

Stottern im Spiegel der ICF: ein neuer Rahmen für Diagnostik, Therapie und Evaluation

Martina Rapp

ZUSAMMENFASSUNG: Die ICF bietet sich an als neuer, einheitlicher Rahmen für den Umgang mit der Redeflussstörung Stottern. Als Grundlage für ein biopsychosoziales Assessment bei Stottern wird ein Entwurf für ein ICF Core Set (eine Zusammenfassung von relevanten Kategorien) vorgestellt. Daraus ergeben sich Leitfragen für die logopädische Diagnostik. Partizipation und Lebensqualität im Alltag rücken in den Mittelpunkt. Die ICF ermöglicht eine personenzentrierte Therapieplanung und weist über therapeutische Belange hinaus auch auf die gesellschaftliche Verantwortung für einen konstruktiven Umgang mit Behinderungen.

Schlüsselwörter: ICF – Stottern – Therapieevaluation – biopsychosoziales Assessment – Partizipation – Lebensqualität mit Stottern – personenzentrierte Stottertherapie



Martina Rapp studierte zunächst Romanistik und Germanistik an der Universität Freiburg, bevor sie von 1994-96 die Ausbildung zur Logopädin in Bremen absolvierte. Nach fünf Jahren Tätigkeit in Klinik und Praxis ist sie seit 2001 Lehrlogopädin (Fachbereich Stottern) in der Schule für Logopädie Bremen. Sie absolvierte den Bachelorstudiengang Logopädie an der Fachhochschule in Emden und schloss ihn mit einer Bachelorarbeit zum Thema „Stottern im Spiegel der ICF“ im Juli 2006 ab.

Einleitung

Was zeichnet eine gute Stottertherapie aus? Welche Ziele sind realistisch und sollten verfolgt werden? Wie definiert sich Erfolg? Wie können Therapien evaluiert und erzielte Veränderungen dokumentiert werden?

Unterschiedliche Therapiekonzepte liefern darauf unterschiedliche Antworten. Evaluationsstudien sind meist auf spezifische Therapiekonzepte zugeschnitten und können somit auch nicht miteinander verglichen werden. So existieren Studien, die den Fokus auf die quantitative Ermittlung der Sprechflüssigkeitsrate legen, neben anderen, die vornehmlich die Qualität des Stotterns und der Kommunikation bewerten (*Blood & Conture, 1998*). Die Integration unterschiedlicher Aspekte ist dringend notwendig und bahnt sich in neueren Untersuchungen an (*Oertle et al., 2001; Yaruss, 2001*).

Vor diesem Hintergrund liefert die ICF (Internationale Klassifizierung der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) einen neuen Rahmen für ein umfassendes Assessment, bei dem Informationen aus allen biopsychosozialen Bezügen erfasst werden (*DIMDI, 2004*).

Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) wurde von der Weltgesundheitsorganisation im Jahre 2001

verabschiedet und liegt seit 2002 in einer deutschen Übersetzung vor. Die ICF ist zunächst ein Modell, das patientenbezogene Daten im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit erfasst. Sie ist eine Weiterentwicklung der 1980 erstellten ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), die noch ein lineares Krankheitsfolgenmodell repräsentierte: Eine bestimmte Schädigung (impairment) führte zu Beeinträchtigungen der Handlungsfähigkeit und damit auch zu Einschränkungen in sozialen Bezügen (handicap).

In der ICF wurden die Komponenten erweitert und stehen in Wechselwirkung zueinander (s. Abbildung 1). Um die Situation eines zum Beispiel stotternden Menschen zu beschreiben, werden anhand der ICF nicht nur Komponenten der Körperstruktur und Körperfunktion (z.B. Ausprägung und Ausmaß des Stotterns) untersucht. Auch die Beurteilung der Aktivitäten (z.B. der kommunikativen Kompetenzen) und der Grad der Partizipation im Alltag sind entscheidend. Innovativ ist die Berücksichtigung von Kontextfaktoren. Damit sind zum einen Umweltfaktoren gemeint (z.B. Zuhörerverhalten) und zum anderen personbezogene Faktoren. Zu den letzteren gehören nicht nur objektive Daten wie Alter, Geschlecht und ethnische Zuge-

hörigkeit, sondern auch persönliche Bewältigungsstrategien.

Die Entwicklung der ICF gründet u.a. auf Beobachtungen im Rehabilitationssektor: Das Ausmaß der Körperfunktionsschädigung wie etwa eine eingeschränkte motorische Beweglichkeit nach einem Schlaganfall kann bei zwei Personen gleich stark ausgeprägt sein und dennoch werden sehr unterschiedliche Levels der Partizipation und Lebensqualität im Alltag erreicht. Andere Faktoren, wie etwa das Umfeld (Gibt es eine behindertengerechtes Fahrzeug? Gehen die Nachbarn auf den Betroffenen zu?) oder persönliche Einstellungen (Ist er ein geselliger Mensch? Hat die Person ihre Erkrankung verarbeitet?) entscheiden oft maßgeblich über den Grad der Teilhabe am täglichen Leben.

