

# ICF in der Umsetzung im stationären Alltag der Aphasietherapie

SAL-Bulletin Nr. 149  
September 2013

## Ergebnisse einer Befragung von Logopädinnen und Logopäden im Drei-Länder-Vergleich (Schweiz, Österreich und Deutschland) – Ausschnitt Deutschschweiz

Haid Andrea,  
Schweizerische  
Hochschule  
für Logopädie  
Rorschach (SHLR)

Steiner Jürgen,  
Interkantonale  
Hochschule für  
Heilpädagogik  
Zürich (HfH)

### Einleitung

In diesem Beitrag geht es um den IST-Stand der Aphasiepraxis hinsichtlich Umsetzung der Idee der Internationalen Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, WHO 2005). Damit meinen wir nicht die Vereinheitlichung zu einer international gültigen Klassifikation, sondern die Ausrichtung von Diagnose, Therapie und Evaluation auf Teilhabe im privaten und gesellschaftlichen Leben (Aktivität und Partizipation). In der Akutphase und auch bei individuellen Syndromen kann es sehr sinnvoll sein, sich auf der funktionalen Ebene zu bewegen. In der postakuten Phase ist aber Transfer und eine Orientierung an der Lebenswelt gefragt. Eine Verbesserung der Wortabrufleistung ist nur dann ein Erfolg, wenn sie sich auf die kommunikative Aktivität auswirkt. Hiervon ausgehend ist auch «Outcome» oder «Therapieerfolg» ICF-gerecht zu formulieren.

### 1. ICF: State of the Art

Die Idee der ICF stellt den jeweiligen Kontext für die Individualität ins Zentrum. Rehabilitation bei Aphasie umfasst das Zusammenspiel von Übungsaktionen zur Verbesserung der intrapsychischen Sprachorganisation (Sprach-Informationsverarbeitung) sowie Coachings- und Trainingsaktionen zur strategischen Anpassung zwischen Individuum und Umfeld (kommunikative Anforderungen, Gesprächskoperationen bzw. -kompensationen). Eine kontextbasierte Sprach- und Kommunikationstherapie berücksichtigt Ansprüche des Primär- und Sekundärbetroffenen sowie dessen Lebenskontext. Sprachsystematisch-funktionale und pragmatisch-partizipative Therapieinhalte sind Komplemente desselben Ziels (vgl. Steiner & Vernetz 2011).

Die allgemeine Idee ICF braucht inzwischen nicht mehr beworben zu werden. Studierende der Logopädie treten bereits im ersten Semester mit diesem Modell in Kontakt. Für eine Grundlegung der Bezogenheit des Rehabilitationsgedankens auf Faktoren des Kontextes sei auf Grötzbach und Iven (2009) verwiesen. Logopädinnen und Logopäden im System ICF kümmern sich um die Verbesserung der individuellen Sprache, sind aber gleichzeitig Mitgestalter von begünstigenden Umgebungsbedingungen.

Die Forderung, Ziele alltags- und teilhabeorientiert zu formulieren, hat Eingang in mehreren Lehrbüchern gefunden (u.a. Huber et al. 2006 sowie Moritz et al. 2009). Wenn man im Rahmen des Ansatzes «Quality of life (QoL)» bzw. «Language related Quality of life» (LQoL) danach fragt, was eigentlich Primär- und Sekundärbetroffene wollen, wird der ICF-Rahmen nachdrücklich unterstrichen (vgl. Hönig & Steiner sowie Worrall et al. 2011).

Primärbetroffene sagen sinngemäss

- Ich will vorbereitet in mein Leben zurückkehren.
- Ich möchte mit Sprache nicht nur Wünsche und Bedürfnisse äussern, sondern auch Gefühle und Meinungen.
- Ich möchte als Person respektiert werden.

Sekundärbetroffene sagen sinngemäss

- Ich möchte informiert sein über die Prognose.
- Ich möchte wissen, wie wir (besser) miteinander kommunizieren.
- Ich möchte Zeit, Raum und Hilfe für mich selbst.

