



Zusammenfassende Dokumentation

Beratungsverfahren Veranlasste Leistungen

Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie
mit Blick auf eine intensivierete Sprechtherapie bei der
Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)

Vom 12. April 2024

Unterausschuss Veranlasste Leistungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de



Inhalt

A	Beschluss und Tragende Gründe	6
A-1	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V.....	6
B	Literaturrecherche und Expertenbefragung.....	7
B-1	Stellungnahmen der FBMed	7
B-1.1	Recherche „Intensiv- und Intervalltherapie im Rahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ vom 24. Januar 2020	7
B-1.2	Recherche „Intervall- und Intensivtherapien zur Behandlung von Redeflussstörungen: Darstellung formaler und inhaltlicher Aspekte“ vom 22. Juni 2020 sowie „Bewertung der therapeutischen Angebote“ durch die AG HeilM-RL vom 24. Juni 2020.....	7
B-1.3	Recherche „Darstellung ausgewählter Angebote mit Intervall- und Intensivtherapie zur Behandlung von Redeflussstörungen“ vom 07. Juni 2021	7
B-1.4	Recherche zur „Intensivierten Stottertherapie“ (ambulant) vom 30. August 2022 ...	7
B-1.5	Abgleich der „Literatur aus der Expertenbefragung zur Therapie von Redeflussstörungen in Form intensivierter Therapie oder Intensivtherapie“ vom 03. Juli 2023 mit den bisherigen Rechercheergebnissen der FBMed	7
B-2	Expertenbefragung.....	7
C	Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens.....	8
C-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	8
C-2	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens	8
C-3	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	8
C-4	Übersicht	8
C-4.1	Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde	8
C-4.2	Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisationen/Institutionen	9
C-5	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens.....	9
C-6	Schriftliche Stellungnahmen	9
C-6.1	Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen	10
C-6.2	Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen	34
C-7	Mündliche Stellungnahmen	35
C-7.1	Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten.....	35
C-7.2	Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren.....	36
C-7.3	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen.....	37
C-8	Würdigung der Stellungnahmen	37
D	Anlagen	38
D-1	Stellungnahme der FBMed vom 24.01.2020	38

D-2	Stellungnahme der FBMed vom 24.06.2020	38
D-3	Stellungnahme der FBMed vom 07.06.2021	38
D-4	Stellungnahme der FBMed vom 30.08.2022	38
D-5	Stellungnahme der FBMed vom 03.07.2023	38
D-6	Expertenbefragung.....	38
D-7	Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde	38
D-8	Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden	38
D-9	Schriftliche Stellungnahme der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten e. V.	38
D-10	Schriftliche Stellungnahme des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände e. V.	38
D-11	Schriftliche Stellungnahme des Deutschen Bundesverbandes der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V.....	38
D-12	Schriftliche Stellungnahme des LOGO Deutschland e. V.....	38
D-13	Wortprotokoll der Anhörung	38
D-14	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V.....	38
D-15	Beschluss	38
D-16	Tragende Gründe	38

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BAz	Bundesanzeiger
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
FBMed	Fachberatung Medizin des G-BA
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA VL	Unterausschuss Veranlasste Leistungen
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

A Beschluss und Tragende Gründe

Der Beschluss zur Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie und die Tragenden Gründe zum Beschluss sind im Kapitel D abgebildet.

A-1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V

Die Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V wird nach Beschlussfassung veranlasst. Nach Vorliegen des Prüfergebnisses ist dieses in Kapitel D abgebildet.

B Literaturrecherche und Expertenbefragung

Im Folgenden werden die im Verlauf des Beratungsverfahrens in Auftrag gegebenen Stellungnahmen der Fachberatung Medizin (FBMed) des G-BA vorgestellt sowie die durchgeführte Expertenbefragung abgebildet.

B-1 Stellungnahmen der FBMed

B-1.1 Recherche „Intensiv- und Intervalltherapie im Rahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ vom 24. Januar 2020

Die Stellungnahme der FBMed zu dieser Recherche ist in Kapitel D-1 abgebildet.

B-1.2 Recherche „Intervall- und Intensivtherapien zur Behandlung von Redeflussstörungen: Darstellung formaler und inhaltlicher Aspekte“ vom 22. Juni 2020 sowie „Bewertung der therapeutischen Angebote“ durch die AG HeilM-RL vom 24. Juni 2020

Die Stellungnahme der FBMed zu dieser Recherche ist in Kapitel D-2 abgebildet.

B-1.3 Recherche „Darstellung ausgewählter Angebote mit Intervall- und Intensivtherapie zur Behandlung von Redeflussstörungen“ vom 07. Juni 2021

Die Stellungnahme der FBMed zu dieser Recherche ist in Kapitel D-3 abgebildet.

B-1.4 Recherche zur „Intensivierten Stottertherapie“ (ambulant) vom 30. August 2022

Die Stellungnahme der FBMed zu dieser Recherche ist in Kapitel D-4 abgebildet.

B-1.5 Abgleich der „Literatur aus der Expertenbefragung zur Therapie von Redeflussstörungen in Form intensivierter Therapie oder Intensivtherapie“ vom 03. Juli 2023 mit den bisherigen Rechercheergebnissen der FBMed

Die Stellungnahme der FBMed zu dieser Recherche ist in Kapitel D-5 abgebildet.

B-2 Expertenbefragung

Das Ergebnis der Expertenbefragung ist in Kapitel D-6 abgebildet.

C Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens

C-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Der UA VL hat in seiner Sitzung am 17. Oktober 2023 den in Kapitel C-4.1 aufgeführten Organisationen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme für dieses Beschlussvorhaben erteilt.

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bundesärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V sowie
- Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V mit Ausnahme der stellungnahmeberechtigten Organisationen für den Themenbereich Ernährungstherapie sowie
- VDB-Physiotherapieverband e. V. – Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbstständigen in der Physiotherapie e. V. (1. Kapitel § 8 Abs. 2 Satz 1 lit. a) VerFO G-BA)

Der UA VL hat folgende weitere Institutionen/Organisationen, denen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO für dieses Beschlussvorhaben Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu erteilen war, festgestellt:

- Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten e. V.

C-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der UA VL beschloss in seiner Sitzung am 17.10.2023 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen (s. Kapitel D-7 und D-8) wurden den Stellungnahmeberechtigten am 17.10.2023 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

C-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

C-4 Übersicht

C-4.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme	Bemerkungen
gemäß § 91 Absatz 5 SGB V		
Bundesärztekammer		Verzicht
Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V (mit Ausnahme der stellungnahmeberechtigten Organisationen für den Themenbereich Ernährungstherapie)		
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)		
Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	14.11.2023	
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs)		
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba)	14.11.2023	
LOGO Deutschland e.V. Selbständige in der Logopädie	14.11.2023	
Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED) e.V.		Verzicht
Verband der deutschen Podologen e. V. (VDP)		
Bundesverband für Podologie e.V.		
gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt Verfo		
VDB-Physiotherapieverband e.V. - Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie e.V.		
Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten e.V.	10.11.2023	

C-4.2 Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisationen/Institutionen

Es wurden unaufgefordert keine Positionierungen abgegeben.

C-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Die Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens sind in den Kapiteln D-7 und D-8 abgebildet.

C-6 Schriftliche Stellungnahmen

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in den Kapiteln D-9 bis D-12 abgebildet.

C-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapiteln D-9 bis D-12 abgebildet. In der nachstehenden Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

C-6.1.1 Grundsätzliche Anmerkungen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
1.	ivs	<p>Ausgangssituation</p> <p>Die Versorgungslage stotternder Menschen hat sich mit der Neuformulierung der Heilmittelrichtlinie 2021 verschlechtert und ist geradezu gefährdet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wartezeit: Die Wartezeit bei auf Stottern spezialisierte Therapeuten beträgt (bei Nachmittagsplätzen) mind. 6 bis zu 12 Monate. Kinder/Jugendliche mit Nachmittagsunterricht, ebenso Erwachsene haben meist nur enge verfügbare Time Slots (ab ca. 16.00 – 18.00 Uhr). Hierfür einen freien Platz zu finden, ist äußerst schwierig, insbesondere in Zeiten des Fachkräftemangels. Intensivierte Angebote zu Ferien - oder Wochenendzeiten können hier rein organisatorisch für Entlastung sorgen. • Verfügbare TherapeutInnen: zahlreiche Eltern und stotternde Erwachsene aus ländlicher Region berichten, dass keine auf Stottern spezialisierte Therapeuten im Umkreis verfügbar sind. • Reduzierung des vorhandenen Therapieangebotes: seit Jahrzehnten erprobte Intensiv-Intervall-Therapien vor allem auch für schwer stotternde Menschen sind nicht mehr durchführbar. 	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Hier werden vorwiegend organisatorische und nicht medizinisch-therapeutische Probleme adressiert, welche nicht im Regelungsbereich der AG HeilM-RL liegen und nicht vorrangig durch die Änderung der HeilM-RL verursacht wurden.</p> <p>Durch die Änderungen der HeilM-RL besteht vielmehr die Möglichkeit einer Behandlungszeit je Tag von bis zu 120 Minuten als Einzeltherapie, oder bis zu 150 Minuten als eine Mischung aus Einzel- und Gruppentherapie oder von bis zu 180 Minuten als Gruppentherapie. Sofern die orientierende Behandlungsmenge von 50 Therapieeinheiten nicht ausreicht, können bei medizinisch begründetem Bedarf weitere Therapieeinheiten genehmigungsfrei verordnet werden.</p>	Keine Änderung am BE

		<ul style="list-style-type: none"> • Stottern ist im Vorschulalter heilbar. In der S3-Leitlinie Redeflussstörung (Neumann 2016)¹ wird eine frühe Intervention zur Unterstützung einer Remission empfohlen. Durch ein Chronifizierung ist die Gefahr einer eingeschränkten Lebensqualität und Teilhabe stark erhöht, ebenso sind die damit verbundenen Folgekosten zu bedenken. Jedoch: Es sind keine Therapieplätze bei auf frühkindliches Stottern spezialisierten Therapeutendirekt verfügbar. Wartezeiten zwischen 6 – 12 Monate sind kontraindiziert und erhöhen die Gefahr einer Chronifizierung. • Lösung: In Randzeiten angebotene Intensiv-Intervall-Therapien verlagern für Kinder und Jugendliche im Schulalter sowie für Erwachsene Therapiemöglichkeiten und ergänzen das Behandlungsangebot. 		
2.	ivs	<p>Die ivs hat mit großer Irritation die Entscheidung des G-BA zu Kenntnis genommen.</p> <p>Der G-BA hat einen Beschlussentwurf über eine Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierete Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern) vorgelegt.</p> <p>Aus den vorliegenden Tragenden Gründen für diese Entscheidung entnehmen wir, dass per Definition nun zwischen intensivierter und Intensiv- Therapie unterschieden werden soll.</p> <p>Unser Anliegen, welches wir mit unserem Schreiben an den G-BA vorgetragen haben, bezieht sich explizit auf die Intensiv-Intervall-Therapie im Gruppenformat. Wir gehen davon aus, dass der vom</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Eine einheitliche Definition einer „Intensiv-Intervall-Therapie“, aber auch einer intensivierten Therapie existiert nicht, was auch in der Expertenbefragung bestätigt wurde. Von der Expertin wurde eine nachvollziehbare inhaltliche Differenzierung der aktuell nicht verbindlich definierten und uneinheitlich verwendeten Begrifflichkeiten „Intensivtherapie“ und „intensivierete Sprechtherapie“ dargestellt, an der sich der G-BA im Rahmen der Abgrenzung der einzelnen Therapiekonzepte orientiert hat.</p> <p>Die „Intensiv-Intervall-Therapien“, welchen zudem zum Teil ein multimodales Therapiekonzept (Einbezug weiterer</p>	Keine Änderung am BE

¹ Neumann, K., Euler, H., Bosshardt, H., Cook, S., Sandrieser, P., Schneider, P., Sommer, M. & Thum, G. (2016). Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie, www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/049-013.html

	<p>G BA vorgelegte Beschlussentwurf eigentlich eine Nichtänderung bzgl. der Intensiv-Intervall-Therapie bei Stottern meint.</p> <p>Diese Entscheidung lässt sich weder aus klinischen, wissenschaftlichen, wirtschaftlichen oder berufspolitischen Gründen nachvollziehen.</p> <p>Wir fordern den G-BA dringend auf, diesen Beschluss zu überdenken und eine Lösung zur weiteren Durchführbarkeit der Intensiv-Intervall-Therapie aufzuzeigen (s.u. Vorschlag für eine alternative Lösung).</p> <p>Bei der Durchsicht der Tragenden Gründe wurde deutlich, dass die Dimension der anstehenden Entscheidung vom G-BA weder fachlich noch formal (Recherche) angemessen behandelt wurde.</p> <p>Die den vorrangig von der G-BA - Beschlussfassung betroffenen Konzepten zugrunde liegende Methode (Modifikationsansatz nach Van Riper) ist in Deutschland Best Practice und seit Jahrzehnten weltweiter Therapiestandard. Das Intensiv-Intervall Gruppenangebot existiert seit Jahrzehnten (z.B. VIERMALFÜNF seit 1986; Stärker als Stottern seit 2002) und wurde von den GKV's erstattet.</p> <p>Die Entscheidung des G-BA bezieht sich somit richtigerweise auf eine Reduzierung des vorhandenen Versorgungsangebotes im Bereich Stottern.</p> <p>Dabei besteht wissenschaftlicher und klinischer Konsens über die Wirksamkeit von Gruppen- und Intensivtherapien. Eine Intensivtherapie von mindestens 100 Therapiestunden mit einem strukturierten Nachsorgekonzept wird von ExpertInnen als effektivstes Therapiekonzept betrachtet. Dem schließen sich an:</p>	<p>Fachgruppen wie zum Beispiel der Physiotherapie) zugrunde liegt und welche zum Teil nicht rein ambulant erbracht werden, sind nicht von der HeilM-RL umfasst und waren nicht Gegenstand des Beratungsverfahrens. Für solche Therapiekonzepte wäre zu prüfen, ob ggf. eine Methodenbewertung nach § 135 SGB V durchzuführen wäre.</p> <p>Die etablierten sprechtherapeutische Techniken (z. B. Stottermodifikation nach Van Riper, Fluency Shaping) wurden in dem Beratungsverfahren grundsätzlich nicht bewertet bzw. hinterfragt.</p>	
--	--	---	--

	<p>Andrews et al. 1990², Boberg³, Kully 1985, 1994, Guitar (ab Auflage 1991)⁴. Bloodstein et al. (2021)⁵ plädieren zwingend für eine idiografische Vorgehensweise. TherapeutInnen sollten ein breites Spektrum an Interventionen anerkennen, um individualisierte Behandlungen anzubieten. Eine gute Versorgung bedarf einer Vielfalt an Therapieangeboten. Diese Vielfalt ist nun mit der Entscheidung des G-BA stark gefährdet.</p> <p>In der Entscheidung des G-BA wird den aktuellen Modellen und damit der Mehrdimensionalität des Stotterns keine Rechnung getragen (vgl. Modell von Packman und Attanasio (Packman 2012)).</p> <p>Eine ausgeprägte Symptomatik mit hoher Stotterrate und hoher psychosozialer Belastung erfordert zwingend ein systematisches und intensives Vorgehen. Um die Konditionierungsprozesse zu unterbrechen, hat sich hierfür gerade das Intensiv-Intervall-Therapie Format bewährt.</p> <p>Zudem gilt aus organisatorischer Perspektive zu berücksichtigen, dass in der extensiven ambulanten logopädischen Versorgung (meist 45 min) wesentliche Therapieinhalte wie In-Vivo-Übungen für schwer betroffene PatientInnen nur ungenügend umgesetzt werden können.</p> <p>Außerdem haben sich in vivo Übungen in der Gruppe aufgrund der Synergieeffekte als sehr wirkungsvoll herausgestellt. In der ambulanten Therapie sind Gruppensettings kaum durchführbar</p>		
--	---	--	--

2 Andrews G, Guitar B, Howie P. Meta-analysis of the effects of stuttering treatment. J Speech Hear Disord 1980 Aug 1;45(3):287-307.

3 Boberg, E., & Kully, D. (1985). Comprehensive Stuttering Program. San Diego: College-Hill Press.

Boberg, E., & Kully, D. (1994). Long-term results of an intensive treatment program for adults and adolescents who stutter. Journal of Speech and Hearing Research, 37, 1050–1059.

4 Guitar B. Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

5 Bloodstein, J., Ratner, N.B. & Brundage S.B. (2021). A handbook on stuttering. 7. Aufl. San Diego: Plural Publishing

		(organisatorisch, zu wenig von Stottern betroffene Peer-Group-Mitglieder).		
3.	ivs	<p>Strukturelle Aspekte</p> <p>Spezialisierte Stottertherapien, wie sie bei schwerer Symptomatik i.d.R. erforderlich sind, sind in Deutschland aus nachvollziehbaren Gründen nicht flächendeckend vorhanden (siehe oben, Stichworte: lange Wartezeiten in logopädischen Praxen, Fachkräftemangel insbesondere bei auf Stottern spezialisierte TherapeutInnen).</p> <p>Nach einer möglicherweise erfolglosen regional verfügbaren Therapie, sind überregional verfügbare auf Stottern spezialisierte Angebote für PatientInnen alternativlos. Gleiches gilt für erfolglose stationäre Intensivtherapie.</p> <p>Aufgrund der erforderlichen Anreisezeiten und Kosten für die Unterkunft ist ein nur intensiviertes Angebot überregional nicht umsetzbar. Eine zeitliche Strukturierung von bspw. 4 x 90 min Gruppentherapie am Tag an 3-5 aufeinanderfolgenden Tagen hat sich in der Jugendlichen- und Erwachsenentherapie bewährt. Für Konzepte, die für Kinder in den Ferien angeboten werden, sind auch andere zeitliche Strukturierungen möglich. Über einen Jahreszeitraum betrachtet, sind die Therapieeinheiten mit einer extensiven / intensivierten ambulanten Therapie vergleichbar.</p>	<p>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe lfd. Nummer 2</p>	Keine Änderung am BE
4.	ivs	<p>Analyse der vorhandenen Therapiekonzepte</p> <p>Aus den Tragenden Gründen ist abzulesen, dass die IMS-Therapie im Intensivformat in die Recherche einbezogen wurde. Verwunderlich erscheint dabei, dass keine Würdigung der herausragenden Qualität des Konzeptes erfolgte. Die IMS verfügt sowohl über eine detaillierte Beschreibung der Vorgehensweise (Manual) als auch über einen Nachweis der Evidenz (Natke et al</p>	<p>Kenntnisnahme.</p> <p>Die Angebote VIERMALFÜNF-Therapie sowie Stärker als Stottern zur Behandlung von Redeflussstörungen (Stottern) wurden in der Stellungnahme der FBMed vom 22. Juni 2020 berücksichtigt und daraufhin durch die AG HeilM-RL bewertet.</p> <p>Siehe lfd. Nummer 2</p>	Keine Änderung am BE

		<p>2010)6, womit sie höchsten internationalen Maßstäben in der Stottertherapie entspricht. Die im deutschsprachigen verfügbaren anerkannten Therapieverfahren intensiver Therapien wurden zum Großteil nicht berücksichtigt (siehe Übersicht Kohmäscher & Primaßin 2023)7.</p> <p>Nicht berücksichtigt wurde vom G-BA die VIERMALFÜNF Therapie. Sie gehört zu den Pionierleistungen in der modernen deutschen Stottertherapie und existiert seit 37 Jahren. Wie die IMS basiert sie auf dem Van Riper Konzept, mit den entsprechenden zeitgemäßen Anpassungen. Auch für die VIERMALFÜNF liegt der Nachweis der Evidenz in Form einer als Pilotstudie einzustufenden Untersuchung vor (Axt 2015)8.</p> <p>Ebenfalls nicht berücksichtigt wurde das Konzept Stärker als Stottern. Auch hierfür liegt eine detaillierte Beschreibung der Vorgehensweise (Thum / Mayer, 2014)9 vor. Daten zur Evidenz des Intensiv-Gruppenformates befinden sich in Veröffentlichung durch Prof. Stefan Heim (Uniklinik RWTH Aachen). Ebenso gibt es in der S3-Leitlinie Redeflussstörungen hierzu Belege über vorhandene Studien des methodenkombinierten Ansatzes (Neumann et al. 2016, S. 101).</p> <p>Alle o.g. Therapiekonzepte fallen unter die entsprechenden Empfehlungen in der S3-Leitlinie Redeflussstörungen.</p>		
5.	ivs	<p>Wirtschaftlichkeit</p> <p>Die Intensiv-Intervall Therapie kann im Vergleich zur</p>	<p>Kenntnisnahme.</p> <p>Die HeilM-RL nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V wird</p>	<p>Keine Änderung am BE</p>

6 Natke, U.; Alpermann, A.; Heil, W.; Kuckenberger, S.; Zückner, H. (2010). Langzeiteffekte der Intensiv-Modifikation Stottern (IMS). Sprache, Stimme, Gehör (03)

7 Kohmäscher, A., Primaßin A. (2023). Stottern therapieren. Ein Ratgeber von Kindheit bis ins Erwachsenenalter. Köln: Demosthenes

8 Axt, Juliane (2015): Evaluierung der VIERMALFÜNF Intensiven Intervall Therapie Stottern. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Slavistik und Sprechwissenschaft

9 Thum, G; Mayer, I. (2014). Stottertherapie bei Kindern und Jugendlichen: Reinhardt Verlag

		<p>Regelversorgung bei schwer stotternden PatientInnen kosteneffizienter sein. Es werden kostengünstigere Gruppen-Therapie-Sätze abgerechnet. Strukturelle Vorteile (Gestaltung von In-Vivo-Einheiten, gruppentherapeutische Synergieeffekte etc.) erhöhen den Vorteil. Vergleichskalkulationen liegen der Bundesvereinigung Stottern und Selbsthilfe e.V. vor und sollten in den Diskussionsprozess des G-BA eingeflossen sein.</p>	<p>vom G-BA zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen; Beschlüsse über eine Änderung/Nicht-Änderung der RL werden im Beratungsprozess u.a. im Hinblick auf ihre Wirtschaftlichkeit geprüft.</p> <p>Die Heilmittel-RL sieht den Vorrang von Gruppentherapien gegenüber Einzeltherapien bereits vor und Gruppentherapien sind als 45 und 90-Minütige Therapie im Heilmittelkatalog aufgeführt.</p>	
6.	ivs	<p>Vorschlag für eine alternative Regelung</p> <p>Ausgangspunkt unseres Schreibens an den G-BA war, dass sich viele GKV's mit Einführung der neuen HMRL in 2021 weigerten, die vormals als Verordnung außerhalb des Regelfalls möglichen Therapien per Einzelfallentscheidung weiterhin zu ermöglichen, da die die GKV's keinen rechtlichen Spielraum über die HMRL hinaus erkennen konnten.</p> <p>Lösung: Der G-BA verabschiedet eine Empfehlung, dass die GKV's Intensiv-Intervall-Therapie per Einzelfallentscheidung weiterhin ermöglichen dürfen. Hierfür sind Rahmenempfehlungen zu formulieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnung durch den Arzt • Festlegung max. Gesamtanzahl der Therapieeinheiten im Jahr • Verrechnung der Frequenz im Intensivabschnitt mit der Null-Frequenz im therapiefreien Abschnitt, sodass keine Abweichung von der Heilmittelrichtlinie eintritt • Festlegung der maximal möglichen Therapieeinheiten je Tag •Begründung für Teilnahme an Intensiv-Intervall-Therapie durch PatientInnen /VorbehandlerInnen nach festzulegendem Schema • einfache Prüfung durch die GKV's nach Plausibilität (keine weiteren Gutachten etc.) <p>Die GKV's erhalten nach den Therapieabschnitten einen ausführlichen Behandlungsbericht (Kopie des Berichtes an den behandelnden Arzt).</p> <p>Die Genehmigung wird jeweils zeitnah für jeden Therapieabschnitt erteilt (analog zum vielfach erprobten Verfahren mit zahlreichen GKV's).</p> <p>Die ivs ist offen für gemeinsam zu erarbeitende Vorschläge, um:</p>	<p>Kenntnisnahme.</p> <p>Wie in der Stellungnahme der FBMed vom 22. Juni 2020 aufgeführt, können und werden auch gegenwärtig Intensivtherapien durch Krankenkassen, teilweise in Einzelfallentscheidungen, genehmigt. Es bestehen zudem regionale Kooperationsverträge zwischen Krankenkassen und Therapieanbietern.</p> <p>Die S3-Leitlinie "Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen" kann hierzu medizinisch-therapeutische Empfehlungen für eine Intensivtherapie enthalten.</p> <p>Empfehlungen an Krankenkassen für Einzelfallentscheidungen liegen nicht im Regelungsbereich des G-BA.</p>	Keine Änderung am BE

		<ul style="list-style-type: none"> • einen Standard für leitliniengerechte, evidenzbasierte Therapieformen festzulegen, • Therapieergebnisse zu evaluieren (z.B. unter Leitung von Prof. Kohmäscher), • idiografisch begründete Therapieangebote für GKV-Versicherte zu gewährleisten • kosteneffiziente Rahmenbedingungen festzulegen 		
7.	ivs	<p>Zusammenfassung Stellungnahme ivs</p> <p>Mit der Entscheidung des G-BA werden vom Stottern stark betroffene gesetzlich Versicherte von weltweit klinisch erprobten und gut dokumentierten, leitliniengerechten Best-Practice-Konzepten der Intensiv-Intervall Therapie ausgeschlossen.</p> <p>Der G-BA muss im Sinne der Patientenrechte (Anspruch auf eine sorgfältige und qualifizierte Behandlung) nachweisen, dass diese Therapieformen den extensiven oder intensivierten Therapieformaten unterlegen und damit auch für Spezialfälle nicht mehr erforderlich sind. Dieser Nachweis fehlt in den vorgelegten Tragenden Gründen.</p> <p>Die hohe Diversität der Problemlagen bei Stottern erfordert ein breites und spezifisch begründetes Angebot an Therapiemöglichkeiten. Diese Forderung deckt sich auch mit den Empfehlungen der S3-Leitlinie Redeflussstörungen.</p> <p>Die Tragenden Gründe des G-BA weisen bzgl. der Recherche zu den vorhandenen Stottertherapien und entspr. Evidenzen erhebliche Lücken auf.</p>	<p>Kenntnisnahme.</p> <p>In den Tragenden Gründen wird auf S. 8 ausgeführt: „Im Ergebnis führten die Recherchen der FBMed zu keinem ausreichenden Erkenntnisgewinn über die Gleichwertigkeit oder Überlegenheit einer intensivierten Sprechtherapie, die über die bereits jetzt schon im Rahmen der Regelversorgung mögliche Erbringung hinausginge.“</p> <p>Siehe lfd. Nummer 2</p>	Keine Änderung am BE

C-6.1.2 Anmerkungen zur HeilM-RL/zum Heilmittelkatalog

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
8.	dba	<p>II. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie 3. Störungen des Redeflusses: RE1 Störungen des Redeflusses Stottern <u>Ergänzung:</u> <u>und RE2</u> <u>Störungen des Redeflusses Poltern</u> Verordnungsmengen Höchstmenge je VO - bis zu 10x/VO <u>Änderungsvorschlag:</u> - bis zu 20x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 50 Einheiten <u>Änderungsvorschlag:</u> - bis zu 60 Einheiten <u>Begründung</u> Die HeilM-RL bietet zwar Kombinationsmöglichkeiten für Einzel- und Gruppentherapie, Therapiefrequenz und Doppelbehandlungen, doch erst die Erweiterung von Höchst- und Verordnungsmenge optimiert den Rahmen für eine effiziente und qualitätsgesicherte Durchführung der Behandlungsleistungen. Erst damit werden die in medizinisch begründeten Fällen möglichen Doppelbehandlungen (Tragende Gründe: 4. Eckpunkte der Entscheidung) sinnvoller Bestandteil der Therapie werden können. Ansonsten müsste bei einer 10er-Verordnung und einer Frequenz von dreimal wöchentlich die Anschlussverordnung spätestens nach 1 Woche und 2 Therapietagen vorliegen, um die Behandlung fortsetzen zu können. Eine medizinisch vernünftige und auch wirtschaftlich zweckmäßige Behandlungsplanung wird dadurch</p>	<p>Kenntnisnahme. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Das vorliegende Beratungsverfahren <i>Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierete Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)</i> umfasst allein die Indikation Stottern. Für Änderungen der HeilM-RL in Bezug auf RE 2 Poltern bedarf es eines eigenständigen Beratungsverfahrens. Gemäß HeilM-RL besteht bereits die Möglichkeit einer Behandlungszeit je Tag von bis zu 120 Minuten als Einzeltherapie, oder bis zu 150 Minuten als eine Mischung aus Einzel- und Gruppentherapie oder von bis zu 180 Minuten als Gruppentherapie. Sofern die orientierende Behandlungsmenge von 50 Therapieeinheiten nicht ausreicht, können bei medizinisch begründetem Bedarf weitere Therapieeinheiten verordnet werden (§ 7 Absatz 4). Eine Genehmigung durch die Krankenkassen ist dafür nicht erforderlich. Somit ist eine intensivierete Form der Sprechtherapie, welche auch die Ergebnisse der Expertenbefragung berücksichtigt, bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern) nach der geltenden HeilM-RL verordnungsfähig und erbringbar. Für Änderungen von Therapiedauer, -menge oder -frequenz über dieses Maß hinaus, insbesondere im Sinne einer intensivierten Therapie, ergibt sich auch unter Beachtung der derzeitigen Evidenzlage keine ausreichende Grundlage.</p>	Keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>eher konterkariert und die therapeutischen Möglichkeiten der Doppelbehandlung gar nicht genutzt.</p> <p>Aus demselben Grund sollte auch die orientierende Behandlungsmenge angepasst werden.</p> <p>Das sollte jetzt erfolgen und nicht erst im Jahre 2025:</p> <p>Diese Anpassung unterstützt die Entbürokratisierung, Entlastung der Arztpraxen wie der Versicherten und die Kontinuität der Behandlung im Sinne der HeilM-RL.</p>		
9.	LOGO Deutschland	<p>Vom Grundsatz her erlaubt die HeilM-RL eine intensivierte Sprechtherapie bei der Indikation „Störung des Redeflusses“ (Stottern), allerdings ist die Umsetzung aufgrund der erforderlichen Absprache zwischen ärztlichen und logopädischen Praxen aufwändig für beide Seiten.</p> <p>Vor dem Hintergrund der Überlastung ärztlicher Praxen, mit Blick auf einen möglichst gering zu haltenden, bürokratischen Aufwand, und mit Blick auf die Kosten und somit niederschwelliger Versorgungsmöglichkeiten schlagen wir geringfügige Änderungen in der HeilM-RL wie folgt vor:</p> <p>§ 12 Abs. (8)</p> <p>4 In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden; <i>in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie kann die Therapeutin/der Therapeut über mögliche Doppelbehandlungen im Rahmen von intensivierten Therapien bei den Diagnosen Stottern/ Redeflussstörungen, Idiopathischem Parkinson Syndrom und Aphasie entscheiden; nach Information an die Verordnerin/ an den Verordner. Die Doppelbehandlung ist auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.</i></p> <p><u>Begründung</u></p> <p>In den Tragenden Gründen zum Beschluss werden u.a. die Sätze 2 und 3 aus § 12 (2) HeilM-RL zitiert:</p>	<p>Kenntnisnahme. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt.</p> <p>Das vorliegende Beratungsverfahren ‚Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierte Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)‘ umfasst allein die Indikation Stottern. Für Änderungen der HeilM-RL in Bezug auf die Indikationen idiopathisches Parkinson Syndrom und Aphasie bedarf es eines eigenständigen Beratungsverfahrens.</p> <p>Nach der HeilM-RL können Einzel- und Gruppentherapie sowie die unterschiedlichen Behandlungszeiten seit dem 01.01.2021 zudem kombiniert werden (§ 12 Absatz 2). Darüber hinaus kann in medizinisch begründeten Fällen eine Doppelbehandlung verordnet werden (§ 12 Absatz 8 Satz 4).</p> <p>Heilmittelverordnungen müssen auf den individuellen medizinisch-therapeutischen Bedarfen der Betroffenen basieren und sind unter Wahrung der ärztlichen Sorgfaltspflicht für den jeweiligen Einzelfall und in Bezug auf jeden Behandlungsschritt zu prüfen.</p>	Keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>2 In der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können maximal drei verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen miteinander kombiniert werden. 3 Die Aufteilung der Verordnungseinheiten ist auf einem Verordnungsvordruck zu spezifizieren.</p> <p>Behandelnde Ärztinnen und Ärzte werden kaum in der Lage sein, entsprechend passgenaue Verordnungen ohne nachfolgenden Änderungsbedarf auszustellen:</p> <p>Die Verordnungen müssen nicht nur den individuellen Bedarfen der Betroffenen, sondern auch den zeitlichen, räumlichen und personellen Ressourcen von logopädischen Praxen entsprechen.</p> <p>Um die Versorgung Betroffener unbürokratisch zu gewährleisten, sollte über die Sinnhaftigkeit und die Notwendigkeit einer Doppelbehandlung die Therapeutin / der Therapeut entscheiden können.</p> <p>Analog zur FBMed-Recherche, zitiert in „Tragende Gründen zum Beschluss“ auf Seite 4 unter Abschnitt a), letzter Absatz, sollte sich die Änderung nicht nur auf eine intensiviertere Therapie von Stottern/Redeflussstörungen“ beziehen, sondern sich auch auf Therapien bei „Idiopathisches Parkinson Syndrom“ und „Aphasie“ anwenden lassen.</p> <p>Eine entsprechende Änderung würde auch hier zur zeitlichen Entlastung der beteiligten ärztlichen und logopädischen Praxen beitragen.</p>		
10.	LOGO Deutschland	<p>§ 16 Absatz (6)</p> <p>2 Kommt die Therapeutin oder der Therapeut im Laufe der Therapie zu der Einschätzung, dass anstatt der verordneten Einzeltherapien einzelne Behandlungseinheiten in Form von Gruppentherapien durchgeführt werden sollten, ist dies nach Zustimmung der Versicherten oder des Versicherten in Einvernehmen mit und nach Information an der die Verordnerin oder dem Verordner möglich.</p>	<p>Kenntnisnahme. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt.</p> <p>Der Vorschlag zielt auf eine Änderung des allgemeinen Teils der HeilM-RL ab und bezieht sich nicht explizit auf Redeflussstörungen (Stottern). Dies ist vom vorliegenden Beratungsverfahren nicht umfasst und bedürfte eines eigenständigen Beratungsverfahrens.</p> <p>Anlage 3 HeilM-RL sieht bei Änderungen von Einzel- auf Gruppentherapie vor, dass das Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt einzuholen ist. Eine erneute Arztunterschrift ist</p>	Keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>3 Die <u>einvernehmliche</u> Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.</p> <p><u>Begründung</u></p> <p>Eine Änderung der Heilm-RL § 16 Absatz (6) der Sätze 2 und 3 wie vorgeschlagen – Information anstatt Herstellung eines Einvernehmens zwischen Verordnerin oder Verordner und Therapeutin oder Therapeut – würde eine bürokratische Entlastung sowohl für die ärztlichen als auch die logopädischen Praxen darstellen.</p> <p>Zudem ist allein aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes nicht nachvollziehbar, warum die Änderung von Einzel- in die kostengünstigere Gruppentherapie ein Einvernehmen erfordert, während bei einem Wechsel von Gruppentherapie in die teurere Einzeltherapie eine Information an die verordnende Arztpraxis genügt.</p> <p>§ 10 Einzelbehandlung, Gruppenbehandlung der Heilm-RL sieht entsprechend vor:</p> <p>1 Heilmittel können, sofern in den Abschnitten D bis H nichts anderes bestimmt ist, als Einzel- oder Gruppentherapie verordnet werden. 2 Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppenspezifischer gewünschter Effekte oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots Gruppentherapie zu verordnen.</p> <p>Entsprechend wäre eine Änderung der Anlage 3 zur Heilm-RL erforderlich.</p>	<p>nicht nötig. Das Einholen des Einverständnisses sollte auch aus medizinisch-fachlichen Gründen bestehen bleiben. Eine bloße Information reicht nicht aus.</p>	
11.	LOGO Deutschland	<p>Anlage 3 f. Heilmittel gemäß dem Katalog bei Änderung von Einzel- auf Gruppentherapie § 16 Absatz 6 Satz 2 Änderung nur im Einvernehmen mit nach Information an Verordner ohne erneute Unterschrift des Verordners</p> <p><u>Begründung</u></p>	<p>Siehe lfd. Nummer 10</p>	<p>Keine Änderung am BE</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		Erforderliche Anpassung infolge der vorgeschlagenen Änderung in § 16 (6)		
12.	LOGO Deutschland	<p>Im Heilmittelkatalog sollte unter 3. Störungen des Redeflusses in der Spalte Verordnungsmengen - weitere Hinweise ein Hinweis auf die Möglichkeit der intensivierten Therapie aufgenommen werden.</p> <p>Gleiches sollte gelten für 2.4 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung und 2.5 Störungen der Sprechmotorik für intensivierte Therapien bei „Idiopathisches Parkinson Syndrom“ und „Aphasie“, analog zur FBMed-Recherche, zitiert in „Tragende Gründen zum Beschluss“ auf Seite 4 unter Abschnitt a), letzter Absatz.</p>	<p>Kenntnisnahme. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt.</p> <p>„Intensivierte Therapie“ ist kein einheitlich definierter Begriff, die Aufnahme eines solchen Begriffes bricht mit der Systematik des HMK.</p> <p>Die Änderungen der HeilM-RL bei der Indikation Stottern ermöglichen aber eine intensiverte Erbringung von Sprechtherapie.</p> <p>Siehe lfd. Nummer 2</p> <p>„Idiopathisches Parkinson Syndrom“ und „Aphasie“ sind vom vorliegenden Beratungsverfahren nicht umfasst und bedürften eines eigenständigen Beratungsverfahrens.</p> <p>Siehe lfd. Nummern 8 und 9</p>	Keine Änderung am BE

C-6.1.3 Anmerkungen zum Beschlussentwurf

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
13.	dba	<p><u>Beschlussentwurf</u></p> <p>Die HeilM-RL wird nicht geändert.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <p>Die HeilM-RL wird hinsichtlich der Verordnungs- und Behandlungsmenge für Störungen des Redeflusses geändert.</p> <p><u>Begründung</u></p> <p>Die erneute Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) nach Vorliegen einer aktualisierten S3-Leitlinie zu Redeflussstörungen ist zu begrüßen.</p>	<p>Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt.</p> <p>Siehe lfd. Nummer 8</p>	Keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion sollte der Blick auf die bereits heute bestehenden Möglichkeiten gerichtet werden, die Versorgung der Versicherten mit Sprechtherapie im Rahmen der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung weiter zu entwickeln:</p> <p>Dafür bietet die Systematik der HeiM-RL folgende Möglichkeit:</p> <p>Erweiterung der Höchstmenge auf 20 Einheiten je Verordnung sowie der orientierenden Behandlungsmenge auf 60 Einheiten.</p>		

C-6.1.4 Anmerkungen zu den Ausführungen in den Tragenden Gründen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
14.	ivs	<p>S.2; Pkt1.</p> <p>„Sie dient der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln.“</p> <p>Der vorgelegte Entschlussentwurf entspricht nicht diesem Grundsatz und berücksichtigt nicht die aktuelle Versorgungslage stotternder PatientInnen.</p> <p><u>Begründung</u></p> <p>Renommierte und klinisch erprobte, leitliniengerechte und kosteneffiziente Therapieformen werden gestrichen. Die Versorgungslage stotternder Patienten ist gefährdet.</p>	Kenntnisnahme.	Keine Änderung am BE
15.	ivs	<p>S.4; 3.1. b)</p> <p>„Die Darstellung der Therapieformen erfolgte anhand von Informationen auf den jeweiligen Internet-Präsenzen.“</p> <p>Die Recherche ist ungenügend. Es bedarf Expertenanhörungen unter Einbezug praktisch tätiger StottertherapeutInnen und/oder des dbs, dbl, ivs. Ebenso stehen zahlreiche Fachartikel zu den Therapieformen zur Verfügung.</p>	<p>Kenntnisnahme.</p> <p>Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt.</p> <p>In die Literaturrecherchen wurden aufgrund fehlender vergleichender Studien auch nicht-vergleichende Studien einbezogen, um trotz des niedrigen Evidenzniveaus eine Bewertung der vorhandenen Evidenzlage vornehmen zu können.</p>	Keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlusse Entwurf
		<p><u>Begründung</u> Die Vorgehensweise erscheint vor dem Hintergrund der Bedeutung der daraus abgeleiteten Entscheidung als nicht angemessen.</p>	<p>Neben mehreren Literaturrecherchen wurde eine schriftliche Expertenbefragung durchgeführt und die darin aufgeführte Literatur ebenfalls einer weiteren Bewertung unterzogen. Siehe lfd. Nummer 17</p>	
16.	ivs	<p>S.5; 3.1. c) „Bezugnehmend auf die vorangegangenen Recherchen vom 22. und 24. Juni 2020 widmete sich dieser Auftrag einer tiefgehenden Betrachtung der Behandlungskonzepte sowie der wissenschaftlichen Grundlage der Therapieansätze „Intensivmodifikation Stottern (IMS)“, „Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS)“ sowie „D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde“.“ Mit welcher Begründung wurde die Suche / Bewertung auf nur wenige Therapiekonzepte eingeschränkt? Es bedarf einer Recherche und Bewertung anerkannter Verfahren (z.B. wie sie in der Broschüre „Stottertherapie intensiv“ 2022, herausgegeben durch die BVSS e.V., gefördert durch den AOK-Bundesverband beschrieben werden). <u>Begründung</u> Mit der vorgenommenen Eingrenzung und dem Verweis auf die geringen Fallzahlen wird das Problem im Ergebnis der Recherche lapidarisiert und die Versorgungslage stotternder Menschen stark gefährdet.</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Stellungnahme der FBMed vom 22. Juni 2020 betrachtete zehn Therapieangebote zur Behandlung von Redeflussstörungen (Stottern). U.a die Bonner und Kasseler Stottertherapie, die Sprachheilzentren Bad Salzdetfurth und Werscherberg sowie Stärker als Stottern. Siehe auch lfd. Nummern 4 und 7</p>	Keine Änderung am BE
17.	ivs	<p>S.6; 3.2. „In der Stellungnahme der FBMed vom 30.08.2022 wurden neben einer systematischen Literaturrecherche mögliche Expertinnen und Experten für eine weiterführende fachlich-wissenschaftliche Expertise in Form einer zusätzlichen Befragung identifiziert.“ Weshalb erfolgte keine ExpertInnenanhörung praktisch tätiger StottertherapeutInnen? Wir fordern neben der akademisch-wissenschaftlichen Befragung eine Erweiterung auf Betroffene</p>	<p>Siehe lfd. Nummer 15 Von einer Expertenanhörung wurde Abstand genommen, da im Lauf der Beratungen festgestellt wurde, dass es keine einheitliche und verbindliche Definition der Begriffe „Intensiv-Intervall-Therapie“ und „intensivierte Therapie“ gibt. Angesichts der unzureichenden Evidenz zu einer ambulanten intensivierten Sprechtherapie bei der Indikation Stottern musste davon ausgegangen werden, dass bei einer</p>	Keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>sowie klinisch erfahrene SpezialistInnen z.B. unter Einbezug der BVSS, des dbs, dbl und/oder der ivs.</p> <p><u>Begründung</u> Evidenzbasierte Medizin (EbM) bedarf der individuellen klinischen Expertise, bestmöglicher Evidenz und den Werten und Wünschen der PatientInnen (Sackett et al 1996). Der Entschlussentwurf wird diesen Anforderungen nicht gerecht</p>	<p>Expertenanhörung auf der Grundlage der individuellen Expertise und des jeweils präferierten Behandlungsansatzes geantwortet würde. Somit wäre eine Übertragung der Ergebnisse auf die therapeutische Effektivität sowie die Ausgestaltung einer „intensivierten Sprechtherapie“ im ambulanten Versorgungskontext nicht möglich gewesen.</p> <p>Mit Frau Prof. Neumann wurde zudem eine ausgewiesene Expertin befragt.</p>	
18.	ivs	<p>S. 6; 3.2.</p> <p>„Die Auswertung der Expertenbefragung lässt keine Aussage zur Gleichwertigkeit oder Überlegenheit einer intensivierten Sprechtherapie zu, die über die bereits jetzt schon im Rahmen der Regelversorgung möglichen Erbringung hinausginge.“</p> <p>Die Schlussfolgerung der Expertenbefragung des G-BA ist fachlich nicht nachvollziehbar. Stottertherapie ist komplex, es bedarf einer idiografischen Vorgehensweise nach den Grundsätzen der EbM (Gruppe vs. Einzel, extensiv vs. Intensiv) ggf. unter Anwendung eines clinical reasonig-Verfahrens.</p> <p>Bloodstein et al. (2021) plädieren zwingend für eine idiografische Vorgehensweise. Es bedarf ein breites therapeutisches Spektrum. Eine gute Versorgung bedarf einer Vielfalt an evidenzbasierter Therapieangeboten. Diese Vielfalt ist gefährdet. Wir plädieren für eine patientenorientierte Entscheidung. Der G-BA hat die Chance, dies in einem Verfahren unter Einbezug von ExpertInnengruppen zu steuern.</p> <p><u>Begründung</u> Hinweise zur Überlegenheit von Gruppen-Intensiv-Therapie (GIT) im Vergleich zur Einzeltherapie (ET): Vergleichende Studie zwischen ambulanter ET und intensivierter GT, die zu dem Ergebnis kommt, dass intensive Gruppentherapie retrospektiv deutlich bessere Ergebnisse zeigt. „Die verfügbaren Vergleiche zeigten, dass Intensiv- oder Intervallbehandlungen</p>	<p>Siehe lfd. Nummer 15</p> <p>Des Weiteren ist eine intensivierte Form der Sprechtherapie bei der Indikation Stottern bereits möglich.</p>	Keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<i>extensiven Behandlungen überlegen sind und Gruppentherapien den Einzelsitzungen überlegen.“ Euler et al (2014)10</i>		
19.	ivs	<p>S.6; 3.3. „Im Rahmen dieser Förderung wurde das Versorgungsforschungsprojekt PMS KIDS – Prospektive, multizentrische Studie zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapie nach dem Stottermodifikationsansatz KIDS im Zeitraum von 1. Oktober 2018 bis 31. März 2022 durchgeführt.“ Die ivs begrüßt die Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse ausdrücklich.</p> <p><u>Begründung</u> Die ivs war maßgebliche Unterstützerin bei der Initiative zu dieser Studie. Die Studie setzt aufgrund des innovativen Studiendesigns neue Maßstäbe in der Evaluation von Stottertherapie. Gleichzeitig wird durch die Studie deutlich, welcher Aufwand für eine aussagekräftige Evaluation von Stottertherapie erforderlich ist.</p>	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung am BE.
20.	ivs	<p>S.7; 3.3. „Insgesamt wird eine ambulante Stottermodifikationstherapie nach KIDS für Kinder im Grundschulalter als gleichwertige Alternative zu Intensivtherapien in Gruppen empfohlen.“</p>	<p>Kenntnisnahme. Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Es ergibt sich daraus kein weiterer Änderungsbedarf der Heilmittel-Richtlinie.</p>	Keine Änderung am BE

10 Euler et al (2014). The effectiveness of stuttering treatments in Germany. Journal of fluency disorders 39 (2014) 1-11

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Hier wird im falschen Kontext zitiert bzw. die Aussage aus dem Abschlussbericht verkürzt.</p> <p><u>Begründung</u></p> <p>Die Aussage im Bericht zur Studie bezieht sich auf eine durch die bisherige Fassung der S3-LL bevorzugte Empfehlung für den Fluency Shaping Ansatz insbesondere der Kasseler Stottertherapie (persönliche Mitteilung Prof. A. Kohmäscher am 23.10.23). Es besteht kein Zusammenhang zu den zur Disposition stehenden Intensiv-Intervall-Therapien für Jugendliche und Erwachsene.</p> <p>Zitat aus Abschlussbericht PMS KIDS:</p> <p>„Der Vergleich mit anderen Studien deutet darauf hin, dass eine ambulante, extensive Stottertherapie (nach KIDS) eine ähnliche Wirkung erzielen kann wie intensive Gruppentherapien nach dem Stottermodifikations- oder Fluency Shaping-Ansatz. In allen Therapieansätzen und -formaten gibt es einen kleineren Anteil an Kindern, die nicht oder unzureichend von der Therapie profitieren, was die Notwendigkeit verschiedener Behandlungsoptionen unterstreicht.“</p>	<p>Diese Aussage wurde wörtlich aus dem Ergebnisbericht zu dem Versorgungsforschungsprojekt PMS KIDS entnommen. Vor diesem Hintergrund wurde eine entsprechende Anpassung in den Tragenden Gründen vorgenommen.</p> <p>Die Heilmittel-Richtlinie gilt für alle Altersgruppen und wurde dementsprechend übergreifend betrachtet.</p>	
21.	ivs	<p>S.8; 4.</p> <p>„Im Ergebnis führten die Recherchen der FBMed zu keinem ausreichenden Erkenntnisgewinn über die Gleichwertigkeit oder Überlegenheit einer intensivierten Sprechtherapie, die über die bereits jetzt schon im Rahmen der Regelversorgung mögliche Erbringung hinausginge. Weder die Befragung der Expertin noch die weitere Recherche der FBMed konnten ausreichende Hinweise für die Gleichwertigkeit oder Überlegenheit einer intensivierten Sprechtherapie liefern.“</p> <p>Die Fragestellung erscheint hier nicht richtig erfasst worden zu sein: die Fragestellung lautet, ob seit Jahrzehnten etablierte Intensivtherapien im Intervallformat weiterhin in der Regelversorgung möglich sind.</p>	<p>Siehe lfd. Nummer 6</p> <p>Siehe lfd. Nummer 7</p>	Keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Bei einer künftigen Abschaffung der Intensiv-Intervall-Therapie soll der G-BA bitte nachweisen, dass diese Formate nicht wirksam sind.</p> <p>Siehe auch Hinweise zu S. 6, 3.2, oben</p> <p><u>Begründung</u></p> <p>Diese Recherche erscheint uns unzureichend, um als Begründung mit einer derartigen Tragweite zu dienen (siehe auch Teil 1 unseres Schreibens).</p> <p>Siehe Hinweise zu S. 6., 3.2, oben</p> <p>Die grundsätzliche Gewichtung zwischen Einzel-, Gruppen, Intensiv – Therapie ist auch im internationalen Maßstab kein Kriterium. Die hohe Diversität der Problemlagen bei stotternden PatientInnen erfordert angepasste und vielfältige Interventionen, d.h. auch zielgerichtete Konzepte.</p>	<p>Siehe lfd. Nummer 15</p>	
22.	ivs	<p>S.8; Pkt. 4.</p> <p>„Nach der HeilM-RL können Einzel- und Gruppentherapie sowie die unterschiedlichen Behandlungszeiten seit dem 01.01.2021 zudem kombiniert werden (§ 12 Abs. 2). Durch diese noch relativ neue Kombinationsmöglichkeit von Einzel- und Gruppentherapien und verschiedenen Behandlungszeiten können Sprechtherapien auch in intensivierter Form noch zielgerichteter eingesetzt werden.“</p> <p>Wir begrüßen und unterstützen diesen Punkt. Die klinische Praxis zeigt, dass in logopädischer Ambulanz aufgrund der geringen Fallzahlen und aufgrund organisatorischer Hürden (Koordination von gemeinsamen Terminen) stabile und regelmäßige gruppentherapeutische Angebote (die gesamte Gruppe durchläuft einen gemeinsamen Prozess) nahezu ausgeschlossen sind.</p>	<p>Zustimmende Kenntnisnahme</p>	<p>Keine Änderung am BE.</p>
23.	ivs	<p>S.8.; Pkt. 4.</p> <p>„Durch diese Öffnungen besteht derzeit bereits die Möglichkeit einer Behandlungszeit je Tag von bis zu 120 Minuten als Einzeltherapie, oder bis zu 150 Minuten als eine Mischung aus</p>	<p>Kenntnisnahme.</p> <p>Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt.</p>	<p>Keine Änderung am BE</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Einzel- und Gruppentherapie oder von bis zu 180 Minuten als Gruppentherapie.“</p> <p>Diese Zeitformate reichen für Intervall-Therapie nicht aus. Eine Erhöhung der Behandlungszeit auf 4-5 TE/Tag und Konzentration auf aufeinanderfolgenden Therapietagen ermöglicht z.B. auch auswärtigen PatientInnen die Teilnahme und trägt zur Wirtschaftlichkeit bei (wiederkehrende lange Fahrzeiten werden vermindert, Verdienstaustausfall).</p> <p>Beispiel VIERMALFÜNF: Die gesamte Therapie würde von 23 Tagen in einem Jahreszeitraum auf 46 Tage verlängert. Die dadurch entstehenden Kosten für die PatientInnen und der Arbeitsausfall sind nicht wirtschaftlich vertretbar</p> <p><u>Begründung</u></p> <p>Wir verweisen abermals auf die aktuelle Versorgungslage: bei auf Stottern spezialisierte TherapeutInnen bestehen sehr lange Wartezeiten, Therapieplätze sind u.a. auch aufgrund des Fachkräftemangels nicht verfügbar.</p> <p>Logopädische Praxen können aufgrund langer Wartelisten in der Regelversorgung maximal einen Therapieplatz pro Woche und Patient anbieten. Die gewünschte erhöhte Frequenz ist aktuell faktisch kaum durchzuführen, so wünschenswert sie ist.</p> <p>Zudem: schulpflichtige Kinder, Jugendliche sowie Erwachsene konkurrieren um kaum vorhandene freie Nachmittagsplätze.</p> <p>Nicht erwähnt wurden bisher Folgekosten, die bei akuten Störungsbildern aufgrund nicht vorhandener Therapieplätze nicht versorgt werden: frühkindliches Stottern mit dem Risiko einer Chronifizierung, neurologische Störungsbilder (Aphasien etc.), Störung der Sprachentwicklung.</p> <p>Konzentrierte Gruppentherapien in Randzeiten (Wochenende, Ferienzeiten etc.) schaffen Entlastung.</p>	<p>Siehe lfd. Nummer 7</p> <p>Siehe lfd. Nummer 1</p>	
24.	ivs	<p>S.8; Pkt.4</p> <p>„Für Änderungen von Therapiedauer, -menge oder -frequenz über dieses Maß hinaus, insbesondere im Sinne sogenannter</p>	Siehe lfd. Nummer 23	Keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Intensivtherapien, ergibt sich auch unter Beachtung der derzeitigen Evidenzlage keine Grundlage.“ Die Schlussfolgerung des G-BA ist nicht nachvollziehbar. Siehe oben. <u>Begründung</u> Siehe Vorschlag für eine Regelung für Intensiv-Intervall-Therapie im Teil 1.</p>		
25.	ivs	<p>S. 9; Pkt.4 „Diese Intensivtherapien werden bundesweit außerhalb der Heilmittelversorgung nach § 32 SGB V in Selektiv-, Direkt- oder Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vereinbart und können von Patientinnen und Patienten bei Zugehörigkeit der Krankenkasse in Anspruch genommen werden.“ Diese Aussage bezieht sich auf ein sehr spezielles Therapieverfahren und einen Anbieter (Fluency Shaping). Welche Lösung sieht der G-BA für PatientInnen vor, die aus verschiedenen Gründen nicht an einer Fluency Shaping Therapie teilnehmen können oder sich für andere Therapieverfahren (Modifikationsansatz) entscheiden? Was passiert mit PatientInnen, die von diesem Verfahren nicht profitieren konnten? Die Leistungserbringer sind offen für Gespräche mit VertreterInnen der GKV über Selektiv- Direkt- und Einzelverträge. Bisher wurden die Gespräche seitens der GKV stets abgelehnt. Eine vertragliche Grundlage würde für alle Beteiligten einen sicheren Rahmen erzeugen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation: Regelung über Evaluation der Therapieergebnisse - Therapiestandard: Sicherung anerkannter Therapiestandards - (leitliniengerecht, EbM-orientiert), Abgrenzung zu unspezifischen und unseriösen Therapieverfahren 	Siehe lfd. Nummer 6	Keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlusentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> - Wirtschaftlichkeit: kostensichere und effiziente Kalkulation der Therapiekosten unter definierten Rahmenbedingungen - Patientenorientiert: idiografische Vorgehensweise - Infrastruktur: Erhaltung der langjährigen, deutschlandweiten vielfältigen Infrastruktur sowie Entlastung logopädischer Praxen (siehe Warteliste etc.). <p><u>Begründung</u> Die Reduktion der Therapievelfalt auf eine „one-size-fits-all“ widerspricht dem Geist einer EbM (siehe Kommentar zu S. 6, 3.2. oben) und einer personalisierten Medizin. Nicht alle PatientInnen profitieren von einem Therapieverfahren gleich gut.</p>		
26.	ivs	<p>S.9, Pkt. 4 „Eine erneute Befassung unter Berücksichtigung der bereits in der AG beratenen Inhalte ist nach Veröffentlichung der aktualisierten S3-Leitlinie Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen, welche nach Kenntnis der AG für das Jahr 2025 geplant ist, in Be-tracht zu ziehen.“</p> <p>Dieser Vorschlag ist ernüchternd, was die Versorgungslage stotternder Patienten bis 2025 bzw. 2026 betrifft. Wie sollen stotternde Patienten inzwischen versorgt werden? Der Verweis auf eine Neuregelung der S3 LL kann daher von uns nicht als Lösung angesehen werden.</p> <p><u>Begründung</u> Der G-BA vergibt die Chance, bestehende Therapieverfahren wissenschaftlich zu begleiten. Es besteht die begründete Gefahr, dass die vorhandenen organisatorischen und fachlichen Grundlagen der zur Diskussion stehenden Intensiv-Intervall-Therapien dann nicht mehr verfügbar sein werden. Vision: Der G-BA hatte mit dem Forschungsprojekt zu KIDS einen entscheidenden Beitrag zur Versorgung stotternder Kinder geleistet. Nun besteht die große Chance ein neues Versorgungsforschungsprojekt anzustoßen.</p>	Siehe lfd. Nummer 6	Keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
27.	SHV	<p>Zu Punkt 3.1.c der Tragenden Gründe (<i>Ergänzung durch die GF - Ergebnisse der Recherche „Darstellung ausgewählter Angebote mit Intervall- und Intensivtherapie zur Behandlung von Redeflussstörungen“ vom 07.06.2021</i>)</p> <p><u>Begründung</u></p> <p>Die Zeitpunkte der Recherche (Juni 2020 und Juni 2021) lagen in der Corona-Pandemie. In diesen Jahren waren viele Therapieeinrichtungen geschlossen oder es konnten wegen der geltenden Coronaschutzverordnungen keine intensivierten Therapien angeboten werden. Zu den Recherchezeitpunkten konnten daher keine validen Informationen zur Angebotslage außerhalb der Pandemie getroffen werden. Dass es de facto nur Therapieangebote zur D.E.L.P.H.I.N.-Therapie und zur Intensivmodifikation Stottern gebe, kann nach Auslaufen der Pandemie-Beschränkungen nicht bestätigt werden.</p>	<p>Kenntnisnahme.</p> <p>Die Recherchen hatten keine zeitliche Begrenzung und keinen Bezug zu den in der Corona-Pandemie tatsächlich angebotenen oder nicht angebotenen Therapien.</p>	Keine Änderung am BE.
28.	SHV	<p>Zu Punkt 3.2 der Tragenden Gründe (<i>Ergänzung durch die GF - Schriftliche Expertenbefragung</i>)</p> <p><u>Begründung</u></p> <p>Frau Prof. Neumann ist eine hervorragende und anerkannte Expertin, dennoch erscheint uns ihre Befragung als einzige Expertin nicht ausreichend. Frau Prof. Neumann hat sicher einen guten Überblick über die Evidenzlage, arbeitet aber unseres Wissens nach selbst nicht in der Stottertherapie. Die Befragung weiterer Expert:innen, z.B. aus der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten ivs oder der Bundesvereinigung Stottern und Selbsthilfe BVSS, wäre vermutlich sinnvoll gewesen, um ergänzend sowohl die praktischen und organisatorischen Bedingungen aufseiten der Therapieanbieter als auch die Interessen der Patient:innen besser berücksichtigen zu können.</p>	Siehe lfd. Nummer 15	Keine Änderung am BE
29.	SHV	<p>Zu Punkt 4 (<i>Ergänzung der GF - Eckpunkte der Entscheidung</i>)</p> <p><u>Begründung</u></p>	<p>Kenntnisnahme.</p> <p>Der Anregung aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt.</p>	Keine Änderung am BE

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Der Feststellung, dass unter Nutzung aller Optionen der HM-RL eine Verordnung intensiverter Therapie des Stotterns grundsätzlich möglich ist, schließen wir uns nur bedingt an.</p> <p>Denn dabei handelt es sich um eine Option (Doppelbehandlung), die von den Verordnern nur im Ausnahmefall und nur nach erheblichem Informations- und Beratungsaufwand ausgeschöpft wird. Auch wenn rein rechnerisch die empfohlene Verordnungsmenge von 50 Therapieeinheiten für täglich 120-180 Minuten Therapie in zweiwöchigen Therapieangeboten ausreichen würde, so sind diese reinen Minutenzahlen nicht ausschlaggebend, um eine intensivierte Therapie auch durchführen zu können.</p> <p>Hier bedarf es weiterer Klarstellung in der HeilM-RL und den tragenden Gründen:</p> <p>Wie unter Punkt 2 (Hintergrund) der tragenden Gründe ausgeführt wird, ist die intensivierte Therapie nicht explizit in der HeilM-RL geregelt.</p> <p>Es gibt vielmehr Regelungen, die die intensivierte Therapie erheblich erschweren, z.T. sogar praktisch unmöglich machen. So legt § 12 Abs. 8 HeilM-RL den Grundsatz fest, dass je Tag nur eine Behandlung erbracht werden soll.</p> <p>Diese Regelung verschließt einer intensivierten Therapie den Weg. Die unter Punkt 4 der tragenden Gründe aufgeführte Verordnungsmöglichkeit („je Tag von bis zu 120 Minuten als Einzeltherapie oder bis zu 150 Minuten als eine Mischung aus Einzel- und Gruppentherapie oder von bis zu 180 Minuten als Gruppentherapie“) führt nur zu einer Therapiemöglichkeit am Stück, da die vorgeschlagenen Nutzung der Doppelbehandlung nach dem Wortlaut des § 12 Abs. 8 Satz 4 („zusammenhängende Behandlung“) nur ein direktes Nacheinander ermöglicht, also keine Pausen zwischen den Therapieeinheiten zulässt, was aufgrund der nun einmal begrenzten Aufmerksamkeitsspanne (gerade bei Kindern) bei den Patient:innen zu einer dem Therapieziel entgegenwirkenden Überforderung führen kann.</p>	<p>Nach der HeilM-RL können Einzel- und Gruppentherapie sowie die unterschiedlichen Behandlungszeiten seit dem 01.01.2021 zudem kombiniert werden (§ 12 Absatz 2). Durch diese noch relativ neue Kombinationsmöglichkeit von Einzel- und Gruppentherapien und verschiedenen Behandlungszeiten können Sprechtherapien auch in intensiverter Form noch zielgerichteter eingesetzt werden. Als Therapiefrequenz wird eine Behandlung von ein- bis dreimal wöchentlich empfohlen. Sofern medizinisch erforderlich, besteht jedoch die Möglichkeit von dieser Frequenzempfehlung abzuweichen (§ 12 Absatz 1 Satz 4). Darüber hinaus kann in medizinisch begründeten Fällen eine Doppelbehandlung verordnet werden (§ 12 Absatz 8 Satz 4).</p> <p>Die derzeitigen Möglichkeiten werden als ausreichend angesehen, um intensivierte Formen der Sprechtherapie durchzuführen. Bei der Durchführung und Ausgestaltung der Therapie sowie der Wahl der Therapiezeiten sind insbesondere bei Kindern die Belastbarkeit und Therapiefähigkeit einschließlich ggf. notwendiger Pausen zu berücksichtigen.</p> <p>Hinweise, wonach Einzel- und Gruppentherapie an einem Tag sinnvoll durchgeführt werden können, ergeben sich aus der Literatur nicht.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<p>Hier muss die Möglichkeit gegeben sein, die Doppelbehandlungen auch mit angemessenen Pausen an einem Tag durchführen zu können.</p> <p>§ 12 Abs. 8 ist zwar als Soll-Vorschrift formuliert, jedoch wird dies von Verordner:innen und auch von abrechnenden Kassen oft als Muss-Vorschrift verstanden.</p> <p>Wir fordern daher eine Klarstellung durch den G-BA, dass bei einer intensivierten Therapie mit Doppelbehandlung zwischen den Behandlungseinheiten je Tag therapeutisch aber auch organisatorisch bedingte Pausen möglich sind, um eine im Einzelfall sinnvolle und zielführende Kombination von Einzel- und Gruppentherapien auch praktisch zu ermöglichen.</p> <p>Dies sollte sich idealerweise in einer den § 12 Abs. 8 ergänzenden Formulierung erfolgen, zumindest aber in einem klarstellenden Hinweis in den tragenden Gründen.</p>		

C-6.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Es sind keine Stellungnahmen verfristet eingegangen.

