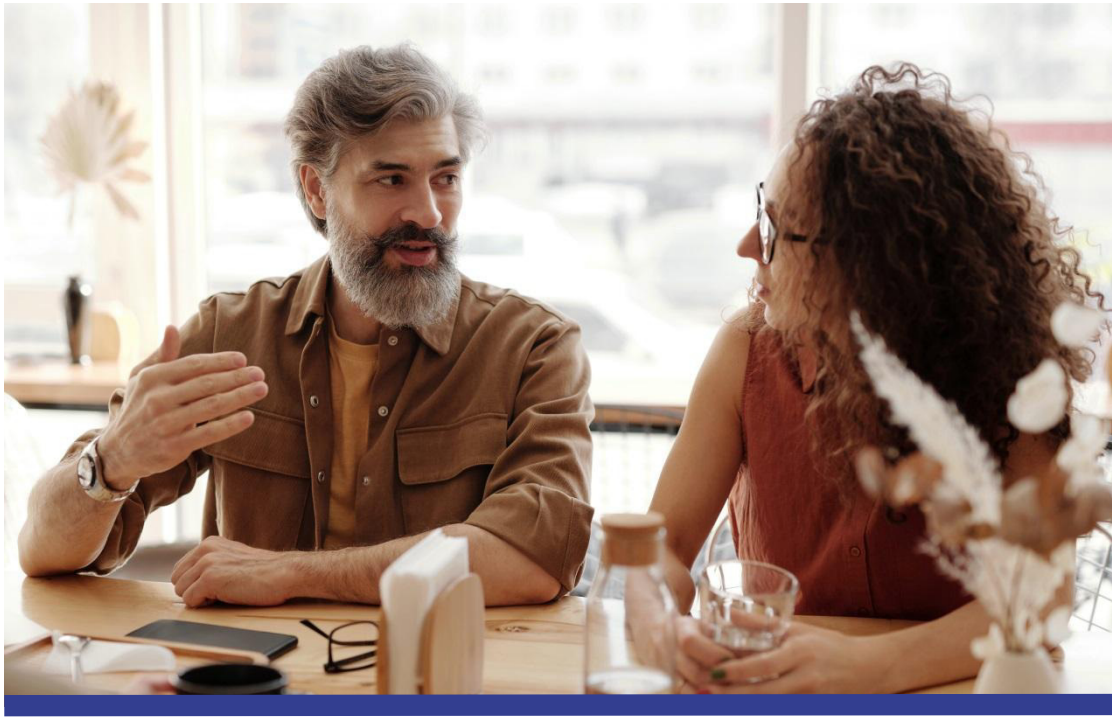
Sprechapraxie bei Erwachsenen

Informationen für Betroffene, Angehörige und therapeutisch-medizinische Berufe



Deutscher Bundesverband
für akademische
Sprachtherapie und Logopädie

Sprechapraxie bei Erwachsenen

Informationen für Betroffene, Angehörige und therapeutisch-medizinische Berufe

Sprechapraxien beeinträchtigen alle Lebensbereiche

Als Erwachsene setzen wir unsere Fähigkeit zu sprechen ganz selbstverständlich ein, in privaten Begegnungen, im Beruf und in der Freizeit. Erleidet eine Person eine Sprechapraxie, wirkt sich diese Sprechstörung daher unmittelbar auf alle Lebensbereiche aus: Sie erschwert den Austausch in Partnerschaft, Familie und Freundschaften, die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit und die Gestaltung von Freizeitaktivitäten.

Diese Broschüre möchte allen Interessierten daher einführende Informationen bieten über:

- Anzeichen und Ursachen einer Sprechapraxie bei Erwachsenen
- Auswirkungen einer Sprechapraxie auf den Alltag der Betroffenen und auf deren Umfeld
- Tipps zur Unterstützung von Menschen mit Sprechapraxie
- Therapiemöglichkeiten

