Aphasie

ICF-basierte Therapieziele erstellen:

Wort für Wort zurück ins Leben

Beispiele für die Aphasie

www.aphasiker.de

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung
Die fünf Komponenten des ICF-Modells

3 Der Zielsetzungsprozess
Merkmale der paternalistischen und der partizipativen Zielvereinbarung

5 Evaluation von Therapiezielen
Anwendungsbeispiel für die Goal Attainment Scale (GAS)
Spezifität und zeitliche Bestimmung von Therapiezielen

7 Das Zielsetzungsgespräch
Fragen zur Bestimmung von Teilhabe an Lebensbereichen

8 Erarbeitung von Zielbeispielen

9 Aufbau und Voraussetzungen
Strukturierung der Aktivitätsziele hinsichtlich des Grads der Beeinträchtigung

10 Beispiel der Zielerstellung
Beispiele für Aktivitätsziele zur selbstständigen Lebensführung

11 Therapeutische Umsetzung von Aktivitätszielen
Beispiel zur therapeutischen Umsetzung
Zielbewertungsbeispiel mittels GAS

14 Auflistung ICF-basierter Therapiezielbeispiele für den Bereich Aphasie
1 - Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen als Lehrende und Lernende im Bereich von Freizeit und Beruf
2 - Teilnahme am Straßenverkehr
3 - Ausübung von Hobbys und Ehrenämtern
4 - Selbstständige Lebensführung
5 - Rolle als Familienmitglied

25 Literatur

Aus ökonomischen Gründen wird durchgehend die männliche Form verwendet.
Alle Leserinnen bitten wir um Nachsicht. Sie sind natürlich mit berücksichtigt.

ICF-basierte Therapieziele erstellen: Beispiele für die Aphasie

Norina Lauer
Holger Grötzbach
Stefanie Abel

Einleitung

Der Zielsetzungsprozess gilt zu Recht als Kernelement einer erfolgreichen Rehabilitation (Wade, 2009). Dafür gibt es mehrere Gründe. Zum einen schaffen Therapieziele ein Arbeitsbündnis zwischen Patienten und Therapeuten. Zum anderen ermöglichen sie eine Evaluation des Therapieverlaufs. Außerdem tragen Therapieziele, die in einem überschaubaren Zeitraum erreicht werden, dazu bei, sich neuen Herausforderungen zu stellen. Schließlich erhöhen sie die Therapiezufriedenheit und fördern dadurch die Therapietreue. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Ziele partizipativ, d.h. gemeinsam von den Patienten und den Therapeuten festgelegt werden (Grötzbach, 2010).

Als Basis für den gemeinsamen Zielsetzungsprozess steht das Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; dimdi, 2005) zur Verfügung, das aus den fünf Komponenten Partizipation (Teilhabe), Aktivität, Körperfunktion und -struktur, Umweltfaktoren sowie personbezogene Faktoren besteht. Eine Erläuterung der fünf Komponenten ist in Tabelle 1 auf der nächsten Seite zu sehen.

© 2013
Herausgeber: **B**undesverband für die **R**ehabilitation der **A**phasiker e.V.
Gesamtkoordination: Dagmar Amslinger
Autoren: Prof. Dr. Norina Lauer (Studiendekanin Logopädie, Hochschule Fresenius Idstein),
Holger Grötzbach, M.A. (Leiter Sprachtherapie, Asklepios Klinik Schaufling)
Priv.-Doz. Dr. phil. Stefanie Abel (RWTH Aachen)
Titelfoto: Bundesverband Aphasie
Druck: Böhler Verlag GmbH, Seilerstraße 10–10a, 97084 Würzburg

Tab. 1: Die fünf Komponenten des ICF-Modells

ICF-Komponente	Erläuterung	Beispiele
Partizipation (Teilhabe)	bezieht sich auf die Teilhabe an Lebenssituationen oder Lebensbereichen	berufliche Rolle, Ehrenamt, Freizeitinteressen, Vereinsmitgliedschaft
Aktivität	bezieht sich auf die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen	sich unterhalten, lesen, schreiben, telefonieren
Körperfunktion	bezieht sich auf die physiologischen und psychologischen Funktionen	Sprachverständnis, Wortfindung, Artikulation
Körperstruktur	bezieht sich auf die Anatomie des Körpers	Mediateilinfarkt links, Facialisparese
Umweltfaktoren als Förderfaktoren oder als Barrieren	bezieht sich auf den Lebenshintergrund und die Umwelt	Krankengeldbezug, Versorgung durch ambulanten Pflegedienst
Personbezogene Faktoren	beziehen sich auf die Attribute oder Eigenschaften einer Person, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems sind	Alter, Geschlecht, Lebensstil, Familienstand, politische und religiöse Überzeugungen

Die Umweltfaktoren können sich positiv oder negativ auf das Leben eines Betroffenen auswirken (s. Tabelle 1). Benötigt ein Patient mit einer Aphasie beispielsweise die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst und steht ihm der Dienst zur Verfügung, so handelt es sich um einen Umweltfaktor, der in der ICF als Förderfaktor beschrieben wird. Steht der Pflegedienst jedoch nicht zur Verfügung, obwohl er benötigt wird, stellt er eine Barriere dar. Die Bestimmung von Förderfaktoren und Barrieren ist nur in der Komponente der Umweltfaktoren möglich.

Die im Folgenden dargestellte Vorgehensweise wurde für Personen mit Aphasie nach Schlaganfall entwickelt. Sie ist aber prinzipiell auch für Personen mit demenzbedingter Sprachstörung, wie sie bei der Primär Progredienten Aphasie vorliegt, anwendbar.

Der Zielsetzungsprozess

Innerhalb des ICF-basierten Zielsetzungsprozesses stellen die Ziele in der Komponente Partizipation übergeordnete Ziele dar, von denen Aktivitätsziele abgeleitet werden (Grötzbach & Iven, 2009). So mag es das Ziel einer Person mit Aphasie sein, in seine ehrenamtliche Tätigkeit als Vorsitzender des örtlichen Fußballvereins zurückzukehren (Partizipationsziel). Um seine Tätigkeit wieder aufnehmen zu können, muss der Patient die turnusmäßig stattfindenden Vorstandssitzungen leiten, die jährliche Mitgliederversammlung organisieren und Vereinskontakte wahrnehmen können (Aktivitätsziele). Von den Aktivitätszielen werden wiederum die Funktionsziele abgeleitet. Dabei steht die Frage im Vordergrund, über welche Fähigkeiten ein Betroffener verfügen muss, um eine bestimmte Aktivität durchführen zu können. So ist es für die Vorstandssitzungen sicherlich notwendig, Informationen verstehen und weitergeben sowie sich argumentativ mit einer Gruppe von Personen auseinander setzen zu können.