C-7 Mündliche Stellungnahmen

C-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 19. Dezember 2023 eingeladen.

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 19. Dezember 2023 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten (ivs)	Herr Robert Richter	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Herr Georg Thum	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V.	Frau Dr. Claudia Iven	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Frau Kirsten Weiffen	nein	nein	nein	nein	nein	nein
LOGO Deutschland e. V.	Frau Christiane Sautter- Müller	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Frau Diethild Remmert	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlafforst-Andersen e.V. (dba)	Frau Marion Malzahn	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Frau Claudia Härmens	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

C-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren

Das Wortprotokoll der Anhörung am 19. Dezember 2023 ist in Kapitel D-13 abgebildet.

C-7.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen

In der Anhörung wurden keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte vorgetragen. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (s. 1. Kapitel § 12 Absatz 3 Satz 4 VerfO).

C-8 Würdigung der Stellungnahmen

Die Würdigung der Stellungnahmen ist in den Tragenden Gründen (s. Kapitel D-16) abgebildet.

D Anlagen

- D-1 Stellungnahme der FBMed vom 24.01.2020**
- D-2 Stellungnahme der FBMed vom 24.06.2020**
- D-3 Stellungnahme der FBMed vom 07.06.2021**
- D-4 Stellungnahme der FBMed vom 30.08.2022**
- D-5 Stellungnahme der FBMed vom 03.07.2023**
- D-6 Expertenbefragung**
- D-7 Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde**
- D-8 Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden**
- D-9 Schriftliche Stellungnahme der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten e. V.**
- D-10 Schriftliche Stellungnahme des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände e. V.**
- D-11 Schriftliche Stellungnahme des Deutschen Bundesverbandes der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V.**
- D-12 Schriftliche Stellungnahme des LOGO Deutschland e. V.**
- D-13 Wortprotokoll der Anhörung**
- D-14 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V**
- D-15 Beschluss**
- D-16 Tragende Gründe**

Stellungnahme



Abteilung Fachberatung Medizin

Intensiv- und Intervalltherapie im Rahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Auftrag / Anfrage von: AG Heilmittel-Richtlinie

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 24. Januar 2020

Letzte Aktualisierung: 24. Januar 2020

Dateiname: STN_Intensiv-Intervalltherapie_2020-01-24

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	2
Abbildungsverzeichnis.....	2
Abkürzungsverzeichnis	3
1 Sachverhalt.....	5
2 Methodisches Vorgehen.....	5
2.1 Literaturrecherchen	6
2.2 Auswahl der Fundstellen	6
3 Ergebnisse.....	7
3.1 Berufsgruppen, die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie durchführen.....	7
3.2 Therapieintensität	9
3.3 Indikationen, bei denen eine SSSS-Therapie als Intensiv- und Intervalltherapie umgesetzt wird	10
3.3.1 Redeflussstörungen: Stottern	11
3.3.2 Idiopathisches Parkinson Syndrom	13
3.3.3 Aphasietherapie nach Schlaganfall	15
3.4 Reha-Therapiestandards.....	19
4 Zusammenfassung.....	20
Referenzen	22
Anhang	24
Recherchestrategie.....	24
Nicht zulassungsfähige Berufsgruppen	27
Kurzdarstellung ausgewählter Therapien	28
Kurzdarstellung der eingeschlossenen Leitlinien	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiele intensiv-/ intervalltherapeutischer Settings in Deutschland [15]	12
Tabelle 2: Dauer und Frequenz intensiver Stimmtherapie (Auszug aus [2])	14
Tabelle 3: Ursprungsform und Modifikationen der CIAT [1]	16
Tabelle 4: Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) (aus [10])	19

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: (Sprachtherapie)-Intensitätsmodell [13].....	10
---	----

Abkürzungsverzeichnis

AAT	Aachener Aphasie Test
ANELT	Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BDAE	Bostin Diagnostic Aphasia Exam
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BNT	Bostin Naming Test
CAL	Communicative Activity Log
CDP	Communication Disability Profile
CETI	Communicative Effectiveness Index
dba	Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen. Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V.
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.
dbS	Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V.
BKL	Bundesverband Klinische Linguistik e. V.
CIAT	Constraint-Induced Aphasia Therapy
CILT	Constraint-Induced Language Therapy
DBKS	Deutsche Bundesverband Klinischer Sprechwissenschaftler e. V.
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGPP	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.
dgs	Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.
ETM	Evidenzbasierte Therapiemodule
FCET2EC	From Controlled Experimental Trial to=2 Everyday Communication
GAB	Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung e. V.
GIN	Guidelines International Network
GISKID	Gesellschaft für interdisziplinäre Spracherwerbsforschung und kindliche Sprachstörungen im deutschsprachigen Raum e. V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GoR	Grade of Recommendation
HeiM-RL	Heilmittelrichtlinie
IPS	Idiopathische Parkinsons Syndrom
k. A.	keine Angaben
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
LIVIVO	Suchportal Lebenswissenschaften der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin
LoE	Level of Evidence
Min.	Minuten
NVL	Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien
PatV	Patientenvertretung
RCT	randomisierte kontrollierte Studie/n (randomized controlled trial/s)
RL	Richtlinie

SGB	Sozialgesetzbuch
SSSS-Therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluck-Therapie
TN	Teilnehmer
u. a	unter anderem
VO	Verordnung
vpl	Verband für Patholinguistik e. V
w	Wöchentlich

1 Sachverhalt

Die AG Heilmittel-Richtlinie bittet um eine Hintergrundrecherche zur Intensiv- und Intervalltherapie für den Heilmittelbereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.

Bei der Intensiv- bzw. Intervalltherapie handelt es sich nach Ausführungen der PatV um eine intensiviertere Therapie die mehrfach täglich über einen bestimmten Zeitraum durchgeführt wird. Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen und Patienten mit Störungen des Redeflusses (Stottern) können von dieser intensivierten Behandlungsform profitieren.

Folgende Fragen sollten aus Sicht der AG in der Hintergrundrecherche thematisiert werden:

- Definition/Inhalt des Therapieansatzes der Intensiv- und Intervalltherapie sowie Zielsetzung dieser Behandlungsform:
 - Gibt es unterschiedliche Therapiekonzepte bzw. unterschiedliche Behandlungsformen? Falls ja, haben diese unterschiedliche Zielsetzungen?
 - Was für Qualifikationen weisen die Anwender auf?
- Welche Indikationen werden im Rahmen der Intensiv- und Intervalltherapie behandelt?
- Könnten Experten eingeladen werden, die in Form von Impulsvorträgen, die Therapie vorstellen?
- Sind ggf. Hochschulinstitutionen identifizierbar, deren Forschungsbereich u. a. die Intensiv- bzw. Intervalltherapie umfasst?

2 Methodisches Vorgehen

Zur Operationalisierung des Auftrages werden folgende Aspekte behandelt¹:

- Der GKV-Spitzenverband hat in dem Dokument ‚Zulassungsempfehlung nach § 124 Abs. 4 SGB V für Heilmittelerbringer in der Fassung vom 26.11.2018 anzuwenden ab dem 01.12.2018‘ [11] u. a. die Berufsgruppen aufgeführt, die eine Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie umsetzen/durchführen dürfen (siehe Unterkapitel 3.1).
- Darstellung der Grundlagen zur Intensität in der Sprachtherapie [13] (siehe Unterkapitel 3.2).
- Indikationen, bei denen eine Intensiv- oder Intervalltherapie im Rahmen einer Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie zum Einsatz kommen kann (siehe Unterkapitel 3.3)
- Kurzdarstellung des Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D [10] (siehe Unterkapitel 3.4)
- Systematische Literaturrecherche mit Auswahl der Fundstellen und Darstellung (siehe Unterkapitel 2.1 und 2.2)
- Kurzdarstellung ausgewählter Therapien (siehe Anhang)

¹ Im gesamten Text umfasst die männliche Form beide Geschlechter. Der Ausdruck ‚Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie‘ wird in dieser Aufarbeitung synonym für ‚Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schlucktherapie‘ verwendet. Kursiv geschriebene Passagen stellen wörtliche Zitate der jeweils angeführten Literaturquelle dar.

2.1 Literaturrecherchen

Für die Stellungnahme wurde eine systematische Literaturrecherche nach evidenzbasierten Leitlinien, systematischen Reviews, Meta-Analysen und RCTs zur Indikation Intensiv- und Intervalltherapie für den Heilmittelbereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie durchgeführt. Der Suchzeitraum wurde auf die letzten fünf Jahre eingeschränkt und die Recherche am 07.11.2019 abgeschlossen. Folgende Datenbanken und Internetseiten wurden dafür durchsucht: The Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials), MEDLINE (OVID), Psynex (OVID), LIVIVO, NVL, AWMF, ECRI, GIN, DBN. Ergänzend erfolgte eine freie Internetsuche nach aktuellen deutschen und europäischen Leitlinien. Die detaillierte Darstellung der Suchstrategien ist im Anhang der Stellungnahme dokumentiert.

Die Recherche ergab insgesamt 1.184 Treffer.

2.2 Auswahl der Fundstellen

Die durch die Recherche ermittelten Treffer wurden einem zweistufigen Auswahlprozess (Screening) unterzogen. Im 1. Screening erfolgte eine Prüfung nach Titel und Abstract. Die hierbei eingeschlossenen 110 Treffer wurden im Volltext auf ihre Relevanz für die vorliegende Fragestellung geprüft (2. Screening).

Insgesamt wurden 5 Leitlinien zu folgenden Indikationen in die vorliegende Stellungnahme (Hintergrundrecherche) aufgenommen und dargestellt:

- Redeflussstörungen [8],
- Idiopathisches Parkinson Syndrom [7] und
- Aphasietherapie [6,14,18].

Cochrane Reviews, Meta-Analysen und RCTs wurden vorläufig zurückgestellt und könnten im Rahmen einer indikationsbezogenen Aufarbeitung Berücksichtigung finden.

3 Ergebnisse

Die Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie dienen dazu, die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.

- Die **Stimmtherapie** dient der Wiederherstellung, Besserung und Erhaltung der stimmlichen Kommunikationsfähigkeit sowie der Vermittlung von Kompensationsmechanismen (z. B. Bildung einer Ersatzstimme, Üben des Gebrauchs elektronischer Sprechhilfen).
- Die **Sprechtherapie** dient der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der koordinierten motorischen und sensorischen Sprechleistung.
- Die **Sprachtherapie** dient der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten.
- Die **Schlucktherapie** dient der Besserung bzw. der Normalisierung des Schluckaktes in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase sowie erforderlichenfalls der Erarbeitung von Kompensationsstrategien und der Ermöglichung der oralen Nahrungsaufnahme.

3.1 Berufsgruppen, die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie durchführen

In der Zulassungsempfehlung nach § 124 Abs. 4 SGB V für Heilmittelerbringer in der Fassung vom: 26.11.2018 anzuwenden ab dem 01.12.2018 des GKV-Spitzenverbandes [11] findet sich im Teil 2: Heilmittelbereichsspezifische Zulassungsvoraussetzungen im Abschnitt C: STIMM-, SPRECH- UND SPRACHTHERAPIE eine Auflistung von Berufsgruppen, die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapien durchführen dürfen. Es werden folgende zulassungsfähige Berufsgruppen aufgeführt (Auszug aus [11]):

- 1.1.1 *Logopäden*
- 1.1.2 *Staatlich anerkannte Sprachtherapeuten*
- 1.1.3 *Staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer*
- 1.1.4 *Medizinische Sprachheilpädagogen*
- 1.1.5 *Diplom-Sprechwissenschaftler (Ausbildung an der Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg, staatlicher Abschluss bis zum 3. Oktober 1990; auch mit vor dem 3. Oktober 1990 begonnener Weiterbildung zum Klinischen Sprechwissenschaftler)*
- 1.1.6 *Angehörige folgender Berufsgruppen² können zur Abgabe sprachtherapeutischer Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern und Poltern bei Kindern zugelassen werden:*

² *Sonderschullehrer nach der 2. Staatsprüfung mit dem Studienschwerpunkt 1. Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik können eine Zulassung erhalten, wenn sie bis zum 22. Mai 2007 das 1. Staatsexamen erfolgreich abgelegt hatten und innerhalb von sechs Monaten nach dem erfolgreichen Bestehen des 2. Staatsexamens die Zulassung als Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeut unter Beifügung der gemäß diesen Empfehlungen erforderlichen Unterlagen beantragen. Sonderschullehrer mit dem Studienschwerpunkt 1. Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik, die bereits am 22. Mai 2007 das 2. Staatsexamen erfolgreich abgelegt hatten, können eine Zulassung erhalten, soweit sie diese unter Beifügung der gemäß diesen Empfehlungen erforderlichen Unterlagen bis zum 30. Juni 2008 beantragen.*

- a) Sprachheilpädagogen (Diplompädagogen mit dem Studienschwerpunkt 1. Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik bzw. Magister Artium [Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik])
- b) Diplomlehrer für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte³
- c) Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte³
- d) Diplomerzieher für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte³
- Die Zulassung zur Behandlung weiterer Störungsbilder kann Angehörigen dieser Berufsgruppen im Einzelfall erteilt werden, wenn sie detailliert die in Ziffer 3 genannten theoretischen Kenntnisse und praktischen Erfahrungen nachweisen.
- 1.1.7 Für nachfolgende Berufsgruppen ist das Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen nach Ziffer 3. insgesamt im Einzelfall zu prüfen:
- a) Diplomlehrer für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte, Diplomvorschullehrer für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte, Diplomerzieher für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte, bei denen die Ausbildungen nach dem 3. Oktober 1990 abgeschlossen wurden/werden
- b) Diplom-Sprechwissenschaftler der Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg, die ihre Ausbildung nach dem 3. Oktober 1990 beendet und anschließend eine Weiterbildung zum Klinischen Sprechwissenschaftler erfolgreich absolviert haben
- c) Klinische Linguisten (BKL)
- d) Diplom-Patholinguisten
- 1.1.8 Absolventen von in Anlage 3 aufgeführten Bachelor-/Masterstudiengängen für die dort genannten Störungsbilder/Indikationen, soweit der Studiengang auf Basis und entsprechend der aufgeführten Nachweisdokumente absolviert wurde
- 1.1.9 Für Absolventen von nicht in Anlage 3 aufgeführten, aber einschlägigen Bachelor-/Masterstudiengängen ist das Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen nach Ziffer 4 im Einzelfall zu prüfen.

Des Weiteren werden in den Zulassungsempfehlungen [11] nicht zulassungsfähige Berufsgruppen aufgelistet⁴ sowie Voraussetzungen an die Praxisausstattung und Anforderungen an Angehörige weiterer Berufsgruppen nach Ziffer 1.1.6 und 1.1.7, Anforderungen an Bachelor-/Masterstudiengänge nach Ziffer 1.1.8 sowie Anforderungen an Absolventen nach Ziffer 1.1.9 genannt.

Die genannten Berufsgruppen sind in unterschiedlichen Verbänden organisiert. Dies sind z. B.

- der Deutsche Bundesverband für Logopädie e. V. (**dbi**) (URL: <https://www.dbs-ev.de/start/>)
- der Deutsche Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (**dbb**) (URL: <https://www.dbs-ev.de/start/>)
- der Bundesverband klinische Linguistik e. V. (**BKL**) (URL: <https://www.bkl-ev.de/>).
Der **BKL** ist Mitglied im **dbb**.
- der Deutsche Bundesverband Klinischer Sprechwissenschaftler e. V. (**DBKS**) URL: <https://www.dbks-ev.de/>. Der **DBKS** ist Mitglied im **dbb**.
- der Verband für Patholinguistik e. V. (**vpl**) (URL: <https://www.vpl-online.de/verband/>). Der **vpl** ist Mitglied im **dbb**, in der Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung e. V. (**GAB**) (URL: <https://www.aphasiegesellschaft.de/>) und in der Gesellschaft für interdisziplinäre

³ „Ausbildung nach dem Studienplan für die Ausbildung von Pädagogen für Sprachgeschädigte an der Humboldt-Universität, Berlin, zuletzt geändert am 1. September 1985.

⁴ Liste mit nicht zulassungsfähigen Berufsgruppen siehe Anhang.

Spracherwerbsforschung und kindliche Sprachstörungen im deutschsprachigen Raum e. V. (**GISKID**) (URL: <http://www.giskid.eu/>).

- die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (**dgs**) (URL: <https://www.dgs-ev.de/index.php?id=81>). Auf dem Zentralen Fortbildungsportal der dgs e.V. finden sich u. a. die Fortbildungsangebote, die von den 17 Landesgruppen der **dgs** deutschlandweit angeboten werden sowie Hinweise auf Fortbildungsprogramme anderer Fachgesellschaften (z. B. auf das Programm der **dbb**).
- der Deutsche Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen. Lehrervereinigung Schlawhthorst-Andersen e. V. (**dba**). (URL: <https://www.dba-ev.de/>).

Für den **dbb** und seine Mitgliedsverbände (**BKL, DBKS, vpl**) sowie für den **dbi** werden Fort- und Weiterbildungen in Kooperation mit ProLog Wissen angeboten bzw. durchgeführt und organisiert (URL: <https://www.prolog-shop.de/>).

3.2 Therapieintensität

Der Behandlungserfolg einer Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Dies wird über das hierarchisch strukturierte (Sprachtherapie-) Intensitätsmodell [13] verdeutlicht (siehe Abbildung 1).

Basierend auf der Therapiefrequenz, der Therapiedauer und der Therapiemenge, die über Vorgaben geregelt sind (z. B. ärztliche Vorgaben, Heilmittel-Richtlinie), hängt das Therapieergebnis von folgenden Faktoren ab:

- der eingesetzten Therapieart (Aktivität/Aufgabe bzw. Übungsform, aus der sich eine Therapie zusammensetzt),
- der Dosis (‘Repetition‘; Anzahl der aktiven Bestandteile oder der Patientenreaktionen pro Therapie),
- dem Therapiezeitraum (Länge des Zeitraums, in dem eine bestimmte Therapie durchgeführt wird),
- dem Inter-Therapie-Intervall (Zeit zwischen zwei aufeinanderfolgenden Therapien) und
- dem Shaping (Anpassung der Therapie an die Fortschritte des Patienten).

Diese 5 Faktoren stellen die ‚Säulen‘ des (Sprachtherapie-) Intensitätsmodells dar und können unabhängig voneinander den Therapieerfolg beeinflussen. Mit Ausnahme der Therapieart sind die Intensitätsfaktoren messbar.

Sowohl die Basis (Therapiefrequenz, -dauer, -menge) als auch die ‚Säulen‘ implizieren, dass sie zu gleichen Teilen zum Therapieergebnis beitragen. Dies ist jedoch nicht sicher, da es eine kontrovers geführte Diskussion darüber gibt, welcher Intensitätsfaktor oder welche Kombination von Intensitätsfaktoren das Gelingen einer Therapie am stärksten beeinflusst (...) [13].

Der Einfluss der Therapiefrequenz (Häufigkeit der Therapie pro Zeiteinheit) wurde im Rahmen der Aphasietherapie von der Arbeitsgruppe Bhogal et al. (2003) [3] in einer Meta-Analyse untersucht. Dabei zeigte sich für eine intensiviertere Therapie von 8,8 Stunden/Woche für 11,2 Wochen (kumulative Therapieintensität: 98,4 Stunden) eine Überlegenheit gegenüber einer Therapiefrequenz von 2 Stunden/Woche für 22,9 Wochen (kumulative Therapieintensität: 43,6 Stunden).

Mittlerweile werden für verschiedene Indikationen Intensiv- und Intervalltherapien angeboten, wobei zum Teil noch keine belastbare Evidenz für eine minimale oder maximale Therapiefrequenz bzw. kumulative Therapieintensität generiert wurde.

Im Rahmen einer **Intensivtherapie** erhalten die Patienten mehrere Therapieeinheiten⁵ (Einzel- oder Gruppentherapie) pro Tag. Diese Therapieform wird oft (teil-)stationär, z. B. als Reha-Aufenthalt, durchgeführt. Sie kann aber auch ambulant durchgeführt werden, z. B. in der Stimmrehabilitation, für stotternde Klienten sowie für Patienten mit Aphasie und Dysarthrie.

Im Rahmen einer **Intervalltherapie** wechseln Phasen intensiver Sprachtherapie und Phasen geringerer therapeutischer Unterstützung ab.

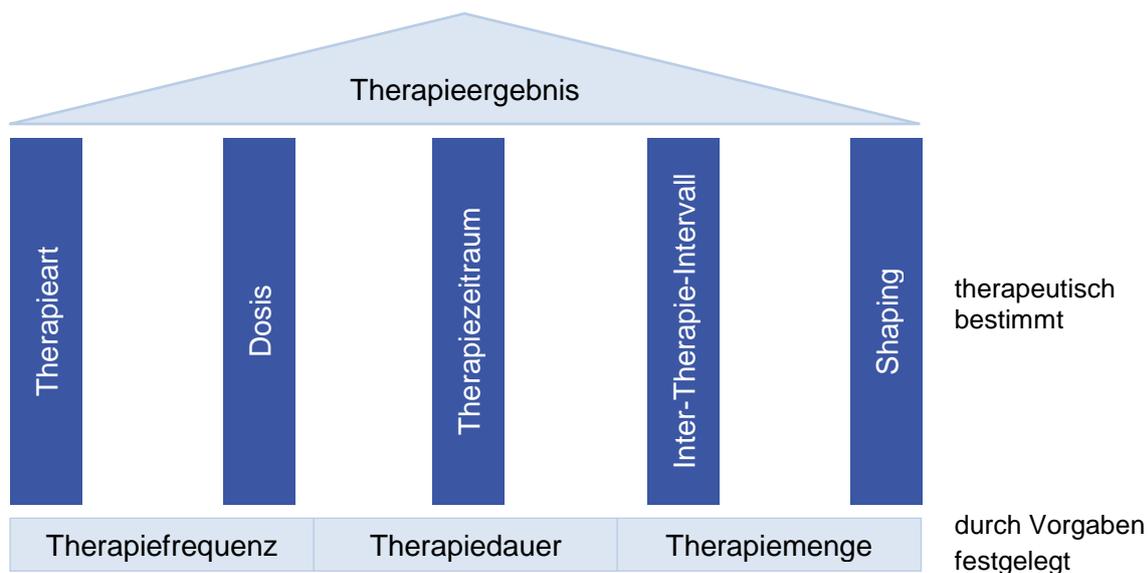


Abbildung 1: (Sprachtherapie)-Intensitätsmodell [13]

Unabhängig von der Kostenübernahme und den strukturellen Möglichkeiten bzgl. der Umsetzung einer Therapie als Intensiv- und Intervalltherapie, ist ein Therapieerfolg u. a. auch von der Belastbarkeit des Patienten (physisch, psychisch, kognitiv), seiner zeitlichen Verfügbarkeit und ggf. der Unterstützung seiner Angehörigen abhängig. Eine Überforderung des Patienten sollte vermieden werden, um einen Therapieabbruch zu verhindern.

3.3 Indikationen, bei denen eine SSSS-Therapie als Intensiv- und Intervalltherapie umgesetzt wird

Im Rahmen der Recherche wurden folgende Indikationen identifiziert, bei denen eine SSSS-Therapie in Form einer Intensiv- und Intervalltherapie umgesetzt werden kann:

- Stottern /Redeflussstörungen
- Idiopathisches Parkinson Syndrom
- Aphasietherapie

Prinzipiell könnten auch weitere Indikationen, die laut HeilM-RL mit einer SSSS-Therapie behandelt werden, ggf. in Form einer Intensiv- und Intervalltherapie umgesetzt werden.

⁵ Der Ausdruck ‚Therapieeinheit‘ kann einerseits für eine zeitliche Angabe stehen, andererseits kann damit aber auch eine Übungseinheit gemeint sein. Die AG HeilM-RL definierte in ihrer Sitzung am 13.01.2020 eine Therapieeinheit als zeitliche Angabe.

3.3.1 Redeflussstörungen: Stottern

Zur Behandlung von Redeflussstörungen gibt es eine Vielzahl von Therapien, die auf unterschiedlichen Methoden beruhen. Die bekanntesten Therapiemethoden sind der Fluency-Shaping-Ansatz (Sprechrestrukturierung), der Non-Avoidance Ansatz (Stottermodifikation) und der Lidcombe Ansatz (Verhaltensmodifikation). Als weitere Methoden können noch Feedback-/ technologische Methoden und kognitive Strategien oder Methodenkombinationen aus Verfahren der Sprechrestrukturierung und Stottermodifikation genannt werden [15,16]. *„Bisher gibt es allerdings kaum belastbare Daten, welche Therapie bei welchen Klienten und unter welchen Bedingungen wirkt“* [15].

Die Therapieziele für Kinder und Jugendliche bzw. Erwachsene unterscheiden sich:

- Eine Stottertherapie für Kinder zielt auf die Entwicklung einer normalen Sprechflüssigkeit und auf eine unbelastete Kommunikationssicherheit. Oft zeigt sich bereits nach 20 Therapieeinheiten ein erheblicher Sprechflüssigkeitszuwachs. Eine Therapie sollte vor Schuleintritt erfolgen [8,15].
- Die Stottertherapie für Jugendliche bzw. Erwachsene zielt darauf, so viel Sprechflüssigkeit wie möglich zu erlangen, ein weitgehend natürliches Sprechen zu ermöglichen und eine kommunikative Sicherheit – trotz bestehen bleibender Symptomatik – zu entwickeln. Hierbei ist mit einer längeren Therapiedauer als bei Kindern zu rechnen [15].

Die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V (DGPP) empfiehlt in ihrer S3 Leitlinie zu Redeflussstörungen⁶ einen entscheidungsoffenen und klientengerechten Umgang mit Therapieentscheidungen [8,16]:

- Empfehlung 29
Die Entscheidung, ob eine Therapie **intensiv oder extensiv, ambulant oder stationär, als Einzel- oder Gruppenbehandlung** angeboten wird, soll sich nach der bestverfügbaren Evidenz und nach anderen Kriterien richten (z. B. Zeitraum, innerhalb dessen eine Veränderung erreicht sein soll, erforderliche Übungsintensität und Einschätzung der Fähigkeit zu selbstständigem Üben, Bereitschaft eines Patienten, sich einer Gruppe zu öffnen, Notwendigkeit einer Unterstützung aus dem direkten Umfeld des Patienten [Kindertherapie], begleitete Integration der Therapieziele in den Alltag) und die Möglichkeiten und Interessen des Patienten berücksichtigen.
Klinischer Konsensuspunkt: starker Konsens (100 % Zustimmung)
- Empfehlung 30
Wenn die Betroffenen oder Angehörigen sich nach einer Beratung dafür offen zeigen, kann eine **Intensivtherapie mit Gruppenanteilen** erwogen werden.
Klinischer Konsensuspunkt: starker Konsens (100 % Zustimmung)

Es gibt eine Vielzahl an Stottertherapien, von denen einige in Form von Intensiv- oder Intervalltherapien angeboten werden. In Tabelle 1 findet sich eine Übersicht mit Beispielen intensiv- / intervalltherapeutischer Angebote⁷, die in Form von Ferien- oder Wochen(end)kursen, stationär oder teilstationär umgesetzt werden.

⁶ Eine Kurzdarstellung der Leitlinie findet sich im Anhang.

⁷ Zusätzliche Informationen zu folgenden Therapien finden sich im Anhang: Lidcombe-Programm, Camperdown Programm, D.E.L.P.H.I.N.-Therapie, Stottermodifikation (Van-Riper-Therapie) und Kasseler Stottertherapie (KST).

Tabelle 1: Beispiele intensiv-/ intervalltherapeutischer Settings in Deutschland [15]

Name des Therapieangebots Therapeuten/Institution Informationsquelle Zielgruppe	Therapiefrequenz und Therapiezeitraum
Intensiv-/Intervalltherapeutische (Ferien-)Kurse für Kinder	
Stärker als Stottern Georg Thum, Ingeborg Mayer www.staerker-als-stottern.de Kinder und Jugendliche (8 bis 18 Jahre)	2 Wochen Intensivkurs, Einzel- und Kleingruppentherapie Elterntreffen nach 3 und 6 Wochen 2 viertägige Auffrischphasen nach 3 und 9 Monaten 8 Stunden Therapie pro Tag
Internate mit intensivem therapeutischen Angebot	
Sprachheilzentrum Werscherberg www.sprachheilzentrum-werscherberg.de Kinder und Jugendliche (5 bis 17 Jahre)	stationärer Aufenthalt 6 bis 12 Monate regelmäßige Wochenendheimfahrten tägliche Therapiesitzungen (Einzel-Kleingruppen- und Gruppentherapie)
Sprachheilzentrum Bad Salzedt furth www.shz-bsd.de Kinder und Jugendliche (5 bis 18 Jahre)	pro Kind 3 bis 4 Sprachtherapien pro Woche Einbezug des Umfelds mit systemischer Familientherapie
Intervalltherapie mit ein-/mehrtägigen Intensivphasen, Jugendliche/Erwachsene	
Intensivmodifikation Stottern (IMS) Winfried Heil, Hartmut Zückner www.stottermodifikation.de Jugendliche ab 16 Jahre und Erwachsene	12 einzelne Therapietage alle 3 bis 4 Wochen im Folgejahr verteilt 4 halbe Therapietage Gruppentherapie
Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS) Werner Rauschan, Claus Welsch www.iks.info Erwachsene	4 zweitägige Intensivwochenenden im Abstand von 2 bis 4 Wochen Gruppentherapie
Intensive Stottertherapie Marita Bauereisen, Bernd Koppenhagen www.intensive-stottertherapie.de Erwachsene	7 Wochenenden im ersten Halbjahr 1 Auffrischungswochenende im Herbst Gruppentherapie mit max. 8 Teilnehmern
Intensive Intervalltherapie „VIERMALFÜNF“ Andreas Starke, Robert Richter www.viermalfuenf.de Jugendliche ab 14 Jahre und Erwachsene	4 fünftägige Therapiephasen im Abstand von jeweils 6 Wochen Gruppentherapie mit 10 bis 12 Teilnehmern 3-tägiges Abschlusstreffen ein Jahr nach Beginn pro Intensivphase 20 Therapiesitzungen à 90 Minuten intensive Betreuung in der therapiefreien Zeit
Intervalltherapie mit ein-/mehrwöchigen Intensivphasen, Jugendliche/Erwachsene	
Kasseler Stottertherapie Alexander Wolff von Gudenberg www.kasseler-stottertherapie.de Kinder ab 6 Jahre, vorrangig Jugendliche und Erwachsene	ambulante Intensivtherapie: vierzehn- oder sechstägige Initialphase und langfristige computergestützte Nachsorge über ca. 1 Jahr 2 Auffrischungswochenenden nach 1 und 10 Monaten
Stottertherapie Hannover Modell Universität Hannover www.stottertherapie-hannover.de Jugendliche und junge Erwachsene (14-30 Jahre)	zehntägige Intensivtherapie und anschließendes Nachsorgeangebot Gruppen- und Einzeltherapie, Sprachtherapie und ergänzendes erlebnispädagogisches Angebot stationäre Intensiv-Intervalltherapie für Jugendliche und Erwachsene
Bonner Stottertherapie Holger Prüß www.stottertherapie-bonn.de Jugendliche (ab 14 Jahre) und Erwachsene	stationärer Intervall-Aufenthalt: 5 Wochen Therapie, 10 Wochen Pause, 3 Wochen Therapie, zweimal 1 Woche Therapie in den nächsten 10 Monaten ganztägige Therapie zumeist in Gruppen

3.3.2 Idiopathisches Parkinson Syndrom

Die Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) gibt in ihrer S3-Leitlinien zum Idiopathischen Parkinson-Syndrom [7] auf die Frage „*Wie effektiv sind Sprech- und Sprachtherapie im Vergleich mit der medizinischen Standard-Therapie oder Placebo in der Behandlung von Sprechstörungen bei IPS?*“ folgende Empfehlungen:

Empfehlung 52

IPS-Patienten mit Sprechstörungen sollten eine logopädische Sprechtherapie erhalten.

B (1++)

Hierbei sollten insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt werden:

Empfehlung 53

Die logopädische Therapie sollte eine Verbesserung von Stimmlautstärke und Tonumfang zum Ziel haben, hierzu sollten Therapieprogramme wie LSVT® LOUD zur Anwendung kommen.

B (1++)

Als Evidenzbasis für diese beiden Empfehlungen dienten zwei systematische Reviews. Darin wurde zum einen der Vergleich der Effektivität verschiedener Verfahren logopädischer Schlucktherapie bei IPS-Patienten (Herd et al. 2012a) (1++) evaluiert und zum anderen die Wirksamkeit von logopädischer Sprechtherapie im Vergleich mit medikamentöser Therapie oder Placebo (Herd et al. 2012b) (1++).

„Die logopädische Therapie wird allgemein als das effektivste Verfahren zur Behandlung der Unverständlichkeit des Sprechens bei IPS-Patienten angesehen. Verschiedene logopädische Behandlungsprogramme, die in Einzel- oder Gruppentherapie angewendet werden können, konzentrieren sich auf spezielle Komponenten der Dysarthrie wie Atemübungen oder Stimmtraining (Herd et al. 2012b).“

„Das Lee Silverman Voice Treatment (LSVT® LOUD) ist ein Behandlungsprogramm, das spezifisch für IPS-Patienten entwickelt wurde. Es ist auf die amplitudenbasierte Steigerung der Sprechlautstärke mit unmittelbarer Übertragung in die tägliche Kommunikation fokussiert. Die hohe Intensität des Programms (4-mal wöchentlich über einen Zeitraum von vier Wochen je eine Stunde) führt bei IPS-Patienten dazu, dass sie ihre zu leise Stimme besser wahrnehmen, bestärkt sie darin, dass ein lauterer Sprechen normal ist, und gewöhnt sie daran, die neue lautere Stimme im Alltag einzusetzen (Ramig 2004).“

Quellen

Herd et al. (2012a): Comparison of speech and language therapy techniques for speech problems in Parkinson's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2012(8):Cd002814. URL: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002814.pub2>.

Herd et al. (2012b): Speech and language therapy versus placebo or no intervention for speech problems in Parkinson's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2012(8):Cd002812. URL:

Ramig et al. (2004): Parkinson's disease: speech and voice disorders and their treatment with the Lee Silverman Voice Treatment. *Seminars in Speech & Language*;25(2):169-180.

Ergänzend zur Therapie muss der Patient täglich eigenständig Übungen durchführen, die auch nach Abschluss der 16 Therapieeinheiten weitergeführt werden müssen⁸.

⁸ Zusätzliche Informationen finden sich im Anhang: Lee-Silverman-Voice-Treatment (LSVT® LOUD)

Um das LSVT® Behandlungsprogramm umsetzen zu dürfen, benötigen die Therapeuten eine spezielle Zertifizierung. Entsprechende Zertifizierungsworkshops werden über LSVT Global (URL: <http://www.lsvt.de/start/>) angeboten. LSVT® LOUD soll der Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit dienen und LSVT® BIG wird zur Behandlung der parkinsontypischen Bewegungsstörung (Bradykinese) eingesetzt.

Das LSVT® wurde direkt als Intensivtherapie konzipiert und stellt eine intensive Stimmtherapie dar. Eine Durchführung als Intensiv- und Intervalltherapie ist nach einer längeren Behandlungsdauer möglich.

Weitere Indikationen, bei denen intensive Stimmtherapien umgesetzt werden, finden sich – mit Angabe der Gesamtmenge an Therapie, der Therapiedauer und Therapiefrequenz – in Tabelle 2.

Tabelle 2: Dauer und Frequenz intensiver Stimmtherapie (Auszug aus [2])

Störungsbild	Gesamtmenge an Therapie	Therapiedauer	Therapiefrequenz	Quelle
Stimmlippenknötchen	9 Einheiten	3 Wochen	k. A.	Fu et al. (2014; 2015)
Chronische Stimmstörungen	5 x 60 Minuten	1-4 Tage	täglich	Patel et al. (2011)
Stimmlippenknötchen	8 Einheiten	15 Tage	k. A.	Verdolini-Marston et al. (1995)
Funktionelle Dysphonie	8 x 60 Minuten	2 Wochen	4 x in der Woche	Wenke et al. (2014)
Morbus Parkinson	16 x 60 Minuten	4 Wochen	4 x in der Woche	Spielman et al. (2007)

Quellen:

Fu et al. (2014): Intensive versus traditional voice therapy for vocal nodules: perceptual, physiological, acoustic and aerodynamic changes. *Journal of Voice*. <http://dx.10.1016/j.jvoice.2014.06.005>

Fu & Ward (2015): Delivery of intensive voice therapy for vocal fold nodules via telepractice: a pilot feasibility and efficacy study. *Journal of Voice* 29 (6), 696-706

Patel et al. (2011): Boot camp: A novel intensive approach to voice therapy. *Journal of Voice* 25 (5), 562-569

Spielman et al. (2007): Effects of an extended version of the Lee Silverman Voice Treatment on voice and speech in Parkinson's disease. *American Journal of Speech-Language Pathology* 16 (2), 95-107

Verdolini-Marston et al. (1995): Preliminary study of two method of treatment for laryngeal nodules. *Journal of Voice* 9, 74-85

Wenke et al. (2014): Is more intensive better? Client and service provider outcomes for intensive versus standard therapy schedules for functional voice disorders. *Journal of Voice* 28 (5), 652e31-652e43

3.3.3 Aphasietherapie nach Schlaganfall

Viele Kliniken in Deutschland, allen voran das Universitätsklinikum der RWTH Aachen, haben Aphasiestationen eingerichtet, in denen u. a. intensive Einzel- und Gruppentherapien sowie Patienten- und Angehörigenberatung und therapeutisch supervidiertes computergestütztes Sprachtraining angeboten werden. Diese Einrichtungen bieten häufig auch Intervalltherapien für Personen mit Aphasie im chronischen Stadium an, bei denen sich mehrwöchige Intensivtherapien mit Behandlungspausen von mehreren Monaten abwechseln. [1]

Eine der bekanntesten Intensivtherapien in der Behandlung von Aphasien ist die Constraint-Induced Aphasia Therapy (CIAT) (synonym: Intensive Language-Action Therapy (ILAT)) [1].⁹ Die Therapie arbeitet mit Sprechakten (wie Erfragen, Ablehnen, Klarstellen, Vorschlagen).

Die Therapie wurde als intensiver Behandlungsansatz konzipiert [17]. Der Patient erhält 3 bis 4 Therapiestunden täglich, so dass eine wöchentliche Therapiefrequenz von ca. 15 Stunden erreicht wird. Die Gesamtdauer der Intensivtherapie beträgt 2 Wochen, d. h. im Mittel erreicht die Therapie eine Gesamtdosis von 31,5 Stunden.

Mittlerweile wurde die CIAT modifiziert bzw. weiter entwickelt (siehe Tabelle 3). Das Spektrum reicht dabei von 2 mal 1,5 Stunden/Woche für 4 Wochen (Gesamtdosis 12 Stunden) bis zu 3 Stunden täglich an 5 Tagen/Woche für eine Dauer von 10 Tagen (Gesamtdosis 30 Stunden).

Es wurden insgesamt 3 Leitlinien zu Aphasietherapie gefunden, in denen die Intensivtherapie thematisiert wurde [6,14,18]. Aktuell liegt keine gültige deutsche Leitlinie vor.

- In der Leitlinie des Department of Veterans Affairs, Departement of Defense [6] wird konstatiert, dass es keine ausreichende Evidenz gibt, um eine Empfehlung für oder gegen eine intensive Sprachtherapie auszusprechen.
- Die Leitlinie der American Heart Association, American Stroke Association [18] spricht sich dafür aus, dass eine Intensivtherapie wahrscheinlich angezeigt ist, dass es aber noch keine definitive Übereinstimmung in Hinblick auf den optimalen Umfang, die zeitliche Umsetzung, die Intensität, die Verteilung, die Dauer oder die Therapie gibt¹⁰.
- In den Canadian Stroke Best Practice Recommendations: stroke rehabilitation practice guidelines [14] wird empfohlen, dass Aphasiepatienten möglichst frühzeitig Zugang zu einer Kombination aus intensiver Sprachtherapie und Kommunikationstherapie erhalten sollten¹¹.

⁹ Zusätzliche Informationen zur Constraint-Induced Aphasia Therapy (CIAT) / Intensive Language-Action Therapy (ILAT) finden sich im Anhang. Constraint => Verbot nonverbaler Kommunikation.

¹⁰ „Intensive treatment is probably indicated, but there is no definitive agreement on the optimum amount, timing, intensity, distribution, or duration of treatment. (Class IIa, LoE A) [18]

¹¹ Persons with aphasia should have early access to a combination of intensive language and communication therapy according to their needs, goals and impairment severity (Evidence Level B). [14]

Tabelle 3: Ursprungsform und Modifikationen der CIAT [1]

Autoren	Therapieform	Anzahl TN (Alter in Jahren)	Monate seit Ereignis (Phase)	Wöchentliche Therapiefrequenz und -dosis	Gesamtdauer und -dosis der Therapie	Outcome-Maß	Therapieeffekt (Verbesserung)
Pulvermüller et al. (2001) „ CIAT “ (Ursprung) RCT	Beide Ansätze Gruppen- therapie (2 bis 3 TN)	CIAT: 10 (44-72) Regulär: 7 (42-62)	CIAT: 16-233 Regulär: 10-58, plus 1 TN erst 2 Monate post onset (chronisch)	CIAT: 3-4 Std. täglich ca. 15 Std./Woche Regulär: nicht genannt	CIAT: 2 Wochen, Ø 31,5 Std. Regulär: 3 bis 5 Wochen, Ø 33,9 Std.	AAT-Untertests Token Test, Nachsprechen und Benennen, Sprachverständnis Selbsteinschätzung Alltagskommunikationsf ähigkeit	CIAT: signifikant für Token Test, Benennen, Sprachverständnis direkt nach Therapie Regulär: nur für Benennen; Selbsteinschätzung Alltagskommunikation direkt nach Therapie: CIAT: um 30 % verbessert; Regulär: keine Verbesserung
Meinzer et al. (2005) „ CIAT Plus “	Gruppen- therapie (2 bis 3 TN)	CIAT: 12 (18-70) CIAT plus: 15 (36-80)	CIAT: 13-81 CIAT plus: 12-116 (chronisch)	beide Therapie- ansätze: 3 Std. täglich an 5 Tagen/Woche CIAT plus: zusätzlich kommunikative Aufgaben in vivo, Situationsfotos, Schriftkarten	10 Tage mit insgesamt 30 Std.	alle AAT-Untertests außer Spontansprache Fragebögen zu Qualität und Quantität der Alltagskommuni-kation (CETI, CAL)	in beiden Gruppen signifikante Erhöhung des AAT-Profiles sowie aller AAT-Untertests einzeln betrachtet; alle Werte waren 6 Monate nach Therapieende im Vergleich zu vor Therapie immer noch signifikant verbessert; Ergebnisse der beiden Gruppen unterschieden sich nicht; TN in CIAT plus zeigten 6 Monate nach Therapieende verglichen mit dem Anfangsniveau in mehr AAT-Untertests dauerhafte Verbesserungen als TN in CIAT
Kleine- Katthöfer et al. (2013) „ CIAT- COLLOC “	Gruppen- und Einzel- therapie (within subject, 2 TN zuerst Einzel-, 2 TN zuerst Gruppen- therapie)	4 (34-48)	11-47 (chronisch)	zusätzlich zur Standard- Intensivtherapie an jeweils 10 aufeinander- folgenden Tagen 80 min/Tag (Gruppe) und 20 min/Tag (Einzel)	10 Tage (Gruppe) und 10 Tage (Einzel), insgesamt 20 Tage für 16,7 Std.	Verbproduktion in Nomen-Verb- Kollokationen (speziell erstelltes Bilder- Testmaterial) Benennscore ANELT und CETI	signifikant verbesserte Verbproduktion nach gesamter Therapiezeit für alle 4 TN (für 2 TN nach Einzeltherapiephase, für 2 TN nach Gruppentherapiephase) 2 TN verbesserten sich im ANELT (jeweils nach Einzeltherapie und nach Gruppentherapiephase);das sprachliche Verhalten im Stationsalltag wurde bei 3 TN (gegenüber nur 1 TN

Autoren	Therapieform	Anzahl TN (Alter in Jahren)	Monate seit Ereignis (Phase)	Wöchentliche Therapiefrequenz und -dosis	Gesamtdauer und -dosis der Therapie	Outcome-Maß	Therapieeffekt (Verbesserung)
	zusätzlich zur Standard-Intensivtherapie			entspricht 9,3 Std./Woche (Gruppe) und 2,3 Std./Woche (Einzel)			nach Einzel) nach Gruppentherapie als verbessert eingeschätzt
Carpenter & Cherney (2016)	Regulär: Einzeltherapie CILT: dyadisch (2 TN/Gruppe)	Regulär: 4 (45-73) Regulär und CILT: 5 (37-76)	Regulär: 0,5-2,3 Regulär und CILT: 0,4-1,6 (akut bis postakut)	Regulär: insgesamt 3 Std. täglich Physio-, Ergotherapie und Logopädie (1 Std., 5-6 Tage/Woche) Regulär und CILT: zusätzlich CILT für 1 Std./Tag, 5 Tage/Woche	Regulär: Ø 3 Wochen, Ø 17,5 Std. Regulär und CILT: 2 Wochen (17,5 Std. und 10 Std., insgesamt 27,5 Std.)	Benennen (geübte und ungeübte Items) lautes Lesen (Sätze), Nachsprechen und Lautes Lesen aus BDAE, BNT	stärkere Verbesserungen (kleine bis mittlere Effektgrößen) im Lauten Lesen von geübten und ungeübten Sätzen für „Regulär und CILT“ verglichen mit „Regulär“ ebenso stärkere Verbesserungen im Benennen ungeübter Items für „Regulär und CILT“
Nickels & Osborne (2016)	CIAT Plus-Gruppentherapie mit je 2 TN, angeleitet von je 1 trainierten Psychologie-Studenten	4 (34 bis 74)	15-42 (chronisch)	2 x 1,5 Std./Woche	4 Wochen mit insgesamt 12 Std.	Benennen geübter und nicht geübter Items (Nomen und Verben) CAL, CDP, BNT, CETI	signifikant verbessertes Benennen für geübte Items für 3 der 4 TN und signifikant erhöhte Elaborierung beim Beschreiben der Verb-Stimuli bei 2 TN; (signifikanter) Anstieg in Umfang der Alltagskommunikation bei 2 von 4 TN;kein Transfer auf ungeübte Items;keine Verbesserung in Kontrollaufgabe (lautes Lesen von Pseudowörtern)

Quellen:

Carpenter et al. (2016): Increasing aphasia treatment intensity in an acute inpatient rehabilitation program: A feasibility study. *Aphasiology* 30(5): 542-565.

Kleine-Katthöfer et al. (2013): CIAT mal anders: Kollokationen im Paar- und Quartettformat (CIAT-COLLOC). *Forum Logopädie*; 27(6): 18-22.

Meinzer et al. (2005): Long-term stability of improved language functions in chronic aphasia after constraint-induced aphasia therapy. *Stroke*; 36: 1462-1466.

Nickels & Osborne (2016): Constraint Induced Aphasia Therapy: Volunteered, unconstrained and less intensive delivery can be effective. *NeuroRehabilitation*; 39(1): 97-109.

Pulvermüller et al. (2001): Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. *Stroke*; 32(7): 1621-1626.

Kurzdarstellung der FCET2EC Studie (From Controlled Experimental Trial to=2 Everyday Communication)

Die FCET2EC Studie untersucht die Wirksamkeit einer intensiven Aphasietherapie unter regulären klinischen Bedingungen. Die Studie wurde vom BMBF gefördert¹² und trägt die Studiennummer NCT01540383 [4,5] und ist an der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Münster angesiedelt.

Das Ziel der multizentrischen zweiarmigen 1:1 randomisierten FCET2EC Studie war die statistisch stringente Prüfung (...), ob eine unter regulären klinischen Bedingungen durchgeführte dreiwöchige intensive Sprach- und Kommunikationstherapie zu Verbesserungen der Alltagskommunikationsfähigkeit (primäres Erfolgsmaß) und zu einer besseren Beurteilung der kommunikationsbezogenen Lebensqualität aus Sicht der Schlaganfallpatienten und deren Angehörigen führt, während eine dreiwöchige Kontrollbedingung mit keiner oder niedrig dosierter Sprachtherapie keine Veränderungen erbringt. Eine sekundäre Fragestellung war die Nachhaltigkeit der erzielten sprachlichen Verbesserungen über einen Zeitraum von sechs Monaten nach der Intensiv-Sprachtherapie. [4]

156 Schlaganfallpatienten mit chronischer Aphasie (d. h. 6 Monate nach akutem Schlaganfall) wurden zwischen April 2012 und Mai 2014 randomisiert entweder einer ‚Sofort-Therapiegruppe‘ zugeordnet oder einer ‚Wartegruppe‘, die im Anschluss an die dreiwöchige Wartezeit ebenfalls die Intensivtherapie erhielt.

Die mindestens dreiwöchige¹³ störungsspezifische Intensiv-Sprachtherapie verbesserte die verbale Kommunikation in alltagsnahen Situationen sowie die kommunikationsbezogene Lebensqualität aus Sicht des Patienten und eines Angehörigen im Vergleich zu einer dreiwöchigen Wartegruppen-Bedingung. Die Behandlung erfolgte mit mindestens zehn Stunden pro Woche mit 2/3 Einzel- und 1/3 Gruppentherapie bei 2/3 sprachsystematischen und 1/3 kommunikativ pragmatischen Übungen. Auch die Wartelisten-Kontrollgruppe verbesserte sich in der anschließenden dreiwöchigen Intensiv-Sprachtherapie im selben Umfang. Trotz der hohen Therapieintensität brach kein Patient die Intensiv-Sprachtherapie ab, und die Therapieeffekte blieben über sechs Monate stabil [4].

¹² BMBF: Förderkennzeichen: 01GY1144)

¹³ Für eine Subgruppe von Patienten mit mindestens fünf Wochen Intensiv-Sprachtherapie im Rahmen der Studienteilnahme (die Gesamtbewilligungsdauer der Intensiv-Sprachtherapie war abhängig von der Entscheidung der Kosten- bzw. Leistungsträger des jeweiligen Patienten) erfolgte eine zusätzliche Nachuntersuchung am Ende des vollständigen Behandlungszeitraums (...).

3.4 Reha-Therapiestandards

Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung findet sich in den Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D [10] für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung für die formale Ausgestaltung der Therapie kommunikativer Störungen und Schluckstörungen eine Mindestdauer von mindestens 300 Minuten pro Woche (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) (aus [10])

Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015	
ETM 05	Therapie kommunikativer Störungen und Schluckstörungen
Therapeutische Inhalte	Alle motorischen, perzeptuellen, linguistischen und kognitiven Maßnahmen, die geeignet sind, die kommunikativen Fähigkeiten zu verbessern. Anwendung dieser Fähigkeiten in kommunikativen Alltagssituationen. Erprobung und Anpassung von externen Kommunikationshilfen. Alle restituierenden, kompensatorischen und adaptiven Maßnahmen der Schlucktherapie; Maßnahmen zur Aspirationsprophylaxe, Trachealkanülen-Management, Oralisierung/Kostaufbau.
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Woche: mindestens 300 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	E731 Logopädische Behandlung einzeln: Sprachtherapie
	E732 Logopädische Behandlung einzeln: Sprechtherapie
	E741 Logopädische Behandlung in der Kleingruppe: Sprachtherapie
	E742 Logopädische Behandlung in der Kleingruppe: Sprechtherapie
	E760 Fazio-orale Therapie
	E770 Kommunikationstraining einzeln
	E780 Kommunikationstraining in der Kleingruppe
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mindestens 10 %
Weitere Hinweise	

Zur Durchführung werden in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) [9] der deutschen Rentenversicherung für die aufgeführten KTL Einheiten (bis auf E760) folgende Berufsgruppen genannt: Logopäden, Linguisten (BA, MA, Diplom) und andere qualifizierte Berufsgruppen mit Zusatzqualifikation in den Fachgebieten Neurologie, Onkologie, Pädiatrie, HNO oder Pneumologie.

Eine Fazio-orale Therapie (E760) darf von Ergotherapeuten, Logopäden, Linguisten (BA, MA, Diplom) und Physiotherapeuten mit Zusatzqualifikation in fazio-oraler Therapie durchgeführt werden.

4 Zusammenfassung

- Definition/ Inhalt des Therapieansatzes der Intensiv- und Intervalltherapie sowie Zielsetzung dieser Behandlungsform
 - Intensivtherapie: mehrere Therapieeinheiten (Einzel- oder Gruppentherapie) pro Tag; (teil-) stationär oder ambulant. (Cave: Therapieeinheit kann einerseits eine zeitliche Angabe meinen, andererseits kann damit aber auch eine Übungseinheit bezeichnet werden).
 - Intervalltherapie: Wechsel zwischen Phasen intensiver Sprachtherapie und Phasen geringerer therapeutischer Unterstützung.
 - Ziel einer SSSS-Therapie ist immer die Beseitigung, Reduktion oder das Verhindern einer Verschlechterung der jeweiligen Störung.
- Gibt es unterschiedliche Therapiekonzepte bzw. unterschiedliche Behandlungsformen? Falls ja, haben diese unterschiedliche Zielsetzungen?
In Abhängigkeit von der jeweiligen Indikation (Stottern, IPS, Aphasie) gibt es unterschiedliche Therapiekonzepte bzw. unterschiedliche Behandlungsformen.
- Was für Qualifikationen weisen die Anwender auf?
 - Eine Liste mit zulassungsfähigen Berufsgruppen, die eine SSSS-Therapie durchführen dürfen, findet sich in der Zulassungsempfehlung nach § 124 Abs. 4 SGB V für Heilmittelerbringer [11].
 - Ein entsprechendes Studium scheint Voraussetzung für eine Zulassung zu sein.
 - Für die Umsetzung einer Therapie nach LVST® (Lee Silverman Voice Treatment) ist eine zusätzliche Zertifizierung notwendig.
- Welche Indikationen werden im Rahmen der Intensiv- und Intervalltherapie behandelt?
 - Aphasien nach Schlaganfall
 - idiopathisches Parkinson Syndrom
 - Redeflussstörungen (Stottern)
 - Indikationen, die laut HeilM-RL mit einer SSSS-Therapie behandelt werden, könnten ggf. in Form einer Intensiv- und Intervalltherapie umgesetzt werden.
 - Die Therapie LSVT® (bei IPS) und CIAT/ILAT (bei Aphasie nach Schlaganfall) wurden als Intensivtherapie konzipiert.
 - Zur Behandlung von Redeflussstörungen gibt es verschiedenste Therapien, deren Umsetzung als Intensiv- und Intervalltherapie möglich ist.
- Könnten Experten eingeladen werden, die in Form von Impulsvorträgen, die Therapie vorstellen?
 - Aufgrund der Komplexität des Themas könnten über die Fachverbände (z. B. **dbi**, **dfs** und ihre Mitgliedsverbände (**BKL**, **DBKS**, **vpl**) Experten zu Intensiv- und Intervalltherapie bei spezifischen Indikationen angefragt werden.
 - Zum Themenbereich Aphasie könnte der Klinikdirektor Univ.-Prof. Dr. med. Jörg B. Schulz der RWTH Aachen (URL: <https://www.ukaachen.de/kliniken-institute/klinik-fuer-neurologie/fuer-patienten/stationaere-versorgung/aphasiestation.html>) weitere Auskunft geben.

Die Aachener Aphasiestation ist seit mehr als 25 Jahren auf Aphasien aller Ätiologien und Schweregrade spezialisiert. Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkte betreffen Kommunikationsstörungen, im Speziellen Sprach- und Sprechstörungen nach Schlaganfällen, Kopfverletzungen und anderen Erkrankungen des Zentralen Nervensystems. Weiterhin werden Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, der Raum- und Zahlenverarbeitung sowie Störungen des Gedächtnisses untersucht und bei der Sprachtherapie berücksichtigt. (...) Behandlungsschwerpunkt ist die Wiederherstellung der sprachlichen Fähigkeiten durch sprachsystematische Therapie. Diese führt nicht nur bei akuten und postakuten, sondern auch bei Patienten im chronischen Stadium nachweislich zu signifikanten Verbesserungen.

- Ebenfalls zum Themenbereich Aphasie könnten die Mitglieder der FCET2EC Studiengruppe befragt werden [5]. Zu diesen gehört auch Prof. Schulz.
 - Ggf. wäre es sinnvoll mit dem Herausgeber des Buches 'Therapie Intensität in der Sprachtherapie/ Logopädie' [12] – Holger Grötzbach (Leiter Sprachtherapie, Asklepios Klinik Schaufling) – Kontakt aufzunehmen und seine Expertise zum Thema Intensiv- und Intervalltherapie in der SSSS-Therapie einzubeziehen.
- Sind ggf. Hochschulinstitutionen identifizierbar, deren Forschungsbereich u.a. die Intensiv- bzw. Intervalltherapie umfasst?
Spezifische Hochschulen mit Forschungsschwerpunkt auf Intensiv- bzw. Intervalltherapie wurden nicht identifiziert. Hier kann ebenfalls auf die an der FCET2EC Studie teilnehmenden Universitätskliniken verwiesen werden.

Referenzen

1. **Baumgärtner A.** Intensität in der Aphasietherapie. In: Grötzbach H (Ed). Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2017. S. 41-68.
2. **Beushausen U.** Intensität in der Stimmtherapie. In: Grötzbach H (Ed). Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2017. S. 107-134.
3. **Bhagal SK, Teasell R, Speechley M.** Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. Stroke 2003;34(4):987-993.
4. **Breitenstein C, Baumgaertner A.** Wie wirksam ist intensive integrative Sprachtherapie nach einem Schlaganfall? Sprachtherapie aktuell: Forschung -Wissen -Transfer 2017;4(1):e2017-2006.
5. **Breitenstein C, Grewe T, Floel A, Ziegler W, Springer L, Martus P, et al.** Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. Lancet 2017;389(10078):1528-1538.
6. **Department of Veterans Affairs, Department of Defense.** VA/DoD clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation; Version 4.0 [online]. 2019. [Zugriff: 07.11.2019]. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/VADoDStrokeRehabCPGFinal8292019.pdf>.
7. **Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN).** Idiopathisches Parkinson-Syndrom [online]. AWMF-Registernummer: 030/010. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2016. [Zugriff: 31.10.2019]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-010I_S3_Parkinson_Syndrome_Idiopathisch_2016-06.pdf.
8. **Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP).** Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen: evidenz-und konsensbasierte S3-Leitlinie [online]. AWMF-Registernummer 049-013. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2016. [Zugriff: 17.10.2019]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-013I_S3_Redeflusstoerungen_2016-09-verlaengert.pdf.
9. **Deutsche Rentenversicherung.** Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation [online]. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation; 2015. [Zugriff: 14.01.2020]. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/klassifikation/dateianhaenge/KTL/ktl_2015_pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=1.
10. **Deutsche Rentenversicherung.** Reha: Therapiestandards Schlaganfall; Phase D [online]. Berlin: Deutsche Rentenversicherung; 2016. [Zugriff: 13.01.2020]. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/qualitaetstherapiestandards/Schlaganfall/rt_schlaganfall_download.pdf;jsessionid=8B01A1E96760C4F85E6D006A91EE682D.delivery2-2-replication?__blob=publicationFile&v=1.
11. **GKV-Spitzenverband (GKV-SV).** Zulassungsempfehlung nach § 124 Abs. 4 SGB V für Heilmittelerbringer in der Fassung vom 26.11.2018; anzuwenden ab dem 01.12.2018 [online]. Berlin (GER): GKV-SV; 2018. [Zugriff: 27.11.2019]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_zulassungsempfehlungen/20181102_Heilmittel_Zulassungsempfehlungen_Endfassung.pdf.
12. **Grötzbach H.** Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2017.

13. **Grötzbach H, Beushausen U.** Intensität in der Sprachtherapie: Grundlagen. In: Grötzbach H (Ed). Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2017. S. 9-40.
14. **Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg S, et al.** Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. International Journal of Stroke 2016;11(4):459-484.
15. **Iven C, Hansen B.** Intensität in der Stottern. In: Grötzbach H (Ed). Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie. Idstein: Schulz-Kirchner; 2017. S. 135-158.
16. **Iven C, Hansen B.** Intensivtherapeutische Konzepte in der Stottertherapie. Sprachtherapie aktuell: Forschung- Wissen - Transfer 2017;4(1):e2017/2003.
17. **Pulvermüller F, Neining B, Elbert T, Mohr B, Rockstroh B, Koebbel P, et al.** Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. Stroke 2001;32(7):1621-1626.
18. **Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al.** Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2016;47(6):e98-e169.

