

Intensivtherapeutische Angebote in der ambulanten Praxis

Vom Konzept zur Umsetzung

Gabriele Scharf-Mayer*

Zusammenfassung

In diesem Beitrag soll ein Konzept für Intensive Sprachtherapie in der ambulanten Praxis vorgestellt werden, wie ich es für PatientInnen mit neurologischen Störungsbildern entwickelt habe und in eigener Praxis umsetze. Der logistische Rahmen schließt Überlegungen zur Standortwahl, Übernachtungsmöglichkeiten, Pausen- und Gruppenräume sowie die technische Ausstattung für das PC-Training ein. Die organisatorischen Abläufe mit Patientenauswahl, separat durchgeführter Eingangsdiagnostik, Therapieplanung und Zusammenstellung der Gruppen werden beleuchtet. Die Therapiegestaltung ist durch intensives, paralleles Bearbeiten weniger Schwerpunkte mit viel Wiederholung gekennzeichnet. Dies wirkt sich positiv auf den Therapieeffekt aus. Es wird deutlich, dass sich die Arbeit in Intensivtherapie-Intervallen stark von der herkömmlichen Praxis mit 1-2 sprachtherapeutischen Behandlungen pro Woche unterscheidet.

Schlüsselwörter: Intensivtherapie, ambulante Praxis, Konzept

1 Einleitung

Ausgangspunkt für die Entwicklung meines intensivtherapeutischen Konzeptes bildete zum einen die Erfahrung aus der neurologischen Rehabilitation, dass eine Sprachtherapie, die in 2-3 Einheiten pro Woche stattfindet, weit hinter ihren Möglichkeiten und hinter den Möglichkeiten des Patienten zurück bleibt. Das ist auf Dauer unbefriedigend.

Zum anderen zeigten 2010 bereits erste Überblicksartikel zur intensiven Sprachtherapie, dass nachweisbare Effekte von Sprachtherapie sehr eng mit der Intensität der Therapie zusammenhängen (z. B. Boghal 2003, Meinzer & Breitenstein 2008). Beispielsweise konnten in Therapiestudien von Meinzer, Djundja, Barthel, Elbert & Rockstroh (2005) sowie Barthel, Meinzer, Djundja und Rockstroh (2007) bei chronischen Aphasien bereits ab zweiwöchigen Intensivtherapie-Intervallen signifikante Therapieeffekte nachgewiesen werden. Die Therapiedichte betrug dabei drei mal 60 Minuten pro Tag. Dies ermutigte mich, zwischen 2010 und 2012 ein Konzept für Intensive Sprachtherapien im ambulanten Kontext zu entwickeln, welches mit zweiwöchigen Intervallen beginnen sollte.

In einer vierjährigen Erprobungsphase führte ich freiberuflich in Kooperation mit Hotels und Kliniken erste Intensivtherapien durch, um Konzept, Methoden und Abläufe zu erproben und die Nachfrage zu testen. Seit 2016 führen wir in unserer kassenzugelassenen Praxis ausschließlich Intensivtherapien für erwachsene PatientInnen mit neurologischen Erkrankungen durch.

2 Konzept in Grundzügen

Mit unseren Intensivtherapien sprechen wir vor allem folgende neurologische Indikationen an: Aphasie, Sprechapraxie, Kognitive Kommunikationsstörungen, Dysarthrophonie, Dysphagie und Parkinson. Unsere PatientInnen sind Erwachsene, welche an Folgen von Schlaganfällen, Hirnblutungen, fortschreitenden Erkrankungen des Gehirns (ohne Demenz) oder von Schädel-Hirn-Traumata leiden. Innerhalb von fünf Jahren haben wir insgesamt 142 intensive Therapieintervalle durchgeführt. Die Teilnehmerzahlen verteilen sich dabei folgendermaßen auf die verschiedenen Störungsbilder (Abb. 1).



Originalbeitrag
open access

* Korrespondenz:

Dr. Gabriele Scharf-Mayer
info@sprachtherapie-intensiv.de

Zitation: Scharf-Mayer G. (2017)
Intensivtherapeutische Angebote in
der ambulanten Praxis – Vom Konzept
zur Umsetzung.

Sprachtherapie aktuell: Forschung -
Wissen - Transfer: Schwerpunktthema:
Intensive Sprachtherapie (4):
e2017-07; doi: 10.14620/stadbs171107

