

Die Bedeutung der ICF für die Aphasitherapie in der Rehabilitation

Holger Grötzbach

Zusammenfassung

Die ICF stellt einen theoretischen Rahmen für die moderne Rehabilitation zur Verfügung. Ihr Konzept wird zukünftig den Verordnungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen zugrunde liegen. In der ICF steht die funktionelle Gesundheit im Mittelpunkt des Interesses. Daraus ergeben sich für den Bereich Aphasie mehrere Konsequenzen: 1. Der syndrom-orientierte Ansatz verliert an Bedeutung; 2. die Aphasiediagnostik ist durch Verfahren zu ergänzen, die sich auf den Alltag beziehen; 3. im Therapieverlauf ist der Fokus zunächst auf Funktionsziele, später dann auf Alltagsziele zu legen; 4. hierarchisch organisierte Arbeitsformen sind zugunsten einer interdisziplinären Zusammenarbeit aufzugeben.

SCHLÜSSELWÖRTER: ICF-Komponenten – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – Aphasiediagnostik – Alltags- und Funktionsziele – interdisziplinäre Teamarbeit

Einleitung

Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) wurde im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und im Mai 2001 von der Vollversammlung verabschiedet (WHO, 2001). Ihre deutsche Übersetzung erschien als Online-Version ein Jahr später unter dem Titel „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (dimdi, 2002). Die ICF löst die vorangehende ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) ab, die aus dem Jahr 1980 stammt (WHO, 1980) und die im Jahr 2000 unter der Bezeichnung ICDH-2 (International Classification of Functioning and Disability) überarbeitet worden ist (WHO, 2000). Zur Entwicklung der ICF hat neben anderen Gründen auch ein immer größer werdendes

Unbehagen am traditionellen Verständnis von Krankheit und Behinderung beigetragen (Frommelt & Grötzbach, 2005). Danach werden Behinderungen, vereinfacht dargestellt, auf bloße Schädigungen des Organismus reduziert. Das Ziel der Medizin ist es, den Organschaden zu beheben, um eine „Restitutio ad integrum“ zu erreichen. Eine vollständige Wiederherstellung der Gesundheit ist jedoch nicht in jedem Falle möglich. So muss eine Reihe von Menschen mit einer bleibenden Behinderung, z. B. als Folge eines Schlaganfalls, leben. Bei diesen Menschen liegt die Aufgabe darin, ihnen eine Teilhabe an gewünschten Lebensbereichen trotz ihrer Behinderung zu ermöglichen (Fries et al., 2005). Im Gegensatz zur kurativen Medizin verfolgt die Rehabilitationsmedizin also das Ziel einer „Restitutio ad optimum“ (Rentsch, 2005). Die ICF stellt dafür einen theoretischen Rahmen zur Verfügung.



Holger Grötzbach, M.A. studierte Linguistik, Psychologie und Philosophie in Bonn und Berlin. Von 1984 bis 1987 war er am Max-Planck-Institut für Psycholinguistik beschäftigt. Seit 1988 ist er Mitarbeiter und seit 1995 Leiter der Abteilung Sprachtherapie in der Asklepios Klinik Schaufling. Er ist nebenberuflicher Dozent an der staatlichen BFS für Logopädie München, an der privaten BFS für Logopädie Straubing, an der Uni Regensburg und an der FH Linz. Zusammen mit Peter Frommelt ist er Mitherausgeber des Buchs „NeuroRehabilitation“ (1999), und gemeinsam mit Meike Schöler schrieb er das Buch „Aphasie – Wege aus dem Sprachschlingen“ (2004).

Ein weiteres Merkmal des traditionellen medizinischen Verständnisses ist es, sich auf die Diagnosen oder die Symptome einer Erkrankung zu konzentrieren. Dies spiegelt sich u. a. in dem Gebrauch der ICD (International Classification of Diseases) wider, mit der Diagnosen verschlüsselt werden können (dimdi, 2005). In der ICD finden sich beispielsweise mehrere Schlüssel für die Diagnose „Schlaganfall“. Keiner von ihnen sagt jedoch etwas darüber aus, mit welchen Schwierigkeiten der Betroffene im Alltag zu kämpfen hat. Ebenso bleibt offen, über welche Ressourcen und Hilfen der Betroffene verfügt, um seinen Schwierigkeiten zu begegnen. Mit der ICF können dagegen sowohl die Defizite als auch die Ressourcen erfasst werden. Die ICF betritt damit Neuland: Sie bildet unter dem sperrigen Begriff der „Funktionsfähigkeit“ das komplexe Zusammenspiel zwischen Behinderungen einerseits und erhaltenen Fähigkeiten andererseits ab. Die ICF geht noch einen Schritt

