

ICF in der logopädischen Rehabilitation nach Laryngektomie

Mechthild Glunz, Eugen Schmitz, Hanne Stappert

ZUSAMMENFASSUNG. Der Beitrag führt in die Anwendung der ICF für die Lebenssituation laryngektomierter Patienten ein. Dabei wird exemplarisch auf die ICF-Codes eingegangen, die für die veränderte Atemführung nach einer Laryngektomie relevant sind. Anschließend werden die ICF-Komponenten und ihre Bedeutung für die Therapie anhand eines Patientenbeispiels illustriert. Abschließend erfolgen eine kritische Auseinandersetzung und ein Ausblick auf mögliche Erweiterungen der ICF-Grundlagen.
Schlüsselwörter: ICF – Laryngektomie – logopädische Therapie

Anwendung der ICF-Komponenten für Patienten nach einer Laryngektomie

Aus dem schulmedizinischen Denken heraus wurde bisher besonders auf die Wechselwirkung zwischen der Komponente Körperstruktur (Kehlkopf) und der Komponente Körperfunktion (Atmung, Stimme, Schlucken) fokussiert. Dieser Blick beeinflusste auch die logopädische Behandlung kehlkopflöser Menschen. Mit der Verabschiedung der ICF hat sich der traditionelle Blick erweitert. Sie stellt u.a. Werkzeuge zur Beschreibung individueller Ressourcen, Beeinträchtigungen und Kompensationsmöglichkeiten unter Einbeziehung fördernder oder hemmender Umweltfaktoren bereit. Das in der ICF formulierte übergeordnete und vom Gesetzgeber geforderte Ziel einer gleichberechtigten Teilhabe kann nun mithilfe der ICF benannt, bearbeitet und erfasst werden.

Für die vielen Bereiche, von denen laryngektomierte Patienten betroffen sind, wie *Medizin* (z.B. Diagnostik, Operation, Bestrahlung, Chemotherapie, Nachsorge), *Hilfsmittelversorgung* (z.B. Erstausrüstung, langfristige Hilfsmittelanpassung), *Logopädie* (z.B. Befunderhebung, Stimmrehabilitation, therapeutische Begleitung), *Sozialrecht* (z.B. Regelung sozialrechtlicher/finanzieller Angelegenheiten wie Schwerbehindertenausweis, Rente, Rehabilitationsmaßnahmen), *Physiotherapie* (z.B. Mobilisierung, Lymphdrainage), *Psychologie* (z.B. Gesprächsführung, Psychotherapie, Seelsorge) und *Selbsthilfe* (z.B. Unterstützung durch andere laryngektomierte Menschen, Angehörigenarbeit),

stellt die ICF ein umfassendes Instrumentarium für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Verfügung. Sie ermöglicht es außerdem, dass die Beteiligten der verschiedenen Bereiche das gesetzlich geforderte Teilhabeziel im Auge behalten. Die ICF-Komponenten Körperfunktion, Körperstruktur, Aktivität/Partizipation (Teilhabe), Umweltfaktoren dienen dazu, die Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit zu erfassen.

Die vielseitigen Wechselwirkungen der einzelnen Komponenten lassen sich gut am Beispiel der veränderten Atemführung eines laryngektomierten Patienten aufzeigen (s. Tab. 1). In der Tabelle wird deutlich, wie viele Codes, die auch z.T. von kulturellen, sozialen und klimatischen Gegebenheiten abhängig sind, allein für dieses Beispiel relevant sein können. Aus Gründen der Praktikabilität ist es sinnvoll, kurze prägnante zielführende Core-Sets (s. DIMDI, 2005, S. 152) auszuwählen. Dennoch ist es notwendig, den Überblick über alle zutreffenden Codes zu behalten.