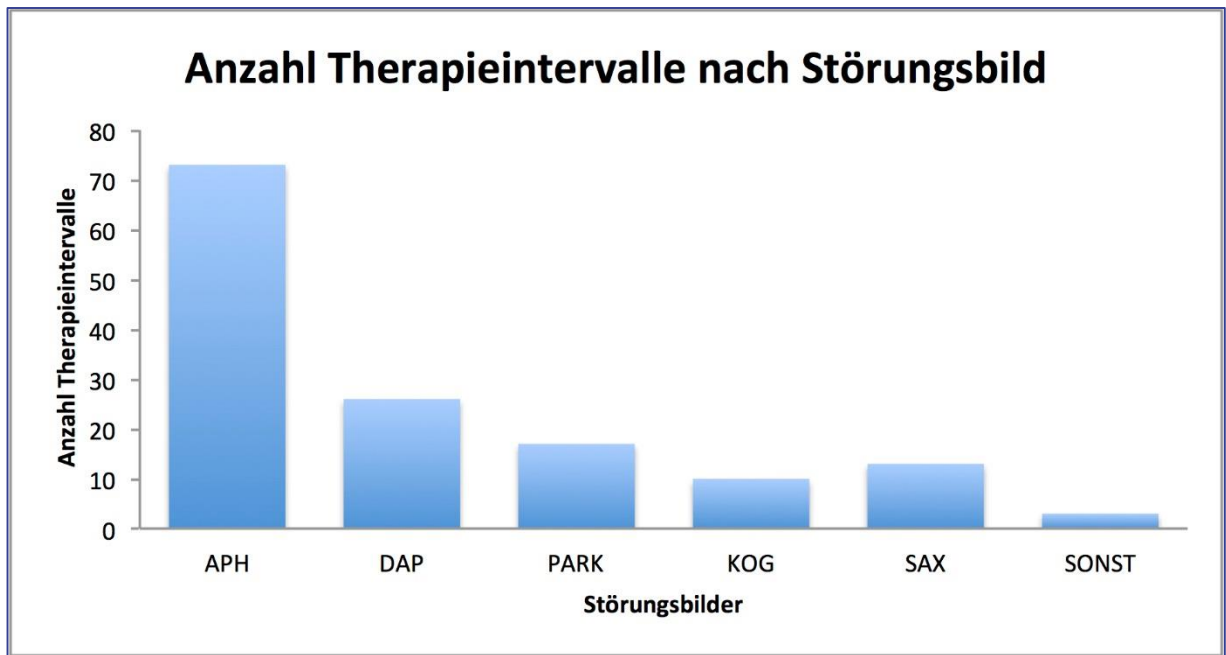


Abbildung 1: Neurologische Störungsbilder - Häufigkeit der Nov. 2012 – Feb. 2017 in insgesamt 142 intensiven Intervallen behandelten neurologischen Störungsbilder: APH Aphasie, DAP Dysarthrophonie, PARK Parkinson, KOG Kognitive Kommunikationsstörungen, SAX Sprechapraxie im Vordergrund, SONST Sonstige (n=142).

Etwa doppelt so viele Männer besuchten unsere Intensivtherapien als Frauen. Die Gründe liegen wohl unter anderem in der höheren Prävalenz von Aphasie bei Männern, sind jedoch letztlich noch nicht eindeutig geklärt. Die Altersspanne der Teilnehmer liegt zwischen 32 und 83 Jahre, das Durchschnittsalter beträgt knapp 64 Jahre. Eine Altersgrenze gibt es nicht. Intensivtherapien sind unserer Erfahrung nach sinnvoll ab 6 Monate nach dem Ereignis. Für die Zeitdauer seit Erkrankungsbeginn haben wir keine Obergrenze.

Darüber hinaus sind die wichtigsten Eingangsvoraussetzungen: Eine ausreichende Belastbarkeit über möglichst 60, mindestens jedoch 45 Minuten Therapiezeit und die eigene Motivation des teilnehmenden Patienten. Selbst bei schwer betroffenen Patienten sollte diese in irgendeiner Form deutlich erkennbar sein. Denn gerade die Eigenmotivation bildet die wichtigste Voraussetzung für die Teilnahme an einer Intensivtherapie. Die Motivation des Angehörigen („Mein Mann sollte endlich mal intensiv was für seine Sprache tun.“) reicht für eine Intensivtherapie nicht aus, da diese den Teilnehmer sehr stark fordert. Unser einziges Ausschlusskriterium ist das Vorliegen einer Demenz.

Wir führen Intensivtherapien von zwei- bis vierwöchiger Dauer durch. Dabei sind ab einer Stunde bis zu vier Stunden, in Ausnahmefällen auch fünf Stunden Sprachtherapie am Tag möglich. Wir bevorzugen 60-minütige Einheiten, da nur diese genügend Zeit für intensive Wiederholungen bieten. Wenn irgend möglich, bieten wir jedem Teilnehmer die Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie an, um das in der Einzeltherapie Erarbeitete sogleich in der Gruppensituation mit anderen Betroffenen praktisch um- und einzusetzen. Das heißt,

wenn Gruppenfähigkeit gegeben ist, sollte möglichst eine Einheit pro Tag in der Kleingruppe stattfinden. Einschlusskriterium für die Teilnahme an einer Kleingruppe ist vor allem ein ausreichendes Sprachverständnis, aber natürlich ganz grundlegend auch die Fähigkeit und das Interesse an sozialer Interaktion. Damit wir geeignete Partner in möglichst homogene Kleingruppen einteilen können, richtet sich die gesamte Terminplanung nach der Einteilung der Gruppen. Die sorgfältige Auswahl und Zusammenstellung der Gruppenpartner erlaubt uns auch eine enge Verzahnung der Übungsinhalte in Einzel- und Gruppentherapie.

Unsere Sprachtherapie findet ambulant, auf Heilmittelverordnung statt. Wenn mehr als eine Stunde Sprachtherapie am Tag stattfinden soll, muss hierfür vorab eine Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgen. Die Übernachtung kann in einer Unterkunft nach Wahl stattfinden, die Kosten hierfür werden durch den Teilnehmer selbst übernommen.

Anders als manche andere Anbieter intensiver Therapien raten wir unseren Teilnehmern, sich während des Therapieintervalls ganz auf die Sprache zu konzentrieren. Das heißt, wir raten ihnen, während dieser Zeit nicht auch noch Ergo- und Physiotherapie in Anspruch zu nehmen. Unserer Erfahrung nach sind die Teilnehmer durch die Sprachtherapie plus Eigentraining meist voll und ganz ausgelastet.

