

Holger Grötzbach | Hrsg.

THERAPIEINTENSITÄT
in der Sprachtherapie/Logopädie

Holger Grötzbach | Hrsg.

THERAPIE INTENSITÄT

in der **Sprachtherapie/Logopädie**



Schulz-
Kirchner
Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2017

ISBN 978-3-8248-1206-6

eISBN 978-3-8248-9987-6

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2017

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Haberkamm

Fachlektorat: Dr. Christiane Lücking

Lektorat: Doris Zimmermann

Layout: Petra Jeck

Titelfoto: © Xaver Klaussner – Fotolia

Druck und Bindung:

medienhaus Plump GmbH, Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Die Informationen in diesem Buch sind von dem Herausgeber und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung des Herausgebers bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort des Herausgebers	7
	Holger Grötzbach Ulla Beushausen	
1	Intensität in der Sprachtherapie: Grundlagen	9
	Annette Baumgärtner	
2	Intensität in der Aphasietherapie	41
	Ingrid Aichert Anja Staiger	
3	Qualitative und quantitative Aspekte therapeutischer Maßnahmen bei Sprechapraxie	69
	Andrea Hofmayer	
4	Intensität in der Dysphagietherapie	85
	Ulla Beushausen	
5	Intensität in der Stimmtherapie	107
	Claudia Iven Bernd Hansen	
6	Intensivtherapie bei Stottern	135
	Judith Beier Julia Siegmüller	
7	Intensität in der Kindersprachtherapie – was wir wissen und wo wir stehen	159
	Julia Siegmüller Judith Beier	
8	Identifikation von manipulierbaren Intensitätskriterien in der inputorientierten Therapie der Verbzweitstellung	185
	Franziska Melching Ulla Beushausen	
9	Therapieintensität bei Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen – ein systematischer Review....	213
	Cordula Winterholler	
10	Intensität in der Sprachtherapie im Spannungsfeld von Forschung – Gesetzgebung – Allokation	235
	Die Autorinnen und Autoren	251

Vorwort des Herausgebers

Personen mit einer Sprach-, Sprech-, Stimm- oder Schluckstörung beginnen ihre Behandlung mit der Erwartung, dass ihre jeweilige Störung beseitigt oder zumindest reduziert wird. Diese Erwartung spiegelt sich in dem Anspruch der Sprachtherapeut(inn)en und Logopäd(inn)en wider, effektive oder wirksame Therapien anzubieten.

Zu den Elementen, die einer effektiven Therapie zugrunde liegen, gehört die Behandlungsintensität. Sie setzt sich aus mehreren, voneinander unabhängigen Faktoren zusammen, die in Kapitel 1 erläutert und in einem Modell dargestellt werden. Über den Einfluss der verschiedenen Faktoren auf den Therapieerfolg ist bislang noch wenig bekannt. Eine Ausnahme stellt jedoch der Faktor „Therapiefrequenz“ dar, der sich vor allem in der Aphasietherapie als bedeutsam erwiesen hat. So besteht inzwischen Übereinstimmung darüber, dass eine Aphasietherapie mit einer Behandlungsfrequenz von weniger als 300 Minuten pro Woche unwirksam ist.

Mit dieser Übereinstimmung sind allerdings einige Fragen verbunden. Zu ihnen zählt, ob sich die hohe Therapiefrequenz nur auf die Aphasietherapie oder auch auf andere Störungen positiv auswirkt. Eine andere Frage gilt der optimalen Dosierung: Wächst der Therapieerfolg in demselben Ausmaß an, in dem die Therapiefrequenz erhöht wird, oder gibt es eine Sättigungsgrenze, ab der keine weiteren Verbesserungen mehr zu erreichen sind? Besteht zudem die Gefahr, dass die hohe Frequenz zu unerwünschten Nebenwirkungen führt, da Patient(inn)en damit überfordert werden und ihre Therapie deshalb vorzeitig abbrechen? Schließlich ist zu klären, wie die Intensitätsfaktoren auf der Grundlage des Heilmittelkatalogs und der personellen Ressourcen im therapeutischen Alltag umgesetzt werden können.

