

## **Interview mit Dr. Gabriele Scharf-Mayer zur Umsetzung der intensiven Sprachtherapie in der ambulanten Praxis**

### **» Liebe Frau Dr. Scharf-Mayer, Sie bieten seit acht Jahren ambulante Intensivtherapie für Menschen mit neurologischen Sprach- und Sprechstörungen in Ihrer sprachtherapeutischen Praxis an. Was hat Sie dazu bewegt?**

Ich habe lange in der stationären neurologischen Rehabilitation gearbeitet. Unter den dortigen Bedingungen dachte ich zunehmend: PatientInnen und Therapie bleiben hinter ihren Möglichkeiten zurück. Da wäre mehr rauszuholen. Dann habe ich erste Studien zur Wirksamkeit intensiver Aphasietherapie aus den Jahren 2005 und 2008 gelesen, worin bereits nach zweiwöchigen Intensivtherapien mit je 3 Stunden am Tag signifikante sprachliche Verbesserungen erreicht werden konnten. Diese Studien haben mich sehr motiviert, es doch mit der Intensivtherapie zu probieren. Jetzt kann ich die Therapie und die Rahmenbedingungen so gestalten, wie es für eine maximal effektive ambulante Sprachtherapie möglich ist. Das ist schon sehr befriedigend.

### **» Wieviel zeitlichen Vorlauf benötigt eine logopädische Praxis, um ein Konzept für Intensivtherapie inhaltlich und organisatorisch zu entwickeln?**

Das hängt natürlich von der Vorerfahrung und den Vorbedingungen ab. Ich habe einen Vorlauf von 4 Jahren benötigt, wobei ich zuvor keine eigene logopädische Praxis, das heißt auch keinen eigenen ‚Kundenstamm‘ hatte.

Bei der Entwicklung des Konzepts ist zu überlegen, ob die gesamte Praxis auf Intensivtherapie umstellen soll oder nur ein Teil. Ich plädiere auf jeden Fall für eine organisatorisch klare Trennung zwischen Intensivtherapie und niedrigfrequenter Logopädie, da die Rhythmen, Planungen und Abläufe der Intensivtherapie sich sehr deutlich von der niedrigfrequenten Sprachtherapie unterscheiden. Es muss geklärt werden, welche PatientInnengruppe bedient werden soll (z.B. bestimmte Störungsbilder) und nach welchen Kriterien (z.B. Alter oder Zeitdauer seit Erkrankungsbeginn). Außerdem ist zu klären, wie lange die Therapieintervalle dauern sollen (zum Beispiel zwei, drei oder vier Wochen) und wie hoch die Stundenzahl pro Tag sein soll.

Darüber hinaus ist die Frage zu beantworten, ob regelhaft Einzel- mit Gruppentherapie kombiniert werden soll, da die Planung und Zusammenstellung der Gruppen die gesamte Planung der Intensivtherapien bestimmen kann. Das ist bei uns der Fall. Dabei ist für die Planung wichtig, nach welchen Kriterien die Gruppenzusammenstellung erfolgen soll, also ob man mit heterogenen, zufällig zusammengewürfelten Gruppen arbeiten möchte (das birgt zahlreiche Risiken) oder mit eher homogenen Gruppen, wofür therapeutisch Einiges spricht, was aber eine Vorab-Diagnostik und einen höheren organisatorischen Aufwand bedeutet.

Soll eine PC-gestützte Therapie angeboten und sollen Übungs-Laptops ausgeliehen werden, ist die Anschaffung von Hard- und Software zu planen, aber auch die ständige Wartung und Pflege der Technik zu klären. Auch die gängige Praxisverwaltungssoftware ist unserer Erfahrung nach mit den Abläufen der Intensivtherapie überfordert, so dass geklärt werden muss, wie die komplexen Daten und Planungsabläufe organisiert werden können.

Ferner stellt sich die Frage nach dem Einzugsgebiet: Sollen nur PatientInnen aus dem regionalen Einzugsgebiet angesprochen werden oder wie groß soll der Radius sein? Danach richtet sich dann die Frage, ob Übernachtungsmöglichkeiten oder ein Aufenthaltsraum für die Pausen benötigt werden, aber auch die Frage, auf welchem Weg die PatientInnen rekrutiert werden sollen.

In meiner mehrjährigen Erprobungsphase ging es zum einen darum, zu prüfen, ob die PatientInnen bereit sind, für eine intensive Sprachtherapie zu reisen und ob sie bereit sind, hierfür auf eigene Kosten mehrere Wochen auswärts zu übernachten. Das sind sie. Es ging aber auch darum, zu sehen, welche PatientInnen überhaupt in die intensive Sprachtherapie kommen und mit welchen Erwartungen und wie man diesen Erwartungen inhaltlich begegnen kann. Das ist ein spannender Prozess, der sich auch jetzt ständig weiterentwickelt.