Tabelle 1 beschreibt den Zeitpunkt der veränderten Atemführung direkt nach der Operation. Die ICF-Codes sollten je nach Rehabilitationsfortschritt angepasst werden. Mit der nachfolgenden exemplarischen Beschreibung der Wechselwirkung zwischen den einzelnen Komponenten soll auch die Anpassung der ICF-Codes an den Rehabilitationsverlauf verdeutlicht werden.

Das krankheitsbedingte, operativ angelegte Tracheostoma (Körperstruktur, s340, Struk-

Mechthild Glunz war nach dem Logopädieexamen 1993 in Tübingen im I.R.L.-Institut sowie in einer Klinik beschäftigt und ist seit 1998 in eigener Praxis selbstständig. Über zehn Jahre gehörte sie der Fachredaktion von Forum Logopädie an. Sie ist Mitautorin von „Laryngektomie – von der Stimmlosigkeit zur Stimme“ und „Laryngektomie“ und als Dozentin tätig.



Eugen Schmitz war nach dem Logopädieexamen 1992 in Köln jahrelang im I.R.L.-Institut tätig. Er arbeitet jetzt im ITF-Institut und seit 1998 in eigener Praxis. Er ist ebenfalls Mitautor des Buches „Laryngektomie – von der Stimmlosigkeit zur Stimme“ und auch Dozent zum Thema Stimmtherapie nach Laryngektomie.



Hanne Stappert schloss ihre Logopädieausbildung 1985 in Aachen ab. Sie war an einer Klinik und in einer Kindertagesstätte sowie als Dozentin tätig und arbeitet seit 1999 in einer logopädischen Praxis. Sie gehörte zehn Jahre der Fachredaktion von Forum Logopädie an und ist Mitautorin von „Laryngektomie – von der Stimmlosigkeit zur Stimme“ sowie „Laryngektomie“.



tur des Kehlkopfes) ermöglicht dem Patienten eine eigenständige und ausreichende Atmung (Körperfunktionen, b440, Funktionen des Atmungssystems). Damit einhergehende Funktionsänderungen und -verminderungen haben eine Auswirkung auf die Ziele der Aktivität/Partizipation, wie z.B. auf die körperliche Leistungsfähigkeit im Hinblick auf Mobilität (d450-d465, gehen, Treppen steigen, Gegenstände heben). Diese Ziele finden Berücksichtigung im therapeutischen Handeln, indem mit dem Patienten zeitnah nach der Operation Möglichkeiten und Anwendung des Tracheostomaschutzes (Körperfunktionen, b440,

Funktionen des Atmungssystems) erarbeitet werden. Im weiteren Behandlungsverlauf benötigt dieses Ziel bei eigenverantwortlicher Umsetzung durch den Patienten entsprechend weniger Beachtung. Mit einfachen Mitteln ist somit eine wiederhergestellte Aktivität/Partizipation zu erreichen, da durch einen adäquaten Tracheostomaschutz bei entsprechender gesundheitlicher Verfassung eine deutliche Steigerung der körperlichen

Leistungsfähigkeit erreicht werden kann. Dies ermöglicht beispielsweise eine Teilnahme an vertrauten sportlichen Aktivitäten (Partizipation, d920, Erholung und Freizeit) und damit verbunden eine Teilhabe an geselligen Zusammenkünften (Umwelt, e320, Freunde). Zu beachten ist, dass der Verlust des Kehlkopfes nur annähernd durch die Nennung der gesunden Struktur (s340 Struktur des Kehlkopfes) mithilfe der ICF-Nomenklatur zu beschreiben ist.