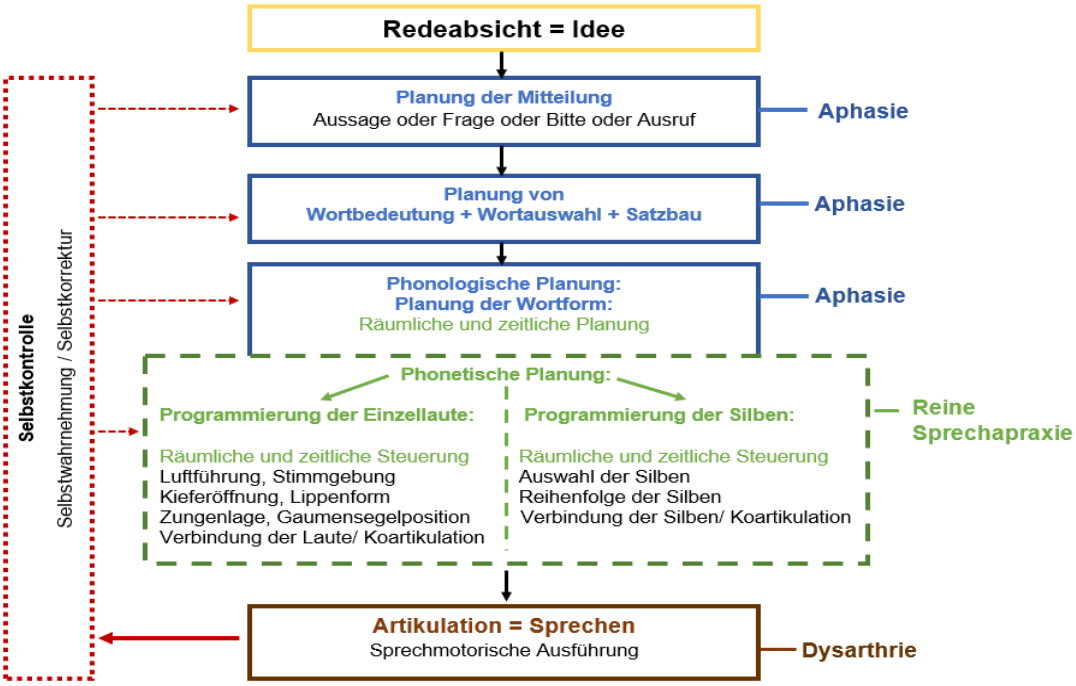
1 Anzeichen und Ursachen – Was ist eine Sprechapraxie?

Sprechapraxien im Erwachsenenalter werden als erworbene, neurogene Sprechstörungen beschrieben (vgl. Ziegler, 2001). Die Symptome sind durch Verletzungen des Gehirns, meist durch Schlaganfälle verursacht. Liegt eine Sprechapraxie vor, ist die **Sprechplanung** gestört: das Wissen um die Programmierung der räumlichen und zeitlichen Eigenschaften der Sprechbewegungen.

Die Sprechorgane funktionieren, aber das Gehirn setzt sie nicht in Gang

Das „Sprechgedächtnis“ ist betroffen: Es wirkt so, als ob der Mund nicht mehr wüsste wie er sich bewegen soll, um das Zielwort auszusprechen. Das eigentliche Problem liegt aber im Gehirn, wo die Sprechbewegungen in Gang gesetzt werden. Bei einer isolierten („reinen“) Sprechapraxie ist die Ausführung der Sprechmotorik intakt und es bestehen weder Lähmungen der Artikulationsorgane (Dysarthrie) noch Wort- oder Satzplanungsprobleme (Aphasie). Betroffen ist die „Artikulations-Software“ (Lorenz, 2017a).

Sprechapraktische Symptome werden in der Ebene der phonetischen Planung ausgelöst (vgl. Abb. 1), in der zwei Sprechprogrammierungsrouten zusammenarbeiten, um aus Sprachlauten und Silben Wörter artikulieren zu können (vgl. Levelt, Roelofs & Meyer, 1999). Es wird jedoch davon ausgegangen, dass die vorgeschalteten phonologischen Planungsprozesse der Wortform mitbeteiligt und ebenfalls gestört sein können.



Sprechapraxie: Die phonetische Planung ist gestört

Abb. 1: Reine Sprechapraxie, Aphasie und Dysarthrie im Modell (Lorenz, im Druck)

Eine reine Sprechapraxie (vgl. Abb. 2) wirkt sich auf die Modalitäten Sprechen und (lautes) Lesen aus. Menschen mit reiner Sprechapraxie haben jedoch ein intaktes Sprachverständnis, sie können Texte leise lesend verstehen (Lesesinnverständnis) und problemlos schreiben.