Mit der schrittweisen Bestimmung der Teilhabe-, dann der Aktivitäts- und schließlich der Funktionsziele verläuft der Zielsetzungsprozess in einer top-down Struktur (Frommelt & Grötzbach, 2007). Dadurch wird der übliche Zielsetzungsprozess, der von den Funktionen zu den Aktivitäten bis zu Partizipation fortschreitet (bottom-up Struktur), umgekehrt. Die ICF-basierte Zielsetzung erfordert daher ein Umdenken: In der Anamnese geht es zunächst nicht um die Frage nach den sprachlichen Einschränkungen, sondern um die Frage danach, an welchen Lebensbereichen ein Betroffener (wieder) teilnehmen möchte (Grötzbach & Iven, 2009). Wie mehrere Untersuchungen zeigen, spielt die Definition von Teilhabezielen in der logopädischen Praxis allerdings nur eine marginale Rolle. Denn in der Mehrheit der Fälle beziehen sich die Therapieziele ausschließlich auf eine Förderung gestörter Funktionen (vgl. Bühler et al., 2005; Dallmeier & Thies, 2009; Glindemann et al., 2004) wie z.B. eine Verbesserung der Wortfindung oder des Sprachverständnisses. Die Funktionsziele sollten jedoch möglichst direkt auf vordefinierte, übergeordnete Teilhabe- und Aktivitätsziele hin führen bzw. sich aus ihnen ergeben.

Für die Definition von Therapiezielen stehen zwei Methoden zur Verfügung: zum einen die paternalistische Zielsetzung und zum anderen die partizipative Zielvereinbarung (Beushausen, 2009; Grötzbach, 2010). Bei der paternalistischen Zielsetzung werden die Ziele ausschließlich durch die Fachkräfte bestimmt. Die Patienten werden häufig, jedoch nicht immer,

über die definierten Ziele informiert (Parry, 2004). Sie erhalten dadurch die Möglichkeit, den Zielen zuzustimmen oder sie abzulehnen. Ein Vorteil der paternalistischen Zielsetzung ist, dass den Patienten Entscheidungen abgenommen werden, die sie aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung oder eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten möglicherweise gar nicht treffen können. Ein weiterer Vorteil ist, dass die paternalistische Zielsetzung zeitökonomisch ist, da sie keine langwierigen Zieldiskussionen voraussetzt.

Die partizipative Zielvereinbarung beruht darauf, dass die Patienten aktiv an der Definition ihrer Ziele mitarbeiten (Beushausen, 2009; Grötzbach, 2010; Körner, 2009). Sie hat den Vorteil, dass sich die Patienten mit den selbst bestimmten Zielen mehr identifizieren als mit Zielen, die ihnen von den Fachkräften vorgegeben werden. Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Therapieziele erreicht werden. Aus diesem Grund wird die partizipative Zielvereinbarung der paternalistischen Zielsetzung vorgezogen. Voraussetzung für die partizipative Zielvereinbarung ist jedoch, dass ein Betroffener kognitiv dazu in der Lage ist, aktiv am Zielsetzungsprozess mitzuwirken. Über die wesentlichen Merkmale der paternalistischen Zielsetzung und der partizipativen Zielvereinbarung informiert Tabelle 2.

Tab. 2: Merkmale der paternalistischen Zielsetzung und der partizipativen Zielvereinbarung (nach Grötzbach, 2010)

	Paternalistische Zielsetzung	**Partizipative Zielvereinbarung**
Definition der Therapieziele durch	ausschließlich Fachkräfte	Patienten und Fachkräfte gemeinsam
Grundlage der Definitionen	Expertise der Fachkräfte	geteiltes Wissen von Patienten und Fachkräften
Aufwand	gering, zeitökonomisch	hoch, da Zielsetzungsgespräche notwendig sind
Vorteil	für alle Patienten unabhängig von der Schwere der Erkrankung durchführbar	hohe Identifikation aller Beteiligten mit den Therapiezielen
Nachteil	in der Regel nur gering ausgeprägte Akzeptanz der Patienten für die vorgegebenen Ziele	setzt die kognitiven Fähigkeiten zur Teilnahme am gemeinsamen Zielsetzungsprozess voraus

Evaluation von Therapiezielen

Um prüfen zu können, ob Therapieziele erreicht worden sind, müssen sie messbar, d.h. evaluierbar sein. Bei der Definition messbarer Ziele hilft die Goal Attainment Scale (GAS), die aus einer fünffach gestuften Zielskalierung besteht (Bovend'Eerdt et al., 2009). Die Durchführung der GAS, die ursprünglich für psychiatrisch erkrankte Personen entwickelt worden ist und alle psychometrischen Gütekriterien erfüllt (Hurn et al., 2006), verläuft in mehreren Schritten (Turner-Stokes, 2009): Im ersten Schritt werden die Erwartungen der Patienten an ihre Therapie erhoben. Daraus leiten sich im zweiten Schritt eine Reihe von Zielen (in der Regel zwischen drei und fünf) ab, die von den Patienten hinsichtlich ihrer Priorität und von den Fachkräften hinsichtlich ihrer Schwierigkeit beurteilt werden. Die für einen Patienten wichtigsten Ziele werden im dritten Schritt in die fünffach gestufte Zielskalierung überführt, die Werte von –2 über 0 bis +2 annimmt. Dabei gibt der Skalenwert 0 die gewünschte Verbesserung an, die in einem definierten Zeitraum erreicht werden soll. Die Bedeutung der anderen Skalenwerte ist in Tabelle 3 zu sehen. Am Ende des vereinbarten Zeitraums wird im letzten Schritt das Therapieergebnis gemeinsam von den Patienten und den Fachkräften auf der Basis der fünf Skalenwerte evaluiert.

Tab. 3: Anwendungsbeispiel für die GAS (nach Grötzbach, 2010)

Skalenwert	Bedeutung	Beispiel
+2	Ergebnis viel besser als erwartet	Frau X. möchte innerhalb von einer Woche mehr als zehn alternativ und nicht-alternativ gestellte Fragen korrekt beantworten können.
+1	Ergebnis besser als erwartet	Frau X. möchte innerhalb von einer Woche zehn alternativ und zehn nicht-alternativ gestellt Fragen korrekt beantworten können.
0	Erwartetes Ergebnis	Frau X. möchte innerhalb von einer Woche zehn alternativ gestellte Fragen korrekt beantworten können.
–1	Ergebnis schlechter als erwartet	Frau X. möchte innerhalb von einer Woche fünf alternativ gestellte Fragen korrekt beantworten können.
–2	Ergebnis viel schlechter als erwartet	Frau X. möchte zumindest eine alternativ gestellte Frage korrekt beantworten können.

Alternativ zur GAS kann die SMART-Regel eingesetzt werden, die ursprünglich aus der Wirtschaft kommt. Das Akronym bedeutet, Therapieziele

- **s**pecific = genau
- **m**easurable = messbar
- **a**chievable = erreichbar
- **r**elevant = für einen Patienten bedeutsam
- **t**imed = zeitlich definiert

zu definieren (van Cranenburgh, 2007; Grötzbach, 2009; McGrath & Kischka, 2010). Sowohl die GAS als auch die SMART-Regel zählen als Methoden zur partizipativen Zielvereinbarung, da sie ohne Einbindung der Patienten nicht durchführbar sind. Beide Methoden eignen sich zur Bestimmung von Funktions- und Aktivitätszielen. Die Partizipationsziele, die als übergeordnete Ziele langfristig zu erreichende Wünsche der Patienten darstellen, lassen sich aufgrund zeitlich befristeter Therapien nur schwer evaluieren. Sie müssen daher nicht in einer messbaren Form angegeben werden. Die Funktions- und Aktivitätsziele spiegeln im Gegensatz dazu jedoch kurz- bzw. mittelfristig zu erreichende Ziele wider, die in der stationären Rehabilitation wöchentlich bzw. monatlich überprüft werden können. Eine Übersicht über die Spezifität und zeitliche Bestimmung von Therapiezielen gibt Tabelle 4.

