

ICF und Dysarthrie

Berthold Gröne

ZUSAMMENFASSUNG. Der Einsatz der ICF in der Therapie von Patienten mit einer Dysarthrie führt nicht nur zu einer anderen, differenzierteren Beschreibung der spezifischen Störungsbilder, sondern hat auch Auswirkungen auf die Diagnostik und Therapie. So beeinflusst die Komponente der Teilhabe die Definition von Therapiezielen. Außerdem müssen die funktionellen Ziele in einen plausiblen Zusammenhang mit den Teilhabe-Zielen gebracht werden. An Beispielen wird diskutiert, inwieweit die gängigen diagnostischen Instrumente den ICF-Anforderungen bereits gerecht werden und wo es gezielter Ergänzungen bedarf.

Schlüsselwörter: ICF – Dysarthrie – Diagnostik – Therapieziele – Teilhabe-Ziele

Begriffsbestimmung und Erscheinungsformen

Nach gängiger Definition handelt es sich bei Dysarthrien um erworbene neurogene Sprechstörungen, die aufgrund einer Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems zu einer Beeinträchtigung der Steuerung und Ausführung von Sprechbewegungen führen (Ziegler et al., 2002). Der Begriff „Dysarthrie“ greift dabei zu kurz,

da die beiden Funktionskreise Atmung und Stimme nicht erwähnt werden, die bei einer Dysarthrie jedoch ebenfalls häufig mit betroffen sind.

Dysarthrien weisen sehr unterschiedliche Erscheinungsformen auf. Sie sind nicht nur auf unterschiedliche Ätiologien und zugrunde liegende pathophysiologische Muster zu-

rückführbar, sondern treten auch in variierenden klinischen Erscheinungsbildern und Schweregraden auf. Sie müssen bei jedem Betroffenen in ihrer Auswirkung auf den individuellen Lebenskontext erfasst und behandelt werden.

Ursachen

Neben den häufig vorkommenden Schädigungen des zentralen Nervensystems (ZNS) durch Schädel-Hirn-Traumen und zerebrovaskuläre Erkrankungen (Infarkte und Blutungen) gibt es eine Reihe von neurologischen Erkrankungen, die Beeinträchtigungen der Sprechmotorik verursachen.

Die Art der Grunderkrankung ist bei der Darstellung

Berthold Gröne M.A. hat in Göttingen Linguistik studiert, war danach als Wissenschaftlicher Angestellter mit Forschungsvorhaben zur „Artikulographie“ befasst und ist nach längerer Tätigkeit am Krankenhaus München-Bogenhausen seit 2000 Bereichsleiter für Sprachtherapie und Kreativtherapien an der St. Mauritius Therapieklinik Meerbusch. Er ist 2. Vorsitzender des Bundesverbandes Klinische Linguistik (BKL).



einer Dysarthrie unbedingt zu berücksichtigen, genauso wie bei der Methodenwahl in der Diagnostik und der Therapie. Zur Illustration dieses Aspekts sei auf die verschiedenen Rahmenbedingungen verwiesen, die zwischen Patienten in einer spontanen Rückbildungsphase (z.B. nach Schlaganfall) und Patienten mit einer neurodegenerativen Erkrankung bestehen. Krankheitsverläufe und deren Dynamik bestimmen in entscheidendem Maße die Möglichkeiten der unmittelbaren therapeutischen Intervention und darüber hinaus auch die Bedingungen sinnvoller und begründeter Therapieziele.

So muss beispielsweise bei Patienten mit einer ALS die Therapie unbedingt an den fortschreitenden Verlauf angepasst werden. Dies führt rasch zur Entwicklung von Ökonomiestrategien. Dadurch sollen verfügbare Kraftressourcen sinnvoll in der Kommunikation eingesetzt werden, anstatt diese in unfruchtbaren Übungen ziellos zu „vergeuden“.

