

## Abstract

Die Diagnostik mehrsprachiger Menschen mit Aphasie löst oft Unsicherheiten aus, weil kaum zufriedenstellende Verfahren vorhanden sind. Deshalb wurde ein Onlinefragebogen an Logopädinnen und Logopäden, welche Mitglied bei «aphasie suisse» sind, versandt. Damit sollte geklärt werden, wie aktuell diagnostiziert wird und welche Leistungen von einem Verfahren gefordert werden. Diese Ergebnisse stellen die Grundlage für die Verwirklichung eines neuen Diagnoseverfahrens dar.

Die Auswertung der qualitativen und quantitativen Antworten ergab, dass Logopädinnen und Logopäden häufig mit dieser Thematik konfrontiert werden, sie das derzeitige diagnostische Vorgehen als nicht zufriedenstellend beurteilen und sie die Verfahren hauptsächlich in der Zweitsprache durchführen.

Wünschenswert wäre ein effizientes und umfassendes Verfahren, welches die Festlegung der individuellen Rehabilitationsziele der Patientinnen und Patienten ermöglicht.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>2</b>
1.1	Erläuterung und Begründung der Themenwahl .....	2
1.2	Forschungsfrage.....	3
1.2.1.	Übergeordnete Frage.....	3
1.2.2.	Spezifische Fragen.....	3
1.3	Forschungsmethode und -strategie.....	4
<b>2.</b>	<b>Mehrsprachigkeit .....</b>	<b>5</b>
2.1	Begriffsklärung .....	5
2.2	Bevölkerung und Sprachen in der Schweiz.....	6
2.2.1.	Bevölkerungszusammensetzung der Schweiz .....	6
2.2.2.	Verteilung der Landes- und Nichtlandessprachen in der Schweiz.....	7
<b>3.</b>	<b>Diagnostik bei Aphasie .....</b>	<b>9</b>
3.1	Rückbildungshypothesen zur Aphasie-Thematik.....	9
3.2	Veröffentlichte Aphasie-Diagnoseverfahren .....	11
<b>4.</b>	<b>Kommentierte Darstellung der Einzelergebnisse aus der Befragung .....</b>	<b>17</b>
<b>5.</b>	<b>Reflexion der Ergebnisse.....</b>	<b>45</b>
<b>6.</b>	<b>Beantwortung der Forschungsfrage .....</b>	<b>48</b>
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse .....</b>	<b>50</b>
<b>8.</b>	<b>Schlusswort.....</b>	<b>52</b>
8.1	Weiterführende Gedanken.....	52
8.1.1.	Entwurf eines Diagnoseverfahrens .....	52
8.2	Reflexion über die Erstellung der Bachelor-Arbeit .....	53
8.3	Dank .....	54
<b>9.</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>55</b>
<b>10.</b>	<b>Grafikverzeichnis.....</b>	<b>58</b>
<b>11.</b>	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>60</b>
<b>12.</b>	<b>Selbstständigkeitserklärung und Gruppenbeurteilung .....</b>	<b>61</b>
<b>Anhang.....</b>		<b>63</b>

## **1. Einleitung**

### **1.1 Erläuterung und Begründung der Themenwahl**

Die Thematik Mehrsprachigkeit beschäftigt uns als angehende Logopädinnen sowohl im Kinder- als auch im Erwachsenenbereich. Aus den Vorlesungen haben wir herausgehört, dass die Diagnostik mehrsprachiger Menschen oft Unsicherheiten bei den Logopädinnen und Logopäden auslöst, weshalb wir darüber recherchierten.

Als wir sahen, dass der Bereich Diagnostik mehrsprachiger Menschen mit Aphasie als mögliche Bachelor-These von Jürgen Steiner ausgeschrieben war, suchten wir das Gespräch mit ihm. Wir setzten uns intensiv damit auseinander und kamen zum Schluss, dass in der Praxis mehrsprachige Menschen mit Verdacht auf Aphasie auf eine vielfältige Art und Weise diagnostiziert werden. Aus Gesprächen mit verschiedenen Fachpersonen haben wir erfahren, dass es kaum zufriedenstellende Diagnoseverfahren gibt. Aus diesem Grund wollten wir klären, wie Logopädinnen und Logopäden aktuell diagnostizieren und welche Leistungen sie von einem Diagnoseverfahren fordern. Um an diese Informationen zu gelangen, setzten wir einen Onlinefragebogen ein. Da die Erstellung eines neuen Diagnoseverfahrens für mehrsprachige Menschen mit Aphasie viel Zeit beanspruchen würde, konnten wir unsere ursprüngliche Idee, ein solches zu entwickeln, leider nicht realisieren.

## 1.2 Forschungsfrage

### 1.2.1. Übergeordnete Frage

Um den Ist-Zustand, wie mehrsprachige Menschen mit Aphasie diagnostiziert werden, zu erfassen, wird ein Onlinefragebogen eingesetzt. Dieser soll die folgende übergeordnete Frage beantworten:

**Wie werden mehrsprachige Menschen mit Aphasie diagnostiziert und welche Leistungen werden von einem Diagnoseverfahren gefordert?**

### 1.2.2. Spezifische Fragen

Um die übergeordnete Frage zu konkretisieren, haben wir folgende spezifische Fragen formuliert.

**Spezifische Frage 1:**

Wird das Screening in der Muttersprache oder in der Zweitsprache durchgeführt?

**Spezifische Frage 2:**

Welche Verfahren werden eingesetzt?

**Spezifische Frage 3:**

Wie werden die Verfahren in der Muttersprache durchgeführt?

**Spezifische Frage 4:**

Wird das ausführliche Diagnoseverfahren in der Muttersprache oder in der Zweitsprache durchgeführt?

**Spezifische Frage 5:**

Wie zufrieden sind die Logopädinnen und Logopäden mit der aktuellen Vorgehensweise, mehrsprachige Menschen mit Aphasie zu diagnostizieren?

**Spezifische Frage 6:**

Welche Leistungen fordern die Logopädinnen und Logopäden von einem Diagnoseverfahren?

### **1.3 Forschungsmethode und -strategie**

Das Forschungsdesign unserer Bachelor-Arbeit ist eine einmalige deskriptive Erhebung. Als Erhebungsmethode wurde der Fragebogen gewählt, der ein Postwurf-Verfahren darstellt. Um ein möglichst breites Spektrum an Antworten zu generieren, wurde mit der Formulierung von quantitativen und qualitativen Fragen eine gemischte Frageform bestimmt. Der Fragebogen wurde mit dem LimeSurvey (Open-Source-Online-Umfrage-Applikation) erstellt (vgl. Audeoud & Venetz, 2009; Schnell et al., 2008; Schmitz 2009).

Es wurde die Überlegung gemacht, auf welchem Weg an möglichst viele geeignete Umfrageteilnehmerinnen und Umfrageteilnehmer gelangt werden kann. Deshalb wendeten wir uns an Frau Schaller, Geschäftsleiterin von «aphasie suisse». Sie bot uns an, den Fragebogen per E-Mail an 250 Logopädinnen und Logopäden, welche Mitglied bei «aphasie suisse» sind, zu versenden. Dieses Angebot nahmen wir gerne an. Der Onlinefragebogen wurde anfangs November 2009 versandt. Anfang Dezember 2009 verschickten wir ein Erinnerungsmail. Am Ende der Laufzeit von sechs Wochen betrug die Rücklaufquote 19.2 Prozent, was als hoch bewertet werden kann. Bei Internetbefragungen können normalerweise Rücklaufquoten zwischen zehn Prozent und 20 Prozent erwartet werden (vgl. Schmelter 2009). Mitte Dezember 2009 begann die Auswertung der quantitativen und qualitativen Antworten des Onlinefragebogens.

## 2. Mehrsprachigkeit

Im folgenden Kapitel wird in einem ersten Schritt der Begriff Mehrsprachigkeit erläutert. In einem zweiten Schritt wird auf die Bevölkerungszusammensetzung der Schweiz und die Verteilung der Sprachen in der Schweiz eingegangen.

### 2.1 Begriffsklärung

Laut Grosjean ist mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung als mehrsprachig zu bezeichnen. Trotzdem gibt es bisher keine einheitliche Definition der Mehrsprachigkeit in der Fachliteratur (vgl. Kannwischer 2008). Die Mehrsprachigkeit kann jedoch anhand des ICF-Modells, von der linguistischen oder der kulturellen Seite betrachtet werden (vgl. Rhinisperger 2009).

Im Zusammenhang mit der Mehrsprachigkeit werden die Begriffe bilingual, fremdsprachig, zweisprachig und mehrsprachig häufig verwendet. Der Bilingualismus und die Mehrsprachigkeit werden als Synonyme verwendet. Der Erwerb einer Fremdsprache wird jedoch vom Erwerb einer Zweitsprache unterschieden. Der Fremdspracherwerb hat die Mehrsprachigkeit als Ziel und ist ein bewusstes Aneignen einer spezifisch ausgewählten Sprache, bei der die linguistischen Kompetenzen erworben werden. Ein typisches Beispiel ist der Erwerb einer Fremdsprache in der Schule. Der Zweitspracherwerb ist ein spontaner Erwerb, der gezwungenermassen stattfindet und vor allem die kommunikativ-pragmatische Ebene betrifft. Ein Beispiel dafür ist der Erwerb einer Zweitsprache durch Migration (vgl. Günther & Günther, 2004; Rhinisperger 2009).

## 2.2 Bevölkerung und Sprachen in der Schweiz

Das Bundesamt für Statistik besagt, dass 21.7 Prozent der gesamten ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz ausländische Staatsangehörige sind (vgl. Bundesamt für Statistik 2009). Somit kann mit grosser Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass neben Deutsch beziehungsweise Schweizerdeutsch als Muttersprache noch eine Vielzahl anderer Muttersprachen von der Schweizer Wohnbevölkerung gesprochen werden. In der logopädischen Tätigkeit stellt sich deshalb die Frage, in welcher Sprache mehrsprachige Menschen mit Aphasie abgeklärt werden sollten.

### 2.2.1. Bevölkerungszusammensetzung der Schweiz

**Tabelle 1:** Zusammensetzung der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung in der Schweiz nach Staatsangehörigkeit im Jahr 2008 (gemäss Bundesamt für Statistik 2009).

<b>Staatsangehörigkeit 2008</b>	<b>Anzahl Staatsangehörige</b>
Alle Staaten	1 669 715
Italien	291 585
Deutschland	234 640
Portugal	196 842
Serbien und Montenegro	184 428
Asien, Ozeanien	100 709
Frankreich	87 385
Türkei	72 204
Amerika	69 777
Spanien	65 166
Afrika	54 791
Österreich	35 710

### 2.2.2. Verteilung der Landes- und Nichtlandessprachen in der Schweiz

In der Tabelle 2 ist ersichtlich, dass etwa zwei Drittel der Schweizer Bevölkerung Deutsch beziehungsweise Schweizerdeutsch sprechen. Über ein Drittel spricht eine andere Sprache. Französisch wird von 20.4 Prozent, Italienisch von 6.5 Prozent, Rätoromanisch von 0.5 Prozent und Nichtlandessprachen von 9.0 Prozent gesprochen (vgl. Lüdi & Werlen, 2005).

**Tabelle 2:** Prozentualer Anteil der Sprachen in der Schweiz im Jahr 2000 (nach Lüdi & Werlen, 2005).

<b>Verteilung der Sprachen 2000</b>	<b>Prozentualer Anteil</b>
Deutsch	63.7
Französisch	20.4
Italienisch	6.5
Rätoromanisch	0.5
Nichtlandessprachen	9.0

**Tabelle 3:** Prozentualer Anteil der 15 häufigsten Nichtlandessprachen der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung in der Schweiz im Jahr 2000 (nach Lüdi & Werlen, 2005).

<b>15 häufigsten Nichtlandessprachen 2000</b>	<b>Prozentualer Anteil</b>
Serbisch/Kroatisch	1.4
Albanisch	1.3
Portugiesisch	1.2
Spanisch	1.1
Englisch	1.0
Türkisch	0.6
Tamil	0.3
Arabisch	0.2
Niederländisch	0.2



## Mehrsprachigkeit

Russisch	0.1
Chinesisch	0.1
Thai	0.1
Kurdisch	0.1
Mazedonisch	0.1

Die Tabellen 2 und 3 zeigen, dass es in der Schweiz eine enorme Vielfalt an Sprachen gibt. Sie stellen eine Herausforderung für die Aphasiediagnostik dar, weil die Logopädinnen und Logopäden nicht in allen Sprachen kompetent sein können.

## 3. Diagnostik bei Aphasie

### 3.1 Rückbildungshypothesen zur Aphasie-Thematik

Die folgenden Rückbildungshypothesen zur Aphasie-Thematik sollen mögliche Anhaltspunkte für die Wahl der optimalen Sprache in der Diagnostik liefern.

#### Regressionshypothese

Der französische Psychiater Théodule Ribot formulierte 1881 die Regressionshypothese. Sie besagt, dass bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie die Erstsprache weniger schwer betroffen ist, beziehungsweise, dass sie eine schnellere Rückbildung als die Zweitsprache zeigt (vgl. Gogolin et al., 1998).

#### Vertrautheitshypothese

1895 wurde die Regressionshypothese von Jean-Albert Pitres durch die Vertrautheitshypothese modifiziert. Demnach bildet sich die Aphasie in der am stärksten vertrauten Sprache zuerst zurück. Oft ist dies die Muttersprache, aber je nach Lebensumständen kann es auch die Zweitsprache sein. Pitres nahm an, dass sich jeweils das Sprachverständnis zuerst erhole und danach die Sprachproduktion (vgl. Gogolin et al., 1998).

#### Die sechs klinischen Rückbildungsmuster

„Der kanadische Neurolinguist Michel Paradis (1977, 1989) unterscheidet sechs klinische Muster der Rückbildung.

- Parallel: Beide Sprachen erholen sich gleichzeitig und in gleichem Ausmass.
- Differentiell: Eine Sprache erholt sich besser als die andere.
- Sukzessiv: Nachdem sich eine Sprache deutlich gebessert hat, bessert sich auch die andere.
- Selektiv: Nur eine Sprache bessert sich, nicht die andere.

- Antagonistisch: Eine Sprache bessert sich, während sich die andere verschlechtert.
- Vermischt: Beide Sprachen bessern sich unter wechselseitigem Austausch von Einheiten und Regularitäten auf einer oder mehreren linguistischen Ebenen, so dass eine Art „Sprachen-Wirrwarr“ entsteht“ (vgl. Gogolin et al., 1998).

Wie sich ein bestimmtes Muster ausbildet, ist multifaktoriell bedingt. Diese sechs Grundmuster schliessen sich gegenseitig nicht aus. Verschiedene Muster können, bezogen auf die verschiedenen Sprachen, gleichzeitig vorkommen oder eine Patientin beziehungsweise ein Patient kann von einem Muster in ein anderes wechseln (vgl. Maier 2000).

Die Relevanz dieser unterschiedlichen Rückbildungsmuster kann nicht eingeschätzt werden, weil empirisch gesicherte klinische Beobachtungen an definierten Stichproben von Patientinnen und Patienten mit Mehrsprachigkeit weitgehend fehlen. Es können aber enge Zusammenhänge zwischen der Art der jeweiligen Rückbildungen und der Art der prämorbid bestehenden Mehrsprachigkeit bestehen. Wichtige Variablen des prämorbid beherrschens mehrerer Sprachen sind: Erwerbsalter, Erwerbkontext, Gebrauchskontext, Sprachbeherrschung, klinische Faktoren, Dauer der Aphasie, Art der logopädischen Intervention und psychosoziale Faktoren (vgl. Gogolin et al., 1998).

Ob ein Verfahren in der Muttersprache oder Zweitsprache der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden soll, lässt sich nicht klären. Zu dieser Thematik wurden lediglich Hypothesen formuliert, welche weder verifiziert noch falsifiziert werden konnten. Einzig Leischner (1987) schreibt: „Die Verfasser fordern zu Recht, dass mehrsprachige Menschen mit Aphasie stets in allen von ihnen prämorbid beherrschten Sprachen untersucht werden (S. 165).“ Zudem meint er: „Bei Polyglotten, die eine Aphasie bekommen, muss die hirnpathologische Untersuchung in allen beherrschten Sprachen durchgeführt werden, um die Wertigkeit der einzelnen Sprachen für den gegenwärtigen Zustand des Kranken abschätzen zu können (S.177).“

Bei der Durchführung des Verfahrens in der Muttersprache ist es sinnvoll, keine Übersetzungen von vorhandenen Verfahren zu verwenden, sondern linguistisch äquivalente Übertragungen der Verfahren zu gebrauchen. Dazu meint Paradis (2004): „All languages of a

person with aphasia must be assessed with an equivalent instrument, not a simple translation of a standardized test from another language (S. 94).“ Zudem sollten die kulturellen Eigenheiten der getesteten Sprache beziehungsweise der Sprachgemeinschaft berücksichtigt werden (vgl. Maier 2000).

