

Therapiefrequenz in der ambulanten logopädischen Praxis

Literaturstudie – Onlineumfrage – Experteninterviews

Lotte Asmussen, Wiebke Bremer, Cornelia Heldt, Stefan Krüger

ZUSAMMENFASSUNG. Der Erfolg logopädischer Therapie hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. In der Aphasietherapie gilt eine ausreichend hohe Therapiefrequenz als Voraussetzung, um Verbesserungen der sprachsystematischen Leistungen erzielen zu können. Es stellt sich die Frage, welche Rolle die Behandlungsfrequenz für andere Störungsbilder in der ambulanten logopädischen Praxis spielt. Neben einer Analyse der entsprechenden Literatur bietet die hier vorgestellte Arbeit Daten über die Therapiedichte und Umsetzung intensiver Therapie, die durch eine Onlinebefragung und Experteninterviews gewonnen wurden. Sie zeigen, dass großes Interesse an intensiver Therapie besteht, diese aber angesichts verschiedener Hindernisse kaum praktiziert wird. Wie diese überwunden werden können, zeigen beispielhaft Interviews mit Experten auf.

Schlüsselwörter: Therapiefrequenz – Wirksamkeit – ambulante Praxis – Heilmittel-Richtlinien – Leitlinien

Einleitung

Ein professioneller Musiker unterscheidet sich von einem Amateur dadurch, dass er im Alter von 20 Jahren mindestens 10 000, der Amateur hingegen nur 2 000 Stunden geübt hat (Spitzer 2006). Der Unterschied zwischen beiden beruht demnach auf den Faktoren „Wiederholung“ und „Zeit“, die einen Einfluss auf den Erwerb und die Verbesserung von Fähigkeiten haben.

Wenn man die logopädische Therapie mit dem Lernen gleichgestellt, also dem Erwerb oder Wiedererwerb von Fähigkeiten, dürfte die „Therapiefrequenz“ einen wesentlichen Einfluss auf den Therapieerfolg haben. Für die Aphasietherapie ist die Bedeutung der Behandlungsintensität auf die Effektivität belegt (Bhogal et al. 2003).

Der vorliegende Artikel beleuchtet den Faktor „Therapiefrequenz“ von verschiedenen Seiten. Es wird aufgezeigt, welche Angaben zur Festlegung von Therapiefrequenzen genutzt werden können, um z.B. beim Störungsbild Aphasie die erforderliche hochfrequente Therapie auch in der ambulanten logopädischen Praxis umsetzen zu können. Ebenso wird auf die aktuelle Verordnungslage, die Heilmittel-Richtlinien (HMR), die Leitlinien und auf verschiedene Behandlungsgebiete eingegangen, sodass sich anschließend aus zwei Untersuchungen und der Diskussion praktische Rückschlüsse für die logopädische Praxis ableiten lassen.

Rahmenbedingungen

Das Versorgungsstrukturgesetz, das 2011 beschlossen wurde und am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, hat einige Änderungen mit sich gebracht. So soll es eine zukunftssichere Versorgung leisten und die Versorgung der Patienten maßgeblich verbessern (Bundesministerium für Gesundheit, Stand 25.01.2012). Folgende Änderungen sind für Heilmittelbringer bedeutsam (BMG 2011):

- Stärkung des Grundsatzes „Beratung vor Regress“ bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Arzneimittel- und Heilmittelbereich und Schaffung von Transparenz im Rahmen der Richtgrößen und bei der Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Heilmittelbereich.
- Stärkung der ambulanten Rehabilitation, ambulante Rehabilitationseinrichtungen werden den stationären gleichgestellt, indem einheitliche Versorgungsverträge geschlossen werden. Zudem wird auch für die ambulante Rehabilitation ein Schiedsverfahren zu den Vergütungsverträgen vorgesehen.
- Genehmigung notwendiger Heilmittelbehandlungen bei langfristigem Behandlungsbedarf. Versicherten, die langfristig Heilmittelbehandlungen benötigen (z.B. Menschen mit schweren Behinderungen oder chronisch Kranke), wird die Möglichkeit eingeräumt, sich die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum

Lotte Asmussen studierte von 2008-2012 Logopädie an der Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (NL) und schloss ihr Studium mit dem Bachelor of Health ab. Sie arbeitet in der Medizinisch-Geriatriischen Abteilung des Agaplesion Diakonieklinikums Hamburg.



Wiebke Bremer studierte von 2008-2012 Logopädie an der Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (NL) und schloss ihr Studium mit dem Bachelor of Health ab. Sie arbeitet als Logopädin in der Rehabilitationsklinik Werscherberg in Bissendorf, einer Klinik für Kommunikationsstörungen bei Kindern und Jugendlichen.



Cornelia Heldt studierte von 2008-2012 Logopädie an der Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (NL) und schloss ihr Studium mit dem Bachelor of Health ab. Sie arbeitet als Logopädin in der neurologischen Frührehabilitation und auf einer Weaningstation.



Stefan Krüger (MSc.) absolvierte 1995 bis 1998 seine Ausbildung zum Logopäden an der Lehranstalt für Logopädie in Bochum. Seit 1998 arbeitet er im logopädischen und interdisziplinären Behandlungszentrum für Intensivtherapie in Lindlar. Von 2002-2004 absolvierte er an der Donau-Universität-Krems (Österreich) den postgradualen Master-Studiengang „Neurorehabilitation“.



von ihrer Krankenkasse genehmigen zu lassen. Dies gewährleistet Behandlungskontinuität der Versicherten und entlastet die verordnenden Vertragsärztinnen und -ärzte.

Heilmittel-Richtlinien (HMR)

Die HMR wurden vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen verfasst und sind bindend für Ärzte und Krankenkassen (*dbI* 2001). Jeder gesetzlich Versicherte hat nach § 32 SGB V Anspruch auf diese Versorgung. Laut § 1 SGB V sind die gesetzlichen Krankenkassen dafür verantwortlich, die Gesundheit der Versicherten „zu erhalten, wiederherzustellen oder (...) zu bessern“ (*IntelliMed* 2009).

Die HMR bestehen aus dem Richtlinienentwurf und aus dem Heilmittelkatalog. Der Richtlinienentwurf beschreibt detaillierter, was bei der Verordnung zu beachten ist. Dabei werden Maßnahmen der einzelnen Disziplinen beschrieben, sowie Grundsätze, Inhalt und Durchführung der Heilmittelverordnung näher erläutert.

Die Zusammenarbeit von Heilmittelbringern und Vertragsärzten wird dabei deutlich thematisiert. Therapeut und Arzt müssen demnach engen Kontakt halten, um eine wirtschaftliche und effektive Therapie zu gewährleisten. Weiterhin erstellt der Arzt die Verordnung auf Grundlage der Ziele der HMR. Eine Kooperation soll zwischen ihm und dem Therapeuten, „der die sachgerechte und qualifizierte Durchführung der verordneten Maßnahme gewährleistet“ (*GBA* 2004, 23), gesichert sein. Unter dem Aspekt „Inhalt und Durchführung der Heilmittelverordnung“ wird lediglich von einer „Frequenzempfehlung“ (ebd. 22) gesprochen, die der Vertragsarzt auf der Verordnung einträgt. Die Frequenzangaben des Heilmittelkatalogs wären demnach rein orientierend zu nutzen und brauchen deshalb nicht im Sinne von Obergrenzen verstanden zu werden.