Ein Patient mit einer ähnlichen sprechmotorischen Beeinträchtigung kurz nach einem Infarkt im Bereich des Hirnstamms würde hingegen als unterstützende Maßnahme zur unterstellten und erwartbaren Spontanremission von hochfrequenten, zielgerichteten und sinnvollen repetitiven Übungseinheiten gut profitieren. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die wichtigsten Ursachen, die einer Dysarthrie zugrunde liegen können.

■ **Tab. 1: Die wichtigsten Ursachen für eine Dysarthrie**

Erkrankung	Prävalenz*
Schädel-Hirn-Trauma (SHT)	ca. 100
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	ca. 600
Degenerative Stammganglienerkrankungen	
● M. Parkinson	150-200
● M. Huntington	3-7
● M. Wilson	ca. 3
Degenerative Kleinhirnerkrankungen	
● Zerebelläre Ataxien	ca. 2
● Friedreich'sche Ataxie	1-2
Entzündliche Erkrankungen	
● Multiple Sklerose (MS)	50-60
Erkrankungen des Motoneurons	
● Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)	4-6
Erkrankung peripherer Nerven und des neuromuskulären Übergangs	0,5-12,5
● Myasthenia gravis	

*) geschätzte Erkrankungen auf 100.000 Einwohner (nach Ziegler et al., 2002)

Geschädigte neuronale Strukturen bei Dysarthrien

Zu denjenigen Strukturen, nach deren Schädigung oder Verletzung mit einer Dysarthrie zu rechnen ist, gehören:

- der sensomotorische Gesichtskortex beider Hemisphären mit den absteigenden kortikofugalen Bahnen;
- die extrapyramidale Etappenbahn, die Areale des motorischen Kortex mit den Basalganglien verbindet und über den Thalamus wiederum auf kortikale Areale projiziert;
- die Hirnnervenkerne im Hirnstamm (Trigeminus, Fazialis, Glossopharyngeus, Vagus, Accessorius, Hypoglossus);
- die Kerne der Zervikalnerven C1-C8 und der Thorakalnerven T1-T12 (Atemsteuerung);
- die peripheren Nerven zu den vorgenannten Nervenkernen im Hirnstamm und im Rückenmark (C1-C8 und T1-T12),
- das Kleinhirn mit seinen auf- und absteigenden Bahnen.

Gestörte Bewegungsfunktionen bei Dysarthrien

Die sprechmotorischen Beeinträchtigungen sind variabel. Um eine adäquate Sicht auf erhaltene und gestörte Anteile der sprechmotorischen Fähigkeiten zu erhalten, muss daher nach einzelnen Funktionskomponenten und spezifischen Störungsmustern differenziert werden. Beispielsweise kann bei einem Patienten eine Störung der Zungenbeweglichkeit vorliegen, während andere Komponenten, wie Atmung oder Stimme, weitgehend erhalten sind. Dazu gehört ebenfalls die Erfassung der Art der jeweiligen Bewegungsstörungen, beispielsweise infolge einer Spastik oder eines Hypotonus. Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Funktionskomponenten mit den jeweils beteiligten Muskeln.

Seit *Darley et al. (1975)* basiert die klassifikatorische Einteilung der Dysarthrien in spezifische Syndrome auf der Charakteristik der zugrunde liegenden Bewegungsstörung. Im

