

A p h a s i e

Aphasie
gemeinsam
sind wir dran

Die S3-Leitlinie „Schlaganfall“

und ihre Empfehlungen für die Therapie von

- Sprachstörungen (Aphasie)
- Sprechstörungen (Dysarthrie)
- Schluckstörungen (Dysphagie)



© 2020

Herausgeber:

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e. V.
Gesamtkoordination und Projektleitung: Dagmar Amslinger

Projekt-Titel:

Informations- und Aufklärungsbroschüre
Therapie bei Aphasie

Wissenschaftliche Projekt-Begleitung:

Wissenschaftlicher Beirat des Bundesverband Aphasie e. V.
Holger Grötzbach, M. A.
Leiter der Abteilung Sprachtherapie
Asklepios Klinik Schaufling

Projekt-Förderung:



Titelfoto:

© Toa Heftiba/unsplash

Druck:

Print Consulting

Der BRA ist Mitglied bei:

A.I.A. Aphasia International Association
BAG SELBSTHILFE – Dachorganisation von
– 116 Organisationen behinderter und chronisch kranker Menschen und ihren Angehörigen
– 13 Landesarbeitsgemeinschaften
– 5 Fachverbänden

Der PARITÄTISCHE-Gesamtverband

BNR – Bundesverband Neuro-Rehabilitation

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 4

Hintergrund-Informationen 6

Leitlinien 9

Entwicklung der S3-Leitlinie „Schlaganfall“ 13

Ergebnisse für die Aphasietherapie 15

Bedeutung für die Aphasietherapie 19

Ergebnisse für die Dysarthrietherapie 22

Ergebnisse für die Dysphagietherapie 23

Schluss 24

Auszug aus der S3-Leitlinie „Schlaganfall“

AWMF-Register-Nr. 053-011 / DEGAM-Leitlinie Nr. 8 27

Codierung der Empfehlungsstärke 30

6.3.2 Sprachliche und Sprechfunktionen

Aphasie 32

Dysarthrie 34

Dysphagie 36

Aus ökonomischen Gründen wird durchgehend die männliche Form verwendet. Alle Leserinnen bitten wir um Nachsicht. Sie sind natürlich mit berücksichtigt.

Vorwort

Die vorliegende Broschüre soll helfen, adäquate und nötige Therapie-Entscheidungen zu treffen, die in der Nachbehandlung des Schlaganfalls und seiner Folgen auf die Sprache, das Sprechen und das Schlucken, erforderlich sind.



Betroffene und deren Angehörige haben eine Vielzahl von Entscheidungen zu treffen. Durch diese Broschüre erhalten sowohl Betroffene und deren Angehörige und auch Behandler eine **Zusammenfassung evidenzbasierter Empfehlungen zur Therapie** nach der Akutphase eines Schlaganfallereignisses.

Die Autoren geben wichtige **Empfehlungen für die Therapie von**

- Sprachstörungen (Aphasie)
 - Sprechstörungen (Dysarthrie) und
 - Schluckstörungen (Dysphagie)
- nach der Akutphase eines Schlaganfall-Ereignisses.

Zugleich soll der veröffentlichte Leitfaden eine Orientierungshilfe sein. Er soll dem Anwender helfen, in Zeiten ökonomischer Zwänge **die richtigen Therapien** mit Blick auf das **für unsere Patienten bestmögliche Behandlungsergebnis** sicherzustellen.

Denn **Sprache, Sprechen und Schlucken** sind wesentlich für **die Teilhabe** der betroffenen Personen im Alltag und im sozialen Miteinander.

Für das bestmögliche Therapieergebnis bedarf es – die nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft nötigen Therapien – sowohl in Therapiedichte als auch in Therapiequalität.

Dazu möge diese Broschüre einen Beitrag leisten. Nach der Erstellung der Leitlinie zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, welche die Behandlungsqualität in Deutschland verbessern half, schließt sich mit der jetzt vorliegenden Nachsorge-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) die Behandlungskette, um die Folgen eines Schlaganfalls bestmöglich zu überwinden. Mein Dank gilt daher der DEGAM sowie den Autoren der S3-Leitlinie Schlaganfall.

*Dr. med. Helge Matrisch
Chefarzt der Abteilung für neurologische und
neuropsychologische Rehabilitation
Ärztlicher Direktor der Asklepios Klinik Schaufling*

Hintergrund-Informationen

In Deutschland erkranken jedes Jahr ca. 136.000 Frauen und ca. 160.000 Männer an einem Schlaganfall oder **Apoplex**. Bei etwa einem Drittel von ihnen kommt es im Krankheitsverlauf zu einem erneuten Schlaganfall oder einem **Rezidiv**. Die Wahrscheinlichkeit, einen Schlaganfall zu erleiden, steigt mit zunehmendem Alter deutlich an: Etwa 85 % der Patienten mit einem Schlaganfall sind älter als 60 Jahre.

Schlaganfälle stellen nach den herz- und Krebserkrankungen die **dritthäufigste Todesursache in Deutschland** dar. Die Sterblichkeitsrate hat jedoch in den vergangenen 15 Jahren aufgrund von Fortschritten in der Schlaganfall-Behandlung deutlich abgenommen. Während im Jahr 2000 noch 64.800 Personen nach einem erstmaligen Schlaganfall verstarben, waren es 2015 nur noch 45.600 Personen.

Trotz der deutlich gesunkenen Sterblichkeitsrate könnten allerdings noch sehr viel mehr Leben gerettet werden, wenn sich alle Personen mit Anzeichen eines Schlaganfalls unverzüglich in ärztliche Behandlung begäben. Bislang werden nur (enttäuschende) 37 % der Schlaganfall-Patienten **innerhalb von drei Stunden nach dem Auftreten der ersten Symptome** im Krankenhaus aufgenommen. **Eine sofortige medizinische Versorgung ist jedoch enorm wichtig, da den ersten vier Stunden nach Krankheitsbeginn eine besondere Bedeutung für die effektive Behandlung des Schlaganfalls zukommt.**

Schlaganfälle stellen jedoch nicht nur die dritthäufigste Todesursache in Deutschland dar, sondern auch die häufigste Ursache für eine Langzeitbehinderung. **Ca. 60 % der Patienten haben als Folge ihres Schlaganfalls mit bleibenden (chronischen) Beeinträchtigungen zu kämpfen.** Dabei variieren sowohl die Anzahl als auch der Schweregrad der Beeinträchtigungen zwischen den Patienten erheblich. Die Bandbreite reicht von nur einer einzigen, gering ausgeprägten Störung bis hin zu mehreren schweren Ausfällen.