### » Welche personellen Ressourcen werden benötigt?

Die Organisation von Intervalltherapien ist weitaus aufwendiger als die von wöchentlich regelmäßig stattfindenden Therapien. Daher ist die Unterstützung durch eine gut eingearbeitete Verwaltungskraft sehr empfehlenswert.

Therapeutisch erfordert die Intensivtherapie viel Erfahrung, da die PatientInnen mit hohen Erwartungen und sehr unterschiedlichen Vorerfahrungen kommen, denen zu begegnen ist. Daher plädieren wir dafür, dass zumindest ein Teil des therapeutischen Teams langjährig erfahren und auf die Zielgruppe spezialisiert sein sollte. Auch werden deutlich längere Vorbereitungszeiten für die einzelnen Therapiestunden benötigt als nur eine Viertelstunde, wenn tägliche Sitzungen stattfinden und auch täglich Übungen zum Eigentaining mitgegeben werden sollen. Werden Patienten zwischen zwei TherapeutInnen aufgeteilt, sind zudem tägliche Absprachen vonnöten. Wir haben hierfür eigene Zeitfenster eingeplant.

Für die Personalplanung ist außerdem wichtig, dass die therapeutischen MitarbeiterInnen 5 Tage pro Woche verfügbar sein sollten. Teilzeit-Beschäftigungen im Sinne von 2- oder 3-Tage-Wochen mit ständigen Therapeutenwechseln innerhalb des Therapieintervalls halte ich für schwer umsetzbar, da dies den Therapieerfolg gefährden würde. Auch bei der Urlaubsplanung muss auf die besonderen Rhythmen der Therapieintervalle Rücksicht genommen werden. Auch aus diesen Gründen braucht man in der Intensivtherapie MitarbeiterInnen, die voll hinter dem Konzept stehen.

### » An welche PatientInnen richtet sich ein solches Angebot und über welche Wege erfahren sie davon?

In aktuellen Studien wird die Intensivtherapie vor allem für Menschen mit Aphasien untersucht. Auch bei uns sind die meisten TeilnehmerInnen Menschen mit Aphasien. Wir machen aber auch sehr gute Erfahrungen in der intensiven Behandlung von kognitiven Kommunikationsstörungen, Sprechapraxie und Dysarthrie. Wir haben uns für ein überregionales Einzugsgebiet entschieden. Das bedeutet, dass wir in den Anfangsjahren sehr aktive Patientenaquise betreiben mussten. Die meisten unserer TeilnehmerInnen stoßen über unsere Internetseite auf uns. Hierfür ist ein hohes Suchmaschinen-Ranking für die einschlägigen Suchbegriffe sehr wichtig. Darüber hinaus sind wir aber auch regelmäßig auf Tagungen und Messen mit Infoständen und Vorträgen präsent wie z.B. den Würzburger

Aphasietagen. Dort erreichen wir auch KollegInnen von anderen Einrichtungen wie Beratungszentren, Reha-Kliniken und Praxen, die uns an ihre PatientInnen weiterempfehlen, und inzwischen erfahren viele InteressentInnen auch bereits über Weiterempfehlung anderer TeilnehmerInnen von uns.

### **» Wie reagieren die verordnenden ÄrztInnen auf das Angebot der Intensivtherapie? Wie müssen ihre Verordnungen aussehen?**

Die ÄrztInnen reagieren sehr unterschiedlich. Es gibt viele, interessanterweise insbesondere HausärztInnen, welche die Intensivtherapie bereitwillig verordnen. Zahlreiche ÄrztInnen sind jedoch um ihr Budget besorgt oder glauben nicht, dass in der chronischen Phase durch Intensivtherapie nochmal etwas bewegt werden kann. Diese müssen erst überzeugt werden. Dabei spielen die Angehörigen häufig eine wichtige Rolle, die wir mit Argumenten versorgen und die damit dann eine ÄrztIn suchen müssen, die bereit ist, Sprachtherapie in dieser hohen Frequenz zu verordnen.

Damit die ÄrztIn weiß, wie die Verordnungen aussehen müssen, stellen wir für jede PatientIn Musterverordnungen aus und prüfen die Rezepte auf Korrektheit, bevor die PatientIn anreist. Meist sind dies für ein Therapieintervall zwei Rezepte für die Einzeltherapien (als Doppelbehandlung) und ein Rezept für die Gruppentherapie.

