

Testrezension

Titel	Aphasie-Check-Liste (ACL)
Autoren	Elke Kalbe, Nadine Reinhold, Uwe Ender, Josef Kessler unter Mitarbeit von Matthias Brand
Quelle	Kalbe, E., Reinhold, N., Ender, U., & Kessler, J. (2002). <i>Aphasie-Check-Liste (ACL)</i> . 1. Auflage. Köln: ProLog. www.prolog-shop.de
Rezensent	Hannah Casling, Anne-Sophie Swagemakers
Datum	28.01.2021

Angaben aus dem Handbuch

Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung von Sprachstörungen und Bestimmung des Schweregrades • Überprüfung von neurologischen Defiziten und kognitiven Leistungen, die die Sprachleistung beeinflussen können • Abbildung eines Profils der sprachlichen Leistungen, unabhängig vom Aphasie-Syndrom, von der Ätiologie und der Erkrankungsdauer • Begründung der Notwendigkeit und Art der Sprachtherapie • <u>Zielgruppe</u>: erwachsene Patienten¹ mit Hirnschädigungen, ohne Einschränkung bzgl. des Krankheitsstadiums
Operationalisierung / Aufgabenstellung	<p>A) <u>Sprache</u></p> <p>I. Reihensprechen <i>Aufzählen der Wochentage und der Zahlen 1-15</i></p> <p>II. Befolgen von Handlungsanweisungen (<i>auditiv</i>)</p> <p>III. Farb-Figur-Test <i>Zeigen auf die auditiv vorgegebene Figur (z.B. «Zeigen Sie auf den roten Kreis»)</i></p> <p>IV. Wortgenerierungsaufgaben <i>Benennen von Wörtern mit einem bestimmten Anfangsbuchstaben bzw. aus einer vorgegebenen Kategorie innerhalb 1 Minute</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Formallexikalisch ○ Semantisch <p>V. Überprüfung einzelner sprachlicher Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Benennen <i>Mündliches Benennen von Abbildungen auf Wort-/Satzebene</i> ○ Lautes Lesen (Wörter/Sätze; Pseudowörter) <i>Vorlesen des dargebotenen Wortes/Satzes + Zeigen auf das entsprechende Bild aus einer Auswahl von Ablenkern; Vorlesen der Pseudowörter</i> ○ Lesesinnverständnis <i>jeweils 2 Ablenker pro Item (phonologisch, semantisch oder morphosyntaktisch)</i> ○ Auditives Sprachverständnis <i>Zeigen auf das auditiv vorgegebene Bild (Wörter + Sätze) aus einer Auswahl von Ablenkern (phonologisch, semantisch oder morphosyntaktisch)</i> ○ Schreiben nach Diktat (Wörter/Sätze; Pseudowörter) <i>Aufschreiben oder Zusammensetzen von Schriftkärtchen</i>

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der Lesbarkeit nur die männliche Form aller Personenbezeichnungen verwendet, es sind aber gleichermaßen Frauen und Männer angesprochen.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nachsprechen (Wörter/Sätze; Pseudowörter) <p>VI. Rating der verbalen Kommunikationsfähigkeit <i>Auf Grundlage der Anamnese, des Kommunikationsverhaltens während der Testung und eines kurzen Gespräches über einen typischen Tagesablauf des Patienten</i></p> <p>VII. Zahlenverarbeitung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lautes Lesen ○ Schreiben nach Diktat ○ Nachsprechen <p>B) Kognition</p> <p>I. Nonverbaler Gedächtnistest <i>Wiedererkennen und Zeigen auf zuvor präsentierte Figuren aus einer Auswahl von Ablenkern (zuerst nach 10 Sek., dann nach 10 Min.)</i></p> <p>II. Aufmerksamkeitstest <i>Wiedererkennen und Durchstreichen von visuell präsentierten Zeichen aus einer Auswahl von gleichen und ähnlichen Zeichen (10 Sek. pro Spalte)</i></p> <p>III. Logische Reihen <i>Aneinanderreihung von Zeichen, die einer bestimmten Regel unterliegt → Finden des Zeichens, das der Regel dieser Zeichen-Reihe nicht folgt</i></p>
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Manual • Protokollheft (Anamnese-, Protokoll- und Auswertungsbogen) für den Testleiter • Testheft für den Patienten • ACL-Vorlagenringbuch • Schriftkärtchen • Auswertfolien
Durchführungsdauer	ca. 30 Minuten insgesamt (Sprachteil länger als Kognitionsteil)
Auswertung	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Rohwertbestimmung</u>: anhand von «Wertpunkten» <ul style="list-style-type: none"> ○ Rohwerte werden in Wertpunkte transformiert oder ○ Quantitative Wertpunkte werden nach qualitativen Kriterien (Tabelle) vergeben (Punktabzug z.B. bei Selbstkorrektur, Verzögerung, Wiederholung) • Altersabhängige Transformierung bei den <i>Wortgenerierungsaufgaben</i> • Altersabhängige Cut-Off-Werte für <i>Logische Reihen</i> und den <i>Aufmerksamkeitstest</i> • Cut-Off-Werte für Beeinträchtigung und Einteilung in Schweregradstufen für alle anderen Subtests • Pen & Paper (Ø PC-gestützt)
Normierung	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Gesamtnormstichprobe</u>: 106 gesunde Kontrollprobanden und 168 Patienten mit Aphasie; davon gingen 154 Personen mit Aphasie in die endgültige Datenanalyse ein • <u>Verschiedene Altersgruppen</u>:

	<ul style="list-style-type: none"> ○ ≤ 49 Jahre: 22 Personen mit Aphasie und 32 Kontrollprobanden ○ 50-64 Jahre: 55 Personen mit Aphasie und 39 Kontrollprobanden ○ ≥ 65 Jahre: 77 Personen mit Aphasie und 35 Kontrollprobanden ● <u>Weitere Unterscheidung</u> nach Geschlecht, Bildung, Beruf, Ätiologie, Krankheitsbeginn und Diagnose nach dem Aachener Aphasie Test (AAT) ● <u>Einschlusskriterien für die Personen mit Aphasie:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vorliegen aphasischer Symptome laut Beurteilung des Sprachtherapeuten bzw. Versuchsleiters ○ Unterschiedliche Ätiologien, sowohl akut als auch chronisch ○ Für die Testdauer problemlos am Tisch sitzen können ● <u>Einschlusskriterien für die Kontrollprobanden:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einstufung als kognitiv und mnestisch unbeeinträchtigt (nach dem Clinical Dementia Ratio Scale) ○ Beurteilung vom Versuchsleiter als sprachlich unauffällig ● <u>Angaben zum Ort der Rekrutierung:</u> Personen mit Aphasie aus "10 verschiedenen Kliniken und Aphasiezentren" ● <u>Zeitraum der Datenerhebung:</u> 10 Monate ● <u>Kontrollgruppe:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Deckeneffekte in allen Subtests im Sprachteil außer <i>Wortgenerierungsaufgaben</i> (nur basale Sprachfähigkeiten überprüft). ○ keine Deckeneffekte bei <i>Wortgenerierungsaufgaben</i> und bei den Subtests im Kognitionsteil ● <u>Aphasie-Gruppe:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Heterogene Leistungen in allen Subtests, alle signifikant unterhalb der Leistungsniveaus der Kontrollgruppe ($p < .001$, Mann-Whitney-U-Tests). ○ Signifikanter Alterseffekt für <i>Wortgenerierungsaufgaben</i>, <i>Aufmerksamkeitstest</i> und <i>Logische Reihen</i> → durch altersabhängige Punktauswertung bzw. altersabhängigen Cut-Off korrigiert.
Objektivität	Durchführung, Auswertung und Interpretation sind vollständig standardisiert
Zuverlässigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Interne Konsistenz:</u> nach Cronbachs α für die einzelnen Subtests zwischen .71 (<i>Auditives Sprachverständnis</i>) und .95 (<i>Lautes Lesen</i>). Für die Subtests <i>Reihensprechen</i> und <i>Befolgen von Handlungsanweisungen</i> wurden keine Werte bestimmt, da diese aus zwei Items bestehen. ● <u>Retest-Reliabilität</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ an 20 Patienten mit postakuter oder chronifizierter Aphasie vaskulärer Genese im Abstand von 2 Tagen getestet ○ bei den einzelnen Subtests zwischen .55 und .91 ($p < .05$)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ keine signifikanten Korrelationen beim <i>Reihensprechen</i> und <i>Befolgen