Tab. 4: Spezifität und zeitliche Bestimmung von Therapiezielen

Ziel-komponente	Spezifität	Zielsetzungs-methode	Zeitdimension	Evaluation
Partizipations-ziele	können als Wünsche unspezifiziert bleiben	----------	langfristig	nach Monaten oder Jahren
Aktivitätsziele	evaluierbar formulieren	GAS oder SMART	mittelfristig	nach einem Monat
Funktionsziele	evaluierbar formulieren	GAS oder SMART	kurzfristig	nach einer Woche

Mit Hilfe der regelmäßigen Evaluation kann den Patienten, ihren Angehörigen und den Kostenträgern der erfolgreiche Verlauf einer Therapie nachgewiesen werden. Sollten sich in der Evaluation keine Fortschritte ergeben, so ist nach den Gründen dafür zu suchen. Möglicherweise war ein bestimmtes Ziel zu schwer oder die Therapiemethode nicht geeignet, um das Ziel zu erreichen. Ein weiterer Grund mag eine zu geringe Therapiefrequenz sein. So ist für Patienten mit ausgeprägten aphasischen Störungen eine Therapiefrequenz von fünf Stunden pro Woche und für Patienten mit weniger ausgeprägten aphasischen Störungen eine Frequenz von drei Stunden Therapie pro Woche vorgegeben (Grötzbach, 2012; Schönle & Lorek, 2011).

Das Zielsetzungsgespräch

Das Zielsetzungsgespräch in der top-down Struktur beginnt mit der Frage nach denjenigen Lebensbereichen, an denen ein Patient nach dem Ende seiner Rehabilitation teilnehmen möchte. Dazu mögen die Familie, der Beruf, das Hobby oder Ehrenämter gehören. Um die interessierenden Lebensbereiche in Erfahrung zu bringen, werden Fragen benötigt, die in Tabelle 5 aufgelistet sind. An die Bestimmung der Lebensbereiche schließt sich die Frage an, welche Gründe einer gewünschten Teilhabe im Wege stehen. Auf diese Frage wird in der Regel mit einer Aufzählung derjenigen Aktivitäten reagiert, die einem Patienten nicht möglich sind. So mag es sein, dass ein Patient z.B. einem Gespräch mit mehreren Personen nicht mehr folgen kann oder dass er Schwierigkeiten mit dem Telefonieren hat. Das Zielsetzungsgespräch endet mit der Frage nach beeinträchtigten sprachlichen Funktionen, zu denen die Wortfindung oder das Sprachverständnis gehört.

Tab. 5: Fragen zur Bestimmung von Teilhabe an Lebensbereichen (nach Grötzbach, 2004)

Sie haben gesagt, dass alles wieder so werden soll wie vor dem Schlaganfall. Welche Dinge haben Sie vor dem Schlaganfall gerne gemacht?
Worauf sind Sie in Ihrem Leben besonders stolz?
Welche Wünsche haben Sie für die Zeit nach dem Ende Ihrer Rehabilitation?
Welche Dinge möchten Sie gerne wieder erledigen können?

Da Patienten mit ausgeprägten aphasischen Störungen keine Angaben zur Partizipation und zu den Störungen der Aktivität machen können, müssen die wichtigen Lebensbereiche entweder über die Angehörigen erfragt oder von den behandelnden Fachkräften erschlossen werden. Dadurch ist es möglich, die top-down Struktur auch dann beizubehalten, wenn sich Patienten aufgrund der Schwere der Aphasie nicht am Zielsetzungsprozess beteiligen können.

Innerhalb des Zielsetzungsgesprächs kommt den Aktivitäten eine besondere Bedeutung zu. Zum einen sind sie es, die eine Teilhabe an gewünschten Lebensbereichen ermöglichen. Zum anderen lassen sie einen Rückschluss darauf zu, in welchem Ausmaß es gelungen ist, dass ein Patient an denjenigen Bereichen teilnimmt, die ihm am Herzen liegen. So wird ein Patient, der Dialoge führen kann, (wieder) am Familienleben teilnehmen können. Die dbl-Arbeitsgruppe Aphasie hat sich daher die Aufgabe gestellt, Vorschläge für die Definition von Aktivitätszielen zu erarbeiten.

Erarbeitung von Zielbeispielen

Eine ICF-orientierte Sichtweise der Behandlung von Menschen mit Aphasie erfordert eine neue Herangehensweise an das Festlegen und Formulieren von Therapiezielen. Therapeuten/innen sind traditionell gewohnt, beeinträchtigte Funktionen (z.B. das Benennen von Objekten, das Lesen von Sätzen o.ä.) zu identifizieren und daran orientierte Ziele zu formulieren. Demgegenüber wird es bei Berücksichtigung der ICF erforderlich, dass mit dem Betroffenen gemeinsam beeinträchtigte Teilhabebereiche und damit verbundene Aktivitätseinschränkungen erkannt und in Zielformulierungen festgehalten werden. Neben der Beachtung von Aktivitäten und Teilhabe ist auch die Messbarkeit in Therapiezielformulierungen zu integrieren. Auf diese Weise wird nachvollziehbar, ob bzw. in welchem Maße ein bestimmtes Ziel innerhalb eines zuvor definierten Zeitraums erreicht werden konnte.

Da es Betroffenen und Angehörigen, aber auch Therapeuten/innen oft schwer fällt, teilhabeorientierte und messbare Ziele zu formulieren, hat sich der Arbeitskreis Aphasie des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. (dbl) im Juni 2011 zum Ziel gesetzt, Beispiele für aktivitätsorientierte Zielformulierungen zu verschiedenen Teilhabebereichen zu ent-

wickeln. Die formulierten Aktivitätsziele sollen Therapeuten/innen helfen, gemeinsam mit Betroffenen individuelle Ziele zu entwickeln.

Es wurden 160 Ziele formuliert, die 2012 in einem Konsensverfahren überarbeitet und abgestimmt wurden. Dazu wurden die Aktivitätsziele von ein bis zwei Personen der Arbeitsgruppe pro Teilhabebereich formuliert und über ein E-Mail-Umlaufverfahren kommentiert bzw. korrigiert. In Arbeitskreistreffen 2012 wurden die Kommentare bearbeitet und endgültige Formulierungen beschlossen.