Traditionelle medizinisch orientierte Rehabilitationskonzepte, die die Körperfunktionen eines Menschen bestmöglich trainieren und ihn dann „ins Ungewisse“ entlassen, wirken vor diesem Hintergrund unbefriedigend. Das Konzept der ICF verknüpft medizinische Modelle von Gesundheit mit soziologischen Modellen. Die persönliche Situation des betroffenen Menschen in seinem Alltag wird analysiert und im Rahmen einer Therapie oder Rehabilitation mit berücksichtigt (*Rentsch & Bucher, 2005; Grötzbach, 2006*)

Die ICF definiert dabei nicht die Krankheit selbst – das leistet nach wie vor die ICD-10, die „International Classification of Diseases“ (DIMDI, 2006) – sondern sie ermittelt den Grad der „Funktionsfähigkeit“ und damit auch der Lebensqualität, die ein Mensch mit einem bestimmten Gesundheitsproblem erreichen kann.

Die deutsche Übersetzung „Funktionsfähigkeit“ oder auch „funktionale Gesundheit“ (functioning) klingt zwar etwas mechanistisch, bedeutet jedoch, dass nicht nur die körperlichen (einschließlich der psychischen) Funktionen „intakt“ sind, sondern auch die Leistungsfähigkeit in Bezug auf Aktivitäten und die Partizipation so sind, wie man es von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwarten würde (DIMDI, 2004, S. 4). Gesundheit in allen biopsychosozialen Belangen also.

Mit der ICF wurde eine gemeinsame Sprache zur interdisziplinären und internationalen Verständigung geschaffen. Sie dient als wissenschaftliche Grundlage zur Planung und Evaluation von Behandlungsergebnissen.

Stottern im Spiegel der ICF

Wie kann die Funktionsfähigkeit eines Menschen, der stottert, mittels der ICF beschrieben werden?

Zur Beurteilung innerhalb der Komponenten bietet die ICF vier Klassifizierungslisten: jeweils eine für Körperstrukturen und Körperfunktionen, eine gemeinsame Liste für Aktivitäten und Partizipation und eine Liste für die Umweltfaktoren. Für die personbezogenen Faktoren liegt derzeit noch keine Spezifizierung vor. Alle Komponenten sind in Kapitel (Domänen) gegliedert. So enthält die Komponente Aktivitäten und Partizipation zum Beispiel die Domänen „Kommunikation“ und „Mobilität“. Jede Domäne enthält Kategorien

in einer Kurzfassung (3-stellig beziffert) und als letzte Ausdifferenzierung in der Vollversion (4-stellig beziffert) detaillierte Beschreibungen. Im Folgenden werden für Stottern bedeutsame Kategorien beschrieben (Übersicht s. Tab. 1).

► Körperstruktur: anatomische Gegebenheiten des Körpers

Beim Stottern wird die Körperstruktur durch neuere Ergebnisse der Hirnforschung interessant. Neurowissenschaftler aus Göttingen und Hamburg stellten in einer Studie bei chronisch stotternden Erwachsenen kleinste Strukturabweichungen in den Faserverbindungen des Gehirns fest, und zwar in den Regionen, die mit Sprechplanung und -koordination befasst sind (Sommer et al., 2002; Sommer, 2006). Weitere Untersuchungen bestätigen diesen Befund (Neumann, 2005). Diese kleinen Abweichungen können in s110 (Strukturen des Gehirns) dokumentiert werden.

► Körperfunktion: physiologische und psychologische Funktionen des Menschen

Hier wird das Kapitel 3 „Stimm- und Sprechfunktionen“ relevant. Unter b 330 werden unterschiedliche Funktionen des Redeflusses und des Sprechrhythmus beschrieben. b3300 bezeichnet Sprechflüssigkeit, b3301 den Sprechrhythmus, b3302 das Sprechtempo und b3303 die Prosodie des Sprechens. Ob Stottern auch in Kapitel 7 als Beeinträchtigung der Funktionen der Kontrolle der Willkürbewegungen (b760) zu klassifizieren ist, müsste diskutiert werden.

Bewertung: Für alle Kategorien kann auf einer Skala von 0 bis 4 entweder die funktionale und strukturelle Integrität mit dem Wert 0 oder eine komplette Schädigung mit dem Wert 4 beschrieben werden. b3303 (0) wäre dann eine nicht geschädigte Prosodie,

b3303 (1) würde für eine leichte Schädigung gelten usw... Die Skalen liefern damit einen Bezugsrahmen. Ob eine solchermaßen quantifizierte Beurteilung von 0 bis 4 im klinischen Alltag durchführbar und sinnvoll ist, wird in der ICF-Literatur sehr kritisch diskutiert.

