

Evidenzbasierte Aphasietherapie

Holger Grötzbach

Zusammenfassung:

Sowohl Patient(inn)en mit einer Aphasie als auch Sprachtherapeut(inn)en erwarten, dass Aphasietherapie effektiv ist. Trotz dieser Erwartung ist über die Wirksamkeit der vielen Aphasietherapie-Methoden (bislang) nichts bekannt. Es liegen jedoch Evidenzen dafür vor, dass Aphasietherapie nur dann wirksam ist, wenn verschiedene Faktoren beachtet werden. Zu ihnen zählen eine hohe Therapiefrequenz, ein wiederholtes Darbieten identischer Therapieinhalte (Repetition), kontinuierlich ansteigende Anforderungen an die sprachlichen Fähigkeiten der Patient(inn)en („shaping“) sowie Aufgaben, die einen Bezug zu den Betroffenen haben (Kontextsensitivität). Das evidenzbasierte Arbeiten wird durch eine Berücksichtigung der Ziele der Patient(inn)en und durch die im Laufe der Berufsjahre erworbene Expertise der Sprachtherapeut(inn)en vervollständigt. Zur evidenzbasierten Therapie gehört es schließlich auch, dass jede(r) Sprachtherapeut(in) die Wirksamkeit einer durchgeführten Behandlung im Rahmen ihrer oder seiner Möglichkeiten nachweist.

Schlüsselwörter:

Effektivität, Effizienz, Therapieintensität, Repetition, shaping, Kontextsensitivität, evidenz-basierte Praxis

Zitation:

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

1. Einleitung

Patient(inn)en mit einer Aphasie beginnen ihre Therapie in der Regel mit der Erwartung, dass ihre jeweilige sprachliche Störung beseitigt oder zumindest reduziert wird. Außerdem hoffen sie, dass ihre Behandlung nicht nur zu Fortschritten in der Therapiesituation, sondern auch im Alltag führt (Goerg & Tesak, 2007; Worall et al., 2011). Diese Hoffnungen spiegeln sich in dem Anspruch der Sprachtherapeut(inn)en wider, effektive und effiziente Therapien durchzuführen. Dabei ist eine Therapie dann effektiv, wenn gezeigt werden kann, dass Therapieziel und Therapieergebnis übereinstimmen (Beushausen & Grötzbach, 2011; Grötzbach, 2004a). Den Therapiezielen kommt damit eine entscheidende Bedeutung zu: Nur wenn sie genau, d. h. messbar formuliert werden, ist es möglich, sie zu evaluieren (Beushausen, 2014; Wade, 2009). Vage definierte Ziele, wie z. B. „Verbesserung des Sprachverständnisses“ oder „Verbesserung der Wortfindung“, erfüllen das Kriterium der Messbarkeit nicht und sollten daher vermieden werden (Grötzbach, 2004b).

Im Unterschied zur Effektivität bezieht sich die Effizienz auf die wirtschaftlichen Aspekte einer Behandlung (Blanco & Mäder, 1999). Eine Therapie ist dann effizient, wenn mit gegebenen ökonomischen Mitteln bestmögliche Behandlungsergebnisse erzielt werden. Die ökonomischen Mittel in der Sprachtherapie bestehen im Wesentlichen aus den Vergütungen, die mit den Kostenträgern vereinbart worden sind. Wird die Effizienz der Effektivität gegenübergestellt, so ergibt sich, dass die Effektivität wichtiger ist als die Effizienz (Kolominsky-Rabas, 2005). Der Grund dafür ist, dass es immer eine Verschwendung von Ressourcen darstellt, wenn unwirksame Therapien effizient, d. h. kostengünstig, durchgeführt werden.

Trotz ihrer enormen Bedeutung ist über die Effektivität der mittlerweile mehr als 200 verschiedenen Aphasie-Therapiemethoden nur wenig bis gar nichts bekannt (Grötzbach, 2013; 2014). So fehlt für die meisten Methoden ein Effektivitätsnachweis, der über eine Expertenmeinung oder über eine Einzelfallstudie hinausgeht. Für einige Methoden liegen zwar experimentell ermittelte Evidenzen oder Belege für ihre Wirksamkeit vor, diese sind

jedoch aus Sicht der evidenzbasierten Medizin als schwach einzustufen. Dafür gibt es zwei Gründe. Zum einen beruhen sie in der Mehrzahl der Fälle nicht auf den Ergebnissen randomisiert-kontrollierter Studien. Daher ist ihre externe Evidenz oder ihre Übertragbarkeit auf Personen, die nicht an den Studien teilgenommen haben, gering (Beushausen & Grötzbach, 2011). Zum anderen fehlt in den Studien aus ethischen Gründen häufig eine nicht-behandelte Kontrollgruppe. Störvariablen, wie z. B. soziale Zuwendung durch die Therapeut(inn)en oder sprachliche Fortschritte aufgrund von Spontanremission, sind daher nicht ausreichend sicher kontrollierbar. Der Mangel an Informationen über die Effektivität von Aphasie-Therapiemethoden führt dazu, dass

