

Wiederherstellung der Gesundheit oder Teilhabe?

Ziel und Umsetzung der Logopädie in der stationären Neurorehabilitation

Holger Grötzbach

ZUSAMMENFASSUNG. Entgegen der Erwartung der Patienten geht es in der Neurorehabilitation nicht um eine Wiederherstellung der Gesundheit. Ihr Ziel ist es vielmehr, trotz weiter bestehender Beeinträchtigungen eine Teilhabe an gewünschten Lebensbereichen zu ermöglichen. Zur Bestimmung dieser Bereiche kann auf die Narration zurückgegriffen werden, in der sich die Wünsche der Patienten an ihre Rehabilitation ebenso offenbaren wie die Umstände, die ihnen seit ihrer Erkrankung geholfen, aber auch geschadet haben. Von den narrativ ermittelten Wünschen leiten sich Aktivitäts- und Funktionsziele ab, die anhand von Zielsetzungsmethoden genau, d.h. überprüfbar definiert werden sollten. Die Ergebnisse der evidenzbasierten Medizin helfen dabei, diese Ziele zu erreichen. Zu ihnen gehört vor allem eine hohe Therapiefrequenz, die in Leitlinien und Therapiestandards eingegangen ist. Die Frequenz wird in der Logopädie durch holistische Therapieansätze und durch eine Förderung der Umstellungsfähigkeit ergänzt.

Schlüsselwörter: Teilhabe – Narration – evidenzbasierte Medizin – Zielsetzungsmethoden – holistische Therapie

Einleitung

Patienten mit einer zentral bedingten Sprach-, Sprech-, Stimm- oder Schluckstörung beginnen ihre stationäre Rehabilitation in der Regel mit dem Wunsch, wieder gesund zu werden. Dabei nimmt das Ziel Gesundheit, je nach zugrunde liegender Störung, unterschiedliche Bedeutungen an. So versteht beispielsweise ein Betroffener mit einer Aphasie unter Gesundheit, sich wieder problemlos unterhalten zu können. Für eine Patientin mit einer Dysphagie bedeutet Gesundheit, wieder so essen und trinken zu können wie vor Beginn der Erkrankung. Und für einen Patienten mit einer Dysarthrie bezieht sich Gesundheit darauf, wieder verständlich sprechen zu können.

Die verschiedenen Bedeutungen des Ziels Gesundheit lassen sich auf eine Gemeinsamkeit zurückführen: Patienten nehmen Gesundheit als Abwesenheit von Störungen wahr. Sie erwarten daher, dass ihre jeweilige logopädische Störung beseitigt wird. Gestützt auf Erfahrungen aus der kurativen (heilenden) Medizin gehen sie davon aus, dass die Beseitigung – auch wenn dies län-

Der Beitrag basiert auf einem Vortrag des Autors auf dem 41. Jahreskongress des dbl 2012 in Nürnberg mit dem Titel: „Zur Rolle der Logopädie in der Neurologie: Auftrag und Wirklichkeit“

gere Zeit in Anspruch nehmen sollte – möglich ist.

Die Störungsbeseitigung stellt hier jedoch nicht nur ein zentrales Anliegen der Patienten, sondern auch der Logopädinnen und Logopäden dar. Sie messen den Erfolg ihrer Therapie häufig daran, dass bei Therapieende möglichst keine Störung mehr vorliegt. Es wundert daher nicht, dass sich die Mehrzahl der therapeutischen Ziele auf eine Verbesserung gestörter Funktionen bezieht (Bühler et al. 2005, Dallmeier & Thies 2009, 2011; Glindemann et al. 2004). Dazu gehört die Reduktion des Aspirationsrisikos ebenso wie die Verbesserung der Wortfindung oder die Normalisierung der Ruhe- und Sprechatmung.

Nach dem Willen des Gesetzgebers geht es in der stationären Rehabilitation jedoch nicht um eine Wiederherstellung der Gesundheit, sondern um eine Förderung der „Selbstbestimmung und gleichberechtigte[n] Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ (§ 1 Sozialgesetzbuch IX). Dies bedeutet, dass es Patienten trotz weiter bestehender Beeinträchtigungen ermöglicht werden soll, an denjenigen Lebensbereichen teilzunehmen, die für sie wichtig sind (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation 2008). Dazu kann ihre Rolle im Beruf, in der Familie, im Ehren-

Holger Grötzbach, M.A., studierte Linguistik, Psychologie und Philosophie mit den Schwerpunkten Sprach- und Sprechstörungen in Bonn und Berlin. Es folgte eine dreijährige Tätigkeit am Max-Planck-Institut für Psycholinguistik. Danach Wechsel in die



Abteilung Sprachtherapie der Asklepios Klinik Schaufeling, die er seit vielen Jahren leitet. Er unterrichtet an mehreren Fachhochschulen sowie Berufsfachschulen für Logopädie. Seine Arbeitsschwerpunkte umfassen die Bereiche Aphasie, ICF und Neurorehabilitation. Er hält regelmäßig Vorträge, bietet Fortbildungen an und ist Autor einer Reihe von Veröffentlichungen.

amt oder in der Freizeit gehören (Grötzbach 2010). Mit dem Auftrag, die Teilhabe zu fördern, berücksichtigt der Gesetzgeber, dass es in der neurologischen Rehabilitation häufig gar nicht möglich ist, die Gesundheit wiederherzustellen. So leiden beispielsweise viele Patienten mit einer Aphasie trotz intensiver logopädischer Behandlung ein Leben lang unter ihren sprachlichen Beeinträchtigungen (Schneider et al. 2011).