Leitlinien

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) steuert die von verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften erarbeiteten Leitlinien (LL) (*AWMF* 2011), die als Hilfe und Orientierung bei diagnostischen/therapeutischen Entscheidungen von Ärzten, Therapeuten u.a. dienen sollen (*ÄZQ* 2011a). LL geben immer den zum Zeitpunkt des Druckes aktuellsten wissenschaftlichen Stand zu gesundheitlichen Fragestellungen wieder (*AWMF* 2001) und verbessern aufgrund ihrer wissenschaftlich abgesicherten Wirksamkeit die Qualität medizinischen/therapeutischen Handelns, indem sie das derzeit beste Vorgehen hinsichtlich eines Sachverhalts aufzeigen (*ÄZQ* 2011a, b). LL sind laut dem *ÄZQ* keine Richtlinien und Handlungsanweisungen,

sondern Empfehlungen und als Informationsquelle kritisch zu nutzen, indem geprüft wird, ob die Empfehlungen auf den jeweiligen Patientenfall übertragbar sind (*ÄZQ* 2011a).

Für die Logopädie kann die Orientierung an LL und die Umsetzung der darin gegebenen Empfehlungen als Grundlage therapeutischen Handelns und Evaluierens dazu beitragen, dass das Argumentieren und Rechtfertigen gegenüber kostentragenden Instanzen (z.B. hinsichtlich gesteigerter Therapiedichte) erleichtert wird (*Kentner* 2008).

Bei knapper werdenden finanziellen Möglichkeiten könnte zielgenauere logopädische Versorgung stattfinden, indem die Logopädie im Zuge kontinuierlicher Wirksamkeitsanalysen zukünftig die Chance erhält, ihr Vorgehen deutlicher zu rechtfertigen (*Wieck* et al. 2005).

Empfohlene Therapiefrequenzen für einzelne Störungsbilder

Im Folgenden wird bei einer Auswahl an Störungsbildern aufgezeigt, welche Angaben sich hinsichtlich Therapiefrequenz in Leitlinien, Studien und in der Fachliteratur finden lassen. Auf die Frequenzempfehlungen der HMR wird nicht eingegangen, da die Angaben bei allen Störungsbildern nicht im Sinne von Obergrenzen, sondern als „mindestens“ verstanden werden können und der Therapiedichte laut HMR nach oben hin keine Grenzen gesetzt sind (*GBA* 2004, 22).

Versuche allgemeiner Definitionen zum Begriff „Therapiefrequenz“ gibt es von verschiedenen Autoren. *Siegmüller* und Kollegen (2010, 19) definieren die Therapiedichte „als die Zeit (gemessen in Stunden), die zwischen den einzelnen Therapiesitzungen vergeht“. *Grohnfeldt* (2007) bezeichnet Intervalltherapie als eine Therapieform, bei der sich Behandlungsintervalle mit ca. 20 Therapieeinheiten (TE) und anschließenden dreimonatigen Therapiepausen abwechseln.

Sprachentwicklungsstörung (SES)

Mit einem Anteil von 56 % aller Verordnungen machte 2009 die sprachtherapeutische Intervention bei Sprachstörungen den größten Teil aller logopädischen Verordnungen aus (*Schröder & Waltersbacher* 2010), sodass die Therapie von SES einen logopädischen Arbeitsschwerpunkt darstellt.

Frequenzangaben bei SES beruhen in der Literatur v.a. auf langjähriger praktischer Erfahrung einzelner Experten sowie auf wenigen, spezifisch auf Störungsschwerpunkte abgestimmten Studien (Abb. 1).

■ **Abb. 1: Angaben zu Therapiefrequenz bei Sprachentwicklungsstörungen****Leitlinien**

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP): LL „Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache“ → regelmäßige und intensive TE (DGKJP 2006)
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP): LL „Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern“ → intensive Intervalltherapie mit 4 TE/Woche (Barratt et al. 1992, DGPP 2008)

Literatur**SES allgemein**

- Frühe Sprachtherapie → Intervalltherapie, d.h. Wechsel von dreimonatigen Therapiephasen und -pausen mit 2 TE/Woche (Zollinger 2000)
- Frühe Sprachtherapie → Therapiephasen mit erhöhter Intensität, d.h. Phasen von 2-3 Wochen mit täglichen TE (Dannenbauer 2002)
- Frühe Sprachtherapie → zeitlich kurze, intensive TE, d.h. über 2-3 Monate täglich zweistündige TE (Zollinger 2004)
- Ab 8. Lebensjahr → interdisziplinäre stationäre sprachtherapeutische Intensivtherapie sinnvoll (Friedrich et al. 2008)

Phonologie/Phonetik

- Phonologische Therapie (P.O.P.T.) → Intervalltherapie mit 10-30 TE/Intervall, d.h. jeweils 2 TE/Woche (Fox 2007)
- Phonologische Therapie (Zyklischer Ansatz) → Therapiezyklen von 5-16 Wochen (Gordon-Brannan & Weiss 2007)
- Phonetische Störungen → kurzzeitiger intensiver anstatt kurzzeitiger langwieriger Therapiezeitraum (Gordon-Brannan & Weiss 2007)

Morphologie/Syntax

- Morphologisch-syntaktische Therapie (Kontextoptimierung → Intensivtherapie mit 4 TE/Woche (Motsch & Schmidt 2009)

Semantik/Lexikon

- Semantisch-lexikalische Therapie (Inputspezifizierung) bei Late Talkern mit umschriebener Entwicklungsstörung → > 1 TE/Woche (Sieg Müller et al. 2010)

Pro hochfrequent

- Beziehung zwischen Kind/Therapeut wird schneller geknüpft, muss nicht jede Woche erneut aufgebaut werden (Barratt et al. 1992)
- Kind wird durch intensive Phasen in sprachlicher Entwicklung angestoßen, baut Fortschritte in therapiefreien Zeiten selbstständig aus und festigt sie (Zollinger 2000)
- Kinder zeigen in ihrer frühen Entwicklung eine enorm schnelle Kompetenzentwicklung (Zollinger 2004)
- weniger kräftezehrende Therapieform für alle Beteiligten, da das Kind in den Therapiepausen die angeleiteten sprachlichen Entwicklungsschritte aus eigener Kraft fortsetzt (Fox 2007)
- Gesundheitswesen finanziell nicht so stark belastet wie bei herkömmlicher Therapie, die sich oftmals mühsam über längere Zeiträume hinzieht (Fox 2007)
- Neu erworbenes Wissen, das das Kind während der Therapiephase aufgenommen hat, setzt und festigt sich in Ruhe (Weinrich & Zehner 2008)