- ein hoher Bedarf an Evaluationsstudien im Bereich Aphasie besteht,
- vor allem diejenigen Methoden zu evaluieren sind, für die bislang keine Wirksamkeitsnachweise vorliegen,
- die Entscheidung für die Verwendung einer bestimmten Therapiemethode weniger auf evidenzbasierten Kriterien, als vielmehr auf Bekanntheitsgrad, Empfehlungen von Kollegen(inn)en oder Intuition beruht,
- sich die Selbstverpflichtung von Logopäd(inn)en, „ihr Vorgehen an Wirksamkeitsnachweisen [zu orientieren]“ (dbl, 2010, S. 4), nur schwer realisieren lässt,
- bei miteinander konkurrierenden Therapiemethoden nicht entschieden werden kann, welcher Methode der Vorzug zu geben ist.

Wenngleich das Wissen über die Effektivität von Aphasie-Therapiemethoden (noch) spärlich ist, so gibt es dennoch einige Prinzipien, die sich in der Aphasietherapie als wirksam erwiesen haben. Zu ihnen gehören die Intensität von Aphasietherapie, die Repetition, das „shaping“-Prinzip sowie die Kontextsensitivität (Beushausen & Grötzbach, 2011; Grötzbach, 2013; Wallesch, 2009).

2. Intensität von Aphasietherapie

Es liegen inzwischen mehrere qualitativ hochwertige Studien vor (Bhogal, Teasell, Foley, & Speechley, 2003a; Bhogal, Teasell, & Speechley, 2003b; Kelly, Brady, & Enderby, 2010), die belegen, dass Aphasietherapie nur dann wirksam ist, wenn sie hochfrequent durchgeführt wird. Die Angaben darüber, was unter „hochfrequent“ zu verstehen ist, differieren zwar. Den verschiedenen Angaben ist jedoch gemeinsam, dass bei einer ausgeprägten Aphasie von mindestens einer Stunde Therapie pro Tag für einen Zeitraum von minimal vier Wochen ausgegangen wird (s. Tabelle 1).

Tabelle 1 - Angaben zur Intensität von Aphasietherapie

Quelle	Frequenz
Leitlinie Aphasietherapie (Bauer et al., 2002)	ein bis zwei Mal täglich zu je 60 Minuten für 6 - 8 Wochen (gilt für die stationäre Behandlung 6 - 12 Monate nach Beginn der Erkrankung) täglich für 4 Wochen, danach Pause von mindestens 3 Monaten (gilt für die ambulante Behandlung 6 - 12 Monate nach Beginn der Erkrankung)
Bhogal et al., 2003a; 2003b	9 Stunden/Woche für 10 Wochen
Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (Diener & Putzki, 2008)	5 - 10 Stunden/Woche
Huber et al., 2006	8 Stunden/Woche bei chronischer Aphasie
Reha-Therapiestandard „Schlaganfall“ (Schönle & Lorek, 2011)	mindestens 5 Stunden/Woche für Personen mit einem hohen Bedarf mindestens 2,5 Stunden/Woche für Personen mit einem normalen Bedarf

Mit Hilfe der hohen Frequenz lassen sich sprachliche Fortschritte auch bei Aphasien erreichen, die schon seit Jahren bestehen (Meinzer, Djundja, Barthel, Elbert, & Rockstroh, 2005; Pulvermüller et al., 2001; Schlenck & Perleth, 2004; Schomacher et al., 2006). Da die Evidenzen für die sprachlichen Verbesserungen bei chronischer Aphasie methodisch allerdings (noch) nicht überzeugend sind, wird zurzeit eine multizentrisch angelegte, randomisiert-kontrollierte Studie mit dem Ziel durchgeführt, die Wirksamkeit hochfrequenter Sprachtherapie bei Patient(inn)en mit einer chronischen Aphasie zu überprüfen (Breitenstein et al., 2014). Die Ergebnisse der Studie sind für das zweite Halbjahr 2015 zu erwarten. Sollte sich die Effektivität der hochfrequenten Sprachtherapie herausstellen, so besäße dieses Resultat aufgrund des Studiendesigns eine hohe externe Validität. Damit wäre es nicht mehr länger zu tolerieren, die Verordnung einer (hochfrequenten) Aphasietherapie mit dem Argument abzulehnen, dass sprachliche Verbesserungen durch eine lange Erkrankungsdauer verhindert werden.