Betroffene und nicht betroffene Fähigkeiten

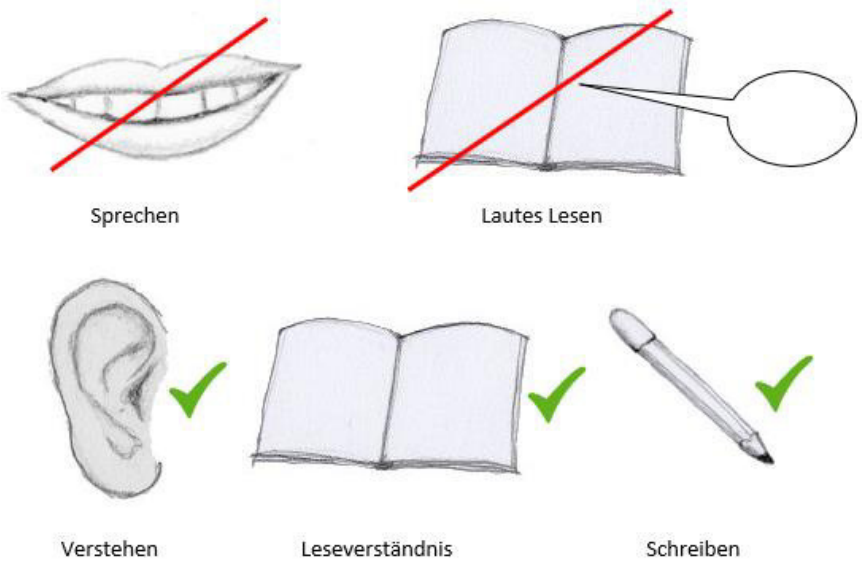


Abb. 2: Beeinträchtigte und intakte Modalitäten bei reiner Sprechapraxie (Lorenz, im Druck)

Symptome der Sprechapraxie

Als typische Anzeichen einer reinen Sprechapraxie gelten folgende Symptome:

- artikulatorisches Suchverhalten: suchende Lippen-, Zungen-, Kieferbewegungen, v.a. am Wortbeginn
- inkonstante phonematische Paraphasien und Selbstkorrekturversuche: Lautersetzungen, Auslassungen, Hinzufügungen z.B. F*u*ß → Feß →F*i*ß; *B*oot → *M*oot→ *B*oot; krank →kank, Donnerstag →Donntag, Eis →Eis*t*
- phonetische Auffälligkeiten / Lautentstellungen: *H*aus → *ch2*/ *R* / *H*aus = der Sprachlaut [h] klingt ungenau zwischen [h, R und ch2]
- unverständliche Redeanteile mit gelegentlichem Auftauchen eines verständlichen Wortes oder mehrerer verständlicher Wörter (Inseln störungsfreien Sprechens)
- Prosodische Auffälligkeiten: veränderte Betonung, verlangsamtes Sprechen, Wortabbrüche und Neustarts, Selbstkorrekturen
- Sprechanstrengung: mimisch-gestische, stimmliche oder körperliche Reaktionen, wenn die Betroffenen ihr Sprechen als unzureichend empfinden.

Sprechapraxien treten oft gemeinsam mit Aphasien auf

Sprechapraxien treten jedoch selten isoliert, sondern nach Wertz zu 85% (vgl. Lauer/Birner-Janusch, 2010) in Kombination mit einer Aphasie (Sprachstörung) auf. Menschen mit Aphasie *und* Sprechapraxie sind in ihrer Kommunikationsfähigkeit stärker eingeschränkt als Personen mit reiner Sprechapraxie, da bereits die Sprachplanungsprozesse vor der Sprechplanung gestört sind (s. Abb. 1).

Symptome bei Aphasien

Im Prozess der Sprachproduktion ist die Suche nach dem passenden Wort bei Aphasie erschwert (Planung von Wortbedeutung/Wortauswahl) und es treten oft Wortverwechslungen oder Wortfindungsstörungen auf, z. B. Frau → „äh- äh- Mann“. Bei schwerer Aphasie können mitunter weder Wörter noch Sätze geäußert werden. Gestörte grammatische Planungsprozesse (Satzbau) führen zum Einzelwortsprechen oder zu einer Aneinanderreihung weniger Wörter, die wie ein Telegrammstil klingen, z.B. „Tee - trinken - Bauch“. Bei einer Aphasie sind häufig auch das Lesesinnverständnis und das Schreiben beeinträchtigt

Bei Aphasie in Kombination mit Sprechapraxie (vgl. Abb. 3) können alle sprachlichen Modalitäten eingeschränkt sein: das Verstehen, das Lesesinnverständnis, das Schreiben und das Sprechen sowie das (laute) Lesen.

Betroffene Fähigkeiten bei der Kombination von Aphasie und Sprechapraxie

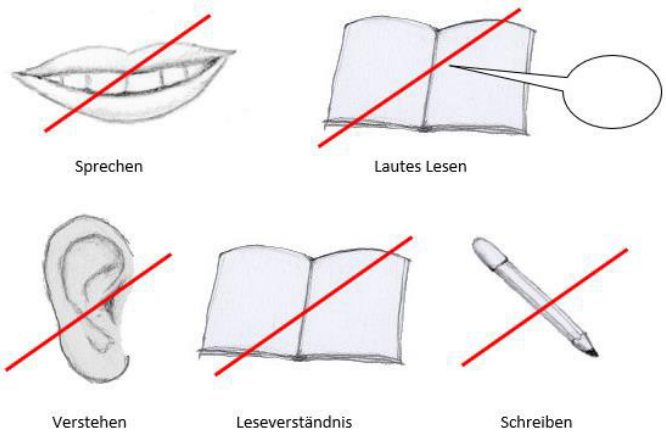


Abb. 3: Beeinträchtigte Modalitäten bei Sprechapraxie und Aphasie (Lorenz, im Druck)

Sprechapraxien zeigen sich individuell und unterschiedlich stark ausgeprägt. Bei einer ausgeprägten Sprechapraxie, v.a. in Kombination mit einer schweren Aphasie sind die o.g. Kardinalsymptome der reinen Sprechapraxie selten beobachtbar, weil die spontane Sprache entweder sehr stark reduziert ist bzw. keine Äußerung möglich wird, oder im Gegenteil ein sehr unverständlicher, überschießender Redefluss besteht.