Bei progredient verlaufenden Erkrankungen, wie z.B. bei Morbus Parkinson, Multipler Sklerose oder Amyotropher Lateralsklerose, ist davon auszugehen, dass die sprachlichen Störungen nicht nur persistieren, sondern im Krankheitsverlauf sogar noch zunehmen. Die Logopädie hat daher sehr oft die Aufgabe, Störungen zu reduzieren oder einer Verschlechterung vorzubeugen (§ 4 Sozialgesetzbuch IX). Zusätzlich hat sie die Aufgabe, sowohl die Patienten als auch ihre Angehörigen auf ein Leben mit bleibenden Beeinträchtigungen vorzubereiten (Rentsch 2005).

Teilhabe und Narration

Um die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern zu können, müssen diejenigen Lebensbereiche ermittelt werden, die für einen bestimmten Patienten von

Bedeutung sind (Grötzbach & Iven 2009). Dazu eignet sich die narrative Medizin, die auf den Gründer der anthropologischen Medizin Viktor von Weizsäcker (1886-1957) zurückgeht (Benzenhöfer 2007). Denn angestoßen durch die Frage, welche Bedeutung Gesundheit für einen Erkrankten hat, enthüllen sich in der Erzählung der Patienten nicht nur ihre sozialen Rollen, sondern auch ihre Wünsche und Erwartungen an die Rehabilitation. Außerdem treten in der Narration diejenigen Umstände zutage, die zur jeweiligen Erkrankung geführt und einen günstigen oder ungünstigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf gehabt haben (Frommelt & Grötzbach 2008). Dadurch vermitteln Narrationen einen Einblick in die Biografie der Patienten, der sich durch ein bloßes Abfragen gestörter Funktionen niemals erreichen lässt. Erzählungen vermögen jedoch noch mehr: Sie „geben der Problemlage des Patienten Bedeutung, Kontext und Perspektive. Sie erklären, wie, warum und auf welche Art er krank ist“ (Greenhalgh & Hurwitz 2005b, 23). Dadurch helfen sie ihm, diejenigen Teile seines Lebens wieder zu einem Ganzen zusammenzufügen, die durch die Erkrankung auseinandergerissen worden sind (Corsten et al. 2011, Lucius-Hoene 2008). Narrationen tragen damit zum Rehabilitationserfolg mindestens ebenso viel bei wie bildgebende Verfahren, apparative Diagnostiken oder evidenzbasierte Therapiemaßnahmen (Frommelt & Grötzbach 2010). Die Narration gibt es jedoch nicht zum Nulltarif. Zum einen wird für sie mehr Zeit benötigt als für das Abfragen von (logopädischen) Symptomen. So dauert die narrative Bestimmung von Rehabilitationszielen, die aus gewünschten Teilhabe-Rollen und damit verbundenen Aktivitäten bestehen, zwischen 15 und 20 Minuten (Grötzbach & Iven 2009). Zum anderen ist es unerlässlich, die Patienten auf die Narration vorzubereiten, da sie es nicht gewohnt sind, nach ihren Zielen gefragt zu werden (Heath 1999). Schließlich muss die Narration so strukturiert werden, dass alle interessierenden Informationen zur Sprache kommen. Dazu hat sich ein Top-down-Vorgehen als günstig erwiesen, das mit der Frage nach den gewünschten Teilhabe-Zielen beginnt (Frommelt & Grötzbach 2007, Grötzbach 2010). Daran schließt sich die Frage nach denjenigen Beeinträchtigungen an, die den Teilhabe-Zielen im Wege stehen. In der funktionellen Diagnostik werden daraufhin die Ursachen bestimmt, die den geschilderten Beeinträchtigungen zugrunde liegen. Die Narration endet schließlich mit der Frage nach den Umständen, die einem Patienten

seit Beginn seiner Erkrankung geholfen bzw. geschadet haben. Eine Übersicht über die Struktur der Narration sowie Beispiele für Fragen enthält Tabelle 1.

Die Narration wird zwar durch die aktuelle Entwicklung gefördert, eine „sprechende Medizin“ in der Rehabilitation zu etablieren (Charon 2006, Frommelt & Grötzbach 2008, Greenhalgh & Hurwitz 2005a, Hinckley 2008, Lucius-Hoene 2008), dennoch gilt sie häufig als „esoterische Kuschelecke“ der Medizin und damit als überflüssig. Ein Grund dafür ist die Meinung von medizinischen Professionellen, dass Patienten

- nicht wüssten, was sie in der Rehabilitation wollten;
- überfordert seien, konkrete Rehabilitationsziele zu nennen;
- sich im Behandlungsverlauf nicht mehr an vereinbarte Ziele erinnern könnten.