Trotz dieser Vorgaben ist die reale Umsetzung der ICF in die Praxis ein «work in progress». ICF-kompatible Diagnose-, Therapie- und Evaluationsverfahren sind nach wie vor nur in geringem Mass gängige Praxis (vgl. Brunner & Steiner 2009 sowie Neudecker 2012). Und «Aphasic Outcome» scheint sich nach wie vor eher am Wortabruf im Modus Testung zu orientieren – eine ICF-kompatible Wirksamkeit müsste erst noch diskutiert werden (vgl. Bürki & Steiner 2012). Der Erfolg einer Therapie misst sich nämlich aus Patientensicht an den Möglichkeiten Sprache für die Gestaltung von Selbst, Partnerschaft, Familie, Umfeld einzusetzen.

Vor diesem Hintergrund werfen wir einen Blick in die Praxis. Natürlich hängt die tatsächliche Umsetzung vom System Gesundheit und der Institution, in der ich arbeite, ab. Ein kontextbasiertes Vorgehen braucht entsprechende Rahmenbedingungen.

## **2. Befragung der praktisch tätigen Logopädinnen und Logopäden in der Deutschschweiz**

Die durchgeführte Befragung in der Deutschschweiz ist Teil eines Drei-Länder-Vergleichs. Die hier berichteten Ergebnisse werden zum späteren Zeitpunkt mit weiteren Daten aus Deutschland und Österreich abgeglichen und in einer Gesamtschau dargestellt (vgl. Haid & Steiner 2014).

Unsere Frage ist, wie es um den Stand der Umsetzung einer kontextorientierten postakuten Aphasietherapie in der Praxis bestellt ist. Könnte es sein, dass zwischen Akzeptanz von ICF und tatsächlicher inhaltlicher und organisatorischer Umsetzung eine Lücke klafft?

Wenn eine Differenz zwischen SOLL (Standards, Aphasie Guidelines und ICF als Forderung der Sanitätsdirektorenkonferenz) und IST in der Praxis festgestellt würde, geht es in der Schlussfolgerung nicht um das Beklagen eines Mangels, sondern darum, zu Gelingensbedingungen vorzudringen: Was muss/müsste geschehen,

um gedanklich-praktisch mehr in Richtung Realisierung ICF in der tatsächlichen Praxis zu kommen (wie kann wer auf welche notwendigen Rahmenbedingungen einwirken)?

Befragt werden Praktikerinnen und Praktiker der Abteilung Logopädie in Rehabilitationskliniken der Deutschschweiz. Die Befragung versteht sich als Blicklicht, da nicht flächendeckend erhoben wurde.

Die Forderung nach einer ganzheitlichen, individuumszentrierten und kommunikativ ausgerichteten Aphasiediagnostik und -behandlung liegt aber nun schon mehr als 30 Jahre zurück. Mit der ICF geht es nun mit einem engagierteren Tempo als bisher voran. Von einer kontextorientierten Aphasiepraxis dürfen wir erwarten, dass sie sich um das Beüben von Sprachabrufwegen (Fokus *intrapsychische Sprachorganisation*, Informationen aufnehmen, speichern, vergleichen, auswählen, sequenzieren) und um Anpassungen und Kompensationen des Sprachhandelns zwischen Individuum und unmittelbarem Umfeld (Aktivität und Partizipation mittels Gesprächen, d.h. *interpsychische Dialogkonventionen*) gleichermaßen kümmert. Bei der Frage der Wiedereingliederung geht es um *sprachlich-kommunikative Anforderungen*, welche die Betroffenen an sich selbst stellen oder die an sie gestellt werden (soziale Interaktionen, Kontakte, Situationen, Einstellungen im Alltag und im Beruf). Hier bedarf es ebenfalls der professionellen Begleitung.

Es sind damit Konzeptionen für Aphasie gefordert, die

- Sprachlichkeit und Lebensbedeutsamkeit bereits bei der Anamnese zusammenbringen,
- nicht nur die Sprachbeeinträchtigung des Primärbetroffenen fokussieren, sondern Sekundärbetroffene und Umwelt mit einbeziehen,
- mehr Settings als die klassische Einzelsituation offerieren,
- über eine linguistische Zentrierung hinausgeht und individuell-pragmatische und interindividuell-kommunikationspsychologische Aspekte betrachtet.

