

10 Dysarthrietherapie mit Erwachsenen: Konzepte

Zusammenfassung

Kapitel 10 geht auf übergeordnete Fragen zur Behandlung von Personen mit Dysarthrie ein. Es werden unterschiedliche Ebenen der Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen eingeführt und die derzeitige Evidenzbasierung der Dysarthrietherapie skizziert. Des Weiteren werden Fragen nach der Bestimmung von Therapiezielen und der Intensität und Dauer therapeutischer Maßnahmen diskutiert.

10.1 Wirksamkeit von Dysarthrietherapie

10.1.1 Wirkebenen

In klinischen Studien wird die Frage nach der Wirksamkeit einer therapeutischen Intervention bevorzugt anhand von möglichst alltagsrelevanten Erfolgsmaßen entschieden. Diese können zum Beispiel auf die Verbesserung der kommunikativen Partizipation oder auf eine Verbesserung der Lebensqualität abzielen. Dabei wird angestrebt, nach Möglichkeit die Therapierten selbst über den Erfolg oder Misserfolg einer Maßnahme entscheiden zu lassen; man spricht von „patient-reported outcome measures“ (PROMs), also Erfolgsmaßen, die auf Selbstbeurteilungen der Patient*innen beruhen [50].

Solche alltagsrelevanten Therapieerfolge können in der neurologischen Rehabilitation auf ganz unterschiedlichen Wirkebenen erzielt werden; das reicht von der effektiven „Reparatur“ der geschädigten Funktionen bis hin zu individuellen Anpassungen der Umwelt. In der Rehabilitationsliteratur werden vier Ebenen der Wirkung von Behandlungsmaßnahmen unterschieden [230]:

- **Restitution:** Die Wiederherstellung der durch die Hirnschädigung verloren gegangenen physischen und psychischen Funktionen. In der Dysarthrietherapie bezieht sich Restitution (S.200) auf die erfolgreiche Wiederherstellung sprechmotorischer Fähigkeiten.
- **Kompensation:** In der Dysarthrietherapie können beispielsweise sprechmotorische Alternativen für die Bildung von Lauten, Silben oder prosodischen Mustern erarbeitet werden; Nutzung

des Prinzips der „motorischen Äquivalenz“ (S.36).

- **Substitution:** Also die Unterstützung oder der Ersatz einer beeinträchtigten Leistung durch externe Hilfsmittel. Eine leise Stimme kann beispielsweise durch einen portablen Lautsprecher verstärkt werden.
- **Adaptation:** Das sind Maßnahmen, die dazu dienen, eine möglichst selbstbestimmte Interaktion der Patient*innen mit ihrer Umwelt unter den Bedingungen ihrer Beeinträchtigung zu ermöglichen [725]. In der Dysarthriebehandlung kann es beispielsweise darum gehen, Lärm- und Geräuschquellen am Arbeitsplatz abzustellen, Kolleg*innen anzuhalten, Gespräche möglichst mit Blickkontakt zu führen oder Angehörige mit einem Hörtraining zur Verbesserung des Sprachverstehens zu schulen [81] (s. ► Abb. 14.1).

In den Kapiteln 12–15 werden therapeutische Maßnahmen auf allen vier Ebenen beschrieben. Die spezifische Bedeutung von Restitutions- und Kompensationsmechanismen in der sprechmotorischen Übungsbehandlung von Dysarthrien wird in Kap. 11.1 diskutiert.

10.1.2 Evidenzbasierung der Dysarthrietherapie

Konzepte der evidenzbasierten Medizin

Wie in allen Bereichen der Rehabilitation spielt auch in der Dysarthriebehandlung die Forderung nach einer evidenzbasierten Vorgehensweise eine zunehmend größere Rolle. Evidenzbasierte Medizin (EBM) erfordert eine „gewissenhafte, gezielte und sorgfältige Nutzung der aktuell besten Evidenz bei der Entscheidungsfindung über die Versorgung eines/r Patient*in“ und „die Integration von individuellem klinischem Fachwissen mit den besten verfügbaren externen klinischen Erkenntnissen aus der systematischen Forschung.“ ([579], S. 71; übersetzt durch die Autor*innen). Die Kernpunkte evidenzbasierter Praxis sind

- die Berücksichtigung von Forschungsergebnissen („externer Evidenz“) in der therapeutischen Praxis [445],

- eigene klinische Expertise („interne Evidenz“), die es ermöglicht, externe Evidenz korrekt zu interpretieren und im individuellen Fall sachgerecht anzuwenden [579] und
- die Berücksichtigung der Präferenzen, Werte und Bedürfnisse von Patient*innen und ihren Bezugspersonen („soziale“ Evidenz) [63].

Evidenzbasiertes Therapieren erfordert Transparenz in Bezug auf die Herkunft und Qualität der im Einzelfall verwendeten Nachweise sowie ethisches Handeln bei deren Anwendung.

Praxistipp

In der evidenzbasierten Praxis hilft das **PICO**-Modell (Patient*in/Problem, Intervention, Comparison/Control, Outcome), präzise klinische Fragestellungen zu formulieren, die die Grundlage für die Suche nach relevanter Evidenz bilden [561]. Jede PICO-Komponente kann als Suchbegriff bei der Suche nach relevanten Studien oder Artikeln in medizinischen Datenbanken benutzt werden.

