

Testrezension

Titel	Bielefelder Aphasie Screening Akut und Reha zur Diagnostik akuter und postakuter Aphasien (BIAS A&R)
Autoren	Kerstin Richter, Martina Hielscher-Fastabend
Quelle	Bielefeld, NAT-Verlag, 2018, 1. Auflage des BIAS A&R, https://www.nat-verlag.de/programm/diagnostik/bias-a-r/
Rezensent	Lena Siepe, Charlotte Stransky
Datum	05.02.2021

In dieser Rezension wird nur der BIAS R behandelt. Dafür wurde mit dem Handbuch zum BIAS A&R gearbeitet.

Angaben aus dem Handbuch

Zielsetzung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikation einer Aphasie bei neurologischen Patienten in der Postakutphase (ab vier Wochen post-onset) 2. Quantifizierung: Bestimmen des Schweregrades der Aphasie in der späten Akut- und Postakutphase 3. Qualität: Herausfiltern von Problemschwerpunkten in der späten Akut- und Postakutphase 4. Verlaufsdokumentation: Erkennen von Leistungsveränderungen im Verlauf von der Akutphase im Übergang zur Postakutphase
Operationalisierung / Aufgabenstellung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spontansprache: halbstandardisiertes Interview mit offenen, einfachen W-Fragen 2. Auditives Sprachverständnis: Auditives Wortverständnis mit Bildunterstützung, Auditives Satzverständnis mit Bildunterstützung, Auditives Sprachverständnis für Entscheidungsfragen 3. Automatisierte Sprache: Reihensprechen, Sprichwörter ergänzen, Floskeln nachsprechen 4. Elizitierte mündliche Sprachproduktion: Benennen von Gegenständen, Beschreiben von Situationsbildern 5. Wortflüssigkeit: Semantisch-lexikalische & formallexikalische Wortflüssigkeitsaufgaben 6. Nachsprechen: Nachsprechen von Wörtern, Nachsprechen von Sätzen 7. Lesesinnverständnis: Lesesinnverständnis für Wörter mit Bildunterstützung, Lesesinnverständnis für Sätze mit Bildunterstützung, Lesesinnverständnis für Entscheidungsfragen 8. Lautes Lesen: Lautes Lesen von Wörtern, Lautes Lesen von Sätzen

	<p>9. Schreiben: Schreiben nach Diktat (bei motorischen Defiziten: Legen von Buchstabenkarten)</p>
Material	<p>Handbuch Protokollbögen Patientenbeispiel A mit ausgefüllten Protokollbögen Patientenbeispiel B mit ausgefüllten Protokollbögen Patientenbeispiel C mit ausgefüllten Protokollbögen Anhang mit Durchführungsmaterial (Fotos, Bilder, Wörter, Sätze und Buchstabentafeln)</p>
Durchführungsdauer	<p>Insgesamt 40-50 Minuten (bei Anwendung der Abbruchkriterien: 15-20 Minuten)</p>
Auswertung	<p><u>a) Rohwertbestimmung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – ordinalskalierte Punkteskala zwischen 0 und 3 mit genauen Bewertungskriterien zur Einordnung in die Skala – qualitative Auswertung der Leistungsbereiche möglich → inklusive Art der Reaktion (spontan richtig, Unsicherheit, Selbstkorrektur, Wiederholung, Stimulierung, Nullreaktion) sowie Fehlertyp (semantisch/ phonologischer Ablenker; naher/ ferner Ablenker) – qualitative und kategoriale Auswertung der Spontansprache nach AAT-Kriterien (Aachener Aphasie Test – Kriterien) <p><u>b) Vergleich mit Normgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Prozentwert muss selber errechnet werden, Prozentrangwerte und T-Werte im Vergleich mit der Normgruppe von Tabelle abzulesen – Prozentränge können zur visuellen Erfassung von Verläufen graphisch vermerkt werden – über Errechnen des mittleren Prozentwertes kann der Prozentrang, Stanine-Wert und T-Wert ermittelt werden – kritische Prozentwertdifferenz zur Feststellung von Leistungsveränderungen bereits errechnet (in Tabelle ablesbar) <p><u>c) Vergleichsmöglichkeiten mit Patientengruppen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Kontrollgruppe von insgesamt 60 altersangeglichenen Personen ohne neurologische Vorerkrankung – kritische Untergrenze für jeden Leistungsbereich in Normwerttabellen ablesbar
Normierung	<p>1) Normstichprobe aus 104 aphasischen Patienten in der Postakutphase (21 Tage bis 6 Monate post-onset):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Testung fand von 2016-2017 statt – an Reha-Kliniken in Bad Oeynhausen, Osnabrück, Hessisch Oldendorf – Durchschnittsalter: 65,8 Jahre (min. 26 – max. 91) – Männlich: 60 – Weiblich: 44

