

Unterstützte Kommunikation bei progredienten Erkrankungen

ICF-orientiertes Vorgehen am Beispiel von Menschen mit fortschreitenden Dysarthrien/Dysarthrophonien

Barbara Giel, Andrea Liehs

ZUSAMMENFASSUNG. Zentral bedingte Sprach- und Sprechstörungen im Rahmen progredienter Erkrankungen zeigen Grenzen in einer rein funktionstherapeutisch ausgerichteten sprachtherapeutischen Versorgung auf. Im Sinne eines ICF-orientierten Vorgehens ermöglicht der häufig unaufhaltsame Verlust der Lautsprache bei fortschreitenden Erkrankungen immer weniger eine aktive Teilhabe am Alltag. Durch körpereigene, externe nichtelektronische und/oder externe elektronische Kommunikationsformen sollen dem Betroffenen ergänzende oder auch ersetzende Kommunikationsmöglichkeiten zur Verbesserung der Alltagskommunikation geboten werden. Ausgehend von einer umfassenden sprachtherapeutischen Diagnostik soll anhand ICF-orientierter Zielformulierungen der Einsatz von Unterstützter Kommunikation (UK) bei Menschen mit fortschreitenden Dysarthrien/Dysarthrophonien aufgezeigt werden.

Schlüsselwörter: Unterstützte Kommunikation (UK) – Sprachtherapie – Kommunikation – ICF – Dysarthrie – progrediente Erkrankungen

Einleitung

Aus sprachtherapeutischer Perspektive wird die Unterstützte Kommunikation (UK) als ein Bestandteil des sprachtherapeutischen Methodenrepertoires angesehen (Giel & Liehs 2010, Wahn 2010). Menschen mit nicht ausreichender oder fehlender Lautsprache benötigen eine umfassende sprachtherapeutische Diagnostik, die alle drei ICF-Komponenten (Funktion, Aktivität, Partizipation) berücksichtigt. Dies impliziert, dass sowohl funktionell orientierte, also linguistische Diagnostik- und Therapieverfahren, als auch kommunikativ-pragmatische Verfahren im Rahmen einer sprachtherapeutischen Intervention durchgeführt werden. Die Diagnostik bildet die Grundlage zur Festlegung therapeutischer Schritte und zur Wahl der geeigneten UK-Maßnahme.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) geht nachdrücklich davon aus, dass die isolierte Betrachtung der phonetisch und/oder linguistisch beschreibbaren Sprach-, Sprech- und/oder Stimmstörung nicht ausreicht, um eine Veränderung der Kommunikation und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erreichen (DIMDI 2005). Dies bedeutet nun aber auch keine Kehrtwende hin zu einer isolierten Betrachtung von Kommunikation und Partizipation, sondern vielmehr die Integration aller Komponenten.

Dieser Beitrag zeigt am Beispiel von Menschen mit Dysarthrie/Dysarthrophonie aufgrund von progredienten Erkrankungen, wie eine ICF-orientierte, zielfokussierte sprachtherapeutische Vorgehensweise aussehen kann. Gerade bei Menschen, die nicht von einer primären Verbesserung ihrer Krankheitssymptomatik ausgehen können, ist es zwingend notwendig, den Fokus auf alle drei ICF-Komponenten – Funktion, Aktivität, Partizipation – zu legen.

Zielgruppen der Unterstützten Kommunikation

Der Einsatz Unterstützter Kommunikation ist bei vielen Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen im Kontext von verschiedenen Grunderkrankungen und Ursachen möglich (Liehs 2003a, 2003b, Päßler 2005, Wagner 2005, Giel et al. 2006). Neben einer funktionstherapeutischen und/oder linguistischen Ausrichtung der Sprachtherapie macht der fortschreitende Krankheitsverlauf mit zunehmendem Verlust der Lautsprache oder auch der akute Verlust der Lautsprache den Einsatz ergänzender oder ersetzender Kommunikationsformen notwendig. Die einzelnen Krankheitsbilder lassen sich in verschiedene Zielgruppen mit unterschiedlichen Krankheitsverläufen und unterschiedlichen

Dr. Barbara Giel studierte

Sprachbehindertenpädagogik an der Universität zu Köln. Anschließend arbeitete die Diplom-Pädagogin in Fachkliniken für Geriatrie/Rehabilitation und Neurologie als Sprachtherapeutin. Von 1994 bis 2004 war sie Wissenschaftliche Mitarbeiterin/Vertretungsprofessorin im Seminar für Sprachbehindertenpädagogik der Universität zu Köln. 2003 gründete sie das Institut für Sprachtherapieforschung in Moers/Köln. Sie absolvierte Weiterbildungen in systemisch-lösungsorientierter Familientherapie, Supervision und Organisationsberatung und ist in Sprachtherapie, Fortbildung, Supervision, Coaching tätig.



