



Literatur:

1. Lyden, P, Brott T, Tilley B, et al. Improved reliability of the NIH Stroke Scale using video training. *Stroke*. 1994;25:2220-2226.
2. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 1995;333:1581-1587.
3. Spiker J, Kongable G. The NIH Stroke Scale: its importance and application in the clinical setting. *Stroke Intervent*. 2000;2:7-14.

© der deutschen Version der NIH Stroke Scale:
Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin,
Westfälische Wilhelms-Universität, Münster, 1998

Herausgeber:
Boehringer Ingelheim
Pharma GmbH & Co. KG
Marketing und Vertrieb Klinik
55216 Ingelheim am Rhein

unter Mitarbeit von:
Prof. Dr. med. M. Grond, Siegen
Dr. S. Schmülling, Köln

NIH Stroke Scale – Allgemeine Hinweise

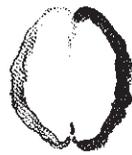
Überprüfen Sie die Items der Schlaganfallskala in der vorgegebenen Reihenfolge. Notieren Sie das Ergebnis jeder Kategorie unmittelbar nach der Untersuchung der jeweiligen Subskala. Gehen Sie nicht zurück und ändern Sie kein Ergebnis. Folgen Sie den Anweisungen für die jeweiligen Untersuchungen.

Es muss stets die erste gegebene Antwort bewertet werden, nicht eine eventuelle Korrektur, da davon ausgegangen werden kann, dass die erste Antwort am ehesten reproduzierbar ist.

Der Patient sollte, auch wenn dies der gängigen Praxis der neurologischen Untersuchung widerspricht, nicht wiederholt zu bestimmten Bewegungen, Aussagen etc. aufgefordert werden, weil dies einen nicht reproduzierbaren Trainingseffekt darstellen würde. Eine Ausnahme hierzu stellt Untersuchungspunkt 2 dar: „Blickbewegungen“.

Es soll bewertet werden, was der Patient tatsächlich tut oder sagt und nicht, was er nach Ansicht des Untersuchers entsprechend der (vermuteten) Läsion tun oder sagen könnte. Jedes Item muss gescort werden.

Der Score reicht von 0 (= kein Defizit) bis 42 Punkte, tatsächlich erreichbar sind jedoch höchstens 40 Punkte, da beim komatösen, also schwerstbetroffenen Patienten im Unterpunkt 7 („Extremitäten-Ataxie“) per Festlegung „keine Ataxie“ (= 0 Punkte) gescort wird.



Vorbestehende Defizite müssen mitgescort werden (etwa eine vorbestehende Hemiparese auf der nicht aktuell betroffenen Seite).

Die Untersuchungsergebnisse sollen unmittelbar nach der Untersuchung notiert werden, am besten sollte, insbesondere vom ungeübten Beurteiler, der Bogen Punkt für Punkt durchgegangen und der Score sofort notiert werden.

Wenn ein Unterpunkt nicht beurteilt werden kann (z.B. Parese in gebrochenem Bein oder Dysarthrie beim Intubierten) wird mit einer 9 markiert und eine kurze Begründung angegeben. Die so markierten Scores gehen nicht in den Gesamtscore mit ein, das heißt, sie werden mit 0 Punkten gewertet. (Diese Möglichkeit ist vorgesehen bei: Motorik von Armen und Beinen, Ataxie, Dysarthrie.) Bei der Gesamtauswertung einer Studie können die so markierten Items gegebenenfalls durch die Studienleitung nachgescort werden (einheitlich).

Der in der NIHSS-Version für die NINDS-Studie mitaufgeführte Unterpunkt „distal motor function“ geht nicht in den Gesamtscore mit ein, muss also auch nicht unbedingt mitgeprüft werden (kann natürlich je nach Studiendesign zusätzliche Informationen bieten).



1a. Bewusstseinszustand

Dem Patienten zwei oder drei allgemeine Fragen stellen oder nach Mimik bzw. Augenkontakt urteilen, wenn eine Evaluation durch Tubus, Sprachbarriere oder orotracheales Trauma erschwert ist. Gegebenenfalls die Reaktion auf Schmerzreize prüfen.

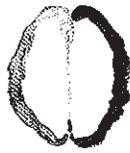
3 Punkte werden nur gegeben, wenn keine Reaktion oder bestenfalls Automatismen oder reflexbedingte Lageänderungen zu erhalten sind.

