

Sprachtherapie nach erworbener Hirnschädigung / Teil 2

Herausgeber:

©Neuronales Netzwerk
Deutsche Stiftung für Menschen mit erworbenen Hirnschäden
info@neuronales-netzwerk.org
www.neuronales-netzwerk.org

in Zusammenarbeit mit:

Heinrich Mundt
Praxis für Sprachtherapie Berlin
www.sprachtherapie-mundt.de
und
RC reweca gGmbH
Beratung für Menschen mit erworbenen Hirnschäden
Berlin
September 2011

Dieses Merkblatt ist die Fortsetzung des ersten Teils „Sprachtherapie nach erworbener Hirnschädigung“. Es folgen weitere Informationen dazu, wie es nach einer erworbenen Hirnschädigung mit dieser Therapieform zu Hause weitergehen kann, welche Ansätze es in der Sprachtherapie für die verschiedenen Störungsbilder gibt und was Sie beachten sollten.

1. Schritte und Wege nach einer Hirnschädigung

1.1. Wieder zu Hause!

Wie geht es weiter?

Die Sprachtherapie sollte auch zu Hause fortgesetzt werden. Sie wird in ambulanten Einrichtungen, z.B. sprachtherapeutischen / logopädischen Praxen oder durch Hausbesuche in privater Umgebung bzw. in Betreuungs- oder Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

Wer verordnet Sprachtherapie?

Verordnungen für alle neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen, sowie Schluckstörungen können alle Allgemeinmediziner, prakt. Ärzte und Fachärzte, wie Neurologen, HNO-Ärzte bzw. Phoniater und Internisten ausstellen. Bei betroffenen Kindern können natürlich auch die Kinderärzte entsprechend tätig werden.

Wie sehen solche Verordnungen aus?

In den Heilmittelrichtlinien, welche u.a. die verschiedenen sprachtherapeutischen Störungsbilder und deren Behandlungsmöglichkeiten auflisten, ist für jedes Störungsbild ein sog. Indikationsschlüssel festgelegt. Bei den neurologisch bedingten Störungen (vor allem Schlaganfall) gibt es im Wesentlichen drei solcher Schlüssel:

SP5 steht für zentrale, erworbene Störungen der Sprache, also die Einschränkung der Fähigkeit, sich sprachlich mitzuteilen, z.B. Wortfindung, Satzbau, Lautproduktion usw.

SP6 steht für zentrale, erworbene Störungen des Sprechens, also die Einschränkung, gesprochene Sprache motorisch adäquat umzusetzen.

SC1 steht für zentrale, erworbene Störungen des Schluckaktes bzw. der Nahrungsaufnahme, also die Einschränkung, Nahrung in gewohnter Weise aufzunehmen, in den Mund führen, kauen und sicher schlucken, ohne dass Nahrung in die Atemwege gelangt.

Alles was auf diesen Verordnungen eingetragen wird, liegt im Ermessensspielraum der Ärzte. Rechtliche Ansprüche auf Häufigkeit und Dauer gibt es nicht.

1.2. Welche Möglichkeiten für Verordnungen (Rezepte) gibt es?

Wie viele Therapieeinheiten enthält eine Verordnung?

Es wird zunächst eine Erstverordnung ausgestellt mit 10 Therapieeinheiten. Die Folgeverordnungen können dann max. 20 Therapieeinheiten umfassen. (Bei SC1 nur 10 Therapieeinheiten)

Gibt es eine Begrenzung der Therapiedauer?

Mit der Erstverordnung wird der sog. Regelfall eröffnet, der bei den Indikationen SP5, SP6 und SC1 60 Therapieeinheiten umfasst. Verordnungen, die darüber hinaus gehen, müssen von der Krankenkasse laut Heilmittelrichtlinien genehmigt werden. In der Praxis haben die Kassen mit einigen Ausnahmen davon Abstand genommen und verzichten auf das Genehmigungsverfahren. Grundsätzlich sind auch Therapien möglich, die sich über viele Jahre erstrecken, vorausgesetzt, die verschreibenden Ärzte und die Krankenkassen tragen das mit.

