

# Sind logopädische Störungsbilder Krankheiten?

## Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit in der Logopädie

Monika Rausch

**ZUSAMMENFASSUNG.** Der vorliegende Beitrag skizziert theoretische Vorstellungen von Krankheit in der Medizin und den Gesundheitswissenschaften u.a. in einer historischen Dimension und ergänzt die Überlegungen um Verweise auf subjektive Theorien von Patienten. Vor diesem Hintergrund wird nach der Bedeutung all dieser Vorstellungen für die Logopädie gefragt. Die fehlenden empirischen und theoretischen Antworten auf die dabei aufgeworfenen Fragen zeigen, dass das Verständnis von Krankheit und Gesundheit bisher zu wenig ausgearbeitet und erforscht ist. Dies wird aber für eine Ableitung zielgenauer Therapien und deren Evaluation sowie für eine gemeinsame Kommunikationsgrundlage in der Versorgungskette benötigt.

Schlüsselwörter: Logopädie – Gesundheit – Krankheit – Medizin – Gesundheitswissenschaften – Public Health – Theorien – Störungsbilder

### Erste Annäherung an Begriffe und ihren Gebrauch

Die Frage „Was ist Krankheit?“ ist auf den ersten Blick nicht schwer zu beantworten. Intuitiv und durch eigene Erfahrungen bestimmt entwickeln Menschen eine Vorstellung davon, was Krankheit ist. Dieser alltags-sprachliche Begriff von Krankheit ermöglicht es, Aussagen zu verstehen wie etwa: Die Kollegin kommt heute nicht, sie ist krank.

Ein fachsprachlicher Begriff von Krankheit bzw. des Begriffspaares Krankheit und Gesundheit ist aber nicht nur in der Medizin und ihren vielfältigen Teildisziplinen zu suchen, sondern auch in den verschiedenen Verhaltens- und Sozialwissenschaften und ihren Subdisziplinen: klinische Psychologie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Psychopathologie, Medizinsoziologie, Soziologie der Medizin, Gesundheitssoziologie, Sozialmedizin, Epidemiologie u.a.m. beschäftigen sich mit Krankheit und Gesundheit. Die Vielzahl der Wissenschaftsdisziplinen lässt erahnen, dass dabei eine Fülle von theoretischen Vorstellungen, Definitionen und Modelle entstanden

Der Beitrag basiert auf einem Vortrag der Autorin auf dem 41. Jahreskongress des dbl 2012 in Nürnberg mit dem Titel: „Sind logopädische Störungsbilder Krankheiten? Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit in der Logopädie“

den ist. Diese stehen nicht immer widerspruchsfrei zueinander, unterscheiden oder überschneiden sich und sind darüber hinaus auch Veränderungen im Verlauf der Zeit unterworfen.

Wenn nun Logopädinnen im Gesundheitswesen arbeiten, das in erster Linie um die Behandlung, Früherkennung und Verhütung von Krankheiten organisiert ist, liegt die Frage nahe, welches Krankheitsverständnis logopädischer Diagnostik und Therapie zugrunde liegt. Diese Frage ist keineswegs müßige akademische Gedankenakrobatik, sondern trifft in das Kerngebiet logopädischen Handelns. Ganz vereinfacht ausgedrückt könnte man sagen: ohne Krankheit keine Intervention! Ohne logopädisches Störungsbild keine logopädische Therapie! Nur wenn logopädische Störungsbilder als Krankheiten anerkannt werden, ist eine Versorgung im Gesundheitssystem vorgesehen. Da es aber unterschiedliche Vorstellungen von Krankheiten gibt (vgl. etwa Franke 2006), ist auch die Frage sinnvoll, welche Krankheitsvorstellungen Logopädinnen und Logopäden mit den jeweiligen Störungsbildern verbinden.

