Beate Kolonko | Erika Hunziker

Therapieindikatoren Aphasie TInA

Eine ICF-orientierte Entscheidungshilfe für die Aphasietherapie

Die Autorinnen



Prof. Dr. Beate Kolonko, Dozentin für Logopädie an der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich. Mehrjährige Berufstätigkeit in einer sprachtherapeutischen Praxis. Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang Logopädie am Heilpädagogischen Institut der Universität Fribourg/Schweiz, dort Promotion bei Prof. Dr. Haeberlin (Heilpädagogik) und Prof. Dr. Haas (Sprachwissenschaft). Dozentin für Sprachwissenschaft und Phonetik im Studiengang Sprachbehindertenpädagogik der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg/Reutlingen. Verschiedene Lehraufträge zum Themenkreis Aphasie an der Universität Fribourg/Schweiz. Mitglied bei aphasie suisse.



lic. phil. Erika Hunziker, Dozentin für Logopädie an der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich. Logopädiestudium an der Universität Fribourg/Schweiz. Danach 10-jährige Tätigkeit an einer Rehabilitationsklinik für Erwachsene mit Schwerpunkt Aphasie. Anschließend Studium der Allgemeinen und Differenziellen Heilpädagogik an der Universität Fribourg/Schweiz sowie der Allgemeinen Sprachwissenschaft an der Universität Bern/Schweiz. Seit 2001 Lehrtätigkeit an der Hochschule für Heilpädagogik Zürich. Vorstandsmitglied der Fach- und Betroffenenorganisation aphasie suisse.

Beate Kolonko | Erika Hunziker

Therapieindikatoren Aphasie TInA

Eine ICF-orientierte Entscheidungshilfe für die Aphasietherapie



Das Gesundheitsforum

Schulz-Kirchner Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2013
ISBN 978-3-8248-0996-7
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2013
Mollweg 2, D-65510 Idstein
Vertretungsberechtigter Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner
Fachlektorat: Dr. Claudia Iven
Lektorat: Petra Schmidtmann
Layout: Susanne Koch
Druck und Bindung: WirmachenDruck, 71711 Murr
Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den Autorinnen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Autorinnen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Buch ist auch als E-Book (PDF) erhältlich unter der ISBN 978-3-8248-0936-3

Inhalt

Vorwort 7

Einleitung 9

Teil A Hintergrund, Entwicklung, Erprobung 11

1 Therapieentscheidungen bei Aphasie: Problemaufriss 13
1.1 ICF in der Aphasietherapie 13
1.2 Diagnoseinstrumente 14
1.3 Therapieentscheidungen in der Praxis 15
1.4 Therapieindikatoren als Entscheidungshilfe 16

2 Entwicklung der Therapieindikatoren 19
2.1 Theoretischer Hintergrund: Erkenntnisquellen 19
2.2 Expertenrunden 21
2.3 Perspektive der Betroffenen 23
2.4 Pilotversion und erste Erprobungen 23
2.5 TInA-Liste und -Grafik 25

3 Empirische Überprüfung der Therapieindikatoren Aphasie 27
3.1 Vorüberlegungen 27
3.2 Datenerhebung, Methode und Ergebnisse 28
3.2.1 Rücklauf 28
3.2.2 Beschreibung der Stichprobe 29
3.2.3 Itemanalyse 33
3.2.4 Skalenbildung 37
3.2.5 Ergebnisse der Skalenanalyse 38
3.2.6 Multiple Korrespondenzanalyse 40
3.2.7 Grafische Datenanalyse 43
3.2.8 Vergleich mit der Spontansprachanalyse des AAT 45
3.2.9 Zusammenfassung der Ergebnisse 46
3.3 Beurteilung durch Praktikerinnen 46

Teil B Praktische Handhabung 49

4 Anwendungsbereiche 51

5 Handanweisung 55
5.1 Hinweise zum Verfahren 55
5.2 Durchführung des Verfahrens 56
5.3 Umsetzung in eine Kreisgrafik 57
5.4 Auswertung und Interpretation der Ergebnisse 58

5.4.1 TInA-Liste . . . 58
5.4.2 TInA-Grafik . . . 59

6 Fallstudien . . . 63
6.1 Zurück in den Beruf: Braucht Herr Fischer noch Sprachtherapie? . . . 63
6.2 Zwei Jahre Therapie – Zeit für eine Standortbestimmung . . . 66
6.3 Wie weiter in der Therapie bei schwerer Aphasie? . . . 68