weiter: Sie betrachtet auch den gesamten Lebenshintergrund einer erkrankten Person (Bucher et al., 2005). Dazu gehören die sozialen Beziehungen, die (physische) Umwelt, die Versorgungsstrukturen und die Gesetze, durch die finanzielle Ansprüche behinderter Menschen geregelt werden. Der Lebenshintergrund von Patienten wird mit Hilfe von „Kontextfaktoren“ erfasst (s. unten). Die ICF trägt jedoch nicht nur zu einem neuen Verständnis von Krankheit und Behinderung bei, sondern sie hat in Deutschland auch zu einer Überarbeitung der Sozialgesetze, der Rehabilitationsrichtlinien sowie der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln geführt (Nüchtern, 2005). Wichtige Konsequenzen aus der Überarbeitung ergeben sich vor allem für die niedergelassenen Vertragsärzte, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen (Beyer & Gibis, 2005). Dazu sind ab April 2006 nur noch diejenigen berechtigt, die eine der Qualifikationen in Tabelle 1

nachweisen können. Vertragsärzte ohne Nachweis müssen Patienten, für die sie Verordnungen ausstellen möchten, zukünftig an einen entsprechend qualifizierten Kollegen überweisen.

Zur Verordnung von stationären Rehabilitationsleistungen ist ein Formular entwickelt worden (Formular 61, Teil A bis D), das aus vier Seiten besteht (Beyer & Gibis, 2005). Dieses Formular ist vom Arzt vollständig auszufüllen. Es enthält eine Reihe von Angaben, zu denen neben der Sozialanamnese und klinischen Anamnese vor allem eine Darstellung der Rehabilitationsziele aus Sicht des Arztes, des Patienten und der Angehörigen gehören. Da sich alle Angaben konzeptuell und begrifflich auf die ICF beziehen, muss der ausfüllende Arzt den Aufbau und die Terminologie der ICF kennen. Über die gleichen Kenntnisse müssen jedoch auch die Empfänger des Formulars verfügen, zu denen die MitarbeiterInnen der Krankenkassen und der Reha-

bilitationseinrichtungen zählen. Der Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Beteiligten beruht damit zukünftig überwiegend auf der Terminologie der ICF.

Im Gegensatz zur stationären Rehabilitation ist die ICF in den ambulanten Bereich bislang weder als gemeinsame Sprache noch als Basis für die Verordnung eingegangen. Es ist jedoch durchaus denkbar, dass sich dies ändert. Die ICF würde dann eine Basis für den weitaus größten Anteil der Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland darstellen. Dies hätte zur Folge, dass sich alle, die in der Rehabilitation arbeiten, mit der ICF beschäftigen müssten.

Aufbau der ICF

Die ICF ist keine leicht zu verstehende Klassifikation. Dies liegt zum einen daran, dass eine Reihe von Begriffen verwendet wird, die aufgrund ihrer Abstraktion nur schwer zugänglich sind (Frommelt & Grötzbach, 2005). Zum anderen enthält die ICF sowohl Unklarheiten als auch Widersprüche (Meyer, 2004). Schließlich stellt die ICF-Klassifikation weder ein Messinstrument dar, noch sind ihr Messinstrumente zugeordnet worden. Damit ist offen, auf welcher Grundlage die Klassifikation erfolgen soll. Vermutlich werden sich in den nächsten Jahren einige Forscher damit beschäftigen, Messinstrumente für die ICF zu entwickeln. Wie in Abbildung 1 (nächste Seite) zu sehen ist, setzt sich die ICF aus mehreren Komponenten zusammen, die in wechselseitiger Beziehung stehen. Eine Erläuterung der ICF-Komponenten findet sich in Tabelle 2 (nächste Seite).

Tab. 1: Anforderungen an niedergelassene Vertragsärzte

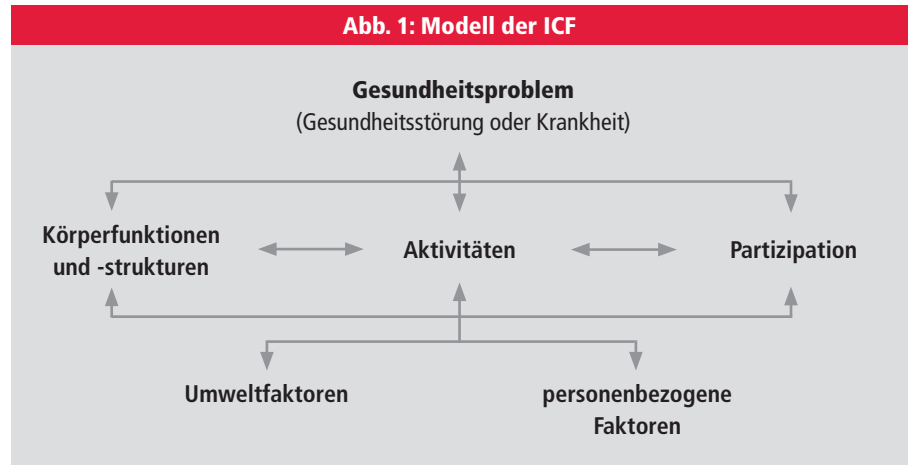
Ab April 2006 müssen niedergelassene Vertragsärzte folgende Voraussetzungen erfüllen, um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen zu dürfen (nach Beyer & Gibis, 2005):