Dr. Andrea Liehs studierte von

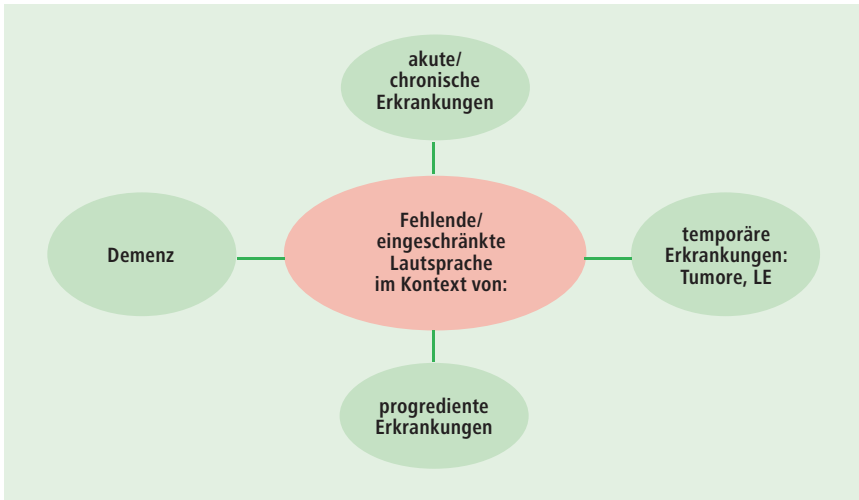
1992-1998 Sprachbehindertenpädagogik an der Universität zu Köln und promovierte 2003 zum Thema Unterstützte Kommunikation. Sie ist seit 1998 im Zentrum für Sprachtherapie Moers tätig sowie am Institut für Sprachtherapieforschung Moers/Köln. Seit 2000 Vorträge, Fortbildungen, Lehraufträge und Veröffentlichungen zum Thema Unterstützte Kommunikation sowie Dysarthrie/Dysarthrophonie. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind u.a. Unterstützte Kommunikation bei zentral bedingten Sprach- und Sprechstörungen sowie bei Menschen mit Mehrfachbehinderung.



therapeutischen Versorgungswegen gliedern. Die Abbildung 1 gibt einen Überblick über die einzelnen Zielgruppen.

Die Gruppe der progredienten Erkrankungen umfasst Krankheitsbilder wie beispielsweise die Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Progressive Supranukleäre Blickparese (PSP), Morbus Parkinson, Chorea Huntington, Duchenne Muskelatrophie, Multiple Sklerose und Heredo-Ataxien. In der Gruppe der akuten/chronischen Erkrankungen finden sich Störungsbilder wie Apoplex, Locked-In-Syndrom (LIS), Schädel-Hirn-Traumata und Tumorerkrankungen. Die dritte Gruppe bein-

■ **Abb. 1: Mögliche Ursachen zentral bedingter Sprach-, Sprech-, Stimm- und Kommunikationsstörungen im Kontext von fehlender oder eingeschränkter Lautsprache (Giel & Liehs 2010, 8)**



haltet temporäre Erkrankungen mit vorübergehenden lautsprachlichen Einschränkungen aufgrund operativer Eingriffe (z.B. orale Tumore, LE). In einer weiteren Gruppe lassen sich die verschiedenen Formen der Demenz zusammenfassen.

Bei allen Störungsbildern ist der Einsatz Unterstützter Kommunikation denkbar und angebracht. Je nach Krankheitsverlauf und der mit der Grunderkrankung einhergehenden Sprach- und/ oder Sprechstörung sind das Vorgehen in der UK-Versorgung sowie die eingesetzten UK-Methoden unterschiedlich (Otto & Wimmer 2005).

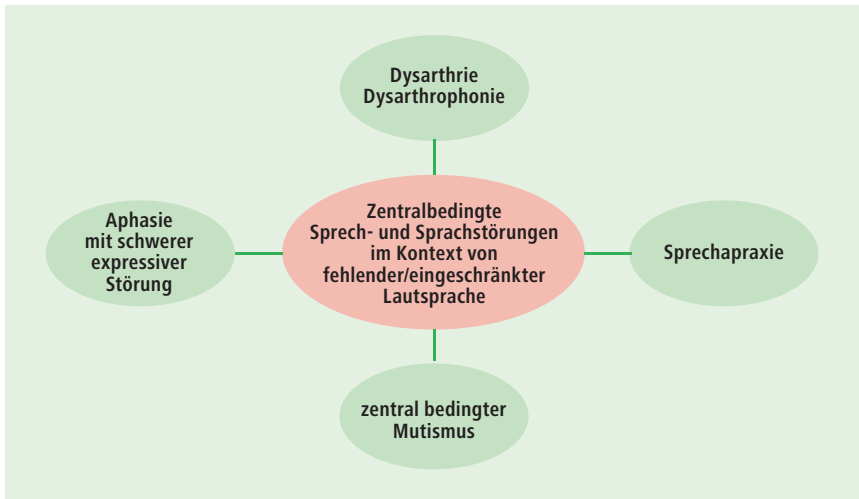
Die in Abbildung 1 aufgezeigten Grunderkrankungen bzw. Krankheitsbilder gehen mit unterschiedlichen Sprach- und/oder Sprechstörungen einher. Abbildung 2 gibt einen Überblick über zentral bedingte Sprach- und Sprechstörungen im Kontext von fehlender/

eingeschränkter Lautsprache (Giel & Liehs 2010). Eine Zuordnung der einzelnen Sprach- und Sprechstörungen ist insofern möglich, da die Gruppe der progredienten Erkrankungen in der Regel mit Dysarthrien/Dysarthrophonien oder Anarthrien einhergehen.