(Meyer et al. 2009). Die Ergebnisse einer kürzlich durchgeführten Studie zeigen jedoch, dass Patienten einer neurologischen Rehabilitationsklinik sehr wohl Teilhabe- und Aktivitäts-Ziele angeben können (Kirk & Thies 2012). Eine Mehrheit von ihnen ist außerdem in der Lage, ihre Ziele nach Wichtigkeit zu ordnen. Dadurch ist es dem Behandlungsteam möglich, sich auf dasjenige Teilhabe-Ziel zu konzentrieren, das für einen bestimmten Patienten von besonderer Bedeutung ist.

Da es sich bei den narrativ ermittelten Rehabilitationszielen um ein gemeinsames Vorgehen von Patienten und Therapeuten handelt,

- verbessern sie das Behandlungsergebnis,
- erhöhen sie die Therapietreue,
- führen sie zu einer größeren Zufriedenheit von Patienten und medizinischen Fachkräften

(Bundesministerium für Gesundheit 2008). Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Patienten von Anfang an als verantwortliche Akteure in ihre Rehabilitation eingebunden werden. Stehen ihnen im Mittel aber lediglich 30 Sekunden Zeit zur Verfügung, um

ohne Unterbrechung von sich erzählen zu können (Heath 2005), dann kann von einer Einbindung in die Rehabilitation kaum die Rede sein. Es verwundert daher nicht, dass mehr als zwei Drittel aller Patienten nicht an klinischen Entscheidungen beteiligt werden (Kuhlmeiy 2006).

Zwischen der Forderung nach einem narrativen Vorgehen und der Tatsache, dass als Folge einer neurologischen Erkrankung eine Aphasie vorliegen kann, existiert kein Widerspruch. Denn Patienten mit einer Aphasie sind nur selten komplett „sprachlos“. Doch selbst wenn dies der Fall ist, können sie häufig durch Mimik, Gestik und Prosodie Zustimmung oder Ablehnung ausdrücken. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit, Angehörige nach Teilhabe-Zielen zu befragen oder anhand von mitgebrachten Gegenständen auf Teilhabe-Rollen zu schließen. So wird beispielsweise ein junger Mann, in dessen Zimmer Motorrad-Zeitschriften liegen, kaum Mitglied eines Taubenzuchtvereins sein. Mit einem geschärften Blick und sprachlicher Unterstützung ist es daher möglich, die Erwartungen auch derjenigen Patienten in Erfahrung zu bringen, die unter einer ausgeprägten Aphasie leiden.

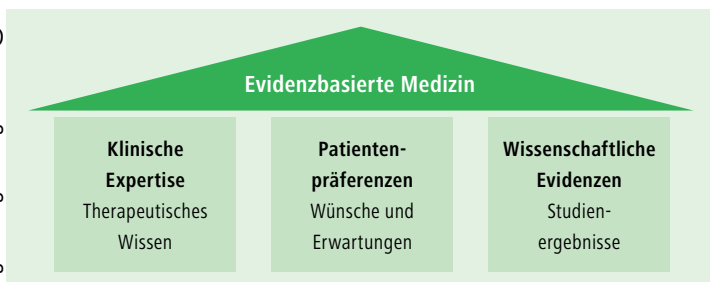
Narration und evidenzbasierte Medizin

Patientenerzählungen werden jedoch nicht nur wegen ihres Aufwands gescheut. Sie werden vielmehr auch skeptisch gesehen, weil sie widersprüchlich oder sogar chaotisch sein können. Einige Narrationen bestehen in der Tat eher aus assoziativ verknüpften Gedankengängen als aus einer chronologischen Schilderung von Ereignissen. Außerdem gibt es Erzählungen, die absurde Theorien über die Ursache einer Erkrankung oder über die richtige Behandlung enthalten. Da dies weit davon entfernt ist, wissenschaftlichen Ansprüchen zu genügen, nehmen Fall-Geschichten in der evidenzbasierten Medizin

■ Tab. 1: Narration: Struktur und Fragen

Frage	Erfragte (ICF)-Komponente	Antwortbeispiel
Woran haben Sie in Ihrem Leben Freude?	Teilhabe (soziale Rolle)	Mitglied des Kirchenchors sein
Was hindert Sie daran, das umzusetzen, was Ihnen Freude macht?	Aktivitäten	heisere Stimme; Noten zu lesen ist nur mit Mühe möglich
Worauf sind Ihre Beeinträchtigungen zurückzuführen?	Funktionen	nach der Untersuchung liegt eine Stimmbandlähmung vor; es bestehen Doppelbilder
Was hat Ihnen auf dem Weg zur Gesundheit bislang genutzt bzw. geschadet?	Kontextfaktoren als Förderfaktoren oder Barrieren	täglicher Besuch von meinem Mann; durch den Tipp, lauter zu sprechen, ist die Stimme noch schlechter geworden

■ **Abb. 1: Die drei Säulen der evidenzbasierten Medizin (nach Dollaghan 2007)**



(EBM) nur einen geringen Stellenwert ein (*Intercollegiate Working Party for Stroke* 2000). Trotzdem besteht zwischen der Narration einerseits und der EBM andererseits kein Gegensatz. Denn nur mit ihrer Hilfe lassen sich die Patientenpräferenzen ermitteln, die zusammen mit den wissenschaftlichen Evidenzen und der klinischen Expertise der Fachkräfte die drei Säulen der EBM bilden (Abb. 1).