1. Führen der Gebiets- bzw. Bereichsbezeichnung „physikalische und rehabilitative Medizin“, „Rehabilitationswesen“, „Sozialmedizin“, „Geriatric“, „klinische Geriatric“ oder
2. Nachweis einer einjährigen Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung oder
3. Erstellung von mindestens 20 Rehabilitationsgutachten ein Jahr vor Antragsstellung oder
4. erfolgreiche Teilnahme an einer insgesamt 16-stündigen ICF-Fortbildung, wobei die Fortbildung von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannt sein muss.

Körperfunktion

In der neurologischen Rehabilitation spielt die Komponente der „Körperfunktion“ eine wichtige Rolle. Für LogopädInnen sind insbesondere diejenigen Kapitel interessant, in denen es um die „mentalen Funktionen“ (Kapitel 1) und die „Stimm- und Sprechfunktionen“ (Kapitel 3) geht. Obwohl die Terminologie der insgesamt acht Kapitel der Körperfunktionen teilweise umständlich und eigenartig klingt, ermöglicht sie dennoch eine interdisziplinäre Beschreibung neuropsychologischer und physiologischer Aspekte.

So findet sich in Kapitel 1 der Haupteintrag (oder in der ICF-Sprache „die Domäne“) „spezifische mentale Funktionen“, zu dem der Unterpunkt (oder in der ICF-Sprache „die Kategorie“) „kognitiv-sprachliche Funktionen“ gehört. Eine Präzisierung der Sprachfunktionen erfolgt durch die Unterkategorie „Sprachverständnis“ (Kategorie



b 1670), das sich weiter in das „auditive Sprachverständnis“ (Kategorie b 16700) und das „Lesesinnverständnis“ (Kategorie b 16701) differenziert. Da es für die Sprachproduktion eine parallel angelegte Klassifikation gibt, können alle wesentlichen Aspekte gestörter Sprache erfasst werden.

Die Kategorien des Kapitels „mentale Funktionen“ dürften den meisten Anwendern vertraut sein. Sie entsprechen den Bereichen, die mit Hilfe neuropsychologischer Tests (wie z. B. dem AAT) überprüft werden. Das Ziel der Sprachtests ist es, Patienten ohne Aphasie von Patienten mit einer Aphasie zu trennen, den Schweregrad einer gestörten Sprachmodalität festzustellen oder eine Störung innerhalb eines Sprachmodells zu lokalisieren (Aichert & Kiermeier, 2005). Aussagen darüber, wie sich die Störungen auf den Alltag eines Patienten auswirken, sind mit den Tests noch nicht möglich. Sie können erst mit Messinstrumenten getroffen werden, die sich auf die Kategorien der Komponenten „Aktivität“ und „Partizipation“ beziehen (s. unten).

Tab. 2: Die ICF-Komponenten

Komponente	erfasst	Beispiele	Störung
Körperfunktion	psychische und physiologische Funktionen von Körpersystemen	Denken Sprache Schmerz Muskelkraft	Funktionsschädigung (impairment)
Körperstruktur	anatomische Teile des Körpers (Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile)	Mediainfarkt Oberschenkelhalsbruch	Strukturschädigung (impairment)
Aktivität	die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion); der Mensch als selbstständig handelndes Subjekt	Gehen Treppensteigen sich unterhalten Zeitung lesen	Aktivitäts- oder Leistungsstörung (activity limitation)
Partizipation	das Einbezogenensein in eine Lebenssituation; der Mensch als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt	Rolle als Familienvater Ausübung eines Ehrenamtes	Beeinträchtigung der Partizipation (participation restriction)
Umweltfaktoren	die physikalische, soziale und einstellungsbezogene Umwelt mit ihren hindernden und unterstützenden Faktoren auf die Funktionsfähigkeit einer Person	ambulante Pflegedienste öffentliche Verkehrsmittel Familienangehörige technische Hilfsmittel gesetzliche Regelungen	Barrieren (barriers) Förderfaktoren (facilitators)
Personenbezogene Faktoren	Attribute oder Eigenschaften einer Person, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder ihres funktionellen Zustands sind	Alter Geschlecht Gewohnheiten Erziehung Charakter	personenbezogene Faktoren werden in der ICF (bislang) nicht klassifiziert

Körperstruktur

Obwohl die Komponente „Körperstruktur“ ebenfalls aus insgesamt acht Kapiteln besteht, sind nur einige wenige Kategorien von ihnen in der neurologischen Rehabilitation von Interesse. Dazu zählen das Gehirn und das Rückenmark. Die Körperstruktur spielt auch bei der Definition von Rehabilitationszielen nur eine untergeordnete Rolle (Grötzbach, 2004), da die Behandlung des akuten Mediainfarkts typischerweise zu den Aufgaben des Krankenhauses und nicht der Rehabilitationsklinik gehört.