■ **Tab. 1: ICF-Komponenten „Veränderte Atemführung“ (Tracheostoma)**

ICF-Komponente	ICF-Code	Beschreibung
Körperfunktionen	b440	Atmungsfunktionen
	b445	Funktionen der Atemmuskulatur
	b450	Weitere Atmungsfunktionen
	b455	Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit
Körperstrukturen	s340	Struktur des Kehlkopfes
	s430	Struktur des Atmungssystems
	s498	Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems, anders bezeichnet
Aktivität und Partizipation	d430	Gegenstände anheben und tragen
	d450	Gehen
	d475	Ein Fahrzeug fahren
	d510	Sich waschen
	d520	Seine Körperteile pflegen
	d620	Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen
	d640	Hausarbeiten erledigen
	d650	Haushaltsgegenstände pflegen
	d720	Komplexe interpersonelle Interaktionen
	d770	Intime Beziehungen
	d845	Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
	d850	Bezahlte Tätigkeit
d920	Erholung und Freizeit	
Umweltfaktoren	e115	Produkte und Technologien für den persönlichen Gebrauch im täglichen Leben
	e135	Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit
	e140	Produkte und Technologien für Kultur, Freizeit und Sport
	e145	Produkte und Technologien zur Ausübung von Religion und Spiritualität
	e225	Klima
	e260	Luftqualität
	e310-e360	Engster Familienkreis – andere Fachleute
	e410-e465	Individuelle Einstellung der Mitglieder des engsten Familienkreises – gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen
	e570	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit
	e575	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung
	e580	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens
	e590	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens

Patientenbeispiel

Zur Illustration der Funktions-, Struktur-, Umwelt- und Personfaktoren wird exemplarisch ein typischer Rehabilitationsverlauf eines Patienten nach Kehlkopftfernung vorgestellt: Dabei handelt es sich um Herrn K.

Sozialanamnese: 57 Jahre, wohnhaft in E., verheiratet, zwei erwachsene Kinder, Tochter wohnt nicht mehr zu Hause, Sohn ist arbeitslos und lebt in der Vierzimmerwohnung der Eltern, zwei Enkelkinder, Genossenschaftsmietwohnung 3. Etage, ohne Fahrstuhl, angestellt als Kfz-Lackierer, ehrenamtlich tätig im Kleingärtnerverein.

Medizinische Anamnese: seit einem Jahr intermittierend krankgeschrieben wegen Heiserkeit, Globusgefühl, Schluckbeschwerden, schlechter Allgemeinzustand (Gewichtsverlust), vor 13 Wochen Diagnose eines subglottischen Tumors (T3 N1 M0), Laryngektomie mit radikaler (links) und funktioneller (rechts) Neck dissection vor 12 Wochen mit Einsetzen eines Shunt-Ventils, nach Abschluss der ambulanten strahlentherapeutischen Behand-

lung und der Anschlussheilbehandlung Therapiebeginn in einer logopädischen Praxis.

Angaben des Patienten: Herr K. gibt an, immer noch stark unter den Folgen der Bestrahlung zu leiden: Das Essen schmecke nach Pappe. Schlucken sei schwierig. Er berichtet über Schmerzen und Brennen im Hals- und Schulterbereich. Die dadurch entstehenden Bewegungseinschränkungen beeinträchtigen ihn in den alltäglichen Dingen (Anziehen, Duschen, Reparaturarbeiten). Er sei abhängig von der Hilfe seiner Frau und seines Sohnes, der sich nach der Laryngektomie von ihm zurückziehe. Verständigung erfolge hauptsächlich über Flüstern. Seine Frau verstehe ihn gut. Der Sohn vermeide Gespräche. In der Kur habe er kurze stimmliche Äußerungen gelernt. Er habe immer gern gearbeitet, vor allem wegen des guten Verhältnisses der Kollegen untereinander. Die Kollegen hielten über seine Frau telefonisch Kontakt. Zurzeit sei an Arbeiten im Schrebergarten aufgrund der körperlichen Verfassung nicht zu denken.

Der Umgang mit den Hilfsmitteln mache ihm nach anfänglichen Einarbeitungsschwierigkeiten keine Probleme. Er habe einen Tag vor der Operation mit dem Rauchen aufgehört und sei nun erstaunt, wie sehr ihn das Passivrauchen durch das Rauchen seiner Frau störe (Hustenreiz). Herr K. wünscht sich, von seinem Sohn trotz seiner Erkrankung akzeptiert zu werden. Langfristig möchte er in seinen Beruf zurückkehren. Bis dahin möchte er den Kontakt zu seinen Kollegen gern selbst halten können. Auch die Arbeit im Schrebergarten möchte er gern wieder leisten können und die Freundschaften pflegen.