Literatur . . . 73

Anhang . . . 77

Zusammenfassung der Begleitstörungen . . . 79
Liste zur Skalenbildung einbezogene Indikatoren . . . 80
Korrelationen zwischen Skalen . . . 82
Vergleich zwischen AAT und Skalen von TInA . . . 83
Therapieindikatoren Aphasie TInA blanko . . . 84
Therapieindikatoren Aphasie Frau H. . . . 89
Therapieindikatoren TInA Herr Fischer . . . 94
Grafik Fallstudie 1: Herr Fischer . . . 99
Therapieindikatoren TinA Frau Meier . . . 100
Grafik Fallstudie 2: Frau Meier . . . 105
Therapieindikatoren TinA Herr Bader . . . 106
Grafik Fallstudie 3: Herr Bader . . . 111
Kreisgrafik blanko . . . 112

Vorwort

Die Therapieindikatoren Aphasie (TInA) sind das Ergebnis unseres mehrjährigen Entwicklungsprojekts „Sprache, Kommunikation, Partizipation“, das von der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich finanziert und begleitet wurde.

Von der ersten Projektidee bis zur vorliegenden Publikation war ein langer Weg zu beschreiten, der für uns inspirierend und erkenntnisreich war. Ohne breite Unterstützung wäre eine Umsetzung unseres Vorhabens nicht möglich gewesen. Allen Beteiligten möchten wir an dieser Stelle unseren Dank aussprechen:

Wir danken der HfH für die Finanzierung des Projekts. Kurt Häfeli und Judith Adler haben uns während des Projekts begleitet und beraten. Achim Hättich stand uns bei der statistischen Auswertung der Daten mit Rat und Tat zur Seite.
„aphasie suisse“ verdanken wir großzügigen administrativen Support bei der Datenerhebung.
Ein besonderes Dankeschön gilt Daniel Blaser, der die Software für die Grafik entwickelt und mit großer Geduld unseren Vorstellungen angepasst hat.
Ohne die breite Unterstützung durch die Praxis wäre das Projekt in dieser Form nicht umsetzbar gewesen. Wir danken den Teilnehmerinnen an unseren Expertenrunden für anregende Diskussionen und viele konstruktive Hinweise. Insbesondere die differenzierten Rückmeldungen von Peter Bucher und dem Team Logopädie des Kantonsspitals Luzern waren für uns sehr hilfreich. Den Praktikerinnen und Praktikern, die sich an unserer Erhebung beteiligt haben, verdanken wir die Daten für unsere empirische Evaluation.
Bedanken möchten wir uns auch bei den Studierenden, die im Rahmen von BA-Thesen sowie durch Literaturrecherchen und Interviews Beiträge zu dem Projekt geleistet haben. Und schließlich gilt unser Dank den Betroffenen und ihren Angehörigen, die bereit waren, im Rahmen von Interviews ihre Erfahrungen einzubringen.

Einleitung

Frau L. hat vor drei Monaten einen Schlaganfall erlitten. Seitdem hat sie eine schwere Aphasie, von der alle sprachlichen Modalitäten betroffen sind. Obwohl ihr rudimentäre sprachliche Mittel zur Verfügung stehen, kommuniziert sie wenig. Sie hat Probleme, Sprache zu verstehen und sich verständlich zu machen. Wo lege ich in der nächsten Therapiephase meine Schwerpunkte? Welche Ziele sind vorrangig?

Herr B. ist seit fast zwei Jahren in logopädischer Therapie. Er verfügt über gute alltagssprachliche produktive und rezeptive Leistungen. Dennoch sind alltägliche Kommunikationssituationen immer wieder eine Herausforderung für ihn. Wie kann begründet werden, dass Herr B. Sprachtherapie benötigt, auch wenn Fortschritte im sprachlichen Bereich nur noch in kleinen Schritten erzielt werden?

Braucht Herr F. nach 2;5 Jahren logopädischer Unterstützung tatsächlich noch Therapie, oder gibt es vielleicht andere Formen der Begleitung? Wie kann ich die Entscheidung, die Therapie zu beenden, dem Betroffenen und seinen Angehörigen gegenüber nachvollziehbar verständlich machen? Dies sind nur einige Fragen, die sich im Alltag der Aphasietherapie immer wieder stellen.