Im Folgenden sollen Krankheitsvorstellungen in der Medizin in der Dimension historischer Veränderungen skizziert werden. In einem weiteren Abschnitt werden Unterschiede und Überschneidungen zu Vorstellungen der Gesundheitswissenschaften herausgearbei-

### Prof. Dr. Monika Rausch

arbeitete nach dem staatlichen Examen im Jahr 1985 mehrere Jahre als Logopädin. 1996 schloss sie das Studium der Lehr- und Forschungslogopädie in Aachen ab und promovierte 2002 an der Universität Köln. Von 2002 bis 2011 war sie Präsidentin des dbl. Seitdem ist sie Professorin für Prävention an der EUFH in Rostock bzw. Brühl und bearbeitet die Forschungsschwerpunkte Prävention, Gesund altern sowie Theoriebildung der Logopädie.



tet und ausgewählte Aspekte von Krankheit aus Patientensicht angesprochen. Aus diesen theoretischen Überlegungen und aus ersten empirischen Daten werden Annahmen zu Vorstellungen in der Logopädie abgeleitet, die allerdings noch genauer zu untersuchen wären. Dennoch lassen sich Schlussfolgerungen ziehen, welche Gewinne für das Theoriefundament der Logopädie und damit für die Handlungsmöglichkeiten aus einer weiteren Bearbeitung der Frage zu erwarten sind.

### Krankheiten in der Medizin

In der Medizin ist der Krankheitsbegriff „die zentrale *theoretische* Begrifflichkeit“ (Hucklenbroich 2008, 4; Hervorh. i. Org.). Krankheitsentitäten sind im sog. „nosologischen System“<sup>1</sup> systematisiert und werden heute in Klassifikationssystemen, insbesondere der International Classification of Diseases (ICD) geordnet und kodiert. Dennoch wird das Fehlen einer „Darstellung der dem ganzen System zugrunde liegenden Unterscheidung zwischen gesund (bzw. normal) und krank (bzw. krankhaft)“ beklagt (Hucklenbroich, 2008, 4; Hervorh. i. Org.).

Die naturwissenschaftliche Perspektive der Medizin betrachtet den Menschen vorrangig als biologisches Wesen. Krankhafte Veränderungen dieses biologischen Wesens unter-

<sup>1</sup> Nosologie ist die Lehre von den Krankheiten

liegen den Gesetzen der Natur. Krankheiten sind damit unabhängig von einer Person und ihrer sozialen Umgebung zu sehen. Die weite Verbreitung dieser Sichtweise hängt mit der historischen Entwicklung der Medizin zusammen. Zuerst waren es Fortschritte in der anatomischen Forschung (wie z.B. die Entdeckung des Blutkreislaufs) und dann zunehmend zellbiologische Erkenntnisse, die die Ablösung der „Säftelehre“ der Antike (Hippokrates, Aristoteles, Galen) ermöglichten, die immerhin etwa 2000 Jahre die westliche Medizin bestimmt hatte.

Ende des 19. Jhd. wurde so das Wissen über den menschlichen Körper und seine krankheitsbedingten Veränderungen wesentlich erweitert. Die Entdeckung von Krankheits-erregern wie des Typhus- oder Choleraerregers, neue Möglichkeiten von Impfungen, medikamentösen Behandlungen und diagnostischen Techniken wie beispielsweise das Mikroskopieren erwiesen sich als bahnbrechend für erfolgreiche Krankheitsbehandlung und Vorbeugung und bestimmten damit das Bild von Krankheit. Das immer detailliertere Wissen über die kleinsten Bausteine und Funktionsweisen der Biologie des Menschen ermöglichte immer vielfältigere (Be-)Handlungsmöglichkeiten<sup>2</sup>.

Der Mensch erscheint dabei als eine hochkomplizierte Maschine, deren Defekte, die Krankheiten, durch die Medizin umso besser repariert werden können, je besser die Teile und deren Funktionen bekannt sind. Bis heute nehmen Anatomie, Physiologie, Biochemie und Pathologie, auf denen der Erfolg der bio-organischen Medizin aufbaut, mehr Raum im Medizinstudium ein als Psychosomatik, Psychologie oder Sozialmedizin.

Dabei traten im Laufe der Zeit besondere Herausforderungen für das bio-organische Krankheitsmodell der Medizin auf. In den 1970er Jahren etwa wurde der Status psychischer Krankheiten diskutiert. Der sog. „Krankheitsmythos der Psychopathologie“ (Keupp 1972) drückt das Unbehagen einer noch jungen klinische Psychologie und der Psychiatriekritik aus, das Wesen psychischer Störungen mit dem Organmodell der Medizin zu fassen. Die Frage lautete also ganz ähnlich wie in der Überschrift dieses Beitrags: Sind psychische Störungen Krankheiten?