Obwohl die hohe Therapiefrequenz schon seit Jahren in den therapeutischen Leitlinien und im Reha-Therapiestandard „Schlaganfall“ verankert ist (Grötzbach, 2012), scheint sie in der Praxis noch nicht angekommen zu sein. So ergibt eine Untersuchung, dass mehr als zwei Drittel von 257 befragten logopädischen Praxen zwar den Wunsch und auch die Möglichkeit hat, hochfrequente Aphasietherapie durchzuführen. Tatsächlich wird jedoch in 80% der befragten Praxen Aphasietherapie mit einer Frequenz von ein oder zwei Mal pro Woche angeboten (Asmussen, Bremer, Heldt, & Krüger, 2013). Die Daten in der stationären Rehabilitation sehen ähnlich aus: Nach einer Erhebung der Deutschen Rentenversicherung erhielten 2009 lediglich 2% der Patient(inn)en mit einer Aphasie 5 Stunden Therapie pro Woche und nur 8% der Patient(inn)en eine Therapie von 2,5 Stunden pro Woche (Schönle & Lorek, 2011).

Von den ambulanten Praxen werden mehrere Gründe für das Scheitern der hochfrequenten Aphasietherapie angegeben (s. Abbildung 1). Zu ihnen gehören vor allem eine eingeschränkte Vorordnungsweise der Ärzte, eine mangelnde Bereitschaft der Patient(inn)en, an einer hochfrequenten Therapie teilzunehmen, praxisinterne Ursachen sowie eine fehlende Kostenübernahme der Krankenkassen (Asmussen et al., 2013).

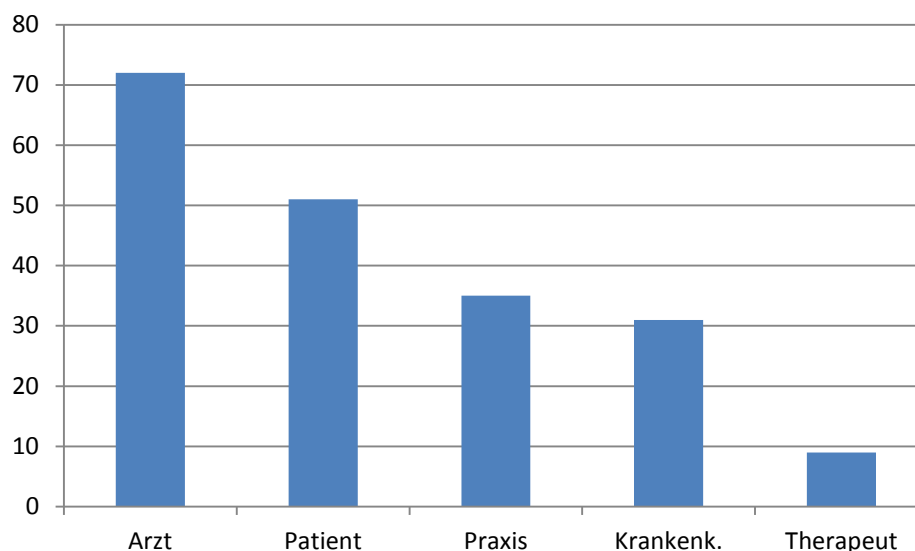


Abbildung 1 - Prozentuale Angabe von Gründen für das Scheitern einer hochfrequenten Aphasietherapie (nach Asmussen et al., 2013)

Darüber hinaus stehen auch die Vorgaben des Heilmittelkatalogs im Widerspruch zur Forderung nach einer hochfrequenten Therapie, da der Regelfall im Bereich Aphasie auf maximal 60 Therapieeinheiten beschränkt ist (Grötzbach, 2011). Trotz dieser Gründe wird es jedoch in Zukunft darum gehen müssen, die Therapiefrequenz zu erhöhen, um dadurch die Basis für eine effektive Behandlung zu legen. Zur Erhöhung der Therapieintensität ist es sinnvoll, neben der klassischen Einzeltherapie auch über den Einsatz von Gruppentherapien (Masoud, 2009), computerbasierten Therapien (Holz & Grötzbach, 2014) und Eigenübungsaufgaben nachzudenken.

3. Repetition und „shaping“

Unter Repetition wird das Prinzip verstanden, identische Therapieinhalte mit keiner oder nur geringer Variation so lange zu wiederholen, bis ein im Voraus festgelegtes Erfolgskriterium erreicht worden ist. Beispiele für ein repetitives Vorgehen finden sich für die Therapie von Wortfindungsstörungen (Schomacher et al., 2006) oder für die Therapie von Agraphien (Beeson, Hirsch, & Rewega, 2002). Die Repetition ist auch ein fester Bestandteil der computerbasierten Aphasietherapie. Sie bewirkt, dass sich Therapieinhalte einprägen und dadurch als Routine-Wissen zur Verfügung stehen.