Akute/chronische Ereignisse können sowohl von Dysarthrien/Dysarthrophonien als auch von Aphasien und/oder Sprechapraxien begleitet werden. Die Gruppe der temporären Erkrankungen (z.B. Tumore) umfasst gewöhnlich keine zentral bedingten Sprach- und/oder Sprechstörungen, sondern sprechmotorische Störungen aufgrund organisch bedingter Veränderungen. Die Gruppe der Demenzen kann mit einer fortschreitenden Aphasie einhergehen.

Alle Krankheitsbilder und die damit einhergehenden Sprach- und Sprechstörungen führen auf der Ebene der Körperfunktion zu Funkti-

■ **Abb. 2: Zentral bedingte Sprach- und Sprechstörungen im Kontext von fehlender/eingeschränkter Lautsprache (Giel & Liehs 2010, 8)**



■ Tab. 1: ICF-orientierte Diagnostik bei Dysarthrie/Dysarthrophonie im Erwachsenenalter

Körperfunktion Neurologische und HNO-Ebene	Körperfunktion Linguistische Ebene	Körperfunktion Motorik/Sensorik	Aktivität/Partizipation Kommunikation
Neurologische Diagnostik	BODYS: Die Bogenhausener Dysarthrieskalen (Nicola et al. 2004)	Extern: durch Physiotherapie	Handreichung zur UK-Diagnostik (Sachse & Boenisch 2007)
Neuropsychologische Diagnostik	UNS: Untersuchung Neurologisch bedingter Sprech- und Stimmstörungen. (Breitbach-Snowdon 2003)	Handreichung zur UK-Diagnostik (Sachse & Boenisch 2007)	CETI: Communicative Effectiveness Index (dt. Fassung: Schlenck et al. 1994)
HNO-Diagnostik	FDU: Frenchay Dysarthrie-Untersuchung (Enderby 1991)	TASP: Test of Aided-Communication Symbol Performance (Bruno 2003)	COCP-Programm (Heim & Jonker 1996/1997)
	PRAAT (www.praat.org)		Soziale Netzwerke (Blackstone et al. 2006)
	NTID-Verständlichkeitskala (Samur & Metz 1989 in Ziegler & Vogel 1998)		

onseinschränkungen in der Sprechmotorik und/oder zu linguistischen Einschränkungen. Darüber hinaus zeigen alle Krankheitsbilder Beeinträchtigungen im Bereich der Kommunikation und in der Teilhabe am Alltag. Eine rein funktionstherapeutische und/oder linguistische Arbeit kann diese kommunikativen Defizite aufgrund der Progredienz oder der Stagnation der sprechmotorischen und/oder sprachlichen Fähigkeiten nicht aufheben und macht ein umfassenderes Vorgehen notwendig.

Ein möglichst frühzeitiger Einsatz Unterstützter Kommunikation in der sprachtherapeutischen Versorgung hat sich als sinnvoll und für die Akzeptanz alternativer Kommunikationsmethoden notwendig erwiesen (Lasker & Bedrosian 2000). Studien belegen zudem die Wirksamkeit der UK bei unterschiedlichen Störungsbildern (Klasner & Yorkston 2000, Mathy et al. 2000, Giel et al. 2006). Dabei zeigen sich unterschiedliche Präferenzen der einzelnen UK-Maßnahmen in Bezug auf die jeweiligen Zielgruppen und die damit einhergehenden Sprach- und/oder Sprechstörungen.

Abhängig von den motorischen, kognitiven und linguistischen Fähigkeiten des Betroffenen erfolgt die Wahl einer entsprechenden Kommunikationshilfe. Um eine effektive Nutzung sowie einen Transfer in den Alltag zu erreichen, ist eine ständige Anpassung der Kommunikationshilfe an den Krankheitsverlauf sowie an die Aktivitäten des Betroffenen und die daraus resultierenden Therapieziele erforderlich (Giel 2010).