### 3.2 Veröffentlichte Aphasie-Diagnoseverfahren

Die folgende Übersicht enthält bekannte Aphasie-Diagnoseverfahren. Es werden die Vor- und Nachteile der jeweiligen Diagnoseverfahren dargelegt sowie die Sprachen aufgelistet, in welchen das Verfahren zur Verfügung steht. Es kann dabei keine Gewähr auf Vollständigkeit gegeben werden.

#### Aachener-Aphasie-Test (AAT)

Sprachen: Italienisch und Niederländisch standardisiert; Englisch; Portugiesisch; Griechisch; Thailändisch; Französisch (inoffiziell übersetzt)

Vorteile: standardisiert; normiert; international anerkannt; Indikation; Klassifikation; Bestimmung des Schweregrades; Profil der Störungen in verschiedenen Modalitäten; sprachsystematische Beschreibung; Verlaufsdiagnostik; Therapiekontrolle; postakute und chronische Aphasien; Abbruchkriterien vorhanden; akzeptable Durchführungs- und Auswertungszeit

Nachteile: nicht für akute Aphasien einsetzbar; nur bei Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Traumata; veraltete Bilder; konzipiert für Deutsch und nicht Schweizerdeutsch; keine Förderdiagnostik; sehr schwere und sehr leichte Aphasien werden mangelhaft erfasst; nur sprachstrukturelle Erfassung; defizitorientiert; vernachlässigt die nicht-klassifizierbaren Aphasien; veraltete Normierung und Standardisierung

(vgl. Beushausen 2007; Grötzbach & Wehmeyer 2006; Hartje & Poeck 2006; Steiner 2009)

### Aachener Aphasie Bedside Test (AABT)

Sprachen: Deutsch

Vorteile: zufriedenstellende Testgüte; Indikation; Abgrenzung; Schweregrad; Verlaufsdagnostik; akute Aphasien

Nachteile: mühevollere Auswertung; Klassifikation nicht zuverlässig  
(vgl. Biniek 1997; Kroker 2009)

### Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT)

Sprachen: Niederländisch; Deutsch

Vorteile: akute und postakute Aphasien; standardisiert; sinnvoll bei leichten und mittelschweren Aphasien; valide Aussage über tatsächlich vorhandene lautsprachliche Fähigkeiten (inhaltliche Verständlichkeit der Botschaft und auditive Verständlichkeit der Äusserung) in der Alltagskommunikation unabhängig von den spezifischen linguistischen Charakteristika einer Sprache; valide Evaluation von Therapieverläufen, um Veränderungen der verbalen Kommunikationsfähigkeit über die Zeit messen zu können; psychometrisch voll abgesicherter Test zur Messung der funktionalen Kommunikation; Schweregrad

Nachteile: nonverbale Kommunikationsfähigkeit wird nicht berücksichtigt  
(vgl. Blomert & Buslach, 1994).

### Aphasie-Check-Liste (ACL)

Sprachen: Deutsch

Vorteile: sehr kurzes Screening mit nichtsprachlichem Teil; Gedächtnis; Aufmerksamkeit; logische Denkfähigkeit; Indikation; akute und chronische Aphasien; normiert; standardisiert; Schweregrad; schwere Aphasien werden erfasst; unterschiedliche Ätiologien

Nachteile: bei schweren Aphasien nur bedingt einsetzbar; störungsspezifische Therapieplanung nur eingeschränkt möglich: keine Abbruchkriterien; zu geringe Itemzahl (vgl. Beushausen 2007; Grötzbach & Wehmeyer, 2006; Tesak 2006)

### Aphasie-Schnell-Test (AST)

Sprachen: Deutsch

Vorteile: am Krankenbett einsetzbar; kurze Durchführungs- und Auswertungszeit; Vergleichsdiagnostik in der Akutphase möglich

Nachteile: schlechte Darstellung (Objekte können schlecht identifiziert werden); fragliche theoretische Grundlage; nicht standardisierte Instruktionen

(vgl. Beushausen 2007; Tesak 2006)

### Basel-Minnesota-Test zur Differentialdiagnose der Aphasie (BMTDA)

Sprachen: Deutsch; Englisch (MTDDA)

Vorteile: Informationen zu allen Modalitäten möglich; semistandardisierter Test (keine durch Studien festgesetzte Normen); liefert gezielte Ergebnisse auch für Patientinnen und Patienten mit leichten Störungen beziehungsweise Restsymptomatik; grosse Itemzahl; hierarchische Abstufung der Items nach Schweregrad; Abbruchkriterien vorgegeben; klar strukturiertes Material; eindeutig und übersichtlich; Fehlleistungen können nach semantischen und phonologischen Kriterien getrennt klassifiziert werden; es werden auch nicht-aphasische Begleitsymptome erfasst; chronische Aphasien

Nachteile: nicht für akute Aphasien einsetzbar.

(vgl. Delavier & Graham, 1981)

### **Bielefelder-Aphasie-Screening (BIAS)**

Sprachen: Deutsch

Vorteile: leichte bis schwere Störungen; akute Aphasien; zeitökonomisch; Verlaufsdiagnostik; Materialset (Bild- und Worttafeln, Wortkärtchen sowie Buchstabenplättchen)

Nachteile: keine Informationen gefunden

(vgl. Richter et al., 2006).

### **Bilingual Aphasia Test (BAT)**

Sprachen: in über 60 Sprachen

Vorteile: sehr ausführlich; Erhebung der Geschichte der Mehrsprachigkeit; Aphasietest und Posttestanalyse; Untersuchung der bilingualen Fähigkeiten

Nachteile: nicht praktikabel, weil die Durchführung mehrere Stunden dauert

(vgl. Rhinisperger 2009).

### **Bogenhausener Semantik-Untersuchung (BOSU)**

Sprachen: Deutsch

Vorteile: einfache Durchführung und Auswertung; gute bildhafte Darstellung der Items; genaue Aussagen über semantische Verarbeitungsleistungen möglich; Schweregrad der semantischen Störung möglich; Ergebnisse gut verwertbar für modellgeleitete Therapieplanung; Darstellung der Testbilder in Strichzeichnungen

Nachteile: nur bildhaftes Wortmaterial; nicht standardisiert; nicht normiert

(vgl. Beushausen 2007).

### **Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)**

Sprachen: Englisch; Chinesisch; Finnisch; Französisch; Spanisch

Vorteile: chronische Aphasie; Klassifikation; standardisiert; differenziert zwischen Disconnections-Syndromen, Apraxien, Agnosien und Rechenstörungen

Nachteile: keine Informationen gefunden

(vgl. Rhinisperger 2009; Schubert o.J.)

### **Boston Naming Test (BNT)**

Sprachen: Englisch; Spanisch; deutsche Kurzform

Vorteile: testet das Benennen (Semantik)

Nachteile: kein spezifischer Aphasietest, sondern ein Demenztest

(vgl. American Psychological Association 2010)

### **Montreal Toulouse (MT)**

Sprachen: Französisch

Vorteile: erfasst viele diagnostische Ziele; neurolinguistisch; neuropsychologisch; psychosozial

Nachteile: keine Informationen gefunden

(vgl. Hartje & Poeck, 2006).



### Lexikon-modellorientierte-Diagnostik (LEMO)

Sprachen: Englisch; Deutsch

Vorteile: ausführlich; Differenzierung Aphasie, Alexien und Agraphien; Klassifikation; qualitative und quantitative Fehleranalyse; klare und eindeutige Bilder; modellorientiert und hypothesengeleitet; erstellt ein individuelles Leistungsprofil (Einzelfallansatz); laut- und schriftsprachliche Erfassung

Nachteile: hoher zeitlicher Aufwand; nicht sehr handlich; nicht standardisiert; nicht normiert; nur Wortebene

(vgl. Grötzbach & Wehmeyer, 2006; Steiner 2009).

### Token Test (TT)

Sprachen: Deutsch; Italienisch; Portugiesisch; Englisch

Vorteile: sehr zuverlässige Indikation; Schweregrad; schnelle Durchführung; qualitative und quantitative Fehleranalyse; Verlaufsdagnostik; einziger deutschsprachiger Test, der modellorientierte Einzelfalluntersuchungen ermöglicht; Beurteilung des Sprachgedächtnisses

Nachteile: nicht standardisiert

(vgl. Beushausen 2007; Grötzbach & Wehmeyer, 2006; Spreen & Risser, 2003; Steiner 2009).

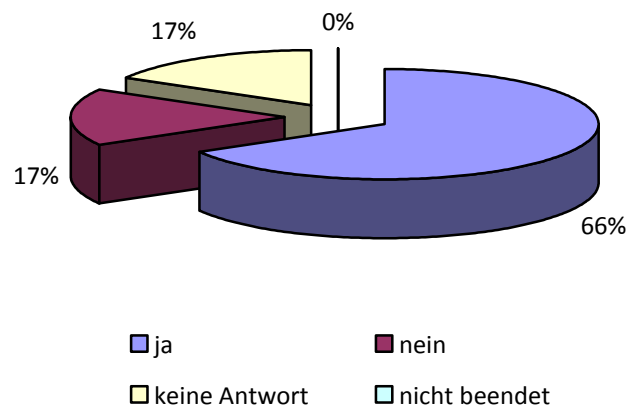
## 4. Kommentierte Darstellung der Einzelergebnisse aus der Befragung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Onlineumfrage grafisch dargestellt, kurz kommentiert und mit der Theorie verknüpft.

**Frage 1: Wünschen Sie eine Zusendung der Umfrageergebnisse?**

Zwei Drittel der Befragten sind an einer Zusendung der Ergebnisse interessiert.

**Grafik 1:** Prozentualer Anteil des Interesses der Befragten an den Umfrageergebnissen (N=48).

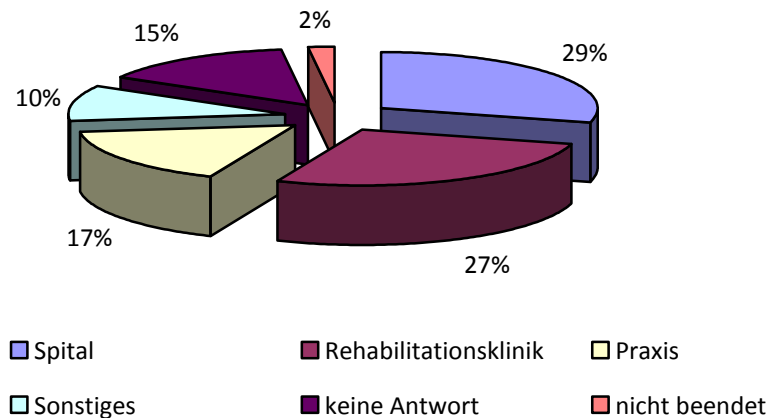


**Kommentar:** Die Grafik zeigt, dass die Mehrheit der Befragten Interesse an den Umfrageergebnissen und damit möglicherweise an einer Optimierung der Diagnostik mehrsprachiger Menschen mit Aphasie hat.

**Frage 2: Wo arbeiten Sie?**

Je ein Drittel der Befragten arbeitet in einem Spital oder in einer Rehabilitationsklinik. In der Praxis sind 17 Prozent der Befragten tätig. Fünf Umfrageteilnehmerinnen beziehungsweise Umfrageteilnehmer gaben in der Kategorie Sonstiges an, in einer Logopädenschule, in diversen Pflegeheimen, in der Uniklinik, Spital/Neuroreha/Heilpädagogische Schule oder Spital/Praxis zu arbeiten.

**Grafik 2:** Prozentuale Aufteilung der Arbeitsorte der Befragten (N=48).

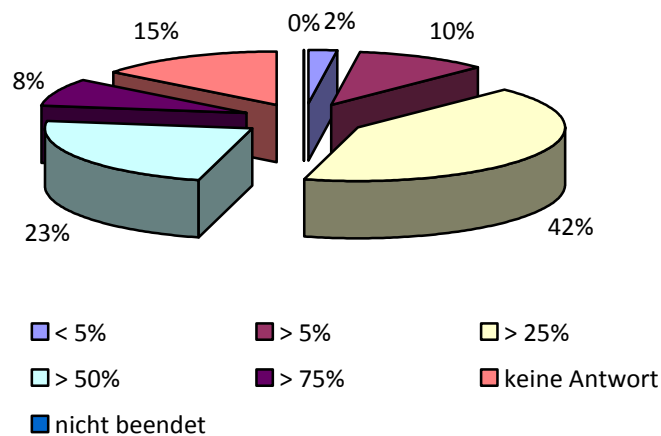


**Kommentar:** Die Onlineumfrage gelangte über «aphasie suisse» an seine Mitglieder, welche vorwiegend im Spital oder in der Rehabilitationsklinik arbeiten. Die Zusammensetzung der Mitglieder von «aphasie suisse» widerspiegelt sich demnach in der Grafik 2.

**Frage 3: Schätzen Sie den Anteil Ihrer Patientinnen und Patienten mit Aphasie im Vergleich zu der Gesamtanzahl Ihrer Patientinnen und Patienten.**

Nahezu die Hälfte der Logopädinnen und Logopäden schätzte diesen Anteil zwischen 25 Prozent und 50 Prozent. Ein Viertel der Befragten vermutete, dass der Anteil zwischen 50 Prozent und 75 Prozent liegt.

**Grafik 3:** Prozentualer Anteil der Patientinnen und Patienten mit Aphasie im Vergleich zu der Gesamtanzahl der Patientinnen und Patienten (N=48).

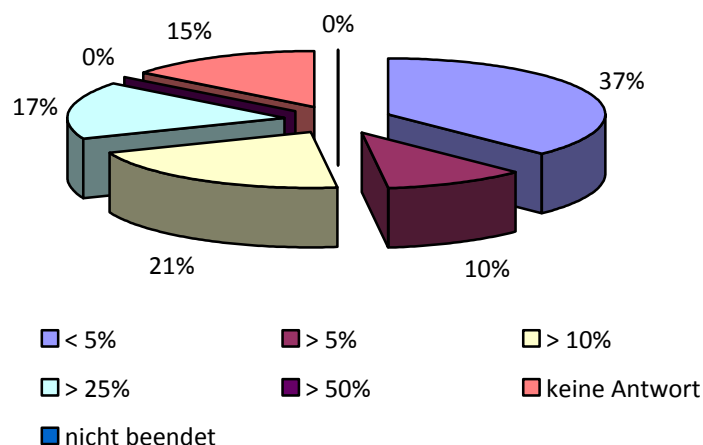


**Kommentar:** Aphasie ist ein häufiges Störungsbild in der logopädischen Arbeit der Befragungsteilnehmerinnen und Befragungsteilnehmer.

**Frage 4: Schätzen Sie den Anteil Ihrer mehrsprachigen Patientinnen und Patienten mit Aphasie im Vergleich zu der Gesamtanzahl Ihrer Patientinnen und Patienten mit Aphasie.**

Die meisten Logopädinnen und Logopäden haben weniger als fünf Prozent mehrsprachige Patientinnen und Patienten mit Aphasie. 17 Prozent der Befragten gaben an, dass über 25 Prozent ihrer Patientinnen und Patienten mit Aphasie mehrsprachig sind. Ein Fünftel der Befragten hat über zehn Prozent mehrsprachige Patientinnen und Patienten mit Aphasie.

**Grafik 4:** Prozentualer Anteil der mehrsprachigen Patientinnen und Patienten mit Aphasie im Vergleich zu der Gesamtanzahl der Patientinnen und Patienten mit Aphasie (N=48).

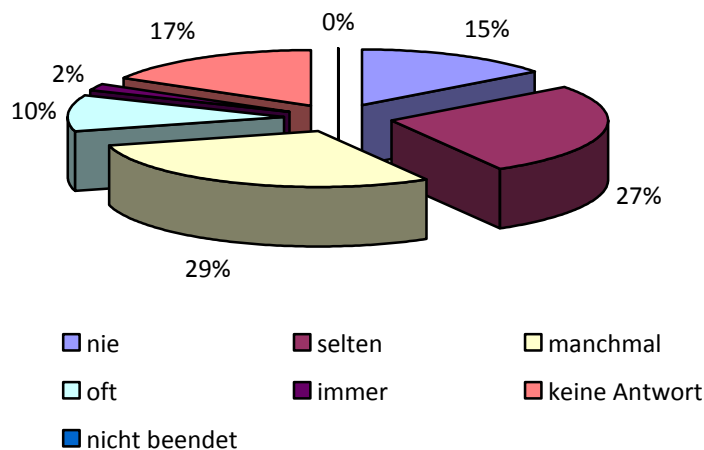


**Kommentar:** Laut des schweizerischen Bundesamts für Statistik sprechen 63.7 Prozent der Schweizer Bevölkerung Deutsch und über ein Drittel eine andere Sprache. Dieser Drittel widerspiegelt ungefähr die Antworten. Die Streuung der einzelnen Werte, respektive der prozentualen Anteile an mehrsprachigen Patientinnen und Patienten mit Aphasie, ist relativ gross.

