl. zum *New-Information-Ansatz* beispielsweise Davis & Wilcox, 1981). In einem Screening, das in Kliniken und Praxen routinemäßig durchgeführt wird, sind die Testitems der Untersucherin aber bekannt. Deshalb gehört es zum Untersucherinnenverhalten im KOPS, dass sie in einem therapeutischen *Modus des Als-ob* nur so tut, als kenne sie die Antworten auf die KOPS-Fragen nicht und als wisse sie nicht, worauf die Patientin mit ihren verbalen, nonverbalen oder strategischen Äußerungen hinauswill. Dieses Verhalten gehört im sprachtherapeutischen Alltag beispielsweise in Referenz- und Dialogübungen sowie in Rollenspielen durchaus zur Routine.

Bei diesem interaktiven Vorgehen kommen in den KOPS-Untertests rezeptive und expressive Leistungen zum Tragen; das ist schließlich das Grundprinzip der dialogischen Herstellung von Intersubjektivität zwischen Kommunikationspartnerinnen. Trotzdem gibt es Aufgabentypen, in denen das *Verstehen* mehr im Mittelpunkt steht, und andere, bei denen die Äußerung einer Geste, eines Wortes usw., also die expressiven Aspekte einer Handlung im Vordergrund stehen. Wir beginnen im Untertest 1 mit eher *rezeptiven* Anforderungen, denn wir untersuchen hier die Fähigkeit, innerhalb einer sprachlichen Äußerung ein bestimmtes Wort *zu verstehen* - und es anschließend auf einem Blatt aus einer Auswahl von insgesamt 9 abgebildeten Objekten zu zeigen, um zu dokumentieren, was verstanden wurde (rezeptiver Aspekt steht im Vordergrund). Im Untertest 2 soll die Patientin *selbst auf Objekte referieren*, d.h. sie soll der Untersucherin durch die Äußerung einer Pantomime, eines Wortes, einer Zeichnung usw. mitteilen, welches Objekt auf einer verdeckt gezogenen Karte abgebildet ist (expressiver Aspekt steht im Vordergrund). Im Untertest 3 geht es um die kommunikativen Handlungen *Zustimmung* oder *Verneinung*, die verbal, nonverbal oder strategisch geäußert werden können. In den Untertests 4 und 5 steht die Handlung *auf Fragen antworten* im Mittelpunkt, wobei es einmal um persönliche, dann um allgemeinere Informationen geht. Im Untertest 6 soll die Patientin nach situativen Vorgaben handeln, indem sie *jemanden*

---

<sup>3</sup> In diesem Kapitel verwenden wir für die Akteure bei der KOPS-Untersuchung grundsätzlich die feminine Form: *die Patientin, die Untersucherin, usw.* (vgl. Vorwort).

*einlädt, sich entschuldigt oder einen Termin vereinbart.* Hier wird besonders deutlich, wie eng verflochten expressive und rezeptive Handlungen sind, und wie wenig die heuristische Trennung beider Aspekte aufrecht zu erhalten ist. Das ist auch im Untertest 7 der Fall, wenn die Patientin in kleinen Rollenspielen *etwas erfragen, auf etwas bestehen, etwas einklagen, Verärgerung ausdrücken* usw. soll. Im Untertest 8 soll die Patientin *eine Wegbeschreibung verstehen* und die verstandene Route zur Dokumentation ihres Verständnisses in einen Stadtplanausschnitt einzeichnen, während sie im Untertest 9 anhand eines vorgegebenen Weges selbst *eine Beschreibung generieren* soll, die nun von der Untersucherin anhand der Patientenäußerungen verstanden und eingezeichnet wird.

### 3.1 Untersuchungsdiskurs, Hilfsstufen und allgemeine Bewertungskriterien

Wenn die Patientin die Aufgabe nicht auf Anhieb lösen kann, entsteht zwischen Untersucherin und Patientin ein Untersuchungsdiskurs, in dem die Untersucherin stufenweise systematische Hilfen anbietet. Diese Hilfsstufen sind genau vorgegeben.

**3.1.1 Die erste Hilfsstufe** besteht grundsätzlich aus einem *allgemeinen Feedback*, ohne schon spezifisch auf die kommunikative Handlung der Patientin oder konkrete Probleme bei deren Äußerung oder Verständlichkeit einzugehen. Zum Beispiel werden auf dieser ersten Hilfsstufe im Untertest 1 der Stimulus und die Frage noch einmal wiederholt. Damit soll eine erneute Aufmerksamkeitsfokussierung erreicht werden und das Arbeitsgedächtnis, das nach Hirnschädigung beeinträchtigt sein kann, soll entlastet werden.

Untertest	Erste Hilfsstufe: Allgemeines Feedback
1	Wiederholung von Stimulus und Frage.
2	Allgemeine Rückmeldung; z.B. <i>Das war noch nicht ganz richtig. Können Sie es noch einmal probieren?</i> Oder: <i>Probieren Sie es einmal anders.</i>
3	Umformulierte Wiederholung der Frage: <i>Können Sie mir sagen, ob ...</i>
4	Umformulierte Wiederholung der Frage: <i>Können Sie mir sagen, wie ...</i>
5	Umformulierte Wiederholung der Frage: <i>Können Sie mir sagen, wo ...</i>
6	Allgemeine Rückmeldung; z.B. <i>Ich bin mir noch nicht sicher, was Sie mich fragen wollen.</i> Oder: Aufforderung: <i>Können Sie es noch einmal anders probieren?</i>
7	Wiederholung von Stimulus und Frage; z.B. <i>Sie möchten 2 Karten für Romeo und Julia kaufen.</i> Und: <i>Was würden Sie in der Vorverkaufsstelle sagen?</i>

Tabelle 2: Erste Hilfsstufe: Allgemeines Feedback in den Untertests 1 bis 7

Beispielsweise wird im Untertest 2 auf der ersten Hilfsstufe in diesem allgemeinen Feedback mitgeteilt, dass die Antwort noch unverständlich war oder die Untersucherin fordert die Patientin allgemein auf, die Antwort noch einmal anders zu versuchen. Im KOPS-Untersuchungsteil finden sich entweder fest vorgegebene Formulierungen oder als Beispiel gekennzeichnete Äußerungen, die in der konkreten Untersuchungssituation angepasst und variiert werden können. Die konkrete Ausgestaltung dieses *allgemeinen Feedbacks* ist im KOPS-Untersuchungsteil für jede Aufgabe kurz und übersichtlich dargestellt (vgl. auch Tabelle 2 zum allgemeinen Feedback im Überblick).

**3.1.2 Die zweite Hilfsstufe** wird angewendet, wenn die Patientin nach dem allgemeinen Feedback der ersten Hilfsstufe kommunikativ noch nicht erfolgreich war. Auf dieser zweiten Hilfsstufe reagiert die Untersucherin mit einem *spezifischen Feedback* auf die Äußerung der Patientin. Dabei präzisiert die Untersucherin Hinweise auf das zu verstehende Objekt beispielsweise durch eine pantomimische Darstellung. Oder im Untertest 2 fragt sie nach einer Spezifizierung der Patientenäußerung oder sie fordert die Patientin auf, eine andere kommunikative Modalität zu probieren. Alle Vorgaben zum spezifischen Feedback der zweiten Hilfsstufe sind im KOPS-Untersuchungsteil ebenfalls anschaulich vorgegeben (vgl. auch Tabelle 3 zur zweiten Hilfsstufe im Überblick).

Untertest	Zweite Hilfsstufe: Erstes spezifisches Feedback
1	Pantomime: <i>Schauen Sie, ich mache es einmal vor.</i>
2	Spezifizierung; z.B. <i>Ist es etwas zu essen?</i> Oder: Konkrete Aufforderung zu einer anderen Modalität; z.B. <i>Versuchen Sie es doch einmal zu zeichnen.</i>
3	Semantischer Hinweis; z.B. <i>Schauen Sie mal auf ihren Oberkörper. Haben Sie eine Jacke an?</i>
4	Konkrete Aufforderung zur schriftlichen Modalität: <i>Versuchen Sie mal es aufzuschreiben.</i>
5	Bitte um Spezifizierung; z.B. <i>Ist es etwas mit Nudeln?</i>
6	Bitte um Spezifizierung; z.B. <i>Ich habe verstanden, dass ich eingeladen werden soll. Können Sie genauer sagen, was Sie meinen?</i>
7	Vorgabe einer zu vervollständigenden Äußerung; z.B. <i>An der Strickjacke, die ich gestern gekauft habe, ...</i>

Tabelle 3: Zweite Hilfsstufe: Erstes spezifisches Feedback in den Untertests 1 bis 7

**3.1.3 Die dritte Hilfsstufe** wird von der Untersucherin im nächsten Schritt angewendet, wenn nach der zweiten Hilfsstufe noch immer keine Verständigung hergestellt werden konnte. Die Untersucherin äußert eine *weitere spezifische Rückmeldung* zu den Lösungsversuchen der Patientin. Im Untertest 1 zeichnet die Untersucherin das zu verstehende Objekt auf. Im Untertest 3 zeigt sie zum Beispiel auf das Fenster, zu dem gefragt wird, ob es geöffnet ist. Auch für dieses zweite spezifische Feedback sind alle Vorgaben im KOPS-Untersuchungsteil bei jedem Untersuchungs-Item übersichtlich dargestellt (vgl. auch Tabelle 4 zur dritten Hilfsstufe im Überblick).

Untertest	Dritte Hilfsstufe: Zweites spezifisches Feedback
1	Zeichnung: <i>Ich zeichne es einmal auf.</i>
2	Bitte um Spezifizierung; z.B. <i>Kann man etwas reinton? Ist es ein Koffer? Oder:</i> Aufforderung; z.B. <i>Können Sie versuchen, etwas dazu zu zeichnen?</i>
3	Deiktischer Hinweis; z.B. <i>Untersucher/in zeigt auf das Handgelenk der/des Patientin/en. Schauen Sie auf Ihren Arm. Tragen Sie eine Armbanduhr?</i>
4	Aufforderung zum Zeigen auf mitgeführten Unterlagen: <i>Haben Sie etwas dabei, worauf Sie mir Ihren Vornamen zeigen können?</i>
5	Aufforderung zu einer anderen Modalität; <i>Versuchen Sie doch einmal, die Lieblingsspeise aufzuschreiben oder zu zeichnen. Oder:</i> Vorgabe einer Hypothese: <i>Meinen Sie Lasagne?</i>
6	Vorgabe einer zu vervollständigenden Äußerung; z.B. <i>Sie könnten mir sagen, dass Sie mich zum Essen ...</i>

Tabelle 4: Dritte Hilfsstufe: Zweites spezifisches Feedback in den Untertests 1 bis 6

**3.1.4 Weitere Vorgaben für die Untersucherin:** Damit mehrschrittige Rollenspiele entstehen, gibt es im Untertest 7 anstelle der dritten Hilfsstufe pro Test-Item jeweils zwei *Interaktionsimpulse*, mit denen die Untersucherin die Patientin zu weiteren Reaktionen herausfordert. Diese Interaktionsimpulse sind so formuliert, dass sie in die vorgegebenen Situationen unabhängig von der letzten Äußerung der Patientin passen.

Bei den *Wegbeschreibungen* in den Untertests 8 und 9 werden andere Hilfen vorgegeben als die oben beschriebenen drei Hilfsstufen. Diese letzten beiden Aufgabentypen sind anders konzipiert und bedürfen andersgearteter Interventionen. Die Aufgaben, eine Wegbeschreibung zu verstehen, sind straßenweise strukturiert und es gibt nach jeder abgearbeiteten Straße Fragen wie *Haben Sie das?* oder *Haben Sie das verstanden?* usw.

Bittet die Patientin in Untertest 8 bei Missverständnissen oder Ungereimtheiten die Untersucherin um Klärung, antwortet diese nicht frei, sondern wiederholt den letzten Beschreibungsschritt noch einmal wörtlich. Das ist pro Aufgabe nur zweimal möglich. Weitere Erläuterungen und freie Beschreibungen sowie Auskünfte, die über die schriftlich vorgegebene Wegbeschreibung hinausgehen, sind nicht vorgesehen. Wenn die Patientin keine Rückmeldungen wie „ja“ oder „hab ich“ äußert, kann die Untersucherin maximal einmal pro Aufgabe dazu auffordern.

Im Untertest 9 wird eine Reihe von Rückmeldungen vorgegebenen, auf die sich die Untersucherin beschränken muss: Das sind beispielsweise die Fragen *In welche Richtung soll ich fahren?* oder *In welche Straße soll ich einbiegen?* oder *Können Sie das noch einmal wiederholen?* Alle möglichen Rückmeldungen sind im KOPS-Untersuchungsteil leicht auffindbar.

Bei den Wegbeschreibungsaufgaben wird zusätzlich die benötigte Zeit gemessen und bewertet. Wenn die Patientin beim Einstieg in eine Wegbeschreibung nicht angibt, wo sich die erste Straße im Stadtplan befindet, also dass die erste Straße (in der Wegbeschreibung 1 die Münchner Straße) von unten in den Stadtplan führt oder (in der Wegbeschreibung 2 der Kafka Weg) neben der Kirche von oben in den Plan kommt, soll die Untersucherin die Suche nach dieser Straße simulieren, indem sie 5 Sekunden wartet, bis sie antwortet: *Ja, das habe ich*.

**3.1.5 Allgemeine Bewertungskriterien:** Die Prinzipien der quantitativen Leistungsbewertung richten sich im KOPS grundsätzlich nach dem Prinzip, je weniger Hilfestellung durch die Untersucherin für eine erfolgreiche Lösung der Aufgabe benötigt wird, umso mehr Punkte werden vergeben. Während der Untersuchung wird für jede Aufgabe im Protokoll (vgl. Kapitel 5) angekreuzt, ob sie auf Anhieb gelöst wurde (5 Punkte), nach allgemeinem Feedback (4 Punkte), nach dem ersten spezifischen Feedback (3 Punkte) oder nach dem zweiten spezifischen Feedback (2 Punkte). Gelingt es der Patientin trotz ihrer Bemühungen und der angewendeten Hilfsstufen durch die Untersucherin nicht, zu einer korrekten Lösung zu kommen, gibt es für das Bemühen noch einen Punkt, während es keinen Punkt gibt, wenn sich die Patientin der Aufgabe nicht aufmerksam oder zielgerichtet zuwendet (vgl. Tabelle 5).

<b>Allgemeine Bewertungsprinzipien</b>	
<b>Punkte</b>	<b>Kommunikativ-pragmatische und sprachliche Leistungen</b>
<b>5</b>	Auf Anhieb gelöste Aufgaben (z.B. korrekte Objektreferenz oder eine Berufsangabe).
<b>4</b>	Nach allgemeiner Rückmeldung erfolgreich gelöste Aufgaben.
<b>3</b>	Nach allgemeiner und spezifischer Rückmeldung gelöste Aufgaben.
<b>2</b>	Nach allgemeiner und zwei spezifischen Rückmeldungen richtig.
<b>1</b>	Nach allgemeiner und zwei spezifischen Rückmeldungen nicht richtig.
<b>0</b>	Ohne aufmerksame und zielgerichtete Zuwendung zur Aufgabe.

Tabelle 5: Allgemeine Bewertungsprinzipien (vgl. auch Glindemann & Springer, 1989)

Diese Bewertungsprinzipien sind zur Vereinfachung der Durchführung und Auswertung im KOPS-Untersuchungsteil neben jedem Test-Item übersichtlich abgedruckt, so dass die Patientenleistungen in Abhängigkeit von den Hilfestellungen (Feedbacks) leicht bewertet werden können.

## 3.2 Konstruktion der Aufgabentypen

Die 9 KOPS-Untertests sind grundsätzlich nach denselben Konstruktionsprinzipien aufgebaut. Dennoch werden bei allen Aufgabentypen unterschiedliche kommunikative Handlungen inszeniert und verschiedene kommunikativ-pragmatische Anforderungen untersucht. Je nach dem Untersuchungsinteresse, das ein Untertest repräsentiert, werden die Perspektive variiert und spezifisch konstruierte Test-Items verwendet. Das hat Einfluss auf die Komplexität der Anforderungen und den Schweregrad der Aufgaben.

**3.2.1 Wortverständnis im Kontext (6 Aufgaben):** Wir haben bei der Beschreibung der kommunikativ-pragmatischen Perspektive im ersten Kapitel ausgeführt, das sich Sinn im Alltag in Kontexten erschließt; je situativer Äußerungen eingebunden sind, umso eindeutiger ist der semantische Kontext und umso erwartbarer auch der kommunikative Erfolg.

Im ersten KOPS-Untertest untersuchen wir, wie gut eine Patientin das grammatische Objekt eines Aussagesatzes verstehen kann, in dem Kontexthinweise gegeben werden. Nehmen wir den Stimulussatz *Der Opa wünscht sich für seine Werkstatt eine neue Säge*. Durch den Hinweis auf einen Werkstattkontext werden die Möglichkeiten der potentiell gemeinten Objekte reduziert; beispielsweise erwarten wir in einer Werkstatt prototypisch eher Materialien und Werkzeuge als etwa Obstsorten und Spielzeuge.

Hat eine Patientin Probleme, auf das gesuchte Alltagsobjekt zu zeigen oder es verbal zu identifizieren, wendet die Untersucherin soweit nötig nacheinander die drei oben beschriebenen Hilfsstufen an: Auf der ersten Hilfsstufe gibt sie ein *allgemeines Feedback*. Reicht diese Hilfestellung nicht aus, wird bei dem Beispiel *Säge* eine Pantomime des Sägens angeboten (*erstes spezifisches Feedback*) und wenn der kommunikative Erfolg weiterhin ausbleibt, zeichnet die Untersucherin in einem weiteren Schritt eine Säge mit relevanten semantischen Merkmalen auf (*zweites spezifisches Feedback*): Sägeblatt mit Zähnen, Griff einer Säge. Hier wird über die verbale Vorgabe des situativen Kontextes hinaus zusätzlich mehrfach nonverbal semantisch spezifiziert. Die Vorgaben für die Pantomimen und Zeichnungen im KOPS sind in Anlehnung an den Pantomime- und Zeichentest von Goldenberg et al. (2003) formuliert.

**Geprüfte kommunikative Handlungen** und/oder sprachliche bzw. kognitive Teilleistungsfunktionen. Die Patientin soll

- ein im auditiv vorgegebenen Satzkontext semantisch relevantes Inhaltswort erkennen und verstehen,
- sich der Testaufgabe nach Wiederholung des Stimulussatzes und der Fragestellung konstruktiv zuwenden,
- zusätzlich gegebene nonverbale Cues zum gesuchten Objekt (Pantomime, Zeichnung) in den Erkennens- und Verstehensprozess integrieren,

- das gesuchte Objekt in einem Ausschlussverfahren gegen andere zur Auswahl stehende Objekte (auf einem Ergebnisblatt) bei Einbeziehung des Satzkontextes und der nonverbal dargestellten semantischen Merkmale abgrenzen,
- das verstandene Objekt auf einem Ergebnisblatt aus einer Auswahlmenge von 9 randomisierten Objektzeichnungen korrekt zeigen (oder zu benennen).

**Konstruktion** der Stimulussätze: Die Sätze enthalten

- ein handelndes Subjekt (z.B. *die Mutter, meine Oma, die Tochter*),
- ein flektiertes Verb (z.B. *trägt, sucht, nimmt*),
- ein grammatisches Objekt (jeweils das Zielwort), das immer am Satzende steht (z.B. *Brille, Hut, Schlüssel*),
- teilweise adverbiale Spezifizierungen für kontextuelle Hinweise auf das Zielobjekt, beispielsweise *„beim Lesen“* (für Brille) oder *„für seine Werkstatt“* (bei der Säge).

Die Trägersätze, welche die zu zeigenden Alltagsobjekte enthalten, sind absichtlich nicht völlig parallel konstruiert. Sie bestehen jeweils aus 8 bis 10 Wörtern und sind verschieden komplex; dadurch sind die Anforderungen an die Sprachverständnisse nicht gleich. Nur in einem Satz kommt ein reflexives Verb vor (*sich wünschen*), einmal wird das Subjekt durch ein Adjektiv ergänzt (*der strebsame Schüler*) und zweimal wird das grammatische Objekt am Ende des Satzes durch ein Adjektiv spezifiziert (*dickes Buch, neue Säge*).

Da wir nicht ausschließen können, dass es beim Zeigen auf das verstandene Objekt zu internen Benennungen kommt, haben wir das Material daraufhin kontrolliert, dass auf alle abgebildeten Objekte durch ein- oder zweisilbige Nomina referiert wird.

**Randomisierung:** Es gibt 8 Ergebnisblätter (für 2 Warm-up-Aufgaben zum Einüben und 6 Testaufgaben). Auf jedem Ergebnisblatt sind 9 Objekte abgebildet (3 nebeneinander und jeweils 3 untereinander); insgesamt gibt es in diesem Untertest also 72 Zellen mit gezeichneten Alltagsobjekten. Alle Abbildungen wurden randomisiert angeordnet. Wenn Abbildungen in vorangegangenen Aufgaben bereits Zielitem gewesen sind, wurden sie vorerst aus dem Item-Pool entfernt. Nach den Warm-up-Aufgaben wurden für die 6 Testaufgaben jeweils neue Abbildungen verwendet, die auf den weiteren Ergebnisblättern mit Ablenkern aus den Warm-up-Ergebnisblättern randomisiert durchmischt worden sind. Kein Item wurde insgesamt mehr als dreimal verwendet.

**3.2.2 Referieren auf Alltagsobjekte (6 Aufgaben):** Hier prüfen wir relevante alltägliche Kommunikationsanforderungen, denen Menschen gerecht werden müssen, wenn sie auf Objekte referieren wollen: *Gib mir bitte mal... äh Ding!* Solche Äußerungen finden wir auch im Alltag Gesunder. Nehmen wir an, es wird gerade gefrühstückt, dann wird die Anzahl der Möglichkeiten durch diese *situative Eingebundenheit* deutlich reduziert. Wird dabei auf den Korb mit *Frühstücksgebäck* gezeigt, könnte die



kommunikative Handlung selbst mit dieser vagen Referenz schon erfolgreich sein. Das ist besonders der Fall, wenn die Kommunikationspartnerinnen in dieser Situation miteinander vertraut sind (und in dem stereotypen Ablauf an jedem Morgen beispielsweise nach einer *Vollkornsemmel* gefragt wird).

Am einfachsten *ist* es, wenn sich die Patientin sprachlich äußert, indem sie beispielsweise im zweiten Warm-up-Item des Untertests 2 die Strichzeichnung eines Koffers mit dem Substantiv *“Koffer”* mündlich benennt. Es kann aber auch sein, dass sie eine Paraphrasie oder einen Neologismus äußert oder die typische Pantomime vollzieht, als trage sie einen Koffer. Das wäre allerdings ohne zusätzliche spezifizierende Hinweise etwa auf Gepäck oder eine Reise nicht eindeutig, weil man auf diese Weise auch andere Gegenstände tragen kann. Wie im Alltag würde diese eher unspezifische kommunikative Handlung auch im KOPS nur als eingeschränkt erfolgreich gelten können. Im Alltag würde die Patientin an den Reaktionen ihrer Gesprächspartnerin bemerken, dass sie es vielleicht mit anderen Wörtern oder in anderen kommunikativen Modalitäten noch einmal versuchen sollte. Sie könnte also probieren, mindestens erst einmal das initiale Graphem / *K* /, die gesamte graphematische Wortform oder wenigstens Fragmente davon mit dem Finger in die Luft, auf den Tisch oder mit dem bereitliegenden Stift auf das Blatt Papier zu schreiben oder etwa einen Koffer zu zeichnen.

Ob eine Äußerung der Patientin verständlich genug war, entscheidet im KOPS grundsätzlich die Untersucherin auf der Basis ihrer kommunikativen und therapeutischen Kompetenz. Sie handelt hier so, wie sie es routinemäßig auch bei der therapeutischen Simulation natürlicher Kommunikation tut.

Wir prüfen in diesem Untertest in Anlehnung an das PACE-Setting (vgl. Davis & Wilcox, 1981; 1985), wie gut Betroffene trotz Aphasie auf Alltagsobjekte referieren können. Die Objekte sind auf einer verdeckt gezogenen Karte abgebildet. Die Patientin wird aufgefordert, alle ihr zur Verfügung stehenden kommunikativen Möglichkeiten einzubeziehen; sie kann benennen, umschreiben, etwas aufschreiben und/oder zeichnen. Sie kann auch eine typische Geste oder Pantomime vollziehen, auf Gegenstände im Raum zeigen usw. Es kann auch sinnvoll sein, bei all diesen Referenzversuchen sich ergänzende Kombinationen mehrerer Modalitäten zu verwenden.

**Geprüfte kommunikative Handlungen** und/oder sprachliche bzw. kognitive Teilleistungsfunktionen. Die Patientin soll:

- auf ein visuell vorgegebenes Objekt kommunikativ verständlich referieren,
- sich dabei der mündlichen (Benennen, Umschreiben) oder schriftlichen Modalität (Aufschreiben; ggf. auch fragmentarisch) bedienen,
- diese Referenzversuche durch Hinweis auf einen Kontext verdeutlichen,
- wenn nötig beim Referieren auch zeichnen, gestikulieren, Pantomimen vollziehen, auf Objekte im Raum zeigen etc.