Aktivität und Partizipation

Zwei für die Rehabilitation sehr wichtige Komponenten sind die Aktivität und die Partizipation. Mit ihnen werden die Auswirkungen von Störungen auf das Handeln (Aktivität) und die Lebenssituation (Partizipation oder auch synonym Teilhabe) von Patienten beschrieben. In Kapitel 3 „Kommunikation“ finden sich diejenigen

Domänen, die sich mit der Sprache beschäftigen. Im Einzelnen sind das:

- das Verständnis von Sprache inklusive der Schriftsprache und non-verbaler Mitteilungen (Kategorien d310 bis d329),
- die Produktion von Sprache inklusive der Schriftsprache, Körpersprache und non-verbaler Mitteilungen (Kategorien d330 bis d349),
- Unterhaltungen und Diskussionen führen sowie Kommunikationsgeräte und -techniken nutzen (Kategorien d350 bis d369).

Die Kategorien der Aktivität und Partizipation umfassen, wie am Beispiel der Sprache zu sehen ist, mehr Items, als aus der neuropsychologischen Diagnostik bekannt sind. Für die Komponenten Aktivität/Partizipation gibt es nur eine gemeinsame Kategorienliste. Dadurch erhält jede Kategorie eine Doppelbedeutung: Sie kann zum einen eine Aktivität und zum anderen eine Partizipation abbilden. Dies erleichtert die Anwendung nicht. Erschwert wird die Anwendung noch dadurch, dass eine Reihe von Kategorien Tätigkeiten bezeichnen, die sich nicht einfach auf die Partizipation übertragen lassen. So kann jemand beispielsweise in der Fähigkeit beeinträchtigt sein, eine Unterhaltung zu beginnen (Kategorie d3500). Damit ist sicherlich eine (sehr wichtige) Aktivität eingeschränkt. Unklar bleibt jedoch, welche Bedeutung diese Kategorie für die Partizipation hat.

Trotz ihrer Unklarheiten erfüllen die beiden Komponenten eine wichtige Funktion: Sie lenken die Aufmerksamkeit auf den Alltag eines Patienten. Dies ist für die Rehabilitation von besonderer Bedeutung, da bei allen therapeutischen Maßnahmen immer die Frage nach der Alltagsrelevanz zu stellen ist (Goldenberg et al., 2002). Mit der Konzentration auf alltagsnahe Therapieziele (Fries et al., 2005; Glindemann et al., 2004; Grötzbach, 2004; Pössl & Schellhorn, 2002) erweitert sich der therapeutische Blick erheblich: Er umfasst nicht länger nur die Komponente Körperfunktion, sondern auch die Komponenten Aktivität/Partizipation (Netz, 2005).

Umweltfaktoren

Die Einführung der Komponente „Umweltfaktoren“ stellt für die Rehabilitation einen wesentlichen Fortschritt dar. Sie ist definiert als „materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben

und ihr Dasein entfalten“ (dimdi, 2002, S. 112). Die Umweltfaktoren sind immer aus der Sicht der Person zu erfassen, deren Situation beschrieben werden soll. So mag beispielsweise eine fehlende Unterstützung durch den engsten Familienkreis (Kategorie e 310) für viele Patienten eine Katastrophe sein (oder in der ICF-Sprache eine Barriere). Für Patienten, die alleine leben, ist dieser Aspekt jedoch irrelevant. Benötigen sie Hilfe, wäre es gut, wenn ein ambulanter Pflegedienst zur Verfügung stünde. Ist dies der Fall, handelt es sich in der ICF-Sprache um einen Förderfaktor.

In der stationären Rehabilitation ist es typischerweise die Aufgabe der MitarbeiterInnen der Sozialberatung, rechtzeitig vor der Entlassung die Barrieren und Förderfaktoren für einen Patienten zu identifizieren. Denn ihr Zusammenwirken bestimmt die Bedingungen, unter denen ein Patient zu Hause lebt. Sie sollten selbstverständlich optimal sein. Dies lässt sich durch einen Abbau der Barrieren und eine Stärkung der Förderfaktoren erreichen. Da die ICF dabei hilft, Barrieren zu dokumentieren, trägt sie zu einer Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung bei.