**Frage 5: Führen Sie bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie ein Screening (zur Übersicht, Indikationsfrage und zu Schlüsselssymptomen) in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten durch?**

Die Hälfte der Befragten, die eine Antwort gab, führt manchmal, oft oder immer ein Screening in der Muttersprache der mehrsprachigen Patientinnen und Patienten mit Aphasie durch. Die andere Hälfte macht dies selten oder nie.

**Grafik 5:** Prozentualer Anteil der Durchführung eines Screenings in der Muttersprache der mehrsprachigen Patientinnen und Patienten mit Aphasie (N=48).



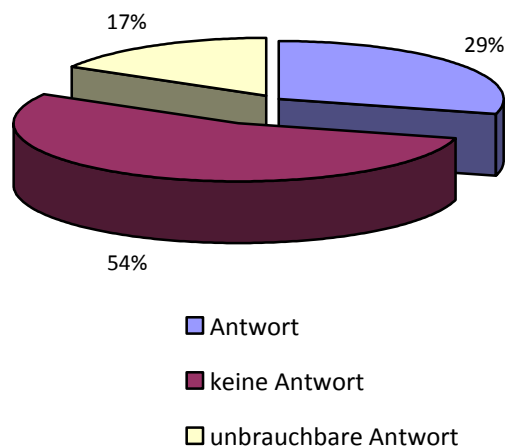
**Kommentar:** Etwa zwei Drittel der befragten Logopädinnen und Logopäden führen relativ häufig ein Screening in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten durch. Diese Vorgehensweise könnte einerseits mit der Regressionshypothese begründet werden, die besagt, dass die Erstsprache weniger schwer betroffen ist als die Zweitsprache. Andererseits könnte die Vertrautheitshypothese herangezogen werden, die besagt, dass die am stärksten vertraute Sprache die Erstsprache ist. Deshalb könnte bei den Patientinnen und Patienten die Erstsprache als Ressource genutzt werden. 15 Prozent der Befragten führen ein Screening nie in der Muttersprache durch. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass gemäss der

Vertrautheitshypothese die am stärksten vertraute Sprache je nach Lebensumständen der Patientinnen und Patienten nicht die Muttersprache sondern die Zweitsprache ist. Die Zweitsprache enthält demnach mehr Ressourcen als die Muttersprache.

**Frage 5.1: Welche veröffentlichten Screenings in der Muttersprache verwenden Sie dazu?**

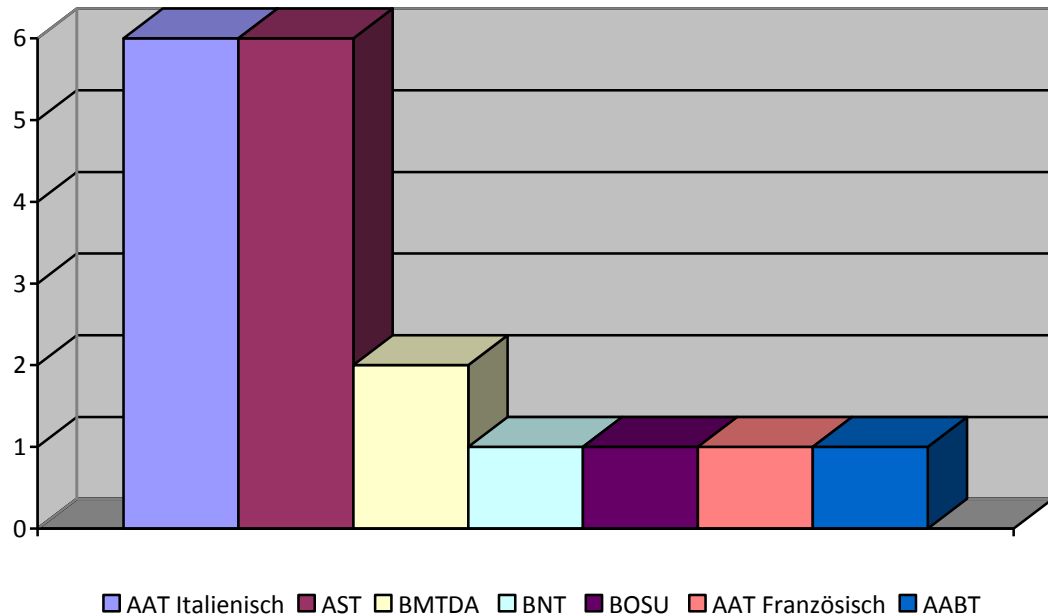
Ein Drittel der Befragten gab eine auswertbare Antwort.

**Grafik 5.1:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 5.1 (N=48).



Die Grafik 5.1.1 zeigt, dass der Aachener-Aphasie-Test (AAT) auf Italienisch und der Aphasie-Schnell-Test (AST) am häufigsten verwendet werden. Der Basel-Minnesota-Test zur Differentialdiagnose der Aphasie (BMTDA) wird von zwei Befragten genannt. Der Aachener-Aphasie-Test auf Französisch, der Aachener Aphasie Bedside Test (AABT), der Boston Naming Test (BNT) und die Bogenhausener Semantik-Untersuchung (BOSU) werden je einmal angegeben.

**Grafik 5.1.1:** Häufigkeit der Verwendung veröffentlichter Screenings in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten (N=22).



**Kommentar:** Der Aachener-Aphasie-Test (AAT) ist international bekannt und wird häufig angewandt. Der Aachener-Aphasie-Test (AAT) auf Italienisch wird häufig verwendet, weil es vermutlich das einzige standardisierte Verfahren für italienisch sprechende Patientinnen und Patienten mit Aphasie ist und Italienisch gemäss Bundesamt für Statistik die dritthäufigst gesprochene Sprache in der Schweiz ist.

Den Aphasie-Schnell-Test (AST) gibt es nur auf Deutsch. Vermutlich wird er aber auf andere Sprachen adaptiert, weil er zeitökonomisch und gut am Krankenbett einsetzbar ist.

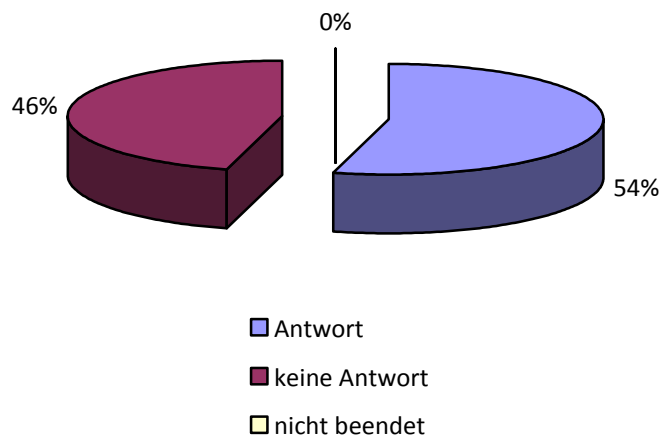
Wahrscheinlich wird der Basel-Minnesota-Test zur Differentialdiagnose der Aphasie (BMTDA) aufgrund diverser Vorzüge ebenfalls auf andere Sprachen adaptiert.



**Frage 5.2: Welche hausinternen Screenings in der Muttersprache verwenden Sie dazu?  
Bitte beschreiben Sie diese.**

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gab eine Antwort.

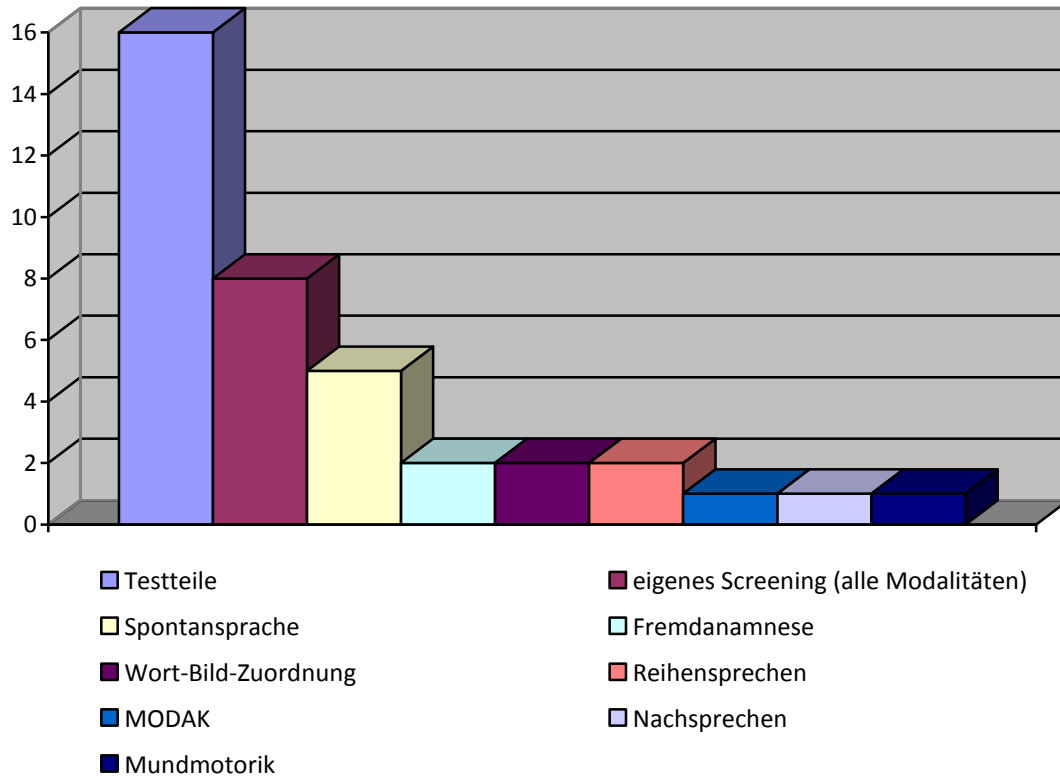
**Grafik 5.2:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 5.2 (N=48).



Die Grafik 5.2.1 beinhaltet sowohl die Antworten der Frage 5.2 „Welche hausinternen Screenings in der Muttersprache verwenden Sie dazu?“ als auch die Antworten der Frage 7.2 „Welche hausinternen Diagnoseverfahren in der Muttersprache verwenden Sie dazu?“. Bei den Antworten der Frage 7.2 wird ersichtlich, dass keiner der Befragten ein hausinternes ausführliches Diagnoseverfahren erwähnt. Sie beziehen sich auf die Frage 5.2, weil sie kein ausführliches Diagnoseverfahren, sondern ein hausinternes Screening darstellen.

Die hausinternen Screenings in der Muttersprache sind am häufigsten aus Testteilen (Grafik 5.2.1.1) und den einzelnen sprachlichen Modalitäten zusammengesetzt. Die Fremdanamnese und die Mundmotorik werden ebenfalls erwähnt.

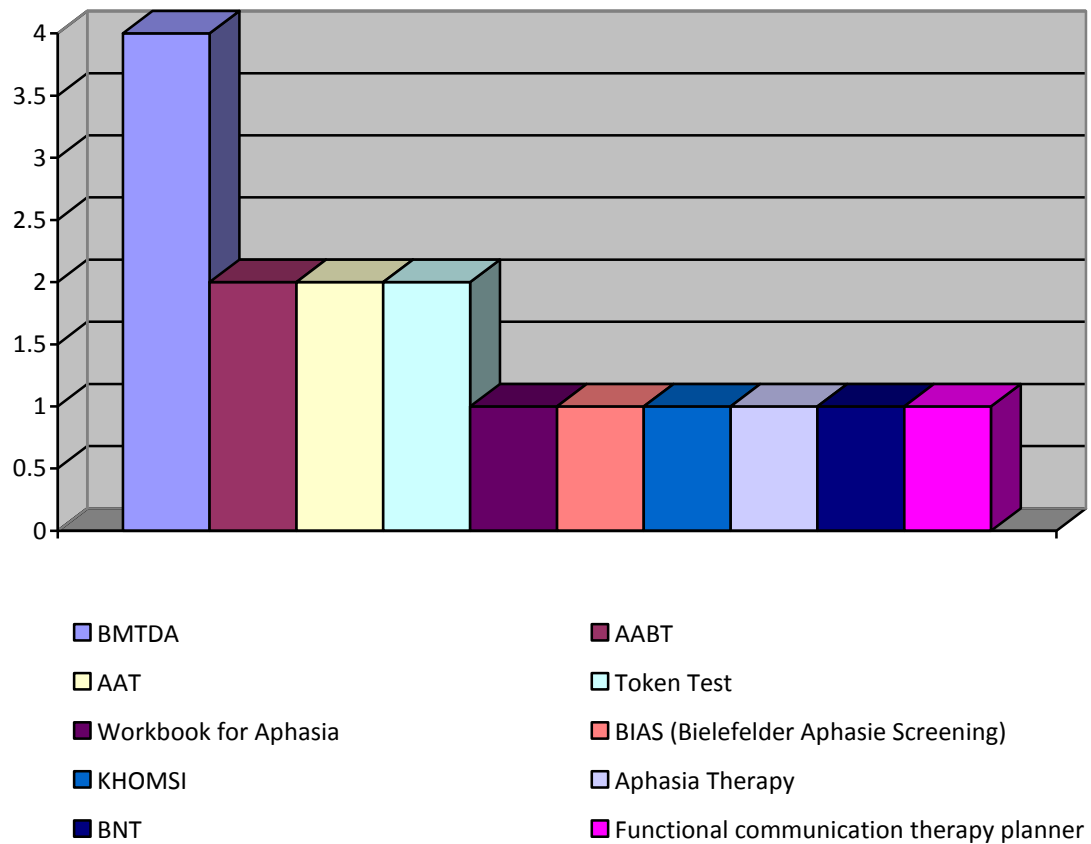
**Grafik 5.2.1:** Häufigkeit der Screening-Bestandteile als Basis für hausinterne Screenings in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten (N=26).



**Kommentar:** Die sprachlichen Modalitäten scheinen der wichtigste Bestandteil eines hausinternen Screenings in der Muttersprache zu sein. Der Fremdanamnese hingegen schenken die Befragten kaum Beachtung, obwohl geklärt werden sollte, wie kompetent die Patientin oder der Patient prämorbid beim Schreiben und Lesen in der Erst- und Zweitsprache war (vgl. Brühmann 2009).

Die Antwortkategorie Testteile aus der Grafik 5.2.1 wird in der Grafik 5.2.1.1 visualisiert. Die Testteile stellen die Grundlage für hausinterne Screenings in der Muttersprache dar. Der Basel-Minnesota-Test zur Differentialdiagnose der Aphasie (BMTDA) wird am meisten genannt. Darauf folgend werden der Aachener-Aphasie-Test (AAT), der Token Test (TT) und der Aachener Aphasie Bedside Test (AABT) erwähnt.

**Grafik 5.2.1.1:** Häufigkeit der genannten Testteile aus Grafik 5.2.1 (N=16).



**Kommentar:** Das Material des Basel-Minnesota-Tests zur Differentialdiagnose der Aphasie (BMTDA) ist übersichtlich und eindeutig. Er liefert Informationen zu allen Modalitäten und hat eine grosse Itemzahl in unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden.

Teile aus dem Aachener-Aphasie-Test (AAT) werden vermutlich verwendet, weil er in vielen verschiedenen Sprachen vorhanden, bekannt und verbreitet ist.

Aus dem Token Test (TT) werden Testteile herausgenommen, weil er schnell durchgeführt werden kann, bekannt und verbreitet ist.

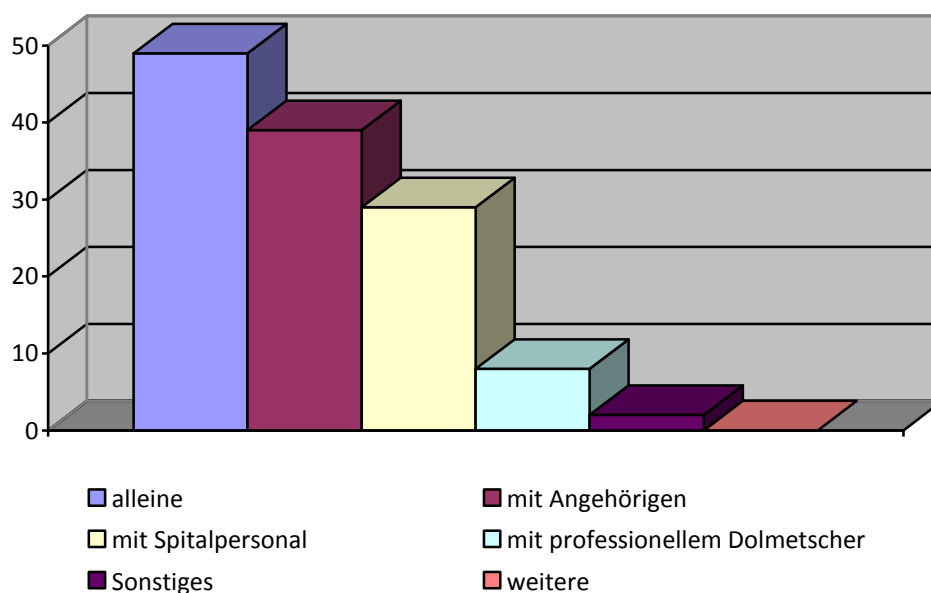
Der Aachener Aphasie Bedside Test (AABT) wird möglicherweise gebraucht, weil er am Bett der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden kann.

