



## Aphasiediagnostik in der deutschsprachigen Schweiz\*

### Diagnosing Aphasia in German-Speaking Switzerland\*\*

Sandra Widmer Beierlein & Constanze Vorwerg

#### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Bisher haben Nicht-Standard-Sprachvarietäten in der Aphasiediagnostik wenig Beachtung gefunden. Die deutschsprachige Schweiz weist mit der Verwendung von Dialekt und (Schweizer-)Hochdeutsch in unterschiedlichen Kontexten Merkmale einer Diglossie auf. Im Gegensatz zu anderen Dialektgebieten, genießt der Dialekt in der Schweiz hohes Prestige. Für die Aphasiediagnostik stehen LogopädInnen ausschließlich normierte und standardisierte Verfahren aus Deutschland zur Verfügung, die die Diglossie nicht berücksichtigen. Es stellt sich deshalb die Frage, welche Sprachen im Umgang mit PatientInnen hauptsächlich verwendet werden und welche Testverfahren oder Screenings zum Einsatz kommen. In der Schweiz existieren hierzu bisher keine Daten.

**Ziele:** Die vorliegende Untersuchung erhebt erstmals den Sprachgebrauch von LogopädInnen und ihre Testauswahl für die Aphasiediagnostik in der Schweiz.

**Methoden:** Ein Onlinefragebogen wurde an 370 LogopädInnen geschickt. 82 komplett ausgefüllte Fragebögen wurden ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die Auswertung zum Sprachgebrauch zeigt, dass alle LogopädInnen unabhängig von ihrer Muttersprache angeben, mit den PatientInnen Dialekt zu sprechen. Von den Testverfahren wird der Aachener Aphasia Test (AAT) am häufigsten verwendet (79%), aber 30% greifen regelmäßig auf ein selbstentwickeltes Screening zurück. Dialektale Anpassungen von Testverfahren an die Schweizer Sprachsituation halten 77% der Teilnehmenden für notwendig.

**Diskussion:** Es besteht das Bedürfnis, die Schweizer Sprachsituation für die Diagnostik bei Aphasia zu berücksichtigen. Selbstentwickelte Screenings könnten dazu dienen, auf die sprachliche Vielfalt im Patientenalltag flexibel zu reagieren. Es stellt sich deshalb die Frage, wie mit den vorhandenen Tests aus Deutschland in der konkreten Diagnostiksituation umgegangen wird. Eine weiterführende Studie soll diese Frage anhand von Videoaufnahmen klären.

#### Schlüsselwörter

Aphasiediagnostik, Dialekt, Diglossie, Testverwendung, Schweiz

#### Abstract

**Background:** The use of non-standard-language varieties while diagnosing aphasia has only recently become a topic of investigation. The language situation in the German-speaking part of Switzerland exhibits features of diglossia, with dialect and (Swiss) Standard German being used in different contexts. In contrast to other dialectal areas, the dialect enjoys a high level of prestige. As all available standardized tests are in Standard German, the question arises what languages speech-language pathologists (SLPs) use with patients, and which tests are selected to diagnose aphasia. For Switzerland, no data on this exist so far.

**Aims:** This study collects data on the language use and test selection of SLPs working in German-speaking Switzerland for the first time.

**Methods:** An online questionnaire was sent to 370 SLPs, and 82 fully completed questionnaires were analyzed.

\* Der vorliegende Artikel hat ein peer-review-Verfahren durchlaufen.

\*\* This article has undergone a peer review process.

**Results:** With regard to language use, the results reveal that all participants use dialect when speaking to patients, independent of their L1. The majority of SLPs (79%) employs the Aachen Aphasia Test (AAT), 30% have developed their own screening. 77% of participants consider adaptations of testing methods to the diglossic situation necessary.

**Conclusions:** There is a need to take into account the Swiss language situation in the assessment of aphasia. The self-developed screenings might give SLPs the possibility to handle the patients' linguistic needs better. Therefore, the question arises of how the available tests from Germany are handled in the concrete assessment situation. A future study will examine this question by analyzing video recordings.

#### Keywords

aphasia assessment, dialect, diglossia, test use, Switzerland

## 1 Theoretischer Hintergrund

### 1.1 Einleitung: Sprachstörungen und Dialekt

Sprache variiert nicht nur individuell zwischen Sprechern derselben Sprache, sondern auch systematisch zwischen verschiedenen Dialekten, Soziolekten und anderen Varietäten einer Sprache. Variation ist demzufolge abhängig von Faktoren wie regionaler Herkunft, Alter, sozialer oder ethnischer Gruppe und auch weiteren gesprochenen Sprachen. Während noch bis in die achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts hinein insbesondere für Minoritäten und sozioökonomisch schwächere Schichten umstritten war, ob bestimmte Varietäten defizitär und als Störung zu betrachten wären bzw. zu Sprachstörungen führen könnten (Wolfram, 1992; Seymour, Abdulkarim & Johnson, 1999; Lotzmann, 1987), besteht inzwischen Konsens darüber, dass Sprache immanent variabel ist und alle Sprachen und Varietäten systematisch und regelbasiert sowie kommunikativ adäquat sind. So bezieht die American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) Position: „no dialectal variety of American English is a disorder or a pathological form of speech or language“ (American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), 2003, S.45-46).

Erst in jüngster Zeit gibt es Bemühungen, Sprachverarbeitung (psycholinguistische Perspektive) und Sprachvariation (soziolinguistische Perspektive) im Zusammenhang zu untersuchen (Vorweg, 2013) und Ergebnisse zur Sprachvariation im Rahmen der als eigenes Gebiet neu in Erscheinung tretenden Klinischen Soziolinguistik (Damico & Ball, 2008) systematisch auf die klinische Situation zu beziehen. Die Abgrenzung von Variation und Störung gehört dabei gerade in der Sprachentwicklungsdiagnostik zu den frühesten Themen, denen sich die Forschung im Vorfeld dieser Entwicklung gewidmet hat (z. B. Seymour, 2004; Seymour, Bland-Stewart & Green, 1998; für einen Überblick siehe Oetting, 2005). Erst wenige Arbeiten beschäftigen sich mit Aspekten der Aphasiediagnostik bei Menschen, die eine andere Varietät als die Standardsprache sprechen (z. B. Ulatowska & Olness, 2001; Ulatowska et al., 2003). Ein Beispiel im deutschsprachigen Raum wäre die in einer Diplomarbeit vorgenommene Adaptation des Bilingual Aphasia Test (BAT; Paradis & Libben, 1987) an die Kärntner Mundart (Wurian, 2011).

Testentwicklungen im Hinblick auf Dialekte stellen jedoch bislang noch Ausnahmen dar. In der Regel liegen nur standardsprachliche Tests vor. Angesichts der besonderen Rolle der Dialekte in der Deutschschweiz und der Distanziertheit gegenüber der gesprochenen Standardsprache stellt sich die Frage, wie SprachtherapeutInnen in dieser Lage in der Diagnostik vorgehen, welche Diagnostikverfahren sie einsetzen und welche Sprachvarietäten gebraucht werden. In der vorliegenden Studie gingen wir dieser Frage anhand einer online durchgeführten Befragung unter den SprachtherapeutInnen der deutschsprachigen Schweiz nach.

### 1.2 Sprachsituation in der Deutschschweiz

Die Sprachsituation im deutschsprachigen Teil der Schweiz ist durch eine Reihe von miteinander in Zusammenhang stehenden Besonderheiten gekennzeichnet. Die Verwendung von Hochdeutsch (Standarddeutsch) und Schweizerdeutsch (Dialekt) in klar definierten Kontexten wird häufig als Diglossie bezeichnet (vgl. z. B. Ferguson, 1959; Werlen, 1998; Berthele, 2004).

Hochdeutsch wird vorwiegend in der Literatur und überhaupt als Schriftsprache sowie im Bildungswesen und etwa im Parlament verwendet (z. B. Rash, 2002). Der Dialekt ist in den meisten Lebensbereichen die bevorzugte Varietät für die mündliche Kommunikation: So sprechen 90% der in der Deutschschweiz lebenden Bevölkerung Deutsch, davon verwenden 96% mit ih-

ren Angehörigen Schweizerdeutsch und nur 10 % Hochdeutsch (eidg. Volkszählung 2000 in Werlen, 2004, S.10). Betrachtet man nur die SchweizerInnen innerhalb der Deutschschweiz, so ist die Verwendung von Dialekt im privaten Umfeld noch wesentlich höher: 99 % sprechen mit ihren Angehörigen Dialekt und 7 % Hochdeutsch (ebd).