Beispiel 1

- **P:** Person mit Dysarthrie und Amyotropher Lateralsklerose (ALS)
- **I:** Training der respiratorischen Kräfte
- **C:** konventionelle Sprechübungen
- **O:** Verbesserung der Lautstärke und Verständlichkeit

PICO-Fragestellung: Profitieren Personen mit Dysarthrie infolge einer ALS mehr von einem Training respiratorischer Kräfte als von konventioneller Sprechtherapie?

Beispiel 2

- **P:** Patientin mit Dysarthrie infolge eines Schädel-Hirn-Traumas (SHT)
- **I:** Dysarthrietherapie in der Gruppe
- **C:** Sprech- und Kommunikationsübungen in Einzeltherapie
- **O:** Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten

PICO-Fragestellung: Führen Gruppensitzungen mit dysarthrischen Erwachsenen mit SHT zu größeren Verbesserungen der kommunikativen Fähigkeiten als Einzeltherapie?

Evidenzstufen

Die Qualität und Verlässlichkeit der verfügbaren Evidenz therapeutischer Wirksamkeit wird durch Zuordnungen zu Evidenzklassen bewertet. Der Goldstandard für höchste wissenschaftliche Evidenz (Klasse I) sind randomisierte kontrollierte Studien (RCT). In RCT-Studien kann die Hypothese der Überlegenheit eines Therapieverfahrens gegenüber einer Kontrollbedingung (häufig Placebo oder ein alternatives Therapieverfahren) nach strengen methodischen und statistischen Kriterien geprüft werden (z. B. [313]).

Ein weiteres Qualitätskriterium klinischer Evidenz ist die Verfügbarkeit von Metaanalysen, also systematischen Zusammenfassungen der Ergebnisse mehrerer Therapiestudien. Metaanalysen führen zu einer umfassenden statistischen Bewertung der Wirksamkeit eines Therapieverfahrens. ► Tab. 10.1 zeigt am Beispiel des Klassifikationssystems des Oxford Center for Evidence-Based Medicine (OCEBM), dass aber auch weniger gut kontrollierte Studien, Fallstudien oder dokumentierte Expertenmeinungen zur Beurteilung der Wirksamkeit einer therapeutischen Intervention beitragen können.

✓ Merke

Mit dem RCT-Design lassen sich Unterschiede zwischen zwei Behandlungen (oder zwischen einer Behandlung und einer Scheinbehandlung) feststellen und der Nachweis erbringen, dass eine Behandlungsoption einer anderen überlegen ist. „Kontrolliert“ bedeutet dabei, dass die Ergebnisse einer Experimentalgruppe mit denen einer Kontrollgruppe (z. B. Therapieansatz A im Vergleich zu Kontrollgruppe mit Therapieansatz B oder zu einer Gruppe ohne Behandlung/Scheinbehandlung) verglichen werden. „Randomisiert“ bedeutet, dass die Zuordnung der Studienteilnehmer*innen zu einer der Gruppen nach dem Zufallsprinzip erfolgt.

Die Cochrane-Stiftung, die sich der Erstellung, Pflege und Verbreitung von systematischen Übersichtsarbeiten zu Gesundheitsfragen widmet und Zusammenfassungen wissenschaftlicher Evidenz für verschiedene Bereiche der Medizin und der Re-

Tab. 10.1 Evidenzklasseneinteilung des Oxford Center for Evidence-Based Medicine (OCEBM; adaptiert nach [540]).

Evidenzklasse	Beschreibung
Ia	Metaanalysen von mehreren randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)
Ib	Mindestens eine randomisierte kontrollierte Studie
IIa	Gut durchgeführte kontrollierte Studien ohne Randomisierung
IIb	Gut durchgeführte quasi-experimentelle Studien (bspw. Studien mit Vergleichsgruppen, die jedoch nicht zufällig zugeteilt wurden)
III	Nichtexperimentelle, beschreibende Studien wie vergleichende Studien, Korrelationsstudien und Fallkontrollstudien
IV	Berichte von Expertenkomitees oder Meinungen und klinische Erfahrung von anerkannten Autoritäten ohne explizite kritische Bewertung oder basierend auf physiologischen Studien oder Grundlagenforschung
V	Fallberichte oder Expertenmeinungen, ohne systematische Untersuchung oder umfassende Datenanalyse

Tab. 10.2 Cochrane GRADE-System für die Vertrauenswürdigkeit klinischer Evidenz.

Stufe	Qualität	Beschreibung
1	hoch	Es ist gesichert, dass das Studienergebnis dicht am wahren Effekt liegt.
2	moderat	Das Studienergebnis kommt dem wahren Effekt nahe.
3	niedrig	Das Studienergebnis kommt dem wahren Effekt vermutlich nahe, aber weitere Studien können das Ergebnis auch noch merklich verändern.
4	sehr niedrig	Der geschätzte Effekt unterscheidet sich wahrscheinlich deutlich vom wahren Effekt. Weitere Studien werden das Ergebnis wahrscheinlich noch verändern.

habilitation publiziert, verwendet das in ► Tab. 10.2 dargestellte 4-stufige Bewertungssystem für die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz einer klinischen Studie (wissenwaswirkt.org/die-vertrauenswuerdigkeit-von-evidenz-nach-grade).

Die Kriterien, die dabei zur Anwendung kommen, sind methodologische Strenge (s. ► Tab. 10.1), Stichprobengröße und Effektstärke, Vollständigkeit der Berichterstattung und Nachhaltigkeit der Therapieeffekte.