**Konstruktion der Stimuli:** Es handelt sich bei den ausgewählten Objekten um

- ein- und zweisilbige konkrete Nomina,
- die alltagsrelevant sind,
- die sich gestisch oder zeichnerisch gut darstellen lassen.

**3.2.3 Basale kommunikative Handlungen: Zustimmung/Verneinung (6 Aufgaben):** Am Beispiel von *Zustimmung* und *Verneinung* soll in diesem Untertest geprüft werden, wie gut Patientinnen in der Lage sind, trotz Aphasie basale relevante kommunikative Handlungen zu vollziehen. Dieser Aufgabentyp wurde bereits in der Bachelorarbeit von Balazs & Wiesenberger (2009) erprobt (vgl. auch Balazs, Wiesenberger & Glindemann, 2010).

In der Klinik oder sprachtherapeutischen Praxis können wir immer wieder beobachten, dass schwer beeinträchtigte Patientinnen mit Aphasie diese basalen kommunikativen Handlungen wie Zustimmung oder Verneinen nicht eindeutig vollziehen können. Selbst wenn im situativen Kontext klar wird, dass sie zustimmen wollten, gelingen ihnen nicht immer eindeutige Äußerungen; hier können auch dysexekutive Symptome mit im Spiel sein. Teilweise können wir beobachten, dass sie kommunikative Handlungen nur schwer initiieren können. Wir beobachten sogar *Kanaldiskrepanzen*, bei denen eine Patientin beispielsweise „ja“ sagt und gleichzeitig mit dem Kopf schüttelt (Bugental, Kaswan, Love, 1970).

Die Aufgaben dieses KOPS Untertests 3 sind so konstruiert, dass sie zunächst verbal gestellt werden, z.B. *Ist das Licht hier gerade eingeschaltet?* Dann folgen zusätzliche Hinweise: Zuerst wird auf den semantischen Kontext hingewiesen, indem die Untersucherin sie auffordert: *Schauen Sie mal zur Lampe.* Im nächsten Schritt wird die Untersucherin noch konkreter und zeigt mit dem Finger auf die Deckenbeleuchtung, während sie fragt: *Ist das Licht hier eingeschaltet?*

Die Patientin könnte verbal mit den Partikeln „ja“ oder „nein“ antworten. Es gibt darüber hinaus eine ganze Reihe Zustimmungs- und Verneinungsvarianten, die teilweise dialektal gefärbt sind. In Süddeutschland ist beispielsweise auch die Zustimmung „freilich“ lexikalisiert, andernorts sagt man beispielsweise „jo“ oder „jau“ oder als Verneinungen „naa“. Die Untersucherin entscheidet, ob die Äußerung angemessen ist. Natürlich sind auch nonverbale Äußerungen üblich und möglich; das sind einerseits das Kopfschütteln und Nicken sowie andere gestische Möglichkeiten, z.B. das Hin- und Herbewegen des nach oben zeigenden ausgestreckten Zeigefingers, Innenseite der Gesprächspartnerin zugewandt, auch das Entgegenhalten einer ausgestreckten Hand mit den Fingern nach oben zeigend usw.). Diese nonverbalen Antworten sollten für eine sichere Bewertung im Screening eindeutig erkennbar sein. Auch über die Eindeutigkeit und Verständlichkeit der Gesten entscheidet die Untersucherin. Die Patientin kann im KOPS-Untersuchungsordner auch auf einem Ja-Nein-Blatt zeigen, ob sie zustimmt oder verneint. Auf diesem Blatt sind links ein großes *Ja* und rechts ein großes *Nein* abgedruckt, auf das gezeigt werden kann. Redundant dazu gibt es auf diesem Antwortblatt für Patientinnen mit dyslektischen Symptomen, die das *Ja* oder *Nein* nicht sicher lesen können, ein *Plus* ( + ) und *Minus* ( - ). Zusätzlich haben wir einen positiven

und einen negativen Smiley (*Emoticon*) für solche Patientinnen dargestellt, die aufgrund der Hirnschädigung bei den Symbolen für Plus oder Minus unsicher sind.

**Geprüfte kommunikative Handlungen** und/oder sprachliche bzw. kognitive Teilleistungsfunktionen. Die Patientin soll:

- zutreffend und eindeutig eine Zustimmung oder eine Verneinung äußern,
- sich dabei mündlich äußern,
- und/oder die Zustimmung oder Verneinung nonverbal zeigen,
- und/oder die Zustimmung oder Verneinung auf dem Antwortblatt zeigen,
- und/oder schriftlich zustimmen oder verneinen.

**Konstruktion der Stimuli:** In diesem Untertest wird nach Verhältnissen gefragt, die in der authentischen Untersuchungssituation unmittelbar gegeben sind und denen die Patientin zustimmen kann oder die sie verneint.

- Drei Fragen betreffen die Patientin selbst:
  - Tragen Sie eine Armbanduhr?
  - Haben Sie eine Jacke an?
  - Tragen Sie Turnschuhe?
- Zweimal bezieht sich das auf die Verhältnisse im Raum:
  - Ist das Fenster geöffnet?
  - Ist das Licht hier eingeschaltet?
- Einmal soll die Patientin entscheiden, ob die Untersucherin ein Objekt zeigt, das sie zuvor benennt:
  - Ist das ein Kugelschreiber (was hier zutrifft).

Bei fünf Fragen hängt die Antwort von der konkreten Untersuchungssituation ab; sie kann bei der Frage nach der Armbanduhr, nach der Jacke, nach dem Fenster, nach dem Licht im Zimmer und nach den Turnschuhen von Situation zu Situation unterschiedlich sein.

### **3.2.4 Vermitteln persönlicher Informationen (6 Aufgaben):**

Viele Patientinnen sind mit Situationen konfrontiert, in denen sie beispielsweise in der Klinik, in der Arztpraxis, bei der Krankenkasse oder in therapeutischen Praxen Auskunft geben sollen über Namen, Anschriften und andere Informationen zur Person. Das ist etwa auch der Fall, wenn neue Kontakte (z.B. zu Mitpatientinnen) geknüpft werden. Dabei kommen nicht selten verschiedene Stressoren zum Tragen; einmal werden solche Informationen am ehesten sprachlich vermittelt, was Patientinnen mit

Aphasie natürlich schwerfallen kann. Andererseits werden diese Angaben oft in Institutionen erfragt, denen gegenüber sich die Patientinnen keine Blöße geben wollen. Wir haben es hier oft mit der Vorstellung zu tun, dass als dumm gilt, wer den Namen, die Adresse, den Beruf oder Geburtstag nicht angeben kann.

In der Sprachtherapie hat es sich deshalb bewährt, Patientinnen relativ bald mit einem persönlichen Informationsblatt zu versorgen, auf dem ihre Daten übersichtlich aufgeführt sind. Mit solchen Blättern oder individualisierten Kommunikationsbüchern (vgl. Glindemann & Krug, 2012) kann in Therapien geübt werden, einzelne Angaben aufzufinden und zu zeigen. Andere Patientinnen bewältigen diese Anforderungen, indem sie mitgeführte Unterlagen oder Ausweise verwenden usw. Inzwischen verfügen auch immer mehr Patientinnen über unterschiedliche digitale Medien (Handys, Tablets, elektronische Kommunikationshilfen etc.), mit denen sie Zugang zu vielfältigen allgemeinen und persönlichen Informationen haben können. Wenn es Betroffenen gelingt, wieder persönliche Informationen vermitteln zu können, erlangen sie ein Stück Autonomie zurück.

In diesem Untertest untersuchen wir, wie gut Patientinnen in der Lage sind, persönliche Informationen mitzuteilen (dieser Aufgabentyp wurde in der Bachelorarbeit von Balazs & Wiesenberger, 2009, schon verwendet; vgl. auch Balazs, Wiesenberger & Glindemann, 2010).

Die Nutzung verschiedener Modalitäten ist in diesem Untertest systematisch vorgesehen. Die Patientin wird in der Instruktion explizit darauf hingewiesen und in der zweiten und dritten Hilfsstufe werden spezifische nonverbale Modalitäten vorgeschlagen. Wir haben in der Erprobungsphase von KOPS gesehen, dass selbst schwer beeinträchtigte Patientinnen persönliche Informationen vermitteln können, wenn sie in den Therapien gelernt haben, dabei mit entsprechenden Hilfsmitteln strategisch vorzugehen.

**Geprüfte kommunikative Handlungen** und/oder sprachliche bzw. kognitive Teilleistungsfunktionen. Die Patientin soll:

- Fragen zu persönlichen Verhältnissen eindeutig beantworten,
- dabei mündlich, schriftlich, zeichnerisch oder gestisch kommunizieren und/oder
- auf mitgebrachte Unterlagen (wie Briefe und Ausweise etc.) zeigen
- soweit hilfreich digitale Medien verwenden.

**Konstruktion der Stimuli:** Die Fragen beziehen sich auf alltagsrelevante Informationen.

- In einer Testaufgabe wird nach dem Vornamen der Patientin gefragt.
- In zwei Aufgaben geht es um die Adresse; es wird gefragt
  - nach der Straße
  - und nach der Stadt, in der die Patientin wohnt.
- Zwei Aufgaben beziehen sich auf

- das Geburtsdatum und auf
- den Geburtsort der Patientin.
- In einer Frage geht es um den bzw. einen Beruf, den die Patientin vor der Erkrankung ausgeübt hat.

**3.2.5 Vermitteln allgemeiner Informationen (6 Aufgaben):** Mit den Aufgaben des Untertests 5 untersuchen wir Handlungen, in denen allgemeine Angelegenheiten kommuniziert werden; das sind patientennahe Alltagsbereiche wie Hobbys, Sport oder Ernährung. Hier werden Patientinnen beispielsweise nach ihrer Lieblingsspeise oder nach ihrem Hobby gefragt. Die Möglichkeiten zu antworten sind wieder nicht auf sprachliche Äußerungen reduziert. Gerade bei den Hobbys gelingt es Patientinnen immer wieder eindrucksvoll, nonverbal über ihre früheren Freizeitaktivitäten Auskunft zu geben (z.B. Angeln, Fechten, Tanzen usw.).

**Geprüfte kommunikative Handlungen** und/oder sprachliche bzw. kognitive Teilleistungsfunktionen. Die Patientin soll:

- allgemeine Informationen eindeutig vermitteln,
- dabei mündlich, schriftlich, zeichnerisch, gestisch (auch in Kombinationen) handeln,
- die erfragten Sachverhalte gegebenenfalls auf mitgebrachten Unterlagen wie beispielsweise einem Informationsblatt, Kommunikationsbuch oder digitalen Medien zeigen.

**Konstruktion der Stimuli:** Die Fragen referieren auf persönliche Interessen, Gewohnheiten, die Ausbildung und allgemeine Freizeitbereiche.

- Es wird gefragt nach:
  - der Lieblingspeise,
  - einem Land, in das die Patientin gern reisen möchte,
  - ihrem Hobby.
- Bei einem Item wird nach dem bzw. einem Ausbildungsort gefragt.
- In einer anderen Aufgabe wird nach dem Namen des Geschäftes gefragt wird, in dem die Patientin normalerweise ihre Lebensmittel kauft.
- Außerdem wird nach einem berühmten Sportler gefragt.

**3.2.6 Komplexe kommunikative Handlungen: Einzelhandlungen (6 Aufgaben):** Im Untertest 6 untersuchen wir Alltagshandlungen, deren situativer Kontext zuvor von der Untersucherin vorgegeben wird. Die untersuchten exemplarischen kommunikativen

Handlungen sind je 2 Einladungen, Entschuldigungen und Terminabsprachen. Beispielsweise besteht eine Aufgabe darin, eine langjährige Freundin zu einer Geburtstagsparty einzuladen. Die Untersucherin übernimmt die Rolle der Person, die eingeladen werden soll. Die Patientin lädt ein.

**Geprüfte kommunikative Handlungen** und/oder sprachliche bzw. kognitive Teilleistungsfunktionen: Die Patientin soll:

- die Vorgaben der jeweiligen Situation als Handlungsrahmen erfassen,
- Einladungen, Terminabsprachen und Entschuldigungen in einer geeigneten Modalität, über die sie verfügt, verständlich ausführen,
- dabei können auch mitgeführte Kalender, Unterlagen und Kommunikationsbücher sowie elektronische Medien etc. verwendet werden,
- sofern nötig Kombinationen von Modalitäten strategisch einsetzen.

**Konstruktion/Zusammenstellung** der Untersuchungssitens:

- In den Situationsbeschreibungen werden die beteiligten Personen, deren Handlungsabsichten (Illokutionen) sowie Zeit- und/oder Ortsangaben vorgegeben.
- Es werden jeweils zwei *direktive*, *kommissive* und *expressive* Sprachhandlungen (vgl. Searle, 1990) geprüft. Eine kleine Voruntersuchung hat ergeben, dass die entsprechenden explizit-performativen Verben (z.B. *Entschuldigung* oder *Ich möchte mich entschuldigen*.) für die Realisierung dieser Handlungen nicht unbedingt verwendet werden müssen. Es gibt viele Varianten (*Tut mir leid* oder *sorry* usw.), sodass die Untersucherin entscheidet, ob die Handlung illokutiv erfolgreich war, ob die Gesprächspartnerin der Patientin wie vorgegeben eingeladen wurde, eine Entschuldigung oder Terminabsprache wie erwartet stattgefunden hat.
- In der ersten, dritten und sechsten Aufgabe wird ein Telefonat simuliert (Handlungen auf dem optischen Kanal wie Gesten, schriftliche Äußerungen oder Zeichnungen können also keine kommunikative Funktion haben). In den anderen Aufgaben werden Face-to-face-Situationen vorgegeben, d.h. hier könnten nonverbale Handlungen sinnvoll vollzogen werden.

Die Situationsparameter wurden variiert:

- Die erste Aufgabe enthält die Handlung (*Einladung*), den Anlass (*Geburtstag*) und den Zeitpunkt (*Samstagabend*) (= 3 Bestandteile).
- Bei der zweiten Aufgabe geht es um eine Handlung (*Entschuldigung*) anlässlich eines Fehlverhaltens (*zu spät gekommen*) (= 2 Bestandteile).
- In der dritten Aufgabe sollen die Handlung (*Terminabsprache beim Frisör*) und der Zeitpunkt (*Dienstagvormittag*) genannt werden (= 2 Bestandteile).
- Bei der vierten Aufgabe sind die Handlung (*Einladung*), der Anlass (*Essengehen*) und die Ortsangabe (*Pizzeria*) vorgegeben (= 3 Bestandteile).

- Bei der fünften Aufgabe geht es um eine Handlung (*Entschuldigung im Supermarkt*) und einen Anlass (*Ketchupflasche auf den Boden fallen lassen*) (= 2 Bestandteile).
- In der sechsten Aufgabe wird eine Handlung (*Terminabsprache bei der Bowlingbahn*) und ein Zeitpunkt (*Samstagsabend*) thematisiert (= 2 Bestandteile).

**3.2.7 Komplexe kommunikative Handlungen: Rollenspiele (4 Aufgaben):** Rollenspiele sind in der Aphasietherapie in Diagnostik und Behandlung eine klassische Methode. Wann immer Therapeutinnen mit Patientinnen kommunikative Handlungen unter simulierten Alltagsbedingungen untersuchen, erproben, üben oder festigen wollen, werden therapeutische Rollenspiele einbezogen (vgl. z.B. Schlanger & Schlanger, 1970; Porch, 1973; Ulatowska, Macaluso-Haynes, Mendel-Richardson, 1976; Holland, 1980; von Hinckeldey, 1983; Davis & Wilcox, 1981, 1985; Storch & Weng, 2010; Gröhnke & Mebus, 2011; Zeller, 2012; Zeller, 2014; Zeller & Glindemann, 2015, Glindemann & Ziegler, 2018).

Rollenspiele bieten den Vorteil, ein ausgewähltes Stück kommunikativer Realität ins Therapiezimmer holen zu können und dabei kommunikative Parameter dennoch unter geschützten Bedingungen erarbeiten zu können. Man kann den Fokus der Wahrnehmung und einzelner Handlungen auf spezifische kommunikative Aspekte begrenzen und sie nach Bedürfnislage variieren, ohne sich den Konsequenzen des Kommunikationsalltags insgesamt aussetzen zu müssen.

Es gibt allerdings die Beobachtung, dass manche Patientinnen mit der Übernahme einer Rolle Probleme haben. Grundsätzlich ist dafür zunächst verantwortlich, dass hier nicht selten so echte Rahmenbedingungen simuliert werden, dass die sprachsystematischen Anforderungen für Patientinnen mit Aphasie relativ hoch sein können. Andere Schwierigkeiten müssen im Zusammenhang mit Persönlichkeitsausprägungen gesehen werden; die Betroffenen scheuen sich, auf diese Weise in künstlich vorgegebenen Situationen zu agieren. Andererseits dürfen wir auch nicht außer Acht lassen, dass bei manchen Patientinnen auch kognitive Einschränkungen eine solche Rollenübernahme erschweren können.

Wir verwenden dieses Setting im KOPS als Steigerung der Anforderungen gegenüber den Einzelhandlungen in Untertest 6. Das Warm-up-Item im Untertest 7 und ähnliche Aufgaben wurden bereits von Stähli (2011) nach verschiedenen Rollenspielparametern und Bewertungsmöglichkeiten analysiert.

Die KOPS-Rollenspiele wurden so konstruiert, dass durch zusätzliche Interaktionsimpulse Abfolgen mehrschrittiger Handlungssequenzen eliziert werden. Dadurch werden ein systematisches Vorgehen der Patientinnen und ihr Festhalten am Handlungsplan einbezogen.

**Geprüfte kommunikative Handlungen** und/oder sprachliche bzw. kognitive Teilleistungsfunktionen. Die Patientin soll

- eine situativ eingebettete Ausgangslage (Problemstellung) für ein Rollenspiel erfassen,

- die Stimmungslage in einer vorgegebenen Situation (z.B. konstruktive Sachlichkeit, Lösungsorientierung, Verärgerung, Unverständnis usw.) erkennen und angemessen reagieren,
- sich durch zusätzliche Interaktionsimpulse nicht von dem vorgegebenen Handlungsplan abbringen lassen,
- sich kommunikativ durchsetzen,
- dabei die kommunikativen Möglichkeiten und Alternativen realistisch einschätzen und flexibel verwenden.

### **Konstruktion/Zusammenstellung** der Untersuchungssitems:

- In allen Aufgabenstellungen werden die Handlungsabsichten, die beteiligten Personen, Orts-, Zeit- und/oder Situationsangaben vorgegeben.
- Es werden folgende Sprachhandlungen verwendet: Eintrittskarten kaufen, auf einer verabredeten Terminvorgabe bestehen, eine Jacke umtauschen, einen reservierten Platz beanspruchen, einer Verärgerung Ausdruck verleihen, auf einer Problemlösung bestehen.
- Beim ersten Test-Item wird ein Telefongespräch simuliert, sodass Handlungen auf dem optischen Kanal wieder keine kommunikative Funktion haben. Bei den anderen drei Testaufgaben (im Textilgeschäft, im ICE, in der Kfz-Werkstatt) geht es um Face-to-face-Situationen; hier kann auch der Einsatz nonverbaler Handlungen sinnvoll sein.
- In jedem Rollenspiel werden von der Untersucherin zwei Interaktionsimpulse geäußert, mit denen die Patientin zu Reaktionen herausgefordert wird. Die Impulse sind unterschiedlich kooperativ, ausweichend und teilweise nicht angemessen. Sie sind so formuliert, dass sie unabhängig von den vorangehenden Äußerungen in den Untersuchungsdiskurs passen. Sie erfordern im besten Falle, den Handlungsplan durchzusetzen und kommunikativ dennoch flexibel zu sein.

**3.2.8 Wegbeschreibungen verstehen und rekonstruieren (2 Aufgaben):** Wegauskünfte sind klassische kommunikative Alltagshandlungen im Dialog (vgl. Klein, 1979), die auch in der Aphasietherapie (vgl. z.B. Pulvermüller, 1990; Grönke & Mebus, 2011) und speziell für diagnostische Aufgaben genutzt werden (vgl. z.B. Holland, 1980). Um im KOPS eine strikte Trennung von Patientenleistungen und Einflüssen der Untersucherin auf das Ergebnis einer Beschreibung zu erreichen, ist die Komplexität eines Wegbeschreibungsdialogs mit Rückfragen und Verständnishypothesen, wie sie im Alltag vorkommen, im KOPS deutlich reduziert worden (vgl. dazu die gesprächsanalytische Arbeit zu Wegauskünften von Wunderlich, 1978). Die Reaktionsmöglichkeiten der Untersucherin im KOPS sind zugunsten der Vergleichbarkeit durch viele Vorgaben eingeschränkt (vgl. Kapitel 3.1.4).

**Geprüfte kommunikative Handlungen** und/oder sprachliche bzw. kognitive Teilleistungsfunktionen. Die Patientin soll



- eine auditiv vorgegebene Wegbeschreibung erfassen,
- sich dazu auf einem Stadtplanausschnitt orientieren und zunächst den vorgegebenen Einstieg (Anfang des Weges) finden,
- auditiv vorgegebene Straßennamen lesen und/oder durch Abgleich erkennen,
- diesen Anfang des Weges in die Blankoversion des Testplans eindeutig einzeichnen,
- den weiteren verstandenen Wegverlauf in den Testplan einzeichnen,
- bei Missverständnissen inkohärente Abfolgen erkennen und nach Plausibilität vorgehen,
- bei nicht verstandenen Wegverläufen um Wiederholung bitten,
- in Zweifelsfällen auch über deiktische Gesten, Zeichnungen oder schriftliche Darstellungen auf dem bereitliegenden Papierblatt Klärungen über Abbiegungen usw. herbeiführen,
- am Ende jedes Beschreibungsschrittes den Vollzug rückmelden,
- beim Nachvollziehen der beschriebenen Wegverläufe zeitökonomisch vorgehen und ein zumutbares (vorgegebenes) Zeitbudget nicht überschreiten.

**Konstruktion der Stimuli:** Für die Orientierung auf dem Stadtplanausschnitt werden Landmarken und Orientierungspunkte verwendet, wie sie auch in alltäglichen Wegbeschreibungen vorkommen:

- Hochhaus, Kirche, Fabrik, Turm, Schornstein, Kran, Wohnhaus etc.
- weitere Orientierungspunkte sind Büsche und Bäume,
- Abzweigungen, Kreuzungen, Querstraßen, Gabelungen,
- Straßen ohne Angabe des Straßennamens,
- Straßen mit angegebenen Namen, die unterschiedlich komplex sind: Komposita die Namen von Dichtern enthalten wie *Lönsweg* und kombinierte Straßennamen wie *Großes Tor* oder *Bert Brecht Straße*.
- Rechts- und Linksangaben, planbezogene Angaben zu oben und unten, Geradeausrichtungen.

**3.2.9 Wegbeschreibungen generieren (2 Aufgaben):** In diesem letzten Untertest untersuchen wir die kommunikativen Handlungen, die eine Person ausführt, wenn sie selbst einen Weg beschreibt (vgl. z.B. auch die Szenarien für Patientinnen bei Drechsler, 1997).

Besonders hier kommt über die sprachlichen Anforderungen hinaus wieder eine Reihe auch kognitiver Leistungen ins Spiel; die Patientinnen müssen sich in die Rolle des

interaktiven Gegenübers versetzen (vgl. z.B. Prigatano, 2004) und andere exekutive Fähigkeiten aktivieren können, wie etwa die Beachtung kohärenter und plausibler Abfolgen im handlungslogischen Kontext usw. (vgl. Büttner & Glindemann, 2018). Eine reduzierte Verarbeitungskapazität und ein eingeschränkter Arbeitsspeicher könnten deutlich limitierende Faktoren für den kommunikativen Erfolg sein. Mit diesen Wegbeschreibungen kommen wir zu einer komplexen alltagsorientierten Aufgabengruppe, die für KOPS wieder so strukturiert worden ist, dass im Wegbeschreibungsdiskurs die Leistungen der Patientin bewertbar sind, ohne dass sich die Beiträge der Untersucherin unkontrolliert bei der Bewertung der Leistungen der Patientin niederschlagen. Die Äußerungsmöglichkeiten für die Untersucherinnen sind deshalb besonders streng vorgegeben (vgl. Seite 50 im Kapitel 4.9).

**Geprüfte kommunikative Handlungen** und/oder sprachliche bzw. kognitive Teilleistungsfunktionen. Die Patientin soll:

- einen visuell vorgegebenen Weg auf einem Stadtplanausschnitt erfassen und der Untersucherin beschreiben,
- sich dazu auf einem Stadtplanausschnitt orientieren und den mit Pfeil gekennzeichneten Einstieg (Anfang des Weges; erste Straße, Bewegungsrichtung) erkennen und eindeutig wiedergeben,
- soweit möglich Straßennamen lesen und bei den Beschreibungen verwenden,
- zur Orientierung dargestellte Landmarken beschreiben,
- den Wegverlauf, Richtungswechsel und Abbiegungen mündlich, gestisch (besonders deiktisch), schriftlich, zeichnerisch mitteilen,
- dabei systematisch und nachvollziehbar vorgehen,
- bei der Betrachtung des Plans und der Repräsentation des Weges für die Untersucherin die Rotation im Raum einbeziehen und bei ihren Beschreibungen der Perspektive und Rolle der Untersucherin Rechnung tragen,
- dabei wie im Kommunikationsalltag insgesamt zeitökonomisch vorgehen und ein zumutbares (vorgegebenes) Zeitbudget nicht überschreiten.