	<p><u>Aufnahmekriterien für die Normierungsstichprobe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Insult im Mediastromgebiet links – Erstinsult/ Ausschluss eines Reinsultes – Ausschluss einer Demenz – Ausschluss einer (deutlichen) Depression – Deutsch als Erst- und Familiensprache <p>2) Kontrollgruppe aus 60 Probanden ohne neurologische Vorerkrankungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Testungen 2017/2018 – in Bad Oeynhausen (Freiwillige & Angehörige aphasischer Patienten); Freiwillige aus Kreis Bielefeld und Herford – Durchschnittsalter: 63,4 Jahre (min. 49 – max. 85) – Männlich: 34 – Weiblich: 26
Objektivität	<p><u>Durchführungsobjektivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – genaue Beschreibung der Vorgehensweise in der Handanweisung inklusive Instruktionen, Übungsbeispiele und mögliche bzw. unzulässige Hilfestellungen und Wiederholungen <p><u>Auswertungsobjektivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – für alle Leistungsbereiche sind differenzierte Beurteilungsvorgaben formuliert worden – Abstufung in einem differenzierten Punktesystem – für alle Testaufgaben, die im BIAS R analog zum BIAS A getestet werden, werden die Ergebnisse aus dem BIAS A als Überprüfung angenommen (Testrezension BIAS A; Happe & Paszkiet, 2020; https://evidenssst.org/pluginfile.php/2025/mod_book/chapter/186/BIAS%20A%20-%202020.pdf) – Übereinstimmung der Daten nicht selbstverständlich, da teilweise andere Punktvergaben in den Tests zulässig sind (z.B. werden Selbstkorrekturen anders gewertet) → Unschärfe der Bewertung – Nachweis der Objektivität und Interraterreliabilität: bei 24 Patienten mit Aphasie → Rangkorrelation nach Spearman → Koeffizienten über 0,7 → Übereinstimmung hoch – Übereinstimmung ist nicht so hoch wie im BIAS A, Punkteskalierung für den BIAS R soll aber beibehalten werden <p><u>Interpretationsobjektivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Normwerte anhand 104 Patienten mit Aphasie in post-akuter Phase – Abgrenzung durch die Stichprobe neurologisch unauffälliger Probanden (N=60) → kritische Grenzwerte für das Vorliegen einer Aphasie – Möglichkeit zum Erfassen/ Quantifizieren verschiedener Fehlertypen und Stimulierungshilfen