Symptome bei schweren Störungsformen

Das Sprechen bei **schwerster Sprechapraxie in Kombination mit schwerer Aphasie** weist neben den sprechapraktischen Symptomen folgende typische Merkmale auf:

- Betroffene Personen können keine oder nur wenige Wörter eigenaktiv äußern. Auch das Nachsprechen von Einzellauten und Silben/Wörtern gelingt nicht oder nur sehr eingeschränkt.
- Es treten Sprachautomatismen auf: z. B. immer gleiche Silbenketten wie „olala", „nenenene", z. T. Wiederholungen eines einzigen Wortes („Passepartout"-Wort) wie z. B. „Himmel" oder repetitive Redewendungen wie z. B. „weißt Du" oder „und das wars dann und das wars dann, weißt Du".
- Dabei ist die Prosodie mitunter erhalten; über eine variierende Betonung gelingt es den Betroffenen zu fragen, sich zu beschweren, Freude, Frustration oder Zweifel auszudrücken.
- Nicht immer wird das auffällige Sprechen selbst wahrgenommen, dann besteht bei schwer Betroffenen in der Akutphase oder darüber hinaus ein eingeschränktes Störungsbewusstsein und wenig bis kein Leidensdruck. Im Verlauf der Sprachtherapie verbessert sich die Eigenwahrnehmung und mit ihr nimmt der Leidensdruck zu.

2 Auswirkungen einer Sprechapraxie auf den Alltag der Betroffenen und ihr Umfeld

Eine erwachsene Person mit **„reiner" Sprechapraxie** kann unbeeinträchtigt schreiben, Texte leise lesend verstehen und gesprochene Sprache voll erfassen. Die schriftliche Kommunikation über handgeschriebene Notizen oder Briefe sowie über digitale Notizen und Emails gelingt problemlos. Auch sind alle sprechfreien beruflichen Tätigkeiten weiterhin möglich.

Bei „reiner" Sprechapraxie: Kommunikationsmöglichkeiten im Alltag

Die mündliche Kommunikation im direkten Gespräch ist jedoch erschwert, Telefonate werden als besonders belastend empfunden und vermieden. Wenn sich Lautvertauschungen, Wortabbrüche und Selbstkorrekturen der Sprecher*in häufen, wirkt das Sprechen sehr unflüssig und für die Gesprächspartner*innen unverständlich. Diese müssen oft nachfragen, um das Gegenüber zu verstehen. Es kommt nicht selten zu Missverständnissen. Das veränderte Sprechen eines zuvor vertrauten Menschen irritiert und belastet beide Kommunikations-Beteiligten.

Probleme mit der mündlichen Kommunikation

Der Leidensdruck kann sehr hoch sein und ist nicht abhängig vom Schweregrad der isolierten Sprechapraxie. So können z. B. gelegentliche „Versprecher" die berufliche Perspektive von Radio-Moderator*innen in Frage stellen, Zukunftsängste und Schamgefühle auslösen. Manchen Betroffenen fällt es auch schwerer, bestehende

Auswirkungen auf die Berufstätigkeit

Kontakte zu pflegen sowie neue Kontakte zu knüpfen. Je nach Ausprägung der Sprechapraxie muss eventuell die bisherige berufliche Tätigkeit angepasst, ein Arbeitsplatzwechsel oder sogar eine berufliche Neuausrichtung erwogen werden.

Bei kombinierten Störungen ist die Alltagskommunikation schwerer betroffen

Besteht eine **Sprechapraxie in Kombination mit einer Aphasie**, ist die Kommunikationsfähigkeit deutlich schwerer eingeschränkt als bei einer isolierten Sprechapraxie, da alle sprachlichen Modalitäten betroffen sein können: Sprechen, Schreiben, Lesen und Verstehen. Bei schwersten Beeinträchtigungen kann die Person keine der o. g. Ressourcen nutzen, um zu kommunizieren. So gelingt es vielen nicht, Wörter aufzuschreiben oder Notizen der Angehörigen zu lesen. Je nach Ausprägung der Aphasie versteht der Mensch mit Sprechapraxie und Aphasie seine Angehörigen nicht ausreichend und reagiert folglich nicht immer adäquat.