1b. Fragen zum Bewusstseinszustand

Den aktuellen Monat und das Alter des Patienten erfragen. Keine Hilfestellung geben. Nur die erste Aussage wird gewertet. Wenn der Patient zunächst falsch antwortet und sich dann korrigiert, gilt die Aussage als falsch.

Bei Unfähigkeit zu sprechen, soll der Patient die Antworten aufschreiben (ankreuzen vorgegebener Antworten reicht nicht aus).

Patienten, die aufgrund einer Aphasie, Bewusstseinsstrübung oder Koma die Fragen nicht verstehen, werden mit 2 Punkten beurteilt. Hingegen werden Patienten mit Sprechproblemen, die nicht durch Aphasie bedingt sind, wie etwa bei Sprachbarriere,



orotrachealem Trauma, intubierte oder schwer dysarthrische Patienten, die sich außerdem nicht durch Schreiben verständlich machen können, mit 1 Punkt eingeschätzt.

1c. Aufforderung zur Ermittlung des Bewusstseinszustandes

Augen öffnen und schließen lassen; mit der nicht-paretischen Hand Faust machen und öffnen lassen. Nur die erste Ausführung werten. Wenn die Durchführung beispielsweise des Faustschlusses (etwa wegen Gipsverband) nicht möglich ist, kann die Aufforderung durch andere einfache Befehle ersetzt werden.

Wenn der Patient verbale Aufforderungen nicht befolgen kann, sollte ihm die Bewegung vorgeführt werden (Pantomime). Die Befolgung wird dann genau wie nach verbaler Aufforderung mit 1 oder 2 Punkten bewertet.

Eine unvollständige, aber richtige Ausführung des Kommandos wegen körperlicher Schwäche wird als korrekt (= 0 Punkte) beurteilt.

Beim komatösen Patienten werden 2 Punkte gegeben.



2. Blickbewegungen

Die spontane Bulbusstellung und Folgebewegungen sollen beachtet werden. Dabei werden nur horizontale Augenbewegungen geprüft: der Blick soll dem Finger des Untersuchers aus der Mittelstellung ganz nach rechts und links temporal folgen.

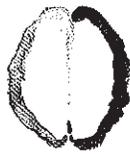
Eine Nervenlähmung des III., IV., VI. Hirnnerven wird mit 1 Punkt bewertet.

Eine konjugierte Blickparese, die durch Willkür oder Reflexbewegungen überwunden werden kann, wird mit 1 Punkt gescort.

Bei Koma wird die Überwindbarkeit einer etwaigen Blickparese mit dem okulocephalen Manöver geprüft. Es soll keine kalorische Prüfung durchgeführt werden. Bei okulärem Trauma, vorbestehender Blindheit oder anderen Störungen sollen ebenfalls Reflexbewegungen geprüft werden und der Untersucher soll nach seinem Ermessen ein Urteil treffen.

Dieses Item kann auch bei allen Aphasikern geprüft werden. Der Untersucher kann in diesem Fall Blickkontakt mit dem Patienten aufnehmen und dann auf die andere Bettseite hinüberwechseln. Dabei wird beobachtet, ob der Blick des Patienten den Bewegungen des Untersuchers folgen kann.

Hier wird, abweichend vom Vorgehen in den anderen Unterpunkten, nicht nur der erste Versuch des



Patienten beurteilt. Vielmehr wird mit dem dargestellten Mittel versucht, die bestmöglichen Blickbewegungen des Patienten zu erfassen.

(Bei diesem Unterpunkt besonders sorgfältig untersuchen und scoren! Die Reliabilität ist hier nur unter Beachtung der obenstehenden Anweisungen und nach entsprechendem Training ausreichend hoch.)

3. Gesichtsfeld

Fingerperimetrisch auf Gesichtsfelddefekte prüfen (z.B. Finger zählen lassen). Immer obere und untere Quadranten prüfen. Dann auf Auslöschungsphänomenen bei beidseitiger Prüfung testen. Wenn ein Auslöschungsphänomen bei beidseitiger Prüfung vorliegt, obwohl im betreffenden Gesichtsfeld kein Defekt zu eruieren war, wird 1 Punkt gegeben. Dieses Ergebnis muss auch unter Unterpunkt 11 („Auslöschung und Nichtbeachtung“) Berücksichtigung finden! (Siehe dort.)