Zu den typischen Störungen nach einem Schlaganfall zählen

- Sprachstörungen (**Aphasien**)
- Sprechstörungen (**Dysarthrien**) und
- Schluckstörungen (**Dysphagien**).

Jede dieser drei Beeinträchtigungen wirkt sich verändernd auf das Leben eines Betroffenen aus: Aufgrund von **Sprach- und Sprechstörungen** sind Unterhaltungen entweder nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich. **Schluckstörungen** führen dazu, dass Nahrung nicht mehr wie gewohnt gegessen oder getrunken werden kann. Außerdem besteht die Gefahr eines Verschluckens mit der Folge einer Lungenentzündung oder Aspirationspneumonie. Für die **Behandlung der Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen** stehen eine Reihe von Therapiemethoden und eine Vielzahl von Therapiematerialien zur Verfügung. Um die Güte der Methoden und Materialien beurteilen zu können, werden Qualitäts- oder **Evaluationsstudien** durchgeführt, die in der wissenschaftlichen Literatur veröffentlicht werden.

Die Ergebnisse der Evaluationsstudien bilden die Grundlage von medizinischen Leitlinien. So beschäftigt sich die Leitlinie „Schlaganfall“, die im Internet unter der Adresse <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-011.html> eingesehen und kostenlos heruntergeladen werden kann, mit der Qualität aller Methoden, die zur Behandlung des Schlaganfalls und seiner Folgen eingesetzt werden.

Da die Leitlinie einige Auswirkungen auf die Aphasie-, Dysarthrie- und Dysphagie-Therapie hat, wird im Folgenden auf die Entwicklung der Leitlinie, ihre Inhalte und ihre Bedeutung eingegangen.

Im Anschluss daran werden diejenigen Inhalte der Leitlinie „Schlaganfall“ im Original wiedergegeben, die sich auf die Aphasie, Dysarthrie und Dysphagie beziehen.



INFO

Wegweiser für Angehörige

Die kostenfreie Broschüre kann über die Geschäftsstelle des Bundesverbandes Aphasie, Klosterstr. 14, 97084 Würzburg oder info@aphasiker.de bezogen werden.

Leitlinien

Leitlinien werden von medizinisch-therapeutischen Fachgesellschaften mit dem Ziel erstellt, **Empfehlungen für die Behandlung** einer bestimmten (gesundheitlichen) Störung auszusprechen. Damit gibt es nicht nur eine Leitlinie, sondern viele. Es existieren beispielsweise Leitlinien für Tumorerkrankungen, für den Herzinfarkt oder für psychiatrische Störungen.

Ein alphabetisches Register aller deutschsprachigen Leitlinien ist auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (www.awmf.org) zu finden. Der Zugriff auf das Register und das Herunterladen einer Leitlinie sind kostenlos.

Die Leitlinien wenden sich zum einen an medizinische Professionelle und zum anderen an medizinische Laien.

Es gibt sie daher in zwei Versionen:

Die erste Version, die „Langfassung“, ist für die Professionellen gedacht, während sich die zweite Version, die „Patientenleitlinie“, an die Laien richtet. Die „Patientenleitlinie“ ist im Vergleich zur „Langfassung“ nicht nur sehr viel kürzer, sondern auch so geschrieben, dass sie leicht zu verstehen ist. Zusätzlich zu diesen beiden Versionen gibt es noch eine dritte Version, die „Kurzfassung“. Sie wendet sich wiederum an die Professionel-

len und besteht aus einer Zusammenfassung der wichtigsten Behandlungsempfehlungen der „Langfassung“.

Die Behandlungsempfehlungen einer Leitlinie kommen zustande, indem in der wissenschaftlichen Literatur nach **Belegen** oder **Evidenzen** für die **Wirksamkeit** oder **Effektivität** eines diagnostischen Vorgehens oder einer Behandlungsmethode gesucht wird.

Die Suche kann dabei zu drei Ergebnissen führen:

1. Erstens kann es sein, dass für ein bestimmtes diagnostisches Vorgehen oder für eine bestimmte Behandlungsmethode keine oder nur widersprüchliche Wirksamkeitsnachweise vorliegen. Damit kann über die Wirksamkeit der Diagnostik oder Methode keine Aussage getroffen werden.
2. **Zweitens können Belege dafür vorliegen, dass eine bestimmte Diagnostik oder Therapiemethode effektiv ist.** Je häufiger sich Effektivitätsbelege für die jeweilige Diagnostik oder Methode finden und je besser sie statistisch abgesichert sind, desto mehr nimmt die Stärke zu, mit der die Verwendung der Diagnostik bzw. der Methode im klinischen Alltag empfohlen wird. Die Empfehlungsstärke ist an zwei Buchstaben zu erkennen, wobei der Buchstabe „**A**“ für eine **hohe** und der Buchstabe „**B**“ eine **mittlere** Empfehlungsstärke steht. Die Zahl „**0**“ steht für eine **niedrige** Empfehlungsstärke. Diagnostische Verfahren oder therapeutische Methoden mit einer hohen Empfehlungsstärke sollten regelhaft in der Praxis zum Einsatz kommen. Bei einer niedrigen Empfehlungsstärke bleibt es hingegen den

Anwendern überlassen, ob sie die Diagnostik bzw. Therapiemethode durchführen möchten.

3. Drittens ist es möglich, dass Belege gegen die Wirksamkeit einer Diagnostik oder Methode sprechen. Wenn diese Belege statistisch überzeugend sind, dann darf die Diagnostik oder Methode aufgrund der nachgewiesenen Unwirksamkeit in der Praxis nicht (mehr) angewendet werden.