**Durchführung:** Die Befragung umfasste 21 Fragen (13 geschlossene, 8 offene). Sie wurde online durchgeführt und in der Deutschschweiz von November 2012 bis Januar 2013 versandt (danach in den Ländern A und D initiiert mit Adressdateien der Hochschulen Zürich (HfH), Rorschach (SHLR), Graz (FH JOANNEUM) und Aachen (RWTH)). Die Anzahl der TeilnehmerInnen (N) für das einzelne Land ist gering, da nur jeweils eine Vertreterin, resp. ein Vertreter jeder Rehaklinik befragt wurde, die schwerpunktmässig postakut und nicht geriatrisch ausgerichtet Aphasien behandeln. Die Gesamtanzahl der befragten Praktiker bzw. Praktikerinnen in der Deutschschweiz beträgt 14. Sie wird durch eine identische Befragung in Österreich und in Deutschland ergänzt. In diesem Beitrag berichten wir über den Ausschnitt Blitzlicht Deutschschweiz.

**Stichprobe Deutschschweiz:** Insgesamt haben 14 Institutionen / Personen an der Befragung teilgenommen. Der Rücklauf in der Befragung in der Deutschschweiz mit 77,8% (N=18) wird als ausreichend bewertet. Die geringe Anzahl im einzelnen Land wird ausgeglichen durch die Zusammenschau im Dreiländervergleich.

**Fragestellungen und Erwartungen:** Mit dem Befragungsblitzlicht klären wir folgende drei interagierenden Fragen im Themenkreis Logopädie-Aphasie-ICF (Die einzelnen Fragen können bei den Autor/innen eingesehen werden).

- 1. *Logopädie als Teil der Institution: Ist die Umsetzung der ICF-Idee in der Abteilung Logopädie Teil eines Gesamtkonzeptes der Institution?* Gefragt wurde hier nach dem intrainstitutionellen Commitment bezüglich ICF (Fragen 1-6, 10-11), nach Hinweisen auf ICF im Tätigkeitsprofil der Logopädin (Fragen 7, 12) und nach der organisatorischen Bereitstellung für die Umsetzung einer ICF-gerechten Aphasieversorgung (Fragen 8-9).
- 2. *ICF in der Abteilung Logopädie: Bildet sich ICF in konkreten Aktionen des logopädischen Alltags ab?* Gefragt wurde hier nach Inhalten (Frage 13) und nach Therapiezielen / Therapieerfolg (Frage 16-21).
- 3. *Die Institution als Teil eines übergeordneten Systems: Gelingt die Übergabe im Schnittpunkt zwischen stationärer und ambulanter Versorgung?* Gefragt wurde nach der Zufriedenheit der interinstitutionellen Kommunikation (Frage 14-15)

Der Schwerpunkt der punktuellen geführten Befragung liegt damit auf der Durchdringung der ICF-Idee von Aussen über die Institution bis in die Abteilung (Logopädie). Die (inhaltliche) Logopädie im Innen wird als abhängig betrachtet von einem (organisatorischen) Aussen.

**Methode:** Quantitäten (geschlossene Fragen) wurden erhoben und Qualitäten (offene Fragen) im Sinne der Content-Analyse als Differenz von zwei unabhängigen Auswerter/innen abgeglichen.

**Ergebnis zu Fragestellung 1:** Wenn die Idee von Kontext, von Partizipation und Teilhabe in der Institution gelebt wird, müssten diese vom Leitbild ausgehen und bis in die Tätigkeitsbeschreibung des Logopäden / der Logopädin und den tatsächlichen Therapiealltag ausstrahlen.

