

Wieder richtig sprechen lernen

Schlaganfallpatienten mit Aphasie sind in Deutschland derzeit nicht hinreichend mit Sprachtherapie versorgt. Eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit intensiv durchgeführter Aphasietherapie könnte einen wichtigen Beitrag zur Formulierung evidenzbasierter Leitlinien leisten.

Jedes Jahr erleiden in Deutschland circa 260.000 Menschen einen Schlaganfall. Aufgrund einer verbesserten Akutversorgung sank die Mortalität in den letzten Jahren kontinuierlich von etwa 150 auf 90 pro 100.000 Patienten. Die den Schlaganfall überlebenden Patienten weisen jedoch häufig schwere Funktionseinschränkungen auf. Ungefähr 30 Prozent aller Schlaganfallpatienten erleiden in der Akutphase eine Sprachstörung (Aphasie), die bei rund 20 Prozent der Betroffenen dauerhaft bestehen bleibt. Eine chronische Einschränkung sprachlicher Fähigkeiten führt bei den Betroffenen häufig zur sozialen Isolation sowie depressiver Verstimmung und verhindert eine Wiedereingliederung in den Beruf. Informationen zur Versorgung von Schlaganfallpatienten mit Sprachtherapie in Deutschland sind unseres Wissens nicht öffentlich zugänglich.

Stationäre Versorgung von Aphasie-Patienten

Aktuelle Auswertungen der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) zeigen, dass 41 Prozent der 10.268 Schlaganfallpatienten (ICD-Codes: G46.xx, I60.xx, I61.xx, I62.xx, I63.xx oder I64.xx), die im Jahr 2011 an einer DRV-Rehabilitationsmaßnahme teilnahmen, Sprach- und/oder Kommunikationstherapie (KTL-Codes E250, E260, E290, E300) im Rahmen eines multiprofessionellen Behandlungsprogrammes erhielten. Berücksichtigt wurden nur Zentren, in denen min-

destens 50 Schlaganfallpatienten pro Jahr behandelt werden. Die mittlere Rehabilitationsdauer betrug circa 4,5 Wochen; 73 Prozent erhielten die Rehabilitation im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung (AHB), 27 Prozent im Rahmen eines Antragsverfahrens.

Bei Patienten mit einer Rehabilitation im Rahmen einer AHB (akute/postakute Phase nach dem Schlaganfall) erhielten 41 Prozent eine Einzel-Sprachtherapie, neun Prozent eine Gruppen-Sprachtherapie, weitere sechs Prozent nahmen an einer Kommunikationstherapie teil (Tab. 1).

Die Intensität der Sprachtherapie betrug bei der Mehrzahl der Patienten im Mittel eine Stunde Therapie pro Woche. Eine maximale Therapieintensität von durchschnittlich 3,8 Stunden pro Woche (Summe aller vier Therapieformen) erhielten nach den Daten der DRV Bund höchstens drei Prozent der Patienten.

Im Rahmen eines Rehabilitation-Antragsverfahrens (i. d. R. chronische Phase nach dem Schlaganfall) erhielten 40 Prozent der Schlaganfallpatienten eine Sprachtherapie (33% eine Einzel-, 7% eine Gruppentherapie), sechs Prozent eine Kommunikationstherapie (2% in Einzel-, 4% in Gruppentherapie) (Tab. 2). Die Mehrzahl der Patienten erhielt auch hier im Mittel eine Stunde Therapie pro Woche. Höchstens zwei Prozent der Patienten konnten eine maximale Sprachtherapieintensität von durchschnittlich 4,2 Stunden pro Woche (Summe aller vier Therapieformen) wahrnehmen.

Prozent aller Schlaganfallpatienten	Therapieform (KTL-Code)	Mittelwert min/Woche	Mittelwert min/gesamte Reha
41 %	Einzel-Sprachtherapie (E250)	53	240,8
9 %	Gruppen-Sprachtherapie (E260)	77	369,9
3 %	Einzel-Kommunikationstherapie (E290)	9	42,4
3 %	Gruppen-Kommunikationstherapie(E300)	56	271,2

KTL = Klassifizierung therapeutischer Leistungen

Tab. 1: Aphasie-Versorgung bei Schlaganfallpatienten im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung.

Prozent aller Schlaganfallpatienten	Therapieform (KTL-Code)	Mittelwert min/Woche	Mittelwert min/gesamte Reha
33 %	Einzel-Sprachtherapie (E250)	57	254,9
7 %	Gruppen-Sprachtherapie (E260)	82	424,3
2 %	Einzel-Kommunikationstherapie (E290)	11	50,3
4 %	Gruppen-Kommunikationstherapie(E300)	59	279

KTL = Klassifizierung therapeutischer Leistungen

Tab. 2: Aphasie-Versorgung bei Schlaganfallpatienten im Rahmen eines Rehabilitation-Antragsverfahrens.