	<ul style="list-style-type: none"> – differenzierte neurolinguistische Beurteilung des Störungsschwerpunkts ist nicht angestrebt
Zuverlässigkeit	<p><u>Interne Konsistenz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – über α-Koeffizienten nach Cronbach bestimmt mit einem Koeffizienten für das gesamte Screening von 0,987, der jedoch nicht die Ratewahrscheinlichkeit der einzelnen Unterskalen berücksichtigt – Minimalschätzung nach Kuder-Richardson-Formula 21 ergibt einen Wert von 0,96 → geringfügig unter dem Wert nach Cronbach → gesamtes Screening sehr reliabel – Cronbachs α liegt für die verschiedenen Leistungsbereiche zwischen 0,902 und 0,973 – für die Teilbereiche des Wortverstehens auditiv und visuell liegen die Werte jeweils bei 0,77 → befriedigende Reliabilität – für Teilbereiche Satzverständnis auditiv und visuell liegen Werte mit 0,88 bzw. 0,89 im guten Bereich → reliabel – geschätzter Index nach Horst bestätigt jeweiligen Koeffizienten nach Cronbach weitgehend <p><u>Testwiederholungsreliabilität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – schon für Vorversion des BIAS (JoBiAS) überprüft → Koeffizienten zwischen 0,74 und 0,97 bei wiederholter Testung nach jeweils 7-10 Tagen – erneute Überprüfung der Testwiederholungsreliabilität beim BIAS R: Untersuchung mit 24 chronischen Aphasie-Patienten in ambulanten Sprachtherapiesettings mit Messungen zu drei verschiedenen Zeitpunkten im Abstand von 1-2 Wochen – Rangkorrelationen nach Spearman für mittleren Gesamtwert zwischen T1 und T2: $r = .96^{***}$, zwischen T2 und T3: $r = .981^{***}$, zwischen T1 und T3: $r = .958^{***}$ → sehr hohe Korrelationen – Verlauf der Leistungen über die drei Messzeitpunkte erweist sich als stabil → es zeigt sich kein Lernzuwachs über die zweimalige Messwiederholung innerhalb von max. 5 Wochen – multivariate Analyse über alle acht Leistungsbereiche ergibt keine signifikanten Veränderungen für die Bereiche <p><u>Trennschärfe & Itemreliabilität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – weniger günstige Werte der Trennschärfe (0,307-0,931) und Itemreliabilität → einfache Aufgabenstellungen und Items aus BIAS A sind im BIAS R enthalten, um Verlaufsdiagnostik zu ermöglichen
Gültigkeit	<p><u>Konstruktvalidität - Interkorrelation der Leistungsbereiche und faktorielle Validität:</u></p> <p><u>Interkorrelation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – alle Interkorrelationen hoch signifikant bei $N=104$ ($p < 0,01$) → auch zwischen ähnlichen Leistungsbereichen – höchste Korrelation zwischen “Lautes Lesen” und “Schreiben/ Legen” (produktiver Teil der Schriftsprache) ($r = 0,848$) <p><u>Hauptkomponentenanalyse:</u></p>

- Faktorenlösung mit einem Faktor 71,33% der Gesamtvarianz
- höhere Differenzierungen zwischen aphasischen Störungen mit eher rezeptiven vs. eher produktiven Schwerpunkten und eher mündlichem vs. schriftlichem Schwerpunkt als im BIAS A

Kriterienbezogene Validität - Innere und äußere Validität:

Innere Validität mit Untertests der ACL und anderen Sprachskalen (LEMO, BOSU, SPO 1):

- Durchführung mit 23 Patienten mit Aphasie (m=14, w=9)
- hohe Korrelation ($r = 0,916$) mit ACL
- weitere Korrelationen mit BIAS R:
SPO 1 des AAT: $r = 0,831$
LEMO: Nachsprechen $r = 0,92$; Lesen Wörter $r = 0,94$
BOSU: negative Korrelation $r = -0,352$
→ BOSU wird als Zusatztest zum Überprüfen der semantisch-konzeptuellen Verarbeitung vorgeschlagen

Innere Validität mit Aufmerksamkeitstest der ACL und den SZZA (Symbol-Ziffern-Zuordnungsaufgaben):

- Durchführung mit 11 Patienten mit Aphasie
- komplexe Aufgaben des BIAS R (Entscheidungsfragen, Wortflüssigkeit, Schreiben nach Diktat) korrelieren signifikant mit den Leistungen zur nonverbalen Aufmerksamkeit
- signifikante Korrelationen zwischen SZZA und anderen Leistungsbereichen des BIAS R (auditives Wort- & Satzverständnis, automatisierte Sprachproduktion, elizitierte Sprachproduktion, Lautes Lesen) & entsprechende Korrelationen zwischen diesen Leistungsbereichen des BIAS R und des Aufmerksamkeitstests der ACL (ausgenommen ist hier das Auditive Satzverständnis)

Äußere Validität:

Differenzierung zwischen Aphasie und Kontrollgruppe:

- **Diskriminanzanalyse** zur Reklassifikation der 104 Patienten mit Aphasie & 60 sprachgesunden Normsprechern inklusive aller Leistungsbereiche des BIAS R und der Einschätzung der Spontansprache → hochsignifikante Diskriminanzfunktion (Eigenwert = 2,056; kanonische Korrelation = 0,82 mit Wilks-Lambda = 0,327; $\chi^2(8) = 176,48$, $p < .0001$)
→ korrekte Zuordnung von 100% der Kontrollpersonen und 89,4% der Patienten mit Aphasie
- **schrittweise Diskriminanzanalyse** anhand der besten Prädiktoren (Wortflüssigkeitsaufgaben, lautes Lesen, SPO1)
→ 90,4% der Aphasie-Patienten und 98,3% der Kontrollpersonen wurden korrekt eingeschätzt
→ hohe Bedeutung der Beurteilung des allgemeinen Kommunikationsverhaltens für Beurteilung der Aphasie
→ **Gesamtreklassifikationsgüte** beträgt 93,3% (Wilks-Lambda = .339; $\chi^2(3) = 173,686$, $p < .001$)
→ Reklassifikationskoeffizienten für Aphasiker und Kontrollgruppe können herangezogen werden, wenn

	<p>Gesamtergebnis des BIAS R in der Grauzone einer Einschätzung als aphasisch liegt</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sensitivität für schrittweise Diskriminanzanalyse liegt bei 0,904, Spezifität bei 0,983 – RATZ-Index beträgt 0,971 → sehr gute Vorhersagekraft
Nebengütekriterien	<p><u>Zumutbarkeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Verfahren hat sich als zumutbar und zeitökonomisch erwiesen <p><u>Fairness:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Verfahren erfasst Leistungen der Patienten in objektiver und fairer Weise <p><u>Störanfälligkeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Annahme eines allgemein starken Zusammenhangs zwischen Aufmerksamkeitsfokussierung bzw. kognitiven Geschwindigkeit und sprachlichen Aufgaben – neurokognitive Beeinträchtigungen oder Formen der Demenz können komplexe sprachliche Aufgaben stören → hypothesengeleitete Hinzuziehung zusätzlicher diagnostischer Verfahren <p><u>Verfälschbarkeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Test ist nicht normiert für Patienten mit keiner klaren Störungsursache und Ätiologie (Reinsulte/ dementielle Symptome) – berücksichtigt hinsichtlich der Normierung auch keine Patienten mit Deutsch als Zweitsprache
Preis	150 € BIAS A&R

Testentwicklung

Bielefeld, NAT-Verlag, 2018, 1. Auflage des BIAS A&R,
<https://www.nat-verlag.de/programm/diagnostik/bias-a-r/>

Das BIAS-Reha ist eine eigenständige, deutschsprachige Entwicklung eines Screenings zur Diagnostik von post-akuten Aphasien. Neben dem BIAS Reha wurde der BIAS Akut zur Erfassung akuter Aphasien entwickelt. Als Vorversionen der beiden Screenings dienten der JoBiAS1 und JoBiAS2 (Johanneskrankenhaus Bielefeld Aphasie Screening 1 und 2), die in den Jahren 1996 bis 2001 erstellt, jedoch nicht veröffentlicht wurden. Aus den beiden Vorversionen wurde schließlich das BIAS entwickelt, das zunächst an 60 Patienten normiert und 2006 erstmalig offiziell veröffentlicht wurde. Das BIAS-Akut wurde zehn Jahre später durch eine neue Normierungsstichprobe um weitere 60 Patienten ergänzt. Als erweiterte Form wurde dann das BIAS Reha für die späte Akut- und frühe Postakutphase nach einem Schlaganfall normiert.