Leitlinien

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) beschreibt Leitlinien als systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte und Ärztinnen, Therapeut*innen und andere im Gesundheitswesen tätige Personen, die der Entscheidungsfindung in spezifischen Situ-

ationen der Gesundheitsversorgung dienen. Leitlinien basieren auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und klinischer Erfahrung und zielen darauf ab, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern und zu sichern (www.awmf.org/leitlinien).

Leitlinien stellen eine Orientierungshilfe dar und haben keinen rechtlich bindenden Charakter. Sie sollen helfen, auf Basis des besten verfügbaren Wissens und unter Berücksichtigung individueller Umstände und Präferenzen der Patient*innen die bestmögliche Entscheidung zu treffen. Sie geben Empfehlungen ab, die das therapeutische Handeln leiten und standardisieren sollen, ohne dabei den individuellen klinischen Ermessensspielraum einzuschränken.

Die AWMF unterscheidet Leitlinien nach ihrem Entwicklungsaufwand und der Methodik in vier Stufen:

- **S 1-Leitlinien:** Konsensbasierte Leitlinien, die in einem informellen Verfahren von einer Expertengruppe entwickelt werden.
- **S 2k-Leitlinien:** Konsensbasierte Leitlinien, die in einem formalen Konsensverfahren entwickelt werden.
- **S 2e-Leitlinien:** Evidenzbasierte Leitlinien, die auf einer systematischen Literaturrecherche und -bewertung basieren.
- **S 3-Leitlinien:** Evidenz- und konsensbasierte Leitlinien, die sowohl auf systematischen Literaturrecherchen als auch auf formalen Konsensprozessen basieren und daher den höchsten methodischen Anforderungen genügen.

Evidenznachweise in der Dysarthrietherapie

Die von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) erstellte S 1-Leitlinie „Neurogene Sprechstörungen (Dysarthrien)“ fasst die bis 2018 vorliegende Evidenz zur Wirksamkeit von Dysarthrietherapie zusammen [2]. Auf diese Leitlinie, die von Fachvertreter*innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz konsentiert wurde, beziehen sich auch die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) und die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP). Die DGPP hat ferner eine Leitlinie zur „Funktionsdiagnostik und Therapie von Kommunikationsstörungen bei neurogenen Sprech- und Stimmstörungen im Erwachsenenalter“ erstellt, die sich eng an der S 1-Leitlinie der DGN orientiert und sich explizit an Hausärzte wendet (dgpp.de/cms/media/download_gallery/LL_Neurogene_Sprech-und_Stimmstoerungen; PDF).

Darüber hinaus können auch internationale Leitlinien zu Rate gezogen werden, etwa die der American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) oder der Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT; www.rcslt.org/members/clinical-guidance), die auf den Webseiten dieser Gesellschaften veröffentlicht sind. Die Academy of Neurologic Communication Disorders and Sciences (ANCDS; www.ancds.org/home) erstellt außerdem sehr informative evidenzbasierte Praxisrichtlinien, die in Form von Zusammenfassungen auf den Seiten der ASHA zugänglich sind (apps.asha.org/EvidenceMaps).

Die in den genannten Leitlinien zusammengefasste Evidenz zur Wirksamkeit von Dysarthrietherapie ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch relativ begrenzt. Insbesondere mangelt es an Studien der höchsten Evidenzklassen (► Tab. 10.1) und an systematischen Reviews. In der Cochrane Library beispielsweise sind nur wenige Berichte zur Dysarthrietherapie abrufbar. Dabei geht es u. a. um die Behandlung von Dysarthrien bei Kindern mit Schädel-Hirn-Traumen (z.B. [459]), Parkinson-Kranken (z.B. [264]), und Erwachsenen mit hereditären Ataxien [717] oder mit nicht progredienten erworbenen Hirnschädigungen [453], mit Fragestellungen zur Wirksamkeit spezifischer Ansätze oder zum Vergleich unterschiedlicher Therapiemethoden. In den meisten dieser Übersichtsarbeiten wird fehlende Evidenz aufgrund methodischer Mängel oder zu geringer Fallzahlen der berichteten Studien festgestellt. Studien, die der höchsten Evidenzstufe zugeordnet werden können, liegen nach diesen Berichten ausschließlich für die Stimmtherapie bei Parkinson-Krankheit nach dem Lee Silverman Voice Treatment Konzept – LSVT LOUD (S.231) – vor. Darüber hinaus werden in den Leitlinien Empfehlungen niedrigerer Evidenzgüte für die Botox-Behandlung bei spasmodischer Adduktor-Dysphonie (S.271) und die Anpassung einer Gaumensegelprothese bei Veluminsuffizienz (S.257) ausgesprochen.

✓ Merke

Aus dem Fehlen wissenschaftlicher Evidenz für die Wirksamkeit einer Intervention lässt sich allerdings nicht ableiten, dass die Intervention unwirksam ist. Es fehlt vielmehr an methodisch hochwertigen Nachweisen für ihre Wirksamkeit.

Es zählt zu den Aufgaben sprachtherapeutischer Fachzeitschriften, Therapierende durch aktuelle Übersichtsarbeiten über die verfügbare Evidenz zur Dysarthrietherapie zu informieren. In einer solchen Arbeit haben beispielsweise Krämer et al. die Studienlage zur Dysarthrietherapie zwischen 2016 und 2021 systematisch zusammengetragen [353]. Dabei wurden unter 308 Studien nur drei randomisierte kontrollierte klinische Studien identifiziert, von denen nur eine – eine LSVT-LOUD-

Studie bei Personen mit Parkinson-Krankheit – hohen Qualitätsstandards genügte.