Anhang

Recherchestrategie

Cochrane Library am 06.11.2019

#	Search
#1	MeSH descriptor: [Speech Therapy] explode all trees
#2	Speech Disorders
#3	#1 AND #2
#4	(stutter* or stammer* or speech* or aphasia or dysphasia or dysphagia or dysarthria):ti,ab,kw
#5	(treat* or therap* or program* or intervention*).ti,ab,kw
#6	(intensiv* or intensit* or interval* or modification*):ti,ab,kw
#7	#4 AND #5 AND #6
#8	(modification or intensiv* or intensit*):ti,ab,kw NEAR/1 (stutter* or speech or language):ti,ab,kw
#9	van Riper*:ti,ab,kw
#10	"Non Avoidance":ti,ab,kw
#11	Fluency Shaping:ti,ab,kw
#12	(Camperdown adj2 Program*):ti,ab,kw
#13	"Lee silverman voice treatment":ti,ab,kw
#14	#3 AND #6
#15	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
#16	#15 NOT ("www.who.int" OR clinicaltrials.gov):so
#17	#16 not medline.so
#18	(Pubmed):an
#19	#17 NOT #18

Medline (OVID) am 31.10.19

1	exp Speech Therapy/mt
2	exp Speech Disorders/th
3	1 and 2
4	(stutter* or stammer* or speech* or aphasia or dysphasia or dysphagia or dysarthria).ti,ab.
5	(treat* or therap* or program* or intervention*).ti,ab.
6	(intensiv* or intensit* or interval* or modification*):ti,ab.
7	((stutter* or stammer* or speech* or aphasia or dysphasia or dysphagia or dysarthria) adj5 (treat* or therap* or program* or intervention*) adj5 (intensiv* or intensit* or interval* or modification*)):ti,ab.
8	((modification or intensiv* or intensit*) adj2 (stutter* or speech or language)).ti,ab.
9	van Riper*.ti,ab.
10	Non Avoidance.ti,ab.
11	Fluency Shaping.ti,ab.
12	(Camperdown adj2 Program*).ti,ab.
13	Lee silverman voice treatment.ti,ab.
14	3 and 6
15	7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14
16	exp Speech Disorders/

17	(stutter* or stammer* or aphasia or dysphasia or dysphagia or dysarthria).ti,ab.
18	(speech adj2 (disorder* or disease*)).ti,ab.
19	16 or 17 or 18
20	limit 19 to (consensus development conference or consensus development conference, nih or guideline or practice guideline)
21	19 and (guideline* or recommendation*).ti.
22	20 or 21
23	limit 22 to yr="2014 -Current"
24	15 not 23

Psyndex (OVID) am 31.10.2019

1	exp Speech Therapy/
2	exp Speech Disorders/
3	1 and 2
4	(stutter* or stammer* or speech* or aphasia or dysphasia or dysphagia or dysarthria).ti,ab.
5	(treat* or therap* or program* or intervention*).ti,ab.
6	(intensiv* or intensit* or interval* or modification*).ti,ab.
7	((stutter* or stammer* or speech* or aphasia or dysphasia or dysphagia or dysarthria) adj5 (treat* or therap* or program* or intervention*) adj (intensiv* or intensit* or interval* or modification*)).ti,ab.
8	((intensiv* or intensit* or Modifikation or modification) adj2 (Sprach* or sprech* or speech or language or stutter* or stotter*)).ti,ab.
9	(Stottermodifikation* or Sprechmodifikation* or sprachmodifikation*).ti,ab.
10	((Intensiv* or intensit* or interval*) and (sprachtherap* or speech therap*)).ti,ab.
11	van Riper*.ti,ab.
12	Non Avoidance.ti,ab.
13	Fluency Shaping.ti,ab.
14	Lee silverman voice treatment.ti,ab.
15	(Camperdown adj2 Program*).ti,ab.
16	(Viermalfunf or viermalfuenf or bonner stottertherapie or kasseler stottertherapie or starker als stottern or staerker als stottern or modak or spat).ti,ab.
17	3 and 6
18	7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17

LIVIVO am 07.11.2019

	((stutter* OR stammer* OR speech* OR aphasia OR dysphasia OR dysphagia OR dysarthria OR Stottern OR Poltern oder Sprach* oder Aphasie oder Dysphasie OR Dysphagie oder Dysarthrie) AND (treat* OR therap* OR program* OR intervention* OR Behandlung)) AND (intensiv* OR intensit* OR interval* OR modification* OR Modifikation*)
	(Viermalfunf OR viermalfuenf OR viermalfünf OR "bonner stottertherapie" OR "kasseler stottertherapie" OR "starker als stottern" OR "staerker als stottern" OR "staerker als stottern" OR "staerker als stottern" OR modak)

	(Stottermodifikation* OR Sprechmodifikation* OR sprachmodifikation*)
	(Intensiv* OR intensit* OR interval*) AND (sprachtherap* OR "speech therapy")
	("van Riper" OR "Non Avoidance" OR "Fluency Shaping" OR "Lee silverman voice treatment" OR "camperdown program" OR "camperdown programm")
	OR alle Suchschritte

Nicht zulassungsfähige Berufsgruppen

Auszug aus [11]

1.2 Nicht zulassungsfähige Berufsgruppen

Folgende Berufsgruppen erfüllen die Voraussetzungen für die Erteilung einer Zulassung insbesondere nicht:

1.2.1 Sonstige Berufe z. B.

- a) Sprecherzieher*
- b) Sprachgestalter*
- c) Sprachtherapeuten*
- d) Sprachwissenschaftler = Linguisten*
- e) Sprachwissenschaftler mit der Spezialisierung Stimm- und Sprachtherapie*
- f) Diplom-Sprechwissenschaftler (ohne klinische Weiterbildung) mit Beginn der Ausbildung nach dem 3. Oktober 1990*
- g) Phonetiker*
- h) Erzieher mit dem Zusatz einer heilpädagogischen Ausbildung*
- i) sprachpädagogische Assistenten*
- j) Sänger /Gesangslehrer*
- k) Schauspieler*
- l) Sonderschullehrer nach der 2. Staatsprüfung*

1.2.2 Psychiater, Psychagogen, Psychologen

1.2.3 Sonstige soziale, pädagogische, therapeutische Berufe (z. B. Sozialarbeiter, Erzieher, Spieltherapeuten, Familientherapeuten)

Kurzdarstellung ausgewählter Therapien

Lee-Silverman-Voice-Treatment (LSVT® LOUD)

- 1987 von Lorraine Ramig und Carolyn Mead-Bonitati als intensives Stimmtraining für die Behandlung der hypokinetischen Dysarthrie von Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom entwickelt.
- LSVT® ist nach der ersten damit behandelten Patientin Lee Silverman benannt (Mallien et al. 2017: 146).
- Das Verfahren (vier Sitzungen an vier aufeinanderfolgenden Tagen pro Woche, 60-minütige Einzelbehandlungen, Dauer insgesamt vier Wochen) zielt in erster Linie auf eine Kräftigung der Stimmgebung ab (Mallien et al. 2017: 145; Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2018: 9).
- LSVT® LOUD kann bei Menschen mit Parkinson Verbesserungen auf mehreren Funktionsebenen erzielen:
 - a) Erhöhte Stimmlautstärke
 - b) Verbesserte Artikulation und Verständlichkeit
 - c) Verbesserte Intonation
 - d) Verbesserte Mimik
 - e) Veränderungen der neuralen Steuerung von Stimme und Sprechen (LSVT Global LSVT LOUD Factsheet)
- LSVT® LOUD verläuft nach einem standardisierten Behandlungsplan, der individuell an die spezifischen Kommunikationsziele des Betroffenen angepasst wird.
- Das Behandlungskonzept darf nur durch einen ausgebildeten und zertifizierten LSVT LOUD Therapeuten durchgeführt werden (zweitägige kostenpflichtige Fortbildung zur Schulung von Logopäden und Sprachtherapeuten).
- LSVT® LOUD setzt den Fokus für den Patienten auf die Steigerung der Sprechlautstärke, durch eine Erhöhung der Lautstärke erfolgt ein Training aller Subsysteme des Sprechens (Stimme, Atmung, Artikulation, Prosodie)
- Zum Beispiel wird ein langes „A“ 15-mal mit maximaler Lautstärke und Tonhaldedauer geübt.
- Neben der auf die Amplitude fokussierten Übung zur Tonhaldedauer bei maximaler Lautstärke werden zusätzlich in jeder Therapiesitzung Übungen zur Steigerung des Tonhöhenumfangs und damit zum Abbau des monotonen Sprechens durchgeführt.
- Das täglich zu absolvierende häusliche Übungsprogramm und unterschiedliche Transferübungen stabilisieren den Therapieerfolg.
- Nach den 16 Behandlungsstunden sollte der Patient weiterhin 3- bis 5-mal pro Woche zehn bis 15 Minuten üben, es wird auch empfohlen, die Sprechleistungen (insbesondere die Stimmlautstärke) nach sechs Monaten erneut überprüfen zu lassen.
- Das Computerprogramm LSVT® Companion Home Edition stellt ein hilfreiches Heimtrainingsprogramm für Patienten während und nach der Therapie dar, um ihre Stimme zusätzlich im häuslichen Umfeld trainieren zu können.
- Einen weiteren Schwerpunkt setzt LSVT®-LOUD auf die „Kalibrierung“ der sensomotorischen Verarbeitung durch ein Training der Wahrnehmung der eigenen Sprechleistung, dies wird durch therapeutisches Feedback sowie Audio- und Videotraining mit Selbstbeurteilung aufseiten des Patienten trainiert (Mallien et al. 2017: 147).

Quellen:

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2018): Neurogene Sprechstörungen (Dysarthrien).

Entwicklungsstufe: S1. AWMF-Registernummer: 030/103. Online verfügbar unter:

https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2018/PDFs_Download/030103_LL_Neurogene_Sprechstoerungen_2018.pdf (abgerufen am: 18.11.2019).

LSVT Global (o. J.): LSVT Loud. Alle Infos im Überblick. Online verfügbar unter:

http://www.lsvt.de/fileadmin/user_upload/lsvt/Downloads/LSVT_LOUD_Factsheet_German.pdf (abgerufen am: 25.11.2019).

Mallien et al. (2017): Amplitudenorientierte Therapien beim idiopathischen Parkinson-Syndrom: LSVT LOUD und LSVT BIG. Neurologie & Rehabilitation 23(2): 144-152.

Constraint-Induced Aphasia Therapy (CIAT) / Intensive Language-Action Therapy (ILAT)

- Die intensive Sprach-Handlungstherapie ist eine etablierte Methode zur erfolgreichen Behandlung chronischer Aphasien nach Schlaganfall.
- Das Verfahren beruht auf hoher Therapieintensität und einer forcierten Beschränkung der Patienten auf mündlich-verbale Ausdrucksmittel (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2015: 4).
- Bei der CIAT nehmen die Patienten zehn Tage hintereinander an therapeutischen Sprachspielen teil (pro Tag erhalten sie mindestens drei Stunden Therapie) (Neininger et al. 2004: 6).
- Folgende Prinzipien sollen mit dieser Therapiemethode verwirklicht werden:
 - a) Die Übungstechniken sollen verhaltensrelevant sein.
 - b) Hilfsmittel, sog. „constraints“, sollen den Patienten auf bestimmtes Übungsmaterial fokussieren.
 - c) Mit einer hohen Therapiestundenzahl in kurzer Zeit soll eine Intensivierung erreicht werden. (Neininger et al. 2004: 6)
- Das Sprachtraining erfolgt in kleinen Gruppen von drei Patienten mit Therapeut (Pulvermüller/Berthier 2008: 577).
- In dem Sprachtraining werden alltägliche Interaktionen wie „Auffordern“ und „Auf Aufforderungen Reagieren“ geübt (Pulvermüller/Berthier 2008: 577 f.).
- Ein Spiel besteht aus zwei identischen Sets von 16 bis 20 Karten mit Bildern (Pulvermüller/Berthier 2008: 577).
- Jeder Teilnehmer sitzt hinter einer Sichtbarriere, der als „constraint“ fungiert, sodass kein Teilnehmer die Karten eines anderen Teilnehmers sehen kann (Neininger et al. 2004: 7; Pulvermüller/Berthier 2008: 577).
- Nach dem Verteilen der Karten haben die Teilnehmer die Aufgabe zu einer Karte das Gegenstück von einem Mitspieler zu erfragen (Pulvermüller/Berthier 2008: 577).
- Die Gefragten müssen die Anfrage verneinen, wenn sie die entsprechende Karte nicht haben, oder nachfragen, wenn sie etwas nicht verstanden haben (Neininger et al. 2004: 6; Pulvermüller/Berthier 2008: 578).
- Spezifisch für die CIAT ist, dass Kommunikation ausschließlich über gesprochene Wörter oder Sätze erfolgen soll und nicht-verbale Kommunikation durch Zeigen oder Gestikulieren nicht erlaubt ist (Neininger et al. 2004: 6).
- Dies folgt dem Prinzip, die Patienten auf die beeinträchtigte Funktion zu fokussieren bzw. das Ausweichen auf eine beeinträchtigte Funktion zu unterbinden (Neininger et al. 2004: 6).

Quellen:

- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2015): Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall. Entwicklungsstufe: S1. Stand: September 2012. AMWF-Registernummer: 030/090. Online verfügbar unter: https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2012/pdf/030-090_S1_Schlaganfall_Rehabilitation_aphasischer_St%C3%B6rungen_2013_verlaengert.pdf (abgerufen am: 18.11.2019).
- Difrancesco et al. (2012): Intensive language-action therapy (ILAT): The methods. *Aphasiology* 26(11): 1317-1351.
- Neininger et al. (2004): Intensivierung, Fokussierung und Verhaltensrelevanz als Prinzipien der Neuropsychologischen Rehabilitation und ihre Implementierung in der Therapie chronischer Aphasie. *Zeitschrift für Neuropsychologie* 15: 219-232.
- Pulvermüller & Berthier (2008): Aphasia therapy on a neuroscience basis. *Aphasiology* 22(6): 563-599.

Das Lidcombe-Programm

- Das Lidcombe-Programm ist ein operantes, also auf unmittelbarer sozialer Verstärkung beruhendes Therapieverfahren zur Behandlung frühkindlicher Redeflussstörungen, das für die Altersgruppe der Kinder zwischen drei und sechs Jahren entwickelt wurde.
- Die Therapie wird von einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson unter regelmäßiger Anleitung eines Therapeuten umgesetzt.
- Während des Behandlungsverlaufs wird die Sprechflüssigkeit gemessen.
- Die Therapeutin ermittelt zu Beginn jeder Behandlungsstunde den Prozentsatz gestotterter Silben anhand einer Spontansprachprobe, die mindestens 300 Silben erhalten sollte.
- Ein Elternteil des Kindes wird angeleitet, täglich bis zum Abschluss der Therapie den Schweregrad der Redeflussstörung auf einer Skala von 1 bis 10 (1 kein Stottern, 2 extrem leichtes Stottern, 10 extrem schweres Stottern) zu bewerten.
- Die Behandlung soll nicht ohne diese Messungen durchgeführt werden, da Entscheidungen zur Therapieplanung und –zielen aus diesen Daten abgeleitet werden.

Das Programm gliedert sich in zwei Phasen:

- Im Verlauf von Phase I erhält das Kind einmal wöchentlich eine 45- bis 60-minütige Therapieeinheit.
- Die Eltern werden in jeder Therapiestunde angeleitet, die Behandlung täglich zu Hause mit dem Kind durchzuführen.
- Zu Beginn der Therapie sind 10- bis 15-minütige Übungseinheiten vorgesehen, in denen das flüssige Sprechen des Kindes durch die Strukturierung der Situation maximiert wird.
- Im Rahmen dieser strukturierten Unterhaltungen und Spielsituationen (z. B. Benennen aufgedeckter Karten bei einem Memory-Spiel oder Beschreiben von einfachen Bildern in einem Bilderbuch) geben die Eltern verbale Rückmeldungen für stotterfreies Sprechen.
- Abhängig vom Behandlungsverlauf und den ermittelten Messwerten werden die strukturierten Therapiesituationen reduziert und die Eltern angeleitet, die verbalen Rückmeldungen zunehmend in unstrukturierten alltäglichen Situationen einzusetzen.
- Eine Zeit lang wird sowohl in strukturierten als auch in unstrukturierten Situationen geübt, bis die Übungseinheiten in strukturierten Situationen nicht mehr notwendig sind.
- Phase I wird beendet, wenn folgende zwei Sprech-Kriterien erfüllt werden: a) Der während der Behandlung ermittelte Prozentsatz gestotterter Silben beträgt 1 % oder weniger und b) die Schweregradmessungen der Eltern zeigen, dass die Messwerte im Verlauf der vorangegangenen drei Wochen zwischen 1 und 2 lagen. Pro Woche muss der Schweregrad an mindestens vier Tagen den Wert 1 erreichen.
- Therapiephase II dient der Aufrechterhaltung und Stabilisierung der erworbenen Sprechflüssigkeit und dem Erkennen und Behandeln von möglichen Rückfällen.
- Während dieser in der Regel 12 bis 18 Monate dauernden Periode werden die Abstände zwischen den logopädischen Therapien vergrößert und die Behandlungen werden häufig auf eine halbstündige Dauer reduziert.
- Die Eltern werden angeleitet, die Sprechflüssigkeit ihres Kindes weiterhin zu beobachten, Rückfälle frühzeitig zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren.
- In Absprache mit der Therapeutin wird das Kind bei einem erneuten Auftreten der Redeflussstörung in einen früheren Abschnitt von Phase II oder in seltenen Fällen in Phase I zurückgestuft.

Quellen:

- Lattermann et al. (2009): Das Lidcombe-Programm. Ein Interventionsverfahren zur Behandlung frühkindlichen Stotterns– auch für deutschsprachige Kinder. Forum Logopädie 2(23): 16-23.
Lattermann (2003): Das Lidcombe-Programm – ein Therapieverfahren zur Behandlung frühkindlichen Stotterns. Forum Logopädie 2(17): 20-25.

Das Camperdown-Programm

- Das Camperdown-Programm ist ein Ansatz der Sprechrestrukturierung für stotternde Jugendliche und Erwachsene.
- In diesem Behandlungsansatz wird die angestrebte Sprechweise nicht in sukzessiven Approximationen geformt (shaping), sondern ein Sprechvorbild spricht per Video einen Text mit langsamer und gedehnter Sprechweise vor.
- Die Patienten imitieren das Modell und benutzen so individuell die Merkmale der Sprechweise, die sie benötigen, um ihr Stottern kontrollieren zu können.
- Das Camperdown-Programm kann in verschiedenen Formaten eingesetzt werden (Gruppen- oder Einzelbehandlung oder Kombination von beiden) (Neumann et al. 2016: 117 f.).
- Die Patienten benutzen während des gesamten Therapieverfahrens zwei verschiedene Messskalen (9-Punkte-Skala):
 - a) die Stotterschweregradskala (SSG)
 - b) die Sprechnatürlichkeitsskala (NAT)
- Ziel der Therapie ist es, eine Sprechnatürlichkeit von 1, 2 oder 3 zu erreichen, da das der Natürlichkeit von Normalsprechern entspricht.
- Audioaufnahmen während der Therapien helfen dem Patienten, sich selbst zu kontrollieren und zu evaluieren (Metten 2012: 13).

Das Camperdown-Programm besteht aus vier verschiedenen Stufen (Metten 2012: 13 f.):

- In Stufe 1 haben die Patienten zwei bis sechs Einzeltherapiestunden mit dem Ziel, prolongiertes Sprechen, wie das Sprechmodell, in mindestens drei Minuten Spontansprache anzuwenden.
- Zusätzlich experimentieren die Patienten mit der Sprechnatürlichkeit und dem Stotterschweregrad.
- In Stufe 2 wird mithilfe von Sprechzyklen in Gruppen- oder Einzeltherapie intensiv geübt, stotterfrei immer natürlicher zu sprechen.
- Sollte eine Gruppentherapie mit drei Patienten stattfinden, bietet es sich an, pro Sprechzyklus durch drei verschiedene Räume zu rotieren (bei der Einzeltherapie wird ein Raum genutzt).
- Jeder Zyklus besteht aus drei 5-Minuten-Phasen: zwei Sprechphasen (Übungs- und Versuchsphase) und einer Evaluationsphase.
- In Stufe 3 wird in Einzeltherapiesitzungen individuell mit dem Patienten an noch bestehenden Problemen gearbeitet und es werden Strategien entwickelt, die den Transfer in die Spontansprache erleichtern.
- Die Therapiesitzungen werden in Stufe 4 langsam abgebaut, sobald die Patienten sowohl in als auch außerhalb der Therapie in der Spontansprache SSG 1 und NAT 1 bis 3 zeigen.

Quellen:

Metten (2012): Das Camperdown-Programm. Eine Möglichkeit der Therapie von stotternden Jugendlichen und Erwachsenen. Forum Logopädie 26(2): 12-15.

Neumann et al. (Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie). Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie. AWMF-Registernummer 049-013, Version 1. 2016. Online verfügbar unter:

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-013l_S3_Redeflusstoerungen_2016-09-verlaengert.pdf (abgerufen am: 21.11.2019).

D.E.L.P.H.I.N.-Therapie

- D.E.L.P.H.I.N. nach Sabine Schütz ist eine hochfrequente Stottertherapie für Kinder und Jugendliche ab acht Jahren.
- Der Name D.E.L.P.H.I.N. für den Therapieansatz setzt sich aus den Anfangsbuchstaben seiner wichtigsten Komponenten zusammen und symbolisiert den Schwung und das Loslassen eines aus dem Wasser schießenden Delfins.
 - a) Deblockierungsimpuls
 - b) Entspannung nach Jacobson
 - c) Logopädie
 - d) Phonetik
 - e) Hör-Wahrnehmungstraining
 - f) Intensität
 - g) Nasaler Schwingungsakzent
- D.E.L.P.H.I.N. wird als hochfrequente dreiwöchige ambulante Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt, wobei die Gruppenarbeit den größten Anteil hat.
- Sie beansprucht ca. 70 Therapiestunden mit je 60 bis 90 Minuten.
- Die Gruppen umfassen jeweils sieben Teilnehmer und werden altershomogen zusammengestellt: 8- bis 11-Jährige, 12- bis 15-Jährige, 16- bis 18-Jährige und 18-bis 25-Jährige.
- Die Stottertherapie beginnt in der ersten Sprechstufe mit dem Erlernen der costo-abdominalen Atmung und der atemrhythmisch angepassten Phonation unter Einsatz des Deblockierungsimpulses.
- Damit wird ab der ersten Therapiestunde ein kompletter Ausstieg aus dem Stottern erreicht und die neue Sprechweise in allen Situationen konsequent eingehalten und geübt.
- Für die zweite Sprechstufe wird der nasale Schwingungsakzent hinzugefügt, wodurch ein besserer Sprechrhythmus erreicht wird.
- Daraus entwickelt sich die neue Sprechsicherheit, das Sprechen der Kursteilnehmer ist flüssig, aber durch die veränderte Sprechweise noch auffällig.
- Die Reduzierung der hörbaren Elemente der Sprechweise wird in der dritten Sprechstufe gezielt eingeübt.
- Die vierte Sprechstufe erwächst aus der täglichen Umsetzung und Übung nach der Intensivphase, wenn die Teilnehmer wieder in ihren Alltag zurückkehren.
- Zum Therapieprogramm gehören tägliche Stimmübungen in Anlehnung an Svend Smith, die Sabine Schütz modifiziert und an die Sprechstufen angepasst hat.
- Die Stimmübungen entspannen die Artikulationsorgane und verbessern deren Koordination.
- Ab der zweiten Therapiewoche wird täglich Situationstraining durchgeführt, vorbereitet in Rollenspielen unter Beachtung des jeweiligen, individuellen Stresspegels, und es findet ein Dialogtraining statt: vom Aufbau des Blickkontaktes, einem Lächeln, einer Aussage bis zu der erwarteten Reaktion des Gegenübers und den damit einhergehenden Ängsten und anderen Empfindungen.
- Da Stottern nicht nur eine Kommunikations-, sondern auch eine Koordinationsstörung ist, finden neben der reinen Sprechtherapie auch koordinative Elemente Berücksichtigung.
- Das Europäische Trommeln unterstützt die Koordination und Konzentration, da hierbei der Handwechsel im Rechts-links-Rhythmus stattfindet und so die Hemisphären verbindet.
- Die integrierte Progressive Muskelentspannung nach Jacobson soll den Betroffenen helfen, ihre Spannungszustände besser wahrzunehmen und diese in Entspannung umzuwandeln.
- Durch ausgeprägte Ängste und Mitbewegungen leiden stotternde Menschen auch in Ruhesituationen häufig an Spannungszuständen.
- Die tägliche, umfangreiche Elternarbeit trägt dazu bei, die Umsetzung in den häuslichen Alltag mit der unterstützenden Kontrolle und dem Einwirken der Eltern zu gewährleisten.
- Sie sind täglich mindestens eine Stunde bei der Therapie anwesend und erhalten anschließend eine intensive Beratung und Anleitung.

Das Ziel ist es, von der primären Sprechtechnik zu einem auch in Stresssituationen völlig natürlichen Sprechen zu gelangen.

Wesentliche Erfolgsfaktoren sind die Intensität der täglichen Sprechtherapie (sechs bis sieben Stunden), die tägliche Elternarbeit, die Entspannungstherapie und das Europäische Trommeln.

Quellen:

Schütz (2015): Auswirkung der „D.E.L.P.H.I.N.-Therapie“ auf die Stottersymptomatik. Eine multiple Fallstudie mit Jugendlichen und Erwachsenen. Forum Logopädie 2(29): 28-31.

Schütz (2008): D.E.L.P.H.I.N.- ein anderer Ansatz in der Stottertherapie: flüssig sprechen von Anfang an. Forum Logopädie 2(22): 18-21.

Stottermodifikation (Van Riper-Therapie)

Ansätze zur Stottermodifikation haben die Bearbeitung der auftretenden Stotterereignisse als Ziel (Neumann et al. 2016: 120).

Die Modifikationstherapie nach Van Riper gliedert sich in vier Abschnitte:

Identifikation von Stotterereignissen (Neumann et al. 2016: 123)

Ziel: Kenntnis von Kern-, Begleitsymptomatik und Gefühlen und Einstellungen gegenüber dem Stottern, Bereitschaft, sich offen damit auseinanderzusetzen

- Hierarchisch aufgebaute Analyse von Sprech- und Stotterverhalten mit Feedbackverfahren (Spiegel oder Videokamera), taktil-kinästhetische und propriozeptive Wahrnehmung von Sprechen und Stottern, Imitation und Beschreibung von Symptomen. Diese Konfrontation mit der Symptomatik wirkt bereits desensibilisierend.
- Reflexion zu Emotionen (z. B. Angst, Scham), Kognitionen (z. B. Überzeugungen über sich und Zuhörer, über Sprechen und Stottern) und Vermeidungsverhalten in Verbindung mit dem Stottern
- Eigenverantwortliche Fortführung der Selbstbeobachtung in Alltagssituationen

Desensibilisierung gegen Stotterereignisse (Neumann et al. 2016: 123)

Ziel: Reduktion von inneren Symptomen, Ängsten und negativen Emotionen, Zunahme von Selbstsicherheit und Selbstwertschätzung als Sprecher, Kontrollüberzeugung in Sprechsituationen

- Systematische Desensibilisierung aus der klassischen Verhaltenstherapie: Erstellen und Bearbeiten von Desensibilisierungshierarchien (z. B. Stottern offen zeigen, absichtlich stottern, Stottern thematisieren) innerhalb und außerhalb des Therapieraums (in-vivo)
- Verfahren zur kognitiven Umstrukturierung aus der kognitiven Verhaltenstherapie: Überprüfen und Revidieren von übergeneralisierten Überzeugungen über eigene Handlungsspielräume und Kompetenzen, Zuhörerreaktionen
- Absichtliches Stottern sowie Verringerung von Vermeidungs- und motorischem Begleitverhalten zur besseren Fähigkeit, Stottern zu kontrollieren

Modifikation (Neumann et al. 2016: 123)

Ziel: Sprechtechnik im Symptom, leichte anstrengungsfreie Symptome

- Technik um ein Stotterereignis zu beenden und zur spontanen Sprechflüssigkeit zurückzuführen: Stoppen im Symptom, dann nach einer kurzen Pause mit einer kontrolliert verlangsamten Artikulationsbewegung und weichem Stimmeinsatz die beabsichtigte Silbe weitersprechen (Pull-out)
- Vorbeugung eines erwarteten Stotterereignisses durch eine kontrolliert verlangsamte Artikulationsbewegung und weichen Stimmeinsatz in der betroffenen Silbe (Preparatory Set/Prolongation)
- Training der Sprechtechnik bei zunehmender linguistischer, inhaltlicher und emotionaler Belastung innerhalb und außerhalb des Therapieraums (in-vivo) bis hin zum Alltagstraining

Stabilisierung (Neumann et al. 2016: 123)

Ziel: Übernahme der Sprechtechniken in den Alltag, Zunahme der spontanen Sprechflüssigkeit, Rückfallmanagement

- Therapeutisch begleitetes Selbsttraining zur schrittweisen Umsetzung der Sprechtechniken in den Alltag
- Maßnahmen zur Erhaltung des Behandlungsstandes

Beispiel: VIERMALFÜNF (Andreas Starke und Robert Richter)

- Intervalltherapie mit vier fünftägigen Intensivphasen in sechs Monaten
- Die Therapie findet in einer Gruppe von zehn Teilnehmern statt, durchgeführt werden die Gruppen von jeweils zwei Therapeuten
- Pro Intensivphase finden 20 90-minütige Gruppentherapiesitzungen statt, ergänzt wird dies je nach individuellem Bedarf mit Einzelsitzungen

- Die Therapie schließt nach einem Jahr mit einem dreitägigen Abschlusswochenende ab
- In den Wochen zwischen den Therapieabschnitten werden die Teilnehmer durch Videokonferenzen, E-Mail-Kontakt und ein Gruppen-Forum beim Transfer des Erlernten in den persönlichen Alltag begleitet

Quellen:

Neumann et al. (Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie). Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie. AWMF-Registernummer 049-013, Version 1. 2016. Online verfügbar unter:

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-013l_S3_Redeflussstoerungen_2016-09-verlaengert.pdf (abgerufen am: 19.11.2019).

Starke & Richter (2019): VIERMALFÜNF. Intensive Intervalltherapie Stottern. Online verfügbar unter: <https://viermalfuenf.de/> (abgerufen am: 19.11.2019).

Kasseler Stottertherapie (KST)

- Die KST ist intensives Therapieprogramm zur Behandlung stotternder Kinder, Jugendlicher und Erwachsener.
- Das Konzept ist angelehnt an das Precision Fluency Shaping-Programm nach Webster (1974) und basiert auf einem verlangsamten, weichen und gebundenen Sprechen, wodurch das Sprechen kontrollierbar wird.
- Im Rahmen der Intensivtherapie werden die Teilnehmer in drei unterschiedliche Altersgruppen unterteilt.
- Daneben gehört auch ein gut strukturiertes Nachsorgeprogramm zu dem Konzept, um die Dauerhaftigkeit des Therapieerfolgs nach der Intensivphase langfristig zu erhalten und einen Rückfall möglichst zu verhindern.

Kinder von 6 bis 9 Jahren

- Die Therapie beinhaltet einen einwöchigen Intensivkurs mit anschließender zwölfmonatiger Nachsorge unter Einbeziehung eines Elternteils.
- Die Gruppen bestehen aus bis zu sechs Kindern im Grundschulalter.
- Sie werden gemeinsam mit einem Elternteil ganztätig von zwei speziell ausgebildeten, erfahrenen Therapeuten und einem Assistenten geschult.
- Innerhalb der Therapie wechseln sich Einzelsituationen, in denen beispielsweise ein Kind gemeinsam mit einem Elternteil übt, und Gruppensituationen mit Spielcharakter ab.
- In vielfältigen Übungs- und Sprechspielsituationen sowie in Gesprächsrunden werden Eltern und Kinder ausführlich auf das weiterführende Üben zu Hause vorbereitet.
- Zu Hause finden tägliche Sprechübungen mit der Therapiesoftware „flunatic junior“ statt.
- Im Anschluss an den Intensivkurs folgen drei Wochenenden nach 1, 4 und 8 Monaten und ein Abschlusstag nach 12 Monaten zur Auffrischung der Inhalte (Austausch und Reflexion der Erfahrungen, Erarbeiten neuer Ziele)
- Sechs Monate nach dem Intensivkurs erhalten die Eltern zwei teletherapeutische Beratungssitzungen zu Hause über den PC.
- Ein Jahr nach dem Intensivkurs findet ein Abschlusstag statt, um die Eltern auch für die Folgephase zu vernetzen und den Kontakt zu halten.

Kinder von 9 bis 12 Jahren

- Die 14-tägigen Kinderkurse bestehen aus bis zu sieben Teilnehmern, die von zwei Therapeuten geleitet und von zwei Therapieassistenten betreut werden.
- An den Wochenenden finden Elternschulungen statt.
- Insgesamt erstreckt sich die Therapiephase über 19 bis 12 Monate.

- Therapie berücksichtigt die sprecherischen und entwicklungspsychologischen Belange der Kinder.
- Theoretische und praktische Therapieinhalte werden kindgerecht erarbeitet, veranschaulicht und gefestigt.
- Die Kombination aus Intensivkurs, computergestütztem Sprachtraining mit der Therapiesoftware „flunatic.Web“ (während des Intensivkurses und anschließend zu Hause) und strukturierter Nachsorge gemeinsam mit den Eltern sichert den langfristigen Therapieerfolg.
- Im Anschluss an den Intensivkurs folgen drei Wochenenden nach 1, 5 und 10 Monaten zur Auffrischung der Inhalte (Austausch und Reflexion der Erfahrungen, Erarbeiten neuer Ziele).

Jugendliche ab 13 Jahren und Erwachsene

- Der 14-tätige Intensivkurs in einer Gruppe von acht Personen ist für Stotternde ab 13 Jahren ausgelegt.
- Jede Gruppe wird von bis zu drei Therapeuten bereit.
- Insgesamt erstreckt sich die Therapie über zehn Monate mit dem Ziel des Erlernens eines weichen gebundenen Sprechmusters.
- Die Therapie kann sowohl an einem der Standorte (Präsenztherapie) als auch als Onlinetherapie durchgeführt werden.
- Ton- und Videoaufnahmen sowie Atem-, Körper- und Entspannungsübungen verbessern die Eigenwahrnehmung und fördern die Sprechsicherheit.
- Gesprächsrunden und Rollenspiele rund um das Thema Stottern und Sprechtechnik stärken die Patienten im Umgang damit und bereiten sie auf den Alltag vor.
- Das Erlernen und Weiterentwickeln der neuen Sprechweise wird durch regelmäßiges Üben mit der Therapiesoftware „flunatic.Web“ (während des Intensivkurses und anschließend zu Hause) unterstützt.
- Im Anschluss an den Intensivkurs folgen zwei Wochenenden nach 1 und 10 Monaten zur Auffrischung der Inhalte (Austausch und Reflexion von Erfahrungen, Festigung des flüssigen Sprechens).

Anmerkung:

- „flunatic.Web“ stellt die Stimme als Kurve dar und gibt damit eine visuelle Rückmeldung über das Gesprochene.
- Der Patient erhält ein sofortiges Feedback über die Qualität der Stimmeinsätze, die Silbendauer und eine gebundene oder unterbrochene Stimmgebung.
- Die Stimmeingabe kann während des Sprechens beobachtet und gegebenenfalls modifiziert werden.

Quellen:

Institut der Kasseler Stottertherapie (2019): Flüssiger Sprechen. Freier Leben. Stottern erfolgreich therapieren – in allen Altersgruppen. Online verfügbar unter: https://www.kasseler-stottertherapie.de/wp-content/uploads/2019/05/KST_Broschuere_2019.pdf (abgerufen am: 21.11.2019).

Kurzdarstellung der eingeschlossenen Leitlinien

DGPP (Hrsg.) Neumann K et al., 2016 [8]

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie

Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen

Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie, Version 1

AWMF-Registernummer: 049-013

Methodik

Grundlage der Leitlinie:

- Erstveröffentlichung 08/2016, Gültigkeit der Leitlinie wurde nach inhaltlicher Überprüfung am 06. September 2019 bis 30. August 2021 verlängert.
- Potenzielle Interessenkonflikte aller Mitglieder der Leitliniengruppe wurden mithilfe einer formalisierten Interessenskonflikterklärung erfasst und es konnten auf Grundlage dessen keine ausschließenden Interessenkonflikte festgestellt werden.
- Bei der Abstimmung von Empfehlungen, für die potenzielle Interessenkonflikte identifiziert wurden, fand ein zweistufiges Abstimmungsverfahren statt.
- Wurden lediglich Statements als Empfehlung formuliert oder wurden zu einer bestimmten Empfehlung keine Studien im Rahmen des Review-Verfahrens recherchiert und identifiziert, wurden diese Empfehlungen als Klinische Konsenspunkte abgestimmt.
- Es erfolgte keine finanzielle Förderung zur Erstellung der Leitlinie.
- Die Leitliniengruppe ist als repräsentativ für den Adressatenkreis zu betrachten und die Vertreter der Fachgesellschaften wurden frühzeitig in die Leitlinienentwicklung eingebunden.
- Die Ansichten und Präferenzen der Patienten wurden durch die Einbindung der Bundesvereinigung Stottern und Selbsthilfe e. V. in der Leitlinienerstellung berücksichtigt.

Recherche/Suchzeitraum:

- Eine Suche nach vorhandenen themenbezogenen Leitlinien wurde am 05. Juni 2015 in den Datenbanken AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin), GIN (Guidelines International Network), SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) und mittels Handsuche durchgeführt.
- Zwischen Juni und Oktober 2015 wurden die Datenbanken PubMed, PubPsych, Cochrane Library und Web of Science abgefragt, vier Personen recherchierten unabhängig voneinander in jeweils unterschiedliche Datenbanken mit jeweils eigenen Abfrage-Algorithmen.
- Durch zwei Personen wurden alle Abfrage-Ergebnisse zusammengefasst, Doubletten entfernt und die verbleibenden Publikationen auf die Erfüllung der Ein- und Ausschlusskriterien überprüft.
- Mittels Handsuche wurden dem Bestand weitere Literaturangaben hinzugefügt.

LoE: OCEBM Levels of Evidence Working Group

GoR: Schema der Empfehlungsgraduierung:

Evidenzgrad	Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung
1 oder 2	A	Starke Empfehlung	„soll“ oder „soll nicht“
3 oder 4	B	Empfehlung	„sollte“ oder „sollte nicht“
5	0	Offene Empfehlung	„kann“ oder „kann verzichtet werden“

Klassifikation der Konsensusstärke

Starker Konsens	Zustimmung von > 95 % der Teilnehmer
Konsens	Zustimmung von 75 bis 95 % der Teilnehmer
Mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von 50 bis 75 % der Teilnehmer
Kein Konsens	Zustimmung von < 50 % der Teilnehmer

5.10.1.4 Wirksamkeitsbewertung von Stottertherapien durch Patienten

Empfehlung 29

Die Entscheidung, ob eine Therapie intensiv oder extensiv, ambulant oder stationär, als Einzel- oder Gruppenbehandlung angeboten wird, soll sich nach der bestverfügbaren Evidenz und nach anderen Kriterien richten (z. B. Zeitraum, innerhalb dessen eine Verlängerung erreicht sein soll, erforderliche Übungsintensität und Einschätzung der Fähigkeit zu selbstständigem Üben, Bereitschaft eines Patienten, sich einer Gruppe zu öffnen, Notwendigkeit einer Unterstützung aus dem direkten Umfeld des Patienten [Kindertherapie], begleitete Integration der Therapieziele in den Alltag) und die Möglichkeiten und Interessen des Patienten berücksichtigen.

Klinischer Konsensuspunkt: starker Konsens (100 % Zustimmung)

Empfehlung 30

Wenn die Betroffenen oder Angehörigen sich nach einer Beratung dafür offen zeigen, kann eine Intensivtherapie mit Gruppenanteilen erwogen werden.

Klinischer Konsensuspunkt: starker Konsens (100 % Zustimmung)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2016 [7]
Idiopathisches Parkinson-Syndrom
Entwicklungsstufe: S3
AWMF-Registernummer: 030-010
Methodik
Grundlage der Leitlinie:

- Die S3-Leitlinie idiopathisches Parkinson-Syndrom wurde am 1. Januar 2016 vollständig überarbeitet und ist bis 31. Dezember 2020 gültig.
- Für alle an der LL beteiligten Personen wurden Interessenkonflikte oder potenzielle Interessenkonflikte mit Hilfe eines Formblattes der AWMF als Selbstbewertung offengelegt.
- Keine Finanzierung der LL durch die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- Eine Teilfinanzierung der LL erfolgte durch die deutsche Parkinson-Vereinigung (dPV), eine Einflussnahme durch die dPV auf Inhalte der Leitlinie, die über ihre Teilnahme an den verschiedenen Gruppenprozessen hinausging, erfolgte nicht.
- Es gab zu keinem Zeitpunkt eine Einflussnahme von pharmazeutischen und/oder anderen Unternehmen, Interessengruppen auf die Entwicklung der Leitlinie.

Recherche/Suchzeitraum:

- Eine Suche nach bereits publizierten Leitlinien zum idiopathischen Parkinson-Syndrom wurde von Januar bis April 2009 in der Guidelines International Network (G.I.N.) Database und über die Webseiten der AWMF, des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und auf nationalen Webseiten der medizinischen Fachgesellschaften von 12 Ländern (z. B. American Academy of Neurology (USA) und The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (UK)) durchgeführt.
- Eine systematische Literatursuche fand von 2009 bis März 2013 in den Datenbanken PubMed, Medline, Cochrane Library und PsycINFO statt.

LoE: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

Evidenz-graduierung	Beschreibung
1 ++	Qualitativ hochstehende systematische Übersichtsarbeiten von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) oder RCTs mit sehr geringem Bias-Risiko.
1 +	Gut durchgeführte systematische Übersichtsarbeiten von RCTs oder RCTs mit geringem Bias-Risiko.
1 -	Übersichtsarbeiten von RCTs oder RCTs mit erheblichen methodischen Mängeln, die daher nicht zur Aussprache der Empfehlung herangezogen wurden.
2 ++	Qualitativ hochstehende systematische Übersichten über Fall-Kontroll- oder Kohorten-Studien. Qualitativ hochstehende Fall-Kontroll- oder Kohorten-Studien mit sehr niedrigem Störgrößen- (Confounder-) oder Bias-Risiko und hoher Wahrscheinlichkeit für ursächliche Zusammenhänge.
2 +	Gut durchgeführte Fall-Kontroll- oder Kohorten-Studien mit niedrigem Störgrößen- (Confounder-) oder Bias-Risiko und mäßigem Risiko nicht ursächlicher Zusammenhänge.
2 -	Fall-Kontroll- oder Kohorten-Studien mit erheblichen methodischen Mängeln, die daher nicht zur Aussprache der Empfehlung herangezogen wurden.
3	Nicht analytische Studien, z. B. Fallstudien, Fallserien.
4	Expertenmeinung

GoR: Schema der Empfehlungsgraduierung:

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung	Evidenzgrad
A	starke Empfehlung	soll	1 und in Ausnahmefällen Auswertungen anderer Evidenzgrade
		soll nicht	
B	Empfehlung	sollte	2 und in Ausnahmefällen Auf- und Abwertung anderer Evidenzgrade
		sollte nicht	
0	offen	kann	3 und 4 und in Ausnahmefällen Abwertung anderer Evidenzgrade
Expertenkonsens	offen	kann	nicht auf Literatur basierend

Klassifikation der Konsensusstärke

Starker Konsens	Zustimmung von > 95 % der Teilnehmer
Konsens	Zustimmung von 75 bis 95 % der Teilnehmer
Mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von 50 bis 75 % der Teilnehmer
Kein Konsens	Zustimmung von < 50 % der Teilnehmer

2.5.4 Wie effektiv sind Sprech- und Sprachtherapie im Vergleich mit der medizinischen Standard-Therapie oder Placebo in der Behandlung von Sprechstörungen bei IPS?

Empfehlung 52

IPS-Patienten mit Sprechstörungen sollten eine logopädische Sprechtherapie erhalten.

B (1++)

Hierbei sollten insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt werden:

Empfehlung 53

Die logopädische Therapie sollte eine Verbesserung von Stimmlautstärke und Tonumfang zum Ziel haben, hierzu sollten Therapieprogramme wie LSVT® LOUD zur Anwendung kommen.

B (1++)

Es wurden zwei systematische Reviews (Herd Clare, 2012a, Herd Clare, 2012b) und eine RCT (Dias, 2006)¹⁴ eingeschlossen.

Einer der systematischen Reviews evaluierte den Vergleich der Effektivität verschiedener Verfahren logopädischer Schlucktherapie bei IPS-Patienten (1++). Es wurden sechs RCTs mit insgesamt 159 Patienten eingeschlossen, die bis zum 1. Mai 2013 publiziert worden waren (...). Der andere systematische Review evaluierte die Wirksamkeit von logopädischer Sprechtherapie im Vergleich mit medikamentöser Therapie oder Placebo (1++). Hierbei handelte es sich um ein Update eines früheren systematischen Reviews (Deane 2001), der Publikationen bis Februar 2001 berücksichtigte. Es wurden drei RCTs mit insgesamt 63 Patienten inkludiert, die bis zum 1. Mai 2013 publiziert worden waren (...) und die Wirksamkeit von logopädischer Sprechtherapie im Vergleich mit Placebo evaluiert hatten. Alle drei Studien waren auch schon in den früheren systematischen Reviews eingeschlossen worden.

In dem RCT mit insgesamt 30 Patienten wurde der Effekt der rTMS auf die Stimmfunktion bei IPS-Patienten untersucht (Dias 2006) (1+).

Das Lee Silverman Voice Treatment (LSVT® LOUD) ist ein Behandlungsprogramm, das spezifisch für IPS-Patienten entwickelt wurde. Es fokussiert sich auf die amplitudenbasierte Steigerung der Sprechlautstärke mit unmittelbarer Übertragung in die tägliche Kommunikation. Die hohe Intensität des Programms (4-mal wöchentlich über einen Zeitraum von vier Wochen je eine Stunde) führt bei IPS-Patienten dazu, dass sie ihre zu leise Stimme besser wahrnehmen, bestärkt sie darin, dass ein lauterer Sprechen normal ist und gewöhnt sie daran, die neue lautere Stimme im Alltag einzusetzen.

¹⁴ Der RCT von Dias et al (2006) ist nicht auftragsrelevant (Effects of repetitive transcraniamagnetic stimulation on voice and speech in Parkinson's disease. Acta Neurol Scand. 2006;113(2):92-9.)

Winstein CJ et al., 2016 [18]

*American Heart Association, American Stroke Association
Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery*

Methodik
Recherche/Suchzeitraum:

Suchzeitraum bis zum Jahr 2014

LoE und GoR: American Heart Association (AHA) (siehe unten)

Aphasia

Recommendations: Aphasia	Class	Level of Evidence
Speech and language therapy is recommended for individuals with aphasia.	I	A
Intensive treatment is probably indicated, but there is no definitive agreement on the optimum amount, timing, intensity, distribution, or duration or treatment.	IIa	A
A variety of different treatment approaches for aphasia may be useful, but their relative effectiveness is not known.	IIb	B

Ausschnitt Tabelle Seite e124

An RCT indicated that daily aphasia therapy in very early stroke recovery (starting at 3 days) improved communication outcomes in people with moderate to severe aphasia.⁴⁹⁶

Several systematic reviews have indicated that intensive treatment is favored⁴⁹⁹⁻⁵⁰¹, but there is no consensus on the optimum amount, intensity, distribution, or duration of treatment³⁵³. For subacute aphasia, 1 RCT has shown that short duration (3 weeks) of intensive therapy is efficacious,⁵⁰² whereas another RCT indicated that intensive treatment over a longer duration (12 weeks) may not always be feasible.⁵⁰³ Therefore, intensive therapy should be provided as tolerated and feasible.

Quellen:

496. Godecke, E.; Hird, K.; Lalor, E. E.; Rai, T.; Phillips, M. R. Very Early Poststroke Aphasia Therapy: A Pilot Randomized Controlled Efficacy Trial. *Int J Stroke* 2012; 7(8): 635-644.
499. Brady, M. C.; Kelly, H.; Godwin, J.; Enderby, P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD000425. DOI: 10.1002/14651858.CD000425.pub3.
500. Cherney, L. R.; Patterson, J.P.; Raymer, A.; Frymark, T.; Schooling, T. Evidence-Based Systematic Review: Effects of Intensity of Treatment and Constraint-Induced Language Therapy for Individuals With Stroke-Induced Aphasia. *J Speech Lang Hear Res* 2008; 51(5): 1282-1299.
501. Cherney, L. R.; Patterson, J. P.; Raymer, A. M. Intensity of Aphasia Therapy: Evidence and Efficacy. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2011; 11(6): 560-569.
503. Bakheit, A. M.; Shaw, S.; Barrett, L.; Wood, J.; Carrington, S.; Griffiths, S.; Searle, K.; Koutsi, F. A prospective, randomized, parallel group, controlled study of the effect of intensity of speech and language therapy on early recovery from poststroke aphasia. *Clin Rehabil* 2007; 21(10): 885-894.

Table 1. Applying Classification of Recommendations and Level of Evidence

		SIZE OF TREATMENT EFFECT				
		CLASS I <i>Benefit >>> Risk</i> Procedure/Treatment SHOULD be performed/ administered	CLASS IIa <i>Benefit >> Risk</i> Additional studies with <i>focused objectives needed</i> IT IS REASONABLE to perform procedure/administer treatment	CLASS IIb <i>Benefit ≥ Risk</i> Additional studies with <i>broad objectives needed; additional registry data would be helpful</i> Procedure/Treatment MAY BE CONSIDERED	CLASS III <i>No Benefit or CLASS III Harm</i> Procedure/ Test COR III: No Benefit COR III: Harm	
LEVEL A Multiple populations evaluated* Data derived from multiple randomized clinical trials or meta-analyses	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is useful/effective ■ Sufficient evidence from multiple randomized trials or meta-analyses 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation in favor of treatment or procedure being useful/effective ■ Some conflicting evidence from multiple randomized trials or meta-analyses 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation's usefulness/efficacy less well established ■ Greater conflicting evidence from multiple randomized trials or meta-analyses 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is not useful/effective and may be harmful ■ Sufficient evidence from multiple randomized trials or meta-analyses 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is not useful/effective and may be harmful ■ Evidence from single randomized trial or nonrandomized studies 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is not useful/effective and may be harmful ■ Only expert opinion, case studies, or standard of care
LEVEL B Limited populations evaluated* Data derived from a single randomized trial or nonrandomized studies	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is useful/effective ■ Evidence from single randomized trial or nonrandomized studies 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation in favor of treatment or procedure being useful/effective ■ Some conflicting evidence from single randomized trial or nonrandomized studies 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation's usefulness/efficacy less well established ■ Greater conflicting evidence from single randomized trial or nonrandomized studies 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is not useful/effective and may be harmful ■ Evidence from single randomized trial or nonrandomized studies 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is not useful/effective and may be harmful ■ Only expert opinion, case studies, or standard of care 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is not useful/effective and may be harmful ■ Only expert opinion, case studies, or standard of care
LEVEL C Very limited populations evaluated* Only consensus opinion of experts, case studies, or standard of care	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is useful/effective ■ Only expert opinion, case studies, or standard of care 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation in favor of treatment or procedure being useful/effective ■ Only diverging expert opinion, case studies, or standard of care 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation's usefulness/efficacy less well established ■ Only diverging expert opinion, case studies, or standard of care 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is not useful/effective and may be harmful ■ Only expert opinion, case studies, or standard of care 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is not useful/effective and may be harmful ■ Only expert opinion, case studies, or standard of care 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommendation that procedure or treatment is not useful/effective and may be harmful ■ Only expert opinion, case studies, or standard of care
Suggested phrases for writing recommendations	should is recommended is indicated is useful/effective/beneficial	is reasonable can be useful/effective/beneficial is probably recommended or indicated	may/might be considered may/might be reasonable usefulness/efficacy less well established or not well established	COR III: No Benefit is not recommended is not indicated should not be performed/administered/other is not useful/beneficial/effective	COR III: Harm potentially harmful causes harm associated with excess morbidity/mortality should not be performed/administered/other	
Comparative effectiveness phrases*	treatment/strategy A is recommended/indicated in preference to treatment B treatment A should be chosen over treatment B	treatment/strategy A is probably recommended/indicated in preference to treatment B it is reasonable to choose treatment A over treatment B				

ESTIMATE OF CERTAINTY (PRECISION) OF TREATMENT EFFECT

Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 2019 [6]
VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation
 Version 4.0

Methodik

Grundlage der Leitlinie:

Update der Leitlinie aus dem Jahr 2010 (Version 3.0)

Recherche/Suchzeitraum:

Eine systematische Literatursuche fand für den Suchzeitraum 1. April 2009 bis 05. Juli 2018 in den Datenbanken Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Reviews), Cochrane Central Register of Controlled Trials, Database of Abstracts of Reviews of Effects, EMBASE (Excerpta Medica), Health Technology Assessment Database (HTA), MEDLINE/PreMEDLINE, PsycINFO und PubMed statt.

LoE und GoR: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)

Cognitive, Speech, and Sensory Therapy

Subtopic: Speech Therapy

#	Recommendation	Strength
30.	There is insufficient evidence to recommend for or against the use of intensive language therapy for aphasia.	Neither for nor against

Ausschnitt Tabelle Seite 24

In an RCT by Breitenstein et al. (2017), persons with chronic aphasia were randomly assigned to either three weeks or more of intensive speech and language therapy or three weeks deferral of intensive speech and language therapy. Participants in the treatment group received a minimum of 45 hours of therapy (individual, group, and self-study) over three weeks. Those in the deferral group were permitted to participate in usual care (one hour per week of community-based low-intensity therapy) during the three-week waiting period. [...] Statistically significant improvements on standard measures were seen in the areas of effectiveness of verbal communication, linguistic performance scores, and aphasia-related quality of life.¹⁴¹ The study by Godecke et al. (2012) in persons with aphasia treated in an acute care facility with an intensive model (150 minutes of therapy over a five-day hospital stay up to a maximum of 1,600 minutes of therapy for the four-week intervention period) found a statistically significant effect of daily treatment for all speech outcomes measured as compared to usual care. Those in the usual care group received one session per week (maximum of 80 minutes per session) for a maximum of four sessions (maximum of 320 minutes of therapy for the four-week intervention period). At the six-month follow-up, communication scores adjusted for initial aphasia severity did not show a statistically significant difference between treatment groups.¹⁴² There are limitations to the findings from these studies, as treatments were individualized^{141,142} and treatment was limited to three weeks¹⁴¹ or four¹⁴² weeks.

Quellen:

141. Breitenstein et al. (2017): Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *Lancet*; 389: 1528-1538.
142. Godecke et al. (2012) Very Early Poststroke Aphasia Therapy: A Pilot Randomized Controlled Efficacy Trial. *Int J Stroke*; 7(8): 635-644.

Hebert D et al., 2016 [14]

*Canadian Stroke Best Practice Recommendations: stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015
Version 5*

Methodik

Recherche/Suchzeitraum:

Eine systematische Literatursuche fand für den Suchzeitraum 2012 bis 2015 statt.

LoE und GoR: Canadian Stroke Best Practice Recommendations

LoE	Criteria
A	Evidence from a meta-analysis of randomized controlled trials or consistent findings from two or more randomized controlled trials. Desirable effects clearly outweigh undesirable effects or undesirable effects clearly outweigh desirable effects.
B	Evidence from a single randomized controlled trial or consistent findings from two or more well-designed non-randomized and/or non-controlled trials, and large observational studies. Desirable effects outweigh or are closely balanced with undesirable effects or undesirable effects outweigh or are closely balanced with desirable effects.
C	Writing group consensus and/or supported by limited research evidence. Desirable effects outweigh or are closely balanced with undesirable effects or undesirable effects outweigh or are closely balanced with desirable effects, as determined by writing group consensus. Recommendations assigned a Level-C evidence may be key system drivers supporting other recommendations, and some may be expert opinion based on common, new or emerging evidence or practice patterns.

Section 10: Rehabilitation to improve language and communication

Recommendation v.

Persons with aphasia should have early access to a combination of intensive language and communication therapy according to their needs, goals and impairment severity (Evidence Level B).

In a review examining the association between SLT intensity and treatment effect, Bhogal et al. identified 10 controlled trails examining SLT post-stroke and found that studies with more intensive therapy provision were more likely to report significant positive treatment effects whereas studies with less intensive therapy provision were more likely to report non-significant treatment effects (Bhogal et al., 2003). Bhogal and colleagues concluded that intense SLT over a short period of time is associated with improved outcomes of speech and language for patients with post-stroke aphasia. Likewise, in their Cochrane review, Brady et al. concluded that intensive speech and language therapy appears to be have some benefit in terms of functional communication, writing, and severity of impairment (Brady et al., 2012).

However, an RCT conducted by Martins et al. (2013) compared intensive and regular speech and language therapy and found that although intensive therapy demonstrates a trend towards greater improvement than regular therapy, no statistically significant differences between the two interventions were found on any of the outcome measures. It should be noted that the authors state that the lack of statistical significance may have been due to the small sample size (Martins et al. 2013).

Godecke et al. (2013) report that the amount of therapy in early post-stroke recovery was a significant predictor of recovering from aphasia ($p=0.030$); however, frequency of therapy sessions was not a significant predictor. Thus, it can be concluded that timing of interventions may be as important as frequency of participation.

Quellen:

- Brady et al. (2012): Speech and language therapy for aphasia following stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5. Art. No.: CD000425. DOI: 10.1002/14651858.CD000425.pub3.
- Bhogal & Teasell (2003): Speechley, M. Intensity of Aphasia Therapy, Impact on Recovery. Stroke 34:987-993.
- Godecke et al. (2013): Amount of Therapy Matters in Very Early Aphasia Rehabilitation after Stroke: A Clinical Prognostic Model. Semin Speech Lang; 34(3): 129-141.
- Heart and Stroke Foundation of Canada (HSFC). 10. Rehabilitation to improve language and communication, 2016. Online verfügbar unter: <https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/stroke-rehabilitation/rehabilitation-to-improve-language-and-communication> (abgerufen am: 10.01.2020).
- Heart and Stroke Foundation of Canada (HSFC). Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Stroke Rehabilitation Evidence Tables. Rehabilitation to Improve Language and Communication. 2015. Online verfügbar unter: <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation/2015csbprehabilitationevidencetable10rehabilitationtoimprovelanguageandcommunication2016feb16.ashx?rev=8482f8055080454b86fa9f4affcb21f3&hash=7AEAEAOC50288061EDF038D71F420149> (abgerufen am: 10.01.2020).
- Martins et al. (2013): A randomized, rater-blinded, parallel trial of intensive speech therapy in sub-acute post-stroke aphasia: the SP-I-R-IT study. Int J Lang Commun Disord 48: 421-431.

Stellungnahme



Abteilung Fachberatung Medizin

Intervall- und Intensivtherapien zur Behandlung von Redeflussstörungen: Darstellung formaler und inhaltlicher Aspekte

**inklusive Bewertung der therapeutischen Angebote
durch die AG HeilM-RL am 24.06.2020**

Auftrag / Anfrage von: AG HeilM-RL

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 22. Juni 2020

Letzte Aktualisierung: 22. Juni 2020

Dateiname: STN_Intervall-Intensiv_Stottern_2020-06-22

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	2
1 Sachverhalt.....	3
2 Methodisches Vorgehen.....	3
3 Ergebnisse.....	4
3.1 Bonner Stottertherapie	5
3.2 VIERMALFÜNF	7
3.3 Intensivmodifikation Stottern (IMS)	9
3.4 Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS)	10
3.5 Stärker als Stottern (SAS)	12
3.6 Kasseler Stottertherapie (KST)	15
3.7 Stottertherapie Hannover Modell.....	17
3.8 D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde	19
3.9 Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth.....	21
3.10 Sprachheilzentrum Werscherberg.....	23
4 Fazit	25
Anhang.....	26

Abkürzungsverzeichnis

HeilM-RL	Heilmittel Richtlinie
HeilM-VO	Heilmittel Verordnung
IKS	Initiative für konfrontative Stottertherapie
IMS	Intensivmodifikation Stottern
k. A.	Keine Angabe
KST	Kasseler Stottertherapie
PME	Progressive Muskelentspannung
SAS	Stärker als Stottern

1 Sachverhalt

Mit Auftrag vom 26.09.2019 hatte die AG HeilM-RL die FBMed mit einer Hintergrundrecherche zur Intensiv- und Intervalltherapie für den Heilmittelbereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie beauftragt.

Die AG HeilM-RL hat sich aufgrund der ersten Rechercheergebnisse darauf verständigt, den Auftrag zu konkretisieren. Ziel des Auftrages ist es einen Überblick über bestehende Therapieformen zu erhalten.

Der zeitliche Aspekt und die Ausgestaltung der jeweiligen Therapie sollen dargestellt werden. Gibt es Gemeinsamkeiten / Unterschiede bei den verschiedenen Ansätzen? Handelt es sich bei dem Inhalt des jeweiligen Angebotes um eine Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder liegt ein multi-modales Therapiekonzept vor?

2 Methodisches Vorgehen

Die formalen und inhaltlichen Aspekte der Intensiv- und Intervalltherapie werden anhand der Angebote zur Redeflussstörung dargestellt. Als Ausgangspunkt dient die *„Tabelle 1: Beispiele intensiv-/intervalltherapeutischer Settings in Deutschland“* aus der STN der FBMed vom 24.01.2020.

U. a. werden die Antworten auf folgende Fragen in tabellarischer Form dargestellt:

- Name der Therapie, Anbieter, Angabe von Quellen
- An wen richtet sich die Therapie?
- Wo erfolgt die Leistungserbringung (z. B. Feriencamps) und in welchem Setting?
- Wie wird die Therapie umgesetzt? Einzel- oder Gruppentherapie?
- Liegt eine Intensivtherapie oder Intervalltherapie vor?
- Wie lange dauert die Therapie? Therapiehäufigkeit und Frequenz?
- Wenn die Therapie als Intervalltherapie angelegt ist, wie gestaltet sich die Betreuung in der nicht intensivierten Phase?
- Welche Methoden werden genutzt? Welche Behandlungselemente bzw. Inhalte hat die Therapie?
- Handelt es sich um eine Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder liegt ein multi-modales Therapiekonzept vor?
- Bewertung im Bezug zur HeilM-RL (Version ab 1.10.2020): z. B. wäre die Therapie über max. Ausreizung der Verordnungsmöglichkeit gem. HeilM-RL möglich? Wie wird das Intervall ausgeführt und ist das anders, als es die HeilM-RL vorgibt?

3 Ergebnisse

In der neuen Version der Heilmittel-Richtlinie (derzeit in Bearbeitung; noch nicht in Kraft getreten) werden im Teil F § 30 bis 34 die Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie aufgeführt.

Bei Störungen des Redeflusses (Diagnosegruppe RE1) kann die Sprechtherapie als Einzeltherapie (30-, 45- oder 60-minütig) oder als Gruppentherapie (45- oder 90-minütig) als Heilmittel verordnet werden. Dies kann bis zu einer Höchstmenge von bis zu 10 mal pro Verordnung bzw. bis zu einer orientierenden Behandlungsmenge von bis zu 50 Einheiten erfolgen. Als Frequenzempfehlung wird 1-mal bis 3-mal pro Woche angegeben.

Im Folgenden sind die formalen und inhaltlichen Angaben – soweit verfügbar – zu zehn Angeboten für die Behandlung von Redeflussstörungen (Stottern) tabellarisch dargestellt. Anzumerken ist, dass die Angabe ‚stationär‘ in dieser Ausarbeitung für eine Unterbringung in speziellen Wohn- und Therapieräumen steht.

