

Zielsetzung in der Aphasietherapie

.....
Holger Grötzbach

Zusammenfassung

Die Zielsetzung in der Aphasietherapie sollte zwei Bedingungen erfüllen: Zum einen sollten die Therapieziele so formuliert werden, dass sie überprüfbar sind. Dabei hilft die SMART-Regel, nach der Ziele genau, messbar, erreichbar, bedeutsam und zeitlich geplant zu definieren sind. Zum anderen sollten sich in den Zielen die subjektiven Wünsche der Patienten widerspiegeln. Damit geht es in der Zielsetzung nicht länger um eine Aufstellung von Symptomlisten, sondern um eine Berücksichtigung derjenigen Lebensbereiche, an denen ein Patient wieder teilnehmen möchte. Die subjektive Sicht der Patienten steht auch im ICF-Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Vordergrund. Es eignet sich daher als Basis für die Definition von Therapiezielen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Therapieziele – persönliche Navigation – SMART-Regel – ICF-Modell – interdisziplinäre Teamarbeit

Einleitung

Nicht nur SprachtherapeutInnen, sondern auch Patienten, Angehörige und Kostenträger haben den Anspruch, dass Aphasietherapie effektiv oder wirksam ist. Die Effektivität einer Therapie ergibt sich, wenn das Resultat der Therapie mit dem angestrebten Ziel verglichen wird (Blanco & Mäder, 1999). Dabei stimmen im Idealfall Therapieergebnis und Therapieziel überein. Den Therapiezielen kommt damit eine besondere Bedeutung zu: Denn nur Ziele, die vor dem Beginn einer Therapie möglichst genau definiert worden sind, lassen sich später mit dem jeweiligen Ergebnis vergleichen. Die Kostenträger haben diesen Gedanken aufgegriffen, indem sie in der Heilmittelverordnung für sprachtherapeutische Maßnahmen eine Zeile zur Spezifizie-

rung von Therapiezielen vorgesehen haben (vgl. Heilmittelverordnung).

Das Setzen von Zielen spielt jedoch nicht nur bei der Prüfung der Effektivität von Therapien eine entscheidende Rolle. Vielmehr beeinflussen Ziele auch das tägliche Handeln (Bandura, 2001; Locke, 2002). Denn Handlungen werden in der Regel so geplant, dass sowohl vorgegebene als auch selbst gesetzte Ziele möglichst erreicht werden. Dabei wirken sich richtig gewählte Ziele, die in einer überschaubaren Zeit zu erreichen sind, positiv aus. Im Gegensatz dazu führen falsch gewählte Ziele, die selbst mit großer Anstrengung auch über einen längeren Zeitraum nicht zu erreichen sind, sowohl bei Patienten als auch bei TherapeutInnen zu Misserfolgserlebnissen. Sie wirken sich dadurch negativ aus. Vorgegebene Ziele haben den Nachteil, dass



Holger Grötzbach, M. A. studierte Linguistik, Psychologie und Philosophie in Bonn und Berlin. Von 1984 bis 1987 war er am Max-Planck-Institut für Psycholinguistik beschäftigt. Seit 1988 ist er Mitarbeiter und seit 1995 Leiter der Abteilung Sprachtherapie in der Asklepios

Klinik Schaufling. Er unterrichtet seit 1992 Linguistik an der staatlichen BFS für Logopädie München und seit 1997 Linguistik, Phonetik und Aphasieologie an der privaten BFS für Logopädie Straubing. Zusammen mit Peter Frommelt ist er Mitherausgeber des Buchs „NeuroRehabilitation“ (1999), und gemeinsam mit Meike Schöler schrieb er das Buch „Aphasie – Wege aus dem Sprachschlingel“ (2004).