Das BIAS R schließt die Leistungsbereiche des BIAS A mit ein ("Auditives Sprachverständnis", "Automatisierte Sprache", "Elizitierte mündliche Sprachproduktion", und "Schriftsprache") und erweitert diese um Items bzw. die weiteren Leistungsbereiche "Nachsprechen von Wörtern und Sätzen", "Lesesinnverständnis für Sätze", "Lesesinnverständnis für Entscheidungsfragen" sowie "Lautes Lesen von Sätzen". Die Aufgabengruppen "Auditives Sprachverständnis für Entscheidungsfragen", "Wortflüssigkeit", "Lesesinnverständnis für Wörter" und "Lautes Lesen von Wörtern" sind um einige Items mit höherem Schwierigkeitsindex ergänzt worden. Die Erweiterung im BIAS-Reha erfolgte vor dem Hintergrund der neurologischen und funktionellen Veränderungen in der post-akuten Phase der Aphasie.

Testbewertung

Operationalisierung / Aufgabenstellung	<p><u>PRO:</u></p> <ul style="list-style-type: none">– Instruktionen der jeweiligen Aufgaben sind auf den Protokollbögen angegeben & Angaben im Handbuch zur Durchführung der Untertests sind sehr detailliert– therapierelevante Hinweise (z.B. Aufschluss darüber, welche Stimulierungshilfen zu erfolgreichen Deblockierung führen)– individuelle Verlaufsbeobachtung von der akuten bis in die post-akute Phase möglich (bei identischen Leistungsbereichen) <p><u>KONTRA:</u></p> <ul style="list-style-type: none">– bei Verlaufsbeobachtung ist ein Lerneffekt bei Items, die bereits im BIAS A enthalten waren, nicht auszuschließen– will man die Ergebnisse des BIAS R mit einer Testung in der akuten Phase mit dem BIAS A vergleichen, müssen erst die Ergebnisse den Auswertungskriterien des BIAS A angepasst werden
Material	<p><u>PRO:</u></p> <ul style="list-style-type: none">– Bild- und Schriftkarten im Ordner enthalten → kaum zusätzliches Material notwendig (Aufnahmegerät)– Protokollbögen übersichtlich und ausführlich– Bilder sind eindeutig zu erkennen; Schriftgröße sowie Graphemkarten angemessen groß <p><u>KONTRA:</u></p> <ul style="list-style-type: none">– Bilder zum Teil veraltet
Durchführungsdauer	<p><u>PRO:</u></p> <ul style="list-style-type: none">– Zeitangabe für einen Großteil der postakuten Patienten angemessen– durch Abbruchkriterien kann Durchführungsdauer reduziert werden
Auswertung	<p><u>PRO:</u></p> <ul style="list-style-type: none">– relativ einfache Handhabung durch Punktesystem– Fehlertypen können eingetragen werden– ausführlich im Handbuch beschrieben (z.B. mit Beispielantworten)– wenn Gesamtergebnis des BIAS R in der Grauzone einer Einschätzung als aphasisch liegt, kann Reklassifikation anhand der Reklassifikationskoeffizienten berechnet werden <p><u>KONTRA:</u></p> <ul style="list-style-type: none">– Prozentwert muss selber ausgerechnet werden → Fehleranfälligkeit, Zeitaufwand bei der Auswertung– nur quantitative Analyse; qualitative Aspekte werden nur aufgenommen aber nicht weiter analysiert