**Frage 5.3: Wie führen Sie das hausinterne Screening in der Muttersprache durch?**

Die Grafik 5.3 beinhaltet sowohl die Antworten der Frage 5.3 „Wie führen Sie das hausinterne Screening in der Muttersprache durch?“ als auch die Antworten der Frage 7.3 „Wie führen Sie das hausinterne Diagnoseverfahren in der Muttersprache durch?“. Die Antworten der Frage 7.3 beziehen sich auf die Frage 5.3, weil sie kein ausführliches Diagnoseverfahren, sondern ein hausinternes Screening darstellen.

Am häufigsten wird das Screening von den Logopädinnen und Logopäden selbstständig durchgeführt. Am zweithäufigsten wird die Hilfe von Angehörigen in Anspruch genommen und etwas weniger häufig die Hilfe vom Spitalpersonal. Einen professionellen Dolmetscher ziehen nur wenige bei. Eine Umfrageteilnehmerin oder ein Umfrageteilnehmer gab in der Kategorie Sonstiges an, die Patientinnen und Patienten allenfalls an eine Logopädin beziehungsweise an einen Logopäden weiterzuleiten, welche(r) in der entsprechenden Sprache differenzierte Sprachkenntnisse hat. Eine Person gab an, das Screening auf Französisch oder Spanisch selbstständig anzuwenden.

**Grafik 5.3:** Häufigkeit der Art der Durchführung des hausinternen Screenings in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten (N=26).

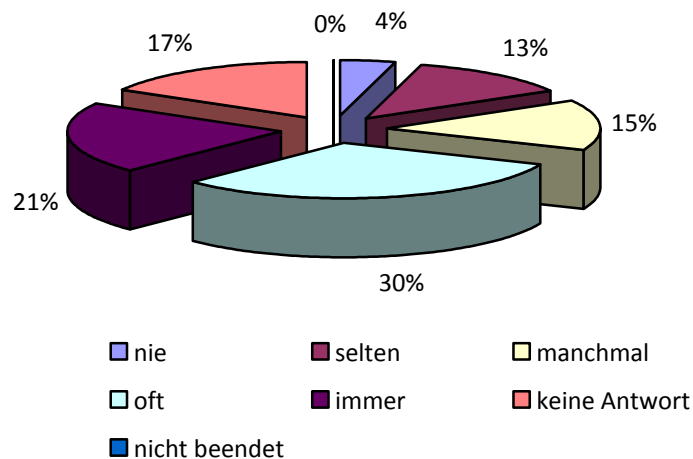


**Kommentar:** Vermutlich wird das hausinterne Screening in der Muttersprache meistens selbstständig durchgeführt, weil es gut machbar ist oder es kaum möglich ist eine Übersetzerin oder einen Übersetzer zu organisieren, weil die Logopädinnen und Logopäden häufig einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt sind. Auch könnte es sein, dass den Übersetzerinnen oder Übersetzern die sprachtherapeutische Kompetenz fehlt.

**Frage 6: Führen Sie bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie ein Screening (zur Übersicht, Indikationsfrage und zu Schlüsselsymptomen) in der Zweitsprache (Deutsch / Schweizerdeutsch) der Patientinnen und Patienten durch?**

Die Hälfte der Umfrageteilnehmerinnen und Umfrageteilnehmer führt ein Screening in der Zweitsprache oft oder immer durch. Manchmal oder selten wird ein Screening in der Zweitsprache von 28 Prozent der Befragten gemacht. Vier Prozent der Befragten machen dies jedoch nie.

**Grafik 6:** Prozentualer Anteil der Durchführung des Screenings in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten (N=48).



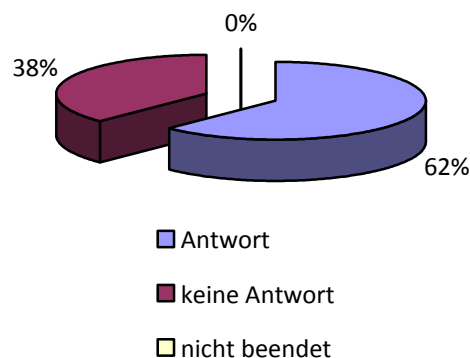
**Kommentar:** Wird das Screening in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten durchgeführt, könnte dies einerseits mit der Vertrautheitshypothese begründet werden, wenn die am stärksten vertraute Sprache der Patientinnen und Patienten die Zweitsprache ist und somit als Ressource betrachtet werden kann. Andererseits mit dem Vorteil, dass die meisten Logopädinnen und Logopäden im Deutschen beziehungsweise im Schweizerdeutschen kompetenter sind als in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten, die Therapie mehrheitlich in der Zweitsprache durchgeführt wird, genügend Screenings vorhanden sind und somit der Arbeitsaufwand geringer ist.

Wird das Screening in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten durchgeführt, kann angenommen werden, dass die Logopädinnen und Logopäden in dieser Sprache mehr oder weniger kompetent sind. Oder sie beziehen sich auf die Regressionshypothese oder Vertrautheitshypothese (in der Annahme, dass die Erstsprache die am stärksten vertraute Sprache ist) und sehen die Ressourcen in der Muttersprache.

**Frage 6.1: Welche veröffentlichten Screenings in der Zweitsprache verwenden Sie dazu?**

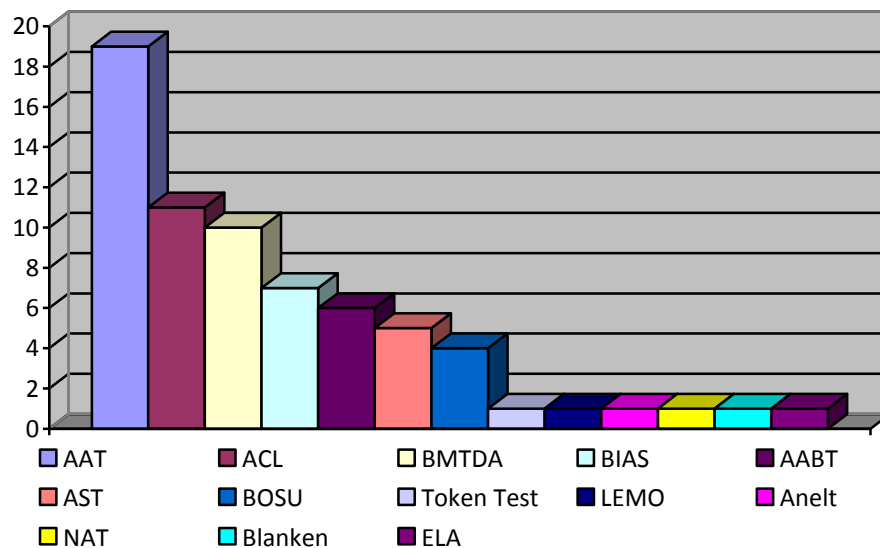
62 Prozent der Befragten gaben eine Antwort.

**Grafik 6.1:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 6.1 (N=48).



Aus der Grafik 6.1.1 ist ersichtlich, dass der Aachener-Aphasie-Test (AAT) weitaus am meisten angewendet wird. Am zweithäufigsten wird die Aphasie-Check-Liste (ACL) und am dritthäufigsten der Basel-Minnesota-Test zur Differentialdiagnose der Aphasie (BMTDA) genannt. Etwas weniger oft werden das Bielefelder-Aphasie-Screening (BIAS), der Aachener Aphasie Bedside Test (AABT), der Aphasie-Schnell-Test (AST) und die Bogenhausener Semantik-Untersuchung (BOSU) erwähnt.

**Grafik 6.1.1:** Häufigkeit der Verwendung veröffentlichter Screenings in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten (N=30).



**Kommentar:** Vorzüge des Aachener-Aphasie-Tests (AATs) sind unter anderem die Standardisierung, Normierung und internationale Anerkennung. Das sind nur einige Gründe, weshalb der Aachener-Aphasie-Test (AAT) dermassen bevorzugt wird.

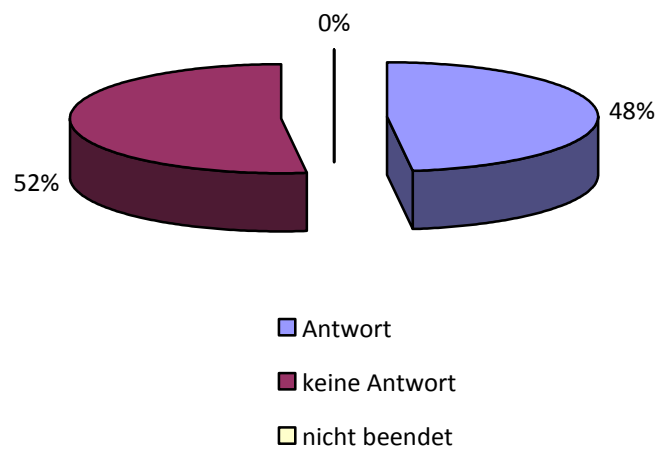
Die Aphasie-Check-Liste (ACL) ist ein sehr kurzes standardisiertes und normiertes Screening mit einem sprachlichen und nichtsprachlichen (kognitiven) Teil.

Der Basel-Minnesota-Test zur Differentialdiagnose der Aphasie (BMTDA) liefert Informationen zu allen Modalitäten, ist semistandardisiert, macht eine hierarchische Abstufung der grossen Itemzahl nach Schweregrad und besteht aus eindeutigem und übersichtlichem Material.

**Frage 6.2: Welche hausinternen Screenings in der Zweitsprache verwenden Sie dazu?  
Bitte beschreiben Sie diese.**

Die Hälfte der Befragten beantwortete diese Frage.

**Grafik 6.2:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 6.2 (N=48).

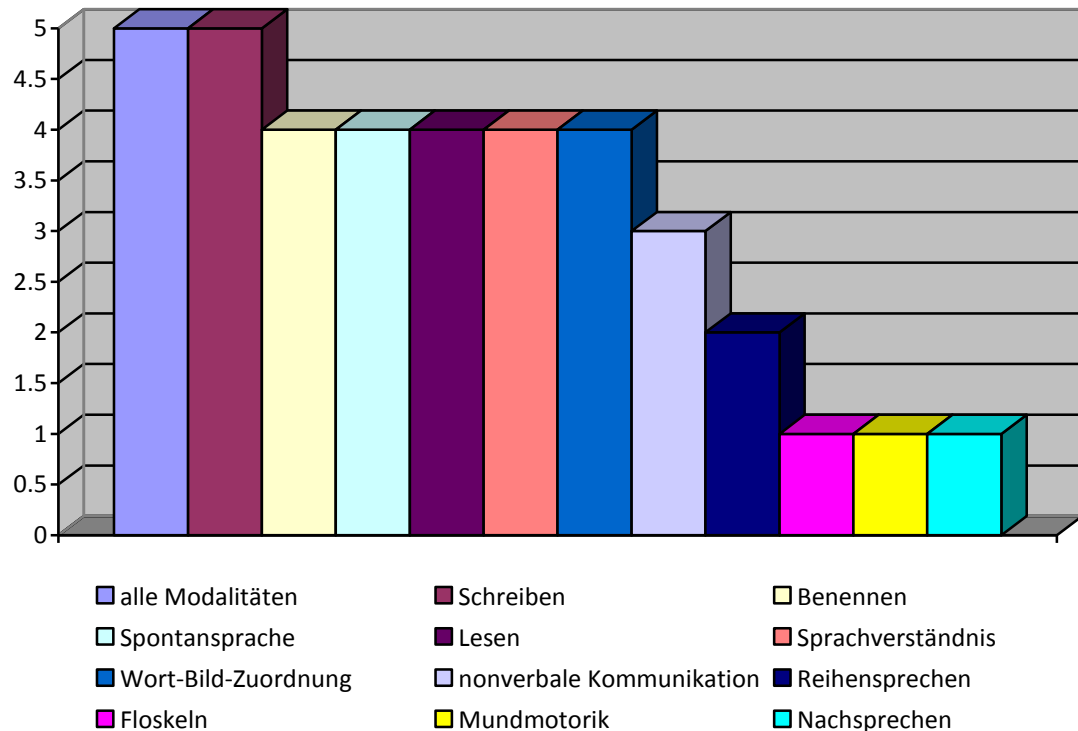


Die Grafik 6.2.1 beinhaltet sowohl die Antworten der Frage 6.2 „Welche hausinternen Screenings in der Zweitsprache verwenden Sie dazu?“ als auch die Antworten der Frage 8.2 „Welche hausinternen Diagnoseverfahren in der Zweitsprache verwenden Sie dazu?“. Die Antworten der Frage 8.2 beziehen sich auf die Frage 6.2, weil sie kein ausführliches Diagnoseverfahren, sondern ein hausinternes Screening darstellen. Es wird ersichtlich, dass keiner der Befragten ein hausinternes ausführliches Diagnoseverfahren erwähnt.

Die Befragten gaben vorwiegend an, alle Modalitäten und davon insbesondere das Schreiben zu prüfen. Nachfolgend werden einzelne Inhalte von Modalitäten aufgeführt: Benennen, Spontansprache, Lesen, Sprachverständnis und Wort-Bild-Zuordnung. Nonverbale Kommunikation und Reihensprechen wurden einige Male, Floskeln, Mundmotorik und Nachsprechen vereinzelt genannt.



**Grafik 6.2.1:** Häufigkeit der Verwendung hausinterner Screenings in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten (N=23).

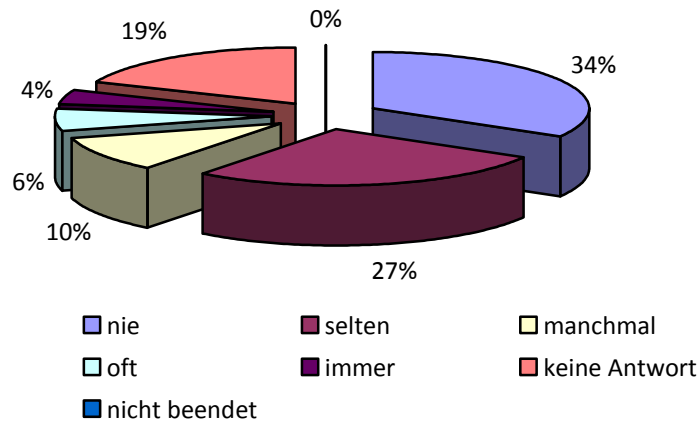


**Kommentar:** Einige Befragte haben die sprachlichen Modalitäten einzeln aufgezählt. Im Gegensatz dazu haben andere direkt den Oberbegriff „alle Modalitäten“ erwähnt. Die Modalitäten scheinen ein zentraler Bestandteil der hausinternen Screenings in der Zweitsprache zu sein.

**Frage 7: Führen Sie bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie eine ausführliche Diagnostik in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten durch?**

Nie und selten führen 61 Prozent der Befragten eine ausführliche Diagnostik in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten durch. Jeder Zehnte arbeitet manchmal damit. Oft und immer verwenden zehn Prozent der Befragten eine ausführliche Diagnostik in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten.

**Grafik 7:** Prozentualer Anteil der Durchführung einer ausführlichen Diagnostik in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten (N=48).



**Kommentar:** Knapp zwei Drittel der Befragten setzen nie oder selten ausführliche Diagnoseverfahren in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten ein.

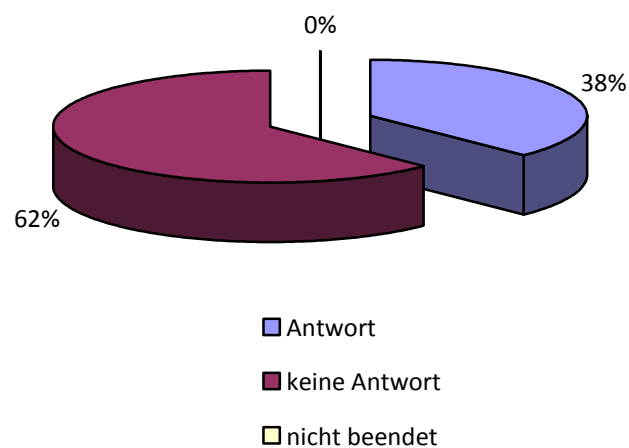
Nur eine Minderheit der Befragten führt ein ausführliches Diagnoseverfahren in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten durch und stützt sich damit vermutlich auf die Regressionshypothese oder auf die Vertrautheitshypothese in der Annahme, dass die Muttersprache die am stärksten vertraute Sprache der Patientinnen und Patienten ist und als Ressource angesehen werden kann.