Vielfältige Belastungen für Betroffene und Angehörige

Das soziale Umfeld benötigt viel Geduld und Einfühlungsvermögen, um die dargebotenen Einzelwörter, den gesprochenen „Telegrammstil“ oder die ausufernde unverständliche Sprache zu entschlüsseln und dennoch im Austausch zu bleiben. Vor allem in der ersten Zeit nach dem Schlaganfall nehmen schwer Betroffene ihre Verstehensdefizite und unverständlichen Äußerungen selbst unzureichend wahr und fühlen sich missverstanden. Mit Hilfe der Rückmeldungen des Umfeldes im Alltag und insbesondere der behandelnden Sprachtherapeut*innen nimmt die Eigenwahrnehmung der Symptome und des Ausmaßes der Erkrankung im Therapieverlauf zu. Auch zeigen sich vermehrt sprechapraktische Symptome. Gefühle von Hilflosigkeit, Isolation und Wut können zu depressiven Verstimmungen führen. Angehörige sind durch die veränderte Lebenssituation in vielfacher Hinsicht belastet: emotional, zeitlich und häufig durch die eingeschränkten oder ausbleibenden Einkünfte der betroffenen Person auch finanziell. Sprachverständnisprobleme verhindern zudem die Teilhabe an kulturellen Angeboten (z.B. Kino, Vorträge), erschweren eine autonome Freizeitgestaltung (Zeitung, Vereine, TV) und Wissensaneignung (Lektüre, Sprachkurse, Fortbildungen).

3 Wie können Angehörige und das soziale Umfeld unterstützen?

Was können die Kommunikationspartner*innen tun?

Angehörige, Freundeskreis und alle an der Kommunikation beteiligten Menschen können aktive Unterstützung leisten

- indem sie ausreichend Zeit, Ruhe und Aufmerksamkeit bieten (stehen bleiben oder hinsetzen, direkt anschauen, Störgeräusche wie TV, Radio, Nebengespräche vermeiden)
- indem sie geduldig rückmelden, wenn das Sprechen nicht verständlich war
- indem sie die Redeabsicht hinter den unverständlichen Wörtern zu erahnen versuchen und nachfragen: „Meinst Du/Meinen Sie…?“
- durch das Angebot von Papier und Stift, um ein Zielwort, Thema, Uhrzeiten, Daten, Namen aufzuschreiben und Missverständnisse aufzuklären bzw. ihnen vorzubeugen

- durch das Angebot, eine Skizze zu zeichnen oder gemeinsam anzufertigen, wenn das Schreiben nicht möglich ist (bei zusätzlicher Aphasie)
- durch die Bereitstellung von Material wie z. B. Kalender, Fotos, Atlas (besonders bei zusätzlich bestehender Aphasie)
- durch das Angebot, Gesten einzusetzen (z. B. um Zahlen, Wochentage, Monate mit den Fingern zu demonstrieren)
- durch die unmittelbare Rückmeldung, das Anliegen verstanden zu haben.

Ziel jeder Kommunikation sollte der inhaltliche Konsens und ein gelungener Austausch von Bedürfnissen, Meinungen und Informationen sein. Sobald es zu einer wechselseitigen Übereinstimmung kommen konnte, möchten einige Betroffene die zuvor undeutlichen Äußerungen nicht nochmals übend wiederholen.
Für Angehörige ist es ratsam, die Beziehungsebene nicht zu verlassen, sondern die übende Rolle gerne an Sprachtherapeut*innen abzugeben.

4 Diagnostik

Sprechapraxien werden sowohl in Kliniken als auch in ambulanten Praxen von Sprachtherapeut*innen diagnostiziert. Nach Schlaganfällen erfolgt die Diagnostik von Sprechapraxien meist im Anschluss an die Abklärung von Schluckstörungen und Aphasien. Zeigt sich das Sprechen der Patient*innen spontan und auch in der Aphasiediagnostik auffällig, sollte unbedingt eine Sprechapraxiediagnostik durchgeführt werden, um die lautsprachlichen Fähigkeiten zu einem frühen Zeitpunkt gezielt fördern zu können.

Bereiche, die in der Diagnostik geprüft werden

Ziele der Sprechapraxiediagnostik:

- Feststellen, ob eine Sprechapraxie vorliegt oder nicht. Klären, ob zusätzliche Lähmungen bestehen (Dysarthrie)
- Feststellung des Störungsschwerpunktes durch Untersuchung der sprechmotorischen Verarbeitungsrouten: Einzellaute (einzelheitliche Route) und Silben/ Wörter (silbische bzw. ganzheitliche Route; s. Abb.1)
- Qualitative Ermittlung intakter/gestörter sprechmotorischer Lautbildungsprogramme und Silbenprogramme (Koartikulationsfähigkeit)
- Einschätzung eines Schweregrads
- Überprüfung der Therapievoraussetzungen: ausreichende Hör- und Sehfähigkeit, Wachheit, Aufmerksamkeit
- Informationsgewinnung für die Entwicklung einer Behandlungsplanung; Ermittlung des Therapieeinstiegs
- Möglichkeit zur quantitativen Erfassung von Verbesserungen oder Verschlechterungen im Therapieverlauf.