Ambulante Sprachtherapie

Die einzige den Autoren bekannte Erhebung zur ambulanten Nachsorge in Deutschland zeigt, dass für 38 Prozent aller Schlaganfallpatienten bei Entlassung aus der stationären Behandlung (AHB) eine ambulante Sprachtherapie empfohlen wurde. Nach sechs Monaten erhielten nur noch 18 Prozent eine ambulante Sprachtherapie, nach 2,6 Jahren waren es lediglich vier Prozent.

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat für diesen Beitrag Daten aus dem AOK-Heilmittel-Informationssystem (AOK-HIS) des Jahres 2012 zur Verfügung gestellt (Abb. 1). Insgesamt 17.571 erwachsene Schlaganfallpatienten der AOK (ICD-Codes: G46.xx, I60.xx, I61.xx, I62.xx, I63.xx oder I64.xx) bekamen im Jahr 2012 ambulante Sprachtherapie über Heilmittelverordnungen (Einzel- und/oder Gruppentherapie) in der Indikationsgruppe SP5 (Aphasie). Im Mittel erhielt jeder Patient 28 Minuten Sprachtherapie pro Woche (+/- 23 min); der Median lag bei 23 Minuten (die Datenbank erlaubt keine Unterteilung in akute/postakute sowie chronische Phase nach einem Schlaganfall).

Leitlinien der Fachgesellschaft

In Deutschland gibt die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) Behandlungsempfehlungen für die Rehabilitation aphasier Störungen nach Schlaganfall heraus. Die Empfehlungen des Expertengremiums lauten zusammengefasst (www.dgn.org):

- Sprachtherapie soll möglichst täglich durchgeführt werden, mindestens aber dreimal wöchentlich; eine Intensität von

weniger als zwei Zeitstunden pro Woche ist unwirksam (Frequenzempfehlung).

- Die Intensität der Sprachtherapie sollte – unabhängig von der Phase des Schlaganfalls (d. h. subakute oder chronische Phase) – mindestens fünf bis zehn Zeitstunden pro Woche betragen. In der chronischen Phase nach einem Schlaganfall wird die Durchführung von intensiven Intervallbehandlungen empfohlen.

Die fachliche Empfehlung erfüllt derzeit nach den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) nur die niedrigste Stufe (Entwicklungsstufe S1). Der Grund liegt in dem Mangel an randomisierten kontrollierten klinischen Studien (randomized controlled trials/RCT) im Bereich Aphasietherapie.

Die seit dem 1.2.2012 für drei Jahre vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Aphasieversorgungsstudie FCET2EC („From controlled experimental trial to=2 everyday communication“) ist international die erste multizentrische randomisierte kontrollierte Studie zum Nachweis der Wirksamkeit intensiv durchgeführter Sprachtherapie bei Schlaganfallpatienten mit chronischer (d.h. mehr als sechs Monate nach akutem Schlaganfall anhaltender) Aphasie.

Ziel dieser Studie ist der statistische Nachweis auf einem hohen methodischen Niveau (Evidenzklasse 1), dass eine unter regulären klinischen Bedingungen durchgeführte leitliniengerechte intensive Sprach- und Kommunikationstherapie (mit mindestens 10 Zeitstunden pro Woche therapeutengeleiteter Sprachtherapie plus mindestens 5 Zeitstunden pro Woche sprachlicher Eigenübungen des Patienten für mindestens 3 Wochen) zu Verbesserungen der Alltagskommunikationsfähigkeit führt.

Eine sekundäre Fragestellung ist die Nachhaltigkeit der erzielten sprachlichen Verbesserungen über einen Zeitraum von sechs Monaten nach der Intensivtherapie. Deutschlandweit nehmen 16 ambulante und (teil-)stationäre Zentren teil. Die Studienergebnisse leisten in der Zukunft einen unmittelbaren Beitrag zur Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien für die Rehabilitation chronischer Aphasien (fcet2ec.aphasiengesellschaft.de).

Praktische Umsetzung der DGN-Leitlinien

Die Rehabilitations-Therapiestandards der DRV Bund sehen bei kommunikativen Störungen für die Phase D eine Therapieintensität von mindestens 300 Minuten (5 Zeitstunden) pro Woche vor (ETM 05).