Wählen die Befragten die Zweitsprache, könnte dies damit erklärt werden, dass sie sich auf die Vertrautheitshypothese beziehen. In diesem Fall nehmen sie an, dass die am stärksten vertraute Sprache der Patientinnen und Patienten die Zweitsprache ist und somit als Ressource gelten kann.

**Frage 7.1: Welche veröffentlichten Diagnoseverfahren in der Muttersprache verwenden Sie dazu?**

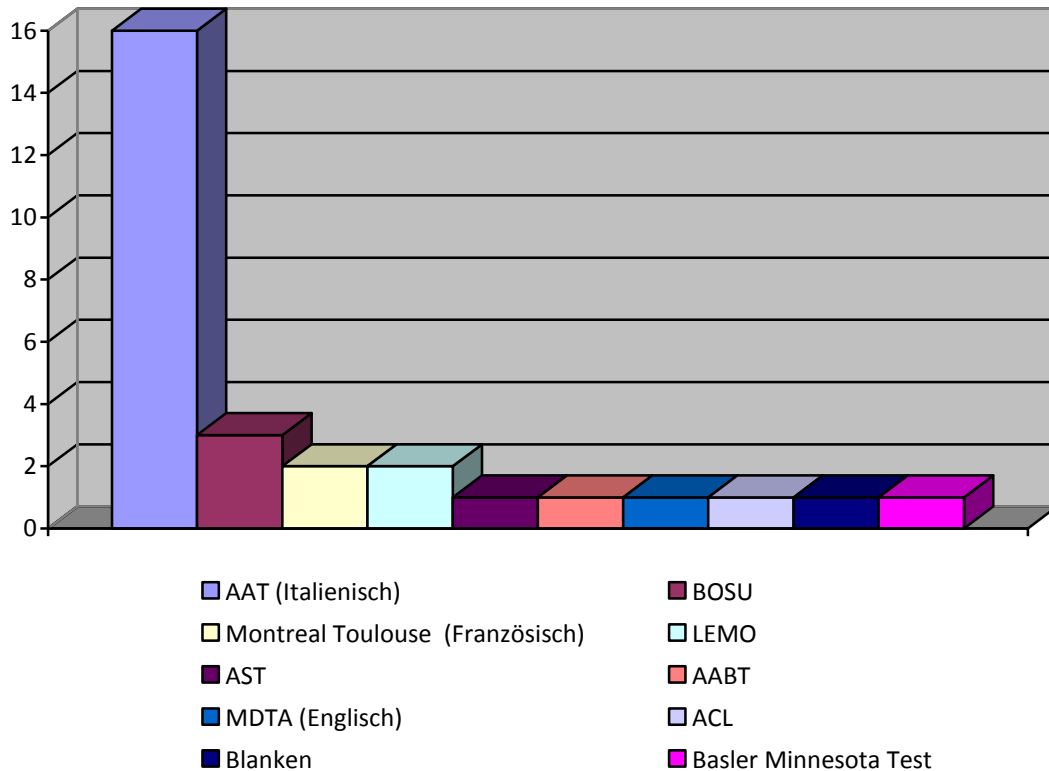
38 Prozent der Befragten gaben Antwort auf diese Frage.

**Grafik 7.1:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 7.1 (N=48).



Die Grafik 7.1.1 verdeutlicht, dass der Aachener-Aphasie-Test (AAT) auf Italienisch mit Abstand am meisten durchgeführt wird. Im Vergleich dazu werden die Bogenhausener Semantik-Untersuchung (BOSU), der Montreal Toulouse (MT) und die Lexikon-modell-orientierte-Diagnostik (LEMO) und einige weitere kaum erwähnt.

**Grafik 7.1.1:** Häufigkeit der Verwendung veröffentlichter Diagnoseverfahren in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten (N=18).

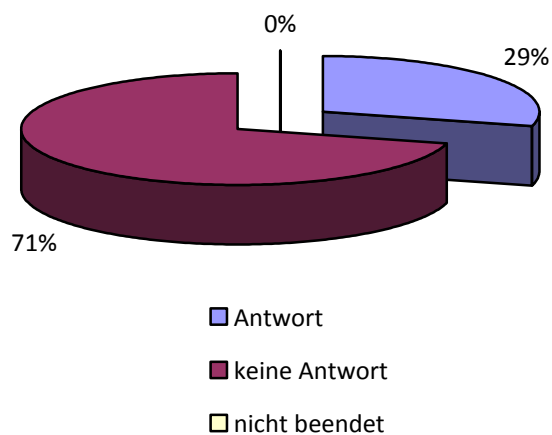


**Kommentar:** Schon beim Screening in der Muttersprache wurde ersichtlich, dass der Aachener-Aphasie-Test (AAT) auf Italienisch am meisten verwendet wird. Bei der ausführlichen Diagnostik in der Muttersprache sticht der Aachener-Aphasie-Test (AAT) auf Italienisch noch viel deutlicher hervor. Mögliche Gründe dafür könnten sein, dass Italienisch die dritthäufigst gesprochene Sprache in der Schweiz ist und es eine italienische Version des Aachener-Aphasie-Tests (AAT) gibt. Zudem ist er im Vergleich zu anderen Diagnoseverfahren bereits übersetzt und standardisiert.

**Frage 7.2: Welche hausinternen Diagnoseverfahren in der Muttersprache verwenden Sie dazu? Bitte beschreiben Sie diese.**

Ein Drittel der Befragten beantwortete diese Frage.

**Grafik 7.2:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 7.2 (N=48).



**Kommentar:** Die Antworten der Frage 7.2 fließen in die Grafik 5.2.1 ein, weil sie sich auf die Frage 5.2 beziehen. Sie stellen kein ausführliches Diagnoseverfahren, sondern ein hausinternes Screening dar.

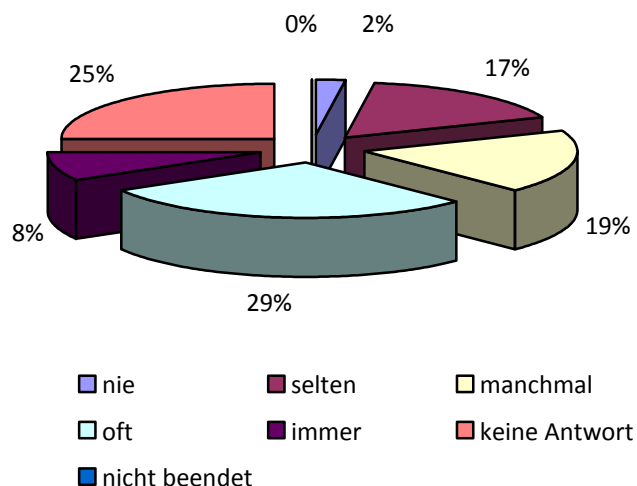
**Frage 7.3: Wie führen Sie das hausinterne Diagnoseverfahren in der Muttersprache durch?**

**Kommentar:** Die Antworten dieser Frage fließen in die Grafik 5.3 ein, weil sie sich auf die Frage 5.3 beziehen. Sie stellen kein ausführliches Diagnoseverfahren, sondern ein hausinternes Screening dar.

**Frage 8: Führen Sie bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie eine ausführliche Diagnostik in der Zweitsprache (Deutsch / Schweizerdeutsch) der Patientinnen und Patienten durch?**

Acht Prozent der Befragten führen eine ausführliche Diagnostik immer in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten durch. Die Hälfte macht dies oft oder manchmal. Selten eingesetzt wird ein Diagnoseverfahren in der Zweitsprache von 17 Prozent der Befragten. Lediglich zwei Prozent der Umfrageteilnehmerinnen und Umfrageteilnehmer wenden ein Diagnoseverfahren nie in der Zweitsprache an.

**Grafik 8:** Prozentualer Anteil der Durchführung einer ausführlichen Diagnostik in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten (N=48).



**Kommentar:** Es fällt auf, dass beinahe jede und jeder ein ausführliches Diagnoseverfahren in der Zweitsprache durchführt, jedoch immer wendet nicht einmal jeder Zehnte eine ausführliche Diagnostik in der Zweitsprache an. Die Vertrautheitshypothese besagt, dass sich die Aphasie in der am stärksten vertrauten Sprache zuerst zurückbildet. Die am stärksten vertraute Sprache, welche die Ressourcen beinhaltet, kann die Muttersprache oder die Zweitsprache sein.

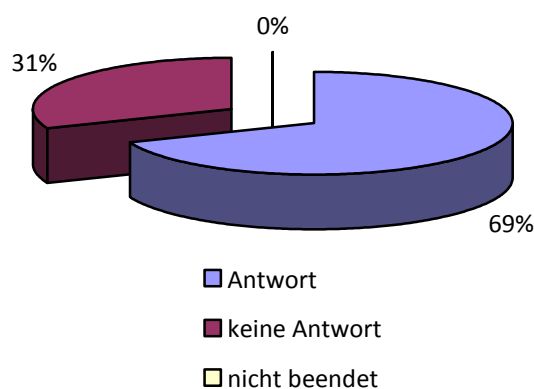
Die meisten Logopädinnen und Logopäden diagnostizieren in der Zweitsprache, weil sie im Deutschen beziehungsweise im Schweizerdeutschen kompetenter sind als in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten. Zudem sind genügend Diagnoseverfahren vorhanden, der Arbeitsaufwand ist geringer und die darauffolgende Therapie wird mehrheitlich in der Zweitsprache durchgeführt.

Die Regressionshypothese besagt, dass bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie die Erstsprache weniger schwer betroffen ist, beziehungsweise, dass sie eine schnellere Rückbildung als die Zweitsprache zeigt. Auf diese Hypothese können sich diejenigen Logopädinnen und Logopäden beziehen, die eine ausführliche Diagnostik in der Muttersprache durchführen und in ihr die Ressourcen sehen. Fällt die Wahl auf die Muttersprache, kann ausserdem angenommen werden, dass die Logopädinnen und Logopäden in dieser Sprache mehr oder weniger kompetent sind.

**Frage 8.1: Welche veröffentlichten Diagnoseverfahren in der Zweitsprache verwenden Sie dazu?**

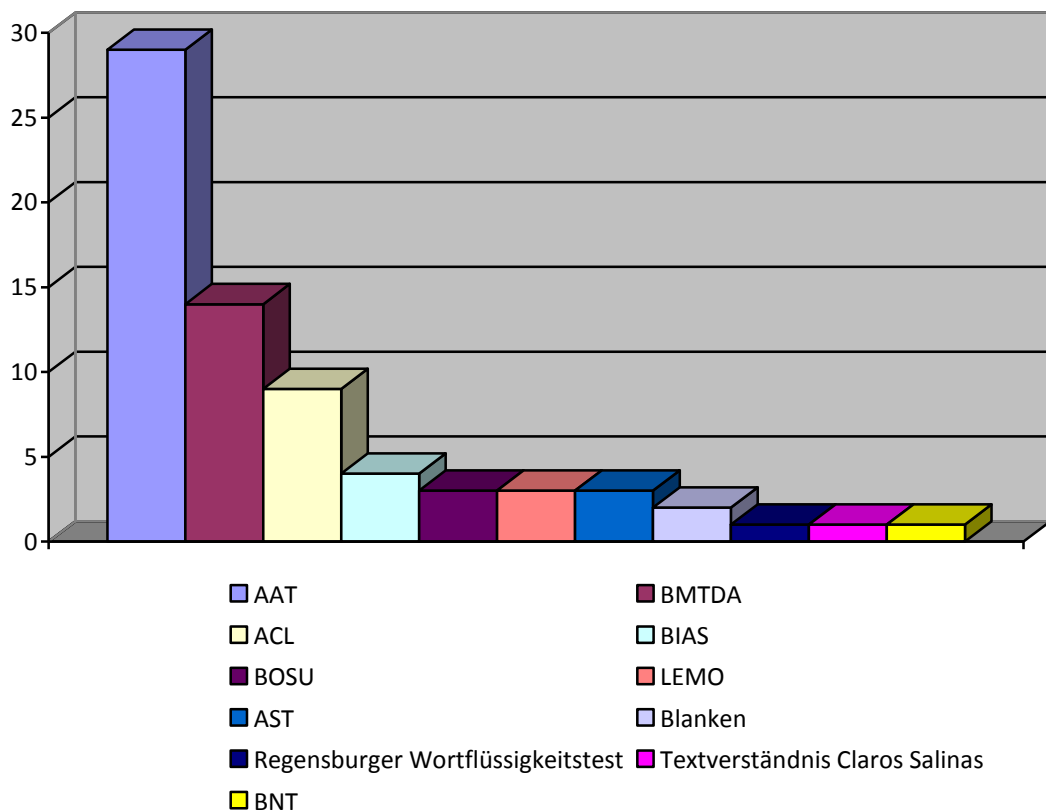
Mehr als zwei Drittel der Umfrageteilnehmerinnen und Umfrageteilnehmer gaben eine Antwort.

**Grafik 8.1:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 8.1 (N=48).



Die Grafik 8.1.1 zeigt, dass der Aachener-Aphasie-Test (AAT) am meisten eingesetzt wird. Darauf folgen der Basel-Minnesota-Test zur Differentialdiagnose der Aphasie (BMTDA), die Aphasie-Check-Liste (ACL) und das Bielefelder-Aphasie-Screening (BIAS).

**Grafik 8.1.1:** Häufigkeit der Verwendung veröffentlichter Diagnoseverfahren in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten (N=33).



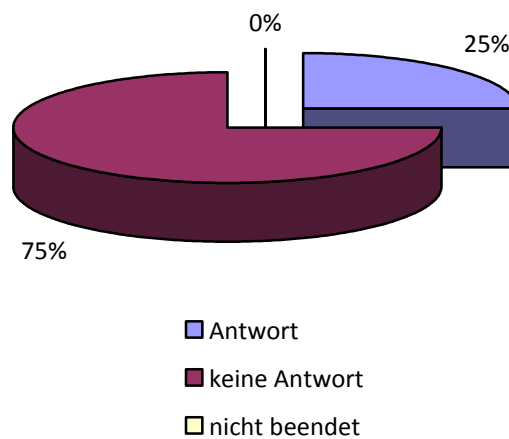
**Kommentar:** Bei den veröffentlichten Diagnoseverfahren in der Zweitsprache werden dieselben drei Verfahren am häufigsten genannt wie bei den veröffentlichten Screenings in der Zweitsprache. Der Aachener-Aphasie-Tests (AAT) steht erneut an erster Stelle. Der einzige Unterschied ist, dass der Basel-Minnesota-Test zur Differentialdiagnose der Aphasie (BMTDA) bei dieser Frage häufiger genannt wird als die Aphasie-Check-Liste (ACL), welche eher ein Screening darstellt.



**Frage 8.2: Welche hausinternen Diagnoseverfahren in der Zweitsprache verwenden Sie dazu? Bitte beschreiben Sie diese.**

Ein Viertel der Befragten beantwortete diese Frage.

**Grafik 8.2:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 8.2 (N=48).

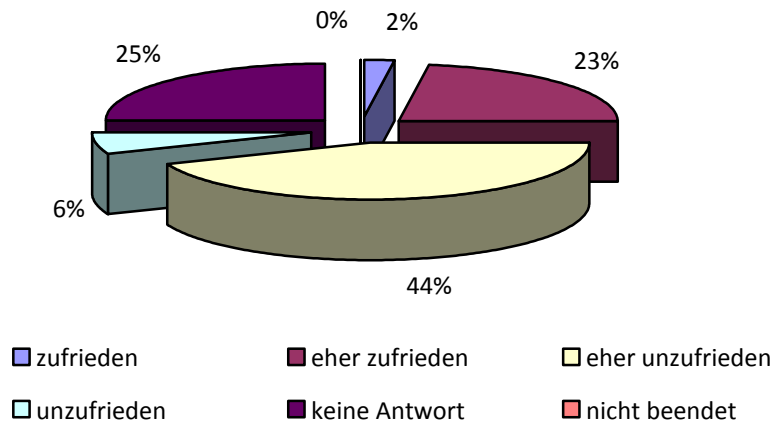


**Kommentar:** Die Antworten dieser Frage fließen in die Grafik 6.2.1 ein, weil sie sich auf die Frage 6.2 beziehen. Sie stellen kein ausführliches Diagnoseverfahren, sondern ein hausinternes Screening dar.

**Frage 9: Sind Sie über Ihre derzeitige Vorgehensweise, mehrsprachige Menschen mit Aphasie zu diagnostizieren, zufrieden?**

Die Hälfte der Befragten ist mit der derzeitigen Vorgehensweise eher unzufrieden oder unzufrieden. Eher zufrieden ist knapp ein Viertel. Nur gerade zwei Prozent gaben an, mit der derzeitigen Vorgehensweise, mehrsprachige Menschen mit Aphasie zu diagnostizieren, zufrieden zu sein.

**Grafik 9:** Prozentualer Anteil der Zufriedenheit mit der derzeitigen Vorgehensweise, mehrsprachige Menschen mit Aphasie zu diagnostizieren (N=48).