Aphasien sind äußerst komplexe Sprachstörungen. Die sprachliche Symptomatik und die Auswirkungen auf die Kommunikation variieren stark, die Folgen für die Betroffenen und das soziale Umfeld sind erheblich. Will man in der individuellen Therapieplanung neben den sprachlichen und kommunikativen Störungen auch deren Auswirkungen auf den Alltag, persönliche Faktoren wie Erwartungen und Selbsteinschätzung des Betroffenen sowie das soziale Umfeld berücksichtigen, so werden Therapieentscheidungen zu einer höchst anspruchsvollen Aufgabe.

Die „Therapieindikatoren Aphasie (TInA)" sind ein Verfahren, das diese komplexen Entscheidungs- und Planungsprozesse erleichtert. Das Instrument orientiert sich an der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)" der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und entspricht damit den Standards der modernen Aphasietherapie. Die TInA-Liste umfasst 125 kurze Aussagen („Indikatoren") zu den Bereichen Sprachliche Kompetenzen, Kommunikation, Aktivität und Partizipation sowie Kontextfaktoren. Diese sind von der Logopädin mit Ja oder Nein zu bewerten. Eine ausgefüllte Liste ergibt ein Profil, das vorhandene Befunde, Informationen und Beobachtungen zum Betroffenen und seinem Umfeld systematisiert und hierarchisiert. Eine für die Therapieindikatoren entwickelte Software überführt die Liste in eine Kreisgrafik, in der Störungen, Kompetenzen, fördernde und hinderliche Bedingungen auf einen Blick erkennbar sind.

TInA wird eingesetzt, um Entscheidungen hinsichtlich des Therapiebedarfs und der Therapieschwerpunkte zu erleichtern und um Therapieverläufe zu evaluieren. In der Beratung von Angehörigen und Betroffenen sowie in der interdisziplinären Kooperation können durch das Verfahren Therapieentscheidungen transparent gemacht und begründet werden. Die Indikatoren leisten ebenfalls einen Beitrag zur gemeinsamen Zielfestlegung. Die enge Orientierung an der ICF stellt sicher, dass neben den sprachlichen und kommunikativen Störungen auch die Auswirkungen auf den Alltag (Aktivität und Partizipation) und der soziale Kontext berücksichtigt werden.

Die Therapieindikatoren Aphasie sind das Ergebnis eines mehrjährigen Entwicklungsprojekts der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich. Das Verfahren wurde in enger Kooperation mit der Praxis entwickelt, erprobt und empirisch überprüft.

In der vorliegenden Publikation werden zunächst die Entwicklung und die empirische Evaluation des Verfahrens dargestellt (Teil A). Im zweiten Teil wird die Anwendung des Verfahrens Schritt für Schritt dargestellt und mit konkreten Beispielen illustriert. Fallstudien veranschaulichen Einsatzmöglichkeiten und Aussagekraft des Verfahrens (Teil B). Das Buch ist so konzipiert, dass der Anwendungsteil (Teil B) unabhängig von Teil A gelesen werden kann.