Während die Patientenpräferenzen die Rehabilitationsziele widerspiegeln, gleichen die wissenschaftlichen Evidenzen Nachweisen über die Effektivität von Therapiemethoden. Diese Nachweise werden systematisch für die Erstellung medizinischer Leitlinien genutzt, die dadurch Empfehlungen für die Behandlung einer bestimmten Störung aussprechen (*Wieck et al.* 2005). Für die Therapie logopädischer Störungen als Folge einer neurologischen Erkrankung stehen mittlerweile mehrere Leitlinien zur Verfügung, die in Tabelle 2 aufgelistet sind.

Die wissenschaftlichen Evidenzen gehen jedoch nicht nur in die Leitlinien, sondern auch

in Therapiestandards ein, mit denen zwei Ziele verfolgt werden: Zum einen geben sie die Therapiefrequenz für eine bestimmte Störung vor. Zum anderen definieren sie die Mindestanzahl derjenigen Patienten, die mit der vorgegebenen Therapiefrequenz zu behandeln sind (*Brüggemann* 2011). Da die Therapiestandards in einem aufwändigen Konsensverfahren unter Einschluss aller verfügbaren Evidenzen entwickelt worden sind, stellen sie im Gegensatz zu den Leitlinien „Handlungsvorschriften mit bindendem Charakter als Therapievorgaben für einzelne Indikationen“ dar (*Schönle & Lorek* 2011, 127).

Für die Neurologie existiert zurzeit nur ein einziger Therapiestandard, der von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) entwickelt worden ist. Die Vorgaben des Standards, die sich auf alle Patienten beziehen, die aufgrund eines Schlaganfalls unter einer kommunikativen Störung leiden und die zulasten der DRV eine stationäre (neurologische) Rehabilitationsmaßnahme erhalten, sind in Tabelle 3 zusammengefasst.

■ **Tab. 3: Therapiestandard für die Behandlung kommunikativer Störungen nach Schlaganfall (nach Schönle & Lorek 2011)**

	Minstdauer Therapie pro Woche	Mindestzahl zu behandelnder Patienten
schwer ausgeprägte Störung	300 Minuten	10%
leicht ausgeprägte Störung	150 Minuten	40%

■ **Tab. 4: Beispiele für nicht überprüfbare Therapieziele (nach Dallmeier & Thies 2009)**

ICF-Komponente	Therapieziele
Funktion	<ul style="list-style-type: none"> ● Verbesserung der Sprachverständnisseleistungen ● Verbesserung des auditiven Sprachverständnisses ● Förderung der schriftsprachlichen Leistungsfähigkeit ● Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit ● Verbesserung des Zugriffs auf Repräsentationen im phonologischen Output-Lexikon
Aktivität	Kommunikation über etwaige Schmerzen
Partizipation	Eingliederung in die familiäre Umgebung trotz schwerer Kommunikationsstörungen

■ **Tab. 2: Leitlinien für die neurologische Rehabilitation (nach Beushausen & Grötzbach 2011)**

Störung	Leitlinie erstellt von
Dysphagie	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Aphasie/Dysarthrie	Deutsche Gesellschaft für Neurologie Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung
Idiopathische Facialisparesie	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Morbus Parkinson	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Multiple Sklerose	Deutsche Gesellschaft für Neurologie

Obwohl der Therapiestandard „Schlaganfall“ die Therapiefrequenz und die Mindestanzahl von zu behandelnden Patienten mit einer Aphasie oder Dysarthrie verbindlich regelt, ist vor seiner Anwendung zu prüfen, ob der Standard mit der individuellen Situation eines Patienten übereinstimmt. So mag es beispielsweise für einen Betroffenen überhaupt kein Ziel sein, seine Aphasie zu verbessern. In diesem Falle wäre es sinnlos, eine hochfrequente Logopädie nach den Vorgaben des Standards durchzuführen. In einem anderen Fall mag ein Betroffener zwar das Ziel haben, an der Verbesserung seiner Dysarthrie zu arbeiten. Dennoch wäre es falsch, dazu hochfrequent Techniken zu üben, die einen Betroffenen kognitiv überfordern.

Um Entscheidungen für oder gegen die Anwendung eines Standards treffen zu können, müssen die Fachkräfte daher auf ihr Wissen zurückgreifen, das sich zu gleichen Teilen aus der Berücksichtigung der Patientenpräferenzen und der Kenntnis evidenzbasierter Therapiemethoden zusammensetzt. Dieses Wissen nimmt durch die stetige klinische Erfahrung sowie durch Fort- und Weiterbildungen kontinuierlich zu. Dadurch bildet sich eine klinische Expertise heraus, die es den Fachkräften erlaubt, auch in komplizierten Situationen die Präferenzen der Patienten und die wissenschaftlichen Evidenzen in Einklang zu bringen. Auf diese Weise wird eine Therapieplanung verhindert, die losgelöst von den Erwartungen und den Fähigkeiten eines Patienten lediglich auf der Umsetzung von Evidenzen beruht.