Durch den Rahmen einer nicht-stationären Therapie außerhalb eines Klinikaufenthaltes, die Wahl der eigenen Unterkunft wie im Urlaub und nicht zuletzt durch die Umgebung – einen kleinen Urlaubsort im Schwarzwald – war es unser Ziel, eine Urlaubs- anstelle einer Klinikatmosphäre herzustellen. Dies fördert von Anfang

an zum einen die Motivation, zum anderen die Eigeninitiative. Unser Therapiezentrum soll zu einem Treffpunkt für Gleichgesinnte werden, wo sich Betroffene wie Angehörige kennenlernen, wiedersehen und austauschen können und wo insbesondere Menschen mit Sprach- und Sprechstörungen neben der intensiven Arbeit an ihren Sprachdefiziten die Ermutigung erhalten, wie gesunde Menschen wieder zu verreisen, neue Leute kennenzulernen und ihre Freizeit zu gestalten.

3 Eingangsbefund

In der Regel führen wir die Eingangsdiagnostik separat vorab, also Wochen oder Monate vor Beginn eines Intensivtherapie-Intervalls durch. Die Interessenten unserer Intensivtherapie reisen hierfür extra an, ggfs. mit Übernachtung. Die Eingangsdiagnostik dauert meist drei bis fünf Stunden. Dabei machen wir uns ein sehr genaues Bild von den spontansprachlichen Fähigkeiten, dem bisherigen Verlauf und der gesamten Kommunikationssituation. Wir wenden eine große Bandbreite diagnostischer Verfahren an. Besondere Berücksichtigung finden auch die kognitiven Störungen, deren Ausmaß wir zunächst grob einschätzen. Bei Bedarf empfehlen wir vor Beginn der Intensivtherapie die Durchführung einer neuropsychologischen Diagnostik.

Ziel der Eingangsdiagnostik ist neben einer Analyse der kommunikativen Störungen und Ressourcen des Patienten / der Patientin, die Schlüsselstörungen des jeweiligen Patienten / der Patientin herauszufinden. Diese bestimmen die Wahl der Therapieschwerpunkte.

Außerdem kann im Eingangsbefund die Belastbarkeit des Patienten eingeschätzt werden. Dies ist wichtig für die Festlegung der Stundenzahl pro Tag sowie der Therapiedauer (zwei, drei oder vier Wochen). Auch die Gruppenfähigkeit wird im Rahmen der Eingangsdiagnostik geprüft. Hiernach richtet sich die Planung, ob und an welcher Gruppe der jeweilige Patient / die Patientin teilnehmen kann. Auch die Wahl der geeigneten Therapiemethoden und der Therapeuten (mit jeweiligen Fortbildungen oder Schwerpunkten) kann nach der Diagnostik erfolgen.

Nicht zuletzt dient die Vorab-Diagnostik dazu, den potenziellen Teilnehmern und Angehörigen genau zu schildern, was auf sie zukommt, und welche Hoffnungen eine Intensivtherapie erfüllen kann und welche nicht. Denn meist sind an eine Intensivtherapie sehr hohe Erwartungen geknüpft.

4 Logistischer Rahmen

Um mich mit einer ambulanten Praxis ganz auf Intensivtherapie spezialisieren zu können, kann ich mich nicht auf die neurologischen Patienten aus der Region beschränken, sondern muss und möchte ich Patienten aus einem großen Einzugsgebiet ansprechen. Das bedeutet zum Einen einen hohen Aufwand, um das eigene

Therapieangebot überregional bekannt zu machen. Zum anderen bedeutet es, dass viele Patienten extra für die Sprachtherapie anreisen.

Zu unserem Konzept gehört das Angebot, die Therapie mit einer Art Urlaub zu verbinden. Für das Konzept einer ‚Therapie im Urlaub‘ muss auch der Praxis-Standort einige Kriterien erfüllen: Er muss eine ausreichende Auswahl an Übernachtungsmöglichkeiten und Freizeitangeboten bieten, darunter auch genügend barrierefreie. Ich habe mich für Bad Wildbad entschieden, einen kleinen Urlaubsort im Schwarzwald, welcher in einer barrierefreien Innenstadt zahlreiche Geschäfte und Freizeiteinrichtungen auch Rollstuhlfahrern zugänglich gemacht hat und eine große Bandbreite an Übernachtungs- sowie Ausflugsmöglichkeiten bietet.

Da nicht jeder Teilnehmer in der Lage ist, sich selbständig ein Quartier zu suchen, gehört auch die Hilfe bei der Vermittlung von geeigneten Unterkünften zu unserem Service. Dies bedeutet wiederum, dass wir zahlreiche Quartiere persönlich kennen, Kontakt zu den Hoteliers und Vermietern von Zimmern und Ferienwohnungen pflegen und ggfs. Sonderkonditionen für unsere Teilnehmer aushandeln.

Selbstverständlich muss die Praxis ebenfalls barrierefrei erreichbar sein. Darüber hinaus müssen die Behandlungsräume groß genug sein, so dass Gruppentherapien darin stattfinden können. Nehmen mehrere Rollstuhlfahrer an einer Gruppe teil, sind wesentlich größere Therapieräume notwendig.