Methoden der Unterstützten Kommunikation bei progredienten Erkrankungen

Körpereigene Kommunikationsformen

Zu den körpereigenen Kommunikationsformen zählen beispielsweise Gesten, Gebärden, Blickbewegungen und Laute (Braun & Kristen 2003, Liehs 2003a). Voraussetzung für den Gebrauch körpereigener Kommunikationsformen sind ausreichende motorische Fähigkeiten. Aufgrund der vielfältigen motorischen Beeinträchtigungen, die die oben angeführten neurologischen Erkrankungen begleiten, sind körpereigene Kommunikationsformen als alleiniges ergänzendes und/oder ersetzendes Kommunikationsmittel nicht ausreichend. Sehr häufig besitzen körpereigene Kommunikationsformen – insbesondere kulturspezifische Gesten und Gebärden – jedoch ein hohes Maß an gesellschaftlicher Akzeptanz und werden bereits vor einer therapeutischen Intervention spontan und aus eigenem Antrieb vom Betroffenen und seinem Umfeld genutzt. Hier gilt es, bereits Erprobtes effektiv in Kommunikationssituationen einzubauen und den Gebrauch zu fördern.

Für eine basale und schnelle Kommunikation empfiehlt sich, ein jederzeit abrufbares Ja-/Nein-System mit dem Betroffenen und seinem Umfeld zu erarbeiten (Wagner 2005). Über Hand-, Fuß- oder Augenbewegungen sollte bereits im frühen Stadium der Erkrankung ein körpereigenes System erarbeitet werden, das auch dann eine basale Verständigung ermöglicht, wenn keine ausreichende

Lautsprache mehr zur Verfügung steht und externe Kommunikationsformen gerade nicht vorhanden oder zu langsam sind.

Externe nichtelektronische Kommunikationsformen

Externe nichtelektronische Kommunikationsformen beinhalten Realgegenstände, Bildsymbole und Buchstaben in Form von Wort- und/oder Symbolkarten, Symboltafeln oder -büchern (Hüning-Meier & Pivitt 2003, Liehs 2003a). Bei allen Störungsbildern mit intaktem Schriftsprachsystem (Dysarthrie/Dysarthrophonie/Anarthrie und Sprechapraxie) ist die Schriftsprache das Mittel der Wahl. Die Schriftsprache ist neben der Lautsprache das einzige offene Kommunikationssystem, in dem es keine kommunikativen Einschränkungen hinsichtlich des Wortschatzes gibt. Im Rahmen progredienter Erkrankungen mit einhergehender Dysarthrie/Dysarthrophonie sollte Schriftsprache als ergänzendes Kommunikationsmedium frühzeitig angeboten werden, um eine möglichst hohe Akzeptanz zu erreichen.

Solange noch eine ausreichende Handfunktion vorliegt, sollte der Betroffene angehalten werden, bei Verständlichkeitsminderung das entsprechende Wort etc. aufzuschreiben. Bei nicht ausreichender Handfunktion kann die Nutzung einer Buchstabentafel per Kopfzeiger, Blickbewegungen oder unterschiedliche Scanning-Verfahren erarbeitet werden (Stäger-Sälzer & Veit 2003). Der Einsatz von Bildsymbolen erfolgt bei Menschen mit progredienter Erkrankung und Dysarthrie selten. Untersuchungen zeigen, dass die Akzeptanz gegenüber Bildsymbolen eher gering ist. Bildsymbole werden häufig als „kindisch“ bewertet. Zudem ist die Anzahl von Bildsymbolen begrenzt, was wiederum eine Begrenzung der Aussagen nach sich zieht.

Externe elektronische Kommunikationsformen

Elektronische Kommunikationshilfen umfassen verschiedene handelsübliche oder spezifisch entwickelte elektronische Geräte, die eine Kommunikation mit Hilfe von Schrift und/oder Bildsymbolen sowie einer Lautsprachausgabe ermöglichen (Bümk et al. 2003).

Auch hier gilt der Vorzug schriftsprachorientierter Systeme für Betroffene mit intaktem Schriftsprachsystem. Die Vorteile einer elektronischen Kommunikationshilfe gegenüber einer nichtelektronischen liegen in der Möglichkeit einer Kommunikation über Distanz sowie der Gelegenheit, Äußerungen abzuspeichern und schnell abzurufen. Zudem

kann mit Hilfe einer elektronischen Kommunikationshilfe telefoniert werden. Eine elektronische Kommunikationshilfe ist immer dann anzuraten, wenn in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit eine Kommunikation über Lautsprache nicht mehr möglich ist und eine ersetzende Kommunikation im Vordergrund steht.

Aufgrund der Störanfälligkeit elektronischer Kommunikationshilfen sollten immer auch nichtelektronische und/oder körpereigene Kommunikationsformen für eine basale Kommunikation zur Verfügung stehen. Auch hier erhöht die frühzeitige Einführung der Kommunikationshilfe die Akzeptanz. Dabei spielen persönliche Merkmale wie Alter, Umgang mit technischen Geräten und die Bereitschaft, sich auf etwas Neues einzulassen, eine entscheidende Rolle (Lasker & Bedrosian 2000).

