

# Alltagsrelevante Aphasietherapie

Jeanine Coopmans

**ZUSAMMENFASSUNG.** Alltagsrelevante Aphasietherapie ist ein Therapiekonzept, in dem die Grundgedanken der ICF das therapeutische Vorgehen bestimmen. Die Komponenten der ICF dienen als Leitfaden für die Diagnostik. Die Zielfindung beruht auf einer patientenzentrierten Zielbefragung bzgl. sprachlich-kommunikativer Alltagssituationen. Das anhand der SMART-Regel formulierte Alltagsziel legt das methodisch-inhaltliche Vorgehen fest. Der Therapieschwerpunkt liegt, neben Funktionsübungen und Eigenübungsaufgaben, auf Rollenspielen und Einzel-Alltagsorientierter Therapie (Einzel-AOT). Die Erfolgskontrolle orientiert sich an drei modifizierten Fragen der SMART-Regel. Anhand eines Patientenbeispiels wird dieses Therapiekonzept illustriert.

SCHLÜSSELWÖRTER: ICF – Diagnostik – Zielfindung – Zielformulierung – Therapie – Erfolgskontrolle – Patientenbeispiel

**Jeanine Coopmans** studierte von 1984 bis 1988 Logopädie an der Hogeschool Heerlen in den Niederlanden. Von 1988 bis 1990 war sie als Logopädin an der Klinik Bavaria (jetzt Asklepios Klinik) in Schaufling beschäftigt. Seit 1990 ist sie als Lehrlogopädin an der Lehranstalt für Logopädie in Bochum tätig und für den Bereich Aphasie zuständig.



## Einleitung

Die Einführung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; WHO) in die (Neuro-)Rehabilitation stellt eine große aktuelle Herausforderung für die Aphasietherapie im Speziellen (Grötzbach, 2006) und für die Logopädie im Allgemeinen dar. Denn „(...) in der ICF (stehen) die erkrankten Personen mit ihren Behinderungen, aber auch mit ihren Ressourcen im Mittelpunkt des Interesses. Es wird nicht mehr länger nur nach der Ätiologie einer Erkrankung oder nach einem Syndrom gefragt, sondern vor allem nach den Lebensbereichen und den individuellen Zielen der Betroffenen. In der ICF geht es damit weniger um die Wiederherstellung oder „Reparatur“ beeinträchtigter Funktionen, als vielmehr darum, Betroffenen eine Teilhabe an gewünschten Lebensbereichen trotz bestehender Behinderung zu ermöglichen“ (Grötzbach, 2006a).

Diese Grundgedanken der ICF werden in der Alltagsrelevanten Aphasietherapie berücksichtigt. In der Diagnostik orientieren sich ihre Inhalte an den Komponenten der ICF: Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivität und Partizipation, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren (Tab.1) (Bucher,

2005; Frommelt & Grötzbach, 2005; Rentsch, 2005; WHO). Auch die Therapieziele werden auf der Basis der ICF definiert. Dazu müssen die Ziele zunächst mit entsprechenden Methoden ermittelt und anschließend in einer überprüfbareren Form festgelegt werden. Es wird ein Verfahren in Anlehnung an die patientenzentrierte Zielbefragung vorgestellt (Grötzbach, 2004). Mit Hilfe des Verfahrens kann geklärt werden, welche sprach-

lich-kommunikativen Alltagsaktivitäten für einen Patienten besonders bedeutsam waren und sind. Anhand der SMART-Regel (Grötzbach, 2004; Bühler, Grötzbach & Frommelt, 2005) kann anschließend ein Alltagsziel formuliert werden. Die ICF wirkt sich auch auf die logopädische Therapie aus, die neben Funktionsübungen und Eigenübungsaufgaben aus Rollenspielen und „Einzel-Alltagsorientierter Therapie“ (Einzel-AOT) besteht.

■ Tab. 1: Definition der Komponenten der ICF

<b>Körperstrukturen</b>	Erfasst anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile
<b>Körperfunktionen</b>	Erfasst somatische und psychische Funktionen des Körpers
<b>Personenbezogene Faktoren</b>	Erfasst Attribute oder Eigenschaften einer Person, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder ihres funktionellen Zustands sind
<b>Umweltfaktoren</b>	Erfasst die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt mit ihren Hindernissen und unterstützenden Faktoren auf die Funktionsfähigkeit einer Person
<b>Aktivität</b>	Erfasst die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch einen Menschen; der Mensch als selbständig handelndes Subjekt
<b>Partizipation (Teilhabe)</b>	Erfasst das Einbezogenensein in eine Lebenssituation; der Mensch als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt

■ Tab. 2: ICF-orientierte Diagnostik

	Art der Diagnostik	Information
<b>Körperstrukturen</b>	Heilmittelverordnung Vorbefunde Interview	Strukturen des Nervensystems
<b>Körperfunktionen</b>	Beobachtung Testung Vorbefunde Interview	Sinnesfunktionen Mentale Funktionen Bewegungsbezogene Funktionen
<b>Personenbezogene Faktoren</b>	Interview Heilmittelverordnung	Personalien, sprachliche Eigenschaften, persönliche Interessen, Persönlichkeit, Ausbildung/Beruf ...
<b>Umweltfaktoren</b>	Interview Hausbesuch	Unterstützung und Beziehungen Produkte und Technologien
<b>Aktivität und Partizipation</b>	Interview Fragebogen evtl. Hausbesuch	Kommunikation als Sprecher Kommunikation als Hörer Unterhaltung und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken

Die AOT wurde für Patienten mit einer erworbenen Hirnschädigung entwickelt. Sie stellt ein stationäres, gruppentherapeutisches, inter- und transdisziplinäres Konzept dar. Alltagsorientiert bedeutet, dass die Therapie im außerhäuslichen Alltag stattfindet. Sie orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Patienten und fördert den Transfer gelernter Therapieinhalte in den Alltag (Götze, 1999). Die Einzel-AOT ist eine Variation im kleinen Rahmen (Höfer, 1999), indem ein Therapeut mit einem Patienten gezielt bestimmte alltägliche Aufgaben ausführt. Die Einzel-AOT findet im sprachlich-kommunikativen Alltagskontext des Patienten statt. Dadurch unterscheidet sie sich grundlegend von herkömmlicher Aphasietherapie, die in einer künstlichen Situation, dem Therapieraum, stattfindet.