**Konstruktion der Stimuli:** Zur Kennzeichnung der Wege sind Straßennamen, Landmarken und Orientierungspunkte vorgegeben, wie sie auch bei authentischen Wegbeschreibungen verwendet werden:

- Hochhaus, Kirche, Fabrik, Turm, Schornstein, Kran, Wohnhaus etc.
- Büsche, Bäume,
- Abzweigungen, Kreuzungen, Querstraßen, Gabelungen,
- Straßen ohne Angabe des Straßennamens,
- Straßen mit angegebenen Namen, die unterschiedlich komplex sind: eingliedrige Straßennamen wie *Tal*, Komposita wie *Katzenberg* und kombinierte

Straßennamen, die Namen von Dichtern oder Orten enthalten wie *Kafka Weg* oder *Berliner Straße*,

- Rechts- und Linksangaben, planbezogene Angaben zu oben und unten, Geradeausrichtungen.

## 4 Durchführung<sup>4</sup>

In diesem Kapitel wird die konkrete Durchführung der KOPS-Untertests mit Beispielen detailliert beschrieben. Dabei geht es um *das diagnostische Vorgehen* in den einzelnen Untertests, um *die Hilfsstufen*, um *die Bewertungs-* und *die Abbruchkriterien*.

KOPS ist leicht durchführbar! Die Untersucherin wird im KOPS-Untersuchungsteil Schritt für Schritt durch das Screening geführt. Zu Beginn jedes Untertests gibt es eine übersichtliche Einführung in den Aufgabentyp (Rolle der Patientin, Rolle der Untersucherin, Anzahl der Aufgaben etc.). Dort findet sich auch eine kurze Auflistung mit dem Titel: *Was muss bei diesem Untertest beachtet werden?*

Wenn KOPS bereits durchgeführt wurde und vertraut ist, sind viele dieser Erläuterungen weiterhin gut geeignet, bei eventuellen Unsicherheiten oder aufkommenden Fragen immer noch einmal nachzuschauen.

KOPS ist so konzipiert, dass alle Untertests *grundsätzlich in einem Durchgang* durchgeführt werden sollen. Sollten Einschränkungen der Dauerbelastbarkeit einer Patientin ein anderes Vorgehen erforderlich machen, empfehlen wir zwischen den Untertests 5 und 6 *eine Pause* einzulegen. Auch zwischen den beiden Wegbeschreibungen der Patientin im Untertest 9 kann es eine kleine Verschnaufpause geben.

Es empfiehlt sich, KOPS an einem Tisch durchzuführen, an dem sich die Patientin und die Untersucherin *gegenübersitzen* können. Auf diesem Tisch soll sowohl der aufgeschlagene KOPS-Ordner Platz haben, als auch das *Protokoll*, in dem die Untersucherin während der Durchführung von KOPS die Ergebnisse unmittelbar ankreuzt. Im Untertest 2 sollte auch noch Platz für einen Stapel Bildkarten sein. Bei den beiden letzten Untertests zeichnet zunächst die Patientin und danach auch die Untersucherin Wege in blanko *Stadtpläne* ein, die auf dem Tisch auch noch Platz finden müssen. Zusätzlich liegt auf der Seite der Patientin ein *Stift und ein Blatt Papier*, auf dem sie während der Untersuchung jederzeit etwas schreiben oder zeichnen kann. Um alle möglichen Ablenkungen zu vermeiden, sollte darüber hinaus *nichts* auf diesem Tisch liegen.

Die Durchführung von KOPS ist so konzipiert, dass der Untersuchungsordner zur einen Seite *der Patientin zugewandt* ist. Hier sind Blätter abgedruckt, welche die Patientin für die Lösung der Aufgaben benötigt (z.B. Ergebnisblätter, Ja-Nein-Antwortblätter oder weitere Stadtplanausschnitte). Oft sind die Blätter auf dieser Seite des Untersuchungsteils auch unbedruckt. Die gegenüberliegende Seite ist der Untersucherin zugewandt. Hier finden sich die Informationen für die Durchführung und alle KOPS-Aufgaben.

Die Untersuchung soll ungestört in ruhiger Atmosphäre stattfinden. Die Untersucherin verhält sich während der KOPS-Durchführung stets *sachlich und verständnisvoll*. Wenn Aufgaben abgebrochen werden müssen, geht sie *freundlich* zur nächsten Aufgabe weiter.

---

<sup>4</sup> In diesem Kapitel verwenden wir für die Akteure bei der KOPS-Untersuchung grundsätzlich die feminine Form: *die Patientin, die Untersucherin, usw.* (vgl. Vorwort).

Die *Instruktionen* sind für alle Untertests im KOPS-Untersuchungsteil schriftlich vorgegeben; soweit nötig kann die Untersucherin sie allerdings sprachlich leicht modifizieren, um sie für die Patientin mit Aphasie so verständlich wie möglich zu gestalten. Zum Einüben gibt es Aufgaben mit *Warm-up-Items*, anhand derer das jeweilige Aufgabenprinzip, die Rollen der Patientin und der Untersucherin sowie die Anforderungen des einzelnen Aufgabentyps verdeutlicht werden.

Zu Beginn der Untersuchung kommen vermehrt Warm-up-Items vor; z.B. für den ersten und zweiten Untertest sind es jeweils 2, für den dritten Untertest sogar 3. Für die folgenden Untertests 4 und 5, deren Grundformat aus Frage-Antwort-Sequenzen besteht, haben wir ganz auf Warm-up-Items verzichtet, um die Durchführungsdauer des Tests nicht unnötig auszudehnen. Da die Anforderungen ab Untertest 6 komplexer werden, gibt es für die letzten 4 Untertests wieder je ein Warm-up-Item.

Auch die Reaktionen der Untersucherin auf die Äußerungen der Patientin sind schriftlich vorgegeben. Diese Vorgaben sind jedoch als Beispiele zu verstehen, die bei einer konkreten Testdurchführung natürlich modifiziert werden können und an den Verlauf der Untersuchung angepasst werden. Dabei sollen die Prinzipien der 3 Hilfsstufen nicht verletzt werden.

Nach jeder Aufgabe dokumentiert die Untersucherin die Ergebnisse durch Ankreuzen im Protokoll (vgl. dazu genauer Kapitel 5). Sie soll sich dabei Zeit lassen und möglichst genau vorgehen, damit am Ende der KOPS-Untersuchung alle Leistungen der Patientin gut nachvollziehbar zur Verfügung stehen.

#### 4.1 Wortverständnis im Kontext

**Vorgehen:** Zuerst erläutert die Untersucherin der Patientin, worum es in diesem ersten Untertest von KOPS gehen wird (die Instruktion ist im Untersuchungsteil schriftlich vorgegeben): *Ich spreche jetzt nacheinander über mehrere alltägliche Gegenstände, die Sie mir bitte anschließend auf diesem Blatt zeigen sollen.* Dabei zeigt sie auf das erste Warm-up-Ergebnisblatt, auf dem 9 ein- und zweisilbige Alltagsobjekte als Strichzeichnungen dargestellt sind. Dann liest die Untersucherin der Patientin den Stimulussatz vor; im ersten Warm-up-Item z.B.: *Mein Onkel schneidet sich morgens ins Müsli immer eine Banane.* Dann fragt die Untersucherin: *Können Sie mir zeigen, was mein Onkel sich morgens immer ins Müsli schneidet?* Sie weist dazu noch einmal auf das Ergebnisblatt hin, das auf der der Patientin zugewandten Seite des Untersuchungsteils abgedruckt ist.

Es hat sich gezeigt, dass (vorwiegend leistungsstärkere) Patientinnen das Zielobjekt spontan laut benennen, anstatt es instruktionsgemäß lediglich auf dem jeweiligen Ergebnisblatt zu zeigen. Wenn die mündliche Benennung problemlos gelingt, gilt das natürlich auch als auf Anhieb gekonnt. Sollte es dabei allerdings zu lexikalischem Suchverhalten, sprechmotorischen, phonematischen oder anderen Symptomen kommen, wird die Patientin noch einmal zusätzlich aufgefordert, das Objekt auf dem Ergebnisblatt zu zeigen.

Kommt es bei der folgenden Lösung der Aufgabe zu Schwierigkeiten, beginnt ein Untersuchungsdiskurs zwischen der Untersucherin und der Patientin, dessen Ablauf in den definierten Hilfsstufen Schritt für Schritt schriftlich genau vorgegeben ist.

**Erste Hilfsstufe:** Sollte die Patientin den Stimulussatz nicht korrekt verstehen und das Zielobjekt auf dem Ergebnisblatt nicht erfolgreich zeigen können, wird der Stimulussatz noch einmal wiederholt; das ist auf dem Aufgabenblatt genau vorgegeben. In unserem Beispiel wäre das: *Mein Onkel schneidet sich morgens ins Müsli immer eine Banane.* Bei dieser Wiederholung ist es erlaubt, dass die Untersucherin das gesuchte Zielwort prosodisch hervorhebt. Dann wird die Frage wiederholt: *Können Sie mir zeigen, was der Onkel in sein Müsli schneidet?*

**Zweite Hilfsstufe:** Hat die Patientin das Objekt daraufhin nicht eindeutig gezeigt, weicht die Untersucherin in eine nonverbale Strategie aus: *Schauen Sie mal, ich mache es Ihnen einmal vor.* Sie zeigt pantomimisch das Schälen einer *Banane* (Vorgabe: Eine Hand hält eine imaginäre Banane im Zylindergriff, mit der anderen Hand schält sie die Schale nach unten ab. Dabei ist es wichtig, dass die Untersucherin diese vorgegebenen semantischen Merkmale klar erkennbar demonstriert. Mit dem Hinweis auf das Ergebnisblatt fragt sie: *Können Sie es mir zeigen?*

**Dritte Hilfsstufe:** Führt das noch immer nicht zum Erfolg, probiert es die Untersucherin wie vorgegeben zeichnerisch: *Ich zeichne es einmal auf.* Auf dem bei allen Aufgaben stets bereitliegenden Blatt Papier zeichnet sie die Banane auf (Vorgabe: Typisch gekrümmte Form, kantiges Profil, sehr kurzer Stil). Dabei sollen die vorgegebenen semantischen Merkmale klar erkennbar sein. Dann fragt sie erneut mit Hinweis auf das Ergebnisblatt: *Haben Sie es verstanden? Können Sie es mir zeigen?*

Die Untersucherin sollte sich bei den Strichzeichnungen der Alltagsobjekte an den Zeichnungen orientieren, die auf den Ergebnisblättern im Untersuchungsteil dargestellt sind.

Sollte auch das Zeichnen noch immer nicht zu einer verwertbaren Lösung der Aufgabe führen, leitet die Untersucherin zur nächsten Aufgabe über, indem sie freundlich sagt: *Wir versuchen mal das Nächste!*

**Quantitative Leistungsbewertung:** Im ersten Untertest kreuzt die Untersucherin auf dem Protokollbogen 5 Punkte an, wenn das Zielobjekt auf Anhieb korrekt gezeigt wurde bzw. verbal korrekt genannt wurde. 4 Punkte werden vergeben, wenn das Zielobjekt nach Wiederholung des Stimulussatzes und der Wiederholung der Frage richtig gezeigt wird. Wenn das Zielobjekt nach der darauffolgenden Vorgabe einer Geste richtig gezeigt werden kann, kreuzt die Untersucherin 3 Punkte an. Sie kreuzt 2 Punkte an, wenn die Patientin das Zielobjekt korrekt zeigt, nachdem die Untersucherin dieses Objekt zusätzlich gezeichnet hat. Wenn die Patientin das Zielobjekt trotz des allgemeinen Feedbacks, einer Geste und einer Zeichnung der Untersucherin falsch zeigt oder nicht zeigen kann, wird ein Punkt vergeben. Wendet sich die Patientin der Aufgabe gar nicht aufmerksam oder zielgerichtet zu, gibt es keinen Punkt (vgl. Tabelle 6).

Die Operationalisierungen *richtig gezeigt/benannt*, *falsch gezeigt/benannt* oder *keine Reaktion* sind so eindeutig, dass die Bewertungen in der Regel völlig unproblematisch sind.

Zusätzlich zu den Punkten für den kommunikativen Erfolg kreuzt die Untersucherin kurz die verwendete Modalität (*mündlich / Ergebnisblatt*) an. Und sie kreuzt ihre Einschätzung an, ob die Patientin von der Wiederholung der Aufgabe, von der gestischen und der von zeichnerischen Darstellung des Zielobjekts profitiert hat.

**Abbruchkriterien:** Sollte die Patientin die Instruktionen der Untersucherin offensichtlich nicht verstehen und beide Warm-up-Items nach allen vorgegebenen Feedbacks nicht zeigen können, wird dieser Untertest möglichst unspektakulär beendet. Die Äußerung der Untersucherin *Wir versuchen mal eine andere Aufgabe!* bezieht sich dann nicht auf das erste Item in diesem ersten Untertest, sondern die Untersucherin geht in diesem Falle zur Instruktion des zweiten Untertests über.

Quantitative Bewertungskriterien für den ersten Untertest	
Punkte	Kommunikativ-pragmatische und sprachliche Leistungen
5	Zielobjekt auf Anhieb richtig.
4	Zielobjekt nach Wiederholung des Stimulussatzes und der allgemeinen Frage richtig.
3	Zielobjekt nach Vorgabe der Geste richtig.
2	Zielobjekt nach Vorgabe einer Zeichnung richtig.
1	Nach allgemeiner Aufforderung, Geste und Zeichnung falsch oder keine Reaktion.
0	Ohne aufmerksame und zielgerichtete Zuwendung zur Aufgabe.

Tabelle 6: Quantitative Bewertungsprinzipien für den ersten Untertest

## 4.2 Referieren auf Alltagsobjekte

**Vorgehen:** Es wird ein Stapel mit 8 Strichzeichnungen von Alltagsobjekten in der vorgegebenen Reihenfolge für den zweiten Untertest auf den Tisch gelegt (siehe Untersuchungsteil). Die Abbildungen zeigen nach unten. Grundsätzlich liegen immer ein Blatt Papier und ein Stift für Kompensationsstrategien bereit. Die (schriftlich vorgegebene) Instruktionen der Untersucherin lautet: *Ich möchte Sie bitten, von diesem Stapel von oben jeweils eine Karte zu ziehen, ohne dass ich sie sehen kann. Anschließend teilen Sie mir bitte mit, was dort abgebildet ist. Wenn Sie das Objekt nicht benennen können, versuchen Sie es zu umschreiben, etwas aufschreiben oder zu zeichnen. Sie können alles probieren. Vielleicht können Sie auch eine Geste oder typische Bewegung machen. Bitte nehmen Sie jetzt die erste Karte.*

Die Instruktion kann hinsichtlich des sprachlichen Niveaus und der Komplexität der Anweisungen je nach Schweregrad der aphasischen Symptomatik an die Sprachverständnisleistungen leicht angepasst werden. Außerdem gibt es wieder 2 Warm-up-Items, mit denen das Vorgehen eingeübt werden soll.

Sollte die geforderte Referenz auf das Zielobjekt nicht auf Anhieb gelingen, beginnt ein Untersuchungsdiskurs zwischen der Untersucherin und der Patientin, dessen Ablauf genau vorgegeben ist.

**Erste Hilfsstufe:** Für den Fall, dass die Referenz auf das gezeichnete Objekt uneindeutig oder falsch ist, reagiert die Untersucherin mit dem *allgemeinen Feedback* dieser Hilfsstufe (schriftlich vorgegeben): *Was ist denn dort abgebildet? oder Ich hab's noch nicht verstanden. Vielleicht versuchen Sie es einmal anders?*

**Zweite Hilfsstufe:** Gelingt die Referenz auf das Zielobjekt nach dieser allgemeinen Rückmeldung der ersten Hilfsstufe noch immer nicht erfolgreich, folgt ein *spezifisches Feedback*. Dafür gibt es zwei Optionen: Äußert die Patientin bereits etwas, worauf sich die Untersucherin konkret beziehen kann, fragt sie diesbezüglich genauer nach. Äußert die Patientin beispielsweise etwas, das auf eine *Reise* hinweist, wird sie fragen: *Benutzt man es beim Reisen?* Gibt es einen so konkreten Hinweis noch nicht, motiviert sie die Patientin, die Referenz auf das Objekt in einer anderen Modalität zu probieren: *Versuchen Sie doch mal, eine passende Geste zu machen.* Natürlich kann sie hier auch Äußerungen in der schriftlichen oder zeichnerischen Modalität vorschlagen.

**Dritte Hilfsstufe:** Bleiben die Referenzversuche der Patientin weiterhin unverständlich, kann die Untersucherin auf dieser dritten Hilfsstufe aufgrund der Äußerungsfragmente der Patientin konkrete Hypothesen dazu formulieren. Beispielsweise fragt sie: *Meinen Sie einen Koffer?* Oder wenn die Hinweise noch nicht so konkret sind. *Kann man darin etwas mitnehmen?* Dann könnte die Patientin sagen: „*Ja, ein Koffer.*“ Wenn für eine solche Hypothese aber kein ausreichender Hinweis vorliegt, schlägt die Untersucherin der Patientin entweder vor, die Zeichnung noch etwas deutlicher zu gestalten oder noch einmal eine andere Modalität zu probieren: *Können Sie versuchen, etwas zu schreiben?* Sollte das noch immer nicht zu einer verwertbaren Lösung der Aufgabe führen, leitet die Untersucherin zur nächsten Aufgabe über, indem sie freundlich sagt: *Wir versuchen mal das Nächste!*

Quantitative Bewertungskriterien für den zweiten Untertest	
Punkte	Kommunikativ-pragmatische Leistungen
5	Zielobjekt auf Anhieb richtig.
4	Zielobjekt nach erstem allgemeinen Feedback richtig.
3	Zielobjekt nach erstem spezifischen Feedback richtig.
2	Zielobjekt nach zweitem spezifischen Feedback richtig.
1	Trotz mehrerer Feedbacks nur unverständlich kommuniziert.
0	Ohne aufmerksame und zielgerichtete Zuwendung zur Aufgabe.

Tabelle 7: Quantitative Bewertungskriterien für den zweiten Untertest



**Quantitative Leistungsbewertung:** Die Leistung der Patientinnen wird auch in diesem Untertest quantitativ in Analogie zu den allgemeinen Bewertungskriterien vorgenommen (siehe Tabelle 7).

Die Untersucherin kreuzt die Punkte für den kommunikativen Erfolg in den einzelnen Aufgaben an und darüber hinaus auch die verwendete Modalität (*mündlich, schriftlich, zeichnerisch, gestisch*). Dann kreuzt sie an, wie die Patientin ihrer Einschätzung nach von den einzelnen Hilfsstufen profitiert hat.

**Bewertungsbeispiele:** Nehmen wir exemplarisch das Untersuchungs-Item *Hammer*. Sagt die Patientin eindeutig *“Hammer”*, oder schreibt *“Hammer”* auf oder zeichnet einen gut erkennbaren *“Hammer”*, ist die geforderte Referenz auf dieses Alltagsobjekt im Sinne der Aufgabenkonstruktion erfolgreich und die Untersucherin gibt zu verstehen, dass sie verstanden hat. Dafür gibt es 5 Punkte und die Patientin kann die nächste Karte ziehen.

Wenn die Patientin allerdings zögert oder lexikalisches Suchverhalten zeigt (z.B. *“äh, ja, äh also...äh... soo”*) oder ein Stellvertreterwort wie *“Ding”* äußert, geht die Untersucherin auf die erste Hilfsstufe und sagt (wie vorgegeben): *Was ist denn dort abgebildet?* oder *Ich hab’s noch nicht verstanden*. Wenn die Patientin nach dieser zusätzlichen Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Aufgabe und auf das Zielobjekt antwortet: *“Hammer”*, oder *“so ein Hammer”* oder *“das ist doch ein Hammer”*, bekommt sie für diese korrekte Referenz nach allgemeinem Feedback 4 Punkte. Auch wenn sie nach der ersten Hilfsstufe auf das bereitliegende Blatt Papier *“Hammer”* schreibt oder einen *“Hammer”* gut erkennbar zeichnet, bekommt sie 4 Punkte.

Äußert die Patientin, nachdem sie die Karte gezogen hat, beispielsweise ohne spezifizierende Ergänzung eine phonematische Paraphrasie wie *“Himmer”*, eine semantische Paraphrasie wie *“Axt”* oder einen Neologismus wie *“Weital”*, reagiert die Untersucherin nach den Vorgaben der ersten Hilfsstufe (allgemeines Feedback), indem sie sagt, sie habe es noch nicht verstanden, das sei noch nicht richtig gewesen oder sie äußert die Aufforderung, es noch einmal zu versuchen.

Erfahrungsgemäß verwenden Patientinnen bei der Referenz auf das Alltagsobjekt *Hammer* bei Schwierigkeiten wiederholt eine nonverbale Geste, als hätten sie einen Hammer in der Hand, mit dem sie schlagen (vgl. Goldenberg, 2011, Seite 87: *“Enger Zylindergriff oder Lateralgriff, Schlagbewegung aus dem Ellenbogen”*). Das allein reicht für eine eindeutige Referenz noch nicht aus. Aber beispielsweise zusammen mit der phonematischen Paraphrasie *“Himmer”* ist diese Pantomime mit der Schlagbewegung in der Regel ausreichend, um auf der zweiten Hilfsstufe durch spezifisches Feedback zurückfragen zu können, ob ein *Hammer* gemeint sei. Bejaht die Patientin dies verbal oder nonverbal eindeutig, bekommt sie dafür 3 Punkte. Das ist auch der Fall, wenn die Patientin dann sagt: *„So zum Nagel reinschlagen“*. Hier kann auf der zweiten Hilfsstufe konkret nachgefragt werden, ob ein *Hammer* gemeint ist, und bei Zustimmung werden 3 Punkte vergeben.

In dem Fall, dass die Untersucherin nach der ersten Hilfsstufe (allgemeines Feedback oder Aufforderung, es noch einmal zu probieren) und nach der zweiten Hilfsstufe (erstes spezifisches Feedback oder Aufforderung zu einer anderen Modalität) aufgrund der Äußerungen der Patientin noch immer nicht sicher sein kann, um welches

Alltagsobjekt es sich handelt, wird sie auf der dritten Hilfsstufe entweder noch mal eine Hypothese äußern oder zu einer zeichnerischen Lösung auffordern. Ist das erfolgreich, weil die Patientin dann z.B. einen Hammer zeichnet, bekommt die Patientin für diese Referenz 2 Punkte.

Sollte dieser Versuch aber auch nicht dazu führen, dass die Untersucherin den *Hammer* trotz all der vorangegangenen Hilfestellungen und Äußerungsversuche erkennen kann, erhält die Patientin für ihre kommunikativen Bemühungen einen Punkt.

Nur wenn sich eine sehr schwer beeinträchtigte Patientin der Aufgabe gar nicht aufmerksam oder zielgerichtet zuwendet, bekommt sie keinen Punkt.

**Abbruchkriterien:** Auch der zweite Untertest wird abgebrochen, wenn die Patientin die Instruktionen offensichtlich nicht versteht und die Warm-up-Items nicht löst bzw. wenn sie drei aufeinander folgende Untersuchungsitems nicht löst (pro Item nur einen Punkt oder weniger erhält).

### 4.3 Basale kommunikative Handlungen: Zustimmung/Verneinung

**Vorgehen:** Die Untersucherin trägt die Instruktion (schriftlich vorgegeben) wie immer sachlich vor: *Ich stelle Ihnen jetzt einige Fragen und möchte Sie bitten, mit „ja!“ oder „nein!“ zu antworten. Sie können auch mit dem Kopf schütteln oder nicken. Wenn Ihnen das schwer fällt, dürfen Sie auch auf diesen Antwortbogen zeigen.*

Dann beginnt die Untersucherin mit den Warm-up-Items. Sie fragt: *Habe ich heute eine rote Hose an?* Wenn die Patientin nun je nach der erfragten Kleidungsfarbe korrekt mit „ja“ oder „nein“ antwortet, ist die Aufgabe auf Anhieb gelöst und die Durchführung der Testitems des dritten Untertests kann beginnen. Sollte sich die Patientin aber zögerlich verhalten oder gar auf dem Ja-Nein-Antwortblatt uneindeutig oder falsch zeigen, beginnt die Untersucherin den Untersuchungsdiskurs mit den Hilfsstufen.

Kann die Patientin auf die Frage der ersten Aufgabe verbal, nonverbal durch Kopfschütteln oder Nicken oder auf andere Weise sowie durch Zeigen auf dem Antwortblatt nicht eindeutig zustimmen oder verneinen, beginnt die Untersucherin mit der ersten Hilfsstufe den Untersuchungsdiskurs.