von Handlungsanweisungen</i> ($r=.48$ bzw. $r=.30$, $p<.05$) ● <u>Interrater-Reliabilität</u>: beim <i>Rating der verbalen Kommunikationsfähigkeit</i> anhand zweier Urteile verglichen, ergab hohen Wert mit $.83$ ($p<0.1$). ● <u>Trennschärfe</u>: nahezu alle Items erweisen sich als trennscharf (niedrigster Wert $.344$, höchster Wert $.884$) ● <u>Gesamttesthomogenität</u>: (durchschnittliche Korrelation der einzelnen Items des gesamten Tests) für den Sprachteil sehr zufriedenstellend ($.45$) ● <u>Homogenität der einzelnen Subtests</u>: sehr zufriedenstellend zwischen $.28$ (<i>Auditives Sprachverständnis</i>) und $.75$ (<i>Schreiben nach Diktat</i>) ● <u>Paralleltest-Reliabilität</u>: keine Angaben ● <u>Split-Half-Reliabilität</u>: keine Angaben
Gültigkeit	<p><u>Inhaltsvalidität</u>: gut, da klar definierte sprachliche Modalitäten und Einheiten bzw. kognitive Funktionen mit bewährten neuropsychologischen Paradigmen überprüft werden.</p> <p><u>Konstruktvalidität</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sehr zufriedenstellende Spearman-Rangkorrelation der ACL-Subtests <i>Sprache</i> und den korrespondierenden Subtests des Aachener Aphasie Tests (AAT, Huber et al., 1983): <i>Farb-Figur-Test</i>, <i>Benennen</i>, <i>Lautes Lesen</i>, <i>Schreiben nach Diktat</i>, <i>Lesesinnverständnis</i>, <i>Auditives Sprachverständnis</i>, <i>Nachsprechen</i> mit hohen Korrelationen zwischen $.64$ (<i>Auditives Sprachverständnis</i>) und $.90$ (<i>Schreiben nach Diktat</i>) bei $p<.001$ ● Enger Zusammenhang zwischen dem <i>Rating der verbalen Kommunikationsfähigkeit</i> und der Beurteilung des Kommunikationsverhaltens in der Spontansprache des AATs ($.74$ bei $p<.001$) ● Zufriedenstellende Korrelationen zwischen den Aufgaben im Kognitionsteil und den Validierungsinstrumenten: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Gedächtnistest</i> und Subtests „Visuelle Wiedergabe“ I und II aus der Wechsler Memory Scale (WMS, Härting et al., 2000): $.30$ bzw. $.39$, $p<.001$ ○ <i>Logischen Reihen</i> und Subtest 3 aus dem LPS bzw. LPS 50+ (Horn, 1962 bzw. Sturm et al., 1993): $.54$, $p<.001$ ○ <i>Aufmerksamkeitstest</i> und d2-Aufmerksamkeits- und Belastungs-Test (Brickenkamp, 2001): $.30$ bzw. $.26$, $p<.05$ <p>→ Relativ niedrige Validierungswerte vermutlich aufgrund der sich nur zum Teil überschneidenden überprüften Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Keine signifikante Korrelation in der Gesamtzahl bearbeiteter Items (ACL hat dementsprechend eine kürzere Bearbeitungszeit) <p><u>Diskriminanzanalyse/Auslese</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Maximaler ACL-Gesamtwert: 148 Punkte