► Aktivitäten und Partizipation: Tätigkeiten und Bereiche der Teilhabe

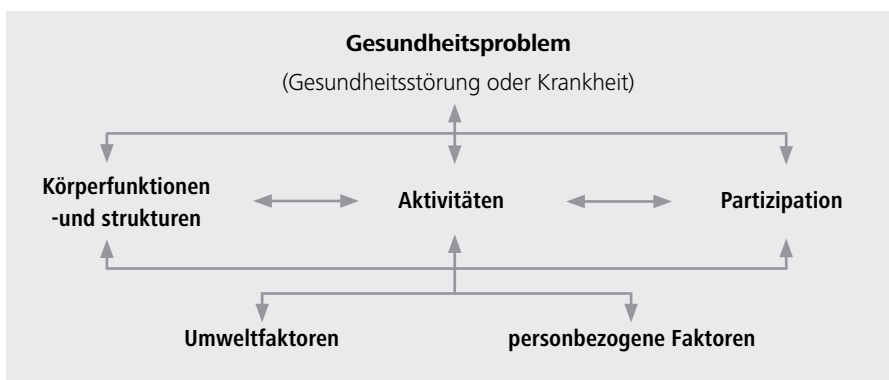
In dieser Komponente ist die Domäne der Kommunikation auf jeden Fall bedeutsam (d330 Sprechen, d350 Konversation führen). Aber auch das Kapitel „Häusliches Leben“ (d620 Beschaffung von Waren, d660 anderen helfen) enthält wichtige Kategorien zur Bestimmung der Aktivität. Das Beschaffen von Lebensmitteln oder etwa Kinokarten wird in vielen Fällen durch Vermeidung beeinträchtigt. „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“, „Bedeutende Lebensbereiche“ und „Gemeinschaftsleben“ sind weitere Kapitel, in denen Beeinträchtigungen durch Stottern und Vermeidungsstrategien zu finden sind. So kann zum Beispiel der Umgang mit Fremden (d730), der Alltag in der Schule (d820) oder das Führen eines Vorstellungsgesprächs (d845) durch Stottern beeinträchtigt sein.

Bewertung: In dieser Komponente wird zwischen Leistung und Leistungsfähigkeit unterschieden. Mit „Leistung“ wird beschrieben, was ein Mensch in seiner gegebenen Umwelt tatsächlich ausführt. Mit „Leistungsfähigkeit“ kann seine Kompetenz zum Handeln bezeichnet werden, die sich unter optimalen Umweltbedingungen zeigt. Die Diskrepanz kann groß sein und ist oft kontextabhängig. So beteiligt sich ein Stotternder im Kollegenkreis zum Beispiel nicht an Diskussionen (Leistung). Befindet er sich jedoch in einem Setting, in dem er sich mit Stottern akzeptieren kann, beteiligt er sich rege (Leistungsfähigkeit). Die Diskrepanz zwischen Leistung und Leistungsfähigkeit gibt damit wichtige Impulse für die Therapiegestaltung.

► Umweltfaktoren: alle materiellen und sozialen Einflüsse, die außerhalb des Individuums liegen

Die Beschreibung der Umweltfaktoren ist beim Stottern von größter Bedeutung. Auf materieller Ebene finden sich unter e1151 Hilfsmittel und unterstützende Technologien. Hier können zum Beispiel elektronische Geräte zur verzögerten auditiven Rückmeldung eingetragen werden, die von manchen Stotternden mit Erfolg genutzt werden. Von großem Einfluss sind soziale Umweltfaktoren. Kapitel 3 differenziert Unterstützung und Beziehungen. Von Familie (e310), Freun-

■ Abb. 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (DIMDI, 2004, S. 23)



den (e320), Peers (e325) bis hin zu Autoritätspersonen (e355), Fachleuten (also auch Stottertherapeuten) und selbst zu Haustieren sind Kategorien vorhanden, um fördernde oder hemmende Einflüsse zu dokumentieren. Bei stotternden Schülern ist das Verhalten der Lehrer sicher eine wichtige Einflussgröße auf Aktivität und Partizipation.

Dass ein biopsychosoziales Modell von Gesundheit konsequent umgesetzt wurde, ist auch daran ersichtlich, dass in Kapitel 4 Einstellungen von Personen sowie gesellschaftliche Werte und Normen beschrieben werden (e410 bis e460). Das Stereotyp des neurotischen, verunsicherten Stotterers ist nach wie vor im gesellschaftlichen Bewusstsein präsent und beeinflusst das kommunikative und soziale Verhalten der Umwelt ungünstig (Benecken, 1996; Leahy, 2005). Stotternde Jugendliche sind nicht nur von Peers, sondern zum Beispiel auch von Berufsberatern durch Stigmatisierung bedroht, was eine deutliche Barriere darstellt.