Bei einseitiger Amaurose oder Glasauge wird das Gesichtsfeld auf dem anderen Auge geprüft und dann bewertet, als wären beide Augen untersucht worden.

Bei Blindheit des Patienten werden 3 Punkte gegeben. Bei Bewusstseins- oder Verständnisstörungen und beim komatösen Patienten die Schreckreaktion in



den Gesichtsfeldern seitengetreunt prüfen. Liegt eine asymmetrische Läsion vor, werden 2 Punkte gescort, bleibt eine Reaktion beidseits aus, werden 3 Punkte gescort.

4. Fazialisparese

Auf verbale oder pantomimische Aufforderung Zähne zeigen, Augen schließen, Stirne runzeln lassen. Liegt eine Asymmetrie vor? Beim verwirrten oder aphasischen Patienten kann die Grimasse auf Schmerzreiz beurteilt werden. Nur wenn eindeutig die Fazialisfunktion unbeeinträchtigt nachgewiesen werden kann, werden 0 Punkte gescort.

Für eine verstrichene Nasolabialfalte oder eine fragliche Parese wird 1 Punkt notiert. Jede deutliche zentrale Parese wird mit 2 Punkten gewertet.

3 Punkte werden gegeben, wenn beidseitige Parese vorliegt; Mund-, Augen- und Stirnast betroffen sind (periphere/nukleäre Parese); der Patient komatös ist. (Bei diesem Unterpunkt besonders sorgfältig untersuchen und scoren! Die Reliabilität ist hier nur unter Beachtung der obenstehenden Anweisungen und nach entsprechendem Training ausreichend hoch.)



5./6. Motorik von Armen und Beinen

Die Extremität wird in die passende Lage gebracht: ausgestreckte Arme (Handflächen nach unten) in 90°-Position (sitzender Patient) oder in 45°-Position (liegender Patient) und gestreckte Beine in 30°-Position (Beine stets am liegenden Patienten untersuchen). Ein Absinken liegt vor, wenn ein Arm vor Ablauf von 10 Sekunden oder ein Bein vor Ablauf von 5 Sekunden absinkt.

Jede Gliedmaße wird reihum getestet, mit dem nicht-paretischen Arm (sofern bekannt) wird begonnen. Dabei soll der Untersucher mit sofortigem Beginn laut zählen und die Sekunden mit den Fingern im Gesichtsfeld des Patienten demonstrieren.

Aphasiker werden pantomimisch und durch auffordernden Ton motiviert, aber nicht durch Schmerzreiz.

Wenn die Extremität nicht gegen die Schwerkraft angehoben werden kann bzw. herabfällt, aber minimale Bewegungen auf der Unterlage beobachtet werden können, sollen 3 Punkte gescort werden.

Bei Koma sollen jeweils 4 Punkte gescort werden, da keine Willkürmotorik vorhanden ist. Bei Amputation, Gelenkversteifung, Gipsverband o.ä. sollen 9 Punkte gescort und eine Begründung angegeben werden.



7. Extremitätenataxie

Hier sollen Anhaltspunkte für eine einseitige Kleinhirnläsion gefunden werden. Es werden reihum alle vier Extremitäten geprüft. Die Augen sollen bei den Prüfungen geöffnet sein. Die oberen Extremitäten werden geprüft, indem man den Patienten mit dem Zeigefinger der jeweiligen Hand abwechselnd auf seine Nase und den Finger des Untersuchers tippen lässt. Bei Blindheit soll ersatzweise der bekannte Finger-Nase-Versuch durchgeführt werden.

Die unteren Extremitäten werden mittels Knie-Hacke-Versuch geprüft.

Die Versuche können auch (z.B. bei Aphasikern) zunächst passiv vom Untersucher durchgeführt werden, dann vom Patienten wiederholt und dabei beurteilt werden.

Die Ataxie wird nur dann gewertet, wenn sie definitiv nachweisbar ist.

Wenn die Ataxie paralysebedingt nicht beurteilbar ist, soll „keine Ataxie“ = 0 Punkte angekreuzt werden. Bei bestehender leichter Parese muss die Ataxie deutlich über das Maß einer paresebedingten Schwäche hinausgehen, um als Ataxie bewertet zu werden. Wenn der Patient eine Übung trotz Hilfestellung nicht versteht und nicht durchführt, sowie beim komatösen Patienten, soll „keine Ataxie“ = 0 Punkte gewertet werden.