Insbesondere erfordert das Konzept der Intensivtherapie einen großzügigen Aufenthaltsraum, in welchem sich die Patienten in ihren Pausen zwischen den einzelnen Therapiestunden aufhalten können. Da die meisten Teilnehmer mehr als eine Stunde Sprachtherapie am Tag haben und sich oft dazwischen der Weg zum Übernachtungsquartier nicht lohnt, benötigen sie einen Ort, an dem sie sich ausruhen, etwas essen und trinken, oder bei Bedarf mit anderen Teilnehmern austauschen können. Zahlreiche unserer Teilnehmer verbringen mehr oder weniger den ganzen Tag bei uns. Ein Wartebereich, wie er in einer herkömmlichen Praxis üblich und ausreichend ist, reicht hierfür nicht aus. Auch bei der Einrichtung haben wir darauf geachtet, dass die Praxisatmosphäre zu der angestrebten Urlaubsatmosphäre passt.

5 Therapie-Rhythmen

Nach wie vor wählen die meisten unserer Teilnehmer einen zweiwöchigen Aufenthalt. Um in einer Intensivtherapie innerhalb von zwei Wochen einen Effekt zu erhalten, muss vom ersten Tag an ein straffes Therapieprogramm ablaufen. Spätestens am zweiten Tag sollten Schlüsselübungen feststehen, die von da an täglich wiederholt werden. Spätestens am Ende der ersten

Intensivtherapie vom 13.2. - 24.2.2017

Therapeutin 1 (Vollzeit)

Woche 1:

Uhrzeit	Montag, 13.2.17	Dienstag, 14.2.17	Mittwoch, 15.2.17	Donnerstag, 16.2.17	Freitag, 17.2.17
8.30 - 9.30	Herr A., Einzel 60 Min.	Herr A., Einzel 60 Min.	Herr A., Einzel 60 Min.	Herr A., Einzel 60 Min.	Herr A., Einzel 60 Min.
9.30 – 10.30	Herr B., Einzel 60 Min.	Herr B., Einzel 60 Min.	Herr B., Einzel 60 Min.	Herr B., Einzel 60 Min.	Herr B., Einzel 60 Min.
10.30 – 10.45	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause
10.45 – 11.45	Herr A., Einzel 60 Min.	Herr A., Einzel 60 Min.	Herr A., Einzel 60 Min.	Herr A., Einzel 60 Min.	Herr A., Einzel 60 Min.
11.45 – 12.45	Herr B., Einzel 60 Min.	Herr B., Einzel 60 Min.	Herr B., Einzel 60 Min.	Herr B., Einzel 60 Min.	Herr B., Einzel 60 Min.
12.45 – 14.00	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause
14.00 – 15.00	Herr E., Einzel 60 Min.	Herr E., Einzel 60 Min.	Herr E., Einzel 60 Min.	Herr E., Einzel 60 Min.	Herr E., Einzel 60 Min.
15.00 – 15.45	Gruppe A., B, C, 45 Min.	Gruppe A., B, C, 45 Min.	Gruppe A., B, C, 45 Min.	Gruppe A., B, C, 45 Min.	Gruppe A., B, C, 45 Min.
15.45 – 16.00	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause
16.00 – 17.00	Herr B., Einzel 60 Min.	Herr B., Einzel 60 Min.	Herr B., Einzel 60 Min.	Herr B., Einzel 60 Min.	Herr B., Einzel 60 Min.

Therapeutin 2 (Teilzeit)

Woche 1:

Uhrzeit	Montag, 13.2.17	Dienstag, 14.2.17	Mittwoch, 15.2.17	Donnerstag, 16.2.17	Freitag, 17.2.17
8.30 – 9.30	Herr E., Einzel 60 Min.	Herr E., Einzel 60 Min.	Herr E., Einzel 60 Min.	Herr E., Einzel 60 Min.	Herr E., Einzel 60 Min.
9.30 – 10.30	Frau D., Einzel 60 Min.	Frau D., Einzel 60 Min.	Frau D., Einzel 60 Min.	Frau D., Einzel 60 Min.	Frau D., Einzel 60 Min.
10.30 – 11.00	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause
11.00 – 12.00	Frau C., Einzel 60 Min.	Frau C., Einzel 60 Min.	Frau C., Einzel 60 Min.	Frau C., Einzel 60 Min.	Frau C., Einzel 60 Min.
12.00 – 13.00	Frau D., Einzel 60 Min.	Frau D., Einzel 60 Min.	Frau D., Einzel 60 Min.	Frau D., Einzel 60 Min.	Frau D., Einzel 60 Min.

Abbildung 2: Therapieplan - Beispielhafte Wochenplanung einer Vollzeit- und einer Halbtags-Sprachtherapeutin in der Intensiven Behandlung von insgesamt fünf Teilnehmern (je Teilnehmer eine Farbe) und einer Dreier-Gruppe

Woche sollte das Eigentaining – mit oder ohne PC – soweit eingeübt sein, dass es am Wochenende erprobt werden kann etc. Dabei ist auch für die SprachtherapeutInnen ein gewisser Erfolgsdruck spürbar, dem sie standhalten müssen. Auf der anderen Seite heißt das,

dass sie durchgehend mit hochmotivierten Patienten arbeiten, was für viele Mühen entschädigt.