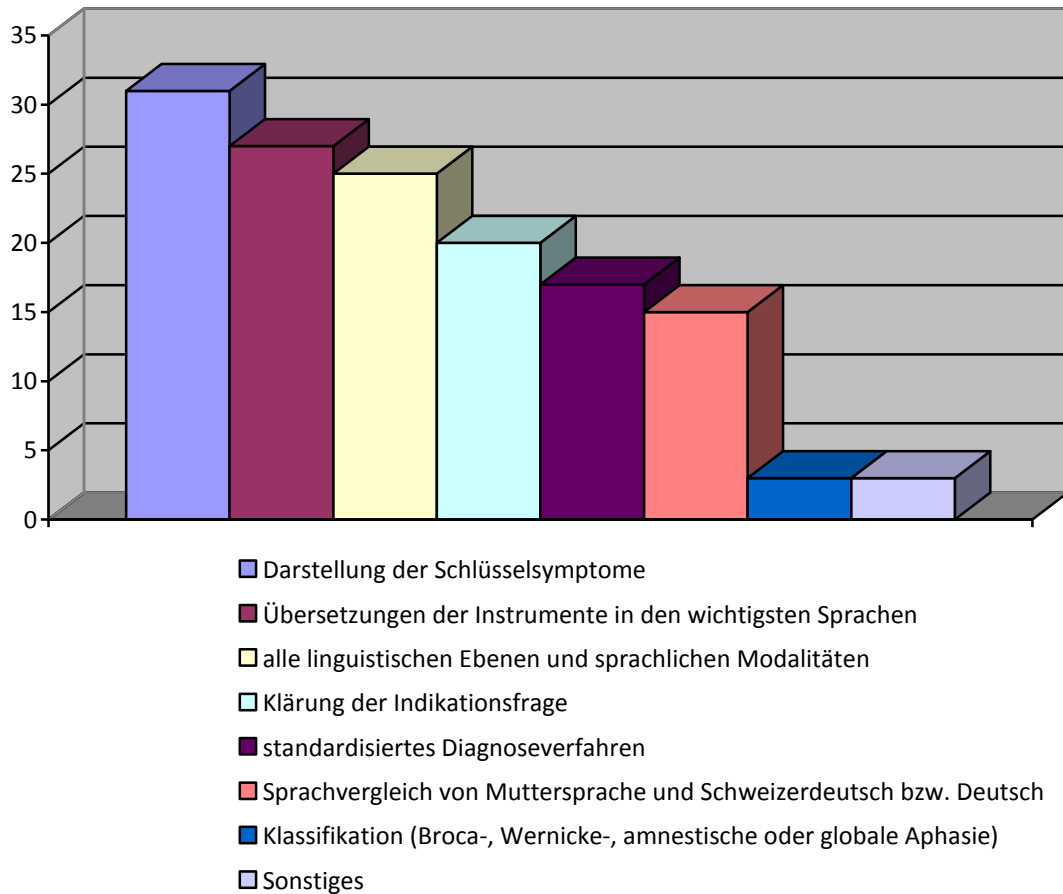


**Kommentar:** Das Resultat zeigt deutlich, dass die Mehrheit der Befragten die derzeitige Vorgehensweise, mehrsprachige Menschen mit Aphasie zu diagnostizieren, als nicht zufriedenstellend beurteilen. Daraus ist zu schliessen, dass eine Optimierung der Diagnostik mehrsprachiger Menschen mit Aphasie erwünscht ist. Wie eine optimale Diagnostik aussehen sollte, wird aus den Antworten der Frage 10 und 11 ersichtlich.

**Frage 10: Welche Elemente sollte die Diagnostik mehrsprachiger Menschen mit Aphasie enthalten?**

Am wichtigsten ist den Befragten, dass die Diagnostik die Schlüsselsymptome darstellt und die Instrumente in den wichtigsten Sprachen vorhanden sind. Zusätzlich sollten alle linguistischen und sprachlichen Modalitäten berücksichtigt und die Indikationsfrage geklärt werden. Ein standardisiertes Diagnoseverfahren sowie der Sprachvergleich von Muttersprache und Zweitsprache sind vielen wichtig. Eine Klassifikation der Aphasie scheint nicht im Vordergrund zu stehen. Von drei Befragten wurde in der Kategorie Sonstiges die Fremdanamnese erwähnt, um die prämorbidem Sprachkompetenzen einzuschätzen.

**Grafik 10:** Häufigkeit der Elemente, welche die Diagnostik mehrsprachiger Menschen mit Aphasie enthalten sollte (N=26).

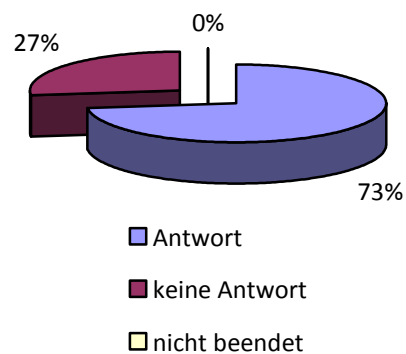


**Kommentar:** Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Befragten ein möglichst umfassendes Diagnoseverfahren wünschen: Darstellung der Schlüsselsymptome, Übersetzungen der Instrumente in den wichtigsten Sprachen, alle linguistischen Ebenen sowie alle Modalitäten und Klärung der Indikationsfrage. Einzig die Klassifikation der Aphasie scheint kaum Bedeutung zu haben. Aufgrund fehlender Aussagekraft hat sie keine Relevanz für den rehabilitativen Prozess, sie erleichtert lediglich die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

**Frage 11: Was müsste Ihrer Meinung nach ein Diagnoseverfahren für mehrsprachige Menschen mit Aphasie leisten? Bitte formulieren Sie Ihre eigenen Ideen und Wünsche.**

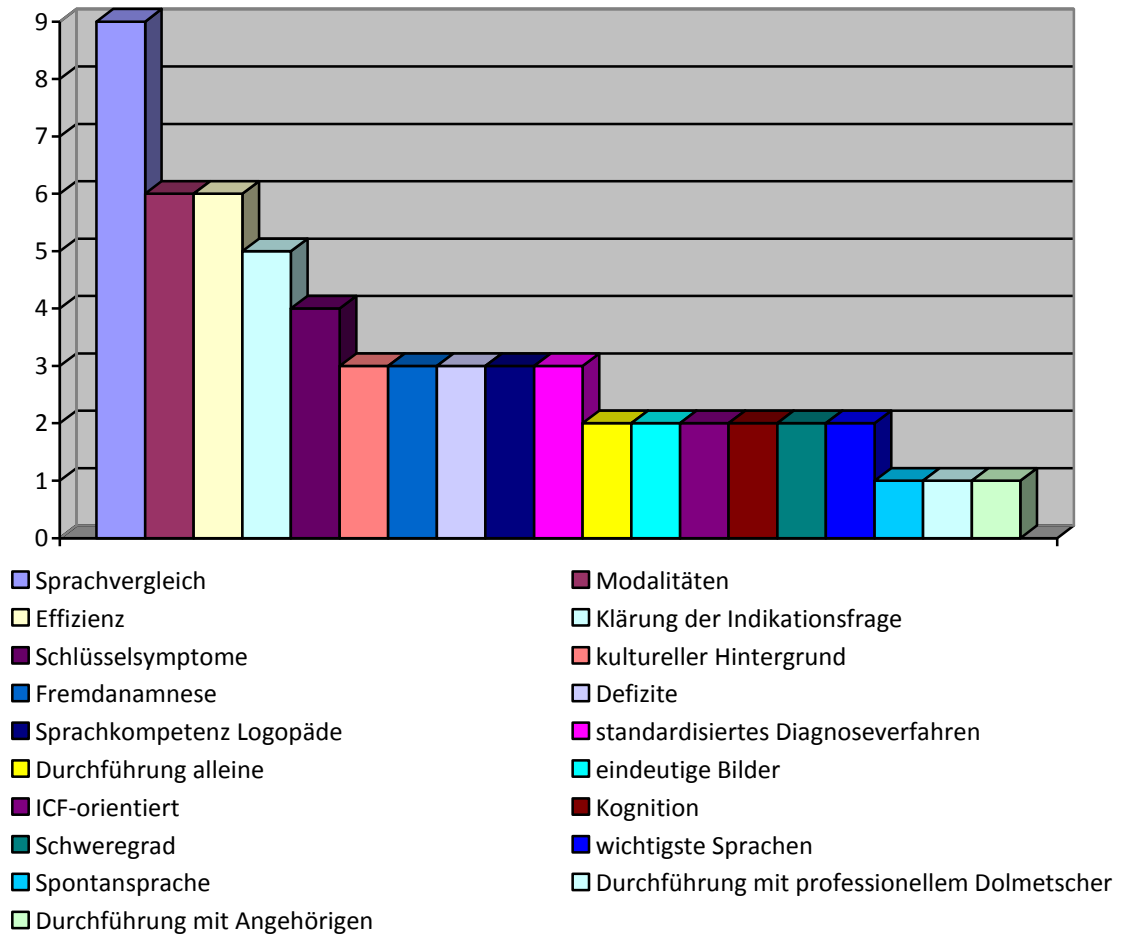
Beinahe drei Viertel der Befragten gaben eine Antwort auf diese Frage.

**Grafik 11:** Prozentualer Anteil der Antworten auf Frage 11 (N=48).



Mit Abstand am häufigsten werden Sprachvergleich, Modalitäten, Effizienz und Klärung der Indikationsfrage genannt. Wesentlich scheinen ausserdem Zweitsprache, Schlüssel-symptome, Defizite, Sprachkompetenz der Logopädinnen und Logopäden, standardisiertes Diagnoseverfahren, kultureller Hintergrund und Fremdanamnese zu sein.

**Grafik 11.1:** Häufigkeit der Leistungen, die ein Diagnoseverfahren für mehrsprachige Menschen mit Aphasie leisten müsste (N=35).



**Kommentar:** Die am häufigsten genannte Leistung ist der Sprachvergleich. Mit dem Sprachvergleich kann eine umfassende Diagnostik erstellt werden, weil beide Sprachen (Muttersprache und Zweitsprache) miteinbezogen werden. Weiter kommt bei dieser offenen Frage heraus, dass die Modalitäten, die Effizienz und die Klärung der Indikationsfrage für ein Diagnoseverfahren eine grosse Rolle spielen. Am wenigsten erwähnt werden Ressourcen, Spontansprache, Durchführung mit professionellem Dolmetscher oder Angehörigen.

## 5. Reflexion der Ergebnisse

Die Mehrheit der Befragten zeigt Interesse an den Umfrageergebnissen und beurteilt die derzeitige Vorgehensweise, mehrsprachige Menschen mit Aphasie zu diagnostizieren, als nicht zufriedenstellend. Daraus kann geschlossen werden, dass an einer Optimierung der Diagnostik mehrsprachiger Menschen mit Aphasie Bedarf besteht.

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Logopädin oder ein Logopäde mehrsprachige Patientinnen und Patienten mit Aphasie abklären muss, beträgt durchschnittlich über 30 Prozent und ist somit relativ hoch.

Ein **Screening** wird sowohl in der Muttersprache als auch in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten relativ häufig durchgeführt. Die Zweitsprache der Patientinnen und Patienten wird ein wenig häufiger gewählt als die Muttersprache der Patientinnen und Patienten.

Diejenigen Befragten, die ein hausinternes Screening in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten anwenden, führen es am häufigsten selbstständig durch. Gründe dafür könnten sein, dass es selbstständig machbar ist, es kaum möglich ist einen Übersetzer zu organisieren oder diesem die sprachtherapeutische Kompetenz fehlt. Bei der Entwicklung eines neuen Diagnoseverfahrens für mehrsprachige Menschen mit Aphasie sollte deshalb darauf geachtet werden, dass es die Logopädin oder der Logopäde selbstständig durchführen kann.

Ein **ausführliches Diagnoseverfahren** setzt die Mehrheit der Befragten meistens in der Zweitsprache und nicht in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten ein.

Sowohl das Screening als auch das ausführliche Diagnoseverfahren werden hauptsächlich in der **Zweitsprache** (Deutsch beziehungsweise Schweizerdeutsch) der Patientinnen und

Patienten durchgeführt. Eine mögliche Erklärung für dieses Vorgehen liefert einerseits die Vertrautheitshypothese, die besagt, dass sich die Aphasie in der am stärksten vertrauten Sprache zuerst zurückbildet. Oft ist dies die Muttersprache, aber je nach Lebensumständen kann es auch die Zweitsprache sein. Die Zweitsprache der Patientinnen und Patienten enthält demnach mehr Ressourcen als die Muttersprache. Andererseits kann die Wahl der Zweitsprache damit begründet werden, dass die meisten Logopädinnen und Logopäden im Deutschen beziehungsweise im Schweizerdeutschen kompetenter sind als in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten, die Therapie mehrheitlich in der Zweitsprache durchgeführt wird, genügend Screenings vorhanden sind und somit der Arbeitsaufwand geringer ist.

Die wenigsten Logopädinnen und Logopäden führen das Verfahren in der **Muttersprache** durch. Trotzdem gibt es auch dafür Argumente. Die Regressionshypothese besagt, dass bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie die Erstsprache weniger schwer betroffen ist, beziehungsweise, dass sie eine schnellere Rückbildung als die Zweitsprache zeigt und somit eine Ressource darstellt. Die Vertrautheitshypothese kann auch für die Muttersprache ausgelegt werden, wenn die am stärksten vertraute Sprache die Muttersprache ist und demnach mehr Ressourcen enthält als die Zweitsprache. Die Annahme, dass Logopädinnen und Logopäden in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten kompetent sind, stellt ein weiteres Argument für die Muttersprache dar.

Bei einem mehrsprachigen Menschen mit Aphasie gibt es keine richtige oder falsche Entscheidung, in welcher Sprache diagnostiziert werden soll. Die Wahl kann erleichtert werden, indem neben den vorangegangenen Argumenten zusätzlich das individuelle Rehabilitationsziel berücksichtigt wird.

Die am häufigsten genannten ausführlichen Diagnoseverfahren und Screenings, die sowohl in veröffentliche und hausinterne Verfahren als auch in Muttersprache und Zweitsprache unterteilt werden können, sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

**Tabelle 4:** Die am häufigsten genannten ausführlichen Diagnoseverfahren und Screenings.

	Veröffentlichte Verfahren		Hausinterne Verfahren
	ausführliche Diagnoseverfahren	Screenings	Screenings
Muttersprache	AAT Italienisch	AAT Italienisch AST BMTDA	Testteile: BMTDA, AABT, AAT; Modalitäten
Zweitsprache	AAT BMTDA ACL	AAT ACL BMTDA	Modalitäten

Die Tabelle zeigt deutlich, dass unabhängig von der Wahl der Sprache und der Verfahrensart vorwiegend dieselben Verfahren verwendet werden. Der Aachener-Aphasie-Test (AAT), der Aachener Aphasie Bedside Test (AABT), die Aphasie-Check-Liste (ACL), der Aphasie-Schnell-Test (AST) und der Basel-Minnesota-Test zur Differentialdiagnose der Aphasie (BMTDA) könnten bei der Entwicklung eines neuen Diagnoseverfahrens als Grundlage dienen.

Die Logopädinnen und Logopäden würden sich ein Diagnoseverfahren wünschen, welches nicht nur effizient sondern auch umfassend ist. Es sollten alle Modalitäten überprüft, die Schlüsselsymptome ersichtlich und die Indikationsfrage geklärt werden. Zudem würden sie ein Diagnoseverfahren schätzen, dass möglichst viele Sprachversionen beinhaltet und damit einen Vergleich der wichtigsten Sprachen ermöglicht.

Eine sorgfältige Anamneseerhebung sollte einerseits klären, welche die am stärksten vertraute Sprache der Patientinnen und Patienten ist. Einfluss darauf hat die Familien-, Umgebungs-, Mutter- und Lernsprache der Patientinnen und Patienten. Andererseits kann durch eine Anamnese beziehungsweise Fremdanamnese die prämorbid Kompetenz in der Muttersprache und in der Zweitsprache beurteilt werden.



## 6. Beantwortung der Forschungsfrage

Die zentrale Fragestellung „**Wie werden mehrsprachige Menschen mit Aphasie diagnostiziert und welche Leistungen werden von einem Diagnoseverfahren gefordert?**“ soll an dieser Stelle anhand der spezifischen Fragen beantwortet werden.

Spezifische Frage 1: Wird das Screening in der Muttersprache oder in der Zweitsprache durchgeführt?

**Antwort:** Das Screening wird sowohl in der Muttersprache als auch in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten relativ häufig durchgeführt. Die Zweitsprache wird ein wenig häufiger gewählt.

Spezifische Frage 2: Welche Verfahren werden eingesetzt?

**Antwort:** Der Aachener-Aphasie-Test (AAT) wird mit Abstand am häufigsten eingesetzt. Der Aachener Aphasie Bedside Test (AABT), die Aphasie-Check-Liste (ACL), der Aphasie-Schnell-Test (AST) und der Basel-Minnesota-Test zur Differentialdiagnose der Aphasie (BMTDA) werden oft verwendet.