Für den Fall, dass von der Krankenkasse keine weiteren Therapien bewilligt werden, aber von Seiten des Patienten und des Therapeuten die Durchführung weiterhin für sinnvoll erachtet wird, lohnt es sich Einspruch zu erheben. Häufig erreicht man dadurch doch noch eine weitere Bewilligung. Will der Arzt nicht weiter verordnen, sollte man sich unter Umständen nach einem anderen Arzt umschauchen.

Wie viele Therapieeinheiten pro Woche (Therapiefrequenz) können verschrieben werden? (Einzeltherapie):

Prinzipiell kann Sprachtherapie von 1x pro Woche bis zu 5x pro Woche stattfinden. Der Maximalfall von 5x wird allerdings relativ selten realisiert. Bei Aphasien sollten nach Möglichkeit 3 Einheiten von 60 Minuten pro Woche verordnet werden.

Die Therapiefrequenz wird durch verschiedene Faktoren begrenzt:

- die Bereitschaft der Ärzte, solche Mengen zu verordnen sowie die fehlende Bereitschaft der Kassen, solche Intensivtherapien zu finanzieren.
- Kapazitätsbegrenzungen der sprachtherapeutischen Praxen für diese intensiven Therapien.
- körperliche und geistige Grenzen in der Belastbarkeit von Patienten, bspw. der aufwändige tägliche Weg in die Praxis bei körperlicher Behinderung oder auch der Besuch weiterer Therapien.

Wie lange dauert eine Therapieeinheit?

Die Therapiedauer kann von 30 Minuten, 45 Minuten bis zu 60 Minuten variieren.

Bei Aphasie sollte diese mind. 45 Minuten, besser noch 60 Minuten betragen.

Sind bei den Verordnungen Zuzahlungen zu leisten?

Verordnungen zur Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie sind wie die meisten anderen Therapien und Medikamente zuzahlungspflichtig. Die Zuzahlung beträgt 10% der Behandlungskosten und pro Verordnung

10€ Rezeptgebühr. Diese sind an den Therapeuten zu entrichten. Allerdings besteht die Möglichkeit, sich von der Zuzahlung befreien zu lassen. Dazu muss man einen Antrag bei der Krankenkasse stellen. Erforderlich sind der Nachweis des Einkommens und die gesammelten Rechnungen der bisherigen Zuzahlungen. Bei chronischen Erkrankungen tritt die Zuzahlungsbefreiung ein, wenn die Ausgaben für die medizinische Versorgung 1% des Familien-Bruttojahreseinkommens überschreiten. Manche Krankenkassen befreien auch schon von der Zuzahlung, wenn zu Jahresbeginn ein bestimmter Pauschalbetrag bezahlt wird. Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach.

1.3. Wie viel und wie lang ist Sprachtherapie sinnvoll?

Grundsätzlich gilt: So viel und so lange wie möglich!

Allerdings gibt es da verschiedene Begrenzungen in der Häufigkeit und Dauer von Therapien. Besteht in Rehabilitationseinrichtungen noch die Möglichkeiten, bei Bedarf täglich Einzeltherapie und eventuell zusätzlich noch Gruppen- und/oder Computertherapie zu erhalten, so ist das im ambulanten Therapiebereich relativ selten realisierbar.

Effektivität von Sprachtherapie bei Aphasie

In den letzten Jahren gab es verstärkt Untersuchungen zur Effektivität von Sprachtherapie, insbesondere bei Aphasie. Die Ergebnisse weisen alle in eine Richtung: Nur hohe Intensität der Therapie erbringt nachweisbare Effekte und Erfolge.

Die oftmals von ambulanten Einrichtungen praktizierte Therapiehäufigkeit und –dauer von 1x pro Woche 45 Minuten erweist sich somit als wenig effektiv. Sicher nachweisbare Effekte treten erst ab 3-4 Stunden Therapie pro Woche auf.

Ein Vergleich, der nur begrenzt zulässig ist: Stellen Sie sich vor, Sie möchten eine Fremdsprache erlernen. Was halten Sie für effektiver: Wenn Sie ein Jahr lang dafür einmal in der Woche zum Unterricht gehen und zwischendurch nicht ständig üben oder sie absolvieren einen zeitlich begrenzten Intensivkurs von mehreren Stunden in der Woche?