Das vorliegende Buch greift diese Fragen auf, indem ausgewiesene Expert(inn)en den derzeitigen Wissensstand über die Bedeutung der Therapieintensität für die Behandlung der Aphasie (Kapitel 2), der Sprechapraxie (Kapitel 3), der Dysphagie (Kapitel 4), der Stimmstörungen (Kapitel 5), der Redeflussstörungen (Kapitel 6) und der umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen (Kapitel 7, 8 und 9) zusammenfassen. Gleichzeitig informieren sie über die Möglichkeiten und Grenzen, die mit einer intensiven Sprachtherapie oder Logopädie verbunden sind. Das Buch endet mit dem Kapitel 10, in dem die gesetzlichen Grundlagen sowie die in der nächsten Zeit anstehenden Veränderungen zur Verordnung intensiver Sprachtherapie oder Logopädie dargestellt werden.

Mein Dank geht an die Autor(inn)en, die in ihren Beiträgen nicht nur auf die evidenzbasierten Befunde zur Therapieintensität, sondern auch auf die Umsetzung der Befunde in den therapeutischen Alltag eingehen. Außerdem werden in den Beiträgen Forschungslücken identifiziert, die es in der Zukunft zu schließen gilt. Ich bedanke mich außerdem bei den Mitarbeiter(inn)en des Schulz-Kirchner Verlags, die stets ein offenes Ohr für meine Wünsche gehabt haben. Insbesondere gilt mein Dank jedoch Frau Zimmermann, die das Buch lektoriert hat. Es war schön, in Frau Zimmermann eine Ansprechpartnerin gefunden zu haben, die ebenso wie ich die frühen Morgenstunden als Arbeitszeit schätzt. Zusammen haben wir als frühe Vögel manchen Wurm gefangen. Ebenso gilt mein Dank Frau Jeck für das Layout.

Im gesamten Buch wechseln die Geschlechtsbezeichnungen von Personen willkürlich. Dies geschieht, um die umständliche Nennung der beiden Geschlechter zu vermeiden. Dennoch sind in jedem Fall ausdrücklich beide Geschlechter gemeint. Ebenso werden die Begriffe Sprachtherapie und Logopädie willkürlich verwendet, obwohl stets die Kolleg(inn)en beider Professionen angesprochen sind.

Holger Grötzbach
Schaufling, Dezember 2016

Intensität in der Sprachtherapie: Grundlagen

Holger Grötzbach | Ulla Beushausen

Das erste Kapitel gibt einen Überblick über diejenigen Faktoren, die die Intensität (sprach)-therapeutischer Interventionen ausmachen. Zu ihnen gehören die Therapieart, die Dosis, die Therapiefrequenz, das Inter-Therapie-Intervall, der Therapiezeitraum und die kumulative Therapieintensität. Diese Faktoren werden in einem (Sprachtherapie)-Intensitätsmodell zusammengefasst, um ihre Interaktion zu illustrieren. Da die Art der Therapie, das Therapiesetting sowie Patienten- und Therapeuten-Variablen ebenfalls einen Einfluss auf die Therapieintensität haben, wird sprachliches Verhalten ausgehend von einem Motor-Learning-Ansatz mithilfe der Prinzipien des motorischen Lernens (PML) beschrieben. Dazu zählen insbesondere die Strukturierung der Therapie in der Übungsphase, die Art des therapeutischen Feedbacks und die Lenkung des Aufmerksamkeitsfokus. Das Kapitel schließt mit der Aufzählung einiger Punkte, für die noch Forschungsbedarf vorliegt.

Seit einiger Zeit stehen Fragen zur optimalen Intensität sprachtherapeutischer Interventionen im Fokus der evidenzbasierten Sprachtherapie (s. Baker, 2012a; 2012b). So wird z. B. diskutiert, wie viel Therapie zur Behandlung einer bestimmten Störung notwendig ist. Dabei muss der simple Gedanke, dass durch viel Therapie auch viel erreicht wird, nicht unbedingt richtig sein. Denn eine hohe Therapiefrequenz kann mit Risiken und unerwünschten Nebenwirkungen verbunden sein und dadurch einem Patienten sogar mehr schaden als nützen (Roy, 2012). Von Interesse ist auch die Frage, wie viel Therapie durchzuführen ist, um einen einmal erreichten Behandlungseffekt zu stabilisieren, z. B. im Rahmen einer progredienten Erkrankung. Schließlich gilt es zu klären, wie eine optimale und praktikable Therapieintensität aussehen kann, wobei sowohl die jeweiligen Bedürfnisse der Patienten als auch die Rahmenbedingungen des Gesundheits- und Sozialsystems zu berücksichtigen sind.