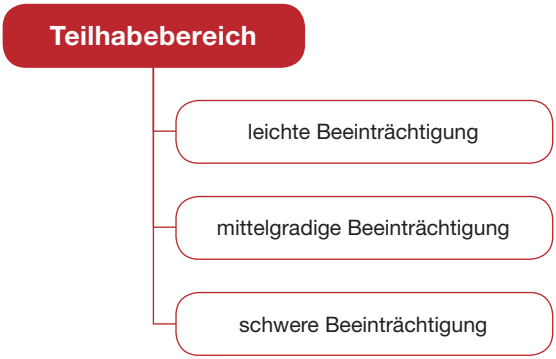
Aufbau und Voraussetzungen

Es wurden beispielhafte Ziele zu folgenden Teilhabebereichen formuliert:

1. Fort- und Weiterbildung als Lehrende und Lernende im Bereich von Freizeit und Beruf
2. Teilnahme am Straßenverkehr
3. Ausübung von Hobbys und Ehrenämtern
4. Selbstständige Lebensführung
5. Rolle als Familienmitglied

Pro Teilhabebereich wurden 30 Ziele verfasst, die hinsichtlich des Grades der Beeinträchtigung der Teilhabe aufgeteilt wurden. Die Einschätzung der Teilhabebeeinträchtigung in leichte, mittlere und schwere Beeinträchtigung erfolgte nach klinischer Erfahrung bzw. Expertenmeinung. Es gibt je 10 Ziele für eine leichte, mittlere bzw. schwere Beeinträchtigung der Teilhabe in dem jeweiligen Teilhabebereich (Abb. 1). Dies bedeutet, dass auf Grund der partizipationsorientierten Ausrichtung die Schwere der Beeinträchtigung an den Einschränkungen von Aktivität und Teilhabe/Partizipation gemessen wird, und nicht an der Schwere der Störungsursache (ICF). Eine Ausnahme bildet der Teilhabebereich „Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen als Lehrende und Lernende im Bereich von Freizeit und Beruf“. Hier wurden bei einer leichten Beeinträchtigung der Teilhabe je 10 Ziele gesondert für die Bereiche Freizeit bzw. Beruf formuliert. Die Ziele sollen jeweils in 4–6 Wochen erreichbar sein, was mittelfristigen Zielen entspricht.

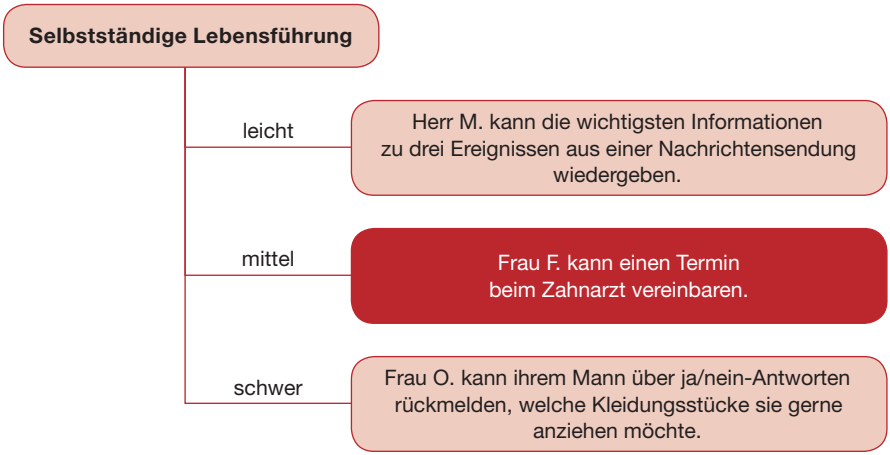
Abb. 1 Strukturierung der Aktivitätsziele hinsichtlich des Grads der Beeinträchtigung



Beispiel der Zielerstellung

Die Entwicklung und Strukturierung der Aktivitätsziele wird im Folgenden anhand eines Beispiels verdeutlicht. Dazu wird der Teilhabebereich „Selbstständige Lebensführung“ genauer betrachtet. Die Abbildung 2 zeigt drei Beispiele für Aktivitätsziele zu diesem Teilhabebereich, die jeweils eine leichte, mittelgradige oder schwere Beeinträchtigung der Teilhabe widerspiegeln.

Abb. 2 Beispiele für Aktivitätsziele zur selbstständigen Lebensführung



Therapeutische Umsetzung von Aktivitätszielen

Bei der Umsetzung des Ziels „Frau F. kann einen Termin beim Zahnarzt vereinbaren“ stellen sich u.a. folgende Fragen:

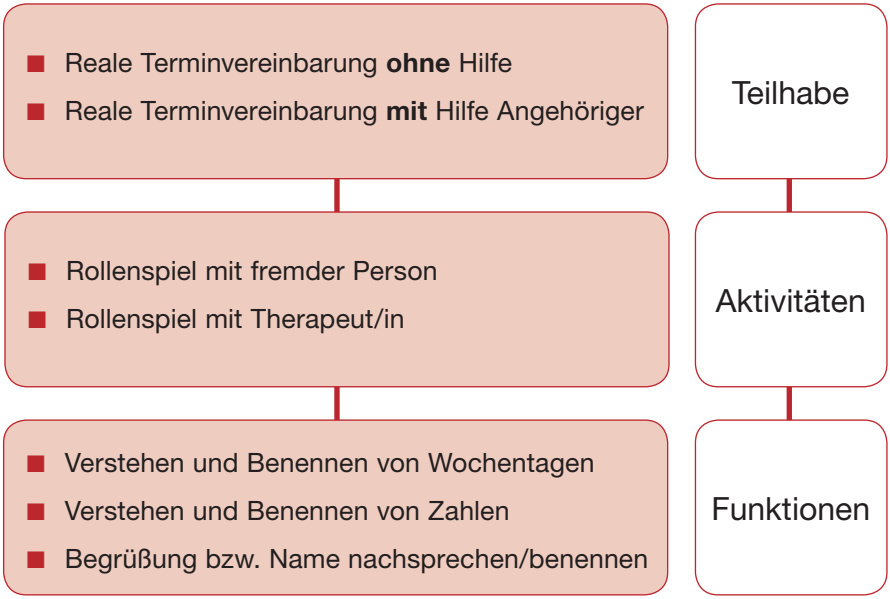
Kann Frau F.

- ihren Vor- und Nachnamen nennen?
- das Gespräch einleitende und beendende Floskeln verwenden?
- Zahlen verstehen?
- Wochentage, Daten und Uhrzeiten verstehen?
- eine Bitte formulieren?
- Datum, Wochentag und Uhrzeit nach auditiver Vorgabe notieren?
- in ihrem Kalender erkennen, ob der Termin passt?
- dem Gesprächspartner deutlich machen, ob der Termin möglich ist?

Zur Klärung dieser Fragen ist eine Diagnostik der vorliegenden Funktionsstörungen unter Berücksichtigung des Aspekts der Partizipation vorzunehmen. Im Fall von Frau F. sollte z.B. neben der Untersuchung von Sprachverständnis, Sprachproduktion, Lesen und Schreiben auch eine Untersuchung des Umgangs mit Zahlen und der Rechenfähigkeiten durchgeführt werden. Ziel ist eine störungsspezifische Therapie, die auf der Basis der ICF auf die Verbesserungen von Aktivität und Teilhabe ausgerichtet ist.

In Abbildung 3 ist die beispielhafte therapeutische Umsetzung des Ziels „Zahnarzttermin vereinbaren“ dargestellt. Auf der Ebene der Funktionen ist zunächst daran zu arbeiten, dass Frau F. z.B. ihren Namen, Begrüßungs- sowie Verabschiedungsfloskeln und die für eine Terminvereinbarung relevanten Wochentage, Daten und Uhrzeiten verstehen und benennen kann. Hierzu sollte die Orientierung im Terminkalender bezüglich Wochentag, Datum und Uhrzeit geübt werden.