Die neuen Heilmittelrichtlinien haben leider keine Verbesserung für die Intensivtherapie mit sich gebracht. Eine hohe Therapiefrequenz von 10 mal pro Woche ist darin zwar nicht ausgeschlossen, aber auch an keiner Stelle erwähnt, ebensowenig die parallele Verordnung von Einzel- UND Gruppentherapien an demselben Tag. Beides wird aus diesem Grund von den Krankenkassen meist für unmöglich gehalten. Für gesetzlich Versicherte stellen wir daher zusammen mit den PatientInnen meist lange vor Therapiebeginn zuerst einen Antrag an die Krankenkassen, damit diese der ÄrztIn ausdrücklich genehmigen, Verordnungen in der erforderlichen Therapiedichte ausstellen zu dürfen. Dabei handelt es sich jedes Mal um eine Entscheidung im Einzelfall. Daher wird oft auch der MDK eingeschaltet. Lehnt dieser ab, helfen wir den PatientInnen wieder mit gezielten Gegenargumenten, einen Widerspruch zu formulieren. Dabei geht es häufig darum, nachzuweisen, dass eine Verordnung mit diesen hohen Frequenzen wirklich innerhalb der Heilmittelrichtlinien möglich ist. Außerdem zitieren wir darin natürlich immer die aktuelle Studie von Breitenstein et al mit den Ergebnissen der FCET2EC-Versorgungsstudie.

Da der Rahmenvertrag noch nicht lange in Kraft ist, haben wir derzeit noch nicht so viel Erfahrung damit, wie die Anträge aktuell bei den Krankenkassen durchgehen, auch bei den Widersprüchen, aber es ist eher schwieriger geworden als es vorher schon war. Die Anleitung und Unterstützung der PatientInnen und Angehörigen durch diesen schwierigen Genehmigungsprozess vorab bedeutet einen hohen zeitlichen Aufwand. ÄrztInnen und Krankenkassen für die Intensivtherapie zu gewinnen ist nach wie vor Pionierarbeit.

### **» Wie gestalten Sie die Intensivtherapie inhaltlich? Welche Behandlungsmethoden nutzen Sie? Und benötigen LogopädInnen für Intensivbehandlungen ein spezifisches Fachwissen?**

Unerlässlich ist eine gründliche Anamnese, Analyse der Kommunikationssituation und Diagnostik der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten. Hier nutzen wir eine große

Bandbreite an diagnostischen Verfahren und eigenen gezielten Screenings. Diese Eingangsdiagnostik findet bei uns für PatientInnen, die zum ersten Mal kommen, an einem getrennten Termin vorab statt. Das hat sich sehr bewährt. Es ist unser Ziel, für jede PatientIn die Schlüsselstörungen herauszufinden, um dann in der Therapie genau da anzusetzen. Denn nur wenn dies gelingt, ist die hohe Therapieintensität gut investiert und das wiederholende Üben effektiv. Das ist allerdings häufig eine große Herausforderung, da neben den sprachsystematischen und kommunikativen Störungen ja auch die vielfältigen, häufig erheblichen kognitiven Defizite, der bisherige Verlauf und das Umfeld sowie die aktuelle Lebenssituation der PatientIn zu berücksichtigen sind.

Was Behandlungsmethoden angeht, ist ein möglichst großes Spektrum an Methoden notwendig. In den meisten Fällen bringen die PatientInnen ja bereits therapeutische Vorerfahrung mit. Dann ist es gut, an den bisherigen Methoden anknüpfen zu können oder, wenn diese nicht gegriffen haben, alternative Methoden im Repertoire zu haben. Da der größte Teil unserer AphasiepatientInnen eine globale Aphasie hat und sehr viele PatientInnen eine Sprechapraxie, ist es besonders wichtig, für diese Störungsbilder mit einem breiten Methodenspektrum ausgerüstet zu sein. Viele sind neugierig auf PC-gestützte Methoden. Daher sollte eine Auswahl an PC-Programmen und geeigneten Trainings-Apps vorhanden sein. Viele freuen sich auf die Erfahrungen, den Austausch und die Anregungen in der Gruppe. Die Gruppentherapie ist ja auch ein wertvoller Bestandteil unseres Konzepts.

Neben dem Methodenspektrum ist auf Seiten der TherapeutInnen eine gewisse Belastbarkeit sowie eine schnelle Auffassungsgabe für diese Arbeit in kurzen Intervallen unerlässlich. Man kann die PatientInnen nicht erstmal in aller Ruhe über Wochen kennenlernen, sondern man muss innerhalb weniger Therapiestunden die Störungsschwerpunkte finden und die Therapie sehr gezielt beginnen. Dabei müssen die Inhalte natürlich an die jeweiligen Alltagsziele angepasst werden. Auch benötigen wir einen großen Fundus an Therapiematerialien, damit jeder Schwerpunkt auch intensiv bedient werden kann.