Funktionsübungen, Eigenübungsaufgaben und Rollenspiele ermöglichen nur eingeschränkt ein Nachempfinden der sprachlichen Alltagssituation. Dennoch sind diese herkömmlichen Therapiemethoden eine wichtige Vorbereitung auf die Einzel-AOT, weil sie schrittweise auf das Bewältigen einer Alltagssituation hinführen. Die Komplexität der Alltagssituationen und das Zusammenspiel einzelner Störungen (Aphasie, Apraxie, Hemiparese, Hemianopsie ...) sind häufig die Ursache für die Schwierigkeiten im Alltag und die daraus resultierenden Transferprobleme.

Aufgrund des formulierten Alltagsziels, in dem beobachtbare Verhaltensweisen definiert sind, entsteht eine größere Transparenz und der Therapieerfolg ist für den The-

rapeuten, den Patienten und die Bezugsperson eindeutig kontrollierbar.

## Therapeutisches Vorgehen

### Diagnostik

Die Diagnostik (Tab. 2) orientiert sich an den Komponenten der ICF: Körperstrukturen, Körperfunktionen, Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren, Aktivität und Partizipation.

Die Heilmittelverordnung, Vorbefunde und das Interview geben Auskunft über die *Körperstrukturen* des Patienten. Der Schwerpunkt liegt auf den geschädigten Strukturen des Nervensystems bzw. auf der Lokalisation und Größe der Hirnschädigung. Die *Körperfunktionen*, wie z. B. die Sinnesfunktionen (Seh- und Hörvermögen ...), wie mentale Funktionen (kognitiv-sprachliche Funktionen: Sprachverständnis und sprachliches Ausdrucksvermögen), wie bewegungsbezogene Funktionen (Hand- und Schreibmotorik ...) werden über Beobachtung, fremderhobene Befunde, sprachliche Tests und Interviews erhoben. Die *Umweltfaktoren* beinhalten u.a. Fragen zur Unterstützung und Beziehungen (Familien-, Freundes-, Bekanntenkreis, Fachleute der Gesundheitsberufe und Haustiere) und zu Produkten und Technologien zur Kommunikation, Mobilität und Freizeit. Dazu werden Informationen mit Hilfe von Interviews und möglichen Hausbesuchen gesammelt. Die *personenbezogenen Faktoren* beschreiben den speziellen Lebenshintergrund der Betroffenen. Die Heil-

mittelverordnung und das Interview eignen sich am besten dazu, diese Informationen zu erhalten. Bezüglich der Komponenten *Aktivität und Partizipation* können anhand von Interviews und Fragebögen, z. B. CETI, Fragebogen zur Alltagskommunikation (*Tesak, 1999*) oder Fragebogen zu den Auswirkungen der Sprachstörungen auf die Alltagskommunikation (*Bongartz, 1998*) erfragt werden. Dabei geht es vor allem darum, wie ein Patient seine Rollen als Sprecher und Hörer einnimmt, wie Unterhaltungen aussehen und wie der Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken ist. Es ist sinnvoll, anhand folgender Fragen Informationen über sprachlich-kommunikative Aktivitäten zu sammeln (modifiziert nach *Götze, 1999 a*):

- Was konnte der Patient? Wie hat er das gemacht? Wie sah der Alltag aus?
- Was kann der Patient? Wie macht er das jetzt? Welche Defizite liegen vor und welche Möglichkeiten hat der Patient, diese mit seinen erhaltenen Fähigkeiten zu kompensieren? Wie sieht der Alltag jetzt aus?

Diese Fragen werden anhand eines Themenkatalogs (Tab. 3) in Anlehnung an den sprachlichen Anforderungskatalog (*Glinde-mann, Ziegler & Kilian, 2002*) konkretisiert. Der Themenkatalog besteht aus sprachlich-kommunikativen Alltagssituationen innerhalb und außerhalb der häuslichen Situation.

■ **Tab. 3: Themenkatalog**

Zuhause	Außer Haus
Radio, TV, Telefon, Notizen, Tageszeitung, Fernsehzeitung, Post, Einkaufsliste, Terminkalender, Kochrezepte, Beipackzettel, Internet, SMS, E-Mail, Werbung, Kreuzworträtsel, Steuererklärung, Mitteilungen, Alltagsgespräch mit der Familie, Geburtstagsfeier ...	Supermarkt, Wochenmarkt, Bäcker, Metzger, Apotheke, Arztbesuch, Krankenkasse, Krankenhaus, Therapien, Kneipe, Restaurant, Theater, Bibliothek, öffentliche Verkehrsmittel, Reisebüro, Kirche, Post, Bank, Kegeln, Fußballstadion, Kino, Elterngespräch, Hochzeit, Beerdigung...

■ **Tab. 4: „Themenbox“**

Konkrete Gegenstände	Fotografien von konkreten Gegenständen
Tageszeitung, Zeitschriften, Fernsehzeitung, Werbeprospekte, Reisekatalog, Postkarte, Brief, Behandlungskarte, Armbanduhr, Bankauszug, Überweisungsträger, Kassenbon/Quittung, Einkaufsliste, Termin- und Geburtstagskalender, Beipackzettel, Kochrezept, Handy, Münzgeld, Fahrplan ...	Radio, TV, Computer, Telefon, Anrufbeantworter, Fax-Gerät, Computerbildschirm mit E-Mail/Internetseite, Wanduhr, Portemonnaie, Papiergeld, EC-Karte, Handy mit SMS, Bushaltestelle ...

Zu dem Themenkatalog gibt es eine „Themenbox“ (Tab. 4) mit konkreten Materialien und Fotografien von konkreten Gegenständen, passend zu den sprachlich-kommunikativen Alltagssituationen. Sie werden zur Konkretisierung und Unterstützung u.a. bei Sprachverständnisproblemen eingesetzt.