sie nicht unbedingt mit den Wünschen einer Person übereinstimmen müssen. Ist dies der Fall, dann ist zu erwarten, dass die Motivation zur Arbeit an dem Ziel stark eingeschränkt ist. Gerade bei Patienten mit einer Aphasie, die aufgrund ihrer Sprachstörung manchmal nur schwer über ihre Ziele Auskunft geben können, besteht die Gefahr, dass Therapieziele ohne Absprache mit den Betroffenen festgelegt werden. In der Neurorehabilitation ist es jedoch wichtig, auch bei der Definition von Therapiezielen die Autonomie der Patienten zu respektieren. Trotz der Aphasie sollte jedem Patienten die Möglichkeit zu einer „persönlichen Navigation“ (Sternberg & Spear-Swerling, 1998) gegeben werden. Darunter ist zu verstehen, dass der Betroffene „der Kapitän“ in der Rehabilitation bleibt. Während er das Ziel bestimmt, übernehmen die SprachtherapeutInnen die Rolle eines Lotsen, der dem Kapitän bei der Bestimmung seines Kurses hilft und ihn vor Untiefen warnt. Um nicht alle Aufgaben an Bord allein erledigen zu

müssen, ist es oft ratsam, sich Unterstützung von anderen zu holen. Der Lotse wird dem Kapitän daher häufig vorschlagen, Familienangehörige, Freunde oder Kollegen mit in das Boot zu nehmen. Da eine Aphasie in der Regel mit weiteren kognitiven, motorischen und sensorischen Störungen verbunden ist, wird der Lotse außerdem die Mitarbeit von Experten aus der Neuropsychologie, Ergotherapie, Physiotherapie, Medizin und Pflege anfordern. Dadurch erhält er zwar einerseits Unterstützung, andererseits kann die Navigation dann jedoch schwierig werden, wenn jeder Experte versucht, einen eigenen Kurs zu steuern.

Definition von Zielen

Wenn das Konzept der persönlichen Navigation ernst genommen wird, dann kann es sich bei der Definition von Zielen in der Aphasiotherapie nur um patientenzentrierte Ziele handeln. Damit leiten sich die Ziele der Sprachtherapie nicht länger von Symptomlisten ab, sondern richten sich am Alltag eines Patienten aus (vgl. Wade, 1999; Goldenberg et al. 2002; McGrath, im Druck). Es geht als Ziel also nicht um eine Reduktion von Neologismen oder phonematischen Paraphrasen, sondern darum, dass eine Patientin beispielsweise ihren Enkeln wieder die gewohnte Gute-Nacht-Geschichte vorlesen kann. Nachdem der Patient das Ziel vorgegeben hat, ist es die Aufgabe der SprachtherapeutIn herauszufinden, welche Beeinträchtigungen dem Ziel im Wege stehen.

Um die Ziele eines Patienten zu erfahren, müssen sie in der Anamnese erfragt werden. Da es Patienten häufig nicht gewohnt sind, nach ihren Lebenszielen gefragt zu werden, haben sie oft Schwierigkeiten damit, Ziele anzugeben. Daher können Antworten auf die Frage, was in der Therapie erreicht werden soll, so lauten: „Alles soll wieder so werden wie vor dem Schlaganfall“, „das Sprechen soll wieder richtig funktionieren“ oder „ich will wieder gesund werden“. In solchen Fällen muss versucht werden, durch weitere Fragen eine Präzisierung der Ziele zu erreichen. Beispiele dafür finden sich in Tabelle 1.

Wenn es einem Patienten nicht möglich ist, die Fragen zu beantworten, dann sollten seine Angehörige nach den Bedürfnissen, Interessen und Zielen gefragt werden. Manchmal werden Neigungen auch wortlos mitgeteilt: Fotos auf einem Tisch, herumliegende Zeitungen, Zeitschriften oder Bücher

verraten oft Interessensgebiete.

Bei der Aufstellung von Therapiezielen ist zwischen kurz- und mittelfristigen Zielen zu unterscheiden. Mittelfristige Ziele beziehen sich auf eine Dauer von mehreren Wochen. Dies entspricht dem Zeitraum einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder einer ambulanten Intervallbehandlung, wie sie in den Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit Sprachstörungen (Bauer et al, 2002) vorgesehen ist. Kurzfristige Ziele beschränken sich dagegen auf einige wenige Tage. Sowohl die mittel- als auch die kurzfristigen Ziele sollten nach der SMART-Regel (McGrath, im Druck) definiert werden, die in Tabelle 2 wieder-

gegeben ist. Die häufigsten Fehler, die bei der Formulierung von Zielen auftreten, sind in Tabelle 3 aufgelistet.