Eine Alternative zur Suche nach Evidenzen in der wissenschaftlichen Literatur stellt der **Konsens** einer Expertengruppe dar. Dabei setzen sich Vertreter **einer** medizinischen Fachgesellschaft (z. B. die Deutsche Gesellschaft für Neurologie) zusammen und erarbeiten miteinander Behandlungsempfehlungen. Da die so entstandenen Empfehlungen lediglich auf der Überzeugung der Experten beruhen und nicht durch wissenschaftlich ermittelte Ergebnisse gestützt werden, wird die Qualität einer solchen Leitlinie im Vergleich zu einer literaturbasierten Leitlinie als geringer eingestuft.

Die höchste Leitlinien-Qualität wird erreicht, wenn sich Vertreter verschiedener medizinischer Fachgesellschaften an einen Tisch setzen, um eine gemeinsame Literaturrecherche durchzuführen, die anschließend gemeinsam bewertet wird. Dieses Vorgehen ist für die Erstellung der S3-Leitlinie „Schlaganfall“ gewählt worden.

Damit zu erkennen ist, welche Qualitätsstufe eine bestimmte Leitlinie einnimmt, ist den Leitlinien eine Buchstaben-Zahlen-Kombination vorangestellt.

Dabei hat eine **S1-Leitlinie** eine niedrige, **S2-Leitlinie** eine mittlere und **S3-Leitlinie** eine hohe Qualität.

Die Leitlinie „Schlaganfall“ stellt eine S3-Leitlinie dar und befindet sich damit auf dem höchsten Qualitätsniveau.

Da die Forschung im Zeitverlauf zu neuen Erkenntnissen führt, haben Leitlinien eine begrenzte Gültigkeit, die fünf Jahre beträgt. Das Ablaufdatum ist auf dem Deckblatt jeder Leitlinie vermerkt. Aktuelle Leitlinien können damit leicht von veralteten unterschieden werden. Für die Leitlinie „Schlaganfall“ gilt, dass sie im Februar 2020 fertiggestellt worden ist und somit **bis zum Februar 2025 gültig** ist.

FILMTIPP

Menschen mit Aphasie besser verstehen

Informationsfilm – **Plötzlich sprachlos**



Leben ist Kommunikation und das Leben kennt viele Sprachen. Die **Sprache des Menschen** ist dabei ein besonders komplexes und leistungsfähiges Werkzeug der Kommunikation. Im Gespräch erfährt sich der Mensch und kann sich in seinem Leben und seiner Umgebung orientieren.

Der Film kann über die Geschäftsstelle des Bundesverbandes Aphasie, Klosterstr. 14, 97084 Würzburg oder info@aphasiker.de bezogen werden.

Entwicklung der S3-Leitlinie „Schlaganfall“

Die Initiative zur Erstellung der Leitlinie „Schlaganfall“ ging von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM, Hamburg) aus. Die Absicht der Initiatoren war es, vor allem den niedergelassenen Hausärzten leitlinien-gerechte **Empfehlungen für die Behandlung des (akuten) Schlaganfalls und von Schlaganfallsfolgen zur Verfügung zu stellen**. Da der Schlaganfall zu einer Reihe unterschiedlicher Beeinträchtigungen führen kann, wurden von Beginn an nicht nur alle medizinisch relevanten Fachgesellschaften (z. B. Neurologie, Intensivmedizin, Geriatrie und Notfallmedizin), sondern auch alle relevanten therapeutisch-pflegerischen Professionen (z. B. Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Sozialberatung und Orthoptik) an der Erarbeitung der Leitlinie beteiligt. Eine Einladung zur Teilnahme an der Leitlinienarbeit erhielten auch der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl, Frechen) und der **B**undesverband für die **R**ehabilitation der **A**phasiker (BRA, Würzburg). Die beiden Bundesverbände betrauten Dr. Anke Ziethe, Pia Goldstein und Holger Grötzbach als Mandatsträger mit der Aufgabe, ihre Expertise in die Entwicklung evidenzbasierter Empfehlungen für die Diagnose und Therapie von schlaganfallsbedingten Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen einzubringen.

Nachdem sich die Leitlinien-Arbeitsgruppe bei einem ersten Treffen in Hamburg kennengelernt hatte, wurden bei einem zweiten Treffen die inhaltlichen Aufgaben an die Gruppenmitglieder verteilt. Dabei übernahmen es Frau Dr. Ziethe und Frau

Goldstein, in der wissenschaftlichen Literatur nach Belegen für die Diagnose und Therapie der Dysarthrie und der Dysphagie zu suchen. Herrn Grötzbach fiel die Aufgabe zu, sich um die **Evidenzen für die Diagnose und Therapie der Aphasie** zu kümmern. Die Mitglieder der Leitlinien-Arbeitsgruppe trafen sich in der Folge in unregelmäßigen Zeitabständen, um bereits gefundene Evidenzen zu diskutieren und um das weitere Vorgehen abzustimmen. Bei allen Treffen war eine promovierte Leitlinienexpertin anwesend, die zum einen die Diskussionen moderierte und zum anderen darauf achtete, dass **fachliche Standards bei der Ermittlung und Bewertung der Evidenzen** eingehalten wurden.

Bei dem letzten Treffen der Arbeitsgruppe, das in Frankfurt/Main stattfand, wurden die gefundenen Evidenzen und die daraus abgeleiteten Empfehlungen den Gruppenmitgliedern für eine Abstimmung vorgelegt. Damit konnte jedes Gruppenmitglied ein Votum über die Annahme oder Ablehnung einer bestimmten Empfehlung abgeben. Selbstverständlich waren auch Enthaltungen möglich.

Nach dem **Abstimmungsprozess** wurden die Empfehlungen und die Voten an alle beteiligten medizinisch-therapeutisch-pflegerischen Berufsverbände mit der Bitte geschickt, die Empfehlungen nochmals kritisch zu überprüfen. Nachdem dies geschehen war, ist die Leitlinie „Schlaganfall“ unter der AWMF-Register Nummer 053-011 im Internet veröffentlicht worden.