### Zielfindung

Die Zielfindung besteht aus einer patientenzentrierten Zielbefragung bzgl. sprachlich-kommunikativer Alltagssituationen und schließt an das Interview in der Diagnostik bzgl. Aktivität und Partizipation an. Folgende Fragen werden gestellt (modifiziert nach *Götze, 1999a*):

- Was braucht der Patient? Wie möchte er das wieder können? Welche sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten benötigt der Patient, um seinen gewünschten Aktivitäten nachgehen zu können?
- Was will der Patient?

Obengenannte Fragen und allgemeine Fragen wie: „Mit welchem Ziel sind Sie hierhin gekommen?“, „Was kann ich für Sie tun?“ können Patienten in der Regel nicht konkret beantworten. Denn sie wissen oft nicht genau, was logopädische Therapie bedeutet, und häufig werden sehr allgemeine Antworten gegeben. Daher sollte man Fragen anhand von Alltagssituationen illustrieren. Dabei können die Informationen aus der Be-

funderhebung, dem Themenkatalog und der „Themenbox“ zur Hilfe genommen werden. Auf die Fragen gibt es häufig mehrere Antworten. Der Patient kann eine Hierarchie vornehmen, oder der Logopäde kann Vorschläge machen. Wenn der Patient aus Sicht des Logopäden ein „unerreichbares“ Ziel formuliert, behält der Logopäde seine beratende Rolle. Der Patient entscheidet dann letztendlich selbst, woran er arbeiten möchte.

Ein Großteil der Diagnostik und Zielfindung wird anhand eines Interviews mit dem Patienten und Bezugsperson mithilfe eines Gesprächsprotokolls durchgeführt. Dieses Gesprächsprotokoll ist kein Befundbogen sondern ein Hilfsmittel. Es ist ein Blatt mit einer Spalte für die Äußerungen des Therapeuten und einer Spalte für die des Patienten. Der Therapeut protokolliert mit Schlüsselwörtern (ggfs. auch mit Zeichnungen) den Gesprächsverlauf, ebenso kann der Patient das Protokoll für schriftliche Äußerungen nutzen. Das Protokoll soll die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient durch mehr Transparenz optimieren helfen: es kann zurückgeblendet werden, Fragen später noch einmal aufgegriffen werden, das Sprachverständnis wird unterstützt, das Gespräch verläuft kontrollierter ... etc. Mit diesem Vorgehen sollen außer den sprachlichen Beeinträchtigungen auch mögliche zusätzliche neuropsychologische Einschränkungen (wie z. B. des verbalen Arbeitsgedächtnis) berücksichtigt werden.

### Zielformulierung

Das Ziel wird mit dem Patienten besprochen, eventuell korrigiert, festgelegt und dem Patienten schriftlich mitgegeben. Dadurch entsteht eine Art „Vertrag“, in dem die Inhalte der anschließenden Therapie festgehalten werden. Die SMART-Regel eignet sich als Basis für die konkrete Definition von Therapiezielen.

Folgende Fragen können gestellt werden:

1. Welche Leistung soll verbessert werden? (**S**pecific = genau)
2. In welchem Ausmaß soll sich die Leistung verbessern? Ist die Leistung quantitativ erfassbar? (**M**easurable = messbar)
3. Ist das definierte Ziel realistisch zu erreichen? (**A**chievable = erreichbar)
4. Ist das definierte Ziel für den Patienten wichtig? (**R**elevant = bedeutsam)

5. In welchem Zeitraum soll das angestrebte Ziel erreicht werden?  
(Timed = zeitlich bestimmt)

Die Fragen 1, 2 und 5 dienen zur konkreten Formulierung des Alltagsziels. Die Fragen 3 und 4 sollten zur Kontrolle des formulierten Ziels gestellt werden. Sie sind mit den Informationen aus der Diagnostik und der Zielfindung zu beantworten.

## Therapie

Das anhand der SMART-Regel formulierte Alltagsziel bestimmt das methodisch-inhaltliche Vorgehen. Methodische Elemente der Therapie sind Funktionsübungen und Eigenübungsaufgaben sowie Rollenspiele und Einzel-AOT. Eine feststehende Hierarchie der verschiedenen Therapieelemente gibt es nicht. Alle Elemente können mehr oder weniger intensiv genutzt werden.

Das Therapiematerial wird für jeden Patienten individuell zusammengestellt. Eine digitale Fotokamera ist dabei hilfreich. Das marktübliche Therapiematerial wird kaum noch benutzt.

*Funktionsübungen* sind sprachsystematische Übungen (modellorientiert oder modalitätenspezifisch) und kommunikative Strategieübungen (PACE, Kommunikationsbuch etc.) (Huber, Poeck & Springer, 2006; Schöler & Grötzbach, 2004; Stenneken, 1999; Tesak, 1999), die sich anhand der Auswahl des sprachlichen Materials an dem Alltagsziel orientieren. Die *Eigenübungsaufgaben* sind in der Regel Wiederholungen der erfolgreich bewältigten Übungen der Therapiestunde. Die Eigenübungsaufgaben können sich sowohl auf die Funktionsübungen als auch auf das Rollenspiel sowie auf die Einzel-AOT beziehen.

Beim *Rollenspiel* werden die Aufgabenstellungen schrittweise komplexer gestaltet und in unterschiedlichen Settings durchgeführt, bis die Anforderung der einer sprachlichen Alltagshandlung entspricht. Nach jedem Rollenspiel wird, wenn der Patient dazu in der Lage ist, ein Beobachtungsprotokoll vom Patienten und ein Beurteilungsprotokoll vom Therapeuten ausgefüllt. Auf dem Beobachtungsprotokoll sind die Aufgabenstellung, das Setting und die Beurteilungskriterien gemeinsam schriftlich festgelegt. Das Beurteilungsprotokoll beinhaltet u.a. die Kriterien Vorgehensweise, Hilfestellung, Vollständigkeit, Korrektheit, Selbständigkeit. Das Setting der *Einzel-AOT* ist die reale sprachliche Alltagssituation. Die Aufgabenstellungen werden wie beim Rollenspiel

hierarchisch aufgebaut. Es werden wiederum das Beobachtungsprotokoll und das Beurteilungsprotokoll eingesetzt. Sinnvolle Techniken, die der Therapeut beim Rollenspiel und in der Einzel-AOT hinzuziehen kann, sind Cueing, Coaching und Modelling (Wenz, 1999).