Die besondere Rolle der Dialekte kommt bereits in der Bezeichnung Schweizerdeutsch als Sammelbegriff für alle in der deutschsprachigen Schweiz gesprochenen (alemannischen) Dialekte zum Ausdruck. Der sprachstrukturelle Abstand zwischen Dialekt und Hochdeutsch ist je nach Dialekt unterschiedlich groß. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede in den Bereichen Phonetik/Phonologie und Semantik/Lexik. So weist das Schweizerdeutsche etwa zusätzliche Diphthonge auf, die im Hochdeutschen heute nicht vorkommen (im Zürichdeutschen z. B. /ie/, /ue/ und /üe/, vgl. Gallmann, 2010, wie in Liebi, Buech oder Muesli). Im Bereich des Lexikons existieren neben vielen Gemeinsamkeiten mit dem Standarddeutschen auch Dialektwörter, die für Außenstehende nicht verständlich sind. So wird z. B. eine Tasse Milchkaffee als „Schale“ bezeichnet oder die Wäscheklammer als „Chlöppli“. Auch viele Fremdwörter aus dem Französischen sind Teil der Schweizer Dialekte, z. B. Billett (Fahrkarte), Velo (Fahrrad) oder Glacé (Speiseeis) (Siebenhaar & Wyler, 1997).

Das in der Schweiz verwendete Hochdeutsch wird als *Schweizerhochdeutsch* bezeichnet. Als plurizentrische Sprache (Clyne, 2004) verfügt das Deutsche über mehrere Standardvarietäten (Ammon, Bickel, Ebner et al., 2004), z. B. das österreichische, das deutsche und das schweizerische Standarddeutsch, welche spezifische Unterschiede auf allen linguistischen Ebenen aufweisen. So wird eine Hilfsverbverwendung wie in „sie ist gestanden“ in Deutschland als regional betrachtet, in Österreich hingegen ist sie allgemeingültiger Standard (Ebner, 2008). Der reflexive Verbgebrauch in „sie sind sich das gewohnt“ gälte in Deutschland als falsch, in der Schweiz ist er Standard – ebenso wie etwa die syntaktische Konstruktion in „kein Wunder, ist die Laune da“. Der Ausdruck „bis anhin“ ist in der Schweiz standardsprachlich, in Deutschland unbekannt. Weitere Beispiele im lexikalischen Bereich wären etwa CH: Probe = D: Klausur = A: Schularbeit oder CH: Traktandum = A/D: Tagesordnungspunkt. Die deutsche Paprika ist eine Schweizer Peperoni und die deutschen Peperoni sind österreichische Pfefferoni und Schweizer Peperoncini, um nur einige Beispiele zu nennen.

Jedoch besteht in der Schweizer Bevölkerung wenig Plurizentritätsbewusstsein im Sinne einer Betrachtung der helvetischen Varianten als normgemäß und gleichwertig (Scharloth, 2005), und (Hoch-)Deutsch gilt weithin als Sprache der Deutschen. Eine solche asymmetrische Relation zwischen dominanten und anderen nationalen Varietäten ist eher der Normalfall für plurizentrische Sprachen – eine in etwa gleiche Akzeptanz, wie sie inzwischen größtenteils für britisches und amerikanisches Standardenglisch besteht, ist momentan noch die Ausnahme (Clyne, 2004). Viele Deutschschweizer sprechen ungern Hochdeutsch. Die Kompetenz wird oft als gering eingeschätzt und Hochdeutsch häufig als eine Fremd- bzw. Zweitsprache (L2) betrachtet, die in der Schule gelernt werden muss (Hägi & Scharloth, 2005; Scharloth, 2005). Muttersprache (L1) ist hingegen die Mundart, welche in all ihren Varianten als „Schweizerdeutsch“ bezeichnet wird.

Der Dialekt genießt in der Schweiz – im Gegensatz zu vielen anderen Nichtstandardvarietäten weltweit – ein hohes Prestige. Deutschschweizer verwenden unabhängig vom sozialen Status untereinander immer Dialekt, sofern es der Kontext erlaubt; das Ausweichen auf Standardsprache ist soziopragmatisch nicht erlaubt (Christen, Guntern, Hove & Petkova, 2010).

Die Diglossie-Situation in der Deutschschweiz mit ihrem Entweder-Oder unterscheidet sich von einem Dialekt-Standard-Kontinuum mit fließenden Übergängen, wie es beispielsweise im bairischen Sprachraum besteht (Ammon, 2003). Wie die Diglossie am besten zu kennzeichnen wäre, ist Gegenstand wissenschaftlicher Debatten. Die Charakterisierung als mediale Diglossie (Kolde, 1981) trägt der Tatsache Rechnung, dass die Standardsprache vor allem Schriftsprache ist, während der mündliche Gebrauch auf wenige Situationen beschränkt ist, wie Reden im Parlament, Unterricht in Schule und Universität, zum Teil in Radio und Fernsehen, zum Teil in der Kirche (Ammon, 2003). Der Dialekt wird nicht nur für alle informellen Gespräche verwendet, sondern verdrängt die Hochsprache seit den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts mehr und mehr aus verschiedenen Bereichen der Mündlichkeit (Haas, 2006) und wird vielfach – in stärkerem Ausmaß von jüngeren Menschen – auch für die persönliche schriftliche Kommunikation (z. B. Ansichtskarten, SMS, soziale Medien) gebraucht. Mündlich wird die Standardsprache damit außer in der Ausbildung vor allem zu Erwerbszwecken (nur etwa von einem Drittel der Erwerbstätigen; Werlen, 1998) und als Mittel zur Kommunikation mit Anderssprachigen verwendet.

Andere Autoren weisen daher sowohl das Konzept der medialen Diglossie (Unterschied zwischen Literalität und Oraltät) zurück als auch das Originalkonzept einer Diglossie im Sinne von Ferguson (1959), welches von einem generell höheren Prestige der überlagerten (nicht muttersprachlichen) Varietät (bis hin zur Leugnung der Existenz der alltäglichen, muttersprachlichen Varietät) ausgeht und als Diglossie generell das Nebeneinander zweier Varietäten derselben Sprache definiert. Stattdessen schlagen diese Autoren eine Charakterisierung der Situation als Zweisprachigkeit (z. B. Berthele, 2004; Ris, 1990) bzw. asymmetrische Zweisprachigkeit (Werlen, 1998) vor. Als Argumente werden insbesondere eine in wesentlichen Teilen fehlende Übereinstimmung mit Fergusons Diglossiemerkmalen (obwohl die Deutschschweiz zu den definierenden Beispielen gehörte) und das Vorliegen von sprachunterscheidenden Kriterien angeführt. Zu den diskutierten sprachunterscheidenden Kriterien gehören ein großer sprachstruktureller Abstand, fehlende wechselseitige Verständlichkeit, Ausbau als Sprache (im Sinne einer Eignung für anspruchsvolle, etwa wissenschaftliche Kommunikation) und Wahrnehmung des Hochdeutschen als weniger gut beherrschte Zweit- oder sogar Fremdsprache im Bewusstsein der Sprecher.

Die linguistischen Meinungen zu einzelnen dieser Kriterien, namentlich dem sprachstrukturellen Abstand, können jedoch weit auseinandergehen (vgl. z. B. Häcki Buhofer & Burger, 1998, vs. Berthele, 2004). Ob es sich bei Schweizerdeutsch und Hochdeutsch um zwei Varietäten ein und derselben Sprache oder um zwei unterschiedliche Sprachen handelt, ist damit sowohl in der wissenschaftlichen Diskussion als auch im öffentlichen Diskurs nach wie vor umstritten. Eindeutige Kriterien dafür, wann aus zwei unterschiedlichen Varietäten zwei verschiedene Sprachen werden, gibt es aber nicht. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Zugehörigkeit zur Kategorie „Sprache“ graduell und der Übergang zwischen „Varietät des Deutschen“ und „eigene Sprache“ fließend sein kann (vgl. auch Berthele, 2004), somit ist das Verhältnis von Schweizerdeutsch und Hochdeutsch in einem Zwischenbereich zwischen „Varietäten einer Sprache“ und „verschiedene Sprachen“ anzusiedeln.

Entsprechend schwankt der Prozentsatz der Personen, die (Hoch-)Deutsch als Fremdsprache bezeichnen, je nach Fragestellung (z. B. geringer beim Vergleich mit Italienisch oder Französisch, Steinmann & Draganits, 1988 in Werlen, 1998; höher bei der Aussage „Hochdeutsch ist für Schweizer die erste Fremdsprache“ als bei „Hochdeutsch ist für mich eine Fremdsprache“, Scharloth, 2005). Beschrieben werden in der Literatur eine erhöhte Selbstkontrolle eher unsicherer Sprecher des Hochdeutschen (Scharloth, 2005), das häufige Fehlen eines aktiven standardsprachlichen Wortschatzes in schulfernen Themenbereichen wie Wohnung, Essen, Emotionen (Ammon, 2003), eine teilweise vorhandene distanzierte bis negative Einstellung gegenüber dem gesprochenen Standarddeutsch (Ammon, 2003; Scharloth, 2005) und eine Abhängigkeit der Sprechkompetenz im Standarddeutschen von der Nähe zu Bildungssprache.