Perry et al. erstellten eine aktualisierte Übersicht zur übungstherapeutischen Behandlung respiratorisch-phonatorischer Funktionsstörungen bei Personen mit neurodegenerativen Erkrankungen [534], in erster Linie mit Parkinson-Syndromen, aber auch mit zerebellären Ataxien, Chorea Huntington, Multipler Sklerose und anderen Erkrankungen (s. Kap. 4). Eine Analyse von 88 Studien, die den Einschlusskriterien genügten, ergab nur für eine Intervention eine hinreichend starke Evidenz, nämlich für das Lee Silverman Voice Treatment (LSVT LOUD) bei Personen mit Parkinson-Krankheit. Kein anderer Behandlungsansatz und keine andere Personengruppe, die in diese Analyse einbezogen wurde, wies mehr als eine begrenzte Evidenz auf.

Zusatzinfo

Was bedeutet der Mangel an evidenzbasierten Therapieverfahren für die klinische Praxis?

Für die Entscheidungen, die Therapierende in ihrer täglichen therapeutischen Arbeit mit Personen mit Dysarthrie zu treffen haben, fehlt es weitgehend an Empfehlungen hoher Evidenzgüte. Dennoch stehen Therapeut*innen nicht mit leeren Händen da, denn erfolgreiches therapeutisches Handeln beschränkt sich nicht ausschließlich auf den Einsatz von Therapieverfahren mit erwiesener hoher Evidenz, sondern es beruht auch auf therapeutischer Erfahrung und Expertise. Aus der Kenntnis sensomotorischer Grundlagen des Sprechens und der Einsicht in die Pathomechanismen dysarthrischer Störungen lassen sich zielgerichtete therapeutische Ansätze herleiten. Therapeutische Erfahrung mit den Krankheitsbildern verschiedener Patientengruppen und mit unterschiedlichen Behandlungskonzepten befähigen dazu, solche Ansätze in patientenorientierte und individualisierte therapeutische Vorgehensweisen umzusetzen. Eine kontinuierliche Überprüfung des Behandlungserfolgs sollte dazu beitragen, dass unwirksame Behandlungspfade zeitig erkannt und vermieden werden können.

Trotz des bestehenden Evidenzmangels ist allen Leitlinien und Übersichtsarbeiten gemeinsam, dass sie eine – wenn auch schwach begründete – Empfehlung für die sprachtherapeutische Übungsbehandlung aussprechen. Es bleibt jedoch die dringende Forderung, die Wirksamkeit dysarthrietherapeutischer Ansätze durch methodisch hochwertige klinische Studien zu prüfen.

10.2 Therapieziele

10.2.1 Globalziel

Dysarthrietherapie zielt im weitesten Sinne auf die Erhaltung oder Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit der Patient*innen als Voraussetzung selbstbestimmter Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Im Zentrum steht dabei naturgemäß das Ziel die sprechmotorischen Symptome zu reduzieren, um eine möglichst verständliche und natürliche Sprechweise zu erreichen. Die globale Zielformulierung weist aber über den motorischen Vorgang des Sprechens hinaus und schließt alle kommunikativen Kanäle, alle kompensatorischen Möglichkeiten sowie den Einsatz von Hilfsmitteln und adaptiven Maßnahmen ein (s. Kap. 10.1). Die Wirksamkeit der Behandlung darf also nicht ausschließlich nach den sprechmotorischen Fertigkeiten beurteilt werden, denn das Ausmaß der Sprechstörung bestimmt selten allein, wie die betroffene Person in ihrem sozialen Umfeld zurechtkommt. Ein globales Behandlungsziel ist es daher, Patient*innen zur flexiblen Verwendung aller ihnen verfügbaren Mittel der Verständigung – auch mit Unterstützung ihrer Bezugspersonen – zu befähigen.

Diese Zielsetzung kann individuell sehr unterschiedlich spezifiziert werden: Für Personen mit nur gering ausgeprägter Sprechstörung kann es darum gehen, dass sie auch in beruflichen Kontexten, die ein weitgehend ungestörtes, ausdauerndes und ausdrucksvolles Sprechen voraussetzen, wieder bestehen können. Am anderen Ende des Schweregradspektrums kann es bei Personen mit schwer ausgeprägten Dysarthrien erforderlich sein, den Fokus der Zielsetzung etwa auf den Um-

gang mit technischen Hilfsmitteln zur unterstützten Kommunikation und auf Anpassungen der Umwelt zu legen.

10.2.2 Konzepte der Zielfindung

ICF-Konzept

Die Formulierung von Behandlungszielen sollte sich an dem ganzheitlichen, an Partizipation ausgerichteten Modell der ICF orientieren. Wie in Kap. 6.1 ausgeführt wurde, bietet das ICF-Konzept eine Klassifikation der Folgen einer Erkrankung auf den Ebenen der Körperstrukturen und -funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe. Die Merkmalslisten des ICF-Manuals bilden allerdings nur ein Gerüst für die Zielformulierung. In der therapeutischen Arbeit ist es erforderlich, die Probleme und Ressourcen der Patient*innen viel konkreter und detaillierter zu erfassen, um sinnvolle und überprüfbare Zielsetzungen (S. 114) zu entwickeln.