Im Kontext der damaligen Debatte wurde die Psyche ins Blickfeld der Betrachtung von Krankheit gerückt. Im bio-organischen Modell ist der Nachweis einer bestimmten

Veränderung der kleinsten isolierbaren Einheiten des Körpers, letztlich eine biochemische Störung, das entscheidende Kriterium für Krankheiten (Engel 1979). Während in den 1970er Jahren für psychische Erkrankungen diese biochemische Störung noch nicht nachgewiesen werden konnte, brachten die technologischen Entwicklungen u.a. der bildgebenden Verfahren neue anatomische und v.a. physiologische Erkenntnisse und führten zu einer Renaissance des bio-organischen Modells.

Die Dominanz des bio-organischen Modells wird verständlicher, wenn man die Zeitdimension seiner Entwicklung betrachtet. Gut 2000 Jahre bildete die sog. Säftelehre (Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle) das Verständnis von Krankheiten und die Grundlage für Behandlungen. Es brauchte gut 400 Jahre, um immer weitere Detailkenntnisse über den menschlichen Körper zusammenzutragen und für das Verständnis von Krankheit nutzbar zu machen. Vor gut 100 Jahren begann mit der Erregerlehre die eigentliche Erfolgsgeschichte der modernen Medizin, die sich in der jüngeren Geschichte durch technologische Fortschritte wie bildgebende Verfahren, Fortschritte bei Operationstechniken und in der Entschlüsselung des menschlichen Genoms fortgesetzt hat.

Die Erweiterung des bio-organischen Modells um die psychische Dimension, eine psychosomatische Sichtweise und die Betrachtung von Krankheitsfolgen ist gerade einmal knappe 50 Jahre alt. Und die ICF, die auch noch die soziale Dimension von Krankheit und die Umgebungsfaktoren in die Betrachtung einbezieht, ist erst 2001 von der Weltgesundheitsorganisation verabschiedet worden. Das Vorliegen einer objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen und/oder seelischen Störung bildet aber bis heute das Kernstück einer medizinischen Definition von Krankheit, wenn auch nicht mehr das einzige Kriterium. Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung, Folgen für das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden und die Notwendigkeit medizinischer Versorgung gelten inzwischen als ergänzende Kriterien (Franke 2006, 54).

Das biomedizinische Krankheitsverständnis ist mehrfach kritisiert worden (Engel 1979, Illich 1981, zusammenfassend z.B. bei Faltermaier 2005) und wird als veraltet und überholt bezeichnet (etwa bei Renneberg & Lippke 2006, 9). Dennoch ist für die Logopädie zu fragen, inwieweit das biomedizinische Krankheitsverständnis mit der Betonung gestörter Körperfunktionen und -strukturen noch die Modelle logopädischer Störungsbilder (mit)bestimmt.

## Krankheiten in den Gesundheitswissenschaften

Der Begriff Gesundheitswissenschaften ist ein relativ neuer Begriff, mit dem ein interdisziplinäres, wissenschaftliches Arbeitsfeld gefasst wird (Blättner & Waller 2011, Kolip 2002). Die Gesundheitswissenschaften nehmen in dreifacher Hinsicht eine andere Perspektive ein:

- Sie betrachten primär *Gesundheit* und die Faktoren, die zur Wiedererlangung und Aufrechterhaltung von Gesundheit beitragen. Krankheit ist danach ein Gesundheitsproblem, das nur sekundär von Interesse ist.
- Sie betrachten vorrangig den Gesundheitszustand von *Bevölkerung* und gesellschaftlichen Gruppen. Gleich bezeichnete Krankheiten und ihre statistische Erfassung treten dabei in den Vordergrund. Individuelle Krankheitsausprägungen sind in dieser Perspektive von nachrangigem Interesse.
- Sie betrachten verstärkt die *psychosozialen* Bedingungen, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung beeinflussen.