### » Welche Wünsche und Ziele haben die PatientInnen für die Intensivtherapie?

Alle PatientInnen kommen mit hoher Motivation, aber auch mit sehr hohen Erwartungen zu uns. Viele sehen in der Intensivtherapie DIE Möglichkeit, Jahre, teilweise auch viele Jahre nach dem Ereignis endlich nochmal sprachliche Verbesserungen zu erreichen. Nicht selten hören wir Sätze wie: „Sie sind meine letzte Hoffnung.“ Daher erwarten die PatientInnen auch von uns, dass wir auf dem neuesten Stand sind. Eine ständige und intensive Weiterbildung aller therapeutischen MitarbeiterInnen ist daher unerlässlich.

Aber von solch hohen Erwartungen darf man sich nicht einschüchtern lassen. Oft sind sie nicht so konkret, und man kann sie lenken. Die meisten PatientInnen wollen endlich mehr als nur 1-3 Stunden Sprachtherapie pro Woche und sie wollen gefordert werden. Viele kommen mit dem großen Wunsch, ihre Spontansprache zu verbessern, dann muss die Therapie stark auf die Sprachproduktion ausgerichtet werden. Menschen mit Sprechapraxie wollen eigenständiger und flüssiger sprechen. Das Spektrum der TeilnehmerInnen reicht von Menschen, die für jede Floskel dankbar sind, mit der sie sich wieder ins Gespräch einbringen können, bis zu denen, die wieder fit für ihren Beruf gemacht werden möchten.

Im Lauf der Jahre hat sich herausgestellt, dass viele TeilnehmerInnen ausgesprochen oder unausgesprochen von der Intensivtherapie zudem eine Art Standortbestimmung erwarten: Wo stehe ich nach dem Krankheitsereignis bzw. nach soundsoviel Jahren? Was kann ich noch erreichen? Und wie? Wenn TeilnehmerInnen in Abständen wieder zu uns kommen, ist dies für sie oft die Gelegenheit, sich in einer anderen Situation zu erleben und dabei eine Sicht von außen einzunehmen und mit neuer Perspektive auf sich, ihre Kommunikationssituation oder überhaupt auf ihre Lebenssituation zu schauen. Diese Erfahrungen aufzufangen, gemeinsam einzuordnen und in eine Anpassung der Kommunikationsstrategien umzumünzen, verlangt Weitblick und Tiefgang der Therapie, ist aber auch sehr reizvoll.

### » Gibt es während der Intensivtherapie auch Angebote für Angehörige?

Unbedingt. Die Information, Beratung und Anleitung der Angehörigen, die häufig mitreisen oder zu Hause erreichbar sind, spielt eine sehr wichtige Rolle, um den Effekt des kurzen Therapieintervalls nach Therapieende zu erhalten oder zu verstärken. Wir zeigen ihnen und üben mit ihnen ein, wie sie ihre Alltagskommunikation mit dem von Aphasie betroffenen Angehörigen förderlich(er) gestalten können und wie sie mit ihm oder ihr üben oder ihn beim Üben am PC unterstützen können.

Aber häufig müssen sie auch mit ihren Einschätzungen und Bedürfnissen aufgefangen werden. Dann bieten wir ihnen auch Einzelstunden an. Viele sind auch Jahre nach dem Ereignis noch erstaunlich ahnungslos, warum ihre PartnerInnen sich jetzt so verhalten, wie sie es tun. Dann ist es sehr hilfreich, wenn wir ihnen verständlich erklären, welche Störung sich wie auswirkt. Je mehr sie wirklich verstehen, was die Ursachen der sprachlichen und kommunikativen Muster sind, je mehr sie auch erkennen, welche Bedeutung kognitive Störungen haben, umso besser verstehen sie, wie sie ihre PartnerInnen unterstützen können und umso besser können sie mit den Problemen umgehen. Viele Angehörige brauchen auch endlich mal eine Wertschätzung ihres Einsatzes für Ihre von Aphasie betroffenen PartnerInnen.

Sehr wertvoll ist auch der Austausch der Angehörigen untereinander. Das melden sie uns oft auch so zurück. Da wir unsere TeilnehmerInnen ja in homogenen Gruppen einladen, sind mitreisende Angehörige auch meist mit ähnlichen Problemen konfrontiert. Oft nutzen sie dann die Begegnung in unserem Aufenthaltsraum oder verabreden sich untereinander, während ihre Partner in unseren Therapien sind.