Bewertung: Die einzelnen Kategorien können als Förderfaktoren (von +0 bis +4) oder als Barrieren (von -0 bis -4) eingestuft werden, je nachdem ob sie sich positiv oder negativ auf die funktionale Gesundheit auswirken. Ein optimal unterstützender Lehrer wäre in ICF-Sprache also ein „e355(+4)“

► **Personbezogene Faktoren: individuelle Gegebenheiten einer Person wie zum Beispiel das Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Bildung und persönliche Bewältigungsstrategien**

Neben den persönlichen Daten sind die individuellen Bewältigungsstrategien (Coping) beim Stottern besonders relevant. Viele Untersuchungen belegen, dass Bewertungsprozesse bezüglich des Stotterns in unmittelbarer Wechselwirkung mit der Symptomatik selbst stehen. Die individuellen Reaktionen auf das eigene Stottern, etwa Scham, negative Bewertungen und Vermeidungsverhalten im ungünstigen oder Akzeptanz im positiven Fall, werden von vielen Autoren als zentral für das Ausmaß der Beeinträchtigung durch Stottern beschrieben (Weikert, 1996; Blood & Conture, 1998; Yaruss & Quesal, 2004). Die Dokumentation des individuellen Copings ist daher von großer Wichtigkeit.

Bewertung: Noch gibt es keine Liste möglicher Kategorien. Bislang ist es jedem Therapeuten(-team) selbst überlassen, relevante Aspekte zu dokumentieren.

Zusammengefasst bietet die ICF einen umfassenden Rahmen, um das Gesundheitsproblem „Stottern“ in seinen biopsychosozialen Dimensionen zu erfassen. Mit den Kategorien der ICF werden nicht nur das beobachtbare (Sprech-)Verhalten gemessen, sondern alle für die Funktionsfähigkeit entscheidenden Aspekte.

Die gesamte ICF ist mit ihren über tausend Kategorien nur schwerlich im therapeutischen Alltag einsetzbar. Forschungsgruppen der WHO arbeiten daher an „ICF Core Sets“, die eine Vorauswahl relevanter Kategorien für spezifische Erkrankungen festlegen (Rentsch & Bucher, 2005). Noch existiert kein offizielles Core-Set für das Stottern. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht von relevanten Domänen und Kategorien der Kurzversion. Sie stellt einen Entwurf für ein Core-Set dar (Rapp, 2006).

Bedeutung der ICF für das Assessment

Alle Komponenten sind relevant

Die Ermittlung der Funktionsfähigkeit hat Priorität vor der Beurteilung isolierter Kompetenzen. Der große Vorteil eines ICF Assessments liegt darin, dass – unabhängig vom gewählten Therapiekonzept – alle Komponenten im Detail dokumentiert werden.

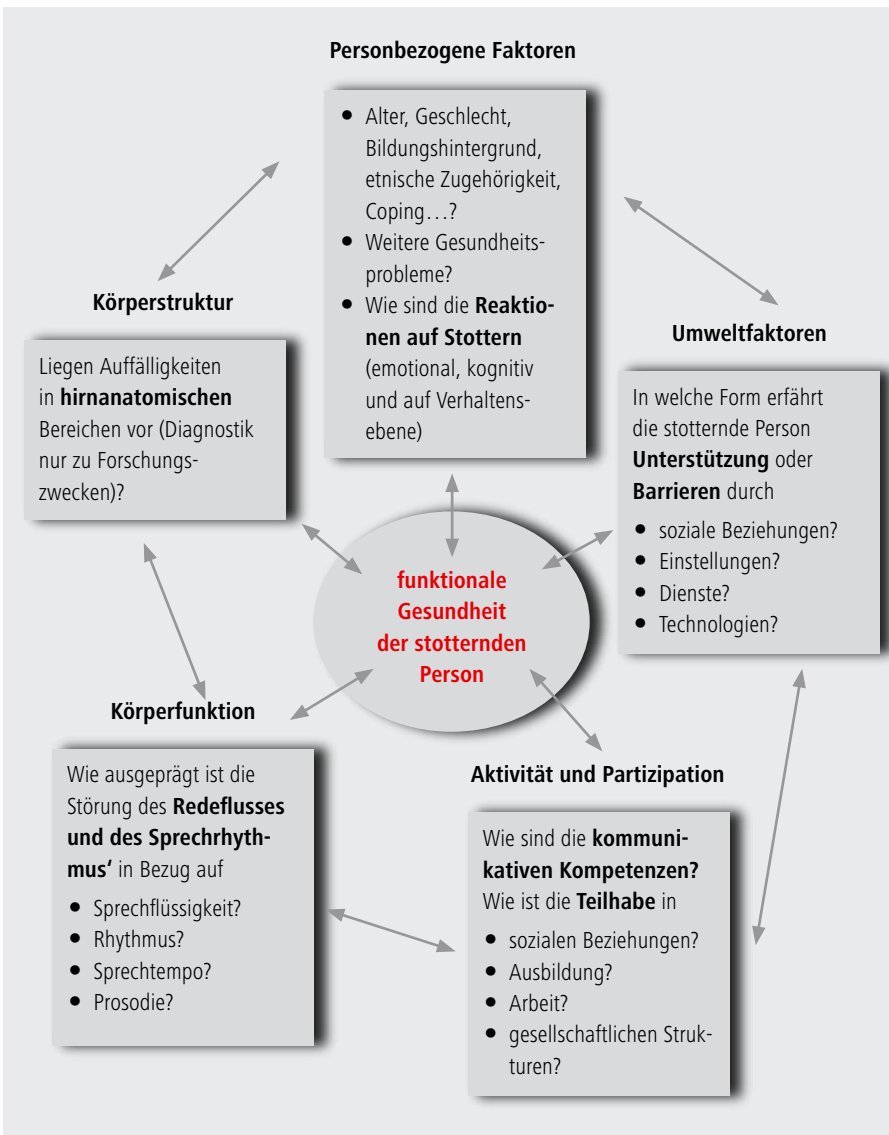
Ausnahme bildet beim Stottern die Diagnostik der Hirnstruktur, die m. E. nicht Bestandteil einer „alltäglichen“ Befundung ist, sondern derzeit nur zu Forschungszwecken durchgeführt werden sollte.