Diese Erwartungen werden (mit Einschränkungen) erfüllt. Es gibt einen Konsens in den Institutionen (Frage 1, 86%, N=14) und in den Abteilungen Logopädie (Frage 2, 79%, N=14), dass Aktivität und Teilhabe die Therapie leiten. ICF strahlt in Ziele (Rang 1), Planungen und Massnahmen (Rang 3) sowie in Berichte (Rang 2, qualitative Analyse Frage 3, N=10) aus. Die Institutionen sorgen über die Professionen für Treffpunkte zum Austausch für ein koordiniertes Vorgehen. Diese Treffpunkte

werden benannt als «ICF-Sitzungen» oder «Rapport», die jedoch eher wöchentlich stattfinden. Als widersprüchlich wird die Erwartung von aussen (Klinikleitung) erlebt, dass Tests, die die intraindividuelle nicht-alltägliche Leistung erfassen, den Therapieerfolg messen sollen.

In jeder fünften Institution wird ICF in der logopädischen Abteilung nicht konkretisiert (Frage 2, 21%, N=14). Als Hemmnisse werden mangelnde Konsequenz, der Aufwand, bereitgestellte passende Angebote aus der tradierten Praxis (qualitative Analyse, Frage 4, N=3) genannt. In einer Einrichtung in der ICF in der logopädischen Abteilung nicht konkretisiert wird, ist dies dennoch ein präsent, zur Bearbeitung aufrufendes Thema. ICF ist unabhängig vom Konkretisierungsgrad ein entscheidendes Thema zwischen allen Professionen (Frage 5, 93%, N=14) der Klinik (Therapien, Ernährungs- und Sozialberatung, Ärzte, Pflege). Die Ausgestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit bleibt unscharf (qualitative Analyse, Frage 6, N=13). Tendenziell scheint teils eine kooperativ-partnerschaftliche und direkte Zusammenarbeit mit gemeinsamen Fortbildungen bereits gängige Praxis zu sein (Frage 6, 14%, N=14). Zum grösseren Teil definiert sich die Zusammenarbeit der Professionen als Austausch von Informationen über das institutionalisierte Gespräch. Teils verbleiben die Gespräche bei Kurzformen (Frage 6, 14%, N=14) wie Pausengesprächen. Insgesamt stimmen sich alle ab (Anamnese, Ziele, Evaluationen), auf der Ebene der konkreten Aktion kommt es aber eher selten zu Gemeinsamem. Das Dokumentationsverfahren als Instrument der Information spielt eine wichtige Rolle (Frage 10, 69%, N=13), wobei die Form eine elektronische Ablage ist (Frage 11, 89% und in 11% in Bearbeitung, N=13).

Vom Leitbild ausgehend wird ICF zwischen den Professionen abgestimmt, die Aufgabenbeschreibungen werden dem aber nur teilweise gerecht (Frage 7, Rangfolge, N=13): Es gibt Zeitfenster für Interdisziplinarität (69%, n=9), für Beratung (54%, n=6), Telefonate mit dem Umfeld (38%, n=4) und Öffentlichkeitsarbeit. Die Ausrichtung auf ICF in den Bereichen Anamnese und Therapie wird zu 100% (Frage 12, N=13) und in der Diagnostik zu 76% (n=10) als ICF-kompatibel erlebt. Die hohen Werte zeigen eine Konsequenz der praktisch tätigen Logopäden und Logopädinnen bei der Umsetzung der ICF-Idee.

Kooperative Formen der Therapie (wie Gruppentherapie einer Profession oder interprofessionelle Gruppentherapie) sind nur dann möglich, wenn organisatorische Rahmenbedingungen gegeben sind. Bereits an den Räumlichkeiten scheitert es aber immerhin schon in jeder vierten Institution (Frage 8, 23%, n=3, N=13): Die räumliche Situation lässt weder kleinere noch grössere Gruppen zu. Auf die Frage, welche Verbesserungen des Einsatzes der ICF auf organisatorischer Ebene (interprofessionell und institutionell) möglich wären, geben fast drei Viertel keine Ant-

wort (Frage 9, 72%, n=7, N=13). Die angeführten konkreten Vorschläge verweisen auf

- ein konzertiertes Vorgehen im gesamten Klinikverbund: «Gemeinsames verbindliches Vorgehen von mehreren Institutionen unter einer neutralen Führung, die die unterschiedlichen Zielvorstellungen nicht vermischt».
- die Notwendigkeit der Diskussion der Messbarkeit der Zielerreichung und des Therapiefortschrittes.
- die Wichtigkeit von In-Vivo-Therapien.
- ein Weiterentwickeln der Logopädie, die über funktionelle Ansätze hinausgehen.