## Erfolgskontrolle

Der Therapieerfolg wird durch das Erreichen des zuvor gesteckten Ziels überprüft. Den Zeitpunkt der Erfolgskontrolle sollte man festlegen und einhalten. Das formulierte Alltagsziel ist letztendlich nur in der Realität/vor Ort zu überprüfen. Dieser Vorgang wird „Abschluss-AOT“ genannt. Im Anschluss daran sollte der Patient und die Bezugsperson nach dem Gesamtergebnis befragt werden. Die ausgefüllten Protokolle von Patient und Therapeut werden gemeinsam verglichen und eventuelle Verhaltensveränderungen festgestellt.

Außerdem dienen drei modifizierte Fragen der SMART-Regel zur gemeinsamen Erfolgskontrolle:

1. Hat sich die Leistung verbessert?
2. In welchem Ausmaß hat sich die Leistung verbessert?
3. Konnte das angestrebte Ziel in dem gesetzten Zeitraum erreicht werden?

## Weiteres Vorgehen

Nachdem das Alltagsziel reflektiert wurde, kann man nach Bedarf eine Teildiagnostik durchführen, die Ergebnisse der vorangegangenen Diagnostik überarbeiten oder zusammen mit dem Patienten ein neues Therapieziel bestimmen. Dieses Ziel kann an das vorherige Ziel anschließen, kann aber auch etwas völlig anderes und Neues sein. Je länger man mit einem Patienten nach dem Konzept der Alltagsrelevanten Aphasietherapie arbeitet, desto selbständiger werden eigene Ziele und Wünsche eingebracht. Dann kann die allgemeine Frage: „Woran möchten Sie jetzt arbeiten?“ ausreichen.

■ Tab. 5: AAT März 2006

Spontansprache	2	5	3	3	2	1
Token Test	42		PR 22		*S*M	
Nachsprechen	104		PR 44		*M*	
Schriftsprache	37		PR 42		*M*	
Benennen	72		PR 46		*M*	
Sprachverständnis	65		PR 33		S*M*	

## Patientenbeispiel Herr S.

### Diagnostik

#### Körperstrukturen

Herr S. erlitt im März 2005 einen linkshirnigen Infarkt der Arteria cerebri media. Im Mai 2005 hatte er einen Reinfarkt nach Stenose-Operation der Arteria carotis interna links. Im Juni 2005 ergab sich ein Arterienastverschluss des linken Auges.

#### Körperfunktionen

Herr S. hat eine nicht-klassifizierbare Aphasie (AAT, März 2006). Die Ergebnisse der einzelnen Untertests des AAT (Tab. 5) zeigen die Schwere der sprachlichen Beeinträchtigung. Außerdem hat der Patient eine Sprechapraxie, eine arm- und beinbetonte Hemiparese rechts, eine binoculare Visuseinschränkung im Nah- und Fernbereich und eine Gesichtsfeldeinschränkung links-oben. Zum Sprachverständnis und sprachlichen Ausdrucksvermögen im Sinne der ICF ist Folgendes zu sagen:

- Herr S. verfügt über ein gutes Situationsverständnis und eine gute Schlüsselwortstrategie, wobei er das Gesprächsthema zwar erfasst, jedoch nicht immer den genauen Sinn des Gesagten.
- Herr S. versteht nonverbale Kommunikation und diese wirkt unterstützend in der Verständigung.
- Herr S. gibt deutlich an, wenn er etwas nicht verstanden hat.
- Herr S. äußert sich lautsprachlich verständlich mit Einwortäußerungen, die hauptsächlich aus Nomen bestehen.
- Er benutzt oft Stereotypen („ja sicher“ und „genau“).
- Bei Wortfindungsstörungen benutzt er eine Self-Cueing-Strategie in Form einer schriftlichen Anlauthilfe durch Aufmalen des ersten Buchstabens eines Wortes auf den Tisch.
- Seine Unterschrift ist nur durch Abschreiben teilweise fehlerfrei möglich.
- Aufgrund der ausgeprägten Hemiparese schreibt Herr S. mit der linken Hand.

- Herr S. hat eine aussagekräftige Mimik und Gestik, die er kommunikativ erfolgreich einsetzt.

### Personenbezogene Faktoren

Der 45-jährige Herr S. ist verheiratet, hat einen 16-jährigen Sohn und eine 11-jährige Tochter. Er lebt mit seiner Familie in einer Eigentumswohnung mit Garten. Er hat die Hauptschule besucht, eine Ausbildung als Elektriker gemacht und anschließend die Meisterschule besucht. Er war als Elektromeister für Informationstechnik tätig. Jetzt ist er erwerbsunfähig. Er hat sich immer für den Haushalt interessiert (Putzen, Aufräumen ...), geht jeden Tag mit seiner Frau ins Café, „Leute gucken“, wie er sagt. Er bekommt mehrmals täglich Besuch von Angehörigen und Freunden. In der Freizeit interessiert er sich für Fußball (Schalke 04) und für den Computer (u.a. Excel-Dateien erstellen). Vor der Erkrankung ging er regelmäßig Schwimmen mit Kollegen. Seine Frau beschreibt ihn als fröhlich und lustig, „er hat immer einen lockeren Spruch drauf und ist nie schlecht gelaunt. Wenn er grübelt, ist er sehr ruhig. Er ist hilfsbereit und in der Vaterrolle eher ‚Kumpel‘ als Erzieher“.

### Umweltfaktoren

Herr S. ist selten alleine zu Hause. Seine Frau arbeitet viel daheim und ist an zwei Vormittagen außerhalb tätig. Er hat viele Kontakte zu Familie und Freunden. Der Schwager wohnt mit Familie nebenan. Der Kontakt zu den Kollegen ist gut. Viermal pro Woche bekommt er logopädische Therapie, jeweils zweimal pro Woche Physiotherapie und Ergotherapie. Er hat regelmäßige ärztliche Kontrollen. Herr S. ist kurzsichtig und trägt eine Brille. Zum Lesen benutzt er eine andere Brille. Für kurze Strecken außerhalb des Hauses benutzt er einen Stock, für längere Strecken den Rollstuhl, allerdings ungerne. Ohne Begleitung geht er nicht aus dem Haus, weil seine Frau dann zu viel Angst um ihn hätte. Geschäfte und Cafés sind nicht in der direkten Umgebung. Mit dem Taxi fährt er zur Physio- und Ergotherapie. Die Bushaltestelle ist in der Nähe. Autofahren ist ihm nicht erlaubt. In jedem Zimmer des Hauses ist ein Festnetzanschluss mit Telefon, und er besitzt ein Mobiltelefon. Für den Computer hat er eine Linkshändertastatur bekommen.