Die mit Hilfe der SMART-Regel formulierten Therapieziele lassen sich relativ leicht überprüfen. So muss nur abgezählt werden, wenn beispielsweise ein kurzfristiges Ziel darin besteht, wieder einen Einkaufszettel mit zehn Lebensmitteln schreiben zu können. Genau definierte Ziele erleichtern nicht nur die Dokumentation von Therapiefortschritten, sondern sie geben auch Auskunft über den jeweiligen Leistungsstand eines Patienten. Wie ein Blick in die motorische Rehabilitation zeigt (Hummelsheim, 2003), profitieren Patienten dann maximal von

Tab. 1: Fragen zu patientenzentrierten Zielen

Sie haben gesagt, dass alles wieder so werden soll wie vor dem Schlaganfall. Welche Dinge haben Sie denn vor dem Schlaganfall gerne gemacht?
Sie haben gesagt, dass das Sprechen wieder richtig funktionieren soll. Wozu ist Ihnen wichtig, wieder richtig sprechen zu können?
Sie haben gesagt, dass Sie wieder gesund werden wollen. Was bedeutet gesund werden für Sie?
Wenn Sie zu Hause sind, welche Dinge möchten Sie gerne erledigen können?
Welche Wünsche haben Sie für die Zeit nach der Entlassung aus der Klinik?

Tab. 2: SMART-Regeln für die Definition von Therapiezielen

Regel	Bedeutung	Erklärung
Specific	genau	Welche Leistung soll verbessert werden?
Measurable	messbar	In welchem Ausmaß soll sich die Leistung verbessern?
Achievable	erreichbar	Ist das definierte Ziel realistisch zu erreichen?
Relevant	bedeutsam	Ist das definierte Ziel für den Patienten wichtig? Stimmt es mit seinen Wünschen überein?
Timed	zeitlich bestimmt	In welchem Zeitraum soll das angestrebte Ziel erreicht werden?

Tab. 3: Häufige Fehler bei der Definition von Therapiezielen

Fehler	Beispiel
Therapien werden als Ziel angegeben.	Das Therapieziel bestand aus Übungen zum auditiven Sprachverständnis.
Die Ziele sind vage formuliert.	Das Lesen sollte verbessert werden.
Die Ziele sind nicht messbar.	Im Vordergrund stand eine Steigerung der Aufmerksamkeit für sprachliche Informationen.
Es handelt sich um therapeutenzentrierte Ziele.	Ziel war eine Erarbeitung von S-V-O-Strukturen.
Symptome werden zu Zielen formuliert.	Die Anzahl der phonematisch bedingten Neologismen sollte reduziert werden.
Ziele sind für den Patienten und seine Angehörigen unverständlich.	Es ging um eine Verbesserung der Kohärenz und Kohäsion.

einer Therapie, wenn sich Therapieziele an der individuellen Leistungsgrenze orientieren. Das Erreichen von Zielen, die im Schwierigkeitsgrad systematisch gesteigert werden („shaping“), beeinflusst damit den Therapieerfolg. Als weitere Faktoren, die zum Erfolg einer Therapie beitragen, sind die Therapieintensität (Bhogal et al., 2003a, 2003b; Grötzbach, 2004) sowie der forcierte Sprachgebrauch („constraint-induced aphasia therapy“) zu nennen (Pulvermüller et al., 2001).

Vermutlich wird es auch mit einer noch so intensiv durchgeführten Therapie nicht gelingen, alle Ziele eines Aphasie-Patienten zu erreichen. Denn im Regelfall verfolgt der Patient nicht nur sprachtherapeutische, sondern auch andere kognitive und motorische Ziele. Es müssen daher die wichtigsten Therapieziele ausgewählt und in eine Rangreihenfolge gebracht werden. Der Weg dazu führt in der stationären Rehabilitation über die interdisziplinäre Teamarbeit (Drechsler, 1999, 2000), bei der zu beachten ist, dass

- der Patient und seine Angehörigen als aktive Partner in die Entscheidungen des Teams eingebunden werden;
- unter allen Therapiezielen zunächst das wichtigste (mittelfristige) Ziel identifiziert wird, das zu einem gemeinsamen Ziel für alle Teammitglieder wird,
- jedes Teammitglied dann diejenigen (kurzfristigen) Ziele festlegt, die zur Erreichung des gemeinsamen Ziels führen,
- eine Zielanpassung erfolgt, sobald ein gemeinsames Ziel erreicht wurde oder sich ein Ziel als nicht erreichbar herausgestellt hat;

- die Ziele in einem Teamprotokoll dokumentiert werden.