Liegt die Ataxie in mindestens zwei Gliedmaßen vor, wird bereits das erreichbare Maximum von 2 Punkten gescort.

Wenn bei Fraktur oder bei Amputation o. ä. nicht auf Ataxie geprüft werden kann, sollen 9 Punkte gescort und eine Begründung angegeben werden.

Die im Untersuchungsbogen angegebenen Unterpunkte für rechter Arm, linker Arm, rechtes Bein, linkes Bein, gehen nicht in den Gesamtscore mit ein. Sie dienen nur zur zusätzlichen Informationsgewinnung für die Studienleiter.

(Bei diesem Unterpunkt besonders sorgfältig untersuchen und scoren! Die Reliabilität ist hier nur unter Beachtung der obenstehenden Anweisungen und nach entsprechendem Training ausreichend hoch.)

8. Sensibilität

Mit spitzem Gegenstand beidseitig prüfen. Nicht durch Kleidung hindurch testen.

Es werden nur Defizite, die sich einem Infarkt zuordnen lassen, gewertet; Hände und Füße sollen nicht geprüft werden. Nur halbseitige Störungen gelten als pathologisch, zusätzlich beidseitige Sensibilitätsstörung bei Hirnstamminfarkt (oder Z. n. Infarkt auf Gegenseite o. ä.). Bei beidseitigem Sensibilitätsausfall werden 2 Punkte gegeben.



Wenn aufgrund einer Bewusstseinsstörung oder Verständnisschwierigkeiten die Sensibilität nicht beurteilbar ist, soll „normal“ (0 Punkte) angekreuzt werden, außer es fänden sich eindeutig seitendifferente Reaktionen auf Schmerzreiz, die nicht durch eine etwaige Parese verfälscht sind (dann 1 Punkt). Tetraplegiker allerdings, die keine Reaktion zeigen, werden mit 2 Punkten gescort. Bei Koma sollen ebenfalls 2 Punkte gegeben werden. Sonst werden 2 Punkte nur bei deutlich zu demonstrierendem, vollständigem oder nahezu vollständigem Ausfall der Sensibilität gegeben.

9. Sprache

Ein Anhalt ergibt sich bereits aus dem bisher geführten Untersuchungsgespräch mit dem Patienten.

Genauere Prüfung nur durch: 1.) Beschreibung des beigefügten szenischen Bildes, 2.) Benennung der Gegenstände auf dem beigefügten Erkennungsbogen, 3.) Vorlesen der beigefügten Satzliste.

Intubierte Patienten sollen sich schriftlich verständlich machen.

Blinde oder sehgestörte Patienten sollen Gegenstände durch Betasten erkennen und benennen, es werden Sprachproduktion und das Nachsprechen von Sätzen geprüft.



Der komatöse Patient wird als „global aphasisch“ (= 3 Punkte) gewertet.

Bei stuporösen Patienten oder mangelnder Kooperation muss der Untersucher die Sprachleistung einschätzen. „Globale Aphasie“ (= 3 Punkte) sollte jedoch nur markiert werden, wenn der Patient vollständig stumm ist und keine einfachen Aufforderungen befolgt. In diesem Unterpunkt wird nicht nur die erste Antwort beurteilt, sondern versucht, die Sprachleistung angemessen einzuschätzen.

10. Dysarthrie

Bei nicht-aphasischen wie aphasischen Patienten soll zunächst die Spontansprache beurteilt werden. Zur genaueren Prüfung soll dann durch den Patienten die beigegefügte Wortliste vorgelesen oder nachgesprochen (z. B. Sehstörungen, Aphasie) werden.

Bei schwerer Aphasie muss sich die Einschätzung auf die Spontansprache beschränken.

Patienten, die nicht antworten, keine verwertbare Sprachproduktion aufweisen oder stumm sind, werden mit 2 Punkten gescort. Auch komatöse Patienten werden mit 2 Punkten gescort.

Eine eventuell vorliegende Dysarthrie kann beispielsweise bei intubierten Patienten nicht eingeschätzt werden, dann 9 Punkte scoren und Begründung angeben.



11. Auslöschung und Nichtbeachtung (Neglect)

Im bisherigen Untersuchungsgang haben sich möglicherweise schon Hinweise auf einen Neglect ergeben. Darüber hinaus werden geprüft: Auslöschungs- und Vernachlässigungsphänomene visueller und sensibler Art.

Prüfung visuell (vergleiche Gesichtsfeldprüfung): Der Patient schaut auf die Nase des Untersuchers.