**Ergebnis zu Fragestellung 2:** Wenn ICF als therapeutisch-logopädisches Programm gelebt wird, wird es zur Einzeltherapie je nach Problemkonstellation weitere Settings geben und Inhalte, die über ein kognitiv-linguistisches Angebot hinausgehen und zum Dialog im Alltag vordringen. Die Fragen nach Inhalten (Frage 13) und nach Therapiezielen / Therapieerfolg (Frage 16-21) gehen dem nach.

Zunächst einmal ist ein Arbeiten im Bereich Basisfunktionen (sprachunterstützende Systeme) im Kontext Rehabilitationsklinik eine unabdingbare Aufgabe. Bei der Frage nach dem Therapiefokus erscheint die Herstellung der Voraussetzungen zur Sprachlichkeit / Dialogfähigkeit («Basisfunktionen») im ersten Rang (Frage 13, Rang 1, 100%, N=13). Zwischen «Training der sprachlichen Modalitäten» und «Arbeit an Dialogstrategien» gibt es keinen Rangunterschied (Frage 13, Rang 2, 69%, n=9, N=13). Die «Arbeit am Dialog mit beiden Partnern» wird deutlich weniger als zentraler Inhalt fokussiert (Frage 13, Rang 4, 23%, n=5, N=13). Diejenigen, die diesen Inhalt realisieren, geben Einschränkungen an («sofern Partner verfügbar, leider selten, nicht so oft wie gewünscht»). Wenn der Sekundärbetroffene verfügbar ist und einbezogen werden kann, geht es eher um Informationsvermittlung (und weniger um ein Coaching).

Ärztliche Vorgaben sind für die Formulierung von logopädischen Therapiezielen nicht unwesentlich, spielen aber auch nicht die entscheidende Rolle (Frage 16, Rang 4, 42%, n=5, N=12). Die Logopädin übernimmt die Verantwortung für die Ziele und gibt diese auch vor (Frage 16, Rang 4, 42%, n=5, N=12). Entscheidend bei der Zielfestlegung ist, wenn möglich, der Dialog mit Patienten und Angehörigen (Frage 16, Rang 2, 75%, n=9, N=12). Die Zielfestlegung im engen Verbund zwischen Patientin und Logopädin werden grundsätzlich abgeglichen mit den Zielvorstellungen des gesamten interprofessionellen Teams (Frage 16, Rang 1, 100%, N=12). Kontext und Teilhabe leiten dabei verpflichtend die Zielbeschreibungen (Frage 17, 100%, N=12).

Bei der Messung des Therapieerfolges werden Beobachten – Befragen – Testen nur

bedingt als unauflösbare Trias gesehen (Frage 19, 42%, N=12). Es ergibt sich eine klare Präferenz: Beobachtung hat die erste Priorität (Frage 19, 83%, n=9, N=12) vor Befragen (50%, n=5, N=12) und Testen (33%, n=5, N=12).

Wenn Ziele danach im ICF-Konsens formuliert werden, werden Tests nur als sehr bedingt geeignet zur Erfolgsmessung eingestuft. Testen alleine (ohne Absicherung durch Beobachten und Befragen) wird als nur sehr bedingt sinnvoll angesehen (Frage 19, 8%, N=12). Befragen alleine (ohne Absicherung durch Beobachten und Testen) wird als nur unsinniges Vorgehen eingestuft (Frage 19, 0%, N=12). Beobachten alleine ohne weitere Absicherung wird aber als Option gesehen (Frage 19, 17%, N=12).

Die praktisch Tätigen verwenden Tests, geben jedoch vereinzelt kritische Anmerkungen in Bezug auf die Umsetzung an (n=4). Einerseits wird durch die Testung externen Erwartungen (Ärzte, Kostenträger) entsprochen. Andererseits wird eine Anpassung in Richtung Leistungserfassung im realen Alltag gefordert (Frage 20). Solange hier eine Lücke besteht, muss auf deskriptive Beschreibungen zurückgegriffen werden. Sinnvoll wäre eine gesamtschweizerische Abstimmung hinsichtlich Methode, Dokumentation und Erfolgsmessung für den ambulanten und stationären Bereich.