■ Tab. 3: Dysarthrie-Syndrome und Bewegungsstörungen

	Sprechatmung	Stimme	Artikulation	Prosodie
Schlaffe Dysarthrie	verkürzte Expiration	<ul style="list-style-type: none"> ● behauchte, raue Stimme ● reduzierte Lautstärke ● erniedrigte Stimmlage ● reduzierter Tonhöhenumfang 	<ul style="list-style-type: none"> ● reduzierte Artikulationsschärfe ● vorverlagerte Artikulationsbasis ● Hypernasalität 	<ul style="list-style-type: none"> ● verlangsamtes Sprechen ● Monotonie ● vermehrte Sprechpausen
Spastische Dysarthrie	verkürzte Expiration	<ul style="list-style-type: none"> ● gepresste, raue Stimme ● reduzierte Lautstärke ● reduzierter Tonhöhenumfang 	<ul style="list-style-type: none"> ● reduzierte Artikulationsschärfe ● rückverlagerte Artikulationsbasis ● Hypernasalität 	<ul style="list-style-type: none"> ● verlangsamtes Sprechen ● Monotonie ● vermehrte Sprechpausen
Rigid-hypokineticische Dysarthrie	verkürzte Expiration	<ul style="list-style-type: none"> ● behauchte, raue Stimme ● reduzierte Lautstärke ● erhöhte Stimmlage ● reduzierter Tonhöhenumfang 	<ul style="list-style-type: none"> ● reduzierte Artikulationsschärfe 	<ul style="list-style-type: none"> ● normales / beschleunigtes Sprechen ● Monotonie ● vermehrte Iterationen
Ataktische Dysarthrie	<ul style="list-style-type: none"> ● paradoxes Atemmuster ● unpassende Einatempausen ● inspiratorisches Sprechen ● hörbares Einatmen 	<ul style="list-style-type: none"> ● wechselnd gepresste, behauchte raue Stimme ● wechselnde Lautstärke und Tonhöhe ● Stimmzittern 	<ul style="list-style-type: none"> ● überwiegend reduzierte Artikulationsschärfe ● plötzliche „explosive“ Artikulation ● wechselnde Hypo- und Hypernasalität 	<ul style="list-style-type: none"> ● verlangsamtes Sprechen ● skandierendes Sprechen ● vermehrte Sprechpausen

klinischen Alltag kommt es jedoch nicht selten vor, dass eine solche Syndromklassifikation nicht stringent durchzuhalten ist. Das liegt zum einen daran, dass sich Störungsmuster nicht gleichförmig in allen Funktionskomponenten wiederfinden lassen. Zum anderen sind originäre Störungen und kompensatorische pathologische Muster oft nicht sicher voneinander zu unterscheiden.

Häufig kommt es zu einem laryngealen Pressen (Tonuserhöhung der Kehlkopfmuskulatur), das seine Ursache in einer gestörten Gaumensegelbewegung hat. Die Gaumensegelfunktion kann dabei z.B. aufgrund einer schlaffen Lähmung gestört sein. Als Reaktion auf die in einem solchen Fall unkontrolliert

aus der Nase entweichende Atemluft versuchen viele Patienten, über eine Verengung an den Stimmbändern (glottales Pressen) den Luftstrom zu dosieren. Dies lässt sich nachweisen, wenn sich nach Herstellung des nasalen Abschlusses, sei es durch eine Nasenklam-

mer oder das Anheben des Gaumensegels bei Tonhalteaufgaben mit einem Spatel, die Stimmqualität spontan normalisiert. In einem solchen Fall wäre die Diagnose einer gemischten Dysarthrie mit sowohl schlaffen als auch spastischen Anteilen irreführend.

Zur Orientierung sind in Tabelle 3 die möglichen Bewegungsstörungen bei einer Dysarthrie mit den zu erwartenden Auswirkungen auf die einzelnen Funktionskomponenten aufgeführt, die auditiv oder inspektiv erfasst werden können. Folgt man der klassischen Syndromeinteilung, so liegt jeder Dysarthrieform eine typische Bewegungsstörung zugrunde. Zu beobachten sind schlaffe Paresen, spastische Paresen, Rigidität, Akinese, Tremor, Dyskinesien, Ataxie und Tremor.