Eine Ergänzung zur Repetition stellt das „shaping“-Prinzip dar, bei dem die sprachlichen Anforderungen an die Patient(inn)en kontinuierlich erhöht werden. Dies lässt sich durch eine schrittweise Reduktion therapeutischer Hilfen oder durch eine sukzessive Steigerung des Schwierigkeitsgrads einer Aufgabenstellung erreichen. Die schrittweise Reduktion therapeutischer Hilfen findet sich z. B. in den „vanishing cues“ wieder, die zur Therapie von Wortfindungsstörungen eingesetzt werden können (Abel, Willmes, & Huber, 2007). Wie in Tabelle 2 zu sehen ist, beginnen die „vanishing cues“ mit einer maximalen Hilfestellung und enden mit einer autonomen Leistung der Patient(inn)en.

Tabelle 2 - Abnehmende therapeutische Hilfen beim Benennen von „Krokodil“ (nach Abel et al., 2007)

Schritt	Hilfe	Beispiel
1	Nachsprechen	Das ist ein Krokodil. Das ist ein?
2	Silbe	Das ist ein <kro>?
3	Anlaut	Das ist ein <k>?
4	Lückensatz	Ein großes Maul mit spitzen Zähnen hat das?
5	Definition	Das ist ein grünes Raubtier mit einem langen Schwanz, das im Wasser lebt. Das ist ein?
6	Benennen	Das ist ein?

Zur sukzessiven Steigerung des Schwierigkeitsgrads einer Aufgabenstellung eignen sich sowohl sprachliche als auch nicht-sprachliche Parameter. So lassen sich für die Therapie von Wortfindungsstörungen die Parameter Wortfrequenz, Erwerbssalter, Vorstellbarkeit, Vertrautheit und Wortlänge systematisch miteinander variieren (s. Tabelle 3). Demnach ist eine Aufgabe als leicht einzustufen, in der es um Zielwörter geht, die 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 lassen sich dadurch erreichen, dass z.B. die Wortfrequenz von hochfrequent nach niederfrequent variiert wird (Fröhlich, Ringler, Struck, & Wohler, 2008). Eine Hilfe dabei sind Frequenzwörterbücher, die Auskunft über die Häufigkeit von Wörtern geben (z. B. Meier, 1978).

Tabelle 3 - Sprachliche und nicht-sprachliche Wortzugriffparameter (nach Ackerstaff et al., 2013)

Parameter	Bedeutung für den Wortzugriff	Erläuterung
Wortfrequenz	hoch	Gebrauchshäufigkeit eines Wortes
Erwerbsalter	hoch	Altersabschnitt, in dem ein Wort erworben wird
Vorstellbarkeit	mittel	Leichtigkeit, mit der ein Lebewesen/ein Ding vorgestellt werden kann
Vertrautheit	mittel	Individuelle Gebrauchshäufigkeit eines Wortes
Wortlänge	mittel	Phonem- und Silbenzahl

Ein weiteres Beispiel für die sukzessive Schwierigkeitssteigerung stellen die Valenzen oder Wertigkeiten von Verben dar, die in der Therapie von syntaktischen Störungen eingesetzt werden können (vgl. Schlenck, Schlenck, & Springer, 1995). Die sukzessive Steigerung ergibt sich dadurch, dass Sätze zu bilden sind, die zunächst Verben mit einer Valenz, dann Verben mit zwei Valenzen und schließlich Verben mit drei Valenzen enthalten. Über die Wertigkeit von Verben informieren Valenzwörterbücher (z. B. Helbig & Schenkel, 1983).

4. Kontextsensitivität

Kontext-sensitive Therapieansätze haben in der Neurologie eine lange Tradition. Sie wurden erstmals von dem Neurologen Kurt Goldstein (1878-1965) und dem (Neuro)-Psychologen Adhémar Gelb (1887-1936) entwickelt, die zusammen das Hirnverletzten- Lazarett in Frankfurt/Main gegründet und geleitet haben (Frommelt & Katzenmeier, 1999).

Dem Konzept der kontext-sensitiven Therapie liegt die Beobachtung zugrunde, dass kognitive Leistungen von der Situation abhängen, in der sich eine Patientin oder ein Patient gerade befindet (Gelb, 1937). Dabei wirken sich die unterschiedlichen Situationen nicht so sehr auf die Motivation, sondern eher auf das Verhalten der Patient(inn)en aus, mit den Anforderungen der jeweiligen Situation adäquat umzugehen (Gelb & Goldstein, 1920). Denn künstliche Situationen, die in keinem Zusammenhang zu einer Patientin oder einem Patienten stehen, werden in einer abstrakten Haltung bewältigt. Alltagssituationen mit einem direkten Bezug zur Patientin oder zum Patienten werden dagegen mit Hilfe einer konkreten Haltung gemeistert.