Die Ausdifferenzierung der Gesundheitswissenschaften wurde durch verschiedene Entwicklungen begünstigt. Dazu gehört die Veränderung des Krankheitsspektrums, bei der der Anteil der akuten, infektiösen Krankheiten zurückging und der Anteil der chronischen, nicht-infektiösen Krankheiten zunahm. Dabei war die Abnahme der Infektionskrankheiten nicht allein auf individualmedizinische Versorgung zurückzuführen, sondern beruht auf bevölkerungsbezogenen Maßnahmen wie Hygiene, Impfungen, Lebensmittelsicherheit, Verkehrssicherheit etc.

Die in den modernen Gesellschaften deutlich gestiegene Lebenserwartung ist also zum größten Teil auf diese Maßnahmen für die Gesundheit der Allgemeinheit (Public Health) zurückzuführen sowie auf Maßnahmen, die auf Veränderungen von Verhalten und Verhältnissen ausgerichtet sind. Gleichzeitig hat die Public-Health-Perspektive, die sich gerade auch in der Arbeit der Weltgesundheitsorganisation widerspiegelt, den Fokus auf die psychosozialen Faktoren von Gesundheit und Krankheit gelegt.

Für die Logopädie ergibt sich aus dieser hier knapp skizzierten gesundheitswissenschaftlichen Perspektive die Frage, inwieweit Verständnis und Erklärungsansätze für logopädische Störungsbilder in diese bevölkerungsbezogene, auf Gesundheit und deren psycho-soziale Bedingungen gerichtete Sichtweise eingeordnet werden können.

<sup>2</sup> Eine ausführlichere Beschreibung der historischen Entwicklung des biomedizinischen Modells findet sich beispielsweise bei Klempner (2011)

## Krankheiten aus Patientensicht

Erklärungsversuche für das Phänomen Krankheit ziehen sich durch alle Kulturen. Als vorwissenschaftliche oder subjektive Theorien werden diese Erklärungen bezeichnet, wenn sie auf unsystematischen Beobachtungen beruhen und nicht empirisch bestätigt sind. Sie sind an individuelle Erfahrungen und Interpretationen gebunden, werden durch Erziehung und Traditionen vermittelt und spielen in der täglichen Praxis der Gesundheitsversorgung eine nicht zu unterschätzende Rolle (Niehoff 2011, 25).

Welche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit Patientinnen und Patienten mitbringen, die eine logopädische Therapie beginnen, wie sich diese Vorstellungen unter der Therapie verändern bzw. welchen Einfluss Krankheitstheorien von Patienten auf den Verlauf der Therapie nehmen, all diese Fragen sind für Menschen mit logopädischem Behandlungsbedarf bisher kaum untersucht. Deshalb können Aussagen über subjektive Theorien von Patienten bisher nur hypothetisch und ohne Anspruch auf Vollständigkeit formuliert werden.

- Aus der Infektiologie hervorgegangen ist die Verknüpfung von Erreger und Wirkung, die zum kausalen Denken im Krankheitsgeschehen führt: Krankheiten haben eine Ursache – oder sind multikausal verursacht. Auch Patienten schreiben gesundheitliche Probleme bestimmten Ursachen zu. Subjektive Ursachenzuschreibungen sind vermutlich auch in der logopädischen Therapie von Interesse.
- Die Bedeutung des Begriffs „Symptom“ hat sich verändert (Aronowitz 2004). Wurden Symptome zu Beginn des 20. Jhd. noch als klinische Zeichen verstanden, die vom Patienten subjektiv erlebt und vom Arzt gedeutet wurden, werden Symptome heute immer mehr mit dem Anspruch von Objektivierbarkeit verbunden. Das subjektive Erleben verliert an Bedeutung für das Krankheits- und Therapiegeschehen. Wie groß der Anspruch an objektivierbare Befunde in der Logopädie ist, in welchem Maße Patienten ihr subjektives Erleben in eine logopädische Therapie einbringen können und welche Auswirkungen das auf die logopädische Therapie hat, wäre für eine weitere Erforschung von Wirkfaktoren in der Therapie von Interesse.
- Aufgrund der immer genaueren anatomisch-physiologischen und biochemischen Kenntnisse verlagert sich das Krankheitsgeschehen auf immer