Ergebnisse für die Aphasietherapie

Die Ergebnisse der Leitlinie „Schlaganfall“ für die **Therapie der Aphasien** sind in der Langfassung auf den Seiten 119 und 120 zu finden. In der Kurzfassung sind sie im Teil 2 unter der Überschrift „Therapie nach Schlaganfall“ aufgeführt. Die Patientenleitlinie enthält keine spezifischen Informationen über die Behandlung der Aphasie. Die in der Langfassung enthaltenen Empfehlungen zur **Behandlung der Aphasie** lassen sich in folgenden acht Punkten zusammenfassen:

1. Aphasietherapie sollte **hochfrequent** verordnet werden, wobei die Therapie sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden kann.
2. Beträgt die Therapiefrequenz **zehn Stunden pro Woche**, wird eine **Therapiedauer von drei Wochen** empfohlen.
3. Beträgt die Therapiefrequenz **fünf bis zehn Stunden pro Woche**, wird eine **Therapiedauer von sechs bis acht Wochen** empfohlen.
4. Die Therapiefrequenz ist **unabhängig** von der **Erkrankungsdauer** und der **Schwere der Aphasie** zu verordnen.
5. Im Anschluss an die **hochfrequente Therapie** wird in der **frühen post-Akutphase** (bis drei Monate nach dem Beginn eines Schlaganfalls) eine **niederfrequente Therapie** mit **drei Mal pro Woche** empfohlen.

6. Ab der **späten post-Akutphase** (drei Monate bis zwölf Monate nach Beginn eines Schlaganfalls) sollte die **niederfrequente Therapie zwei Mal pro Woche** stattfinden.
7. Es gibt in der wissenschaftlichen Literatur **keine Hinweise** auf die zeitliche **Dauer der niederfrequenten Therapie** bis zur Wiederaufnahme der hochfrequenten Therapie.
8. Der **Wechsel zwischen hoch- und niederfrequenter Therapie** sollte so lange beibehalten werden, wie sich Lernfortschritte zeigen.

Im Mittelpunkt der Empfehlungen stehen die beiden Aussagen, dass bei einer Aphasie eine **hochfrequente Sprachtherapie** notwendig ist, die unabhängig

- von der Erkrankungsdauer und
- der Schwere der sprachlichen Störungen durchgeführt werden sollte.

Eine Therapie gilt dann als hochfrequent, wenn sie **mindestens vier Mal pro Woche mit einer Dauer von einer Stunde stattfindet.**

Nur unter diesen Bedingungen sind – wie von den Betroffenen und ihren Angehörigen erhofft – **sprachliche Fortschritte** zu erwarten. Da die **Empfehlung der hohen Therapiefrequenz** durch eine Reihe qualitativ hochwertiger Evidenzen abgesichert ist, nimmt sie die **Empfehlungsstärke „A“** ein. Sie sollte damit in der therapeutischen Praxis umgesetzt werden.

Mit dem Hinweis darauf, dass die hohe Therapiefrequenz unabhängig von der Dauer der Erkrankung und der Schwere der Aphasie zu verordnen ist, wird einem therapeutischen Nihilismus vorgebeugt. **Denn es gibt keine Belege dafür, dass ein Patient, bei dem eine Aphasie bereits seit Jahren besteht, weniger von einer Sprachtherapie profitieren würde als ein Patient, die erst seit kurzem unter einer Aphasie leidet.** Ebenso existieren keine Evidenzen dafür, dass bei ausgeprägten Aphasien keine oder nur geringere sprachliche Fortschritte zu erreichen sind als bei leichten Formen der Aphasie.

Da es bis auf zwei Ausnahmen, die die Melodic Intonation Therapie (MIT) und die Constraint Induced Aphasia Therapy (CIAT) betreffen, keine Nachweise für die Effektivität aller anderen Aphasietherapie-Methoden und -materialien gibt, fehlen in der Leitlinie Angaben zur Wirksamkeit einzelner Methoden und Materialien. Aus den fehlenden Nachweisen kann jedoch nicht geschlossen werden, dass eine bestimmte Methode oder die Verwendung bestimmter Materialien unwirksam ist. Vielmehr ist über die Wirksamkeit (noch) nichts bekannt. Sie können

daher in der Praxis (weiter) verwendet werden. Hilfreich wäre es natürlich, wenn Informationen über die Effektivität vorlägen. Es stellt eine zukünftige Aufgabe der Aphasie-Evaluationsforschung dar, die Informationen zu erstellen, um wirksame Methoden und Materialien von unwirksamen unterscheiden zu können.

Zusammengefasst gilt nach dem derzeitigen Wissensstand:

Jede Person mit einer Aphasie sollte eine hochfrequente Sprachtherapie erhalten.

Diese Empfehlung gilt unabhängig vom Alter eines Patienten, dem Schweregrad der Aphasie und der Erkrankungsdauer.

Die hochfrequente Therapie sollte im Wechsel mit einer niederfrequenten Therapie so lange durchgeführt werden, wie sich sprachliche Fortschritte nachweisen lassen.

In den meisten (Rehabilitations)-Kliniken gehört die hochfrequente Aphasietherapie inzwischen zur Routine. Es gibt jedoch auch ambulante Praxen, die eine hochfrequente Therapie anbieten oder sich sogar darauf spezialisiert haben. **Patienten und ihre Angehörigen sollten sich daher bei ihren behandelnden Sprachtherapeuten mit dem Verweis auf die Leitlinie nach einer hochfrequenten Therapie erkundigen.**

Bedeutung für die Aphasietherapie

Die Leitlinie „Schlaganfall“ bedeutet für **Patienten mit einer Aphasie** vor allem eine **verbesserte Sicherheit in der therapeutischen Versorgung**. Der Grund dafür ist, dass sie sich in erster Linie an die Hausärzte wendet, die in der Regel eine **ambulante Logopädie verordnen**. Mit der Leitlinie werden sie darüber informiert, dass Aphasietherapie nur dann effektiv ist, wenn sie abwechselnd hochfrequent und niederfrequent rezeptiert wird. Diesem Procedere kann kein finanzieller Eigennutz der Therapeuten unterstellt werden, da es auf dem zurzeit besten verfügbaren Wissen beruht. Zudem ist es im Abstimmungsprozess von allen Mandatsträgern inklusive der beteiligten Ärzte gebilligt worden.

Trotz der hochwertigen Evidenz für eine **abwechselnd stattfindende hoch- und niederfrequente Aphasietherapie** ist ein Hausarzt allerdings nicht dazu verpflichtet, sie zu verordnen. Denn Leitlinien enthalten Empfehlungen, die keinen Rechtsanspruch darstellen.