### Aktivität und Partizipation

Herr S. beteiligt sich bei bekannten Personen im Rahmen seiner sprachlichen Möglichkeiten lebhaft an Gesprächen. Bei fremden Personen (z.B. Handwerker) zieht er sich

räumlich zurück oder nimmt die Hörerrolle ein. Er sortiert die Post nach Wichtigkeit, benutzt einen von seiner Frau ausgefüllten Terminkalender. Er hört Radio und sieht fern, liest keine Tageszeitung oder Zeitschriften, außer der Fernsehzeitung. Er geht nur ans Telefon, wenn seine Frau (Display) anruft und benutzt das Mobiltelefon nicht. Er hat logopädische Computersoftware gekauft, aber besitzt noch keinen ausreichend leistungsfähigen Computer. Er geht täglich mit seiner Frau ins Café. Die Bestellung und die Bezahlung regelt seine Frau. Wenn die Kinder oder seine Frau nach Hause kommen, befragt er sie, wie es war, mit „Und?“. Wenn er mit den Kindern schimpft, spricht er laut Sohn „chinesisch“, aber die kommunikative Absicht von Herrn S. wird erkannt und ernst genommen (z.B. das Zimmer aufräumen). Wenn seine Ehefrau für den Patienten antworten soll, zeigt er auf sie.

### Zielfindung

Bei Herrn S. sah das Interview zur Zielfindung (Ausschnitt) so aus:

- Th.: „Mit welchem Ziel sind Sie hierher gekommen, was kann ich für Sie tun?“  
 Pt.: „Sprechen, hier“ (zeigt auf seinen Mund).  
 Th.: „Was möchten Sie am liebsten wieder sprechen können?“  
 Pt.: „Namen“.  
 Th.: „Welche Namen?“  
 Pt.: (zeigt auf seine Ehefrau) „und“ (macht eine Aufzählung mit den Fingern).  
 Th.: „Wofür brauchen Sie die Namen?“  
 Pt.: „Hallo“.  
 Th.: „Meinen Sie bei der Begrüßung?“  
 Pt.: „Ja sicher“.  
 Th.: „Und wie wäre es bei der Verabschiedung?“  
 Pt.: „Ja genau“.  
 Th.: „Wann ist das denn?“  
 Pt.: „Besuch“.  
 Th.: „Und beim Telefonieren?“  
 Pt.: „Ja sicher“ ...

### Zielformulierung

Das Alltagsziel von Herrn S. lautet wie folgt: Herr S. kann nach 10 Therapieeinheiten (zu Frage 5 der SMART-Regel)

1. Familienmitglieder, Freunde und die Logopädin (20 Namen) bei Begegnung begrüßen und verabschieden (zu Frage 1 der SMART-Regel) mit
  - „Hallo“/„Tschüs“ und Namen (zu Frage 2 der SMART-Regel);

2. Anrufe beantworten, (zu Frage 1 der SMART-Regel) indem er
  - beim Abheben seinen Nachnamen oder „Hallo“ sagt (zu Frage 2 der SMART-Regel),
  - nachdem der Gesprächspartner sich gemeldet hat, er diesen mit „Hallo“ und Namen begrüßt (zu Frage 2 der SMART-Regel),
  - das Gespräch weiterleitet mit „Moment“ (zu Frage 2 der SMART-Regel),
  - sich mit „Tschüs“ und Namen verabschiedet (zu Frage 2 der SMART-Regel);
3. nach dem Telefonat eine Notiz machen, (zu Frage 1 der SMART-Regel) indem er
  - Name und Datum von einer Namensvorlage bzw. von einem Kalender abschreibt (zu Frage 2 der SMART-Regel).

### Zielbegründung

Das Ziel ist wichtig und alltagsrelevant, da der Patient zu Hause viel Besuch bekommt. Der Patient war beruflich in der Informationstechnik tätig. Privat ist das Telefon ein wichtiges Kommunikationsmittel. In jedem Zimmer ist ein Festnetzanschluss mit Gerät. Herr S. besitzt ein Mobiltelefon. Seine Frau bevorzugt es, wenn Herr S. die Anrufe entgegennimmt.

### Therapie

#### Funktionsübungen

Für die Funktionsübungen bzgl. „Telefonieren“ wurde folgendes Material benutzt: Fotos der Familienmitglieder, Freunde und des Logopäden. Die Begriffe, die benutzt werden, sind die Namen der oben genannten Personen, die Begrüßungsformel „Hallo“, die Verabschiedungsformel „Tschüs“, das Wort „Moment“ und Kombinationen davon (z.B. „Hallo Ulrike“, „Tschüs Ulrike“). Die Aufgaben, die sich mit dem Material und mit den Begriffen umsetzen lassen, sind semantische und phonologische sprachsystematische Übungen wie z.B. Zuordnungs-, Verifikations- und Benennaufgaben.

Hier einige Beispiele:

- Lesesinnverständnisaufgaben wie: Wort-Bild-Zuordnung, Bild-Initial-Zuordnung
- Auditive Sprachverständnisaufgaben wie: Bild-Anlaut-Zuordnung, Bild-Personenbeschreibung-Zuordnung
- Lautsprachproduktionsaufgaben wie: Bildbenennung mit Anlautvorgabe, mit



Anlautauswahl, mit Self-Cueing-Strategie, dito mit Begrüßungs- und Verabschiedungsformel

### Eigenübungsaufgaben zu den Funktionsübungen

Die Eigenübungsaufgaben bestanden am Anfang aus der Materialbeschaffung: den Fotos. Diese Fotos konnte der Patient später für zu Hause u.a. so nutzen: Initialbuchstaben den Bildern zuordnen und anschließend Namen nennen; Fotos von einem Stapel ziehen, den Initialbuchstaben aufschreiben und den Namen nennen, evtl. in Kombinationen mit dem „Hallo“ bzw. „Tschüs“.