Während die abstrakte Haltung vor allem auf schulisch vermitteltem Wissen beruht, wird die konkrete Haltung durch das soziale, biographische und konzeptuelle Wissen einer Person bestimmt. Der Zugriff auf diese drei Wissensbereiche ermöglicht bessere Leistungen in Situationen, die einen Bezug zur Patientin oder Patienten haben, als in Situationen, die für die Patientin oder den Patienten bedeutungslos sind. Für die Therapie aphasisch bedingter Störungen bedeutet dies, dass geringere sprachliche Fortschritte durch abstrakte Übungsinhalte (z. B. Finden von Reimwörtern, Minimalpaarunterscheidungen, lexikalische Entscheidungsaufgaben) erreicht werden als durch Aufgaben, in denen es um eine Bewältigung von Alltagsroutinen geht.

In der kontext-sensitiven Aphasietherapie stehen daher alltagsnahe Aufgaben im Vordergrund (Coopmanns, 2007; Grötzbach, 2008a), wobei ein besonderes Gewicht auf die Selbsteinschätzung sowie auf die Umstellungsfähigkeit der Patient(inn)en gelegt wird (Spitzer, Beushausen, & Grötzbach, 2009; Spitzer, Grötzbach, & Beushausen, 2013). Die Ziele dabei sind es, von Anfang an auf einen Transfer der Therapieinhalte in den Alltag sowie auf eine Generalisierbarkeit zu achten. Weitere Charakteristika der kontext-sensitiven Therapie sind in Tabelle 4 aufgelistet.

Tabelle 4 - Charakteristika der Kontextsensitivität (nach Frommelt, 2010)

1	Aufgaben knüpfen sich an persönliche Ziele an und sind für die Patientin oder den Patienten sinnvoll.
2	Aufgaben sind alltagsnah gestaltet.
3	Handlungen werden als Ganzes geübt: z.B. eine Warenbestellung als vollständigen Ablauf.
4	Möglichst viele Übungen in einem natürlichen Kontext, z.B. in der Wohnung oder im Geschäft
5	Den wichtigsten Kontext, die Familie, einbinden.
6	Wiederholen ohne zu wiederholen: Aufgaben in unterschiedliche Kontexte einbetten, z.B. eine schriftliche, mündliche oder telefonische Warenbestellung

Belege aus der Neurorehabilitation (Fries, 2007; Goldenberg, Pössl, & Ziegler, 2002), der Neuropädiatrie (Ylvisaker et al., 2005) und der Frühförderung (Mann, 1979) sprechen dafür, dass die Kontextsensitivität der störungsspezifischen Therapie sowohl theoretisch als auch empirisch überlegen ist.

Es wäre jedoch falsch, unter einer evidenzbasierten Aphasietherapie lediglich die Durchführung einer intensiven, repetitiven, „shaping“-basierten und kontextsensitiven Behandlung zu verstehen. Vielmehr sind diese Therapieprinzipien durch die Faktoren Patient(inn)enpräferenzen und Expert(inn)enwissen zu ergänzen (Beushausen, 2014; Beushausen & Grötzbach, 2011; Dollaghan, 2007).

5. Evidenz-basierte Praxis

Eine nur an Evidenzen orientierte Therapie verkennt, dass Behandlungen zunächst ausschließlich von den Wünschen und Hoffnungen der Betroffenen gesteuert werden (Grötzbach 2004b; 2008b). Diese müssen nicht notwendigerweise mit den wissenschaftlich ermittelten Evidenzen übereinstimmen. So mag es durchaus der Fall sein, dass eine intensive, repetitive Aphasietherapie effektiv ist. Wenn ein(e) Patient(in) die Intensität und Repetition jedoch ablehnt, dann sind die beiden Therapieprinzipien nicht durchführbar. Die Aufgabe der Sprachtherapeut(inn)en wäre es dann zwar, den Nutzen der beiden Prinzipien zu erläutern. Bleibt es jedoch bei der Ablehnung, können sie nicht verwendet werden.

Es mag außerdem der Fall sein, dass zur Behandlung einer bestimmten sprachlichen Störung mehrere Therapieoptionen zur Verfügung stehen. Da es für die verschiedenen Optionen in der Regel keine Wirksamkeitsnachweise gibt, wird die Expertise der Sprachtherapeut(inn)en benötigt, um sich für eine der Optionen entscheiden zu können. Die Expertise umfasst zum einen das in der Ausbildung oder in Fortbildungen erworbene Wissen und zum anderen die im Laufe der Berufspraxis gesammelten Erfahrungen. Mit zunehmender Praxis wächst die Expertise kontinuierlich an. Dadurch wird ein(e) Berufsanfänger(in) im Laufe der Zeit zu einer erfahrenen Fachkraft und schließlich zum Experten oder sogar Master ihres oder seines Fachs (Beushausen, 2009).