Beschreibung von Dysarthrien nach ICF-Kriterien

Dysarthrien berühren unterschiedliche ICF-Komponenten, beginnend mit den Körperstrukturen, die in zwei Gruppen eingeteilt werden können. In der ersten Gruppe geht es um die Strukturen des ZNS, die durch eine neurologische Erkrankung oder Schädigung beeinträchtigt sind. In der zweiten Gruppe

■ Tab. 2: Funktionskomponenten und Bewegungsstrukturen

Funktionssystem	Beteiligte Muskeln
labio-mandibulär	periorale und Kiefermuskulatur
linguo-mandibulär	Muskeln von Vorder-, Hinterzunge und Kiefer
velopharyngeal	Muskeln von Gaumensegel und Rachen
laryngeal	Kehlkopfmuskulatur
respiratorisch	Zwerchfell und Interkostalmuskulatur

■ Tab. 4: Core-Set der wichtigsten ICF-Komponenten für Dysarthrien

ICF-Komponente	ICF-Code	Beschreibung
Körperfunktion	b310	Funktionen der Stimme
	b3100	Stimmbildung
	b3101	Stimmqualität
	b320	Artikulationsfunktionen
		Funktionen, die Aussprache und Lautartikulation betreffen; Funktionsstörungen wie spastische, ataktische, schlaffe Dysarthrie; Anarthrie
	b330	Funktionen des Redeflusses und des Sprechrhythmus
	b3300	Sprechflüssigkeit
	b3301	Sprechrhythmus
	b3302	Sprechtempo
	b3303	Melodik des Sprechens
	b340	Alternative stimmliche Äußerungen
b3400	Erzeugen von Tönen	
b3401	Erzeugen einer Variation von stimmlichen Äußerungen	
Körperstrukturen	s110	Struktur des Gehirns
	s1100 -s1109	Strukturen des Gehirns lokalisatorisch differenziert
	s120	Struktur des Rückenmarks
	s310	Struktur der Nase
	s320	Struktur des Mundes
	s330	Struktur des Pharynx
	s340	Struktur des Kehlkopfes
	s398 und s399	Nicht anders und nicht näher bezeichnete Strukturen, die an der Stimme und am Sprechen beteiligt sind
Aktivität und Partizipation	d330-d349	Kommunizieren als Sender Primär Sprechen (d330)
	d350-d369	Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken
Umweltfaktoren	e310-e399	Unterstützung und Beziehung z.B. Familie, Freunde, Fachleute der Gesundheitsberufe etc.

werden diejenigen Strukturen zusammengefasst, die sekundär strukturell verändert sind. Die Sprechorgane können beispielsweise von Atrophien betroffen sein, wie sie typischerweise infolge einer peripheren ZNS-Läsion auftreten. Die erhobenen strukturellen Befunde sind zur Sprechfunktion und zur verbalsprachlichen Kommunikationsfähigkeit in Beziehung zu setzen.

Aus der begründeten Annahme über die jeweilige Wechselwirkung zwischen intakten und gestörten Sprechfunktionen sowie der individuellen Umwelt- und Sozialbedingungen ergibt sich eine gute Einschätzung der unterschiedlichen Teilhabe-Aspekte für Patienten mit einer Dysarthrie. Da es sich immer nur um ein hypothesengeleitetes Vorgehen handeln kann, muss der Zusammenhang zwischen den Komponenten und Teilhabe-Aspekten stets individuell bestätigt oder auch korrigiert werden.

Eine adäquate und zielführende Einschätzung unterschiedlicher Dimensionen einer dysar-

thrischen Störung setzt nicht nur strukturelle Charakteristika und funktionelle Fähigkeiten in einen sinnvollen Bezug zueinander, sondern betrachtet auch die Teilhabe vor dem Hintergrund psychosozialer und Umweltfaktoren.

Obwohl die Therapie von Dysarthrien kaum unmittelbar an geschädigten neurologischen Körperstrukturen ansetzt, werden sie dennoch in der Diagnostik erfasst (s. Tab. 4: ICF s110 und s120). In der Regel geht es dabei um die Grunderkrankung sowie um die spezifischen Behandlungsmaßnahmen, die den Verlauf der Erkrankung bestimmen. Diese Informationen können der diagnostischen Absicherung dienen, z.B. in der Differenzialdiagnose gegenüber psychogenen Sprechstörungen oder einer Sprechapraxie (Ziegler et al., 2002).