### Rollenspiele

Die beispielhafte Beschreibung bezieht sich auf das „Telefonieren“ als Rollenspiel. Das Therapiematerial besteht aus zwei nicht angeschlossenen und zwei angeschlossenen Telefonen, einem Aufnahmegerät, einer Abschreibvorlage mit Namen, einem Terminkalender, einem Beobachtungsprotokoll (Patient) und einem Beurteilungsprotokoll (Therapeut). Die Aufgabenstellung wird schrittweise komplexer gestaltet und in unterschiedlichen Settings durchgeführt, bis die Anforderung der einer sprachlichen Alltagshandlung entspricht.

Folgende *Aufgabenstellungen* wurden hierarchisch gewählt:

1. Patient meldet sich mit seinem Nachnamen;
2. wie 1 und begrüßt den Gesprächspartner mit „Hallo“ und Namen;
3. wie 2 und entscheidet, ob er das Gespräch mit „Moment“ weiterleitet oder ein Gespräch führt.
4. Wenn er ein Gespräch geführt hat, soll er den Gesprächspartner verabschieden mit „Tschüs“ und Namen.

Folgende *Settings* wurden hierarchisch durchgeführt:

1. Therapeut und Patient sitzen sich mit dem Gesicht gegenüber im Therapie-raum ohne Telefone.
2. Therapeut und Patient sitzen sich mit dem Rücken gegenüber im Therapie-raum ohne Telefone,
3. wie 2. aber mit nicht angeschlossenen Telefonen.
4. Therapeut und Patient sitzen in einem Raum und Co-Therapeut und Begleitung in einem anderen Raum mit angeschlossenen Telefonen mit Lautsprecherfunktion.

■ **Tab. 6: Beispiel Beobachtungsprotokoll „Rollenspiel“ (Patient)**

Aufgabenstellung und Setting	Beurteilungskriterien
„Ans Telefon gehen, wenn es klingelt“ (komplexe Form)	1. sich melden mit dem Nachnamen oder „Hallo“ 2. Begrüßen mit „Hallo“ 3. Begrüßen mit „Hallo“ und Namen 4. Weiterleiten mit „Moment“ 5. Ein Gespräch führen 6. Verabschieden mit „Tschüs!“ 7. Verabschieden mit „Tschüs!“ und Namen
Rollenspiel: Th. und Pt. sitzen sich mit dem Rücken gegenüber im Therapie-raum mit (nicht angeschlossenen) Telefonen. Therapeut spielt verschiedene Personen.	
Datum und Name (Abschreiben)	Beurteilung (Nummer notieren)
- Ulrike 20.02.2006	- 1+3+5+6
- Frau Coopmans 20.02.2006	- 1+2+5+6
- ? 20.02.2006	- 1+2+4

■ **Tab. 7: Beispiel Beurteilungsprotokoll „Einzel-AOT“ (Therapeut)**

<b>Datum</b>	27.03.2006
<b>Setting</b>	Einzel-AOT; anrufen bei Herrn S. Fragen: Was haben Sie heute gemacht, und können Sie heute früher zur Therapie kommen?
<b>Aufgabestellung</b>	„Ans Telefon gehen, wenn es klingelt“ (komplexe Form)
<b>Vorgehen</b>	Melden/begrüßen mit „Hallo“, sublexikalische Reaktionen wie „oh“, „uhm“, „aha“. Fragen beantworten mit „Terrasse“, „gut“, „ja“, „nein“, „und?“. Floskeln „genau“ und „sicher“. Weiterleiten mit „Ulrike“ rufen und „Moment“. Verabschieden mit „Tschüs!“.
<b>Hilfestellung</b>	Redundante Wiederholung bzgl. Uhrzeit
<b>Vollständigkeit</b>	Melden, Gespräch/Antwort, Nachfragen, Verabschiedung
<b>Korrektheit</b>	Ehefrau befragt aber „12.00 Uhr“ gesagt statt „14.00 Uhr“
<b>Selbständigkeit</b>	Laut Aussage der Ehefrau 14.00 auf den Tisch gemalt
<b>Zeit</b>	Nicht relevant
<b>Konsequenz</b>	Hallo + Name bzw. Name + Hallo üben

■ **Tab. 8: Beispiel Beobachtungsprotokoll „Einzel-AOT“ (Patient)**

Aufgabestellung und Setting	Beurteilungskriterien
„Ans Telefon gehen, wenn es klingelt“ (komplexe Form)	1. Mit „Druck“ der Ehefrau 2. Sich melden mit dem Nachnamen oder „Hallo“ 3. Begrüßen mit „Hallo“ 4. Begrüßen mit „Hallo“ und Namen 5. Weiterleiten mit „Moment“ 6. Ein Gespräch führen 7. Verabschieden mit „Tschüs!“ 8. Verabschieden mit „Tschüs!“ und Namen
Einzel-AOT: bei dem Patienten zu Hause	
Datum und Name (auswendig mit Selbstkorrektur)	Beurteilung (Nummer notieren)
- Doris 23.03.2006	- 1+3+6+7
- Jutta 23.03.2006	- 1+3+6+5
- Katrin 23.03.2006	- 3+6+7

5. Therapeut und Patient sitzen jeweils in einem Raum und telefonieren mit angeschlossenen Telefonen.
6. Therapeut und Patient sitzen in einem Raum und ein Familienmitglied ruft während der Therapie zur vereinbarten Zeit an.

Tabelle 6 zeigt ein Beobachtungsprotokoll des Rollenspiels „Telefonieren“.

### Eigenübungsaufgaben zu den Rollenspielen

Zu Hause hat Herr S. mit seiner Frau und mit seinen Kindern die in der Therapie geübten Rollenspiele wiederholt. Sowohl Herr S. als auch die Familienmitglieder haben dazu die Beobachtungsprotokolle ausgefüllt. Die Protokolle wurden dann in der Therapie miteinander verglichen und besprochen.