Nach dem ersten intensiven Sprachtherapie-Intervall ist im besten Fall ein Effekt spürbar, die meisten TeilnehmerInnen sind damit jedoch noch nicht zufrieden und

wollen diese in Abständen wiederholen. In welchem Rhythmus unsere PatientInnen an einer Intensivtherapie teilnehmen, ist unterschiedlich und hängt von vielen individuellen Faktoren ab. Viele beginnen mit einem Intensivtherapie-Intervall im Jahr und verkürzen die Abstände dann nach und nach. Wenn fest steht, dass mehrere Intervalle im Jahr geplant sind, kann eine Vorausplanung möglicher Therapieschwerpunkte über das ganze Jahr sinnvoll und sehr motivierend sein.

Für die Praxis bedeutet das Arbeiten in Intervallen eine ganz andere Planung als bei gleichbleibenden, regelmäßig stattfindenden Therapien. Alle zwei (oder drei) Wochen sind komplett neue Therapiepläne zu erstellen. Hierbei ist neben allen üblichen Gegebenheiten insbesondere zu berücksichtigen, dass jede einzelne TeilnehmerIn einen gut strukturierten Tagesplan mit ausreichenden Pausen benötigt. Dies ist bei mehreren TeilnehmerInnen, die zur gleichen Zeit drei oder vier Stunden Therapie am Tag haben und dann auch noch gemeinsam an Gruppen teilnehmen, häufig eine planerische Herausforderung.

6 Therapie-Prinzipien

Um die Intensive Sprachtherapie so effektiv wie möglich zu gestalten, sorgen wir nicht nur für eine fundierte Diagnostik und sorgfältige Therapieplanung vorab und für eine hohe Therapiedichte. Auch einige weitere Therapieprinzipien halten wir während der Intensivtherapie konsequent ein.

Wie im Abschnitt zur Eingangsdiagnostik bereits erwähnt, ist es für die Wirksamkeit einer Intensivtherapie von zentraler Bedeutung, an der Schlüsselstörung des jeweiligen Patienten anzusetzen. Meist besteht die Sprachstörung ja nicht in einem einzigen Problemfeld, sondern ist vielfältig und mehrere Störungsschwerpunkte interagieren miteinander, z.B. phonematische mit morphosyntaktischen Problemen oder Sprachverständnis- mit Aufmerksamkeitsdefiziten. Aber woran soll nun in der Intensivtherapie gearbeitet werden? Was steht im Vordergrund? Wählt man ‚Nebenschauplätze‘ als Therapieschwerpunkte, profitiert der Patient unter Umständen in geringerem Ausmaß von der Intensität des Übungsprogramms. Hier ist die Kompetenz des Therapeuten gefragt und es erfordert viel Erfahrung mit der jeweiligen Zielgruppe und Reflexion im Einzelfall, um zu entscheiden, welche Störungen den jeweiligen Patienten besonders behindern, derzeit im Vordergrund stehen und möglicherweise Schlüsselstörungen darstellen. Genau an diesen sollte die Intensivtherapie ansetzen.

In unserer Praxis hat – wie unser Name „Spontansprache – Sprachtherapie intensiv“ verrät, die Spontansprache einen besonderen Stellenwert. Die meisten Patienten wollen vor allem eines: im Alltag wieder spontaner mitsprechen, die Wörter finden, flüssiger sprechen

können. Deshalb stellen wir auch in unserer therapeutischen Arbeit oft sehr konsequent die Spontansprache in den Mittelpunkt. Das Aufzeichnen der Spontansprache und die Wiedergabe mit der Möglichkeit der Eigenbeurteilung durch den Patienten spielen dabei oft eine wichtige Rolle. Die Ziele werden so alltagsnah wie möglich gesteckt und umgesetzt.

Die Anzahl der geübten Therapieschwerpunkte richtet sich nach der Stundenzahl pro Tag. Meist werden nicht mehr Therapieschwerpunkte gewählt, als Einzelstunden am Tag stattfinden. Dies sind also oft nicht mehr als zwei oder drei. Auf diese Weise können die Therapieinhalte jeden Tag wiederholt werden. Schlüssel-Übungen wiederholen wir täglich viele Male über den gesamten Therapiezeitraum. Erst dann wird (in vielen Fällen) eine Entwicklung sichtbar und eine Verbesserung auch für den Patienten selbst spürbar: Eine Übung, welche in den ersten Tagen noch mühsam, anstrengend, stockend oder fehlerhaft gelang, geht mit der Zeit leichter, flüssiger und ohne Fehler. Diese Erfahrung motiviert und wird zum Motor für weitere Fortschritte.

Beim repetitiven Üben wird zudem das „shaping“-Prinzip umgesetzt, bei dem die sprachlichen Anforderungen an die PatientInnen möglichst genau am Limit ihrer sprachlichen Fähigkeiten ansetzen und dann kleinschrittig und kontinuierlich erhöht werden, um dieses Limit stetig zu erweitern. Dies wird durch die sukzessive Steigerung des Schwierigkeitsgrads der Aufgabenstellungen und durch die schrittweise Reduktion der therapeutischen Hilfen erreicht (siehe auch Grötzbach 2015).