Ein Hausarzt hat damit die Freiheit, von der Aphasietherapie-Empfehlung abzuweichen.

Dies lässt sich in der Regel jedoch nicht gut begründen, da **die Therapieempfehlung auf überzeugenden Evidenzen beruht**, die sich nur schwer in Frage stellen lassen.

Die Leitlinie „Schlaganfall“ ist darüber hinaus von externen Gutachtern hinsichtlich ihrer Erstellungs-Qualität geprüft wor-

den. Das Ergebnis der Prüfung, das im Internet unter der Adresse <https://www.leitlinienwatch.de/schlaganfall-2/> zu sehen ist, bescheinigt ihr eine „gute“ Qualität (die Leitlinie erreichte von 18 möglichen Qualitätspunkten 11 Punkte, sie liegt damit im „grünen“ Bereich).

Die Leitlinien-Anwender können daher darauf vertrauen, dass die Empfehlungen auf der Basis akzeptierter wissenschaftlicher Standards erstellt worden sind. Eventuelle Einwände gegen die Empfehlungen werden dadurch nochmals erschwert.

FILMTIPP

Angehörige von Menschen mit Aphasie

Informationsfilm – MITBETROFFEN



Aphasie verändert nicht nur das Leben der Betroffenen mit einem Schlag, sondern auch das des Umfelds, der Partner, der Verwandten oder Angehörigen.

Besonders wichtig ist es daher anzuerkennen, dass Angehörige von Menschen mit Aphasie in gleicher Weise mitbetroffen sind.

Der Film kann über die Geschäftsstelle des Bundesverbandes Aphasie, Klosterstr. 14, 97084 Würzburg oder info@aphasiker.de bezogen werden.

Die Versorgungssicherheit bezieht sich jedoch nicht nur auf die Verordnung von Aphasietherapie, sondern auch auf **die Finanzierung**. Einer eventuellen Weigerung der Kostenträger, die Kosten für eine wechselnde hoch- und niederfrequente Therapie zu übernehmen, kann mit dem **Hinweis auf die gut begründete Leitlinien-Empfehlung** begegnet werden.

Zwar ist es richtig, dass der zurzeit gültige **Heilmittelkatalog** keine im Wechsel stattfindende hoch- und niederfrequente Aphasietherapie vorsieht, **Abweichungen vom Heilmittelkatalog** sind jedoch aufgrund eines **(haus)-ärztlichen Antrags** möglich.

FAZIT

Der **Bundesverband Aphasie** hat mit der Mitarbeit an der Leitlinie **seinen Mitgliedern den Rücken gestärkt**, indem die Leitlinie den Betroffenen **Argumentationshilfen für eine gute therapeutische Versorgung** an die Hand gibt und gleichzeitig bei den (Haus)-Ärzten für eine **Sicherheit in der adäquaten Verordnung logopädischer Therapien** sorgt. Sowohl die Patienten als auch die Hausärzte können sich auf die Leitlinien-Empfehlungen verlassen, da sie

- aktuell,
- gut begründet und im Konsensverfahren von allen an der Schlaganfallsversorgung beteiligten Professionen erstellt worden

sind. **Die Leitlinien-Empfehlungen stellen damit einen Fortschritt für diejenigen dar, die mit einer Aphasie zu tun haben.**

Ergebnisse für die Dysarthrietherapie

Die Behandlungsempfehlungen zur Therapie der Dysarthrie sind in der Langfassung auf Seite 120 zu finden. Sie bestehen aus den drei Angaben, dass

- Patienten, die unter einer Sprechstörung (Dysarthrie) leiden, ebenso wie die Patienten mit einer Aphasie eine adäquate Diagnostik und Therapie erhalten sollen, elektronische und nicht elektronische Hilfsmittel zur Unterstützung einer beeinträchtigten Artikulation verwendet werden sollen und
- dass die Therapie einer Dysarthrie auf die individuellen und spezifischen artikulatorischen Probleme eines Patienten abgestimmt werden soll.

Im Gegensatz zu den Behandlungsempfehlungen bei Aphasie finden sich bei der Dysarthrie keine Angaben darüber, wie häufig die Therapie stattfinden soll. Dies liegt daran, dass es darüber noch keine wissenschaftlich abgesicherten Informationen gibt.

Ergebnisse für die Dysphagietherapie

Die Empfehlungen zur Behandlung der Schluckstörungen sind auf den Seiten 144 bis 146 der Langfassung nachzulesen. Sie beziehen sich darauf, dass

- bei Patienten, die Schluckbeschwerden angeben oder bei denen sich eine Schluckstörung in der Aufnahmediagnostik ergeben hat, eine ausführliche Untersuchung des Schluckens stattfinden soll, auch dann eine umfassende Schluckuntersuchung stattfinden soll, wenn Hinweise auf eine schwere neurologische Erkrankung vorliegen oder wenn Symptome bestehen, die typischerweise gemeinsam mit einer Schluckstörung auftreten, zur Therapie restituierende (wiederherstellende), kompensatorische (ausgleichende) und adaptive (anpassende) Methoden eingesetzt werden sollen und ca. zwei Wochen nach Beginn des Schlaganfalls eine Magensonde gelegt werden soll, wenn abzusehen ist, dass die Schluckstörung länger als vier Wochen bestehen bleiben wird.

Schluss

Bislang konnte auf die Leitlinie „Schlaganfall“ nur über das Internet zugegriffen werden.

Zudem fanden sich die für die Aphasie, Dysarthrie und Dysphagie relevanten Informationen nur in der Langfassung, die für einige Leser eine Herausforderung darstellen mag.



Um diesen beiden Einschränkungen abzuhelfen, sind die Leitlinien-Empfehlungen für die Therapie der Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen in dieser Broschüre zusammengefasst worden. Damit soll der Zugang für alle erleichtert werden, die mit der Rehabilitation von Personen mit einer Aphasie, Dysarthrie oder Dysphagie zu tun haben.

In der Zukunft wird es darum gehen müssen, die Vorgaben des Heilmittelkatalogs an die wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen. Dazu ist eine politische Arbeit in den Gremien notwendig, die für die Aktualisierung des Heilmittelkatalogs zuständig sind. Der Vorstand des BRA wird sich dessen annehmen. Über die Ergebnisse werden die Mitglieder dann in der Verbandszeitschrift informiert.