#### Einzel-AOT

Es gab zwei Einzel-AOT-Settings zum „Telefonieren“. Erstens rief der Logopäde den Patienten zu Hause mehrmals pro Woche an (Tab. 7 zeigt ein Beurteilungsprotokoll) und zweitens besuchte der Logopäde den Patienten zweimal zu Hause und bat Angehörige und Freunde, zur vereinbarten Zeit anzurufen (Tab. 8 zeigt ein Beobachtungsprotokoll) bzw. vorbeizukommen.

### Eigenübungsaufgaben zur Einzel-AOT

Erfüllte Herr S. im Rollenspiel das Setting 4 bzw. 5 und die Aufgabenstellung 3, bekam er hierzu Eigenübungsaufgaben. Am Anfang sollte er Anrufe entgegennehmen, wenn die Ehefrau zu Hause war. Bei weiteren Leistungsverbesserungen in der Therapie sollte er bei bekannten Personen (Display) ans Telefon gehen, auch dann, wenn seine Frau und Kinder nicht daheim waren.

### Erfolgskontrolle

Es wurde in der 10. Therapiesitzung eine „Abschluss-AOT“ bei dem Patienten zu Hause durchgeführt und in der gleichen Woche bei ihm angerufen. Die vom Patienten gezeigten Leistungen in der „Abschluss-AOT“ und das Gespräch mit Herrn und Frau S. anhand drei modifizierter Fragen der SMART-Regel ergaben folgende Informationen:

1. *Hat sich die Leistung verbessert?*  
Herr S. geht mittlerweile ohne Aufforderung durch die Ehefrau und prompt ans Telefon.

2. *In welchem Ausmaß hat sich die Leistung verbessert?*

Er meldet sich meistens mit „Hallo“, selten mit dem Nachnamen, er begrüßt den Gesprächspartner mit „Hallo“ und manchmal mit Namenszusatz, das Gespräch leitet er korrekt mit „Moment“ weiter, er ruft seine Frau korrekt mit Vornamen und auf ihre Frage, wer „dran“ ist, sagt er spontan den Vornamen des Gesprächspartners. Wenn er mit bekannten Personen telefoniert, sind seine Äußerungen reaktiv, und er beantwortet Fragen korrekt mit Einwortäußerungen. Bei der Verabschiedung benutzt er konsequent „Tschüs“ ohne Namenszusatz.

3. *Konnte das angestrebte Ziel in dem gesetzten Zeitraum erreicht werden?*

Das formulierte Ziel konnte teilweise erreicht werden. Vor allem gelingt es Herrn S. nicht, die Kombinationen von Gruß- und Verabschiedungsformel mit dem Namen in der Alltagshandlung zu produzieren.

Herr S. zeigt sich mit dem Ergebnis der Behandlung zufrieden. Er äußerte nicht den Wunsch, das Ausmaß der sprachlichen Leistung weiter zu verbessern. Auch ohne eine Verbesserung der sprachlichen Leistung im angestrebten Ausmaß konnte Herr S. eine Verbesserung im Bereich der Teilhabe (Partizipation) in seinem persönlichen Alltag erreichen. Weitere Erfolge sind:

Er hat ein neues Handy gekauft. Herr S. kann im persönlichen Kontakt bekannte Personen auf sich aufmerksam machen, indem er ihre Vornamen nennt. Er kann seine Frau und Kinder rufen.

### Diskussion

Ein Ziel, das zu dem dargestellten therapeutischen Vorgehen geführt hat, ist, die bestehende Forderung umzusetzen, die ICF in den therapeutischen Alltag zu integrieren. Bisher liegen dazu aber noch wenige methodische Vorschläge vor. So werden verschiedene bereits bestehende diagnostische und therapeutische Instrumente so zusammengeführt, dass sie eine Alltagsrelevante Aphasietherapie im Sinne der ICF möglich machen. Angeregt durch die Sichtweise der ICF auf den Menschen wurde nach Möglichkeiten gesucht, die Auswirkungen einer Aphasie auf den kommunikativen Alltag auch zum direkten Gegenstand der praktischen Sprachtherapie zu machen. Zudem besteht die grundlegende Unklarheit, inwieweit Erfolge herkömmlicher Aphasietherapie – etwa

auch in psychometrischen Testverfahren belegbare Verbesserungen sprachlicher Teilleistung, z.B. dem Benennen – tatsächliche Auswirkungen auf sprachliche Alltagskompetenzen oder gar auf Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe haben. Durch das Formulieren konkreter und überprüfbarer Alltagsziele werden die Auswirkungen der Behandlung auf praktische Fähigkeiten und Möglichkeiten des Patienten in seinem natürlichen Umfeld messbar.

Die Erfahrung zeigt, dass die Alltagsrelevante Aphasietherapie das bestehende Rollenverständnis sowohl des Therapeuten als auch des Patienten verändert. In gewisser Weise kooperieren dabei jetzt zwei Experten: der Therapeut als Experte für sprachliche Rehabilitation und der Patient und seine Bezugsperson als Experten für ihren gelebten Alltag. Einerseits erfordert dies z.B., dass der Therapeut Verantwortung an den Patienten abgibt und dieser auch bereit ist, sie anzunehmen. Andererseits wird der Erfolg (also auch der mögliche Misserfolg) einer Behandlung durch die Erfolgskontrolle für den Therapeuten und Patienten sowie die Bezugsperson, aber auch den Kostenträger erheblich transparenter.

Der Patient wird deutlich unabhängiger von „Lob“ und der „Beurteilung“ seiner Leistungen durch den Therapeuten, wie sie z.B. nach formaler Testung mit einem herkömmlichen Diagnostikinstrument üblich ist. Der Patient ist im Therapieverlauf regelmäßig durch Selbsteinschätzung an der Erfolgskontrolle beteiligt und weiß genau, in welchem zeitlichen Rahmen sich welche Fähigkeit wie bessern soll. Ebenso erhöht sich durch die verstärkte Einbindung der Bezugsperson auch für diese die Transparenz der logopädischen Therapie. Erfahrungsgemäß zeigt sich, dass der Ehrgeiz des Patienten, ein definiertes Ziel in einem relativ engen zeitlichen Rahmen zu erreichen, hoch ist, zumal er sich davon einen praktischen Zugewinn im Alltag versprechen darf.