Das Ziel dieses Buches ist es, das Wissen über die Therapieintensität in den unterschiedlichen sprachtherapeutischen Handlungsfeldern zu sammeln und zu systematisieren. Außerdem geht es darum, Forschungsbedarf für zukünftige Studien aufzuzeigen. Denn die Frage nach der optimalen Intensität einer sprachtherapeutischen Intervention ist komplex und wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, die es zu evaluieren gilt.

Rahmenbedingungen: Leitlinien und Reha-Therapiestandards

Das Interesse von Sprachtherapeuten, das Konzept der evidenzbasierten Medizin umzusetzen, hat in den letzten Jahren in Deutschland stetig zugenommen (Beushausen, 2005; 2014a; 2014b). Dafür gibt es mehrere Gründe. Zu ihnen gehört zum einen die gesetzliche Forderung, „durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der [therapeutischen] Versorgung [zu gewährleisten] und kontinuierlich [zu verbessern]“ (§ 20 Abs. 1 und 2 Sozialgesetzbuch IX). Zum anderen erfüllen evidenzbasierte Therapien die Vorgabe der Kostenträger, nur noch diejenigen Behandlungen zu bezahlen, die nachweislich effektiv oder wirksam sind (Welti & Raspe, 2004).

Tipp

Alle Leitlinien sind im Leitlinienregister der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (www.awmf.org) zu finden, auf das kostenlos zugegriffen werden kann. Mithilfe einer Suchfunktion ist es leicht möglich, die sprachtherapeutisch relevanten Leitlinien zu identifizieren. Es lohnt sich, die Suche in regelmäßigen Abständen zu wiederholen, um über aktualisierte und neue Leitlinien informiert zu sein. Die Reha-Therapiestandards werden von der Deutschen Rentenversicherung Bund (www.deutsche-rentenversicherung.de) erarbeitet und publiziert. Sie sind unter dem Pfad „Infos für Experten“, „Reha-Therapiestandards“ und dann „Indikationen“ einsehbar. Für die Sprachtherapie ist zurzeit nur der Reha-Therapiestandard „Schlaganfall Phase D“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016; Schönle & Lorek, 2011) von Interesse, da er im Evidenzbasierten Therapie-Modul 05 (ETM 05) Informationen über die Durchführung von Therapie bei kommunikativen Störungen und Schluckstörungen als Folge eines Schlaganfalls enthält (vgl. Grötzbach, 2012).

Schließlich entspricht das evidenzbasierte Arbeiten auch einer freiwilligen Selbstverpflichtung. So geben die Berufsleitlinien des Deutschen Bundesverbands für Logopädie vor, dass sich die Therapieplanung u.a. an Wirksamkeitsnachweisen orientiert (dbl, 2010).

Die Beschäftigung mit der evidenzbasierten Medizin ist einerseits zwar mit Aufwand verbunden, andererseits hat sie jedoch bereits zu einer Reihe von praktisch verwertbaren Ergebnissen geführt. So ist beispielsweise ein Lehrbuch entstanden, das nicht nur in die Denk- und Arbeitsweise, sondern auch in die Möglichkeiten und Grenzen der evidenzbasierten Medizin für die Sprachtherapie einführt (Beushausen & Grötzbach, 2011). Außerdem sind mittlerweile mehrere Fachbeiträge erschienen, die sich mit der Frage nach der Effektivität sprachtherapeutischer Maßnahmen auseinandersetzen

(z. B. Aichert & Staiger, 2015; Beushausen, 2013; Breitenstein et al., 2014; Ringmann & Gausmann, 2013). Darüber hinaus haben sich Sprachtherapeuten ver-

mehrt an der Entwicklung medizinischer Leitlinien beteiligt (z. B. Bauer et al., 2002; de Langen-Müller et al., 2011), in denen

- die Bandbreite sprachtherapeutischer Methoden zur Behandlung einer bestimmten Störung dargestellt wird,
- Angaben über die Effektivität der Methoden zu finden sind und
- Therapiefrequenzen definiert werden.

Auf der Grundlage wissenschaftlich ermittelter Evidenzen sind außerdem Reha-Therapiestandards (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016) entstanden, die neben der Festlegung von Therapiefrequenzen auch eine Übersicht über diejenigen Berufsgruppen enthalten, die zur Durchführung von (Sprach)-Therapie berechtigt sind.