Die Expertise wird jedoch nicht nur bei der Wahl einer Therapieoption, sondern auch als Kontrolle in der sprachtherapeutischen Diagnostik benötigt. Der Grund dafür ist, dass alle psychometrisch abgesicherten Diagnostikinstrumente mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit verbunden sind. Obwohl die Irrtumswahrscheinlichkeit klein ist, kann es dennoch vorkommen, dass als Ergebnis eines Messinstruments eine Aphasie diagnostiziert wird, die in der Realität aber nicht vorliegt. Das Umgekehrte kann ebenso der Fall sein: Am Ende der Diagnostik kann das Ergebnis „keine aphasische Störung“ lauten, die jedoch tatsächlich vorhanden ist. Die Expertise der Sprachtherapeut(inn)en hilft dabei, solche Fehler zu korrigieren. Ihre Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten einer Patientin oder eines Patienten ist in jedem Fall höher einzuschätzen als das Resultat eines Diagnostikinstrumentes. Das Zusammenspiel von wissenschaftlichen Belegen, Patient(inn)enpräferenzen und klinischer Expertise wird von der amerikanischen Sprachtherapeutin Dollaghan (2007) als evidenz₃-basierte Praxis bezeichnet (Beushausen, 2014). Mit der tiefergestellten 3 wird symbolisiert, dass sich die sprachtherapeutische Praxis aus den drei Faktoren Evidenzen,

Präferenzen und Expertise zusammensetzt. Im Idealfall stehen die drei Faktoren gleichberechtigt zueinander. Im juristischen Sinne kommt der Präferenz jedoch eine erhöhte Bedeutung zu, da es nur in Ausnahmefällen möglich ist, eine Therapie gegen die Wünsche einer Patientin oder eines Patienten durchzuführen.

Zum Konzept der evidenz₃-basierten Praxis gehört es auch, die Erstellung von Belegen nicht nur wissenschaftlichen Institutionen zu überlassen. Vielmehr ist jede(r) Sprachtherapeut(in) dazu aufgerufen, die Wirksamkeit von Therapiemaßnahmen nachzuweisen. Dies gelingt, indem mit Hilfe von qualitativen oder quantitativen Daten therapeutische Fortschritte bei Therapieende belegt werden. Aussagen wie „der Patient zeigt ein deutlich gebessertes Sprachverständnis“ oder „die Wortfindung ist massiv besser geworden“ (Zwischenbericht einer logopädischen Praxis, 2010) entbehren nicht nur einer nachvollziehbaren Grundlage, sondern wirken durch ihre Übertreibungen auch unglaubwürdig. Besser wäre es gewesen, die Sprachverständnis- und Wortfindungsleistungen bei Beginn und am Ende der Therapie durch Rohwerte, Prozentränge oder Stanine zu dokumentieren, um mit ihrer Hilfe therapeutischen Fortschritte darzustellen. Dies erfüllt sowohl die Forderung des Gesetzgebers nach einer transparenten Dokumentation (vgl. § 125 Absatz 1 Sozialgesetzbuch V) als auch die Verpflichtung, Patient(inn)en und ihre Angehörige über die erreichten Verbesserungen zu informieren. Zu einer evidenz₃-basierten Praxis mit der Aufgabe, das eigene Handeln fortlaufend zu evaluieren, gibt es somit keine Alternative.

6. Literatur

Abel, S., Willmes, K., & Huber, W. (2007). Model-oriented naming therapy: Testing predictions of a connectionist model. *Aphasiology*, 21 (5), 411-447.

Ackerstaff, D., Bertels, K., & Hemme, S. (2013). *Effektivität technischer Hilfsmittel in der Benennungstherapie aphasisch bedingter Wortfindungsstörungen*. Unveröffentlichte Bachelor-Arbeit. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Asmussen, L., Bremer, W., Heldt, C., & Krüger, S. (2013). Therapiefrequenz in der ambulanten logopädischen Praxis. *Forum Logopädie*, 27 (2), 12-19.

Bauer, A., de Langen-Müller, U., Glindemann, R., Schlenck, C., Schlenck, K. J., & Huber, W. (2002). Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie): Leitlinien 2001. *Aktuelle Neurologie*, 29, 63-75.

Beeson, P. M., Hirsch, F. M., & Rewega, M. A. (2002). Successful single-word writing treatment: Experimental analyses of four cases. *Aphasiology*, 16, 473-491.

Beushausen, U. (2009). Von der Anfängerin zur Expertin. In U. Beushausen (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie* (S.29-38). München: Elsevier.