Therapieziele auf der ICF-Ebene der **Körperfunktionen** richten sich auf die Wiederherstellung beeinträchtigter sprechmotorischer Funktionen. Im Falle einer Patientin mit schweren, vorwiegend artikulatorischen und respiratorischen Störungen, könnten solche Ziele zum Beispiel lauten:

- Vordere Vokale bei isoliert gesprochenen Silben differenziert artikulieren.
- Diphthonge in Einsilblern möglichst vollständig ausformen.
- 4-silbige Testsätze ohne Zwischenatmung sprechen.

Zielsetzungen auf der Ebene der **Aktivitäten** richten sich auf grundlegende kommunikative Fähigkeiten, beispielsweise die Fähigkeit verständlich, möglichst natürlich, effizient und anstrengungsfrei zu kommunizieren. Auf den erwähnten Fall einer Patientin mit vorherrschend die Artikulation und Sprechatmung betreffenden Symptomen angewendet, könnten die formulierten Ziele etwa kompensatorische Techniken zur Erhöhung der Verständlichkeit adressieren, also beispielsweise:

- Auf Inhaltsfragen mit kurzen, einfachen Sätzen antworten.
- Nach jeder Sinneinheit eine Atempause machen.
- In lauter Umgebung eine Buchstabentafel bereithalten und sie für Anlauthilfen in Gesprächen einsetzen.

Ziele auf der Ebene der **Partizipation** orientieren sich an der individuellen sozialen Situation des/der Betroffenen, zum Beispiel ob sie allein, in einer Einrichtung oder in der Familie lebt oder ob sie sich in einer beruflichen Wiedereingliederung befindet, und sie beziehen auch ihre kognitiven und körpermotorischen Fähigkeiten, ihre Motivation und ihre individuellen Bedürfnisse mit ein. Für die Entwicklung solcher Ziele sind Therapierende auf Selbstauskünfte der Patient*innen in der Anamnese (z. B. mithilfe von Fragebögen) oder auf Auskünfte ihrer engsten Bezugspersonen angewiesen (s. ► Tab. 7.1). Falls es die manuellen Fähigkeiten ermöglichen, ein Smartphone oder das Internet zu nutzen, kann Telefonieren oder Chatten ein Punkt des Zielekatalogs sein. Auch Freizeitaktivitäten oder berufliche Anforderungen können Partizipationsziele definieren, etwa das Beherrschen eines Repertoires an Schlüsselbegriffen und -phrasen, die für das Mitmachen bei Spielen (Schach: „Du bist dran! Schachmatt.“) oder für einen Kaufhausbesuch („Bitte! Wo geht’s zur Toilette?“) wichtig sind.

Für die Bewältigung bestimmter Alltagssituationen (z. B. Telefonieren) können die Ziele – wie im Fall der erwähnten Patientin – zusätzlich zu den sprachlichen auch die Körperhaltung und handlungsorientierte Aspekte (Bedienen des Telefons, Notizen machen) beinhalten:

- Mögliche Probleme (z. B. aufgrund einer Ataxie oder visueller Einschränkungen) beim Telefonieren antizipieren, Lösungen dafür finden und Handlungsschritte vorbereiten.
- Wissen, wie benötigte Gegenstände (z. B. Telefon, Schreibgerät) im Greifraum vorher so angeordnet werden, dass diese leicht erreichbar und bedienbar sind, nicht wegrutschen können und dass etwa Notizen (zur Vorstrukturierung des Gesprächs) vorher geschrieben werden. (Es hat sich bewährt, wenn möglich interdisziplinär mit der Ergotherapie die einzelnen Handlungsabschnitte durchzuspielen und einzelne Handgriffe fraktioniert zu üben.)
- Relevante Phrasen verständlich äußern, um telefonische Aufträge zu vergeben (z. B. einen Termin vereinbaren/bestätigen, den Fahrdienst anrufen, Essen bestellen bzw. nach einem bestimmten Menü fragen).

Fallbeispiel

Herr W., Schauspieler und professioneller Sprecher und Rezitator, hatte nach einem rechtsseitigem Hirninfarkt eine leichte linksseitige Parese der Extremitäten sowie der Lippen, der Zunge und der Stimmlippen. Er war verständlich, seine Sprechweise war für nicht geschulte Ohren nicht unnatürlich. Labiale und apikale Konsonanten zeigten geringfügige phonetische Entstellungen. Die Stimme war modulationsfähig, aber leicht rau-behaucht und hatte seit dem Schlaganfall an Dynamik und Dauerbelastbarkeit eingebüßt. Außerdem hatte sie ihren charakteristischen Klang, die Herrn W. den Spitznamen „The Voice“ eingetragen hatte, verloren.

Die artikulatorischen Auffälligkeiten waren kaum, die stimmliche Veränderung für die, die ihn kannten, hingegen deutlich wahrzunehmen. Für den Betroffenen bedeuteten die Veränderungen das vorläufige Ende seiner bis dato sehr erfolgreichen beruflichen und künstlerischen Tätigkeit.

Herr W. erhielt bereits kurz nach dem Schlaganfall über mehr als ein Jahr regelmäßig Sprachtherapie. Für die Therapieplanung wurden folgende Ziele formuliert:

- Auf der Ebene der **Körperfunktionen**: Wiederherstellung der artikulatorischen Funktionsfähigkeit von Lippen und Zunge sowie eines möglichst breiten Spektrums stimmlicher Ausdrucksformen.
- Auf der Ebene der **Aktivitäten**: Schrittweise Steigerung der Sprechanforderungen mit professionellen Texten; Akzeptanz der „neuen“ Stimme.
- Auf der Ebene der **Partizipation**: Vertrauen wiedergewinnen, dass bei Studioaufnahmen oder Bühnenauftritten keine sprecherischen Defizite wahrzunehmen sind; Bewältigung kleiner Produktionen.