Anhand der für das Stottern relevanten Kategorien in Tabelle 1 ergeben sich Leitfragen zum Assessment (s. Abbildung 2):

■ **Tab. 1: Für das Stottern relevante Domänen und Kategorien. Entwurf für ein ICF Core Set.** (Rapp, 2006, S. 28)

Komponente	Domänen (Kapitel)	Kategorien (3. Ebene)
Körperstrukturen	• Strukturen des Nervensystems (1)	s110 Strukturen des Gehirns
Körperfunktionen	• Stimm- und Sprechfunktionen (3)	b330 Funktionen des Redeflusses und Sprechrhythmus'
	• Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen (7) (?)	b760 Funktionen der Kontrolle der Willkürbewegungen
Aktivität und Partizipation	• Kommunikation (3)	d330 Sprechen, d350 Konversation, d355 Diskussion, d360 Kommunikationstechniken
	• Häusliches Leben (6)	d620 Beschaffung von Waren d660 anderen helfen
	• Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (7)	d720 interpersonelle Interaktionen, d730 Umgang mit Fremden, d750 informelle soziale Beziehungen
	• Bedeutende Lebensbereiche (8)	d810, d815, d820, d825, d830 verschiedene Bildungsbereiche, d845 Arbeit, d850 bezahlte Tätigkeit
	• Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (9)	d910 Gemeinschaftsleben, d920 Erholung und Freizeit, d940 Menschenrechte
Personbezogene Faktoren	keine Klassifizierung	persönlicher Hintergrund, Bewältigungsstrategien, Reaktionen auf das Stottern
Umweltfaktoren	• Produkte und Technologien (1)	e115 Technologien
	• Unterstützung und Beziehungen (3)	e310 + e315 Familie, e320 Freunde, e325 Peers, e355 Autoritätspersonen, e355 + e360 Fachleute, e350 Haustiere
	• Einstellungen (4)	e410 - e455 Einstellungen von Bezugspersonen, e460 gesellschaftliche Einstellungen
	• Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (5)	e535 Kommunikationswesen (Telefon), e555 Vereinigungen und Organisationen, e580 Gesundheitswesen

■ **Abb. 2: ICF-basiertes Leitfragenmodell zum Assessment beim Stottern** (Rapp, 2006, S. 35)



- Wie ausgeprägt ist die Störung des Redeflusses?
- Wie sind die kommunikativen Kompetenzen und die Teilhabe?
- Wodurch erfährt der stotternde Mensch von seiner Umgebung Unterstützung oder Barrieren?
- Wie sind die persönlichen Daten und wie sind die Bewältigungsstrategien in Bezug auf das eigene Stottern?

sen daher zu einem Set zusammengefügt werden (Rapp, 2006).

Dabei sind die Messergebnisse von vorhandenen Verfahren, z.B. Fragebögen, nicht kompatibel mit den ICF-Skalen von 0 bis 4. Soll dies angeglichen werden, wird weitere Forschungsarbeit notwendig sein. Vorerst liegt der Nutzen der ICF daher in der Vorgabe der Untersuchungsbereiche und deren Strukturierung.

Kompetenz im Alltag zählt

Erfolge im Therapieraum oder isolierte Ergebnisse wie zum Beispiel die Senkung der Stotterrate haben im Rahmen der ICF keine Relevanz, wenn sie nicht auch zu einer Verbesserung der Alltagsaktivitäten (zum Beispiel der Beteiligung an Gesprächen) und zu verbesserter Partizipation und Lebensqualität beitragen. Daher sind auch neue Instrumente

Assessmentinstrumente werden kombiniert

Die ICF gibt zwar die zu prüfenden Kategorien vor, liefert aber keine Assessmentinstrumente. Bestehende, bewährte Instrumente etwa zur Messung der körperlichen Symptomatik, zur psychischen Reaktion auf Stottern oder zum kommunikativen Verhalten müs-

erforderlich, die messen, ob ein Stotternder tatsächlich nach einer Therapie seine Aktivitäten und Partizipation verbessern konnte. In der amerikanischen Stotterforschung wurde nun ein valider Test zur Ermittlung von Partizipation und Lebensqualität von stotternden Menschen erstellt (Yaruss & Quesal, 2006). Eine Übertragung ins Deutsche ist wünschenswert.