Abb. 3 Beispiel zur therapeutischen Umsetzung



Sind die Grundlagen für das bevorstehende Gespräch vorhanden, kann in einem Rollenspiel innerhalb der Therapie die Vereinbarung des Zahnarzttermins geübt werden. Zuvor wäre zu klären, ob die Terminvereinbarung persönlich oder telefonisch stattfindet. Dies wäre dann im Rollenspiel zu berücksichtigen, da es z.B. Einfluss auf mögliche Nachfragen des Gesprächspartners hat. Gelingt das Rollenspiel mit einer vertrauten Person, wie dem/r Therapeuten/in, sollte es im geschützten Rahmen der Therapie auch mit einer für Frau F. fremden Person wiederholt werden. Bei erfolgreicher Durchführung kann die Umsetzung der Terminvereinbarung zunächst mit Hilfe von Angehörigen durchgeführt werden, bevor Frau F. die Situation allein bewältigen soll.

Die Zielerreichung kann mit Hilfe des Goal Attainment Scaling (GAS; Hurn et al., 2006; Grötzbach, 2008) beurteilt werden (Tab. 6). Hierzu ist zu überlegen, welche Aktivität die erfolgreiche Umsetzung des Ziels kennzeichnet und welche Aktivitäten als Über- oder Unterschreiten der Erwartungen betrachtet werden. In Tab. 6 ist beispielhaft dargestellt, wie eine solche Bewertung aussehen könnte.

Tab. 6 Zielbewertungsbeispiel mittels GAS

Skala	Bedeutung	Beispiel
+2	Ergebnis viel besser als erwartet	Frau K. konnte einen Termin beim Zahnarzt vereinbaren und zusätzlich nach Kosten und Durchführung einer speziellen Zahnbehandlung fragen.
+1	Ergebnis besser als erwartet	Frau K. konnte einen Termin beim Zahnarzt vereinbaren und auf Nachfrage der Sprechstundenhilfe nach einer speziellen Zahnbehandlung deutlich machen, dass sie diese nicht möchte.
0	Erwartetes Ergebnis	Frau K. konnte einen Termin beim Zahnarzt vereinbaren.
–1	Ergebnis weniger als erwartet	Frau K. konnte die Begrüßung äußern, ihren Namen nennen und um einen Termin bitten. Sie konnte nicht deutlich machen, ob ihr der Termin passt.
–2	Ergebnis viel weniger als erwartet	Frau K. konnte eine Begrüßung äußern und ihren Namen nennen. Die Terminvereinbarung musste von einer anderen Person vorgenommen werden.

Wurde das Ziel erreicht oder übererfüllt, könnte auf Wunsch von Frau F. entweder eine komplexere Aktivität im gleichen Teilhabebereich angegangen oder eine Aktivität aus einem anderen Teilhabebereich in der Therapie anvisiert werden. Wichtig ist in jedem Fall, dass die Betroffenen selbst eine Priorisierung ihrer Aktivitätsziele vornehmen und entscheiden, welches Ziel sie jeweils als Nächstes erreichen möchten.

Beteiligte Mitglieder des Arbeitskreises Aphasie des dbl:

Holger Grötzbach (Leitung)
PD Dr. Stefanie Abel
Dagmar Amslinger
Angelika Barasch
Prof. Dr. Norina Lauer
Anke Oertel

Auflistung ICF-basierter Therapiezielbeispiele für den Bereich Aphasie

Teilhabebereiche:

1. Fort- und Weiterbildung als Lehrende und Lernende im Bereich von Freizeit und Beruf
2. Teilnahme am Straßenverkehr
3. Ausübung von Hobbys und Ehrenämtern
4. Selbstständige Lebensführung
5. Rolle als Familienmitglied

1. Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen als Lehrende und Lernende im Bereich von Freizeit und Beruf (S. Abel & N. Lauer)

A1) Leichte Beeinträchtigung – Freizeit

1. Herr P. kann seine in einem VHS-Kurs erworbenen Italienischkenntnisse im Italienurlaub so anwenden, dass er im Hotel ein Zimmer bestellen kann.
2. Frau L. kann ihren Freunden in einer Diashow von ihrem Urlaub in Ägypten erzählen.
3. Herr H. kann sich über das Internet in Testvergleichen über Tapeten informieren.
4. Frau K. kann in einem Volkshochschulkurs zu ihrem Hobby „Gärtnern“ neue Kenntnisse gewinnen.
5. Herr K. kann in einem Baumarkt den Unterschied zwischen zwei Werkstoffen erfragen und verstehen.
6. Frau L. kann im Internet die Bedeutung von drei unbekannten Wörtern „googlen“.
7. Herr N. kann seinen Enkelkindern die Regeln des Kartenspiels „Mau-Mau“ erklären.
8. Frau S. kann nach einer Wandertour ihren Freunden berichten, welche Strecke sie genau gewandert ist und wo es sich einzukehren lohnt.

9. Frau I. kann nach einem Fotokurs ihrer Freundin eine neue Funktion an ihrer Kamera erklären.
10. Herr T. kann seine Tochter zu einer Fragestellung aus seinem ehemaligen Arbeitsbereich beraten.

A2) Leichte Beeinträchtigung – Beruf (A. Oertel & A. Barasch)

1. Frau L. kann in ihrer Tätigkeit den Wunsch eines Kunden erfragen, die entsprechende Ware aussuchen und dem Kunden verkaufen.
2. Herr M. kann sich während eines Telefonates den Namen, die Telefonnummer und die Gesprächsinhalt eines Anrufers notieren. Er kann nach dem Gespräch die Anfrage bearbeiten oder an einen zuständigen Kollegen weiterleiten.
3. Frau S. kann telefonisch Termine vereinbaren.
4. Herr L. kann einer 1-stündigen Besprechung folgen, sich kurze Notizen machen, für seinen Arbeitsbereich wichtige Gesprächspunkte einbringen und seinen Standpunkt mit mehreren Argumenten stützen.
5. Frau M. kann eine E-Mail Anfrage beantworten oder an einen Kollegen mit der Bitte um Bearbeitung weiterleiten.
6. Herr S. kann die in seiner Firma üblichen Formulare selbstständig ausfüllen.
7. Herr N. kann eine zehnminütige Projektpräsentation in seiner Firma halten.
8. Frau S. kann eine neue Mitarbeiterin an ihrer Arbeitsstelle in einen ihr vertrauten Arbeitsbereich einarbeiten.
9. Frau I. kann zwei der in einem Seminar zur Datenpflege erlernten Programmfunktionen in ihrem Arbeitsalltag nutzen.
10. Herr P. kann seinen Kollegen in einem Kurzvortrag von seinen Spezialkenntnissen über Computer berichten.

B) Mittelgradige Beeinträchtigung

1. Frau U. kann im Internet bei „www.chefkoch.de“ ein passendes Rezept für fünf vorgegebene Zutaten finden.
2. Herr Z. kann seinen Freunden die fünf bedeutendsten Aspekte seines Hobbys erzählen.