Die in den Leitlinien und Reha-Therapiestandards vorgegebenen Therapiefrequenzen sind für alle an einer (Sprach)-Therapie Beteiligten von besonderer Bedeutung, da eine zu geringe Frequenz ebenso von Nachteil ist wie eine zu hohe. So stellen (sprach)-therapeutische Maßnahmen, die zu selten durchgeführt werden, um effektiv zu sein, eine Verschwendung von Ressourcen dar. Umgekehrt werden ebenfalls Ressourcen verschwendet, wenn Maßnahmen zwar (sehr) häufig, jedoch ohne einen Zugewinn an Fortschritten angeboten werden (vgl. Baker, 2012a). Obwohl die Frage nach der optimalen Therapiefrequenz damit einen hohen Stellenwert erhält, wäre es jedoch falsch, die Frequenz allein für den Erfolg einer Therapie verantwortlich zu machen. Vielmehr stellt sie nur einen von mehreren Therapieintensitätsfaktoren dar, die erst in ihrer Kombination das Therapieergebnis positiv oder negativ beeinflussen. Um welche Faktoren es sich dabei handelt, wird im Folgenden dargestellt.

Obwohl die Angaben in den Leitlinien das zurzeit beste medizinisch-therapeutische Wissen widerspiegeln, haben sie (lediglich) einen empfehlenden Charakter (Wieck et al., 2005). Es bleibt daher der Entscheidung des Einzelnen überlassen, ob er den Empfehlungen folgen möchte. Im Gegensatz dazu sind die Angaben der Reha-Therapiestandards verbindlich: Von ihnen kann nicht ohne Gefahr von Sanktionen abgewichen werden.

Faktoren der Therapieintensität

Nach den Überlegungen von Warren et al. (2007) wird die Therapieintensität nur dann vollständig erfasst, wenn „sowohl die Qualität als auch die Quantität der Lernsituationen in und zwischen den Therapien“ berücksichtigt werden

(Baker, 2012a, S. 402). Dies ist mithilfe der Beschreibung folgender Faktoren möglich (nach Baker, 2012a):

1. *Therapieart* („Dosierungsform“): Die Aktivität oder Aufgabe, aus der sich eine Therapie zusammensetzt. Beispiele dafür sind das Ausfüllen von Übungsblättern, die Durchführung eines Rollenspiels oder das Benennen von Bildkarten. Der *therapeutische Input* tritt im Rahmen der Aktivität oder Aufgabe auf und stellt den *aktiven Bestandteil* der Therapie dar; z. B. semantische Hilfestellungen (*aktiver Bestandteil*) während einer Wort-Bild-Zuordnungsaufgabe (*Therapieart*).
2. *Dosis* („Repetition“): Anzahl der aktiven Bestandteile oder der Patientenreaktionen pro Therapie, z.B. zehn Mendelsohn-Manöver in einer 30-Minuten-Therapie. Die *Dosierungsrate* ergibt sich aus dem Verhältnis der Summe der aktiven Bestandteile oder Patientenreaktionen zur *Therapiedauer*; für das Beispiel des Mendelsohn-Manövers liegt sie bei einem Manöver pro drei Minuten.
3. *Therapiefrequenz*: Häufigkeit der Therapie pro Zeiteinheit; z. B. eine Therapie pro Tag, zwei Therapien pro Woche oder vier Therapien pro Monat.
4. *Inter-Therapie-Intervall*: Zeit, die zwischen zwei aufeinanderfolgenden Therapien vergeht; z.B. eine Therapieeinheit morgens und eine nachmittags, ein 24-stündiger oder ein zweitägiger Abstand zwischen zwei aufeinanderfolgenden Therapien.
5. *Therapiezeitraum*: Länge des Zeitraums, in dem eine bestimmte Therapie durchgeführt wird; z. B. für zwei Wochen, für einen Monat oder für ein halbes Jahr.
6. *Kumulative Therapieintensität*: Ergibt sich aus dem Produkt der Dosis x der Therapiefrequenz x des Therapiezeitraums; beispielsweise 20 Bildbeschreibungen pro Therapie x 2 Therapien pro Woche x 6 Wochen = 240 Bildbeschreibungen.

Mit Ausnahme des ersten Faktors, der Therapieart, lassen sich alle anderen messen und in einer Skala wiedergeben, die von den beiden Endpunkten „wenig“ und „viel“ begrenzt wird (s. Abbildung 1).