Der Untersucher bewegt die Finger beider Hände zunächst einseitig, dann beidseitig in beiden temporalen Gesichtsfeldern (alternativ: Finger zählen lassen). Ein Auslöschungsphänomen liegt vor, wenn der Patient bei simultaner beidseitiger Prüfung den Reiz auf einer Seite nicht mehr wahrnimmt, obwohl das Gesichtsfeld auf dieser Seite bei einseitiger Prüfung unauffällig ist. (Wenn dieses Phänomen vorliegt, muss bei Unterpunkt 3 = Gesichtsfeld 1 Punkt gegeben worden sein.)

Prüfung sensibel: Zunächst einseitige, dann simultane bilaterale Sensibilitätsprüfung bei geschlossenen Augen. Beurteilung analog zur visuellen Prüfung.

Gescort wird 1 Punkt, wenn nur eine Sinnesmodalität betroffen ist, 2 Punkte, wenn beide Modalitäten betroffen sind.



Bei halbseitiger Sensibilitätsstörung oder Hemianopsie soll die erhaltene Sinnesmodalität geprüft werden. Wenn diese keinen Neglect aufweist, wird „normal“ = 0 Punkte gescort.

Das Defizit Neglect wird nur gescort, wenn es tatsächlich vorliegt, bei Aphasie oder Verständigungsschwierigkeiten, aber anscheinend fehlendem Neglect wird deshalb „normal“ = 0 Punkte gescort. Ausnahme: Bei Koma werden 2 Punkte gegeben.

Anosognosie oder andere deutliche Neglectphänomene als Auslöschung und Vernachlässigung werden mit 1 Punkt gescort.



NIH Schlaganfall-Skala

1a. Bewusstseinszustand

- Wach unmittelbar antwortend..... 0
- Benommen, aber durch geringe Stimulation zum Befolgen von Aufforderungen, Antworten oder Reaktionen zu bewegen..... 1
- Stuporös, bedarf wiederholter Stimulation, um aufmerksam zu sein, oder ist somnolent und bedarf starker oder schmerzhafter Stimuli zum Erzielen von Bewegungen (keine Stereotypen)..... 2
- Koma, antwortet nur mit motorischen oder vegetativen Reflexen oder reagiert gar nicht, ist schlaff und ohne Reflexe..... 3

1b. Fragen zum Bewusstseinszustand

Monat, Alter des Patienten

- Beantwortet beide Fragen richtig..... 0
- Beantwortet eine Frage richtig..... 1
- Beantwortet keine Frage richtig..... 2

1c. Aufforderungen zur Ermittlung des Bewusstseinszustandes

Augen öffnen und schließen, Faust machen und öffnen (nicht paretische Hand), ggf. Pantomime

- Führt beide Aufgaben richtig aus..... 0
- Führt eine Aufgabe richtig aus..... 1
- Führt keine Aufgabe richtig aus..... 2

2. Blickbewegungen

Blick folgt dem Finger des Untersuchers

- Normal..... 0
- Partielle Blickparese. Dieser Punktwert wird vergeben, wenn die Blickrichtung von einem oder beiden Augen abnormal ist, jedoch keine forcierte Blickdeviation oder komplette Blickparese besteht..... 1
- Forcierte Blickdeviation oder komplette Blickparese, die durch Ausführen des okulocephalen Reflexes nicht überwunden werden kann..... 2



3. Gesichtsfelder

Visuelle Gesten oder Finger zählen

- Keine Gesichtsfeldeinschränkung 0
- Partielle Hemianopsie 1
- Komplette Hemianopsie 2
- Bilaterale Hemianopsie 3
(Blindheit inkl. kortikaler Blindheit)

4. Facialisparese

Zähne zeigen, Stirn runzeln, Augen schließen

- Normale symmetrische Bewegungen 0
- Geringe Parese (abgeflachte Nasolabialfalte, Asymmetrie beim Lächeln) 1
- Partielle Parese (vollständige oder fast vollständige Parese des unteren Gesichts) 2
- Vollständige Parese von ein oder zwei Seiten (Fehlen von Bewegungen im oberen und unteren Teil des Gesichts) 3