Im deutschen Sprachraum stehen die folgenden Diagnostika zur Verfügung, die in dieser Broschüre nicht ausführlich erläutert werden können (nach Erscheinungsjahr gelistet):

- Hierarchische Wortlisten (HWL) von Liepold, Ziegler & Brendel (2003)
- Untersuchungsbögen von Lauer & Birner-Janusch (2010)
- SpAT®-Diagnostik von Lorenz (2017a)

5 Therapie

Die Bedürfnisse der Patient*innen stehen im Mittelpunkt

Nach Durchführung und Auswertung der Sprechapraxiediagnostik legen die Sprachtherapeut*innen gemeinsam mit den Patient*innen und wenn möglich auch den Angehörigen die individuellen Ziele für die Behandlung fest. Dabei werden berufliche Aspekte, persönliche Interessen der Betroffenen und mitbetroffenen Angehörigen berücksichtigt. Die diagnostischen Ergebnisse bieten die Ausgangslage zur Behandlungsplanung: Die hierbei ermittelten Fähigkeiten können als Ressourcen für die Therapie betrachtet werden.

Mögliche Therapieziele

Mit Hilfe einer störungsspezifischen und zugleich möglichst alltagsorientierten Therapie bemühen sich die Sprachtherapeut*innen um die Verbesserung der Sprechfähigkeit. Ziel ist die weitreichende Normalisierung der Kommunikationsfähigkeit im Alltag. Übergeordnetes Ziel ist die Wiedererlangung von Aktivität und Partizipation am sozialen, gesellschaftlichen und beruflichen Leben (vgl. ICF in Grötzbach, Hollenweger Haskell & Iven, 2014).

Die Verbesserungen der sprechmotorischen Planungsfähigkeit, Verständlichkeit, Sprechflüssigkeit und Sprechnatürlichkeit in Gesprächen und Telefonaten stehen im Zentrum der Sprechapraxietherapie. Bei zusätzlich bestehender Sprachstörung (Aphasie) wird eine komplexe Therapie des Sprachverständnisses, Lesesinnverständnisses und Schreibens notwendig. Förderungsbedürftig sind fast immer auch das Verstehen, Lesen und Schreiben von Zahlen.

Aufgaben in der Therapie

Mögliche mündliche Aufgabenstellungen in der Sprechapraxietherapie sind Mitsprechen, Nachsprechen, Benennen, Bildbeschreibungen, lautes Lesen, Dialoge, Diskussionen, Telefonübungen und andere „In-Vivo“-Trainings (Sprechtrainings in realen Alltagssituationen, z.B. beim Einkaufen, Bestellen im Lokal, am Telefon).

Therapie-Schwerpunkte und Verfahren

Die unten aufgeführten Therapieverfahren bieten unterschiedliche Methoden zur Verbesserung des Sprechens: segmentorientierte Ansätze beginnen auf der Ebene der Einzellaute und erster kurzer Wörter; silbenbasierte bzw. wortstrukturelle Ansätze (z.B. Ziegler & Jaeger, 1993) arbeiten direkt auf der Wortebene und lassen Patient*innen ein- und mehrsilbige Wörter artikulieren.

Zur Unterstützung von Sprechbewegungen verwenden die meisten Ansätze Hinweisreize, jeweils in unterschiedlicher Gewichtung und Kombination:

- auditive Hinweisreize: hörbare Erklärungen, Vorstellungshilfen
- visuelle Hinweisreize: sichtbare Lautgesten, gezeichnete oder gedruckte Mundbilder, Spiegel
- taktil-kinästhetische, fühlbare Hilfen am Mund des Betroffenen.

Wenn eine schwer betroffene Person weder Einzellaute noch Silben und Wörter nach- bzw. mitsprechen kann, ist zu Therapiebeginn eine kleinschrittige Lauterarbeitung notwendig, um erste Lautverbindungen (Koartikulationen) exemplarisch wieder zu ermöglichen (siehe z. B. SpAT®). In vielen Therapieansätzen werden kurze alltagsrelevante Wörter erarbeitet und allmählich längere und mehrsilbige Äußerungen artikuliert. Wenn das Nachsprechen von Wörtern noch möglich ist, wird direkt auf Wortebene gearbeitet.