**Erste Hilfsstufe:** Für das allgemeine Feedback wiederholt die Untersucherin die Frage der Aufgabenstellung; beim ersten Untersuchungsitem würde sie fragen: *Können Sie mir sagen, ob Sie gerade eine Armbanduhr tragen?* (Achtung: beim allgemeinen Feedback noch nicht auf den Arm schauen oder zeigen). Hier muss die Untersucherin die Faktenlage in der Untersuchungssituation beachten; die Patientin kann eine Uhr tragen oder nicht.

Kann die Patientin auf die Frage der ersten Hilfsstufe korrekt antworten, geht die Untersucherin zur nächsten Aufgabe weiter. Reagiert die Patientin weiterhin zögerlich oder fehlerhaft, geht die Untersucherin zur zweiten Hilfsstufe über.

**Zweite Hilfsstufe:** Hier weist die Untersucherin konkret auf den semantischen Kontext hin; in unserem Beispiel mit der Armbanduhr sagt sie: *Schauen Sie mal auf ihren Arm. Tragen Sie eine Armbanduhr?* Wenn das für die Patientin nicht hilfreich ist, geht die Untersucherin zur dritten Hilfsstufe über.

**Dritte Hilfsstufe:** Jetzt wird auch deiktisch auf den semantischen Kontext verwiesen, indem die Untersucherin in unserem Beispiel mit der *Armbanduhr* auf das Handgelenk der Patientin zeigt und sie auffordert: *Schauen Sie einmal auf ihren Arm. Tragen Sie eine Armbanduhr?*

**Quantitative Leistungsbewertung:** Da die Zustimmungen oder Verneinungen entweder richtig oder falsch sind, gibt es für die quantitative Bewertung wenig Spielraum. Die Untersucherin nimmt sie nach den in Tabelle 8 dargestellten Kriterien vor und kreuzt die entsprechende Punktzahl (5 bis 0) auf dem Protokollbogen an.

Quantitative Bewertungskriterien für den dritten Untertest	
Punkte	Kommunikativ-pragmatische und sprachliche Leistungen
5	Zustimmung oder Verneinung auf Anhieb richtig.
4	Zustimmung oder Verneinung nach Wiederholung der Frage richtig.
3	Zustimmung oder Verneinung nach erstem spezifischem Feedback richtig.
2	Zustimmung oder Verneinung nach zweitem spezifischem Feedback richtig.
1	Trotz mehrerer Feedbacks keine Reaktion oder falsch.
0	Ohne aufmerksame und zielgerichtete Zuwendung zur Aufgabe.

Tabelle 8: Quantitative Bewertungskriterien für den dritten Untertest

Die Untersucherin kreuzt dann zusätzlich zu den Punkten für den kommunikativen Erfolg in den Aufgaben die verwendete Modalität an und ihre Einschätzung, ob die Patientin von der Wiederholung der Frage profitiert hat, von dem verbalen Hinweis auf den semantischen Kontext des Zielobjekts oder dem entsprechenden deiktischen Hinweis.

**Bewertungsbeispiele:** Antwortet die Patientin verbal oder nonverbal korrekt oder zeigt auf dem Ja-Nein-Antwortblatt auf Anhieb richtig, erhält sie 5 Punkte. Es gibt die Beobachtung, dass Patientinnen die Frage mehrfach wiederholen, ohne dadurch in eine brauchbare Antwortmodalität zu kommen. Nach den angegebenen Kriterien ist dadurch die Möglichkeit für eine Bewertung mit fünf Punkten nicht gegeben. Die Untersucherin wird in dem Fall auf der ersten Hilfsstufe ein allgemeines Feedback beginnen und die Frage wiederholen. Kann die Patientin daraufhin korrekt zustimmen oder verneinen, werden für die erfolgreiche Antwort vier Punkte vergeben. Gelingt der Patientin das nicht oder ihre Zustimmung oder Verneinung ist nicht eindeutig, weil sie beispielsweise „ja“ sagt und auf dem Antwortblatt auf das *Nein* zeigt, geht die Untersucherin zur zweiten Hilfsstufe über.

Bei diesem ersten spezifischen Feedback auf der zweiten Hilfsstufe weist die Untersucherin auf den semantischen Kontext hin; z.B. im 4. Test-Item: *Schauen Sie mal*

zum Fenster! Ist das Fenster offen? Gelingt es der Patientin daraufhin tatsächlich korrekt zu antworten (vielleicht tatsächlich nach einem Blick zum Fenster), werden 3 Punkte vergeben.

Wenn diese Hilfe für die Patientin nicht genützt hat, geht die Untersucherin zur dritten Hilfsstufe über. Dabei zeigt die Untersucherin in unserem Beispiel mit der Armbanduhr auf das Handgelenk der Patientin und fragt dabei, ob sie eine Armbanduhr trägt. Antwortet die Patientin jetzt verbal oder nonverbal korrekt, werden 2 Punkte vergeben. Gelingt aber immer noch keine korrekte und eindeutige Zustimmung oder Verneinung, gibt es einen Punkt für die Bemühungen. Wendet sich die Patientin der Aufgabe gar nicht aufmerksam oder zielgerichtet zu, wird kein Punkt vergeben.

**Abbruchkriterien:** Auch der dritte Untertest wird abgebrochen, wenn die Patientin die Instruktionen offensichtlich nicht versteht und alle drei Warm-up-Items nicht lösen kann bzw. wenn sie drei aufeinander folgende Untersuchungsitems nicht löst (pro Item nur einen Punkt oder weniger erhält).

#### 4.4 Vermitteln persönlicher Informationen

**Vorgehen:** Die Untersuchung beginnt mit der Instruktion durch die Untersucherin (schriftlich vorgegeben): *Ich stelle Ihnen jetzt einige Fragen zu ihrer Person. Wenn Sie die Antwort nicht sagen können, können Sie auch versuchen, etwas zu schreiben, zu zeichnen oder mir etwas zu zeigen. Sie können auch Ihr Kommunikationsbuch, Ausweise oder Ihr Handy usw. benutzen, wenn Sie es bei sich haben.*

Die Untersucherin fordert die Patientin also nicht nur dazu auf, ggf. etwas im Raum zu zeigen, sondern ggf. explizit andere Möglichkeiten zu benutzen; deren Verwendung ist in KOPS durchaus erwünscht. Papier und Stift liegen ohnehin für die Patientin bereit.

Die Aufgaben dieses Untertests sind durch ihre Alltagsnähe leicht durchschaubar und verständlich. Nachdem die Patientin in den ersten 3 Untertests das Prinzip des dialogischen Vorgehens und ihre Rolle in dieser Untersuchung kennengelernt hat, haben wir aus zeitökonomischen Gründen auf ein Warm-up-Item verzichtet und beginnen direkt mit dem ersten Untersuchungsitem, indem die Untersucherin die erste Frage stellt: *Wie ist Ihr Vorname?* Gelingt der Patientin die Beantwortung der Frage, nimmt die Untersucherin die Antwort freundlich zur Kenntnis und setzt die Untersuchung mit dem folgenden Item fort.

Gelingt die Beantwortung einer Frage nicht auf Anhieb, beginnt der Untersuchungsdiskurs zwischen der Untersucherin und der Patientin, dessen Ablauf wie folgt fest vorgegeben ist:

**Erste Hilfsstufe:** Reagiert die Patientin auf die gestellte Frage uneindeutig oder sind ihre Kommunikationsversuche nicht erfolgreich, hilft die Untersucherin mit einem allgemeinen Feedback weiter, indem sie die Frage in der schriftlich vorgegebenen Form noch einmal stellt (am Beispiel des ersten Test-Items: *Können Sie mir sagen, wie Ihr Vorname ist?*). Wie immer ist auch hier wichtig, dass noch nicht konkret auf die Äußerungen der Patientin eingegangen wird.

**Zweite Hilfsstufe:** Führt das allgemeine Feedback nicht zu der korrekten Äußerung des Vornamens, bittet die Untersucherin die Frage schriftlich zu beantworten: *Versuchen Sie mal, es aufzuschreiben.*

**Dritte Hilfsstufe:** Gelingt der Patientin auch nach der zweiten Hilfsstufe die Beantwortung der Frage nicht, wird sie von der Untersucherin gefragt, ob Sie die Antwort der Frage anhand von Unterlagen, die sie bei sich hat, oder einem digitalen Medium zeigen kann. Am Beispiel des ersten Items: *Haben Sie etwas dabei, worauf Sie Ihren Vornamen zeigen können?* Dadurch erhält die Patientin die Möglichkeit, die Fragen zu beantworten, indem sie auf etwas zeigt.

Nicht alle Patientinnen sind nach ihrer Erkrankung im Umgang mit den digitalen Medien so sicher wie zuvor gewohnt. Sollte sie deshalb sehr lange mit der Bedienung des Gerätes oder bei der Suche nach den Inhalten beschäftigt sein, wird die Untersucherin sie freundlich auffordern, eine andere Modalität zu probieren. Das ist auch der Fall, wenn die Patientin sehr lange erfolglos in Zetteln oder dem Kommunikationsbuch blättert. Hier ist die therapeutische Kompetenz der Untersucherin gefragt einzuschätzen, wie erfolgreich diese Versuche sein können. Wie im Alltag unterliegen diese Möglichkeiten auch in der KOPS-Untersuchung einer Zeitökonomie.

**Quantitative Leistungsbewertung:** Die quantitative Bewertung der Leistungen der Patientinnen erfolgt anhand der in Tabelle 9 dargestellten Kriterien.

Quantitative Bewertungskriterien für den vierten Untertest	
Punkte	Kommunikativ-pragmatische und sprachliche Leistungen
5	Auf Anhieb richtig.
4	Nach Wiederholung der Frage richtig.
3	Nach erstem spezifischem Feedback richtig.
2	Nach zweitem spezifischem Feedback richtig.
1	Trotz mehrerer Feedbacks und Äußerungsversuche nicht erfolgreich.
0	Ohne aufmerksame und zielgerichtete Zuwendung zur Aufgabe.

Tabelle 9: Quantitative Leistungsbewertungen für den vierten Untertest

Auch hier kreuzt die Untersucherin zusätzlich zu den Punkten für den Kommunikationserfolg in den einzelnen Aufgaben die verwendete Modalität (*mündlich, schriftlich, zeichnerisch, gestisch*) an. Außerdem kreuzt sie ihre Einschätzung dazu an, ob die Patientin von der Wiederholung der Frage profitiert hat, von der Aufforderung zur schriftlichen Modalität und der, das Zielwort auf dem Handy oder mitgeführten Unterlagen zu zeigen.

**Bewertungsbeispiele:** Nehmen wir exemplarisch das erste Untersuchungsitem, in welchem nach dem Vornamen der Patientinnen gefragt wird. Wenn die Patientin ihren

Vornamen nennt, verständlich aufschreibt oder ihren Vornamen anhand eines Dokumentes (wie z.B. auf ihrem Führerschein) oder mithilfe eines digitalen Mediums (wie z.B. auf ihrem Handy, einem Tablet oder einer elektronischen Kommunikationshilfe) eindeutig zeigt, erhält sie dafür die maximale Punktzahl (5 Punkte).

Kommuniziert die Patientin ihren Vornamen nach dem allgemeinen Feedback korrekt, erhält sie dafür 4 Punkte. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn sie erst auf die wiederholte Frage der Untersucherin antwortet oder wenn sie nach der ersten Hilfsstufe den ersten Kommunikationsversuch korrigiert und ihren Vornamen dann verständlich nennt, aufschreibt oder zeigt.

Drei Punkte werden vergeben, wenn es der Patientin nach der zweiten Hilfsstufe gelingt, ihren Vornamen korrekt mitzuteilen. Dazu kann es zum Beispiel kommen, wenn sie ihren Vornamen nach der ersten Hilfsstufe nur unverständlich ausspricht, ihn aber nach der zweiten Hilfsstufe verständlich aufschreibt. Ebenso können drei Punkte vergeben werden, wenn eine Patientin beispielsweise die erste Silbe ihres Vornamens aufschreibt und weitere Silben mündlich ergänzt oder wenn sie dann auf die Idee kommt, ihren Vornamen doch auf einem Dokument zu zeigen.

Referiert die Patientin nach der dritten Hilfsstufe erfolgreich auf ihren Vornamen, erhält sie zwei Punkte. Das trifft beispielsweise zu, wenn es der Patientin im bisherigen Verlauf weder verbal noch schriftlich gelungen war, ihren Vornamen mitzuteilen, und ihn nach Aufforderung durch die Untersucherin beispielsweise auf ihrem Personalausweis oder ihrem Handy zeigt.

Einen Punkt erhält eine Patientin, wenn es ihr trotz aller Feedbacks und Hilfsstufen nicht gelingt, ihren Vornamen verständlich mitzuteilen, sie jedoch Kommunikationsversuche unternimmt und beispielsweise auf ihrem Personalausweis ergebnislos nach ihrem Vornamen sucht oder stattdessen auf die Straße und den Wohnort ihrer Adresse zeigt. Nur wenn sie sich der Aufgabe gar nicht zuwendet, werden keine Punkte vergeben.

**Abbruchkriterien:** Ein Abbruch des Untertests erfolgt, wenn die Patientin die Instruktionen offensichtlich nicht versteht und drei aufeinander folgende Untersuchungsitems nicht löst (pro Item nur einen Punkt oder weniger erhält). Das heißt, in diesem Untertest werden die ersten drei Untersuchungsitems auf jeden Fall durchgeführt.

#### 4.5 Vermitteln allgemeiner Informationen

**Vorgehen:** Die Untersuchung mit diesem Untertest beginnt mit folgender Instruktion (schriftlich vorgegeben): *Ich stelle Ihnen jetzt einige Fragen. Wenn Sie die Antwort nicht sagen können, können Sie auch versuchen, etwas zu schreiben, zu zeichnen, mir etwas zu zeigen oder es mir anders mitteilen. Sie können auch ein Kommunikationsbuch, andere mitgebrachte Unterlagen, Ihr Handy oder ein anderes digitales Gerät verwenden.*

Der Untertest unterscheidet sich im Ablauf formal kaum vom vierten Untertest, deshalb haben wir auch hier auf ein Warm-up-Item verzichtet. Es wird direkt mit dem ersten Untersuchungsitem begonnen; die Untersucherin stellt die erste Frage (schriftlich vorgegeben): *In welcher Stadt haben Sie Ihre Ausbildung gemacht?* Gelingt der Patientin

die Beantwortung, nimmt die Untersucherin diese Antwort freundlich entgegen und setzt die Durchführung des Untertests mit der Frage des folgenden Items fort.

Gelingt die Beantwortung dieser Frage nicht auf Anhieb, beginnt der Untersuchungsdiskurs zwischen der Untersucherin und der Patientin, dessen Ablauf wie folgt vorgegeben ist.

**Erste Hilfsstufe:** Beantwortet die Patientin die Frage nicht auf Anhieb korrekt, weil sie z.B. gar nicht reagiert oder mitteilt, dass sie die Frage nicht beantworten kann, beginnt die Untersucherin mit dem allgemeinen Feedback. In dessen Rahmen wird die ursprüngliche Frage in leicht abgewandelter Form (schriftlich vorgegeben) noch einmal wiederholt; beispielsweise beim ersten Item: *Können Sie mir sagen, wo Sie Ihre Ausbildung gemacht haben?* Wichtig ist, dass die Untersucherin hier noch nicht konkret auf die Äußerungen der Patientinnen eingeht.

**Zweite Hilfsstufe:** Ist die Patientin auch nach der ersten Hilfsstufe nicht erfolgreich, führt die Untersucherin den Untersuchungsdiskurs mit der zweiten Hilfsstufe fort. Hierfür gibt es verschiedene Möglichkeiten:

Liefert die Patientin noch keine konkreten Hinweise für eine Antwort, weil sie z.B. mitteilt, dass sie die Antwort nicht sagen kann oder lexikalisches Suchverhalten zeigt, kann die Untersucherin eine semantische Eingrenzung erfragen, indem sie beispielsweise fragt: *Liegt die Stadt hier in der Nähe?*

Gibt es aber bereits erste Hinweise auf die Antwort, versucht die Untersucherin dies mit einer geeigneten Frage zu spezifizieren. Hat die Patientin beispielsweise geäußert, dass es sich um eine große Stadt handelt, in der sie ihre Ausbildung gemacht hat, kann die Untersucherin z.B. fragen, ob es sich um die Hauptstadt des Bundeslandes handelt, um so die zur Auswahl stehenden Städte einzugrenzen.

Quantitative Bewertungskriterien für den fünften Untertest	
Punkte	Kommunikativ-pragmatische und sprachliche Leistungen
5	Auf Anhieb richtig.
4	Nach Wiederholung der Frage richtig.
3	Nach erstem spezifischem Feedback richtig.
2	Nach zweitem spezifischem Feedback richtig.
1	Trotz mehrerer Feedbacks und Äußerungsversuche nicht erfolgreich.
0	Ohne aufmerksame und zielgerichtete Zuwendung zur Aufgabe.

Tabelle 10: Quantitative Leistungsbewertung für den fünften Untertest

**Dritte Hilfsstufe:** Diese Hilfsstufe kommt zum Einsatz, wenn es der Patientin auch nach der ersten spezifischen Rückmeldung nicht gelungen ist, die jeweilige Frage zu beantworten. Auch dafür gibt es verschiedene Möglichkeiten:

Äußert sich die Patientin noch immer nicht so, dass die Untersucherin Anhaltspunkte für eine Hypothese hat, motiviert sie die Patientin, die Beantwortung der Frage schriftlich oder zeichnerisch zu probieren. Hat die Patientin diese Modalität bereits verwendet, schlägt die Untersucherin an dieser Stelle eine weitere Modalität vor.

Wenn es der Patientin nach der zweiten Hilfsstufe gelungen ist, ihre Antworten so weit zu spezifizieren, dass die Untersucherin eine Hypothese dazu äußern kann, versucht sie eine Stadt vorzuschlagen, in der die Patientin ihre Ausbildung gemacht haben könnte; sie fragt z.B., ob es *Berlin* ist, weil sie zusätzlich noch einen *Bären* gezeichnet hat.

**Quantitative Leistungsbewertung:** Die quantitative Bewertung der Leistung erfolgt in diesem Untertest nach den folgenden Bewertungskriterien (vgl. Tabelle 10).

Dann kreuzt die Untersucherin auch hier zusätzlich zu den Punkten für den Kommunikationserfolg in den einzelnen Aufgaben die verwendete Modalität (*mündlich, schriftlich, zeichnerisch, gestisch*) an. Darüber hinaus schätzt sie noch ein, von welcher Hilfsstufe die Patientin profitiert hat.

**Bewertungsbeispiele:** Nehmen wir als Beispiel die Frage nach der Stadt, in der die Patientin ihre Ausbildung absolviert hat. Die Patientin erhält 5 Punkte, wenn sie den Namen der Stadt auf Anhieb verständlich vermittelt. Dabei spielt es keine Rolle, ob sie die Stadt mündlich benennt, den Namen der Stadt aufschreibt oder auf irgendeine eindeutige Weise zeigt. Die Untersucherin entscheidet vor dem Hintergrund ihrer therapeutischen Kompetenz, ob der Name der Stadt erkennbar ist.

Es werden 4 Punkte vergeben, wenn der Patientin nach der ersten Hilfsstufe eine erfolgreiche Referenz gelingt. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die Patientin zunächst lexikalisches Suchverhalten zeigt, aber nach Wiederholung der leicht abgewandelten Frage im allgemeinen Feedback (*Können Sie mir sagen, wo Sie ihre Ausbildung gemacht haben?*) eine verständliche Antwort äußert.

Die Untersucherin kreuzt 3 Punkte an, wenn die Patientin den Namen der Stadt nach dem ersten spezifischen Feedback korrekt und verständlich äußern kann. Welche Modalität bzw. welche Kombinationen von Modalitäten sie dabei verwendet, ist unerheblich. Beantwortet die Patientin die Frage nach der dritten Hilfsstufe korrekt und verständlich, werden hierfür 2 Punkte vergeben. Das kann etwa der Fall sein, wenn die Patientin auf die von der Untersucherin geäußerte Hypothese verständlich reagiert.

Einen Punkt erhält eine Patientin, wenn es ihr trotz aller Feedbacks nicht gelingt, die Stadt ihrer Ausbildung verständlich mitzuteilen, sie jedoch kommunikative Bemühungen zeigt. Gelingt das der Patientin nicht, werden keine Punkte vergeben.

**Abbruchkriterien:** Ein Abbruch des Untertests erfolgt, wenn die Patientin die Instruktionen offensichtlich nicht versteht und drei aufeinander folgende Untersuchungsitems nicht lösen kann (pro Item nur einen Punkt oder weniger erhält). Das heißt, in diesem Untertest werden die ersten drei Untersuchungsitems auf jeden Fall durchgeführt.



#### 4.6 Komplexe kommunikative Handlungen: Einzelhandlungen

**Vorgehen:** Die Untersucherin erläutert zunächst den Aufgabentyp dieses Untertests (schriftlich vorgegeben): *Ich schildere Ihnen jetzt eine Situation, in der Sie sich äußern sollen.* Papier und Stift liegen für schriftliche und zeichnerische Äußerungen wie immer bereit. Dann liest die Untersucherin eine Situationsbeschreibung vor, z. B. *Es ist schon spät und Sie überlegen sich, ins Museum zu gehen. Sie stehen an der Museumskasse und möchten wissen, wie lange das Museum noch geöffnet ist. Stellen Sie sich vor, dass ich die Kassiererin bin, die Sie fragen möchten. Was sagen Sie?*

Die Aufgabe der Patientin ist dann, die geforderte kommunikative Handlung auszuführen und beispielsweise zu sagen: *(Guten Tag!) Wie lange hat das Museum noch geöffnet?*

Führt die Patientin die geforderte kommunikative Handlung erfolgreich aus, beendet die Untersucherin die Interaktion mit der vorgegebenen Reaktion und sagt etwa *Das Museum ist bis 20 Uhr geöffnet.*

Kommt es nach der Aufgabenstellung bei der Antwort zu Schwierigkeiten, beginnt der Untersuchungsdiskurs zwischen der Untersucherin und der Patientin, dessen Ablauf in den folgenden Hilfsstufen vorgegeben ist.

**Erste Hilfsstufe:** Kann die Patientin nicht verständlich fragen, wie lange das Museum geöffnet ist, reagiert die Untersucherin mit einem (schriftlich vorgegebenen) allgemeinen Feedback: *Ich bin noch nicht sicher, was Sie mich fragen wollen oder Können Sie es noch einmal anders probieren?*

Wichtig ist hier, dass ausschließlich dieses allgemeine Feedback gegeben und noch nicht spezifisch auf die Äußerung der Patientin eingegangen wird.

**Zweite Hilfsstufe:** Gibt es nach der Aufgabenstellung oder der ersten Hilfsstufe einen Ansatz zur Lösung, bezieht die Untersucherin ihr spezifisches Feedback in der zweiten Hilfsstufe darauf. Dabei wiederholt die Untersucherin, was sie verstanden hat und fragt anhand dieses Anhaltspunktes nach weiteren Details. Sie kann z.B. sagen: *Ich habe verstanden, dass da etwas mit der Uhrzeit ist. Worum geht es genau?*

Liegt ein solcher Ansatzpunkt nicht vor, wird diese Aufgabe abgebrochen und zum nächsten Item dieses Untertests übergegangen.

**Dritte Hilfsstufe:** Gelingt der Patientin auch nach der zweiten Hilfsstufe das erfolgreiche Ausführen der kommunikativen Handlung nicht, gibt die Untersucherin als zweites spezifisches Feedback eine festgelegte Formulierungshilfe vor, die von der Patientin noch vervollständigt werden soll; z. B. *Sie wollen fragen, wie lange das Museum ... (geöffnet hat).*

Sollte das noch immer nicht zu einer verwertbaren Lösung der Aufgabe führen, leitet die Untersucherin zum nächsten Item dieses Untertests über, indem sie freundlich sagt: *Wir versuchen mal das Nächste!*

**Quantitative Leistungsbewertung:** Die in Tabelle 11 dargestellten Kriterien zur Bewertung der kommunikativen Handlung der Patientin folgen wie in allen anderen Untertests weitgehend den allgemeinen Bewertungskriterien. Allerdings gibt es hier eine Besonderheit. Für den Fall, dass die Patientin nach dem allgemeinen Feedback nichts

äußert, worauf sich die Untersucherin in einem spezifischen Feedback beziehen könnte, geht die Untersucherin freundlich zur nächsten Aufgabe über.

Quantitative Bewertungskriterien für den sechsten Untertest	
Punkte	Kommunikativ-pragmatische und sprachliche Leistungen
5	Auf Anhieb erfolgreich.
4	Nach allgemeinem Feedback erfolgreich.
	Die Aufgabe wird abgebrochen, wenn die Patientin nach dem allgemeinen Feedback nichts äußern kann, worauf die Untersucherin ihre spezifischen Rückmeldungen beziehen könnte (0 oder 1 Punkt).
3	Nach erstem spezifischen Feedback erfolgreich.
2	Nach zweitem spezifischen Feedback erfolgreich.
1	Trotz einem oder mehrerer Feedbacks nicht erfolgreich.
0	Ohne aufmerksame und zielgerichtete Zuwendung zur Aufgabe.