	<ul style="list-style-type: none"> – eigene Berechnung bei Reklassifikation aufwendig
Normierung	<p><u>PRO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Normdaten mit Angaben zur Erhebung (wann, wo, wer) – Einschlusskriterien nachvollziehbar – Normstichprobe und Kontrollgruppe altersangeglichen und in Geschlechter aufgeschlüsselt (m=60; w=44) – aktuelle Testungen – Ermittlung von Prozenträngen möglich – Trennschärfe, Reihenfolge aller Items angegeben <p><u>KONTRA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Normstichprobe relativ klein (n=104) → nur eingeschränkt repräsentativ – keine Angabe, wie Einschlusskriterien kontrolliert wurden – Einfluss von Alter wurde nicht beurteilt, trotz großer Altersdifferenz innerhalb der Normstichprobe – keine Berücksichtigung des Bildungsgrades der Personen in der Kontrollgruppe → könnte v.a. bei Wortflüssigkeitsaufgaben relevant sein – Kapitel zur Beschreibung der Stichproben enthält eine Tabelle, die nicht passend beschriftet ist
Objektivität	<p><u>PRO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – ausführliche Beschreibung zur Durchführung jedes Untertest inklusive Kriterien z.B. zu Selbstkorrekturen und Wiederholungen – hohe Übereinstimmung hinsichtlich der Auswertungsobjektivität – Bewertungskriterien klar formuliert – drei Patientenbeispiele mit ausgefüllten Protokollbögen und Auswertung <p><u>KONTRA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Werte für die Auswertungsobjektivität werden teilweise vom BIAS A übernommen; allerdings werden Bewertungen teilweise unterschiedlich gehandhabt → Unschärfe wird erwartet
Zuverlässigkeit	<p><u>PRO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Cronbachs $\alpha = 0,987$ → guter Wert für interne Konsistenz – neue Testung der Retest-Reliabilität für BIAS R – Ergebnisse Testung der Retestrelabilität: sehr hohe Rangkorrelation → kein Lerneffekt bei zweimaliger Messwiederholung innerhalb von 5 Wochen <p><u>KONTRA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Cronbachs α-Wert berücksichtigt nicht die Ratewahrscheinlichkeit der einzelnen Unterskalen – zur Bestimmung der Retest-Reliabilität wurden Patienten mit chronischer Aphasie getestet → in post-akuter Phase können Leistungen noch eher fluktuieren – Stichprobe der Testwiederholungsreliabilität sehr klein

	<p><u>Trennschärfe & Itemreliabilität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – viele Items identisch zum BIAS A (geringere Itemschwierigkeit → geringere Trennschärfe und Itemreliabilität)
Gültigkeit	<p><u>PRO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – interne Validität: hoch signifikante Interkorrelation → Faktorenanalyse zeigt hohe Homogenität der Items – hoch signifikante Ergebnisse der Diskriminanzanalysen – hohe Sensitivität und Spezifität <p><u>KONTRA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Stichproben zur Validierung sind sehr viel kleiner (n=11; n=23) – differenzielle Aussagekraft bei Aphasie vs. sprachlich-kommunikativen Störungsbildern unzureichend – Ergebnisse bei komplexen Aufgaben können durch Aufmerksamkeitsdefizite beeinflusst werden
Nebengütekriterien	<p><u>PRO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Hinweis auf Störanfälligkeit & Verfälschbarkeit → Notwendigkeit weiterer Studien <p><u>KONTRA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Screening ist nicht normiert für Patienten mit Reinsult oder begleitenden/ parallelen neurologischen Störungen (z.B. Demenz)
Theoretischer Rahmen	<p><u>PRO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – im Handbuch erklärt: Grundlagen über Diagnostik und Therapie bei post-akuten Aphasien <p><u>KONTRA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – dem Test liegt kein aktuelles Sprachmodell zugrunde
Klinische Anwendbarkeit	<p><u>PRO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – genaue Beschreibung von Zielgruppe, Testaufbau, Auswertung und Interpretation – Auswertung und Interpretation unabhängig vom Testleiter; einfach anwendbar
Abschließende Bewertung	<p>Über den Test lässt sich sagen, dass er mit dem Handbuch und den dazugehörigen Materialien insgesamt gut durchführbar scheint. Das Handbuch ist ausgestattet mit genauen Beschreibungen zur Durchführung der einzelnen Teilaufgaben und Fallbeispielen. Angehängt sind die Protokollbögen und das benötigte Material. Die Durchführungsdauer wird im Handbuch als ökonomisch und effizient eingeschätzt. Sie wirkt jedoch angemessen und durch die gegebenen Abbruchkriterien kann die Dauer reduziert werden. Die Auswertung des Screenings besteht aus der Analyse der Rohwertpunkte der Protokollbögen und erfolgt demnach rein quantitativ. Qualitative Bewertungen können fakultativ mit aufgenommen werden. Aus den Rohwerten muss zunächst ein Prozentwert errechnet werden; im Anschluss daran lassen sich alle anderen Werte aus den Auswertungstabellen ablesen.</p>

Die **Normierung** des Tests wird ausführlich von den Testentwicklern beschrieben (Angaben zu Einschlusskriterien zur Normstichprobe, Erhebungsdaten usw.). Allerdings ist die Normstichprobe relativ klein und repräsentiert die Zielgruppe des Screenings damit nur eingeschränkt. Auch ein möglicher Einfluss der großen Altersspanne bzw. des Bildungsgrades wurde nicht weiter untersucht.