### » Können Sie typische Therapieverläufe beschreiben?

Manche PatientInnen, die zum ersten Mal kommen und vorher nur sehr niedrigfrequent oder ungezielt therapiert wurden, sind typische „Erstlinge“. Das heißt, sie haben oft noch gar nicht richtig verstanden, was ihr Hauptproblem ist, sie haben noch nicht ihre Eigenverantwortung beim Üben erkannt, sie haben noch nicht erprobt, was mit einer erhöhten Therapiefrequenz möglich ist, noch nie eine Gruppentherapie kennengelernt und sie haben noch keine Erfahrungen mit dem gezielten Einsatz von Strategien gemacht. Diese „Erstlinge“ erleben häufig schon nach der ersten Woche einen Schubser durch das gezielte Ansetzen an einem wichtigen Punkt der Störung oder den Effekt einer gezielten Anwendung von Strategien und sind dann häufig sehr erstaunt und erfreut, wieviel noch voran geht. Es kann sein, dass diese TeilnehmerInnen bei einem nächsten Therapieintervall dann feststellen müssen, dass die nächsten Schübe etwas geringer ausfallen.

Demgegenüber gibt es aber auch Verläufe, bei denen der Therapieerfolg beim ersten Mal geringer ist, die bei Folgeintervallen jedoch mehr und mehr profitieren. Zum Beispiel weil das begleitende kognitive Training dann greift, der Arbeitsspeicher erst nach und nach gesteigert wird, semantische Relationen klarer werden oder die Sprechapraxie-Therapie greift und dadurch erst weitere sprachliche Fortschritte möglich werden. Diese könnte man vielleicht die „Verzögerten“ nennen, die erst bestimmte Hindernisse aus dem Weg räumen müssen, um dann erst ihre Alltagskommunikation verbessern zu können.

Dann gibt es typische „Kognitive“. Das sind PatientInnen, die neben der Aphasie auch eine hochrelevante und ausgeprägte kognitive Störung wie mangelnde Aufmerksamkeitsfokussierung, schwankende Konzentration, eingeschränktes Arbeitsgedächtnis, fehlende Handlungsplanung oder mangelnde Flexibilität o.a. haben, sich dieser Problematik aber noch nicht bewusst waren. Wenn sie diese mithilfe von neuropsychologischer Diagnostik und unserer Unterstützung dann erkennen, brauchen sie einige Zeit, um das in ihr Selbstbild einzubauen. Sie profitieren von der Therapie dann in dem Ausmaß, wie sie bereit sind, den kognitiven Störungen ins Auge zu sehen und mit geeigneten Strategien zu begegnen. Gelingt das, können auch sie oft rasche Erfolge erleben. Gelingt das innerhalb der Therapiedauer noch nicht ausreichend, kommt es darauf an, auf welches Umfeld sie zu Hause stoßen. Sind sie zu Hause etwa aufgrund fehlender oder ahnungsloser Angehöriger ständig kognitiv überfordert, sind weniger sprachliche Fortschritte zu erwarten oder fallen sie in ihre Muster vor der Intensivtherapie zurück. Dann benötigen sie einen weiteren Therapieaufenthalt, um die Bedeutung der kognitiven Störungen und den Zusammenhang zur Sprachfähigkeit noch tiefer zu erkennen. Es gibt allerdings auch kognitiv beeinträchtigte TeilnehmerInnen, die nicht wiederkommen. Wir vermuten, dass diese entweder die kognitiven Störungen nicht einsehen können oder wollen oder sich einen schnelleren oder direkten sprachlichen Therapieerfolg erhofft hatten und nun an keine weiteren Fortschritte mehr glauben.

Dann sollte man noch den Typ der „Fleißigen“ nennen. Das sind die überaus Ehrgeizigen, die schon vor der Intensivtherapie so viel Therapie wie möglich und viel Eigentraining machen und zu uns kommen, um dieses Training noch zu optimieren. Sie meinen, wenn sie nur ausreichend hart trainieren, wird alles wieder wie vorher. Sie setzen sich häufig derart unter Druck, dass ihr Gehirn überhaupt nicht optimal lernen kann. Sie müssen erstmal lernen zu entspannen, ihre Situation zu akzeptieren und dann in einem angemessenen Rahmen weiter zu üben. Häufig gehört bei Ihnen zum Therapieinhalt das Entwickeln neuer Lebensperspektiven, mithilfe derer eine Entspannung überhaupt erst möglich wird.

Letztendlich ist aber jeder Therapieverlauf individuell. Mir scheint manchmal, die Intensivtherapie ist wie ein Brennglas, in dem innerhalb von kurzer Zeit die relevanten Muster eines Patienten hervortreten und dann möglichst wirksam beeinflusst werden sollten.

**» Sind sprachlich-kommunikative Verbesserungen bei allen PatientInnen erreichbar? Und wovon hängt der Therapieerfolg Ihrer Meinung nach ab? Kommen PatientInnen wiederholt zu einer Intensivtherapie zu Ihnen?**

Etwa die Hälfte unserer TeilnehmerInnen kommt in regelmäßigen Abständen ein oder zwei mal im Jahr wieder. Dann können wir ihre Verläufe oft über Jahre beobachten und mit ihnen

daraus lernen. Dabei fragen wir uns vor allem, welche Faktoren ihren Verlauf beeinflussen und wovon ihre möglichen Verbesserungen abhängen, eine wirklich spannende Frage.