Tabelle 11: Quantitative Bewertungsprinzipien für den sechsten Untertest

Über die Punkte für den kommunikativen Erfolg hinaus kreuzt die Untersucherin auch hier wieder die verwendete Modalität (*mündlich*, *schriftlich*, *zeichnerisch*, *gestisch*) an. Und sie kreuzt ihre Einschätzung an, ob die Patientin von dem allgemeinen Feedback oder der Aufforderung profitiert hat, es anders zu versuchen, und von der Aufforderung zur semantischen Spezifizierung und der Vorgabe einer zu vervollständigenden Äußerung.

**Bewertungsbeispiele:** Nehmen wir das Beispiel der Einladung zur Geburtstagsparty (Item 1). Lädt die Patientin mündlich, schriftlich, gestisch, zeichnerisch oder mit einer Modalitätenkombination erfolgreich ein, erhält sie dafür 5 Punkte. Wichtig ist dabei, dass die ausgeführte kommunikative Handlung alle notwendigen Bestandteile enthält. Bei dieser Einladung sind es 3, die angegeben werden müssen: die kommunikative Handlung (*Einladung*), der Anlass (*Geburtstag*) und die Zeitangabe (*Samstagabend*).

Gelingt es der Patientin erst nach der ersten Hilfsstufe (allgemeines Feedback), die geforderte kommunikative Handlung mit allen Details erfolgreich auszuführen, erhält sie dafür 4 Punkte. Die Untersucherin reagiert auf dieser Hilfsstufe auch dann mit einem allgemeinen Feedback, wenn bei der Geburtstagspartyeinladung beispielsweise nur die Zeitangabe fehlt.

3 Punkte werden vergeben, wenn die Patientin nach dem spezifischen Feedback der Untersucherin eine korrekte Einladung mit allen 3 Bestandteilen äußern kann. Versteht die Untersucherin aber beispielsweise nur, dass sie eingeladen werden soll, fragt sie nach dem Anlass. Oder sie fragt nach dem Zeitpunkt.

Kann die Patientin auch nach dem ersten spezifischen Feedback die Aufgabe nicht lösen, folgt auf der dritten Hilfsstufe eine Formulierungshilfe. Dabei wird für die kommunikative Handlung ein Trägersatz begonnen, der nur um das performative Verb vervollständigt werden muss: Sie könnten sagen: *Ich möchte dich zu meiner Geburtstagsparty ... (einladen)*. Gelingt es der Patientin dann, diese begonnene Handlung korrekt zu Ende zu führen, erhält sie dafür 2 Punkte.

Einen Punkt erhält eine Patientin, wenn es ihr trotz aller Hilfsstufen nicht gelingt, die Geburtstagsfeier erfolgreich auszuführen, obwohl sie sich kommunikativ bemüht. Nur wenn das gar nicht der Fall ist, werden null Punkte vergeben.

Bei den Aufgaben des Untertests 6, in denen nicht face-to-face kommuniziert wird, sondern am Telefon, soll die Untersucherin so tun (Modus-des-Als-ob), als habe sie die schriftlich und nonverbal gegebenen Informationen nicht wahrgenommen. Darauf darf sie sich weder in den Feedbacks beziehen, noch soll sie diese Hinweise beim Verstehen der Einzelhandlung einbeziehen. Beharrt eine Patientin beispielsweise bei der Terminabsprache bei der Bowlingbahn darauf, dass sie den Zeitpunkt *Samstagabend* auf das Blatt Papier neben dem KOPS-Ordner geschrieben hat, kann die Untersucherin einmal pro Aufgabe (also bei den Aufgaben 1, 3 und 6) sagen: *Dies ist ein Telefongespräch*.

**Abbruchkriterien:** Wenn die Patientin nach dem allgemeinen Feedback nichts äußert, worauf die Untersucherin ihr spezifisches Feedback beziehen könnte, wird das jeweilige Item abgebrochen. Ein Abbruch des gesamten Untertests erfolgt, wenn die Patientin die Instruktionen offensichtlich nicht versteht und das Warm-up-Item nicht lösen kann (einen Punkt oder weniger erhält) oder drei aufeinander folgende Untersuchungsitems nicht lösen kann (pro Item nur einen Punkt oder weniger erhält).

#### 4.7 Komplexe kommunikative Handlungen: Rollenspiele

**Vorgehen:** Die Untersucherin liest die folgende Instruktion vor: *Ich schildere Ihnen jetzt eine Situation, in der Sie sich zu einem Thema äußern sollen.*

Sie beginnt dann mit dem Warm-up-Item und führt mit folgender Äußerung in die Situation ein, in der das Rollenspiel stattfindet: *Stellen Sie sich vor, Sie möchten mit einer Freundin ein Theater besuchen und gehen deshalb zur Vorverkaufsstelle. Sie möchten gerne 2 Karten für Romeo und Julia kaufen. Ich arbeite in dieser Vorverkaufsstelle und sage zu Ihnen: „Guten Tag! Was kann ich für Sie tun?“*

Wenn die Patientin auf diese Anrede der Untersucherin sagt: *Ich möchte gern 2 Karten für Romeo und Julia (kaufen)*, ist die Interaktion im Sinne der Konstruktion gelungen. Leistungsstärkere Patientinnen reagieren hier manchmal elaborierter und übernehmen gleich die ihnen zugewiesene Rolle, indem sie etwa sagen: *„Guten Tag! Gibt es noch Karten für Romeo und Julia? oder Kann ich 2 Karten für Romeo und Julia haben? Andere Patientinnen, die sich mit der Rollenübernahme oder den sprachlichen Anforderungen schwerer tun, erfüllen lediglich die Minimalanforderungen, indem sie sagen (Bitte) 2 Karten für Romeo und Julia. Auch hier ist die Kombination von Modalitäten möglich: Der Titel des Dramas kann aufgeschrieben oder vielleicht auf dem Handy gezeigt werden, die Anzahl der Karten kann mit 2 Fingern angezeigt werden etc. Wenn*

bei agrammatischen Äußerungen die Fakten eindeutig sind, kann auch das als erfolgreich gelten.

**Erste Hilfsstufe (allgemeines Feedback):** Sollte die Patientin nach dem Vorlesen der situativen Einbettung und der Aufgabenstellung nicht auf Anhieb angemessen reagieren und vielleicht zögern oder Schwierigkeiten signalisieren (z.B. *durch äh... ja äh, ja ich weiß nicht* etc.) geht die Untersucherin auf die erste Hilfsstufe (allgemeines Feedback) und wiederholt den Stimulus. Sie sagt: *Sie möchten 2 Karten für Romeo und Julia kaufen* und wiederholt die Frage: *Was würden Sie in der Vorverkaufsstelle sagen?*

Die Patientin könnte jetzt verständlich um die beiden Karten für Romeo und Julia bitten. Dann geht die Untersucherin zu den Interaktionsimpulsen über.

**Zweite Hilfsstufe (spezifisches Feedback):** Wenn die Reaktion auf das allgemeine Feedback kommunikativ nicht angemessen ist, geht die Untersucherin zum spezifischen Feedback über und legt die Reaktion durch eine zu vollendende Äußerung nahe: Sie könnten sagen: *„Ich möchte gern 2 Karten (für Romeo und Julia.)“* Danach geht die Untersucherin (wie oben beschrieben) zu den Interaktionsimpulsen über.

**Erster Interaktionsimpuls:** Um eine mehrgliedrige Interaktion zu elizitieren, gibt es in diesen Rollenspielaufgaben (als kleine Herausforderung) Interaktionsimpulse. Die Untersucherin sagt dann im Warm-up-Item als ersten Interaktionsimpuls: *Entschuldigung, ich hab's nicht richtig verstanden. Was soll ich tun? Um darauf angemessen zu reagieren, wird zumindest erwartet, dass die Patientin noch einmal sagt: (Bitte) geben Sie mir 2 Karten für Romeo und Julia! oder Können Sie mir 2 Karten für Romeo und Julia geben?* Wir haben es auch schon erlebt, dass Patientinnen ungeduldiger reagieren und beispielsweise sagen: *Ich hatte darum gebeten, mir 2 Karten für Romeo und Julia zu verkaufen. Wie oft soll ich das noch sagen?*

**Zweiter Interaktionsimpuls:** Die nächste Herausforderung ist der zweite Interaktionsimpuls; die Untersucherin sagt: *Bitte kommen Sie später wieder, ich mache jetzt Mittagspause.* Jetzt sollte die Patientin auf ihrer Bestellung der beiden Karten für Romeo und Julia beharren und etwa sagen: *Das darf doch wohl nicht wahr sein. Ich möchte jetzt 2 Karten für Romeo und Julia* oder weniger freundlich: *Jetzt reicht's. Bitte 2 Karten für Romeo und Julia* oder *Kann ich jetzt die Karten (für Romeo und Julia) haben?* Auch eindeutige agrammatisch verkürzte Formen und schriftliche Äußerungen können hier durchaus erfolgreich sein.

**Bewertungsbeispiele:** Wenn die Patientin ihr Anliegen eindeutig äußern konnte und auf beide Interaktionsimpulse angemessen reagiert hat, erhält sie 5 Punkte. In dem Falle kann die Untersucherin die Patientin (am Ende des Warm-up-Items) darin bestärken, sich weiterhin durchzusetzen und sich durch die Interaktionsimpulse nicht von ihrem intendierten Anliegen abbringen zu lassen. In Tabelle 12 sind Beispiele für angemessene Reaktionen auf die Rollenspielaufgaben und die Interaktionsimpulse angegeben; die Äußerungen können wegen der Aphasie verkürzt sein.

Item	Nach Aufgabenstellung und allgemeinem Feedback	Nach spezifischem Feedback	Nach Interaktionsimpuls 1	Nach Interaktionsimpuls 2
<b>Romeo und Julia</b> (Warm-up)	<i>Ich möchte gern 2 Karten für Romeo und Julia.</i>	<i>(Ich möchte gern 2 Karten) für Romeo und Julia.</i>	<i>Geben Sie mir 2 Karten für Romeo und Julia.</i>	<i>Ich bin ganz sicher, dass ich Romeo und Julia sehen möchte.</i>
<b>Fehler im Terminplan</b> (Achtung: Telefon)	<i>Nein, mein Termin bei Ihnen ist morgen. So steht es auf meinem Terminzettel.</i>	<i>(Auf meinem Terminzettel steht,) dass mein Termin morgen ist.</i>	<i>Ihr Praxisplan muss falsch sein. Kurzform: Praxisplan falsch.</i>	<i>Ich hab mich nicht vertan. So steht es auf meinem Terminzettel.</i>
<b>Es fehlt ein Knopf an der Jacke</b>	<i>Ich möchte diese Jacke gern umtauschen. Da fehlt ein Knopf.</i>	<i>(An der Strickjacke, die ich gestern gekauft habe), fehlt ein Knopf.</i>	<i>Wir werden Ihren Chef nicht brauchen. Ich möchte nur eine Jacke haben, an der kein Knopf fehlt.</i>	<i>Mich interessiert die andere Ware jetzt nicht. Tauschen Sie bitte diese Jacke um.</i>
<b>Platzreservierung im ICE</b>	<i>Kann ich mich bitte auf diesen Platz setzen, den ich reserviert habe?</i>	<i>(Entschuldigung, Sie) sitzen auf meinem Platz.</i>	<i>Ich habe den Platz reserviert und bezahlt und möchte mich dort hinsetzen.</i>	<i>Ich bestehe darauf, dass Sie meinen Platz freimachen, sonst hole ich den Schaffner.</i>
<b>Ärger in der Autowerkstatt</b>	<i>Ich habe mich darauf verlassen, dass mein Auto um 18 Uhr fertig ist.</i>	<i>(Sie hatten mir fest zugesagt, dass mein Auto) um 18 Uhr fertig ist.</i>	<i>Nein, das geht nicht! Ich brauche das Auto jetzt, um zum Arzt fahren zu können.</i>	<i>Es ist egal, wie alt mein Auto ist! Sie haben zugesagt, dass ich es um 18 Uhr abholen kann.</i>

Tabelle 12: Beispiele für angemessene Reaktionen der Patientin auf die Aufgabenstellung, die Feedbacks und die Interaktionsimpulse. Alle Formulierungen sind nur Beispiele; die Patientinnen können auch kürzer, ähnlich oder anders korrekt reagieren.

**Quantitative Leistungsbewertung:** In diesem Untertest gibt es wegen des allgemeinen und eines spezifischen Feedbacks sowie der beiden Interaktionsimpulse eine Reihe von erfolgreichen Konstellationen (gelingt, gelingt nicht, reagiert angemessen, reagiert nicht angemessen). Tatsächlich lassen sich alle Handlungen der Patientin relativ leicht zuordnen (vgl. Tabelle 13).

Beim ersten Rollenspiel (Item 1) muss die Untersucherin ebenso wie in den Aufgaben 1, 3 und 6 in Untertest 6 darauf achten, dass schriftliche oder nonverbale Äußerungen am Telefon keine kommunikative Funktion haben. Wenn die Patientin bei dem Fehler auf dem Terminzettel zeigen will, dass auf dem Terminplan ein Tag später eingetragen ist, kann die Untersucherin wieder einmal darauf aufmerksam machen: *Dies ist ein Telefongespräch!*

Die Untersucherin kreuzt die Punkte für den Kommunikationserfolg in den Aufgaben an, dann die verwendete Modalität (*mündlich, schriftlich, zeichnerisch, gestisch*), und danach ihre Einschätzung, ob die Patientin von der Wiederholung der Aufgabe und der Frage profitiert hat, und von der Vorgabe einer zu vervollständigenden Äußerung. Außerdem gibt es bei den Rollenspielaufgaben noch die Einschätzung, ob der

Sprecherwechsel gestört war und ob sich die Patientin durch die Interaktionsimpulse irritieren ließ.

Bewertungskriterien für den siebten Untertest	
Punkte	Kommunikativ-pragmatische und sprachliche Leistungen
5	Die Interaktion gelingt ohne Hilfe und die Patientin reagiert angemessen auf beide Interaktionsimpulse.
4	Die Interaktion gelingt ohne Hilfe und die Patientin reagiert angemessen auf einen Interaktionsimpuls. <b>oder</b> Die Interaktion gelingt nach allgemeiner Hilfestellung und die Patientin reagiert angemessen auf beide Interaktionsimpulse.
3	Die Interaktion gelingt nach allgemeiner Hilfestellung und die Patientin reagiert angemessen auf einen Interaktionsimpuls. <b>oder</b> Die Interaktion gelingt nach allgemeiner und spezifischer Hilfestellung und die Patientin reagiert angemessen auf beide Interaktionsimpulse.
2	Die Interaktion gelingt nach allgemeinem und spezifischem Feedback und die Patientin reagiert angemessen auf einen Interaktionsimpuls.
1	Die Interaktion gelingt nach allgemeinem und spezifischem Feedback, aber die Patientin reagiert auf keinen Interaktionsimpuls.
0	Ohne aufmerksame und zielgerichtete Zuwendung zur Aufgabe.

Tabelle 13: Quantitative Bewertungsprinzipien für den siebten Untertest

**Abbruchkriterien:** Die Durchführung dieses Untertests wird abgebrochen, wenn die Patientin die Instruktion offensichtlich nicht versteht und nicht auf die Feedbacks und die Interaktionsimpulse des Warm-up-Items erfolgreich reagiert. In diesem Falle geht die Untersucherin freundlich zum nächsten Untertest über. Außerdem wird der gesamte Untertest abgebrochen, wenn die Patientin drei aufeinander folgende Untersuchungssitems nicht lösen kann (pro Item einen Punkt oder weniger erhält).

#### 4.8 Wegbeschreibungen verstehen und rekonstruieren

**Vorgehen:** Die Untersucherin legt der Patientin eine Blankversion des Warm-up-Stadtplans vor (siehe Kopiervorlagen) und beginnt mit der Instruktion: *Ich beschreibe Ihnen jetzt einen Weg, den Sie in diesen Stadtplan einzeichnen sollen. Schauen Sie ihn sich erst einmal in Ruhe an.* Danach erläutert sie die Vorgehensweise beim Einzeichnen: *Wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Sie unsicher sind, fragen sie nach.* Zu den Äußerungen der Patientin sagt sie: *Nutzen Sie alle Möglichkeiten sich*

*mitzuteilen: Sie können umschreiben, gestikulieren, zeichnen und schreiben. Versuchen Sie, alle Möglichkeiten auszunutzen. Weil die Angaben zu rechts und links in Stadtplänen bei sich gegenüberstehenden Gesprächspartnern wegen der mentalen Drehung im Raum eine besondere Schwierigkeit darstellen kann, weist die Untersucherin zusätzlich darauf hin: Denken Sie daran, dass rechts und links immer in Fahrtrichtung angegeben wird.* Dieser Hinweis kann auf Nachfrage noch einmal kurz von der Untersucherin erklärt werden.

Dann erläutert die Untersucherin als Einstieg für diese Warm-up-Wegbeschreibung: *Beim ersten Weg werden wir nur üben, wie die Aufgaben bearbeitet werden sollen.*

Die Untersucherin beginnt mit der Warm-up-Wegbeschreibung des Untertests 8, die in 7 aufeinander aufbauende Beschreibungsschritte unterteilt ist. Diese werden nach und nach vorgelesen. Am Ende jedes Schrittes fragt die Untersucherin: *Haben Sie das?* oder *Haben Sie das verstanden?* oder *Haben Sie das eingezeichnet?* Beim Warm-up-Item wird die benötigte Bearbeitungszeit nicht berücksichtigt.

Hat die Untersucherin den Eindruck gewonnen, dass der Patientin das Prinzip dieser Aufgabe klar geworden ist, muss sie nicht alle 7 Beschreibungsschritte durchführen. Sie kann dann schon vorher zu den Test-Items übergehen. Es hat sich allerdings bewährt, dass die Untersucherin sicherheitshalber noch einen zusätzlichen Beschreibungsschritt durchführt, um insgesamt eine größere Sicherheit zu erreichen. Die Entscheidung darüber wird ins Ermessen der Untersucherin gestellt.

Für die Durchführung der beiden Test-Items erhält die Patientin jedes Mal eine Blankoversion des Testplans (siehe Kopiervorlagen), in die sie wieder jeweils einzeichnen soll, was die Untersucherin ihr schrittweise vorgibt. Die Test-Items umfassen jeweils 5 Straßen. Bei der Durchführung der Test-Items stoppt die Untersucherin die Bearbeitungszeit (mit Handy, Timer etc.). Das tut sie möglichst diskret, um keinen zusätzlichen Leistungsdruck für die Patientin aufzubauen. Die Bearbeitungszeit endet entweder nach dem erfolgreichen Einzeichnen der 5. Straße oder nach dem Abbruch dieser Aufgabe z.B. wegen der Überschreitung des Zeitlimits. Die Untersucherin notiert die gestoppte Zeit und den Namen der Patientin oben links auf dem Testplan, auf dem der beschriebene Weg eingezeichnet worden ist (z.B. *Bearbeitungszeit 130 Sekunden*).

Insgesamt sollte bei der Durchführung darauf geachtet werden, dass der kommunikative Fokus beim Wegbeschreibungsdiskurs bleibt, und nicht der Stadtplan gemeinsam analysiert wird. Die Untersucherin liest die einzelnen Schritte der Wegbeschreibungen vor, ohne die von der Patientin eingezeichneten Straßen zu kommentieren. Sie konzentriert sich stattdessen auf die Wegvorgabe im KOPS-Ordner und auf verbale und nonverbale kommunikative Handlungen der Patientin zum beschriebenen Wegverlauf.

**Hilfen:** Wenn die Patientin bei einer dieser Nachfragen wie *Haben Sie das gefunden?* oder *Haben Sie das eingezeichnet?* zurückmeldet, dass sie hier unsicher ist oder nicht erfolgreich war, wiederholt die Untersucherin den gesamten letzten Beschreibungsschritt. Sie wiederholt dabei nicht nur zur Disposition stehende einzelne Details wie Abbiegungen oder Straßennamen, sondern grundsätzlich den gesamten Beschreibungsschritt (z.B. *Fahren Sie nun durch die Schulstraße bis zum Großen Markt. Dort ist eine Kreuzung, an der Sie nach unten abbiegen. Dort ist wieder kein Straßennamen eingezeichnet. Haben Sie das?*) Eine solche Wiederholung ist pro Test-Item insgesamt

allerdings *nur zweimal* zulässig. Sollte die Patientin den Weg dadurch nicht weiterverfolgen können oder muss sie um eine dritte Wiederholung bitten, wird die Durchführung der aktuellen Aufgabe abgebrochen.

**Quantitative Leistungsbewertung:** Für die Bewertung werden (auch nach Abbruch) die unmissverständlich in den Testplan eingezeichneten Straßen gezählt (5 Straßen ergeben 5 Punkte, 4 Straßen ergeben 4 Punkte etc.).

Für die Bewertung des Test-Items 1 werden folgende 5 Straßen gezählt:

1. Hauptstraße / Arno Schmidt Weg
2. Schiller Allee
3. Kant Straße
4. Herder Straße / Straße ohne Namensangabe
5. Bert Brecht Straße

Tabelle 14: Straßen für die Wegbeschreibung des ersten Test-Items im achten Untertest.

Da die *Hauptstraße* ohne Abbiegung in den *Arno Schmidt Weg* übergeht, gelten für den Test beide Straßen als eine und werden bei erfolgreicher Einzeichnung auch mit einem Punkt bewertet. Das gilt auch für die *Herder Straße*, die in eine Straße ohne Namensangabe übergeht (zusammen ein Punkt).

Für das Test-Item 2 werden die folgenden Straßen gezählt:

1. Hamburger Straße
2. Straße ohne Namensangabe
3. Sonnenweg
4. Lönsweg
5. Thomas Straße

Tabelle 15: Straßen für die Wegbeschreibung des zweiten Test-Items im achten Untertest

Die Untersucherin kreuzt auf dem Protokollbogen für den Untertest 8 die Anzahl der richtig eingezeichneten Straßen und das Zeitfenster für die benötigte Bearbeitungszeit an. Um während der Durchführung des Screenings dem Notieren der Bearbeitungszeit nicht zu viel Aufmerksamkeit zu widmen, kann die Untersucherin das Zeitfenster auch nach der Testdurchführung ankreuzen. Insgesamt können pro Test-Item maximal 10 Punkte vergeben werden: 5 für die eingezeichneten Straßen und 5 für den Zeitbedarf.

Es passiert, dass Patientinnen eine Zielstraße korrekt einzeichnen bzw. begonnen haben, sie einzuzichnen, und dann nicht weiterwissen, weil sie die von der Untersucherin vorgelesenen Beschreibungen nicht richtig verstanden oder behalten haben. Die Regel für das Zählen der Straßen lautet: Jede in der Wegbeschreibung enthaltene Zielstraße, in welche die Patientin bereits einen sichtbaren Strich eingezeichnet hat, wird mitgezählt, auch wenn von dort aus nicht abzusehen ist, wie es weitergehen wird.

**Weitere Durchführungshinweise:** Nehmen wir an, eine Patientin hat beim ersten Test-Item den beschriebenen Weg über die von rechts kommende *Hauptstraße* und den *Arno Schmidt Weg* eingezeichnet und biegt dann nicht nach unten in die *Schiller Allee* ab, sondern fährt vorschnell darüber hinaus bis zum Goetheplatz. Wenn dann die Untersucherin fragt *Haben Sie das gefunden?* wird die Patientin Probleme haben, den Weg auf der *Schiller Allee* weiterzuführen, wie es im nächsten Beschreibungsschritt heißt: *Sie fahren auf dieser Schiller Allee weiter in Richtung Großes Tor.* Wenn



die Patientin nun mitteilt, sie wisse nicht weiter, macht es wenig Sinn, wenn die Untersucherin den zweiten Beschreibungsschritt wiederholt. Sie sollte stattdessen den ersten Beschreibungsschritt noch einmal vorgeben, damit die Patientin eine Chance hat, dort in den richtigen Weg einzufädeln.

Für den Fall, dass in der Beschreibung angegebene Zielstraßen durch einen eingezeichneten Strich von der Patientin korrekt gekennzeichnet sind, wird für sie auch dann ein Punkt gezählt, wenn der Wegverlauf durch Missverständnisse an einer anderen Stelle unterbrochen ist. Hat eine Patientin also schon beide Wiederholungen eingefordert, kann sie auch ohne die Verbindung aller Wegabschnitte, Straßen weiterer Beschreibungsschritte einzeichnen.

**Zeitbudget:** Bei den Wegbeschreibungen wird zusätzlich für die quantitative Bewertung die benötigte Zeit gestoppt; auch im Alltag werden Wegbeschreibungen kaum weitergeführt, wenn die Fragende sie mehrfach und lange nicht versteht. Sollte die Patientin mehr als 190 Sekunden für ihre Einzeichnungen benötigen, gilt die Aufgabe als nicht gelöst.

**Qualitative Beobachtungen:** Darüber hinaus kreuzt die Untersucherin an, ob bei den Wegbeschreibungen Einschränkungen bei den Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisleistungen aufgefallen sind.