- Bonner Stottertherapie (siehe Unterkapitel 3.1)
- VIERMALFÜNF (siehe Unterkapitel 3.2)
- Intensivmodifikation Stottern (IMS) (siehe Unterkapitel 3.3)
- Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS) (siehe Unterkapitel 3.4)
- Stärker als Stottern (siehe Unterkapitel 3.5)
- Kasseler Stottertherapie (siehe Unterkapitel 3.6)
- Stottertherapie Hannover Modell (siehe Unterkapitel 3.7)
- D.E.L.F.I.N Therapie (siehe Unterkapitel 3.8)
- Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth (siehe Unterkapitel 3.9)
- Sprachheilzentrum Werscherberg (siehe Unterkapitel 3.10)

Das Angebot ‚Intensive Stottertherapie‘ von Marita Bauereisen und Bernd Koppenhagen wurde lt. Frau Bauereisen (Telefonat am 15.06.2020) eingestellt, da die Abklärung bzgl. der Kostenübernahme durch die Krankenkassen einen zu großen Aufwand darstellte (jeweils Einzelfallentscheidungen).

(URL: <https://www.logopaedie-bauereisen.de/index.php/zusatzangebote> (Zugriff: 15.06.2020))

3.1 Bonner Stottertherapie

Therapie	Bonner Stottertherapie
Anbieter	Holger Prüß / LVR-Klinik Bonn. Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Bonn
Quelle	URL: https://klinik-bonn.lvr.de/de/nav_main/fachgebiete/besondere_angebote/bonner_stottertherapie/bonner_stottertherapie_1.html URL: https://klinik-bonn.lvr.de/media/lvr_klinik_bonn/medizinische_abteilungen/7_neurologie/bonner_stottertherapie/pdf/Therapiekonzept-2015-broschuere-web.pdf
Zielgruppe	Jugendliche (ab 14 Jahren) und Erwachsene
Setting	Stationär
Ort	Wohn- und Therapieräume in Bonn
Einzel-/Gruppentherapie	Gruppentherapie (bis 12 Personen): alle Teilnehmenden einer Gruppe durchlaufen die gesamte Therapie gemeinsam; Sitzungen als Großgruppe, Kleingruppe sowie Einzelsitzungen
Intensiv-/Intervalltherapie	Intervalltherapie mit mehrwöchigen Intensivphasen
Methode	Kombination der Therapieansätze Fluency-Shaping und Stottermodifikation
Therapiefrequenz und -zeitraum / Dauer der Phasen	Stationäre Intervallbehandlung über ein Jahr verteilt: <ul style="list-style-type: none"> • Phase 1: fünf Wochen anschließend 10 Wochen Unterbrechung, um Therapieinhalte der Phase 1 im Alltag umzusetzen • Phase 2: drei Wochen • 2 einwöchige Nachbehandlungen innerhalb von 10 Monaten nach Therapieende • k. A. zu Therapieeinheiten und Therapiefrequenz
Betreuung in der nicht intensivierten Phase	<ul style="list-style-type: none"> • Einbeziehung des privaten Umfeldes durch Informations-DVD (Vermittlung, was Stottern für den Betroffenen ausmacht; Vorstellung der Therapieschritte; Aufzeigen von Unterstützungsmöglichkeiten durch Familie und Freunde; Entlastung durch das Gemeinsame-darüber-Sprechen) • Transferunterstützung (s. u.) • Rückfallprophylaxe (s. u.)
Inhalte der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Durch häufiges Training der klassischen Problembereiche (wie z. B. Telefonieren, Ansprechen Fremder, Schule und Beruf) Angstabbau und Abbau von Vermeidungsstrategien (Verhaltenstherapeutisches Konzept) • Erarbeitung von Sprechtechniken mit therapeutischer Unterstützung • Individuelle Therapie: Möglichkeit Sprechtechniken zu wechseln oder zu kombinieren • Üben und Festigen der Sprechtechniken z. B. im Familien- und Freundeskreis, im Freizeitbereich, beim Telefonieren, Ansprechen Fremder • Stotterkontrolle: Wahrnehmungstrainings um auf jedes Stotterereignis bereits im Vorfeld mit der neuen, flüssigen Kontrolltechnik zu reagieren. • Transferunterstützung: u. a. <ul style="list-style-type: none"> ○ Intensive Einbeziehung des privaten Umfeldes durch eine Informations-DVD sowie durch telefonische und ggf. persönliche Kontakte ○ Einsatz von Diktiergeräten und Checklisten zur Überprüfung der einzelnen Techniken am Therapie- und Heimatort ○ Vorbereitung und Durchführung eines Vortrages zum Thema Stottern und Therapie vor Schulklasse / Berufskollegen am Heimatort (ggf. mit therapeutischer Begleitung)

	<ul style="list-style-type: none"> • Rückfallprophylaxe <ul style="list-style-type: none"> ○ Zweimalige Nachbehandlungen (s. o.) ○ Erarbeitung individueller Strategien zur Vorbeugung und Bewältigung von möglichen Rückfällen mit unterstützenden Materialien (z. B. Therapiehandbuch, Technik-/ Übungs-CD, Dokumentation über den eigenen Therapieverlauf u. a.) ○ Inanspruchnahme von wöchentlichen Skype-Runden mit Therapeuten innerhalb eines bundesweiten Netzwerkes und von Auffrischungstagen kostenlos möglich
Weiteres	<ul style="list-style-type: none"> • Unterricht in kleinen Lerngruppen von 7:45 bis 9:15 Uhr in der Paul-Martini-Schule zur Aufarbeitung des Leistungsstandes der Heimatschule • Berufstätige und Arbeitssuchende werden während der Behandlung krankgeschrieben • Wissenschaftliche Kooperationen mit Universität zu Köln • Entwicklung des Fragebogens BLESS (Bonner Langzeit-Evaluationsskala zur Lebenssituation Stotternder) zur Diagnostik, Therapieplanung und Erfassung des langfristigen Therapieerfolgs • Angebot besteht seit 1989.
Kosten- übernahme	<ul style="list-style-type: none"> • Die Kosten für Therapie, Unterkunft und Verpflegung werden in der Regel von allen gesetzlichen und privaten Krankenkassen übernommen. • Den Antrag auf Übernahme der Behandlungskosten stellt die Bonner Stottertherapie.
Anmerkungen FBMed	<ul style="list-style-type: none"> • Therapieansatz fokussiert auf Stottertherapie • Ganztägig; k. A. zu Therapieeinheiten und Therapiefrequenz • Therapie umfasst <ul style="list-style-type: none"> ○ Intervalltherapie mit mehrwöchigen, ganztägigen Intensivphasen ○ Transferunterstützung ○ Rückfallprophylaxe
Bewertung durch die AG HeiIM-RL am 24.06.2020	<p>keine Behandlungsform für nähere Befassung</p> <ul style="list-style-type: none"> • stat. Behandlung nach § 39 SGB V • multimodaler Ansatz (insbes. Verhaltenstherapie) • keinesfalls Konformität zur HeiIM-RL • Aus Sicht der AG nicht geeignet.

3.2 VIERMALFÜNF

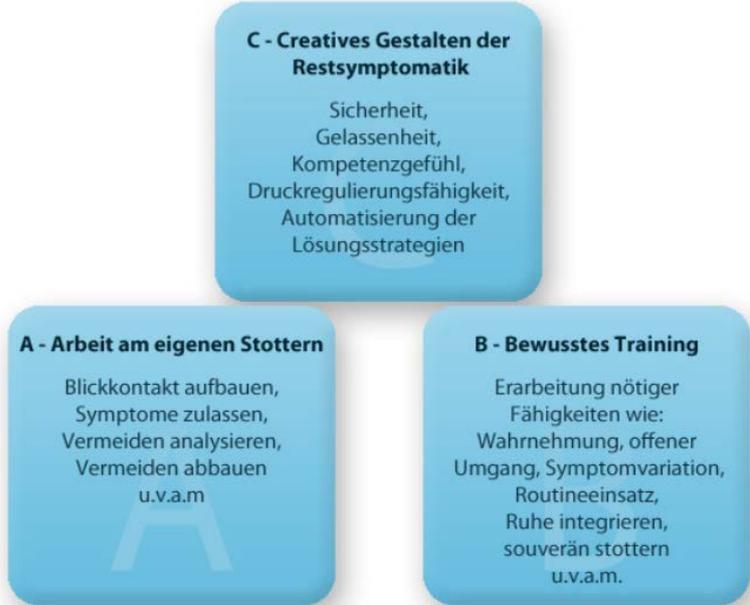
Therapie	VIERMALFÜNF
Anbieter	Andreas Starke, Robert Richter
Quelle	URL: https://viermalfuenf.de/
Zielgruppe	Jugendliche ab 14 Jahren und Erwachsene
Setting	Stationär (Familienferiendorf)
Ort	Familienferiendorf Boltenhagen
Einzel-/ Gruppen- therapie	Gruppentherapie (10 Personen)
Intensiv-/ Intervall- therapie	Intensive Intervalltherapie
Methode	Modifikationsansatz nach Van Riper
Therapie- frequenz und - zeitraum / Dauer der Phasen	<ul style="list-style-type: none"> • Insgesamt 5 Therapieabschnitte über 1 Jahr • 4 fünftägige Therapiephasen im Abstand von jeweils 6 Wochen • pro Intensivphase 20 Sitzungen mit je 90 Minuten Gruppentherapie, ggf. ergänzend Einzelsitzungen bei individuellem Bedarf • ½ Jahr nach der 4. Therapiewoche (d. h. ein Jahr nach Therapiebeginn) 3- tägiges Abschlusstreffen (k. A. zu Therapieeinheiten)
Betreuung in der nicht intensivierten Phase	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Die langen Zeiträume zwischen zwei aufeinander folgenden Therapiewochen (Intervalltherapie) verlangen Eigenaktivitäten der Patienten und vermitteln den Patienten die Erfahrung des selbstgesteuerten Handelns ohne direkte und unmittelbare Unterstützung (Anwesenheit) eines Therapeuten. Dadurch wird schon während der Therapie Selbständigkeit und Selbstverantwortung der Patienten gefördert.</i> • <i>In den sechs Wochen zwischen den Intensivphasen der Stottertherapie, soll das Gelernte im Alltag ausprobiert und gefestigt werden. Die Teilnehmenden stehen über die gesamte Zeit im engen Kontakt mit dem Therapeuten</i> • Nach Abschluss der Therapie besteht weiterhin die Möglichkeit mit den Gruppenteilnehmern und den Therapeuten per Telefon oder E-Mail in Kontakt zu bleiben. Regional können Übungsgruppen organisiert werden. • Nachsorge- bzw. Auffrischungsleistung in Einzelsitzung bei Logopäden/ Logopädin am Heimatort • Teilnahme an Auffrischungswochenenden (mit 10 Teilnehmenden) möglich • Teilnahme an Ehemaligentreffen (60-70 Teilnehmende) möglich
Inhalte der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Abbau von Sprechängsten und Erwerb von Blocklösetechniken durch Stottermodifikation (Prinzipien nach Van Riper) • Vier Therapieabschnitte (Wochen) mit unterschiedlichen Schwerpunkten: <ul style="list-style-type: none"> ○ 1. Woche: Analyse des individuellen Symptombildes und der jeweiligen Ausgangssituation Vermittlung von Kenntnissen zu Atmung, Stimmgebung, Artikulation Übungsaufgaben zur Eigenwahrnehmung ○ 2. Woche: Emotionale Lage vor und während des Stottervorganges Fremdwahrnehmung Innere Umbewertung Übungen zu ‚gelassenem Stottern‘ im Therapieraum und außerhalb der Therapiesituation, ggf. individuell alltagsrelevante Übungen ○ 3. Woche und 4. Woche: Modifikation des Kernstotterns individuell zugeschnittenes Trainingsprogramm mit speziellen Techniken (das Synthetische („gefühlte“) Sprechen, die Nachbesserung (cancellation), der Pullout, die Vorbereitete Einstellung und das Überwachte Sprechen) Rhetorische Übungen, Rollenspiele und praktische Übungen außerhalb des Therapieraumes.

	<ul style="list-style-type: none"> • Abschließendes Wochenende: Bewertung und Ergänzung der Fähigkeit zur Selbsttherapie jedes Patienten Auswertung des bisherigen Umgangs mit Rückfällen im „Alltagstest“
Weiteres	<ul style="list-style-type: none"> • Es werden zwei intensive Therapiegruppen pro Jahr angeboten. • Grundanliegen der Therapie ist es, die Teilnehmer in die Lage zu versetzen, autonom ihren Therapieprozess im Alltag zu gestalten und langfristig ohne oder mit nur geringer externer Hilfe auszukommen. • Angebot existiert seit 1987.
Kosten- übernahme	<ul style="list-style-type: none"> • Die Therapiekosten werden aufgrund einer ärztlichen Verordnung von den Krankenkassen übernommen. • Für erwachsene Patienten (über 18 Jahre) fallen die gesetzlichen Zuzahlungen und Ordnungsgebühren der Krankenkasse an. Der genaue Betrag der Zuzahlungsleistungen richtet sich nach der jeweiligen Krankenkasse. Die Zuzahlungen entfallen bei Jugendlichen (unter 18 Jahren). • Kosten für Unterbringung und Verpflegung müssen von den Teilnehmern selbst übernommen werden.
Anmerkungen FBMed	<ul style="list-style-type: none"> • Vier Therapiephasen mit je 20 Therapieeinheiten Gruppentherapie. • Mehrere Einheiten pro Tag
Bewertung durch die AG HeilM-RL am 24.06.2020	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltenstherapeutische Anteile bilden einen wesentlichen Bestandteil dieser Therapie, daher nicht geeignet für den Rahmen der HeilM-RL. • Aus Sicht der AG nicht geeignet.

3.3 Intensivmodifikation Stottern (IMS)

Therapie	Intensivmodifikation Stottern (IMS)
Anbieter	Winfried Heil, Hartmut Zückner
Quelle	URL: http://www.ims-stottertherapie.de/ Natke et al. Langzeiteffekte der Intensiv-Modifikation Stottern (IMS). Sprache Stimme Gehör 2010;34(03):155-164.
Zielgruppe	Jugendliche ab 16 Jahren und Erwachsene
Setting	Ambulant
Ort	Köln
Einzel-/ Gruppen- therapie	Gruppentherapie (ca. 6 Personen)
Intensiv-/ Intervall- therapie	Intensivtherapie - Intervalltherapie
Methode	Stottermodifikation nach Van Riper
Therapie- frequenz und - zeitraum / Dauer der Phasen	<ul style="list-style-type: none"> • Intensivphase: <ul style="list-style-type: none"> ○ 12 Therapietage gleichmäßig über das Jahr verteilt. ○ Ein Therapietag umfasst 8-mal 45 Minuten Gruppentherapie. • Nachsorgephase: <ul style="list-style-type: none"> ○ 2-jährige Nachsorgephase mit Auffrischungssitzungen ○ je 6 Therapiestunden im Abstand von einem halben Jahr
Betreuung in der nicht intensivierten Phase	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen den Terminen erledigen die Patienten Selbsttrainingsaufgaben in ihrem persönlichen Umfeld • Austausch zwischen Therapeut und Patient zwischen den Therapietagen per Telefon und E-Mail
Inhalte der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Therapieansatz der Stottermodifikation <ul style="list-style-type: none"> ○ Prolongation: Stottern kann vor seiner Entstehung so bearbeitet (modifizieren) werden, dass es nicht zu einem Stottern kommt ○ Pull-out-Technik: bereits aufgetretenes Stottern wird so schnell wie möglich beendet. • In-vivo-Übungen nehmen einen Großteil der Therapie ein, um gegen Stottern und den auffälligen Einsatz von Sprechtechniken zu desensibilisieren • Durchführung von Selbsttrainingsaufgaben zwischen den Terminen im persönlichen Umfeld
Weiteres	<ul style="list-style-type: none"> • Die ausgedehnte Nachsorgephase dient dazu, mögliche Rückfälle während der offiziellen Therapiezeit aufzufangen und die Stabilität der Therapieeffekte zu sichern. • Es besteht das Angebot für die Patienten, auch nach dem Ablauf der Nachsorgephase an Refreshern teilzunehmen.
Kosten- übernahme	Die Abrechnung erfolgt über eine HeilM-VO.
Anmerkungen FBMed	Insgesamt beträgt der Therapieumfang 120 Therapiestunden (über 3 Jahre). Abrechnung über HeilM-VO.
Bewertung durch die AG HeilM-RL am 24.06.2020	<ul style="list-style-type: none"> • Rein ambulantes Angebot. Hier müsste man genauer prüfen, inwieweit Übertragbarkeit bzw. Konformität mit HeilM-RL möglich. • Weiterer Austausch hierzu wird empfohlen – Folgeauftrag FB Med • Merkposten: Ist das für den Patienten organisierbar?

3.4 Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS)

Therapie	Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS)
Anbieter	Werner Rauschan, Claus Welsch
Quelle	URL: http://www.iks.info/ URL: http://www.iks.info/wordpress/wp-content/uploads/2018/01/Forum_2008.pdf
Zielgruppe	Erwachsene
Setting	Ambulant
Ort	Logopädische Praxis in Friedrichsthal oder Saarbrücken
Einzel-/ Gruppen- therapie	Gruppentherapie und ggf. Einzelsitzungen
Intensiv-/ Intervall- therapie	Intensivtherapie - Intervalltherapie
Methode	Konfrontationsansatz mit ABC-Modell
Therapie- frequenz und - zeitraum / Dauer der Phasen	<ul style="list-style-type: none"> • 4-mal 2-tägige Intensivwochenenden im Abstand von 1 bis 4 Wochen (nach Absprache) • Phase A, Phase B und Phase C jeweils ca. 8 bis 10 Therapieeinheiten
Betreuung in der nicht intensivierten Phase	k. A.
Inhalte der Therapie	<p>Konfrontationsansatz mit ABC-Modell <i>Durch seine vereinfachende Dreiphasigkeit wird es sowohl für die TherapeutIn als auch für den Patienten sehr schnell möglich, Veränderungen im Verhalten und in der Symptomatik zu bewirken</i></p> <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> • <i>,In Phase A – Arbeit am eigenen Stottern – geht es um den Abbau von Vermeidensverhalten. Daraus entwickelt sich Primäres Stottern – wir nennen es „Netto-Stottern“ – und es ergeben sich bereits Formen von offensiverer Kommunikation, die das Selbstbewusstsein des Stotterers stärken.</i> • <i>In Phase B – Bewusstes Training – wird durch Wahrnehmungssteigerung und Stottertraining von verschiedensten absichtlichen Stotterformen das Stottern neu konditioniert. Das führt zu ruhigeren, kontrollierten und</i>



	<p><i>angstfreien Formen von Stottern. Dieses hierarchische Stottertraining wirkt sehr desensibilisierend und erhöht wie von selbst den „basic fluency level“ (Van Riper).</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>In Phase C – Creatives Gestalten der Restsymptomatik – wird das Sprechen über die erhöhte artikulomotorische Aufmerksamkeit wie auch durch das Erlernen einfacher Drucklösemechanismen weiter „geglättet“. Über die Säulen-Darstellung des ABC-Modells wird deutlich, dass eine effektive Primärsymptomreduktion nur möglich ist, wenn die Säule C auf den zwei weiteren stabilen, soliden Säulen A und B aufliegt. Säule A hat genau so viel Wertigkeit wie Säule B.</i> <p><i>Dieser Kontext bzw. diese Ausgangsbasis für erfolgreiche Konfrontationstherapie wird unseres Erachtens allzu oft vernachlässigt. In diesem Konzept halten wir jegliche Form von Fluency-shaping-Techniken für unlogisch und unpassend. Therapieansätze, bei denen Van Ripers Nichtvermeidensansatz mit Sprechtechniken kombiniert wird, erscheinen uns unlogisch und kontraproduktiv.'</i></p>
Weiteres	<p><i>Wir vertreten die Ansicht, dass eine technische Verminderung der Sprechunflüssigkeiten allein, ohne eine grundsätzliche Modifikation des Selbstkonzeptes und der eigenen Rolle in der Kommunikation keine stabile Veränderung bewirken kann.</i></p> <p><i>Deshalb muss der Stotternde sein bisheriges Dogma „nur flüssig kann ich mitreden“ verlassen und erkennen, dass eine angstfreie, entspannte und spontane Kommunikation auch mit Stottern möglich ist.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Einmal jährlich wird eine Gruppen-Intervalltherapie durchgeführt.• Die Initiative für konfrontative Stottertherapie wurde 1998 gegründet.
Kosten- übernahme	k. A.
Anmerkungen FBMed	<ul style="list-style-type: none">• ca. 30 Therapieeinheiten werden für die Phasen A bis C angesetzt• keine Angaben zur Therapiefrequenz (Je Phase 2 Tage mit 8-10 Therapieeinheiten, d. h. 4-5 Therapieeinheiten pro Tag)• Keine Angaben zu Kostenübernahme• Keine Angaben zu Nachsorge
Bewertung durch die AG HeilM-RL am 24.06.2020	<ul style="list-style-type: none">• Rein ambulantes Angebot. Hier müsste man genauer prüfen, inwieweit Übertragbarkeit bzw. Konformität mit Heilm-RL möglich.• Weiterer Austausch hierzu wird empfohlen – Folgeauftrag FB Med• Merkposten: Ist das für den Patienten organisierbar?

3.5 Stärker als Stottern (SAS)

Therapie	Stärker als Stottern																																								
Anbieter	Georg Thum, Ingeborg Mayer																																								
Quellen	URL: http://www.staerker-als-stottern.de Stärker als Stottern (SAS) Intensiviert. Individualisiert. Methodenkombiniert. Konzept und Wirksamkeitsnachweis zur Vorlage beim G-BA. Stand: März 2020																																								
Zielgruppe	Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 8 und ca. 23 Jahren																																								
Setting	Stationär (Seminarhaus)																																								
Ort	<ul style="list-style-type: none"> Ferienkurse in Weilheim für Kinder zwischen 8 und 13 Jahren Ferienkurse in Kempfenhausen für Jugendliche und junge Erwachsene ab 14 Jahren 																																								
Einzel-/ Gruppen- therapie	<p>Die Therapie wird in unterschiedlichen Formen angeboten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Einzel- und Parallelbehandlung (2-er-Gruppen) Kleingruppen (3-5 Patient*innen) und Gruppenrunden (mehr als 5 Patient*innen) <p>Tagesplan zur Veranschaulichung der Gewichtung:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Vormittag</th> <th></th> <th>Nachmittag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7:30</td> <td>Frühsport</td> <td>14:00</td> <td>Entspannungsübung</td> </tr> <tr> <td>8:00</td> <td>Frühstück</td> <td>14:30</td> <td>Gruppenrunde</td> </tr> <tr> <td>8:30</td> <td>Morgenrunde Kleingruppe</td> <td>14:45</td> <td>3. Therapiemodul Kleingruppe + Parallelbehandlung</td> </tr> <tr> <td>9:00</td> <td>1. Therapiemodul Kleingruppe + Parallelbehandlung</td> <td>15:30</td> <td>Pause</td> </tr> <tr> <td>10:30</td> <td>Pause</td> <td>15:45</td> <td>Projekt (Kleingruppe) Anwendung der Sprechtechniken</td> </tr> <tr> <td>11:00</td> <td>2. Therapiemodul Kleingruppe + Parallelbehandlung</td> <td>15:45</td> <td>zeitgleich: Parallel- + Einzeltherapie</td> </tr> <tr> <td>12:15</td> <td>Mittagsrunde (Gruppe)</td> <td>17:45</td> <td>Abendrunde (Gruppe)</td> </tr> <tr> <td>12:30</td> <td>Mittagspause</td> <td>18:00</td> <td>Abendessen</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>18:45</td> <td>Abendreflexion (Gruppe)</td> </tr> </tbody> </table>		Vormittag		Nachmittag	7:30	Frühsport	14:00	Entspannungsübung	8:00	Frühstück	14:30	Gruppenrunde	8:30	Morgenrunde Kleingruppe	14:45	3. Therapiemodul Kleingruppe + Parallelbehandlung	9:00	1. Therapiemodul Kleingruppe + Parallelbehandlung	15:30	Pause	10:30	Pause	15:45	Projekt (Kleingruppe) Anwendung der Sprechtechniken	11:00	2. Therapiemodul Kleingruppe + Parallelbehandlung	15:45	zeitgleich: Parallel- + Einzeltherapie	12:15	Mittagsrunde (Gruppe)	17:45	Abendrunde (Gruppe)	12:30	Mittagspause	18:00	Abendessen			18:45	Abendreflexion (Gruppe)
	Vormittag		Nachmittag																																						
7:30	Frühsport	14:00	Entspannungsübung																																						
8:00	Frühstück	14:30	Gruppenrunde																																						
8:30	Morgenrunde Kleingruppe	14:45	3. Therapiemodul Kleingruppe + Parallelbehandlung																																						
9:00	1. Therapiemodul Kleingruppe + Parallelbehandlung	15:30	Pause																																						
10:30	Pause	15:45	Projekt (Kleingruppe) Anwendung der Sprechtechniken																																						
11:00	2. Therapiemodul Kleingruppe + Parallelbehandlung	15:45	zeitgleich: Parallel- + Einzeltherapie																																						
12:15	Mittagsrunde (Gruppe)	17:45	Abendrunde (Gruppe)																																						
12:30	Mittagspause	18:00	Abendessen																																						
		18:45	Abendreflexion (Gruppe)																																						
Intensiv-/ Intervall- therapie	intensivierte logopädische Behandlung mit Nachsorgeprogramm																																								
Methode	Fluency Shaping-Techniken nach Webster und Modifikation nach Van Riper sowie Kombinationen beider Verfahren																																								
Therapie- frequenz und - zeitraum / Dauer der Phasen	<p>2-jähriger Therapieprozess</p> <ul style="list-style-type: none"> 15-tägige Basistherapie (Intensivkurs) (Summe Basistherapie: 74 Einheiten) 2 jeweils 4-tägige Refresher im ersten Therapiejahr (je Refresher: 19 Einheiten) Jeweils 2-tägiger Jahrestag 12 Monate und 24 Monate nach Basistherapie (je Jahrestag: 8 Einheiten) 																																								

	
Betreuung in der nicht intensivierten Phase Nachsorgeprogramm	<p>Nachsorgeprogramm erstreckt sich über einen Zeitraum von 24 Monaten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturiertes sechswöchiges schriftliches Nachsorgeprogramm mit täglichen Aufgaben • Teletherapie: Skype-Betreuung: 30 Skype-Sitzungen nach Therapieende über 12 Monate • Angehörigensprechstunden und -gruppen • Zwei obligatorische 4-tägige Refresher drei und acht Monate nach Ende des Intensivkurses • Je ein 2-tägiger Jahrestag 12 und 24 Monate nach Ende des Intensivkurses zur Aufrechterhaltungsphase und Evaluation der Therapieeffekte. • Fachlicher Austausch mit Therapeut*innen vor Ort
Inhalte der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Sprechrestrukturierung durch Erwerb von globalen Fluency-Shaping-Technik; Erwerb der Parameter ‚Weicher Stimmeinsatz‘, ‚Sprechrestrukturierung‘ • Abbau von Sprechängsten und Erwerb von Blocklösetechniken durch Stottermodifikation (Prinzipien nach Van Riper) Hintergrund: Lokaler Ansatz. Identifikation der Stottereignisse durch den Patienten, Auf- und Ausbau; spontansprachlicher flüssiger Äußerungen, Erwerb von Blocklösetechniken, Stottern vereinfachen, ‚leichter machen‘. • Erwerb kommunikativer Kompetenz durch (Sprech-)Identifikation, Motivation, Desensibilisierung und In-Vivo-Übungen (Transfer in Real-Life-Situationen mit Audio- und Videoanalyse) • Einbezug des Umfeldes: <ul style="list-style-type: none"> ○ individuelle Einzelsprechstunden für Angehörige (Eltern, Bezugspersonen etc.) ○ Elterngruppen zur Unterstützung der Angehörigen (in jedem Therapiekurs) • Erwerb von Entspannungstechniken (PME nach Jakobson, Autogenes Training) Hintergrund: Reduzierung hyper- und hypotoner Anteile, Sensibilisierung gegenüber Spannungszuständen, die während des Stotterns ganzkörperlich sowie im Artikulations- und Phonationsbereich auftreten.
Weiteres	<ul style="list-style-type: none"> • Ermittlung des Therapiebedarfs. Erhebung diagnostischer Daten vor und nach jeder Therapie (Intensivkurs, Refresher) • Die Hybridtherapie für stotternde Kinder und Jugendliche wird zur Zeit in Kooperation mit der LMU München evaluiert (Promotionsarbeit: V. Neidlinger). • Eine Fortsetzung der Evaluation ist in Kooperation mit der Uni Aachen und der Hochschule Idstein geplant. • Meilensteine des Projektes für die nächsten 3 Jahre: Evaluation, Therapieforschung und Therapieoptimierung • Angebot existiert seit 2003.
Kostenübernahme	<ul style="list-style-type: none"> • Abrechnung der Therapiekosten über ärztlich ausgestellte HeilM-VO; dies bedarf aufgrund der höheren Verordnungsmenge vorab der Genehmigung durch die Krankenkasse • Zusätzlich fallen Kosten für Unterkunft und Verpflegung an, die nur selten von den Kassen übernommen werden.
Anmerkungen FBMed	<ul style="list-style-type: none"> • Zusätzlich zu Fluency Shaping, Stottermodifikation und deren Kombination wird PME angeboten. • Mehrere Therapieeinheiten pro Tag • Auszug aus Stärker als Stottern (SAS) Intensiviert. Individualisiert. Methodenkombiniert (2020) (s. o.)

	<p>„Für den insgesamt 2-jährigen Therapieprozess werden insgesamt 126 Therapieeinheiten veranschlagt. Die Tabelle zeigt die Anzahl der Therapieeinheiten pro Abrechnungsposition der jeweiligen Kurse auf.“</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Heilmittelverordnung</th> <th>August</th> <th>Refr. 1</th> <th>Refr. 2</th> <th>JT 12</th> <th>JT 24</th> </tr> <tr> <th>Position</th> <th>Pos. Nr.</th> <th colspan="5">Verordnungsmenge</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Befund</td> <td>33010</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Einzeltherapie (60 Minuten)</td> <td>104</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2-er Gruppe (90 Min.)</td> <td>233</td> <td>18</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>3-5er Gruppe (90 Min.)</td> <td>224</td> <td>51</td> <td>14</td> <td>14</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Gesamt Therapie (ohne Befund):</td> <td></td> <td>74</td> <td>19</td> <td>19</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> <p>Neben der Präsenztherapie werden zusätzlich 30 Skype-Einheiten als Bestandteil des Nachsorgeprogramms über einen Zeitraum von 12 Monaten angeboten.⁴</p> <p>(Anmerkung: die Pos.Nr. für eine 2-er Gruppe (90 Min.) müsste korrekt 223 lauten.)</p>							Heilmittelverordnung		August	Refr. 1	Refr. 2	JT 12	JT 24	Position	Pos. Nr.	Verordnungsmenge					Befund	33010	1	0	1	1	1	Einzeltherapie (60 Minuten)	104	5	2	2	0	0	2-er Gruppe (90 Min.)	233	18	3	3	8	8	3-5er Gruppe (90 Min.)	224	51	14	14	0	0	Gesamt Therapie (ohne Befund):		74	19	19	8	8
	Heilmittelverordnung		August	Refr. 1	Refr. 2	JT 12	JT 24																																																	
Position	Pos. Nr.	Verordnungsmenge																																																						
Befund	33010	1	0	1	1	1																																																		
Einzeltherapie (60 Minuten)	104	5	2	2	0	0																																																		
2-er Gruppe (90 Min.)	233	18	3	3	8	8																																																		
3-5er Gruppe (90 Min.)	224	51	14	14	0	0																																																		
Gesamt Therapie (ohne Befund):		74	19	19	8	8																																																		
<p>Bewertung durch die AG HeilM-RL am 24.06.2020</p> <ul style="list-style-type: none"> • formal stationär, multimodal. Die dazugehörigen Features gehen über die in der HeilM-RL regelbaren Ausmaß hinaus. • Aus Sicht der AG nicht geeignet. 																																																								

3.6 Kasseler Stottertherapie (KST)

Therapie	Kasseler Stottertherapie
Anbieter	Alexander Wolff von Gutenberg Institut der Kasseler Stottertherapie
Quelle	URL: https://www.kasseler-stottertherapie.de/ URL: https://www.kasseler-stottertherapie.de/aktuelles/kursdaten/
Zielgruppe	Intensivtherapie für 3 Altersgruppen: 6-9 Jahre, 9-12 Jahre und Jugendliche (ab 13 Jahren) und Erwachsene
Setting	Stationär (Einrichtung des Therapieanbieters)
Ort	<ul style="list-style-type: none"> • Bad Emstal bei Kassel • Elstal bei Berlin • Hattingen im Ruhrgebiet
Einzel-/ Gruppen- therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppentherapie <ul style="list-style-type: none"> ○ Franka-Gruppentherapie: bis zu sechs Kindern im Grundschulalter ○ Kinder von 9-12 Jahren: Gruppentherapie mit bis zu sieben Kindern ○ Jugendliche (ab 13 Jahren) und Erwachsene: Gruppentherapie mit 8 Personen
Intensiv-/ Intervall- therapie	Intensivtherapie mit bis zu 12-monatiger strukturierter Nachsorge <ul style="list-style-type: none"> • Kinder von 6-9 Jahren: Franka-Gruppentherapie • Kinder von 9-12 Jahren: 14-tägige Intensivtherapie • Jugendliche (ab 13 Jahren) und Erwachsene: 14-tägige Intensivtherapie
Methode	Fluency-Shaping-Techniken
Therapie- frequenz und - zeitraum / Dauer der Phasen	Therapiezeitraum je nach Kurs zwischen 10 und 12 Monaten <ul style="list-style-type: none"> • Franka (Kinder von 6-9 Jahren) <ul style="list-style-type: none"> ○ 6 Tage Intensivkurs für Kinder von 6-9 Jahren mit Anwesenheit und aktiver Teilnahme eines Elternteils oder einer Betreuungsperson. Ganztägige Schulung von Kindern und Eltern. ○ Im Rahmen der strukturierten Nachsorge: 3 zweitägige Auffrischkurse an drei Wochenenden nach 1, 4 und 8 Monaten im Anschluss an den Intensivkurs ○ Therapiephase erstreckt sich über 12 Monate • Kinder von 9-12 Jahren <ul style="list-style-type: none"> ○ 14-tägige Intensivtherapie für die Kinder. Zusätzlich finden an den Wochenenden Elternschulungen statt. ○ 3 dreitägige Auffrischkurse an drei Wochenenden nach 1, 5 und 10 Monaten im Anschluss an den Intensivkurs ○ Therapiephase erstreckt sich über 10 Monate • Jugendliche ab 13 Jahren und Erwachsene: <ul style="list-style-type: none"> ○ 14-tägige Intensivtherapie ○ 2 dreitägige Auffrischkurse an zwei Wochenenden nach 1 und 10 Monaten im Anschluss an den Intensivkurs ○ Therapiephase erstreckt sich über 10 Monate
Betreuung in der nicht intensivierten Phase	<ul style="list-style-type: none"> • Franka: <ul style="list-style-type: none"> ○ Zu Hause finden tägliche Sprechübungen mit der Therapiesoftware „flunatic junior“ statt. ○ 6 Monate nach dem Intensivkurs erhalten die Eltern zwei teletherapeutische Beratungssitzungen zu Hause über den PC. ○ 1 Jahr nach dem Intensivkurs findet ein Abschlusstermin statt, auch um die Eltern für die Folgephase zu vernetzen und in Kontakt zu halten • Kinder von 9-12 Jahren: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tägliches und systematisches Sprechtraining zu Hause mit selbst entwickelter Therapiesoftware „flunatic!“

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Selbständiges Üben definierter Sprechsituationen im Alltag • Jugendliche ab 13 Jahren und Erwachsene: <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Erlernen und Weiterentwickeln der neuen Sprechweise wird durch regelmäßiges Üben mit der Therapiesoftware „flunatic.Web“ (während des Intensivkurses und anschließend zu Hause) unterstützt. ○ zwischen den Auffrischkursen im Abstand von 2 bis 4 Wochen Begleitung durch 15 teletherapeutische Sitzungen in Kleingruppen
Inhalte der Therapie	<p>Sprechrestrukturierung durch Erwerb von globalen Fluency-Shaping-Techniken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Körperwahrnehmung und Entspannung durch Entspannungstechniken sowie Atem-, Stimm- und Artikulationsübungen • Schulung kommunikativer Fähigkeiten und Förderung der Wahrnehmung des eigenen Verhaltens durch Ton- und Videoanalysen • Training des neu erlernten Sprechmusters durch intensive Sprechübungen und Rollenspiele mit steigenden Anforderungen als Vorbereitung auf Alltagssituationen • Einüben der neuen Sprechweise außerhalb der Therapieumgebung (Verkaufsgespräche, Interviews mit Passanten, Vorträge vor größeren Gruppen und Telefonate)
Weiteres	<ul style="list-style-type: none"> • FranKa-Gruppentherapie wird seit 2009 angeboten; Kooperation zwischen der Universität Frankfurt am Main und der Kasseler Stottertherapie • Erwachsene: Die KST wird ab 1996 angeboten. Bis 2005 dauerte der Intensivkurs 19 Tage, anschließend nur noch 14 Tage. • Seit 2014 Onlinetherapie mit speziell entwickeltem Programm möglich. • ab einem Alter von 13 Jahren auch reine Online-Stottertherapie möglich • „flunatic.Web“ stellt die Stimme als Kurve dar und gibt damit eine visuelle Rückmeldung über das Gesprochene. Der Patient erhält ein sofortiges Feedback über die Qualität der Stimmeinsätze, die Silbendauer und eine gebundene oder unterbrochene Stimmgebung. Die Stimmeingabe kann während des Sprechens beobachtet und gegebenenfalls modifiziert werden. • Diverse wissenschaftlich Veröffentlichungen u. a. zu Evaluation der Programme liegen vor. • Eine spezielle Form der KST wurde für Menschen mit Handicap entwickelt. Seit 2014 können Betroffene (ab 13 Jahren) an einer 12-tägigen Intensivtherapie mit bis zu 40 Stunden Einzeltherapie teilnehmen.
Kosten-übernahme	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche Krankenkassen (z. B. AOK, Barmer, TK) bzw. private Krankenversicherungen übernehmen auf Basis von Direktverträgen die Kosten des Intensivkurses sowie der Nachsorgemodule. • Zu den von den Krankenkassen übernommenen Therapiekosten kommt noch ein vom Patienten selbst zu tragender Eigenanteil für Unterbringungs-, Verpflegungs- und Materialkosten hinzu.
Anmerkungen FBMed	<ul style="list-style-type: none"> • Therapie jeweils ganztägig • FranKa: 12 Therapietage in 12 Monaten • Kinder von 9-12 Jahren: 23 Therapietage in 10 Monaten • Jugendliche (ab 13 Jahren) und Erwachsene: 20 Therapietage in 10 Monaten • Speziell entwickelte Software
Bewertung durch die AG HeiM-RL am 24.06.2020	<ul style="list-style-type: none"> • Multimodaler Ansatz • Stationäres Setting • Keine klassische Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie. • Aus Sicht der AG nicht geeignet.

3.7 Stottertherapie Hannover Modell

Therapie	Stottertherapie Hannover Modell
Anbieter	Projekt der Leibniz Universität Hannover (Prof. C. Miosga) Begleitung durch die Hochschul-Ambulanz der Abteilung Sprach-Pädagogik und -Therapie am Institut für Sonderpädagogik (IfS) der Leibniz Universität Hannover (LUH)
Quelle	URL: https://www.stottertherapie-hannover.de/ URL: https://www.stottertherapie-hannover.de/media-artikel/
Zielgruppe	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 14 und 30 Jahren
Setting	Stationär (Tagungshaus)
Ort	Sommercamp / Nachsorgecamp beim Steinhuder Meer
Einzel-/ Gruppen- therapie	Einzel- und Gruppentherapie (Gruppengröße bis 15 Personen)
Intensiv-/ Intervall- therapie	Intensivtherapie mit Nachsorge
Methode	Fluency Shaping und Stottermodifikation sowie vielfältige Methoden im Bereich der normalen Sprechgestaltung
Therapie- frequenz und - zeitraum / Dauer der Phasen	<ul style="list-style-type: none"> • Zehntägige Stotterintensivtherapie (Sommercamp) • 5-tägiges Nachsorgecamp (1-mal im Jahr in den niedersächsischen Herbstferien) • Pro Tag finden zwei gemeinsame Therapieeinheiten in der Großgruppe und mehrere kleine Therapieeinheiten in Kleingruppen und Stationsarbeit statt.
Betreuung in der nicht intensivierten Phase Nachsorge	<ul style="list-style-type: none"> • Sommercamp-Trainings-CD mit wesentlichen Inhalten der Therapie und Übungen zu den einzelnen Schwerpunkten • regelmäßige Skype-Sitzungen im Anschluss an Sommercamp mit Studierenden der Universität Hannover als Kommunikationspartner und unter Einbeziehung von Verwandten und Freunden • ambulante Unterstützung, Selbsthilfe (s. u.)
Inhalte der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Stark dialogisch und kommunikativ ausgerichtetes Therapiekonzept • kombinierte, integrative Methodenauswahl: spezifische Sprechtechniken und Non-Avoidance-Prinzipien • Zusätzlich spezifische Entspannungsverfahren und handlungsorientierte erfahrungs- und dialogintensive Aktivitäten aus der Theaterpädagogik sowie medienpädagogischen Elemente wie Hörspiel, Kurzfilm, Apps, Youtube-Blogs, Online-Chats, Skype, Whatsapp-Gruppen zur selbstreflexiven Auseinandersetzung mit der sprecherischen Selbstdarstellung. • Erlernen eines natürlich pausierenden Sprechstil und Festigung in Rollenspielen oder echten Alltagssituationen • Therapiebausteine: <ul style="list-style-type: none"> ○ Restrukturierung der Sprechgestaltung: Atmung, Atemgestaltung, Sprechpausengestaltung, Artikulation, Phonation, Prosodie und nonverbale Parameter ○ Auflösen der Wortanfangsblockierung: Selbstwahrnehmung ○ Dialogische Restrukturierung ○ Soziale Reorientierung/Verbesserung des gesamtkörperlichen Ausdrucks ○ Reflexive Auseinandersetzung mit Einstellungen, Bewertungen und Umgang.
Weiteres	<ul style="list-style-type: none"> • vielfältige Interaktionssettings: Einzeltherapie, Gruppentherapie, Freizeitinteraktionen (mit individuelle Aufgaben) • Erlernen und Üben von dialogischen Strategien, Selbstmanagement und Strategien zur Veränderung für Rückkehr in den Alltag und den Umgang mit dem Stottern.

	<ul style="list-style-type: none"> • Flow Sprechgruppe Hannover: Treffen für 15- bis 29-Jährige zum Austausch, Üben und Besprechen von Alltagsherausforderungen (URL: https://www.flow-sprechgruppe.de/bestehende-gruppen/hannover/) • Ambulante Therapie: 1-2 mal pro Woche • Angebot existiert seit 2000.
Kosten- übernahme	k. A.
Anmerkungen FBMed	<ul style="list-style-type: none"> • Es wurden keine Informationen zur Kostenübernahme gefunden • Unklar, wie viele Therapieeinheiten insgesamt umgesetzt werden: täglich 2 Therapieeinheiten als Gruppe und mehrere kleine Therapieeinheiten in Kleingruppen (insgesamt 10 + 5 Tage) • Therapiefrequenz: $\geq 2/\text{Tag}$
Bewertung durch die AG HeiIM-RL am 24.06.2020	<ul style="list-style-type: none"> • Multimodaler, interdisziplinärer Ansatz. • Zu umfangreich für ein ambulantes Setting. • Aus Sicht der AG nicht geeignet.

3.8 D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde

Therapie	D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde
Anbieter	Sabine Schütz und Sonja-Marie Schütz
Quelle	URL: https://therapie-fuer-stotternde.de/ URL: https://therapie-fuer-stotternde.de/files/DELPHIN/PDFs/Heft_4_2019_Keilmann_Stottertherapie_web.pdf AOK Pressemeldung vom 22.10.2019: URL: https://therapie-fuer-stotternde.de/AOK.html
Zielgruppe	Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
Setting	ambulant
Ort	Zentrum für Stottertherapie in Langenbach bei Kirburg
Einzel-/Gruppentherapie	<ul style="list-style-type: none"> • ambulante Einzel- und Gruppentherapie, wobei die Gruppenarbeit den größten Anteil hat. • Gruppentherapie mit jeweils 7 Teilnehmenden • Altershomogene Zusammenstellung: 8-11-Jahre, 12-15 Jahre, 16-18 Jahre und 18-25 Jahre
Intensiv-/Intervalltherapie	Intensivtherapie
Methode	Fluency-Shaping-Ansatz
Therapiefrequenz und -zeitraum / Dauer der Phasen	<ul style="list-style-type: none"> • Intensivtherapie über 3,5 Wochen • insgesamt 140 Therapiestunden, davon ca. 70 Stunden Gruppentherapie mit je 60 bis 90 Minuten. • Nachbehandlungen nach 6 und 12 Monaten
Betreuung in der nicht intensivierten Phase	Stabilisierung über häusliche Übungen und Nachsorgetermine
Inhalte der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Intensive Sprechtherapie • Elternberatung und -anleitung • Hör-Wahrnehmungstraining in einem Sprechlabor • Schulung der Eigenwahrnehmung durch Selbstreflexion anhand von Videosequenzen • Situationstraining in verschiedenen Alltagssituationen • Vorträge, Referate, Ansprachen, Interviews • Systematisches Telefontraining • Modifizierte Stimmübungen nach Svend Smith (Ansatz der Akzentmethode) • Verbesserung der Koordinations- und Konzentrationsfähigkeit durch Europäisches Trommeln (Handwechsel im Rechts-links-Rhythmus) • Dialog- und Kommunikationstraining • Entspannungstherapie mit progressiver Muskelentspannung zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und Wahrnehmung von Spannungszuständen • Ablauf der Therapie (Intensivtherapie 1.-3. Stufe): <ol style="list-style-type: none"> 1. Sprechstufe: Erlernen der costo-abdominalen Atmung und der aemrhythmisch angepassten Phonation unter Einsatz des Deblockierungsimpulses. 2. Sprechstufe: Hinzufügung des nasalen Schwingungsakzentes 3. Sprechstufe: Reduzierung der hörbaren Elemente der Sprechweise 4. Sprechstufe tägliche Umsetzung und Übung im Alltag

Weiteres	<ul style="list-style-type: none"> • Komplexe Therapie für schwer stotternde Menschen • Unabhängig des Alters der Betroffenen werden diese von einer Bezugsperson begleitet. Die Bezugsperson wird in den Therapieprozess eingebunden und intensiv angeleitet, um den Transfer in den Alltag bestmöglich zu unterstützen. • <i>Die Betroffenen erlernen eine neue Sprechweise, durch die die Mitbewegungen im mimischen und körperlichen Bereich nicht mehr vorhanden sind. Die Blockaden werden durch den Deblockierungsimpuls und den nasalen Schwingungsakzent verhindert. Die Reorganisation des Sprechens führt ins Unterbewusstsein und wird zu einem eigenen Sprechen automatisiert.</i> • Der Name D.E.L.P.H.I.N. setzt sich aus den Anfangsbuchstaben seiner wichtigsten Komponenten zusammen: Deblockierungsimpuls, Entspannung nach Jacobson, Logopädie, Phonetik, Hör-Wahrnehmungstraining, Intensität, Nasaler Schwingungsakzent.
Kosten- übernahme	<ul style="list-style-type: none"> • Die Kosten der Stottertherapie übernehmen die meisten Krankenkassen nach vorheriger Genehmigung (z. B. die AOK) • Folgende Kosten übernimmt die Krankenkasse nicht: Unterkunft und Verpflegung, Europäisches Trommeln, Koordinationstraining
Anmerkungen FBMed	<ul style="list-style-type: none"> • Multimodaler Ansatz • Über 3 ½ Wochen insgesamt 140 Therapiestunden, davon ca. 70 Stunden Gruppentherapie mit je 60 bis 90 Minuten
Bewertung durch die AG HeilM-RL am 24.06.2020	<ul style="list-style-type: none"> • Näher anschauen, weitere Befassung wird empfohlen • Formal ambulant. Problem sind u.a. europäisches Trommeln u.ä. / d.h. ggf. auch multimodal. • Liste anfertigen: Wieviel Anteil haben die logopädischen Fremdmodule.

3.9 Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth

Therapie	Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth
Anbieter	Träger der Einrichtung: AWO Bezirksverband Weser-Ems e. V.
Quelle	URL: https://www.sprachheilzentrum-bad-salzdettfurth.de/ URL: https://www.sprachheilzentrum-bad-salzdettfurth.de/Downloads/Rahmenkonzeption_BadSalzdettfurth_2019.pdf
Zielgruppe	Kindern und Jugendliche mit Sprachbehinderung mit Feststellung des heilpädagogischen Förderbedarfes in einer stationären Sprachheil Einrichtung durch den Träger der Eingliederungshilfe. <ul style="list-style-type: none"> • Kinder nach Vollendung des 4. Lebensjahres • Kinder und Jugendliche im schulpflichtigen Alter • beschulte Jugendliche über 16 Jahre
Setting	Stationär (Wohngruppen)
Ort	Familienähnliche Wohngruppen in Bad Salzdetfurth (Besuch einer Förderschule mit Schwerpunkt Sprache und Lernen)
Einzel-/Gruppen-therapie	Sprachtherapie im Einzel- und Gruppenformat je nach Bedarf und Zielsetzung Pro Gruppe werden 8 Kinder bzw. Jugendliche betreut.
Intensiv-/Intervall-therapie	Internat mit intensivem therapeutischen Angebot
Methode	Multimodales Therapiekonzept
Therapie- frequenz und - zeitraum / Dauer der Phasen	<ul style="list-style-type: none"> • Die stationäre Sprachheilbehandlung dauert in der Regel 12 Monate. Sie kann in Einzelfällen um 6 Monate verlängert werden, max. auf 24 Monate. • Therapien finden abgestimmt auf die Unterrichtszeiten am Vor- und Nachmittag im Haus statt • k. A. zu Therapieeinheiten verfügbar
Betreuung in der nicht intensivierten Phase	Anschlussversorgung: Falls erforderlich werden zusammen mit den Eltern, dem Kostenträger und/oder anderen Institutionen therapeutische und pädagogische Anschlussmaßnahmen geplant und vorbereitet.
Inhalte der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Sprachtherapie <ul style="list-style-type: none"> ○ Die sprachtherapeutische Diagnostik wird mithilfe standardisierter Verfahren und selbst entwickelter Beobachtungs- oder Screeningmaterialien erstellt. ○ Bei schweren Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen spielt die Förderung von Sprechmut eine große Rolle. • Tiergestützte Therapie mit zwei ausgebildeten Therapiehunden • Bewegungstherapie im Kleingruppenformat (große Turnhalle, Schwimmhalle, Musikraum, Entspannungsraum, Aktionsraum und Außengelände im Wald mit verschiedenen Turngeräten) • Behandlung sensorischer Störungen im Einzel- und Kleingruppenformat • Übungen zur Entspannungs- und Ruheförderung bei Bedarf • Förderung kognitiver Funktionen
Weiteres	<ul style="list-style-type: none"> • Einbezug des Umfelds mit systemischer Familientherapie <ul style="list-style-type: none"> ○ Anamnesegespräche ○ regelmäßige Gespräche und Telefonate ○ Besuchstage (Hospitationen) am Schulunterricht und an den Therapiemaßnahmen ○ Gegen Ende der Behandlung werden in Abschlussgesprächen Wege aufgezeigt, wie die Therapie- und Schulerfolge im familiären Umfeld des Kindes bzw. Jugendlichen stabilisiert werden können

	<ul style="list-style-type: none"> • regelmäßige Wochenendheimfahrten (wöchentlich oder 14-tägig je nach Alter)
Kosten- übernahme	<p>Die Sprachheilbehandlung erfolgt auf Grundlage der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches SGB XII § 53 als Eingliederungshilfe für behinderte und/oder von Behinderung bedrohte Menschen in Verbindung mit SGB IX § 26 als Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Die Kosten übernimmt der Sozialhilfeträger zusammen mit den Trägern der Krankenversicherung entsprechend der Vereinbarung (Vereinbarung über Abgrenzung und Kostenteilung bei der stationären Sprachheilbehandlung zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den Trägern der Sozialhilfe in Niedersachsen)</p>
Anmerkungen FBMed	<ul style="list-style-type: none"> • multimodales Therapiekonzept • keine Angaben zu Einheiten • auf verschiedene Störungsbilder ausgerichtet: <ul style="list-style-type: none"> ○ Störungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ der Sprachentwicklung auch bei Mehrsprachigkeit ▪ des Sprechverständnisses ▪ der Aussprache ▪ der Grammatik ▪ der Wortschatzentwicklung ▪ der Wortfindung ○ Verbale Entwicklungsdyspraxien ○ Kindliche Dysparthrien und Aphasien ○ Stottern und Poltern ○ Mutismus ○ Spaltbildungen ○ Kindliche Stimmstörungen
Bewertung durch die AG HeilM-RL am 24.06.2020	<ul style="list-style-type: none"> • Abweichender Ansatz: Kinder mit Sprachbehinderungen, • inter-/multidisziplinärer Ansatz, etc. wird i.R.d. HeilM-RL nicht abgedeckt. • Im Vordergrund steht ein heilpädagogischer Förderbedarf. • Aus Sicht der AG nicht geeignet.

3.10 Sprachheilzentrum Werscherberg

Therapie	Sprachheilzentrum Werscherberg
Anbieter	Träger der Einrichtung: AWO Bezirksverband Weser-Ems e. V.
Quelle	URL: https://www.sprachheilzentrum-werscherberg.de/ URL: https://www.sprachheilzentrum-werscherberg.de/Downloads/Broschuere-SHZ-Werscherberg-0119.pdf URL: https://www.sprachheilzentrum-werscherberg.de/Downloads/Konzeption_Werscherberg_2019.pdf
Zielgruppe	Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 5 und 17 Jahren mit komplexen Sprachstörungen
Setting	Stationär (Wohngruppen)
Ort	<ul style="list-style-type: none"> Familienähnliche Wohngruppen in Bissendorf (8 Kinder und Jugendliche in einer Wohngruppe) Besuch öffentlicher Schulen im Umkreis und Sprachheilkindergarten
Einzel-/Gruppen-therapie	Sprachtherapie im Einzel-, Kleingruppen- oder Gruppenformat (Generalisierungs- und Transfermöglichkeiten durch Ausweitung in alle Alltagsbereiche)
Intensiv-/Intervall-therapie	Internat mit intensivem therapeutischen Angebot
Methode	Multimodales Therapiekonzept: Ganzheitliches Behandlungskonzept durch interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pädagogik und Therapie
Therapiefrequenz und -zeitraum / Dauer der Phasen	<ul style="list-style-type: none"> stationärer Aufenthalt 6 bis 12 Monate (Im Einzelfall Verlängerung bis 18 Monate) tägliche Therapiesitzungen (Einzel-Kleingruppen- und Gruppentherapie) k. A. zu Therapieeinheiten
Betreuung in der nicht intensivierten Phase	<p>Anschlussversorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Übergang in die zuständige Schule am Heimatort wird vorbereitet durch Übergabegespräche; wenn möglich werden Hospitationstage verabredet. Die abschließende Beratung mit der Familie dient insbesondere der Sicherung des Behandlungserfolges. Im Einzelfall Empfehlung für weiterführende Behandlungen oder spezielle Aktivität im sozialen Umfeld
Inhalte der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> Sprachtherapie <ul style="list-style-type: none"> Orientierung an den aktuellen logopädischen Therapie- und Diagnostikstandards umfangreiche Anfangsdiagnostik, u.a. mittels normierter und informeller Testverfahren in der Therapie Berücksichtigung der phonetisch-phonologischen, semantisch-lexikalischen, morphologisch-syntaktischen und kommunikativpragmatischen Ebene Bewegungstherapie Behandlung sensorischer Störungen durch motopädische, ergotherapeutische und heilpädagogische Methoden Förderung kognitiver Funktionen Förderung sozialer und emotionaler Fähigkeiten
Weiteres	<ul style="list-style-type: none"> Intensive Einbeziehung des gesamten Familiensystems <ul style="list-style-type: none"> Anamnese- und Kennenlerngespräch Durch vertrauliche Gespräche, Hospitationsangebote und bedarfsorientierte Beratungen sind Erziehungsberechtigte und andere wichtige Bezugspersonen in die Prozesse der Behandlung involviert. Regelmäßige Elterngespräche (meist alle 4-6 Wochen)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wesentlich ist auch die Zusammenarbeit mit den öffentlichen Schulen und außerschulischen Einrichtungen. ○ Mit der anstehenden Entlassung wird die Rückführung in die zuständige Heimatschule in Absprache mit den Erziehungsberechtigten von den Mitarbeiter*innen begleitet. ● regelmäßige Wochenendheimfahrten (wöchentlich oder 14-tägig)
Kosten- übernahme	<p>Die Sprachheilbehandlung umfasst Leistungen der Krankenbehandlung nach §27 Abs. 1 SGB V und Leistungen der Eingliederungshilfe nach §26 SGB IX und §§53, 54 SGB XII in stationären Sprachheileinrichtungen in Niedersachsen. Die Eingliederungsleistungen umfassen Erziehung, Pflege und Betreuung, Bildung und Förderung sowie Therapie.</p> <p>Die Kostenübernahme der stationären Sprachheilbehandlung ist durch einen Kostenteilungsvertrag zwischen dem Land Niedersachsen, vertreten durch das niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, den Trägern der Krankenversicherung und dem AWO Bezirksverband Weser-Ems e.V. geregelt.</p>
Anmerkungen FBMed	<ul style="list-style-type: none"> ● multimodales Therapiekonzept ● keine Angaben zu Therapieeinheiten ● auf verschiedene Störungsbilder ausgerichtet: <ul style="list-style-type: none"> ○ Behandlung von Störungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ der Grammatik ▪ der Wortschatzentwicklung ▪ des Sprachverständnisses ▪ der auditiven Wahrnehmung und Verarbeitung ▪ der Aussprache ○ Stottern und Poltern ○ Mutismus ○ Schluckstörungen ○ Stimm- und Sprechstörungen, z. B. im Rahmen von Spaltbildungen
Bewertung durch die AG HeiIM-RL am 24.06.2020	<ul style="list-style-type: none"> ● Abweichender Ansatz: Kinder mit Sprachbehinderungen, ● inter-/multidisziplinärer Ansatz, etc. wird i.R.d. HeiIM-RL nicht abgedeckt. ● Im Vordergrund steht ein heilpädagogischer Förderbedarf. ● Aus Sicht der AG nicht geeignet.

4 Fazit

- In den dargestellten Therapieangeboten kommen methodisch vornehmlich der Fluency-Shaping-Ansatz (mit Hilfe verschiedener Techniken das Sprechen flüssiger gestalten) und die Stottermodifikation nach Van Riper (Non-Avoidance | bewusster, angstfreier und ohne Begleitsymptome stottern) – teilweise in Kombination – zum Einsatz. Zusätzlich findet sich noch ein Konfrontationsansatz mit dem ABC-Modell (siehe Unterkapitel 3.4).
- Bei allen vorgestellten Angeboten wird die Stottertherapie als Intensivtherapie umgesetzt:
 - Als Intensiv- und Intervalltherapie können die ‚Bonner Stottertherapie‘, ‚VIERMALFÜNF‘, ‚Intensivmodifikation Stottern‘ und die ‚Initiative für konfrontative Stottertherapie‘ gewertet werden.
 - Die Angebote ‚Stärker als Stottern‘, die ‚Kasseler Stottertherapie‘, die Stottertherapie ‚Hannover Modell‘ und die ‚D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde‘ stellen Intensivtherapien mit einer Nachsorgephase dar.
 - In den Sprachheilzentren Bad Salzdetfurth und Werscherberg erhalten die Betroffenen ein intensives therapeutisches Angebot über längere Zeit (6 bis maximal 24 Monate). Träger beider Einrichtungen ist die AWO Bezirksverband Weser-Ems e. V.
- Multimodale Ansätze liegen bei der ‚D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde‘ und den Angeboten der Sprachheilzentren Bad Salzdetfurth und Werscherberg vor.
- Bzgl. der Kostenübernahme finden sich unterschiedliche Szenarien; z. B.
 - Kostenübernahme durch Direktverträge (z. B. Kasseler Stottertherapie)
 - Kostenübernahme bei Vorliegen einer HeilM-VO nach Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse
 - Bonner Stottertherapie: Kosten für Therapie, Unterbringung und Verpflegung
 - Stärker als Stottern und VIERMALFÜNF: Kostenübernahme nur für die Therapie
Keine Kostenübernahme für Unterkunft und Verpflegung
 - ‚D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde‘: Kostenübernahme nur für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Keine Kostenübernahme für das Europäische Trommeln, das Koordinationstraining, Unterkunft und Verpflegung
 - Die Intensivmodifikation Stottern wird über die HeilM-VO abgerechnet.
 - Die Kostenübernahme für die Angebote der Sprachheilzentren Bad Salzdetfurth und Werscherberg sind über einen Kostenteilungsvertrag zwischen dem Land Niedersachsen, den Trägern der Krankenversicherung und dem AWO Bezirksverband Weser-Ems e. V. geregelt.
 - Zur Stottertherapie Hannover Modell und zur Initiative für konfrontative Stottertherapie lagen keine Angaben zur Kostenerstattung vor.

Anhang

Mögliche Experten / Verbände im Bereich Stottertherapie

- Interdisziplinäre Vereinigung für Stottertherapeuten e. V.: *„Die ivs ist eine interdisziplinäre Vereinigung, in der sich Therapeuten, Ärzte, Lehrer, Wissenschaftler und andere Fachleute aus unterschiedlichen Disziplinen zum Thema Stottern, Poltern und Mutismus zu einem Netzwerk zusammengeschlossen haben.“* (1. Vorsitzender: Decher; 2. Vorsitzender: Siewig)
URL: <https://www.ivs-online.de/inhalt/stottertherapeut/> (Zugriff: 16.06.2020)
- Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e. V. (BVSS): *„Die Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e. V. ist die Interessenvertretung stotternder Menschen in Deutschland und die einzige Organisation in Deutschland, die umfassend und unabhängig rund um das Thema Stottern informiert und berät.“* (Vorsitzender: Prof. Sommer)
URL: https://www.selbsthilfe-stottern.de/bvss/index.php?option=com_content&view=article&id=111&Itemid=7 (Zugriff: 16.06.2020)

Stellungnahme

Abteilung Fachberatung Medizin



Darstellung ausgewählter Angebote mit Intervall- und Intensivtherapie zur Behandlung von Redeflussstörungen

Auftrag / Anfrage von: AG HeilM-RL

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 7. Juni 2021

Letzte Aktualisierung: 7. Juni 2021

Dateiname: STN_SSSS_Intervall-Intensiv_2021-06-07

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	2
Abkürzungsverzeichnis.....	3
1 Sachverhalt.....	4
2 Hintergrund.....	4
3 Methodisches Vorgehen.....	4
4 Ergebnisse.....	5
4.1 Intensivmodifikation Stottern (IMS).....	5
4.2 Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS).....	10
4.3 D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde.....	13
5 Zusammenfassung.....	20
Referenzen.....	21
Weblinks.....	21
Anhang.....	23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Intensivmodifikation Stottern - Ergebnisse der Fragebögen.....	9
Tabelle 2: Formen des Extrastotterns.....	11
Tabelle 3: Erhebungszeitpunkte und Einsatz der Messinstrumente.....	15
Tabelle 4: Lebensqualität und Fragebogen zum Sprechen im Zeitverlauf.....	17
Tabelle 5: Stotterrate und Länge der drei längsten Stotterereignisse im Zeitverlauf.....	18
Tabelle 6: Wirksamkeit der Behandlung 1 Jahr nach der Intensivtherapie.....	19

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mittelwert und Standardfehler des Percentage of Discontinuous Speech Time (PDST) zu den 4 Erhebungszeitpunkten.....	8
Abbildung 2: Mittelwerte und Standardfehler der Anteile von 3-Sekunden-Intervallen, die als „gestottert“, „flüssig“ und „Stottern bearbeitet/Sprechtechnik“ bewertet wurden.	9
Abbildung 3: Grafische Darstellung der Elemente des ABC Modells.....	12

Abkürzungsverzeichnis

FzS	Fragebogen zum Sprechen
HeilM-RL	Heilmittel Richtlinie
IKS	Initiative für konfrontative Stottertherapie
IMS	Intensivmodifikation Stottern
k. A.	Keine Angabe
Pat.	Patientinnen und Patienten
PDST	Percentage of Discontinuous Speech Time
PSI	Perception of Stuttering Inventory
SDQ-D	Strength and Difficulties Questionnaire (Deutsch)
SSI-3	Stuttering Severity Instrument 3

1 Sachverhalt

Die AG bittet im Nachgang ihrer Sitzung am 24.06.2020 zu den vorliegenden Stellungnahmen zur Intensiv- und Intervalltherapie für den Heilmittelbereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie um eine weiterführende Recherche.