Pro niederfrequent

- Bei intensiver Therapie könnten therapeutische Ideen für die Therapiegestaltung schwinden und sich interaktive Routine einschleichen → Therapieintervall abrunden und zu späterem Zeitpunkt erneutes Intervall ansetzen (Dannenbauer 2002)

Kontra niederfrequent

- Frequenz 1x/Woche ist „wie ein Tropfen auf den heißen Stein“ (Fox 2007, 244), da es im Sprachsystem eines Kindes nur durch kontinuierliches Auseinandersetzen mit sprachlichen Regeln zu Veränderungen kommt
- Langwierige Therapie mit kontinuierlichem Einfordern von Fortschritten birgt die Gefahr, dass Frustration und Stillstand bei der sprachlichen Entwicklung entstehen (Fox 2007)
- Entwicklungsphysiologisches Lernen, d.h. phasenweise und ständiges Ausprobieren/Festigen neuer Inhalte wird bei Langzeittherapie eher übergangen als gefördert (Fox 2007)

■ **Abb. 2: Angaben zu Therapiefrequenz bei Stottern****Leitlinien**

Leitlinie der Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP) zur Behandlung des chronischen Stotterns (AWMF 2005):

- über einen längeren Zeitraum angesetzt
- bei kurzfristigen Therapieerfolgen → Langzeitbetreuung gewährleisten
- bei Kindern → intensives Beratungs- und Behandlungskonzept für Eltern und Bezugspersonen anbieten
- keine Angaben zur Frequenz der Therapie

Literatur

- einmal wöchentlich Therapie des Stotterns in seltensten Fällen ausreichend (Wendlandt 2009)
- Jugendliche über 12 Jahren und Erwachsene → ambulante Einzel-, Gruppentherapie und/oder mehrwöchige (3-6 Wochen) Intensivtherapie, auch im Intervall stationär (Glück & Baumgartner 2010)
- Intensivtherapie, hohe Dichte an TE, auch im ambulanten Praxisalltag (Ochsenkühn et al. 2010)
- täglich oder auch mehrmals täglich üben → deutliche Fortschritte (ebd.)
- Grundstundenzahl der Therapie verringert sich nicht (Wendlandt 2009)
- durch eine veränderte Therapieintensität erhält der Patient eine Therapie, die an Fähigkeiten und Bedürfnisse angepasst ist (ebd.)
- Intensive Intervalltherapie an Behandlungskonzept und an Rahmenbedingungen gekoppelt (ebd.)
- auf Therapie mit Phasen hoher Stundenzahl, mehrere Tage und Stunden hintereinander, folgen mehrere Wochen therapiefreie Zeit (ebd.)
- Intensität ist definiert in unmittelbar aufeinander folgenden Stunden (ebd.)

Pro hochfrequent

- Angebot von intensiver Therapie als Intervalltherapie (in Abständen von ein bis drei Treffen), Gelerntes wird erneut geübt und Neues erarbeitet (Ochsenkühn et al. 2010)
- schnellere Ergebnisse werden durch Intensivtherapie erreicht, sie müssen jedoch langfristig beobachtet werden (ebd.)

■ **Abb. 3: Angaben zu Therapiefrequenz bei neurogener Dysphagie****Leitlinien**

- Akutphase: mehrere Sequenzen tgl. (je nach Belastbarkeit)
- Postakutphase: tgl. 45-60 Min. (DGN 2008c)
- In der chronischen Phase: 1 TE/Woche für Aufrechterhaltung der Leistungen/Transfer in den Alltag (DGN 2008c)

Literatur

- Signifikant mehr Patienten konnten sich nach einer Intensivtherapie-Intervention nach 6 Monaten post onset wieder normal ernähren im Gegensatz zu den Patienten anderer Interventionsmaßnahmen (Carnaby et al. 2006)
- bei positivem Behandlungsverlauf: 1-2 TE/Woche (Prosiegel & Weber 2010)
- Wiederaufnahme in einer stationären Einrichtung zur erneuten Statuserhebung und Intensivtherapie (Prosiegel & Weber 2010)
- Patienten der chronischen Phase zeigten eine signifikante Verbesserung nach einer Schlucktherapie mit einer Therapieintensität von tgl. 60 Min. über 8 Wochen (Prosiegel et al. 2002)

■ **Abb. 4: Angaben zu Therapiefrequenz bei Dysarthrie****Leitlinien**

- Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) & Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN): siehe Tabelle „Aphasie“ (GAB & DGNKN 2000)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN): LL „Parkinsonsyndrome“ und LL „Therapie neurogener Sprech- und Stimmstörungen (Dysarthrie/Dysarthrophonie)“ → Intensivtherapie bzw. Therapie nach LSVT (vier Wochen lang 4 TE/Woche à 60 Min.) (DGN 2008a,b)

Abb. 5: Angaben zur Therapiefrequenz bei Aphasie

Leitlinien
<p>LL „Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie)“ (Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung & Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (GAB & DGNKN 2000):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Akutphase: 1-2x tgl. 30 Min. ● Frühe Postakutphase: Ambulant: mind. 3x wöchentlich 60 Min. und ambulante/stationäre Intensivtherapie 6-8 Wochen (1-2x tgl. 60 Min.) ● Späte Postakutphase: wenigstens 1-3x wöchentlich 60 Min. und ambulante/stationäre Intensivtherapie 6-8 Wochen (1-2x tgl. 60 Min.) ● Chronische Phase: Mind. 2x wöchentlich 60 Min. und ambulante/stationäre Intensivtherapie 6-8 Wochen (1-2x tgl. 60 Min.) ● Keine Lernfortschritte: 1 TE/Woche Beratung/Konsolidierung → Abschluss der Therapie
Literatur
<ul style="list-style-type: none"> ● durchschnittliche Therapieintensität bei 8,8 Std. pro Woche (5-10 Std. pro Woche über 8-12 Wochen) führt zu Verbesserungen sprachlicher Leistungen (Meta Analyse, <i>Bhogal et al., 2003</i>) ● Patienten mit chronischer Aphasie wurden mit einer Intensität von 30-35 Std. über zehn Tage (minimal 3 Std. Therapie pro Tag) anhand von CIAT („constraint-induced aphasia therapy“) behandelt und erreichten signifikant bessere Ergebnisse als die Kontrollgruppe mit geringerer Intensität → Ausspruch für „massed practice“ (<i>Pulvermüller et al. 2001</i>) ● Nach einer Behandlung von Patienten durch CIAT und CIAT Plus mit einer Intensität von 30 TE in 10 Tagen erreichten alle Patienten signifikante Ergebnisse, die nach 6 Monaten unverändert waren → „intensity seems to be the crucial factor for the successful rehabilitation of chronic aphasia“ (<i>Meinzer et al. 2005, 1465</i>)
Pro hochfrequent
<ul style="list-style-type: none"> ● „Eine Konzentration der Aphasitherapie auf einen relativ kurzen Zeitraum mit einer hohen Therapieintensität ist besser als eine länger dauernde Therapie mit einer niedrigen Intensität“ (<i>Wehmeyer & Grötzbach 2006, 227</i>) ● „Es bleibt zu hoffen, dass sich die Verordnungspraxis und das ambulante Therapieangebot verbessern, sodass Intervalltherapien mit intensiven Behandlungsphasen sowie mit Therapiepausen zur Konsolidierung des Übungseffekts auch für Patienten mit globaler Aphasie ermöglicht werden.“ (<i>Springer in Friede 2010, 49</i>).