Beushausen, U. (2014). Chancen und Risiken einer evidenz-basierten Sprachtherapie. *Logos*, 22 (2), 96-104.

Beushausen, U., & Grötzbach, H. (2011). *Evidenzbasierte Sprachtherapie*. München: Elsevier.

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

- Bhogal, S. K., Teasell, R. W., & Speechley, M. R. (2003b). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke*, 34, 987-993.
- Blanco, J. & Mäder, M. (1999). Dokumentation, Messung und Qualitätsmanagement. In P. Frommelt, & H. Grötzbach, (Hrsg.), *NeuroRehabilitation* (S. 629-644). Berlin: Blackwell.
- Breitenstein, C., Grewe, T., Flöel, A., Ziegler, W., Springer, L., Martus, P., & Baumgärtner, A. (2014). Wie wirksam ist intensive Aphasietherapie unter regulären klinischen Bedingungen? Die deutschlandweite Aphasieversorgungsstudie FCET2EC. *Stimme, Sprache, Gehör*, 38, 14-19.
- Coopmanns, J. (2007). Alltagsrelevante Aphasietherapie. *Forum Logopädie*, 21 (1), 6-13.
- Dollaghan, C.A. (2007). *The Handbook of Evidence-based Practice in Communication Disorders*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- dbl (2010). *Berufsleitlinien Logopädie*. Verfügbar unter <http://www.dbl-ev.de/fileadmin/media/publikationen/Berufsleitlinien.pdf>.
- Diener, H. C., & Putzki, N. (2008). *Leitlinien für die Diagnostik und Therapie in der Neurologie*. Stuttgart: Thieme.
- Fries, W., Lössl, H., & Wagenhäuser, S. (2007). *Teilhabe!* Stuttgart: Thieme.
- Fröhlich, U., Ringler, U., Struck, T. S., & Wohler, J. (2008). *Hierarchische Wortlisten zur Therapie von Wortfindungsstörungen*. Unveröffentlichte Bachelor-Arbeit. Rostock: Europäische Wirtschafts- und Sprachenakademie.
- Frommelt, P. (2010). Rehabilitation von Personen mit einem Schlaganfall. In P. Frommelt, & H. Lösslein, (Hrsg.), *NeuroRehabilitation* (S. 633-672). Berlin: Springer.
- Frommelt, P., & Katzenmeier, F. Zur Geschichte der neurologischen Rehabilitation. In P. Frommelt, & H. Grötzbach, (Hrsg.), *NeuroRehabilitation* (S. 1-18). Berlin: Blackwell.
- Gelb, A. (1937). Zur medizinischen Psychologie und philosophischen Anthropologie. *Acta Psychologica*, 3 (2), 193-271.
- Gelb, A., & Goldstein, K. (1920). *Psychologische Analysen hirnpathologischer Fälle*. Leipzig: Barth.
- Goerg, K., & Tesak, J. (2007). Die Selbstsicht aphasischer Personen mit Bezug auf das neoklassische Aphasiekonzept und die ICF. In J. Tesak, (Hrsg.), *Arbeiten zur Aphasie* (S. 99-103). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Goldenberg, G., Pössl, J., & Ziegler, W. (2002). (Hrsg.). *Neuropsychologie im Alltag*. Stuttgart: Thieme.
- Grötzbach, H. (2004a). Zur Effektivität von Aphasietherapie. *Neurologie & Rehabilitation*, 10 (1), 1-5.
- Grötzbach, H. (2004b). Zielsetzung in der Aphasietherapie. *Forum Logopädie*, 18 (5), 12-16.