Abb. 1: Grafische Darstellung des Intensitätsfaktors Frequenz (nach Baker, 2012a)

Die Intensitätsfaktoren können außerdem unabhängig voneinander verändert werden. So ist es möglich, beispielsweise die Dosierungsrate an das Leistungsvermögen eines Patienten anzupassen, während die Therapiefrequenz unverändert beibehalten wird. Den Änderungen sind jedoch Grenzen gesetzt, da ärztliche Verordnungen, die Vorgaben des Heilmittelkatalogs sowie die Inhalte der Leitlinien und der Reha-Therapiestandards typischerweise vor dem Beginn einer Therapie

- die Therapiefrequenz,
- die Therapiedauer in Minuten und
- die Gesamtmenge an Therapien

bestimmen. Wenn einem Patienten darüber hinaus eine Einzel- oder eine Gruppentherapie verordnet wird, ist auch die Therapieart bereits teilweise festgelegt. Zu diesen Vorgaben kommen die Präferenzen der Patienten und ihrer Angehörigen hinzu, die beispielsweise eine Änderung der Therapiefrequenz ablehnen können.

Zur therapeutischen Entscheidungsfreiheit gehört es jedoch, die Therapiemethode und damit das Behandlungsregime festzulegen. Für die Aphasien hat sich bei der Festlegung des Regimes das „Shaping“-Prinzip als wirksam erwiesen (Grötzbach, 2004a; 2013; Wallesch, 2009). Es beruht auf dem Gedanken, die Anforderungen an das Leistungsvermögen der Patienten im Therapieverlauf kontinuierlich zu erhöhen. Dies lässt sich zum einen durch eine schrittweise Reduktion therapeutischer Hilfen und zum anderen durch eine sukzessive Steigerung des Schwierigkeitsgrads einer Aufgabe erreichen (Grötzbach, 2015). Die schrittweise Reduktion therapeutischer Hilfen findet sich z. B. in der Methode der „vanishing cues“ wieder, die in der Therapie von Wortfindungsstörungen eingesetzt werden kann (Abel et al., 2007). Wie in Tabelle 1 zu sehen ist, beginnen die „vanishing cues“ mit einer maximalen Hilfestellung und enden mit einer autonomen Reaktion der Patienten.

Der Patientenwille hat Vorrang vor jeder auch noch so gut begründeten therapeutischen Entscheidung (Beushausen & Grötzbach, 2011; Borgelt, 2015). Einem Patienten darf auch kein Nachteil dadurch entstehen, wenn er mit einer therapeutischen Entscheidung nicht einverstanden ist. Es liegt dann in der Verantwortung des (Sprach-)Therapeuten, anstelle eines Therapieabbruchs eine Alternative anzubieten.



Tab. 1: Abnehmende therapeutische Hilfen beim Benennen von „Krokodil“
(nach Abel et al., 2007)

Schritt	Hilfestellung	Beispiel
1	Nachsprechen	Das ist ein Krokodil. Das ist ein ...?
2	Vorgabe der Anfangsilbe	Das ist ein [krɔ] ...?
3	Vorgabe des Anlauts	Das ist ein [k] ...?
4	Vorgabe eines Lückensatzes	Ein großes Maul mit spitzen Zähnen hat das ...?
5	Definitionsvorgabe	Das ist ein grünes Raubtier mit einem langen Schwanz, das im Wasser lebt. Das ist ein ...?
6	Keine Hilfe	Das ist ein ...?

Für die sukzessive Steigerung des Schwierigkeitsgrads einer Aufgabe eignen sich sprachliche und nicht-sprachliche Parameter. So lassen sich in der Therapie von Wortfindungsstörungen die Parameter Wortfrequenz, Erwerbssalter, Vorstellbarkeit, Vertrautheit und Wortlänge systematisch miteinander variieren (s. Tabelle 2). Nach den Parametern ist eine Wortfindungsaufgabe dann als leicht einzustufen, wenn die Zielwörter hochfrequent, früh erworben, gut vorstellbar und hoch vertraut sind. Im Gegensatz dazu steigt der Schwierigkeitsgrad maximal, wenn die Zielwörter niederfrequent, spät erworben, schlecht vorstellbar und nicht vertraut sind. Zwischenstufen können dadurch erreicht werden, dass z.B. die Wortfrequenz von hochfrequent nach niederfrequent oder die Vorstellbarkeit von gut nach schlecht variiert wird. Therapiematerialien, die auf der systematischen Variation dieser Faktoren beruhen, sind z. B. bei Ackerstaff et al. (2013) und Fröhlich et al. (2008) zu finden.