Folgende drei Therapieansätze sollen weiter betrachtet werden:

- Intensivmodifikation Stottern (IMS)
- Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS) sowie
- D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde

Es wird um Kontaktaufnahme mit den o.g. Anbietern gebeten. Folgende Informationen sollen recherchiert werden:

- Detaillierte Darstellung der jeweiligen Behandlungskonzepte sowie
- Informationen zur wissenschaftlichen Grundlage der jeweiligen Therapieansätze, liegen ggf. Evaluationsergebnisse vor

Die AG bittet hier um eine übersichtliche Darstellung der Ergebnisse.

2 Hintergrund

Die Darstellung der Behandlungskonzepte ist für die folgenden Prüfschritte erforderlich:

- Sind die Angebote im Rahmen der Heilmittelversorgung gemäß § 32 SGB erbringbar – es handelt sich nicht um multimodale Angebote.

Sofern die Sprechtherapie hier als maßgeblicher Bestandteil identifiziert würde, bedarf es einer weiteren Bewertung:

- Handelt es sich bei den Angeboten zur Stottertherapie in Form von Intensiv- oder Intervalltherapie um eine wesentliche Änderung der Art der Erbringung und damit um ein neues Heilmittel gemäß § 138 SGB V.

Die Bewertung erfolgt durch die AG selbst – der GKV-SV wird hier eine erste Vorprüfung vornehmen.

3 Methodisches Vorgehen

Die Informationsgewinnung bzgl. der obengenannten Therapieansätze (IMS, IKS, D.E.L.P.H.I.N.-Therapie) umfasste die Durchsicht der jeweiligen Websites, eine Handsuche nach Publikationen und, soweit vorhanden, Evaluationsberichte. Zudem wurden die jeweiligen Anbieterinnen/Anbieter telefonisch kontaktiert und zu unklaren Aspekten befragt.

Im Anhang dieser Stellungnahme finden sich zusätzlich noch einige Weblinks mit YouTube Videos zu den drei oben genannten Therapieansätzen.

Kursive Textpassagen stellen Originalzitate dar.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die verfügbaren Informationen bzgl. der Intensivmodifikation Stottern (IMS), der Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS) und der D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde dargestellt.

4.1 Intensivmodifikation Stottern (IMS)

Die Intensivmodifikation Stottern (IMS) wird von Hartmut Zückner seit 1998 als Gruppentherapie ambulant durchgeführt (Telefonat am 07.12.2020; URL: <http://www.ims-stottertherapie.de/> [Zugriff: 31.05.2021]). Sie richtet sich an Jugendliche ab 16 Jahren und Erwachsene und wird in Form einer Intensiv- und Intervalltherapie in Köln angeboten. Die IMS hat das Ziel die Betroffenen in die Lage zu versetzen möglichst flüssig zu sprechen, d. h. sowohl leichter als auch weniger zu stottern sowie Sprechtechniken einsetzen zu können.

Umsetzung

Die Therapie in Form der IMS ist über mehrere Jahre angelegt.

Die Intensivphase der IMS wird an 12 Wochenendtagen (einmal monatlich) umgesetzt und ist somit berufsbegleitend möglich. Jeder Therapietag umfasst 8 Therapieeinheiten (45 Minuten) Gruppentherapie.

An die Intensivphase schließt sich eine 2-jährige Nachsorgephase an, in der im Abstand von 6 Monaten jeweils ein Refresher-Tag stattfindet. Jeder Refresher-Tag umfasst 6 Therapieeinheiten (45 Minuten) Gruppentherapie. Diese Phase kann bei Bedarf verlängert werden.

Zwischen den Therapietagen erledigen die Betroffenen Selbsttrainingsaufgaben. Zudem stehen die Therapeuten per Telefon und E-Mail zum Austausch zur Verfügung. Zusätzlich gibt es Materialien, Übungs-CDs und Videofilme.

Aktuell nehmen etwa 6 bis 9 Patientinnen und Patienten pro Jahr an der Therapie teil, von denen sich etwa 4 bis 6 Personen in der Intensivphase befinden. Das Patienten-Therapeuten-Verhältnis beträgt 3 zu 1.

Insgesamt beträgt der Therapieumfang ca. 120 Therapieeinheiten über 3 Jahre, von denen etwa 100 Therapieeinheiten auf die einjährige Intensivphase entfallen.

Die Abrechnung der IMS erfolgt bisher jeweils als Einzelverordnung Gruppentherapie gemäß der HeilM-RL.

Behandlungskonzept und Inhalte der Therapie

Basierend auf der Stottermodifikation nach Van Riper besteht die Intensivphase der IMS aus vier aufeinander aufbauenden Therapiephasen (siehe auch Weblinks im Anhang):

- Identifikationsphase (ca. 5 bis 10 Therapieeinheiten): Analyse des individuellen Stottermusters: Art des Stotterns, Form des Vermeidens, Anstrengungsreaktionen, um sich aus dem Stottern zu befreien, Gefühle und Einstellungen, die mit dem Stottern verbunden sind usw.
- Desensibilisierungsphase (ca. 15 bis 25 Therapieeinheiten): Abbau und Reduktion von negativen Gefühlen beim Stottern
- Modifikationsphase (ca. 15 bis 20 Therapieeinheiten): Erlernen und Üben der Sprechtechniken zur Modifikation des Stotterns:
 - Prolongation: das Stottern kann vor seiner Entstehung so bearbeitet (modifiziert) werden, so dass es nicht zu einem Stottern kommt.

- Pull-out-Technik: bereits aufgetretenes Stottern wird so schnell wie möglich beendet.
- Generalisierungsphase. Sichere Anwendung der Sprechtechniken in allen Lebenssituationen

Häufig haben die Patientinnen und Patienten bereits an anderen Therapien teilgenommen und somit gewisse „Vorerfahrungen“, so dass sich die Anzahl der benötigten Therapieeinheiten in den oben genannten Therapiephasen in Abhängigkeit von der jeweiligen Patientin bzw. dem jeweiligen Patienten unterscheiden kann.

Evaluation

Im Jahr 2010 wurde von Natke et al. [3] eine Evaluation der IMS mit dem Titel „Langzeitergebnisse der Intensiv-Modifikation Stottern (IMS)“ veröffentlicht. Im Zeitraum von 2001 bis 2008 wurden 3 Kurse der IMS mit insgesamt 23 Patientinnen und Patienten in Solingen und Köln durchgeführt. Von diesen Patientinnen und Patienten brachen 4 Personen die Therapie in der Intensivphase ab (mangelnde Zeit, Ablehnung des Konzeptes, ohne Nennung eines Grundes) und eine Person konnte im Rahmen der Nachsorgephase nicht weiterverfolgt werden (Lost to follow up). Somit wurden die Daten von 18 Betroffenen (2 Patientinnen und 16 Patienten) im Alter zwischen 16,1 und 61,8 Jahren (Median: 31,7 Jahre; Standardabweichung: 11,56 Jahre) für die Evaluation ausgewertet. Die Patientinnen und Patienten hatten mindestens eine Stottertherapie absolviert und hatten Deutsch als Muttersprache.

Für die Evaluation der IMS wurden vier Messzeitpunkte definiert: Die 1. Datenerhebung erfolgte direkt vor Beginn der Intensivphase (pre) und die 2. Datenerhebung im Anschluss an die Intensivphase (post) (ein Jahr nach Therapiebeginn). Die 3. und 4. Datenerhebung wurde jeweils innerhalb von 2 Wochen vor dem 2. bzw. dem 4. Refresher durchgeführt: das Follow-up-1 erfolgte 1 Jahr nach Beendigung der Intensivphase und das Follow-up-2 wurde 2 Jahre nach Beendigung der Intensivphase durchgeführt.

Die Sprechflüssigkeit wurde über die Dauer von Stotterereignissen (Percentage of Discontinuous Speech Time (PDST)) und über die Intervall-Messung bestimmt, wobei dies für den 3. und 4. Messzeitpunkt telefonisch erfolgte. Die etwa 10-minütigen Telefonate wurden von Logopädinnen geführt, die den Teilnehmerinnen und Teilnehmern unbekannt waren. Die Betroffenen wurden zu den Themenbereichen Ausbildung, Beruf und Arbeitsabläufe befragt, wobei die Sprechanteile der Anruferin so kurz wie möglich gehalten wurden. Die Gespräche wurden per Computer aufgezeichnet:

- Zur Bestimmung der PDST wird die Dauer der Sprechunflüssigkeiten in Beziehung zur Gesamtdauer der Äußerung gesetzt. Dazu wird eine Sprechprobe digitalisiert. Die unflüssigen Sprechanteile werden herausgeschnitten, so dass ein quasi-flüssiger Sprechteil verbleibt. Der PDST errechnet sich folgendermaßen:

$$PDST = \frac{\text{Gesamtdauer der Sprechprobe} - (\text{Dauer der quasi-flüssigen Sprechprobe})}{\text{Gesamtdauer der Sprechprobe}} [\%]$$

- Für die Zeitintervall-Messung „wird eine Sprechprobe in Intervalle mit einer Dauer von beispielsweise 3 Sekunden unterteilt, die in zufälliger Reihenfolge abgespielt und dabei als „gestottert“ bzw. „flüssig“ bewertet werden.“ Als dritte Kategorie wurde in dieser Evaluation „Stottern bearbeitet / Sprechtechnik“ ergänzend dargestellt. Die Sprechproben der 4 Erhebungszeitpunkte wurden zusammengefügt und randomisiert zur Analyse den drei Bewerterinnen (Alpermann und 2 Logopädinnen) dargeboten.

Zusätzlich erhielten die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer zu den vier Messzeitpunkten Fragebögen (postalisch oder per Mail) zur Selbsteinschätzung. Abgefragt wurden:

- die Einstellung zur Kommunikation über eine modifizierte Erickson-Skala (24 Items, Punktwert 0 bis 24).
- das Ausmaß des Vermeidungsverhaltens über die Vermeidungsskala aus dem Perception of Stuttering Inventory (PSI-V, 18 Items, Punktwert 0 bis 18).
- die alltäglichen Konsequenzen der Therapie in den Bereichen Gefühle, Einstellungen und Verhalten wurden über das Functional Outcome Assessment Instrument der American Speech-Language-Hearing-Association erfasst. Dazu sollten folgende fünf Aussagen bewertet werden: „1. Ich genieße es zu kommunizieren. 2. Ich bin zufrieden damit, wie ich mit meinem Sprechen umgehe. 3. Ich fühle mich wohl, wenn ich spreche. 4. Ich schäme mich wegen meines Stotterns. 5. Mein Stottern bedrückt mich.“ Die Wertung reichte von 1 („völlige Zustimmung“) bis 7 („völlige Ablehnung“). Über die Bewertung der aufgeführten Aussagen wurde der Mittelwert gebildet.
- die Selbsteinschätzung der Sprechflüssigkeit über die Frage „Wie schätzen Sie zum jetzigen Zeitpunkt Ihre Fähigkeit ein, flüssig zu sprechen?“ mit den Werten 1 bis 7 von „sehr schlecht (sehr unflüssig)“ bis „sehr gut (sehr flüssig)“.
- die Selbsteinschätzung des Schweregrades über die Frage „Ich bewerte den Schweregrad meines Stotterns zur Zeit als...“ mit den Werten 1 bis 7 von „sehr schwer“ bis „sehr leicht“.
- die Selbsteinschätzung der Kommunikationsfähigkeit über die Frage „Wie schätzen Sie zum jetzigen Zeitpunkt Ihre Fähigkeit ein, sich sprachlich auszudrücken (Kommunikationsfähigkeit)?“ mit den Werten 1 bis 7 von „sehr schlecht“ bis „sehr gut“.

Im Ergebnis zeigt sich im Vorher-Nachher-Vergleich anhand der PDST eine statistisch signifikante Verbesserung der Sprechflüssigkeit (siehe Abbildung 1). Vor Beginn der Intensivtherapie betrug der Anteil der unflüssigen Sprechzeit im Mittel 26,9 % der Gesamtsprechzeit. Direkt im Anschluss an die Intensivphase sank dieser Anteil auf 11,1 %. In der Nachsorgephase stieg der PDST Wert ein Jahr nach der Intensivphase auf 14,4 % und im 2. Jahr nach der Intensivphase auf 16,1 %.

Im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Intensivphase war zu allen Erhebungszeitpunkten nach der Intensivphase eine statistisch signifikante Reduktion der unflüssigen Gesprächsanteile zu beobachten ($F(3, 51) = 13,45; p < 0,001$)¹. Zwischen den Follow-up-Messungen bestand kein signifikanter Unterschied. Zwei Jahre nach Beendigung der Intensivphase betrug der Zugewinn an Sprechflüssigkeit 10,8 %. Vor der Intensivphase prägte das Stottern im Mittel etwas mehr als ein Viertel der gesamten Gesprächszeit. Gegen Ende der Nachsorgephase wurde weniger als ein Sechstel der Gesamtgesprächszeit durch das Stottern eingenommen.

¹ Berechnung der Haupteffekte jeweils mittels Messwiederholungs-ANOVA.

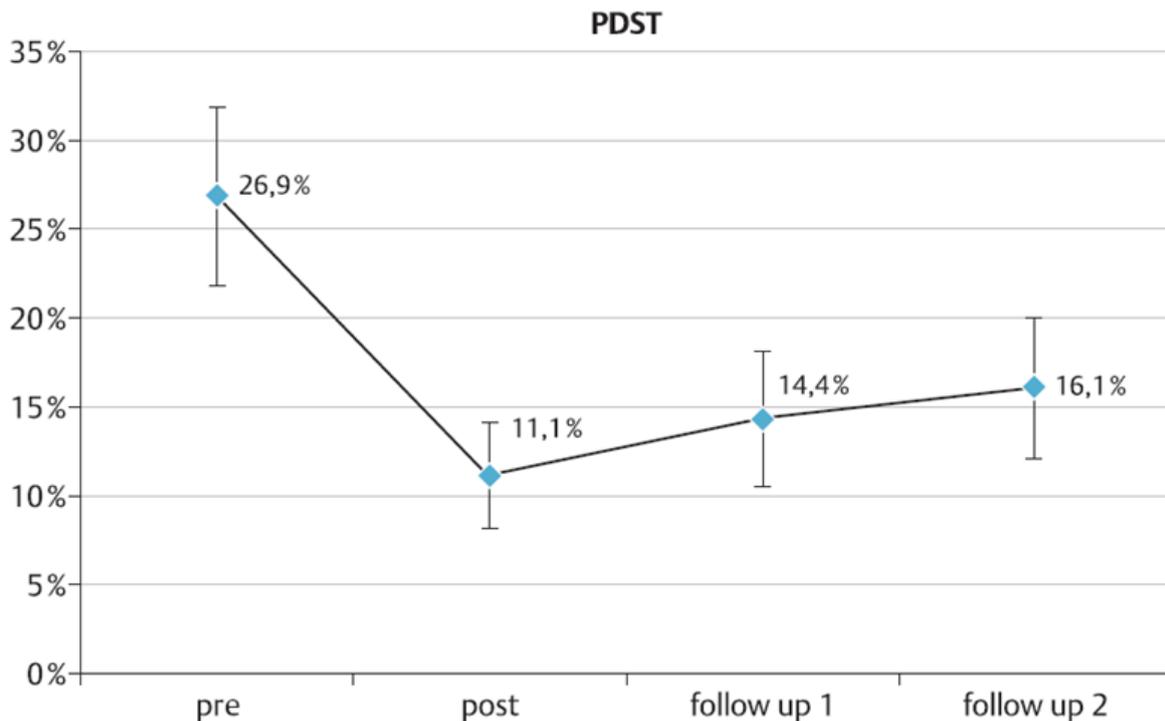


Abbildung 1: Mittelwert und Standardfehler des Percentage of Discontinuous Speech Time (PDST) zu den 4 Erhebungszeitpunkten.

Im Rahmen der Intervall-Messung zeigt sich ein ähnliches Bild: Vor Beginn der Intensivphase lag der Anteil gestotterter Intervalle im Mittel bei 52,9 % (siehe Abbildung 2). Direkt nach der Intensivphase sank der Anteil gestotterter Intervalle auf 29,2 %. Im Rahmen der Nachsorgephase war nach einem Jahr ein leichter Anstieg auf 35,9 % gestotterter Intervalle zu beobachten. Zwei Jahre nach der Intensivphase lag der Anteil gestotterter Intervalle bei 34,4 %. Im Vergleich zur Situation vor der Intensivphase kam es nach Beendigung der Intensiv- bzw. Nachsorgephase zu einer statistisch signifikanten Abnahme gestotterter Intervalle ($F(3, 51) = 8,32$; $p = 0,001$). Zwischen den Follow-up Messungen bestand kein signifikanter Unterschied. Zwischen der post- und der Follow-up-2-Messung war jedoch ein signifikanter Anstieg zu beobachten.

Der Anteil flüssig gesprochener Intervalle nahm im Verlauf der Therapie zu ($F(3, 51) = 5,34$; $p = 0,010$). Vor der Intensivphase lag der Anteil flüssig gesprochener Intervalle im Mittel bei 46,8 %. Direkt nach der Intensivphase stieg der Anteil auf 64,8 % und sank bis zum Zeitpunkt der Follow-up- 1 Erhebung auf 58,6 %.

Gegen Ende der Nachsorgephase lag der Anteil flüssig gesprochener Intervalle im Mittel bei 63,9 %. Der Anstieg flüssig gesprochener Intervalle war jeweils im Vergleich der pre-Messung zur post-Messung und im Vergleich der pre-Messung zur Follow-up-2 Messung statistisch signifikant. Zwischen den Follow-up-Messungen bestand kein signifikanter Unterschied.

Der Anteil an Intervallen, in denen das Stottern mit Sprechtechnik bearbeitet wurde, lag vor Beginn der Intensivphase im Mittel bei 0,2 % und stieg signifikant auf 6,3 % nach der Intensivphase an. Ein Jahr nach der Intensivphase betrug der Anteil der Intervalle mit Sprechtechnik 5,5 % und sank im darauf folgenden Jahr auf 1,7 %. Die Unterschiede im Vergleich zur pre-Messung waren jeweils signifikant ($F(3, 51) = 5,95$; $p = 0,005$). Die Verminderung des Anteils von der post- bzw. der Follow-up-1-Messung jeweils zur Follow-up-2-Messung war ebenfalls signifikant. Der Vergleich zwischen post- und Follow-up-1-Messung war nicht signifikant.

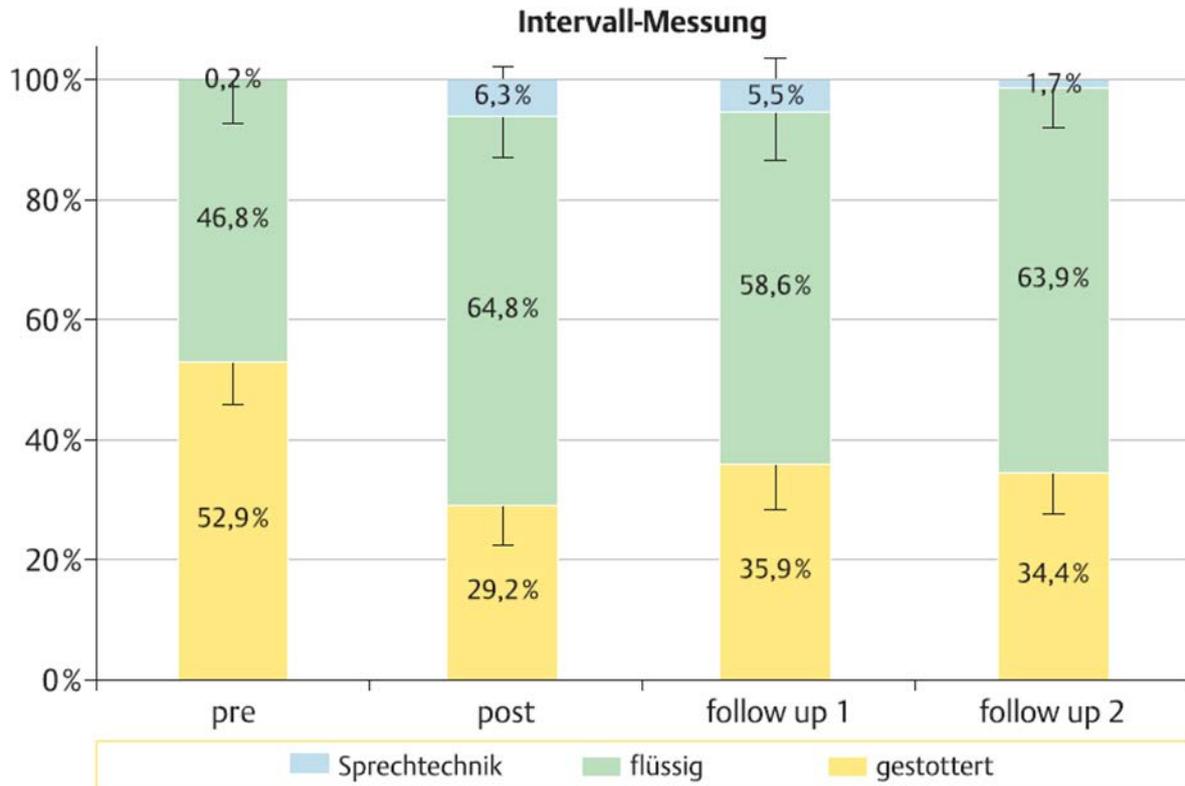


Abbildung 2: Mittelwerte und Standardfehler der Anteile von 3-Sekunden-Intervallen, die als „gestottert“, „flüssig“ und „Stottern bearbeitet/Sprechtechnik“ bewertet wurden.

Im Rahmen der Auswertung mittels Messwiederholungs-ANOVA zeigten sich langfristig signifikante Verbesserungen im Haupteffekt für alle abgefragten Variablen (Einstellung zur Kommunikation, Vermeidungsverhalten, Gefühle und Selbsteinschätzung der Sprechflüssigkeit, Schweregrad des Stotterns und Kommunikationsfähigkeit) (siehe Tabelle 1). Insgesamt ist eine deutliche Verbesserung im Anschluss an die Intensivphase zu beobachten, wobei im 1. Jahr nach der Intensivphase, zum Messzeitpunkt Follow-up-1, eine leichte Verschlechterung der Ergebnisse eintrat. Zum Zeitpunkt Follow-up-2 zeigte sich im Vergleich zum Follow-up-1 nur für das Ausmaß des Vermeidungsverhaltens eine signifikante Verbesserung. Bei allen weiteren Variablen war keine statistisch signifikante Änderung zwischen diesen beiden Messzeitpunkten festzustellen.

Tabelle 1: Intensivmodifikation Stottern - Ergebnisse der Fragebögen

Eingesetzter Fragebogen	Haupteffekt
Einstellung zur Kommunikation (modifizierte Erickson-Skala)	$F(3, 51) = 14,11; p < 0,001$
Ausmaß des Vermeidungsverhaltens (Vermeidungsskala PSI-V)	$F(3, 51) = 16,07; p < 0,001$
Gefühle (Mittelwert aus 5 Fragen)	$F(3, 51) = 16,04; p < 0,001$
Selbsteinschätzung Sprechflüssigkeit	$F(3, 51) = 13,76; p < 0,001$
Selbsteinschätzung Schweregrad Stottern	$F(3, 51) = 11,44; p < 0,001$
Selbsteinschätzung Kommunikationsfähigkeit	$F(3, 51) = 12,03; p < 0,001$

Die Autorengruppe kommt zu folgendem Fazit: *„Die Stottermodifikation führt langfristig zu positiven Effekten in den Bereichen Sprechflüssigkeit, Einstellung zur Kommunikation, Vermeidungsverhalten und Gefühlen. Sprechtechniken werden jedoch im Alltag der Patienten wenig eingesetzt. Es ist erforderlich, künftig die Effekte einzelner Therapiebausteine zu erforschen, um den Therapieprozess weiter optimieren zu können.“*

Anmerkungen: Vier der fünf Evaluatoren haben aktiv an der Umsetzung der Therapie Intensivmodifikation Stottern mitgewirkt. Es gab keine Kontrollgruppe. Zudem handelt es sich um ein sehr kleines Studienkollektiv (n= 18 Patientinnen und Patienten). Die Erhebung der Sprechflüssigkeit erfolgte über zwei bisher wenig verbreitete Methoden (PDST und Intervallmessung), so dass die Ergebnisse nicht mit anderen Studien verglichen werden konnten.

4.2 Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS)

Der Konfrontationsansatz mit dem ABC-Modell der Initiative für konfrontative Stottertherapie wird lt. Werner Rauschan (Friedrichsthal) seit einiger Zeit aufgrund mangelnder Nachfrage derzeit weder von ihm noch von seinem Kollegen Claus Welsch (Saarbrücken), als Intensiv-/Intervalltherapie umgesetzt [Telefonat am 07.12.2020]. Anhand der Website der Anbieter war dies nicht ersichtlich (URL: <https://www.iks.info/> [Zugriff: 31.05.2021]).

Eine Wiederaufnahme des Therapiekonzepts der IKS als Intensiv-/Intervalltherapie wäre lt. Werner Rauschan jedoch bei Bedarf möglich. Im Gespräch erklärte er, dass die Abrechnung der IKS als Wochenend-Intensiv-Therapie möglich gewesen sei.

Die konfrontative Stottertherapie nach dem ABC-Modell wurde zur Therapie Jugendlicher und Erwachsener mit Redeflussstörung entwickelt. Lt. Anbietern wäre ein Einsatz bei Schulkindern und jüngeren Kindern auch möglich, *„wenn bereits ein deutliches Störungsbewusstsein besteht“*. Der Patient / die Patientin muss die Bereitschaft aufbringen eigenverantwortlich mitzuarbeiten. Eine ausführliche Darstellung des ABC-Modells und dessen Umsetzung findet sich in Rauschan & Welsch (2012) [4]. Allerdings finden sich keine spezifischen Angaben zur Umsetzung als Intervall-/Intensivtherapie.

Umsetzung

Einmal jährlich wurde eine Gruppentherapie der konfrontativen Stottertherapie mit dem ABC-Modell als Intensiv-/ Intervalltherapie mit betroffenen Erwachsenen umgesetzt. Dazu wurden vier 2-tägige Intensivwochenenden im Abstand von 1 bis 4 Wochen (bzw. nach Absprache) durchgeführt. Jede Phase des dreiphasigen Therapiekonzepts (A, B, C) umfasste ca. 8 bis 10 Therapieeinheiten.

Behandlungskonzept und Inhalte der Therapie

Die Initiative für konfrontative Stottertherapie wurde 1998 gegründet. Ursprünglich ist das in der Konfrontationstherapie Stottern verwendete ABC-Modell aus dem Van Riper-Ansatz des ‚Non Avoidance‘ entstanden. Laut Rauschan und Welsch wurde der Ansatz *„entkompliziert, überschaubarer strukturiert und pragmatischer gegliedert“*. Ausgehend von Elementen des Van Riper-Ansatzes wurde das Therapiekonzept zur konfrontativen Stottertherapie aufgrund von Erfahrungen, die bei der Umsetzung mit Betroffenen gemacht wurden, weiterentwickelt: *„25 % Van Riper-Ansatz, 75 % IKS-Erfahrung mit wechselnden Anteilen von Anregungen vieler PatientInnen“* [4]. Rauschan und Welsch gehen davon aus, dass Methoden, die allein mit Sprechtechniken versuchen die Redeflussstörung zu kompensieren, nicht zu einer dauerhaften Verbesserung führen können. Zusätzlich ist auch eine Modifikation des Selbstkonzepts notwendig, damit Betroffene *„erkennen, dass eine angstfreie, entspannte und spontane Kommunikation auch mit Stottern möglich ist“*. Somit werden keine

Vermeidungsstrategien vermittelt, sondern ein aktiver und offener konfrontativer Umgang mit dem Stottern.

Vor Beginn der Therapie nach dem ABC-Modell wird im Rahmen der Anamnese eine Videodokumentation zur Dokumentation des Ersteindrucks erstellt und anhand von Fragebögen wird die Selbsteinschätzung der Betroffenen abgefragt². Ggf. kann ein Balbutiogramm erstellt werden (siehe Anhang).

Der Konfrontationsansatz mit ABC-Modell besteht aus drei Phasen (siehe Abbildung 3).

- In Phase A erfolgt die Arbeit am eigenen Stottern: Dazu wird nach Analyse des bisherigen Vermeidungsverhaltens mit der von Stottern betroffenen Person eine individuelle Vorgehenshierarchie erarbeitet um sukzessive die Vermeidungsstrategien abzubauen, so dass nur noch das sogenannte „*Nettostottern*“ übrig bleibt. Den Begriff „*Nettostottern*“ definieren die Autoren Rauschan und Welsch als „*das ‚reine, unverpackte‘ und offen zugelassene Stottern*“. Der bzw. die Betroffene lernt die Stottersymptome zuzulassen und mit ihnen auch unter Kommunikationsstress offensiv zu kommunizieren. Dies wird sowohl während der Therapie als auch in der Eigentherapie (zu Hause) in Situationen mit steigendem Kommunikationsstress geübt (z B. Blickkontaktarbeit, Bildergeschichten frei erzählen, einer vertrauten Person vorlesen).
- In Phase B (Bewusstes Training) werden bewusst eingesetzte Symptomvariationen erlernt und trainiert. Dazu werden 5 Formen des Extrastotterns erarbeitet und von der stotternden Person ausgeführt (siehe Tabelle 2). Dieses 'freiwillige, kontrollierte und selbstgestaltete Stottern fördert die Wahrnehmung für das eigene Stottern, den Spannungsabbau und ermöglicht es statt eines Reflexverhaltens Kontrolle über das Stottern zu behalten. *„Dieser souveräne Umgang mit simuliertem Stottern, mit hohem Druck, mit Blockaden und ‚alten‘ Assoziationen, gibt dem Stotternden letztlich die notwendige Sicherheit, um diese Kompetenz sukzessive auch in seinen echten Restsymptomen zu nutzen.“* In dieser Phase muss der Therapeut darauf achten, dass die Sicherheit, die durch den Einsatz des kontrollierten Stotterns erreicht wird, vom Betroffenen nicht als neue Vermeidungsstrategie genutzt wird. Zum Training werden von Rauschan und Welsch Beispiele für Übungen in Phase B und für Instruktionen zur Eigentherapie aufgeführt.

Tabelle 2: Formen des Extrastotterns

Version	Symptomvariation
Version 1	Lautwiederholungen (nicht Silbe!)
Version 2	Anlautprolongationen
Version 3	Artikulatorische Lautausgangsstellung einnehmen – ohne Druckerzeugung beibehalten; mit einer Länge von 1-3 Sekunden (Freeze = Geduldtraining)
Version 4	Tonische Muster ohne Mitbewegungen, 1-3 Sekunden
Version 5	Aktive Tonuskontrolle

² In Rauschan & Welsch (2012) [4] findet sich im Unterkapitel 4.1 ein Musterbefund u. a. mit auszufüllenden Diagrammen zur Stotterintensität, Vermeidungsverhalten, Symptomintensität und Kommunikationsbereitschaft. Unklar ist, ob der Therapeut oder die von Stottern betroffene Person Eintragungen vornehmen soll und welche Fragen und Erhebungsinstrumente eingesetzt werden.

- In Phase C wird ein „*Creatives Gestalten der Restsymptomatik*“ vorgenommen. Aufgrund der geänderten Grundeinstellung (Phase A) und des Trainings im Umgang mit Redeflussunterbrechungen (Phase B) kann der Teilnehmer/die Teilnehmerin diese Fähigkeiten auf die noch vorhandene Restsymptomatik anwenden. Auch in Phase C werden Beispiele für Übungen und Instruktionen zur Eigentherapie aufgeführt, wobei die therapierte Person explizit darauf hingewiesen wird bei Misserfolgen und Rückfalltendenzen aktiv wieder auftretendes Vermeidungsverhalten anzugehen und kontrolliertes Stottern bis zur Spannungslösung anzuwenden.

Im Rahmen der Konsolidierung wird bei hoher Redeflüssigkeit und guter Symptomlösungsstrategie der Abstand zwischen den therapeutischen Treffen vergrößert, z. B. auf ein Intervall von 6 Wochen. Im Rahmen einer Nachsorge können die therapierten Personen bei Bedarf telefonisch oder auch persönlich die Unterstützung der Therapeuten einfordern.

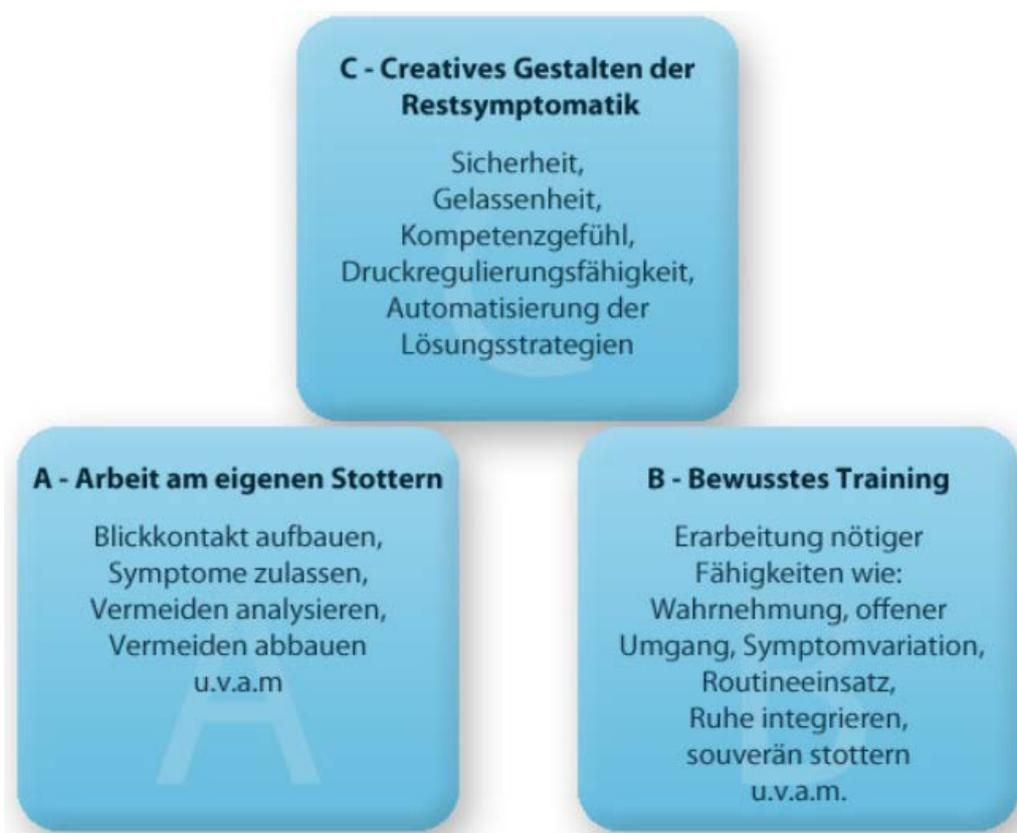


Abbildung 3: Grafische Darstellung der Elemente des ABC Modells

Evaluation

Eine „Evaluation“ der IKS nach dem ABC-Modell wurde bislang nur durch die Autoren Rauschan und Welsch selbst vorgenommen [4]. Sie geben an, dass sie sowohl nach Abschluss der Therapie als auch im Abstand von 3 bis 5 Jahren die ehemaligen Therapieteilnehmer und -teilnehmerinnen mit Fragebögen zur Symptomintensität, Kommunikationsbereitschaft, sozialen Teilnahme und autonomen Eigenaktivität befragten. Insgesamt sollen Fragebögen von 100 Patientinnen und Patienten – vornehmlich aus der Intervallgruppentherapie – ausgewertet worden sein. Als Ergebnisse geben die Autoren Folgendes an:

- 5 % der Personen haben die Therapie früh abgelehnt bzw. wurden ausgeschlossen oder zu Kollegen weitervermittelt. „*Von diesen Personen konnten selbstverständlich keine weiteren Fragebögen ausgefüllt werden.*“

- Nach Therapieende „*bekundeten 75 % der Befragten ihre Zufriedenheit, 20 % der Befragten waren nicht zufrieden mit ihrem Ergebnis*“.
- Nach 36 bis 60 Monaten waren 64 % der Befragten noch zufrieden.

Anmerkungen: In der Darstellung des ABC-Modells [4] finden sich keine spezifischen Angaben zur Umsetzung als Intervall-/Intensivtherapie. Es handelt sich nicht um eine objektive Evaluation. Es finden sich einige Unstimmigkeiten in den Angaben zur Befragung. Zudem fehlen wesentliche Informationen u. a. zu den Fragebögen oder zur Auswertung.

4.3 D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde

Die D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde wurde von Sabine Schütz entwickelt (URL: <https://therapie-fuer-stotternde.de/> [Zugriff: 31.05.2021]). Die Therapie wird von Sabine Schütz und Sonja-Marie Schütz in Bad Marienberg bzw. im Zentrum für Stottertherapie in Langenbach bei Kirburg als Intensivtherapie angeboten [Telefonat am 08.12.2020].³

Etwa 60 % der Krankenkassen übernehmen die Kosten der Stottertherapie nach vorheriger Genehmigung (Einzelfallentscheidungen). Mit der AOK existiert ein Vertrag zur Kostenübernahme (URL: <https://therapie-fuer-stotternde.de/AOK.html> [Zugriff: 31.05.2021]). In einigen Fällen erfolgte eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse erst nach erfolgreicher Therapie. Generell werden Kosten für die Unterkunft und Verpflegung, das Europäische Trommeln und das Koordinationstraining nicht von den Kassen übernommen.

Aufgrund der Corona-bedingten Einschränkungen wird derzeit die Stottertherapie ohne die Komponenten Europäisches Trommeln und progressive Muskelentspannung angeboten.

Lt. Sabine Schütz ist geplant einen Film zur Umsetzung der D.E.L.P.H.I.N.-Therapie zu veröffentlichen. Ebenso ist angedacht eine Ausbildung zur Durchführung der Therapie für Therapeutinnen und Therapeuten anzubieten

Umsetzung

Lt. Sabine Schütz wird die Intensivtherapie mit 5 bis 6 Gruppen jährlich durchgeführt. Jede Gruppe besteht aus 7 bis maximal 10 Teilnehmenden und wird von beiden Therapeutinnen betreut. Die Therapie richtet sich an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum Alter von 30 Jahren unter Einbeziehung einer Bezugsperson (z. B. ein Elternteil; bei jungen Erwachsenen: Freundin oder Freund). Die Bezugsperson wird in den Therapieprozess eingebunden und intensiv angeleitet, um den Transfer in den Alltag bestmöglich zu unterstützen.

Die Therapie erfolgt ambulant als Einzel- und Gruppentherapie, wobei die Gruppenarbeit den größten Anteil einnimmt. Bei der Gruppenzusammenstellung wird auf eine altershomogene Zusammensetzung geachtet (z. B. Gruppen von 8-11-Jahren, 12-15 Jahre, 16-18 Jahren und 18-25 Jahren).

Die Intensivtherapie streckt sich über 3,5 Wochen mit 7 Stunden Sprechtherapie täglich von Montag bis Freitag. Samstags und Feiertags werden 3,5 Stunden Sprechtherapie umgesetzt. Sonntags gibt es ein eigenes Therapieprogramm.

Die Intensivtherapiezeit umfasst insgesamt etwa 140 Stunden Sprechtherapie, davon ca. 70 Stunden Gruppentherapie mit je 60 bis 90 Minuten.

Im zweijährigen Zeitraum nach der Intensivtherapie erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen der Nachbehandlung noch etwa 50 bis 80 Stunden Sprechtherapie [2].

³ Die Therapeutinnen sind bei allen Kassen zugelassen.

Dies erfolgt in Form einer Stabilisierungswoche im Umfang von 5 Tagen mit 6 Stunden Sprechtherapie/Tag und in Form von bis zu 10 Verlaufskontrolltagen (ca. 4 mal 2 Tage/Jahr mit jeweils 6 Stunden Sprechtherapie/Tag).

Zudem sind die Betroffenen angehalten täglich über 1 Jahr etwa 1,5 Stunden täglich zu üben. Hierbei sollen sie durch ihre Bezugspersonen unterstützt bzw. ermutigt werden: *„Schule und Arbeitsplätze werden über die Praxis zu den Maßnahmen nach der Intensivtherapie informiert, damit die Integration nach den Therapiewochen gelingt. Der Betroffene muss dann nur noch die verankerte Sprechweise einhalten in allen Situationen, um die neuen Sprechmuster zu festigen. Es gibt Verlaufskontrolltage und mindestens eine Stabilisierungswoche. Das normale Sprechen entwickelt sich aus der immer flacher werdenden Sprechweise. Dieser Prozess verläuft unbewusst und individuell. Das Ziel wird in unterschiedlichen Zeitspannen erreicht.“* (URL: <https://therapie-fuer-stotternde.de/> [Zugriff: 31.05.2021])

Behandlungskonzept und Inhalte der Therapie

Der Name der D.E.L.P.H.I.N.-Therapie setzt sich aus den Anfangsbuchstaben seiner wichtigsten Komponenten zusammen: Deblockierungsimpuls, Entspannung nach Jacobson, Logopädie, Phonetik, Hör-Wahrnehmungstraining, Intensität und nasaler Schwingungsakzent. Lt. Sabine Schütz ist die D.E.L.P.H.I.N. Therapie eine komplexe Therapie für schwer stotternde Menschen, bei der „falsche“ Sprechmuster durch eine neue Sprechweise ersetzt werden (Reorganisation) ⁴:

„Die Betroffenen erlernen eine neue Sprechweise, durch die die Mitbewegungen im mimischen und körperlichen Bereich nicht mehr vorhanden sind. Die Blockaden werden durch den Deblockierungsimpuls und den nasalen Schwingungsakzent verhindert. Die Reorganisation des Sprechens führt ins Unterbewusstsein und wird zu einem eigenen Sprechen automatisiert.“ *„Die Sprechweise ist somit nur eine Brücke vom Stottern zum "normalen" Sprechen.“* (URL: <https://therapie-fuer-stotternde.de/> [Zugriff: 31.05.2021])

Der Ablauf der D.E.L.P.H.I.N. Therapie kann in folgende 4 Sprechstufen gegliedert werden [1,5]:

1. Sprechstufe: Erlernen der costo-abdominalen Atmung und der atemrhythmisch angepassten Phonation unter Einsatz des Deblockierungsimpulses.
2. Sprechstufe: Hinzufügung des nasalen Schwingungsakzentes.
3. Sprechstufe: Reduzierung der hörbaren Elemente der Sprechweise.
4. Sprechstufe tägliche Umsetzung und Übung im Alltag.

Dabei umfasst die Intensivtherapie die 1. bis 3. Sprechstufe. Die 4. Sprechstufe schließt sich an die Intensivtherapie an. Die tägliche Umsetzung und Übung im Alltag erfordert nicht nur die kontinuierliche Arbeit der Betroffenen sondern zugleich auch die Unterstützung durch die Bezugspersonen bzw. durch das Umfeld. In diese 4. Sprechstufe fallen auch die Stabilisierungswoche und Kontrolltage, die im Rahmen der Nachbehandlung/Nachsorge realisiert werden.

Folgende Übungen⁵ werden im Rahmen der D.E.L.P.H.I.N. Therapie eingesetzt:

- Intensive Sprechtherapie,
- Elternberatung und -anleitung,
- Hör-Wahrnehmungstraining in einem Sprechlabor,

⁴ Um eine genauere Vorstellung zu bekommen ist es hilfreich die Videos auf YouTube anzuschauen (siehe Weblinks: z. B. <https://www.youtube.com/watch?v=ngPDJ8n3064>)

⁵ Während der Einschränkungen durch die Coronapandemie wurden das Europäische Trommeln und die Entspannungstherapie nicht durchgeführt.

- Schulung der Eigenwahrnehmung durch Selbstreflexion anhand von Videosequenzen,
- Situationstraining in verschiedenen Alltagssituationen,
- Vorträge, Referate, Ansprachen, Interviews,
- Systematisches Telefontraining,
- Modifizierte Stimmübungen nach Svend Smith (Ansatz der Akzentmethode),
- Dialog- und Kommunikationstraining,
- Verbesserung der Koordinations- und Konzentrationsfähigkeit durch Europäisches Trommeln (Handwechsel im Rechts-links-Rhythmus),
- Entspannungstherapie mit progressiver Muskelentspannung zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und Wahrnehmung von Spannungszuständen.

Evaluation

Die D.E.L.P.H.I.N.-Therapie nach Schütz wurde von der Arbeitsgruppe Keilmann et al. evaluiert und 2018 veröffentlicht [2]. Die Ergebnisse wurden 2019 zusätzlich noch in Deutsch veröffentlicht [1]. Die Evaluation zur Wirksamkeit der D.E.L.P.H.I.N.-Stottertherapie wurde in Form einer prospektiven einarmigen Studie durchgeführt. Folgende Fragestellungen wurden untersucht (jeweils im Vergleich vor Beginn der Intensivtherapie und nach Beendigung der Therapie):

1. „Wird die Lebensqualität der Stotternden in der Beurteilung durch die Betroffenen und deren Eltern beeinflusst?
2. Ändert sich die subjektive Belastung durch das Stottern?
3. Wird die Stotterrate beeinflusst?
4. Ändert sich die mittlere Länge der 3 längsten Stotterereignisse?“

Dazu wurden die vier primären Endpunkte gesundheitsbezogene Lebensqualität, der Einfluss des Stotterns (psychosoziale Belastung), die Stotterrate und die Schwere des Stotterns zu definierten Zeitpunkten erhoben (siehe Tabelle 3). Als sekundärer Endpunkt wurde die Sprechnatürlichkeit bestimmt.

Tabelle 3: Erhebungszeitpunkte und Einsatz der Messinstrumente

	6–2 Monate vor der Behandlung	10–6 Wochen vor der Behandlung	Erster Tag der Intensivtherapie	Letzter Tag der Intensivtherapie	3–6 Monate nach der Intensivtherapie	11 Monate nach der Intensivtherapie	12 Monate nach der Intensivtherapie
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7
SDQ-D			x				x
FzS	x		x	x			x
Lesetext	x		x	x			x
Interview	x		x	x			x
Telephonat		x			x	x	
Sprechnatürlichkeit	x	x	x	x	x	x	x

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie deren Eltern/Bezugspersonen wurden zum Zeitpunkt T3 (Diagnostiktag) und 12 Monate nach Ende der Intensivtherapie (T7) mit dem Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-D) zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Betroffenen befragt. Der SDQ besteht aus 5 Einzelskalen: emotionale Probleme (ES), Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme (HA), Problem im Umgang mit Gleichaltrigen (PP),

Verhaltensauffälligkeiten (CP) und prosoziales Verhalten (PBS). Die Werte werden in 3 Kategorien eingeteilt: für die Selbsteinschätzung gelten Werte <15 als normal; zwischen 16 und 19 als borderline und Werte >20 als auffällig. Für die Einschätzung durch die Eltern gelten Werte <13 als normal, zwischen 14 und 16 als borderline und Werte von 17–40 als auffällig.

Der Fragebogen zum Sprechen (FzS) wurde insgesamt zu 4 Zeitpunkten eingesetzt. Mit diesem Instrument wird der Einfluss des Stotterns auf das Leben der Betroffenen (die psychosoziale Belastung) erhoben. Das Instrument enthält 27 Items. Die Gesamtpunktzahl kann Werte zwischen 27 und 162 einnehmen, wobei niedrige Werte eine niedrige Belastung anzeigen.

Die Stotterrate (in %) und die Schwere des Stotterns (Länge der drei längsten Stotterereignisse) wurden auf Basis der Aufnahmen der Interviews (T1, T3, T4, T7), der Lesetexte (T1, T3, T4, T7) und Telefonanrufe (T2, T5, T6) bestimmt. Die Sprechnatürlichkeit wurde von einer Logopädin in Analogie zum Stuttering Severity Instrument 3 (SSI-3) beurteilt.

Im Rahmen der Auswertung wurden deskriptive Analysen (u. a. Mittelwert, Standardabweichung, Median) für die primären Endpunkte durchgeführt. Die Sprechnatürlichkeit wurde mittels kategorialer Variablen gemessen. Zudem wurde für jeden Endpunkt mittels Messwiederholungs-ANOVA untersucht, ob ein Unterschied zwischen den beiden Zeitpunkten (vor und nach Ende der Therapie) vorliegt. Dabei wurde auf Geschlecht, Alter (< 17 vs. ≥ 17) und die Untersuchungsmethode (Selbstauskunft und Elternversion des SDQ, Interview, Lesetext und Telefonat im Hinblick auf Stotterrate und mittlere Länge des längsten Stotterereignisses) adjustiert.

In die Studie wurden insgesamt 56 Betroffene (42 männlich, 14 weiblich) eingeschlossen, die zwischen dem 01.01.2014 und dem 15.02.2015 mit der D.E.L.P.H.I.N. Therapie begonnen haben. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren im Alter zwischen 8 und 36 Jahren (mittleres Alter 15,3 Jahre, Median. 13,0 Jahre, Standardabweichung 6,4 Jahre). Die Umsetzung der Therapie erfolgte in altershomogenen Gruppen (4 Gruppen mit 10 Teilnehmenden, 1 Gruppe mit 7 und eine Gruppe mit 9 Personen). Drei Teilnehmerinnen/Teilnehmer brachen die Therapie ab. 87,5 % der Therapieteilnehmerinnen und -teilnehmer hatten zuvor bereits eine oder mehrere Stottertherapien mitgemacht (2 Personen hatten bisher keine Stottertherapie absolviert und zu 5 Personen lagen keine Informationen vor).

Im Ergebnis der deskriptiven Analysen zeigt sich, dass sich sowohl in der Selbsteinschätzung als auch in der Einschätzung durch die Eltern/Bezugspersonen die gesundheitliche Lebensqualität (SDQ) im Vorher-Nachher-Vergleich verbesserte (siehe Tabelle 4). Die Werte für die SDQ sanken im Mittel von 11,70 auf 8,47 in der Selbsteinschätzung respektive von 10,72 auf 8,86 in der Einschätzung durch die Eltern/Bezugspersonen.

Tabelle 4: Lebensqualität und Fragebogen zum Sprechen im Zeitverlauf

		Vor der Therapie	Erster Tag der Intensivtherapie	Letzter Tag der Intensivtherapie	12 Monate nach der Intensivtherapie
		T1/T2	T3	T4	T7
SDQ self	Mittel		11.70		8.47
	SD		5.43		5.24
	Median		11.00		8.00
	n (% von N=56)		56 (100 %)		46 (82.14 %)
SDQ parents	Mittel		10.72		8.86
	SD		7.42		7.70
	Median		9.50		6.50
	n (% von N=56)		52 (92.29 %)		46 (82.14 %)
FzS	Mittel	106,08	101.50	63.38	66.28
	SD	24,20	20.90	17.99	23.88
	Median	107,50	98.00	60.00	62.00
	n (% von N=56)	36 (64.29 %)	55 (98.21 %)	55 (98.21 %)	51 (91.07 %)

Die psychosoziale Belastung, gemessen mit dem Fragebogen zum Sprechen, hatte vor Beginn der Therapie bzw. am 1. Tag der Intensivtherapie im Mittel einen Wert >100. Am letzten Tag der Intensivtherapie verbesserte sich dieser Wert auf 63,38 und stieg in den 12 Monaten nach der Intensivtherapie nur geringfügig wieder an auf einen Wert von 66,28 (siehe Abbildung 4).

Im Vorher-Nachher-Vergleich zeigte sich für die Endpunkte Stotterrate und mittlere Länge der drei längsten Stotterereignisse sowohl beim Interview, beim Vorlesen als auch in den Telefonaten eine deutliche Verbesserung (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Stotterrate und Länge der drei längsten Stotterereignisse im Zeitverlauf

			Vor der Therapie	Erster Tag der Intensiv- therapie	Letzter Tag der Intensiv- therapie	3–6 Monate nach der Therapie	11–12 Monate nach der Therapie
			T1/T2	T3	T4	T5	T6/T7
Stotterrate	Interview	Mittel	12.34 %	12.50 %	2.32 %		4.20 %
		SD	11.00 %	11.17 %	4.98 %		6.51 %
		Median	9.62 %	10.20 %	0.80 %		1.60 %
		n (% von N = 56)	56 (100 %)	56 (100 %)	55 (98.21 %)		53 (94.64 %)
	Vorlesen	Mittel	15.54 %	13.50 %	1.18 %		2.25 %
		SD	13.70 %	11.98 %	1.86 %		5.61 %
		Median	11.60 %	10.00 %	0.40 %		0.40 %
		n (% von N = 56)	55 (98.21 %)	56 (100 %)	55 (98.21 %)		52 (92.29 %)
	Telefonat	Mittel	12.66 %			3.94 %	4.32 %
SD		8.95 %			5.27 %	5.17 %	
Median		10.80 %			2.00 %	2.00 %	
n (% von N = 56)		53 (94.64 %)			55 (98.21 %)	55 (98.21 %)	
Mittlere Länge des längsten Ereignisses	Interview	Mittel	2.92	3.21	1.25		2.05
		SD	2.63	2.41	1.99		5.88
		Median	2.05	2.65	0.53		0.60
		n (% von N = 56)	56 (100 %)	56 (100 %)	55 (98.21 %)		53 (94.64 %)
	Vorlesen	Mittel	3.51	3.55	0.91		1.26
		SD	3.93	3.16	1.66		4.15
		Median	2.33	2.75	0.20		0.10
		n (% von N = 56)	55 (98.21 %)	56 (100 %)	55 (98.21 %)		52 (92.29 %)
	Telefon	Mean	2.03			0.70	0.76
SD		1.40			0.74	0.93	
Median		1.67			0.43	0.43	
n (% von N = 56)		53 (94.64 %)			55 (98.21 %)	55 (98.21 %)	

Die Sprechnatürlichkeit in Hinblick auf die Sekundärsymptomatik Atmung und Tonus verbesserte sich im Laufe der Therapie. Für die Prosodie zeigte sich eine andere Entwicklung: im Laufe der Intensivtherapie nahm die Prosodie zu, sank dann aber bis zur Erhebung 12 Monate nach Intensivtherapie (siehe Anhang).

Die Untersuchung der Wirksamkeit der Behandlung mittels Messwiederholungs-ANOVA (adjustiert für Geschlecht und Alter) zeigte für die gesundheitsbezogene Lebensqualität (sowohl bei der Selbsteinschätzung als auch bei der Elterneinschätzung), für die psychosoziale Belastung durch das Stottern (FzS), für die Stotterrate und für die mittlere Länge der 3 längsten Stotterereignisse signifikante Verbesserungen für den Vergleich vor der Intensivtherapie zu 1 Jahr nach Therapie (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Wirksamkeit der Behandlung 1 Jahr nach der Intensivtherapie

	Untersuchungs- methode	Geschätzte Veränderung	Standard Fehler	Marginaler p-Wert
SDQ	Selbsteinschätzung	-2,927	0,800	<0,001
	Elterneinschätzung	-1,656	0,866	
FzS	Fragebogen	-36,036	3,791	<0,001
Stotterrate (Veränderung in Prozentpunkten)	Interview	-8,4	1,1	<0,001
	Vorlesen	-12,2	1,1	
	Telefonat	-8,4	1,2	
Mittlere Länge der 3 längsten Stotterereignisse	Interview	-1,117	0,458	<0,001
	Vorlesen	-1,947	0,462	
	Telefonat	-1,311	0,505	

Fazit der Autorengruppe: Keilmann et al. fanden zur Wirksamkeit der D.E.L.P.H.I.N. Therapie signifikante Verbesserungen für die vier primären Endpunkte gesundheitsbezogene Lebensqualität, der Einfluss des Stotterns (psychosoziale Belastung), die Stotterrate und die Schwere des Stotterns.

Anmerkungen: „Die ursprüngliche Kohorte umfasste 56 Individuen, von denen 53 die komplette Therapie bis zu einem Jahr nach dem Abschluss der Intensivtherapie durchliefen. Von 616 theoretisch zu erhaltenden Datensätzen konnten wir 601 zur Analyse verwenden, d.h. 2,4 % fehlten.“

Die D.E.L.P.H.I.N. Stottertherapie wird häufig dem Fluency-Shaping-Ansatz zugeordnet, der darauf zielt Wörter flüssig auszusprechen. Lt. Sabine Schütz soll die D.E.L.P.H.I.N.-Therapie ein normales Sprechen in allen Stresssituationen ermöglichen. Dazu wurde ein vollständig neues Konzept entwickelt (Modifikation der Akzentmethode nach Svend Smith und Anpassung an die Sprechstufen).

5 Zusammenfassung

Von den drei untersuchten Therapiekonzepten werden aktuell nur die Intensivmodifikation Stottern (IMS) und die D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde mit relativ kleinen Teilnehmerzahlen umgesetzt (IMS: 6 bis 9 Pat./Jahr; D.E.L.P.H.I.N.-Therapie: rechnerisch maximal 60 Pat./Jahr).

Intensivmodifikation Stottern (IMS)

- Die IMS wird als Gruppentherapie in Form von Intensiv-/Intervalltherapie mit Jugendliche ab 16 Jahren und Erwachsenen durchgeführt.
- Eine berufsbegleitende Umsetzung ist möglich.
- Es befinden sich 6 bis 9 Patientinnen und Patienten pro Jahr in dieser Therapieform, davon 4 bis 6 in der Intensivphase.
- Der Umfang beträgt etwa 120 Therapieeinheiten über 3 Jahre, davon etwa 100 Therapieeinheiten im ersten Jahr.
- Eine Evaluation wurde mit 18 Patientinnen und Patienten durchgeführt. Lt. Autorengruppe führt die Stottermodifikation zu positiven Effekten in den Bereichen Sprechflüssigkeit, Einstellung zur Kommunikation, Vermeidungsverhalten und Gefühlen.

Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS)

- Die IKS setzt den Konfrontationsansatz mit dem ABC-Modell um.
- Seit einigen Jahren wird die Therapie mangels Nachfrage nicht mehr als Intervall- /Intensivtherapien durchgeführt. Eine Wiederaufnahme des Therapiekonzepts als Intensiv-/Intervalltherapie wäre lt. Anbieter jederzeit möglich.
- Eine unabhängige Evaluation wurde nicht vorgenommen. In Rauschan & Welsch (2012) haben die Autoren den Konfrontationsansatz mit dem ABC-Modell selbst bewertet.

D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde

- Die D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde wird als Intensivtherapie mit 5 bis 6 Gruppen jährlich durchgeführt.
- Jede Gruppe besteht aus 7 bis maximal 10 Teilnehmenden und wird von beiden Therapeutinnen betreut.
- Die Therapie richtet sich an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum Alter von 30 Jahren unter Einbeziehung einer Bezugsperson.
- Die Intensivtherapiezeit umfasst insgesamt etwa 140 Stunden Sprechtherapie, davon ca. 70 Stunden Gruppentherapie mit je 60 bis 90 Minuten.
- In den 2 Jahren nach der Intensivphase werden insgesamt noch etwa 50 bis 80 Stunden Sprechtherapie für die Nachbehandlung benötigt (Stabilisierungswoche und Verlaufskontrolltage)
- Eine Evaluation wurde mit 56 Patientinnen und Patienten durchgeführt. Keilmann et al. fanden signifikante Verbesserungen für die vier primären Endpunkte gesundheitsbezogene Lebensqualität, der Einfluss des Stotterns (psychosoziale Belastung), die Stotterrate und die Schwere des Stotterns für den Vergleich vor und ein Jahr nach der Intensivtherapie

Referenzen

1. **Keilmann A.** Prospektive Studie zur Wirksamkeit der D.E.L.P.H.I.N.-Stottertherapie für Kinder, Heranwachsende und junge Erwachsene. *MitSprache* 2019(4):5-23.
2. **Keilmann A, Neumann K, Zoller D, Freude C.** Clinical trial of the D.E.L.P.H.I.N. speech treatment for children and adolescents who stutter. *Logoped Phoniatr Vocol* 2018;43(4):155-168.
3. **Natke U, Alpermann A, Heil W, Kuckenberg S, Zückner H.** Langzeiteffekte der Intensiv-Modifikation Stottern (IMS). *Sprache·Stimme·Gehör* 2010;34(3):155-164.
4. **Rauschan W, Welsch C.** ABC-Modell zur Therapie jugendlicher und erwachsener Stotternder. Idstein: Schulz-Kirchner; 2012.
5. **Schütz S-M.** Auswirkung der „D.E.L.P.H.I.N.-Therapie“ auf die Stottersymptomatik: eine multiple Fallstudie mit Jugendlichen und Erwachsenen. *Forum Logopädie* 2015;2(29):28-31.