Einen zentralen Wirkfaktor aus Therapeutensicht habe ich bereits genannt, nämlich das Ansetzen an der (derzeitigen) Schlüsselstörung. Dazu gehört das Erkennen, welche Störung primär zugrunde liegt und welche sekundär daraus folgt. Viele PatientInnen mit Wortfindungsstörungen haben beispielsweise bisher nur an der Wortfindung gearbeitet. Wenn diese aber nur das sekundäre Problem darstellt und ein viel zu eingeschränktes Arbeitsgedächtnis die gezielte semantische Auswahl gar nicht zulässt, dann bringt dieser PatientIn ein vorgeschaltetes Training des Arbeitsspeichers wesentlich mehr.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist natürlich die Motivation. Lernen hängt von der Motivation ab. Man muss Hoffnung haben, dass sich noch etwas verbessern kann. Manche PatientInnen bringen die Motivation von sich aus mit. Bei anderen PatientInnen muss man nur diesen Hoffnungsfunken zünden. Dann können sie da heraus eine Eigenmotivation entwickeln, haben wieder Lust zum Üben und dann bleibt auch etwas hängen. Dazu gehört allerdings, dass sie sich auch über kleine Erfolge freuen können. Das predigen wir ständig. Viele PatientInnen sind überwiegend damit beschäftigt, sich über ihre Fehler zu ärgern. Das ist kontraproduktiv. Wenn sie lernen, sich über jeden kleinen Entwicklungsschritt zu freuen, werden sie weitere Schritte machen.

Auch das Umfeld ist ein wichtiger Faktor. Jede PatientIn braucht förderliche Lern-Bedingungen, darf nicht über- und nicht unterfordert sein. Hierzu gehört auch, dass er oder sie gut und genug schläft, dass er nach einer Anstrengung auch wieder entspannt oder dass er genug trinkt. Manchmal bewirkt ein Drehen an einem dieser Schraubchen bereits Erstaunliches. Zu einem förderlichen Umfeld gehören aber natürlich auch die Kommunikationspartner. Ich denke an viele Lebenspartner, die ihren aphasischen Partner zu mehr Selbständigkeit anregen, aber auch an solche, die ihm alles abnehmen. Viele PatientInnen kommen mit hohen Erwartungen in die Therapie, haben zu Hause aber kaum Menschen, mit denen sie anschließend sprechen werden. Denen sagen wir klipp und klar: Daran müssen Sie arbeiten. Sie brauchen mehr Gesprächspartner und mehr Gelegenheiten zum Gespräch. Nur dann bringt die Intensivtherapie einen Effekt im Alltag.

Gelingt es, den richtigen und wichtigen Hebel in der sprachlich-kommunikativen Situation eines Patienten zu bewegen, kann von einer Intensivtherapie große Wirkung ausgehen. Messbar ist diese aber nicht immer gleichermaßen. In den Rückmeldebögen, die wir nach jedem Therapieintervall ausfüllen lassen, können wir sehen, dass der größte Teil unserer TeilnehmerInnen subjektive Verbesserungen erlebt und profitiert. Durch Emails, die wir auch zwischen den Intervallen immer wieder erhalten, sehen wir, dass die Verbesserungen häufig auch den Alltag verändern und sich deutlich auf die Lebensqualität auswirken. Aber natürlich gibt es auch eine Vielzahl an PatientInnen, die nicht wiederkommen. Bei diesen die Nachwirkungen vor dem Hintergrund ihrer Situation zu analysieren, wäre ein spannendes Untersuchungsfeld für die Zukunft.

**» Die große Versorgungsstudie FCET2EC hat die Wirksamkeit einer Intensivbehandlung bei Aphasie eindrücklich nachgewiesen. Wie integrieren Sie die Befunde in Ihr Konzept? Mit anderen Worten: Wie kommt die Wissenschaft in die Praxis?**

Die Wissenschaft, sprich der aktuelle Wissensstand zur Wirksamkeit von Intensivtherapie ist von Anfang an der Motor und weiterhin das Korrektiv für unsere Praxis. Als ich anfing, gab es die große FCET2EC-Studie ja noch nicht. Als sie durchgeführt wurde, habe ich als Testleiterin mitgewirkt. Dass die Ergebnisse so klar ausfielen, hat uns natürlich auch in unserer Arbeit in der Praxis bestätigt. Unser Konzept entspricht in allen zentralen Punkten den Standards dieser Studie: Von der dreiwöchigen Dauer mit 2 Stunden Einzeltherapie und Gruppe am Tag über die Kombination von sprachsystematischer und kommunikativ-pragmatischer Arbeit bis zum angeleiteten täglichen Eigentaining mit hoher Bedeutung von PC-Training. Auch der Anspruch, dass die Erfolge im kommunikativen Alltag erkennbar werden müssen.