Stottern

Eine Therapie des Stotterns findet in ambulanten Praxen in der Regel ein bis zweimal wöchentlich in Einzeltherapie statt (*Ochsenkühn et al. 2010*), in der Kindertherapie ebenfalls ein- bis zweimal wöchentlich (*Glück & Baumgartner 2010*) (Abb. 2).

Stimme

Für den Bereich Stimme gibt es kaum gesicherte Angaben zur Therapiefrequenz. Auf die Darstellung mittels einer Tabelle wird aus diesem Grund verzichtet. Für die Therapie einer Stimmstörung ist nach aktueller Literatur eine durchschnittliche Dauer von 40 Std. erforderlich. Bei einer Frequenz von 2 TE pro Woche ist die Therapie über mind. sechs Monate anzusetzen. Es gibt keine zuverlässige Prognose über den Zeitrahmen der Therapie (*Hammer 2007*). Im Falle einer Stimmstörung bei Stimmlippenlähmung ist jedoch eine Frequenz von 3 TE/Woche angezeigt (*Hammer 2010*). Die Dauer von Stimmtherapie variiert stark (systematischer Review, *Speyer 2008*). Derzeit gibt es allgemein noch keine große

Anzahl von Studien zur Effektivität, da die Therapie der Stimmstörung ursachenabhängig ist (*Speyer 2008*) und daher keine eindeutige Aussage zum Faktor Frequenz gemacht werden kann. Die Leitlinie der DGPP (*AWMF 2010*) macht keine Angaben bzgl. der Frequenz.

Neurogene Dysphagie

Die DGN macht in ihrer Leitlinie zur neurogenen Dysphagie Angaben zur Therapieintensität in jeder Phase der Dysphagie nach Schlaganfall, die sich auch in der Fachliteratur wiederfinden (*Bartolome 2010, Prosiegel & Weber 2010, Bledau-Greifendorf 2009*) (Abb. 3). So entsteht ein einheitliches Bild über die Therapiefrequenz bei der Behandlung der neurogenen Dysphagie.

Es gibt allerdings keine Angaben zur Frequenz funktionell orientierter Therapie im ambulanten Setting, lediglich bei positivem Therapieverlauf und mit dem Ziel der Aufrechterhaltung der Leistungen. Für Patienten in der chronischen Phase wird eine stationäre Intensivtherapie empfohlen, bei der positive

Ergebnisse erwartet werden, die Möglichkeit einer Intensivtherapie im ambulanten Setting wird nicht erwähnt. In einer nicht randomisierten Studie mit 208 Patienten in der chronischen Phase nach abgelaufener Spontanremission zeigte sich eine signifikante Verbesserung nach einer Schlucktherapie (*Prosiegel et al. 2002*).

Dysarthrie

Im Bereich Dysarthrie beruhen therapeutische Vorgehen zum momentanen Zeitpunkt eher auf eigenen praktischen Erfahrungen der Therapeuten als auf gesicherten evidenzbasierten Grundlagen (Abb. 4). Aufgrund der vielen verschiedenen Ursachen und Erscheinungsformen der Dysarthrie sind Effektivitätsstudien kaum vergleichbar, so dass sich die meisten Effektivitätsnachweise eher auf Einzelfallstudien und Expertenmeinungen und nicht auf große klinische Studien zur effektiven Dysarthriebehandlung beziehen (*Ziegler & Vogel 2010, Sellars et al. 2009*). Es wird darauf hingewiesen, dass qualitativ gute Forschung dringend notwendig ist und zukünftig vor allem Vergleichsuntersuchungen zu Therapie vs. keine Therapie bzw. zwischen verschiedenen Interventionsformen erfolgen müssen (*Sellars et al. 2009*).

Aphasie

Die Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) und die Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neuropsychologie (DGNKN) haben klare Kriterien für die Intensität der Aphasiebehandlung nach einer Hirnläsion aufgestellt (Abb. 5), die sich kaum von den entsprechenden Empfehlungen in der Leitlinie der DGN (2008d) unterscheiden.

In der Literatur finden sich widersprüchliche Angaben zur Wirksamkeit von Aphasitherapie. Die unterschiedlichen Ergebnisse lassen sich wohl auch auf den Faktor der variierenden Therapieintensität zurückführen (*Wehmeyer & Grötzbach 2006*). Eine Meta-Analyse von *Bhogal et al. (2003)* trägt zur Klärung bei: Die Autoren schließen aus ihren Ergebnissen, dass niederfrequente Therapie, die über einen längeren Zeitraum angeboten wird, zu keiner Verbesserung der sprachlichen Leistung führt, während hochfrequente Therapie, die über einen kürzeren Zeitraum angeboten wird, zu signifikanten Verbesserungen in sprachlichen Leistungen bei Aphasie führen kann.

Zur tatsächlichen Umsetzung intensiver Intervalltherapie in der ambulanten logopädischen Praxis finden sich in der Literatur wenig Hinweise. *Kessler et al. (2003, 80)* äußern sich dazu: „Nach klinischer Erfahrung der Au-

toren sind die erwünschten Frequenzen zum jetzigen Zeitpunkt leider unrealistisch“. Die DGN macht jedoch in ihrer Leitlinie „Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall“ deutlich: „Sprachtherapie, die der Restitution sprachlicher und kommunikativer Funktionen dienen soll, ist bei einer Intensität von nur zwei Std. pro Woche unwirksam“ (DGN 2008d, 1).

Fazit

Aus der Literaturstudie wird deutlich, dass es unterschiedliche Angaben zur Therapieintensität/-frequenz bei verschiedenen Störungsbildern gibt. Die Angaben variieren auch in Bezug auf die Definition von Intervalltherapie und Intensivtherapie, sodass keine einheitliche Definition für hochfrequente Therapie vorliegt. Es lässt sich jedoch feststellen, dass die Größe „Therapiefrequenz“ durchaus konkret formuliert wird, wenn sie in der Wissenschaft erforscht und bei bestimmten Methoden oder Störungsbildern als therapierelevante Größe vermutet wird. Jedoch ist in dieser Hinsicht der Forschungsstand bei den logopädischen Störungsbildern unterschiedlich weit fortgeschritten, wodurch sich die Uneinheitlichkeit vielleicht erklären ließe.

Es zeigt sich in der Literatur auch, dass Intensivtherapie in der ambulanten Praxis in der Regel schwer umsetzbar scheint. Daraus leiten sich folgende Fragen ab:

- Wird hochfrequente Therapie in der ambulanten logopädischen Praxis umgesetzt?