Teil A

Hintergrund, Entwicklung, Erprobung

1 Therapieentscheidungen bei Aphasie: Problemaufriss

1.1 ICF in der Aphasietherapie

Aphasien sind erworbene zentrale Sprachstörungen, die etwa zu 80 % durch einen Hirnschlag verursacht werden. Aphasische Störungen treten in allen sprachlichen Modalitäten auf. Auf funktionaler Ebene sind das Sprechen und Verstehen sowie das Lesesinnverständnis und Schreiben betroffen. Ebenso sind alle sprachlichen Verarbeitungsebenen, nämlich die Phonologie, das Lexikon, die Semantik, die Morphologie und die Syntax in unterschiedlichem Ausmaß beeinträchtigt. Das Erscheinungsbild der Aphasie ist sehr heterogen. Schwere Aphasien führen zur Unmöglichkeit, sich sprachlich zu äußern und sind mit einem stark eingeschränkten Sprachverständnis verbunden. Bei Restaphasie stehen leichte Wortfindungsstörungen im Vordergrund und das Sprachverständnis ist weitgehend unauffällig. Dazwischen gibt es verschiedenste Ausprägungen. Jede Aphasie ist individuell und die Symptomatik kann, abhängig vom Störungsbild und -grad, stark variieren. Oft ist das Sprechen verlangsamt und es besteht eine Sprechanstrengung. Des Weiteren können phonematische und/oder semantische Paraphasien auftreten. Die Sätze können syntaktisch und morphologisch verändert sein. Abhängig vom Typus der Aphasie werden Einwortsätze, agrammatische Sätze oder paragrammatische Äußerungen produziert. Beim Sprachverständnis kann die Störung so stark sein, dass die betroffene Person einige hochfrequente Wörter und kurze einfache Aussagen versteht, die eine kontextuelle, situative Verbindung haben. Am anderen Ende der Skala bestehen die leichteren Schwierigkeiten darin, längere und komplexere Texteinheiten (z. B. Nachrichten im Radio) zu verstehen. Einer Diskussion mit mehreren Personen zu folgen, ist für alle Betroffenen, auch jenen mit Restsymptomatik, eine große Herausforderung (Huber et al., 2006; Kessler et al., 2003; Steiner, 2001; Tesak, 2006; Van de Sandt-Koenderman et al., 2012; Weniger, 2005).

Durch eine Aphasie wird der sprachlich-kommunikative Ausdruck eines Menschen stark eingeschränkt, bei schwerer Aphasie sogar verhindert. Aufgrund der Schwierigkeiten in der Sprachproduktion und im Sprachverständnis sind viele Bereiche der sprachlichen Kommunikation betroffen. Als Beispiele sind hier der Small Talk (z. B. zum Wetter), das Führen von Gesprächen, Telefonieren und der Austausch von Erlebnissen zu nennen. Abhängig vom Störungsbild und Schweregrad treten die Probleme bereits beim Ausdruck basaler Bedürfnisse auf. Allen aphasischen Personen gemeinsam sind Schwierigkeiten im Ausdruck von Ideen oder Visionen sowie die Vertretung eines Standpunktes bei Diskussionen. Im kommunikativen Austausch entstehen häufig Missverständnisse, die nicht geklärt werden können, und das Gespräch bleibt, da Details weggelassen werden, sehr oberflächlich. Komplexe Themenbereiche werden häufig erst gar nicht angesprochen. Der sprachliche Austausch erfordert insgesamt, infolge der häufig notwendigen Verständigungssicherung, viel Zeit. Im hektischen Alltag ist das für alle Beteiligten nicht einfach zu bewältigen (Bauer & Auer 2009, 89).
Eine Aphasie hat große Auswirkungen auf die Lebenssituation und die psychische Stabilität. Aphasie behindert nicht nur die Sprach- und Kommunikationsfähigkeit des betroffenen Menschen, sondern erschwert gleichermaßen die Kommunikation eines Paares oder einer Familie, sodass alle Betroffenen unter der Veränderung der Kommunikations- und Lebenssituation leiden (Hönig & Steiner, 2002, 14; Pullwitt, 2002). Eine Aphasie beeinträchtigt Alltagsaktivitäten, vermindert die Lebensqualität, führt zu Belastung und schränkt die soziale Teilhabe in einem beträchtlichen Maße ein (Van de Sandt-Koenderman et al., 2012).

Eine wichtige Grundlage für die moderne Rehabilitation von Aphasie bildet die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die auf dem bio-psycho-sozi-

alen Modell von Gesundheit der WHO (2005) basiert. Eine Konsequenz für die Sprachtherapie ist, dass der rein syndrom-orientierte Ansatz an Bedeutung verliert und eine ganzheitlichere, klientenzentriertere Betrachtung immer wichtiger wird. In Diagnostik und Therapie werden nun vermehrt die Folgen einer Aphasie im Bereich der alltäglichen Aktivitäten und der Teilhabe einbezogen. Zunehmend werden neben Defiziten auch die Ressourcen gesehen und berücksichtigt (Bucher, 2006; Grötzbach, 2004b, 2006; Huber et al., 2006; Rentsch & Bucher, 2006; Simmons-Mackie & Kagan, 2007; Tesak, 2005, 2006).