Die artikulatorischen Ziele wurden zufriedenstellend erreicht. Das stimmliche Ziel galt insofern als erreicht, als Herr W. in Sprachaufnahmen die Stimme als die Seine wiedererkannte und akzeptierte, obwohl sie nicht mehr ganz so tief wie vor dem Ereignis klang. Die hörbaren Folgen der orofazialen und laryngealen Hemisymptomatik waren überwunden und Herr W. hatte auch die Selbstsicherheit wiedergewonnen, dass seine sprecherischen Fähigkeiten und Ausdrucksmittel den Anforderungen eines Berufssprechers und Ausdruckskünstlers genügen würden.

SMART-Konzept

SMART ist ein praktikables Verfahren der Erstellung personalisierter und spezifischer Therapieziele in der Rehabilitation [87]. Das SMART-Konzept kann helfen, eine Therapiemaßnahme zu planen und zu evaluieren. Dabei werden für einen festgelegten Zeitrahmen Ziele definiert, die folgenden Kriterien genügen:

- **Spezifisch (specific)**: In der Zielplanung sollten spezifische Einzelschritte mit schrittweiser Steigerung der Anforderungen definiert werden. Ein Ziel könnte lauten, aktiv an Gesprächen teilzunehmen. Das schrittweise Hinarbeiten auf dieses Ziel könnte beinhalten, für das nächste Arztgespräch bestimmte Gesprächsinhalte bzw. Begriffe entsprechend der sprechmotorischen Leistungsfähigkeit einzuüben und in weiteren Schritten die trainierten Wörter zu kurzen Phra-

sen, Fragen etc. zusammenzubinden, in Rollenspielen auszuprobieren und schließlich in realen Situationen anzuwenden.

- **Messbar (measurable)**: Ziele müssen messbar sein; andernfalls können nur vage Aussagen darüber gemacht werden, ob echte Fortschritte zu verzeichnen sind, ob Korrekturen nötig sind und ob das Übungspensum ausreicht. Ein Ziel könnte lauten, mehrfach pro Woche jemanden zu grüßen oder jemanden um einen Gefallen zu bitten. Der/die Patient*in kreuzt die täglichen Aktivitäten in einem Protokollbogen an.
- **Attraktiv (achievable)**: Ziele müssen erreichbar sein. Sie müssen im Rahmen der eigenen Möglichkeiten liegen und motivierend wirken. Wir treffen Annahmen auf der Grundlage anamnestischer Daten und der in der Diagnostik gezeigten Limitierungen und Potenziale.

- **Relevant (relevant):** Ziele sollten mit den Bedürfnissen und den langfristigen Perspektiven des/der Betroffenen im Einklang stehen. Dabei sind auch Faktoren wie Antrieb, Motivation, Aufmerksamkeit, Konzentration, körperliche Belastbarkeit oder Wahrnehmung zu beachten.
- **Terminiert (time-bound):** Der letzte Buchstabe in SMART steht für den Aspekt der Therapiezeit. Angestrebte Ziele sollten in einem festgesetzten Zeitrahmen erreicht werden. Wird das Ziel vorzeitig erreicht, stellte es wohl eine Unterforderung dar. Wird es nicht erreicht, war das Ziel zu hoch gesteckt.

Ein SMART-Ziel für die Dysarthrietherapie könnte wie folgt aussehen:

„Innerhalb der nächsten vier Wochen soll der Patient/die Patientin bei Reihensprechaufgaben die Anzahl der Silben pro Expirationsphase (S.214) von zwei auf sechs Silben steigern.“

Dieses Ziel ist spezifisch (konzentriert sich auf die Länge einer Äußerung), messbar (Anzahl der Silben), erreichbar (realistisch angesichts der aktuellen Vokalhaltdauer von 8 s), relevant (wichtig für die Verbesserung der Verständlichkeit) und zeitlich begrenzt (Zeitrahmen von vier Wochen).

✓ Merke

Die Definition von Therapiezielen ist Ausdruck sorgfältiger Therapieplanung und ein Qualitätsmerkmal evidenzbasierter Praxis.

10.2.3 Gemeinsamer Prozess der Zielfindung

Die Therapieziele bestimmen die Therapierenden nicht im Alleingang. Der Prozess der Zielbestimmung kann nur mit der Beteiligung der Patient*innen und gegebenenfalls auch ihren Bezugspersonen gelingen. Dies gilt am offensichtlichsten für die Ebene der Partizipation: Partizipationsorientierte Ziele müssen sich an der aktuellen und der zukünftigen sozialen oder beruflichen Situation der Betroffenen orientieren und ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche in den Vordergrund stellen. Dafür sind die Patient*innen selbst und ihre Angehörigen die besten Informanten. Aber

auch auf der Ebene der sprechmotorischen Funktionsstörung und ihrer Auswirkungen auf die Verständlichkeit und Natürlichkeit des Sprechens oder auf die Anstrengung, mit der die sprachliche Kommunikation verbunden ist (s. Kap. 8.3), sind gemeinsame Abstimmungen der Zielsetzung wichtig. Auch diese Symptome unterliegen individuellen Bewertungen, die nicht immer mit den Bewertungen der Therapierenden übereinstimmen müssen.