Außerdem besteht noch die Herausforderung, die Leitlinie „Schlaganfall“ aktuell zu halten. Eine Gültigkeitsdauer von fünf Jahren mag zwar lang erscheinen, tatsächlich verkürzt sie sich jedoch dadurch, dass für die Aktualisierung ein Zeitbedarf von ca. zwei Jahren anzusetzen ist. Damit müssen 2023 die Weichen für die Überarbeitung gestellt werden.

Holger Grötzbach, M. A.

Abteilung Sprachtherapie Asklepios Klinik Schaufling

Wissenschaftlicher Beirat des BRA



Schlaganfall

S3-Leitlinie

AWMF-Register-Nr. 053-011

DEGAM-Leitlinie Nr. 8

Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin e.V.



Mit freundlicher Genehmigung:

Auszug aus der S3-Leitlinie „Schlaganfall“

Quelle: DEGAM, 2020;
www.degam-leitlinien.de
www.awmf.org

Leitlinien sind systematisch entwickelte Empfehlungen, die Grundlagen für die gemeinsame Entscheidung von Ärzten und deren Patienten zu einer im Einzelfall **sinnvollen gesundheitlichen Versorgung** darstellen. Eine Leitlinie kann verständlicherweise nicht alle denkbaren individuellen Situationen erfassen. In begründeten Fällen kann oder muss sogar von einer Leitlinie abgewichen werden. Leitlinien sind juristisch nicht bindend.

Die Leitlinien der **Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin** (DEGAM), der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, zielen auf die Beschreibung angemessenen, aufgabengerechten Handelns im Rahmen hausärztlicher bzw. allgemeinmedizinischer Grundversorgung.

Unbenommen bleibt dabei, dass Hausärzte auch Spezialgebiete beherrschen können und dann dementsprechend in Einzelbereichen eine Spezialversorgung anbieten können; diese hat dann allerdings den Leitlinien einer spezialisierten Versorgung zu folgen.

Zur Weiterentwicklung sind Kommentare und Ergänzungen von allen Seiten herzlich willkommen und sollten bitte gesandt werden an die:

DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien

c/o Institut für Allgemeinmedizin

Universitätsklinik Ulm

Albert-Einstein-Allee 23

89081 Ulm

Tel. +49 (0)731 500 57901

leitlinien@degam.de

© **DEGAM 2020**

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Berlin

Autoren

Frederik M. Mader, Reto Schwenke

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion

Ständige Leitlinien-Kommission der DEGAM

Stand 02/2020

Revision geplant 02/2025

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Alle in diesem Werk enthaltenen Angaben, Ergebnisse usw. wurden von den Autoren und der Herausgeberschaft nach bestem Wissen erstellt. Sie erfolgen ohne jede Verpflichtung oder Garantie. Die DEGAM übernimmt deshalb keinerlei Verantwortung und Haftung für etwa vorhandene inhaltliche Unrichtigkeiten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Die Empfehlungen und Belege in dieser Leitlinie wurden systematisch nach der Qualität der zugrundeliegenden Studien bewertet. Die in Klammern angefügten „levels of evidence“ umfassen:

- a) einen Buchstaben-Code für die Fragestellung der Arbeit(en), auf der die Empfehlung beruht;
- b) eine Ziffer (1–4 bzw. GCP) zur Kennzeichnung des Evidenzlevels aufgrund des Studiendesigns.

Zur Vereinfachung und besseren Übersicht werden daraus Stufen der „Stärke der Empfehlung“ (A bis 0) abgeleitet. In der Regel führt ein bestimmter Evidenzlevel zu einer bestimmten Empfehlungsstärke. Abweichungen sind jedoch möglich. Zur weiteren Erläuterung siehe unter **DEGAM-Autorenmanual**.

Codierung der Empfehlungsstärke

Code Empfehlungsstärke

- A** hohe Empfehlungsstärke
- B** mittlere Empfehlungsstärke
- O** niedrige Empfehlungsstärke

Codierung des Studiendesigns:

Die Einstufung des Studiendesigns als ein Qualitätsmerkmal beruht bei therapeutischen, ätiologischen und prognostischen Fragestellungen überwiegend auf dem Studientyp (z. B. randomisierte kontrollierte Studie, Kohortenstudie usw.). Bei Untersuchungen zu diagnostischen Tests und Symptomen werden auch andere Elemente des Studiendesigns herangezogen. Grundsätzlich steht „1“ für die höchste Stufe (z. B. (Metaanalyse) randomisierte(r) kontrollierte(r) Studien bei therapeutischen Fragestellungen).

Aus der Qualität der einer Empfehlung zugrundeliegenden Evidenz wird der Evidenzlevel wie folgt codiert:

Codierung des Evidenzlevels

(in Anlehnung an die Evidenzgraduierung nach Oxford/Version 2009, verfügbar unter www.cebm.net):

Code Evidenzlevel

1. Metaanalysen oder systematische Reviews (SRs) randomisierter kontrollierter Studien (RCTs) bzw. einzelne RCTs
2. SRs von Kohortenstudien bzw. einzelne Kohortenstudien
3. SRs von Fall-Kontrollstudien bzw. einzelne Fall-Kontrollstudien
4. Fallserien

GCP Good Clinical Practice bzw. Expertenkonsens

Hinweis

Ergänzende Angaben und Ergebnisse der systematischen Literaturübersicht finden sich in einem separaten Leitlinienreport (<http://leitlinien.degam.de>). Hierauf wird im Dokument an entsprechender Stelle verwiesen (s. Leitlinienreport).

Hintergrundinformationen zu bestimmten Ausführungen und Empfehlungen aus der Perspektive einzelner Berufsgruppen finden sich in einem Anhang zu dieser Leitlinie (<http://leitlinien.degam.de>). In den Text der Leitlinie ist nach betreffenden Passagen jeweils ein Verweis zu diesem Anhang eingefügt (z. B. in der Form „s.A6.1.1“).