Grundlage eines ICF-Assessments ist die Interdisziplinarität

Bei der Beurteilung der Funktionsfähigkeit von stotternden Kindern und Jugendlichen sind im Regelfall Bezugspersonen, Erzieher und Lehrer mit einzubeziehen, um ein verbessertes Bild über die Leistungen, Barrieren und Förderfaktoren im Alltag zu erhalten.

Bedeutung der ICF für die Therapie

Patientenzentrierte Therapieplanung

Individuelle Ressourcen und Defizite in den unterschiedlichen Komponenten erfordern eine auf jeden stotternden Menschen spezifisch zugeschnittene Therapie. Die persönlichen Ziele eines stotternden Menschen sollten die Planung maßgeblich bestimmen. Ein Zuwachs an Partizipation und Lebensqualität kann bei verschiedenen stotternden Menschen durch unterschiedliche Veränderungen bewirkt werden. Für einen stotternden Schüler mag es im Vordergrund stehen, mit den Lehrern eine Absprache zu treffen, wann er in der Klasse aufgerufen wird und wann nicht, um angsterfüllte Schulstunden zu entschärfen. Ein Student benötigt etwa neue kognitive Strategien, um auf ein selten auftretendes Stottern nicht mit Selbstabwertung und verstärktem Stottern zu reagieren. Ein Dritter stottert vielleicht ganz selbstbewusst, möchte nun aber intensiv daran arbeiten, seine Sprech- oder Stotterweise zu modifizieren.

Abkehr vom Fokus auf die Sprechflüssigkeit – Förderung der kommunikativen Kompetenzen

Das Modell der Wechselwirkungen zwischen den Komponenten verdeutlicht, dass die traditionelle Fokussierung auf die gestörte Körperfunktion nicht ausreichend ist.

Für die Arbeit an der Sprechflüssigkeit stehen mit Fluency-Shaping-Verfahren¹ und Stottermodifikationstherapien² zwei effektive Methoden zur Verfügung, die in vielen Fällen zu einer Verbesserung im Sprechfluss führen (Blood & Conture, 1998; Natke, 2000).

Die Verbesserung der Sprechflüssigkeit ist ein wichtiger Baustein zur Verbesserung der funktionalen Gesundheit. Sie ist allerdings nur *ein* wichtiger Baustein.

Verbesserte Sprechflüssigkeit bedeutet nicht immer auch verbesserte kommunikative Kompetenz und gelungene Partizipation. Chronisch stotternde Jugendliche und Erwachsene haben oft über einen langen Zeitraum Verhaltensstrukturen der kommunikativen Vermeidung entwickelt, die sich automatisieren und selbst verstärken. Neue, gewünschte Verhaltensweisen wie zum Beispiel Telefonieren, gelassenes Zuhören oder das Sprechen in einer Gruppe müssen in der Therapie gezielt erarbeitet und integriert werden.

Förderung der Kompetenzen im Alltag

Das Ziel einer Therapie ist Teilhabe und Lebensqualität im täglichen Leben. Das Training der sprechmotorischen oder sozialen Kompetenzen darf sich daher nicht an der Leistungsfähigkeit im Therapieraum orientieren. Maßstab der Bemühungen sind die Aktivitäten und die Teilhabe im Alltag. In-vivo-Arbeit mit dem Therapeuten und Eigenarbeit, die außerhalb der Therapiezeit in Alltagssituationen stattfindet, sind dabei wichtige Bestandteile des gesamten Therapieverlaufs (vgl. dazu auch: Wendlandt, 2002 u. 2003).

Aufbau von günstigen Coping-Strategien

Die ICF belegt den großen Einfluss der personbezogenen Faktoren auf die „Funktionsfähigkeit“ eines stotternden Menschen. Zentraler Aspekt sind bei Stotternden die Reaktionen auf das eigene Stottern. Die Akzeptanz des Stotterns oder des Reststotterns nach erfolgter Therapie ist wichtige Bedingung, um sich selbstbewusst in Kommunikationssituationen bewegen zu können. Ungünstige emotionale Reaktionen wie etwa Scham und Angst können durch kontinuierliche Desensibilisierungsprozesse abgebaut werden (vgl. Van Riper, 1986; Wendlandt, 1992). Auch die Methode des „Reframing“ kann dazu verhelfen, in einer Auseinandersetzung mit dem Stottern negative Gefühle zu verarbeiten und zu verändern (Katz-Bernstein & Subellok, 2002).

1 Fluency-Shaping-Verfahren sind verhaltenstherapeutisch aufgebaute Programme, die durch Veränderung der Sprechweise, etwa zunächst extreme Verlangsamung, Sprechflüssigkeit herstellen.