In den Tabellen 2 und 3 werden zu einzelnen Komponenten exemplarisch die ICF-Codierung sowie Ziele für Herrn K. aufgeführt. Die in Tabelle 2 zusammengefassten Komponenten Aktivität und Partizipation sollten in einer hierarchischen Beziehung stehen, da die Aktivitätsziele eine Voraussetzung für das übergeordnete Teilhabeziel darstellen. So ist z.B. für das Erreichen des Partizipationsziels „Wertschätzende Akzeptanz des Sohnes“ u.a. von Bedeutung, dass Herr K. Gespräche mit dem Sohn führen kann (top-down). Dies leitet zur Zielformulierung für die Komponente der Funktionen (s. Tab. 3) über. Denn für das Ziel, „Gespräche mit dem Sohn führen“ können, ist u.a. die Erarbeitung des Funktionsziels „Kontinuierliche Tongebung“ notwendig.

Im Unterschied zu den oben genannten ICF-Komponenten werden bei der Codierung der Umweltfaktoren (s. Tab. 4) Beurteilungsmerkmale im Sinne von Barrieren und

Förderfaktoren mit erfasst. Dabei stellt die Schrebergartengemeinschaft sicherlich ein förderndes Element dar. Die Beurteilung der Einstellung des Sohnes ist jedoch schwieriger einzuschätzen, da sie sowohl als Barriere als auch als Förderfaktor betrachtet werden kann. Therapeutische Aufgabe könnte es sein, dies als Unterstützung zu betrachten. So ist Herr K. u.a. deswegen motiviert, zügig eine Möglichkeit der Stimmrehabilitation zu erlernen, weil er die Interaktion mit seinem Sohn besser gestalten will.

An dem Beispiel von Herrn K. sind einige beeinflussende Faktoren dargestellt worden. Für die Gruppe der laryngektomierten Menschen gibt es eine Vielzahl von möglichen fördernden wie hemmenden Faktoren. Im Folgenden werden diejenigen Umwelt- und Personfaktoren aufgelistet, die sich positiv auf die Krankheitsbewältigung auswirken.

Umweltfaktoren

- Produkte und Technologien (entsprechend ausgesuchte und zubereitete Lebensmittel, die zur Tumorumgebung dienen, Inhalationen zur Schleimlösung, angepasste spezifische Hilfsmittel wie Shunt-Ventil, Absauggerät, HME-Filter)
- Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (Wohnen in einer für Atemwegserkrankungen günstigen klimatischen Umgebung)
- Unterstützung und Beziehung (Unterstützung durch persönliche Hilfs- und Pflegepersonen, z.B. bei Haushaltsführung, emotionale Zuwendung durch Haustiere, unterstützende Begleitung durch Fachleute des Gesundheitswesens aus den Bereichen der Logopädie, Physiotherapie, Medizin)
- Einstellungen (positive zwischenmenschliche Beziehungen durch den Ehepartner, Freunde)
- Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (Unterstützung durch soziale Sicherungssysteme wie Krankenkasse, Rentenversicherung)

Personfaktoren

- Alter: Bei Erkrankungen im jüngeren Alter sind die physischen Bewältigungsmöglichkeiten vermutlich besser als im höheren Lebensalter, wohingegen das Tumorwachstum in einem späteren Erkrankungsalter verlangsamt ist
- Charakter: Bejahende innere Haltung
- Sozialer Hintergrund: Stabile sozial abgesicherte Lebensverhältnisse
- Bildung/Ausbildung: Bessere Voraussetzung für das Verständnis für die veränderte Lebenssituation