Die Beschreibung der Sprechstrukturen in Ruhe (s310-s340) ist neben der Erfassung der betroffenen neurologischen Strukturen ein fester Bestandteil der Dysarthrieuntersu-

chung (Ziegler et al., 2002; Enderby, 2004). Sie unterstützt vor allem die Differenzialdiagnostik und liefert wichtige Hinweise auf die pathophysiologischen Grundlagen einer Störung, unabhängig von deren auditiver oder akustischer Differenzierbarkeit.

Ein wesentlicher Schwerpunkt in der Beschreibung dysarthrischer Störungen liegt bei den Körperfunktionen, die in der ICF als Funktionen der Stimme (b310), der Artikulation (b320), des Redeflusses und des Sprechrhythmus (b330) sowie von alternativen stimmlichen Äußerungen (b340) aufgeführt sind.

Es fällt in der Systematik auf, dass in diesem Zusammenhang die Funktion der Sprechatmung fehlt. Zwar werden unter b440-b449 Funktionen des Atmungssystems aufgelistet, die spezifischen Anforderungen an die Sprechatmung finden jedoch keine Erwähnung.

Es muss davon ausgegangen werden, dass sich Bewegungsfunktionen ein und derselben Körperstruktur nach Aufgabenstellung differenzieren. In einer Kontroverse, die Ziegler (2003) mit Ballard et al. (2003) in der Fachzeitschrift *Aphasiology* geführt hat, wurden nachvollziehbare Belege für und wider eine aufgabenspezifische Differenzierung sprechmotorischer Funktionen angeführt. Entscheidend ist, dass eine Differenzierung angenommen werden muss, sobald sich Dissoziationen in Abhängigkeit zur gestellten Aufgabe zeigen. Demzufolge beruht die Bewegungssteuerung für bestimmte Körperstrukturen – je nach Art der gestellten Aufgabe – auf unterschiedlichen neuronalen Strukturen. Ein unkritischer Rückschluss von einer Funktion auf die andere ist somit nicht zulässig. Die Überprüfung der nicht sprachlichen Willkürmotorik für die Einschätzung einer dysarthrischen Sprechstörung muss daher kritisch betrachtet werden.

Beispiel: Fordert man einen Patienten mit einer zentralen Schädigung des N. facialis auf, den Mundwinkel der betroffenen Seite willkürlich zu bewegen, so wird dabei die resultierende Parese im vollen Umfang ersichtlich. Bringt man denselben Patienten hingegen mit einem Witz zum Lachen, so präsentiert sich derselbe Mundwinkel als (nahezu) vollständig unauffällig. – Leider profitieren davon weder Willkür- noch Sprechmotorik. Ein Behandlungsansatz ergibt sich daraus also nicht.

Die bisher verfügbaren diagnostischen Verfahren beziehen sich nahezu alle auf die funktionellen Aspekte der Dysarthrie (z.B. Enderby, 2004). Für eine an der Teilhabe des Patienten orientierte Rehabilitation ist das unzureichend. Neuere Ansätze, wie sie

die Bogenhausener Dysarthrieskalen (BoDys) darstellen, beginnen funktionelle Komponenten in unterschiedlichen Kontexten mit einer Annäherung an die Spontansprache zu untersuchen. Dadurch gelingt eine bessere Vorhersage alltagsrelevanter Folgen der Störung, wie z.B. für die Verständlichkeit in der Kommunikation (Nicola et al., 2004).

Standardverfahren, die Teilhabe- und Umweltfaktoren für den Rehabilitationsprozess systematisch untersuchen, existieren derzeit nicht. Die Einschätzung, inwieweit ein Patient durch eine Dysarthrie Einschränkungen in der Aktivität und Partizipation erfährt, muss immer individuell unter Einbeziehung von Umwelt- und Umgebungsfaktoren erfolgen. Gerade hier bietet die ICF eine ausgezeichnete Orientierung, wobei sich die Sicht nicht allein auf die in Tabelle 4 genannten Teilhabe-Ziele reduzieren sollte.