2 Stottermodifikation bedeutet, gezielt Vermeidung und Ängste abzubauen, die Wahrnehmung bzgl. der Stottersymptomatik zu verbessern und Techniken zu erlernen, die die Kernsymptomatik verflüssigen.

Akzeptanz stellt dabei keinen Widerspruch zu dem Therapieziel „Reduktion der Stottersymptomatik“ dar. Bei chronisch stotternden Menschen werden auch nach einer erfolgreichen symptomreduzierenden Therapie immer wieder Stottersymptome auftreten. Der gelassene Umgang damit stellt die beste Rückfallprophylaxe dar.

Einbeziehung des Umfeldes

Hier gilt es Barrieren abzubauen und Förderfaktoren zu installieren. Günstiges, akzeptierendes Kommunikationsverhalten und Unterstützung im Therapieprozess sind fördernde Faktoren, die nähere Bezugspersonen lernen können (vgl. dazu Sandrieser & Schneider, 2004). Eine zentrale Rolle spielt die Arbeit mit den Erziehern und Lehrern von stotternden Kindern und Jugendlichen. Mit Jugendlichen und Lehrern sollten gemeinsam gute, individuelle Lösungen für den Umgang mit dem Stottern in der Klasse gefunden werden. Transparenz über die Arbeit in der Therapie erleichtert zudem den Transfer von neuen, erwünschten Verhaltensweisen (etwa Pseudostottern oder den Einsatz von Sprechtechniken). Unterstützende Strukturen sind weiterhin Selbsthilfe- oder Therapiegruppen mit anderen Betroffenen.

Gesellschaftspolitische Aspekte und Prävention

Mit der ICF rückt die Partizipation von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen in den Fokus. Die Forderung der Integration Betroffener in die Gesellschaft verlangt nicht nur medizinische Versorgung sondern auch soziales Handeln: „(...) es gehört zu der gemeinschaftlichen Verantwortung der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit, die Umwelt so zu gestalten, wie es für eine volle Partizipation (Teilhabe) der Menschen mit Behinderungen an allen Bereichen des sozialen Lebens erforderlich ist“ (DIMDI, 2004, S. 25). Dabei wird im Rahmen der ICF jegliche Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen als Behinderung definiert.

Der Reichweite von Therapie und der Teilhabe von Stotternden in der Gesellschaft bleiben Grenzen gesetzt, wenn sich das Stereotyp des „Stotterers“ nicht wandelt. Jeder einzelne Stotternde, der selbstbewusst und offensiv mit seinem Stottern umgeht, kann in seinem näheren Umfeld zeigen, dass er das Klischee nicht bedient. In ihrer Wirkung überwiegen jedoch die Darstellungen in den Medien, die sich das Stottern immer noch zunutze machen, um unsichere und neurotische Charaktere zu zeichnen (Benecken, 1996). Stigmatisierung von Stotternden ist noch

weit verbreitet und macht auch vor Fachkreisen nicht halt (Leahy, 2005). Um einen deutlichen Impuls zu einer Veränderung auf gesellschaftlicher Ebene zu geben, sollte bereits in Schulen und anderen pädagogischen Einrichtungen ein adäquater Umgang mit dem Stottern gelehrt und gelernt werden. Dies gilt im Übrigen auch für den Umgang mit anderen Behinderungen. Die Prävention von psychosozialen Folgeproblemen beim Stottern oder anderen Behinderungen wäre ein direkter, wünschenswerter Effekt.

Ausblick

Alle Mitgliedstaaten der WHO sind dazu aufgefordert, die ICF in ihr Gesundheitswesen zu implementieren. Als Klassifikation der WHO dient sie als sozialpolitisches Instrument und als Grundlage zur Mittelvergabe. So wurden zum Beispiel in Deutschland wesentliche Aspekte der ICF im SGB IX (Neuntes Buch des Sozialgesetzbuches zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) aufgenommen (Sozialgesetzbuch, 2005). In vielen Bereichen der Rehabilitationsmedizin wurde die ICF bereits zum Standard (Rentsch & Bucher, 2005). Im logopädischen Sektor findet die ICF derzeit im Aphasiebereich große Beachtung (ebd.; Grötzbach, 2006). Die Diskussion um die Anwendung der ICF gewinnt derzeit in allen logopädischen Störungsgebieten an Bedeutung.

Die ICF ist eine neue Klassifikation. Dennoch hat sie das biopsychosoziale Modell nicht erfunden, sondern integriert: Viele (Stotter-)therapeutInnen arbeiten in der Praxis bereits seit vielen Jahren personenzentriert und berücksichtigen biopsychosoziale Aspekte. Die ICF kann dazu dienen, ihre Arbeit auch gegenüber anderen Berufsgruppen und den Kostenträgern transparenter und nachvollziehbar zu machen.