Im Umgang mit den wissenschaftlichen Evidenzen befindet sich die Logopädie auf einem vielversprechenden Weg. Dafür gibt es mehrere Indikatoren. So sind Vertreter des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie aktiv an der Erstellung mehrerer Leitlinien beteiligt (*Kentner* 2012). In der Literatur finden sich darüber hinaus detaillierte Beschreibungen der Möglichkeiten und Grenzen der EBM für die Logopädie (*Beushausen & Grötzbach* 2011, *Dollaghan* 2007). Schließlich ist eine Internetseite speziell für logopädische Zwecke ge-

schaffen worden, die einen kostenlosen Zugriff auf wissenschaftliche Belege ermöglicht und die bei der Suche nach weiteren Evidenzen behilflich ist (www.evilog.de).

Trotz dieser Indikatoren gibt es jedoch keinen Grund, sich beruhigt zurückzulehnen. Denn einige Befunde deuten darauf hin, dass die Patientenpräferenzen in der Logopädie nur marginal berücksichtigt werden. So kommt eine Analyse von 20 Aphasie-Entlassungsberichten zu dem Ergebnis, dass lediglich „aus drei Berichten (...) deutlich [wurde], dass die Therapieziele mit dem Patienten (und seinen Angehörigen) festgelegt und seine Wünsche berücksichtigt wurden; in 17 Fällen war nicht ersichtlich, ob der Patient an der Zielsetzung beteiligt war“ (Dallmeier & Thies 2009, 47). Die Analyse zeigt außerdem, dass sich unter den insgesamt 67 untersuchten Therapiezielen kein einziges befand, das überprüfbar formuliert worden ist. Damit lassen sich die Ziele, von denen einige in Tabelle 4 aufgelistet sind, nicht evaluieren.

Die fehlende Evaluation hat zur Konsequenz, dass eventuelle Therapiefortschritte weder den Patienten noch den Kostenträgern nachgewiesen werden können. Dies widerspricht sowohl dem Gedanken der EBM als auch den Vorgaben der Berufsleitlinien, in denen eine transparente Ergebnisdokumentation gefordert wird (Berufsleitlinie dbl 2010, Punkt 19). Um dieser Forderung zu entsprechen, kann auf formalisierte Zielsetzungsmethoden zurückgegriffen werden, wie z.B. auf die SMART-Regel (Bovend'Eerd et al. 2009, Collicut McGrath & Kischka 2010) oder auf das Goal-Attainment-Scaling (Turner-Stokes 2009). Während sich die SMART-Regel insbesondere für die Definition von Funktionszielen eignet (z.B. formähnliche Buchstaben fehlerfrei unterscheiden zu können), lassen sich mit dem Goal-Attainment-Scaling vor allem Aktivitäts-Ziele bestimmen (z.B. eine E-Mail korrekt schreiben können). Die beiden Zielsetzungsmethoden haben die Vorteile, dass sie die Definition genauer und damit überprüfbarer Therapieziele erleichtern und dass sie ohne Beteiligung der Patienten nicht möglich sind. Dadurch helfen sie, eine Verbindung zwischen dem evidenzbasierten Vorgehen und den Patientenpräferenzen herzustellen.

Herausforderungen

Die Umsetzung des Auftrags, die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen, setzt zum einen voraus, dass die Fachkräfte die Erwartungen der Patienten narrativ ermitteln und evidenzbasierte Therapiemethoden anwenden. Sie

hängt zum anderen aber auch davon ab, dass sich die Patienten neuen Herausforderungen stellen. Dazu gehört, dass sie Logopädie nicht länger als Medizin begreifen, die einmal am Tag für 30 Minuten eingenommen ihre Wirkung für die restlichen 23 ½ Stunden pro Tag entfaltet. Logopädie stellt vielmehr eine zeitintensive Aufgabe dar, die aus mindestens zwei Stunden Therapie pro Tag bestehen sollte (Bhagal et al. 2003). Diese Intensität lässt sich nur dann erreichen, wenn die Patienten zusätzlich zur klassischen Einzeltherapie

- Eigenübungsaufgaben durchführen,
- an Lientherapien teilnehmen,
- computerbasierte Übungen absolvieren oder
- Selbsthilfegruppen besuchen

(Grötzbach 2011). Der zusätzliche Aufwand erfordert zwar ein hohes Maß an Disziplin, er trägt jedoch entscheidend zum Therapieerfolg bei (Grötzbach 2004). Bei Therapiebeginn sollte daher auf die Arbeitsintensität hingewiesen werden. Außerdem mag es nützlich sein, sie in einem Therapievertrag schriftlich zu fixieren.

Eine weitere Herausforderung besteht aus der Erkenntnis, dass sich die gleichberechtigte Teilhabe häufig nicht durch eine bloße Reduktion logopädischer Störungen erreichen lässt. Denn Faktoren wie Angst, Scham oder Rückzugstendenzen können trotz gebesserter sprachlicher Funktionen dazu führen, dass Patienten nicht (mehr) an gewohnten Lebensbereichen teilnehmen (Fries 2005). Um diesen Faktoren zu begegnen, müssen die klassischen Therapieinhalte um die Förderung einiger Fähigkeiten ergänzt werden, die in Tabelle 5 zu sehen sind. Mit diesen Ergänzungen nimmt die Logopädie einen ganzheitlichen (holistischen) Charakter an,

der in der klinischen Praxis bislang jedoch kaum zu erkennen ist.