Infolge einer Dysarthrie kann die Teilhabe eines Menschen in unterschiedlichster Weise betroffen sein. Dies muss sich nicht ausschließlich auf die Merkmale beziehen, die im Kapitel 3 der ICF unter Kommunikation zusammengefasst sind (WHO, 2005). Beispielsweise wirkt sich die Dysarthrie auch auf den Bereich „Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten“ aus, bei dem u.a. der Punkt „... den Preis für die ausgewählten Waren und Dienstleistungen aushandeln ...“ aufgeführt wird (d 6200).

Da mit der Sprechfähigkeit ein zentraler Punkt von Persönlichkeit und sozialer Kompetenz berührt wird, kann sich eine Reihe von Teilhabe-Störungen ergeben. Dabei wird sich – je nach psychosozialem Umfeld (Umweltfaktoren) – ein individuelles Profil zeigen. Die Grundlage der Rehabilitation muss es sein, das individuelle Profil zu erfassen und zu bewerten, um der Gefahr eines unreflektierten Kurierens einzelner Symptome zu entgehen, die zur Erreichung des angestrebten Rehabilitationsziels keinen Beitrag leisten.

Zielfindung in der Rehabilitation von Dysarthrien

Betrachtet man den oftmals langen Weg in der neurologischen Rehabilitation, so lassen sich unterschiedliche Behandlungsphasen feststellen, die ein angepasstes Vorgehen und eine kontinuierliche Abstimmung mit dem Patienten und seinem sozialen Umfeld erfordern.

Patienten neigen gerade in der ersten Zeit nach Krankheitsbeginn dazu, sich die vollständige oder zumindest weitgehende funktionelle Wiederherstellung als Resultat der Therapie zu wünschen. Tatsächlich ist dieser Wunsch nicht immer unrealistisch: In-

itial auftretende Dysarthrien können sich je nach zugrunde liegender neuronaler Schädigung weitgehend zurückbilden. In diesem Fall entsprechen sich Funktions(rück)gewinn und Wiedererlangung von Aktivität und Partizipation.

Schwierigkeiten treten vor allem dann auf, wenn Sprechfunktionen über lange Zeit hinweg oder auf Dauer gestört bleiben. Hier klafft oftmals eine Lücke zwischen Patientenwünschen und dem, was realistisch erreichbar werden kann. Das heißt, dass eine Erfolg versprechende Therapie immer eine klare Zielvereinbarung beinhalten muss, die der ausdrücklichen Zustimmung des Patienten bedarf. Ein Patient sollte immer wissen, wohin der Weg führt und wo er gerade steht.

Therapieziel Verständlichkeit

Ein grundlegender Aspekt des Sprechens besteht darin, dass die gemachten Äußerungen für Zuhörer in verstehbarer Form erfolgen. Dysarthrien mit einer mittelschweren und schweren Ausprägung führen gerade hier zu teilweise dramatischen Einbußen. Die Folgen betreffen neben den spezifischen Funktionskomponenten zumeist auch die Teilhabe. Sie wirken sich sowohl auf Unterhaltungen als auch auf viele damit zusammenhängende Gebiete des Alltags aus.

Das Therapieziel, möglichst schnell und effektiv zu einer besseren Verständlichkeit zu gelangen, scheint sich somit fast von selbst zu ergeben. Nicht selten gelingt es auch, dafür Verhaltensregeln zu finden. Sie ermöglichen es einem Patienten, in verstehbarer Weise zu sprechen. In der Regel erhält der Patient hierbei Anleitungen zur Modifizierung seines Sprechens, die einen kontrollierten und willkürlichen Zugriff auf den Sprechablauf erfordern. So führt allein die Reduktion des Sprechtempos schon vielfach zu einem deutlichen Plus an Verständlichkeit (Vogel, 2004; Logan et al., 2002).