Der Rahmen therapeutischer Interventionsmöglichkeiten erweitert sich dadurch, dass Erfolge nicht mehr nur von der Verbesserung sprachlicher Leistungen (ICF: Körperfunktionen) abhängig sind, sondern eben auch alltagsbezogene Kommunikationshandlungen (ICF: Aktivität) sowie die gesellschaftliche Teilhabe (ICF: Partizipation) zum Gegenstand der logopädischen Therapie wird und damit auch ein wichtiges Feld für erreichbare Therapieerfolge eröffnet. Zugleich verändern sich die Anforderungen an den Therapeuten dahingehend, dass er erkennen muss, welche sprachlichen Funktionen zum

Erreichen eines Alltagsziels notwendig sind. Außerdem richtet sich die Funktionstherapie auf das übergeordnete Ziel, weswegen z. B. nur noch eingeschränkt auf bestehendes, marktübliches Therapiematerial zurückgegriffen werden kann und bekannte Behandlungsansätze gezielt adaptiert werden müssen. Natürlich erfordert das dargestellte Vorgehen auch eine erhöhte Bereitschaft der Beteiligten, in die Privatsphäre von Patienten und Bezugspersonen einzutreten, bzw. diesen Zugang zuzulassen.

Diese Art von Behandlung wird seit etwa zwei Jahren im Rahmen der Ausbildung sowohl theoretisch als auch praktisch unterrichtet. Sie versteht sich dabei weniger als feststehendes Konzept, sondern mehr als ein Diskussionsbeitrag zur Frage der Umsetzung der ICF in die logopädische Tätigkeit.

## Literatur

- Bongartz, R. (1998). Fragebogen zu den Auswirkungen der Sprachstörungen auf die Alltagskommunikation. In: Springer, L., Schrey-Dern, D. (Hrsg.). *Kommunikationstherapie mit Aphasikern und Angehörigen* (80-96). Stuttgart: Thieme
- Bucher, P.O. (2005). ICF-orientierte Sprachrehabilitation bei Aphasie. In: Tesak, J. (Hrsg.). *ICF in der Rehabilitation* (133-157). Idstein: Schulz-Kirchner
- Bühler, S., Grötzbach, H., Frommelt, P. (2005). ICF basierte Zieldefinition in der Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 4 (11), 204-211
- Frommelt, P., Grötzbach, H. (2005). Einführung der ICF in die Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 4 (11), 171-178
- Glindemann, R., Ziegler, W., Kilian, B. (2002). Aphasie und Kommunikation. In: Goldenberg, G., Pössl, J., Ziegler, W. (Hrsg.). *Neuropsychologie im Alltag* (78-97). Stuttgart: Thieme
- Götze, R. (1999). Die Idee der AOT. In: Götze, R. & Höfer, B. (Hrsg.). *AOT – Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung* (7-11). Stuttgart: Thieme
- Götze, R. (1999a). Ziele. In: Götze, R. & Höfer, B. (Hrsg.). *AOT – Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung* (29-33). Stuttgart: Thieme
- Grötzbach, H. (2004). Zielsetzung in der Aphasiotherapie. *Forum Logopädie* 5 (18), 12-16
- Grötzbach, H. (2006). Die Bedeutung der ICF für Aphasiotherapie in der Rehabilitation. *Forum Logopädie* 1 (20), 26-31
- Grötzbach, H. (2006 a). *Klinische Umsetzung der ICF am Beispiel Aphasie*. In: Kurzfassungen zum Programm der dbI-Fortbildungstage, [http://cplol2006.de/de/fobi\\_abstracts.php#9](http://cplol2006.de/de/fobi_abstracts.php#9)
- Höfer, B. (1999). AOT im kleinen Rahmen. In: Götze, R. & Höfer, B. (Hrsg.). *AOT – Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung* (172-173). Stuttgart: Thieme
- Huber, W., Poeck, K., Springer, L. (2006). Standards der Therapie. In: Springer, L., Schrey-Dern, D. (Hrsg.). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie* (105-135). Stuttgart: Thieme
- Rentsch, H.P. (2005). Grundlagen der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF). In: Tesak, J. (Hrsg.). *ICF in der Rehabilitation* (15-41). Idstein: Schulz-Kirchner
- Schöler, M., Grötzbach, H. (2004). Therapiebausteine. In: Thiel, M. (Hrsg.). *Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel* (133-203). Berlin: Springer
- Stenneken, P. (1999). Sprache und Kommunikation. In: Götze, R. & Höfer, B. (Hrsg.). *AOT – Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung* (59-87). Stuttgart: Thieme
- Tesak, J. (1999). Grundlagen der Aphasiotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner
- Wenz, C. (1999). Allgemeine Grundlagen therapeutischen Handelns. In: Götze, R. & Höfer, B. (Hrsg.). *AOT – Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung* (34-37). Stuttgart: Thieme
- WHO: *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Offizielle deutsche Online-Version erhältlich über <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>

### Beiträge zum Thema ICF in Forum Logopädie:

- Grötzbach: Zielsetzung in der Aphasiotherapie (5/2004)
- Reßler: Die ICF verändert den Blick auf die Gesundheit (6/2005)
- Grötzbach: Die Bedeutung der ICF für Aphasiotherapie in der Rehabilitation (1/2006).

### Autorin

Jeanine Coopmans  
Lehranstalt für Logopädie der IFBE med. GmbH  
Hans-Böckler-Str. 29, 44787 Bochum  
coopmans@die-schule.de

### SUMMARY. Aphasia Therapy of Daily Functional Communication

Aphasia Therapy of Daily Functional Communication follows a concept in which the fundamental ideas of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) shape the therapeutic approach. The ICF components serve as guidelines for the diagnostic process. Goals are established following a client-centered interview to identify the patient's communication needs. Based upon the SMART rule goals are formulated pertaining to the patient's specific requirements for activities of daily living. These goals define the contents and methods of therapy. Apart from functional training and assigned homework, intervention focuses on role-play and individually tailored therapy to address daily needs. Outcomes are measured based upon three modified questions of the SMART rule. The author uses a case study to illustrate the therapy concept.

KEY WORDS: ICF – diagnostics – establishing goals – formulating goals – therapy – outcomes measurement – case study