tieferliegende Ebenen (Aronowitz 2004). War zu Beginn der modernen Medizin noch der gesamte Mensch krank, gerieten immer mehr die Organe und die zugrundeliegenden biochemischen, zellulären, molekularen und genetischen Zusammenhänge in den Blick. Diese Ausdifferenzierung von Spezialwissen wirkt sich auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient aus. Das hochspezialisierte Wissen ist nur noch schwer zu kommunizieren und wird vom Patienten u.U. nur eingeschränkt verstanden. Damit verschiebt sich aber auch die Verantwortung für die Behandlung. Beiträge zur Gesunderhaltung und Gesundung scheinen angesichts der Komplexität in erster Linie von den Professionellen, weniger von den Laien leistbar. Inwieweit das auch auf das Patient-Therapeut-Verhältnis in der Logopädie zutrifft, wäre ebenfalls für die Ausgestaltung wirksamer logopädischer Therapie von Interesse.

Von subjektiven Ursachenzuschreibungen, individuellem Krankheitserleben- und -verhalten sowie Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, Be-handlung und erfüllten bzw. nichterfüllten Erwartungen sind demnach Einflüsse auf die Gesundung und Gesunderhaltung auch von Patienten logopädischer Behandlung zu erwarten. Diese Konzepte bieten daher auch Ansatzpunkte für entsprechende gesundheitswissenschaftliche Forschung für die Logopädie.

Sprachliche Kommunikation hat dabei eine besondere Bedeutung für die Beziehungsarbeit, mit der Menschen in alltäglichen sprachlichen Interaktionen ihre Position in der Gesellschaft erfahren und behaupten. Dies gilt auch und möglicherweise in besonderem Maße für Menschen mit Sprach-, Sprech- oder Stimmstörungen (vgl. etwa Bauer & Auer 2009 für das Aphasie-management in alltäglichen Gesprächen). Auch für das Krankheitserleben und -verhalten und die Prozesse von Krankheitsverarbeitung spielt sprachliche Kommunikation eine besondere Rolle. Umso wichtiger erscheint vor diesem Hintergrund die Erforschung der Patientenperspektive von Menschen mit sprachlich-kommunikativen Einschränkungen.

Für die Logopädie ergibt sich aus dieser Betrachtung nicht nur ein erheblicher Forschungsbedarf in Bezug auf die Patientenperspektive, sondern eben auch die Frage nach subjektiven Theorien von Logopädinnen, die in diesem Beitrag aufgeworfen wird.

## Vorstellungen in der Logopädie

Die Logopädie als Teil der Gesundheitsversorgung befindet sich zwischen den noch jungen und sehr vielgestaltigen Theorievorstellungen der Gesundheitswissenschaften, den Theorievorstellungen einer bio-organischen Medizin und den subjektiven Theorien der Patienten. Logopädie in Deutschland ist, gemessen an der Verabschiedung des Berufsgesetzes vor gut 30 Jahren, noch eine junge Disziplin und gemessen an den Entwicklungen einer wissenschaftlichen Logopädie noch kaum den akademischen Kinderschuhen entwachsen. Eine wissenschafts- und erkenntnistheoretische Debatte theoretischer Konzepte und ein ausgearbeiteter logopädienspezifischer Krankheitsbegriff sind vor diesem Hintergrund noch nicht zu erwarten.

Erste Anhaltspunkte für das Krankheitsverständnis der Logopädie finden sich im Sprachgebrauch logopädischer Publikationen. Eine Schlagwortsuche beispielsweise mit den Begriffen Sprachkrankheit, Stimmkrankheit, Sprechkrankheit oder Schluckkrankheit oder auch Spracherkrankung, Stimmerkrankung, Sprecherkrankung oder Schluckerkrankung ergibt nur vereinzelte Veröffentlichungen, die einen oder mehrere der Begriffe tatsächlich verwenden, wie beispielsweise der Bericht über den dgss-Kongress 2009, der unter der Überschrift „Bedeutung von Stimm- und Sprachkrankheiten“ in der Zeitschrift Sprache–Stimme–Gehör veröffentlicht wurde.

Die Wörter Krankheit, Erkrankung oder krank werden allenfalls mit „Stimme“ kombiniert und dabei in der Regel synonym mit Stimmstörungen oder Dysphonie verwendet. Mehrheitlich werden die in logopädischen Therapien behandelten Beeinträchtigungen aber als Störungen oder Störungsbilder bezeichnet. Aus dieser Unterscheidung könnte geschlossen werden, dass Logopädinnen Stottern, Aphasien, Sprachentwicklungsstörungen oder Stimmstörungen auch nicht als Krankheiten verstehen.