- Wie sehen Modelle aus, die hochfrequente Therapie in der ambulanten logopädischen Praxis realisieren?

Online-Befragung zur Behandlungsfrequenz in der logopädischen Praxis

In der ersten Untersuchung wurde darauf abgezielt, den Ist-Zustand hinsichtlich der Therapiefrequenz in der ambulanten logopädischen Praxis zu erfassen: Mit welcher Frequenz wird therapiert, welche Umstände beeinflussen diese Entscheidung, könnte hochfrequente Therapie angeboten werden, besteht der Wunsch danach, welche Faktoren verhindern dies? Da 52% aller Mitglieder des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. (dbl) in ambulanten Praxen arbeiten (dbl 2011), wurde eine Online-Umfrage (quantitatives Design: kritisch emanzipatorische Querschnittstudie) durchgeführt. Die Stichprobe (nicht probabilistische Ad-hoc-Stichprobe) setzte sich aus in ambulanten Praxen arbeitenden Logopäden zusammen.

Rekrutiert wurden die Logopäden durch die Schaltung der Online-Umfrage auf der Homepage des dbl, durch die Aufnahme des Links der Umfrage in den E-Mail-Newsletter des dbl und durch die stichprobenartige Auswahl von 482 logopädischen Praxen anhand von „Google Maps“ (alle Bundesländer). An der Befragung beteiligten sich 257 Logopäden. Die Datensammlung des Messinstruments (Online-Umfrage über „GoogleMail“:

acht Fragen, ein Feedbackmoment) erfolgte anonym, erstreckte sich über einen Zeitraum von zwei Wochen und wurde statistisch ausgewertet.

Ergebnisse

Der Rücklauf der Online-Umfrage belief sich auf 257 Datensätze. Um die Umfrage anwenderfreundlich zu gestalten, beschränkte sie sich bezüglich der erfragten Störungsbilder

Abb. 8: Eigene Definition von hochfrequenter Therapie

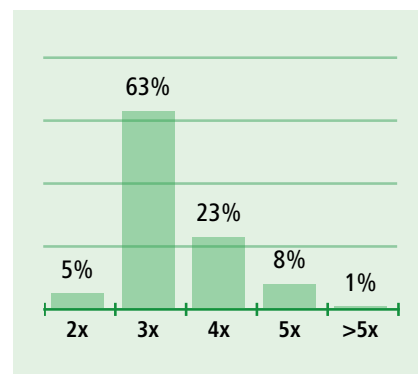


Abb. 9: Möglichkeit des Angebots von hochfrequenter Therapie

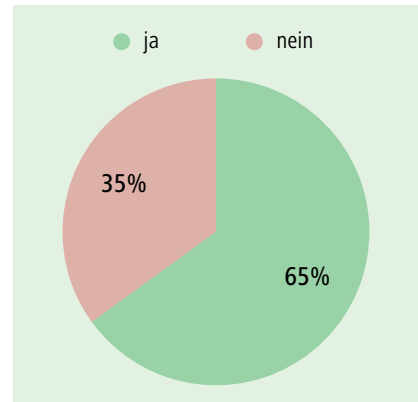


Abb. 6: Umfrage zur Therapiefrequenz bei verschiedenen Störungsbildern (n = 257)

Therapiefrequenz (TE/Woche)	0	1	2	3	4	5	>5
SES (%)	3,5	58	34			1	3,5
Stottern (%)	29	63	7	1			
Aphasie (%)	8	15	67	6	3	0,4	0,4
Dysarthrie (%)	11	42	41	4	2		

Abb. 7: Faktoren für die Festlegung der Therapiefrequenz bei Aphasie

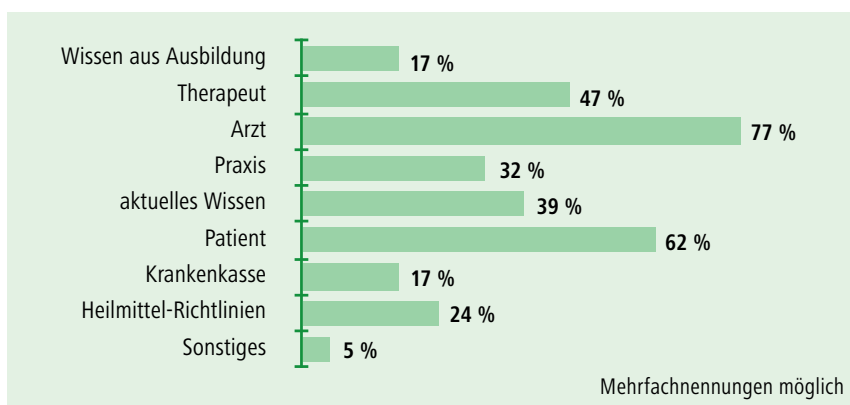
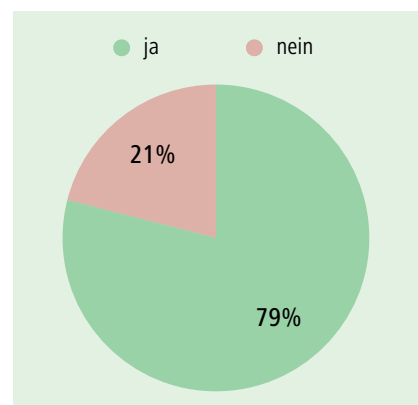
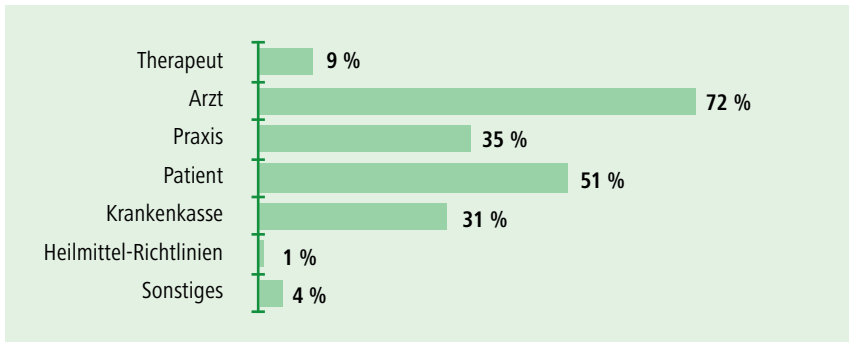


Abb. 10: Wunsch zur Durchführung hochfrequenter Therapie



■ **Abb. 11: Hinderungsfaktoren für die Durchführung hochfrequenter Therapie**



exemplarisch auf SES, Stottern, Dysarthrie und Aphasie. Bei jeder Variablen gab es unter „Sonstiges“ die Option, weitere Informationen einzutragen.