	<ul style="list-style-type: none"> • Cut-Off für Aphasie: 135 Punkte (mit 94,6% korrekter Klassifizierung aller Probanden/Patienten; bzw. 94,2% korrekter Klassifizierung der Personen mit Aphasie und 95,2% der Kontrollprobanden) • Eine Aphasie ist sehr wahrscheinlich, wenn von den wesentlichen Sprachverständnisaufgaben (<i>Farb-Figur-Test, Lesesinnverständnis, Auditives Sprachverständnis</i>) und Produktionsaufgaben (<i>Wortgenerierungsaufgaben, Benennen</i>) jeweils mindestens ein Bereich beeinträchtigt ist → korrekte Klassifizierung bei 89,9% aller Probanden/Patienten. <p><u>Kriteriumsvalidität</u>: keine Angaben</p>
Nebengütekriterien	Keine Angaben zu Akzeptanz, Transparenz, Zumutbarkeit, Verfälschbarkeit oder Störanfälligkeit
Preis	429,00 EUR

Testentwicklung (Angaben aus dem Handbuch)

- Die ACL ist eine eigenständige, deutsche Entwicklung, wobei der *Farb-Figur-Test* in Anlehnung an den Token Test (AAT) konstruiert wurde.
- Bis dato gibt es nur eine veröffentlichte Version und keine weiteren Modifikationen oder Auflagen.
- Überprüfung des Bildmaterials: Der Einfluss des Bildmaterials auf die Testleistung wurde nicht systematisch untersucht. Stattdessen wurden für die Normierungsversion itemspezifische Bilder mit einem komplexen Bild nach bestimmten Kriterien parallelisiert. Es ergaben sich in der Aphasiegruppe signifikant schlechtere Leistungen beim komplexen Bild ($p < .05$ bis $.001$), weshalb für die Endversion Einzelbilder gewählt wurden.
- Überprüfung und Kürzung der ACL:
 - Itemreduktion bei den Subtests *Reihensprechen* (von 3 auf 2 Items reduziert), *Befolgen von Handlungsanweisungen* (von 3 auf 2 Items), *Farb-Figur-Test* (von 17 auf 10), *Wortgenerierungsaufgaben* (von 5 auf 2) und *Zahlenverarbeitung* (von 4 auf 3) nach statistischen und inhaltlichen Kriterien, um die Bearbeitungsdauer möglichst kurz zu halten, nämlich: Die zwischen der Aphasie- und Kontroll-Gruppe am besten zu trennenden Wortgenerierungsaufgaben wurden nach Berechnung der Sensitivitäten und Spezifitäten per Diskriminanzanalysen selektiert.
 - Für die anderen Subtests wurden Itemschwierigkeiten nach der in Bortz und Döring (1995) angegebenen Formel berechnet und solche Items ausgewählt, die für die gesunden Probanden einen leichten Schwierigkeitsgrad hatten.

Testbewertung

Operationalisierung / Aufgabenstellung	<p>Mit der <u>Operationalisierung</u> wird die Zielsetzung des Verfahrens erreicht.</p> <p><u>Pro:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Klare, verständliche Anweisungen zur Testdurchführung und -auswertung mit eindeutiger Punktevergabe• Einseitiger Anamnesebogen vor der Testung erfasst soziodemographische Daten, durch die Hirnschädigung verursachte Beeinträchtigungen/Begleiterkrankungen und die Ätiologie und Lokalisation der Hirnschädigung <p><u>Contra:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Verglichen mit dem Sprachteil werden bei den Subtests <i>Aufmerksamkeitstest</i> und <i>Logische Reihen</i> im Kognitionsteil höhere Leistungen erfordert (keine Deckeneffekte bei der Kontrollgruppe) → Dies könnte für Patienten in der akuten Phase überfordernd und entmutigend wirken• Der Anamnesebogen erfasst die ICF-Bereiche «Aktivität und Teilhabe», «Umwelt» und «Person» nicht, obwohl die Notwendigkeit im Manual explizit in der Einführung der theoretischen Grundlagen erwähnt wird. Außerdem gibt es keinen Bezug zum Anamnesebogen im Manual und keinerlei Durchführungshinweise für das Anamnesegespräch <p><u>Aufgabenstellung:</u></p> <p><u>Pro:</u></p> <p>→ Hohe Durchführungsobjektivität</p> <ul style="list-style-type: none">• Manual:<ul style="list-style-type: none">○ Setting ausreichend definiert○ Klar verständliche Anweisungen zur Durchführung der einzelnen Übungen• Protokollheft:<ul style="list-style-type: none">○ Übersichtlich, selbsterklärend und anwenderfreundlich○ Instruktionen teilweise vorgegeben, z.B. «Bitte zählen Sie die Wochentage der Reihe nach auf!»• Items:<ul style="list-style-type: none">○ Ratewahrscheinlichkeit als Störquelle ist gering: 3 Ablenker pro Item beim <i>Lesesinnverständnis</i> und <i>Auditiven Sprachverständnis</i>, und 9 Ablenker beim <i>Gedächtnistest</i> <p><u>Contra:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Fehlender Seitenverweis auf das Vorlagenringbuch könnte zu Missverständnissen führen
---	--