### 1.3 Herausforderungen in der Aphasiediagnostik bei Dialektsprechern in der Deutschschweiz

Schätzungen auf der Basis einer einjährigen prospektiven epidemiologischen Studie im Kanton Basel-Stadt (Engelter et al., 2006) zufolge leben in der Schweiz – bei jährlich ca. 5 000 neu auftretenden Aphasien (Inzidenz) – ungefähr 15 000 Menschen mit einer Aphasie (Prävalenz) (Aphasie Suisse, o. J.). Für die Diagnostik werden Zielsetzungen auf verschiedenen Ebenen formuliert: Differentialdiagnose, Erhebung der subjektiven Bedeutsamkeit, Erfassung der kommunikativen Ressourcen und Therapiekontrolle (Steiner, 2002, S. 243) sowie Bestimmung des Schweregrades der Aphasie (Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2012). Die Vielseitigkeit der genannten Aufgaben sowie die begrenzten zeitlichen Ressourcen im Klinikalltag verlangen von LogopädInnen jedoch häufig die Entscheidung für einen Schwerpunkt sowie die Auswahl eines entsprechenden Tests.

Die zur Verfügung stehenden Verfahren basieren auf unterschiedlichen theoretischen Hintergründen. Während bei Verfahren zur Syndromklassifikation, wie z. B. dem Aachener Aphasie Test (AAT; Huber, Poeck, Weniger & Willmes, 1983), die subjektive Einschätzung des Problems für den Betroffenen eher in den Hintergrund tritt (vgl. de Langen, 2010), berücksichtigt z. B. der Communicative Effectiveness Index (CETI; Lomas et al., 1989; deutsche Übersetzung von Schlenck & Schlenck, 1994; Modifikation von Brunner & Steiner, 2009) nicht die Beschreibung der sprachlichen Strukturen. Da Angehörigenfragebögen wie der CETI die kommunikativen Fähigkeiten der aphasischen Person indirekt erfassen, beinhalten sie keine standardsprachlichen Anforderungen auf Seiten der Patienten. An Testinstrumenten zur Diagnostik von Aphasien ste-



hen hingegen primär Verfahren zur Verfügung, welche in Hochdeutsch in Deutschland entwickelt und normiert wurden und sich am bundesdeutschen Standard orientieren.

Die Forschung zu Dialektmerkmalen in diagnostisch verwendeten Aufgaben und Diskursformen bei Sprechern des afroamerikanischen Englisch kam zu dem Schluss, dass unrichtige Diagnosen auf der Basis grammatischer Merkmale (in einem traditionellen differentialdiagnostischen Ansatz mit Wiederholungs-, Lese- und Schreibaufgaben) erfolgen können (Anderson & Ulatowska, 1975). Außerdem wurde festgestellt, dass das Vorkommen von Dialektmerkmalen bei Verbformen in Narrationen Variabilität aufweist (Ulatowska & Olness, 2001) und dass es nützlich sein könnte, die standardisierten Testaufgaben durch freie Erzähl- oder Beschreibungsaufgaben zu ergänzen (Ulatowska et al., 2003). Die inhärente Variabilität im Auftreten von Dialektmerkmalen im afroamerikanischen Englisch macht die klinische Beurteilung komplizierter. Eine solche Variabilität gilt für Schweizerdeutsche Dialekte aufgrund der oben beschriebenen Diglossiesituation mit ihrem Entweder-Oder (im Gegensatz zu Dialekt-Standard-Kontinua mit einem Mehr oder Weniger an Dialektmerkmalen) nicht. Jedoch könnten auch hier Kompensationen durch Formen der jeweils anderen Sprachvarietät auftreten. Darüber hinaus ist bei einzelnen produzierten Wörtern mitunter nicht entscheidbar, ob sie zu einem schweizerdeutschen Dialekt oder zum Hochdeutsch gehören (bei Kognaten mit identischer Form oder auch bei Lehnwörtern), was die Beurteilung etwa der grammatischen Konformität selbst bei Akzeptanz beider Varietäten als „korrekt“ erschweren könnte.

Darüber hinaus beschreiben Ulatowska und Kollegen die Schwierigkeit, Dialektmerkmale von aphasierelevanten Veränderungen zu unterscheiden, wenn etwa der Anteil von Dialektmerkmalen je nach Schweregrade der Aphasie schwankt. Eine in gewisser Weise vergleichbare Schwierigkeit könnte auftreten, wenn Schweizerdeutsch Sprechende auf Hochdeutsch getestet werden und man nicht weiß, welchen Anteil (auch prämorbid schon vorhandene) Interferenzen von Dialektmerkmalen (z. B. Nominativ-Akkusativ-Synkretismus oder Verbstellung im Nebensatz) oder Wortschatzlücken haben – umso mehr bei Sprechern, welche in ihrem Alltag Hochdeutsch selten aktiv brauchen.

Andere Autoren präsentieren die Entwicklung bilingualer Testverfahren für Dialekte, wie beispielsweise Adaptationen des BAT an Dialekte wie Rarotongan, einen Maoridialekt der Cook Inseln (Amberber, 2011) oder das Kärntnerische (Wurian, 2011). Da die Abgrenzung zwischen Dialekt und Sprache wie oben angesprochen schwierig ist und keine klaren Kriterien hierfür existieren und außerdem die Rolle des sprachstrukturellen Abstands zwischen zwei Varietäten für die zerebrale Organisation ungeklärt ist (vgl. Paradis & Libben, 1987/2014), subsumiert etwa Fabbro (2001) in seiner Darstellung von Ergebnissen zur Sprachrestitution nach Aphasie bei Friaulisch-Italienisch-Sprechern auch Dialekte unter den Begriff „Sprache“. Dies mag dem Umstand geschuldet sein, dass das vom Italienischen als verschiedene Sprache (linguistisch und politisch) eigentlich anerkannte Friaulisch auch häufig als italienischer Dialekt bezeichnet wird. Gleichzeitig folgt es Grosjeans (1994) Konzeption bilingualer Personen als solche, welche im alltäglichen Leben zwei Sprachen oder Dialekte gebrauchen.

Da für Schweizerdeutsch und Hochdeutsch ohnehin schon umstritten ist, ob es sich um verschiedene Sprache handeln könnte (und es wie oben argumentiert wahrscheinlich ist, dass sie sich im Zwischenraum zwischen „verschiedene Varietäten einer Sprache“ vs. „verschiedene Sprachen“ befinden), sind Ergebnisse zu bilingualen Aphasien auch unabhängig von der genannten Argumentation relevant. Es zeigt sich kein Einfluss der sprachstrukturellen Distanz auf Rekonstitutionsmuster (Paradis, 2004). Generell am häufigsten ist eine parallele Wiederherstellung beider Sprachen (z. B. Marangolo, Rizzi, Peran, Piras & Sabatini, 2009). Für Abweichungen hiervon (differentielle, im Extremfall selektive Restitution) wurden verschiedene Hypothesen (z. B. dominanter Sprache zuerst oder Erstsprache zuerst; Pitres, 1895, unter Bezugnahme auf Ribot, 1882; beides zit. in Pearce, 2005) aufgestellt; jedoch kann keine dieser Annahmen alle vorkommenden Muster erklären (z. B. Verreyt, 2013). Ein alternativer Vorschlag geht davon aus, dass differentielle Muster (z. B. selektive Aphasie oder pathologisches Wechseln zwischen Sprachen) eher durch Probleme in der Sprachkontrolle zu erklären wären (Green et al., 2010). Weitere Evidenz für diesen Vorschlag wurde von Verreyt (2013) für Holländisch-Französisch-Sprecher vorgelegt.

Probleme in der Sprachkontrolle könnten beispielsweise dazu führen, dass eine Sprache beständig inhibiert bleibt und darum nur die andere Sprache in Erscheinung tritt oder dass ein kontrollierter Wechsel zwischen Sprachen nicht mehr möglich ist und damit pathologisches Code-Mixing und –Switching auftreten (für einen Literaturüberblick siehe Verreyt, 2013). In der Literatur sind mehrere Fälle von differentieller Restitution zwischen Schweizerdeutsch und Hoch-

deutsch – zum Teil in Kombination mit weiteren Sprachen – beschrieben (Minkowski, 1927, 1933; Schwyter, 2013). Als weitere potenzielle Einflussfaktoren werden die Nutzung eines visuell-orthographischen Codes als Abrufhilfe bei einer geschriebenen Sprache, die affektive Bedeutsamkeit einer Sprache und das mit geringerer Automatisierung verbundene metalinguistische Wissen über eine Sprache, die mit bewusster Mühe erworben wurde diskutiert (für eine Übersicht siehe Fabbro, 1999).