Eine letzte Herausforderung stellt die Berücksichtigung der exekutiven Funktionen in der Therapie dar. Zu ihnen gehört die Umstellungsfähigkeit, die benötigt wird, um in Unterhaltungen mit Gedankensprüngen und Themenwechseln sowie mit Ironie und Metaphern adäquat umgehen zu können. Ist sie gestört, kommt es zu sprachlichen Perseverationen, zum Haftenbleiben am Konkreten und zur Unfähigkeit, neue Informationen flexibel der Richtung eines Gesprächs anzupassen (Schneider et al. 2011).

Eine reduzierte Umstellungsfähigkeit führt dazu, dass Unterhaltungen selbst dann erschwert werden, wenn nur noch geringe oder keine sprachlichen Symptome mehr vorliegen (Spitzer et al. 2009). Sie wirkt sich außerdem auf die Wahrscheinlichkeit aus, nach einer Hirnschädigung (wieder) in den Beruf zurückzukehren. Denn wie Untersuchungsergebnisse zeigen, hängt die Rückkehr an den Arbeitsplatz weniger vom Schweregrad einer Aphasie ab, als vielmehr von einer ausreichenden Umstellungsfähigkeit, einer realistischen Störungswahrnehmung und einer adäquaten Selbsteinschätzung (Fries & Wendel 2005). In Zukunft wird es daher darum gehen müssen, der Umstellungsfähigkeit in der Therapie eine ebenso große Bedeutung zuzumessen wie den sprachlichen Störungen.

Schluss

Zur Ermittlung und Umsetzung der Patientenpräferenzen tragen die Narration, holistisch ausgerichtete Therapien und eine hohe Therapiefrequenz bei. Dies bedeutet Arbeit für die Fachkräfte, aber auch für die Patienten. In der Zusammenarbeit gilt es, die Teilhabe an ge-

■ Tab. 5: Fähigkeiten zur Sicherstellung der Teilhabe

Fähigkeit (dt. Übersetzung)	Engl. Original	Bedeutung
realistische Selbsteinschätzung	self-awareness	<ul style="list-style-type: none"> ● bestehende Veränderung erkennen und (momentan) akzeptieren ● (logopädischen) Störungen mit adäquatem Ressourcen-Einsatz wirksam begegnen
Meisterungs-Einstellung	self-efficacy	Misserfolge nicht auf mangelnde Intelligenz, sondern auf den Lösungsweg oder die Anstrengung zurückführen
Fähigkeit, andere um Hilfe zu bitten	malleability	kooperieren: Hilfe anfordern und auch annehmen können
Fähigkeit zur Zusammenarbeit	collaborative learning	<ul style="list-style-type: none"> ● Hindernisse mit Hilfe von (Gesprächs-)Partnern überwinden ● Ziele setzen, die mit Hilfe anderer erreichbar sind
emotionale Selbstkontrolle	neurobehavioral control	<ul style="list-style-type: none"> ● die eigenen Emotionen kontrollieren ● die Emotionen der (Gesprächs-)Partner wahrnehmen

wünschten Lebensbereichen als übergeordnete Rehabilitationsziele zu begreifen, von denen Aktivitäts- und Funktionsziele abgeleitet werden (Frommelt & Grötzbach 2007, Grötzbach 2008). Die Teilhabe-Ziele stellen außerdem ein verbindendes Element zwischen den verschiedenen Professionen in der neurologischen Rehabilitation dar, da sich die Rückkehr in eine soziale Rolle nur selten allein mithilfe der Logopädie erreichen lässt.

Die Aufnahmedokumentation sollte daher mit der Wiedergabe des Teilhabe-Ziels beginnen, z.B. Wiederaufnahme des Hobbys als Chorsängerin. Darauf folgt eine Dokumentation derjenigen Aktivitäten, die der Teilhabe im Wege stehen. Dazu kann z.B. gehören, dass eine Patientin nicht mehr singen, nicht ausreichend lange stehen und das Notenblatt nicht mehr sicher festhalten kann. Der Beitrag der einzelnen Professionen liegt dann darin, die Ursache für die jeweilige Aktivitätsstörung zu ermitteln (z.B. Dysphonie, posturale Instabilität, verminderte Handkraft). Die Aufnahmedokumentation endet mit der Darstellung derjenigen Kontextfaktoren, die sich förderlich oder hinderlich auf die Teilhabe auswirken. So mag es z.B. sein, dass die Chorproben in einem Gebäude stattfinden, das weder zu Fuß noch mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen ist (Hindernis), dass aber der Sohn der Patientin bereit ist, seine Mutter mit dem PKW zu den Chorproben zu bringen (Förderfaktor).

Sofern evidenzbasierte Methoden zur Therapie einer Störung zur Verfügung stehen, sollten sie immer dann zum Einsatz kommen, wenn sie mit den Wünschen und Fähigkeiten eines Patienten übereinstimmen. Bei Entlassung sollten Angaben darüber erfolgen, in welchem Ausmaß eine Störung verringert werden konnte. Es sollte außerdem ein Bezug zum übergeordneten Teilhabe-Ziel hergestellt werden, indem über die Rückkehr in eine gewünschte Rolle informiert wird. So könnte es bei Entlassung aus der stationären Rehabilitation beispielsweise so sein, dass die Patientin zwar wieder ausreichend lange stehen und die Notenblätter sicher halten, aber noch keine hohen Töne singen kann. Eine Wiederaufnahme des Hobbys wäre daher nur mit weiterer ambulanter Therapie möglich.