Spezifische Frage 3: Wie werden die Verfahren in der Muttersprache durchgeführt?

**Antwort:** Die Verfahren in der Muttersprache werden hauptsächlich von den Logopädinnen und Logopäden selbstständig durchgeführt.

Spezifische Frage 4: Wird das ausführliche Diagnoseverfahren in der Muttersprache oder in der Zweitsprache durchgeführt?

**Antwort:** Die Mehrheit der Befragten setzt das ausführliche Diagnoseverfahren meistens in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten ein.

Spezifische Frage 5: Wie zufrieden sind die Logopädinnen und Logopäden mit der aktuellen Vorgehensweise, mehrsprachige Menschen mit Aphasie zu diagnostizieren?

**Antwort:** Die Mehrheit der Befragten beurteilen die derzeitige Vorgehensweise, mehrsprachige Menschen mit Aphasie zu diagnostizieren, als nicht zufriedenstellend.

Spezifische Frage 6: Welche Leistungen fordern die Logopädinnen und Logopäden von einem Diagnoseverfahren?

**Antwort:** Die Logopädinnen und Logopäden fordern ein Diagnoseverfahren, welches nicht nur effizient sondern auch umfassend ist, alle Modalitäten überprüft, die Schlüssel-symptome ersichtlich macht, die Indikationsfrage klärt und einen Sprachvergleich ermöglicht.

## 7. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Die Ergebnisse des Onlinefragebogens haben gezeigt, dass die Logopädinnen und Logopäden in der Deutschschweiz mit einer durchschnittlichen Wahrscheinlichkeit von über 30 Prozent mit der Diagnostik mehrsprachiger Menschen mit Aphasie konfrontiert werden. Dabei stellt sich die grundsätzliche Frage, ob in der Muttersprache oder in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten diagnostiziert werden soll. Die Literatur kann diese Frage nicht klären, weil die Hypothesen weder verifiziert noch falsifiziert werden konnten. Die Umfrage hat ergeben, dass das Screening von drei Viertel der Befragten und das ausführliche Diagnoseverfahren von über zwei Drittel der Befragten in der Zweitsprache (Deutsch beziehungsweise Schweizerdeutsch) der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Die wenigsten Logopädinnen und Logopäden führen die Verfahren in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten durch.

Unabhängig von der Wahl der Sprache und der Verfahrensart werden vorwiegend dieselben Verfahren verwendet und könnten bei der Entwicklung eines neuen Diagnoseverfahrens als Grundlage dienen: Aachener-Aphasie-Test (AAT), Aachener Aphasie Bedside Test (AABT), Aphasie-Check-Liste (ACL), Aphasie-Schnell-Test (AST) und Basel-Minnesota-Test zur Differentialdiagnose der Aphasie (BMTDA). Die meisten dieser Verfahren sind nicht in verschiedenen Sprachen vorhanden, sondern werden von den Logopädinnen und Logopäden übersetzt. Die derzeitige Vorgehensweise, mehrsprachige Menschen mit Aphasie zu diagnostizieren, wird als nicht zufriedenstellend beurteilt. Dieses Ergebnis bestätigt die Annahme, dass an der Entwicklung eines neuen Diagnoseverfahrens Bedarf besteht.

Aus der Auswertung resultiert, dass das Diagnoseverfahren nicht nur effizient sondern auch umfassend sein müsste. Es sollten alle Modalitäten überprüft, die Schlüsselsymptome ersichtlich und die Indikationsfrage geklärt werden. Damit ein Vergleich der wichtigsten Sprachen möglich wird, sollte das Verfahren viele Sprachversionen beinhalten. Eine sorgfältige Anamneseerhebung sollte klären, welche die am stärksten vertraute Sprache der Patientinnen und Patienten ist und wie die prämorbid Kompetenz in der Muttersprache und in der Zweitsprache war. Damit kann das individuelle Rehabilitationsziel der Patientinnen und Patienten festgelegt werden.

## 8. Schlusswort

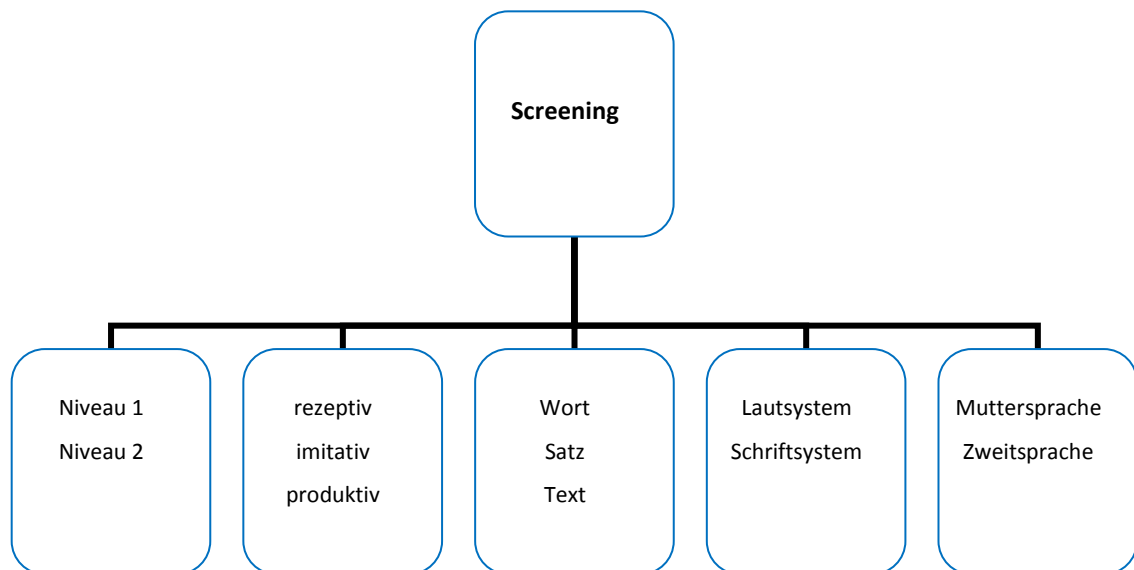
### 8.1 Weiterführende Gedanken

Ursprünglich wollten wir ein neues Diagnoseverfahren für mehrsprachige Menschen mit Aphasie entwickeln. Dafür musste zuerst die Grundlage gelegt werden, indem die aktuelle Vorgehensweise und die Forderungen an ein Diagnoseverfahren untersucht wurden. Anhand der Ergebnisse unserer Bachelor-Arbeit könnte eine weitere Arbeit in Angriff genommen werden, um ein Diagnoseverfahren zu verwirklichen.

#### 8.1.1. Entwurf eines Diagnoseverfahrens

Das Diagnoseverfahren wäre am effizientesten in der Form eines Screenings. Dafür würde sich ein Screening in maximal vielen Sprachen eignen, welches die kulturellen Eigenheiten der jeweiligen Sprachen berücksichtigen sollte. Das Screening könnte selbstständig und ohne die Hilfe von Dolmetschern durchgeführt werden. Dies wäre mit Tonaufnahmen in verschiedenen Sprachen möglich. Um einen Vergleich zwischen der Muttersprache (L1) und der Zweitsprache (L2) anstellen zu können, wäre eine ausführliche Anamnese beziehungsweise Fremdanamnese unerlässlich. Das Screening sollte folgende Elemente, die miteinander kombiniert werden können, beinhalten:

**Grafik 12:** Screening-Modell - Kombinationsmöglichkeiten verschiedener Elemente eines Screenings in maximal vielen Sprachen (vgl. Steiner 2009).



Mit diesem einfachen Screening-Modell könnte umfassend diagnostiziert werden, weil es 72 Kombinationsmöglichkeiten der Elemente gibt. Die einzelnen Kombinationen müssten individuell auf die Patientinnen und Patienten angepasst werden.

Der AAT beziehungsweise der Token Test könnte zusätzlich zu diesem Modell als Grundlage für die Erstellung eines Screenings dienen, weil er sich bei der Befragung der Logopädinnen und Logopäden als nützlich erwiesen hat.

## 8.2 Reflexion über die Erstellung der Bachelor-Arbeit

Diagnostik mehrsprachiger Menschen mit Aphasie ist ein sehr umfassendes Gebiet. Trotzdem gibt es nur wenig Literatur dazu. Die vorhandenen Theorien zur Sprachwahl (ob in der Muttersprache oder in der Zweitsprache diagnostiziert werden sollte) beinhalten lediglich Hypothesen, die weder verifiziert noch falsifiziert werden konnten. Die Erstellung des Onlinefragebogens hat viel Zeit beansprucht, weil wir uns mit dem LimeSurvey (Open-Source-Online-Umfrage-Applikation) vertraut machen mussten. Den Versand des Fragebogens wurde vereinfacht, indem «aphasie suisse» ihn per E-Mail an ihre Mitglieder sandte. Das Erstellen der Bachelor-Arbeit zu zweit war bei dieser komplexen Thematik von Vorteil und funktionierte sehr gut.

### 8.3 Dank

Bedanken möchten wir uns bei allen Personen, die zum Gelingen unserer Bachelor-Arbeit beigetragen haben:

Den Logopädinnen und Logopäden für das sorgfältige Ausfüllen der Fragebogen.

Frau Bernadette Schaller, Geschäftsleiterin von «aphasie suisse» für die Weiterleitung des Onlinefragebogens an die Mitglieder per E-Mail.

Frau Claudia Schellenberg, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Hochschule für Heilpädagogik für die Hilfe bei der Erstellung des Onlinefragebogens.

Herr Peter Hassler, Mitarbeiter E-Learning / Qualität der Hochschule für Heilpädagogik für die Unterstützung bei der Arbeit mit dem Limesurvey.

Herr Jürgen Steiner, Betreuer unserer Bachelor-Arbeit sowie Leiter und Dozent des Studiengangs Logopädie für die Unterstützung.

## 9. Literaturverzeichnis

American Psychological Association (2010). *Semantic error patterns on the Boston Naming Test in normal aging, amnesic mild cognitive impairment, and mild Alzheimer's disease: Is there semantic disruption?* Internet: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2008-15268-003&CFID=5510635&CFTOKEN=13018304> [09.12.2009].

Audeoud, M. & Venetz, M. (2009). *Einführung in Forschung und Entwicklung*. Unveröffentlichte Skripts, Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.

Beushausen, U. (2007). *Testhandbuch Sprache: Diagnostikverfahren in Logopädie und Sprachtherapie*. Bern: Verlag Hans Huber.

Biniek, R. (1997). Akute Aphasien: Aachener Aphasie-Bedside-Test. *Forum Logopädie* (2). Stuttgart: Thieme Verlag.

Blomert, L. & Buslach, D. (1994). Funktionelle Aphasiediagnostik mit dem Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT). Deutsche Fassung. *Forum Logopädie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Brühmann, W. (2009). *Gespräch*. Zihlschlacht.

Bundesamt für Statistik. Eidgenössisches Departement des Innern EDI (2009). *Die Bevölkerung der Schweiz 2008*. Internet: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/publ.Document.125299.pdf> [10.11.2009].

Delavier, C. & Graham, A. (1981). *Basel-Minnesota-Test zur Differentialdiagnose der Aphasie*. Basel: Kantonsspital.

Gogolin, I., Graap, S. & List, G. (1998). *Über Mehrsprachigkeit* (S. 120). Tübingen: Stauffenburg Verlag.



- Grötzbach, H. & Wehmeyer, M. (2006). *Aphasie*. (3. Auflage). München: Springer Verlag.
- Günther, B. & Günther, H. (2004). *Erstsprache und Zweitsprache* (S. 35-37). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Hartje, W. & Poeck, K. (2006). *Klinische Neuropsychologie* (6. Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Kannwischer, K. (2008). *Bilingualismus in der frühen Kindheit* (S.5). Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.
- Kroker, C. (2009). *Diagnostik und Therapie akuter Aphasien*. Unveröffentlichte Skripts, Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.
- Leischner, A. (1987). *Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen. Klinik und Behandlung* (2.Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Lüdi, G. & Werlen, I. (2005). *Eidgenössische Volkszählung 2000. Sprachenlandschaft in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. Internet: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/publ.Document.52216.pdf> [10.11.2009].
- Maier, H. (2000). *Aphasie bei Mehrsprachigkeit – Independent oder interdependente Sprachverarbeitung* (S. 23). München: Grin Verlag.
- Paradis, M. (2004). *A Neurolinguistic Theory of Bilingualism* (S.94). Amsterdam: John Benjamins B.V.
- Rhinisperger, R. (2009). *Sprachstörungen im multilingualen Kontext*. Unveröffentlichtes Skript, Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.
- Richter, K., Wittler, M. & Hielscher-Fastabend, M. (2006). *BIAS - Bielefelder Aphasie Screening*. Hofheim: NAT-Verlag.
- Schmelter, R. (2009). *Der Einfluss von Management auf Corporate Entrepreneurship* (S.130). Wiesbaden: Gabler.
- Schmitz, C. (2009). *LimeSurvey*. Internet: <http://www.limesurvey.org/> [06.10.2009].

- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. (8. Auflage). München Wien: Oldenbourg Verlag.
- Schubert, K. (o.J.). *Evaluation eines verhaltensorientierten Therapieprogramms zur Behandlung aphasischer Störungen*. Dissertation an der Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Spren, O. & Risser, A. (2003). *Assessment of Aphasia*. Oxford: University Press.
- Steiner, J. (2009). *Aphasie: Diagnostik*. Unveröffentlichtes Skript, Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.
- Steiner, J. (2009). *Aphasie*. Vorlesung, Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.
- Steiner, J. (2009). *Auftrag: Diagnoseverfahren Aphasie*. Unveröffentlichtes Skript, Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.
- Tesak, J. (2006). *Forum Logopädie. Einführung in die Aphasiologie* (2. Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag. S.75.

## 10. Grafikverzeichnis

- Grafik 1:** Prozentualer Anteil des Interesses der Befragten an den Umfrageergebnissen (N=48).
- Grafik 2:** Prozentuale Aufteilung der Arbeitsorte der Befragten (N=48).
- Grafik 3:** Prozentualer Anteil der Patientinnen und Patienten mit Aphasie im Vergleich zu der Gesamtanzahl der Patientinnen und Patienten (N=48).
- Grafik 4:** Prozentualer Anteil der mehrsprachigen Patientinnen und Patienten mit Aphasie im Vergleich zu der Gesamtanzahl der Patientinnen und Patienten mit Aphasie (N=48).
- Grafik 5:** Prozentualer Anteil der Durchführung eines Screenings in der Muttersprache der mehrsprachigen Patientinnen und Patienten mit Aphasie (N=48).
- Grafik 5.1:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 5.1 (N=48).
- Grafik 5.1.1:** Häufigkeit der Verwendung veröffentlichter Screenings in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten (N=22).
- Grafik 5.2:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 5.2 (N=48).
- Grafik 5.2.1:** Häufigkeit der Screening-Bestandteile als Basis für hausinterne Screenings in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten (N=26).
- Grafik 5.2.1.1:** Häufigkeit der genannten Testteile aus Grafik 5.2.1 (N=16).
- Grafik 5.3:** Häufigkeit der Art der Durchführung des hausinternen Screenings in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten (N=26).
- Grafik 6:** Prozentualer Anteil der Durchführung des Screenings in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten (N=48).
- Grafik 6.1:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 6.1 (N=48).
- Grafik 6.1.1:** Häufigkeit der Verwendung veröffentlichter Screenings in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten (N=30).

- Grafik 6.2:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 6.2 (N=48).
- Grafik 6.2.1:** Häufigkeit der Verwendung hausinterner Screenings in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten (N=23).
- Grafik 7:** Prozentualer Anteil der Durchführung einer ausführlichen Diagnostik in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten (N=48).
- Grafik 7.1:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 7.1 (N=48).
- Grafik 7.1.1:** Häufigkeit der Verwendung veröffentlichter Diagnoseverfahren in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten (N=18).
- Grafik 7.2:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 7.2 (N=48).
- Grafik 8:** Prozentualer Anteil der Durchführung einer ausführlichen Diagnostik in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten (N=48).
- Grafik 8.1:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 8.1 (N=48).
- Grafik 8.1.1:** Häufigkeit der Verwendung veröffentlichter Diagnoseverfahren in der Zweitsprache der Patientinnen und Patienten (N=33).
- Grafik 8.2:** Prozentualer Anteil der Antworten auf die Frage 8.2 (N=48).
- Grafik 9:** Prozentualer Anteil der Zufriedenheit mit der derzeitigen Vorgehensweise, mehrsprachige Menschen mit Aphasie zu diagnostizieren (N=48).
- Grafik 10:** Häufigkeit der Elemente, welche die Diagnostik mehrsprachiger Menschen mit Aphasie enthalten sollte (N=26).
- Grafik 11:** Prozentualer Anteil der Antworten auf Frage 11 (N=48).
- Grafik 11.1:** Häufigkeit der Leistungen, die ein Diagnoseverfahren für mehrsprachige Menschen mit Aphasie leisten müsste (N=35).
- Grafik 12:** Screening-Modell - Kombinationsmöglichkeiten verschiedener Elemente eines Screenings in maximal vielen Sprachen (vgl. Steiner 2009).