Daher liegt es nahe, mit einem Patienten mit hoher Frequenz und Intensität an einem bewusst verlangsamten, silbenorientierten Sprechen zu arbeiten. Selbst wenn dieser Ansatz einen schnellen hörbaren Erfolg bringt und der Patient diesen auch über Audio-Feedback selbst wahrnehmen kann, so ist die Umsetzung der einfachen Regel im Gespräch dennoch äußerst schwierig. Denn der Patient verliert dadurch etwas, was er als natürliches Sprechen empfindet. Die hoch überlernten, weitgehend automatisierten Sprechbewegungen bedürfen in der Regel keiner bewussten Reflexion. In Gesprächen kann die Konzentration daher völlig auf das gerichtet sein, was erzählt werden soll. Die bewusste

Kontrolle ist nicht vorgesehen und erfordert ein Höchstmaß an Konzentration und Aufmerksamkeit.

Diesen Aufwand wird nur derjenige betreiben, dem der Nutzen erklärt und noch besser, erfahrbar gemacht worden ist. Der Gewinn einer besseren oder manchmal überhaupt erst erzielbaren Verständlichkeit muss außerdem als lohnendes Ziel definiert werden, weil sich die verlangsamte Sprechgeschwindigkeit nicht in ein intuitives Bild von Normalität fügt. Die Tendenz, Sprechverhaltensänderungen nicht zu akzeptieren, erhöht sich in dem Maße, in dem zusätzliche externe Unterstützung beim Sprechen erforderlich ist. Dies ist beispielsweise beim gleichzeitigen Klopfen eines Taktes beim Sprechen oder bei der Nutzung eines Pacing-Boards der Fall. Im ungünstigen Fall stellen nicht abgestimmte Ziele die therapeutischen Maßnahmen vollständig infrage.

Teilhabe-Qualitäten

Geht man davon aus, dass Ziele mit einem Patienten vereinbart werden, so ergeben sich für eine teilhabe-orientierte Rehabilitation weitere Themen, die über das Einüben bestimmter Techniken zur Besserung der

Verständlichkeit hinausgehen. Eine entscheidende Frage besteht darin, ob eine eingesetzte Methode alltagstauglich ist. Dazu gehört, wie der Patient selbst damit umgeht. Das heißt, ob er sich z.B. traut, außerhalb des geschützten Therapieraums vereinbarungsgemäß zu sprechen. In welches Umfeld begibt er sich damit? Wie kann er sich für seine Sprechweise Akzeptanz verschaffen? Können er und sein häusliches oder berufliches Umfeld die künstliche Sprechweise akzeptieren? Wurde über die Art der Herstellung einer ausreichenden Verständlichkeit auch ein Gewinn in der Teilhabe erzielt? Oder ist alles nur eine theoretische Option geblieben?

Das wirft die Frage auf, worin der rehabilitative und therapeutische Auftrag letztlich besteht. Geht es darum, prinzipielle Möglichkeiten oder faktische Alltagsfortschritte zu erarbeiten? Je nachdem, wie diese Frage beantwortet wird, kann das, was als Ziel definiert wird, stark variieren. So wäre beispielsweise die Versorgung eines Patienten mit einem Kommunikationsgerät, das dieser auch bedienen kann, möglicherweise ausreichend, obwohl der Patient selbst vielleicht die verbalsprachliche Kommunikation eindeutig favorisiert.

Hier wird es in Zukunft auch sehr darauf ankommen, zu welcher Auffassung die Kostenträger in dieser Frage kommen. Die Gefahr einer ausschließlich an der Verbesserung oder nur der prinzipiellen Ermöglichung der Teilhabe orientierten Therapie könnte darin liegen, dass die Qualität dieser Teilhabe nicht hinterfragt wird und andererseits nicht eindeutig und objektiv zu definieren ist. Solche Qualitäten basieren, insbesondere aus der Sicht von Patienten, im Kern oftmals auf einer Vorstellung von intakter funktioneller Gesundheit, Natürlichkeit und Unauffälligkeit.