Tab. 2: Bedeutung sprachlicher und nicht-sprachlicher Parameter für die Wortfindung
(nach Ackerstaff et al., 2013)

Parameter	Bedeutung für die Wortfindung	Erklärung	Dimension
Wortfrequenz	hoch	Gebrauchshäufigkeit eines Worts	hoch-, mittel-, niederfrequent
Erwerbssalter	hoch	Altersabschnitt, in dem ein Wort erworben wird	früh – spät
Vorstellbarkeit	mittel	Leichtigkeit, mit der man sich ein Lebewesen oder eine Sache mental vorstellen kann	gut – schlecht
Vertrautheit	mittel	individuelle Gebrauchshäufigkeit eines Worts	hoch – niedrig
Wortlänge	niedrig	Anzahl der Phoneme oder Silben eines Worts	kurz – lang

Wenn das „Shaping“-Prinzip und die Intensitätsfaktoren in einem Modell zusammengeführt werden, so ergibt sich eine Struktur, die hierarchisch aufgebaut ist (s. Abbildung 2). Die untere Hierarchieebene besteht dabei aus denjenigen Faktoren, die in der Regel durch (ärztliche) Vorgaben festgelegt werden. Die mittlere Ebene setzt sich dagegen aus den (sprach)-therapeutisch bestimmbareren Faktoren zusammen. Die obere Ebene repräsentiert schließlich das Therapieergebnis, das von den Faktoren der beiden vorangegangenen Ebenen beeinflusst wird.

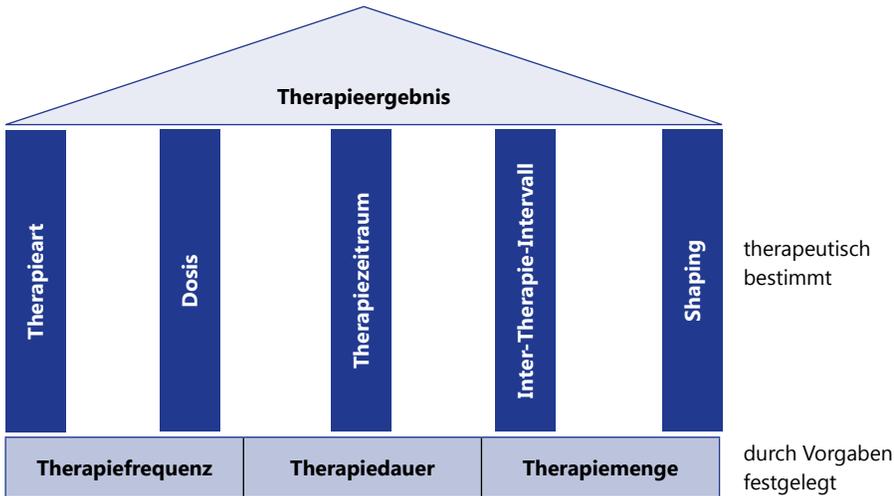


Abb. 2: (Sprachtherapie)-Intensitätsmodell

Sowohl die Basis als auch die Säulen des Intensitätsmodells implizieren, dass sie zu gleichen Teilen zum Therapieergebnis beitragen. Dies ist jedoch nicht sicher, da es eine kontrovers geführte Diskussion darüber gibt, welcher Intensitätsfaktor oder welche Kombination von Intensitätsfaktoren das Gelingen einer Therapie am stärksten beeinflusst (Baker, 2012b; Packman & Onslow, 2012; Yoder et al., 2012; Zeng et al., 2012). Im Mittelpunkt der Diskussion steht dabei die Bedeutung der Therapiefrequenz und des Therapiezeitraums, auf die im nächsten Abschnitt eingegangen wird.