## 11. Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1:** Zusammensetzung der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung in der Schweiz nach Staatsangehörigkeit im Jahr 2008 (gemäss Bundesamt für Statistik 2009).
- Tabelle 2:** Prozentuale Verteilung der Sprachen in der Schweiz im Jahr 2000 (nach Lüdi & Werlen, 2005).
- Tabelle 3:** Prozentualer Anteil der 15 häufigsten Nichtlandessprachen der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung in der Schweiz im Jahr 2000 (nach Lüdi & Werlen, 2005).
- Tabelle 4:** Die am häufigsten genannten ausführlichen Diagnoseverfahren und Screenings.

## 12. Selbstständigkeitserklärung und Gruppenbeurteilung

Wir bestätigen ausdrücklich, dass es sich bei der von uns eingereichten Arbeit mit dem Titel **Diagnostik mehrsprachiger Menschen mit Aphasie** um eine von uns selbst und ohne unerlaubte Beihilfe sowie in eigenen Worten verfasste Originalarbeit handelt.

Wir erklären hiermit, dass wir die gesamte Arbeit gemeinsam erstellt haben, weshalb die einzelnen Teile der Arbeit nicht einer Autorin zuzuordnen sind.

Wir bestätigen überdies, dass die Arbeit als Ganze oder in Teilen weder bereits einmal zur Abgeltung anderer Studienleistungen an der Hochschule für Heilpädagogik oder an einer anderen Ausbildungseinrichtung eingereicht worden ist, noch künftig durch unser Zutun als Abgeltung einer weiteren Studienleistung eingereicht werden wird.

Wir erklären ausdrücklich, dass wir sämtliche in der oben genannten Arbeit enthaltenen Bezüge auf fremde Quellen (einschliesslich Tabellen, Grafiken u. Ä.) als solche kenntlich gemacht haben. Insbesondere bestätigen wir, dass wir ausnahmslos und nach bestem Wissen sowohl bei wörtlich übernommenen Aussagen (Zitaten) als auch bei in eigenen Worten wiedergegebenen Aussagen anderer Autorinnen oder Autoren (Paraphrasen) die Urheberschaft angegeben haben.

Wir nehmen zur Kenntnis, dass Arbeiten, welche die Grundsätze der Selbstständigkeitserklärung verletzen, als Plagiat betrachtet werden und die entsprechenden rechtlichen und disziplinarischen Konsequenzen nach sich ziehen.

## Selbstständigkeitserklärung und Gruppenbeurteilung

Wir wünschen für die schriftliche Arbeit (schriftliche Prüfung) sowie die Präsentation und Diskussion der Arbeit (mündliche Prüfung) eine Gruppenbeurteilung.

Wir erklären, dass wir mit dem Wunsch nach Gruppenbeurteilung darauf verzichten werden, gegen die Beurteilung zu rekurrieren mit der Begründung, die gemeinsame Note werde der individuellen Leistung nicht gerecht.

Wir bestätigen mit unserer Unterschrift die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Anhang



## Fragebogen

### **Diagnostik bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie**

Sehr geehrte Befragungsteilnehmerin,

Sehr geehrter Befragungsteilnehmer

Es freut uns, dass Sie sich ungefähr zehn Minuten Zeit nehmen, einige Fragen zu beantworten. Wir danken Ihnen, dass Sie bereit sind unsere Bachelor-Arbeit mit Ihrem Fachwissen zu unterstützen.

Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt und gehen lediglich in eine statistische Gesamtauswertung ein.

In unserem Fragebogen verwenden wir den Ausdruck *mehrsprachige Menschen mit Aphasie*. Damit sind Menschen mit Aphasie gemeint, deren Muttersprache nicht Schweizerdeutsch beziehungsweise Deutsch ist.

Corinne Niedermann und Fabienne Riesen

## Fragebogen Diagnostik bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie

### 0. Wünschen Sie eine Zusendung der Umfrageergebnisse?

- Ja. E-Mail: \_\_\_\_\_
- Nein.

### 1. Wo arbeiten Sie?

- Spital
- Rehabilitationsklinik
- Praxis
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 2. Schätzen Sie den Anteil Ihrer Patientinnen und Patienten mit Aphasie im Vergleich zu der Gesamtanzahl Ihrer Patientinnen und Patienten.

- < 5 %
- > 5 %
- > 25 %
- > 50 %
- > 75 %

### 3. Schätzen Sie den Anteil Ihrer mehrsprachigen Patientinnen und Patienten mit Aphasie im Vergleich zu der Gesamtanzahl Ihrer Patientinnen und Patienten mit Aphasie.

- < 5 %
- > 5 %
- > 10 %
- > 25 %
- > 50 %

**4.1. Führen Sie bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie ein **Screening** (zur Übersicht, Indikationsfrage und zu Schlüsselssymptomen) in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten durch?**

- 
- nie                      selten                      manchmal                      oft                      immer

**4.1.1a Welche veröffentlichten Screenings verwenden Sie dazu?**

---

---

**4.1.1b Welche hausinternen Screenings verwenden Sie dazu? Bitte beschreiben Sie diese:**

---

---

**4.1.2. Wie führen Sie das Screening durch? (mehrere Antworten möglich)**

- alleine
- mit professionellem Dolmetscher
- mit Spitalpersonal
- mit Angehörigen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**4.2. Führen Sie bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie ein **Screening** in der Zweitsprache (Deutsch/Schweizerdeutsch) der Patientinnen und Patienten durch?**

- 
- nie                      selten                      manchmal                      oft                      immer

**4.2.1a Welche veröffentlichten Screenings verwenden Sie dazu?**

---

---

**4.2.1b Welche hausinternen Screenings verwenden Sie dazu? Bitte beschreiben Sie diese:**

---

---

**5.1. Führen Sie bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie eine ausführliche Diagnostik in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten durch?**

- 
- nie                      selten                      manchmal                      oft                      immer

**5.1.1a Welche veröffentlichten Diagnoseverfahren verwenden Sie dazu?**

---

---

**5.1.1b Welche hausinternen Diagnoseverfahren verwenden Sie dazu? Bitte beschreiben Sie diese:**

---

---

**5.1.2. Wie führen Sie das Diagnoseverfahren durch? (mehrere Antworten möglich)**

- alleine
- mit professionellem Dolmetscher
- mit Spitalpersonal
- mit Angehörigen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**5.2. Führen Sie bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie eine ausführliche Diagnostik in der Zweitsprache (Deutsch/Schweizerdeutsch) der Patientinnen und Patienten durch?**

- 
- nie                      selten                      manchmal                      oft                      immer

**5.2.1a Welche veröffentlichten Diagnoseverfahren verwenden Sie dazu?**

---

---

**5.2.1b Welche hausinternen Diagnoseverfahren verwenden Sie dazu? Bitte beschreiben Sie diese:**

---

---

**6.1. Sind Sie über Ihre derzeitige Vorgehensweise, mehrsprachige Menschen mit Aphasie zu diagnostizieren, zufrieden?**

- zufrieden
- eher zufrieden
- eher unzufrieden
- unzufrieden

**6.2. Welche Elemente sollte die aktuelle Diagnostik bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie enthalten? (mehrere Antworten möglich)**

- Klärung der Indikationsfrage
- Darstellung der Schlüsselsymptome
- Klassifikation (Broca-, Wernicke-, amnestische oder globale Aphasie)
- alle linguistischen Ebenen und sprachlichen Modalitäten
- Sprachvergleich zwischen Muttersprache und Schweizerdeutsch bzw. Deutsch
- Übersetzungen der Instrumente in den wichtigsten Sprachen
- standardisiertes Verfahren
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**6.3. Was müsste Ihrer Meinung nach ein neues Diagnoseverfahren für mehrsprachige Menschen mit Aphasie leisten? Bitte formulieren Sie Ihre eigenen Ideen und Wünsche.**

---

---

---

---

---

Besten Dank für das Ausfüllen des Fragebogens.

### Rohtabellen mit den Daten des Onlinefragebogens

#### 1. Wünschen Sie eine Zusendung der Umfrageergebnisse?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja	32	66.67%
Nein	8	16.67%
keine Antwort	8	16.67%
Nicht beendet	0	0.00%

#### 3. Wo arbeiten Sie?

Antwort	Anzahl	Prozent
Spital	14	29.17%
Rehabilitationsklinik	13	27.08%
Praxis	8	16.67%
Sonstiges	5	10.42%
Keine Antwort	7	14.58%
Nicht beendet	1	2.08%

**4. Schätzen Sie den Anteil Ihrer Patientinnen und Patienten mit Aphasie im Vergleich zu der Gesamtanzahl Ihrer Patientinnen und Patienten.**

<b>Antwort</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
< 5%	1	2.08 %
> 5%	5	10.42 %
> 25%	20	41.67 %
> 50%	11	22.92 %
> 75%	4	8.33 %
Keine Antwort	7	14.58 %
Nicht beendet	0	0.00 %

**5. Schätzen Sie den Anteil Ihrer mehrsprachigen Patientinnen und Patienten mit Aphasie im Vergleich zu der Gesamtanzahl Ihrer Patientinnen und Patienten mit Aphasie.**

<b>Antwort</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
< 5%	18	37.50 %
> 5%	5	10.42 %
> 10%	10	20.83 %
> 25%	8	16.67 %
> 50%	0	0.00 %
Keine Antwort	7	14.58 %
Nicht beendet	0	0.00 %



**6. Führen Sie bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie ein Screening (zur Übersicht, Indikationsfrage und zu Schlüsselssymptomen) in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten durch?**

Antwort	Anzahl	Prozent
nie	7	14.58 %
selten	13	27.08 %
manchmal	14	29.17 %
oft	5	10.42 %
immer	1	2.08 %
Keine Antwort	8	16.67 %
Nicht beendet	0	0.00 %

**7. Welche veröffentlichten Screenings verwenden Sie dazu?**

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	22	45.83 %
Keine Antwort	26	54.17 %
Nicht beendet	0	0.00 %

**8. Welche hausinternen Screenings verwenden Sie dazu? Bitte beschreiben Sie diese:**

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	26	54.17 %
Keine Antwort	22	45.83 %
Nicht beendet	0	0.00 %

**9. Wie führen Sie das Screening durch?**

<b>Antwort</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
alleine	30	62.50 %
Profes. Dolmetscher	4	8.33 %
mit Spitalpersonal	17	35.42 %
mit Angehörigen	24	50.00 %
weitere	0	0.00 %
Sonstiges	3	6.25 %

**10. Führen Sie bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie ein Screening (zur Übersicht, Indikationsfrage und zu Schlüsselsymptomen) in der Zweitsprache (Deutsch/-Schweizerdeutsch) der Patientinnen und Patienten durch?**

<b>Antwort</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
nie	2	4.17 %
selten	6	12.50 %
manchmal	7	14.58 %
oft	15	31.25 %
immer	10	20.83 %
Keine Antwort	8	16.67 %
Nicht beendet	0	0.00 %

**11. Welche veröffentlichten Screenings verwenden Sie dazu?**

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	30	62.50 %
Keine Antwort	18	37.50 %
Nicht beendet	0	0.00 %

**12. Welche hausinternen Screenings verwenden Sie dazu? Bitte beschreiben Sie diese:**

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	23	47.92 %
Keine Antwort	25	52.08 %
Nicht beendet	0	0.00 %

**13. Führen Sie bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie eine ausführliche Diagnostik in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten durch?**

Antwort	Anzahl	Prozent
nie	16	33.33 %
selten	13	27.08 %
manchmal	5	10.42 %
oft	3	6.25 %
immer	2	4.17 %
Keine Antwort	9	18.75 %
Nicht beendet	0	0.00 %

**14. Welche veröffentlichten Diagnostikverfahren verwenden Sie dazu?**

<b>Antwort</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Antwort	18	37.50 %
Keine Antwort	30	62.50 %
Nicht beendet	0	0.00 %

**15. Welche hausinternen Diagnostikverfahren verwenden Sie dazu? Bitte beschreiben Sie diese:**

<b>Antwort</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Antwort	14	29.17 %
Keine Antwort	34	70.83 %
Nicht beendet	0	0.00 %

**16. Wie führen Sie das Diagnostikverfahren durch?**

<b>Antwort</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
alleine	19	39.58 %
Profes. Dolmetscher	3	6.25 %
mit Spitalpersonal	12	25.00 %
mit Angehörigen	15	31.25 %
weitere	0	0.00 %
Sonstiges	1	2.08 %

**17. Führen Sie bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie eine ausführliche Diagnostik in der Zweitsprache (Deutsch/Schweizerdeutsch) der Patientinnen und Patienten durch?**

<b>Antwort</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
nie	1	2.08 %
selten	8	16.67 %
manchmal	9	18.75 %
oft	14	29.17 %
immer	4	8.33 %
Keine Antwort	12	25.00 %
Nicht beendet	0	0.00 %

**18. Welche veröffentlichten Diagnostikverfahren verwenden Sie dazu?**

<b>Antwort</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Antwort	33	68.75 %
Keine Antwort	15	31.25 %
Nicht beendet	0	0.00 %

**19. Welche hausinternen Diagnostikverfahren verwenden Sie dazu? Bitte beschreiben Sie diese:**

<b>Antwort</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Antwort	12	25.00 %
Keine Antwort	36	75.00 %
Nicht beendet	0	0.00 %

**20. Sind Sie über Ihre derzeitige Vorgehensweise, mehrsprachige Menschen mit Aphasie zu diagnostizieren, zufrieden?**

<b>Antwort</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
zufrieden	1	2.08 %
eher zufrieden	11	22.92 %
eher unzufrieden	21	43.75%
unzufrieden	3	6.25 %
Keine Antwort	12	25.00 %
Nicht beendet	0	0.00 %

**21. Welche Elemente sollte die aktuelle Diagnostik bei mehrsprachigen Menschen mit Aphasie enthalten?**

<b>Antwort</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Klärung der Indikationsfrage	19	39.58
Darstellung der Schlüsselsymptome	31	64.58
Klassifikation	3	6.25 %
Ling. Ebenen & sprachl. Modalitäten	24	50.00
Sprachvergleich	15	31.25
Übersetzungen	27	56.25
Standardisiertes Verfahren	17	35.42
Sonstiges	5	10.42

**22. Was müsste Ihrer Meinung nach ein neues Diagnostikverfahren für mehrsprachige Menschen mit Aphasie leisten? Bitte formulieren Sie Ihre eigenen Ideen und Wünsche.**

<b>Antwort</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Antwort	35	72.92 %
Keine Antwort	13	27.08 %
Nicht beendet	0	0.00 %

## CURRICULUM VITAE

### PERSÖNLICHE DATEN

---

Name: Fabienne Riesen  
Geburtsdatum: 08.04.1987  
Wohnort: Mels SG

### SCHULBILDUNG

---

2006-2007 Zwischenjahr mit einem Sprachaufenthalt und zwei Praktika  
2002-2006 Kantonsschule in Sargans (Eidg. Maturität Wirtschaft und Recht)  
2000-2002 Sekundarschule in Mels  
1994-2000 Primarschule in Mels

### STUDIUM

---

2007-2010 Logopädie-Studium an der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich

### PRAKTIKA

---

FS 10 Praktikum 5: Heilpädagogische Schule Trübbach  
Juni 09-Juli 09 Praktikum 4: Rehabilitationsklinik Walenstadtberg  
HS 09 Praktikum 3: Primarschule Sargans  
Jan. 08 Praktikum 2: Integratives Praktikum Kindergarten Wangs  
HS 07/08 Praktikum 1: Sprachheilkindergarten Pfäffikon  
März 07-Sept. 07 Vorpraktikum in der Sonderschule Wiggenhof in Rorschacherberg

---

### PERSÖNLICHE DATEN

---

Name: Corinne Niedermann  
Geburtsdatum: 03.11.1984  
Wohnort: Niederglatt SG

### SCHULBILDUNG

---

2000-2004 Kantonsschule in St.Gallen (Eidg. Maturität Wirtschaft und Recht)  
1997-2000 Sekundarschule in Oberuzwil  
1991-1997 Primarschule in Niederglatt

### STUDIUM

---

2007-2010 Logopädie-Studium an der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich  
2004-2007 Studium Pharmazeutische Wissenschaften an der ETH Zürich

### BERUFSPRAKTIKUM

---

HS 09 Praktikum 5: Rehabilitationsklinik Zihlschlacht  
Juni 09-Sept. 09 Praktikum 4: Heilpädagogische Schule Flawil  
HS 09 Praktikum 3: Primarschule Romanshorn  
Jan. 08 Praktikum 2: Integratives Praktikum Kindergarten Winterthur  
HS 07/08 Praktikum 1: Sprachheilkindergarten Winterthur  
März 07-Juli 07 Vorpraktikum Primarschule Uzwil