<p>Material</p>	<p><u>Pro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual: ausführlich, verständlich, nachvollziehbar • Abbildungen: bunt, ansprechend, zeitlos, eindeutig, angemessene Größe, auf wesentliche Merkmale des Zielitems reduziert • Schrift: Schriftart und -größe angemessen, Fettmarkierung • Vorlagen: Ringbuchformat mit qualitativ hochwertigem Papier, anwenderfreundlich • Items: Ablenker bei rezeptiven Aufgaben gut gewählt für erweiterte Leistungsinterpretation: semantisch/morpho-syntaktisch, phonologisch und unrelationiert • Schriftkärtchen: gute Alternative zum Schreiben für motorisch eingeschränkte Patienten • Protokollheft: Platz für eigene Notizen • Beiliegende Folien: sinnvolle Hilfe zur Auswertung der <i>Logischen Reihen</i> <p><u>Contra:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bildvorlagen mit Ablenkern auf derselben Seite: etwas zu voll. Übersichtlicher wäre die optische Trennung anhand von Linien • Vorlagenringbuch: keine Seitenzahlen, Trennseiten pro Subtest sind nicht schnell ersichtlich • Testheft: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Aufmerksamkeitstest</i>: Zeichen sind sehr klein ○ <i>Logische Reihen</i>: überfüllt und tendenziell unübersichtlich • Beiliegende Folien: schlechter Kontrast. Dieser könnte durch farbliche Hervorhebung verstärkt werden • Keine systematische Untersuchung des Bildmaterials und keine Begründung der Itemauswahl
<p>Durchführungsdauer</p>	<p><u>Pro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Angenehme Durchführungsdauer von 30 Minuten für den klinischen Alltag • Subtests können einzeln durchgeführt und ausgewertet werden (wobei die Aussagekraft einzelner Tests in der Interpretation der Resultate zu beachten ist) <p><u>Contra:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Angaben zu Abbruchkriterien
<p>Auswertung</p>	<p><u>Pro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Punktevergabe: Hohe Auswertungsobjektivität aufgrund der klar formulierten und strikt vorgegebenen Auswertungskriterien, die alle Antwortmöglichkeiten umfassen und wenig Interpretationsraum geben • Hilfreiche Bewertungsbeispiele pro Subtest und ausführliches Fallbeispiel mit Auswertungserklärung

	<ul style="list-style-type: none"> • Testergebnisse können mit wenig Aufwand in das Leistungsprofil im Protokollheft eingetragen werden; der Schweregrad pro Bereich ist somit leicht und schnell abzulesen, und die Ergebnisse können leicht und transparent mit dem Patienten besprochen werden • Schweregradeinteilung und Auslese der Aphasie möglich • Geringe p-Werte von .001, 0.01 und .05 • Syntaxproduktion und -verständnis werden in den Bildbenennungs- und Lesesinnverständnisaufgaben ergänzend geprüft und sind über die Punktwertung hinaus interpretierbar <p><u>Contra:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rating der verbalen Kommunikationsfähigkeit: <ul style="list-style-type: none"> ○ Einschätzung ohne Berücksichtigung weiterer, differenzierterer Parameter ○ Grober Durchführungshinweis und knapp beschriebene Rating-Stufe erschweren eine objektive, validierte und aussagekräftige Bewertung • Keine Normalverteilung mit Prozenträngen oder T-Werten → nicht geeignet für die Erfassung von Veränderungen über die Zeit, aber Cut-Off-Werte sind angesichts des Screeningformats sowie der Zielsetzung der Klassifizierung und der heterogenen Stichprobe nachvollziehbar • Keine vorgegebene Einschätzung des zeitlichen Aufwandes für die Auswertung → Einschätzung nach eigener Erfahrung: ca. 20 Minuten
Normierung	<p><u>Pro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Deskriptive Statistiken über die Merkmale der Probanden/Patienten • Ausreichender Stichprobenumfang mit repräsentativem Wert <p><u>Contra:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Angaben zum Zeitpunkt der Datenerhebung • Ausschluss von 14 Probanden „aufgrund von Unvollständigkeiten“ nicht weiter ersichtlich oder begründet • Kontrollprobanden wurden vom jeweiligen Versuchsleiter als „sprachlich unauffällig“ beurteilt ohne nähere Angaben • Die Aphasie-Gruppe besteht ausschließlich aus Personen mit aphasischen Symptomen, d.h. der Test unterscheidet nicht weiter zwischen Patienten mit Aphasie und neurologischen Patienten ohne Aphasie (z.B. Demenz-Patienten)
Objektivität	<p><u>Pro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchführungs- und Auswertungsobjektivität durch klare, genaue Anweisungen und eindeutige Auswertungskriterien gegeben.