Sprachtherapie und UK bei Menschen mit fortschreitender Dysarthrie/Dysarthrophonie

Die Identifikation und Formulierung von für den Patienten alltagsorientierten, lohnenswerten und realistischen Zielen ist eine Herausforderung in der Dysarthrietherapie im Kontext von fortschreitenden Erkrankungen. Die Wahl der UK-Methode sowie die Identifikation von Zielen erfordert eine umfassende Diagnostik auf allen linguistischen und kom-

munikativen Ebenen. Sie bietet die Grundlage für das weitere sprachtherapeutische Vorgehen. Tabelle 1 soll einen kleinen Einblick in mögliche Diagnostikverfahren bei Dysarthrie/Dysarthrophonie innerhalb der einzelnen ICF-Komponenten geben.

Das Wissen hinsichtlich der Grunderkrankung, deren Verlauf sowie Erfahrungen bezüglich des Fortschreitens der Dysarthrie/Dysarthrophonie geben erste Hinweise auf mögliche unterstützende Kommunikationsformen. Eine genaue Erfassung der linguistischen Fähigkeiten sowie kommunikativen Kompetenzen geben Aufschluss über notwendige Hilfen/Unterstützungen in den einzelnen Alltagsbereichen. Darüber hinaus ist es notwendig, ein Follow-up-Design zu entwickeln, in dem konkrete Ziele, deren Erfolgskriterien und ein Zeitrahmen definiert werden.

Zur Formulierung von Zielen hat sich das SMART-Modell in der Sprachtherapie bewährt (Grötzbach 2006, Giel 2009, 2010). Die SMART-Kriterien helfen, konkrete, spezifische, realistische und zeitlich über-schaubare Ziele zu definieren. Beispiele für ICF-orientierte und smarte Ziele in der ambulanten Dysarthrietherapie zeigt Tabelle 2. Die Unterscheidung zwischen den Komponenten „Funktion“ und „Aktivität/Partizipation“ ist sinnvoll, da viele Aktivitätsziele nur durch ein konkretes Vorgehen auf der Funktionsebene erreicht werden können.

Tab. 2: Beispiele für ICF-orientierte Zielformulierungen bei Erwachsenen mit Dysarthrie/Dysarthrophonie (und vorhandener Lautsprache) (Giel 2009, 103)

Aktivitäts- und Partizipationsziel	Funktionsziel
Innerhalb der nächsten zwei Wochen wird das Essen im Restaurant langsam und deutlich bestellt. Der Kellner muss nicht nachfragen und Wiederholungen sind überflüssig.	Das Sprechtempo soll in der Spontansprache reduziert werden. Ziel ist es von ... Wörtern pro Minute eine Reduktion auf mindestens ... zu erreichen.
Beim nächsten EM-Finale in sechs Wochen mit den Freunden sollen während des Spiels mindestens fünf verbale Beiträge geäußert werden.	Das Sprechtempo soll um fünf Wörter pro Minute reduziert werden. Die heisere Stimme wird mittels der RBH-Skalen von Therapeut und Patient als besser eingestuft.
In vier Wochen wird bei der Pfarrgemeinderatssitzung ein ca. fünf Minuten langer Vortrag über das Projekt in Ruanda gehalten.	Die finalen Konsonanten der Wörter der Rede werden klar und deutlich artikuliert. Die Wortgrenzen sowie die markierten Sprechpausen werden eingehalten.
In den nächsten sechs Wochen lese ich meinen Enkelkindern wieder – bei den wöchentlichen Besuchen – eine Geschichte vor.	Die Sprechlautstärke soll innerhalb der nächsten Woche um 10 Dezibel – in allen Modalitäten – erhöht werden.
Innerhalb der nächsten vierzehn Tage sage ich meiner Frau jeden Morgen laut und verständlich, was ich anziehen möchte.	Lautstärkensteigerung um 10 Dezibel. Die Tonhaldedauer wird auf 15 Sekunden gesteigert. Nasaler Ausschlag auf der Czermark-Platte um einen halben Ring verkleinern.
In vier Wochen soll am Sonntag ein ca. zehnmütiges Telefonat mit der Schwester geführt werden, in dem nur dreimal nachgefragt wird.	Das Sprechtempo soll auf sieben Silben pro Sekunde reduziert werden. Lautstärkensteigerung um 10 Dezibel.

■ **Tab. 3: Beispiele für ICF-orientierte Zielformulierungen bei Erwachsenen mit Dysarthrie/Dysarthrophonie mit stark eingeschränkter oder fehlender Lautsprache**