Das Ziel von 3-4 Stunden in der Woche ist im Praxisalltag allerdings oft schwer zu realisieren. Dies liegt v.a. an den schon oben genannten Grenzen der Therapiehäufigkeit.

Sind Therapiepausen sinnvoll?

Die oben erwähnten wissenschaftlichen Untersuchungen haben außerdem ergeben, dass eine intensive Intervalltherapie effektiver ist als eine langfristige, niedrigfrequente Therapie.

Intervalltherapie bedeutet, dass sich Phasen intensiver Therapie mit 4 bis 6 Stunden in der Woche über einige Monate mit Therapiepausen abwechseln. Aber auch bei Langzeittherapien können Pausen sinnvoll

sein. Hier empfiehlt es sich, wie auch in den Heilmittelrichtlinien formuliert, eine mindestens dreimonatige Pause einzulegen. Danach kann wieder eine Erstverordnung mit einem neuen Regelfall von 60 Therapieeinheiten ausgestellt werden.

1.4. Hausbesuche, Gruppentherapie, Übungen zu Hause

Hausbesuche:

Ist ein Patient nicht in der Lage, selbständig eine Praxis aufzusuchen, kann der Arzt zusätzlich Hausbesuche verordnen. Diese werden von vielen niedergelassenen Praxen angeboten.

Gruppentherapie / Computertherapie:

Der Normalfall ist die Einzeltherapie. Es können allerdings auch Gruppentherapien verordnet werden. Hierbei nehmen mehrere Patienten in unterschiedlicher Anzahl gemeinsam an einer Therapiesitzung teil. Diese kann die Einzeltherapie ergänzen oder ersetzen. Ebenfalls besteht zusätzlich zur Einzeltherapie die Möglichkeit eines Trainings am Computer. Es gibt eine größere Anzahl von Therapie- und Übungsprogrammen. Eine Übersicht zu unterschiedlichen PC gestützten Therapien finden Sie unter dem Punkt Links und Hinweise am Ende des Merkblattes.

Sind ergänzende Übungen zu Hause sinnvoll?

Ergänzend zur Therapie sind zusätzliche Aufgaben für den häuslichen Bereich empfehlenswert. Diese sollten vom Therapeuten mitgegeben, erläutert und später auch gemeinsam mit dem Patienten besprochen und ausgewertet werden.

1.5. Was wird in der Sprachtherapie gemacht?

Das hängt zunächst von dem Störungsbild ab. Die Inhalte unterscheiden sich stark voneinander, je nachdem ob eine Aphasie, Dysarthrie, Sprechapraxie oder Dysphagie vorliegt oder auch mehrere Störungsebenen sich überlagern.

Sprachstörungen (Aphasien):

Sprachstörungen zeigen ein vielfältiges, komplexes Erscheinungsbild auf verschiedenen sprachlichen Ebenen:

Lautebene, Wortebene, Satzebene, Textebene. Das führt meist zu einer allgemeinen Störung der Kommunikationsfähigkeit in sehr unterschiedlichem Ausmaß. Es betrifft in der Regel auch alle Verwendungsweisen von Sprache. Oftmals ist neben dem Sprechen auch das Verstehen, das Lesen und Schreiben betroffen.

Wortfindungsstörungen sind das häufigste Symptom bei Aphasien. Eine differenzierte Diagnostik ist notwendig, um die genauen Symptome zu bestimmen und daran die Ziele für die Therapie festzulegen.

Es gibt sehr unterschiedliche Formen der Aphasie.

Zwei grundlegende Typen lassen sich beschreiben:

- Der "nicht-flüssige" Sprecher, welcher wenige und kurze Äußerungen produziert und
- der "flüssige" Sprecher, der in einem relativ normalen Sprechtempo spricht, dabei aber möglicherweise schwer verständliche bis unverständliche Äußerungen erzeugt.