Mit dem Bezug zu einem gewünschten Lebensbereich wird der gesetzlichen Vorgabe entsprochen, „dass Rehabilitationsmaßnahmen ausschließlich dem Ziel der Verbesserung von Teilhabe dienen müssen“ (Fries 2007, 10). Diese Vorgabe wird in der Logopädie bislang jedoch nur ansatzweise umgesetzt, da viele Therapieberichte lediglich aus einem Nachweis gebesserter Funktionen

bestehen (Dallmeier & Thies 2009, 2011). Es wird daher in Zukunft darauf zu achten sein, den narrativ ermittelten Teilhabe-Rollen in den logopädischen Dokumentationen mehr Gewicht einzuräumen. Gleichzeitig wird es darum gehen, den Wunsch nach Gesundheit durch den Gedanken einer Teilhabe an gewünschten Lebensbereichen zu ersetzen. Dies schützt die Patienten von Anfang an vor Enttäuschungen und verhindert bei Professionellen ein „burn-out“, der entstehen kann, wenn sich das Ziel Gesundheit in der Mehrzahl der Fälle nicht erreichen lässt.

LITERATUR

- Benzenhöfer, U. (2007). *Der Arztphilosoph Viktor von Weizsäcker. Leben und Werk im Überblick*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Beushausen, U. & Grötzbach, H. (2011). *Evidenzbasierte Sprachtherapie*. München: Elsevier
- Bhogal, S.K., Teasell, R.W., Foley, N.C. & Speechley, M.R. (2003). Rehabilitation of aphasia: more is better. *Topics in Stroke Rehabilitation* 10, 66-76
- Bovend'Eerd, T.J.H., Botell, R.E. & Wade, D.T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation* 23, 352-361
- Brüggemann, S. (2011). Das Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung. Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D. *Neurologie & Rehabilitation* 17 (3), 119-123
- Bühler, S., Grötzbach, H. & Frommelt, P. (2005). ICF-basierte Zieldefinition in der Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 11 (4), 204-211
- Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (2008). *ICF-Praxisleitfaden 2: Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der ICF in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen*. Frankfurt/Main
- Bundesministerium für Gesundheit (2008). *Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen*. Kurzbericht vom 13.10.2008. www.bmg.bund.de
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine*. Oxford: Oxford University Press
- Collicut McGrath, J. & Kischka, U. (2010). Interdisziplinäre Teamarbeit und Zielsetzung in der Neurorehabilitation. In: Frommelt, P. & Lösslein, H. (Hrsg.), *Neurorehabilitation* (107-113). Berlin: Springer
- Corsten, S., Herdering, F. & Bröckel, M. (2011). Der biografisch-narrative Ansatz in der Intervention bei Aphasie. *Forum Logopädie* 25 (6), 6-11
- Dallmeier, P. & Thies, C. (2009). *Logopädische Berichte in der Aphasiotherapie – Einbindung alltagsrelevanter, klientenzentrierter Ziele*. HAWK Hildesheim: Unveröffentlichte Bachelor-Arbeit
- Dallmeier, P., Thies, C., Grötzbach, H. & Beushausen, U. (2011). Zielsetzung in der Aphasiotherapie. Eine empirische Untersuchung von Rehabilitationsberichten. *Forum Logopädie* 2 (25), 24-27

- dbl (2010). *Berufsleitlinien in der Fassung des Beschlusses der Mitgliederversammlung vom 4.6.2010*. Frechen: Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. www.dbl-ev.de/fileadmin/media/publikationen/Berufsleitlinien.pdf (03.04.2012)
- Dollaghan, C. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore: Paul H. Books
- Fries, W. (2005). Neuropsychologische Rehabilitation nach erworbener Hirnschädigung in der Welt von ICF und SGB IX: Wie weit reicht der Therapieauftrag? – Ein Pamphlet. In: Wendel, C., Heel, S., Lucius-Hoene, G. & Fries, W. (Hrsg.), *Zukunftswerkstatt Klinische Neuropsychologie* (73-83). Regensburg: Roeder
- Fries, W. (2007). Reha-Philosophie: Konzepte und Strukturen für eine Teilhabe-orientierte ambulante wohnortnahe Rehabilitation. In: Fries, W., Lössl, H. & Wagenhäuser, S. (Hrsg.), *Teilhabe!* (7-16). Stuttgart: Thieme
- Fries, W. & Wendel, C. (2005). Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben nach Hirnschädigung: neue Beiträge zur Prognose und Therapie. In: Dettmers, C. & Weiller, C. (Hrsg.), *Update Neurologische Rehabilitation* (101-112). Bad Honnef: Hippocampus
- Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2007). Zielsetzung in der Schlaganfallrehabilitation. In: Dettmers, C., Bülow, P. & Weiller, C. (Hrsg.), *Schlaganfallrehabilitation* (121-133). Bad Honnef: Hippocampus
- Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2008). Das Narrative in der Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 14 (1), 3-11
- Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2010). Kontext-sensitive Neurorehabilitation: Einführung in die klinische Neurorehabilitation. In: Frommelt, P. & Lösslein, H. (Hrsg.), *Neurorehabilitation* (3-22). Berlin: Springer
- Glindemann, R., Pössl, J., Ziegler, W. & Goldenberg, G. (2004). Erfahrungen mit individuellen Therapiezielen bei Patienten mit Aphasie. *Die Sprachheilarbeit* 49, 298-305
- Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. (2005a). *Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin*. Bern: Huber
- Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. (2005b). Was geht uns Narration an? In: Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. (Hrsg.), *Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin* (19-35). Bern: Huber
- Grötzbach, H. (2004). Zur Effektivität von Aphasiotherapie. *Neurologie & Rehabilitation* 10 (1), 1-5
- Grötzbach, H. (2008). Bottom-up oder top-down orientierte Aphasiotherapie: Welche ist besser? *Die Sprachheilarbeit* 53 (5), 284-291
- Grötzbach, H. (2010). Therapieziele definieren: paternalistisch oder partizipativ? *Logos interdisziplinär* 18 (2), 119-126
- Grötzbach, H. (2011). Leitlinienorientierte Aphasiotherapie – Widerspruch zum Heilmittel-Katalog. In: Arbeitsgemeinschaft Qualitätsbericht Logopädie in Baden-Württemberg (Hrsg.), *Qualitätsbericht: Logopädie in Baden-Württemberg* (22-25). Ralsdorf: Buchner & Partner