Weblinks

Intensivmodifikation Stottern (IMS) [Zugriff jeweils am 31.05.2021]

- IMS # 1: Das Therapiekonzept
URL: https://www.youtube.com/watch?v=N4DB50S_m3w
- IMS #2: Stottersymptome, Verursachung und Wirkungsweise von Sprechtechniken
URL: <https://www.youtube.com/watch?v=yMj4dnt9nOA>
- IMS #3: Pseudostottern & Nettostottern
URL: <https://www.youtube.com/watch?v=QoA4Rf7rhUw>
- IMS #4: Konfrontationstherapie
URL: https://www.youtube.com/watch?v=4tsn_IVwNaA
- IMS #5: Zeitlupensprechen
URL: <https://www.youtube.com/watch?v=WZdX5sGjA0w>
- IMS #6: Prolongation & Pull-Out
URL: <https://www.youtube.com/watch?v=AOnow4XX414>
- IMS #7: Nachbesserung
URL: <https://www.youtube.com/watch?v=h75t3v6tBfM>
- IMS #8: Kinästhetisch-kontrolliertes Sprechen – KKS
URL: <https://www.youtube.com/watch?v=jp-mbqPnEs0>
- IMS #9: Refresher und Rückfälle
URL: https://www.youtube.com/watch?v=qEZ_gJrgFgM
- IMS #10: Kognitive Umstrukturierung und Beratung
URL: <https://www.youtube.com/watch?v=UIPZ4iRd1WE>

- IMS #11: Hinweise für Therapeutinnen und Therapeuten
URL: <https://www.youtube.com/watch?v=Glnke3HA2ZY>

Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS) [Zugriff jeweils am 31.05.2021]

- Fernsehbeitrag im ZDF zum Weltstottertag am 22. Oktober 2017
URL: <http://www.iks.info/interview-im-zdf-zum-weltstottertag/>
- Fernsehbeitrag in „ZDF Logo“ zum Weltstottertag, ausgestrahlt am 22.10.2009
URL: <http://www.iks.info/fernsehbeitrag-in-zdf-logo-zum-weltstottertag/>

D.E.L.P.H.I.N. Stottertherapie nach Schütz [Zugriff jeweils am 31.05.2021]

- Logopädin Schütz zur Stottertherapie, ORF 2, heute mittag, 24.05.2017
URL: <https://www.youtube.com/watch?v=LEQhBdnzYC8>
- Hilfe gegen das Stottern, ORF 2, heute mittag, 24.05.2017
URL: <https://www.youtube.com/watch?v=ngPDJ8n3064>
- D.E.L.P.H.I.N. Stottertherapie bei ZDF heute am Welttag des Stotterns 2016
URL: <https://www.youtube.com/watch?v=tBXbEFaxjis>
- Die D.E.L.P.H.I.N.-Stottertherapie bei RTL Stern TV (2007)
URL: <https://www.youtube.com/watch?v=Qd7RBCEjoWQ&feature=youtu.be>
- Eine Vielzahl von Vorher-Nachher Aufnahmen von betroffenen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen finden sich auf YouTube unter Eingabe von „Logopädische Praxis für Stottertherapie Sabine Schütz und Sonja Schütz GbR“
- Zusätzlich gibt es noch viele weitere Erfahrungsberichte, z. B. von Eltern für Eltern.

Anhang

Balbutiogramm

Zur Erstellung eines Balbutiogramms wird dem Patienten/ der Patientin ein Text zum Vorlesen gegeben. Die Zahl der gestotterten Worte wird im Verhältnis zur Zahl der gelesenen Wörter als Prozentangabe angegeben.

Auswertungsbogen für Balbutiogramm		
Aufgaben für Erwachsene	Zeit (s)	Stottern
1. Wochentage und Monate des Jahres Aufzählen Prozent gestottert = Gesamtzahl Stottern/19 x 100 2. Von 21 bis 40 zählen Prozent gestottert = Gesamtzahl Stottern x 5		
Sätze Nachsprechen 1. Aus Angst hat ein 80-jähriger Rentner auf zwei Jugendliche geschossen. 2. Eine chinesische Firma plant die Übernahme einer großen amerikanischen Firma. 3. Die Geisteraustreibung am Vorabend zu Allerheiligen wird in Deutschland populär. 4. Wir haben erfahren, dass deutsche Politiker die Eisenbahn privatisieren wollen. 5. Besonders im Stadtverkehr verbraucht unser Auto zu viel Benzin 6. Ich möchte, dass du mir jetzt in aller Ruhe zuhörst. 7. Ich würde gerne mal mit dir zusammen ins Kino gehen. 8. Wie kommt es, dass du Angst vor deinem Chef hast? 9. Ich brauche etwas Zeit, um dir das ausführlicher zu erklären. 10. Du brauchst keine Angst haben, dass ich zu viel spreche. Prozent gestotterte Worte = Summe gestotterte Worte		
Text lesen (mind. 400 Worte)		
Gelesenen Text mit eigenen Worten nacherzählen		
Freie Schilderung einer alltäglichen, vertrauten Situation		
Geschätzte Dauer der drei längsten Blocks (0,5s, 1 s, 2 s, etc. innerlich mitzählen).		
Einschätzung der Schwere von Mitbewegungen und Grimassen Skala: 0 = fehlen; 1 = kaum merklich; 2 = erkennbar; 3 = deutlich erkennbar, wenig ablenkend; 4 = sehr deutlich erkennbar und ablenkend; 5 = sehr schwer und quälend anzuschauen Geräusche: Atmungs-, Pfeif-, Schnüffel-, Blas- oder Klickgeräusche Grimassen im Gesicht: Sprunghafte Bewegungen des Kinns, Zunge vorschnellen, Lippen aufeinander pressen, Anspannung der Kaumuskeln Kopfbewegungen: Rückwärts-, Seitwärts- oder Vorwärtsbewegungen des Kopfes, Geringer Augenkontakt, konstantes Herumschauen Bewegungen der Extremitäten: Arm-, Hand-, Bein- oder Rumpfbewegungen, Hände im Gesicht, rhythmische Hand- oder Fußbewegungen		

101

Aus Bosshardt: Stottern © 2008 Hogrefe, Göttingen

URL: <https://www.hogrefe.com/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=182&token=578929d4a4fdbb4a29d77a95c9eae60cfda09192> [Zugriff: 31.05.2021]

Sprechnatürlichkeit im Therapieverlauf (Keilmann et al. (2018) [2]

Entwicklung der Sekundärsymptomatik: störende Geräusche (a), Grimassieren (b) und Kopfbewegungen (c)

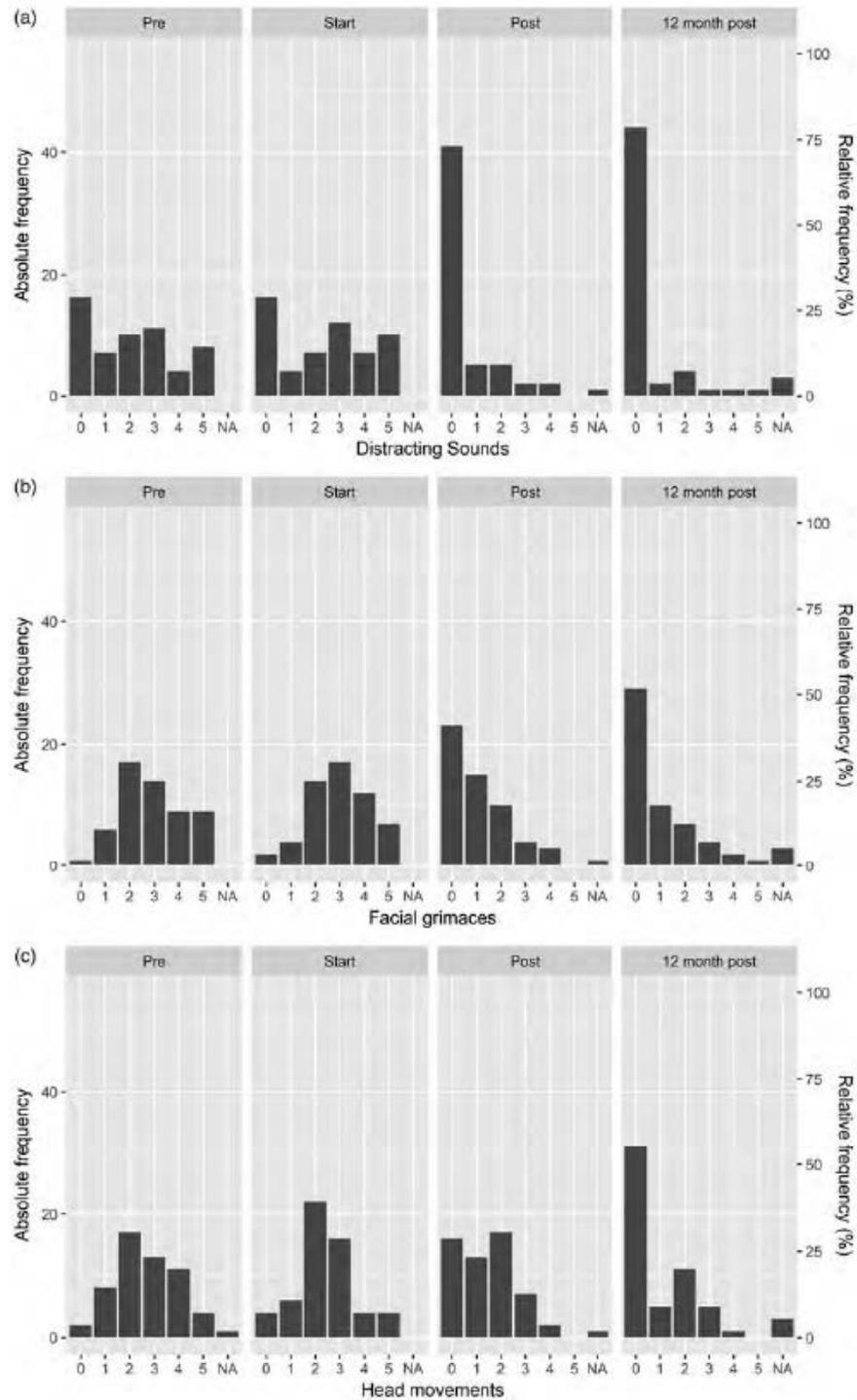


Figure 1. Development of the assessment of distracting sounds (a), facial grimaces (b), and head movements (c) for the interview, classified as 0 = normal to 5 = severe and painful-looking, and NA for missing value. The results presented as absolute (left, y-axis) and relative (right, y-axis) frequencies.

Sprechnatürlichkeit im Therapieverlauf (Keilmann et al. (2018) [2]

Entwicklung der Sekundärsymptomatik: Prosodie (a), Atmung (b) und Tonus (c)

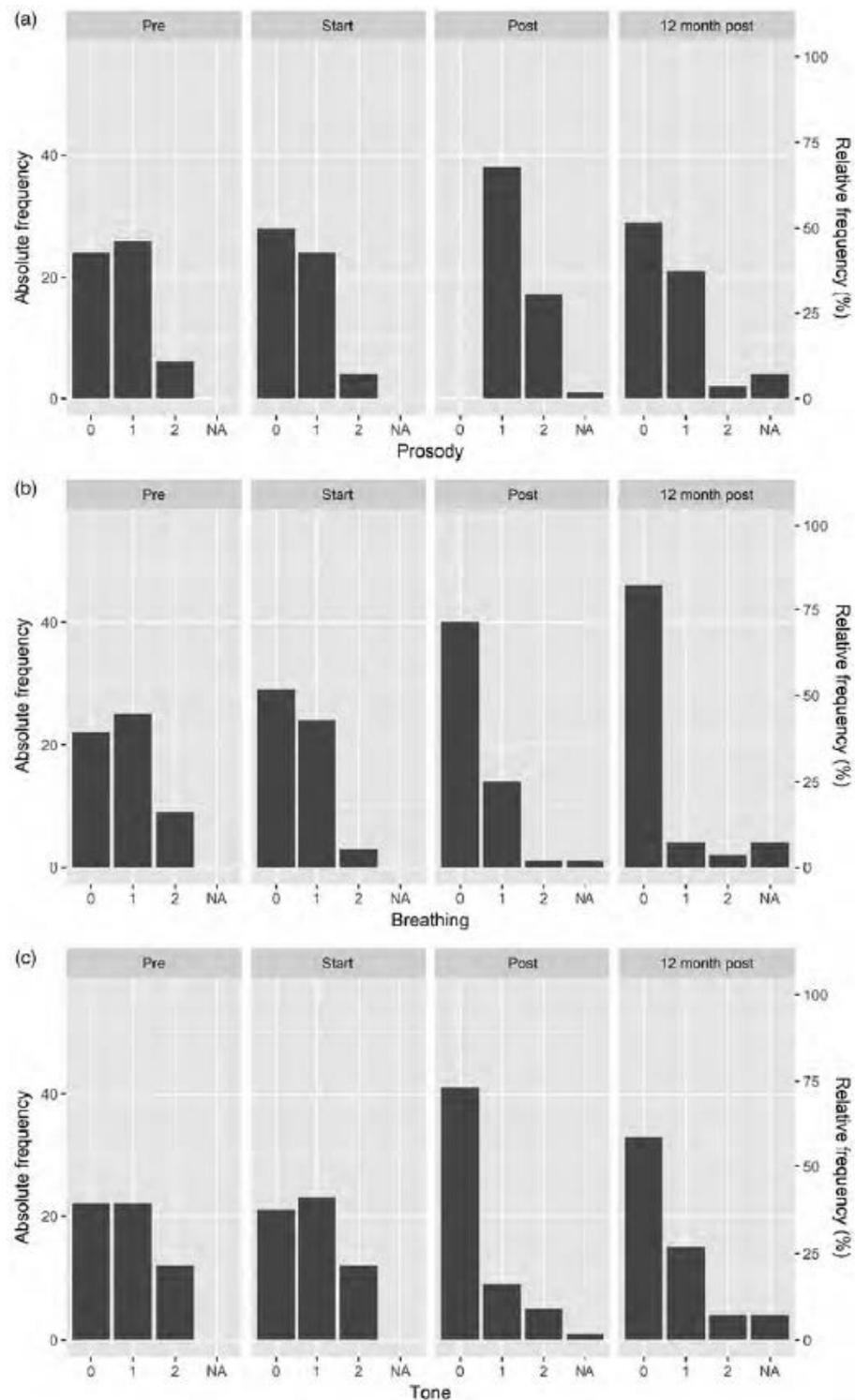


Figure 2. Development of the classification for prosody (a), breathing (b), and tonus (c) for all assessment time points separately for the interview, classified from 0 = normal to 2 = markedly deviant and NA for missing value. The results presented as absolute (left, y-axis) and relative (right, y-axis) frequencies.

Stellungnahme

Abteilung Fachberatung Medizin



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Intensivierte Stottertherapie

Auftrag / Anfrage von: AG Heilmittel-Richtlinie

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 30. August 2022

Letzte Aktualisierung: 30. August 2022

Dateiname: Intensivierte Stottertherapie_2022-08-30.docx

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	3
1 Sachverhalt	4
2 Methodisches Vorgehen.....	5
2.1 Konkretisierung der Fragestellung.....	5
2.2 Literaturrecherchen	5
2.3 Auswahl der Fundstellen	5
3 Ergebnisse.....	7
3.1 Evidenz zu vergleichenden Studien	7
3.2 Evidenz zu nicht-vergleichenden Studien.....	7
3.3 Darstellung intensivierter Stottertherapie im nicht-ambulanten Bereich	7
3.4 Mögliche Expertinnen und Experten	11
4 Zusammenfassung.....	14
Referenzen	15
Anhang	16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	PICO-Schema	5
Tabelle 2:	Ausschlusskriterien	6

Abkürzungsverzeichnis

AIS	American Institute for Stuttering
CAT	Communication Attitudes Test
DGPP	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HTA	Health Technology Assessment
ISCAA	Intensive Stuttering Clinic for Adolescents and Adults
LCB	Locus of Control of Behavior Scale
LL	Leitlinie
N	Anzahl
OASES	Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering
PSI	Perceptions of Stuttering Inventory
RCT	randomisierte kontrollierte Studie/n (randomized controlled trial/s)
SAD	Social Avoidance and Distress Scale
SLP	Speech-language-pathologist
SPAI	Social Phobia Anxiety Inventory
SR	Systematischer Review
SSI	Stuttering Severity Instrument for Children and Adults
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
VerfO	Verfahrensordnung

1 Sachverhalt

In ihrer Sitzung am 07.04.2022 hat die AG HeilM-RL die FBMed mit einer systematischen Literaturrecherche beauftragt, mit dem Ziel den Nutzen der intensivierten Sprechtherapie (Intensivtherapie) bei Redeflussstörungen(Stottern) im Vergleich zur derzeit in der HeilM-RL bestehenden extensiven Therapie bei Redeflussstörungen(Stottern) zu untersuchen.

Folgende Inhalte wurden für den Auftrag festgelegt:

- Internationale Studienrecherche (deutsch und englisch) nach vergleichenden Studien, sofern möglich randomisierte kontrollierte Studien
- Zeitraum 2012 – 2022, kann aber auch abhängig vom Ergebnis eingegrenzt oder ausgeweitet werden
- Keine Alterseingrenzung, sofern sinnvoll soll bei der Ergebnisdarstellung eine Alterstratifizierung (Kinder – Jugendliche – Erwachsene) erfolgen

Unter dem Begriff „Sprechtherapie“ versteht die AG folgende Therapieansätze, nach denen gesucht werden soll:

- Stottermodifikation und
- *fluency shaping*-Therapie
- sowie eine Kombination aus beiden Therapien

Wichtig für eine Auswertung ist, dass es sich um Studien handelt, die alleinig diese Ansätze untersuchen und nicht noch weitere Therapiemaßnahmen berücksichtigen.

Des Weiteren soll eine Gegenüberstellung bezüglich Einzeltherapie versus Gruppentherapie gemacht werden. Weitere Fragen, deren Beantwortung aus den Rechercheergebnissen hervorgehen sollen sind:

- Beschreibung der Therapiefrequenz (wieviel Stunden am Tag, Zeitraum der Intensivphase, Notwendige Anzahl der Wiederholungen der Intensivphase) – Für eine mögliche Umsetzung in der HeilM-RL bedarf es Angaben zu Dauer und Frequenz. Die Art ist durch die Festlegung auf „Sprechtherapie“ schon gegeben.
- Wie ist das Verhältnis der Komponenten Einzeltherapie vs. Gruppentherapie bei der Intensivtherapie. Sind einzeltherapeutische Sitzung weiterhin erforderlich?
- Darstellung des Nachbeobachtungszeitraums und Berücksichtigung des Nachbeobachtungszeitraums bei der Bewertung des Nutzens?

Ebenfalls im Zuge der Recherche sollen mögliche Expertinnen und Experten für eine weiterführende fachlich-wissenschaftliche Expertise, identifiziert werden.

Auftragsergänzung

Der Auftrag wurde in der Sitzung der AG HeilM RL am 09.06.2022– aufgrund fehlender Evidenz zu vergleichenden Studien – erweitert auf nicht-vergleichende Studien unter Berücksichtigung niedrigerer Evidenzstufen.

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Konkretisierung der Fragestellung

Für die Bearbeitung des Auftrages wurden für das PICO-Schema die Population (P) und die Intervention (I) bzw. die Kontrolle (C) konkretisiert. Bzgl. des Outcomes wurden keine Einschränkungen vorgenommen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: PICO-Schema

Population	Kinder, Jugendliche oder Erwachsene mit Redeflussstörung (Stottern)
Intervention / Kontrolle	Extensive versus intensivierete Sprechtherapie (Stottermodifikation, <i>fluency shaping</i> -Therapie oder Kombinationen aus beiden Therapien) in der ambulanten Umsetzung
Endpunkte	Keine Einschränkung
Studientypen	Vergleichende Studien (Evidenzlevel Ia, Ib, IIa, IIb, III laut VerFO § 11 (2) [2])

2.2 Literaturrecherchen

Es wurde eine systematische Literaturrecherche nach Leitlinien, darüber hinaus ohne weitere Einschränkungen auf Publikations- oder Studientyp zu zuvor genannter Fragestellung durchgeführt und nach PRISMA-S dokumentiert [A]. Die Recherchestrategie wurde vor der Ausführung anhand der PRESS-Checkliste begutachtet [B]. Folgende Datenbanken wurden ohne Sprachrestriktion dafür durchsucht: The Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)), MEDLINE (OVID), CINAHL (EBSCO). Die Recherche nach grauer Literatur umfasste eine gezielte, iterative Handsuche auf den Internetseiten von Leitlinienorganisationen und Fachgesellschaften. Ergänzend fand eine freie Internetsuche (<https://www.google.com/>) mit englischen und deutschen Suchbegriffen statt, unter Verwendung des privaten Modus. Der Suchzeitraum wurde auf die letzten 10 Jahre eingeschränkt und die Recherche am 22.04.2022 abgeschlossen. Mit Hilfe von EndNote wurden Dubletten identifiziert und entfernt. Die Recherche ergab insgesamt 1036 Referenzen.

Die Referenzlisten der im ersten Screening eingeschlossenen Referenzen wurden manuell gescreent, um zusätzliche Studien zu identifizieren.

Die detaillierte Darstellung der Recherchestrategie inkl. verwendeter Suchfilter sowie eine Angabe durchsuchter Leitlinienorganisationen und Fachgesellschaften ist am Ende der Stellungnahme aufgeführt.

2.3 Auswahl der Fundstellen

Die durch die Recherche ermittelten Treffer wurden einem zweistufigen Auswahlprozess (Screening) unterzogen. Im 1. Screening erfolgte eine Prüfung nach Titel und Abstract. Die hierbei eingeschlossenen 49 Treffer wurden im Volltext auf ihre Relevanz für die vorliegende Fragestellung geprüft (2.Screening). Insgesamt konnten keine Referenzen in die vorliegende Stellungnahme aufgenommen werden. In Tabelle 2 sind die im 1. und 2. Screening verwendeten Ausschlusskriterien dargestellt.

Tabelle 2: Ausschlusskriterien

Abkürzung	Bezeichnung	Präzisierung
a1	Population	z. B. andere Erkrankung
a2	Intervention / Komparator	z. B. keine Sprechtherapie, medikamentöse Therapie
a3	Methodik	z. B. keine vergleichende Untersuchung extensive versus intensivierete Sprechtherapie, Einzelfallstudien, Placebovergleich
a4	Nicht relevant (z. B. thematisch)	z. B. keine therapeutische Fragestellung (Ätiologie, Diagnostik, Epidemiologie), Gültigkeit der LL abgelaufen, Sprache, Dublette, Editorial, Abstract, Letter, Kommentar, andere Erkrankung
a5	Therapieform	Keine intensivierete Sprechtherapie, Teletherapie

Auftragsergänzung

Die Datenbank der vorliegenden Recherche wurde erneut gescreent, um nicht-vergleichende Studien zu identifizieren (Evidenzlevel IV und V gemäß VerFO §11 2 [2]). Dazu wurde das PICO-Schema reduziert auf Kinder, Jugendliche oder Erwachsene mit Redeflussstörung (Stottern), die eine intensivierete Sprechtherapie (Stottermodifikation, *fluency shaping*-Therapie oder Kombinationen aus beiden Therapien) in der ambulanten Umsetzung erhalten hatten.

Von 1036 Referenzen wurden 62 für das Volltextscreening eingeschlossen. Davon wurden insgesamt 5 Referenzen in die vorliegende Stellungnahme aufgenommen.

3 Ergebnisse

3.1 Evidenz zu vergleichenden Studien

Es wurden keine auftragsrelevanten Publikationen gefunden, in denen eine extensive gegen eine intensivierete Sprechtherapie (Stottermodifikation, *fluency shaping*-Therapie oder Kombinationen aus beiden Therapien) verglichen wurde und in denen die Stottertherapie im nicht-stationären Kontext durchgeführt wurde.

3.2 Evidenz zu nicht-vergleichenden Studien

Bei erneuter Durchsicht der Datenbank nach Studien niedriger Evidenzstufe zur intensivierten Stottertherapie zeigte sich, dass in den publizierten Arbeiten die intensivierte Therapie ausschließlich im klinischen Kontext („clinic“, „residential“) durchgeführt wird. Es fanden sich keine Publikationen, in denen eine intensivierte Stottertherapie ambulant durchgeführt wurde.

3.3 Darstellung intensivierter Stottertherapie im nicht-ambulanten Bereich

Insgesamt werden im Folgenden vier Arbeiten vorgestellt, in denen sich Angaben zur Umsetzung (Häufigkeit, Dauer, Bestandteile) einer intensivierten Therapie finden. Die Konzepte des ‚American Institute for Stuttering‘ (AIS) [5], der ‚Intensive Stuttering Clinic for Adolescents and Adults‘ (ISCAA) [1,4] und des Stuttering Research Center der Süd-West Universität in Blagoewgrad / Bulgarien [3] werden kurz vorgestellt. Sie unterscheiden sich im Stundenumfang pro Tag bzw. pro Woche und im Gesamtstundenumfang. Die Programme sind als ein-, zwei- oder dreiwöchige Intensivtherapien konzipiert.

American Institute for Stuttering (AIS)

Pollard (2012) [5] stellt in seiner Arbeit mit dem Title ‚*A Preliminary Report on Outcomes of the American Institute for Stuttering Intensive Therapy Program*‘ das Programm des AIS vor.

Die Therapie wurde von Montags bis Freitags von 9:00 Uhr bis 16:00 Uhr in drei aufeinander folgenden Wochen umgesetzt. Jeden Tag bekamen die Teilnehmer zusätzlich Hausaufgaben mit. Ein zertifizierter Logopäde (*certified speech-language pathologist*) führte die Therapie mit Unterstützung von drei noch in Ausbildung befindlichen Logopäden (*three inters from local speech-language pathology graduate programs*) durch. Die intensivierte Therapie wurde in Kleingruppen (2 bis 3 Personen), in der Gesamtgruppe und in individuellen Einzelsitzungen durchgeführt. Zusätzlich wurden Aktivitäten innerhalb und außerhalb des Klinikumfeldes angeboten.

- In der ersten Therapiewoche tauschten sich die Teilnehmenden über ihre Ansichten zum Stottern aus, Stotter-situationen wurden identifizieren und die Teilnehmern angeleitet durch die Anwendung von Stottermodifikationstechniken die Situationen zu bewältigen (Desensibilisierungsverfahren).
- In der 2. Therapiewoche beinhaltete die Umstrukturierung der Sprache durch die Anwendung von Fluency Shaping-Prinzipien (mit Sprachatmung und Stimmlippentraining).
- Die 3. Therapiewoche zielte auf eine kontinuierliche Verfeinerung von stotternden Modifikations- und Geläufigkeitsformungstechniken sowie auf die Integration von Fähigkeiten und Einstellungen.

Insgesamt werden in dieser Arbeit die Ergebnisse von 5 Teilnehmern im Alter von 19 bis 63 Jahren vorgestellt, die zu Verhaltens-, affektiver / kognitiver und sozialer Angst in einem Pre-Post-Design befragt wurden. Lese- und Gesprächsproben von 300 Silben wurden in der Klinik aufgenommen. Folgenden Instrumente wurden eingesetzt:

- Stuttering Severity Instrument for Children and Adults Fourth Edition (SSI-4)
- Prozentanteil gestotterter Silben aus Lese- und Gesprächsproben
- Struggle subscale des Perceptions of Stuttering Inventory (PSI)
- Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES)
- Social Phobia Anxiety Inventory (SPAI) und
- State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
- Social Avoidance and Distress Scale (SAD)

Laut Pollard (2012) [5] nahm die Sprechunflüssigkeit bei den 5 Teilnehmer ab, obwohl die meisten weiterhin stotterten. 4 von 5 Teilnehmern fühlten sich nach der Intensivtherapie weniger durch das Stottern beeinträchtigt und berichteten über eine Reduktion ihrer sozialen Ängste.

Es finden sich keine Angaben zur Unterbringung. Ein Follow-up wurde nicht durchgeführt.

Intensive Stuttering Clinic for Adolescents and Adults der Bowling Green State University

Irani et al. (2012) [4] stellen in ihrer Publikation mit dem Titel *'The long term effectiveness of intensive stuttering therapy: a mixed methods study'* die intensivierete Stottertherapie vor, die seit 2003 an der Intensive Stuttering Clinic for Adolescents and Adults (ISCAA) der Bowling Green State University (BGSU) in Ohio angeboten wird.

Die Stottertherapie wird als ein 15-tägiges intensives Therapieprogramm jeweils im Sommer durchgeführt. Eingesetzt werden das Fluency Shaping und die Stottermodifikation sowie Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie.

Die Sitzungen umfassen 5 bis 7 Stunden täglich und werden sowohl in Form von Gruppentherapie als auch als Einzeltherapie mit einem Therapeuten-Teilnehmer-Verhältnis von 1:1 durchgeführt. Hierzu wird ein speziell in Redeflussstörungen ausgebildeter Therapeut von Doktoranden unterstützt, die von zertifizierten Logopäden (Speech-language-pathologist (SLP)) supervisiert werden.

Die Therapie umfasst vier unterschiedliche Phasen. Die Phasen können überlappen:

- Die erste Phase dient dazu, dass die Teilnehmer ein Bewusstsein für ihr Stotterverhalten entwickeln.
- Die zweite Phase soll zu einer Verringerung der Schwere ihres Stotterns führen.
- In der dritten Phase wurden den Teilnehmern Techniken des Fluency Shapings und der Stottermodifikation beigebracht.
- Die vierte Phase des Therapieprogramms zielte auf die Entwicklung eines individuellen Erhaltungsprogramms. Im Rahmen dieser 6-monatigen Erhaltungsphase konnten die Teilnehmer an Intensivworkshops teilnehmen, die an Wochenenden stattfanden. Die Erhaltungsphase konnte auch in Form regulärer extensiver Therapie oder als Videotherapie (seit dem Jahr 2008) weitergeführt werden.

In die Studie wurden 7 Teilnehmer im Alter von 22 bis 39 Jahren, die zwischen 2003 und 2009 das Programm durchlaufen haben, eingeschlossen. Folgende Instrumente wurden im Pre-Post-Vergleich eingesetzt:

- Locus of Control of Behavior Scale (LCB)
- Erickson S-24-Scale of Communication Attitudes (S-24)
- Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES)

- Prozentanteil gestotterter Silben aus Leseproben, Gesprächsproben, Telefonaten
- Stuttering Severity Instrument for Children and Adults Third Edition (SSI-3)
- Zusätzlich wurden halbstrukturierte Interviews mit allen Teilnehmern durchgeführt.

Laut Irani et al. (2012) [4] verbesserten sich bei diesen 7 Teilnehmern u. a. die Stotter schwere, die Sprechflüssigkeit und die Einstellung zum Stottern. Diese Effekte hielten auch nach Abschluss der Intensivtherapie länger an.

Es finden sich keine Angaben zur Unterbringung.

Intensive Stuttering Clinic for Adolescents and Adults (ISCAA) der Universität Toledo

In der Studie von DeBelly et al. (2018)[1] mit dem Titel ‚*Clinical Outcomes of the Intensive Stuttering Clinic for Adolescents and Adults*‘ wurden zwei Therapieschemata der Intensivierten Stottertherapie an der ISCAA der Universität Toledo / Ohio miteinander verglichen. Die intensivierete Stottertherapie wurde Jugendlichen als einwöchige oder zweiwöchige Therapie angeboten. Erwachsene konnten nur an der zweiwöchigen Therapie teilnehmen.

Die einwöchige Therapie umfasst 35 Stunden (5 Tage mit 7 Stunden pro Tag). Die zweiwöchige Therapie umfasst 70 Stunden (10 Tage mit 7 Stunden pro Tag). Die Sitzungen werden sowohl in Form von Gruppentherapie als auch als Einzeltherapie durchgeführt. Im Anschluss an die Intensivtherapie folgt in beiden Gruppen ein 6 monatiges Follow-up mit wöchentlicher ‚Telepractice‘.

Ein speziell in Redeflussstörungen ausgebildeter Therapeut wird von Doktoranden unterstützt, die von zertifizierten Logopäden (SLP) supervisiert werden.

Für beide Therapieformen (einwöchig oder zweiwöchig) werden die gleichen Therapieziele angegeben:

- a) Aufklären über das Stottern
- b) Positive Handlungsänderung
- c) Akzeptanz und Desensibilisierung
- d) Reduzierung der Stotter schwere und Verbesserung der Kommunikation durch Nutzung der Stottermodifikation.

Die Therapie umfasst 3 Phasen, die sich im Rahmen der Umsetzung überlappen können:

- In der ersten Phase lernen die Teilnehmer ihr Stottern zu verstehen und ihr stotterbezogenes Verhalten zu erkennen.
- In der zweiten Phase der Therapie werden physische Aspekte behandelt. Die Teilnehmer lernen unterschiedliche Möglichkeiten und Techniken kennen, die körperliche Spannung, die sich beim Stottern aufbaut, zu lösen.
- Die dritte Phase umfasst eine Fortführung der Therapie in Form eines individuellen Erhaltungsprogramms.

Insgesamt 14 Personen im Alter von 12 bis 43 Jahren wurden in die Studie eingeschlossen. Fünf Jugendliche nahmen an der einwöchigen Intensivtherapie teil. An der zweiwöchigen Intensivtherapie nahmen fünf Erwachsene und 4 Jugendliche teil.

Folgende Instrumente wurden im Pre-Post-Vergleich und nach einem Follow-up von 6 Monaten eingesetzt:

- Prozentanteil gestotterter Silben aus Leseproben und Gesprächsproben
- Stuttering Severity Instrument for Children and Adults Forth Edition (SSI-4)
- Die Erwachsenen wurden mit der Erickson S-24-Scale of Communication Attitudes (S-24) und dem Overall Assessment of the Speaker’s Experience of Stuttering (OASES) befragt.

- Die Jugendlichen erhielten die Version des OASES für Jugendliche und wurden mit dem Communication Attitudes Test CAT befragt.

Die Autoren DeBelly et al. (2018)[1] kommen auf Basis ihrer Ergebnisse zu dem Schluss, dass beide Therapieformen – einwöchig oder zweiwöchig – mit einer anschließenden 6-monatigen Erhaltungstherapie einen positiven Effekt auf die Teilnehmer hatten.

Stuttering Research Centre der Süd-West Universität Blagoewgrad / Bulgarien

An der Süd-West Universität wurde erstmals eine intensive Stottertherapie mit dem Non-Avoidance Ansatz nach van Riper in Form von Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt. Georgieva (2014) [3] untersuchte in ihrer Studie 15 Erwachsene (mittleres Alter 25,2 Jahre) mit Muttersprache Bulgarisch, die stottern.

Die Intensivtherapie umfasste 5 Therapietage mit jeweils 6 Stunden Einzel- oder Gruppentherapie. Die Therapie wurde von 10:00 Uhr bis 13:00 Uhr und von 14:00 Uhr bis 17:00 Uhr durchgeführt.

- Am 1. Tag wurden das Programm nach van Riper und die Ziele vorgestellt.
- Am 2. Tag wurde die Desensibilisierung geübt (Techniken zum Akzeptieren des Stotterns, Aushalten des Stotterns und freiwilliges Stottern).
- Am 3. Tag wurden Variationen geübt das Stottern zu modifizieren (Cancellation, Pull out, Vorbereitungsset).
- Am 4. Tag wurden die Techniken weiter zu einem flüssigen Sprechen mit Stottermodifikation in verschiedenen Sprechsituationen geübt.
- Am 5. Tag wurde unter der Supervision des Therapeuten der Transfer in Alltagssituationen geübt.

Im Anschluss an die Intensivtherapie schloss sich eine 9 monatige Stabilisierungsphase an, die jeden zweiten Samstag von 11:00 Uhr bis 16:00 in der Universität am Stuttering Research Center durchgeführt wurde. Follow-up Daten wurden nach 1,5 Jahren erhoben.

Vor und direkt nach der Intensivtherapie sowie monatlich nach der Intensivtherapie wurde über 9 Monate die Dauer der Sprechunflüssigkeit (duration of disfluencies) erhoben. Als weitere Instrumente wurden das ‚Stuttering Severity Instrument‘ (SSI), das ‚Stuttering Self-Rating of Reactions to Speech Situations‘ und das ‚Wright & Ayer Stuttering Self-rating Profile‘ eingesetzt.

Die Zahl der gestotterten Äußerungen nahm bei allen Teilnehmern nach der Intensivtherapie signifikant ab. Ebenso nahm die Dauer der Redeunflüssigkeit ab.

Laut Autorin kann der intensive Stottertherapie nach van Riper für erwachsene Stotterer mit Muttersprache Bulgarisch eingesetzt werden.

3.4 Mögliche Expertinnen und Experten

Im Rahmen der Recherche wurden folgende Ansprechpartnerinnen und -partner als mögliche Expertinnen und Experten für eine weiterführende fachlich-wissenschaftliche Expertise identifiziert¹:

Univ.-Prof. Dr. med. Katrin Neumann

- Kontext: **Kasseler Stottertherapie** und **Franka** (Kooperation: Uni Frankfurt und Team der Kasseler Stottertherapie)
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP): kooptiertes Mitglied (WHO)
- Leitlinienkoordination für das Update der S3-Leitlinie „Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen“ [AWMF Nr. 049-013]. Die Fertigstellung ist für den 30.07.2025 geplant.
URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/049-013.html> (Zugriff: 30.05.2022)
- Leitlinienkoordination für die S3-Leitlinie „Interdisziplinäre Leitlinie zur Therapie von Sprachentwicklungsstörungen“ [AWMF Nr. 049-015]. Die Fertigstellung ist für den 31.05.2022 geplant.
URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/049-015.html> (Zugriff: 30.05.2022)
- Vita siehe: URL: https://de.wikipedia.org/wiki/Katrin_Neumann (Zugriff: 30.05.2022)
- Publikationsliste siehe:
URL: <https://www.researchgate.net/profile/Katrin-Neumann-4/research> (Zugriff: 30.05.2022)
- Kontaktdaten:
Prof. Dr. Katrin Neumann
Direktorin der Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie
Universitätsklinikum Münster
Malmedyweg 13
48149 Münster
Telefon: +49 (0) 251 83-56859 | Fax: +49 (0) 251 83-56889
E-Mail: Katrin.Neumann@uni-muenster.de

Prof. Dr. med. Annerose Keilmann

- Kontext: **D.E.L.F.I.N. Therapie**
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP): Past Präsidentin
- Chefärztin, Klinik für Phoniatrie und phoniatische Rehabilitation, Stimmheilzentrum Bad Rappenau

¹ Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

- Wissenschaftliche und berufliche Qualifikation, Publikationen siehe:
URL: <https://www.kurbadrappenau.de/kliniken/stimmheilzentrum/chefaerztin-univ-prof-dr-med-annerose-keilmann/> (Zugriff: 30.05.2022)
- Kontaktdaten:
Prof. Dr. Annerose Keilmann
Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Fachärztin für Phoniatrie und
Pädaudiologie in Bad Rappenau
Salinenstraße 43
74906 Bad Rappenau
Telefon: +49 (0) 72 64 / 8 08 45 07 | Fax: +49 (0) 72 64 / 8 08 45 70
E-Mail: annerosekeilmann@stimmheilzentrum.de

Prof. Dr. rer. medic. Anke Kohmäscher²

- Kontext: **Intensiv-Modifikation Stottern**
- Projektleitung der Studie PMS KIDS (gefördert über den Innovationsfond)
Das Akronym steht für „Prospektive multizentrische Studie zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapie nach dem Stottermodifikationsansatz KIDS“
- Projektseite siehe:
URL: <https://www.fh-muenster.de/gesundheitsforschung/pms-kids.php> (Zugriff: 30.05.2022)
Vita und Publikationen siehe: URL: https://de.fh-muenster.de/gesundheitsforschung/wir/hauptamtlich.php?pld=10833&orga=12&mlist_id=6&plist_id=0 (Zugriff: 30.05.2022)
- Kontaktdaten:
Prof. Dr. Anke Kohmäscher
Fachbereich Gesundheit
Leonardo-Campus 8
48149 Münster
Telefon: +49 (0) 251 83-65837 | Fax: +49 (0) 251 83-65852
E-Mail: anke.kohmaescher@fh-muenster.de

Hartmut Zückner

- Kontext: **IMS Intensiv-Modifikation Stottern**
- Vita siehe:
URL: http://www.ims-stottertherapie.de/hartmut_zueckner.html (Zugriff: 30.05.2022)
- Publikationen siehe:
URL: <http://www.ims-stottertherapie.de/veroeffentlichungen.html> (Zugriff: 30.05.2022)

² Vormalis: Anke Alpermann

- Kontaktdaten:
Herr Harald Zückner
Trichtergasse 16
52062 Aachen
Telefon: +49 (0) 241 405385
E-Mail: hzueckner@gmx.de

Georg Thum

- Kontext: **Stärker als Stottern**
- Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik, Fakultät für Psychologie und Pädagogik, an der Ludwigs Maximilians Universität München
- Mitarbeit an der der S3-Leitlinie „Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen“ [AWMF Nr. 049-013]
Vita, Publikationen, Arbeitsschwerpunkte siehe: URL:
https://www.edu.lmu.de/shp/team/wissenschaftliche_mitarbeiter/thum/index.html
(Zugriff: 30.05.2022)
- Kontaktdaten:
Hr. Georg Thum
Ludwig-Maximilians-Universität München | Fakultät für Psychologie und Pädagogik
Institut für Präventions-, Integrations-und Rehabilitationsforschung
Leopoldstr. 13
80802 München
Telefon: +49 (0) 89 / 2180 – 5120 | Telefax: +49 (0) 89 / 2180 - 5031
E-Mail: georg.thum@edu.lmu.de

4 Zusammenfassung

Trotz umfangreicher systematischer Recherche wurden keine auftragsrelevanten Publikationen gefunden, in denen eine extensive gegen eine intensivierete Sprechtherapie (Stottermodifikation, *fluency shaping*-Therapie oder Kombinationen aus beiden Therapien) miteinander verglichen wurden, gefunden.

Über die erneute Durchsicht der Rechercheergebnisse nach Studien auf Ebene niedriger Evidenzstufen (IV und V gemäß VerFO) wurden keine auftragsrelevanten einarmigen Studien gefunden, in denen eine intensivierete Stottertherapie ambulant durchgeführt wurde.

Einige unterschiedliche Beispiele für die Umsetzung einer intensivierten Stottertherapie im nicht-ambulanten Bereich (clinic / residential) wurden in dieser Stellungnahme kurz dargestellt, um Informationen über die Dauer und Häufigkeit der Stottertherapie in einer intensivierten Form zu erhalten. Die Intensivtherapie wurde jeweils ganztägig über eine, zwei oder drei Wochen umgesetzt. Es finden sich keine Angaben zur Unterbringung. Im Anschluss an die Intensivtherapie wurde bei den ISCAA Programmen eine 6-monatige Erhaltungstherapie durchgeführt. Eine 9-monatige Stabilisierungsphase und ein Follow-up von 1,5 Jahren nach der Intensivtherapie wurden in der Studie aus Bulgarien berichtet.

Diese Beispiele könnten als Ausgangspunkt für die Entwicklung von Fragen an mögliche Expertinnen und Experten dienen.

Referenzen

1. **DeBelly L, Gabel R, Irani F.** Clinical outcomes of the intensive stuttering clinic for adolescents and adults. perspectives of the ASHA Special Interest Groups Perspectives of the ASHA Special Interest Groups 2018;3(4):17-29.
2. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Verfahrensverordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses; zuletzt geändert durch den Beschluss vom 19. Mai 2022 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2022. [Zugriff: 30.08.2022]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2905/VerfO_2022-05-19_iK_2022-08-17.pdf.
3. **Georgieva D.** Intensive non-avoidance group therapy with stutterer adults: preliminary results. Cudas 2014;26(2):122-130.
4. **Irani F, Gabel R, Daniels D, Hughes S.** The long term effectiveness of intensive stuttering therapy: a mixed methods study. Journal of Fluency Disorders 2012;37(3):164-178.
5. **Pollard R.** A preliminary report on outcomes of the American Institute for Stuttering intensive therapy program. Perspectives on Fluency & Fluency Disorders 2012;22(1):5-15.

-
- [A] **Rethlefsen M, Kirtley S, Waffenschmidt S, Aula AP, Moher D, Page MJ,** et al. PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. BMC 2021; 10:39. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z>.
- [B] **McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C.** PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. J Clin Epidemiol 2016; 75:40-6. [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(16\)00058-5/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(16)00058-5/fulltext).

Anhang

Recherchestrategie

Cochrane Library - Cochrane Database of Systematic Reviews / Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (Issue 04 of 12, April 2022) am 21.04.2022

#	Suchfrage
#1	MeSH descriptor: [Stuttering] explode all trees
#2	MeSH descriptor: [Speech Therapy] explode all trees
#3	#1 AND #2
#4	(stutter* OR stammer* OR (fluen* NEAR/2 (disorder* OR disturb* OR impair*)) OR ((disfluen* OR dysfluen* OR nonfluen*) NEAR/2 (speech* OR speak* OR language))):ti,ab,kw
#5	(treat* OR therap* OR program* OR intervention*):ti,ab,kw
#6	#4 AND #5
#7	(modification OR intensiv* OR intensit*):ti,ab,kw NEAR/1 (stutter* OR speech OR language):ti,ab,kw
#8	(van NEXT Riper*):ti,ab,kw
#9	"Non Avoidance":ti,ab,kw
#10	"Fluency Shaping":ti,ab,kw OR (speech NEXT restructur*):ti,ab,kw
#11	(Camperdown NEAR/1 Program*):ti,ab,kw
#12	#3 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11
#13	#12 with Cochrane Library publication date from Jan 2012 to present, in Cochrane Reviews
#14	#12 NOT (ctgov OR ictrp):an
#15	#14 with Publication Year from 2012 to present, in Trials

Medline ALL (OVID) 1946 to Apr 19, 2022 am 20.04.2022

#	Suchfrage
1	exp Stuttering/
2	exp Speech Therapy/
3	1 and 2
4	(stutter* or stammer* or (fluen* adj3 (disorder* or disturb* or impair*)) or ((disfluen* or dysfluen* or nonfluen*) adj3 (speech* or speak* or language))).ti,ab,kf.
5	(treat* or therap* or program* or intervention*).ti,ab,kf.
6	4 adj5 5
7	((modification or intensiv* or intensit*) adj2 (stutter* or speech or language)).ti,ab,kf.

#	Suchfrage
8	van Riper*.ti,ab,kf.
9	Non Avoidance.ti,ab,kf.
10	(Fluency Shaping or speech restructur*).ti,ab,kf.
11	(Camperdown adj2 Program*).ti,ab.
12	3 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11
13	exp Speech Disorders/
14	(speech adj2 (disorder* or disease*)).ti,ab,kf.
15	13 or 4 or 14
16	limit 15 to (consensus development conference or consensus development conference, nih or guideline or practice guideline)
17	15 and (guideline* or recommendation*).ti.
18	16 or 17
19	limit 18 to yr="2012 -Current"
20	limit 12 to yr="2012 -Current"
21	20 not 19

CINAHL (EBSCO) am 21.04.2022

#	Suchfrage
1	(MH "Fluency Disorders+")
2	(MH "speech therapy+")
3	S1 AND S2
4	TI ((stutter* OR stammer* OR (fluen* N2 (disorder* OR disturb* OR impair*)) OR ((disfluen* OR dysfluen* OR nonfluen*) N2 (speech* OR speak* OR language))))
5	AB ((stutter* OR stammer* OR (fluen* N2 (disorder* OR disturb* OR impair*)) OR ((disfluen* OR dysfluen* OR nonfluen*) N2 (speech* OR speak* OR language))))
6	TI (treat* OR therap* OR program* OR intervention*) OR AB (treat* OR therap* OR program* OR intervention*)
7	(S4 OR S5) N4 S6
8	TI ((modification OR intensiv* OR intensit*) N1 (stutter* OR speech OR language)) OR AB ((modification OR intensiv* OR intensit*) N1 (stutter* OR speech OR language))
9	TI ("van Riper*") OR AB ("van Riper*")
10	TI ("Non Avoidance") OR AB ("Non Avoidance")
11	TI ("Fluency Shaping" OR ("speech restructur*")) OR AB ("Fluency Shaping" OR ("speech restructur*"))

#	Suchfrage
12	TI (Camperdown N1 Program*) OR AB (Camperdown N1 Program*)
13	S3 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12
14	DT 2012-2022
15	S13 AND S14
16	S15 Limiters - Exclude MEDLINE records

Iterative Handsuche nach grauer Literatur, abgeschlossen am 22.04.2022

- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)
- Medizinischer Dienst Bund
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL)
- Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN)
- World Health Organization (WHO)

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Dynamed / EBSCO
- ECRI Guidelines Trust (ECRI)
- Guidelines International Network (GIN)
- GuidelineCentral
- Trip Medical Database

Auszug Verfahrensordnung des G-BA [2]

§ 11 Klassifizierung und Bewertung von Unterlagen

(...)

(1) Folgende Unterlagen und Nachweise sind nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin grundsätzlich in die Ermittlung des aktuellen Standes der medizinischen Erkenntnisse einzubeziehen und auszuwerten:

(...)

2. für die Bewertung therapeutischer Methoden als Unterlagen und Nachweise der Evidenzstufe

- a) I a systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b,
- b) I b randomisierte klinische Studien,
- c) II a systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b,
- d) II b prospektive vergleichende Kohortenstudien,
- e) III retrospektive vergleichende Studien,
- f) IV Fallserien und andere nicht vergleichende Studien,
- g) V Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen.

Stellungnahme

Abteilung Fachberatung Medizin



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Literatur aus der Expertenbefragung zur Therapie von Redeflussstörungen in Form intensivierter Therapie oder Intensivtherapie

Auftrag / Anfrage von: AG HeilM-RL (Abteilung MVL)

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 3. Juli 2023

Letzte Aktualisierung: 3. Juli 2023

Dateiname: STN_Literatur_Expertenbefragung_2023-07-03

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	2
1 Sachverhalt	3
2 Methodisches Vorgehen.....	4
2.1 Identifikation der zu überprüfenden Referenzen.....	4
2.2 Auswahl der Fundstellen	4
3 Ergebnisse.....	6
4 Fazit.....	6

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausschlussgründe	5
--------------------------------------	---

1 Sachverhalt

In der Sitzung am 20.04.2023 tauschte sich die AG HeilM-RL erstmalig zu den Antworten von der zur Expertenbefragung ausgewählten Frau Prof. Neumann als Koordinatorin der S3-Leitlinie „Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen“ aus. In der AG besteht Konsens darüber, dass es für weiterführende Beratungen zur Thematik ergänzende Informationen über die von der Expertin dargelegten Literatur bedarf.

Die AG HeilM-RL beauftragt die Fachberatung Medizin (FBMed) mit einer Prüfung der von Frau Prof. Neumann angegebenen Literatur daraufhin, ob in den Literaturverweisen weitere, über die Rechercheergebnisse der FBMed hinausgehende relevante Studien identifiziert werden können. Siehe dazu folgende Stellungnahmen der FBMed:

- Intensiv- und Intervalltherapie im Rahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (24.01.2020)
- Intervall- und Intensivtherapien zur Behandlung von Redeflussstörungen: Darstellung formaler und inhaltlicher Aspekte (22.06.2020)
- Darstellung ausgewählter Angebote mit Intervall- und Intensivtherapie zur Behandlung von Redeflussstörungen (07.06.2021)
- Intensivierte Stottertherapie (30.08.2022)

Von Interesse sind allein wissenschaftliche Studien mit einem Erkenntnisgewinn für die AG. Für den Auftrag unberücksichtigt bleiben sollen von Frau Neumann aufgeführte Flyer, Broschüren und anderweitige nicht-wissenschaftliche Informationsquellen sowie bereits von der FBMed ausgewertete Studien. (Anmerkung: Angaben zur Lidcombe Therapie, ergänzenden Therapieangebote und Studien und Angebote zum stationären Setting werden nicht berücksichtigt).

Zur Auswertung der gefundenen Literatur hat sich die AG HeilM-RL auf folgende Fragen verständigt, die von der FBMed soweit möglich berücksichtigt werden sollen.

Dabei sollen nur zusätzliche, bisher durch die Recherchen der FBMed noch nicht identifizierte Studien, berücksichtigt werden:

- Sofern es sich bei den vorliegenden Literaturverweisen um Studien handelt, welcher Studientyp liegt jeweils vor (Studiendesign, Stichprobengröße, Setting)?
- Sind in diesen zusätzlich vorliegenden Studien Hinweise enthalten, aus denen abgeleitet werden kann, dass eine **intensivierte Sprechtherapie** (Behandlung über mindestens 3-5 Tage, Therapiedauer mindestens 90 Minuten täglich) bei der Indikation Stottern gleichwertig oder wirksamer ist als eine **extensive Sprechtherapie** (Behandlung 1-3x pro Woche, Therapiedauer 45 bis maximal 90 Minuten täglich)?

2 Methodisches Vorgehen

Im Folgenden finden sich das Vorgehen bzgl. der Identifikation der zu überprüfenden Referenzen und die Auswahl der Fundstellen.

2.1 Identifikation der zu überprüfenden Referenzen

Vollständige Zitate wurden in der Expertenbefragung identifiziert, nach Typ klassifiziert und ggf. extrahiert. Unvollständige Zitate, hier in der Regel parenthetisch angegeben, konnten nicht berücksichtigt werden. Hinweise aus der gesamten Referenzliste der S3-Leitlinie wurden auch nicht berücksichtigt. Die vollständigen Zitate wurden in folgende Kategorien klassifiziert:

- Zitat mit Anlage (n = 25),
- Zitate aus der Liste von evidenzbildender Literatur (n = 32),
- sonstige vollständige Zitate im Fließtext (n = 4).

Zwischen den Zitaten mit Anlagen und Zitaten aus der Liste von evidenzbildender Literatur gab es eine Überschneidung von 14 Zitaten. Insgesamt wurden 47 Zitate extrahiert.

Die einzelnen extrahierten Zitate wurden in einer EndNote Datenbank als Referenzen aufgenommen. Diese 47 Referenzen wurden mit den gescreeenten Referenzen der unten genannten vorherigen Stellungnahmen zu unterschiedlichen Aspekten von der intensivierten Sprechtherapie verglichen:

- Intervall- und Intensivtherapien zur Behandlung bei Aphasie: Darstellung formaler und inhaltlicher Aspekte vom 21. Juli 2021
- Intervall- und Intensivtherapien zur Behandlung bei Morbus Parkinson: Darstellung formaler und inhaltlicher Aspekte vom 20. Oktober 2021
- Darstellung ausgewählter Angebote mit Intervall- und Intensivtherapie zur Behandlung von Redeflussstörungen vom 7. Juni 2021
- Intervall- und Intensivtherapien zur Behandlung von Redeflussstörungen: Darstellung formaler und inhaltlicher Aspekte vom 22. Juni 2020
- Intensiv- und Intervalltherapie im Rahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie vom 24. Januar 2020

Insgesamt waren 17 der 47 Referenzen bisher noch nicht identifiziert und bewertet worden.

2.2 Auswahl der Fundstellen

Alle 47 Referenzen wurden einem zweistufigen Auswahlprozess (Screening) unterzogen. Im 1. Screening erfolgte eine Prüfung nach Titel und Abstract. Die hierbei eingeschlossenen 3 Treffer wurden im Volltext auf ihre Relevanz für die vorliegende Fragestellung geprüft (2.Screening). Insgesamt konnte keine Referenz in die vorliegende Stellungnahme aufgenommen werden. In Tabelle 1 sind die im 1. und 2. Screening verwendeten Ausschlusskriterien dargestellt.

Tabelle 1: Ausschlussgründe

Abk.	Bezeichnung	Präzisierung abhängig von PICO bzw. vom Auftrag
A1	Population	Population mit zutreffender Erkrankung aber spezifischen abweichenden Eigenschaften
A2	Intervention/Kontrolle	Keine intensivierete Stottertherapie
A3	Methodik	LL oder systematischer Review mit methodischen Mängeln, z. B. <ul style="list-style-type: none"> • keine systematische Suche • keine Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien fehlende Verknüpfung zwischen LL und zugrundeliegender Evidenz
A4	Andere Gründe (K.O. Kriterien)	Nicht auftragsrelevant <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungskontext nicht übertragbar • Abweichende Fragestellung (Ätiologie, Diagnostik, Epidemiologie) Formale Kriterien <ul style="list-style-type: none"> • veraltete Version, Dublette, VT nicht beschaffbar, Konsultationsfassungen von LL, Sprache (zurückgestellt) Publikationstyp <ul style="list-style-type: none"> • Letter, Abstract, Poster, Comment, Volltext nicht verfügbar Abweichendes Studiendesign Tierstudie, präklinische Studie, ggf gesundheitsökonomische Evaluation, Dosis-Findungsstudie, Primärstudie, Einzelfallbericht
A5	Therapieform	Stationäres Angebot

3 Ergebnisse

Über die Prüfung der von Frau Prof. Neumann angegebenen Literaturstellen wurde keine weitere, über die Rechercheergebnisse der FBMed hinausgehende, relevante Studie identifiziert.

4 Fazit

Aufgrund der mangelnden Studienlage konnten die von der AG HeilM-RL adressierten Fragen nicht beantwortet werden.

Fragebogen

Stand: 11.04.2023

Einholung von Expertise zum Thema: Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierete Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt in seiner Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) auch die Therapie von Redeflussstörungen (Stottern). Eine konkrete Zuordnung von Heilmitteln zu Indikationen finden sich im zweiten Teil der HeilM-RL, dem Heilmittelkatalog.

Zur Therapie des Stotterns sieht der Heilmittelkatalog unter der Diagnosegruppe RE1 eine extensive ambulante Sprechtherapie vor. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt hat die Möglichkeit, eine Einzeltherapie mit einer Behandlungszeit je Therapieeinheit von 30, 45 oder 60 Minuten oder eine Gruppentherapie von 45 oder 90 Minuten zu verordnen. Als Therapiefrequenz wird eine Behandlung von ein- bis dreimal wöchentlich empfohlen. Sofern medizinisch erforderlich besteht jedoch die Möglichkeit, von der Frequenzempfehlung des Heilmittelkatalogs abzuweichen. Des Weiteren kann in begründeten Fällen eine sogenannte „Doppelbehandlung“ verordnet werden. Durch diese Öffnungen besteht derzeit die Möglichkeit einer Behandlungszeit je Tag von bis zu 120 Minuten als Einzeltherapie oder einer Behandlungszeit von bis zu 180 Minuten als Gruppentherapie. Es besteht auch die Möglichkeit, Einzel- und Gruppentherapie zu kombinieren, jedoch nicht im Rahmen einer Doppelbehandlung. Der Heilmittelkatalog sieht eine orientierende Behandlungsmenge von bis zu 50 Therapieeinheiten vor, die alleinig als Einzel- oder Gruppentherapie verordnet werden können. Sofern die vorgegebene Behandlungsmenge von 50 Therapieeinheiten nicht ausreicht, können bei medizinisch begründetem Bedarf weitere Therapieeinheiten verordnet werden.

Eine ambulante Heilmittelerbringung gemäß HeilM-RL beinhaltet die Therapie in der Praxis einer Therapeutin bzw. eines Therapeuten oder die Behandlung in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch. Ambulante Sprechtherapie umfasst auch die Möglichkeit, diese als telemedizinische Leistung im Wege einer Onlinebehandlung per Videoübertragung in Echtzeit zu erbringen.

Davon unabhängig existieren verschiedene multimodale Therapiekonzepte, bei denen die Behandlung des Stotterns in Form sogenannter „Intensivtherapien“ erfolgt. Diese Angebote werden zumeist nicht ausschließlich ambulant erbracht und beinhalten neben Sprechtherapie teilweise wei-

Fragebogen

tere therapeutische Maßnahmen, die auch durch weitere Berufsgruppen, wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, erbracht werden. Diese multimodalen Therapieformen sind von der ambulanten Sprechtherapie nach HeilM-RL des G-BA nicht umfasst.

Mit Beschluss vom 17. Februar 2022 hat der G-BA ein Beratungsverfahren zur Überprüfung der HeilM-RL hinsichtlich einer „intensivierten Sprechtherapie“ bei der Indikation Stottern eingeleitet. Die oben aufgeführten, nicht von der HeilM-RL umfassten multimodalen Therapiekonzepte sind nicht Gegenstand der aktuellen Beratungen.

Angesichts fehlender Erkenntnisse zu einer „intensivierten Sprechtherapie“ bei der Indikation Stottern in ausschließlich ambulantem Setting hat der G-BA systematische Literaturrecherchen hierzu durchgeführt. Wesentlich für den Rechercheauftrag war, dass es sich um Studien handelt, die alleinig Sprechtherapie untersuchen und nicht noch weitere Therapiemaßnahmen (wie z.B. Verhaltenstherapie oder Physiotherapie) beinhalten.

Im Ergebnis führten die Recherchen zu keinem ausreichenden Erkenntnisgewinn, sodass keine Aussage zur Gleichwertigkeit oder Überlegenheit einer intensivierten gegenüber einer extensiven Sprechtherapie getroffen werden konnte. Darüber hinaus konnten keine Informationen zu einer möglichen Umsetzung einer „intensivierten Sprechtherapie“ in ausschließlich ambulantem Rahmen gefunden werden.

Um weitere Erkenntnisse, auch hinsichtlich möglicher Komponenten einer „intensivierten Sprechtherapie“ im ambulanten Versorgungskontext, zu gewinnen, möchten wir uns mit nachfolgenden Fragen an Sie als Koordinatorin der S3-Leitlinie „Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Refluxstörungen“ wenden. Für den G-BA ist dabei eine Abgrenzung zu oben genannten zumeist stationär erbrachten „Intensivtherapien“ wesentlich.