Die Koordination der Therapieziele im ambulanten Bereich ist vergleichsweise schwieriger, da in der Regel kein Rahmen für interdisziplinäre Absprachen zur Verfügung steht. Dieses Manko könnte in Zukunft durch das Konzept des Case-Managements entschärft werden, das dazu beitragen soll, die Koordination zwischen allen an der Rehabilitation beteiligten Personen zu verbessern.

ICF-basierte Zielsetzung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO, 2001; DIMDI, im Druck), original: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), ein Modell entwickelt, aus dem sich Therapieziele ableiten lassen. Die ICF setzt sich stark vereinfacht aus folgenden Bereichen zusammen (Schuntermann, 2003):

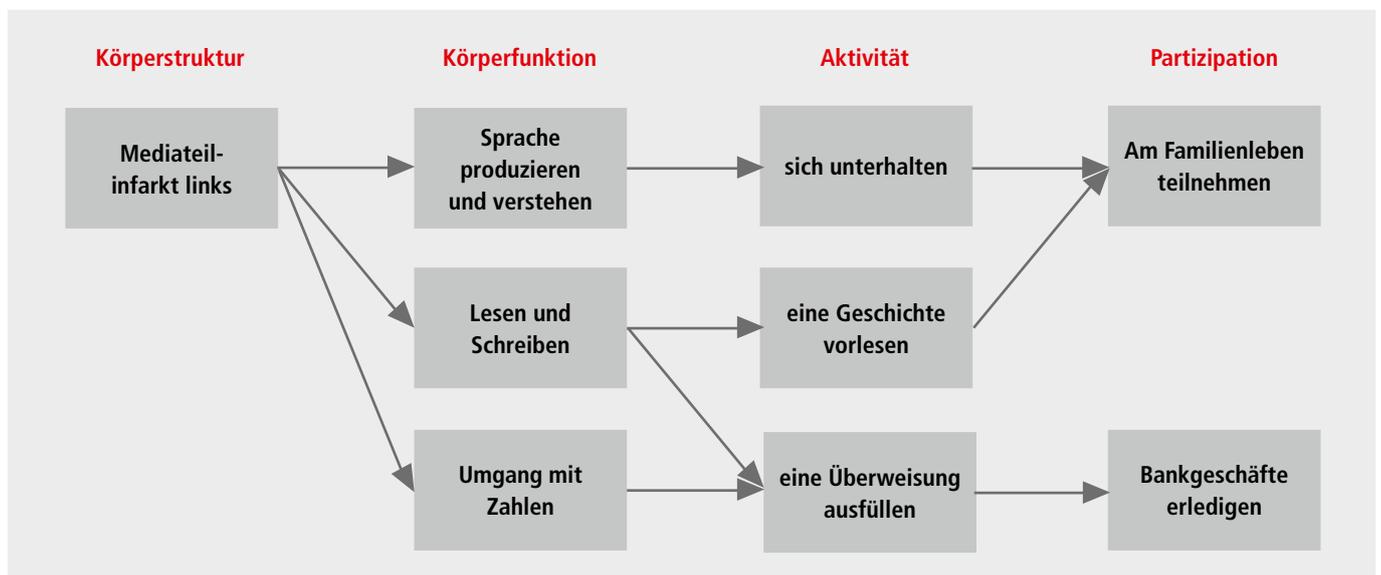
- ▶ **Körperstrukturen:** umfassen die anatomischen Teile des Körpers, wie Organe oder Gliedmaßen;
- ▶ **Körperfunktionen:** Darunter werden die kognitiven, motorischen, sensorischen oder physiologischen Funktionen von Körpersystemen verstanden;
- ▶ **Aktivitäten:** sind als Aufgaben oder Handlungen definiert, die eine Person durchführt;
- ▶ **Partizipation:** bedeutet die Teilnahme