Finden mehrere Stunden am Tag statt, kann parallel an mehreren Inhalten am Tag gearbeitet werden. Wählt man hierfür in enger Beziehung zueinander stehende Therapieinhalte, werden parallele Prozesse der Sprachverarbeitung in täglicher Wiederholung angeregt. Sollen in einem Therapieintervall etwa bei einer schweren globalen Aphasie mit Störung in allen sprachlichen Modalitäten und mit schwerer Sprechapraxie Vokale angebahnt werden, kann beispielsweise in der ersten Stunde die perzeptive Verarbeitung, das Diskriminieren und Identifizieren von Vokalen geübt werden, welches die Voraussetzung für die korrekte Produktion von Vokalen darstellt. In der zweiten Stunde kann dann eine Sprechapraxie-Therapie stattfinden, in welcher – etwa mit TAKTKIN oder mit Sagittalschnitt-Bildern – die Produktion einzelner Vokale angebahnt wird. Hat man noch eine dritte Stunde am Tag zur Verfügung, kann man versuchen, diese Einzellaute bereits zu Lautfolgen, Silben oder Wörtern zu verknüpfen. Oder ist die dritte Stunde eine Gruppenstunde, kann versucht werden, die vorhandenen kommunikativen Möglichkeiten direkt in der Gruppe einzusetzen. Geschieht dies spielerisch und humorvoll, kann das stark motivierend wirken. Aber auch intensive repetitive Übungen sind in der Gruppe möglich. Dies

erhöht oft die Motivation, weil die Teilnehmer dabei erleben, dass es anderen genauso geht wie ihnen.

Auch wenn Einzel- und Gruppentherapie in hoher Dichte stattfinden, gehört unserer Erfahrung nach die regelmäßige Durchführung eines eigenständigen häuslichen Trainings ebenfalls zwingend zu einer wirksamen Sprachtherapie. Das tägliche Eigentaining ist durch nichts zu ersetzen. Selbst mehrere Stunden Sprachtherapie am Tag ersetzen nicht das tägliche, selbständige Üben. Erst dadurch kommen die Übungsinhalte wirklich beim Patienten an. Darum ist die Motivation und Anleitung hierzu ein weiterer wichtiger Bestandteil unserer Arbeit. Hierbei ist der Einsatz computergestützter Trainingsprogramme unverzichtbar, insbesondere beim Training von Sprachverständnis, mündlicher Sprachproduktion oder von kognitiven Funktionen. Für das computergestützte Eigentaining haben wir eine Auswahl geeigneter Trainingsprogramme auf Übungslaptops installiert.

Der Einsatz PC-gestützter Trainingsverfahren wirkt auf viele Patienten stark motivierend, insbesondere wenn es gelingt, alleine und selbständig damit zu üben. Das selbständige Arbeiten am Computer wird häufig als ein wichtiger Schritt in die Selbständigkeit erlebt. Wir versuchen für jeden Teilnehmer mindestens ein geeignetes Programm zu finden, führen ihn oder sie in kleinen Schritten und ganz praktisch an den Umgang damit heran und üben diesen täglich ein. Sobald der Umgang selbständig oder mit geringer Unterstützung durch den Angehörigen gelingt, verleihen wir an den Teilnehmer ein Übungslaptop für das selbständige tägliche Training im Hotel. Selbstverständlich ist es hierfür erforderlich, eine genügende Anzahl an geeigneten Laptops vorzuhalten und einschließlich der Übungsprogramme auch ständig zu pflegen und zu aktualisieren.

Der Auswahl der Therapiemethoden kommt unseres Erachtens auch in der Intensivtherapie eine große Bedeutung zu. Die Praxis sollte ein breites Spektrum an geeigneten Methoden vorhalten, aus denen sie im individuellen Fall gezielt geeignete Methoden herausgreifen kann. Hierbei sind nicht nur das Störungsprofil und die Neigungen des Patienten zu berücksichtigen, sondern insbesondere auch die Erkrankungsphase bzw. die Dauer seit Erkrankungsbeginn. Manche Methoden, welche etwa im ersten Jahr nach dem Ereignis sinnvoll sind, sind in der chronischen Phase weniger wirksam und führen dann auch mit hoher Therapieintensität unter Umständen nicht zum gewünschten Ziel. Evidenzbasierte Therapiemethoden, deren Wirksamkeit in Studien nachgewiesen werden konnten, finden in unserer Arbeit besondere Berücksichtigung.

Darüber hinaus gehört zu unserem Therapiekonzept die Förderung des Patienten / der Patientin in seiner / ihrer Eigenverantwortung für seine sprachliche Entwicklung. Gerade in der chronischen Phase ist es von enormer

Bedeutung, wenn es gelingt, den Patienten / die Patientin an den Punkt zu führen, an dem er / sie selbst die Verantwortung für sein / ihr Vorankommen übernimmt. Dazu gehört eine gründliche und verständliche Aufklärung über die eigenen Defizite, eine differenzierte Sicht des Patienten auf seinen bisherigen Therapieverlauf, die Eigenbeurteilung von Faktoren, welche seine / ihre sprachlichen Leistungen fördern oder hemmen sowie die Beurteilung der Wirksamkeit von Therapiemethoden und natürlich die Verantwortung für sein / ihr Eigentaining und das praktische Umsetzen der kommunikativen Möglichkeiten und erlernten Strategien im Alltag. All dies wird durch eine Arbeitsatmosphäre außerhalb des stationären Kontextes sowie durch den Austausch mit anderen Betroffenen begünstigt.

Selbstverständlich ist bei der Umsetzung aller genannten Therapieprinzipien – wie in jeder Arbeit mit neurologischen Patienten – die größtmögliche Motivation durch ein individuelles Eingehen auf Fähigkeiten, Neigungen, Bedürfnisse und Ziele des Einzelnen sowie das Einbeziehen der Angehörigen von großer Bedeutung.