- Grötzbach, H. & Iven, C. (2009). Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie* (23-37). Idstein: Schulz-Kirchner
- Heath, C. (1999). Goals as reference points. *Cognitive Psychology* 38, 79-109
- Heath, I. (2005). Auf der Spur von Krankengeschichten: Versorgungskontinuität in der Hausarztpraxis. In: Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. (Hrsg.), *Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin* (115-125). Bern: Huber.
- Hinckley, J.J. (2008). *Narrative-based practice in speech-language pathology*. San Diego: Plural Publishing
- Intercollegiate Working Party for Stroke (2000). *National guidelines for stroke*. London: Royal College of Physicians
- Kentner, J. (2012). Entscheidungshilfen für Diagnostik und Therapie. *Forum Logopädie* 26 (1), 39
- Kirk, P. & Thies, C. (2012). *Narration – eine Technik zur Zielvereinbarung in der stationären neurologischen Rehabilitation*. HAWK Hildesheim: Unveröffentlichte Master-Thesis
- Kuhlmey, A. (2006). *Partizipative Entscheidungsfindung in der Medizin*. Vortrag Fachhochschule Linz (A), 20.01.2006
- Lucius-Hoene, G. (2008). Krankheitserzählungen und die narrative Medizin. *Die Rehabilitation* 47, 90-97
- Meyer, T., Pohontsch, N. & Raspe, H. (2009). Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt. *Rehabilitation* 48, 128-134
- Rentsch, H.-P. (2005). Einfluss der ICF-Philosophie auf die Entwicklung der Neurorehabilitationsprogramme am Beispiel des zerebrovaskulären Insults. In: Rentsch, H.-P. & Bucher, P.-O. (Hrsg.), *ICF in der Rehabilitation* (43-112). Idstein: Schulz-Kirchner
- Schneider, B., Wehmeyer, M. & Grötzbach, H. (2011). *Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel*. Berlin: Springer
- Schönle, P.W. & Lorek, L.M. (2011). Entwicklung der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung für die Rehabilitation von Patienten mit Schlaganfall in der Phase D. *Neurologie & Rehabilitation* 17 (3), 125-140
- Spitzer, L., Beushausen, U. & Grötzbach, H. (2009). Exekutivfunktionen in der Aphasitherapie. *Forum Logopädie* 23 (3), 6-9
- Turner-Stokes, L. (2009). Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. *Clinical Rehabilitation* 23, 362-370
- Wieck, M., Beushausen, U. & Cramer, R. (2005). Leitlinien in der Logopädie. *Forum Logopädie* 19 (6), 28-35

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2012-53020120503

Autor

Holger Grötzbach M.A.
 Leiter Sprachtherapie
 Asklepios Klinik Schauffling
 Haustein 2
 94571 Schauffling
 h.groetzbach@asklepios.com

SUMMARY. Restoration of health or participation? Objective and practice of speech-language therapy in neurorehabilitation

Contrary to the hopes of patients the objective of neurorehabilitation does not comprise a restoration of health. Rather, its aim is to enhance participation in desired spheres of life despite chronic disabilities. In order to define the spheres of life narration may be used. Within the narratives the desires of patients towards their rehabilitation unfold as easily as those circumstances which were helpful, but also harmful since onset of the illness. From the narrative established desires activity- and functional goals can be derived. They should be defined in a precise, i.e. verifiable manner by using goal setting procedures. To reach these goals the results of evidence-based medicine may be exploited. One of the prominent results is intensity of therapy which forms a core element in medical guidelines and therapeutic standards. In speech-language therapy the intensity of therapy has to be completed by holistic therapeutic approaches and by a support of executive functions.

KEY WORDS: participation – narration – evidence-based medicine – goal setting procedures – holistic therapy