Dieser erste Eindruck wird dadurch verstärkt, dass in zahlreichen Veröffentlichungen die Begriffe Sprachstörungen, Sprechstörungen oder Schluckstörungen mit Variationen der Schlagworte Krankheit, Erkrankung oder krank kombiniert werden:

Sprach-, Sprech-, Stimm- und/oder Schluckstörungen...

- ... bei neurologischen Erkrankungen
- ... bei neuromuskulären Erkrankungen
- ... bei degenerativen Erkrankungen
- ... bei Demenzzkranken
- ... chronisch Kranken

In diesem Begriffsgebrauch wird deutlich, dass die Störungen zwar mit den eigentlichen Erkrankungen in Verbindung stehen, aber nicht die Krankheit selbst sind. Sonst könnten die Begriffe auch synonym gebraucht werden. Vereinzelt werden Fragen wie „Welchen Krankheitswert besitzt eine Störung?“ (de Langen-Müller 2005, 188) aufgeworfen. Oder in anderer Formulierung: „Kann die Medizin SES als Krankheit auffassen?“ (Ptok 2000, 175). Auch hier werden Störung und Krankheit nicht einfach gleichgesetzt, sondern möglicherweise von einem Krankheitsverständnis unterschieden, das in der Logopädie nicht geteilt wird.

Die bisherige Darstellung hat gezeigt, dass Medizin und Gesundheitswissenschaften unterschiedliche Krankheits- (und Gesundheits-)Modelle anbieten. Die sich andeutende Unterscheidung von Krankheiten und Störungsbildern könnte an den verschiedenen Aspekten der jeweiligen Modelle überprüft werden.

So wäre nach der Bedeutung von Kausalität und Multikausalität für logopädische Störungsbilder und deren Bedeutung für die Ableitung von Therapie zu fragen: In welchem Umfang ist ätiologisches Denken als ein Aspekt eines biomedizinischen Krankheitsverständnisses in der Logopädie zu finden? Der Anspruch auf Objektivität von Befunden und Symptomen ist ein weiterer Aspekt, der die Frage aufwirft, inwieweit dieser Anspruch auch für logopädische Störungsbilder gilt und mit differenzialdiagnostischer Unterscheidung von Krankheitsentitäten verbunden ist. Weitere Aspekte sind die Rolle der Subjektivität und die Verteilung von Verantwortlichkeiten in der Therapie. Spielt subjektives Erleben der jeweiligen Störung eine Rolle für die Diagnose und Indikationsstellung? Aus den verschiedenen gesundheitswissenschaftlichen Modellen entstehen weitere Fragen: Werden in den theoretischen Grundlagen logopädischer Störungsbilder biologische, psychische, soziale und Umgebungsfaktoren systematisch unterschieden und in Hinblick auf mögliche Einflüsse in der Therapie erfasst? Sind Risiko- und Schutzfaktoren bekannt und welche Einflüsse auf logopädische Störungsbilder gibt es? Gibt es eine bevölkerungsbezogene Sichtweise auf logopädische Störungsbilder und darauf bezogene Interventionen?

All diese Fragen zu formulieren bedeutet, einerseits nach der Anschlussfähigkeit von Theorien und Modellen logopädischer Störungsbilder zu fragen und andererseits nach Ansatzpunkten für therapeutische und präventive Interventionen zu suchen. Bei der Ableitung einer paxisrelevanten Therapietheorie

aus einer Krankheits- bzw. Störungsbildtheorie sind dann auch Aspekte subjektiver Theorien von Patienten zu berücksichtigen wie etwa subjektive Ursachenzuschreibungen, Therapieerwartungen, subjektive Ziele oder auch das Thema „Face-work“ bzw. Stigma (Bauer & Auer 2009).

In Bezug auf das Krankheitsverständnis der Logopädie müssen heute angesichts des Mangels an Daten all diese Fragen noch offen bleiben. Wegen der angenommenen Bedeutung für die Therapie erscheint das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in der Logopädie aber als ein lohnendes Forschungsfeld.