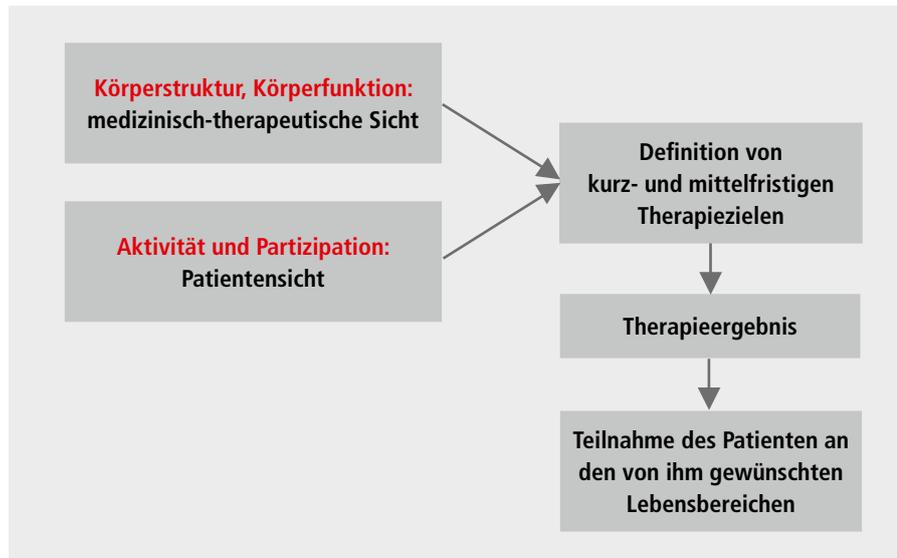
einer Person an einer Lebenssituation oder in einem Lebensbereich.

Um die vier Bereiche anhand eines Beispiels zu illustrieren, sei der Fall einer 65-jährigen Frau angenommen, die nach einem Mediateilinfarkt links Schwierigkeiten mit der Wortfindung, dem Sprachverständnis sowie mit dem Lesen, Schreiben und den Zahlen hat. Nach ihren Zielen befragt gibt sie an, dass es ihr wichtig sei, wieder die Rolle im Familienleben einzunehmen, die sie vor dem Schlaganfall gehabt habe. Zu ihren liebsten Aufgaben in der Familie habe es gehört, den Enkeln vorzulesen. Außerdem habe sie sich immer selbstständig um ihre finanziellen Angelegenheiten gekümmert. In der ICF wird der Mediateilinfarkt als eine Schädigung der Körperstruktur kodiert, genauer als Schädigung der Gehirnstruktur. Aus dieser Schädigung folgt eine Beeinträchtigung der Funktionen, Sprache zu produzieren und zu verstehen. Außerdem bestehen Beeinträchtigungen in den Funktionen Lesen, Schreiben und Rechnen. Aufgrund dieser Beeinträchtigungen hat die Patientin im Bereich der Aktivitäten Probleme damit, sich zu unterhalten, Märchen vorzulesen und eine Überweisung auszufüllen.

Dies führt zur Einschränkung in der Partizipation, da sie nicht mehr wie gewohnt am Familienleben teilnehmen oder ihre Bankgeschäfte erledigen kann. Einen schematischen Überblick über den Aufbau der ICF gibt Abbildung 1.

Auf der Basis der ICF lassen sich medizinisch-therapeutische Ziele in Ergänzung zu patientenzentrierten Zielen formulieren. So





geht es bei der Schädigung der Gehirnstruktur als Ziel darum, das Infarktareal möglichst klein zu halten. Dieses Ziel wird vor allem in der Akutphase der Erkrankung verfolgt und stellt damit eine typische Herausforderung für die Behandlung des Schlaganfalls in einer „stroke unit“ dar. Die aus dem Schlaganfall resultierenden Beeinträchtigungen der (Sprach-)Funktionen zu diagnostizieren, ist eine Aufgabe der SprachtherapeutInnen. Dazu stehen eine Reihe von Aphasiestests zur Verfügung.

Die subjektiven Wünsche der Patienten fließen in die Zielsetzung über ihre Angaben zu den Aktivitäten und zur Partizipation ein. Aus diesen Angaben leiten sich die mittelfristigen Ziele ab, die für das therapeutische Team zu übergeordneten Zielen werden. In der Sprachtherapie kommt es dann darauf an, die im Bereich der Funktionen diagnostizierten Beeinträchtigungen so weit zu minimieren, dass die Ziele der Patienten aus den Bereichen Aktivität und Partizipation erreicht werden können. Der Ablauf der Zielsetzung auf der Grundlage der ICF wird in Abbildung 2 dargestellt.