Frage	Antwort
<p>1. Eine verbindliche, anerkannte Definition einer „Intensivtherapie“ bzw. einer „intensivierten Sprechtherapie“ bei der Indikation Stottern gibt es auch nach eingehender Recherche nach Kenntnis des G-BA nicht.</p> <p>a) Existiert nach Ihrem Kenntnisstand eine in der Fachwelt anerkannte Definition für eine „Intensivtherapie“ bei der Indikation Stottern?</p> <p>b) Gibt es eine in der Fachwelt anerkannte Konzeption für eine</p>	<p>a) Es gibt zwar keine anerkannte Definition für eine Intensivtherapie, landläufig, und so auch in der durch Studien validierten Stottertherapie, gelten aber Therapien, die über mindestens 4-5 Tage mindestens 6 Stunden täglich stattfinden, zumeist in einem stationären oder teilstationären/tagesklinischen, aber auch in einem ambulanten Setting, als intensiv. Abhängig von der Altersgruppe sind bei Kindern eher 5-10 Tage, bei Jugendlichen und Erwachsenen 10-14 Tage sinnvoll.</p> <p>Behandlungen, die drei- bis fünfmal wöchentlich über mindestens 90</p>

Frage	Antwort
<p>„intensivierte Sprechtherapie“ bei der Indikation Stottern?</p>	<p>Minuten pro Behandlungstag durchgeführt werden, könnte man als intensiviert bezeichnen. Eine Doppel-Therapieeinheit von 90 Minuten ein- bis zweimal wöchentlich, wie in der sprachtherapeutischen Praxis häufig durchgeführt, würde demnach nicht als intensiv oder intensiviert gelten. Für die eingeschränkte Wirksamkeit Letzterer gibt es auch wissenschaftliche Belege für Deutschland (Euler et al. 2014).</p> <p>b)</p> <p>Es gibt mehrere Konzepte intensivierter Sprech-(hier Stotter-)Therapien, die international anerkannt sind. Dazu gehören:</p> <p><u>Globale Sprechrestrukturierungs- oder Fluency Shaping-Therapien (verändern die gesamte Sprechweise)</u>, die traditionell mit einem zwei- bis dreiwöchigen Intensivkurs (bei jüngeren Kindern von 3-9 Jahren einwöchig, mit Eltern) beginnen, eine Erhaltungsphase einschließen und ein strukturiertes Nachsorgeprogramm. Diese sind international am besten validiert und für Deutschland als Kasseler Stottertherapie ebenfalls bestens validiert und spielen in systematischen Reviews und Metaanalysen die dominierende Rolle (international z. B.: Andrews et al. 1980, Blomgren 2010, Boberg & Kully 1994, Bothe et al. 2006, Brignell et al. 2020, Georvieva & Stoilova 2018, Howie et al. 1981, Kuhr & Rustin 1985, Webster 1974; für Deutschland: Euler 2016, Euler et al. 2009, 2014, 2016; Euler & Wolff von Gudenberg 2000, 2001, Wolff von Gudenberg et al. 2006 (behaviorales Outcome); Giraud et al. 2008, Kell et al. 2009, 2018, Neumann et al. 2003, 2005, 2018 (zerebrale Therapieeffekte); Neumann et al. 2016, 2017a,b (S3-Leitlinie)</p> <p><u>Lokale Sprechrestrukturierungs- oder Stottermodifikationstherapien (verändern nur das Stotterereignis)</u>: Diese Therapie wird in der Regel</p>

Frage	Antwort
	<p>nicht intensiviert durchgeführt, sondern ca. einmal wöchentlich (Sandrieser & Schneider 2015) – so auch in einer neuen, vom G-BA-Innovationsfonds „Neue Versorgungsformen“ geförderten Studie zu PMS KIDS im Schulalter (https://www.fh-muenster.de/gesundheitsforschung/pms-kids.php), die mindestens einmal wöchentlich 45 min umfasst (Schneider & Kohmäscher 2022). Ein intensiviertes Vorgehen gibt es aber in Deutschland in der VIERMA-FÜNF Therapie, einer als intensive Intervalltherapie bezeichnete Intervention (Axt 2015, Starke 2020)</p> <p><u>Kombinationen aus beiden zuvor genannten Verfahren:</u> Sie werden in der Bonner Stottertherapie (Prüß & Richardt 2014, 2015), in Stärker als Stottern (Thum 2019, Thum & Hiederer 2023, Thum & Mayer 2014) und der D.E.L.P.H.I.N.-Therapie (Keilmann et al. 2018, Schütz 2015) sowie in stationären Sprachtherapien angeboten, die Sprachtherapien mit weiteren, nichtsprachlichen Therapien mischen (für die bezüglich des Stotterns keine Wirksamkeitsevidenz besteht)</p> <p><u>Elternzentrierte Therapien im Kleinkind- und Vorschulalter</u> wie das <u>Lidcombe-Programm</u> (z. B. Lattermann et al. 2008) und die <u>DCM-Restart-Therapie</u> (z. B. de Sonnevile-Koedoot et al. 2015; für einen Überblick s. systematischer Review & Metaanalyse von Brignell et al. (2021), nähere Beschreibung in Neumann et al. (2016, 2017a,b, S3-Leitlinie); sie beinhalten zwar eine tägliche Intervention (z. B. in Phase 1 des Lidcombe-Programms das tägliche Herstellen einer strukturierten Spielsituation mit dem Kind, in dem das Elternteil/die Bezugsperson eine ruhige Sprechweise auf einfachem linguistischen Niveau anwendet, das Kind für flüssiges Sprechen belobt und sanft und korrigierend auf Stottermomente hinweist), dies aber durch die Eltern/Bezugspersonen eines Kindes und nicht durch Therapeut*innen.</p>



Frage	Antwort
	<p><u>Sommercamps und Intensiv-(Ferien-)Kurse</u> (z. B. Rosenberger et al. 2007, Thum 2019, Thum & Hiederer 2023)</p> <p><u>Evidenzbildende Literatur:</u></p> <p>Andrews G, Guitar B, Howie P. Meta-analysis of the effects of stuttering treatment. J Speech Hear Disord. 1980 Aug;45(3):287-307. doi: 10.1044/jshd.4503.287.</p> <p>Axt J. Evaluierung der VIERMALFÜNF Intensiven Intervall Therapie Stottern. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Slavistik und Sprechwissenschaft. 2015</p> <p>Blomgren M. Behavioral treatments for children and adults who stutter: a review. Psychol Res Behav Manag 2013 Jun 10;6:9-19.</p> <p>Boberg E, Kully D. Long-term results of an intensive treatment program for adults and adolescents who stutter. J Speech Hear Res. 1994 Oct;37(5):1050-9. doi: 10.1044/jshr.3705.1050.</p> <p>Bothe AK, Davidow JH, Bramlett RE, Ingham RJ. Stuttering treatment research 1970-2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches. Am J Speech Lang Pathol. 2006 Nov;15(4):321-41. doi: 10.1044/1058-0360(2006/031).</p> <p>Brignell A, Krahe M, Downes M, Kefalianos E, Reilly S, Morgan AT. A systematic review of interventions for adults who stutter. J Fluency Disord. 2020 Jun;64:105766. doi: 10.1016/j.jfludis.2020.105766.</p>

Fragebogen



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Frage	Antwort
	<p>Brignell A, Krahe M, Downes M, Kefalianos E, Reilly S, Morgan A. Interventions for children and adolescents who stutter: A systematic review, meta-analysis, and evidence map. <i>J Fluency Disord.</i> 2021 Dec;70:105843. doi: 10.1016/j.jfludis.2021.105843.</p> <p>de Sonnevile-Koedoot C, Stolk E, Rietveld T, Franken MC. Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial. <i>PLoS One.</i> 2015 Jul 28;10(7):e0133758. doi: 10.1371/journal.pone.0133758.</p> <p>Euler HA. Die Wirkung teletherapeutischer im Vergleich zu herkömmlicher Stotterbehandlung. Interner Forschungsbericht. 2016; Kassel: Parlo Institut.</p> <p>Euler HA, Anders C, Merkel A, Wolff von Gudenberg A. Kann eine methodenintegrierende globale Sprechrestrukturierung negative Emotionen mindern? <i>Logos</i> 2016;24(2):84-94.</p> <p>Euler HA, Gudenberg AW, Jung K, Neumann K. Computergestützte Therapie bei Redeflussstörungen: Die langfristige Wirksamkeit der Kasseler Stottertherapie (KST). <i>Sprache Stimme Gehör</i> 2009 Dec;33:193-202.</p> <p>Euler HA, Lange BP, Schroeder S, Neumann K. The effectiveness of stuttering treatments in Germany. <i>J Fluency Disord</i> 2014 Mar 31;39:1-1.</p> <p>Euler HA, Merkel A, Hente K, Neef N, Wolff von Gudenberg A, Neumann K. Speech restructuring group treatment for 6-to-9-year-old children who stutter: A therapeutic trial. <i>J Commun Disord.</i> 2021 Jan-Feb; 89:106073. doi: 10.1016/j.jcomdis.2020.106073.</p>

Fragebogen

Frage	Antwort
	<p>Euler HA, Wolff von Gudenberg AW. Die Kasseler Stottertherapie (KST). Ergebnisse einer computer-gestützten Biofeedbacktherapie für Erwachsene. Sprache Stimme Gehör 2000 Jun;24(02):71-9.</p> <p>Euler HA, Wolff von Gudenberg A. The Kassel Stuttering Therapy: Do follow-up compliance incentives help maintain fluency shaping treatment effects? Paper presented at the XIIth Congress of the Union of European Phoniatrians, Frankfurt/Main 2001 Sept: 27-30.</p> <p>Georgieva D, Stoilova R. A clinical training model for students: intensive treatment of stuttering using prolonged speech. Cudas. 2018 Oct 22;30(5):e20170259. doi: 10.1590/2317-1782/20182017259.</p> <p>Giraud AL, Neumann K, Bachoud-Levi AC, von Gudenberg AW, Euler HA, Lanfermann H, Preibisch C. Severity of dysfluency correlates with basal ganglia activity in persistent developmental stuttering. Brain Lang. 2008 Feb;104(2):190-9. doi: 10.1016/j.bandl.2007.04.005. Epub 2007 May 24. PMID: 17531310.</p> <p>Howie PM, Tanner S, Andrews G. Short- and long-term outcome in an intensive treatment program for adult stutterers. J Speech Hear Disord. 1981 Feb;46(1):104-9. doi: 10.1044/jshd.4601.104.</p> <p>Keilmann A, Neumann K, Zöllner D, Freude C. Clinical trial of the D.E.L.P.H.I.N. speech treatment for children and adolescents who stutter. Logoped Phoniatr Vocol. 2018 Dec;43(4):155-168. doi: 10.1080/14015439.2018.1498917.</p> <p>Kell CA, Neumann K, Behrens M, von Gudenberg AW, Giraud AL. Speaking-related changes in cortical functional connectivity associated</p>



Frage	Antwort
	<p>with assisted and spontaneous recovery from developmental stuttering. J Fluency Disord. 2018 Mar;55:135-144. doi: 10.1016/j.jfludis.2017.02.001.</p> <p>Kell CA, Neumann K, von Kriegstein K, Posenenske C, von Gudenberg AW, Euler H, Giraud AL. How the brain repairs stuttering. Brain 2009 Oct;132(Pt 10):2747-60.</p> <p>Kuhr A, Rustin L: The maintenance of fluency after intensive inpatient therapy: Long-term follow-up. J Fluency Disord 1985;10:229-236. doi.org/10.1016/0094-730X(85)90013-0.</p> <p>Lattermann C, Euler HA, Neumann K. A randomized control trial to investigate the impact of the Lidcombe Program on early stuttering in German-speaking preschoolers. J Fluency Disord. 2008 Mar;33(1):52-65. doi: 10.1016/j.jfludis.2007.12.002.</p> <p>Neumann K, Euler HA, Bosshardt HG, Cook S, Sandrieser P, Schneider P, Sommer M, Thum G.* (Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie). Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie, AWMF-Registernummer 049-013, Version 1. 2016; http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-013.html. Gelesen am 07. 04. 2023 *im Auftrag der Leitliniengruppe</p> <p>Auch als Buch erschienen:</p> <p>Neumann K, Euler HA, Bosshardt HG, Cook S, Sandrieser P, Schneider P, Sommer M, Thum G. Stottern und Poltern: Entstehung, Diagnose, Behandlung. Die Leitlinie zu Redeflussstörungen. Frankfurt am Main: Peter Lang, 2017a.</p>



Frage	Antwort
	<p>Neumann K, Euler HA, Bosshardt HG, Cook S, Sandrieser P, Sommer M. Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. [The Pathogenesis, Assessment and Treatment of Speech Fluency Disorders.] Dtsch Arztebl Int. 2017b Jun 5;114(22-23):383-390. doi: 10.3238/arztebl.2017.0383. (in Deutsch und Englisch erschienen)</p> <p>Neumann K, Euler HA, von Gudenberg AW, Giraud AL, Lanfermann H, Gall V, et al. The nature and treatment of stuttering as revealed by fMRI. A within-and between-group comparison. J Fluency Disord 2003 Winter;28(4):381-409.</p> <p>Neumann K, Euler HA, Kob M, Wolff von Gudenberg A, Giraud AL, Weissgerber T, Kell CA. Assisted and unassisted recession of functional anomalies associated with dysprosody in adults who stutter. J Fluency Disord. 2018 Mar; 55:120-134. doi: 10.1016/j.jfludis.2017.09.003.</p> <p>Neumann K, Preibisch C, Euler HA, von Gudenberg AW, Lanfermann H, Gall V, Giraud AL. Cortical plasticity associated with stuttering therapy. J Fluency Disord. 2005;30(1):23-39. doi: 10.1016/j.jfludis.2004.12.002. PMID: 15769497.</p> <p>NCT03778632 (2018). Intensive stuttering group therapy for school-age children and the effect of emotional reactivity on therapy outcomes. https://ClinicalTrials.gov/show/NCT03778632. retrieved Apr 07, 2019 (bislang nur Protokoll, kein Outcome)</p> <p>Millard SK, Murphy S, Barton G, Leathersich M, Mills G, Rixon L, Shepstone L, Sims E, Joffe V. Evaluating Palin Stammering Therapy for School Children (Palin STSC 8-14): protocol for a feasibility randomised controlled trial comparing Palin STSC (8-14) with usual treatment. Pilot Feasibility Stud. 2022 Sep 16;8(1):210. doi: 10.1186/s40814-022-</p>

Fragebogen

Frage	Antwort
	<p>01158-1.</p> <p>Rosenberger S, Schulte K, Metten C. Stotterintensivtherapie Susanne Rosenberger: Erste Ergebnisse einer Evaluationsstudie. Forum Logopädie 2007 März;21(2):20-5.</p> <p>Prüß H, Richardt K. Die Bonner Stottertherapie. Forum Logopädie 2014 März 1;28(2):6-17.</p> <p>Prüß H, Richardt K. Bonner Langzeit-Evaluationskala zur Lebenssituation Stotternder (BLESS). Forum Logopädie 2015 März;2(29):14-8.</p> <p>Sandrieser P, Schneider P. Stottern im Kindesalter. Stuttgart: Thieme. 2015</p> <p>Schneider P, Kohmäscher A. Manual zur Therapie stotternder Schulkinder. Neuss: Natke. 2022</p> <p>Schütz SM. Auswirkung der „D.E.L.P.H.I.N.-Therapie“ auf die Stotter-symptomatik. Eine multiple Fallstudie mit Jugendlichen und Erwachsenen. Forum Logopädie. 2015;2(29):28-31</p> <p>Starke A. Der Modifikationsansatz in der Stottertherapie am Beispiel der „VIERMAL-FÜNF Intensiven Intervalltherapie Stottern“ in Zeiten der Evidenzbasierung, In: Breitenstein S, Burmester J, Yetim Ö, Fritzsche T (Hrsg.): Spektrum Patholinguistik 12, Potsdam: Universitätsverlag Potsdam, 2020, 25-59. doi.org/10.25932/publishup-46948</p> <p>Thum G, Hiederer B. Stottertherapie mit Jugendlichen: „Stärker als Stottern“. Sprache, Stimme, Gehör. 2023;47:35-40</p> <p>Thum G. Stärker als Stottern – ein methodenkombinierter Ansatz. Sprachförderung und Sprachtherapie. 2019;8(3):166-175</p>

Fragebogen

Frage	Antwort
	<p>Thum G, Mayer I. Stottertherapie bei Kindern und Jugendlichen. Ein methodenkombinierter Ansatz. München: Reinhardt. 2014</p> <p>Webster RL. The Precision Fluency Shaping Program: Speech reconstructions for stutterers. Roanoke, VA: Communications Development Cooperation 1974</p> <p>Wolff von Gutenberg A, Neumann K, Euler HA. Kasseler Stottertherapie für ältere Kinder schließt eine Behandlungslücke. Forum Logopädie 2006 Sept;5(20):24-9.</p>
<p>2. Falls es eine anerkannte Konzeption einer „intensivierten Sprechtherapie“ bei der Indikation Stottern gibt, wie wird diese Therapieform spezifiziert bzw. ausgestaltet?</p> <p>a) Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche?</p>	<p>Die S3-Leitlinie äußert sich dazu wie folgt: „Methoden, die</p> <ul style="list-style-type: none"> - initial verlangsamtes Sprechen intensiv trainieren - Übungen in und vor Gruppen einbeziehen - Transfer in Alltagssituationen üben - Selbst-Bewertung/Selbst-Management in programmierten Schritten beinhalten - Sprechnatürlichkeit anstreben und - verhaltensabhängige Erhaltungsprogramme einbeziehen, <p>zeigten sich als vergleichsweise am besten dokumentiert und wirkungsvoll (Bothe et al. 2006a).</p> <p>Bereits eine frühe Metaanalyse (Andrews et al. 1980) zu Therapien für stotternde Jugendliche und Erwachsene hatte folgende Verfahren als effektiv beschrieben:</p> <p>(1) prolongiertes Sprechen</p>

Frage	Antwort
	<p>(2) weiche Stimmeinsätze (3) rhythmisches Sprechen (4) Atemkontrolle und (5) Einstellungsänderung zum Sprechen, wobei prolongiertes Sprechen und weiche Stimmeinsätze die besten lang- und kurzfristigen Effekte zeigten und die Atemkontrolle die höchste Rückfallquote.</p> <p>Die Behandlung sollte ausreichend lang sein (im Durchschnitt etwa 80 Stunden) und sollte einen systematischen Alltagstransfer und ein Langzeit-Nachsorgeprogramm beinhalten.“</p> <ul style="list-style-type: none">- Die meisten Intensivtherapien sind im Intensivkurs mindestens 5 Tage lang und umfassen dann mehrere Nachsorgetermine, die sich über einen mehrmonatigen Zeitraum erstrecken (meistens über ca. 1 Jahr).- Die S3-Leitlinie (Neumann et al. 2016, 2017a,b) plädiert ausdrücklich für „...die vorzugsweise Behandlung von Stottern in darauf spezialisierten Einrichtungen und die manualgetreue Anwendung als evidenzbasiert in dieser Leitlinie herausgestellter Therapien oder Therapiekonstituenten mit ausreichend langem, effektivem Nachsorgekonzept.“ (s. S.107).

Frage	Antwort
	<ul style="list-style-type: none">- Zudem wird betont, dass „intensive Verfahren (Behandlung über mindestens mehrere Tage) sowie Verfahren, die Gruppensitzungen beinhalten, möglicherweise wirksamer sind als extensive Einzelbehandlungen.“ (s. S.105)- Die am besten validierte Intensivtherapie in Deutschland ist die Kasseler Stottertherapie (Anlage 1), organisiert und durchgeführt durch Alexander Wolff von Gudenberg, Kristina Anders und Team. Sie arbeitet mit einem kombinierten Programm, das für ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene vorwiegend Fluency Shaping-Elemente enthält, aber auch Elemente der Stottermodifikation, für Kinder bis zu 6 Jahren auch operante Anteile unter Elterneinbindung, angelehnt an die sehr gut validierte Lidcombe-Therapie und das in Evaluation-befindliche Palin-Konzept (z. B. Lattermann et al. 2008, Millard et al. 2022). Sie bietet für verschiedenen Altersgruppen folgende Struktur:<ul style="list-style-type: none">○ Frankini 3-5 Jahre:<ul style="list-style-type: none">▪ 4 Monate Elternteraining mit Einzelsitzungen und Gruppensitzungen online. Hier indirektes Arbeiten über Reflektieren und Erarbeiten von sprechflüssigkeitsfördernden Interaktionsstrategien (basierend auf dem Palin-Konzept) auf Grundlage von Wissensvermittlung. Videoanalysen der Interaktion und Erfahrungsaustausch in der Elterngruppe.▪ Danach Entscheidung, ob Therapie weitergeführt oder Pause vereinbart wird

Frage	Antwort
	<ul style="list-style-type: none">▪ Dann weitere 4-monatige Phase mit Start über eine direkte Therapie mit den Kindern im 4-tägigen Intensivkurs (ca. 40 Stunden). Erarbeiten des weichen Sprechens auf Wort- und Satzebene über Sprechspiele und kindgerechte Vermittlung. Training auch durch Therapiesoftware Flunatic. Eltern begleiten die Präsenzphase und werden dann beim Übertrag in den Alltag über Einzel- und Onlinesitzungen begleitet. Auch hier wieder Videoanalysen und Erfahrungsaustausch essenziell.▪ Danach Entscheidung, ob Therapie weitergeführt oder Pause vereinbart wird▪ Dann erneute 3-monatige Phase mit zweiter Präsenzphase von 4 Tagen mit Vertiefung des weichen Sprechens in In-vivo-Training und gesteigerter sprachlicher Anforderung. Eltern auch hier die ganze Zeit dabei und darauffolgend Begleitung in Einzel- und Gruppensitzungen beim Übertrag des Erlernten in den Alltag. Weitere Videoanalysen und Erfahrungsaustausch im Mittelpunkt.▪ Bislang noch keine Veröffentlichung des Outcomes, da Therapie relativ neu; Datensammlung und-analyse aber in Arbeit○ Franka 6-9 Jahre:<ul style="list-style-type: none">▪ Start der Therapie mit direktem Ansatz: Kinder erlernen das weiche Sprechen in einem Intensivkurs von 6



Frage	Antwort
	<p>Tagen (ca. 50 Stunden), begleitet mit Elternteil über Sprechspiele und kindgerechte Kommunikationsübungen. Motorisches Training unterstützt durch Software Flunatic. Diese erhalten intensives Elternteraining und werden zu Co-Therapeut*innen ausgebildet. Besonders im Fokus stehen dabei das Sprechvorbild und das positive Verstärken des weichen Sprechens sowie kindgerechtes In-vivo-Training.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Nachsorge: 4x3 Tage (jeweils ca. 15 Stunden) im Abstand von jeweils ca. 3 Monate, insgesamt erstreckt über 10 Monate. Inhaltlich stehen dabei die Begleitung der Eltern und Kinder beim Übertrag in den Alltag im Fokus: Weich-Sprech-Zeiten etablieren, Weich-Sprech-Spiele spielen, Flunatic regelmäßig üben (keine geforderten Zeiten mehr), In-vivo-Übungen zu Hause gezielt durchführen. Wie unterstützen die Eltern dabei als eigenes Sprechvorbild und wie verstärken sie das weiche Sprechen ihres Kindes positiv?▪ Publikation des Outcomes (Euler et al. 2021) <ul style="list-style-type: none">○ Kinderkurse 9-13 Jahre:<ul style="list-style-type: none">▪ Erarbeiten des weichen Sprechens in einem Intensivkurs: 10 Tage (ca. 100 Stunden). Unterstützung hier durch Software Flunatic. Ansonsten im Fokus motorisches Training in Sprechspielen und altersgerechten Kommunikationsübungen, Videoanalysen und In-vivo-Training. Begleitung des Kurses durch die Eltern im Rahmen einer mehrtägigen Elternschulung.



Frage	Antwort
	<ul style="list-style-type: none">▪ Nachsorge über 10 Monate: 3x3 Tage (jeweils ca. 15 Stunden) und 18 teletherapeutische Sitzungen je 90 Minuten (Einzelsitzungen der Kinder mit anschließender Elternberatung, Gruppensitzungen der Kinder und Gruppensitzungen der Eltern). Teilweise auch Auffrischer vor Ort gemeinsam mit den Eltern.▪ Publikation einer Evaluation mit 3-Jahres-Folgedaten (Euler et al. 2009)○ Kurse für Jugendliche und Erwachsene ab 13 Jahre:<ul style="list-style-type: none">▪ Erarbeiten des weichen Sprechens in einem Intensivkurs: 13 Tage (ca. 120 Stunden). Unterstützung hier durch Software Flunatic. Ansonsten im Fokus motorisches Training in Kommunikationsübungen, Videoanalysen und In-vivo-Training. Einbindung der Angehörigen durch Angehörigenseminar▪ Nachsorge über 10 Monate: 2x3 Tage (jeweils ca. 15 Stunden) und 18 teletherapeutische Sitzungen je 90 Minuten (Einzelsitzungen und Gruppensitzungen). Einbindung bei Jugendlichen der Eltern über gezielte individuelle Elternberatung.▪ Die Therapie kann auch ganz ohne Präsenztermine in einem speziellen Onlinetherapie-Setting durchgeführt werden.



Frage	Antwort
	<ul style="list-style-type: none">▪ Publikation einer Evaluation mit 5-Jahres-Folgedaten (Euler et al. 2009); weitere Veröffentlichung zur Minderung negativer Emotionen (Euler et al. 2016)▪ Vergleich der Präsenz- zur Teletherapie intern über Parlo-Institut abrufbar (Euler 2016), Journal-Veröffentlichung in Vorbereitung. <p>VIERMAL-FÜNF Intensiven Intervalltherapie Stottern (Starke 2020 [Anlage 2], Axt 2015):</p> <ul style="list-style-type: none">• Stottermodifikation nach van Riper• Keine Altersangabe• 4x5 Tage innerhalb von 6 Monaten, dann 3 Tage nach einem halben Jahr und ergänzende Teletherapie• Evaluation von J. Axt (2015) https://intensive-intervalltherapie-stottern.de/therapie/evaluation (hier wird allerdings nur auf diese verwiesen, sie ist unter der Quellenangabe (Axt J 2015, s.o., nicht verfügbar) <p>Bonner Stottertherapie: organisiert und durchgeführt durch Holger Prüß und Team</p> <ul style="list-style-type: none">• 5 Wochen Stottermodifikation, dann ggf. 3 Wochen dazu Sprechrestrukturierung, dann 2x1 Woche Nachsorge über 10 Monate. Wochenenden sind frei. Therapie ab 14 Jahren (Prüß & Richardt 2014, 2015, Anlage 3)



Frage	Antwort
	<p>Stärker als Stottern, organisiert und durchgeführt von Georg Thum (Thum 2019, Thum & Hiederer 2023, Thum & Mayer 2014, Anlage 4):</p> <ul style="list-style-type: none">• 8-13 Jahre und 13-25 Jahre• 15 Tage Intensivkurs und 3 Nachsorgetermine im ersten Jahr, zusätzlich 2 Tage nach 2 Jahren und teletherapeutische Sitzungen <p>D.E.L.P.H.I.N, organisiert und durchgeführt von Sabine Schütz (Schütz 2015, Keilmann et al. 2018, Anlage 5):</p> <ul style="list-style-type: none">• Altersgruppe 10-30 Jahre• Deblockierungsimpuls, Entspannung, Logopädie, Phonetik, Hör-Wahrnehmungstraining, Intensität und nasaler Schwingungsakzent (Erklärung des Akronyms D-E.L.P.H.I.N.)• Sprechrestrukturierung mit ergänzenden Elementen (Trommeln, Reiten, Entspannungsübungen, für die allerdings keine Evidenzen vorliegen)• Genaue Struktur nicht erkennbar <p>Zur Therapie von Patricia Sandrieser und Peter Schneider (Stottermodifikation KIDS – "Kinder dürfen stottern" – und Mini-KIDS, Sandrieser & Schneider 2015) konnte ich keine genauen Informationen zur Intensivtherapie finden. Organisiert wird die Therapie über Praxis für Logopädie am MVZ Marienhof Koblenz.</p>



Frage	Antwort
<p>3. Welche therapeutischen Maßnahmen sind Ihrer fachlichen Ansicht nach für die Durchführung einer „intensivierten Sprechtherapie“ bei der Indikation Stottern unbedingt erforderlich?</p> <p>a) Ist das Heilmittel „Sprechtherapie“ gemäß HeilM-RL (vgl. § 32 HeilM-RL) ausreichend oder bedarf es weiterer therapeutischer Maßnahmen auch aus dem Bereich Stimm- und Sprachtherapie (vgl. § 31, § 32 und § 33 HeilM-RL)?</p> <p>b) Sind darüber hinaus weitere Fachdisziplinen einzubinden wie z. B. Psychologie, Psychotherapie, Physiotherapie, Pädagogik?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind diese Fachdisziplinen notwendiger Bestandteil der Intensivtherapie? <p>c) Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche?</p>	<p>a) - Diagnostik (1-2 Behandlungseinheiten, maximal 90 min)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spezifizierte sprachtherapeutische Stottertherapieeinhalte nach einem manualisierten, wissenschaftlich fundierten Konzept (insbesondere Fluency Shaping, Stottermodifikation und Kombination aus beiden, s. S3-Leitlinie [Neumann et al. 2016, 2017a,b] und Anlage 1) - In-vivo-Arbeit zur Erübung des Alltagstransfers der erlernten Sprechtechnik (z. B. Anruf bei einer unbekannten Person, Besuch von Läden mit Therapeut*in, Passant*inneninterview) - Einbezug des Umfelds bzw. bei Kindern Elternarbeit - Strukturierte Nachsorge (z. B. Auffrischungs-Wochenenden wie für die Kasseler Stottertherapie [Anlage 1], VIERMAL-FÜNF [Anlage 2] und Stärker als Stottern [Anlage 4] beschrieben) <p>Eine intensive Sprechtherapie dürfte in der Regel ausreichend sein (Giraud et al. 2008, Euler 2016, Euler et al. 2014, 2016, Euler & Wolff von Gudenberg 2000, 2001, Kell et al. 2009, 2018, Neumann et al. 2003, 2005, 2016, 2017a, b, 2018). Stimm- und Sprachtherapie ist nicht nötig.</p> <p>Die Intensivtherapie sollte in die Heilmittelrichtlinie aufgenommen werden.</p> <p>Orientierende Behandlungsmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50 bis 130 Therapie-Einheiten á 90 min <p>Frequenzempfehlung:</p>



Frage	Antwort
	<p>- initial 5-7 Behandlungstage wöchentlich über 1-3 Wochen (insgesamt minimal 30, maximal 80 Therapieeinheiten á 90 min), strukturiertes Erhaltungs- bzw. Nachsorge- und Auffrischungsprogramm (ca. 20-40(-50) Therapieeinheiten á 90 min; man sollte sich in erster Linie am Programm der Kasseler Stottertherapie [Anlage 1] als bestvalidierter Intensivtherapie orientieren, beigezogen werden können auch das Konzept der intensivierten Intervalltherapie [Anlage 2], der Bonner Stottertherapie [Anlage 3] oder des Intensivteils von Stärker als Stottern [Anlage 4])</p> <p>b) Als ergänzendes Element kann, gemäß S3-Leitlinie, lediglich eine Psychotherapie, vorzugsweise eine Kognitive Verhaltenstherapie, sinnvoll sein, nämlich bei bestehenden Angststörungen oder psychischen Belastungsstörungen, wie sie gehäuft bei Stottern auftreten. Sie ist nicht obligater Bestandteil einer Stottertherapie.</p> <p>c) Bezüglich der Evidenzen zu einer solchen Ergänzungstherapie gibt es eine Reihe von Arbeiten des Australian Stuttering Research Center, University of Sydney, und des Centre for Emotional Health, Macquarie University, Sydney, z. B.</p> <p>Gunn A, Menzies RG, Onslow M, O'Brian S, Packman A, Lowe R, Helgadóttir FD, Jones M. Phase I trial of a standalone internet social anxiety treatment for adolescents who stutter: iBroadway. <i>Int J Lang Commun Disord.</i> 2019 Nov;54(6):927-939. doi: 10.1111/1460-6984.12496.</p> <p>Lowe R, Menzies R, Onslow M, Packman A, O'Brian S. Speech and Anxiety Management With Persistent Stuttering: Current Status and Essential Research. <i>J Speech Lang Hear Res.</i> 2021 Jan 14;64(1):59-74. doi: 10.1044/2020_JSLHR-20-00144.</p>



Frage	Antwort
	<p>Iverach L, Rapee RM, Wong QJJ, Lowe R. Maintenance of Social Anxiety in Stuttering: A Cognitive-Behavioral Model. <i>Am J Speech Lang Pathol.</i> 2017 May 17;26(2):540-556. doi: 10.1044/2016_AJSLP-16-0033.</p> <p>Menzies RG, Packman A, Onslow M, O'Brian S, Jones M, Helgadóttir FD. In-Clinic and Standalone Internet Cognitive Behavior Therapy Treatment for Social Anxiety in Stuttering: A Randomized Trial of iGlebe. <i>J Speech Lang Hear Res.</i> 2019 Jun 19;62(6):1614-1624. doi: 10.1044/2019_JSLHR-S-18-0340.</p> <p>In der S3-Leitlinie heißt es dazu: „Betrachtet man Stottern im Zeitverlauf, kann ein über die Schulzeit und Pubertät fortdauerndes Stottern mit emotionalen Belastungen einhergehen, die im Verlauf der Zeit zunehmend negativere Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben (Tran et al. 2011). Jugendliche, die sich für eine Stotterbehandlung anmelden, haben im Vergleich mit nicht stotternden Jugendlichen eine doppelt so hohe Chance, die Kriterien für eine Diagnose für psychische Störungen nach DSM-IV (Vorgänger des DSM-5) zu erfüllen (Gunn et al. 2014, Iverach & Rapee 2014). Mit zunehmendem Alter treten Ängste vor sozialen Situationen mit zunehmender Häufigkeit und Intensität auf (Alm 2014, Gunn et al. 2014). Die Schwere des Stotterns und das Ausmaß der Ängste korrelieren nicht bedeutsam (Blumgart et al. 2010, Gunn et al. 2014, Mulcahy et al. 2008), und erfolgreiche Angstbehandlungen verbessern die Sprechflüssigkeit nicht (Menzies et al. 2008, Helgadottir et al. 2014). Die interindividuell unterschiedlich ausgeprägten negativen emotionalen Reaktionen auf stottertypische Unflüssigkeiten werden mit zunehmendem Lebensalter wahrscheinlicher und übersteigen ein normales Maß in der Regel erst im Jugend- und Erwachsenenalter (Smith et al. 2014). Allerdings können sich Kinder auch schon</p>



Frage	Antwort
	<p>ab dem Lebensalter von zwei Jahren ihres Stotterns bewusst sein und eine negative Haltung zum Sprechen entwickeln (Boey et al. 2009, Langevin 2009). Mit dem Schuleintrittsalter sind die Beeinträchtigungen aber noch häufiger (Ezrati-Vinacour et al. 2001, Guitar & Conture 2007, Vanryckeghem et al. 2005). Stotternde Kinder können das Sprechen in der Schule vermeiden und somit bei mündlichen Leistungsüberprüfungen trotz uneingeschränkter kognitiver Leistungsfähigkeit schlechter bewertet werden als es ihrem Leistungsniveau entspricht, von Mitschülern gehänselt und von Lehrern benachteiligt werden (Lattermann & Neumann 2005), was sich hinderlich auf die psychische Entwicklung des Kindes auswirken kann (Blood et al. 2010, Davis et al. 2002, Hugh-Jones & Smith 1999, Langevin 2009, Langevin et al. 2009). Außerdem besteht die – allerdings empirisch schwer zu belegende – Möglichkeit, dass eine negative Einstellung zum Sprechen die Stottersymptomatik negativ beeinflussen und das Stottern somit aufrechterhalten könnte (Sandrieser & Schneider 2008, Vanryckeghem et al. 2005). Häufig wird die Schulzeit von Stotternden als besonders belastend empfunden (Benecken & Spindler 2004, Guitar & Conture 2007).</p> <p>Da die inneren Reaktionen auf die Symptomatik den mentalen Aufwand vor und während des Sprechens ansteigen lassen, können sich sogar Personen, die durch Vermeidungen und Sprechhilfen keine hör- oder sichtbaren Symptome produzieren, selbst als Stotternde wahrnehmen.</p> <p><u>Empfehlung 9:</u> Im Laufe des Kindes- und Jugendalters steigt das Risiko für Stotternde an, Ängste zu entwickeln, insbesondere soziale Ängste, relativ unabhängig vom Schweregrad des Stotterns. Diesem Sachverhalt soll in Diagnostik und Therapie angemessen Rechnung getragen werden. Klinischer Konsensuspunkt: starker Konsens (100 % Zustimmung)“</p>

Fragebogen



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Frage	Antwort
	<p>„Jugendliche und Erwachsene, die eine Stotterbehandlung aufsuchen, zeigen ein erhebliches, zum Teil drastisch erhöhtes Risiko für eine oder mehrere psychische Störungen. Dazu gehören generalisierte Angststörungen, soziale Phobien und Panikattacken, aber auch Persönlichkeitsstörungen und affektive Störungen (Major Depression, bipolare Störung, dysthymische Störung, Hypomanie und Manie; Iverach, Jones et al. 2009b, 2014, s. Kap. 5.7). Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls nach Ende einer Stottertherapie ist geringer, wenn keine Hinweise auf begleitende psychische Störungen vorliegen (Iverach, Jones et al. 2009a). Angststörungen sind aber nicht als Ursache, sondern eher als Folge oder Begleitsymptome des Stotterns anzusehen, da Sprechsituationen aufgrund negativer Erfahrungen von Stotternden häufig als angstausslösend empfunden werden (Blumgart et al. 2010, Iverach, O'Brian et al. 2009, Kraaimaat et al. 2002, Mulcahy et al. 2008, Stein et al. 1996). In solchen Fällen ist eine allein auf Sprechflüssigkeit abzielende Therapie des Stotterns unzureichend (Menzies et al. 2008). Vielmehr sollten hier kognitiv verhaltenstherapeutische Anteile in den Behandlungsplan integriert werden (von Tiling et al. 2014). Allerdings sind für die Therapie des Stotterns psychotherapeutische Verfahren, die die stottertypischen Unflüssigkeiten nicht direkt behandeln, als alleinige Behandlung unzureichend. Eine isolierte Behandlung der Angststörungen reduziert nicht die Stotterhäufigkeiten, und eine Stotterbehandlung, die ausschließlich die Unflüssigkeiten adressiert ohne behandlungsimmanente Bestandteile von verhaltenstherapeutischen angstmindernden Maßnahmen, vermindert nicht die Angststörungen (Menzies et al. 2008). Erforderlichenfalls können Selbstsicherheitstrainings, Affektkontrolle (Bosshardt 2008, 2010) und Förderung des Sozialverhaltens (Wendlandt 2010) in</p>



Frage	Antwort
	<p>die Stotterbehandlung integriert werden. Da diese Elemente häufig ohnehin Bestandteile von Therapien sind, für die hohe Evidenzen vorliegen (Euler et al. 2016, Langevin et al. 2006, 2010), gibt es bisher für die Mehrzahl dieser einzelnen Behandlungselemente lediglich indirekte Hinweise auf ihre Wirksamkeit in der Stottertherapie (z. B. Schoenaker et al 1991).</p> <p>Inwieweit die genannten Verfahren auch bei stotternden Kinder anxiolytisch und klinisch bedeutsam wirken, ist nach Kenntnis der Autoren nicht belegt. Da aber kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren für nicht stotternde Kinder als sehr wirksam angstmindernd belegt sind (Hudson et al. 2013) und Stottern eine weitgehend isolierte Sprechstörung ist (Bloodstein & Bernstein Ratner 2008), darf angenommen werden, dass stotternde Kinder mit stotterbegleitenden Ängsten ebenfalls von einer solchen Behandlung profitieren.</p> <p>Verfügbar sind zudem Aufklärungs- und Präventionsprogramme zur Verringerung psychischer Beeinträchtigungen durch Verspotten, Hänselfen und Schikanieren (Thum 2011).</p> <p><u>Empfehlung 51</u> Eine ausschließliche Behandlung von stotterassoziierten Angststörungen reduziert nicht die Stotterhäufigkeit, und eine ausschließliche Behandlung der Sprechunflüssigkeiten vermindert nicht die Angststörungen. Für andere stotterassoziierte psychische Störungen kann eine ähnliche Sachlage erwartet werden. Für die Behandlung des Stotterns sollten psychotherapeutische Verfahren, die nicht das Problem der Unflüssigkeiten direkt adressieren, nicht als alleinige Therapie eingesetzt werden. Die Möglichkeit von Beeinträchtigungen in den Be-</p>



Frage	Antwort
	<p>reichen Selbstsicherheit, Affektkontrolle und Sozialverhalten soll beachtet und bei ihrem Vorliegen Bestandteil der Stotterbehandlung sein. Klinischer Konsensuspunkt: starker Konsens (100 % Zustimmung)</p> <p>Literatur in der Leitlinie angegeben.</p> <p>Es gibt Hinweise auf ein gehäuftes Auftreten von Sprachentwicklungsstörungen, insbesondere von phonologischen Aussprachestörungen, als Komorbidität von Stottern. Die Belege dafür sind allerdings eher schwach. Für diesen Fall war, da in der Praxis sehr häufig die Behandlung einer Sprachentwicklungsstörung einer Stottertherapie vorangestellt oder als einzige Therapie durchgeführt wurde, in der Leitlinie empfohlen worden:</p> <p><u>„Empfehlung 49</u> Das gleichzeitige Vorliegen einer Sprachentwicklungsstörung soll nicht zum Aufschieben einer indizierten Stottertherapie führen. Ggf. können zwei simultan laufende Therapien verordnet werden.“</p> <p>Bezüglich pädagogischer Maßnahmen sollte den Eltern stotternder Kinder empfohlen werden, die Lehrer auf einen anzuwendenden Nachteilsausgleich aufmerksam zu machen (Anlage 6).</p> <p>In der Leitlinie heißt es dazu: „Gesellschaftliche Vorurteile über die Entstehung von Redeflussstörungen und deren Charakter (psychische Störung, elterliches Fehlverhalten) müssen überwunden werden, um einer Belastung in Familie, Schule und Beruf vorzubeugen, z. B. durch konsequentere Anwendung von Nachteilsausgleichen. Berufsgruppen, die professionell mit Personen befasst sind, die stottern oder poltern, wie beispielsweise Erzieher, Lehrer und Ärzte, sollen in ihren Ausbildungsinhalten zureichende Kenntnisse über diese Störungsbilder erlangen.“</p>



- | | |
|--|--|
| <p>4. Gibt es Ihrer fachlichen Meinung nach die Möglichkeit der Umsetzung einer „intensivierten Sprechtherapie“ bei der Indikation Stottern</p> <ul style="list-style-type: none">a) in einem stationären Setting?b) in einem ambulanten Setting?c) Falls ja, gibt es zu beiden Settings wissenschaftliche Erkenntnisse? | <ul style="list-style-type: none">a) Wird bereits umgesetzt in der Bonner Stottertherapie, und – derzeit (noch) gemischt mit anderen nicht-sprachtherapeutischen Anwendungen – in der stationären Sprachrehabilitation wie der Eubios-Klinik Thalheim, dem Sprachheilzentrum Werscherberg oder der Edelsteinklinik Bruchweilerb) Wird bereits umgesetzt in der Kasseler Stottertherapie, die allerdings, sofern nicht online durchgeführt, eine quasi-stationäre Therapie darstellt, in der Stärker als Stottern-Therapie von Georg Thum und in der VIERMAL-FÜNF-Therapie von Andreas Starke (ehemals) und Robert Richter

Voraussetzung ist, dass die ambulante Therapie für den/die Patient*in wohnortsnah durchgeführt wird. Die Entscheidung, ob die Durchführung im Einzel- oder Gruppensetting gemacht wird, hängt dann oftmals eher von organisatorischen als von therapeutisch sinnvollen Gesichtspunkten ab. Hilfreich wäre hier die Durchführung von Online-Blöcken.c) Für den intensiven Startteil der Therapie gibt es in Deutschland verschiedene Vereinbarungen mit Krankenkassen, z. B. als stationäre Therapie (Bonner Stottertherapie, Anlage 3, Prüß & Richardt 2014, 2014) oder als ambulante Therapie über Selektivverträge (Kasseler Stottertherapie, Anlagen 1 und 9, Giraud et al. 2008, Euler 2016, Euler et al. 2014, 2016, Euler & Wolff von Gudenberg 2000, 2001, Kell et al. 2009, 2018, Neumann et al. 2003, 2005, 2016, 2017a,b, 2018) oder weitere Abrechnungsmuster (VIERMAL-FÜNF, Anlage 2, Axt 2015; Stärker als Stottern, Anlage 4, Thum 2019, Thum & Hiederer 2021). Beide Wege (ambulant und stationär, ggf. auch teilstationär) scheinen entsprechend der publizierten Outcome-Daten möglich und effektiv zu sein. |
|--|--|



5. Gibt es wissenschaftliche Erkenntnisse über eine mögliche Gleichwertigkeit oder Vorteile der Umsetzung als „intensivierte Sprechtherapie“ bei der Indikation Stottern im Vergleich zu einer extensiven Sprechtherapie bei Durchführung in einem ambulanten Setting?
- a) Worin liegen mögliche Unterschiede dieser Therapieformen (Organisationsform, geeigneter Personenkreis, methodisch/didaktische Verfahrensweisen)?

Aus der gesamten oben angeführten Literatur und der S3-Leitlinie ergibt sich die Evidenz der Überlegenheit einer Intensiv-/intensivierten Therapie gegenüber einer extensiven. Die genannte retrospektive Patientenbefragung (Euler 2014, Anlage 7) ergab, dass in Deutschland intensiv durchgeführte Stottertherapien, zuvorderst die Fluency Shaping-Therapie der Kasseler Stottertherapie, gefolgt von der Stottermodifikationstherapie als wirksam eingeschätzt wurde, die extensive logopädische Einzeltherapie hingegen nicht. Selbst für logopädische Einzeltherapien galt aber, dass eine höhere Therapiefrequenz einer geringeren gegenüber als überlegen eingeschätzt wurde.

In der Leitlinie selbst finden sich, vorwiegend bei den einzelnen Therapien und den entsprechend vor den Empfehlungsblöcken stehenden Tabellen mit den evidenzgenerierenden Arbeiten, einige der hier aufgeführten, die Intensivtherapien betreffen; weitere Referenzen sind nachfolgend hinzugefügt: Euler 2016, Euler et al. 2009, 2014, 2016, Giraud et al. 2008, Kell et al. 2009, 2018, Neumann et al. 2003, 2005, 2016, 2017a,b, 2018, Prüß & Richardt 2014, 2015, Rosenberger et al. 2007, Thum 2019, Thum & Hiederer 2021, Wolff von Gudenberg et al. 2006.

a) Die Organisationsformen sind den zu den einzelnen Intensivtherapien mitgelieferten Anlagen 1-5 zu entnehmen. Grundsätzlich sind die Therapien von Logopädinnen/Stottertherapeut*innen (Definition s. Leitlinie Abb. 2, d.h. nur bei entsprechender Spezialisierung auf Stottern auch psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen, Sonderpädagog*innen mit Förderschwerpunkt Sprache) durchführbar. Ggf. müsste, falls eine Psychotherapie zusätzlich notwendig wird, eine psychotherapeutisch tätige Fachkraft vorgehalten werden. Die Leitlinie hebt hervor, dass Therapien, die in auf Stottern spezialisierten Einrichtungen, möglichst als Intensivtherapie oder Therapie mit intensiven Anteilen, stattfinden, wirksamer sind als extensive Einzeltherapien.



Frage	Antwort
	<p>Im ambulanten Kontext ist die Umsetzung von Gruppensettings (was in der Leitlinie klar favorisiert wird) allerdings oftmals kompliziert. Es müssen mindesten 3 Patient*innen gleichzeitig mit einer Therapie starten können und diese ggf. parallel zu ihrem Alltag vor Ort managen. Passende Patient*innen (z. B. ähnliches Alter, Wohnort, Arbeitszeiten) zusammen zubringen ist deshalb organisatorisch herausfordernd.</p>
<p>6. Wie müsste eine intensivierete Therapie im ambulanten Bereich Ihrer fachlichen Ansicht nach konkret umgesetzt werden?</p> <p>a) Wie viele Therapieeinheiten/-stunden pro Tag wären sinnvoll? (ggf. Angabe zur Behandlungszeit in Minuten)</p> <p>b) Gesamtdauer der Therapie (Gesamtzahl an Tagen bzw. an Therapieeinheiten)?</p> <p>c) Wäre eine Behandlung in unterschiedlicher Intensität als Intervalltherapie erforderlich?</p> <p>d) Wäre eine Nachsorgephase oder Erhaltungsphase erforderlich? Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt nach der intensivierten Behandlung wäre eine Nachsorge empfohlen und in welcher Form (Dauer und Therapiefrequenz)?</p> <p>e) Welchen Anteil sollten Einzel- und Gruppentherapie einnehmen?</p> <p>f) Käme eine „intensivierte Stottertherapie“ für alle Betroffenen infrage?</p>	<p>a) s. Punkt 1 und 2; als am stärksten evidenzbasiert ist das Konzept der Kasseler Stottertherapie mit seinen altersbezogenen Therapieeinheiten/-stunden (Anlage 1) anzusehen; hier können orientierend Therapiefrequenz und -dosis übernommen werden.</p> <p>Intensivphase: Kinder bis 9 Jahre 1 Woche, ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene 2-3 Wochen. Dabei sollten minimal 30, maximal 80 Therapieeinheiten á 90 min umzusetzen sein. Startwoche(n) mit mindestens 4 (besser 5) Behandlungstagen und mindestens 1x180 min, besser 4x90 min</p> <p>Nachsorgephase: In dieser sollten minimal 20, maximal 40-50 Therapieeinheiten á 90 min in der Intensivphase umzusetzen sein. Im ersten Monat mind. 3 Termine à 90-120 min pro Woche. Danach eine weiteren Monat 2 Termine pro Woche. Ab 3. Monat, abhängig vom Fortschritt des/der Patient*in, 1 mal wöchentlich 90 min.</p> <p>Auch eine intensive Intervalltherapie wie VIERMAL-FÜNF (erscheint in seiner Struktur vertretbar, allerdings war hierzu die Validierungsarbeit nicht einsehbar.</p> <p>Sommer- und Intensivtherapiecampes wie vormals von S. Cook (ehemals Rosenberger) durchgeführt (Rosenberger et al. 2007, Anlage 8) und derzeit von Georg Thum (Anlage 4) erscheinen dann sinnvoll,</p>

Frage	Antwort
<ul style="list-style-type: none"> - Für alle Schweregrade gleichermaßen geeignet? - Wäre eine Differenzierung nach Alter erforderlich? - Mögliche Kontraindikationen? 	<p>wenn eine mindestens einjährige Nachsorge und Stabilisierungsphase, ggf. mit Auffrischungswochenenden angeboten wird.</p> <p>Teletherapeutische Verfahren des Fluency Shaping haben sich im Vergleich zur Präsenz-Stotterbehandlung als wirksam erwiesen (Euler 2016, Anlage 9).</p> <p>b) s. a) initiale Intensivphase 5-7 Behandlungstage wöchentlich über 1-3 Wochen (insgesamt minimal 30, maximal 80 Therapieeinheiten á 90 min), strukturiertes Erhaltungs- bzw. Nachsorge- und Auffrischungsprogramm (ca. 20-40(-50) Therapieeinheiten á 90 min über einen längeren Zeitraum; Nachsorge nicht gebunden an einen festgelegten Zeitraum, mindestens aber über 6 Monate, besser über 12 Monate, abhängig von der individuellen Symptomatik eines/einer Patient*in)</p> <p>c) Ja, dies gilt für die Nachsorge-/Auffrischungsinterventionen (s.o. und Anlagen 1, 2, 4).</p> <p>d) Unbedingt, s.o. (Therapiekomponenten aus systematischen Reviews und Metanalysen) und S3-Leitlinie</p> <p>Effektive Stottertherapie erfordert zwingend eine umfassende Nachsorge. Die Therapie – auch im ambulanten Kontext – sollte immer langfristig angelegt sein und Therapieschritte und Behandlungsziele im Vorfeld klar definiert haben.</p> <p>e) In der Leitlinie wird Gruppentherapie eine große Bedeutung zugesprochen. Wenn organisatorisch umsetzbar, dann wäre das auch ambulant sicher ein sinnvolles Setting. Bisherige Intensivtherapien sind i.d.R. Gruppentherapien mit höchstens Einzelanteilen. Ob das ambu-</p>

Fragebogen



Frage	Antwort
	<p>lant aber eine sinnvolle Umsetzung ist, könnte in Frage gestellt werden. Hier ist es vielleicht auch sinnvoll, mehr Einzelsitzungen umzusetzen und Gruppentherapie nur bei Bedarf bzw. organisatorischer Möglichkeit.</p> <p>f) Ja. Diese Präferenz (s. Euler et al. 2014) ist erkennbar unabhängig vom Schweregrad des Stotterns oder Alter des/der Behandelten. Die Aufteilung in passende Altersgruppen erscheint notwendig. Als Kontraindikation sind bisher nur terminlich-organisatorische oder finanzielle Gründe der Familien bzw. Patient*innen bekannt (z. B. Bezahlung der Unterbringung und Verpflegung).</p>

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der
Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierete
Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses
(Stottern)

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ folgenden Beschluss zu seiner Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) in der Fassung vom 19. Mai 2011 (BAnz Nr. 96 (S. 2247) vom 30. Juni 2011), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 19. Januar 2023 (BAnz AT 11.04.2023 B1) geändert worden ist, gefasst:

Die HeilM-RL wird nicht geändert.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung
der Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierete
Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses
(Stottern)

Vom XX. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Hintergrund	2
3.	Methodisches Vorgehen	3
3.1	Recherchen und Ergebnisse der Fachberatung Medizin des G-BA.....	3
3.2	Schriftliche Expertenbefragung.....	6
3.3	Projekt PMS KIDS.....	6
4.	Eckpunkte der Entscheidung	8
5.	Würdigung der Stellungnahmen	9
6.	Bürokratiekostenermittlung	9
7.	Verfahrensablauf	10

1. Rechtsgrundlage

Die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dient der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung ergibt sich aus § 27 Absatz 1 Satz 1 und 2 Nummer 3 i. V. m. § 32 SGB V. In der HeilM-RL regelt der G-BA gemäß § 92 Absatz 6 Satz 1 SGB V u. a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

Nach 1. Kapitel § 7 Absatz 4 Verfahrensordnung soll der G-BA im Rahmen seiner Beobachtungspflichten überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen auf Überarbeitungsbedarfe nachgehen. Solche Hinweise können auch, wie im hier vorliegenden Fall, über Anschreiben aus der Versorgung beim G-BA eingehen.

2. Hintergrund

Zur Therapie von Redeflussstörungen (Stottern) sieht die HeilM-RL eine extensive ambulante Sprechtherapie in Einzel- oder Gruppentherapie vor (Diagnosegruppe RE1 Stottern). Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppenspezifischer Effekte oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes Gruppentherapie zu verordnen. Neben der Regelversorgung gemäß HeilM-RL existieren zur Behandlung des Stotterns verschiedene ambulant oder stationär angebotene Therapiekonzepte, für die es keine einheitlichen Begriffsdefinitionen und keine festgelegte Form der Erbringung gibt. Es existieren Therapiekonzepte, bei denen die Behandlung in Form sogenannter Intensivtherapien, teils als Intervalltherapie, erfolgt. Diesen Therapiekonzepten ist gemein, dass zum Teil ganztägige Behandlungen an mehreren Tagen pro Woche fester Bestandteil des jeweiligen Behandlungsprogramms sind, sie zu meist nicht ausschließlich ambulant erbracht werden und zum Teil über die Sprechtherapie hinausgehende therapeutische Maßnahmen beinhalten (multimodale Therapiekonzepte). Diese Therapiekonzepte sind von der HeilM-RL nicht umfasst. Von der extensiven ambulanten Sprechtherapie und den Intensivtherapien zu unterscheiden ist die sogenannte intensivierte Sprechtherapie mit ausschließlich erhöhter Behandlungsfrequenz in der Anwendung der Sprechtherapie. Diese ist nicht explizit in der HeilM-RL geregelt.

Vor dem Hintergrund der Auswertung der im Jahr 2018 eingegangenen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL – Überarbeitung des Heilmittelkataloges sowie den gesetzlichen Änderungen der §§ 32 Absatz 1b und 92 Absatz 6 Satz 1 SGB V im Rahmen des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 06. Mai 2019 wurde die HeilM-RL u.a. dahingehend geändert, dass der bisherige § 7 zu Verordnungen im Regelfall neu gefasst und der § 8 zu Verordnungen außerhalb des Regelfalls gestrichen wurde.

Im Oktober 2021 erreichten den G-BA unter anderem zwei Anschreiben aus der Versorgung (von der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. und der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten e.V.) mit Hinweisen, die „Abrechenbarkeit ambulanter intensiver Gruppenangebote in der Stottertherapie“ sei aufgrund der seit 1. Januar 2021 geltenden Regelungen limitiert, viele ambulante Stottertherapien könnten nicht mehr abgerechnet werden und die ambulante Stottertherapie würde eingeschränkt. Die Vertretenden baten den G-BA um Klärung des Sachverhaltes und Prüfung der Konformität der Durchführung dieser Therapieform mit der neuen Fassung der HeilM-RL.

Mit Beschluss des G-BA vom 17. Februar 2022 wurde hierzu ein Beratungsverfahren zur Überprüfung der HeilM-RL in Bezug auf die „Intensivierte Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)“ eingeleitet. Die nicht von der HeilM-RL umfassten multimodalen Therapiekonzepte (bspw. Beteiligung von kognitiver Verhaltenstherapie, Physiotherapie) waren nicht Gegenstand der Beratungen.

3. Methodisches Vorgehen

Vor dem Hintergrund der Beratungen zur „Intensivierten Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)“ sah die zuständige Arbeitsgruppe im Unterausschuss Veranlasste Leistungen die Notwendigkeit, weitere Informationen und Kenntnisse zu generieren, um die Beratungen zu o.g. Thematik führen zu können. Ergänzend wurde auch eine schriftliche Expertenbefragung durchgeführt.

Im Folgenden werden die im Verlauf des Beratungsverfahrens in Auftrag gegebenen Stellungnahmen der Fachberatung Medizin (FBMed) des G-BA vorgestellt sowie die durchgeführte Expertenbefragung abgebildet. Wesentlich für den Rechercheauftrag war, dass es sich um Studien handelt, die allein Sprechtherapie untersuchen und nicht noch weitere Therapiemaßnahmen (z. B. kognitive Verhaltenstherapie, Physiotherapie) im Sinne eines multimodalen Ansatzes beinhalten.

3.1 Recherchen und Ergebnisse der Fachberatung Medizin des G-BA

Die FBMed des G-BA führte umfangreiche Recherchen zur Intensiv- und Intervalltherapie sowie intensivierten Therapie im Heilmittelbereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSS-Therapie) durch, die sich wie folgt spezifizieren lassen:

- a) Intensiv- und Intervalltherapie im Rahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (24.01.2020)
- b) Intervall- und Intensivtherapien zur Behandlung von Redeflussstörungen: Darstellung formaler und inhaltlicher Aspekte (22.06.2020) inklusive Bewertung der therapeutischen Angebote durch die AG HeilM-RL (24.06.2020)
- c) Darstellung ausgewählter Angebote mit Intervall- und Intensivtherapie zur Behandlung von Redeflussstörungen (07.06.2021)
- d) Intensivierte Stottertherapie (30.08.2022)
- e) Literatur aus der Expertenbefragung zur Therapie von Redeflussstörungen in Form intensivierter Therapie oder Intensivtherapie (03.07.2023)

Nachstehend werden die Ergebnisse der Rechercheaufträge an die FBMed anhand ihrer Fragestellungen, dem methodischen Vorgehen sowie ihren Ergebnissen skizzierend dargestellt. Die jeweiligen ausführlichen Stellungnahmen werden in der Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet.

a) Ergebnisse der Recherche „Intensiv- und Intervalltherapie im Rahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ vom 24. Januar 2020

Die Fragestellung umfasste eine Hintergrundrecherche zur Intensiv- und Intervalltherapie für den Heilmittelbereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, die sich u.a. einer Definition und Inhalten des Therapieansatzes, behandelten Indikationen, Qualifikationen der Anwendenden sowie die Benennung von fachlichen Expertinnen und Experten für weitergehende Informationen widmete. Das methodische Vorgehen bestand, neben einer Aufführung von Informationen des GKV-SV zu den die Therapien durchführenden Berufsgruppen, aus einer systematischen Literaturrecherche nach wissenschaftlichen Publikationen sowie einer freien Internet-suche nach aktuellen deutschen und europäischen Leitlinien.

Im Ergebnis konnten die oben genannten Fragen anhand der bewerteten Referenzen beantwortet werden. Die Empfehlungen und Verträge nach §§ 124 und 125 SGB V enthielten die zur Durchführung der SSSS-Therapie zugelassenen Berufsgruppen.

Weiterhin werden die Faktoren der Therapieintensität erläutert, die sich mittels fünf Säulen darstellen lassen und maßgeblich das Therapieergebnis beeinflussen: die Therapieart, die Dosis, der Zeitraum, das Inter-Therapie-Intervall sowie das Shaping (Anpassung der Therapie an die Fortschritte der Patientin/des Patienten). Zudem wurden die folgenden Indikationen ermittelt, bei denen laut FBMed-Recherche eine Intensiv- und Intervalltherapie beschrieben wurde: Stottern/Redeflussstörungen, Idiopathisches Parkinson Syndrom und Aphasie.

b) Ergebnisse der Recherche „Intervall- und Intensivtherapien zur Behandlung von Redeflussstörungen: Darstellung formaler und inhaltlicher Aspekte“ vom 22. Juni 2020 sowie der „Bewertung der therapeutischen Angebote“ durch die AG HeilM-RL vom 24. Juni 2020

Dieser Auftrag an die FBMed umfasste eine Konkretisierung der ersten Hintergrundrecherche dahingehend, einen Überblick über bestehende Therapieformen bzgl. Redeflussstörungen (Stottern) zu erlangen. Diese sollten detaillierter dargestellt, Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Ansätze herausgearbeitet sowie auf Vorliegen eines multimodalen Therapiekonzepts geprüft werden. Die Darstellung der Therapieformen erfolgte anhand von Informationen auf den jeweiligen Internet-Präsenzen.

Im Ergebnis konnten, soweit verfügbar, ausführliche formale und inhaltliche Angaben zu zehn Therapieangeboten dargestellt werden:

- Bonner Stottertherapie,
- VIERMALFÜNF,
- Intensivmodifikation Stottern (IMS),
- Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS),
- Stärker als Stottern (SAS),
- Kasseler Stottertherapie (KST),
- Stottertherapie Hannover Modell,
- D.E.L.P.H.I.N-Therapie für Stotternde,
- Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth und
- Sprachheilzentrum Werscherberg.

Insgesamt kommen in den betrachteten Therapieangeboten methodisch vornehmlich der Fluency-Shaping-Ansatz (mit Hilfe verschiedener Techniken das Sprechen flüssiger gestalten)

und die Stottermodifikation nach Van Riper (Non-Avoidance - bewusster, angstfreier und ohne Begleitsymptome stottern) zum Einsatz; teilweise in Kombination.

Als Anhang finden sich Informationen über die Interdisziplinäre Vereinigung für Stottertherapeuten e.V. (ivs) und die Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (BVSS) als mögliche Verbände für weitergehende Expertise sowie deren Kontaktdaten.

c) Ergebnisse der Recherche „Darstellung ausgewählter Angebote mit Intervall- und Intensivtherapie zur Behandlung von Redeflussstörungen“ vom 07.06.2021

Bezugnehmend auf die vorangegangenen Recherchen vom 22. und 24. Juni 2020 widmete sich dieser Auftrag einer tiefergehenden Betrachtung der Behandlungskonzepte sowie der wissenschaftlichen Grundlage der Therapieansätze „Intensivmodifikation Stottern (IMS)“, „Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS)“ sowie „D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde“. Die Hintergründe des Auftrags sind die Beantwortung der Fragen nach der ambulanten Durchführbarkeit der Angebote sowie nach der Form der Therapie und der Art der Erbringung. Die FBMed führte hierzu Sichtungen der Webseiten, eine Handsuche nach Publikationen und Evaluationsberichten sowie Befragungen der jeweiligen Anbieterinnen und Anbieter durch.

Im Ergebnis werden die zum Zeitpunkt der Recherche verfügbaren Informationen der drei oben genannten Therapieansätze dargestellt. So konnte festgestellt werden, dass zum Zeitpunkt der Recherche nur die untersuchten Therapiekonzepte Intensivmodifikation Stottern (IMS) und die D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde mit relativ kleinen Teilnehmerzahlen (IMS: 6 bis 9 Patienten/Jahr; D.E.L.P.H.I.N.-Therapie: rechnerisch maximal 60 Patienten/Jahr) umgesetzt werden.

d) Ergebnisse der Recherche zur ambulanten „Intensivierten Stottertherapie“ vom 30.08.2022

Dieser Auftrag umfasst eine systematische Literaturrecherche zum Nutzen der ambulanten intensivierten Sprechtherapie vergleichend mit der zu dieser Zeit in der HeilM-RL bestehenden extensiven Therapie bei Redeflussstörungen (Stottern). Es wurde eine internationale Studienrecherche zu vergleichenden und nicht-vergleichenden Studien durchgeführt, eine Gegenüberstellung von Einzel- und Gruppentherapie vorgenommen sowie mögliche Expertinnen und Experten für weitere fachlich-wissenschaftliche Expertise identifiziert.