Literatur

- Benecken, J. (1996). *Wenn die Grazie misslingt – Stottern und stotternde Menschen im Spiegel der Medien*. Köln: Demosthenes
- Blood, G.W., Conture, E.G. (1998) Outcomes Measurement Issues in Fluency Disorder. In: Frattali, C.M. (ed.). *Measuring Outcomes in Speech-Language Pathology* (387-405). New York: Thieme
- DIMDI, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2004). *ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Köln: DIMDI. http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ICF/icf_dimdi_final_draft_1.pdf (02.02.2006)
- DIMDI, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2006). *ICD-10, International Classification of Diseases*. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2006/gf90.htm> (08.11.2006)
- Grötzbach, H. (2006). Die Bedeutung der ICF für die Aphasiotherapie in der Rehabilitation. *Forum Logopädie* 1 (20), 26-31
- Katz-Bernstein, N. & Subellok, K. (2002). Therapiebausteine in der Gruppentherapie von redeflussgestörten Kindern und Jugendlichen. In: Katz-Bernstein, N. & Subellok, K. (Hrsg.). *Gruppentherapie mit stotternden Kindern und Jugendlichen* (41-52). München: Reinhardt
- Leahy, M.M. (2005). Changing Perspectives for Practice in Stuttering: Echoes From a Celtic Past, When Wordlessness was Entitled to Time. *American Journal of Speech-Language Pathology*, Nov. (Vol. 14), 274-283
- Natke, U. (2000). *Stottern. Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden*. Bern: Huber
- Neumann, K. (2005). Wortstau im Gehirn. *Gehirn & Geist* 1-2, 30-35. http://www.kasseler-stottertherapie.de/_documents/GuG_0501.pdf (13.03.2006)
- Oertle, H.M., Natke, U., Bosshardt, H.G. & Sandrieser, P. (2001). Wie wirkt Stottertherapie? PEVOS, das Programm zur Evaluation von Stottertherapien der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. *Sprache – Stimme – Gehör* 25, 39-41
- Rapp, M. (2006). *Stottern im Spiegel der ICF – Neue Maßstäbe für Assessment und Therapie*. Bremer Modell, Band 4. Fachschule für Logopädie Bremen. <http://www.schule-fuer-logopaedie.de>
- Rentsch, H.P. & Bucher, P.O. (2005). *ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen*

Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag. Idstein: Schulz-Kirchner

Sandrieser, P. & Schneider, P. (2004). *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme

Sommer, M., Koch, M.A., Paulus, W., Weiller, C. & Büchel, C. (2002). Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent development stuttering. *The Lancet*, Vol. 360, 380-383

Sommer, M. (2006). *Deutschsprachige Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse*. <http://www.neurologie.uni-göttingen.de/uploads/13-28.pdf> (13.03.2006)

Sozialgesetzbuch (2005). 9. Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. In: *Sozialgesetzbuch* (1089-1175). München: dtv

Van Riper, Ch. (1986). *Die Behandlung des Stotterns*. Köln: Demosthenes

Weikert, K. (1996). *Stottern – Belastung und Bewältigung im Lebenslauf*. Köln: Demosthenes

Wendlandt, W. (1992). Non-Avoidance-Prinzipien in der Therapie des Stotterns. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.). *Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 5* (425-445). Berlin: Edition Marhold

Wendlandt, W. (2002). *Therapeutische Hausaufgaben. Materialien für die Eigenarbeit und das Selbsttraining. Eine Anleitung für Therapeuten, Betroffene, Eltern und Erzieher*. Stuttgart: Thieme

Wendlandt, W. (2003). *Veränderungstraining im Alltag. Eine Anleitung zur In-vivo-Arbeit, Beratung und Selbsthilfe*. Stuttgart: Thieme

Yaruss, J.S. (2001). Evaluating treatment outcomes for adults who stutter. *Journal of Communication Disorders* 34, 163-182

Yaruss, J.S. & Quesal, R.W. (2004). Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders* 37,35-52

Yaruss, J.S. & Quesal, R.W. (2006). Overall Assessment of the Speakers's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders* 31, 90-115

Literaturhinweis

Schuntermann, M.F. (2006). *Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Kurzeinführung*. <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> (25.01.07)

SUMMARY. Stuttering as reflected by the ICF: A new Framework for Assessment, Therapy and Evaluation in the Treatment of Stuttering

The ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) offers a new and uniform framework for the management of stuttering as a fluency disorder. The author presents a draft of an ICF core set which is a summary of relevant categories. It can serve as the foundation for a biopsychosocial assessment. The individual categories of the ICF core lead to essential questions in the diagnostics of stuttering in speech-language pathology. Emphasis is placed upon participation in communicative situations and day-to-day quality of life. The ICF facilitates client-centered therapy planning. In addition to all therapeutic issues, it draws attention to the responsibility that society has to address impairments in a positive way.

KEY WORDS: ICF – stuttering – evaluation of therapy – participation – quality of life with stuttering – client-centered stuttering therapy

Autorin

Martina Rapp
Logopädin BSc.
Schule für Logopädie Bremen
Dölvesstraße 8
28207 Bremen
martina.rapp@wisoak.de