Ausblick

Klar definierte Therapieziele sind das häufigste Merkmal von erfolgreich arbeitenden Teams (McComb et al., 1999). Mit einer überprüfbaren Zielsetzung kommen SprachtherapeutInnen außerdem der Forderung nach einer Evaluation ihrer Therapie (Cholewa, 2003; Pössl et al., 2003) ein großes Stück näher. Schließlich binden Ziele, die in den ICF-Bereichen Aktivität und

Partizipation aufgestellt worden sind, Patienten und Angehörige als aktiv Beteiligte in den Rehabilitationsprozess ein. Um zur Definition solcher Ziele zu gelangen, sind jedoch noch einige Anstrengungen nötig. Dazu gehören:

- Die Formulierung klar definierter und auf den Alltag des Patienten bezogener Ziele muss gelernt werden. Wie unsere Erfahrungen zeigen, ist dafür ein Zeitraum von ca. einem halben Jahr zu veranschlagen (vgl. Glindemann, 2003).
- Ebenso sollten Aufbau und Anwendung der ICF in Fortbildungen behandelt werden. Denn es ist zu erwarten, dass die ICF als Modell für die Neuro-Rehabilitation zukünftig die entscheidende Rolle spielen wird.
- Das Konzept der persönlichen Navigation lässt sich nur dann umsetzen, wenn bereits in der Anamnese Fragen nach den individuellen Lebensbereichen gestellt werden. Damit liegt der Fokus nicht mehr länger auf dem Abfragen von sprachlichen Symptomen („Wie geht’s mit dem Lesen? Und wie ist es mit dem Verstehen?“), sondern auf Fragen nach den Wünschen eines Patienten („Was möchten Sie zu Hause gerne wieder tun?“).
- Sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Behandlung sollte ein Rahmen geschaffen werden, der eine Zielabsprache zwischen TherapeutInnen unterschiedlicher Professionen ermöglicht.
- Für den Zielsetzungsprozess sind Regeln zu etablieren, nach denen die Priorisie-

zung von Zielen und die Aufteilung in mittel- und kurzfristige Ziele erfolgen kann (McGrath, im Druck). Die Übernahme dieser Regeln als tägliche Routine in interdisziplinär arbeitenden Teams nimmt unserer Erfahrung nach ca. ein halbes Jahr in Anspruch.

Selbstverständlich sind diese Anstrengungen nicht umsonst zu haben. Sowohl die Schulungen als auch die Zeit für Zielabsprachen kosten Geld. Auch die Widerstände, die gegen eine ICF-basierte Zielsetzung auftreten können, sind nicht zu unterschätzen. TherapeutInnen sind es durch ihre Ausbildung gewohnt, Ziele nur innerhalb ihrer eigenen Profession und vor allem anhand von Symptomen zu definieren. Bei der Formulierung übergeordneter, gemeinsamer Ziele kann es zu Ängsten vor einer „Entprofessionalisierung“ kommen. Außerdem mag es einigen zu kompliziert erscheinen, in der Zielsetzung auch noch die Wünsche der Patienten zu berücksichtigen. Es lohnt sich jedoch, eventuelle Widerstände zu überwinden und Geld zu investieren, da es zur alltagsnahen Rehabilitation von Patienten mit neurologischen Erkrankungen keine Alternative gibt (Goldenberg et al., 2002).

Bandura, A. (2001). *Social foundations of thought and actions. A social cognitive theory.* New York: Prentice-Hall

Bauer, A.; de Langen-Müller, U.; Glindemann, R.; Schlenck, C. & Schlenck, K. J. (2002). Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie). *Aktuelle Neurologie* 29, 63 – 75

Bhogal, S. K.; Teasell, R. W. & Speechley, M. R. (2003a). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke* 34, 987 – 993

Bhogal S. K.; Teasell, R. W.; Foley, N. C. & Speechley, M. R. (2003b). Rehabilitation of aphasia: more is better. *Topics in Stroke Rehabilitation* 10, 66 – 76

Blanco, J. & Mäder, M. (1999). Dokumentation, Messung und Qualitätsmanagement. In: Frommelt, P. & Grötzbach, H. (Hrsg.). *NeuroRehabilitation*. Berlin: Blackwell