Therapieansätze im deutschsprachigen Raum

Zahlreiche **Therapieansätze** finden in deutschen Praxen und Kliniken zur Therapie von Sprechapraxien Anwendung:

- Alternative Kommunikationsstrategien (z. B. Kommunikationsbuch Pictocom, Elektronische Kommunikationsformen): Sprachcomputer oder bebilderte Bücher werden eingesetzt, wenn eine lautsprachliche Verständigung noch nicht oder nicht mehr möglich ist
- Deblockierungs-Techniken/Hinweisreize (z. B. EMS, PROMPT©/TAKTKIN®): In der EMS-Therapie erlernen die Patient*innen Handzeichen, die sie selbst mit ihrer Hand ausführen, um ihre geplante Äußerung abrufen zu können. PROMPT©/TAKTKIN®-Therapeut*innen führen die Sprechmotorik direkt mit ihren Händen im Gesicht und am Mundboden der Patient*innen
- Rhythmisch-melodische Ansätze (z.B. Melodische Intonationstherapie): Über das silbische Singen von Wörtern und begleitendes rythmisches Klopfen üben die Patient*innen anschließend das Sprechen der Silben ohne zu singen
- Segmentbasierte Ansätze (z. B. Sprechapraxie-Therapie nach Luzzatti & Springer): Artikulationsbewegungen von Einzellauten, Silben und Wörtern werden u.a. mit Hilfe von Entspannungsübung, Artikulation vor dem Spiegel, mentalem Training eingeübt
- SpAT®-SprechApraxieTherapie bei schwerer Aphasie – SpAT® in Kombination mit MODAK® (Lorenz, 2017a): speziell für die Therapie schwerer Sprechapraxien in Kombination mit schweren Aphasien entwickeltes Verfahren, in dem erste Einzellaute in Teilschritten angebahnt werden und die Koartikulationsfähigkeit wiederhergestellt wird. Hinweisreize werden dabei intensiv kombiniert. Möglichst bald erfolgt die Kombination mit dem Aphasietherapiekonzept MODAK® (Lutz, 2016)
- Wortstrukturelle Ansätze (z. B. Phonetische Kontrastierung, Metrischer Ansatz) beginnen direkt auf Wortebene: in der Phonetischen Kontrastierung wird das Sprechen von Minimalpaaren geübt (Wörter, die sich nur durch einen Laut unterscheiden). Der Metrische Ansatz (Ziegler & Jaeger, 1993) arbeitet mit einer schrittweisen Annäherung an das jeweilige Zielwort über artikulatorische Zwischenstufen.

(alphabetisch gelistet; vgl. Lauer, 2010 und Geißler & Lauer, 2015)

6 Therapeut*innensuche

Verordnung und Dauer der Therapie

Erwachsene mit Sprechapraxie haben ein Recht auf Sprachtherapie. Diese wird im Anschluss an den Klinikaufenthalt in der Regel von Hausärzt*innen oder Neurolog*innen auf Rezept verordnet. Die Betroffenen erhalten eine sogenannte „Heilmittelverordnung“. Bei schweren Sprechapraxien in Kombination mit Aphasie wird eine Therapiefrequenz von 3-5mal pro Woche für jeweils 45 oder 60 Minuten empfohlen, bei leichteren und isolierten Sprechapraxien können 1-2 Therapiesitzungen pro Woche mitunter ausreichen. Die Gesamtdauer der sprachtherapeutischen Behandlung ist individuell und abhängig von zahlreichen Faktoren: vom Schweregrad der Störung, den Therapiezielen, der Motivation und Belastbarkeit der Patient*innen, von den bereits erreichten Therapiefortschritten und der individuellen mentalen und neuronalen Konstitution der Betroffenen.

Benötigt die Person eine Begleitung, kann auch dieser Faktor eine wesentliche Rolle bei der Häufigkeit und Gesamtdauer der Therapie darstellen.

Ambulante Behandlungen können bei Bedarf und Verordnung durch den Arzt/die Ärztin auch als Hausbesuch durchgeführt werden. Meist benötigen die Betroffenen bei der Auswahl und Kontaktaufnahme mit einer Therapiepraxis die Unterstützung durch Angehörige, Freundeskreis oder weitere Personen ihres Umfeldes.

Entscheidungshilfen für die Therapeut*innen-Suche

Folgende Fragen könnten bei der Suche nach einer sprachtherapeutischen Praxis relevant sein:

- Ist die betroffene Person mobil genug, um eine Praxis aufzusuchen? Von wem kann sie ggf. begleitet werden oder bedarf es eines Hausbesuches? Wenn ja, welche Praxis hat Kapazitäten dafür?
- Gibt es eine wohnortnahe Praxis?
- Ist ein baldiger Therapiebeginn möglich oder besteht eine Warteliste?
- Welche Therapiefrequenz und welche Therapiedauer werden angeboten (z. B. 1-2mal pro Woche oder 3-5mal pro Woche; 45 Minuten oder 60 Minuten)?
- Ist die Praxis spezialisiert auf neurologische Sprach- und Sprechstörungen? Gibt es Therapeut*innen mit Spezialisierung innerhalb der Praxis? Nach welchem Therapieverfahren wird gearbeitet? Kann die Praxis den in der Klinik begonnenen Therapieansatz weiterführen?