Prinzipiell hält die ICF diese Dimensionen vor, und die Rehabilitation von Patienten mit einer Dysarthrie erfährt anhand der ICF-Kriterien die Option auf eine erweiterte Sicht in Richtung der tatsächlichen Bedingungen und Bedürfnisse im Alltag des Einzelnen. Das muss nicht bedeuten, dass Funktionsziele per se keine Bedeutung mehr besitzen. Gerade in der Therapieforschung ist in den letzten Jahren ein vermehrter Bedarf abzulesen, funktionelle Behandlungsmethoden in ihrer Wirksamkeit zu beurteilen und in Behandlungsleitlinien zusammenzufassen (Yorkston et al., 2001). Schließlich ist ein Sprechen, das mit möglichst wenigen flankierenden Unterstützungsmaßnahmen auskommt, in puncto

Selbstständigkeit und Unabhängigkeit immer höher zu bewerten.

Die Aufgabe der Therapeuten wird es bleiben, zwischen den Ebenen einen sinnvollen Zusammenhang herzustellen und zu dem jeweils bestmöglichen Behandlungskonzept für und mit den Patienten zusammenzustellen.

LITERATUR

- Ballard, K.J., Robin, D.A. & Folkins, J.W. (2003). An integrative model of speech motor control: A response to Ziegler. *Aphasiology* 17, 37-48
- Darley, F., Aronson, A. & Brown, J. (1975). *Motor Speech Disorders*. St. Louis: Mosby
- Enderby, P.M. (2004). *Frenchay Dysarthrie Untersuchung*. 2., aktualisierte Auflage, bearbeitet von K. Grosstück, H.D. Grün, B. Johann, V. König, R. Oehlich. Idstein: Schulz-Kirchner
- Logan, K.J., Roberts, R.R., Pretto, A.P. & Morey, M.J. (2002). Speaking slowly: Effects of four self-guided approaches on adults' speech rate naturalness. *American Journal of Speech-Language Pathology* 11, 163-174
- Nicola, F., Ziegler, W. & Vogel, M. (2004). Die Bogenhausener Dysarthrieskalen (BODYS): Ein Instrument für die klinische Dysarthriediagnostik. *Forum Logopädie* 2 (18), 14-22

Vogel, M. (2004). Therapie der zentralen Sprechstörungen: Dysarthrie, Sprechapraxie. In: Böhme, G. (Hrsg.), *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*. Band 2: Therapie (303-331). München: Urban & Fischer

WHO (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Genf: World Health Organization

Yorkston, K.M., Spencer, K.A., Duffy, J.R., Beukelman, D., Golper, L., Miller, R., Strand, E. & Sullivan, M. (2001). Evidence-based practice guidelines for dysarthria: Management of velopharyngeal function. *Journal of Medical Speech-Language Pathology* 9(4), 257-274

Ziegler, W., Vogel, M., Gröne, B. & Schröter-Morasch, H. (2002). *Dysarthrie. Grundlagen – Diagnostik – Therapie*. Stuttgart: Thieme

Ziegler, W. (2003). To speak or not to speak: Distinctions between speech and nonspeech motor control. A reply to Ballard, Robin and Folkins. *Aphasiology* 17, 107-122

Autor

Berthold Gröne M.A.
Klinischer Linguist (BKL)
St. Mauritius Therapieklinik Meerbusch
Strümpfer Str. 111
40670 Meerbusch
groene@stmtk.de

SUMMARY. ICF and dysarthria

The assignment of the ICF in the therapy of patients with dysarthria not only leads to a detailed description of specific disorders but also shows an impact on diagnosis and therapy. The notion of participation influences diagnosis and therapy, functional goals should correspond to participation goals. Examples given here show in how far frequently used diagnostic instruments already fulfil ICF requirements and where improvement seems to be necessary.

KEY WORDS: ICF – dysarthria – diagnosis – therapy goals – participation goals