Innerhalb der Diagnostiksituation selbst sind Sprachkontrollmechanismen wie auch die Frage automatisierter vs. kontrollierter Sprachverarbeitung in Bezug auf Dialekt vs. Standarddeutsch von spezifischer Bedeutung. Zum einen kann man psycholinguistischen Forschungsergebnissen zur bilingualen Verarbeitung zufolge davon ausgehen, dass Wörter beider Sprachen parallel aktiviert (Costa, 2005) und syntaktische Strukturen zwischen beiden Sprachen geteilt werden (Hartsuiker, Pickering & Veltkamp, 2004). Inhibitorische Kontrolle könnte einen wichtigen Anteil an der Verarbeitung haben. Es ist daher eine zu klärende Frage, wie Antworten aus der jeweils anderen Varietät diagnostisch zu werten sind. Darüber hinaus ist unklar, inwieweit vorliegende Forschungsergebnisse zur bilingualen Verarbeitung auch für die Verarbeitung von Schweizerdeutsch und Hochdeutsch gelten. Dieser Frage sind aktuelle Forschungsarbeiten von Vorweg und Kollegen gewidmet (Lüthi & Vorweg, 2014, 2015; Morand & Vorweg, 2015a,b). Zum anderen gibt es Hinweise darauf, dass die spontane Sprachproduktion im Dialekt ungehemmter und unkontrollierter erfolgt als in der Hochsprache – etwa im Diagnostikgespräch oder bei Bildbeschreibungen (Gasser, 1987; Weniger & Beck, 1985).

Angesichts der erwähnten Besonderheiten des gesprochenen Standarddeutsch, der Diskussionen um seinen Status als Zweitsprache und der vielfältigen sprachstrukturellen Unterschiede zu den Schweizer Dialekten auf allen linguistischen Ebenen sowie der Forschungsergebnisse zur Bedeutung von Zweisprachigkeit und Dialekt in der Aphasiediagnostik stellt sich die Frage, wie im logopädischen Alltag mit dieser Situation umgegangen wird.

## 2 Fragestellung und Zielsetzung

In der Schweiz existieren bisher keine Erhebungen darüber, wie Dialekt, Hochdeutsch und andere Sprachen im logopädischen Klinikalltag eingesetzt werden. Auch ist unbekannt, welche Diagnostikverfahren überhaupt eingesetzt werden, ob also z. B. hauptsächlich deutsche, normierte Tests oder eigene, selbst zusammengestellte Screenings verwendet werden. Möglicherweise besteht eine Diskrepanz zwischen den Vorgaben für die Testsprache (Hochdeutsch) und der Umgangssprache mit PatientInnen (Dialekt). Ziel der vorliegenden Onlineumfrage war es deshalb, Daten zum Sprachgebrauch von LogopädInnen, die in der Deutschschweiz tätig sind, zu gewinnen und Aufschluss über den Einsatz und die Verwendung von Diagnostikinstrumenten in der Aphasiediagnostik zu erhalten.

## 3 Methodik

### 3.1 Teilnehmende

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine mit Deutschschweizer LogopädInnen durchgeführte Onlineumfrage. Teilnehmen konnten alle in der Deutschschweiz tätigen LogopädInnen, welche Mitglied bei *aphasie suisse* (Fach- und Betroffenenorganisation) oder im Deutschschweizer LogopädInnen- und Logopädenverband (DLV) sind. *Aphasie suisse* verschickte den Link zur Umfrage an ca. 200 Mitglieder. Ein zweites Mal wurde der Link anderthalb Monate später durch *aphasie suisse* und den DLV an insgesamt 370 Adressen verschickt, wobei von Überschneidungen in den Adressdatenbanken ausgegangen werden kann; ein Abgleich ist jedoch aufgrund der Datenschutzbestimmungen nicht möglich. Insgesamt nahmen 96 LogopädInnen und Logopäden an der Umfrage teil, was (ohne Berücksichtigung der Überlappung) einem Rücklauf von 25.9% entspricht. In die Auswertung wurden nur die 82 komplett ausgefüllten Fragebögen einbezogen (22.1%).

### 3.2 Fragebogen und Datenerhebung

Der Fragebogen beinhaltet 22 Fragen zu folgenden Themenkomplexen: (1) allgemeine Berufssituation, (2) Sprachgebrauch im Alltag, (3) Testsituation bei Aphasie, (4) demographische Daten. Eine Übersicht über die zugehörigen Fragen zeigt Tabelle 1.

Tab. 1: Übersicht über die einzelnen Fragenkomplexe der Onlineumfrage

<b>Fragenkomplex 1: Allgemeine Berufssituation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In welchem Kanton arbeiten Sie?</li> <li>▪ Sie sind tätig in einem Akutspital, einer Rehaklinik, einer Praxis oder _____</li> <li>▪ Welches Störungsbild haben Sie in den letzten 12 Monaten am häufigsten behandelt?</li> <li>▪ Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie? – Davon in der klinischen Praxis mit Erwachsenen?</li> <li>▪ Wie viele Stellenprozente arbeiten Sie?</li> </ul>
<b>Fragenkomplex 2: Sprachgebrauch im Alltag</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Was ist Ihre Muttersprache?</li> <li>▪ Welche Sprachen sprechen Sie regelmässig mit Patientinnen und Patienten?</li> <li>▪ Welche Sprachen sprechen Sie regelmässig in Ihrem Alltag?</li> <li>▪ Welchen Dialekt sprechen Sie?</li> <li>▪ Sprechen Sie einen deutschen Dialekt (z. B. Schwäbisch, Pfälzisch, Bayrisch)?</li> <li>▪ Welchen deutschen Dialekt sprechen Sie?</li> </ul>
<b>Fragenkomplex 3: Testsituation bei Aphasie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welches Diagnostikverfahren verwenden Sie am häufigsten für die Diagnostik bei Aphasie?</li> <li>▪ Welche Testverfahren haben Sie an Ihrem Arbeitsort?</li> <li>▪ Welche Testverfahren haben Sie in den letzten 12 Monaten an Ihrem Arbeitsort verwendet?</li> <li>▪ Warum verwenden Sie ein klinikinternes Verfahren?</li> <li>▪ Welche Bereiche prüfen Sie in Ihrem klinikinternen Verfahren?</li> <li>▪ Was müsste Ihrer Meinung nach zur Diagnostik von Aphasie bei einer Testentwicklung für die Schweiz besonders berücksichtigt werden?</li> <li>▪ Würden Sie ein standardisiertes Diagnostikinstrument für die Schweiz verwenden?</li> <li>▪ Für welche linguistische(n) Ebene(n) wäre Ihrer Meinung nach ein Schweizer Diagnostikinstrument sinnvoll?</li> </ul>
<b>Fragenkomplex 4: Demographische Daten</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bitte geben Sie Ihr Alter an: _____</li> <li>▪ Geschlecht _____</li> <li>▪ Wo haben Sie Ihre Ausbildung gemacht? (Bitte geben Sie den Namen des Studiengangs und der Hochschule/Universität an. Bitte machen Sie diese Angaben für den Bachelor und ggf. auch den Master.)</li> </ul>

Die Konzeption des Fragebogens wurde auf der Grundlage eines von Vorwerg und Willi (2015) für eine Erhebung zu Diagnostikinstrumenten für die Sprachstandserfassung bei Kindern ausgearbeiteten Fragebogens entwickelt und mit anderen LogopädInnen und PsychologInnen unter verschiedenen Aspekten diskutiert. Es wurde ein Pretest (vgl. Kirchhoff, Kuhnt, Lipp, & Schla-win, 2010) mit fünf Personen (vier Logopädinnen, ein Psychologe) durchgeführt. Zwei Logopädinnen arbeiteten in einer Akutklinik, in der auch ambulante Patienten betreut werden. Eine Logopädin hatte eine eigene Praxis. Die vierte arbeitete im Kinderbereich. Eine Logopädin hatte Hochdeutsch als Muttersprache, die übrigen Personen Schweizerdeutsch.

Aufgrund des Ergebnisses des Pretests wurden zwei Punkte modifiziert. Zum einen wurde die Frage nach dem Dialekt so spezifiziert, dass auch deutsche und österreichische Dialekte erfasst werden konnten. Zum anderen wurde eine Frage zum Inhalt der selbst entwickelten Diagnostik-screenings hinzugefügt. Die überarbeitete Version wurde zur Überprüfung der Verständlichkeit nochmals von zwei fachfremden Hochdeutsch sprechenden Personen ausgefüllt, von denen eine einen Dialekt spricht, die andere nicht.