## Schlussfolgerungen

Versorgung im Gesundheitswesen beruht auf arbeitsteiligen Prozessen. Zusammenarbeit ist dafür eine grundlegende Voraussetzung. Deshalb wird eine konsensfähiger Krankheitsbegriff benötigt, der vier Bedingungen erfüllen muss. Er muss:

- für die Indikation hinreichend trennscharf sein,
- Erklärungspotenzial für Interventionsansätze bieten,
- von allen Beteiligten geteilt werden bzw. anschlussfähig sein und
- subjektive Elemente in objektive Modelle integrieren bzw. Patientenbeteiligung im Sinne von Empowerment ermöglichen.

In einem Gesundheitswesen, in dem die Gemeinschaft (aller Versicherten) die Leistungen bezahlt, muss möglichst eindeutig festgelegt sein, in welchem Fall eine Therapiemaßnahme bezahlt wird. Die Indikation wird damit zum „Label“, das den Zugang zur Versorgung ermöglicht. Der Heilmittelkatalog listet Indikationen auf, für die eine Therapiemaßnahme bezahlt wird. Mutismus beispielsweise ist kein „Label“, das im Heilmittelkatalog mit dem Recht auf logopädische Therapie verbunden ist. Durch den Rückgriff auf ein anschlussfähiges Krankheitsmodell können objektivierbare und subjektiv erlebte Einschränkungen der sprachlichen Kommunikationsfähigkeit abgebildet und als Krankheit im Sinne des konsentierten Krankheitsmodells begründet werden oder eben auch nicht.

Krankheitsmodelle repräsentieren Faktoren und Wechselwirkungen und bieten damit Ansatzpunkte für Interventionen. Wer beispielsweise Stottern als Symptom eines unbewussten chronischen Angst-Konflikts erklärt, wird auch eine tiefenpsychologische Herangehensweise in der Therapie wählen (Kollbrunner 2004). Wer eine anregungsarme sprachliche Umgebung als Hauptursache

für eine Sprachentwicklungsstörungen betrachtet, wird die Beeinflussung der sprachlichen Umgebung (z.B. in Form von Elternberatung) als angemessene Vorgehensweise betrachtet. Aus theoretischen Vorstellungen von Störungsbildern, die in Krankheitsmodellen abgebildet werden, können entsprechende Ansatzpunkte für eine Intervention aber nur dann abgeleitet werden, wenn die Zusammenhänge theoretisch plausibel und empirisch belegt sind. Außerdem lassen hinreichend spezifizierte Störungsbildmodelle auch alternative Vorgehensweisen erkennen, die dann im Vergleich evaluiert werden können. Neben der Anrengungsarmut im o.g. Beispiel könnte eine Sprachverarbeitungsstörung als Erklärung für die Sprachentwicklungsstörung herangezogen werden, die durch eine den Verarbeitungsfähigkeiten angepasste Spezifizierung des sprachlichen Inputs zu behandeln wäre.

Die Abbildung von Körperfunktionen (hier: Funktionen des Gehirns) und von Umgebungsfaktoren (hier: die Reichhaltigkeit des sprachlichen Inputs) im Modell erlaubt dann sowohl differenzialdiagnostische Überlegungen als auch die gezielte Auswahl von Maßnahmen. Gleichzeitig bilden die theoretische Vorstellungen von Krankheit bzw. von Störungsbildern den Interpretationsrahmen, in dem am Ende einer Therapiephase Outcome-Daten interpretiert werden. Theorien von Krankheit und Störungsbildern müssten somit Ansatzpunkte für die Evaluation individueller Therapien und für Evidenzen manueller Therapiemethoden bieten.

Ein konsensfähiges Krankheitsmodell bildet schließlich auch die Voraussetzung für eine funktionierende Kommunikation zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen, einschließlich der Patienten, die Therapie in Anspruch nehmen. Insofern spielen hier nicht nur wissenschaftliche Modelle und Theorien eine Rolle, sondern ebenso subjektive Theorien der Beteiligten.

## Zusammenfassung und Fazit

Bei einem oberflächlich geteilten umgangssprachlichen Verständnis von Krankheit erscheint das wissenschaftliche Verständnis von Krankheit bezogen auf logopädische Störungsbilder noch zu wenig ausgearbeitet. Dabei gilt für die zukünftige Begriffsbestimmung: „Auch wissenschaftliche (Re-)Konstruktionen bleiben immer unvollständige Annäherungen, die nur durch bestimmte Fragestellungen zu begründen sind“ (Borgetto & Siegel 2009, 112).