Grunderkrankung	Aktivitäts- und Partizipationsziel	Funktionsziel
Duchenne Muskeldystrophie	Den Betreuungspersonen innerhalb des nächsten Monats morgens klare Anweisungen und Wünsche bezüglich der Körperhygiene, Auswahl der Kleidung und Kosmetik erteilen.	Mittels Augensteuerung soll innerhalb eines Monats gelernt werden, die elektronische Kommunikationshilfe zu bedienen und gezielt Anweisungen zu erteilen.
Heredo-Ataxie Anfangsstadium	Innerhalb der Familie soll in den nächsten vier Wochen mittels Aufschreiben von Schlüsselwörtern/Themen eine Erhöhung der Verständlichkeit und ein Abbau von Missverständnissen erreicht werden.	Mittels Schriftsprache sollen in den nächsten Wochen ergänzende Maßnahmen zur Lautsprache eingeführt werden und eine Einführung von UK-Maßnahmen erfolgen.
Multiple Sklerose Fortgeschrittenes Stadium	Innerhalb der nächsten sechs Wochen in meinem Raum selbständig das Fernsehen bedienen. Diese Umfeldsteuerung mittels Scanningverfahren soll später auf andere Bedürfnisse erweitert werden.	Mittels einer Unterkieferschiene mit einem Sensor soll erlernt werden, durch eine Kieferbewegung den Sensor als Taster zu nutzen. Innerhalb von sechs Wochen soll eine sichere Benutzung des Scanning-Verfahrens eingeübt werden, so dass gezielt das gewünschte Fernsehprogramm ausgewählt werden kann.
Chorea Huntington	Innerhalb der nächsten zwei Wochen dem Betreuungspersonal durch zeigen/berühren von Gegenständen (Flasche = Trinken; Fernsehzeitung = Fernsehen) Wünsche in Bezug auf Freizeit und Nahrung angezeigt werden.	Große Realgegenstände sollen eine Kommunikation bei Massenbewegungen ermöglichen; innerhalb der nächsten zwei Wochen soll durch gezielte Positionierung der Gegenstände in entsprechenden Setzkästen eine nichtelektronische Kommunikationsform gefunden werden.
Amyotrophe Lateralsklerose, fortgeschrittenes Stadium	Innerhalb der nächsten vier Wochen werde ich wieder jeden Sonntag mit meinem Freund via Skype telefonieren und mit ihm mit meinem Augencode (Augapfel hoch = ja, Augapfel runter = nein, Auge schließen = ich weiß nicht) ein Telefonat führen.	Mittels körpereigener Kommunikationsformen soll in den nächsten Wochen eine Kommunikation über ein elektronisches Medium eingeübt werden

Bei einer ICF-basierten Sprachtherapie erfolgt kaum eine Trennung von Übungssituation und Transfer, da die direkte Alltagsumsetzung zentrales Element der Sprachtherapie ist. Das häufig beobachtete Dilemma, dass die Patienten in der Therapiesitzung und Übungssituation relativ schnell positive Veränderungen zeigen, diese jedoch nicht in den Alltag transferieren können, wird mit einer ICF-orientierten Vorgehensweise aufgehoben.

Bei progredienten Erkrankungen sind in der Regel messbare lautsprachliche Veränderungen auf der Ebene der Funktion (z.B. Steigerung der Lautstärke, Erweiterung des Tonhöhenumfangs) nur kurzfristig oder aber auch gar nicht zu erreichen. Deshalb ist zu ermitteln, welche Alltagssituationen für den Patienten zwingend eine verbale Kommunikation erfordern. In der Regel erfolgt eine kombinierte Auswahl an unterstützten Kommunikationsmethoden. Es herrscht international Konsens darüber, dass eine multimodale

Versorgung – also mit körpereigenen und externen Kommunikationsmethoden – sinnvoll und notwendig ist. Tabelle 3 gibt einige Beispiele für eine ICF-orientierte Zielformulierung in der Sprachtherapie bei Erwachsenen mit progredienten Erkrankungen und Dysarthrie/Dysarthrophonie. Die Lautsprache ist dabei unterschiedlich stark eingeschränkt bzw. fehlt völlig.

Eine ICF-orientierte Sprachtherapie bei Menschen mit Dysarthrie und einer fortschreitenden Erkrankung, die zielorientiert strukturiert und evaluiert ist, wird immer eine kreative Herausforderung sein. Das Stigma der funktionsorientierten Dysarthrietherapie, die aufgrund immer wiederkehrender reiner funktionsorientierter Übungsbehandlungen sowohl den Betroffenen als auch den Therapeuten ermüdet, wird durch ein aktivitäts- und alltagsorientiertes Vorgehen abgebaut. Kreativität und Mobilität sind in der Sprachtherapie gefragt, denn es heißt Wege zu finden, um die formulierten Akti-

vitäts-/Partizipationsziele zu erreichen. Die in der Sprachtherapie ausgewählten Methoden (Unterstützte Kommunikation, Sprechtechniken etc.) müssen direkt im häuslichen/alltäglichen Umfeld erprobt werden. Der Sprachtherapeut kann beim In-vivo-Training unterstützen und beispielsweise in Familie, Altenheim oder Werkstatt helfen, dass die erarbeiteten Strategien oder die ausgewählten externen Kommunikationsmethoden aus der Unterstützten Kommunikation Anwendung finden.