Bedeutung der ICF für den Bereich Aphasie

1. Konsequenz

Die ICF ist ausdrücklich keine Klassifikation von Behinderungen. Nicht die Defizite, sondern die funktionale Gesundheit von Personen steht im Mittelpunkt des Interesses. Dieser Gedanke führt zur ersten Konsequenz für den Bereich Aphasie: Der Begriff „AphasikerIn“, der eine Person auf eine (Körperfunktions)-Schädigung reduziert, sollte aufgegeben werden. In der Akutmedizin ist schon lange erkannt worden, dass die Integrität eines Menschen durch Aussagen wie „Bitte die Galle von Zimmer 12 zum OP bringen“ verletzt wird. Diese Erkenntnis scheint sich bis in die Rehabilitation noch nicht herumgesprochen zu haben. Anders ist der unreflektierte Gebrauch von „Aphasiker“, „Schädel-Hirn-Traumatischer“ oder „Diabetiker“ nicht zu erklären. Dabei verhält es sich mit diesen Bezeichnungen ebenso wie mit der „Galle“: Die Person, um die es geht, verschwindet völlig hinter der Diagnose. Eine derartige Reduktion ist auch zu vermeiden, weil eine Aphasie häufig in Kom-

bination mit anderen Schädigungen auftritt. Liegen bei einem Patienten gleichzeitig eine Aphasie, Hemiparese und Epilepsie vor (was gar nicht selten sein dürfte), heißt diese Person dann „Aphasiker“, „Hemiparetiker“ und „Epileptiker“? Wenn ja, deuten die drei Bezeichnungen auf ein und dieselbe Person oder auf drei verschiedene hin? Statt einen Menschen durch eine Diagnose zu ersetzen, sollte die Formulierung „Frau oder Herr X mit einem Sprachproblem“ gewählt werden. Dadurch werden zwei Dinge deutlich: Zum einen, dass die Rehabilitation die aus der Akutmedizin stammende defizit-orientierte Sichtweise überwindet. Zum anderen, dass es absurd ist, eine Person je nach Berufsgruppenzugehörigkeit in (drei verschiedene) Diagnosen aufzuteilen.

2. Konsequenz

Die zweite Konsequenz betrifft die Aphasiediagnostik. Es gibt eine Reihe von Aphasietests, wie z. B. den Token Test (Orgass, 1976 a; 1976 b), den AAT (Huber et al., 1983) oder LeMo (De Bleser et al., 2004), die sich auf die Kategorien der Körperfunktion beziehen. Es gibt jedoch nur zwei Messinstrumente, nämlich den ANELT (Blomert et al., 1995) und den CETI (in Tesak, 1999), mit denen die Kategorien der Komponenten Aktivität/Partizipation erfasst werden können. Unglücklicherweise sind weder für den ANELT noch für den CETI psychometrische Gütekriterien vorhanden. Damit bleiben zur Beschreibung der Aktivität/Partizipation keine psychometrisch validen Messinstrumente übrig. Um diesem Mangel abzuhelfen, muss eine Normierung der beiden Tests erstellt werden. Es sollten außerdem weitere (ökologisch valide) Messinstrumente entwickelt werden, die sich vor allem an dem Konzept der Teilhabe orientieren.

Sofern die Lebensqualität als ein Aspekt der Teilhabe gesehen wird, gibt es immerhin ein valides Messinstrument, das sich auf diese Komponente bezieht. Es handelt sich dabei um den ALQUI (Engell et al., 2003), mit dem die Lebensqualität von Personen mit einer Aphasie erhoben werden kann. Obwohl es methodisch schwierig ist, Personen mit einer Sprachstörung nach ihrer Lebensqualität zu befragen (vgl. Cruice et al., 2005), sollten wir mehr über die Bedingungen wissen, unter denen die Betroffenen leben. Denn dadurch könnten Schwachstellen in der Versorgung identifiziert werden.

Tab. 3: Tipps zur Gestaltung logopädischer Berichte

1. Die Beschreibung aphasischer Symptome mit den Auswirkungen auf den Alltag eines Betroffenen verbinden.
2. Auf pseudo-quantifizierende Formulierungen wie „eine mittelschwere Broca-Aphasie“ oder „ein (relativ) leicht beeinträchtigtes Sprachverständnis“ verzichten.
3. Defizit-orientierte Begriffe („der Aphasiker“), Textbausteine oder Sprachschablonen („das kommunikative Verhalten“) vermeiden.
4. Logopädische Terminologie verständlich verwenden.
5. Mut haben, die Lebensumstände und das Verhalten eines Patienten zu beschreiben. Einen Betroffenen „lebendig“ werden lassen!
6. Die (sprachtherapeutischen) Ziele eines Patienten und seiner Angehörigen aufnehmen.
7. Explizit festhalten, welche (sprachlichen) Symptome der Partizipation an gewünschten Lebensbereichen im Wege stehen.