5./6. Motorik von Armen und Beinen

5. Arme links rechts

Arme in 90°-Position bringen

- Kein Absinken, die Extremität wird über 10 Sekunden in der 90°- (oder 45°-) Position gehalten 0 0
- Absinken, Extremität wird zunächst bei 90° (oder 45°) gehalten, sinkt aber vor Ablauf von 10 Sekunden ab; das Bett oder eine andere Unterlage wird nicht berührt 1 1
- Anheben gegen Schwerkraft möglich; Extremität kann die 90°- (oder 45°-) Position nicht erreichen oder halten, sinkt auf das Bett ab, kann aber gegen Schwerkraft angehoben werden 2 2
- Kein (aktives) Anheben gegen Schwerkraft, Extremität fällt 3 3
- Keine Bewegung 4 4
- Amputation, Gelenkversteifung 9 9
Bewertung mit 9 = „Amputation“ bitte als 0 zählen.

Bitte erklären:

.....



6. Beine links rechts

Beine in 45°-Position bringen

- Kein Absinken, Bein bleibt über 5 Sekunden in der 30°-Position 0 0
- Absinken, Bein sinkt am Ende der 5 Sekundenperiode, berührt das Bett jedoch nicht 1 1
- Aktive Bewegung gegen Schwerkraft, das Bein sinkt binnen 5 Sekunden auf das Bett ab, kann aber gegen die Schwerkraft gehoben werden 2 2
- Kein Anheben gegen die Schwerkraft, Bein fällt sofort auf das Bett 3 3
- Keine Bewegung 4 4
- Amputation, Gelenkversteifung 9 9
Bewertung mit 9 = „Amputation“ bitte als 0 zählen.

Bitte erklären:

.....

7. Extremitätenataxie

Finger-Nase-Finger bzw. Ferse-Hacke-Versuch

- Fehlend 0
- In einer Extremität vorhanden 1
- In zwei Extremitäten vorhanden 2

Nur das erste Item „Extremitätenataxie“ zählen, die Unterpunkte rechter/liinker Arm bzw. rechtes/linkes Bein dienen nur der Information.

Falls vorhanden besteht die Ataxie in

Rechtem Arm

- Nein 1
- Ja 2
- Amputation, Gelenkversteifung 9

Bitte erklären:

.....



Linkem Arm

- Nein 1
- Ja 2
- Amputation, Gelenkversteifung 9

Bitte erklären:

.....

Rechtem Bein

- Nein 1
- Ja 2
- Amputation, Gelenkversteifung 9

Bitte erklären:

.....

Linkem Bein

- Nein 1
- Ja 2
- Amputation, Gelenkversteifung 9

Bitte erklären:

.....

8. Sensibilität

Nadel-Schmerzreize bei Armen, Beinen, Körper, Gesicht

- Normal; kein Sensibilitätsverlust 0
- Leichter bis mittelschwerer Sensibilitätsverlust, Patient empfindet Nadelstiche auf der betroffenen Seite als weniger scharf oder stumpf oder es besteht ein Verlust des Oberflächenschmerzes für Nadelstiche, doch nimmt der Patient die Berührung wahr 1
- Schwerer bis vollständiger Sensibilitätsverlust, Patient nimmt die Berührung von Gesicht, Arm und Bein nicht wahr 2



9. Sprache

Benennung von Gegenständen, Beschreibung des Bildes, Lesen der Satzliste

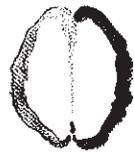
- Keine Aphasie; normal 0
- Leichte bis mittelschwere Aphasie; deutliche Einschränkung der Wortflüssigkeit oder des Sprachverständnisses, keine relevante Einschränkung von Umfang und Art des Ausdruckes. Die Einschränkung des Sprachvermögens und/oder des Sprachverständnisses macht die Unterhaltung über die vorgelegten Untersuchungsmaterialien jedoch schwierig bis unmöglich. Beispielsweise kann der Untersucher in einer Unterhaltung über die vorgelegten Materialien anhand der Antwort des Patienten ein Bild oder eine Wortkarte zuordnen 1
- Schwere Aphasie, die gesamte Kommunikation findet über fragmentierte Ausdrucksformen statt. Der Zuhörer muss das Gesagte in großem Umfang interpretieren, nachfragen oder erraten. Der Umfang an Information, der ausgetauscht werden kann, ist begrenzt, der Zuhörer trägt im Wesentlichen die Kommunikation. Der Untersucher kann die vorgelegten Materialien anhand der Antworten des Patienten nicht zuordnen 2
- Stumm, globale Aphasie, keine verwendbare Sprachproduktion oder kein Sprachverständnis 3