Die Therapiefrequenz bei den Störungsbildern SES, Stottern, Aphasie und Dysarthrie beläuft sich demnach durchschnittlich auf 1-2 TE/Woche (Abb. 6). Als entscheidende Kriterien für die Festlegung der Therapiefrequenz wurden bei allen Störungsbildern mit der höchsten Prozentzahl „Arzt“ und „Patient“ angegeben (Abb. 7).

Die Autoren der Befragung definieren den Begriff „hochfrequente Therapie“ wie folgt: „hochfrequent = mindestens fünf Zeitstunden/Woche“, basierend auf der Meta-Studie von *Bhogal et al.* (2003). Hier wurde festgestellt, dass Aphasietherapie dann wirksam ist, wenn sie hochfrequent angeboten wird (5-10 Zeitstunden/Woche).

Intervalltherapie wurde in Anlehnung an eine Definition von *Steiner* (2009) wie folgt definiert: intensive Behandlung mit mehrmonatiger Pausenunterbrechung. Bei der Umfrage definierten 63% der Befragten „hochfrequente Therapie“ mit einer Anzahl von 3 TE/Woche (Abb. 8).

Obwohl bei 65% der Befragten die Möglichkeit und bei 79% davon der Wunsch zum Angebot hochfrequenter Therapie besteht, (Abb. 9), wird sie kaum angeboten (Abb. 10). Als Hinderungsfaktoren werden „Arzt“ und „Patient“ (höchste Prozentzahl) sowie „Praxis“ und „Krankenkassen“ (niedrigste Prozentzahl) genannt (Abb. 11).

Expertenbefragung zur Umsetzung hochfrequenter Therapie in logopädischen Praxen

In der zweiten Untersuchung (qualitatives Forschungsdesign: Leitfadeninterview, kritisch-emanzipatorisch) sollte herausgefunden werden, welche Modelle ambulanter hochfrequenter Therapie zugrunde liegen und welche Einflüsse dafür eine Rolle spie-

len. Hierfür wurden gezielt Logopäden kontaktiert (nichtprobabilistische Stichprobe), die in ihrer Praxis hochfrequente Therapie im Sinne des Effektivitätsbelegs der Intensivtherapie bei Aphasie von *Bhogal et al.* (2003) anbieten, also mindestens fünf Zeitstunden/Woche.

Insgesamt wurden drei Logopäden interviewt, um Daten zur Organisation und Durchführung von Intensivtherapie in ambulanten logopädischen Praxen zu erfassen. Die telefonischen Leitfadeninterviews wurden mitgeschnitten, auf den Computer übertragen, anonym kodiert und kategorisiert: Allgemeines, Organisation, Voraussetzungen, Resümee und zusätzlich „Sonstiges“.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, welche organisatorischen Aspekte (z.B. Kontakt zum Arzt und zur Krankenkasse) notwendig sind, in welcher Intensität Therapie angeboten werden kann, welche Voraussetzungen seitens des Therapeuten, des Patienten, der Angehörigen und der Organisation innerhalb der Praxis erforderlich sind, um hochfrequente Therapie anbieten zu können. Es zeigt sich, dass in den betreffenden Praxen hochfrequente Therapie ausschließlich bei neurologischen Störungsbildern (Aphasie, Dysarthrie, neurogene Dysphagie und Dysphonie) durchgeführt wird, weil hier am ehesten Evidenzen vorliegen.

Praxisorganisation

Zur Organisation werden drei unterschiedliche Angaben gemacht:

- Intensivtherapie im Intervall, d.h. auf Phasen hochfrequenter Therapie (z.B. vier Wochen tgl.) folgen Therapiepausen (z.B. drei Monate)
- Intensivtherapie wie oben, gekoppelt mit niedrig frequenter Intensität im Anschluss an das hochfrequente Intervall zum Erhalt der sprachlichen Leistungen in der „Therapiepause“
- Durchgehend Intensivtherapie.

Arzt

Die Interviewten geben an, dass die Ärzte im Sinne der Medizinethik arbeiten und somit die bestmögliche Therapie verordnen. Sie betonen die Bedeutung eines engen Austauschs mit den Ärzten über Methoden und Effektivität der Therapien bei logopädischen Störungsbildern, z.B. im Bereich der Aphasietherapie anhand der Studien von *Bhogal et al.* (2003) und *Schlenck & Perleth* (2004) sowie der Leitlinien der *GAB & DGKN* (2000). Nach Angabe der Interviewten sind hohe Frequenzforderungen unproblematisch, sofern der Arzt über Kassengängigkeit und Effektivität intensiver Intervalltherapie aufgeklärt ist.

Krankenkasse

Nach den Erfahrungen der interviewten Logopäden decken Krankenkassen intensive Intervalltherapie ab, wenn die Verordnung ordnungsgemäß ausgefüllt ist. Es kann sein, dass eine Genehmigung der Kostenübernahme eingeholt werden muss. In diesem Fall reichen eine Begründung und die Beifügung des Rezepts aus. Falls die Krankenkasse die Therapie nicht übernehmen will, kann Einspruch eingelegt werden. Führen auch diese Bemühungen zu keiner Kostenübernahme, kann das Wechseln der Krankenkasse in Betracht gezogen werden. Grundsätzlich wird betont, dass eine intensive Intervalltherapie keine Mehrbelastung an Behandlungseinheiten bedeutet, sondern lediglich eine Umdeckerung der Therapiesitzungen darstellt.

Verordnung

Die in den HMR genannten Frequenzempfehlungen sind grundsätzlich nicht als Ober-, sondern Untergrenzen zu verstehen.

Voraussetzungen Therapeut

Förderliche Attribute bei Therapeuten, die hochfrequente Therapie anbieten, sind

- Berufserfahrungen im klinischen Umfeld,
- Spezialisierungen,
- stetige Weiterbildungen,
- gutes Organisationsvermögen (z.B. Zeitmanagement bei Hausbesuch),
- Bereitschaft, in die Aufklärung von Ärzten zu investieren (Kontakte knüpfen und pflegen, Präsentationen halten).

Die Vorteile von Intensivtherapie zeigten sich dadurch, dass

- der Therapeut durch den täglichen Kontakt gedanklich mehr in die Therapie involviert ist,
- der Vorbereitungsaufwand für Therapie mitunter geringer ist und
- keine anderen Voraussetzungen als bei niedrig frequenter Therapie notwendig sind.

Voraussetzungen Patient

Grundsätzlich ist jeder Patient für eine hochfrequente Therapie geeignet. Es kann zudem förderlich sein, wenn der Patient

- hohe Motivation für die tägliche Therapie zeigt,
- Vorerfahrung mit Intensivkonzepten (Rehabilitation) und
- ein gutes Konzentrations-/Aufmerksamkeitsvermögen zeigt (bei Defiziten ggf. kürzere intensive Behandlungseinheiten wie z.B. 30 statt 45 oder 60 Min.).

Voraussetzungen Angehörige

Patienten und Angehörige lehnen ambulant fortgeführte Intensivtherapie selten ab,

- wenn das Konzept der Intensivtherapie bereits aus stationärer Reha bekannt ist,
- wenn vor Beginn gut über das intensive Therapiekonzept aufgeklärt wurde,
- da sie den damit verbundenen Zeitaufwand selten als Ablehnungsgrund sehen.