	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretationsobjektivität durch Bewertungsbeispiele und ein Fallbeispiel gegeben
Zuverlässigkeit	<p><u>Pro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hinweis beim <i>Kognitionsteil</i> darauf, dass dieser Test eine elaborierte neuropsychologische Untersuchung nicht ersetzt • Insbesondere durch hohe interne Konsistenz (Cronbachs-Alpha) und zufriedenstellende Homogenitäten belegt • Korrigierte Trennschärfekoeffizienten der Subtests vorwiegend gut (ca. 25% der Items außerhalb des erwünschten Bereiches .4 bis .7) <p><u>Contra:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kleine Stichprobe (n=20) für die Testung der Retest-Reliabilität
Gültigkeit	<p><u>Pro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Validitätskriterien umfassend untersucht • Insbesondere ist der Vergleich mit den Validierungsinstrumenten aussagekräftig • Hohe Sensitivität und Spezifität • Niedrige Korrelation des <i>Ratings der verbalen Kommunikationsfähigkeit</i> mit den weiteren AAT-Beurteilungskriterien <i>Artikulation und Prosodie</i> (.13) und <i>Automatisierte Sprache</i> (.49) unterstreicht die Absicht der ACL, die kommunikative Bewertung der Spontansprache schnell und einfach ausführen zu können • Die gewählten Validierungsinstrumente sind standardisiert, geläufig und verfolgen ähnliche diagnostische Ziele <p><u>Contra:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die niedrige Korrelation des <i>Ratings der verbalen Kommunikationsfähigkeit</i> mit den AAT-Beurteilungskriterien spiegelt eine mangelnde Ausführlichkeit der Spontansprachanalyse wider • Als Validierungsinstrument für akute Aphasien wird die Kurze Aphasie-Prüfung (KAP, Lang et al., 1999) erwähnt, aber nicht mit statistischen Angaben erörtert
Nebengütekriterien	<p><u>Pro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zumutbarkeit: <ul style="list-style-type: none"> ○ Berechnung der Itemschwierigkeiten nach der Formel in Bortz & Döring 1995 → Items ausgewählt, die für die gesunden Probanden einen leichten Schwierigkeitsgrad haben ○ Berücksichtigung motorischer Einschränkungen durch Nutzung von Schriftkärtchen als Alternative zum Schreiben

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kurze Durchführungsdauer von ca. 30 Minuten ○ Genaue Definition der zumutbaren Zielgruppe (z.B. Ausschluss von Patienten mit eingeschränktem Sprachverständnis für den Kognitionsteil) ● Ökonomie: kurze Durchführungsdauer ● Transparenz: durch übersichtliches Leistungsprofil gegeben <p><u>Contra:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kein Hinweis der Notwendigkeit weiterer Studien
<p>Theoretischer Rahmen</p>	<p><u>Pro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kurze, verständliche Beschreibung der relevanten theoretischen Grundlagen mit überwiegend ausreichendem Bezug zu externen Quellen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Definition der Aphasie und Notwendigkeit einer Sprachtherapie bei Hirnschädigungen ○ Aphasiediagnostik: Wesentliche Aspekte einer sprachtherapeutischen Diagnostik: Anamnese, Sprachprofil, Syndromzuordnung, Kognitive Funktionen, Ökonomisierung ○ Problematik der Syndromzuordnung von Aphasien ○ Notwendigkeit einer Untersuchung der kognitiv-mnestischen Fähigkeiten ○ Unterscheidung von anderen Aphasiediagnostikverfahren ○ Zielsetzung des vorliegenden Diagnostikverfahrens ● Fazität der Lesbarkeit: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fachbegriffe werden meistens kurz erläutert ○ Nur die männliche Form aller Personenbezeichnungen wird verwendet (und darauf hingewiesen) ● Klar verständliche Begründung der Alleinstellungsmerkmale (s.o.: Klinische Anwendbarkeit) ● Die genannten theoretischen Grundlagen decken sich weitestgehend mit der Gestaltung der Übungen <p><u>Contra:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kaum modellorientiert (→ lediglich ein kurzer Hinweis auf die Wortverarbeitungsrouten von Morton & Patterson (1980))
<p>Klinische Anwendbarkeit</p>	<p><u>Pro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Zielgruppe, Testaufbau und Auswertung werden klar beschrieben ● Eignet sich in der Routinediagnostik vor allem aufgrund der zeitökonomischen Durchführbarkeit, der einfachen Anwendung und der Vielfalt der Zielgruppe ● Unterscheidung von vergleichbaren Tests: <ul style="list-style-type: none"> ○ AAT → zeitaufwendiger und syndromorientiert ○ AABT, KAP und AST → spezialisierter in ihrer Anwendbarkeit hinsichtlich Ätiologie der Sprachstörungen, des