Die Datenerhebung fand zwischen Mitte Juli und September 2014 statt.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Demographische Daten und allgemeine Berufssituation

92 % (n=76) der insgesamt 82 UmfrageteilnehmerInnen sind weiblich. Das Durchschnittsalter beträgt 43 Jahre (Min=23, Max=63). 87.8 % (n=72) der Teilnehmenden haben ihr Studium in der Schweiz, 10 eine Ausbildung im Ausland (vorwiegend in Deutschland) abgeschlossen. Die klinische Berufserfahrung beträgt im Durchschnitt 13 Jahre (Min=1, Max=40 Jahre), wobei die

meisten Teilnehmenden (85 %, n=70) in Teilzeit arbeiten. Arbeitsorte sind Spitäler, Rehakliniken und Praxen.

#### 4.2 Sprachgebrauch

Schweizerdeutsch geben 81 % (n=66) der Befragten als Muttersprache an. 11 % (n=9) der Teilnehmenden nennen Hochdeutsch als Muttersprache und 5 % (n=4) bezeichnen sich als mehrsprachig. Je einmal als Muttersprache genannt werden Schweizerdeutsch & Hochdeutsch, Südtiroler Dialekt und Holländisch.

In ihrem privaten Alltag verwenden 94 % (n=77) der befragten TherapeutInnen Schweizerdeutsch – 29 % (n=24) ausschließlich, 39 % (n=32) auch Hochdeutsch. 26 % (n=21) haben einen multilingualen Sprachalltag, wobei Französisch, Italienisch und Englisch die dominierenden Sprachen sind. Rätoromanisch, Dänisch, Niederländisch werden nur vereinzelt genannt. Fünf der Befragten sprechen privat nur Hochdeutsch.

Bemerkenswert ist, dass 98 % (n=80) der Beteiligten – unabhängig von ihrer Muttersprache – angeben, mit den PatientInnenen Dialekt zu sprechen (Abb. 1). Außer Dialekt und Hochdeutsch werden in der Berufspraxis vor allem Italienisch, Französisch, Englisch und Spanisch gebraucht. Die beiden Teilnehmenden, die Hochdeutsch als Patientensprache angeben, sind deutsche Dialektsprecher (z. B. Badisch).

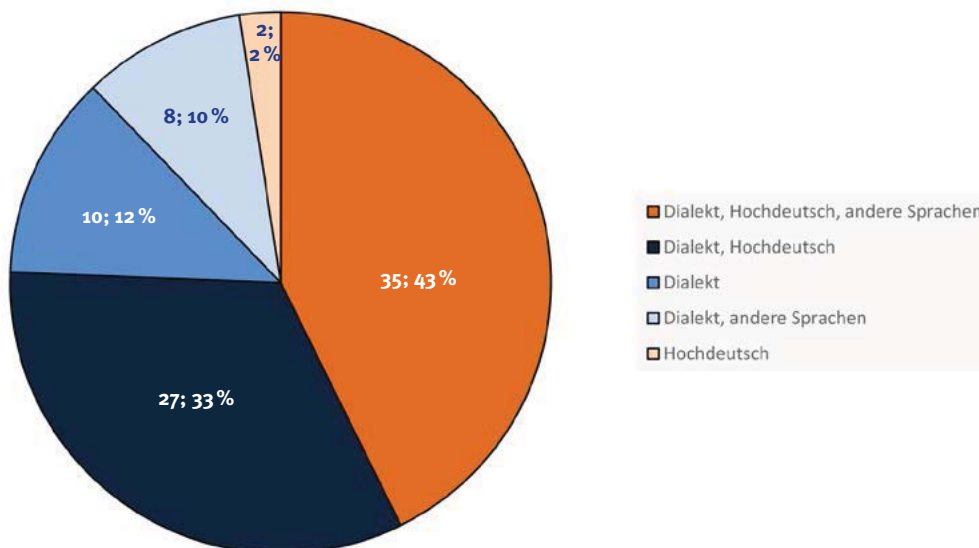


Abb. 1: Regelmäßig mit PatientInnen gesprochene Sprachen. ‚Andere Sprachen‘ sind unter anderem Italienisch, Französisch und Englisch.

Fasst man die Daten aus beruflicher und privater Verwendung zusammen, geben alle Teilnehmenden an, einen Dialekt zu sprechen. Die folgenden Dialektzuordnungen wurden genannt: Basel (16), Bern (12), Aargau (8), Zürich (8), Bundnerdeutsch (4), St. Gallen (5), Solothurn (3), Schaffhausen (3), Wallis (6), Luzern (3), Glarus, Schwyz, Appenzell-Innerrhoden, Alemannisch, Schwäbisch, Badisch, Südtirol (je 1) und Dialektgemisch (9). Der angegebene Dialekt stimmt oft nicht mit dem Dialekt des Arbeitskantons überein. So arbeiten beispielsweise fünf der 12 Berndeutsch sprechenden Personen in anderen Kantonen als Bern. Sieben Teilnehmende sprechen zwei Dialekte, z. B. Bern- und Walliserdeutsch; dies wurde bei den Angaben berücksichtigt. Sechs Zuordnungen (Bezeichnung als Schweizerdeutsch) sind unklar. In einzelnen Fällen handelt es sich möglicherweise nur um eine Anpassung des Hochdeutschen an das Schweizerdeutsche.

#### 4.3 Testsituation bei Aphasie

Auf die offene Frage nach dem am häufigsten zur Diagnostik bei Aphasie verwendeten Verfahren (vgl. ZPID, 2014) werden vor allem folgende genannt: Aachener Aphasie Test (AAT) (79 %, n=65), Bielefelder Aphasiescreening (BIAS) (20 %, n=16), Aphasie-Check-Liste (ACL) (18 %, n=15), Basel Minnesota Test zur Differentialdiagnose der Aphasie (BMTDA) (15 %, n=12) und eigenes Screening (7 %, n=6). Vereinzelt genannt werden Bogenhausener Semantikuntersu-



chung (BOSU), Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test – deutsche Fassung (ANELT/D), Aphasie-Schnell-Test (AST), Bielefelder Wortfindungsscreening für leichte Aphasien (BIWOS), Lexikon Modellorientiert (LeMo), Kurze Aphasieprüfung (KAP) und Wortproduktionsprüfung (WPP). Mehrfachnennungen waren möglich.

Zur Beantwortung der Frage nach den am Arbeitsort vorhandenen Testverfahren konnten die LogopädInnen aus einer Liste auswählen und ggf. in einem Eingabefeld Ergänzungen vornehmen. Anschließend wurde gefragt, welche Tests in den letzten 12 Monaten verwendet wurden. Insgesamt haben die LogopädInnen an ihrem Arbeitsort im Durchschnitt 7.6 Tests (Min=1, Max=20) und verwenden davon 3.9 (Min=1, Max=9). Eine Übersicht über Testbesitz und Testverwendung gibt Abb. 2.