Therapiefrequenz und Therapiezeitraum

Der Einfluss des Faktors *Therapiefrequenz* auf eine erfolgreiche Therapie kristallisierte sich zum ersten Mal vor gut zehn Jahren in einer Untersuchung heraus, die sich mit der Behandlung von Aphasien beschäftigte (Bhogal et al., 2003a; 2003b). Eine kanadische Arbeitsgruppe ging damals der Frage nach, wodurch sich eine wirksame Aphasiotherapie von einer unwirksamen unter-

scheidet. Um eine Antwort auf ihre Frage zu finden, verglich die Arbeitsgruppe in einer Meta-Analyse diejenigen Studien, in denen eine Effektivität von Aphasiotherapie nachgewiesen werden konnte, mit denjenigen Studien, in denen sich eine Unwirksamkeit zeigte (Grötzbach, 2005). Bei dem Vergleich ergab sich, dass

- in Studien mit einem positiven Ergebnis durchschnittlich neun Stunden Therapie pro Woche und
- in Studien mit einem negativen Ergebnis durchschnittlich nur zwei Therapiestunden pro Woche

durchgeführt wurden. Der Unterschied zwischen der hohen und der niedrigen Therapiefrequenz war statistisch signifikant. Die positiven und negativen Studien unterschieden sich jedoch nicht nur in der *Therapiefrequenz*, sondern auch in der Länge des *Therapiezeitraums*: Die uneffektiven Therapien dauerten mit durchschnittlich 23 Wochen signifikant länger als die effektiven mit durchschnittlich 11 Wochen. Die Arbeitsgruppe kommt in ihrer Meta-Analyse daher zu den beiden Schlussfolgerungen, dass

- Aphasiotherapie nur dann wirksam ist, wenn sie neun Stunden pro Woche für einen Zeitraum von elf Wochen durchgeführt wird und dass
- Aphasiotherapie unwirksam bleibt, wenn sie lediglich zwei Stunden pro Woche umfasst. Dies ist selbst dann der Fall, wenn die Therapie ein halbes Jahr dauert.

Seit den beiden Schlussfolgerungen hat sich der Gedanke, eine hohe Therapiefrequenz für einen überschaubaren *Therapiezeitraum* anzubieten („viel ist besser“, Bhogal et al., 2003b), in der Behandlung von Aphasien durchgesetzt. Die Angaben zur *Höhe der Therapiefrequenz* und zur *Länge des Therapiezeitraums* unterscheiden sich zwar von Quelle zu Quelle (s. Tabelle 3), Einigkeit herrscht jedoch darüber, dass nur eine hochfrequente Aphasiotherapie, die für einen überschaubaren Zeitraum angeboten wird, effektiv ist. In der Aphasie-Leitlinie wird darüber hinaus eine Intervalltherapie favorisiert. Danach sollten Therapiezeiträume mit einer hohen Frequenz und Zeiträume ohne Therapie so lange im Wechsel angeboten werden, wie sich Therapiefortschritte zeigen (s. Tabelle 3).

Tab. 3: Angaben zur Therapiefrequenz und zum Therapiezeitraum bei Aphasie
(nach Grötzbach, 2015)

Quelle	Autoren	Therapiefrequenz und Therapiezeitraum
Aphasie-Leitlinie	Bauer et al., 2002	Für die stationäre Behandlung 6 bis 12 Monate nach Beginn der Erkrankung: 1- 2 x täglich zu je 60 Minuten für 6 bis 8 Wochen. Für die ambulante Behandlung 6 bis 12 Monate nach Beginn der Erkrankung: Täglich für 4 Wochen, danach eine Pause von mindestens 3 Monaten.
Meta-Analyse	Bhogal et al., 2003a	9 Stunden pro Woche für 10 Wochen
Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie	Diener & Putzki, 2008	5 bis 10 Stunden pro Woche
Rehabilitation der Aphasie	Huber et al., 2006	8 Stunden pro Woche bei chronischer Aphasie
Reha-Therapiestandard „Schlaganfall – Phase D“	Schönle & Lorek, 2011	Mindestens 5 Stunden pro Woche für Patienten mit einem hohen Bedarf Mindestens 2,5 Stunden pro Woche für Patienten mit einem normalen Bedarf
Reha-Therapiestandard „Schlaganfall – Phase D“	Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016	Mindestens 5 Stunden pro Woche für alle Patienten mit Kommunikations- und Schluckstörungen unabhängig vom Schweregrad der Störung