Solange die Komponenten Aktivität/Partizipation nur unzureichend erfasst werden können, kommt den Therapieberichten eine besondere Bedeutung zu. Tipps zur Gestaltung der Berichte sind in Tabelle 3 zu finden.

3. Konsequenz

Die dritte Konsequenz ergibt sich für die Definition von Therapiezielen. Von Symptomen abgeleitete Ziele (z. B. die Anzahl phonematischer Paraphasien zu verringern) haben im Vergleich zu Lebenszielen von Betroffenen (z. B. den Enkeln wieder ein Märchen erzählen zu können) in der ICF einen geringeren Stellenwert. Denn es ist der Patient, der die Therapieziele vorgibt, und nicht die Therapeutin (Grötzbach, 2004). Die Berücksichtigung der Patientenziele führt zu zwei Vorteilen: Erstens wird der Patient als aktiver Partner anerkannt. Zweitens erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Therapieziele teilhabe-orientiert sind. Über praktische Erfahrungen mit logopädischen Zielen, die auf der Basis der ICF erstellt worden sind, berichten Glindemann et al. (2004). Die Autoren unterscheiden zwischen Funktions- und Alltagszielen. Während die Funktionsziele aus Verbesserungen einzelner sprachlicher Funktionen bestehen (z. B. Bewegungsverben äußern), umfassen die Alltagsziele sprachliche Funktionen und kommunikative Handlungen unter Angabe des alltäglichen Anwendungskontextes (z. B. einen Einkaufszettel mit sechs Haushaltswaren schreiben). Die Funktionsziele beziehen sich damit auf die Körperfunktion, die Alltagsziele dagegen auf die Aktivität/Partizipation. Wie die Autoren zeigen, gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Therapie-

verlauf und der Anzahl von Funktions- und Alltagszielen. Zu Beginn der Rehabilitation werden über zwei Drittel aller sprachtherapeutischen Ziele als Funktionsziele formuliert, bei Therapieende jedoch nur noch etwas mehr die Hälfte. Im Vergleich dazu wächst die Menge der Alltagsziele im Therapieverlauf an: Bei Therapiebeginn werden nur ca. 20 % aller Ziele als Alltagsziele definiert, bei Therapieende sind es gut 40 %.

Je näher also die Entlassung eines Patienten aus der stationären Rehabilitation rückt, desto mehr richtet sich der therapeutische Blick auf den Alltag. Anders ausgedrückt: Die Bedeutung der Körperfunktionsziele nimmt im Therapieverlauf ab und die Bedeutung der Aktivitäts-/Partizipationsziele zu. Leider spiegelt sich dies in den Entlassberichten kaum wider: In ihnen dominieren nach wie vor die Körperfunktionsziele (Bühler et al., 2005). Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass es nicht leicht fällt, die Konzentration auf Symptome zugunsten einer alltagsorientierten Sichtweise aufzugeben.

4. Konsequenz

Da ein Patient in der Regel nicht nur (Lebens-)Ziele verfolgt, die sich allein mit logopädischen Mitteln erreichen lassen, muss eine Zusammenarbeit zwischen allen medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen stattfinden. Daraus folgt die vierte Konsequenz: Eine hierarchische Arbeitsorganisation, die vom Arzt dominiert wird und in der TherapeutInnen lediglich nach Anweisung arbeiten, wird dem Gedanken einer gleichberechtigten Zusammenarbeit zwischen Patienten, Angehörigen und medizinisch-therapeutischen MitarbeiterInnen

nicht gerecht. Stattdessen führen vernetzte Arbeitsorganisationen zu einer patientenzentrierten und damit ICF-kompatiblen Rehabilitation (Rentsch, 2005). Vernetzungen können multidisziplinär, interdisziplinär oder transdisziplinär organisiert werden (Drechsler, 1999; 2000; Masur, 2004). Dabei hat sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit als beste Organisationsform für die Rehabilitation herausgestellt. Denn im Vergleich zum multidisziplinären Team ist im interdisziplinären Team

- der Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen,
- die Zusammenarbeit mit den Fachkollegen und den Kollegen anderer Berufe,
- die Zufriedenheit im Behandlungsteam und die Leistung des Behandlungsteams sowie
- das Betriebsklima

signifikant höher (Kömer & Bengel, 2004). Die Vorteile des interdisziplinären Teams gibt es jedoch nicht zum Nulltarif: Da bis heute keine fachübergreifende Ausbildung in der neurologischen Rehabilitation existiert, erfordert der Aufbau interdisziplinärer Teams von allen Beteiligten ein Dazulernen.