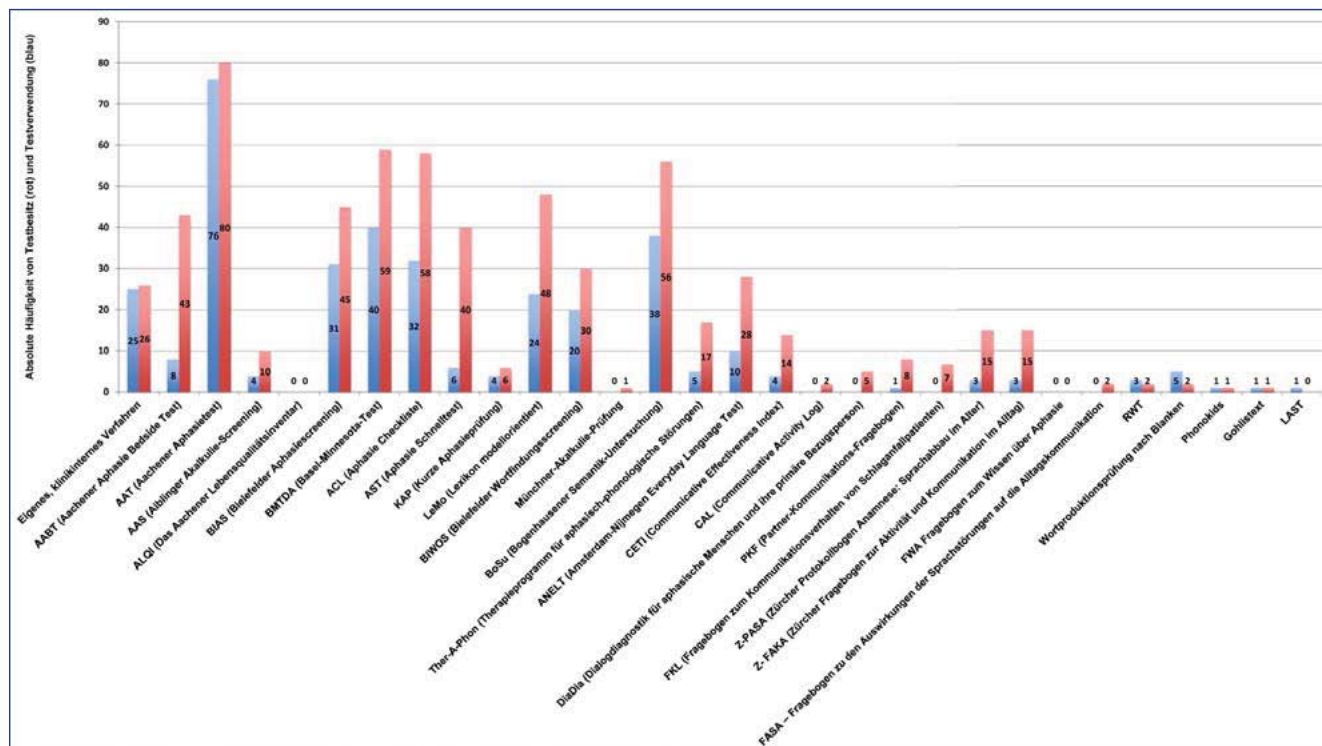


Abb. 2: Angaben zur Häufigkeit von Testbesitz (rot) und Testverwendung (blau) [N=82].

Der AAT ist der von den meisten verwendete wie auch am häufigsten vorhandene Test (76/80 von N=82). Andere Verfahren sind zwar häufig vorhanden, wie z. B. LeMo (n=48), werden aber nur von deutlich weniger Personen auch genutzt (beim LeMo: n=24). Diagnostikinstrumente, die sich an Aktivität und Partizipation orientieren wie der ANELT/D (10/28) und der CETI (4/14) werden noch seltener besessen und verwendet. Die fünf zuletzt aufgeführten Tests waren nicht Teil der vorgegebenen Auswahl, sondern wurden individuell durch die Teilnehmenden ergänzt. Höhere Werte bei den Angaben zur Verwendung als zum Besitz eines Tests können daher dadurch entstanden sein, dass jemand erst bei der zweiten Frage an das Hinzufügen des genannten Testes gedacht hat.

Ist ein eigenes klinisches Screening vorhanden, so wird es in der Regel auch verwendet (25/26). Die angegebenen Begründungen für die Verwendung eines klinikinternen Verfahrens reichen von einer Reduktion des Zeitaufwandes über eine geringere Belastung für die PatientInnen bis zu Gewohnheit. Der Dialekt wird nur einmal als Grund aufgeführt. Die Inhalte der individuellen Screenings weichen nur wenig von denjenigen standardisierter Tests ab, etwa im Hinblick auf Zahlenverarbeitung oder Anpassung an den Schweregrad. Die aus diesen Begründungen und Inhaltsangaben ableitbare Hypothese, dass klinikinterne Verfahren möglicherweise in Spitälern häufiger gebraucht werden als an anderen Arbeitsorten – etwa als Screening bei akut auftretenden Aphasien, vor der Verwendung eines regulären Tests und zur Einschätzung der Durchführbarkeit eines solchen – wurde mittels eines Chi-Quadrat-Tests geprüft, bestätigte sich jedoch nicht. Es gibt keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Tätigkeit im Akut-

bereich (n=32) und der Wahrscheinlichkeit, ein eigenes Screening zu haben (11/32 vs. 15/50;  $\chi^2=0.17$ ;  $p=0.68$ ).

Eine große Mehrheit der Befragten hält dialektale Anpassungen bei der Diagnostik von Aphasien in der Schweiz für notwendig. In ihren Antworten auf die Frage, was bei einer Testentwicklung zur Aphasiediagnostik für die Schweiz besonders berücksichtigt werden müsste, nehmen 77 % (n=63) auf den Wortschatz, die Grammatik oder die Durchführbarkeit eines Tests auf Schweizerdeutsch Bezug. Die weiteren in den Antworten angesprochenen Aspekte können den folgenden inhaltlichen Kategorien zugeordnet werden: Testinhalte (20 %, n=16), Population (9 %, n=7), Testanwendung (9 %, n=7) und keine Veränderungen (7 %, n=6). Unter „Testinhalte“ wurden sowohl Thematisierungen von inhaltlichen Aspekten (z. B. ICF-Konformität oder Berücksichtigung von Alltagskommunikation) als auch von Testmaterialien (z. B. ansprechendes Bildmaterial) subsummiert. „Population“ bezieht sich auf Anmerkungen wie z. B. die Berücksichtigung jüngerer AphasiepatientInnen oder die Mehrsprachigkeit vieler Betroffenen. Unter „Testanwendung“ sind Antworten zusammengefasst, die die Anwendbarkeit des Tests betreffen, wie z. B. eine rasche Auswertbarkeit oder ein modulartiger Aufbau, welcher einen flexiblen Einsatz je nach Bedarf ermöglicht.

96 % (n=79) der Teilnehmenden bejahen die Frage, ob sie ein standardisiertes Diagnostikinstrument für die Schweiz verwenden würden. Spezifisch nach den linguistischen Ebenen (1. Phonetik/Phonologie, 2. Lexik/Semantik, 3. Morphologie/Syntax, 4. Pragmatik/Kommunikation, 5. alle Ebenen) für ein Schweizer Diagnostikinstrument gefragt, halten 61 % (n=50) der Befragten eine Anpassung auf allen Ebenen für sinnvoll. Von den übrigen werden die Ebenen 1, 2 und 3 etwa gleich häufig gewählt (je 21-22 %; n=17 oder n=18), während Pragmatik und Kommunikation achtmal (10 %) genannt werden.

## 5 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie untersucht erstmalig das Verhalten von Schweizer LogopädInnen in Bezug auf Sprach- und Testgebrauch in der deutschsprachigen Schweiz. Ziel der Studie ist es, eine mögliche Diskrepanz zwischen der Auswahl der Tests und der damit ggf. verbundenen Sprachvorgabe und dem tatsächlichen Sprachgebrauch in der Behandlung der PatientInnen aufzuzeigen.

Da LogopädInnen je nach Arbeitsort von Gemeinden oder Kantonen angestellt sind, gibt es in der Schweiz bisher keine Daten darüber, wie viele LogopädInnen in der Deutschschweiz klinisch tätig sind. Es kann aus diesem Grund keine Aussage darüber getroffen werden, wie repräsentativ die vorliegende Stichprobe ist. Für die Aussagekraft der vorliegenden Zahlen spricht jedoch, dass 17 der 23 deutschsprachigen Kantone, AbsolventInnen aller vier Deutschschweizer Ausbildungsinstitutionen, BerufsanfängerInnen und erfahrene LogopädInnen sowie alle Altersgruppen von Anfang 20 bis kurz vor dem Rentenalter vertreten sind.

Der Umgang mit und die Rolle von Nicht-Standard-Varietäten in der Aphasiediagnostik wurde bisher kaum untersucht. Die Situation in der Deutschschweiz ist durch eine große Präsenz des Dialekts und Sprachenvielfalt gekennzeichnet. Dies zeigt sich nicht nur in den Daten der eidgenössischen Volkszählung (Werlen, 2004), sondern auch im privaten Sprachgebrauch der Therapeutinnen. Umso erstaunlicher ist, dass der Dialekt im Umgang mit den Betroffenen für alle LogopädInnen eine noch größere Rolle spielt als im privaten Umfeld. Die erhobenen Daten beziehen sich ausschließlich auf die gesprochene Sprache. Selbstverständlich wird für die Modalitäten „Lesen“ und „Schreiben“ in der Therapie Hochdeutsch gebraucht, unabhängig davon, welches die gesprochene Sprachvarietät ist. Der von der Therapeutin gesprochene Dialekt muss nicht in jedem Fall mit dem Dialekt der Umgebung übereinstimmen, d. h., wer im Kanton Zürich arbeitet, spricht nicht zwingend Zürichdeutsch. Trotzdem scheint es aus Sicht der TherapeutInnen wesentlich zu sein, einen Dialekt (oder eine Form von Dialekt) zu sprechen. Dementsprechend kommen als Antworten auf die Frage nach dem Dialekt auch allgemeine Angaben wie „Schweizerdeutsch“ vor.