Studien belegen zudem, dass für die Akzeptanz einer UK-Maßnahme zwei wesentliche Faktoren eine große Rolle spielen. Auf der einen Seite braucht UK Zeit. Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und den daraus resultierenden Veränderungen im Alltag braucht ihre Zeit und ebenso die Akzeptanz, mit anderen Mitteln als der Lautsprache zu kommunizieren. Auf der anderen Seite zeigt sich auch, dass UK-Maßnahmen eben aufgrund dieser Auseinandersetzungsprozesse frühzeitig angeboten werden müssen, denn der Umgang mit den neuen Kommunikationsformen und die dadurch veränderten Kommunikationswege müssen vom Betroffenen und seinem Umfeld erlernt werden. Eine Akzeptanz kann nur dann erreicht werden, wenn die jeweiligen ergänzenden und/oder ersetzenden Kommunikationsformen dem Krankheitsverlauf und den sich stellenden Aktivitäts- und Partizipationszielen angepasst werden.

Sprachtherapie und UK: Eine interdisziplinäre Herausforderung

Eine ICF-orientierte Vorgehensweise bei Menschen mit Dysarthrie/Dysarthrophonie, bei der selbstverständlich auch UK-Methoden Anwendung finden, setzt voraus, dass die einzelnen Berufsgruppen (Ärzte, Therapeuten, Krankenkassenvertreter etc.) die Perspektive mit dem Betroffenen auf den betroffenen Menschen und sein Umfeld richten. Eine leitende Frage in der sprachtherapeutischen Versorgung wird sein, welche Kommunikationsanlässe im Alltag aus der Sicht der Betroffenen (Patient/Angehörige) am wichtigsten sind und mit welchen Mitteln eine Teilhabe am Alltag erreicht werden kann. Bei Menschen mit progredienten Erkrankungen setzt dies voraus, dass regelmäßig interdisziplinäre Treffen (Familie, Pflege- und Seniorenheime, Berufsbildungswerke, Schule etc.) in Form von „Runden Tischen“ stattfinden. Die Zeiten, in denen Sprachtherapeuten Ziele für den betroffenen Menschen mit Dysarthrie formuliert haben, sollten mit der Umsetzung der ICF der Vergangenheit angehören.