7 Ärztliche Verordnung und Genehmigung durch die Krankenkasse

Als Praxis führen wir die intensive Sprachtherapie auf ärztliche Verordnung als ambulante Leistung durch. Dies ist grundsätzlich mit den Heilmittelrichtlinien zu vereinbaren, welche mit einer Sprachtherapie pro Woche eine Mindest-, jedoch keine Höchstgrenze für die Therapiefrequenz festlegen. Allerdings müssen für eine Intensivtherapie auf den Heilmittelverordnungen einige Einträge anders ausgefüllt werden als bei den üblichen Verordnungen mit 1-3 Einheiten pro Woche, insbesondere eine deutlich erhöhte Therapiefrequenz (z. B. zehn oder fünfzehn mal pro Woche). Da diese Eintragungen für alle verordnenden Ärzte jedoch noch ungewohnt sind, gibt es mit PatientInnen, Angehörigen und Arztpraxen sehr viel Informations- und Abklärungsbedarf, Rückfragen und Korrekturen im Vorfeld.

Wenn mehr als eine Stunde Sprachtherapie pro Tag durchgeführt werden soll, sind die Verordnungen gemäß den Rahmenempfehlungen von 2013 den Krankenkassen vorab zur Genehmigung vorzulegen:

Rahmenempfehlungen 2013 über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V für den Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, § 18 (5):

„Grundsätzlich sollen Heilmittel je Behandlungstag nur einmal abgegeben werden.“

„In Ausnahmefällen kann eine Doppelbehandlung in Abstimmung mit dem Arzt durchgeführt werden.“

„Mehrfache Therapien pro Tag sind der jeweiligen Krankenkasse gesondert zur Genehmigung vorzulegen.“

Auch für die Sachbearbeiter der Krankenkassen ist dieser Vorgang meist noch ungewohnt. Das Genehmigungsverhalten der Krankenkassen ist dabei weit gefächert und reicht von unkomplizierten Bewilligungen über Einzelfallprüfungen durch den MDK bis zur pauschalen Ablehnung von mehr als einer Therapie pro Tag.

Da die Planung, Organisation und Durchführung von Intensivtherapien in einer ambulanten Praxis mit einem stark erhöhten Aufwand im Vergleich zur herkömmlichen Logopädie verbunden ist, erheben wir für jedes Therapieintervall eine Verwaltungs-Pauschale, die von jedem Teilnehmer - neben den Übernachtungskosten und ggfs. der Rezept-Zuzahlung (für gesetzlich Versicherte) als Eigenleistung aufzubringen ist. Eine Entschädigung für den tatsächlichen Arbeitsaufwand ist damit jedoch höchstens ansatzweise möglich

8 Diskussion und Ausblick

Nach fünfjähriger Erfahrung in der Durchführung von Intensiver Sprachtherapie in Intervallen können wir unsere Erkenntnisse folgendermaßen formulieren: Diese Therapieform ist für alle neurologischen Indikationen sinnvoll. Intensivtherapien können bereits ab 2 Wochen Dauer zu spürbaren Effekten führen. Es gibt allerdings Indikationen, insbesondere bei einem höheren Anteil an begleitenden kognitiven Beeinträchtigungen, bei denen drei- bis vierwöchige Intervalle zu bevorzugen sind. Folgende Faktoren beeinflussen den Effekt einer intensiven Sprachtherapie nicht: das Alter, die Zeitdauer der Erkrankung und auch nicht der Schweregrad der Sprachstörung. Hierin decken sich unsere Erfahrungen mit den Ergebnissen vorangehender Therapiestudien, insbesondere der kürzlich veröffentlichten deutschlandweiten FCET2EC-Studie zur intensiven Aphasiotherapie (Breitenstein et al., 2017).

Intensität ist somit ein zentral wichtiger Faktor für eine wirksame Sprachtherapie. Gerade Menschen mit neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen benötigen eine ungeheure Menge an Wiederholungen von Übungsinhalten, bis sie über diese wirklich alltagsrelevant verfügen. Nur eine Intensivtherapie mit täglich stattfindenden mehreren Behandlungseinheiten erlaubt die intensive Wiederholung und Vertiefung von Übungsinhalten im notwendigen Ausmaß sowie die parallele Bearbeitung ineinander greifender Therapieinhalte am selben Tag. Dadurch können Reorganisationsprozesse im Netzwerk Sprache im Gehirn in Gang gesetzt werden, welche sich tatsächlich in der Alltagskommunikation auswirken. Häufig erleben wir eine Art Beschleunigung des Therapieverlaufs, wie einen ‚Schups‘ durch ein intensives Therapieintervall.

Was ist jedoch die richtige Intensität? Die optimale Anzahl der Therapiestunden pro Tag kann und muss im Einzelfall entschieden und ausprobiert werden. Das

Maximum (etwa vier oder 5 Stunden täglich) ist für Viele in Abhängigkeit von ihrer Belastbarkeit nicht unbedingt erstrebenswert. Viele PatientInnen profitieren von zwei oder drei Stunden täglich. Gerade die Kombination von ein bis zwei Stunden Einzeltherapie mit einer Stunde Kleingruppen-Therapie am Tag ist für viele Teilnehmer sehr anregend.

Insbesondere haben wir in den vergangenen Jahren den Eindruck gewonnen, dass auch eine intensive Therapie immer noch genügend Raum für das tägliche Eigentraining lassen sollte. Eine Therapieintensität, die so hoch ist, dass außerdem nicht mehr eine halbe bis ganze Stunde am Tag selbständig geübt werden kann, ist unter Umständen nicht effektiver als eine Therapiestunde weniger und dafür eine eigenständige Übungsstunde mehr. Eigentraining ist durch nichts zu ersetzen und bildet in den meisten Fällen eine unverzichtbare Brücke zum Transfer der Therapieinhalte in das Lebensumfeld des Patienten und in seine Alltagskommunikation.