Der gemeinsame Prozess der Zielfindung sorgt für Transparenz und ist Teil der Aufklärung und Beratung (S.288) der Patient*innen und ihrer Angehörigen. Gespräche über Therapieinhalte und -ziele sollen dem Gefühl der Entmündigung durch die Fachleute entgegenwirken und die Einsicht in die Notwendigkeit bestimmter Schritte fördern. Die gemeinsame Auseinandersetzung über die Ziele und den Weg zur Zielerreichung unterstützt den Prozess der Krankheitsverarbeitung, dient dem Abbau unerfüllbarer Erwartungen und trägt zur Aufrechterhaltung der Motivation im Verlauf des Behandlungsprozesses bei.

Ziele sollten daher so formuliert und erklärt werden, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen verstehen, um was es geht. Sie sollten in die Lage versetzt werden, die angestrebte Leistungsveränderung selbst zu erkennen und verstehen, warum beispielsweise das Üben zuhause, das Einsetzen bestimmter Verhaltensweisen oder Anpassungen im alltäglichen Umfeld zur Zielerreichung erforderlich sein können.

Die Betroffenen sind nicht selten einem Wechselbad divergierender Ansichten zu den Inhalten, dem Stellenwert und der Erreichbarkeit von Therapiezielen ausgesetzt, wenn sie in eine andere Klinik wechseln oder von wechselnden Sprachtherapeut*innen betreut werden. Um solche Brüche abzumildern, ist eine sorgfältige Dokumentation der vereinbarten Ziele und ihrer Begründungen in den Therapieberichten wichtig.

10.3 Therapiedauer und -intensität

Auf die Frage, wie viele Tage, Wochen oder Monate eine Dysarthrietherapie angeboten werden soll, kann man mit Duffy antworten: so lange wie nötig, so kurz wie möglich ([175], S.370). In dieser wenig konkreten Formel drückt sich der mangelhafte ak-

tuelle Wissensstand aus: Es gibt keine allgemein verbindlichen Empfehlungen wie lange (in Wochen oder Monaten) und wie häufig pro Tag oder Woche eine Dysarthrietherapie stattfinden soll, was angesichts der Heterogenität von Grunderkrankungen, Dysarthriesyndromen und Störungsschweregraden auch nicht verwundert. Es gibt allerdings einen weitgehenden Konsens, dass eine hohe Therapiefrequenz eine entscheidende Variable für den Therapieerfolg darstellt und auch die Therapiedauer verkürzen kann [64], [32], [662].

10.3.1 Orientierung an Physio- und Ergotherapie

Anhaltspunkte zur Dauer und Frequenz motorischer Therapien finden sich in der S2k-Leitlinie zur Rehabilitation sensomotorischer Störungen [477]. Die Empfehlungen dieser Leitlinie beschränken sich zwar auf die Bereiche der Physio- und Ergotherapie, aber einige der Grundprinzipien sollten sich auch auf die Behandlung sprechmotorischer Störungen übertragen lassen. Im Grundsatz heißt es darin, dass es für eine therapieinduzierte Funktionsverbesserung darauf ankommt, „ausreichend spezifisches und intensives“ restitutives Training anzubieten ([477], S. 18). Die Empfehlung betont besonders die Prämisse, dass sensomotorische Rehabilitation in den Gesamtrahmen der individuell indizierten Neurorehabilitation integriert werden und „mit der individuell erforderlichen zeitlichen Perspektive“ stattfinden soll ([477], S. 6). Die Dosierung (also die Anzahl der Übungswiederholungen während einer Therapieeinheit oder die Anzahl der Therapieeinheiten pro Tag) und die Frequenz der Therapie werden dabei individuell angepasst.

Konkret empfiehlt die Leitlinie Untergrenzen, was Therapiefrequenz und -intensität hinsichtlich verschiedener Erkrankungen betrifft. So werden nach Schlaganfall für konventionelle Physiotherapie mindestens drei Therapieeinheiten à 45 min pro Woche mit einer Dauer von mindestens acht Wochen angesetzt, bei Ataxie 3 × 60 min wöchentlich über mindestens vier Wochen. Eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen (teil-)stationärer und ambulanter Behandlung wird in der Leitlinie nicht getroffen. Fragen bezüglich Inter-

valltherapie und Verlaufskontrolle werden nicht thematisiert.

10.3.2 Welche Faktoren beeinflussen die Therapiedauer und -intensität?

Art und Schwere der Grunderkrankung

Bei Patient*innen mit schweren neurologischen Erkrankungen oder in der akuten Phase nach einem Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma können Einschränkungen der physischen und kognitiven Belastbarkeit, der emotionalen Befindlichkeit oder des Antriebs Anpassungen der Dauer einzelner Therapieeinheiten und deren Frequenz erfordern. Durch eine verringerte Intensität kann sich die Therapiedauer dann entsprechend erhöhen. Speziell in fortgeschrittenen Stadien neurodegenerativer Erkrankungen können Anpassungen der Therapiephasen notwendig werden, z. B. eine Kürzung therapiefreier Intervalle. Kognitive und affektive Störungen können außerdem auch die Lerndynamik und das Erreichen von Therapiezielen verlangsamen und damit auch längere Therapiedauern erfordern.