LITERATUR

- Blackstone, S.W. & Hunt Berg, M. (2006). *Soziale Netzwerke*. Karlsruhe: von Loeper
- Braun, U. & Kristen, U. (2003). Körper-eigene Kommunikationsformen. In: ISAAC (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (02.003-02.007). Karlsruhe: von Loeper
- Breitbach-Snowdon, H. (2003). *UNS. Untersuchung Neurologisch bedingter Sprech- und Stimmstörungen*. Köln: Prolog
- Bruno, J. (2003). *Test of Aided-Communication Symbol Performance*. Salona Beach, CA/USA: Children's Specialized Hospital Cooperation and Mayer-Johnson LLC
- Bünk, Ch., Sesterhenn, C. & Liesen, I. (2003). Elektronische Kommunikationshilfen mit dynamischen Display im Vergleich. In: ISAAC (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (04.005-04.023). Karlsruhe: von Loeper
- Enderby, P. (1991). *Frenchay Dysarthrie-Untersuchung*. Stuttgart: G. Fischer
- DIMDI (2005). *ICF. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icf/index.htm> 10/2008 (31.08.2010)
- Giel, B. (2009). ICF in der ambulanten Dysarthrietherapie. In: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (91-102). Idstein: Schulz-Kirchner
- Giel, B. (2010). *Runde Tische im Kontext von Sprachtherapie und Unterstützter Kommunikation*. (in Vorbereitung)
- Giel, B. & Liehs, A. (2010). Unterstützte Kommunikation als Bestandteil von Sprachtherapie. *Unterstützte Kommunikation* 2, 7-11
- Giel, B., Liehs, A. & Müller, K. (2006). Unterstützte Kommunikation bei Sprechapraxie in Verbindung mit Aphasie. *Sprache – Stimme – Gehör* 30, 119-124
- Giel, B. & Richter, A. (2002). Unterstützte Kommunikation – Ein vernachlässigtes Thema in der neurologischen Rehabilitation von Erwachsenen. In: Kolberg, T., Otto, K. & Wahn, L. (Hrsg.), *Phänomen Sprache*, Tagungsband der XXV. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) in Halle 2002 (225-235). Würzburg: Edition von Freisleben
- Grötzbach, H. (2006). Die Bedeutung der ICF für die Aphasiotherapie in der Rehabilitation. *Forum Logopädie* 1 (20), 26-31
- Grötzbach, H. & Iven, C. (2009a). Einführung in die ICF. In: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (9-22). Idstein: Schulz-Kirchner
- Hüning-Meier, M. & Pivitt, C. (2003). Nichtelektronische Kommunikationshilfen – Eine Einführung. In: ISAAC (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (03.003-03.012). Karlsruhe: von Loeper
- Jonker, V. & Veen, M. (1996/1997). *Das COCP-Programm*. Wijk aan Zee, Nederland
- Klasner, E.R. & Yorkston, K.M. (2000). AAC for Huntington Disease and Parkinson Disease: Planning for change. In: Beukelman, D.R., Yorkston, K.M. & Reichle, J. (Hrsg.), *Augmentative and Alternative Communication for adults with acquired neurologic disorders* (232-270). Baltimore: Paul H. Brookes
- Lasker, J.P. & Bedrosian, J.L. (2000). Acceptance of AAC by adults with acquired disorders. In: Beukelman, D.R., Yorkston, K.M. & Reichle, J. (Hrsg.), *Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders* (107-136). Baltimore: Paul H. Brookes
- Liehs, A. (2003a). *Unterstützte Kommunikation bei zentral erworbenen Kommunikationsstörungen im Erwachsenenalter. Eine qualitativ-quantitative Erhebung des Versorgungsstandes in Deutschland*. Inaugural Dissertation, Universität zu Köln
- Liehs, A. (2003b). Unterstützte Kommunikation bei Dysarthrien/Dysarthrophonien im Erwachsenenalter. In: Boenisch, J. & Bünk, Ch. (Hrsg.), *Methoden der Unterstützten Kommunikation* (222-233). Karlsruhe: von Loeper
- Mathy, P., Yorkston, K.M. & Gutmann, M.L. (2000). AAC for individuals with amyotrophic lateral sclerosis. In: Beukelman, D.R., Yorkston, K.M. & Reichle, J. (Hrsg.), *Augmentative and Alternative Communication for adults with acquired neurologic disorders* (183-232). Baltimore: Paul H. Brookes
- Nicola, F., Ziegler, W. & Vogel, M. (2004). Die Bogenhausener Dysarthrieskalen (BODYS): Ein Instrument für die klinische Dysarthriediagnostik. *Forum Logopädie* 2 (18), 14-22
- Otto, K. & Wimmer, B. (2005). *Unterstützte Kommunikation. Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige sowie Therapeuten und Pädagogen*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Päßler, D. (2005). UK und Aphasie – neue Wege der Verständigung durch elektronische Kommunikationshilfen. In: Boenisch, J. & Otto, K. (Hrsg.), *Leben im Dialog. Unterstützte Kommunikation über die gesamte Lebensspanne* (340-355). Karlsruhe: von Loeper
- Sachse, S. & Boenisch, J. (2007). *Diagnostik und Beratung in der Unterstützten Kommunikation*. Karlsruhe: von Loeper
- Samur, V.J. & Metz, D.E. (1989). Criterion validity of speech intelligibility rating scale procedures for the hearing-impaired population. *Journal of Speech and Hearing Research* 31, 307-316
- Schlenck, C. & Schlenck, K.-J. (1994). Beratung und Betreuung von Angehörigen aphasier Patienten. *Logos interdisziplinär* 2 (2), 90-97
- Steiger-Sälzer, P. & Veit, K. (2003). Blicktafeln – wirkungsvolle nichttechnische Kommunikationshilfen in der Unterstützten Kommunikation. In: ISAAC (Hrsg.), *Handbuch der Unterstützten Kommunikation* (05.013-05.016). Karlsruhe: von Loeper
- Wahn, C. (2010). Zum Aufbau von Hierarchien bei elektronischen Kommunikationshilfen unter besonderer Berücksichtigung von Semantik, Lexik und Syntax. *Unterstützte Kommunikation* 2, 12-23
- Wagner, S. (2005). *Unterstützte Kommunikation bei Amyotropher Lateralsklerose (ALS) und Progressiver Supranukleärer Blickparese (PSP)*. In: Boenisch, J. & Otto, K. (Hrsg.), *Leben im Dialog. Unterstützte Kommunikation über die gesamte Lebensspanne* (367-376). Karlsruhe: von Loeper
- Ziegler, W., Vogel, M., Gröne, B. & Schröter-Morasch, H. (1998). *Dysarthrie. Grundlagen – Diagnostik – Therapie*. Stuttgart: Thieme

SUMMARY. Augmentative and alternative communication for patients with progressive diseases. An ICF-oriented approach towards patients with progressive dysarthria/disarthrophonia

Speech and language disorders as part of progressive diseases show limits of a purely functional oriented speech therapy. According to an ICF-oriented approach the irresistible loss of acoustic language also results in a loss of participation in daily activities. Endogeneous as well as electronic or non-electronic forms of communication may help the patients to improve his or her daily communication. Based upon comprehensive speech and language diagnostic testing and according to ICF-oriented goals the article presents augmentative and alternative communication (Unterstützte Kommunikation, UK) for patients with progressive dysarthria/disarthrophonia.

KEY WORDS: Augmentative and alternative communication – speech and language therapy – communication – ICF – dysarthria – progressive diseases

DOI dieses Beitrags

10.2443/skv-s-2010-53020100602

Korrespondenzschrift

Dr. Andrea Liehs & Dr. Barbara Giel
Zentrum für Sprachtherapie
Goethestr. 16
47441 Moers
liehs@sprachtherapie-moers.de
giel@sprachtherapieforschung.de