Weitere Broschüren des dbs zum Thema:

www.dbs-ev.de

- Aphasie. Informationen für Betroffene und Angehörige
- Dysarthrie – Sprechstörung. Informationen für Betroffene und Angehörige

Literaturquellen

Empfehlenswerte Literatur zum Einlesen:

Geißler, M. & Lauer, N. (2015). *Sprechapraxie. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige.* Idstein, Schulz-Kirchner

Weiterführende Literatur:

Birner-Janusch, B. (2001). Die Anwendung des PROMPT-Systems im Deutschen – eine Pilotstudie. Sprache – Stimme - Gehör 25, 174-179.

Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J. & Iven, C. (Hrsg.) (2014). ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. 2. Auflage, Idstein, Schulz-Kirchner.

Lauer, N. & Birner-Janusch, B. (2010). Sprechapraxie im Kindes- und Erwachsenenalter. Stuttgart, Thieme.

Levelt, W.J.M., Roelofs, A. & Meyer, A. S. (1999). A theory of lexical access in speech production. Behavioral and Brain Sciences, 22, 1-38.

Liepold, M., Ziegler & W., Brendel, B. (2003). Hierarchische Wortlisten: Ein Nachsprechtest für die Sprechapraxiediagnostik. Dortmund, Borgmann.

Lorenz, K. (2017a). SpAT® – SprechApraxieTherapie bei schwerer Aphasie. SpAT® in Kombination mit MODAK. Köln, ProLog.

Lorenz, K. (2017b). SpAT® – SprechApraxieTherapie bei schwerer Aphasie. Entwicklung eines Konzepts. In: Logos, 17/1, 26-35.

Lorenz, K. (2018). Sprechapraxie bei Erwachsenen. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg): Kompendium der akademischen Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 4 (165-182). Stuttgart, Kohlhammer.
Lorenz, K. (3. Auflage, im Druck). SpAT® – SprechApraxieTherapie bei schwerer Aphasie. SpAT® in Kombination mit MODAK. Köln, ProLog.
Lutz, L. (2016). MODAK-Modalitätenaktivierung in der Aphasietherapie. Ein Therapieprogramm. Heidelberg/Berlin, Springer.
Ziegler, W. & Jaeger, M. (1993). Aufgabenhierarchien in der Sprechapraxietherapie und der „metrische“ Übungsansatz. Neurolinguistik 7, 17-29.
Ziegler, W. (2001). Sprechapraxie bei Erwachsenen. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.), Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Band 2: Erscheinungsformen und Störungsbilder (S. 262-267). Stuttgart, Kohlhammer.
Ziegler, W., Aichert, I. & Staiger, A. (2020). Sprechapraxie. Grundlagen - Diagnostik - Therapie. Berlin, Springer.

Wer ist der dbs?

Der **dbs** ist der Berufs- und Fachverband akademisch ausgebildeter Sprachtherapeut*innen/Logopäd*innen. Er vertritt die berufs- und gesundheitspolitischen Interessen seiner Mitglieder gegenüber den Kostenträgern, Zulassungsbehörden, Ministerien und der Gesetzgebung.
Die über 3.000 Mitglieder haben Studiengänge der Sprachheilpädagogik, Klinische Linguistik, Patholinguistik, Klinische Sprechwissenschaft sowie Sprachtherapie (Bachelor/Master) und Logopädie (Bachelor/Master) absolviert. Dabei handelt es sich um interdisziplinäre, therapiespezifische Hochschulstudiengänge mit hohen Praxisanteilen in der Ausbildung. dbs-Mitglieder arbeiten auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, beteiligen sich an der Diagnose- und Therapieforschung, bilden sich fortlaufend weiter und verwenden Methoden, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen.
Akademische Sprachtherapeut*innen sind spezialisiert auf die Prävention, Diagnostik, Therapie, Beratung und Nachsorge bei Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Hörens, des Schluckens und der Kommunikation. Sie behandeln Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Geschäftsstelle:

Deutscher Bundesverband
für akademische Sprachtherapie und Logopädie
Goethestraße 16, 47441 Moers
Tel.: 02841 998191-0
Fax: 02841 998191-3
Internet: www.dbs-ev.de
E-Mail: info@dbs-ev.de

VisdP: RA Volker Gerrlich
Text: Karen Lorenz
Layout: dbs-Öffentlichkeitsarbeit
Titelbild: pexels (edmont-dantès)
Abbildungen 1-3: Karen Lorenz