Aber auch in der Anwendung von Testverfahren und evidenzbasierten Therapieansätzen ist es natürlich tagtäglich wichtig, die Wissenschaft aktiv in die Praxis zu holen. So hat nach der Lektüre von Studien, dem Besuch von Tagungen und Fortbildungen etwa das Training des Arbeitsgedächtnisses und der Exekutivfunktionen einen hohen Stellenwert bei uns erhalten, hat SIPARI und die therapiebegleitende Gleichstromstimulation tDCS in unserer Praxis Einzug gehalten. In der Gruppe setzen wir unter anderem auch CIAT mit ihren jeweiligen Weiterentwicklungen als gut untersuchte Methode mit Erfolg ein.

#### » Nutzen Sie ein blended learning Konzept?

Das wäre zu viel gesagt. Wir befinden uns noch in der durch Corona angestoßenen Erprobungsphase digitaler Sprachtherapie, in der wir die Möglichkeiten und Grenzen der Videotherapie ausloten. Da sind wir allerdings sehr ermutigt durch viele interessante und gute Erfahrungen und merken, dass die Hemmschwelle, Gespräche, Angehörigenkontakte oder auch Therapieelemente per Video zu gestalten, bereits deutlich gesunken ist. Das bringt uns Therapeutinnen durchaus auf neue Ideen.

Wir erleben, dass die Nachfrage nach Intensivtherapie hoch ist und unsere Warteliste immer länger wird und wir sehen auch, wie motiviert viele unserer TeilnehmerInnen über Jahre sind und häufig auch nach mehr Betreuung zwischen den Therapieintervallen fragen. Daher fangen wir allmählich an, darüber nachzudenken, ob wir diesen Bedarf auf Seiten der PatientInnen sowie Angehörigen nicht auch teilweise über virtuelle Trainingsplattformen bedienen könnten. Auch könnte man auf diese Weise evtl. Erfahrungen aus der Intensivtherapie zu Schulungsinhalten für interessierte KollegInnen aufarbeiten. Es wird wohl auch in Zukunft nicht langweilig..!

#### **Welche Fragen muss die Forschung noch beantworten, damit ein Intensivkonzept inhaltlich noch effektiver gestaltet werden kann?**

Ich würde mich freuen, wenn nach Jahren der Diskussion um Frequenz und Dichte von Therapie jetzt wieder mehr über Inhalte und Methoden geforscht werden würde. Meiner Erfahrung nach ist dies immer noch das Wichtigste. Hierbei sollten zukünftig neben sprachsystematischen Ebenen und Inhalten auch mehr kommunikative, personale und Umwelt-Faktoren beachtet und in den Fokus gerückt werden. Hier haben wir in Deutschland wohl einen großen Nachholbedarf.

Der Bereich, in dem wir jedoch am meisten dazu lernen müssen, ist meiner Meinung nach die Verzahnung von Sprache und Kognition bzw. von Sprachtherapie mit kognitiver Therapie. Hier

wären interdisziplinäre Studien und mehr Austausch zwischen den Disziplinen wünschenswert. Ich freue mich über den frischen Wind, der hier bereits aus der Richtung Kognitive Kommunikationsstörungen weht. Lohnende Fragestellungen wären beispielsweise: Ist eine Sprachtherapie wirksamer, wenn ein intensives Aufmerksamkeitstraining vorangegangen ist? Lässt sich Wortfindung oder Syntax durch paralleles Training des Arbeitsspeichers positiv beeinflussen? Diese und viele weitere Fragen an der Schnittstelle zwischen Sprache und Kognition könnten unsere Arbeit vermutlich noch wesentlich effektiver machen.

Innerhalb der Sprachdisziplin ist die therapeutisch höchst relevante Frage nach dem jeweils zu behandelnden Störungsschwerpunkt meines Erachtens noch nicht beantwortet. Hier geht es um Fragen wie: Welche der bei einem Patienten vorliegenden Defizite stehen wann im Vordergrund und sollten vorrangig behandelt werden gegenüber anderen? Nach welchen Kriterien geht man bei der Schwerpunkt-Wahl vor? Verhält sich dies bei den verschiedenen Syndromen gleich? Spielt die Zeitdauer nach Erkrankungsbeginn dabei möglicherweise eine Rolle, so dass in verschiedenen Abschnitten der chronischen Phase unterschiedliche Schwerpunkte bedient werden müssen?