Obwohl alle LogopädInnen angeben, mit den PatientInnen regelmäßig Dialekt zu sprechen, ist der AAT der am meisten eingesetzte Test für die Aphasiediagnostik. Es stellt sich deshalb die Frage, in welcher Sprachvarietät standardisierte, normierte, deutsche Tests durchgeführt werden und ob ggf. Anpassungen an die Schweizer Sprachsituation vorgenommen werden. Zumindest bei denjenigen TherapeutInnen (n=10), die angeben, mit den Betroffenen ausschließlich Dialekt

zu sprechen, ist von einer Divergenz zwischen Test- und Durchführungssprache auszugehen. Zudem ist auch zumindest bei diesen StudienteilnehmerInnen anzunehmen, dass Anpassungen an das Testmaterial vorgenommen werden (z. B. bei der Testinstruktion). Wie genau die Adaptionen aussehen und ob sich dies unter Umständen auf die Auswertung auswirkt, kann jedoch anhand der vorliegenden Daten nicht geklärt werden. Bei denjenigen, die den AAT auf Hochdeutsch durchführen, wäre zu klären, wie die Ableitung der Therapieziele für den Alltag der Betroffenen erfolgt und ob und wie der Dialekt dort berücksichtigt wird.

Der hohe Anteil eigener, klinikinterner Verfahren (30 %) kann nicht mit deren möglicher Rolle als Vorscreening vor der eigentlichen Testung im Akutbereich erklärt werden, da es keinen statistischen Zusammenhang mit dem Tätigkeitsbereich (im vs. außerhalb vom Akutbereich) gibt. Die Rolle des Dialekts wie auch die sprachliche Vielfalt im Patientenalltag lassen vermuten, dass die vorhandenen standardisierten Tests in vielen Fällen einen eingeschränkten Aussagewert haben und die Entwicklung eigener Materialien ein Weg ist, um der Lücke im diagnostischen Inventar zu begegnen.

Die Zahlen zur Bereitschaft bzw. dem Wunsch, ein standardisiertes Diagnostikinstrument für die Schweiz zu verwenden, zeigen deutlich, dass das Bedürfnis besteht, der Schweizer Sprachsituation und damit der individuellen Lebenssituation der PatientInnen auch in der Aphasiediagnostik gerecht zu werden. Dabei sollten alle linguistischen Ebenen einbezogen werden. Weitere Forschungsarbeiten sind notwendig, um diesem Bedürfnis gerecht werden zu können und für die Schweiz gültige Standards für den Umgang mit deutschen Tests abzuleiten und Verfahren zu adaptieren oder neu zu entwickeln. Über die Deutschschweizer Situation hinaus sind Kenntnisse von Sprachvariation und Varietäten wichtig für die Diagnostik. Eine weiterführende Studie soll mittels Videoaufnahmen von Diagnostiksituationen die Sprachwahl von LogopädInnen und PatientInnen im aphasiediagnostischen Prozess in Relation zu diagnostischen Entscheidungen untersuchen.

## Danksagung

Sandra Widmer Beierlein dankt der PH FHNW für die finanzielle Unterstützung des Dissertationsprojektes.

## Literatur

- Amberber, A. M. (2011). Adapting the Bilingual Aphasia Test to Rarotongan (Cook Islands Maori): linguistic and clinical considerations. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 25, 601-18.
- American Speech-Language-Hearing Association (2003). Technical Report: American English dialects. *ASHA Supplement*, 23, 45-46.
- Ammon, U. (2003). Dialektchwund, Dialekt-Standard-Kontinuum, Diglossie: Drei Typen des Verhältnisses Dialekt – Standardvarietät im deutschen Sprachgebiet. In J. K. Androutsopoulos & E. Ziegler (Hrsg.), ‚Standardfragen‘: Soziolinguistische Perspektiven auf Sprachgeschichte, Sprachkontakt und Sprachvariation (S. 163-171). Frankfurt a. M.: Lang.
- Ammon, U., Bickel, H., Ebner, J., et al. (2004). Variantenwörterbuch des Deutschen. Die Standardsprache in Österreich, der Schweiz und Deutschland sowie in Liechtenstein, Luxemburg, Ostbelgien und Südtirol. Berlin: de Gruyter.
- Anderson, E. T. & Ulatowska, H. K. (1975). A problem of diagnosis: Black English or aphasia? In R. H. Brookshire (Hrsg.), *Clinical Aphasiology Conference Proceedings* (S. 125-138). Minneapolis, MN: BRK.
- Aphasie Suisse (o.J.). *Epidemiologie Aphasie* <http://www.aphasie.org/pdfs--de/5-ueber-uns/epidemiologie-aphasie-d.pdf> (30.09.2015).
- Berthele, R. (2004). Vor lauter Linguisten die Sprache nicht mehr sehen – Diglossie und Ideologie in der deutschsprachigen Schweiz. In H. Christen (Hrsg.), *Dialekt, Regiolekt und Standardsprache im sozialen und zeitlichen Raum* (S. 11-136). Wien: Edition Praesens.
- Brunner, C. & Steiner, J. (2009). CETI. <http://www.demenssprache-hfh.ch/webautor-data/70/CETI-Endversion.pdf> (04.11.2015).
- Christen, H., Guntern, M., Hove, I. & Petkova, M. (2010). Hochdeutsch in aller Munde: eine empirische Untersuchung zur gesprochenen Standardsprache in der Deutschschweiz. *Beihefte Zeitschrift für Dialektologie und Linguistik*, 140.

- Clyne, M. G. (2004). Pluricentric language. In U. Ammon, N. Dittmar, K. J. Mattheier & P. Trudgill (Hrsg.), *Sociolinguistics: An international handbook of the science of language and society* (Vol. 1, S. 296-300). Berlin: de Gruyter.
- Costa, A. (2005). Lexical access in bilingual production. In J. F. Kroll & A. M. B. de Groot (Hrsg.), *The handbook of bilingualism* (S. 308-325). Oxford: Oxford University Press.
- Damico, J. S. & Ball M. J. (2008). Clinical sociolinguistics. In M. J. Ball, M. R. Perkins, N. Müller & S. Howard (Hrsg.), *Handbook of clinical linguistics* (S. 107-129). Malden, MA: Blackwell.
- de Langen, E. G. (2010). Pragmatisch-funktionale Methoden der Aphasiediagnostik. In G. Blanken & W. Ziegler (Hrsg.), *Klinische Linguistik und Phonetik. Ein Lehrbuch für die Diagnose und Behandlung von erworbenen Sprach- und Sprechstörungen im Erwachsenenalter* (S. 77-99). Aachen: HochschulVerlag.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012). Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall. <http://www.dgn.org/leitlinien/2434-ll-92-2012-rehabilitation-aphasischer-stoerungen-nach-schlaganfall> (23.4.2015).
- Ebner, J. (2008). *Duden Österreichisches Deutsch. Eine Einführung*. Mannheim: Dudenverlag.
- Engelter, St. T., Gostynski, M., Papa, S. et al. (2006). Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke. Incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Journal of American Heart Association*, 37, 1379-1884.
- Fabbro, F. (1999). *The neurolinguistics of bilingualism: an introduction*. Hove: Psychology Press.
- Fabbro, F. (2001). The bilingual brain: Bilingual aphasia. *Brain & Language*, 79, 101-110.
- Ferguson, C. A. (1959). Diglossia. *Word*, 15, 325-340.
- Gallmann, H. (2010). *Zürichdeutsches Wörterbuch* (2., überarb. Aufl.). Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Gasser, M. (1987). Die Stellung des Dialektes bei der Aphasiediagnostik in der Schweiz. In G. Lotzmann (Hrsg.), *Sind Sprach- und Sprechstörungen durch Dia- und Soziolekte bedingt?* (S. 137-146). Frankfurt a. M.: Scriptor.
- Green, W., Grogan, A., Crinion, J. Ali, N., Sutton, C. & Price, C. J. (2010). Language control and parallel recovery of language in individuals with aphasia. *Aphasiology*, 24(2), 188-209.
- Grosjean, F. (1994). Individual bilingualism. In R. A. Asher (Hrsg.), *The encyclopedia of language and linguistics* (S. 1656-1660). Oxford: Pergamon.
- Haas, W. (2006). Die Schweiz. In U. Ammon, N. Dittmar, K. J. Mattheier & P. Trudgill (Hrsg.), *Sociolinguistics: An international handbook of the science of language and society* (Vol. 3, S. 1772-1787). Berlin: de Gruyter.
- Häcki Buhofer, A. & Burger, H. (1998). *Wie Deutschschweizer Kinder Hochdeutsch lernen. Beihefte Zeitschrift für Dialektologie und Linguistik*, 98.
- Hägi, S. & Scharloth J. (2005). Ist Standarddeutsch für Deutschschweizer eine Fremdsprache? Untersuchungen zu einem Topos des sprachreflexiven Diskurses. *Linguistik online*, 24(3), 19-47.
- Hartsuiker, R. J., Pickering, M. J. & Veltkamp, E. (2004). Is syntax separate or shared between languages? Cross-linguistic syntactic priming in Spanish-English bilinguals. *Psychological Science*, 15, 409-414.
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D. & Willmes, K. (1983). *Aachener Aphasie Test (AAT)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P. & Schlawin, S. (2010). *Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung* (5. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kolde, G. (1981). Sprachkontakte in gemischtsprachigen Städten. *Beihefte Zeitschrift für Dialektologie und Linguistik*, 37.
- Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A. & Zoghaib, C. (1989). The Communicative Effectiveness Index: Development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *Journal of Speech & Hearing Disorders*, 54, 113-124.
- Lotzmann, G. (Hrsg.). (1987). *Sind Sprach- und Sprechstörungen durch Dia- und Soziolekte bedingt?* Frankfurt a.M.: Scriptor.
- Lüthi, J. & Vorweg, C. (2014). Does sociolinguistic distance inhibit syntactic alignment? Evidence from syntactic priming between and within varieties of German. Talk at AMLaP, Edinburgh.
- Lüthi, J. & Vorweg, C. (2015). Status matters – Syntactic priming in Standard German depends on its sociolinguistic status. Poster at AMLaP, Valletta.
- Marangolo, P., Rizzi, C., Peran, P., Piras, F. & Sabatini, U. (2009). Parallel recovery in a bilingual aphasic: a neurolinguistic and fMRI study. *Neuropsychology*, 23(3), 405-409.
- Minkowski, M. (1927). A clinical contribution to the study of polyglot aphasia especially with respect to Swiss-German. Nachdruck in M. Paradis (Hrsg.) (1983), *Readings on aphasia in bilinguals and polyglots* (S. 205-232). Montréal: Didier.
- Minkowski, M. (1933). On a specific aphasic disorder in a polyglot. Nachdruck in M. Paradis (Hrsg.) (1983), *Readings on Aphasia in Bilinguals and Polyglots* (S. 351-355). Montréal: Didier.
- Morand, M.-A. & Vorweg, C. (2015a). Lexical competition between linguistic varieties. Poster at CUNY, Los Angeles.
- Morand, M.-A. & Vorweg, C. (2015b). Lexical selection in bivarietal speakers: V2 speech production. Poster at AMLaP, Valletta.
- Oetting, J. B. (2005). Assessing language in children who speak a nonmainstream dialect of English. In M. J. Ball (Hrsg.), *Clinical sociolinguistics* (S. 180-192). Malden, MA: Blackwell.