3. Frau A. kann im Fremdenverkehrsamt ihre Teilnahme an einer geführten Naturwanderung zusagen.
4. Herr U. kann sich im Internet bei „www.wikipedia.de“ über Aktuelles aus seinem ehemaligen Arbeitsbereich informieren.
5. Frau K. kann in einem Volkshochschulkurs zusammen mit einer Freundin weitere Kenntnisse zu ihrem Hobby gewinnen.
6. Herr Z. kann seinen Enkelkindern die vier wichtigsten Aufgaben seiner früheren beruflichen Tätigkeit erklären.
7. Frau C. kann ihrer Freundin in Stichworten erklären, wie man ein Gemüsebeet anlegen kann.
8. Frau E. kann bei ihrem Enkelkind Vokabeln einer ihr vertrauten Fremdsprache anhand einer Liste abfragen.
9. Herr S. kann bei einem Diavortrag an der Volkshochschule zehn Stichworte zu den für ihn wichtigsten Informationen notieren.
10. Frau W. kann sich bei der Volkshochschule zu einem Töpferkurs anmelden.

C) Schwere Beeinträchtigung

1. Frau O. kann einen Hinweis zu ihrem Hobby aus einer praktischen Ratgebersendung verstehen und anwenden (z. B. Haus & Garten).
2. Herr R. kann zwei Informationen zu seinem ehemaligen Arbeitsbereich aus einer bebilderten Zeitschrift mitteilen.
3. Frau P. kann vertrauten Menschen etwas über ihr Hobby erzählen.
4. Herr U. kann sich in der öffentlichen Bibliothek Ratgeber zu seinem Hobby ausleihen.
5. Herr M. kann zusammen mit einem Bekannten an einem Kochkurs teilnehmen.
6. Frau L. kann einem Bekannten mitteilen, welche Sprachen sie in ihrem Beruf als Fremdsprachenkorrespondentin beherrscht hat.
7. Herr G. kann in einem kurzen Reiseprospekt mit drei Reisezielen durch Zeigen angeben, welches Ziel er bevorzugt.

8. Frau A. kann über ein elektronisches Kommunikationsgerät mitteilen, welche Hobbys sie hat.
9. Herr S. kann einem ehemaligen Arbeitskollegen verständlich machen, dass er in einer Zeitschrift einen Artikel zu dem gemeinsamen Arbeitsfeld gefunden hat.
10. Frau F. kann ihrer Schwester beim gemeinsamen Kochen mitteilen (ggf. durch Gestik und Geruchsprobe), welche Gewürze diese nutzen soll.

2. Teilnahme am Straßenverkehr (A. Barasch)

A) Leichte Beeinträchtigung

1. Herr P. kann am Bahnhofsschalter eine Zugfahrt buchen, bei der er einmal umsteigen muss.
2. Frau L. kann einem Touristen den Weg zu einer Sehenswürdigkeit beschreiben, bei dem dieser zwei öffentliche Verkehrsmittel benutzen muss.
3. Herr. S. kann mit einem Überlandbus, bei dem zeitweilig Haltestelle und Route verlegt worden sind, ein Ziel 5 km außerhalb seines Wohnortes erreichen.
4. Frau T. kann an dem in der Straßenbahn befindlichen Fahrkartenautomaten eine Fahrkarte für die entsprechende Tarifzone lösen.
5. Herr R. kann einer Person den sicheren Weg über einen ausgewiesenen Radweg und einen beschrankten Bahnübergang erklären.
6. Herr K. findet auf dem Bahnhof den richtigen Bahnsteig für die Abfahrt seines Zuges.
7. Frau F. kann augrund von Baustellenmaßnahmen nach dem Weg oder nach einer Umleitung fragen.
8. Frau B. kann in der Innenstadt spontan in einen Bus zusteigen, der sie an ihr Ziel bringt.
9. Frau R. kann auf einem Bahnhof/Busbahnhof die Lautsprecherdurchsagen verstehen und adäquat reagieren.
10. Herr J. kann den Termin für einen Reifenwechsel telefonisch vereinbaren.

B) Mittelgradige Beeinträchtigung

1. Herr E. kann im Zug auf Aufforderung seine Fahrkarte und seine BahnCard vorweisen und nachfragen, ob er trotz Verspätung seinen Anschlusszug erreichen wird.
2. Frau I. kann ein Ziel unter Benutzung eines Stadtplans erreichen.
3. Herr A. kann an einem Busfahrplan die Reisezeit ablesen.
4. Frau L. kann den Straßenbahnfahrer nach Wechselgeld fragen.
5. Herr T. kann seine Ehefrau darauf aufmerksam machen, dass sie vergessen hat, die Beleuchtung am Auto anzuschalten.
6. Frau M. kauft beim Servicepersonal eine Tasse Kaffee und ein Stück Kuchen.
7. Herr L. erkennt die Aufschrift „Dienstfahrt – Bitte nicht einsteigen!“ an seiner Buslinie.
8. Herr L. erkundigt sich in der Straßenbahn, ob diese zu seinem Ziel fährt.
9. Frau S. kann einen Passanten nach dem nächstgelegenen Bäcker fragen.
10. Frau K. kann nach telefonischer Absprache eine Freundin zu Fuß in der Stadt von der Arbeit abholen.

C) Schwere Beeinträchtigung

1. Herr. V. kann im Zugabteil die Sitzreihe für behinderte Fahrgäste erkennen und signalisieren, dass er schwerbehindert ist.
2. Frau A. kann dem Schaffner auf seine Nachfrage hin durch Kopfnicken oder schütteln deutlich machen, ob sie eine Fahrkarte mit sich führt.
3. Herr S. erkennt die einstellige Zahl an dem Bus, mit dem er fahren muss.
4. Frau I. kann die wiederholte Haltestellendurchsage „Endstation – Hier bitte aussteigen“ in der Straßenbahn verstehen.
5. Herr H. kann Passanten bitten, ihm auf dem Gehweg Platz zu machen, da er mit seinem Fahrrad unterwegs ist.
6. Frau W. kann einen jüngeren Fahrgast im Zug nonverbal um einen Sitzplatz bitten.

7. Herr C. kann sich bei Passanten nach dem nächsten Postamt erkundigen.
8. Herr E. kann lärmende Jugendliche in der Straßenbahn nonverbal um Ruhe bitten.
9. Frau D. kann das Symbol „Kein Einstieg“ an einer Zugtür erkennen und befolgen.
10. Frau F. kann einem Ortsfremden die Frage, ob er in der richtigen Straße sei, mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten.

3. Ausübung von Hobbys und Ehrenämtern (D. Amslinger)

A) Leichte Beeinträchtigung

1. Herr S. kann bei einer Vorstandssitzung einem Gespräch für 1 Stunde folgen und auf Gesprächsinhalte adäquat eingehen.
2. Frau B. kann eine schriftliche Einladung zu einem Treffen der regionalen Selbsthilfegruppe formulieren.
3. Herr M. kann bei einer Vereinsveranstaltung eine 10-minütige Rede halten.
4. Frau S. kann bei der Mitgliederversammlung anhand der schriftlichen Unterlagen den Kassenbericht vortragen.
5. Herr K. kann bei einem Aphasie-Aufklärungsfilm mitwirken und eine Stellungnahme zu seiner ehrenamtlichen Tätigkeit im Vorstand abgeben.
6. Herr P. kann auf eine E-Mail-Anfrage antworten.
7. Frau M. kann die Überweisung einer Rechnung an den Verein erledigen.
8. Frau L. kann das Formular für eine Reisekosten-Abrechnung ausfüllen.
9. Herr W. kann bei einem Selbsthilfe-Tag die Besucher und Interessenten zur Aphasie informieren.
10. Herr L. kann selbstständig eine Stellungnahme zu einem Tagesordnungspunkt formulieren.