	<p>Erkrankungsstadiums und der überprüften Domänen; keine Überprüfung neuropsychologischer Funktionen</p> <p><u>Contra:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung von Therapiezielen anhand der Testergebnisse nicht möglich, sondern nur indirekt durch Interpretation der Einzelantworten • Keine Überprüfung der Geltung/Angemessenheit der Werte seit der ersten Auflage im Jahr 2002
<p>Abschließende Bewertung</p>	<p><u>Pro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Übersichtliche Gestaltung des gesamten Materials • Zeitökonomische Durchführbarkeit und Auswertbarkeit (positiv für Patienten und Therapeuten) • Einarbeitungszeit ist kurz, Aufgaben sind meist selbsterklärend • Diagnostik sowohl akuter als auch chronischer Aphasien, unabhängig von der Ätiologie, d.h. für eine breitere Patientengruppe einsetzbar, bzw. auch für nicht-vasculäre Hirnschädigungen • Gut geeignet zur Feststellung einer Aphasie anhand des Cut-Off-Wertes • Ermöglicht eine individuelle Beschreibung vieler unterschiedlicher sprachlicher Leistungen und aller Modalitäten inkl. Schweregradeinstufung • Beschreibung ist deskriptiv, nicht syndromal (vgl. andere Testverfahren) • Zusätzliche Prüfung der Zahlenverarbeitung • Ermöglicht ein Screening nonverbaler, kognitiver Funktionen und gibt somit Hinweise auf neuropsychologische Begleitsymptome, die für die Therapie relevant sind • Abbildung des Leistungsprofils ermöglicht transparente, schnell ablesbare Übersicht der Testergebnisse <p><u>Contra:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Geringe Itemzahl pro Subtest → Auf Grundlage der Diagnostik aufgestellte Hypothesen müssen ggf. durch weitere Tests geprüft werden • Geringe Itemzahl führt auch zu schmalen Punktwertbereichen • Grobe, limitierende Einschätzung der Spontansprache und der kommunikativen Leistungen und somit keine Erfassung der Symptome in der Spontansprache • Keine Prozentränge oder T-Werte, d.h. ungeeignet für die Erfassung von Veränderungen über die Zeit, allerdings für das Screeningformat und die Zielsetzung der Klassifizierung nachvollziehbar

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Keine Überprüfung der Geltung/Angemessenheit der Werte seit der ersten Auflage im Jahr 2002 |
|--|---|

Quellen

- Aphasie-Check-Liste*. (2021). Von Testzentrale: <https://www.testzentrale.de/shop/aphasie-check-liste.html> abgerufen
- Huber, W. P. (1983). *Der Aachener Aphasie Test*. Göttingen: Hogrefe.
- Leistungsprüfsystem*. (2021). Von Testzentrale: <https://www.testzentrale.de/shop/leistungspruefssystem.html> abgerufen
- Nobis-Bosch, R. R.-F. (2013). *Forum Logopädie. Diagnostik und Therapie der akuten Aphasie*. Stuttgart: Thieme.
- Test d2 – Aufmerksamkeits-Belastungs-Test*. (2021). Von Testzentrale: <https://www.testzentrale.de/shop/test-d2-aufmerksamkeits-belastungs-test.html> abgerufen
- Wechsler Memory Scale® – Fourth Edition*. (2021). Von Testzentrale: <https://www.testzentrale.de/shop/wechsler-memory-scaler-fourth-edition.html> abgerufen