6.3.2 Sprachliche und Sprechfunktionen¹

Aphasie

Aphasien als Folge eines Schlaganfalls umfassen Störungen der Sprache, die in der Regel auf eine linkshemisphärische Läsion zurückzuführen sind. Im Vordergrund der Aphasie stehen Wortfindungsstörungen, wobei benötigte Wörter zeitverzögert oder gar nicht gefunden werden. Von einer Aphasie können jedoch auch das Sprachverständnis, das Lesen und das Schreiben betroffen sein.

Es ist gut belegt (Evidenzlevel 1b), dass eine hochfrequent durchgeführte Sprachtherapie zu signifikant größeren sprachlichen Fortschritten führt als durch Spontanremission allein zu erwarten wäre. Dies gilt für alle Patienten unabhängig vom Schweregrad und der Zeitdauer ihrer Erkrankung. Es gibt Hinweise, dass die hochfrequente Therapie über einen kurzen Zeitraum erfolgen sollte. Wenn die hochfrequente Therapie mindestens zehn Stunden pro Woche umfasst, können signifikante Verbesserungen in drei Wochen erreicht werden. Wenn das Therapievolumen dagegen aus 5–10 Stunden pro Woche besteht, sollte die Therapie für 6–8 Wochen erfolgen. Im Anschluss daran scheint ein niederfrequentes Therapieintervall günstig zu sein (Evidenzlevel 4), für dessen Dauer jedoch (noch) keine evidenzbasierten Informationen vorliegen.

¹ aus Gründen der besseren Lesbarkeit sind die Literaturverweise entfernt worden.

Es zeigt sich, dass im Anschluss an die hochfrequente Therapie in der frühen post-Akutphase (bis zum vierten Monat nach Krankheitsbeginn) eine niederfrequente Sprachtherapie mit mindestens drei Therapien pro Woche effektiv zu sein scheint. Ab der späten post-Akutphase (mehr als vier Monate nach Krankheitsbeginn) könnte die niederfrequente Therapie mindestens zwei Mal pro Woche stattfinden. Um zu entscheiden, ob mithilfe des regelmäßigen Wechsels zwischen hoch- und niederfrequenter Therapie sprachliche Fortschritte erreicht werden, sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen mit validen Messinstrumenten erforderlich. Der regelmäßige Wechsel zwischen hochfrequenter und niederfrequenter Aphasiotherapie kann so lange beibehalten werden, wie sich Lernfortschritte zeigen. Die Behandlung wird über einen gewissen Zeitraum durchgeführt, dann muss die Indikation dafür erneut überprüft werden.

6.3.19 Evidenzbasierte Empfehlung

<p>Bei einer Aphasie soll eine hochfrequente Sprachtherapie angeboten werden unabhängig von der Erkrankungsdauer und von der Schwere der sprachlichen Ausfälle.</p>	<p>Empfehlungsgrad A</p>	<p>Level of evidence 1 b</p>	<p>Ergebnis Konsensverfahren</p> <p>Ja 14</p> <p>Nein 1</p> <p>Enthaltung 5</p>
--	-------------------------------------	---	---

Dysarthrie

Dysarthrien treten nach 20 % der Schlaganfälle auf. Sie können zeitgleich mit einer Dysphagie und/oder einer Aphasie auftreten und sind von einer Sprechapraxie abzugrenzen. Die Dysarthrie ist eine erworbene, neurologisch bedingte Sprechstörung, bei der die Verständlichkeit beeinträchtigt ist aufgrund geschwächter, ungenauer, verlangsamter oder unkoordinierter motorischer Kontrolle der Sprechmuskulatur. Es können die Funktionskreise Atmung, Stimmgebung und orale und/oder velopharyngeale Artikulation betroffen sein.

Das Sprechen ist weniger verständlich (z. B. verwaschenes Sprechen, starke Hypernasalität) und klingt weniger natürlich (z. B. sehr leise, monoton, verlangsamt, mit Silbenverkürzungen). Dies führt dazu, dass Gespräche deutlich erschwert werden. Die Auswirkung geht über die Kommunikation hinaus, sie betrifft auch die psychosoziale Funktionsfähigkeit: Die Betroffenen verlieren ihr Selbstvertrauen und laufen Gefahr in soziale Isolation zu geraten. Eine Therapie kann auch in der chronischen Phase der Erkrankung wirkungsvoll sein. Die Kommunikation kann durch Einsatz von Hilfsmitteln trainiert werden.

6.3.20 Evidenzbasierte Empfehlung

<p>Patienten mit einer Dysarthrie sollte eine sprachtherapeutische Diagnostik und Therapie angeboten werden.</p>	<p>Empfehlungsgrad B</p>	<p>Level of evidence 3-4</p>	<p>Ergebnis Konsensverfahren Ja 17 Nein 0 Enthaltung 3</p>
---	---------------------------------	-------------------------------------	--

6.3.21 Evidenzbasierte Empfehlung

<p>Das Sprechen soll bei Bedarf durch den Einsatz von elektronischen und nicht elektronischen Hilfsmitteln unterstützt werden.</p>	<p>Empfehlungsgrad A</p>	<p>Level of evidence 4-5</p>	<p>Ergebnis Konsensverfahren Ja 15 Nein 1 Enthaltung 4</p>
---	---------------------------------	-------------------------------------	--

6.3.22 Evidenzbasierte Empfehlung

<p>Sprechmotorisches Übungstraining sollte individuell auf die spezifischen Schwierigkeiten der Patienten zugeschnitten werden.</p>	<p>Empfehlungsgrad B</p>	<p>Level of evidence 2-3</p>	<p>Ergebnis Konsensverfahren Ja 17 Nein 0 Enthaltung 3</p>
--	---------------------------------	-------------------------------------	--

Dysphagie

In den ersten drei Tagen der Akutphase des Schlaganfalls liegt bei 42-67 % der Patienten eine Dysphagie vor. Die Hälfte davon aspiriert Nahrung, ein Drittel entwickelt eine Pneumonie. Einen Monat nach dem Schlaganfall besteht bei 15 % der Patienten noch eine Dysphagie.

Eine Dysphagie kann neben einer Aspiration (mit der möglichen Folge einer Pneumonie) zu Mangelernährung, Dehydratation und Gewichtsverlust führen. Dadurch schränkt sie die Lebensqualität ein. Eine Aspiration kann aufgrund einer gestörten laryngealen Sensibilität auch ohne offensichtliche Anzeichen erfolgen (stille Aspiration).