Voraussetzungen Praxis

Die Praxisorganisation ist kein Problem, wenn

- die Praxis behindertengerecht ausgestattet ist,
- intensiv zu betreuende Patienten auf mehrere Therapeuten verteilt werden, um Ausfall leichter aufzufangen,
- intensive und reguläre Therapieformen parallel angeboten werden und
- Intensivangebote je nach Kapazität der Praxis in bestimmten Zeiten (z.B. Ferien) angeboten werden.

Zusammenfassung

Die *Online-Befragung* ambulant tätiger Logopäden belegt ein starkes Interesse an hochfrequenten Behandlungen. Die Befragten vertreten überwiegend die Selbsteinschätzung, grundsätzlich über ausreichende Möglichkeiten zu deren Umsetzung zu verfügen. Dabei wurde hochfrequente Therapie von etwa zwei Dritteln der Befragten mit 3 TE/Woche (135 Min.) definiert. Die tatsächliche Therapiefrequenz liegt jedoch unabhängig vom Störungsbild überwiegend bei 1-2 TE/Woche. Als entscheidende Hindernisse, eine erhöhte Behandlungsfrequenz anzubieten, werden mehrheitlich Ärzte und Patienten genannt.

Die *Experten-Befragung* von ambulanten Anbietern hochfrequenter Therapie zeigt, dass unter gewissen Voraussetzungen die Variation der wöchentlichen Therapiefrequenz praktikabel ist. Dabei können Varianten unterschiedlich intensiver Behandlungsformen sowohl nebeneinander bestehen als auch zeitlich aufeinander folgen.

Diskussion

Leitlinien und Literatur liefern Hinweise auf die Notwendigkeit intensiver logopädischer Therapiemaßnahmen. Am besten ist diese für die Aphasietherapie belegt. Es erscheint erforderlich, auch für andere logopädische Störungsbilder die Rolle der Behandlungsintensität stärker zu erforschen.

Das Beispiel Aphasietherapie zeigt, dass eine qualitativ und fachlich ausgezeichnet konzipierte und durchgeführte sprachsystematische Behandlung bei unzureichender Therapiefrequenz verpuffen kann. So wird bei der multizentrischen deutschen Versorgungsstudie zur Effektivität von Aphasietherapie „Effectiveness of Intensive Aphasia Therapy Under Routine Clinical Conditions (FCET2EC)“ eine Behandlungsfrequenz von 600 Min./Woche (zuzüglich 300 Min./Woche angeleitetes Eigentaining) über 3 Wochen angeboten (*Universitätsklinikum Münster* 2012). Diese Intensität spiegelt den gegenwärtigen Wissenstand zu sprachsystematisch wirksamer Aphasietherapie wider.

Die tatsächliche wöchentliche Behandlungsdichte ambulanter logopädischer Therapie wird offensichtlich erstens wenig variiert und zweitens niedrig angesetzt, wie die Befragungsergebnisse belegen. Daraus leiten sich z.B. für die Aphasietherapie Überlegungen ab, bevorzugt Behandlungskonzepte (z.B. Unterstützte Kommunikation, PACE, teilha-beorientierte Verfahren) und Hilfsmittel (z.B. Heimtraining mit „B.A.Bar“, *Nobis-Bosch* et al. 2010) oder individualisierte Kommunikationsbücher (*Glindemann & Krug* 2012) einzusetzen, die sich für eine niedrige Behandlungsfrequenz eignen.

Für alle logopädischen Störungsbilder birgt das Thema Therapieintensität sowohl in Forschung, Lehre und Weiterbildung als auch in der Praxis ein bisher möglicherweise erheblich unterschätztes Potenzial, nicht zuletzt im Hinblick auf weitere und aussagekräftigere Nachweise zur Wirksamkeit von Sprachtherapie.

LITERATUR

- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2011a). *Leitlinien-Grundlagen. Definition, Ziele, Aufgaben*. <http://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen/aufgaben-ziele> (07.05.2011)
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2011b). *Leitlinien-Grundlagen. Leitlinien-Wirksamkeit und Leitlinien-Qualität*. <http://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen/wirksamkeit-qualitaet> (07.05.2011)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2001). *Das*

- Leitlinien-Manual der AWMF und der ÄZQ*. <http://www.awmf.org/index.php?id=256> (07.05.2011)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2005). *Leitlinien der Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP). Stottern*. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-009_S1_Stottern_03-2005_03-2010_in_UE-berarbeitung.pdf (17.04.2011)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2010). *Leitlinien der Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP). Stimmstörung*. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/0490081_S1_Stimmstoerungen_01.pdf (17.04.2011)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2011). *Die AWMF – Aufgaben und Ziele*. <http://www.awmf.org/die-awmf/aufgaben-und-ziele.html> (07.05.2011)
- Barratt, J., Littlejohns, P. & Thompson, J. (1992). Trial of intensive compared with weekly speech therapy in preschool children. *Archives of Disease in Childhood* 67, 106-108
- Bartolome, G. (2010). Grundlagen der Funktionellen Dysphagietherapie. In: G. Bartolome & H. Schröter-Morasch (Hrsg.), *Schluckstörungen – Diagnostik und Rehabilitation* (245-250). München: Urban & Fischer
- Bhagal, S.K., Teasell, R., Speechley, M. & Albert, M. L. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke* 34, 987-993
- Bledau-Greifendorff, J. (2009). Therapie und Dysphagiemanagement. In: Gröne, B. (Hrsg.), *Schlucken und Schluckstörungen – Eine Einführung*. München: Urban & Fischer
- Carnaby, G., Hankey, G.J. & Pizzi, J. (2006). Behavioural intervention for dysphagia in acute stroke: a randomised controlled trial. *Lancet Neurology* 5, 31-37
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011). *Pressemitteilung: Bundestag beschließt GKV-Versorgungsstrukturgesetz*. <http://bmg.bund.de/krankenversicherung/gkvversorgungstrukturgesetz.html> (25.01.2012)
- Dannenbauer, F.M. (2002). Grammatik. In: Baumgartner, S. & Füssenich, I. (Hrsg.), *Sprachtherapie mit Kindern* (105-161). München: Reinhardt
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP) (2006). *Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache*. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-016_S1_Umschriebene_Entwicklungsstoerungen_der_Sprache__F80.1__F80.2__11-2006_11-2011.pdf (19.04.2011)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2008a). *Parkinson-Syndrome*. http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/LL2008/ll08kap_009.pdf (05.05.2011)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2008b). *Therapie neurogener Sprech- und Stimmstörungen (Dysarthrie/Dysarthrophonie)*. http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/LL2008/ll08kap_097.pdf (05.05.2011)

- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2008c). Neurogene Dysphagien. http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/LL2008/1108kap_098.pdf (18.04.2011)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2008d). *Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall*. http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/LL2008/1108kap_099.pdf (04.05.2011)
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) (2008). *Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern*. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006_S1_Sprachentwicklungsstoerung_lang_09-2008_09-2013_01.pdf (19.04.2011)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (2001). *Leitfaden zu den Heilmittelrichtlinien – Mit Richtlinientext vom 01.07.2001*. Frechen: dbl
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (2011). *Mitgliederstruktur nach Tätigkeitsbereich*. http://dblev.de/fileadmin/media/der_verband/mitgliederstatistik/stat_berufstaetige_nach_taetigkeit.pdf (05.05.2011)
- Fox, A. (2007). *Kindliche Aussprachestörungen*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Friede, S. (2010). Intensive Benenntherapie bei postakuter globaler Aphasie. *Sprache – Stimme – Gehör* 34, 48-49
- Friedrich, G., Bigenzahn, W. & Zorowka, P. (2008). *Phoniatrie und Pädaudiologie*. Bern: Huber
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2004). *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien)*. <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-65/RL-Heilmittel-04-12-21.pdf> (12.05.2011)
- Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) und Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN) (2000). *Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie)*. <http://www.aphasiengesellschaft.de/leit.pdf> (20.04.2011)
- Glindemann, R. & Krug, B. (2012). Individualisierte Kommunikationsbücher. *Spracheheilarbeit* 57 (1) 12-23
- Glück, C.W. & Baumgartner, S. (2010). Stottern. In: Siegmüller, J. & Bartels, H. (Hrsg.), *Leitfaden Sprache – Sprechen – Stimme – Schlucken* (422-437). München: Urban & Fischer
- Gordon-Brannan, M.E. & Weiss, C.E. (2007). *Clinical management of articulatory and phonologic disorders*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins
- Grohnfeldt, M. (2007). *Lexikon der Sprachtherapie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Hammer, S. (2007). *Stimmtherapie mit Erwachsenen*. Heidelberg: Springer
- Hammer, S. (2010). Stimmstörungen. In: Siegmüller, J. & Bartels, H. (Hrsg.), *Leitfaden Sprache – Sprechen – Stimme – Schlucken* (366-394). München: Urban & Fischer
- IntelliMed (2009). *Heilmittelkatalog*. <http://www.heilmittelkatalog.de/heilmittelkatalog.html> (12.05.2011)
- Kentner, J. (2008). Behandlungsleitlinien unter die Lupe genommen. *Forum Logopädie* 22 (6), 42-43
- Kessler, J., Kalbe, E. & Heiss, W.D. (2003). *Sprachstörungen – Phänomenologie, Diagnostik und Therapie der Aphasie*. Bremen: UNI-MED
- 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
- Motsch, H.-J. & Schmidt, M. (2009). Frühtherapie grammatisch gestörter Kinder in Gruppen – Interventionsstudie in Luxemburg. *Frühförderung interdisziplinär* 28, 115-123
- Nobis-Bosch, R., Springer, L., Radermacher, I. & Huber, W. (2010). Supervidiertes Heimtraining bei Aphasie: Sprachlernen im Dialog. *Forum Logopädie* 24 (5), 6-13
- Ochsenkühn, C., Thiel, M.M. & Ewerbeck, C. (2010). *Stottern bei Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Springer
- Prosiegel, M., Heintze, M., Wagner-Sonntag, E., Hanning, C., Wuttge-Hanning, A. & Yassouridis, A. (2002). Schluckstörungen bei neurologischen Patienten: Eine Prospektive Studie zur Diagnostik, Störungsmustern, Therapie und Outcome. *Nervenarzt* 73, 364-370
- Prosiegel, M. & Weber, S. (2010). *Dysphagie – Diagnostik und Therapie*. Heidelberg: Springer
- Pulvermüller, F., Neininger, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B. & Koebbel, P. (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
- Schröder, H. & Waltersbacher, A. (2010). *Heilmittelbericht 2010. Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie*. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK
- Sellars, C., Hughes, T. & Langhorne, P. (2009). Speech and language therapy for dysarthria due to progressive brain damage (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, 1-12
- Siegmüller, J., Schröders, C., Sandhop, U., Otto, M. & Herzog-Meinecke, C. (2010). Wie effektiv ist die Inputspezifizierung? *Forum Logopädie* 24 (1), 16-23
- Speyer, R. (2008). Effects of voice therapy: a systematic review. *Journal of Voice* 22 (5), 565-580
- Spitzer, M. (2006). *Lernen – Gehirnforschung und die Schule des Lebens*. Heidelberg: Spektrum
- Steiner, J. (2009). Aphasie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Band 2, Erscheinungsform und Störungsbilder* (215-227). Stuttgart: Kohlhammer
- Tesak, J. (2007). *Grundlagen der Aphasitherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Universitätsklinikum Münster (2012). *Effectiveness of intensive aphasia therapy under routine clinical conditions (FCET2EC)*. <http://www.fcet2ec.aphasiengesellschaft.de> (20.01.2013)
- Wehmeyer, M. & Grötzbach, H. (2006). *Aphasie – Wege aus dem Sprachschungel*. München: Springer
- Weinrich, M. & Zehner, H. (2008). *Phonetische und phonologische Störungen bei Kindern*. Heidelberg: Springer
- Wendlandt, W. (2009). *Stottern im Erwachsenenalter*. Stuttgart: Thieme
- Wieck, M., Beushausen, U. & Cramer R.E. (2005). Leitlinien in der Logopädie. *Forum Logopädie* 19 (6), 28-35
- Ziegler, W. & Vogel, M. (2010). *Dysarthrie*. Stuttgart: Thieme
- Zollinger, B. (2000). *Wenn Kinder die Sprache nicht entdecken*. Bern: Haupt
- Zollinger, B. (2004). *Spracherwerbsstörungen*. Bern: Haupt

Der vorliegende Beitrag entstand auf der Basis einer Bachelorarbeit (2011) der drei Autorinnen, die von Stefan Krüger vom Logopädiezentrum Lindlar angeregt und betreut worden ist. Die Arbeit kann hier angefordert werden: lotte.asmussen@d-k-h.de

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2013-53020130202

Korrespondenzanschrift

Stefan Krüger, MSc.
Rehabilitationszentrum Lindlar
Kamper-Str. 17-25
51789 Lindlar
stefan.krueger@logozentrumlindlar.de

SUMMARY. Frequency of therapy in the ambulant speech and language practice

In speech and language therapy various factors play a part in the treatment outcome. In aphasia therapy, the intensity of therapy has been established to be a requirement in order to improve systematic language skills. The question arises which role the frequency of therapy plays in the different fields of treatment in the ambulant practice. The present article offers a literature review followed by data about the frequency of therapy and the realization of intensive therapy, which have been gathered by an online questionnaire and expert interviews. It shows the interest in the realization of intensive therapy, however isn't being practiced because of various factors of obstruction. How these factors might be overcome is shown by the exemplary expert interviews.

KEYWORDS: frequency of therapy – speech and language therapy – ambulant practice – guidelines