**Ergebnis zu Fragestellung 3:** Die Zeit in der Klinik ist für Patienten beschränkt. Wenn Partizipation und Teilhabe das Ziel ist, muss gefragt werden wie die Übergänge bearbeitet werden. Gelingt die Bearbeitung des Schnittpunktes zwischen stationärer und ambulanter Versorgung? Gefragt wurde nach der Zufriedenheit der interinstitutionellen Kommunikation (Frage 14-15). Hier sind die Ergebnisse von Haid & Isele 2012 einzubeziehen.

Die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird zu einem respektablen Teil als nicht zufriedenstellend eingeschätzt (Frage 14, 50%, N=12). Dieses Ergebnis befindet sich nicht im Einklang mit den Ergebnissen aus Haid und Isele (2012), bei der die Befragten (N=85) angaben in gutem telefonischen oder schriftlichen Austausch zu stehen.

Prinzipiell wird ein guter kollegialer Austausch gepflegt. Teils fehlen Berichte von den ambulant arbeitenden Logopäden bzw. Logopädinnen für eine Übergabe in stationär, teils haben die stationär arbeitenden Logopädinnen selbst wenig Zeit. Die Hauptgründe für die Unzufriedenheit liegen aber nicht in der Kooperation mit den ambulant arbeitenden Logopäden und Logopädinnen als vielmehr in der Limitierung des Angebotes (Frage 15, Rang 1): Zu wenig ambulante logopädische Anlaufstellen führen zu Wartezeiten für den Übergang und zu einer nicht ausreichenden Therapiefrequenz (mehr als 2 x wöchentlich).

### 3. Zusammenfassende Thesen und Ausblick

ICF in der Aphasietherapie beginnt bei der Anamnese (Grötzbach 2012), die die Grundlage legt für ICF-gerechte Diagnose, Ziele, Settings, Inhalte und Erfolgsmessung. Teilhabe erfordert ein Selbstgewahrsein des IST von (sprachlichen) Kompetenzen und (gesprächs-) begleitenden Emotionen.

Insgesamt zeigt sich in den Ergebnissen des vorliegenden Blitzlichtes, dass die Idee der ICF im logopädischen Alltag Einzug gehalten hat. Dies gilt vor allem auf der Zielebene, die sowohl interprofessionell als auch im Konsens mit den Betroffenen angegangen wird. Im nächsten Schritt der ICF-gerechten Therapieentscheidungen ist im Moment unklar, welche ICF-kompatible Diagnostik, Therapie und Erfolgsmessung zur Anwendung kommen sollen bzw. überhaupt zur Verfügung stehen. Hier ist von einer konzeptuellen Lücke auszugehen. Partizipative Settings wie Gruppentherapie, aber auch die Idee eines Dialog-Coachings brauchen zudem nicht nur Konzepte und Kompetenzen der Therapeutin bzw. des Therapeuten, sondern auch Rahmenbedingungen, auf die derzeit leider nicht ausreichend aufgebaut werden kann. Die Messung des Therapieerfolges wird methodisch unterschiedlich angegangen, meist mit einer Methodenkombination (Beobachten – Befragen – Testen). Die Erwartung der zuweisenden Professionen stützt sich eindeutig auf vorliegende Testergebnisse, was bei den Praktikerinnen und Praktikern eine gewisse und verständliche Unzufriedenheit auslöst. Das engagierte Arbeiten im stationären Setting wird unterlaufen, wenn die Abgabe des Patienten in der ambulanten Versorgung nicht oder nicht in der notwendigen Therapiefrequenz gelingt. Das Stagnieren in dieser Schnittstelle führt weiter ebenso zu einer unbefriedigenden Situation für alle Beteiligte.

Die Forderung, dass für das Voranbringen des weiteren «work in progress» eine schweizweite Diskussion sinnvoll ist, kann hier nur unterstützt werden. Die ICF orientierte logopädische Therapie und die damit angestrebte sprachliche Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten in die Gesellschaft stehen dabei im Vordergrund und müssen durch geeignete Rahmenbedingungen und verfügbare Therapieplätze bestmöglich umgesetzt werden.