- Grötzbach, H. (2008a). Kontext-sensitive Aphasietherapie. *L.O.G.O.S. interdisziplinär*, 16 (1), 26-31.
- Grötzbach, H. (2008b). Bottom-up oder top-down orientierte Aphasietherapie: Welche ist besser? *Die Sprachheilarbeit*, 53 (5), 284-291.
- Grötzbach, H. (2011). Leitlinienorientierte Aphasietherapie – Widerspruch zum Heilmittel-Katalog. In Arbeitsgemeinschaft Qualitätsbericht Logopädie in Baden- Württemberg (Hrsg.), *Qualitätsbericht 2011* (S. 22-25). Raisdorf: Buchner.
- Grötzbach, H. (2012). Die Bedeutung des Reha-Therapiestandards „Schlaganfall“ für die Sprachtherapie. *L.O.G.O.S. interdisziplinär*, 20 (3), 190-195.
- Grötzbach, H. (2013). Evidenzbasierte Aphasietherapie: Was ist erreicht, was ist noch zu tun? *SAL-Bulletin*, 150, 5-14.
- Grötzbach, H. (2014). Aphasietherapie: Auftrag und Umsetzung. *logoTHEMA*, 11 (1), 6-9.
- Helbig, G., & Schenkel, W. (1983). *Wörterbuch zur Valenz und Distribution deutscher Verben*. Leipzig: Bibliographisches Institut.
- Holz, C., & Grötzbach, H. (2014). Zur Effektivität von Computertherapie bei chronischer Aphasie. *Forum Logopädie*, 28 (6), 22-27.
- Huber, W., Poeck, K., & Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Stuttgart: Thieme.
- Kelly, H., Brady, M. C., & Enderby, C. (2010). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5, 1-170.
- Kolominsky-Rabas, P. (2005). Evidenzbasierung und Neurologie. In C. W. Wallesch, (Hrsg.), *Neurologie* (S. 1271-1281). München: Urban & Fischer.
- Mann, L. (1979). (Hrsg.). *On the trail of process*. New York: Grune and Stratton.
- Masoud, V. (2009). *Gruppentherapie bei neurologischen Sprachstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Meier, H. (1978). *Deutsche Sprachstatistik*. Hildesheim: Georg Olms.
- 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.
- Pulvermüller, F., Neininger, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P., & Taub, E. (2001). Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. *Stroke*, 32, 1621-1626.
- Schlenck, K. J., & Perleth, S. (2004). Langzeitverlauf bei Aphasie und der Effekt von Sprachtherapie in der chronischen Phase. *Aphasie und verwandte Gebiete*, 18 (1), 9-20.
- Schlenck, C., Schlenck, K. J. & Springer, L. (1995). *Die Behandlung des schweren Agrammatismus. Reduzierte-Syntax-Therapie (REST)*. Stuttgart: Thieme.

Schönle, P. W., & Lorek, L.M. (2011). Entwicklung der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung für die Rehabilitation von Patienten mit Schlaganfall in der Phase D. *Neurologie & Rehabilitation*, 17, 125-140.

Schomacher, M., Baumgärtner, A., Winter, B., Lohmann, H., Dobel, C., Wedler, K., Abel, S., Knecht, S., & Breitenstein, C. (2006). Erste Ergebnisse zur Effektivität eines intensiven und hochfrequenten repetitiven Benenn- und Konversationstrainings bei Aphasie. *Forum Logopädie*, 20 (4), 22-28.

Sozialgesetzbuch (SGB). Bücher I - XII. München: Beck.

Spitzer, L., Beushausen, U., & Grötzbach, H. (2009). Exekutivfunktionen in der Aphasietherapie. *Forum Logopädie*, 23 (3), 6-9.

Spitzer, L., Grötzbach, H., & Beushausen, U. (2013). Störungen der Exekutivfunktionen bei Aphasie. *Forum Logopädie*, 27 (6), 24-29.

Wade, D. T. (2009). Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation*, 23, 291-295.

Wallesch, C. W. (2009). Evidenzbasierte Verfahren in der Sprachtherapie. *Neurologie & Rehabilitation*, 15 (4), 252-254.

Worall, L., Sheratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25 (3), 309-322.

Ylvisaker, M., Adelson, D., Braga, L. W., Burnett, S. M., Glang, A., Feeney, T., Moore, W., Rumney, P., & Todis, B. (2005). Rehabilitation and ongoing support after pediatric TBI. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20, 95-109.

Korrespondenzadresse:

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

Evidence-based aphasia therapy

Key words:

effectivity, efficiency, intensity of therapy, repetition, shaping, context-sensitivity, evidence-based practice

Summary:

Both patients with aphasia and speech-language therapists expect aphasia treatment to be effective. Despite this expectation, nothing is known (yet) about the effectiveness of most of the methods used in aphasia therapy. However, there is evidence that aphasia therapy is effective if some factors are observed. These factors comprise an intensive therapy rate, a repeated presentation of identical therapy contents (repetition), continuously increasing demands for the patients' language abilities (shaping), and exercises which are meaningful for the patients (context-sensitivity). An evidence-based treatment is completed by a consideration of the patients' goals and by the expertise of the speech-language therapists acquired in the course of time. Finally, an evidence-based therapy consists of the obligation of speech-language therapists to evaluate the effectiveness of their treatments within the framework of their possibilities.



Holger Grötzbach, M. A. studierte Linguistik, Psychologie und Philosophie, mit den Schwerpunkten Sprach- und Sprechstörungen, in Bonn und Berlin. Nach Abschluss seines Studiums arbeitete er drei Jahre lang im Max-Planck-Institut für Psycholinguistik. Danach Wechsel in die Abteilung Sprachtherapie der Asklepios Klinik Schaufling, die er seit zwanzig Jahren leitet. Holger Grötzbach ist nebenberuflicher Dozent an (Fach-)Hochschulen sowie an Berufsfachschulen für Logopädie.