Entsprechend unterscheiden sich die therapeutischen Ansätze. Je nach Sprechweise werden bei den „nicht-flüssigen Sprechern“ längere Äußerungen angeregt, sowie bei den „flüssigen Sprechern“ die stärkere Selbstkontrolle und Eigenwahrnehmung gefördert.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal bei Aphasikern:

- der erschwerte Umgang mit der Bedeutung (Semantik) von Wörtern und Äußerungen, in der Verwendung und im Verstehen
- die lautlich korrekte Umsetzung von Äußerungen. Die Lautformen der Wörter werden fehlerhaft ausgesprochen, so dass die Verständlichkeit unter Umständen darunter leidet.
- Hinweis: Für detailliertere Informationen zu diesem Thema schauen Sie unter: www.sprachtherapie-mundt.de

Weitere Unterscheidung bei Ansätzen in der Aphasietherapie:

1.) Sprachsystematische Übungen:

In Abhängigkeit der gestörten sprachlichen Ebenen werden systematische Übungen mit den sprachlichen Elementen dieser jeweiligen Ebenen am Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben durchgeführt. Je nach Schweregrad der Aphasie wird auf der Wortebene mit Übungen zur Wortfindung und/oder zur korrekten lautlichen Bildung der Wörter und dem Verstehen von Wörtern gearbeitet. Bei Übungen zur Satzebene geht es um den Aufbau komplexerer, aus mehreren Wörtern bestehenden, Äußerungen und kurzer und längerer Sätze, sowie das Verstehen von Sätzen. Bei Übungen im Bereich der Textebene geht es um die Produktion und das Verständnis von Texten.

2.) Kommunikative Therapieansätze:

Kommunikative Therapie dient vor allem der Nutzung, Aktivierung und dem Aufbau aller verfügbaren kommunikativen Wege wie Sprechen, Schreiben, Zeichnen, Gesten. Dabei stehen die Kommunikation und der Austausch von Informationen im Vordergrund. Es kommt nicht auf die korrekte sprachliche Form an, wie bei der sprachsystematischen Therapie, sondern nur auf die Verständigung und Verständnissicherung. Es werden also fehlerhafte Äußerungen nicht korrigiert, sondern es wird nur auf die Verständlichkeit geachtet.

3.) Modellorientierter Therapieansatz:

Dieser Ansatz wurde in den letzten Jahren verstärkt ausgearbeitet und angewendet. Er basiert auf einem linguistischen Modell zur Erklärung sprachlicher Prozesse mit einer Anzahl verschiedener Komponenten, die miteinander in Beziehung stehen. Es soll die Funktionen von

Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben erfassen. Auf Grundlage dieses Modells wurde ein Diagnostikverfahren entwickelt, das alle verschiedenen Komponenten überprüft. Aus den Ergebnissen der Diagnostik wird dann der modellorientierte Therapieansatz abgeleitet.

Sprechstörungen (Dysarthrien):

Hier werden Übungen zum Aufbau der Sprechmotorik auf den verschiedenen Ebenen der Atmung, Stimmgebung und Artikulation eingesetzt. Die Beweglichkeit der Artikulationsorgane wie z.B. Zunge und Lippen sollen gefördert werden. Mit gezielten Sprechübungen sollen die Flüssigkeit und Deutlichkeit der Artikulation geübt werden.

Sprechstörungen (Sprechapraxien):

Die Übungen sollen zur willkürlichen, bewussten Anbahnung von gezielten Sprechbewegungen bzw. zur Verbesserung fehlerhafter Lautbildung beitragen.

Schluckstörungen (Dysphagien):

Hier werden Übungen zur Verbesserungen der Schluckfunktionen, der Anpassung der Ernährung an die Störung, Training von kompensatorischen Schlucktechniken und zur Reduzierung des Risikos von Nahrungseintritt in den Atmungsapparates mit dem Patienten durchgeführt.

2. Links

Adressen

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. – mit spezialisierter Logopädensuche
<http://www.dbl-ev.de/>

Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten
<http://www.dbs-ev.de/>

Inhaltliches

PC gestützte Sprachtherapie – Hinweise des Universitätsklinikums Aachen

Ausführliche Informationen zur Aphasie und zum Umgang mit Aphasikern auf: www.tettricks.de und www.sprachtherapie-mundt.de

2. Hinweise

Autor:

Heinrich Mundt, Praxis für Sprachtherapie Berlin
Klinischer Linguist (BKL) / Sprachtherapeut
www.sprachtherapie-mundt.de