**Abbruchkriterien:** Auch wenn die Untersucherin den Eindruck hat, dass es beim Instruktionsverständnis Probleme gab oder die Patientin die vorgegebene Wegbeschreibung nicht uneingeschränkt verstehen wird, sollte das Warm-up-Item dennoch durchgeführt werden. Dabei wird sich herausstellen, ob die Patientin etwas Verwertbares versteht, nachfragen oder Schwierigkeiten ausräumen kann. Sollte das nicht der Fall sein, wird die Aufgabe abgebrochen und die Untersucherin geht zum nächsten Untertest über. Für den Fall, dass die Test-Items durchgeführt werden können und es im Verlaufe dessen doch zu kommunikativen Schwierigkeiten kommt, kann die Untersucherin bei 190 Sekunden nachfragen, ob die Aufgabe noch weiterbearbeitet werden soll. Die Patientin kann hier um einen Abbruch bitten. Will die Patientin aber weiter zeichnen, wird die Aufgabe bei 220 Sekunden abgebrochen, auch wenn noch nicht alle Straßen beschrieben worden sind.

#### 4.9 Wegbeschreibungen generieren

**Vorgehen:** Auf der Seite des KOPS-Ordners, welche der Patientin zugewandt ist, ist in diesem Untertest zunächst ein Warm-up-Stadtplan abgedruckt, in den in Rot bereits ein Weg eingezeichnet ist. Die Richtung der Wegstrecke ist durch Pfeile gekennzeichnet. Die Untersucherin liest die Instruktion für diese Aufgabe vor, die auf ihrer Seite des KOPS-Ordners abgedruckt ist: *Bitte beschreiben Sie jetzt den eingezeichneten Weg auf dem Stadtplan, sodass ich ihn in meinen Plan einzeichnen kann.* Sie liest auch die Aufforderung vor: *Bitte geben Sie „links“ und „rechts“ immer in Fahrtrichtung an.* Zusätzlich gibt es auch den Hinweis: *Sie können wieder Papier und Stift für schriftliche oder zeichnerische Äußerungen nutzen.* Außerdem erläutert sie: *Wenn ich etwas nicht verstanden habe, sage ich Ihnen, bis wohin ich eingezeichnet habe und bitte Sie, dann dort noch einzusetzen.*

Dieses Warm-up-Item dient wieder allein Übungszwecken. Die Patientin soll sich mit ihrer Rolle und dem Ablauf dieser Wegbeschreibungsaufgaben vertraut machen. Auch hier muss dazu nicht die gesamte Wegstrecke erarbeitet werden. Nach den ersten erfolgreich beschriebenen Straßen kann die Untersucherin zu den Test-Items übergehen, wenn sie den Eindruck gewonnen hat, dass die Patientin das Prinzip der Aufgabe verstanden hat. Die Untersucherin entscheidet auch hier, ob noch eine weitere Straße gemeinsam bearbeitet wird, um insgesamt eine größere Sicherheit im Ablauf zu erreichen.

Die Untersucherin, die eine Blankoversion des Warm-up-Stadtplans vor sich bereitgelegt hat (siehe Kopiervorlagen), zeichnet den beschriebenen Weg zunächst verdeckt ein; d.h. sie hält das Blatt so, dass die Patientin sich auf den auf ihrer Seite des KOPS-Ordnern rot markierten Weg im Plan konzentriert und nicht auf die Nachzeichnungen der Untersucherin achten kann (es hat sich beispielsweise die Benutzung eines schräg gehaltenen Klemmbrettes bewährt). Erst am Ende dieser Warm-up-Wegbeschreibung (und nur bei dieser Warm-up-Wegbeschreibung!) deckt die Untersucherin ihre Zeichnung auf, damit die Patientin sehen kann, an welchen Stellen ihrer Beschreibung es Verständigungsprobleme gab.

Die aufgetretenen Probleme werden auf keinen Fall therapeutisch bearbeitet, denn hier geht es lediglich darum, der Patientin die Aufgabe klar zu machen.

Nach dem Warm-up-Item werden die beiden Test-Items des Untertests 9 bearbeitet. Dabei wird wieder die benötigte Zeit gestoppt. Auf der Seite des KOPS-Ordnern, welche der Patientin zugewandt ist, ist der Testplan mit der Wegbeschreibung 1 abgedruckt, und die Untersucherin nimmt eine der bereitliegenden Blankoversionen des Testplans und zeichnet (wieder verdeckt) ein, was sie von den Anweisungen der Patientin versteht. Wenn die Untersucherin nicht versteht, wie der beschriebene Weg verläuft, gibt sie an, bis wohin sie folgen konnte und bittet die Patientin, dort noch einmal mit ihren Beschreibungen einzusetzen. Ansonsten verwendet sie ausschließlich folgenden Fragen/Äußerungen:

- *Können Sie das noch einmal anders sagen?*
- *In welcher Straße bin ich jetzt? bzw. In welche Straße soll ich einbiegen?*
- *Ist dort ein Kran, ein Haus, ein Schornstein, ein Auto, eine Kirche usw.*
- *In welche Richtung soll ich fahren?*
- *Können Sie das noch einmal wiederholen?*
- *Das verstehe ich nicht.*

Die Zeichnungen der Untersucherin werden bei den Test-Items *nicht offengelegt*, sondern mit Kennzeichnung des Patientennamens und des erhobenen Zeitbedarfs dem Untersuchungsprotokoll beigelegt.

Zwischen den beiden Wegbeschreibungen der Test-Items kann es eine kleine Verschnaufpause geben!

**Leistungsbewertung:** Auch bei der Untersuchung der Fähigkeiten, eine Wegbeschreibung generieren zu können, werden die eingezeichneten Straßen gezählt und

pro Straße mit einem Punkt bewertet (5 Straßen ergeben 5 Punkte, 4 Straßen ergeben 4 Punkte etc.).

Für die Bewertung des Test-Items 1 im Untertest 9 werden folgende 5 Straßen gezählt:

1. Münchner Straße
2. Industriestraße
3. Großes Tor (unteres Teilstück)
4. Katzenberg
5. Berliner Straße

Tabelle 16: Zielstraßen für die Wegbeschreibung 1 im neunten Untertest

Für Test-Item 2 im Untertest 9 werden die folgenden Straßen gezählt:

1. Kafka Weg
2. Mozart Weg
3. Hauptstraße
4. Straße ohne Namen
5. Weinberg Straße

Tabelle 17: Zielstraßen für die Wegbeschreibung 2 im neunten Untertest

**Bewertung der Bearbeitungszeit:** Wie schon beim Untertest 8 wird auch hier diskret die benötigte Bearbeitungszeit gestoppt, nach der Tabelle der Bewertungskriterien für den Untertest 9 bewertet und entsprechend auf dem Protokollbogen angekreuzt. Das Generieren der Wegbeschreibungen dauert länger als das Verstehen und Rekonstruieren. Darum wird hier erst bei 4 Minuten 30 Sekunden abgebrochen.

**Beschreibungsbeispiel:** Nehmen wir die Wegbeschreibung 1, die mit dem Kafka Weg (erste Straße) beginnt. Wenn die Patientin diesen Straßennamen laut vorlesen kann, ist ein Anfang gemacht. Für eine zeitökonomische Beschreibung wäre es natürlich sinnvoll, wenn die Patientin noch präziser angeben könnte, wo sich dieser Kafka Weg befindet; z.B. dass er *von oben* in den Plan kommt, vielleicht noch die Angabe *neben der Kirche* oder *in der Mitte*. Ohne solche Angaben würde die Untersucherin eine Weile suchen müssen, bis sie den Einstieg findet. Da die Untersucherin die erste Straße in der Regel kennen wird, geben wir vor, dass sie zu Beginn der Wegbeschreibung ohne genauere Spezifizierung der Patientin zu deren Lage auf dem Stadtplan *5 Sekunden warten* soll, ehe sie sagt: *Ja, das habe ich*.

Die nächste Hürde könnte hier sein, dass die Abbiegung vom Kafka Weg in den Mozart Weg (zweite Straße) in Fahrtrichtung *nach links* verläuft, auf dem Plan aber von oben kommend als *nach rechts* erscheint. Hier gibt es erfahrungsgemäß oft einen Klärungsbedarf. Beschreibt die Patientin die Abbiegung in den Mozart Weg etwa *nach rechts*, muss die Untersucherin (nach den KOPS-Vorgaben) fragen: *In welche Richtung soll ich fahren?* oder sie sagt: *Das verstehe ich nicht*. Denn in Fahrtrichtung *nach rechts* ginge es ja in den *Hölderlin Ring*.

Dann geht es erfahrungsgemäß relativ problemlos in die Hauptstraße (dritte Straße), wenn die Patientin *Hauptstraße* lesen und eindeutig sagen kann. Wenn nicht, könnte es hier auch in den Arno Schmidt Weg gehen. Die Untersucherin kann fragen: *Können Sie das noch mal anders sagen?*

Von der Hauptstraße aus geht es *nach links* oder *nach oben* in die Straße ohne Namensangabe (vierte Straße). Bleibt das unklar, fragt die Untersucherin nach den

Vorgaben beispielsweise: *In welche Straße soll ich einbiegen?* Jetzt könnte die Patientin den weiteren Wegverlauf präzisieren, indem sie beschreibt, dass es in die *Straße ohne Namensangabe* gehen soll (*kein Name*), die *nach oben* oder *vor dem Hochhaus (großes Haus)* oder *in Richtung Malerwinkel abbiegt*. Die fünfte und letzte Straße dieser Wegbeschreibung ist die Weinberg Straße. Für eine Patientin mit Lesestörungen ist dieser Straßename nicht ganz einfach; es gab Lesefehler wie Weinstraße, die dennoch verstanden wurden, oder die Patientin könnte hier auch sagen: *nach rechts oben!*

Es ist vorgekommen, dass eine Patientin große Teile der Wegbeschreibung schriftlich auf dem bereitliegenden Zettel formuliert hat, weil sie lautsprachlich zu viele Unsicherheiten zeigte, Paraphasien und Parapraxen produzierte. Andere Patientinnen finden es sicherer, Abbiegungen auf dem Zettel aufzuzeichnen, weil sie hoffen, Rechts-links-Fehler zu umgehen.

**Qualitative Beobachtungen:** Nun kreuzt die Untersucherin noch an, ob bei den beiden Aufgaben zur Generierung von Wegbeschreibungen Auffälligkeiten beim Sprecherwechsel aufgefallen sind, ob die Patientin unsystematisch vorgegangen ist oder ob sie bei Schwierigkeiten dazu neigte, schnell aufzugeben.

**Abbruchkriterien:** Gewinnt die Untersucherin den Eindruck, dass die Patientin die Instruktion nicht verstanden hat und nicht in der Lage ist, eine Wegbeschreibung zu generieren, kann der Untertest 9 schon nach dem Warm-up-Item abgebrochen werden. Diese Entscheidung trifft die Untersucherin.

# 5 Protokollierung und Auswertung<sup>5</sup>

Folgende Aspekte der im KOPS untersuchten kommunikativen Handlungen werden während der Untersuchung protokolliert und im Anschluss ausgewertet:

- quantitativ der kommunikative Erfolg in den 44 Aufgaben des Screenings, der anhand von Punkten (5 bis 0) unmittelbar während der Untersuchung nach jeder Aufgabe dokumentiert wird,
- quantitativ die jeweils verwendeten Äußerungsmodalitäten, die während der Untersuchung markiert und später nach Häufigkeiten und Erfolg ausgewertet werden,
- qualitative Beobachtungen zum Kommunikationsverhalten anhand vorgegebener Verhaltensparameter.
- Optional gibt es die Möglichkeit, die Parameter zur Verwendung von Gesten und Zeichnungen anhand entsprechender Protokollbögen quantitativ zu erheben.

## 5.1 Das Deckblatt der KOPS-Protokolle

Auf dem Deckblatt der Protokolle werden in der obersten Zeile zunächst Name, Vorname und Geburtstag der Patientin eingetragen. In der zweiten Zeile stehen der Name der Untersucherin und das Untersuchungsdatum.

## 5.2 Instruktionsverständnis und Warm-up-Items auf den Protokollen für jeden Untertest

Die Protokolle enthalten pro Untertest zunächst Angaben zum Instruktionsverständnis und zum Erfolg bei den Warm-up-Items. Das heißt, dass die Untersucherin vor der Durchführung jedes KOPS-Untertests dokumentiert, dass die Patientin verstanden hat, worum es bei diesem Aufgabentyp geht und dass sie in den Warm-up-Items zu diesen Aufgaben mindestens 2 Punkte erreichen konnte.

## 5.3 Beispiel für die Dokumentation des Instruktionsverständnisses und der Leistungen bei den Warm-up-Items

In diesem Kapitel ist *als Beispiel* für die Dokumentation des Instruktionsverständnisses und der Leistungen bei den Warm-up-Items im Untertest 2 ein Protokollausschnitt abgebildet. Die Untersucherin las der Patientin zu Beginn der Untersuchung die Instruktion zum Untertest 2 vor. Sie beobachtete mehrfaches Nicken der Patientin. Dann sagte sie: *Bitte ziehen Sie die erste Karte!*

---

<sup>5</sup> In diesem Kapitel verwenden wir für die Akteure bei der KOPS-Untersuchung grundsätzlich die feminine Form: *die Patientin, die Untersucherin, usw.* (vgl. Vorwort).

Die Patientin zog die Karte mit der Strichzeichnung eines *Pinselfs* (Warm-up-Item 1) und sagte *Borstel*. Daraufhin reagierte die Untersucherin mit der Äußerung: *Darunter kann ich mir jetzt noch nicht vorstellen, was da abgebildet ist* (erste Hilfsstufe, allgemeines Feedback). Die Patientin sagte daraufhin: *Ach ja, nein, ist ...der...der... ja Pinself... der Pinself*. Die Untersucherin nickte und markierte auf der linken Seite bei den Punktwerten für die Aufgabe *Pinself* 4 Punkte (Zielobjekt nach allgemeinem Feedback richtig). Auf der rechten Seite kreuzt sie die Äußerungsmodalität *mündlich* an (siehe Tabelle 18).

Instruktionsverständnis										
<input checked="" type="checkbox"/> <b>verstanden</b>					<input type="checkbox"/> <b>nicht verstanden</b>					
2 Warm-ups (Punktwert und Modalität bitte ankreuzen)										
Items	Punktwerte					Äußerungsmodalität				
Pinself	5	<input checked="" type="checkbox"/>	3	2	1	0	<input checked="" type="checkbox"/> <i>mündlich</i>	<input type="checkbox"/> <i>schriftlich</i>	<input type="checkbox"/> <i>zeichnerisch</i>	<input type="checkbox"/> <i>gestisch</i>
Koffer	<input checked="" type="checkbox"/>	4	3	2	1	0	<input checked="" type="checkbox"/> <i>mündlich</i>	<input type="checkbox"/> <i>schriftlich</i>	<input type="checkbox"/> <i>zeichnerisch</i>	<input type="checkbox"/> <i>gestisch</i>

Tabelle 18: Beispiel für die Dokumentation des Instruktionsverständnisses und der Warm-up-Items am Beispiel der Leistungen einer Patientin im Untertest 2.

Die Patientin zog dann die nächste Karte (Warm-up-Item 2) und sagte spontan *Koffer*. Die Untersucherin kreuzte dafür 5 Punkte an (Zielobjekt auf Anhieb richtig) und markierte als Äußerungsmodalität wieder *mündlich* (siehe Tabelle 18).

Weil sie jetzt davon ausgehen konnte, dass die Patientin die Instruktion verstanden hatte, kreuzte sie oben im Feld für das **Instruktionsverständnis** *verstanden* an.

Für den Fall, dass hier *nicht verstanden* angekreuzt worden wäre und bei beiden Warm-up-Items weniger als 2 Punkte markiert wurden, wäre die Untersucherin zum nächsten Untertest weitergegangen.

#### 5.4 Der kommunikative Erfolg in den 44 KOPS-Aufgaben und die verwendeten Äußerungsmodalitäten

Die Bewertung der kommunikativen Handlungen wird anhand des KOPS-Punktesystems vorgenommen (vgl. Tabelle 6 auf Seite 31) und die Darstellung der Untertests in Kapitel 4). Die Bewertungen mit weniger als 2 Punkten geben an, dass die Probandin eine Aufgabe nicht erfolgreich bewältigt hat (1 Punkt) bzw. nicht in der Lage war, sich dieser Aufgabe überhaupt aufmerksam und zielgerichtet zuzuwenden (0 Punkte).

In einem nächsten Schritt kreuzt die Untersucherin an, welche Äußerungsmodalität die Patientin für ihre Lösungsversuche verwendet hat. In den Untertests 2, 4, 5, 6 und 7 (insgesamt 30 Aufgaben) können das die Modalitäten *mündlich*, *schriftlich*, *zeichnerisch* und *gestisch* sein.

Wenn die Patientin mehrere Modalitäten verwendet, wird nur die Modalität angekreuzt, die in dieser Aufgabe entscheidend zum kommunikativen Erfolg beigetragen hat. Weil

es in einigen Fällen nur schwer zu entscheiden ist, welche von 2 Modalitäten letztlich für den kommunikativen Erfolg verantwortlich war, können in diesen Fällen *ausnahmsweise* auch einmal beide Äußerungsmodalitäten angekreuzt werden. Führen die Bemühungen in einer Modalität nicht zu einem kommunikativen Erfolg (1 Punkt), wird diese Modalität trotzdem angekreuzt. Bei mehreren erfolglos verwendeten Äußerungsmodalitäten wird die bei der Bearbeitung zuerst gewählte angekreuzt.

Erfahrungsgemäß gibt es Patientinnen, die bei ihrer ersten Reaktion erfolglos immer dieselbe Modalität probieren (z.B. das Gestikulieren) und anschließend doch noch erfolgreich benennen können. Obwohl Gesten den Abruf des treffenden Wortes begünstigen können (vgl. Krauss, Chen & Gottesmann, 2000), sollte in diesen Fällen als die beobachtbare erfolgreiche Äußerungsmodalität *mündlich* markiert werden. Komplexere Beobachtungen, die nicht ohne weiteres durch das Ankreuzen einer Modalität darstellbar sind, sollten unten auf dem Protokollbogen im Feld *Zusätzliche Beobachtungen* notiert werden.

Im Untertest 1 gibt es nur die Modalitäten *mündlich* oder *Zeigen auf dem Ergebnisblatt*. Im Untertest 3 kann die Patientin sich *mündlich*, *nonverbal* oder durch *Zeigen auf dem Ja-Nein-Blatt* äußern. Diese Äußerungsmodalitäten, die auch dokumentiert werden, können bei der Interpretation wegen der geringen Datenmenge (jeweils 6 Aufgaben) lediglich orientierend herangezogen werden. Für die Untertests 8 und 9 werden keine Äußerungsmodalitäten dokumentiert.

## 5.5 Beispiele für die Punktvergabe und Dokumentation der Modalitäten

6 Untersuchungsitems (Punktwert und Modalität bitte ankreuzen)										
Items	Punktwerte					Äußerungsmodalität*				
1. Hammer	<del>5</del>	4	3	2	1	0	<del>mündlich</del>	schriftlich	zeichnerisch	gestisch
2. Auto	<del>5</del>	4	3	2	1	0	<del>mündlich</del>	schriftlich	zeichnerisch	gestisch
3. Schere	5	4	<del>3</del>	2	1	0	mündlich	schriftlich	zeichnerisch	<del>gestisch</del>
4. Pfeife	5	4	3	2	<del>1</del>	0	<del>mündlich</del>	schriftlich	zeichnerisch	gestisch
5. Fisch	<del>5</del>	4	3	2	1	0	mündlich	schriftlich	<del>zeichnerisch</del>	gestisch
6. Hose	5	<del>4</del>	3	2	1	0	<del>mündlich</del>	schriftlich	zeichnerisch	gestisch
<b>Summen 1 – 6</b>	15	4	3				4		1	1
<b>Anzahl erfolgreicher Modalitäten</b> (mit Punktwert 4 oder 5)							3		1	
* Bei mehreren verwendeten Modalitäten bitte nur die kommunikativ entscheidende ankreuzen.										
<b>Untertestergebnis (Summe UT 2)</b>							23 / von 30 möglichen Punkten			

Tabelle 19: Protokollausschnitt zur quantitativen Bewertung der Patientenleistungen und der verwendeten Modalitäten am Beispiel der Leistungen einer Patientin im Untertest 2.

In Tabelle 19 ist *als Beispiel* für die quantitative Auswertung der KOPS-Leistungen im Untertest 2 ein Protokollausschnitt abgebildet. Pro Aufgabe soll hier auf der linken Seite je ein Punktwert markiert werden, auf der rechten Seite je eine Äußerungsmodalität. In der Zeile **Summen 1 - 6** werden nach der Durchführung von KOPS auf der linken Seite die Summen für Punktwerte und auf der rechten Seite die Summen der markierten Äußerungsmodalitäten eingetragen.

In der Zeile **Anzahl erfolgreicher Modalitäten** stehen die Summen der Äußerungsmodalitäten, deren Verwendung kommunikativ so erfolgreich war, dass dafür 4 oder 5 Punkte vergeben worden sind.

Die Addition aller Punktwertsummen wird als (quantitatives) **Untertestergebnis** (Summe UT 2) \_\_\_/ **von 30 möglichen Punkten** in die untere Zeile übertragen.

Es sind die Leistungen einer Patientin (vgl. Tabelle 19) als Beispiel dargestellt; die Punktwerte und Modalitäten sind durch Kreuze markiert. Diese Patientin hat das erste Item *Hammer* spontan korrekt benannt und dabei mit Hand und Arm Schlagbewegungen ausgeführt, als ob sie hämmerte. Allein für die Benennung wurden 5 Punkte vergeben und es wurde die Modalität *mündlich* angekreuzt.

Das zweite Item *Auto* hat sie ohne gestische Äußerung auf Anhieb korrekt benannt. Dafür hat sie 5 Punkte bekommen und es wurde auch hier die Modalität *mündlich* angekreuzt.

Bei dem dritten Item *Schere* konnte sie die Wortform nicht aktivieren und es kam zu ausgedehntem Suchverhalten. Die Untersucherin bot daher die erste Hilfsstufe an und forderte die Patientin auf: *Vielleicht versuchen Sie es mal anders*. Daraufhin gestikulierte die Patientin unsicher mit ausgestreckten Mittel- und Zeigefingern der rechten Hand, die sie bewegte. Die Untersucherin konnte diese Geste ohne Kontextinformation nicht sicher identifizieren und fragte auf der zweiten Hilfsstufe (erstes spezifisches Feedback): *Meinen Sie eine Schere?* Mit der Antwort *Ja Schere!* war die Aufgabe gelöst. Deshalb kreuzte die Untersucherin 3 Punkte an (Zielobjekt nach erstem spezifischen Feedback richtig). Bei den Modalitäten kreuzte sie *gestisch* an.

Auch das vierte Item *Pfeife* bereitete der Patientin Schwierigkeiten. Es war anhaltendes erfolgloses (jetzt lexikalisches) Suchverhalten zu beobachten. Die Untersucherin sagte daraufhin: *Ich hab's noch nicht verstanden* (erste Hilfsstufe, allgemeines Feedback). Die Patientin äußerte noch einmal unverständliche Silben und Interjektionen, sodass die Untersucherin die Patientin jetzt aufforderte: *Können Sie versuchen, eine typische Geste zu machen?* (zweite Hilfsstufe, Aufforderung zu einer nonverbalen Äußerung). Die Patientin war angesichts dieser Aufforderung eher hilflos und suchte offenbar weiterhin ohne Erfolg nach der treffenden Wortform. Daraufhin forderte die Untersucherin die Patientin auf: *Können Sie versuchen, etwas dazu zu zeichnen?* (dritte Hilfsstufe; Aufforderung zu einer Zeichnung). Sie gab der Patientin den bereitliegenden Stift und zeigte auf das Blatt Papier. Statt zu zeichnen versuchte die Patientin weiterhin erfolglos, die Wortform zu finden. Die Untersucherin sagte daraufhin freundlich: *Wir probieren einmal das nächste* und kreuzte einen Punkt an (trotz mehrerer Feedbacks nur unverständlich kommuniziert). Als Äußerungsmodalität kreuzte sie trotz des mangelnden Erfolgs in dieser Aufgabe *mündlich* an; das war die Modalität, für die sich die Patientin hier durchgängig entschieden hatte.



Bei dem fünften Item *Fisch* nahm die Patientin den Stift und zeichnete relativ sicher die typischen Umriss eines Fisches auf. Sie ergänzte diese Zeichnung zusätzlich durch ein Auge im Kopf des Fisches, sodass die Untersucherin spontan sagte: *Das ist ein Fisch!* Die Patientin erhielt dafür 5 Punkte (Zielobjekt auf Anhieb richtig.) und ein Kreuz bei der Modalität *zeichnerisch*.

Bei dem letzten Item *Hose* versuchte die Patientin wieder zu zeichnen. Allerdings sah die etwas verunglückte Zeichnung einer *Hose* mit langen Beinen eher aus wie ein großes gedrucktes M. Die Untersucherin sagte: *Ich kann mir nicht vorstellen, was das ist* (erste Hilfsstufe, allgemeines Feedback). Die Patientin sagte dann langsam und unsicher: *Hose*. Dafür wurden 4 Punkte vergeben (Zielobjekt nach allgemeinem Feedback richtig) und die Untersucherin kreuzte die Modalität *mündlich* an.