Die hohe Therapiefrequenz erhält ihre Rechtfertigung nicht nur aus der Meta-Analyse von Bhogal et al. (2003a; 2003b). Sie wird auch durch die Ergebnisse zweier erneut durchgeführter Meta-Analysen bestätigt (Brady et al., 2012; Kelly et al., 2010). Außerdem deuten die Resultate mehrerer Therapiestudien ebenfalls darauf hin, dass sich mithilfe der hohen Frequenz auch dann noch sprachliche Fortschritte erreichen lassen, wenn die Aphasie schon seit Jahren besteht (Meinzer et al., 2005; Pulvermüller et al., 2001; Schlenck & Perleth, 2004; Schomacher et al., 2006). Damit kann eine Aphasietherapie nicht (mehr länger) mit dem Argument verweigert werden, dass aufgrund einer langen Erkrankungsdauer keine Verbesserungen mehr möglich seien. Ebenso wenig ist ein therapeutischer Nihilismus gerechtfertigt, der denjenigen Patienten keine Chancen einräumt, die schon seit Jahren unter ihrer Sprachstörung leiden.

Die Umsetzung der hohen Therapiefrequenz ist in der täglichen Arbeit allerdings noch nicht angekommen. So ergibt eine Befragung von 257 logopädischen Praxen, dass mehr als zwei Drittel von ihnen zwar den Wunsch und auch die Möglichkeit haben, hochfrequente Aphasietherapie anzubieten. Tatsächlich wird jedoch in 80 % der befragten Praxen Aphasietherapie mit einer Frequenz von nur ein oder zwei Mal pro Woche durchgeführt (Asmussen et al., 2013). Die Daten der Rehabilitationskliniken sehen ähnlich aus: Nach einer Erhebung der Deutschen Rentenversicherung erhielten 2009 lediglich 2 % der Patienten mit einer Aphasie 5 Stunden Therapie pro Woche und nur 8 % eine Therapie von 2,5 Stunden pro Woche (Schönle & Lorek, 2011). Damit werden die Vorgaben der Leitlinien und des Reha-Therapiestandards sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung weit unterschritten.

Die logopädischen Praxen geben mehrere Gründe für das Scheitern der hochfrequenten Aphasietherapie an (s. Abbildung 3), z. B. eine eingeschränkte Verordnungsweise der Ärzte, eine mangelnde Bereitschaft der Patienten, an einer hochfrequenten Therapie teilzunehmen, praxisinterne Ursachen sowie eine fehlende Kostenübernahme der Krankenkassen (Asmussen et al., 2013). Hinzu kommt, dass sich die in der Aphasie-Leitlinie empfohlene Intervalltherapie im Heilmittelkatalog bislang nicht wiederfindet (Grötzbach, 2011).

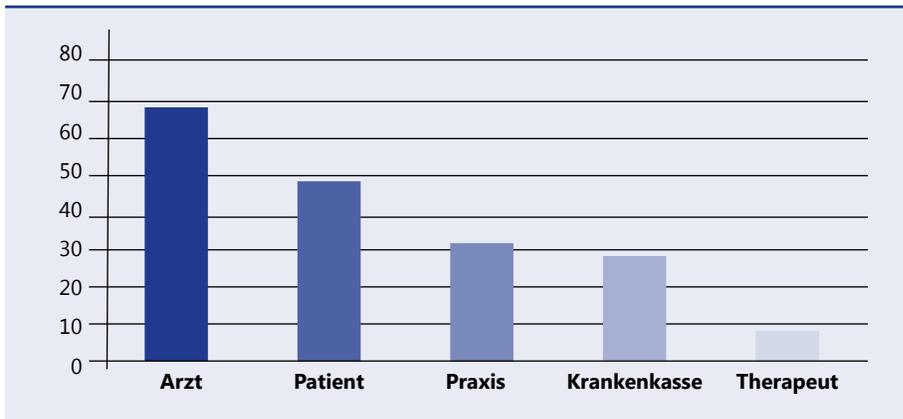


Abb. 3: Prozentuale Angaben von Gründen für das Scheitern einer hochfrequenten Aphasietherapie (nach Asmussen et al., 2013)

Auch wenn die hohe Therapiefrequenz in ihrer Umsetzung (noch) auf Schwierigkeiten stößt, so bleibt denjenigen Rehabilitationskliniken, die von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden, keine andere Wahl: Sie müssen nach den Vorgaben des Reha-Therapiestandards „Schlaganfall“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016; Schönle & Lorek, 2011) hochfrequente Behandlungen durchführen.