Innerhalb des größeren Rahmens neurorehabilitativer Maßnahmen muss sich die Dysarthrietherapie die verfügbaren Therapiezeiten mit anderen Funktionstherapien teilen. Bei Personen, die beispielsweise ein schweres Schädel-Hirn-Trauma erlitten haben, konkurriert die Sprechtherapie häufig mit Physio- und Ergotherapie und mit der Therapie zur Rehabilitation von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen oder von Störungen exekutiver Funktionen oder der räumlichen Wahrnehmung [477]. Nicht selten räumen Patient*innen dem Wiedererwerb motorischer Funktionen selbst hohe Priorität ein, was sich im Wunsch nach möglichst viel Physiotherapie äußert und die Kapazitäten für eine ausreichend intensive Dysarthrietherapie schmälert. Auch Therapiemüdigkeit kann dazu führen, dass sich Patient*innen frühzeitig mit einem therapeutischen Zwischenerfolg zufriedengeben, wie das nachfolgende Fallbeispiel demonstriert.

Fallbeispiel**Individuelle Priorisierung**

Der Fall eines 70-jährigen, schwer dysarthrischen Schlaganfallpatienten in der Postakutphase steht beispielhaft dafür, wie eine individuelle Priorisierung von Therapiezielen die Therapiedauer beeinflussen kann. Er entließ sich nach nur einer Therapiesitzung selbst aus der teilstationären Behandlung, weil er mit dem angebotenen Hilfsmittel eines Taktbretts (S.265) spontan und ohne weitere Anleitung verständlich sprach. Die mündliche Kommunikation hatte für ihn zwar einen hohen Rang, aber dennoch war er nicht für mühsame und zeitraubende Sprechübungen motiviert.

Einige dieser Kriterien können als Modell für eine zeitökonomische und strukturierte Vorgehensweise auch bei anderen therapeutischen Ansätzen dienen. Dazu zählt in erster Linie das Prinzip der Fokussierung auf eine Schlüsselvariable, die therapeutisch beeinflusst werden soll. Das kann beispielsweise eine Reduktion des Sprechtempos (S.265) sein oder ein „Überartikulieren“ (S.237) von Silben und Wörtern. Das grundsätzliche Potenzial eines/r Patient*in, dass solche Variablen therapeutisch beeinflussbar sind, lässt sich in einer Art „diagnostischer Therapie“ oft bereits mit wenigen Übungen und innerhalb relativ kurzer Zeit ausloten. Im positiven Fall kann dann ein Behandlungsplan mit einem intensiven Training der als bedeutsam erkannten Zielvariablen erstellt werden, um die verfügbare Therapiezeit möglichst effizient zu nutzen.

Behandlungsansatz

Die einzige verbindliche Angabe zur Quantität von Dysarthrietherapie findet sich für das bereits mehrfach erwähnte, hoch standardisierte Programm des Lee Silverman Voice Treatment (LSVT LOUD) für Personen mit Parkinson-Krankheit (S.231). Das LSVT-Protokoll sieht mit vier wöchentlichen Therapieeinheiten à 60 min über vier Wochen sowie täglich etwa 15-minütigen häuslichen Stimm- und Sprechübungen eine hohe Therapieintensität vor [555]. Solche Vorgaben haben den Vorteil, dass die Intervention zeitlich gut planbar ist, aber auch gleichzeitig den Nachteil, dass der vorgegebene Zeitrahmen und die erforderliche Therapiefrequenz nicht immer mit den zeitlichen Ressourcen der Behandelnden oder der Patient*innen vereinbar oder wegen unvorhergesehener Ereignisse (z. B. einer Erkrankung) oder kognitiver Defizite nicht realisierbar sind.

Die klare zeitliche Strukturierung von LSVT LOUD (S.231) basiert auf verschiedenen Voraussetzungen: Die Indikation des Verfahrens ist klar definiert, es hat einen klaren Fokus auf einer als bedeutsam erkannten Zielvariable (hier: die Lautstärke), es folgt einem inhaltlich streng festgelegten Protokoll mit engmaschigen Kontrollen des therapeutischen Fortschritts und sein voraussichtliches therapeutisches Potenzial (hier: die Stimulation von Lautstärkesteigerung) wird bereits in der ersten Therapiesitzung orientierend abgeklärt [555].

Strukturelle Faktoren

Auf der institutionellen Seite stellt die Verfügbarkeit von neurologisch qualifizierten Therapeut*innen oft einen limitierenden Faktor für das Angebot einer hohen Therapieintensität und ausreichenden Therapiedauer dar. Eine nach Möglichkeit hohe Behandlungsfrequenz und die Verordnung von Eigenübungen helfen nach Expertenmeinung die Behandlungsdauer zu verkürzen [64]. In der postakuten/chronischen Phase ist entscheidend, ob ein wohnortnaher Zugang zu Therapieangeboten (ambulante Praxen oder Tageskliniken) besteht. Mit telemedizinisch angebotener Sprechtherapie [205] könnten in Zukunft Kapazitätsprobleme abgemildert und die Bedürfnisse der Patient*innen nach mehr Flexibilität berücksichtigt werden [664], [461]. Telemedizinische Leistungen sind in Deutschland mit dem GKV-Spitzenverband (§ 125 SGB V) geregelt und werden als gleichwertig mit Therapien in Präsenz anerkannt.

Gründe für die Beendigung der Therapie

Ein Therapieintervall kann beendet werden, wenn das vereinbarte Therapieziel erreicht ist, ein Lernplateau zu beobachten ist oder der/die Patient*in eine Beendigung der Therapie wünscht.