Neben der Behandlung von Aphasie sollte auch die Dysarthrie und die Sprechapraxie in Wirksamkeitsstudien von Intervalltherapien Berücksichtigung finden. Ich sehe keinen Grund, warum ausschließlich die Aphasietherapie von höheren Therapiefrequenzen profitieren soll.

Auch sehe ich den Effekt von Intensivtherapie nicht nur im repetitiven Üben sprachsystematischer Inhalte, sondern auch im intensiven Einsatz von wirksamen Strategien, die die PatientIn lernt, eigenständig anzuwenden (z.B. erst planen, dann sprechen, ein Stichwort aus der Frage in die Antwort übernehmen, erst Verb suchen, dann Satz aufbauen u.v.m.). Strategien werden jedoch bisher in der Sprachtherapie noch stiefmütterlich behandelt, obwohl diese sehr wirksame Mittel sind. Wirksamkeitsstudien für den Einsatz von Strategien sind noch kaum zu finden. Dies wäre aus meiner Sicht auch ein sehr lohnendes Feld für zukünftige Forschungen.

**» Wir schreiben das Jahr 2030: Welche Rolle spielen Intensivkonzepte in der ambulanten logopädischen Praxis? Welche Hürden sind bis dahin in unserem Gesundheitssystem noch zu nehmen?**

Ich glaube, Sie sollten lieber ein späteres Datum wählen für Ihre Zukunftsvision in Sachen Intensivtherapie. Bereits seit Boghal 2003 weiß man eigentlich, dass Sprachtherapie intensiv verabreicht werden sollte, und wieviele logopädische Praxen sind seitdem in Deutschland als Anbieter von Intensivtherapien dazu gekommen? Es ist mühsam, wenn man als Praxis die Implementierung von Intensivtherapie im Gesundheitssystem übernehmen muss, obwohl dies eigentlich (zuvor) auf anderen Ebenen geschehen müsste.

Zunächst brauchen wir eine Verankerung von hohen Therapiefrequenzen in den Leitlinien und in den Heilmittelrichtlinien, damit intensive Intervalltherapien nicht eine exotische Therapieform für Einzelfälle bleiben, die lange genug darum kämpfen, sondern als Standard der Aphasietherapie gelten. Erst wenn die ÄrztInnen und Krankenkassen in Sachen Intensivtherapie nicht mehr mühsam im Einzelfall überzeugt werden müssen, werden vermutlich mehr und mehr Praxisleitungen den Mut haben, auf Intensivtherapie zu setzen.

Dann erst wird die Erfahrung sich verbreiten, wie spannend und befriedigend die Arbeit in intensiven Intervallen sein kann.

Ich könnte mir denken, dass dann immer mehr spezialisierte Praxen entstehen, die Intensivtherapien für bestimmte Störungsbilder anbieten, weil sie dann auch ein größeres Einzugsgebiet ansprechen können. Wir erhalten zum Beispiel viele Anfragen von Kindern mit neurologischen Syndromen und Entwicklungsstörungen, die wir nicht weiter vermitteln können, weil es so wenige Anbieter von entsprechenden Intensivtherapien gibt.

Dann könnten auch immer mehr PatientInnen auf den Geschmack kommen, mal diese oder jene Einrichtung aufzusuchen, je nach Schwerpunkt oder Qualifikation. Vielleicht könnten das projektbezogene Reisen werden: Einmal im Jahr arbeite ich an meiner Syntax in dieser Praxis, oder einmal im Jahr verbessere ich ganz gezielt meine Gesprächsfähigkeit in jener. Vielen PatientInnen kommt es entgegen, eine Therapie mal intensiv in den Ferien oder eben nur ein oder zwei mal im Jahr zu machen, das ist eine Abwechslung und wie ein motivierender Schub. Womöglich haben sie nach langen Therapiejahren dann auch den Mut, dazwischen für eine gewisse Zeit die regelmäßige Therapie auszusetzen, wenn diese vielleicht schon nicht mehr so effektiv war. Das könnte eine Qualitätssteigerung in der logopädischen Landschaft bewirken, da die PatientInnen stärker vergleichen und mehr auswählen. Bereits jetzt kann man feststellen, dass der Gesundheits-Tourismus zunimmt, und das ist ja eine begrüßenswerte Entwicklung im Sinne mündiger PatientInnen.

## **KONTAKT**

Dr. Gabriele Scharf-Mayer  
Akademische Sprachtherapeutin  
Spontansprache & Sprachtherapie intensiv  
Wilhelmstraße 94  
75323 Bad Wildbad  
gabriele.scharf-mayer@sprachtherapie-intensiv.de  
www.sprachtherapie-intensiv.de