Die primäre Fragestellung der Logopädie gilt der Intervention: Welche Wirkfaktoren in einem dynamischen, mehrdimensionalen Gesundheits-Krankheitskontinuum können wie beeinflusst werden? Dabei zeigen die hier angestellten Überlegungen, dass die Logopädie Theorien braucht, die sich nicht auf die bio-organische Dimension von Störungsbildern reduzieren lassen, sondern psychische und soziale Wirkfaktoren systematisch einbeziehen muss, um wirksame Therapien entwickeln und auch überprüfen zu können. Es lohnt sich also, die vorhandenen Vorstellungen genauer zu erforschen und gemeinsam mit Praktikern, Wissenschaftlern und Patienten weiterzuentwickeln, um durch ein besseres Verständnis von Wirkmechanismen zielgenauere Interventionen zu erarbeiten und in die interdisziplinäre Versorgungskette einpassen zu können.

## LITERATUR

- Aronowitz, R.A. (2004). When do symptoms become a disease? In: Caplan, A.L., McCartney, J.J. & Sisti, D.A. (Hrsg.), *Health, disease, and illness: concepts in medicine* (65-72). Washington: University Press
- Bauer, A. & Auer, P. (2009). *Aphasie im Alltag*. Stuttgart: Thieme
- Blättner, B. & Waller, H. (2011). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung*. Stuttgart: Kohlhammer
- Borgetto, B. & Siegel, A. (2009). *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und*

*Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns*. Bern: Huber

- de Langen-Müller, U. (2005). Von der Ankunft des Leib-Seele-Problems in der Sprachtherapie. *Die Sprachheilarbeit* 4 (50), 187-189
- Engel, G.L. (1979). Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In: Keupp, H. (Hrsg.), *Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse* (63-85). München: Urban & Schwarzenberg
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Franke, A. (2006). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber
- Hucklenbroich, P. (2008). „Normal – anders – krank“: Begriffsklärungen und theoretische Grundlagen zum Krankheitsbegriff. In: Groß, D., Müller, S. & Steinmetzer, J. (Hrsg.), *Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin* (3-31). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Illich, I. (1981). *Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens*. Hamburg: Rowohlt
- Keupp, H. (Hrsg.) (1972). *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse*. München: Urban & Schwarzenberg
- Klemperer, D. (2011). *Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Huber
- Kolip, P. (Hrsg.) (2002). *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Weinheim: Juventa
- Kollbrunner, J. (2004). *Psychodynamik des Stotterns. Psychosoziale Ursachen, Stottertheorien, tiefenpsychologisch orientierte Therapie. Zukunftsperspektiven der Sprachtherapieausbildung*. Stuttgart: Kohlhammer
- Niehoff, J.-U. (2011). *Sozialmedizin systematisch*. Bremen: UNI-MED
- Ptok, M. (2000). Medizin. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 1: Selbstverständnis und theoretische Grundlagen* (169-183). Stuttgart: Kohlhammer
- Renneberg, B. & Lippke, S. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In: Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (7-12). Berlin: Springer

### SUMMARY. Should speech disorders be called diseases? Subjective theories of health and disease in logopedics

This article presents theoretical considerations of "disease" in medical research and health sciences from a historical perspective including some references to "subjective theories" of patients. It asks for the impact of these considerations on logopedics and speech-language interventions. There are just a few theoretical and empirical answers to these questions and it was concluded, that more scientific work and research on concepts of "disease" and "health" has to be done. This is needed for pinpoint interventions, adequate evaluation and a common basis for communication in health care.

KEYWORDS: logopedics – health – disease – medical research – health care – public health – research – symptoms of diseases

### DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))

10.2443/skv-s-2012-53020120502

### Autorin

Prof. Dr. Monika Rausch  
Europäische Fachhochschule Rhein/Erft – EUFH  
Studienzentrum Rostock – Angewandte  
Gesundheitswissenschaften  
Werftstr. 5  
18057 Rostock  
m.rausch@eufh.de