10. Dysarthrie

Vorlesen der Wortliste

- Normal 0
 - Leicht bis mittelschwer; der Patient spricht zumindest einige Wörter verwaschen und kann schlimmstenfalls nur mit Schwierigkeiten verstanden werden 1
 - Schwer, die verwaschene Sprache des Patienten ist unverständlich und beruht nicht auf einer Aphasie oder übersteigt das auf eine Aphasie zurückführende Maß oder Patient ist stumm/anarthrisch 2
 - Intubation oder andere mechanische Behinderungen 9
- Bewertung mit 9 = „Intubation oder andere mechanische Behinderungen“ bitte als 0 zählen.
Bitte erklären:

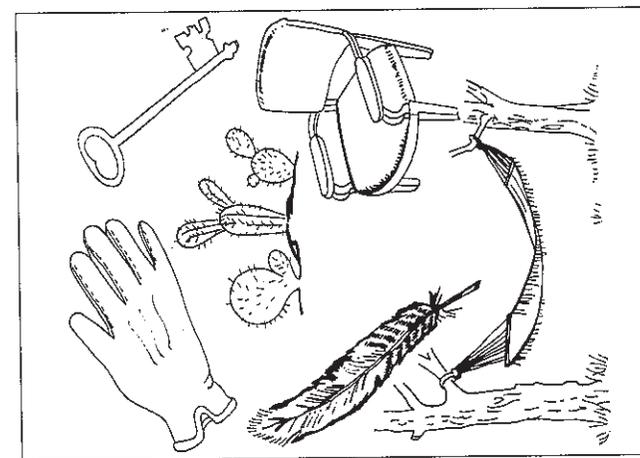
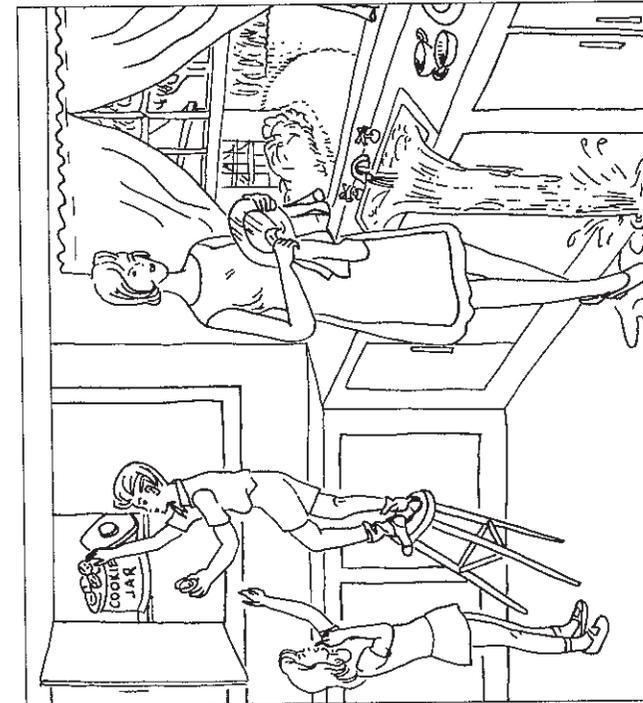
.....

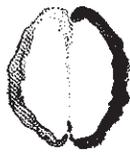


11. Auslöschung und Nichtbeachtung (früher: Neglect)

Verwendung der vorangegangenen Untersuchungen

- Keine Abnormalität..... 0
- Visuelle, taktile, auditive, räumliche oder personenbezogene Unaufmerksamkeit oder Auslöschung bei der Überprüfung von gleichzeitiger bilateraler Stimulation in einer der sensiblen Qualitäten..... 1
- Schwere halbseitige Unaufmerksamkeit oder halbseitige Unaufmerksamkeit in mehr als einer Qualität. Kein Erkennen der eigenen Hand oder Orientierung nur zu einer Seite des Raums..... 2





STUHL

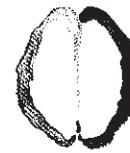
KREIS

DREIECK

TROPFEN

FÜNFZEHN

**SIEBENHUNDERT-
EINUNDZWANZIG**



Wissen Sie schon

Auf die Erde

**Ich ging von der
Arbeit nach Hause**

**Am Tisch im
Esszimmer**

**Sie hörten ihn
gestern Abend im
Radio sprechen**