Patienten mit einer schlaganfallbedingten Dysphagie haben ein 12fach erhöhtes Risiko für eine Aspirationspneumonie. Bei diesen Patienten bestehen im Vergleich zu Patienten ohne Dysphagie eine erhöhte Morbidität und Mortalität. Eine frühzeitige Erkennung und Diagnostik der Dysphagie ist daher wichtig.

Bei auffälligem Screening werden in einer klinischen Schluckuntersuchung wertvolle Informationen über den Schluckablauf gewonnen. Zur Diagnostik der stillen Aspiration und zur Evaluation der Dysphagietherapie wird u. a. auf die transnasale Endoskopie oder die Videofluoroskopie zurückgegriffen.

6.3.72 Evidenzbasierte Empfehlung

<p>Bei Patienten mit Schluckbeschwerden und/oder pathologischen Screeningbefund sollte ein weiterführendes Assessment der Schluckfunktion angeboten werden.</p>	<p>Empfehlungsgrad B</p>	<p>Level of evidence 2-3</p>	<p>Ergebnis Konsensverfahren</p> <p>Ja 16</p> <p>Nein 0</p> <p>Enthaltung 4</p>
--	---------------------------------	-------------------------------------	--

6.3.73 Evidenzbasierte Empfehlung

<p>Patienten ohne pathologischen Screeningbefund, bei denen aber andere etablierte klinische Prädiktoren für das Vorliegen einer Dysphagie bzw. deren Komplikationen vorhanden sind (wie insbesondere ein insgesamt schweres neurologisches Defizit, eine Dysarthrie, eine Aphasie oder eine ausgeprägte faziale Parese), sollte ebenfalls ein weiterführendes Assessment angeboten werden.</p>	<p>Empfehlungsgrad B</p>	<p>Level of evidence 2-3</p>	<p>Ergebnis Konsensverfahren</p> <p>Ja 15</p> <p>Nein 0</p> <p>Enthaltung 5</p>
--	---------------------------------	-------------------------------------	--

6.3.74 Evidenzbasierte Empfehlung

<p>Patienten mit einer Dysphagie soll eine oropharyngeale Schluckrehabilitation angeboten werden, die sich aus restituierenden, kompensatorischen und/oder adaptiven Maßnahmen zusammensetzt.</p>	<p>Empfehlungsgrad A</p>	<p>Level of evidence 1 b</p>	<p>Ergebnis Konsens- verfahren</p> <p>Ja 14</p> <p>Nein 0</p> <p>Enthaltung 6</p>
--	-------------------------------------	---	---

Dabei ist die Art der Schluckstörung, die Motivation und Kognition des Patienten zu berücksichtigen.

6.3.75 Evidenzbasierte Empfehlung

<p>Ist enterale Ernährung voraussichtlich länger erforderlich (>28 Tage), soll, bei nicht palliativer Intention, nach 14–28 Tagen die Anlage einer PEG-Sonde angeboten werden.</p>	<p>Empfehlungsgrad A</p>	<p>Level of evidence 1 b</p>	<p>Ergebnis Konsens- verfahren</p> <p>Ja 12</p> <p>Nein 0</p> <p>Enthaltung 8</p>
--	-------------------------------------	---	---



Leben mit Aphasie

Umfangreicher Ratgeber für Betroffene und Interessierte

Aphasie – was ist das? Ursachen, Kommunikation, Begleiterscheinungen, Therapie usw.

56 Seiten



Aphasie bei Kindern und Jugendlichen

Häufigste Ursache ist das Schädel-Hirn-Trauma. Kindliche Aphasien unterscheiden sich im Erscheinungsbild und Verlauf erheblich von Aphasien bei Erwachsenen.

ISBN 978-3-8248-0631-7
Schulz-Kirchner-Verlag Idstein



Wenn die Angst das Sprechen blockiert –

Ratgeber für Betroffene und Interessierte



PictoCom

Kommunikationshilfe wenn die Worte fehlen



Aphasie und Autofahren

Die wichtigsten Tipps



Der Umgang mit Depressivität bei Aphasie

Ratgeber für Betroffene und Angehörige



Aphasie-Ausweis

im praktischen Taschenformat

Alle Infomaterialien können kostenfrei unter



www.aphasiker.de unter der Rubrik „Service“ bestellt werden.

Aphasie, Selbsthilfe und Therapie

Der Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e. V. (BRA) ist die Interessenvertretung der aphasischen Menschen und ihrer Angehörigen in Deutschland.

Als gemeinnütziger Verein informieren und beraten wir bundesweit und unabhängig zum Thema „Aphasie“.

Sie erhalten bei uns:

Flyer und Broschüren zur ersten Information

Ratgeber und Filme

Kontakt zu regionalen Selbsthilfegruppen

Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch und Kennenlernen

- Aphasie-Landesverbände
- rund 250 regionale Aphasie-Selbsthilfegruppen
- Aphasie-Zentren
- Seminare und Begegnungswochenenden für Betroffene, Angehörige und Familien

Übrigens ...

... unser Beratungsangebot für Menschen mit Aphasie und ihre Angehörigen müssen wir ausschließlich über Spenden und Mitgliedsbeiträge finanzieren. Bitte unterstützen Sie unsere Arbeit durch eine Spende oder werden Sie Mitglied und schließen sich dem Bundesverband Aphasie e. V. an.

Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: **DE57 3702 0500 0007 0609 00** · BIC: BFSWDE33XXX

Mitglied werden: Informationen telefonisch oder per E-Mail



**Bundesverband für die
Rehabilitation der Aphasiker e.V.**

– Bundesverband Aphasie –

Klosterstraße 14 · 97084 Würzburg

Telefon: 09 31/25 01 30-0

Fax: 09 31/25 01 30-39

E-Mail: info@aphasiker.de

www.aphasiker.de

Gefördert durch

DAK
Gesundheit

Für die Inhalte dieser Broschüre ist die SH-Organisation verantwortlich. Etwaige Leistungsansprüche gegenüber der Krankenkasse sind hieraus nicht ableitbar.

Wir bedanken uns für die finanzielle Unterstützung!