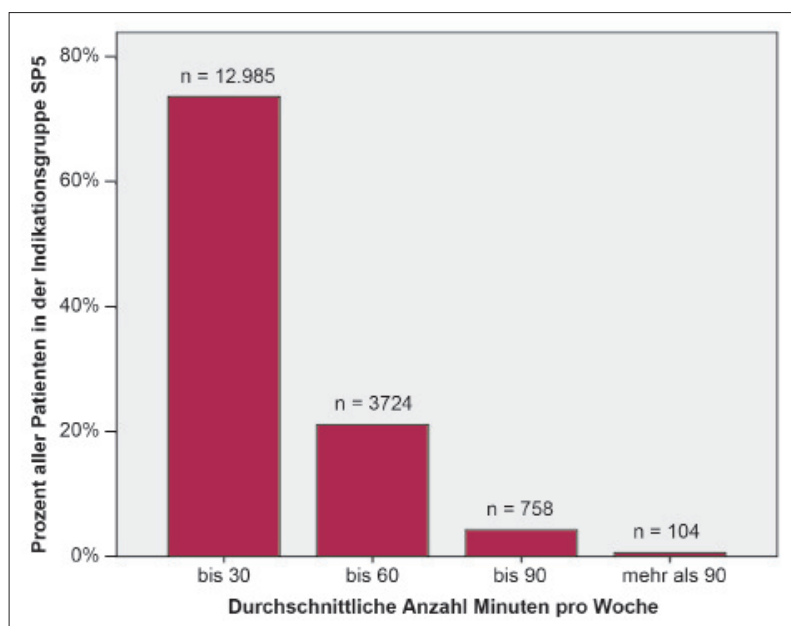


Abb. 1: Durchschnittliche Anzahl Minuten Sprachtherapie pro Woche bei erwachsenen AOK-Schlaganfallpatienten in der Indikationsgruppe SP5 im Jahr 2012.

Die Umsetzung dieser stationären Therapiestandards ist derzeit noch nicht zufrieden stellend erfolgt (s. o.). Eine intensiv durchgeführte Sprachtherapie setzt neben guter Therapieorganisation in der Einrichtung auch einen hinreichenden Personalschlüssel im sprachtherapeutischen Team voraus.

Die ambulante Verordnung von Logopädie richtet sich nach der jeweils gültigen Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie dem zugehörigen Heilmittelkatalog (www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/heilmittel). Der Heilmittelkatalog sieht für Patienten mit Aphasie nach Schlaganfall im Regelfall bis zu 60 Therapieeinheiten pro Verordnungsfall vor. Ist diese Gesamtverordnungsmenge von 60 Einheiten überschritten, muss im Regelfall ein zwölfwöchiges behandlungsfreies Intervall eingehalten werden.

Bei einer Verordnung außerhalb des Regelfalls (durch den behandelnden Arzt beim Kostenträger zu beantragen) kann ein behandlungsfreies Intervall zwischen den Therapieverordnungen entfallen. Im Heilmittelkatalog ist die Therapiefrequenz ausschließlich nach unten begrenzt (mindestens 1x wöchentlich Sprachtherapie). Damit sind die rechtlichen Grundlagen für eine leitliniengerechte Aphasitherapie mit mindestens fünf bis zehn Zeitstunden pro Woche in Deutschland erfüllt; insgesamt ist die praktische Umsetzung mit durchschnittlich 28 Minuten Sprachtherapie pro Woche (s.o.) auch in der ambulanten Versorgung bislang jedoch nicht zufriedenstellend. Ein Grund könnte die Sorge der Verordnenden beziehungsweise der Sprachtherapeuten vor Regressforderungen der Kostenträger sein.

Fazit

Die gesetzlichen Grundlagen für eine leitliniengerechte Aphasiebehandlung mit mindestens fünf bis zehn Zeitstunden Sprachtherapie pro Woche sind in Deutschland gegeben. Dennoch erhalten Schlaganfallpatienten mit Aphasie gegenwärtig im Mittel nur eine halbe (ambulant) bis eine (stationär) Zeitstunde Sprachtherapie pro Woche und sind somit deutlich unterversorgt. Hier sind Adjustierungen im Gesundheitssystem zwingend erforderlich.

Danksagung

Wir danken Frau Andrea Waltersbacher vom Wissenschaftlichen Institut der AOK. Mit finanzieller Unterstützung des BMBF (Förderkennzeichen: 01GY1144).

Catharina Korsukewitz^{1},
Roman Rocker^{1*},
Annette Baumgärtner^{1,2}, Agnes Flöel³, Tanja Grewe²,
Wolfram Ziegler⁴,
Peter Martus⁵, Wilfried Schupp⁶,
Berthold Lindow⁷,
Caterina Breitenstein¹*

** Beide Autoren tragen zu gleichen Anteilen bei
1 Neurologie, Universität Münster
2 Hochschule Fresenius
Idstein/Hamburg
3 Neurologie, Charité
Universitätsmedizin Berlin
4 EKN, Klinikum Bogenhausen
5 Biometrie, Universität Tübingen
6 m&ti Fachklinik Herzogenaurach
7 Sozialmedizin und Rehabilitation, DRV Bund*

*Kontaktanschrift:
Klinik für Allgemeine Neurologie,
UK Münster, 48129 Münster,
E-Mail: korsukew@uni-muenster.de oder
caterina.breitenstein@uni-muenster.de*

Scott Griesse - Fotolia.com