- Paradis, M. (2004). *A neurolinguistic theory of bilingualism*. Amsterdam: John Benjamins.
- Paradis, M. & Libben, G. (1987/2014). *The assessment of bilingual aphasia*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Pearce, J. M. S. (2005). A note on aphasia in bilingual patients: Pitres' and Ribot's laws. *European Neurology*, 54(3), 127-131.
- Rash, F. (2002). *Die Deutsche Sprache in der Schweiz. Mehrsprachigkeit, Diglossie und Veränderung*. Bern: Peter Lang.
- Ris, Roland (1990). Diglossie und Bilingualismus in der deutschen Schweiz: Verirrung oder Chance? In J.-P. Vouga & M. E. Hodel (Hrsg.), *La Suisse face à ses langues – Die Schweiz im Spiegel ihrer Sprachen* (S. 40-49). Aarau: Sauerländer.
- Scharloth, J. (2005). Asymmetrische Plurizentrität und Sprachbewusstsein. Einstellungen der Deutschschweizer zum Standarddeutschen. *Zeitschrift für Germanistische Linguistik*, 33, 236-267.
- Schlenck, C. & Schlenck, K. J. (1994). Beratung und Betreuung von Angehörigen aphasischer Patienten. *L.O.G.O.S. interdisziplinär*, 2(2), 90-97.
- Schwytter, J. R. (2013). Multilingualism in stroke patients. A personal account. *International Journal of English Linguistics*, 3(3), 15-22.
- Seymour, H. N. (2004). The challenge of language assessment for African American English-speaking children: a historical perspective. *Seminars in Speech & Language*, 25(1), 3-12.
- Seymour, H. N., Abdulkarim, L. & Johnson, V. (1999). The ebonics controversy: An educational and clinical dilemma. *Topics in Language Disorders*, 19(4), 66-77.
- Seymour, H. N., Bland-Stewart, L. & Green, L. J. (1998). Difference versus deficit in child African American English. *Language, Speech & Hearing Services in Schools*, 29(2), 96-108.
- Siebenhaar, B. & Wyler, A. (1997). *Dialekt und Hochsprache in der deutschsprachigen Schweiz* (5., vollständig überarb. Aufl.). Zürich: Pro Helvetia.
- Steiner, J. (2002). Zentrale Aspekte der Diagnostik bei Aphasie. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie* (Band. 3, S. 241-255). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ulatowska, H. K. & Olness, G. S. (2001). Dialectal variants of verbs in narratives of African Americans with aphasia: some methodological considerations. *Journal of Neurolinguistics*, 14(2), 93-110.
- Ulatowska, H. K., Olness, G. S., Wertz, R. T. et al. (2003). Relationship between discourse and Western Aphasia Battery performance in African Americans with aphasia. *Aphasiology*, 17, 511-521.
- Verreyt, N. (2013). *The underlying mechanisms of selective and differential recovery in bilingual aphasia*. Dissertation, Universität Ghent.
- Vorweg, C. (2013). Language variation and mutual adaptation in interactive communication. In I. Wachsmuth, J. de Ruiter, P. Jaecks & S. Kopp (Hrsg.), *Alignment in communication: Towards a new theory of communication* (S. 149-165). Amsterdam: Benjamins.
- Vorweg, C. & Willi, A. P. (2015). Diagnostikinstrumente für die Sprachstandserfassung bei Kindern in der Deutschschweiz – aktuelle Situation und Bedarf. Eine systematische Befragung unter Logopädinnen und Logopäden. Manuskript eingereicht zur Veröffentlichung.
- Weniger, D. & Beck, G. (1985). Unterschiedliche Ausprägung aphasischer Symptome in Mundart und Hochsprache. *Germanistische Linguistik*, 81, 1-22.
- Werlen, I. (1998). Mediale Diglossie oder asymmetrische Zweisprachigkeit? *Mundart und Hochsprache in der deutschen Schweiz*. *Babylonia*, 1, 22-35.
- Werlen, I. (2004). Zur Sprachsituation der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Diglossie in der Deutschschweiz. *Bulletin VALS-ASLA (Vereinigung für angewandte Linguistik in der Schweiz)*, 79, 1-30.
- Wolfram, W. (1992). The sociolinguistic model in speech and language pathology. Hauptvortrag International Conference on Inter-Disciplinary Perspectives in Speech and Language Pathology, Dublin. <http://eric.ed.gov/?id=ED359789> (25.8.2015).
- Wurian, A. (2011). *Assessment of bidialectal aphasia*. Diplomarbeit, Karl-Franzens-Universität, Graz.
- ZPID (Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation) (Hrsg.). (2014). *Testverzeichnis. Inhaltsbereiche. Kurznamen. Langnamen. Autoren. Testrezensionen* (21., aktualis. Aufl.). Trier: ZPID. <http://www.zpid.de/psychologie/psychologietests.php>; (31.8.2014)

## Zu den Autorinnen

Sandra Widmer Beierlein ist dipl. Logopädin und MSc EMCL. Nach Abschluss des Erasmus-Mundus-Masterstudiengangs in klinischer Linguistik war sie vier Jahre an einem Spital mit Erwachsenen tätig. Seit 2011 unterrichtet sie an der PH FHNW angehende LogopädInnen. Zurzeit ist sie Doktorandin im Doktoratsprogramm des CSLS der Universität Bern.

PD. Dr. Constanze Vorweg lehrt und forscht am Center for the Study of Language and Society (CSLS) der Universität Bern. Zu ihren Forschungsinteressen gehören Fragestellungen an



der Schnittstelle von Psycho- und Soziolinguistik bzw. Sozialpsychologie der Sprache und zur Sprachvariation und -adaptation, z. B. zur Sprachverarbeitung und -diagnostik im Schweizer-deutschen.

### Korrespondenzadresse

Sandra Widmer, Dipl. Logopädin, M.Sc. EMCL & PD Dr. Constanze Vorweg  
Universität Bern  
Center for the Study of the Language and Society  
Muesmattstrasse 45  
3000 Bern 9  
Tel. Sekretariat: +41 31 631 54 77  
E-Mail: [constanze.vorweg@csls.unibe.ch](mailto:constanze.vorweg@csls.unibe.ch)  
E-Mail: [sandra.widmer@fhnw.ch](mailto:sandra.widmer@fhnw.ch)

DOI dieses Beitrags: 10.2443/skv-s-2015-57020150204