Das übergeordnete Ziel jeder Aphasietherapie sollte die Optimierung der sozialen Partizipation sein. Geht es doch in erster Linie um die Verbesserung der sprachlichen Kommunikation mit Bezugspersonen und um eine Überwindung bzw. Reduktion der Beeinträchtigungen im Alltag. Bei der Umsetzung der Ziele sollten die Lebenssituation und der psychosoziale Hintergrund immer mit einbezogen werden. Moderne Aphasietherapie ist insofern funktionsbezogen, dass sie individuelle Ausprägungen der Störung in einzelnen sprachlichen Bereichen angeht, jedoch den Fokus auf die Anforderungen im Alltag legt. Zusätzlich ist sie verhaltens- und handlungsorientiert und bezieht die kommunikative Partizipation in unterschiedlichen sozialen Kontexten mit ein. In diesem Zusammenhang ist es bedeutend, dass im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung individuelle, alltagsrelevante und die soziale Partizipation betreffende Ziele gewählt werden (Glindemann, 2004; Grötzbach, 2004a, 2010; Hersh et al., 2012; Huber et al., 2006; Van de Sandt-Koenderman et al., 2012; Worrall et al., 2011).

Die Komplexität und Vielfalt aphasischer Störungsbilder und der Einbezug der ICF, die den funktionellen Zugang der Aphasietherapie auf Alltagsaktivität und Partizipation erweitert, stellen hohe Anforderungen an die Therapieplanung. Entscheidungen hinsichtlich des Therapiebedarfs und der Therapieschwerpunkte werden nicht mehr nur durch das Vorhandensein sprachlich-kommunikativer Ausfälle bestimmt. Vielmehr muss eine Vielzahl von Faktoren für die Entscheidungsfindung berücksichtigt werden: Wie geht der Betroffene mit seinen sprachlichen Möglichkeiten im kommunikativen Alltag um? Wie stark behindert die Aphasie seine Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben? Haben der Betroffene und seine Angehörigen Strategien im Umgang mit den Kommunikations- und Verständigungsproblemen? Verfügt der Betroffene über ein unterstützendes soziales Umfeld? Das sind nur einige der Fragen, die sich im Kontext einer ICF-orientierten Aphasietherapie stellen. Therapieentscheidungen werden dadurch zu einer komplexen Aufgabe. Bezüglich der Diagnostik stellt sich die Frage, ob bestehende Verfahren geeignet sind, diesen Ansprüchen zu genügen, und inwieweit sie helfen, die Entscheidungsfindung zu erleichtern.

1.2 Diagnoseinstrumente

Die Diagnostik ist eine wichtige Voraussetzung für jede Aphasietherapie. Als Erstes stellt sich die Frage, ob überhaupt eine Aphasie vorliegt. Weitere Ziele sind die Abgrenzung von anderen nichtaphasischen Kommunikationsstörungen, eine Störungsbeschreibung, die Bestimmung des Schweregrads und die Erfassung der Folgen im Alltag. Für die Untersuchung von sprachlichen Funktionen stehen verschiedene klinisch anerkannte und bewährte Diagnostikverfahren zur Verfügung (z. B. der Aachener Aphasietest [AAT] 1983, Aphasie Check Liste [ACL] 2002, Bielefelder Aphasie Screening [BIAS] 2006, Lexikon Modellorientiert [LeMo] 2004).
Für die Analyse der kommunikativen Aktivitäten, der Auswirkungen einer Aphasie im kommunikativen Alltag und in Bezug auf die Partizipation am sozialen Leben gibt es im deutschsprachigen Raum bislang erst wenige Untersuchungsverfahren.
Während im anglo-amerikanischen Raum bereits in den 1970er- und -80er-Jahren Verfahren für eine kommunikationsorientierte Diagnostik entwickelt wurden (Holland, 1980, 1982; Swindell et