■ Tab. 2: ICF-Komponente Aktivität/Partizipation

ICF-Komponente	ICF-Code	Ziele
Informelle soziale Beziehungen (Partizipation)	p750	Soziale Gemeinschaft mit den Nachbarn im Schrebergarten erleben (Peers)
Konversation (Aktivität)	a350	Unterhaltungen mit den Nachbarn im Schrebergarten führen
Familienbeziehungen (Partizipation)	p760	Wertschätzende Akzeptanz des Sohnes erreichen
Konversation (Aktivität)	a350	Gespräche mit dem Sohn führen

■ Tab. 3: ICF-Komponente Funktion

ICF-Komponente	ICF-Code	Mittelfristige Ziele
Stimme	b310	Kontinuierliche Tongebung mittels Shunt-Ventil
Nahrungsaufnahme	b510	Sicherung einer ausreichenden Nahrungsaufnahme

■ Tab. 4: ICF-Komponente Umweltfaktoren

ICF-Komponente	ICF-Code mit Beurteilungsmerkmal
Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder	e325.+4
Engster Familienkreis	e410.0

- Erfahrung: Positiver Umgang mit Krisensituationen als eigene Erfahrung oder aus dem umgebenden Personenkreis Umwelt- und Personfaktoren beeinflussen das übergeordnete Ziel der Partizipation und stehen als Komponenten untereinander in Wechselwirkung.

Bedeutung der ICF für das diagnostische und therapeutische Handeln

Das Störungsbild der Laryngektomie implizierte häufig automatisch die Therapieziele, ohne diese im Austausch mit dem Patienten zu bestimmen. Die im Vordergrund stehende Stimmrehabilitation war oftmals für die Ausrichtung der Therapie maßgeblich. Durch die Anwendung der ICF wird im Einzelnen sicherlich nicht die konkrete Arbeit verändert. Sie bekommt jedoch eine neue Orientierung durch das gemeinsame Erarbeiten der Partizipationsziele mit dem Patienten. „Die Suche nach dem aus Sicht des Patienten gewünschten und durch die Rehabilitationsexperten anzustrebenden Rehabilitationsziel macht den Unterschied zwischen dem bio-medizinischen und dem bio-psycho-sozialen Modell deutlich.“ (BAR, 2008, S. 20).

Anhand des Konflikts zwischen Herrn K. und seinem Sohn wird deutlich, dass bei der Erarbeitung der einzelnen Schritte, die zur Stimmbildung führen, nicht das übergeordnete Partizipationsziel „Wertschätzende Akzeptanz des Sohnes erreichen“ außer Acht gelassen wird. Es könnte sein, dass der Rückzug des Sohnes mit der fehlenden Akzeptanz der Ösophagusstimme zusammenhängt. Dies wiederum könnte sich hemmend auf die Motivation von Herrn K. auswirken, die Ösophagusstimme zu erlernen. Im Sinne der teilhabe-orientierten Sichtweise der ICF erweitert sich die Aufgabe der logopädischen Therapie darin, diese These zu sichern und entsprechende Maßnahmen daraus abzuleiten, wie das Problem der Stimmakzeptanz in der Familie zu thematisieren ist. Dies ist ein längerer therapeutischer Prozess, der es notwendig macht, die Anwendung der Ösophagusstimme im Alltag zu erarbeiten, zu festigen und zu überprüfen.

Hierbei kommen auch Möglichkeiten der In-vivo-Arbeit zum Einsatz (Glunz et al., 2004, S. 193ff). Dies kann so weit gehen, dass nach Absprache mit Herrn K. sein Sohn in den therapeutischen Prozess eingebunden wird. Weiterhin bestehende Widerstände vonseiten des Sohnes, in wertschätzenden Kontakt mit

dem Vater zu treten, machen es notwendig, eine Unterstützung durch vertraute Personen bis hin zu angrenzenden Berufsgruppen, z.B. der Psychologie, in Erwägung zu ziehen.