Diese Faktoren – tägliche, vielfache Wiederholung ausgewählter Inhalte, die parallele Bearbeitung interagierender Problemfelder, aktives Eigentraining – stellen somit meines Erachtens nur gemeinsam das Geheimnis der Wirksamkeit einer gut durchdachten intensiven Sprachtherapie dar. Zu ähnlichen Erkenntnissen kommen auch die Autoren in dem kürzlich erschienenen Sammelband zur intensiven Sprachtherapie (Grötzbach, 2017).

Allerdings stellt die Intensität wohl einen zentralen, aber nicht den einzigen wirksamen Faktor der Sprachtherapie dar und sollte daher auch nicht isoliert betrachtet werden. Wie bei der Einnahme eines Medikamentes ist die Dosierung der Sprachtherapie von zentraler Bedeutung für ihre Wirksamkeit, muss aber wie das Medikament natürlich auch den richtigen Wirkstoff enthalten und die Interaktion mit anderen Faktoren beachten, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Bezüglich der Therapiegestaltung sind hier insbesondere hervorzuheben: Das Ansetzen an der jeweiligen ‚Schlüsselstörung‘, die Wahl der richtigen Therapiemethoden und das individuelle und ständige Anpassen des Schwierigkeitsgrades der Übungen (shaping). Für die genannten Faktoren ist ein hohes Maß an Erfahrung und Spezialisierung der beteiligten Therapeuten und der therapeutischen Einrichtung vonnöten, so dass Intensivtherapie meines Erachtens ausschließlich in erfahrene Therapeutenhände gehört.

Darüber hinaus liegen einige Wirkfaktoren auf der Seite des jeweiligen Patienten / der jeweiligen Patientin und seines / ihres Umfeldes: Wie stark und wie ausdauernd lässt er / sie sich zu Eigentraining und Eigeninitiative motivieren? Wie stabil ist seine / ihre Persönlichkeit und seine / ihre psychische Situation? Bekommt er / sie die notwendige Unterstützung aus seinem / ihrem Umfeld und sind er / sie und sein / ihr Umfeld willens und in der Lage, selbst kleine Erfolge zu würdigen? Insbesondere

von der letztgenannten Frage hängt der Langzeiteffekt einer Intensivtherapie ab. Auch wenn die Erfolge spürbar sind, sind sie doch meist klein. Können sich die TeilnehmerIn und seine / ihre Angehörigen dennoch darüber freuen, und setzt er / sie die hinzugewonnenen kommunikativen Möglichkeiten im Alltag ein, erwächst daraus der Mut und die Motivation, möglichst bald einen nächsten intensiven Therapieintervall anzustreben. Ein durchgreifender Erfolg von Intensivtherapie gelingt oft erst auf lange Sicht, über mehrere Therapieintervalle hinweg.

Abschließend lässt sich zusammenfassen: Intensivtherapie in der ambulanten Praxis ist möglich, allerdings mit hohen Erwartungen von Seiten der Teilnehmer und ihrer Angehörigen verbunden. Aus diesem Grund sowie aufgrund der kompakten Therapiegestaltung ist sie anstrengend für alle Beteiligten, somit auch für die TherapeutInnen und daher aus unserer Sicht nichts für ‚Anfänger‘. Sie ist logistisch sehr aufwendig und nur sinnvoll mit einer Spezialisierung der Praxis. Aber sie kann aufgrund der deutlicher spürbaren Effekte auch befriedigender sein als andere Therapieformen.

Literatur

Barthel, G, Meinzer, M., Djundja, D. & Rockstroh, B. (2007): Intensive language therapy in chronic aphasia: Which aspects contribute most? *Aphasiology*, 22 / 4, 408-421.

Bhagal, S.K., Teasell, R. & Speechley, M. (2003): Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke*, 34, 987-993.

Breitenstein, C., Grewe, T., Flöel, A., Ziegler, W., Springer, L., Martus, P., Huber, W., Willmes, K., Ringelstein, E. B., Haeusler, K.G., Abel, S., Glindemann, R., Domahs, F., Regenbrecht, F., Schlenck, K.-J., Thomas, M., Obrig, H., de Langen, E., Rucker, R., Wigbers, F., Rühmkorf, C., Hempfen, I., List, J., & Baumgaertner, A. (2017): Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *The Lancet*, dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30067-3.

Grötzbach, H. (2015): Evidenzbasierte Aphasietherapie. *Sprachtherapie aktuell*. Schwerpunktthema: Aus der Praxis für die Praxis 2, e2015-06; doi: 10.14620/stadbs150906.

Grötzbach, H. (Hrsg.) (2017): Therapieintensität in der Sprachtherapie / Logopädie. Schulz-Kirchner-Verlag.

Meinzer, M. & Breitenstein, C. (2008): Zur Notwendigkeit intensiver therapeutischer Intervention bei chronischer Aphasie. *Aphasie und verwandte Gebiete* 3/2007 – 1/2008, 7-21.

Meinzer, M., Djundja, D., Barthel, G., Elbert, T. & Rockstroh, B. (2005): Long-term stability of improved language functions in chronic aphasia after constraint induced aphasia therapy. *Stroke*, 36, 1462-1466.