Nutzen die interdisziplinären Teams die ICF als Bezugsrahmen, ändert sich die professionelle Rolle der Teammitglieder. Sie sind nicht länger bloße Heilmittelerbringer, die einen Schaden „reparieren“, sondern „Lotsen“, die einen Patienten durch die Rehabilitation begleiten (Grötzbach, 2004). Zum Bild des Lotsen gehört, den „Kapitän“ oder Patienten als Autoritätsperson zu akzeptieren und ihn nach seinem Zielhafen zu fragen. Die Aufgabe des Lotsen besteht dann darin, den Kurs zu bestimmen, der unter Umgehung von Klippen und Untiefen zum Zielhafen führt. Für LogopädInnen bedeutet das, sowohl mit funktionellen als auch mit sprachpragmatisch ausgerichteten Therapien eine Teilnahme an denjenigen Lebensbereichen zu ermöglichen, die vom Patienten gewünscht werden.

Schluss

Das Neue an der ICF ist, dass sie Erkrankungen als ein Zusammenspiel von bio-psycho-sozialen Faktoren erfasst. Damit ist es nach der ICF nicht nur wichtig, ein Aphasiesyndrom zu diagnostizieren, sondern auch die Auswirkung einer Sprachstörung auf den Alltag eines Patienten zu beschreiben. Im Vordergrund steht dabei die Frage, wie sich

das Handeln und die Lebenssituation von Betroffenen durch die Aphasie verändern. Gleichzeitig werden in der ICF diejenigen Faktoren erfasst, die einem Patienten dabei helfen oder ihn daran hindern, an von ihm gewünschten Lebensbereichen teilzunehmen.

Mit der Betonung der psycho-sozialen Konsequenzen einer Aphasie eröffnet die ICF neue Perspektiven für die Sprachtherapie: Es geht zum einen darum, sich sehr viel mehr als bisher um die Alltagsrelevanz der Aphasiediagnostik und –therapie zu kümmern. Zum anderen sind Arbeitsstrukturen zu entwickeln, in denen die Patienten als selbstständige Akteure ihrer Behandlung auftreten können. Beide Aufgaben bedeuten eine Abkehr vom klassischen Medizinverständnis. Eine ICF-basierte Rehabilitation kann daher auf Probleme stoßen, die sich nach unserer Erfahrung in folgenden Punkten widerspiegeln:

- Die Bereitschaft, das medizinische Modell zugunsten der ICF aufzugeben, ist nicht bei allen MitarbeiterInnen vorhanden;
- die Berufsgruppen in der Rehabilitation arbeiten unterschiedlich teamorientiert;
- der Patient wird noch viel zu selten als Partner akzeptiert, der die Ziele seiner Behandlung vorgibt;
- trotz der oft zu hörenden Versicherung, interdisziplinär zu arbeiten, werden Therapieziele häufig weder unter den TherapeutInnen noch mit den Patienten und ihren Angehörigen abgestimmt.

In der ICF wird zwar ein patientenzentriertes Arbeiten betont, dies bedeutet jedoch nicht, allem zu folgen, was der Patient will. Es bedeutet vielmehr den Versuch, einen gemeinsamen Weg mit gemeinsamer Verantwortung zu finden.