Bei der Gesamtbetrachtung der Philosophie der ICF ergibt sich konsequenterweise eine veränderte Anamnese- und Befunderhebung, deren Hauptaugenmerk auf der Erfassung der Krankheits- und Lebenssituation liegt. Dies setzt voraus, dass die TherapeutIn eine komponenten-orientierte Fragestellung nutzt, die eine anschließende gemeinsame Erarbeitung der Teilhabeziele ermöglicht (BAR, 2008, S. 84). Dadurch wird die herkömmliche Funktionsdiagnostik nicht ersetzt, die ihrerseits einen Beitrag zur Umsetzung der Partizipation leistet. Folglich ist die Überprüfung der Zungenmotilität z.B. Voraussetzung dafür, eine „korrekte Artikulation/Verständlichkeit“ zu erreichen. Sie trägt damit zu dem übergeordneten Ziel der Partizipation bzgl. der Kommunikation bei.

Die Diagnostik ist aufgrund der stimmlichen und möglicherweise reaktiv-psychischen Beeinträchtigung kurz nach der Operation stark eingeschränkt. Es kann daher nötig sein, andere Kommunikationsmittel (Schreiben, Pseudoflüstern) einzusetzen oder die Angehörigen zu befragen. Dadurch können

die Partizipationsziele des Patienten jedoch verfälscht werden.

Im gesamten Prozess der Diagnostik und der Therapie sollten in der teilhabe-orientierten Rehabilitation die Angehörigen mit Einverständnis des Patienten mit einbezogen werden. Dies ist eine wichtige Voraussetzung zur Implementierung der Ziele im Rehabilitationsablauf.

Grenzen und Möglichkeiten der ICF im diagnostisch-therapeutischen Alltag

Die Beurteilung der Grenzen und Möglichkeiten erweist sich als schwierig und abstrakt, da in vielen für die Rehabilitation relevanten Institutionen die Philosophie der ICF noch keine Alltagsrelevanz besitzt. Vielen in der Therapie tätigen Personen sind die Inhalte der ICF weitgehend unbekannt. So entwickeln sich die folgenden Punkte nur anhand von theoretischen Überlegungen:

- Beteiligte Berufsgruppen sind zzt. nicht ausreichend geschult.
- ICF sollte Eingang in die Ausbildung finden, z.B. in die LogAPro.
- ICF birgt die Gefahr, sich von logopädie-spezifischen Zielen durch Verfolgen nicht logopädie-spezifischer Partizipationsziele zu entfernen.
- ICF stellt Patienten in den Mittelpunkt; trotz der Berücksichtigung der Kontextfaktoren kann eine systemische Betrachtung nicht stattfinden.
- Der Anspruch der Qualitätssteigerung der ICF steht im Widerspruch zur derzeitigen Tendenz zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen und zur derzeitigen und auch weiterhin zu erwartenden Vergütung der TherapeutInnen.
- ICF klassifiziert eine Momentaufnahme der Erkrankung, jedoch weder Krankheitsdynamik noch -prognose.
- Es ist bislang keine Operationalisierung für Schweregradeinteilung vorhanden.
- Derzeit ist noch kein ICF-Diagnostik- und Therapiematerial bekannt.
- Aus der Vielzahl aller störungsspezifischen Codes müssen kurze, prägnante, zielführende Core-Sets selektiert werden.

- Defizitäre Situation nach Organverlust und dessen Kompensationen werden in der ICF nicht beschrieben.

Die Grenzen der ICF sind keine statischen Kritikpunkte. Es ist zu erwarten, dass sich durch die Weiterentwicklung der ICF und ihrer Anwendung im Alltag aus den Grenzen weitere Möglichkeiten entwickeln, die über die nachstehend beschriebenen hinausgehen:

- ICF erfordert ein Nachdenken über erweiterte Rahmenbedingungen, z.B. zeitlich und finanziell.
- TherapeutIn ist gefordert, therapeutischen Weitblick zu behalten, mit dem Patienten über bisher erreichte Aktivitäts-/Partizipationsziele hinaus weitere Ziele zu entdecken und zu erarbeiten.
- ICF intensiviert patientenzugewandtes Arbeiten.
- ICF-Umsetzung erweitert therapeutische Haltung und therapeutischen Prozess.
- ICF nutzt und stärkt interdisziplinäres Arbeiten für den Patienten.