Die hier präsentierten Daten der Deutschschweiz werden mit Daten aus dem deutschsprachigen Raum (D/A) abgeglichen. Es wird interessant sein, ob die in diesem Beitrag dargestellten Hemmnisse im Prozess der ICF-Umsetzung eher dem konzeptionellen Stand des Faches Logopädie oder den Rahmenbedingungen in Gesundheitssystem und Institution zuzuordnen sind.

Den Ergebnissen zufolge, sind folgende drei Schritte für die Zukunft relevant:

- 1. Konzeptionen für eine ICF-gerechte Anamnese, Diagnostik und Therapie



- sind in den jeweiligen Institutionen zu bewerben.
- 2. Notwendige Rahmenbedingungen für den weiteren ICF-Prozess müssen formuliert werden.
- 3. Eine schweizweite Diskussion zur ICF im Rahmen der logopädischen Therapie ist einzuleiten.

### Literatur

- Brunner, C.; Steiner, J. Steiner, J. (2009). Dialogisch orientierte Verfahren in der Aphasiediagnostik – ein Überblick. SAL-Bulletin 134, 2009, 17-32.
- Bürki, M.; Steiner, J. (2012). Die vermessen(d)e Sprachtherapie: Anmerkungen zu einem adäquaten Rahmen für Wirksamkeit. VHN, 3, 185-190.
- Grötzbach, H. (2012). Wiederherstellung der Gesundheit oder Teilhabe. Ziel und Umsetzung der Logopädie in der stationären Neurorehabilitation. FORUM Logopädie 5/26, 18-23.
- Grötzbach, H.; Iven, C. (2009). Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In: Grötzbach, H.; Iven, C. (Hrsg.), ICF in der Sprachtherapie: Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis. Idstein: Schulz-Kirchner, 23-38.
- Haid, A.; Isele, E. (2012): Erfassung der logopädischen Versorgungslage von erwachsenen Patientinnen und Patienten aus Sicht praktizierender Logopädinnen und Logopäden in der Deutschschweiz. Auswertungen – Kurzfassung ausgewählter Ergebnisse. Unter: [www.shlr.ch](http://www.shlr.ch) (Download: 11.04.2013).
- Hönig, G.; Steiner, J. (2002). BREAK-Studie. Belastungen und Ressourcen im (Gesprächs-) Erleben von Angehörigen schwer kommunikativ beeinträchtigter Menschen. In: Steiner, J. (Hrsg.): Von Aphasie mitbetroffen. Zum Erleben von Angehörigen aphasiabetroffener Menschen. Idstein: Schulz-Kirchner, 13-38.
- Huber, W., Poeck, K.; Springer, L. (2006). Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Stuttgart: Thieme.
- Steiner, J. (2010). Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis. Praxis der Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik, Bd.5. München: Reinhardt.
- Moritz, M., Geißler, M.; Grewe T. (2009). ICF in der stationären Aphasietherapie. In: H. Grötzbach & C. Iven (Hrsg.), ICF in der Sprachtherapie: Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis. Idstein: Schulz-Kirchner, 39-60.
- Neudecker, A. (2012). International Classification of Functioning (ICF) in der Aphasietherapie. Zwischen Zieldefinition, Anwendungsmöglichkeiten und der Umsetzung in österreichischen Rehabilitationseinrichtungen. Unveröffentlichte Bachelor-Arbeit an der FH JOANNEUM Graz.
- Steiner, J.; Venetz, M. (2011). Sprachabbau bei beginnender Demenz – Ist das Thema für die Sprachtherapie relevant? Ergebnisse einer Befragung von Logopädinnen in der Schweiz. FORUM Logopädie, 6/25, 26-31.
- WHO (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Herausgegeben vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für die Familie internationaler Klassifikationen. World Health Organisation, Genf.
- Worrall, L.; Sheratt, S.; Rogers, P.; Howe, T.; Hersh, D.; Ferguson, A. et al. (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. Aphasiology, 25/3, 309-322.