B) Mittelgradige Beeinträchtigung

1. Herr P. kann ein anderes Vorstandsmitglied anrufen, um über einen Punkt bzw. ein Thema der Tagesordnung zu sprechen.
2. Herr K. kann in einer Sitzung bzw. bei einem Seminar deutlich machen, dass er eine Pause benötigt.
3. Frau B. kann sich zu einer Veranstaltung abmelden.
4. Herr Sch. kann bei einem Telefonat von der Teilnahme an einem Gruppenausflug berichten.
5. Frau K. kann bei der Öffentlichkeitsarbeit mithelfen, indem sie Interessenten durch Ansprache auf Flyer oder Broschüren aufmerksam macht.
6. Frau R. kann Gruppenmitglieder dazu animieren, ein gemeinsames Lied zu singen.
7. Herr O. kann auf dem Anrufbeantworter eines Gruppenmitglieds eine Nachricht hinterlassen.
8. Herr L. kann in einer Sitzung deutlich machen, dass ihm eine Entscheidung bzw. ein Beschluss nicht gefällt.
9. Frau C. kann beim Kegeln Strichlisten führen und auswerten.
10. Herr T. kann wichtige Personen zum Jubiläum der regionalen Selbsthilfegruppe einladen, deren Leiter er ist.

C) Schwere Beeinträchtigung

1. Herr L. kann bei der Vorstellungsrunde den zugeworfenen Ball fangen und auf ja- nein-Fragen sprachlich oder gestisch reagieren.
2. Frau A. kann bei einer Veranstaltung im Chor deutlich machen, ob sie mitsingen möchte.
3. Frau G. kann bei einem Gruppenausflug das Ziel mitbestimmen.
4. Herr Z. kann bei einem Familienseminar die Teilnehmer um ihr Einverständnis bitten, Fotos machen zu dürfen.
5. Frau M. kann ihren Namen in eine Seminarliste eintragen.
6. Herr P. kann Freunden deutlich machen, dass er bei einer Radtour mitfahren möchte.

7. Herr R. kann seiner Frau klar machen, dass noch ein Brief zum Briefkasten gebracht werden muss.
8. Frau Z. kann bei einem Seminar verdeutlichen, dass sie zur Toilette gehen muss.
9. Herr G. kann einer Begleitperson erklären, dass er Hunger hat.
10. Herr X. kann signalisieren, dass er wegen seines Rollstuhls auf Hilfe angewiesen ist.

4. Selbstständige Lebensführung (N. Lauer & S. Abel)

A) Leichte Beeinträchtigung

1. Herr P. kann beim Online-Banking ein Überweisungsformular ausfüllen.
2. Frau M. kann telefonisch eine Bahnfahrt buchen.
3. Herr T. kann beim Einkauf die Gesamtkosten abschätzen und Abweichungen an der Kasse reklamieren.
4. Herr R. kann telefonisch mit einem Handwerker einen Termin mit Datum und Uhrzeit vereinbaren, um eine Reparatur vornehmen zu lassen.
5. Herr M. kann einen für ihn interessanten Artikel aus der aktuellen Tageszeitung verstehen und offene Fragen dazu beantworten.
6. Herr F. kann in einem Baumarkt mitteilen, welche und wie viele Tapetenrollen er für die Renovierung seines Wohnzimmers kaufen möchte.
7. Frau A. kann sich in einer Diskussionsrunde mit zwei weiteren Gesprächspartnern in die Diskussion zu einem ihr vertrauten Thema einbringen.
8. Herr M. kann die wichtigsten Informationen zu drei Ereignissen aus einer Nachrichtensendung wiedergeben.
9. Frau L. kann an der Fleischtheke im Supermarkt eine Bestellung aufgeben und auf Zusatzfragen der Verkäuferin adäquat reagieren.
10. Frau I. kann bei der Stadtverwaltung einen neuen Personalausweis beantragen.

B) Mittelgradige Beeinträchtigung

1. Herr Z. kann im Restaurant ein Dreigangmenü bestellen.
2. Frau M. kann am Bahnschalter eine Fahrkarte kaufen.
3. Herr T. kann einen Fremden nach dem Weg zum Bahnhof fragen.
4. Frau K. kann die ihr liebsten 5 Speisen nennen oder aufschreiben.
5. Frau F. kann einen Termin beim Zahnarzt vereinbaren.
6. Herr M. kann die Bedeutung einiger Überschriften aus der aktuellen Tageszeitung verstehen und kommentieren.
7. Frau M. ihrer Nachbarin ein neues Rezept erklären.
8. Herr S. kann mindestens 5 der 10 von ihm am häufigsten gekauften Lebensmittel auf eine Einkaufsliste schreiben.
9. Frau G. kann im Warenhaus einen gekauften Artikel zurückgeben und mitteilen, ob sie das Geld zurückhaben oder stattdessen einen anderen Artikel kaufen möchte.
10. Frau L. kann in einem Schuhgeschäft nachfragen, ob ein ihr gefallender Schuh in ihrer Größe vorhanden ist.

C) Schwere Beeinträchtigung

1. Frau O. kann ihrem Mann über ja/nein-Antworten rückmelden, welche Kleidungsstücke sie gerne anziehen möchte.
2. Herr K. kann in seiner Familie verbal auf sich aufmerksam machen, wenn er ins Bett möchte.
3. Frau L. kann einen Fremden nach der Uhrzeit fragen.
4. Frau Z. kann ihr Kommunikationsbuch/Notizbuch zur Klärung von Fragen zu ihrer Person nutzen (Name, Adresse).
5. Herr B. kann seine zwei Enkelkinder mit Namen ansprechen.
6. Herr W. kann Floskeln verwenden, um jemanden zu begrüßen und zu verabschieden.
7. Frau N. kann am Morgen den Pflegekräften, die sie in den Rollstuhl setzen, mitteilen, dass man ihr den Hausnotrufsender geben soll.
8. Herr D. kann beim Frühstück mitteilen, was er trinken möchte.

9. Frau O. kann verbal oder gestisch mitteilen, wenn sie Fernsehen schauen möchte.
10. Herr K. kann seiner kleinen Tochter deutlich machen, wenn sie etwas nicht tun soll.