In der Zeile **Summen 1 – 6** gab es auf der linken Seite für die Punktwerte dreimal 5 Punkte (= 15), einmal 4 Punkte, einmal 3 Punkte und einmal 1 Punkt. Das ergibt bei der Addition 23 Punkte (15 + 4 + 3 + 1), die unten im **Untertestergebnis** (Summe UT 2) eingetragen wurden: **23 von 30 möglichen Punkten**.

Bei den verwendeten Äußerungsmodalitäten auf der rechten Seite zählte die Untersucherin in dieser Zeile **Summen 1 – 6** viermal *mündlich*, einmal *zeichnerisch* und einmal *gestisch*. Die Modalität *schriftlich* wurde von der Patientin nicht verwendet.

Schauen wir nun an, mit welchen Modalitäten die Patientin in diesem Untertest so erfolgreich war, dass sie 4 oder 5 Punkte erhalten hat (**Anzahl erfolgreicher Modalitäten**): Sie benannte *Hammer* und *Auto* auf Anhieb richtig (zweimal 5 Punkte) und *Hose* nach allgemeinem Feedback (einmal 4 Punkte); die Äußerungsmodalität *mündlich* war also dreimal erfolgreiche Modalität und *zeichnerisch* war beim *Fisch* einmal erfolgreich (5 Punkte). Die Äußerungsmodalitäten *schriftlich* und *gestisch* wurden von dieser Patientin in diesem Untertest nicht erfolgreich verwendet.

**Ein weiteres Beispiel** für die *Punktvergabe und Dokumentation der Modalitäten* ist in Tabelle 20 dargestellt; hier anhand der Leistungen einer Patientin im Untertest 5.

Die Patientin hatte die Instruktion verstanden und in Untertest 4 schon gezeigt, dass sie das Prinzip dieses Aufgabentyps verstanden hatte (kein Warm-up-Item). Im ersten Item mit der Frage nach der Stadt, in der sie ihre Ausbildung gemacht hat, begann sie wieder mit eher unverständlichem Suchen. Die Untersucherin wiederholte die Frage: *Können Sie mir sagen, wo Sie Ihre Ausbildung gemacht haben?* (erste Hilfsstufe) und die Patientin schrieb AUBURG, dann nach Selbstkorrekturen AUGSBURG auf. Die Untersucherin sagte: *Ah Augsburg* und vergab 4 Punkte (nach Wiederholung der Frage richtig). Als Äußerungsmodalität kreuzte sie *schriftlich* an.

Beim zweiten Item mit der Frage nach ihrer Lieblingsspeise äußerte die Patientin mehrfach *Sau.. Sauler... nee Saula... äh*. Die Untersucherin wiederholte auf der ersten Hilfsstufe wieder die Frage: *Können Sie mir sagen, was Ihre Lieblingsspeise ist? Worauf* die Patientin sagte: *Ja-a! Braten... äh Sau... Sauer-braten* Wieder bekam sie 4 Punkte (nach Wiederholung der Frage richtig) und es wurde die Äußerungsmodalität *mündlich* markiert.

Beim dritten Item mit der Frage nach dem Hobby der Patientin sagte sie: *ja... ja! Gatan... Gatan*. Nachdem die Untersucherin die Frage wiederholt hatte (erste

Hilfsstufe) nahm die Patientin den Stift und zeichnete eine Blüte. Hier zeigte sich, dass auch Zeichnungen den Wortabruf faszinieren können (vgl. Farias, Davis & Hamilton, 2006), denn sie sagte anschließend: *Gart'n ..Garten*. Auch hier bekam sie 4 Punkte für die verständliche Antwort, dass der *Garten* ihr Hobby sei (nach Wiederholung der Frage richtig) und es wurde wieder *mündlich* angekreuzt.

Im vierten Item auf die Frage nach einem berühmten Sportler sagte sie ohne zu zögern *Rosi*. Die Untersucherin antwortete, dass sie noch nicht wisse, um wen es sich genau handele und bat darum, es noch einmal anders zu versuchen (allgemeines Feedback). Die Patientin sagte: *doch doch... die Rosi*. Daraufhin fragte die Untersucherin *Meinen Sie Rosi Mittermaier?* (zweite Hilfsstufe, erstes spezifisches Feedback). Die Patientin sagte: *ja ja...* und bekam für diese Antwort 3 Punkte (nach dem ersten spezifischen Feedback richtig). Die Äußerungsmodalität war wieder *mündlich*.

6 Untersuchungsitems (Punktwert und Modalität bitte ankreuzen)										
Items	Punktwerte						Äußerungsmodalität			
	5	4	3	2	1	0	mündlich	schriftlich	zeichnerisch	gestisch
1. In welcher Stadt haben Sie Ihre Ausbildung gemacht?		X						X		
2. Was ist Ihre Lieblingspeise?		X					X			
3. Nennen Sie mir eines Ihrer Hobbies.		X					X			
4. Können Sie einen berühmten Sportler nennen?			X				X			
5. In welches Land möchten Sie mal reisen?			X						X	
6. In welchem Geschäft kaufen Sie Ihre Lebensmittel?				X				X		
<b>Summen 1 – 6</b>		12	6	2			3	2	1	
<b>Anzahl erfolgreicher Modalitäten (mit Punktwert 4 oder 5)</b>							2	1		
* Bei mehreren verwendeten Modalitäten bitte nur die erfolgreiche ankreuzen.										
<b>Untertestergebnis (Summe UT 5)</b>							<u>20</u> / von 30 möglichen Punkten			

Tabelle 20: Protokollauschnitt zur quantitativen Bewertung der Patientenleistungen und der verwendeten Modalitäten am Beispiel der Leistungen einer Patientin im Untertest 5.

Im fünften Item bei der Frage nach dem Land, in das sie einmal reisen möchte, überlegte sie lange. Dann nahm sie den Stift und zeichnete etwas auf, dass die Untersucherin nicht erkennen konnte. Nach ihrem allgemeinen Feedback, es noch einmal zu versuchen, korrigierte und radierte die Patientin so lange an ihrer Zeichnung herum, bis der Umriss eines deformierten schrägen Stiefels entstand, an dessen Fußspitze

ein stilisiertes Dreieck lag. Die Untersucherin fragte: *Meinen Sie Italien?* (zweite Hilfsstufe, erstes spezifisches Feedback) und die Patientin bestätigte das durch heftiges Nicken. Sie versuchte dabei erfolglos *Italien* nachzusprechen und bekam 3 Punkte für die verständliche Zeichnung (nach erstem spezifischen Feedback richtig). Die Äußerungsmodalität war *zeichnerisch*.

Auf die letzte Frage nach dem Geschäft, in dem sie ihre Lebensmittel kauft, versuchte sie den Namen eines Geschäftes zu sagen. Das gelang ihr nicht. Nach längerem Suchen und dem allgemeinen Feedback der Untersucherin kam es erneut zu erfolglosem Suchverhalten. Daraufhin fragte die Untersucherin, ob der Name des Geschäftes lang sei (erstes spezifisches Feedback) und die Patientin sagte spontan *nein nein!* Sie konnte darüber hinaus trotz mehrfacher Versuche keine verständliche Wortform äußern, so dass die Untersucherin anregte, den Namen des Geschäftes aufzuschreiben (zweites spezifisches Feedback). Die Patientin schrieb ANDI, war aber unzufrieden. Die Untersucherin konnte ANDI im Kontext der Frage nach einem Lebensmittelgeschäft gut identifizieren: *Ach Sie meinen ALDI!* Es wurden 2 Punkte vergeben (nach zweitem spezifischen Feedback richtig); die Äußerungsmodalität, die zur Verständigung geführt hatte, war *schriftlich*.

In der Zeile **Summen 1 – 6** gab es auf der linken Seite für die Punktwerte dreimal 4 Punkte (= 12), zweimal 3 Punkte (= 6) und einmal 2 Punkte. Das ergibt bei der Addition 20 Punkte (12 + 6 + 2), die unten im **Untertestergebnis** (Summe UT 5) eingetragen wurden: **20 von 30 möglichen Punkten**.

Bei den verwendeten Äußerungsmodalitäten auf der rechten Seite zählte die Untersucherin in dieser Zeile **Summen 1 – 6** dreimal *mündlich*, zweimal *schriftlich* und einmal *zeichnerisch*.

In der Zeile **Anzahl erfolgreicher Modalitäten** (die mit Punktwert 4 oder 5 bewertet wurden) gab es bei *mündlich* zweimal 4 Punkte (für *Garten* und *Sauerbraten*) und bei *schriftlich* einmal 4 Punkte (für *Augsburg*). Die Äußerungsmodalitäten *zeichnerisch* und *gestisch* wurden von dieser *Patientin* in diesem Untertest nicht erfolgreich verwendet. 5 Punkte wurden gar nicht vergeben.

## 5.6 Übertrag der Untertest Gesamtpunktzahlen

Auf dem Deckblatt werden nun in der Tabelle **Quantitative Leistungsbewertung im Überblick** die Untertestergebnisse für jeden Untertest (UT 1 bis UT9) übertragen. Für unsere beiden Beispiele sind das in Tabelle 21 im Untertest 2 die 23 Punkte und im Untertest 5 die 20 Punkte. Eine entsprechende Auflistung sollte unbedingt in den ausführlichen sprachtherapeutischen Befund (z.B. in Befundmasken) übernommen werden.

Quantitative Leistungsbewertung im Überblick		
Nr.	Untertest	Punkte pro Untertest
1.	Wortverständnis im Kontext	/30
2.	Referieren auf Alltagsobjekte	23 /30
3.	Basale kommunikative Handlungen: Zustimmung/Verneinung	/30
4.	Vermitteln persönlicher Informationen	/30
5.	Vermitteln allgemeiner Informationen	20 /30
6.	Komplexe kommunikative Handlungen: Einzelhandlungen	/30
7.	Komplexe kommunikative Handlungen: Rollenspiele	/20
8.	Wegbeschreibungen verstehen und rekonstruieren	/20
9.	Wegbeschreibungen generieren	/20
<b>KOPS Gesamtpunktzahl</b>		<b>/240</b>

Tabelle 21: Beispiel für die Quantitative Leistungsbewertung im Überblick auf dem Deckblatt der KOPS-Protokolle mit dem Übertrag in den UT 2 und UT 5.

## 5.7 Übertrag und Summen der Häufigkeiten und des Erfolgs der Äußerungsmodalitäten

Die Summen der verwendeten Modalitäten werden nach der KOPS-Durchführung aus den Protokollen der Untertests auf dem Deckblatt in die Tabelle **Häufigkeiten und Erfolg der Äußerungsmodalitäten** übertragen (vgl. Tabelle 22). Dort gibt es für jede Äußerungsmodalität *mündlich*, *schriftlich*, *zeichnerisch*, *gestisch* eine Spalte für die Summen aller Äußerungen in dieser Modalität, die mit *alle* überschrieben ist. In sie wird eingetragen, wie oft die Patientin jede Modalität in den einzelnen Untertests verwendet hat.

Häufigkeiten und Erfolg der Äußerungsmodalitäten								
	Modalitäten							
	mündlich		schriftlich		zeichnerisch		gestisch	
Untertests	alle	Punktwert 5 oder 4	alle	Punktwert 5 oder 4	alle	Punktwert 5 oder 4	alle	Punktwert 5 oder 4
2	4	3			1	1	1	
4								
5	3	2	2	1	1			
6								
7								
$\Sigma$ alle								
$\Sigma$ Erfolg								

Tabelle 22: Beispiel für Häufigkeiten und Erfolg der Äußerungsmodalitäten auf dem Deckblatt der KOPS-Protokolle mit dem Übertrag für UT 2 und UT 5.

In die Spalte *Punktwert 5 oder 4* werden nur die Modalitäten eingetragen, für die bei der Durchführung 5 oder 4 Punkte vergeben worden sind; das sind die Modalitäten, die auf diese Weise als besonders erfolgreich definiert worden sind.

In der Zeile für die Summen **Σ alle** können wir (dunkel unterlegt) für jede Äußerungsmodalität ablesen, wie oft eine Patientin sie bei der KOPS-Untersuchung in den Untertests 2, 4, 5, 6 und 7 insgesamt verwendet hat. Demgegenüber können wir in der Zeile **Σ Erfolg** (dunkel unterlegt) sehen, wie oft diese Modalität so erfolgreich war, dass ihre Verwendung in diesen Untertests zur Vergabe von 5 oder 4 Punkten geführt hat. Auf diese Weise ermitteln wir einerseits die Häufigkeit der Verwendung jeder Äußerungsmodalität, andererseits können wir ablesen, wie oft welche Modalitäten besonders erfolgreich verwendet wurden.

Zusätzlich gibt es auf dem Deckblatt noch eine hilfreiche Übersicht über die Untertests, die nach den definierten Kriterien abgebrochen werden mussten (hier z.B. der Untertest 7; vgl. Tabelle 23).

Folgende Untertests mussten abgebrochen werden (bitte ankreuzen)								
UT 1	UT 2	UT 3	UT 4	UT 5	UT 6	<input checked="" type="checkbox"/> UT 7	UT 8	UT 9

Tabelle 23: Beispiel für die Dokumentation abgebrochener Untertests dem Deckblatt der KOPS-Protokolle.

## 5.8 Qualitative Beobachtungen

Nach den Punktwerten pro Aufgabe und der Markierung der Äußerungsmodalität kreuzt die Untersucherin auf den Protokollbögen für jeden Untertest zusätzlich *qualitative Beobachtungen* zum Kommunikationsverhalten der Patientin und zur Funktion einzelner Hilfen in den gestuften Feedbacks an. Zur Auswahl stehen dafür jeweils drei Beobachtungen, 4 in Untertest 7 und 2 in Untertest 8.

Diese Beobachtungseinheiten sind aufgrund der Erfahrungen bei der Entwicklung des KOPS für jeden Untertest speziell ausgewählt worden. Dabei war das Ziel, nur wenige Beobachtungseinheiten pro Untertest vorzuschlagen, um sie so überschaubar zu halten, dass sie problemlos auch während der Durchführung jedes Untertests eingeschätzt und angekreuzt werden können.

Vergleicht man einzelne Beobachtungen von Untertest zu Untertest, kann es sein, dass beispielsweise die *Wiederholung der Aufgabe und der Frage* (in UT 1 und UT 7) oder lediglich die *Wiederholung der Frage* (in UT 3, UT 4 und UT 5) für verschiedene Patientinnen unterschiedlich hilfreich ist. Es hat sich gezeigt, dass es für die Therapieplanung relevant ist zu wissen, ob bei einer Patientin die *Wiederholung der Frage* ausreicht, um den Aufmerksamkeitsfokus auf die aktuelle Anforderung zu schärfen, oder ob es hilfreicher ist, die *Aufgabe und die Frage* zusammen zu wiederholen.

Bei der Interpretation dieser Beobachtungen geht es nicht mehr nur um die Abfolge der Hilfsstufen, sondern vielmehr auch um die Effektivität einzelner Hilfstypen. Manche Patientinnen profitieren beispielsweise gut von *verbalen Hinweisen auf den*

*semantischen Kontext*, für andere Patientinnen sind (mehrfach im Untertest 3) *deiktische Hinweise auf den Kontext* hilfreicher.

Der Nutzen einzelner Strategien bei der Herstellung von Intersubjektivität variiert von Patientin zu Patientin, ihrem individuellen Symptomprofil, den (auch schon prämorbid) Neigungen für bestimmte Äußerungsarten und ist abhängig von den spezifischen Anforderungen bei einzelnen kommunikativen Handlungen. Für die Therapieplanung kann es relevant sein zu wissen, wie die Patientinnen die Effektivität kompensatorischer Strategien selbst einschätzen können und ob sie flexibel genug sind, Aufforderungen und Hinweise einbeziehen zu können, um ihre kommunikative Strategie gegebenenfalls auch zu ändern.

Beispielsweise hilft es manchen Patientinnen im KOPS zu gestikulieren, andere gestikulieren ungern oder gar nicht, weil sie darin ungeübt oder wenig erfolgreich sind oder weil es *nicht zu ihrem Selbstkonzept* gehört, mit sprachersetzenden Gesten zu kommunizieren. Natürlich stellt sich hier die Frage nach dem möglichen Vorliegen einer *Apraxie*, den einschränkenden Funktionen einer *Halbseitenlähmung*. Einige Patientinnen konnten beispielsweise schon vor der Hirnschädigung gut zeichnen und zeigen dabei keine Scheu, während andere sich sehr bemühen müssen, diese Möglichkeiten überhaupt erst für sich zu entwickeln. Auch das Zeichnen kann sehr mühsam sein, wenn die *Feinmotorik der dominanten Hand eingeschränkt* ist und die Patientin auf die ungeübte nicht-dominante Hand ausweichen muss.

In den Untertests 7, 8 und 9, in denen der Untersuchungsdiskurs komplexere interaktive Sequenzen enthält, werden Beobachtungen zum Kommunikationsverhalten einbezogen, die beispielsweise den *Sprecherwechsel*, *unsystematisches Vorgehen* sowie *Aufmerksamkeits-* und *Gedächtnisleistungen* betreffen.

Qualitative Beobachtungen (bitte ankreuzen)
Patient/in profitiert
<input checked="" type="checkbox"/> von Wiederholung der <b>Aufgabe</b> und der <b>Frage</b> .
<input type="checkbox"/> von der Frage nach <b>semantischer Spezifizierung</b> .
<input type="checkbox"/> von der Aufforderung, die Antwort <b>zeichnerisch zu probieren</b> .

Tabelle 24: Beispiel für die qualitativen Beobachtungen im KOPS-Untertest 5.

Die Patientin im Beispiel reagierte im Untertest 5 beim Item 1 auf die *Wiederholung der Frage*, änderte die Modalität und äußerte sich erfolgreich schriftlich. Beim Item 2 hatte sie die Benennung ihrer Lieblingsspeise spontan schon fast gefunden und äußerte sie korrekt unmittelbar nach der *Wiederholung der Frage*. So war es auch beim Item 3, bei dem sie die phonematische Wortform fast korrekt äußerte, nach der *Wiederholung der Frage* eine zeichnerische Ergänzung schaffte und sich zeitgleich mündlich erfolgreich äußerte. Solche Beobachtungen sind gut dokumentiert (Tabelle 24), wenn angekreuzt wird, dass die Patientin von der Wiederholung der Aufgabe und der Frage profitiert.

Lassen sich keine der vorgeschlagenen Beobachtungen ankreuzen, weil die Ausprägungen des kommunikativen Handelns hier nicht den Vorgaben entsprechen, steht im

Protokoll das Feld *Weitere Beobachtungen* zur Verfügung, um spezifische Beschreibungen zu den kommunikativen Handlungen zu notieren.

Die so dokumentierten Ergebnisse der KOPS-Untersuchungen bieten einen differenzierten Überblick über die kommunikativ-pragmatischen Fähigkeiten von Patientinnen mit Aphasie. Wir können sehen, wie die Patientinnen in *welchen Untertests* und bei *welchen kommunikativen Handlungen* agieren und *wie erfolgreich* sie dabei sind, wenn sie aus allen zur Verfügung stehenden Äußerungsmodalitäten auswählen können. Wir erfahren, welche Modalitäten sie im Verhältnis zu anderen *wie erfolgreich* verwenden und wir erfahren auch, wie sie in diesem Untersuchungsdiskurs *auf die systematischen Hilfen* der Untersucherin reagieren und wie sie von welchen Hilfen profitieren können. In den qualitativen Beobachtungen der Untersucherinnen erfahren wir zusätzlich, wie sie *als therapeutische Gesprächspartnerin* den Einsatz von Äußerungsmodalitäten und deren strategischen Erfolg in der Untersuchungssituation einschätzt.

## **5.9 Optionale quantitative Auswertung der Verwendung von Gesten und Zeichnungen**

Wir haben die detaillierte Analyse der *Gestenproduktion* und der sprachersetzenden *Zeichnungen* nicht grundsätzlich in die Untersuchung mit KOPS einbezogen, weil das insgesamt deutlich aufwendiger wäre als KOPS in der vorliegenden Form. Es ist aber trotzdem möglich, beide Aspekte kompensatorisch-strategischer Kommunikation von Patientinnen mit Aphasie bei der Durchführung der KOPS-Aufgaben zusätzlich genauer zu untersuchen, um Anhaltspunkte für therapeutische Entscheidungen zu bekommen, etwa wenn Therapieziele formuliert und im interdisziplinären Team mit anderen Behandlungen (z.B. in der Ergotherapie) abgestimmt werden sollen. Und es ist sinnvoll, den Therapieerfolg in diesem Bereich durch Vor- und Nachuntersuchungen zu überprüfen, um auf der Basis solcher Vergleiche das Vorgehen in den Therapien zu bestätigen oder modifizieren zu können.

### **5.9.1 Gesten**

Um die Gestenproduktion im Einzelnen untersuchen zu können, sollten die KOPS-Untersuchungsdiskurse zwischen Untersucherin und Patientin audio-visuell aufgezeichnet und anschließend Äußerung für Äußerung analysiert werden. Wir schlagen vor, die einzelnen Gestentypen, wie sie auf dem beigefügten *KOPS-Protokollblatt zur optionalen quantitativen Leistungsbewertung von Gesten* (vgl. Kopiervorlagen) berücksichtigt sind, für quantitative Vergleiche in Strichlisten auszuzählen.

Die Gestenkategorien auf unserem Protokollbogen sind Vorschläge. Je nach Befundlage, individuellen Therapiezielen und Behandlungsphasen können sie variiert und auf die spezifische Situation einer Patientin zugeschnitten werden. Es kann sein, dass andere Gestentypen oder beispielsweise nur wenige geübte Parameter ausgezählt und verglichen werden sollen, die im Zusammenhang mit der Therapie einer Patientin von besonderem Interesse sind (vgl. zur Gestentherapie von Patientinnen mit Aphasie in Einzeltherapie oder Gestengruppen z.B. Daumüller, 1999; Bauer & Auer, 2009; Daumüller & Goldenberg, 2010; Hogrefe & Goldenberg, 2010).

Für die zusätzliche Auswertung der Gestenproduktion anhand der kommunikativen Handlungen im KOPS-Untersuchungsdiskurs eignen sich beispielsweise die Untertests 2 und 6; in beiden können viele nonverbale Äußerungen beobachtet werden. Es bleibt aber auch hier der Untersucherin überlassen, den Analysen der verwendeten Gesten gegebenenfalls andere KOPS-Untertests zugrunde zu legen.

Als Grundlage für die Therapieplanung und als Evaluation des Therapieerfolgs kann es sehr sinnvoll sein, einzelne *Gestentypen* daraufhin anzuschauen, ob und wie oft sie während der KOPS-Untersuchung in der Interaktion mit der Untersucherin *verständlich* oder *unverständlich* eingesetzt werden. Dabei kann auch von Interesse sein, ob diese Gesten von Patientinnen *spontan* oder *auf Aufforderung* durch die Untersucherin produziert wurden. Und wir können grundsätzlich unterscheiden, welche Gestentypen wie oft als *sprachersetzende* oder als *ergänzende Gesten* verwendet werden. Bauer & Auer (2009) weisen darauf hin, dass Gesten in Gesprächen von Patientinnen mit Aphasie mit kommunikativen Effekten nicht selten auch *sprachbegleitet* sind.

Wir haben auf dem Protokollblatt folgende Gestentypen berücksichtigt, die hier kurz mit Beispiel definiert werden (vgl. Kapitel 1, Seite 2):

**Deiktische Geste:** Das sind *Zeigegesten*, mit denen auf ein Objekt oder eine Person im Raum etc. gedeutet wird. Dabei wird mit dem Zeigefinger oder dem ganzen Arm gezeigt, es gibt auch deiktische Gesten mit Kopf und Oberkörper in Richtung eines Zielobjekts.

**Pantomime:** Sie sind definiert als *bildhafte Gesten*, mit der eine Handlung simuliert wird. Sie werden oft mit imaginärem Objekt ausgeführt (z.B. Streichen mit einem imaginären Pinsel oder Trinken aus einem imaginären Glas).

**Ikonomorph:** Mit diesen Gesten werden die *Umrissse eines Objekts* in die Luft gezeichnet (z.B. die Form eines Daches oder einer Skulptur).

**Kinetograph:** Hier handelt es sich um Gesten, mit denen *die Art oder die Geschwindigkeit von Bewegungen* dargestellt werden (z.B. die Wucht einer Welle oder der Sturz vom Pferd).

**Emblem:** Hierbei handelt es sich um kulturspezifische konventionalisierte Gesten, die eine lexikalisierte Bedeutung haben (z.B. *Daumen hoch* bedeutet eine positive Einschätzung, eine *Zustimmung*, einen *Vogel zeigen* ist eine beleidigende oder missachtende Geste mit der Bedeutung, der Adressat sei dumm oder geistig eingeschränkt).

**Buchstabengeste:** Wird von Patientinnen mit Aphasie sprachersetzend verwendet, um Grapheme, die sie nicht sprechen können, in die Luft oder auf den Tisch zu zeichnen.