Fazit

Die ICF gibt der bisherigen, mit ähnlicher Philosophie ausgestatteten therapeutischen Arbeit einen Hintergrund, eine Struktur und eine gemeinsame Sprache. Es sind jedoch Begrenzungen in der Umsetzung der ICF auf die Therapie von Patienten nach Laryngektomie zu erwarten. Es bleibt fraglich, ob beschreibende Codes für die Kompensation von Funktionsdefiziten und von stimmlichen Rehabilitationsfortschritten zu finden sind. So ist das übergeordnete Ziel der Kommunikationsfähigkeit, z.B. mittels Shunt-Ventil oder Klassischer Ösophagusstimme, weder im Ansatz noch in ihrem Entwicklungsverlauf beschreibbar. Es fehlt der von der ICF-Philosophie gewünschte ressourcen-orientierte Blick auf Stimmbildung und qualitative Einschätzung nach einer Laryngektomie. Das Organ der neuen Stimmgebung, der Speiseröhreneingangsmuskel und umgebende Segmente, sowie Beschreibungsmöglichkeiten bzgl. der Qualität der neuen Stimmgebung lassen sich mit der ICF nicht benennen. Die entsprechenden Core-Sets müssen noch erarbeitet werden. Zusätzlich besteht Forschungs- und

Entwicklungsbedarf bzgl. ICF-geleiteter Diagnose- und Therapieverfahren.

Als Institutionen, in denen ICF-Kriterien zur Geltung kommen können, bieten sich alle an diesem Störungsbild beteiligten Rehabilitationseinrichtungen an: operierende Kliniken, fakultativ tätige medizinische Einrichtungen, Rehabilitationskliniken, Institute (z.B. ITF – Institut zur Rehabilitation Tumorbedingter Stimm- und Funktionsstörungen), HNO-Praxen und Logopädiepraxen. Die LogopädInnen sind mit ihrer Erfahrung und Kompetenz gefragt, an der Umsetzung der ICF mitzuwirken, u.a. auch weil die Anwendung der ICF vom Gesetzgeber im SGB IX festgeschrieben wurde.

LITERATUR

- BAR (2008). *ICF-Praxisleitfaden 2*. Frankfurt/IM.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. http://www.bar-frankfurt.de/ICF_Praxisleitfaden_2_bar (14.05.2009)
- DIMDI (2005). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. <http://www.dimdi.de/static/de/klassif/icf/index.htm> (14.05.2009)
- Glunz, M., Reuß, N., Schmitz, E. & Stappert, H. (2004): *Laryngektomie – von der Stimmlosigkeit zur Stimme*. Berlin: Springer

Autoren

Mechthild Glunz
Logopädin
ZAK – Zentrum für Aktive Kommunikation
Miebacher Weg 1 b
51766 Engelskirchen
mechglunz@aol.com

Eugen Schmitz
Logopäde
ZAK – Zentrum für Aktive Kommunikation
Miebacher Weg 1 b
51766 Engelskirchen
eugen.schmitz@gmx.de

Hanne Stappert
Logopädin
Log. Praxisgemeinschaft
Heiligenstock 1
51465 Bergisch Gladbach
hstappert@freenet.de

SUMMARY. ICF as part of logopedic rehabilitation after laryngectomy

This contribution gives an introduction into the assignment of ICF for the life situation of patients after laryngectomy. It exemplarily refers to ICF-codes that are relevant for breath disorders and illustrates the significance of ICF-components for therapy by a patient example. After some concluding remarks it points out possible enhancements of ICF basic principles.

KEY WORDS: ICF – laryngectomy – logopedic therapy