Literatur

- Aichert, I. & Kiermeier, S. (2005). Neue Wege in der Aphasiediagnostik: LeMo – ein modellorientiertes Diagnostikverfahren. *Forum Logopädie* 4 (19), 12-19
- Beyer, H.-M. & Gibis, B. (2005). Antragsverfahren – Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. In: Leistner, K. & Beyer, H.-M. (Hrsg.). *Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Landsberg: ecomed
- Blomert, L.; Koster, C. & Kean, M. L. (1995). *Amsterdam-Nijmegen Test voor Alledagse Taalverdigheid*. Lisse: Swets & Zeitlinger
- Bucher, P. O.; Dommen-Nyffeler, I. & Rentsch, H. P. (2005). Die Umsetzung der ICF im Spannungsfeld von Kontext und neurorehabitativer Intervention. *Neurologie & Rehabilitation* 11, 196-203
- Bühler, S.; Grötzbach, H. & Frommelt, P. (2005). ICF-basierte Zieldefinition in der Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 11, 204-211
- Cruice, M.; Worrall, L.; Hickson, L. & Murison, R. (2005). Measuring quality of life: Comparing family members' and friends' ratings with those of their aphasic partners. *Aphasiology* 19, 111-29
- De Bleser, R.; Cholewa, J.; Stadie, N. & Tabatabaie, S. (2004). *LeMo*. München: Elsevier
- dimdi (2002). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*. www.dimdi.de
- dimdi (2005). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM)*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag
- Drechsler, R. (1999). Interdisziplinäre Teamarbeit in der Neurorehabilitation. In: Frommelt, P. & Grötzbach, H. (Hrsg.). *Neurorehabilitation*. Berlin: Blackwell
- Drechsler, R. (2000). Interdisziplinäre Zusammenarbeit. In: Sturm, W.; Herrmann, M. & Wallesch, C. W. (Hrsg.). *Lehrbuch der klinischen Neuropsychologie*. Lisse: Swets & Zeitlinger
- Engell, B.; Hütter, B.; Willmes, K. & Huber, W. (2003). Quality of life in aphasia: Validation of a pictorial self-rating procedure. *Aphasiology* 17, 383-396
- Fries, W.; Dustmann, D.; Fischer, S.; Lojewski, N.; Ortner, K.; Petersen, C.; Pott, C.; Rehbein, M. & Scholler, I. (2005). Projektarbeit: Therapeutische Strategien zur Umsetzung von ICF und SGB IX in der ambulanten wohnortnahen neurologischen Rehabilitation zur Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. *Neurologie & Rehabilitation* 11, 218-226
- Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2005). Einführung der ICF in die Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 11, 171-178
- Glindemann, R.; Pössl, J.; Ziegler, W. & Goldenberg, G. (2004). Erfahrungen mit individuellen Therapiezielen bei Patienten mit Aphasie. *Die Sprachheilarbeit* 49, 298-305
- Goldenberg, G.; Pössl, J. & Ziegler, W. (2002). Der Alltag als Richtschnur für Diagnostik und Therapie. In: Goldenberg, G.; Pössl, J. & Ziegler, W. (Hrsg.). *Neuropsychologie im Alltag*. Stuttgart: Thieme
- Grötzbach, H. (2004). Zielsetzung in der Aphasitherapie. *Forum Logopädie* 5 (18), 2-6
- Huber, W.; Poeck, K.; Weniger, D. & Willmes, K. (1983). *Der Aachener Aphasie Test*. Göttingen: Hogrefe
- Kömer, M. & Bengel, J. (2004). Teamarbeit und Teamerfolg bei multi- und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 43, 348-357
- Masur, H. (2004). Rehabilitationsteam. In: Nelles, G. (Hrsg.). *Neurologische Rehabilitation*. Stuttgart: Thieme
- Meyer, A.-H. (2004). *Kodieren mit der ICF: Klassifizieren oder Abklassifizieren?* Heidelberg: Universitätsverlag Winter
- Netz, J. (2005). Konstruktion und Praxiserprobung einer ICF-orientierten Therapiezielliste und Outcome-Messung in der ambulanten Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 11, 227-235
- Nüchtern, E. (2005). Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der vertragsärztlichen Versorgung. *Neurologie & Rehabilitation* 11, 189-195
- Orgass, B. (1976 a). Eine Revision des Token Tests. I. Vereinfachung der Auswertung, Itemanalyse und Einführung einer Alterskorrektur. *Diagnostica* 22, 77-87
- Orgass, B. (1976 b). Eine Revision des Token Tests. II. Validitätsnachweis, Normierung und Standardisierung. *Diagnostica* 22, 141-156
- Pössl, J. & Schellhorn, A. (2002). Therapieziele in der neuropsychologischen Rehabilitation. In: Goldenberg, G.; Pössl, J. & Ziegler, W. (Hrsg.). *Neuropsychologie im Alltag*. Stuttgart: Thieme
- Rentsch, H.-P. (2005). Grundlagen der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF). In: Rentsch, H.-P. & Bucher, P.-O. (Hrsg.). *ICF in der Rehabilitation*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Tesak, J. (1999). *Grundlagen der Aphasitherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- WHO (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Geneva: World Health Organisation
- WHO (2000). *International Classification of Functioning and Disability*. Geneva: World Health Organisation
- WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organisation

Summary

Meaning of the ICF for aphasia therapy in rehabilitation

The ICF forms a theoretical framework for modern rehabilitation. In Germany the ICF-concept will be used for giving patients access to in-patient rehabilitation services. Within the framework of the ICF the functional status of a person is of an extraordinary interest. This leads to several consequences for the field of aphasia: 1. the meaning of the syndrome-based view decreases; 2. the diagnostic tools have to be completed with tests recording daily language functions; 3. in the course of aphasia therapy the main focus has to be placed first on functional goals and then on daily-life related goals; 4. hierarchically organized teams should be given up in favour of interdisciplinary teams.

KEY WORDS: ICF-components – medical rehabilitation – diagnosis of aphasia – daily-life related goals and functional goals – interdisciplinary teamwork

Korrespondenzanschrift

Holger Grötzbach, M.A.
Asklepios Klinik Schaufling
Abteilung Sprachtherapie
Hausstein 2
94571 Schaufling
h.groetzbach@asklepios.com