al., 1982) finden sich in der deutschsprachigen Literatur erst sehr viel später vereinzelte Plädoyers für eine alltagsorientierte Aphasiediagnostik (Förster, 1990). Beispiele für bestehende Verfahren sind der Fragebogen zu den Auswirkungen der Sprachstörungen auf die Alltagskommunikation (Bongartz, 1998), der Communicative Effectiveness Index CETI (Schlenck & Schlenck, 1994) und der Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test ANELT (Blomert, 1997). Die Erfassung der Gesamtsituation zu Beginn der Therapie wäre gerade auch für die Einschätzung des Rehabilitationserfolgs von großer Bedeutung. Geeignete Untersuchungsverfahren müssten neben Veränderungen der Art und des Ausmaßes der Störung, auch den Einfluss der Sprachtherapie sowie Veränderungen der Teilhabe am Alltag und der Lebensqualität erfassen. Einzelne Verfahren, die sich dafür eignen würden, sind bislang nicht ins Deutsche übertragen worden (Darrigrand & Mazaux, 1999; Witworth et al., 1997). Andere – auf der Basis der ICF entwickelte und empirisch evaluierte Teilhabemessinstrumente – sind nicht auf sprachlich-kommunikative Leistungen fokussiert oder in diesem Bereich zu wenig differenziert (Farin et al., 2006; Linden & Baron, 2005; World Health Organization, 2000). Wünschenswert wäre ein Instrument, das die Folgen einer Aphasie im Bereich der alltäglichen Aktivitäten und der sozialen Teilhabe einbezieht und neben Defiziten auch Ressourcen im Bereich der Umwelt erfasst (Grötzbach, 2006; Rentsch & Bucher, 2006; Tesak, 2005/2006). Die bestehenden diagnostischen Verfahren liefern, insbesondere im Hinblick auf die Auswirkungen der Sprachstörung auf die Teilhabe, kein umfassendes Bild der individuellen Situation eines aphasischen Menschen. Vielmehr geben sie Aufschluss über Kompetenzen und Defizite in einzelnen Bereichen. Für die Praxis heißt das, dass es Aufgabe der Logopädin ist, die aus verschiedenen Verfahren gewonnenen Erkenntnisse zusammenzufassen, zu bewerten, zu gewichten, um daraus Therapieentscheidungen abzuleiten. Dies macht Therapieentscheidungen bei Aphasie zu einer anspruchsvollen Aufgabe.

1.3 Therapieentscheidungen in der Praxis

Generell sind in der Sprachtherapie therapeutische Entscheidungen komplex und vielschichtig, da verschiedenste Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind (Beushausen 2009). In der Aphasietherapie liegen Logopädinnen, insbesondere bei Langzeitpatienten, eine Fülle von Informationen, Befunden und Beobachtungen vor, die zu bewerten und gewichten sind. Das macht Therapieentscheidungen wie erwähnt zu einer komplexen Aufgabe. Verbindliche Kriterien, an denen sich Praktikerinnen in diesem Prozess orientieren könnten, liegen bislang nicht vor.
Zu den wichtigsten Entscheidungen in der Therapie von Aphasie gehören die Definition der Therapieziele, die Bestimmung inhaltlicher Therapieschwerpunkte, die Planung von Therapiepausen und die Festlegung des Endes der Therapie. Die zentrale Frage in diesem Zusammenhang ist, unter welchen Bedingungen eine betroffene Person noch Therapie erhält bzw. welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit die Therapie beendet werden kann.
Im Rahmen unseres Projektes gingen wir der Frage nach, wie das Thema Fortsetzung bzw. Beendigung der Therapie in der Praxis gehandhabt wird. Zu verschiedenen Zeitpunkten luden wir berufserfahrene Praktikerinnen[1] zu Expertenrunden an die HfH ein. Im Rahmen von fokussierten Gruppeninterviews wurde anhand von Leitfragen auch der Frage nach Kriterien für Therapieentscheidungen nachgegangen (vgl. zum methodischen Vorgehen Kap. 2.2). Die Resultate zeigen, dass die Kriterien für eine Fortsetzung oder Beendigung der Therapie in der Praxis sehr vielfältig sind. Faktoren, die dafür sprechen eine Therapie fortzusetzen, sind zu erwartende Verbesserungen der Sprachfunktion, Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit des Betroffenen, oder auch die

1 Wir sprechen in dieser Publikation von Logopädinnen, Sprachtherapeutinnen, Praktikerinnen oder Aphasietherapeutinnen. Darin sind alle in der Aphasietherapie tätigen Fachleute wie z.B Neurolinguistinnen, klinische Linguistinnen etc.eingeschlossen. Die weibliche Form schließt auch alle in dem Fachbereich tätigen Männer mit ein und vice versa.