Cholewa, J. (2003). Fragestellungen der Sprachtherapieforschung. *Logos interdisziplinär* 11, 107 - 117
DIMDI (im Druck). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF. <http://www.dimdi.de>

Drechsler, R. (1999). Interdisziplinäre Teamarbeit in der Neurorehabilitation. In: Frommelt, P. & Grötzbach, H. (Hrsg.). *NeuroRehabilitation*. Berlin: Blackwell

Drechsler, R. (2000). Interdisziplinäre Teamarbeit. In: Sturm, W.; Herrmann, W. & Wallesch, C. W. (Hrsg.). *Lehrbuch der klinischen Neuropsychologie*. Lisse: Swets & Zeitlinger

Glindemann, R.; Pössl, J.; Ziegler, W. & Goldenberg, G. (2003). Erfahrungen mit individuellen Therapiezielen bei Patienten mit Aphasie. Vortrag bei der 3. Jahrestagung der Gesellschaft für Aphasieforschung und –behandlung, Leipzig

Goldenberg, G.; Pössl, J. & Ziegler, W. (2002). *Neuropsychologie im Alltag*. Stuttgart: Thieme

Grötzbach, H. (2004). Zur Effektivität von Aphasietherapie. *Neurologie und Rehabilitation* 10, 1-5

Hummelsheim, H. (2003). Neues in der motorischen Rehabilitation. Vortrag bei der Tagung der Deutschen

Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation, Weimar
Locke, E. A. (2002). Setting goals for life and happiness. In: Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Eds.). *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press
McComb, S.; Green, S. & Compton, W. (1999). Project goals, team performance, and shared understanding. *Journal of Engineering and Management* 11, 7 – 12

McGrath, J. (im Druck). Interdisziplinäre Zielplanung in neurologischer Rehabilitation. In: Frommelt, P. & Grötzbach, H. (Hrsg.). *NeuroRehabilitation*. Stuttgart: Thieme

Pössl, J.; Schellhorn, A.; Ziegler, W. & Goldenberg, G. (2003). Die Erstellung individueller Therapieziele als qualitätssichernde Maßnahme in der Rehabilitation hirngeschädigter Patienten. *Neurologie & Rehabilitation* 9, 62-70

Pulvermüller, F.; Neining, B.; Elbert, T.; Mohr, B.; Rockstroh, B.; Koebbel, P. & Taub, E. (2001). Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. *Stroke* 32, 1621-1626

Schuntermann, M. F. (2003). Einführung in die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). <http://www.vdr.de>

Sternberg, R. J. & Spear-Swerling, L. (1998). Personal navigation. In: Ferrari, M. & Sternberg, R. J. (Eds.). *Self awareness. Its nature and development*. New York: Guilford Press

Wade, D. (1999). Goal planning in rehabilitation: How? *Topics in Stroke Rehabilitation* 6, 16 - 36

WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*. Geneva. <http://www.who.int/classification/icf>

Dieser Beitrag basiert in Teilen auf den Ergebnissen des Forschungsprojekts „Verwendung der ICF in der sozialmedizinischen Beurteilung“, das von der BfA gefördert wird. Ich danke Dr. med. Peter Frommelt und Dipl.-Pol. Max Ueberle für ihre Unterstützung.

Summary

Setting goals in aphasia therapy

Two conditions are crucial for setting goals in aphasia therapy: First, goals have to be defined in a way that they are open for testing. This can be achieved by applying the SMART-rule which states that goals should be specific, measurable, achievable, relevant, and timed. Second, goals should reflect patients' personal aims. Thus, in setting goals emphasis no longer lies on establishing symptom lists. Instead, those life domains should be considered in which a patient wishes to participate. The importance of subjective aims is also stressed in the ICF-model developed by the World Health Organisation (WHO). Therefore, this model can be used as a basis for the goal setting process.

KEY WORDS: treatment goals – personal navigation – SMART-rule – ICF-model – interdisciplinary teamwork

Korrespondenzanschrift

Holger Grötzbach, M. A.
Asklepios Klinik Schaufling
Abteilung Sprachtherapie
Hausstein 2
94571 Schaufling
h.groetzbach@asklepios.com