5. Rolle als Familienmitglied (H. Grötzbach)

A) Leichte Beeinträchtigung

1. Herr P. kann bei einer Familienfeier einem Gespräch ca. 60 Minuten folgen und dabei auf alle Gesprächsinhalte eingehen.
2. Frau L. kann eine schriftliche Einladung zu einer Familienfeier formulieren.
3. Herr S. kann der Familie eine gewünschte Anschaffung für den Haushalt erläutern.
4. Herr M. kann mit seinen Freunden eine Verabredung treffen.
5. Herr T. nimmt bei Besuchen an einem Gespräch auch dann teil, wenn unter den Anwesenden eine für ihn fremde Person ist.
6. In einer Familiendiskussion kann Frau L. mindestens zwei Argumente vorbringen, die ihren Standpunkt begründen.
7. Herr Z. kann aus Prospekten eine Urlaubsreise so auswählen, dass sie mit den Wünschen der Familie übereinstimmt.
8. Herr S. kann der Familie einen Vorschlag für eine Wochenendaktivität unterbreiten.
9. Frau R. kann ihr Wochenbudget kontrollieren und notwendige Überweisungen vornehmen.
10. Herr S. kann seinen Kindern gegenüber eine Erlaubnis oder ein Verbot begründen.

B) Mittelgradige Beeinträchtigung

1. Frau A. kann ihre Freundin anrufen, um ihr eine Neuigkeit mitzuteilen.
2. Herr W. kann seinem Sohn mindestens eine Information ausrichten.

3. Herr H. kann mindestens zwei Waren aus einem Versandkatalog heraussuchen und schriftlich bestellen.
4. Herr G. kann einem unerwünschten Vertreter die Tür weisen.
5. Herr L. kann seiner Familie klar machen, dass ihm eine Entscheidung nicht gefällt.
6. Frau Sch. kann eine fehlerhafte Ware beim Verkäufer reklamieren.
7. Frau F. kann ihren Mann zu einer gemeinsamen Aktivität einladen.
8. Herr K. kann einen vereinbarten Termin absagen und einen neuen ausmachen.
9. Herr T. kann eine schriftliche Nachricht hinterlassen, wo er zu finden ist.
10. Herr U. kann eine vorgedruckte Karte mit einem passenden Text ergänzen.

C) Schwere Beeinträchtigung

1. Frau E. kann der Familie über alternativ gestellte Fragen ihre Wünsche und Absichten ausdrücken.
2. Frau L. kann die Geburtstage ihrer Enkelkinder auf einem Kalender finden.
3. Frau T. kann unterschreiben.
4. Herr R. kann seine Nachbarn beim Namen nennen.
5. Herr F. kann seinen Hund/seine Katze mit Namen rufen.
6. Herr J. kann Zustimmung und Ablehnung verbal oder nonverbal ausdrücken.
7. Herr O. kann seine Frau um Geld bitten.
8. Frau G. kann ihre Absender auf einen Brief schreiben.
9. Frau U. kann mit Hilfe eines Kommunikationsbuchs ihre Wünsche für die nächsten Einkäufe klar machen.
10. Herr P. kann sprachlich oder gestisch auf sich aufmerksam machen, wenn es um seine Person geht.

Literatur

Beushausen, U. (2009). Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie. Grundlagen und 14 Fallbeispiele. München: Elsevier.

Bovend'Eerdt, 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.

Bühler; S., Grötzbach, H. & Frommelt, P. (2005). ICF-basierte Zieldefinition in der Neurorehabilitation. Neurologie & Rehabilitation, 11 (4), 204–211.

Dallmeier, P. & Thies, C. (2009). Logopädische Berichte in der Aphasietherapie – Einbindung alltagsrelevanter, klientenzentrierter Ziele. HAWK Hildesheim: Bachelor-Arbeit.

Dimdi (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Neu-Isenburg: Medizinische Medien Informations GmbH.

Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2007). Zielsetzung in der Schlaganfallrehabilitation. In Dettmers, C., Bülau, P, & Weiller, C. (Hrsg.). Schlaganfall Rehabilitation. Bad Honnef: Hippocampus, 81–93.

Glindemann, R., Pössl, J., Ziegler, W. & Goldenberg, G. (2004). Erfahrungen mit individuellen Therapiezielen bei Patienten mit Aphasie. Die Sprachheilarbeit, 49, 298–305.

Grötzbach, H. (2004). Zielsetzung in der Aphasietherapie. Forum Logopädie, 18 (5), 2–6.

Grötzbach, H. (2008). Bottom-up oder top-down orientierte Aphasietherapie: Welche ist besser? Die Sprachheilarbeit, 53, 5, 284–290.

Grötzbach, H. (2010). Therapieziele definieren: paternalistisch oder partizipativ? L.O.G.O.S. interdisziplinär, 18 (2), 119–126.

Grötzbach, H. (2012). Die Bedeutung des Reha-Therapiestandards „Schlaganfall" für die Sprachtherapie. L.O.G.O.S. interdisziplinär, 20 (3), 208–213.

Grötzbach, H. & Iven, C. (2009). Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.). ICF in der Sprachtherapie. Idstein: Schulz-Kirchner, 9–21.

Hurn, J., Kneebone, I. & Cropley, M. (2006). Goal setting as an outcome measure: A systematic review. Clinical Rehabilitation, 20, 756–772.

Körner, M. (2009). Ein Modell der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation, 48, 160–165.

McGrath & Kischka, (2010). Interdisziplinäre Teamarbeit und Zielsetzung in der Rehabilitation. In Frommelt, P. & Lösslein, H. (Hrsg.). NeuroRehabilitation. Berlin: Springer, 107–113.

Parry, R.H. (2004). Communication during goal setting in physiotherapy sessions. Clinical Rehabilitation, 6, 668–682.

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, 125–140.

Turner-Stokes, L. (2009). Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation; a practical guide. Clinical Rehabilitation, 23, 362–370.

van Cranenburgh, B. (2007). Neurorehabilitation. München: Urban & Fischer.

Wade, D.T. (2009). Goal setting in rehabilitation. an overview of what, why and how. Clinical Rehabilitation, 23, 291–295.

Aphasie, Selbsthilfe und Therapie

Der Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e. V. (BRA) ist die Interessenvertretung der aphasischen Menschen und ihrer Angehörigen in Deutschland.
Als gemeinnütziger Verein informieren und beraten wir bundesweit und unabhängig zum Thema „Aphasie“.

Sie erhalten bei uns:
Flyer und Broschüren zur ersten Information
Ratgeber und Filme
Kontakt zu regionalen Selbsthilfegruppen
Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch und Kennenlernen

- ➔ Aphasie-Landesverbände
- ➔ rund 250 regionale Aphasie-Selbsthilfegruppen
- ➔ Aphasie-Zentren
- ➔ Seminare und Begegnungswochenenden für Betroffene, Angehörige und Familien

Übrigens …
… unser Beratungsangebot für Menschen mit Aphasie und ihre Angehörigen müssen wir ausschließlich über Spenden und Mitgliedsbeiträge finanzieren. Bitte unterstützen Sie unsere Arbeit durch eine Spende oder werden Sie Mitglied und schließen sich dem Bundesverband Aphasie e. V. an.
Spendenkonto: 7 060 900 BLZ 370 205 00 Bank für Sozialwirtschaft

Mitglied werden: Informationen telefonisch oder per E-Mail

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.
– Bundesverband Aphasie –

Klosterstraße 14 · 97084 Würzburg

Telefon: 09 31 / 25 01 30-0
Fax: 09 31 / 25 01 30-39
E-Mail: info@aphasiker.de

www.aphasiker.de
www.aphasiker-kinder.de

Wir bedanken uns für die finanzielle Unterstützung zur Erstellung des Ratgebers bei der

KNAPPSCHAFT