**Zahlengeste:** Können von Patientinnen mit Aphasie sprachersetzend verwendet werden, um Zahlen, die sie nicht sprechen können, auf gleiche Weise in der Luft oder auf dem Tisch darzustellen oder mit Fingern zu zeigen.

**Gemischte Geste:** Es kommt vor, dass Patientinnen Gesten vollziehen, die durch die prozesshafte Verknüpfung mehrerer serieller Gesten nicht eindeutig einer unserer Kategorien zuzuordnen sind. Besonders bei den bildhaften Gesten sind die Grenzen zwischen der Darstellung von Objekten und Bewegungen fließend (z.B. gestische



Darstellungen von Ereignissen, die pantomimisch angelegt sind und bei denen sich die Darstellung von Bewegungen und Formen vermischen).

### 5.9.2 Zeichnungen

Für eine genauere Analyse der Zeichnungen, die Patientinnen mit Aphasie kompensatorisch verwenden, ist es nicht unbedingt nötig, audio-visuelle Aufnahmen vom Interaktionsprozess zugrunde zu legen. Zunächst könnte es ausreichen, die Zeichnungen, die eine Patientin bei der Durchführung von KOPS-Untertests anfertigt, unter folgenden Aspekten zu analysieren: Zuerst sollte untersucht werden, wie signifikant die semantischen Merkmale sind, die dargestellt werden, um auf den (illokutiven) Punkt einer kommunikativen Handlung zu kommen. Dann ist relevant, wie gut erkennbar diese Merkmale dargestellt sind. Dabei spielt die Ökonomie des Zeichnens unter verschiedenen Gesichtspunkten eine wichtige Rolle. Der Zeitbedarf für die Herstellung einer solchen Zeichnung ist erfahrungsgemäß ein wichtiger Alltagsaspekt. Dabei gibt es auch Zusammenhänge mit der Detailliertheit der Zeichnungen und deren Funktionalität; für kommunikative Zwecke müssen sie nicht detailliert ausgearbeitet sein, sondern die Idee muss deutlich werden. Dabei stellt sich die eher semantische Frage, welche Details für die Erkennbarkeit eines gezeichneten Objekts, einer Handlung oder eines Sachverhalts wichtig sind und welche nicht? Manchen Patientinnen gelingt es nur schwer, skizzenhafte funktionale Zeichnungen ohne Rücksicht auf ästhetische Gesichtspunkte zu erstellen; das ist besonders der Fall, wenn sie ungeübt sind. Demgegenüber sind andere Zeichnungen an piktografischen Darstellungen orientiert, für die es oft schon bekannte ikonische Vorlagen gibt (vgl. zur Didaktik des Zeichnens in der Aphasietherapie Bauer & Urbach, 2003; Bauer & Kaiser, 1995; Bongartz, 1998, Sacchett, Byng, Marshall & Pound, 1999; Urbach, 2000).

Wenn in diese Analyse aber der kommunikativ-pragmatische Prozess des Zeichnens einbezogen werden soll, in dem solche Zeichnungen auf der Basis von Feedbacks und Selbstkorrekturen (interaktiv) erstellt werden, kann es durchaus wichtig sein, audio-visuelle Aufnahmen von KOPS-Aufgaben Schritt für Schritt zu analysieren. Dabei bietet es sich an, über die therapeutisch-didaktischen qualitativen Analysen hinaus besonders im Vor- und Nachvergleich mehrerer KOPS-Untersuchungen auszuzählen, welche Art von verwendeten Zeichnungen sich in der Interaktion verständlich entwickeln, welche eher unverständlich bleiben und welche dabei spontan oder auf Aufforderung angefertigt worden sind.

Allerdings gibt es für Zeichnungen besonders in unserem therapeutischen Kontext bisher keine griffige Systematik; auf dem *KOPS-Protokollblatt zur optionalen quantitativen Leistungsbewertung von Zeichnungen* (vgl. Kopiervorlagen) finden sich Vorschläge: **Skizzen, piktografische Darstellungen, unökonomische Zeichnungen und gemischten Darstellungen**. Auch hier ist es in jedem Falle sinnvoll, je nach der Befundlage, der Therapieplanung und der Phase der Behandlungen zu variieren und die Zählkategorien auf die aktuelle Situation zuzuschneiden. Es kann sein, dass andere Typen von Zeichnungen oder nur wenige therapeutische Parameter der Zeichentherapie ausgezählt und verglichen werden sollen.

## 6 Literatur

- Austin, J. L. (1972). *Zur Theorie der Sprechakte. (How to do things with words)*. Stuttgart: Reclam.
- Balazs, V. & Wiesenberger, A. (2009). *Entwicklung und Erprobung von Aufgabengruppen für ein Interview zur Diagnostik der pragmatisch-funktionellen Dimensionen von aphasischen Kommunikationsstörungen unter Berücksichtigung des Vergleichs von Einschätzungsfragebögen von Angehörigen und den Ergebnissen aus dem Interview*. Bachelorarbeit im Studiengang Sprachtherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Balazs, V., Wiesenberger, A. & Glindemann, R. (2010). Interview zur pragmatisch-funktionellen Diagnostik bei schwerer Aphasie (PFD). Entwicklung und Erprobung von Aufgabengruppen für ein Interview zur Diagnostik der pragmatisch-funktionellen Dimensionen von aphasischen Kommunikationsstörungen. *Sprachheilarbeit* 55, 232-240.
- Bauer, A., de Langen-Müller, U., Glindemann, R., Schlenck, C., Schlenck, K.-J., Huber, W. (2002). Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie): Leitlinien 2001. *Aktuelle Neurologie* 29, 63-75.
- Bauer, A. (2010). Aphasie-im-Gespräch. In: G. Blanken & W. Ziegler (Hrsg.) *Klinische Linguistik und Phonetik. Ein Lehrbuch für die Diagnose und Behandlung von erworbenen Sprach- und Sprechstörungen im Erwachsenenalter*. Mainz, Aachen: Hochschul-Verlag, 353-383.
- Bauer, A. & Kaiser, G. (1995). Drawing on drawings. *Aphasiology* 9, 68-78.
- Bauer, A. & Urbach, T. (2003). Punkt. Punkt. Komma, Strich – fertig? In: F. Ostermann (Hrsg.) *Ohne Worte, Sprachverarbeitung und Therapie bei globaler Aphasie*. Dortmund: Borgmann, 165-184.
- Bauer, A. & Auer, P. (2009). *Aphasie im Alltag*. Reihe Forum Logopädie. Stuttgart: Thieme.
- Bayer, K. (1977). *Sprechen in Situationen: Aspekte einer Theorie der sprachlichen Interaktion*. Tübingen: Niemeyer.
- Biniek, R. (1997). *Akute Aphasien*. Stuttgart: Thieme.
- Blomert, L., Kean, M.L., Koster, Ch. & Schokker, J. (1994). Amsterdam-Nijmegen everyday language test: construction, reliability and validity. *Aphasiology* 8, 381-407.
- Blomert, L. & Buslach, D.C. (1994). *Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT) – Deutsche Fassung*, Lisse (NL): Swets & Zeitlinger (nicht verfügbar).

- Bongartz, R. (1998). *Kommunikationstherapie mit Aphasikern und Angehörigen. Grundlagen, Methoden, Materialien*. Reihe: Forum Logopädie. Stuttgart: Thieme.
- Breitenstein, C., Grewe T., Flöel, A., Ziegler, W., Springer, L., Martus, P. & Baumgärtner, A. (2014). Wie wirksam ist eine intensive Aphasietherapie unter regulären klinischen Bedingungen? Die deutschlandweite Aphasieversorgungsstudie FCET2EC, *Sprache, Stimme, Gehör* 38, 14-19.
- Breitenstein, C., Grewe, T., Flöel, A., Ziegler, W., Springer, L., Martus, P., Huber, W., Willmes, K., Ringelstein, E. B., Haeusler, K. G., Abel, S., Glindemann, R., Domahs, F., Regenbrecht, F., Schlenck, K.-J., Thomas, M., Obrig, H., de Langen, E., Rocker, R., Wigbers, F., Rühmkorf, C., Hempen, I., List, J. & Baumgaertner, A. (2017). Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *The Lancet*, 389, 1528-1538.
- Bugental, D., Kaswan, J. & Love, L. (1970). Perception of contradictory meanings conveyed by verbal and nonverbal channels. *Journal of Personality and Social Psychology* 16, 647-655.
- Büttner, J. & Glindemann, R. (2018). *Kognitive Kommunikationsstörungen*. Reihe: Fortschritte der Neuropsychologie. Göttingen: Hogrefe
- Daumüller, M. (1999). Apraxie. In: R. Götze & B. Höfer (Hrsg.) *AOT – Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung – Eine Aufgabe für das gesamte Reha-Team*. Stuttgart, New York: Thieme, 88-96.
- Daumüller, M. & Goldenberg, G. (2010). Therapy to improve gestural expression in aphasia: a controlled clinical trial. *Clinical Rehabilitation* 24; 55-65.
- Davis, G.A. & Wilcox, M.J. (1981). Incorporating Parameters of Natural Conversation in Aphasia Treatment. In: R. Chapey (ed.), *Language intervention strategies in adult aphasia*. Baltimore: Williams & Wilkins, 169-194.
- Davis, G.A. & Wilcox, M.J. (1985). *Adult Aphasia Rehabilitation: Applied pragmatics*. San Diego: College Hill Press.
- De Beaugrande, R. A. & Dressler, W. U. (1981). *Einführung in die Textlinguistik*. Tübingen: Niemeyer.
- De Ruiter, J. P. (2000). The production of gesture and speech. In: D. McNeill (ed.), *Language and gesture*. Cambridge: University Press, 284–311.
- DIMDI (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. ICF. Zugriff unter [www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf\\_endaussage-2005-10-1.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-1.pdf) (Stand 12.06.2018).
- Drechsler, R. (1997). *Sprachstörungen nach Schädelhirntrauma. Diskursanalytische Untersuchungen aus textlinguistischer und neuropsychologischer Sicht*. Tübinger Beiträge zur Linguistik, 425. Tübingen: Narr.

- Duncan, St., Jr. & Fiske, D. (1977). *Face-to-Face Interaction: Research, Methods, and Theory*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ekman, P. & Friesen, W. (1969). Hand movements. *Journal of Communication* 22, 353-374.
- Farias, D., Davis, C. & Harrington, G. (2006). Drawing: Its Contribution to naming in aphasia. *Brain & Language*, 97, 53-63.
- Förstl, H. (2007). Theory of Mind: Anfänge und Ausläufer. In: H. Förstl (Hrsg.), *Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Glindemann, R. (1990). Welche Probleme haben Aphasiker beim Turn-Taking. In: R. Mellies, F. Ostermann & A. Winnecken (Hrsg.), *Beiträge zur interdisziplinären Aphasieforschung. Arbeiten zum Workshop Klinische Linguistik II*. Tübingen: Narr, 1-30.
- Glindemann, R. (1994). PACE-Therapie. Pragmatische und praktische Überlegungen. *Aphasie und verwandte Gebiete* 7, 2-20.
- Glindemann, R. (1995). Pragmatische Ansätze in Diagnostik und Therapie zentraler Sprachstörungen. *Sprache, Stimme, Gehör* 19, 17–23.
- Glindemann, R. (2001). Kommunikation und Kooperation – theoretische Argumente für eine Begriffsbestimmung. *Pflegeimpuls* 5, 103-107.
- Glindemann, R. (2006). Aphasietherapie und die Behandlung der nicht-aphasischen zentralen Kommunikationsstörungen. In: G. Böhme (Hrsg.) *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*. Band 2: Therapie. 4. Auflage. München: Urban & Fischer, Elsevier, 351-380.
- Glindemann, R. (2009). Wenn sich Themen unkontrolliert entwickeln. Kognitiv-neuro-linguistische Überlegungen zu weitschweifigen Äußerungen. *Neurolinguistik* 21, 59-99.
- Glindemann, R. & Springer, L. (1989). PACE-Therapie und sprachsystematische Übungen. Ein integrativer Vorschlag zur Aphasietherapie. *Sprache, Stimme, Gehör* 13, 188-192.
- Glindemann, R. & Springer, L. (1995). An Assessment of PACE-Therapy. In: C. Code & D. Müller (eds.), *Treatment of Aphasia: From Theory to Practice*. London: Whurr Publishers, 90-107.
- Glindemann, R. & von Cramon, Y. D. (1995). Kommunikationsstörungen bei Patienten mit Frontalhirnläsionen. *Sprache, Stimme, Gehör* 19, 1–7.
- Glindemann, R. & Krug, B. (2012). Individualisierte Kommunikationsbücher für die Sprachtherapie. *Sprachheilarbeit* 57, 12-23.

- Glindemann, R., Ziegler, W., & Kilian, B. (2002). Aphasie und Kommunikation. In: G. Goldenberg, J. Pössl & W. Ziegler (Hrsg.) *Neuropsychologie im Alltag*. Stuttgart: Thieme Verlag, 78-97.
- Glindemann, R. & Ziegler, W. (2017). Kommunikativ-pragmatisches Screening (KOPS). Ein Untersuchungsinstrument für Patienten mit Aphasie. *Sprache, Stimme, Gehör* 41, 102-107.
- Glindemann, R. & Ziegler, W. (2018). Kommunikativ-pragmatische Therapie. In: Grewe, T., Baumgärtner, A., Abel, S., Glindemann, R., Domahs, F., Regenbrecht, F., Schlenck, K.-J. & Thomas, M. (Hrsg.) *ESKOPA-Therapiemanual. Evidenzbasierte sprachsystematische und kommunikativ-pragmatische Aphasietherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Goffman, E. (1955). On Face Work. *Psychiatry* 18, 213-231.
- Goffman, E. (1982). *Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Goldenberg, G. (2011). *Apraxien*. Reihe: Fortschritte der Neuropsychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Goldenberg, G. (2017). *Neuropsychologie. Grundlagen, Klinik, Rehabilitation*. München: Elsevier.
- Goldenberg, G., Hartmann, K., Schlott, I. (2003). Defective Pantomime of object use in left brain damage: Apraxia or asymbolia? *Neuropsychologia* 41, 1565-1573.
- Grafenstein, von, I. (2009). *Entwicklung alltagsnaher Aufgabengruppen zur Schriftsprache und Zahlenverarbeitung sowie zum Rechnen für Patienten mit zentralen Kommunikationsstörungen*. Unveröffentlichte Masterarbeit im Studiengang Sprachtherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Gröhnke, C. & Mebus, M. (2011). *AphasiePartizipationsTraining. ICF-basierte Übungen für pragmatisch-kommunikative Alltagsfertigkeiten*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Habermas, J. (1978). *Technik und Wissenschaft als „Ideologie“*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Hinckeldey, S. von (1983). Kommunikationstraining und Rollenspiel in einer Gruppentherapie. *Sprache, Stimme, Gehör* 7, 101-105.
- Hogrefe, K. & Goldenberg, G. (2010). Aphasie und Gestik. In: G. Blanken & W. Ziegler (Hrsg.) *Klinische Linguistik und Phonetik. Ein Lehrbuch für die Diagnose und Behandlung von erworbenen Sprach- und Sprechstörungen im Erwachsenenalter*. Mainz, Aachen: Hochschul-Verlag, 411-433.
- Holland, A. (1977). Some practical considerations in aphasia rehabilitation. In: M. Sullivan & M.S. Kommers (eds.) *Rationale for adult aphasia therapy*. Lincoln (Nebraska): University of Nebraska Press, 167-180.

- Holland, A.L. (1980). *Communicative Abilities in Daily Living (CADL)*. A Test of Functional Communication for Aphasic Adults. Baltimore: University Park Press.
- Holland, A. (1982). Observing functional communication of aphasic adults. *Journal of Speech and Hearing Research* 47, 50-56.
- Holland, A., Fratalli, C., Fromm, D. (1999). *CADL-2: Communication Activities in Daily Living*. 2<sup>nd</sup> Edition. Austin, TX: Pro-ED.
- Holly, W. (1979). *Imagearbeit in Gesprächen*. Zur linguistischen Beschreibung des Beziehungsaspekts. Tübingen: Niemeyer.
- Huber, W., Poeck, K, Weniger, D. & Willmes, K. (1983). *Aachener Aphasie Test (AAT)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Huber, W., Poeck, K. & Weniger, D. (2002). Aphasie. In: Hartje, W. & Poeck, K. (Hrsg.) *Klinische Neuropsychologie*, Stuttgart: Thieme, 93-173.
- Huber, W. & Ziegler, W. (2000). Störungen von Sprache und Sprechen. In: W. Sturm, M. Herrmann & C.-W. Wallesch (Hrsg.) *Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie*, Grundlagen, Methoden, Diagnostik, Therapie. Lisse, NL: Swets & Zeitlinger, 462-511.
- Keller, I. & Maser, I. (2004). *Aiblinger Akalkulie Screening; AAS*. Hofheim: Nat-Verlag.
- Kendon, A. (1994). Do gestures communicate? A review. *Research on Language and Social Interaction* 27, 175-200.
- Klein, W. (1979). Wegauskünfte. *Zeitschrift für Literaturwissenschaften und Linguistik* 9, 9-57.
- Klingenberg, G. (1997). *Das Verarbeiten von Texten bei Aphasie. Untersuchungen zur modalitätsspezifischen Verarbeitung narrativer Texte* (Mentale Sprachverarbeitung, Bd. 4). Freiburg: Hochschul-Verlag.
- Kloss, V. (2015). *Die Verwendung von Gesten in der kommunikativ-pragmatischen Diagnostik bei Menschen mit Aphasie: Ein Beitrag zur Entwicklung und Erprobung eines Bewertungssystems von Gesten*. Unveröffentlichte Masterarbeit im Studiengang Sprachtherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Krauss, R.M., Chen, Y. & Gottesmann, R. (2000). Lexical gestures and lexical access: A process model. In: D. Mc Neil (ed.) *Language and Gesture*. Cambridge: University Press.
- Laakso, M. (2003). Collaborative Construction of Repair in Aphasic Conversation: In Interactive View on the Extended Speaking Turns of Persons with Wernicke's Aphasia. In: Ch. Goodwin (ed.) *Conversation and Brain Damage*. Oxford: University Press, 163-188.
- Lankow, K. (2012). *Wie können neuropsychologische Patienten alltagsrelevante Aufgaben nach schriftlicher Bedienungsanleitung umsetzen?* Unveröffentlichte

Masterarbeit im Studiengang Sprachtherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

- Luhmann, N. (1976). Sinn als Grundbegriff der Soziologie. In: J. Habermas & N. Luhmann (Hrsg.) *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie – Was leistet die Systemforschung?* Frankfurt/Main: Suhrkamp, 25-101.
- McNeill, D. (1992). *Hand and Mind. What gestures Reveal about Thought*. Chicago, London: University of Chicago Press.
- Merten, K. (1977). *Kommunikation. Eine Begriffs- und Prozessanalyse*. Opladen: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Milroy, L. & Perkins, L. (1992). Repair strategies in Aphasic Discourse. Towards a Collaborative Model. *Clinical Linguistics & Phonetics* 6, 27–40.
- Minsky, M. (1975). A framework for representing knowledge. In: H.P. Winston (ed.) *The Psychology of Computer Vision*. New York, Toronto: McGraw Hill.
- Morris, C. (1975). *Grundlagen der Zeichentheorie und Ästhetik der Zeichentheorie*. München: Hanser.
- Nobis-Bosch, R., Rubi-Fessen, I., Biniek, R. & Springer, L. (2013). *Diagnostik und Therapie der akuten Aphasie*. Forum Logopädie. Stuttgart: Thieme.
- Nobis-Bosch, R., Abel, St., Krzok, F. & Jakob, H. (2018). *Szenario-Test*. Testung verbaler und nonverbaler Aspekte aphasischer Kommunikation. Köln: Prolog.
- Nüchtern, E. (2005), Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der vertragsärztlichen Versorgung. *Neurologie und Rehabilitation* 11, 189 - 195.
- Perkins, L. (2003). Negotiating Repair in Aphasic Conversation. Interactional Issues. In: Ch. Goodwin (ed.) *Conversation and Brain Damage*. Oxford: University Press, 147-162.
- Poeck, K. (1982). *Neurologie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Berlin: Springer-Verlag.
- Porch, B. (1973). *Porch index of communicative abilities. Administration, scoring, and interpretation*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Prigatano, G.P. (2004). *Neuropsychologische Rehabilitation. Grundlagen und Praxis*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Prutting, C.A. & Kirchner, D.M. (1987). A Clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 52, 105-119.
- Pulvermüller, F. (1990). *Aphasische Kommunikation. Grundfragen ihrer Analyse und Therapie*. Tübingen: Narr.

- Richter, K., Wittler, M. & Hielscher-Fastabend, M. (2006). *BIAS, Bielefelder Aphasie Screening*. Zur Diagnostik akuter Aphasien. Hofheim: Nat-Verlag.
- Richter, K. & Hielscher-Fastabend, M. (2018). *BIAS A&R, Bielefelder Aphasie Screening Akut und Reha. Zur Diagnostik akuter und postakuter Aphasien*. Hofheim: Nat-Verlag.
- Sacchett, C., Byng, S., Marshall, J. & Pound, C. (1999). Drawing together: Evaluation of a Therapy program for severe aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders* 34, 265-289.
- Searle, J. R. (1971). *Sprechakte. Ein sprachphilosophischer Essay (Theorie)*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Searle, J. R. (1990). *Ausdruck und Bedeutung. Untersuchungen zur Sprechakttheorie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Schegloff, E.A., Jefferson, G. & Sacks, H. (1977). The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation. *Language* 50, 696-735.
- Schank, R. & Abelson, R. (2008). *Scripts, Plans, Goals, and Understanding. An Inquiry into Human Knowledge Structures*. New York: Psychology Press.
- Schlanger, P.H. & Schlanger, B.B. (1970). Adapting role-playing activities with aphasic patients. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 35, 229-235.
- Schneider, B. (2014). Diagnostik auf der ICF-Ebene der Aktivitäten und Partizipation. In: M.M. Thiel, C. Frauer, & S. Weber (Hrsg.) *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel*. 6. Auflage. Berlin: Springer, 119-128.
- Schneider, B., Wehmeyer, M., Grötzbach, H. (2014). Diagnostik auf der ICF-Ebene der Körperfunktionen. In: M.M. Thiel, C. Frauer, S. Weber (Hrsg.) *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel*. Berlin: Springer, 101-102.
- Stadie, N., Cholewa, J. & De Bleser, R. (2013). *LEMO 2.0*. Hofheim: Nat-Verlag.
- Stähli, C. M. (2011). *Entwicklung und Erprobung partizipationsorientierter Rollenspiele mit ein- und mehrgliedrigen Sequenzen für die Aphasitherapie und Vorschläge zur Evaluation*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit im Studiengang Sprachtherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Storch, G. & Weng, I. (2010). Der situative Ansatz in der Aphasitherapie. Teil 1: Theoretische Konzepte, Kognitive Lernpsychologie und therapeutische Praxis. *Forum Logopädie* 24, 14-20.
- Ulatowska, H., Macaluso-Haynes, S, Mendel-Richardson, S. (1976). The assessment of communicative competence in aphasia. In: R. Brookshire (ed.) *Clinical Aphasiology Conference Proceedings*. Minneapolis: BRK Publishers, 22-31.
- Urbach, T. (2000). *Produktion und Rezeption von Gesten und Zeichnungen bei Aphasie und ihr Einsatz in der Aphasitherapie*. Phil.Diss. Freiburg i.Br.



- Van Dijk, T.A. (1977). Semantic macro-structures and knowledge frames in discourse comprehension. In: M.A. Just & P.A. Carpenter (eds.) *Cognitive Processes in Comprehension*. Hillsdale, N.J: Erlbaum, 3-32.
- Van Dijk, T.A. & Kintsch, W. (1983). *Strategies of Discourse Comprehension*. New York: Academic Press.
- Weniger, D. (2003). Aphasien. In: H.-O. Karnath & P. Thier (Hrsg.) *Neuropsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 379-396.
- Weniger, D. (2014). Aphasie. In: H.-O. Karnath, G. Goldenberg & W. Ziegler (Hrsg.) *Klinische Neuropsychologie – Kognitive Neurologie*. Stuttgart: Thieme, 87-108.
- Wunderlich, D. (1978). Wie analysiert man Gespräche? Beispiel Wegauskünfte. *Linguistische Berichte* 58, 41-76.
- Zeller, C. (2012). *Entwicklung eines kombiniert sprachsystematischen und kommunikationsorientierten Therapieverfahrens zur Verbesserung der Partizipationsmöglichkeiten bei Aphasie: Erprobung an Fallbeispielen*. Unveröffentlichte Masterarbeit im Studiengang Sprachtherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Zeller, C. (2014). Mehr Partizipation durch kombinierte Aphasietherapie. *Sprache, Stimme, Gehör* 38, 35-36.
- Zeller, C. (2018). *Entwicklung und Erprobung eines softwarebasierten kommunikativ-pragmatischen Übungsprogramms zur Verbesserung der Partizipation am Alltag bei Aphasie*. Baden-Baden: Tectum.
- Zeller, C. & Glindemann, R. (2015). Verbesserung der Teilhabe durch einen integrativen Ansatz in der Aphasietherapie: Ein Fallbeispiel. *Aphasie und verwandte Gebiete* 39, 13-25.