Der Test ist zudem nicht normiert für Patienten mit keiner klaren Störungsursache und Ätiologie (z.B. Reinsulte oder dementielle Symptome).

Die **Objektivität** ist für den BIAS R weitestgehend gegeben. Die Durchführung ist detailliert beschrieben, die Bewertungskriterien sind genau formuliert und es gibt eine hohe Übereinstimmung bei der Auswertung. Dennoch ist die Auswertungsobjektivität der Punktevergabe bei der Itembewertung aufgrund subjektiver Einschätzungen bei Unsicherheiten o.ä. womöglich eingeschränkt. Der Test erreicht sowohl in der zur Überprüfung der internen Konsistenz durchgeführten Cronbach α -Berechnung als auch bei der Beurteilung der Rangkorrelation im Zuge der Testwiederholungs**reliabilität** sehr gute Werte. Jedoch wurde bei der Beurteilung der internen Konsistenz anhand Cronbachs α die Ratewahrscheinlichkeit nicht berücksichtigt.

Bei der Testwiederholungsreliabilität lässt sich kritisieren, dass die Wiederholung nur mit einer kleinen Stichprobe an Patienten mit chronischer Aphasie durchgeführt wurde.

Hinsichtlich der **Items** ist zu bemängeln, dass durch das Beibehalten der leichten Items aus dem BIAS A die Trennschärfe sowie die Itemreliabilität der Items des BIAS R als gering einzuschätzen ist. Zudem werden die Gründe der Entwicklung und Erweiterung von weiteren Items bzw. Leistungsbereiche im BIAS R nicht transparent dargestellt.

Neben der Testwiederholungsreliabilitäts-Stichprobe waren auch die Validierungsstudien jeweils sehr klein. Es zeigen sich sowohl hinsichtlich der inneren als auch der äußeren **Validität** in den verschiedenen Berechnungen hohe Korrelationen. Die differenzielle Aussagekraft hinsichtlich des Vorliegens einer Aphasie vs. sprachlich-kommunikativer Störungsbilder wird als unzureichend gesehen, was die Testentwickler jedoch ebenfalls anmerken.

Dem Screening liegt kein Sprachmodell zugrunde. Darüber hinaus hat das BIAS R einige Vorversionen, die ebenfalls normiert und validiert wurden. Außerdem ist durch die Kombination mit dem BIAS A eine Dokumentation des Verlaufs der Aphasie von der Akut- bis in die Postakut-Phase möglich. Hierbei ist jedoch anzuführen, dass bei einem Vergleich der Ergebnisse der beiden Screenings die Ergebnisse des BIAS R zunächst den Auswertungskriterien des BIAS A angepasst werden müssen.

	Abschließend lässt sich sagen, dass die Durchführung des BIAS R nur in der Verlaufsdiagnostik im Anschluss an das BIAS A sinnvoll scheint. Zudem schätzen die Rezensentinnen die Relevanz der Anschaffung des BIAS A&R im klinischen Reha-Setting höher ein als in Praxen, bei denen die meisten behandelten Patienten mit Aphasie sich bereits in der Postakutphase befinden.
--	--

Quellen

Bielefeld, NAT-Verlag, 2018, 1. Auflage des BIAS A&R,
<https://www.nat-verlag.de/programm/diagnostik/bias-a-r/>

Testrezension Bielefelder Aphasie Screening Akut und Reha zur Diagnostik akuter und postakuter Aphasien (BIAS A&R), Rebekka Happe, Klara Paszkiet, 2020:
https://evidenssst.org/pluginfile.php/2025/mod_book/chapter/186/BIAS%20A%20-%202020.pdf