Im Ergebnis konnten trotz umfangreicher Recherchen keine auftragsrelevanten Publikationen identifiziert werden, die einen Vergleich zwischen ambulanter intensivierter und extensiver Sprechtherapie vornehmen. Es ließen sich jedoch einige Beispiele für die Umsetzung einer intensivierten Stottertherapie im nicht-ambulanten Bereich darstellen und Fragestellungen für die Einholung weiterführender Expertise ableiten.

e) Abgleich der „Literatur aus der Expertenbefragung zur Therapie von Redeflussstörungen in Form intensivierter Therapie oder Intensivtherapie“ vom 03.07.2023 mit den bisherigen Rechercheergebnissen der FBMed

Grundlage dieses Abgleiches sind die Antworten von der zur ergänzend im Zeitraum von Februar bis April 2023 durchgeführten Expertenbefragung ausgewählten Koordinatorin der S3-Leitlinie Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen, Frau Professorin Neumann (siehe Kapitel 3.2). Die Fragestellung adressiert eine Prüfung der von Frau Professorin Neumann angegebenen Literatur auf über die bisherigen Rechercheergebnisse der FBMed (Buchstaben a bis d) hinausgehende relevante Studien. Von Interesse waren alleinig

wissenschaftliche Studien, von denen sich Erkenntnisse zur intensivierten Sprechtherapie ableiten ließen. Die angegebenen Zitate wurden extrahiert, gescreent und auf ihre Relevanz für die vorliegende Fragestellung hin geprüft.

Im Ergebnis konnten keine weiteren, über die bisherigen Rechercheergebnisse der FBMed hinausgehenden relevanten Studien identifiziert werden. Somit konnten die adressierten Fragen nicht beantwortet werden.

3.2 Schriftliche Expertenbefragung

In der Stellungnahme der FBMed vom 30.08.2022 wurden neben einer systematischen Literaturrecherche mögliche Expertinnen und Experten für eine weiterführende fachlich-wissenschaftliche Expertise in Form einer zusätzlichen Befragung identifiziert.

Im Jahr 2023 wurde die Koordinatorin der S3-Leitlinie *Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen*, Frau Prof. Dr. med. Kathrin Neumann, aus dieser Auflistung ausgewählt und im schriftlichen Verfahren befragt. Das Ziel der Befragung der Expertin war, ergänzend zu den bereits durch die FBMed durchgeführten Stellungnahmen, weitere Erkenntnisse zu oben genannten Fragen generieren zu können.

Die Auswertung der Expertenbefragung lässt keine Aussage zur Gleichwertigkeit oder Überlegenheit einer intensivierten Sprechtherapie zu, die über die bereits jetzt schon im Rahmen der Regelversorgung möglichen Erbringung hinausginge. Von der Expertin wurde eine nachvollziehbare inhaltliche Differenzierung der aktuell nicht verbindlich definierten und uneinheitlich verwendeten Begrifflichkeiten „Intensivtherapie“ und „intensivierte Sprechtherapie“ dargestellt, an der sich der G-BA im Rahmen der Abgrenzung der einzelnen Therapiekonzepte unter 2. orientiert hat.

Nach den Ergebnissen der Expertenbefragung sind Behandlungen, die drei- bis fünfmal wöchentlich über mindestens 90 Minuten pro Behandlungstag durchgeführt werden, als intensiviert zu bezeichnen. Als „Intensivtherapie“ gelten laut Expertenbefragung Therapien, die über mindestens vier bis fünf Tage, mindestens sechs Stunden täglich stattfinden.

3.3 Projekt PMS KIDS

Der seit 2016 beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelte Innovationsausschuss hat den Auftrag, neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung ausgerichtet sind, zu fördern.

Im Rahmen dieser Förderung wurde das Versorgungsforschungsprojekt *PMS KIDS – Prospektive, multizentrische Studie zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapie nach dem Stottermodifikationsansatz KIDS* im Zeitraum von 1. Oktober 2018 bis 31. März 2022 durchgeführt. Hierbei handelt es sich um eine extensive und ausschließlich ambulant durchzuführende Therapieform. Das Ziel des Projektes war, die Wirksamkeit der Stottertherapie nach KIDS bei Grundschulkindern zwischen 7 und 11 Jahren zu evaluieren. Methodisch wurde eine multizentrische, randomisiert-kontrollierte Studie konzipiert und die Therapieergebnisse mittels OASES-S Fragebogen sowie diversen Sprechproben dokumentiert.

Im Ergebnis konnten bedeutsame kurzfristige Therapieeffekte nach 3 Monaten Stottertherapie nach KIDS nachgewiesen werden. Die 6 bis 12 Monate nach Therapiebeginn entstandenen

weiteren Verbesserungen seien nach Aussage des Forschungsteams aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe jedoch vorsichtig zu interpretieren.

Insgesamt wird eine ambulante Stottermodifikationstherapie nach KIDS für Kinder im Grundschulalter als gleichwertige Alternative zu Intensivtherapien in Gruppen empfohlen.

4. Eckpunkte der Entscheidung

Im Rahmen des Beratungsverfahrens wurde die Möglichkeit der Verordnung von Heilmitteln in Form einer intensivierten Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern) eingehend geprüft. Die Prüfung umfasste sowohl die Sichtung der aktuellen Evidenzlage als auch die Überprüfung formal-inhaltlicher Kriterien, ob eine intensivierte Sprechtherapie im ambulanten Versorgungsbereich ein Heilmittel gemäß § 32 SGB V darstellt und gemäß der geltenden Regelungen in der HeilM-RL durch zugelassene Heilmittelerbringer erbracht werden kann.

Angesichts fehlender Erkenntnisse zu einer intensivierten Sprechtherapie bei der Indikation Stottern in ausschließlich ambulantem Setting hat der G-BA umfangreiche Recherchen hierzu durchgeführt.

Dabei lag der Schwerpunkt darauf, die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen, die erforderliche Therapiedauer, -frequenz und -menge und die Notwendigkeit der Beteiligung weiterer Fachdisziplinen einer intensivierten Sprechtherapie sowie deren Umsetzbarkeit im ambulanten Setting zu evaluieren. Die angewandten, etablierten sprechtherapeutischen Behandlungsansätze (insbesondere Fluency Shaping und Stottermodifikation) waren dabei nicht Gegenstand der Recherche.

Um weitere Erkenntnisse zu gewinnen, wurde die Koordinatorin der S3-Leitlinie *Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen*, Frau Professorin Neumann, schriftlich befragt. Im Fokus der Expertenbefragung standen die Fragen, ob intensivierte Sprechtherapie im ambulanten Setting durchgeführt werden könnte und ob weitere therapeutische Maßnahmen bzw. weitere Fachdisziplinen (z. B. Psychologie, Psychotherapie, Physiotherapie, Pädagogik) in intensivierten Sprechtherapien einzubinden seien.

Um die von Frau Professorin Neumann angegebene Literatur angemessen zu würdigen, führte die FBMed eine weitere Prüfung der über die bisherigen Rechercheergebnisse hinausgehenden relevanten Studien durch.

Im Ergebnis führten die Recherchen der FBMed zu keinem ausreichenden Erkenntnisgewinn über die Gleichwertigkeit oder Überlegenheit einer intensivierten Sprechtherapie, die über die bereits jetzt schon im Rahmen der Regelversorgung mögliche Erbringung hinausginge. Weder die Befragung der Expertin noch die weitere Recherche der FBMed konnten ausreichende Hinweise für die Gleichwertigkeit oder Überlegenheit einer intensivierten Sprechtherapie liefern. Darüber hinaus konnten keine Informationen zu einer möglichen Umsetzung einer intensivierten Sprechtherapie in ausschließlich ambulantem Rahmen gefunden werden. Somit konnten im Ergebnis keine zusätzlichen Erkenntnisse gewonnen werden, die eine Änderung der HeilM-RL rechtfertigen würden.

Nach den Ergebnissen der Expertenbefragung sind Behandlungen, die drei- bis fünfmal wöchentlich über mindestens 90 Minuten pro Behandlungstag durchgeführt werden, als intensiviert zu bezeichnen (als „Intensivtherapie“ gelten laut Expertenbefragung Therapien, die über mindestens vier bis fünf Tage, mindestens sechs Stunden täglich stattfinden).

Gemäß HeilM-RL kann zur Therapie des Stotterns unter der Diagnosegruppe RE1 eine Einzeltherapie mit einer Behandlungszeit je Therapieeinheit von 30, 45 oder 60 Minuten oder eine Gruppentherapie mit einer Behandlungszeit von 45 oder 90 Minuten verordnet werden. Die Höchstmenge je Verordnung beträgt 10 Therapieeinheiten.

Nach der HeilM-RL können Einzel- und Gruppentherapie sowie die unterschiedlichen Behandlungszeiten seit dem 01.01.2021 zudem kombiniert werden (§ 12 Abs. 2). Durch diese noch relativ neue Kombinationsmöglichkeit von Einzel- und Gruppentherapien und verschiedenen Behandlungszeiten können Sprechtherapien auch in intensiverter Form noch zielgerichteter

eingesetzt werden. Als Therapiefrequenz wird eine Behandlung von ein- bis dreimal wöchentlich empfohlen. Sofern medizinisch erforderlich, besteht jedoch die Möglichkeit von dieser Frequenzempfehlung abzuweichen (§ 12 Abs. 1 Satz 4). Darüber hinaus kann in medizinisch begründeten Fällen eine Doppelbehandlung verordnet werden (§ 12 Abs. 8 Satz 4).

Durch diese Öffnungen besteht derzeit bereits die Möglichkeit einer Behandlungszeit je Tag von bis zu 120 Minuten als Einzeltherapie, oder bis zu 150 Minuten als eine Mischung aus Einzel- und Gruppentherapie oder von bis zu 180 Minuten als Gruppentherapie. Sofern die orientierende Behandlungsmenge von 50 Therapieeinheiten nicht ausreicht, können bei medizinisch begründetem Bedarf weitere Therapieeinheiten verordnet werden (§ 7 Abs. 4). Eine Genehmigung durch die Krankenkassen ist dafür nicht erforderlich.

Somit ist eine intensiviertere Form der Sprechtherapie, welche auch die Ergebnisse der Expertenbefragung berücksichtigt, bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern) nach der geltenden HeilM-RL verordnungsfähig und erbringbar.

Für Änderungen von Therapiedauer, -menge oder -frequenz über dieses Maß hinaus, insbesondere im Sinne sogenannter Intensivtherapien, ergibt sich auch unter Beachtung der derzeitigen Evidenzlage keine Grundlage. Diese Intensivtherapien werden bundesweit außerhalb der Heilmittelversorgung nach § 32 SGB V in Selektiv-, Direkt- oder Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vereinbart und können von Patientinnen und Patienten bei Zugehörigkeit der Krankenkasse in Anspruch genommen werden.

Diese Bewertung wird zusätzlich gestützt durch die Ergebnisse des kürzlich abgeschlossenen Innovationsfondprojekts PMS KIDS (Prospektive, multizentrische Studie zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapie nach dem Stottermodifikationsansatz KIDS). Das Projekt hat die Wirksamkeit ambulanter extensiver Stottertherapie auf Grundlage der geltenden HeilM-RL nach dem Stottermodifikationsverfahren bei Kindern im Grundschulalter nachgewiesen.

Zusammenfassend ist eine Änderung der HeilM-RL nach dem derzeitigen Stand der Erkenntnisse nicht geboten.

Eine erneute Befassung unter Berücksichtigung der bereits in der AG beratenen Inhalte ist nach Veröffentlichung der aktualisierten S3-Leitlinie Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen, welche nach Kenntnis der AG für das Jahr 2025 geplant ist, in Betracht zu ziehen.

5. Würdigung der Stellungnahmen

[Platzhalter]

6. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

7. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
17.02.2022	G-BA	Einleitung eines Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO): „Intensivierte Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)“
TT.MM.JJJJ	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ	UA VL	Mündliche Anhörung
TT.MM.JJJ	UA VL	Abschließende Würdigung der Stellungnahmen und Beratungen der Beschlussunterlagen
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den XX. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

IVS-GESCHÄFTSSTELLE • Nußbaumer Bungert 16,
51467 Bergisch Gladbach

Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA
Prof. Hecken
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

per E-Mail am 10. November 2023 an
heilmittel@g-ba.de

10. November 2023

Stellungnahme zum Wegfall der ambulanten Intensiv- Intervall-Gruppen-Therapieangebote

Sehr geehrte Damen und Herren,

bezugnehmend auf den Beschlussentwurf des G-BA vom 17.10.2023 nehmen wir nachfolgend Stellung. Unsere Stellungnahme gliedert sich in zwei Teile.

Teil 1 (hier nachfolgend) äußert grundsätzliche Gedanken zu der Vorgehensweise des G-BA und der daraus abgeleiteten Entscheidung.

Teil 2 nimmt Bezug zu konkreten Textstellen (siehe Tabelle) zu Ihrer Begründung (Tragende Gründe).

Ausgangssituation

Die Versorgungslage stotternder Menschen hat sich mit der Neuformulierung der Heilmittelrichtlinie 2021 verschlechtert und ist geradezu gefährdet:

- **Wartezeit:** Die Wartezeit bei auf Stottern spezialisierte Therapeuten beträgt (bei Nachmittagsplätzen) mind. 6 bis zu 12 Monate. Kinder/Jugendliche mit Nachmittagsunterricht, ebenso Erwachsene haben meist nur enge verfügbare Time Slots (ab ca. 16.00 – 18.00 Uhr). Hierfür einen freien Platz zu finden, ist äußerst schwierig, insbesondere in Zeiten des Fachkräftemangels.

Intensivierte Angebote zu Ferien- oder Wochenendzeiten können hier rein organisatorisch für Entlastung sorgen.

- **Verfügbare TherapeutInnen:** zahlreiche Eltern und stotternde Erwachsene aus ländlicher Region berichten, dass keine auf Stottern spezialisierte Therapeuten im Umkreis verfügbar sind.
- **Reduzierung des vorhandenen Therapieangebotes:** seit Jahrzehnten erprobte Intensiv-Intervall-Therapien vor allem auch für schwer stotternde Menschen sind nicht mehr durchführbar.
- **Stottern ist im Vorschulalter heilbar.** In der S3-Leitlinie Redeflussstörung (Neumann 2016) wird eine frühe Intervention zur Unterstützung einer Remission empfohlen. Durch ein Chronifizierung ist die Gefahr einer eingeschränkten Lebensqualität und Teilhabe stark erhöht, ebenso sind die damit verbundenen Folgekosten zu bedenken.
Jedoch: Es sind keine Therapieplätze bei auf frühkindliches Stottern spezialisierten Therapeuten direkt verfügbar. Wartezeiten zwischen 6 – 12 Monate sind kontraindiziert und erhöhen die Gefahr einer Chronifizierung.
- **Lösung:** In Randzeiten angebotene Intensiv-Intervall-Therapien verlagern für Kinder und Jugendliche im Schulalter sowie für Erwachsene Therapiemöglichkeiten und ergänzen das Behandlungsangebot.

Zusammenfassung Stellungnahme ivs

Mit der Entscheidung des G-BA werden vom Stottern stark betroffene gesetzlich Versicherte von weltweit klinisch erprobten und gut dokumentierten, leitliniengerechten Best-Practice-Konzepten der Intensiv-Intervall Therapie ausgeschlossen.

Der G-BA muss im Sinne der Patientenrechte (Anspruch auf eine sorgfältige und qualifizierte Behandlung) nachweisen, dass diese Therapieformen den extensiven oder intensivierten Therapieformaten unterlegen und damit auch für Spezialfälle nicht mehr erforderlich sind. Dieser Nachweis fehlt in den vorgelegten Tragenden Gründen.

Die hohe Diversität der Problemlagen bei Stottern erfordert ein breites und spezifisch begründetes Angebot an Therapiemöglichkeiten. Diese Forderung deckt sich auch mit den Empfehlungen der S3-Leitlinie Redeflussstörungen.

Die Tragenden Gründe des G-BA weisen bzgl. der Recherche zu den vorhandenen Stottertherapien und entspr. Evidenzen erhebliche Lücken auf.

Teil 1:

Die ivs hat mit großer Irritation die Entscheidung des G-BA zu Kenntnis genommen.

Der G-BA hat einen *Beschlussentwurf über eine Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierete Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)* vorgelegt.

Aus den vorliegenden Tragenden Gründen für diese Entscheidung entnehmen wir, dass per Definition nun zwischen intensivierter und Intensiv- Therapie unterschieden werden soll. Unser Anliegen, welches wir mit unserem Schreiben an den G-BA vorgetragen haben, bezieht sich explizit auf die Intensiv-Intervall-Therapie im Gruppenformat. Wir gehen davon aus, dass der vom G-BA vorgelegte Beschlussentwurf eigentlich eine *Nichtänderung bzgl. der Intensiv-Intervall-Therapie bei Stottern* meint.

Diese Entscheidung lässt sich weder aus klinischen, wissenschaftlichen, wirtschaftlichen oder berufspolitischen Gründen nachvollziehen.

Wir fordern den G-BA dringend auf, diesen Beschluss zu überdenken und eine Lösung zur weiteren Durchführbarkeit der Intensiv-Intervall-Therapie aufzuzeigen (s.u. Vorschlag für eine alternative Lösung).

Bei der Durchsicht der Tragenden Gründe wurde deutlich, dass die Dimension der anstehenden Entscheidung vom G-BA weder fachlich noch formal (Recherche) angemessen behandelt wurde.

Die den vorrangig von der G-BA - Beschlussfassung betroffenen Konzepten zugrunde liegende Methode (Modifikationsansatz nach Van Riper) ist in Deutschland Best Practice und seit Jahrzehnten weltweiter Therapiestandard. Das Intensiv-Intervall Gruppenangebot existiert seit Jahrzehnten (z.B. VIERMALFÜNF seit 1986; Stärker als Stottern seit 2002) und wurde von den GKV's erstatet.

Die Entscheidung des G-BA bezieht sich somit richtigerweise auf eine *Reduzierung* des vorhandenen Versorgungsangebotes im Bereich Stottern.

Dabei besteht wissenschaftlicher und klinischer Konsens über die Wirksamkeit von Gruppen- und Intensivtherapien. Eine Intensivtherapie von mindestens 100 Therapiestunden mit einem strukturierten Nachsorgekonzept wird von ExpertInnen als effektivstes Therapiekonzept betrachtet. Dem schließen sich an: Andrews et al. 1990, Boberg, Kully 1985, 1994, Guitar (ab Auflage 1991). Bloodstein et al. (2021) plädieren zwingend für eine idiografische Vorgehensweise. TherapeutInnen sollten ein breites Spektrum an Interventionen anerkennen, um individualisierte Behandlungen anzubieten. Eine gute Versorgung bedarf einer Vielfalt an Therapieangeboten. Diese Vielfalt ist nun mit der Entscheidung des G-BA stark gefährdet.

In der Entscheidung des G-BA wird den aktuellen Modellen und damit der Mehrdimensionalität des Stotterns keine Rechnung getragen (vgl. Modell von Packman und Attanasio (Packman 2012)).

Eine ausgeprägte Symptomatik mit hoher Stotterrate und hoher psychosozialer Belastung erfordert zwingend ein systematisches und intensives Vorgehen. Um die Konditionierungsprozesse zu unterbrechen, hat sich hierfür gerade das Intensiv-Intervall-Therapie Format bewährt.

Zudem gilt aus organisatorischer Perspektive zu berücksichtigen, dass in der extensiven ambulanten logopädischen Versorgung (meist 45 min) wesentliche Therapieinhalte wie In-Vivo-Übungen für schwer betroffene PatientInnen nur ungenügend umgesetzt werden können.

Außerdem haben sich in vivo Übungen in der Gruppe aufgrund der Synergieeffekte als sehr wirkungsvoll herausgestellt. In der ambulanten Therapie sind Gruppensettings kaum durchführbar (organisatorisch, zu wenig von Stottern betroffene Peer-Group-Mitglieder).

Strukturelle Aspekte

Spezialisierte Stottertherapien, wie sie bei schwerer Symptomatik i.d.R. erforderlich sind, sind in Deutschland aus nachvollziehbaren Gründen nicht flächendeckend vorhanden (siehe oben, Stichworte: lange Wartezeiten in logopädischen Praxen, Fachkräftemangel insbesondere bei auf Stottern spezialisierte TherapeutInnen).

Nach einer möglicherweise erfolglosen regional verfügbaren Therapie, sind überregional verfügbare auf Stottern spezialisierte Angebote für PatientInnen alternativlos. Gleiches gilt für erfolglose stationäre Intensivtherapie.

Aufgrund der erforderlichen Anreisezeiten und Kosten für die Unterkunft ist ein nur intensiviertes Angebot überregional nicht umsetzbar. Eine zeitliche Strukturierung von bspw. 4 x 90 min Gruppentherapie am Tag an 3-5 aufeinanderfolgenden Tagen hat sich in der Jugendlichen- und Erwachsenentherapie bewährt. Für Konzepte, die für Kinder in den Ferien angeboten werden, sind auch andere zeitliche Strukturierungen möglich. Über einen Jahreszeitraum betrachtet, sind die Therapieeinheiten mit einer extensiven / intensivierten ambulanten Therapie vergleichbar.

Analyse der vorhandenen Therapiekonzepte

Aus den Tragenden Gründen ist abzulesen, dass die IMS-Therapie im Intensivformat in die Recherche einbezogen wurde. Verwunderlich erscheint dabei, dass keine Würdigung der herausragenden Qualität des Konzeptes erfolgte. Die IMS verfügt sowohl über eine detaillierte Beschreibung der Vorgehensweise (Manual) als auch über einen Nachweis der Evidenz (Natke et al 2010), womit sie höchsten internationalen Maßstäben in der Stottertherapie entspricht. Die im deutschsprachigen verfügbaren anerkannten Therapieverfahren intensiver Therapien wurden zum Großteil nicht berücksichtigt (siehe Übersicht Kohmäscher & Primaßin 2023).

Nicht berücksichtigt wurde vom G-BA die VIERMALFÜNF Therapie. Sie gehört zu den Pionierleistungen in der modernen deutschen Stottertherapie und existiert seit 37 Jahren. Wie die IMS basiert sie auf dem Van Riper Konzept, mit den entsprechenden zeitgemäßen Anpassungen. Auch für die VIERMALFÜNF liegt der Nachweis der Evidenz in Form einer als Pilotstudie einzustufenden Untersuchung vor (Axt 2015).

Ebenfalls nicht berücksichtigt wurde das Konzept Stärker als Stottern. Auch hierfür liegt eine detaillierte Beschreibung der Vorgehensweise (Thum / Mayer, 2014) vor. Daten zur Evidenz des Intensiv-Gruppenformates befinden sich in Veröffentlichung durch Prof. Stefan Heim (Uniklinik RWTH Aachen). Ebenso gibt es in der S3-Leitlinie Redeflussstörungen hierzu Belege über vorhandene Studien des methodenkombinierten Ansatzes (Neumann et al. 2016, S. 101).

Alle o.g. Therapiekonzepte fallen unter die entsprechenden Empfehlungen in der S3-Leitlinie Redeflussstörungen.

Wirtschaftlichkeit

Die Intensiv-Intervall Therapie kann im Vergleich zur Regelversorgung bei schwer stotternden PatientInnen kosteneffizienter sein. Es werden kostengünstigere Gruppen-Therapie-Sätze abgerechnet. Strukturelle Vorteile (Gestaltung von In-Vivo-Einheiten, gruppentherapeutische Synergieeffekte etc.) erhöhen den Vorteil. Vergleichskalkulationen liegen der Bundesvereinigung Stottern und Selbsthilfe e.V. vor und sollten in den Diskussionsprozess des G-BA eingeflossen sein.

Vorschlag für eine alternative Regelung

Ausgangspunkt unseres Schreibens an den G-BA war, dass sich viele GKV mit Einführung der neuen HMRL in 2021 weigerten, die vormals als Verordnung außerhalb des Regelfalls möglichen Therapien per Einzelfallentscheidung weiterhin zu ermöglichen, da die die GKV keinen rechtlichen Spielraum über die HMRL hinaus erkennen konnten.

Lösung: Der G-BA verabschiedet eine Empfehlung, dass die GKV Intensiv-Intervall-Therapie per Einzelfallentscheidung weiterhin ermöglichen dürfen. Hierfür sind Rahmenempfehlungen zu formulieren:

- Verordnung durch den Arzt
- Festlegung max. Gesamtanzahl der Therapieeinheiten im Jahr
- Verrechnung der Frequenz im Intensivabschnitt mit der Null-Frequenz im therapiefreien Abschnitt, sodass keine Abweichung von der Heilmittelrichtlinie eintritt
- Festlegung der maximal möglichen Therapieeinheiten je Tag
- Begründung für Teilnahme an Intensiv-Intervall-Therapie durch PatientInnen / VorbehandlerInnen nach festzulegendem Schema
- einfache Prüfung durch die GKV nach Plausibilität (keine weiteren Gutachten etc.)

Die GKV erhalten nach den Therapieabschnitten einen ausführlichen Behandlungsbericht (Kopie des Berichtes an den behandelnden Arzt).

Die Genehmigung wird jeweils zeitnah für jeden Therapieabschnitt erteilt (analog zum vielfach erprobten Verfahren mit zahlreichen GKV).

Die ivs ist offen für gemeinsam zu erarbeitende Vorschläge, um:

- einen Standard für leitliniengerechte, evidenzbasierte Therapieformen festzulegen,
- Therapieergebnisse zu evaluieren (z.B. unter Leitung von Prof. Kohmäscher),
- idiografisch begründete Therapieangebote für GKV-Versicherte zu gewährleisten
- kosteneffiziente Rahmenbedingungen festzulegen

Wir hoffen auf eine eingehende Betrachtung unserer Stellungnahme durch den G-BA und eine lösungsorientierte Rückmeldung zur Aufrechterhaltung der bestehenden Versorgungslage stotternder PatientInnen.

Mit freundlichen Grüßen

Michael Decher
1.Vorsitzender



Robert Richter
Beisitzer Projekte



Literatur:

Andrews G, Guitar B, Howie P. Meta-analysis of the effects of stuttering treatment. J Speech Hear Disord 1980 Aug 1;45(3):287-307.

Axt, Juliane (2015): Evaluierung der VIERMALFÜNF Intensiven Intervall Therapie Stottern. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Slavistik und Sprechwissenschaft

Bloodstein, J., Ratner, N.B. & Brundage S.B. (2021). A handbook on stuttering. 7. Aufl. San Diego: Plural Publishing

Boberg, E., & Kully, D. (1985). *Comprehensive Stuttering Program*. San Diego: College-Hill Press.

Boberg, E., & Kully, D. (1994). Long-term results of an intensive treatment program for adults and adolescents who stutter. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 1050–1059.

Guitar B. *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

Euler et al (2014). The effectiveness of stuttering treatments in Germany. *Journal of fluency disorders* 39 (2014) 1-11

Kohmäscher, A. et al (2023). Effectiveness of Stuttering Modification Treatment in School-Age Children Who Stutter: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* (1-15)

Kohmäscher, A., Primaßin A. (2023). Stottern therapieren. Ein Ratgeber von Kindheit bis ins Erwachsenenalter. Köln: Demosthenes

Natke, U.; Alpermann, A.; Heil, W.; Kuckenberg, S.; Zückner, H. (2010). Langzeiteffekte der Intensiv-Modifikation Stottern (IMS). Sprache, Stimme, Gehör (03)

Neumann, K., Euler, H., Bosshardt, H., Cook, S., Sandrieser, P., Schneider, P., Sommer, M. & Thum, G. (2016). Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Refluxstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie, www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-013.html

Rosenberger S, Schulte K, Metten C. (2007). Stotterintensivtherapie Susanne Rosenberger: Erste Ergebnisse einer Evaluationsstudie. Forum Logopädie;21(2):20-5.

Thum, G; Mayer, I. (2014). Stottertherapie bei Kindern und Jugendlichen: Reinhardt Verlag

Von Tilling et al (2014). Kognitive Verhaltenstherapie des Stotterns. Verlag Kohlhammer. Stuttgart

Stellungnahme zur Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierete Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)

Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten ivs e.V.;		
Teil 2		
30.10.2023		
Textbezug	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
S.2; Pkt1. „Sie dient der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln.“	Der vorgelegte Entschlussentwurf entspricht nicht diesem Grundsatz und berücksichtigt nicht die aktuelle Versorgungslage stotternder PatientInnen.	Renommierete und klinisch erprobte, leitliniengerechte und kosteneffiziente Therapieformen werden gestrichen. Die Versorgungslage stotternder Patienten ist gefährdet.
S.4; 3.1. b) „Die Darstellung der Therapieformen erfolgte anhand von Informationen auf den jeweiligen Internet-Präsenzen.“	Die Recherche ist ungenügend. Es bedarf Expertenanhörungen unter Einbezug praktisch tätiger StottertherapeutInnen und/oder des dbs, dbl, ivs. Ebenso stehen zahlreiche Fachartikel zu den Therapieformen zur Verfügung.	Die Vorgehensweise erscheint vor dem Hintergrund der Bedeutung der daraus abgeleiteten Entscheidung als nicht angemessen.
S.5; 3.1. c) „Bezugnehmend auf die vorangegangenen Recherchen vom 22. und 24. Juni 2020 widmete sich dieser Auftrag einer tiefergehenden Betrachtung der Behandlungskonzepte sowie der wissenschaftlichen Grundlage der Therapieansätze „Intensivmodifikation Stottern (IMS)“, „Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS)“ sowie „D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde“.“	Mit welcher Begründung wurde die Suche / Bewertung auf nur wenige Therapiekonzepte eingeschränkt? Es bedarf einer Recherche und Bewertung anerkannter Verfahren (z.B. wie sie in der Broschüre „ <i>Stottertherapie intensiv</i> “ 2022, herausgegeben durch die BVSS e.V., gefördert durch den AOK-Bundesverband beschrieben werden).	Mit der vorgenommenen Eingrenzung und dem Verweis auf die geringen Fallzahlen wird das Problem im Ergebnis der Recherche lapidarisiert und die Versorgungslage stotternder Menschen stark gefährdet.

Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten ivs e.V.;

Teil 2

30.10.2023

<p>S.6; 3.2. „In der Stellungnahme der FBMed vom 30.08.2022 wurden neben einer systematischen Literaturrecherche mögliche Expertinnen und Experten für eine weiterführende fachlich-wissenschaftliche Expertise in Form einer zusätzlichen Befragung identifiziert.“</p>	<p>Weshalb erfolgte keine ExpertInnenanhörung praktisch tätiger StottertherapeutInnen? Wir fordern neben der akademisch-wissenschaftlichen Befragung eine Erweiterung auf Betroffene sowie klinisch erfahrene SpezialistInnen z.B. unter Einbezug der BVSS, des dbs, dbl und/oder der ivs.</p>	<p>Evidenzbasierte Medizin (EbM) bedarf der individuellen klinischen Expertise, bestmöglicher Evidenz und den Werten und Wünschen der PatientInnen (Sackett et al 1996). Der Entschlussentwurf wird diesen Anforderungen nicht gerecht.</p>
<p>S. 6; 3.2. „Die Auswertung der Expertenbefragung lässt keine Aussage zur Gleichwertigkeit oder Überlegenheit einer intensivierten Sprechtherapie zu, die über die bereits jetzt schon im Rahmen der Regelversorgung möglichen Erbringung hinausginge.“</p>	<p>Die Schlussfolgerung der Expertenbefragung des G-BA ist fachlich nicht nachvollziehbar. Stottertherapie ist komplex, es bedarf einer idiografischen Vorgehensweise nach den Grundsätzen der EbM (Gruppe vs. Einzel, extensiv vs. Intensiv) ggf. unter Anwendung eines clinical reasonig-Verfahrens. <i>Bloodstein et al. (2021)</i> plädieren zwingend für eine idiografische Vorgehensweise. Es bedarf ein breites therapeutisches Spektrum. Eine gute Versorgung bedarf einer Vielfalt an evidenzbasierter Therapieangeboten. Diese Vielfalt ist gefährdet. Wir plädieren für eine patientenorientierte Entscheidung. Der G-BA hat die Chance, dies in einem Verfahren</p>	<p>Hinweise zur Überlegenheit von Gruppen-Intensiv-Therapie (GIT) im Vergleich zur Einzeltherapie (ET): Vergleichende Studie zwischen ambulanter ET und intensivierter GT, die zu dem Ergebnis kommt, dass intensive Gruppentherapie retrospektiv deutlich bessere Ergebnisse zeigt. <i>„Die verfügbaren Vergleiche zeigten, dass Intensiv- oder Intervallbehandlungen extensiven Behandlungen überlegen sind und Gruppentherapien den Einzelsitzungen überlegen.“</i> Euler et al (2014)</p>

Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten ivs e.V.;		
Teil 2		
30.10.2023		
	unter Einbezug von ExpertInnengruppen zu steuern.	
S.6; 3.3. „Im Rahmen dieser Förderung wurde das Versorgungsforschungsprojekt <i>PMS KIDS – Prospektive, multizentrische Studie zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapie nach dem Stottermodifikationsansatz KIDS</i> im Zeitraum von 1. Oktober 2018 bis 31. März 2022 durchgeführt.“	Die ivs begrüßt die Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse ausdrücklich.	Die ivs war maßgebliche Unterstützerin bei der Initiative zu dieser Studie. Die Studie setzt aufgrund des innovativen Studiendesigns neue Maßstäbe in der Evaluation von Stottertherapie. Gleichzeitig wird durch die Studie deutlich, welcher Aufwand für eine aussagekräftige Evaluation von Stottertherapie erforderlich ist.
S.7; 3.3. „Insgesamt wird eine ambulante Stottermodifikationstherapie nach KIDS für Kinder im Grundschulalter als gleichwertige Alternative zu Intensivtherapien in Gruppen empfohlen.“	Hier wird im falschen Kontext zitiert bzw. die Aussage aus dem Abschlussbericht verkürzt.	Die Aussage im Bericht zur Studie bezieht sich auf eine durch die bisherige Fassung der S3-LL bevorzugte Empfehlung für den Fluency Shaping Ansatz insbesondere der Kasseler Stottertherapie (persönliche Mitteilung Prof. A. Kohmäscher am 23.10.23). Es besteht kein Zusammenhang zu den zur Disposition stehenden Intensiv-Intervall-Therapien für Jugendliche und Erwachsene. Zitat aus Abschlussbericht PMS KIDS: „Der Vergleich mit anderen Studien deutet darauf hin, dass eine ambulante, extensive Stottertherapie (nach KIDS) eine ähnliche Wirkung erzielen kann wie intensive Gruppentherapien nach dem Stottermodifikations- oder Fluency Shaping-Ansatz. In allen

Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten ivs e.V.;

Teil 2

30.10.2023

		Therapieansätzen und -formaten gibt es einen kleineren Anteil an <u>Kindern</u> , die nicht oder unzureichend von der Therapie profitieren, <u>was die Notwendigkeit verschiedener Behandlungsoptionen unterstreicht.</u> “
S.8; 4. „Im Ergebnis führten die Recherchen der FBMed zu keinem ausreichenden Erkenntnisgewinn über die Gleichwertigkeit oder Überlegenheit einer intensivierten Sprechtherapie, die über die bereits jetzt schon im Rahmen der Regelversorgung mögliche Erbringung hinausginge. Weder die Befragung der Expertin noch die weitere Recherche der FBMed konnten ausreichende Hinweise für die Gleichwertigkeit oder Überlegenheit einer intensivierten Sprechtherapie liefern.“	Die Fragestellung erscheint hier nicht richtig erfasst worden zu sein: die Fragestellung lautet, ob seit Jahrzehnten etablierte <i>Intensivtherapien im Intervallformat</i> weiterhin in der Regelversorgung möglich sind. Bei einer künftigen Abschaffung der Intensiv-Intervall-Therapie soll der G-BA bitte nachweisen, dass diese Formate nicht wirksam sind. Siehe auch Hinweise zu S. 6, 3.2, oben	Diese Recherche erscheint uns unzureichend, um als Begründung mit einer derartigen Tragweite zu dienen (siehe auch Teil 1 unseres Schreibens). Siehe Hinweise zu S. 6., 3.2, oben Die grundsätzliche Gewichtung zwischen Einzel-, Gruppen, Intensiv – Therapie ist auch im internationalen Maßstab kein Kriterium. Die hohe Diversität der Problemlagen bei stotternden PatientInnen erfordert angepasste und vielfältige Interventionen, d.h. auch zielgerichtete Konzepte.
S.8; Pkt. 4. „Nach der HeilM-RL können Einzel- und Gruppentherapie sowie die unterschiedlichen Behandlungszeiten seit dem 01.01.2021 zudem kombiniert werden (§ 12 Abs. 2). Durch diese noch relativ neue Kombinationsmöglichkeit von Einzel- und Gruppentherapien und verschiedenen Behandlungszeiten können	Wir begrüßen und unterstützen diesen Punkt. Die klinische Praxis zeigt, dass in logopädischer Ambulanz aufgrund der geringen Fallzahlen und aufgrund organisatorischer Hürden (Koordination von gemeinsamen Terminen) stabile und regelmäßige gruppentherapeutische Angebote (die gesamte Gruppe	

Teil 2

30.10.2023

<p>Sprechtherapien auch in intensivierter Form noch zielgerichteter eingesetzt werden.“</p>	<p>durchläuft einen gemeinsamen Prozess) nahezu ausgeschlossen sind.</p>	
<p>S.8.; Pkt. 4. „Durch diese Öffnungen besteht derzeit bereits die Möglichkeit einer Behandlungszeit je Tag von bis zu 120 Minuten als Einzeltherapie, oder bis zu 150 Minuten als eine Mischung aus Einzel- und Gruppentherapie oder von bis zu 180 Minuten als Gruppentherapie.“</p>	<p>Diese Zeitformate reichen für Intervall-Therapie nicht aus. Eine Erhöhung der Behandlungszeit auf 4-5 TE/Tag und Konzentration auf aufeinanderfolgenden Therapietagen ermöglicht z.B. auch auswärtigen PatientInnen die Teilnahme und trägt zur Wirtschaftlichkeit bei (wiederkehrende lange Fahrzeiten werden vermindert, Verdienstaussfall).</p> <p>Beispiel VIERMALFÜNF: Die gesamte Therapie würde von 23 Tagen in einem Jahreszeitraum auf 46 Tage verlängert. Die dadurch entstehenden Kosten für die PatientInnen und der Arbeitsausfall sind nicht wirtschaftlich vertretbar</p>	<p>Wir verweisen abermals auf die aktuelle Versorgungslage: bei auf Stottern spezialisierte TherapeutInnen bestehen sehr lange Wartezeiten, Therapieplätze sind u.a. auch aufgrund des Fachkräftemangels nicht verfügbar.</p> <p>Logopädische Praxen können aufgrund langer Wartelisten in der Regelversorgung maximal einen Therapieplatz pro Woche und Patient anbieten. Die gewünschte erhöhte Frequenz ist aktuell faktisch kaum durchzuführen, so wünschenswert sie ist.</p> <p>Zudem: schulpflichtige Kinder, Jugendliche sowie Erwachsene konkurrieren um kaum vorhandene freie Nachmittagsplätze.</p> <p>Nicht erwähnt wurden bisher Folgekosten, die bei akuten Störungsbildern aufgrund nicht vorhandener Therapieplätze nicht versorgt werden: frühkindliches Stottern mit dem Risiko einer Chronifizierung, neurologische Störungsbilder (Aphasien etc.), Störung der Sprachentwicklung.</p> <p>Konzentrierte Gruppentherapien in Randzeiten (Wochenende, Ferienzeiten etc.) schaffen Entlastung.</p>

Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten ivs e.V.;

Teil 2

30.10.2023

<p>S.8; Pkt.4 „Für Änderungen von Therapiedauer, -menge oder -frequenz über dieses Maß hinaus, insbesondere im Sinne sogenannter Intensivtherapien, ergibt sich auch unter Beachtung der derzeitigen Evidenzlage keine Grundlage.“</p>	<p>Die Schlussfolgerung des G-BA ist nicht nachvollziehbar. Siehe oben.</p>	<p>Siehe Vorschlag für eine Regelung für Intensiv-Intervall-Therapie im Teil 1.</p>
<p>S. 9; Pkt.4 „Diese Intensivtherapien werden bundesweit außerhalb der Heilmittelversorgung nach § 32 SGB V in Selektiv-, Direkt- oder Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vereinbart und können von Patientinnen und Patienten bei Zugehörigkeit der Krankenkasse in Anspruch genommen werden.“</p>	<p>Diese Aussage bezieht sich auf ein sehr spezielles Therapieverfahren und einen Anbieter (Fluency Shaping). Welche Lösung sieht der G-BA für PatientInnen vor, die aus verschiedenen Gründen nicht an einer Fluency Shaping Therapie teilnehmen können oder sich für andere Therapieverfahren (Modifikationsansatz) entscheiden? Was passiert mit PatientInnen, die von diesem Verfahren nicht profitieren konnten? Die Leistungserbringer sind offen für Gespräche mit VertreterInnen der GKV's über Selektiv- Direkt- und Einzelverträge. Bisher wurden die Gespräche seitens der GKV's stets abgelehnt. Eine vertragliche Grundlage würde für alle Beteiligten einen sicheren Rahmen erzeugen: - Evaluation: Regelung über Evaluation der Therapieergebnisse</p>	<p>Die Reduktion der Therapievelfalt auf eine „one-size-fits-all“ widerspricht dem Geist einer EbM (siehe Kommentar zu S. 6, 3.2. oben) und einer personalisierten Medizin. Nicht alle PatientInnen profitieren von einem Therapieverfahren gleich gut.</p>

Teil 2

30.10.2023

	<ul style="list-style-type: none"> - Therapiestandard: Sicherung anerkannter Therapiestandards (leitliniengerecht, EbM-orientiert), Abgrenzung zu unspezifischen und unseriösen Therapieverfahren - Wirtschaftlichkeit: kostensichere und effiziente Kalkulation der Therapiekosten unter definierten Rahmenbedingungen - Patientenorientiert: idiografische Vorgehensweise - Infrastruktur: Erhaltung der langjährigen, deutschlandweiten vielfältigen Infrastruktur sowie Entlastung logopädischer Praxen (siehe Warteliste etc.). 	
<p>S.9, Pkt. 4 „Eine erneute Befassung unter Berücksichtigung der bereits in der AG beratenen Inhalte ist nach Veröffentlichung der aktualisierten S3-Leitlinie Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen, welche nach Kenntnis der AG für das Jahr 2025 geplant ist, in Betracht zu ziehen.“</p>	<p>Dieser Vorschlag ist ernüchternd, was die Versorgungslage stotternder Patienten bis 2025 bzw. 2026 betrifft.</p> <p>Wie sollen stotternde Patienten inzwischen versorgt werden?</p> <p>Der Verweis auf eine Neuregelung der S3 LL kann daher von uns nicht als Lösung angesehen werden.</p>	<p>Der G-BA vergibt die Chance, bestehende Therapieverfahren wissenschaftlich zu begleiten. Es besteht die begründete Gefahr, dass die vorhandenen organisatorischen und fachlichen Grundlagen der zur Diskussion stehenden Intensiv-Intervall-Therapien dann nicht mehr verfügbar sein werden.</p> <p>Vision: Der G-BA hatte mit dem Forschungsprojekt zu KIDS einen entscheidenden Beitrag zur Versorgung stotternder Kinder geleistet. Nun besteht die große</p>

Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten ivs e.V.;

Teil 2

30.10.2023

Chance ein neues
Versorgungsforschungsprojekt
anzustoßen.

Stellungnahme zur Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierete Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	
13.11.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Der Beschlussentwurf und die tragenden Gründe verweisen zu Recht darauf, dass unter Ausnutzung aller Verordnungsoptionen der HeilM-RL bei medizinisch begründetem Bedarf eine intensivierete Form der Therapie des Stotterns grundsätzlich möglich ist. Dennoch bestehen große Verordnungshindernisse. Zu diesen und einigen Aussagen der tragenden Gründe nehmen wir daher wie folgt Stellung:	
Zu Punkt 3.1.c der tragenden Gründe	Die Zeitpunkte der Recherche (Juni 2020 und Juni 2021) lagen in der Corona-Pandemie. In diesen Jahren waren viele Therapieeinrichtungen geschlossen oder es konnten wegen der geltenden Coronaschutzverordnungen keine intensivierten Therapien angeboten werden. Zu den Recherchezeitpunkten konnten daher keine validen Informationen zur Angebotslage außerhalb der Pandemie getroffen werden. Dass es de facto nur Therapieangebote zur D.E.L.P.H.I.N.-Therapie und zur Intensivmodifikation Stottern gebe, kann nach Auslaufen der Pandemie-Beschränkungen nicht bestätigt werden.
Zu Punkt 3.2 der tragenden Gründe	Frau Prof. Neumann ist eine hervorragende und anerkannte Expertin, dennoch erscheint uns ihre Befragung als einzige Expertin nicht ausreichend. Frau Prof. Neumann hat sicher einen guten Überblick über die Evidenzlage, arbeitet aber unseres Wissens nach selbst nicht in der Stottertherapie. Die Befragung weiterer Expert:innen, z.B. aus der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten ivs oder der Bundesvereinigung Stottern und Selbsthilfe BVSS, wäre vermutlich sinnvoll gewesen, um ergänzend sowohl die praktischen und organisatorischen Bedingungen aufseiten der Therapieanbieter als auch die Interessen der Patient:innen besser berücksichtigen zu können.

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)

13.11.2023

Zu Punkt 4

Der Feststellung, dass unter Nutzung aller Optionen der HM-RL eine Verordnung intensivierter Therapie des Stotterns grundsätzlich möglich ist, schließen wir uns nur bedingt an.

Denn dabei handelt es sich um eine Option (Doppelbehandlung), die von den Verordnern nur im Ausnahmefall und nur nach erheblichem Informations- und Beratungsaufwand ausgeschöpft wird. Auch wenn rein rechnerisch die empfohlene Verordnungsmenge von 50 Therapieeinheiten für täglich 120-180 Minuten Therapie in zweiwöchigen Therapieangeboten ausreichen würde, so sind diese reinen Minutenzahlen nicht ausschlaggebend, um eine intensivierte Therapie auch durchführen zu können.

Hier bedarf es weiterer Klarstellung in der HeilM-RL und den tragenden Gründen:

Wie unter Punkt 2 (Hintergrund) der tragenden Gründe ausgeführt wird, ist die intensivierte Therapie nicht explizit in der HeilM-RL geregelt.

Es gibt vielmehr Regelungen, die die intensivierte Therapie erheblich erschweren, z.T. sogar praktisch unmöglich machen.

Problem :
Je Tag eine Behandlung

So legt § 12 Abs. 8 HeilM-RL den Grundsatz fest, dass je Tag nur eine Behandlung erbracht werden soll.

Diese Regelung verschließt einer intensivierten Therapie den Weg. Die unter Punkt 4 der tragenden Gründe aufgeführte Verordnungsmöglichkeit („je Tag von bis zu 120 Minuten als Einzeltherapie oder bis zu 150 Minuten als eine Mischung aus Einzel- und Gruppentherapie oder von bis zu 180 Minuten als Gruppentherapie“) führt nur zu einer Therapiemöglichkeit am Stück, da die vorgeschlagenen Nutzung der Doppelbehandlung nach dem Wortlaut des § 12 Abs. 8 Satz 4 („zusammenhängende Behandlung“) nur ein direktes Nacheinander ermöglicht, also keine Pausen zwischen den Therapieeinheiten zulässt, was aufgrund der nun einmal begrenzten Aufmerksamkeitsspanne

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)

13.11.2023

(gerade bei Kindern) bei den Patient:innen zu einer dem Therapieziel entgegenwirkenden Überforderung führen kann.

Hier muss die Möglichkeit gegeben sein, die Doppelbehandlungen auch mit angemessenen Pausen an einem Tag durchführen zu können.

§ 12 Abs. 8 ist zwar als Soll-Vorschrift formuliert, jedoch wird dies von Verordner:innen und auch von abrechnenden Kassen oft als Muss-Vorschrift verstanden.

Wir fordern daher eine Klarstellung durch den G-BA, dass bei einer intensivierten Therapie mit Doppelbehandlung zwischen den Behandlungseinheiten je Tag therapeutisch aber auch organisatorisch bedingte Pausen möglich sind, um eine im Einzelfall sinnvolle und zielführende Kombination von Einzel- und Gruppentherapien auch praktisch zu ermöglichen.

Dies sollte sich idealerweise in einer den § 12 Abs. 8 ergänzenden Formulierung erfolgen, zumindest aber in einem klarstellenden Hinweis in den tragenden Gründen.



Stellungnahme zur Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierete Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)

 <p>Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.</p>	
Holstenwall 12 20355 Hamburg www.dba-ev.de	
14.11.2023	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Beschlussentwurf Die HeilM-RL wird nicht geändert.</p> <p>Änderungsvorschlag: Die HeilM-RL wird hinsichtlich der Verordnungs- und Behandlungsmenge für Störungen des Redeflusses geändert.</p>	<p>Die erneute Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) nach Vorliegen einer aktualisierten S3-Leitlinie zu Redeflussstörungen ist zu begrüßen.</p> <p>Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion sollte der Blick auf die bereits heute bestehenden Möglichkeiten gerichtet werden, die Versorgung der Versicherten mit Sprechtherapie im Rahmen der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung weiter zu entwickeln:</p> <p>Dafür bietet die Systematik der HeilM-RL folgende Möglichkeit:</p> <p>Erweiterung der Höchstmenge auf 20 Einheiten je Verordnung sowie der orientierenden Behandlungsmenge auf 60 Einheiten.</p>
<p>III. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie</p> <p>3. Störungen des Redeflusses</p> <p>RE1 Störungen des Redeflusses Stottern</p> <p>Ergänzung: und RE2 Störungen des Redeflusses Poltern</p>	<p>Die HeilM-RL bietet zwar Kombinationsmöglichkeiten für Einzel- und Gruppentherapie, Therapiefrequenz und Doppelbehandlungen, doch erst die Erweiterung von Höchst- und Verordnungsmenge optimiert den Rahmen für eine effiziente und qualitätsgesicherte Durchführung der Behandlungsleistungen. Erst damit werden die in medizinisch begründeten Fällen möglichen Doppelbehandlungen (Tragende Gründe: 4. Eckpunkte der Entscheidung) sinnvoller Bestandteil der Therapie werden können.</p> <p>Ansonsten müsste bei einer 10er-Verordnung und einer Frequenz von dreimal wöchentlich die Anschlussverordnung spätestens nach 1 Woche und 2</p>



Deutscher Bundesverband der
Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.

Holstenwall 12
20355 Hamburg
www.dba-ev.de

14.11.2023

Verordnungsmengen

Höchstmenge je VO:

- bis zu 10x/VO

Änderungsvorschlag:

- bis zu **20**x/VO

Orientierende

Behandlungsmenge:

- bis zu 50 Einheiten

Änderungsvorschlag

- bis zu **60** Einheiten

Therapietagen vorliegen, um die Behandlung fortsetzen zu können. Eine medizinisch vernünftige und auch wirtschaftlich zweckmäßige Behandlungsplanung wird dadurch eher konterkariert und die therapeutischen Möglichkeiten der Doppelbehandlung gar nicht genutzt.

Aus demselben Grund sollte auch die orientierende Behandlungsmenge angepasst werden.

Das sollte jetzt erfolgen und nicht erst im Jahre 2025:

Diese Anpassung unterstützt die Entbürokratisierung, Entlastung der Arztpraxen wie der Versicherten und die Kontinuität der Behandlung im Sinne der HeiIM-RL.

Stellungnahme zur Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierete Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)



14.11.2023

Vorbemerkung

Vom Grundsatz her erlaubt die HeilM-RL eine intensivierete Sprechtherapie bei der Indikation „Störung des Redeflusses“ (Stottern), allerdings ist die Umsetzung aufgrund der erforderlichen Absprache zwischen ärztlichen und logopädischen Praxen aufwändig für beide Seiten.

Vor dem Hintergrund der Überlastung ärztlicher Praxen, mit Blick auf einen möglichst gering zu haltenden, bürokratischen Aufwand, und mit Blick auf die Kosten und somit niederschwelliger Versorgungsmöglichkeiten schlagen wir geringfügige Änderungen in der HeilM-RL wie folgt vor:

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 12 Abs. (8)</p> <p>4 In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden; <i>in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie kann die Therapeutin/der Therapeut über mögliche Doppelbehandlungen im Rahmen von intensivierten Therapien bei den Diagnosen Stottern/ Redeflussstörungen, Idiopathischem Parkinson Syndrom und Aphasie entscheiden; nach Information an die Verordnerin/ an den Verordner. Die Doppelbehandlung ist auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.</i></p>	<p>In den Tragenden Gründen zum Beschluss werden u.a. die Sätze 2 und 3 aus § 12 (2) HeilM-RL zitiert:</p> <p><i>2 In der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können maximal drei verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen miteinander kombiniert werden. 3 Die Aufteilung der Verordnungseinheiten ist auf einem Verordnungsvordruck zu spezifizieren.</i></p> <p>Behandelnde Ärztinnen und Ärzte werden kaum in der Lage sein, entsprechend passgenaue Verordnungen ohne nachfolgenden Änderungsbedarf auszustellen:</p> <p>Die Verordnungen müssen nicht nur den individuellen Bedarfen der Betroffenen, sondern auch den zeitlichen, räumlichen und personellen Ressourcen von logopädischen Praxen entsprechen.</p> <p>Um die Versorgung Betroffener unbürokratisch zu gewährleisten, sollte über die Sinnhaftigkeit und die Notwendigkeit einer Doppelbehandlung die Therapeutin / der Therapeut entscheiden können.</p> <p>Analog zur FBMed-Recherche, zitiert in „Tragende Gründen zum Beschluss“ auf Seite 4 unter Abschnitt a),</p>

14.11.2023

	<p>letzter Absatz, sollte sich die Änderung nicht nur auf eine intensiviertere Therapie von Stottern/Redeflussstörungen“ beziehen, sondern sich auch auf Therapien bei „Idiopathisches Parkinson Syndrom“ und „Aphasie“ anwenden lassen.</p> <p>Eine entsprechende Änderung würde auch hier zur zeitlichen Entlastung der beteiligten ärztlichen und logopädischen Praxen beitragen.</p>
<p>§ 16 Absatz (6)</p> <p>2 Kommt die Therapeutin oder der Therapeut im Laufe der Therapie zu der Einschätzung, dass anstatt der verordneten Einzeltherapien einzelne Behandlungseinheiten in Form von Gruppentherapien durchgeführt werden sollten, ist dies nach Zustimmung der Versicherten oder des Versicherten im Einvernehmen mit und nach Information an der die Verordnerin oder dem Verordner möglich.</p> <p>3 Die einvernehmliche Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.</p>	<p>Eine Änderung der Heilm-RL § 16 Absatz (6) der Sätze 2 und 3 wie vorgeschlagen – Information anstatt Herstellung eines Einvernehmens zwischen Verordnerin oder Verordner und Therapeutin oder Therapeut – würde eine bürokratische Entlastung sowohl für die ärztlichen als auch die logopädischen Praxen darstellen.</p> <p>Zudem ist allein aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes nicht nachvollziehbar, warum die Änderung von Einzel- in die kostengünstigere Gruppentherapie ein Einvernehmen erfordert, während bei einem Wechsel von Gruppentherapie in die teurere Einzeltherapie eine Information an die verordnende Arztpraxis genügt.</p> <p><i>§ 10 Einzelbehandlung, Gruppenbehandlung der Heilm-RL sieht entsprechend vor:</i></p> <p><i>1 Heilmittel können, sofern in den Abschnitten D bis H nichts anderes bestimmt ist, als Einzel- oder Gruppentherapie verordnet werden. 2 Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppenspezifischer gewünschter Effekte oder <u>im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes Gruppentherapie zu verordnen.</u></i></p> <p>Entsprechend wäre eine Änderung der Anlage 3 zur Heilm-RL erforderlich.</p>

14.11.2023

Anlage 3 f.
Heilmittel gemäß dem Katalog
bei Änderung von Einzel- auf
Gruppentherapie § 16 Absatz 6 Satz 2
Änderung ~~nur im Einvernehmen mit~~
nach Information an Verordner ohne
erneute Unterschrift des Verordners

**Erforderliche Anpassung infolge der vorgeschlagenen
Änderung in § 16 (6)**

Im Heilmittelkatalog sollte unter 3. *Störungen des Redeflusses* in der Spalte
Verordnungsmengen - weitere Hinweise ein Hinweis auf die Möglichkeit der intensivierten
Therapie aufgenommen werden.

Gleiches sollte gelten für 2.4 *Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung* und
2.5 *Störungen der Sprechmotorik* für intensivierte Therapien bei „Idiopathisches Parkinson
Syndrom“ und „Aphasie“, analog zur FBMed-Recherche, zitiert in „Tragende Gründen zum
Beschluss“ auf Seite 4 unter Abschnitt a), letzter Absatz.

Wortprotokoll



Gemeinsamer
Bundesausschuss

einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierete Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)

Vom 19. Dezember 2023

Vorsitzende:	Frau Dr. Lelgemann
Beginn:	10:30 Uhr
Ende:	10:54 Uhr
Ort:	Gemeinsamer Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin (Hybridsitzung)

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Anhörung

Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten e. V. (ivs):

Herr Thum

Herr Richter

Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV), Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs):

Frau Weiffen

Frau Dr. Iven

Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen – Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba):

Frau Malzahn

Frau Härmens

LOGO Deutschland e. V. (LOGO):

Frau Sautter-Müller

Frau Remmert

Beginn der Anhörung: 10:30 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Einen schönen guten Morgen! Ich begrüße Sie im Namen des Unterausschusses Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur mündlichen Anhörung zu unserer Heilmittel-Richtlinie. Thema: Intensivierte Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses.

Mein Name ist Lelgemann. Ich bin die Vorsitzende dieses Unterausschusses und habe deswegen die Ehre, heute diese Anhörung durchführen zu dürfen. Jetzt schaue ich zunächst einmal, wer von unseren angemeldeten Expertinnen und Experten schon da ist. Und zwar suche ich Herrn Thum und Herrn Richter für die Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten. Sind Sie da, und können Sie uns hören?

Herr Richter (ivs): Ich kann Sie hören und sehen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Sehr schön. Herr Thum hat den Daumen hochgehalten. Einen schönen guten Morgen an Sie beide.

Für den Spitzenverband der Heilmittelverbände suche ich Frau Weiffen und Frau Dr. Iven. Es wäre nett, wenn Sie „piep“ sagen. Dann weiß ich nämlich auch gleich, dass alles funktioniert.

Frau Weiffen (SHV, dbs): Piep! Weiffen für den SHV.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Sehr schön. Guten Morgen!

Frau Dr. Iven (SHV, dbs): Claudia Iven vom dbs und auch für die SHV.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Danke schön. – Für den Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen – Landesvereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V., und zwar Frau Malzahn und Frau Härmens.

Frau Malzahn (dba): Sie haben es wieder fast richtig. Das ist keine Landesvereinigung, sondern eine Lehrervereinigung. Es reicht uns, wenn Sie in Zukunft Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen sagen. Denn alle wissen, was danach kommt.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Das ist schon kompliziert genug, um ehrlich zu sein. Einen schönen guten Morgen!

Frau Malzahn (dba): Guten Morgen auch Ihnen!

Frau Härmens (dba): Guten Morgen! Ich bin auch da.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Sehr schön. Dann LOGO Deutschland e. V., SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. – Frau Christiane Sauter-Müller und Herr Remmert.

Frau Sautter-Müller (LOGO): Also: Frau Remmert und Frau Sautter-Müller. Aber nicht SHV, sondern nur LOGO Deutschland.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Das hatten wir auch schon mal. Das ist ein chronischer Fehler, der sich, glaube ich, irgendwie durchschleppt.

Frau Sautter-Müller (LOGO): Wir würden gerne die Spitzenvertretung für alle Heilmittel übernehmen. Aber ich glaube, damit sind andere nicht einverstanden.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Also, dann spreche ich nur von LOGO Deutschland e. V. Ist das in Ordnung? Und da haben wir einmal Frau Diethild Remmert und Frau Christiane Sautter-Müller.

Frau Sautter-Müller (LOGO): Genau! Das ist richtig.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Und Sie sind Frau Sautter-Müller?

Frau Sautter-Müller (LOGO): Ich bin Frau Sautter-Müller, genau. Frau Remmert habe ich auch schon gesehen. Aber ich vermute, jeder hat eine andere Ansicht.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Jetzt müsste Frau Remmert auch noch „piep“ sagen.

Frau Remmert (LOGO): Guten Morgen, ich bin auch da. Bei mir oben links, bei Ihnen wahrscheinlich irgendwo anders.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Ja, genau! Jetzt können wir Sie auch verstehen. Vielen Dank.

Jetzt habe ich noch ein paar Vorbemerkungen, bevor wir mit der Anhörung beginnen: Zunächst einmal vielen Dank für Ihre schriftlichen Stellungnahmen, die zum Teil sehr umfangreich sind. Ich kann Ihnen versichern, dass wir diese gelesen und auch schon in großen Teilen gewürdigt haben. Vielen Dank dafür. Vielen Dank auch, dass Sie heute noch mal an der mündlichen Anhörung teilnehmen.

Nach dieser Vorrede habe ich die Bitte, dass Sie sich auf wesentliche Punkte konzentrieren, weil wir, wie gesagt, Ihre schriftlichen Stellungnahmen schon zur Kenntnis genommen haben. Ansonsten mache ich Sie darauf aufmerksam, dass wir von dieser Anhörung eine Aufzeichnung erstellen, um hinterher ein Wortprotokoll erzeugen zu können, welches auch veröffentlicht wird. Ich gehe davon aus, dass Sie damit einverstanden sind.

Ich werde Ihnen gleich nacheinander jeweils die Gelegenheit für ein kurzes Statement geben. Wenn Sie darüber hinaus Wortmeldungen haben, würde ich Sie bitten, dass Sie sich kurz im Chat melden, gerne mit einem kleinen Kreuzchen. Dann sehen wir das hier am allerbesten. Das mit dem Handheben ist immer so ein bisschen ungewiss. Deswegen ist die Meldung über den Chat der sicherste Weg.

Gut. Dann fangen wir mit dem Spitzenverband der Heilmittelverbände an. Entweder mit Frau Weiffen oder Frau Iven. Wer auch immer beginnen möchte.

Frau Weiffen (SHV, dbs): Ich möchte mich erst einmal ganz herzlich dafür bedanken, dass wir die Möglichkeit haben, hier Stellung zu nehmen, und auch dafür bedanken, dass Sie bereits in Ihrem Entwurf und in den Eckpunkten darlegt haben, welche Förderungsmöglichkeiten schon jetzt bestehen. Denn das ist eigentlich oft das Problem in der Praxis, dass die Möglichkeiten zwar in der Theorie vorhanden sind und wären, aber in der Praxis das Ganze nicht ankommt. Von daher finden wir es ganz wichtig, dass Sie es jetzt aufgegriffen haben.

Wir sehen aber noch Intensivierungsbedarf. Denn diese Verordnungsmöglichkeiten, die Sie aufzeigen, nämlich dass es Kombinationsmöglichkeiten von Gruppen- und Einzeltherapie gibt, sind in der Praxis sowohl bei Verordnerinnen und Verordnern nicht ausreichend bekannt und werden nicht genutzt, weil es auch immer wieder Abrechnungsschwierigkeiten genau in diesem Bereich gibt, sodass die theoretische Möglichkeit ganz oft ins Leere läuft. Es ist uns ganz wichtig, dass das hier Berücksichtigung findet und auch gerne in Ihrem Beschluss zum

Tragen kommt, dass hervorgehoben wird, dass diese Möglichkeiten gegeben sind. – Vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Ich habe noch eine Bitte: Ich bitte alle, die gerade nicht sprechen – das bezieht sich jetzt konkret auch auf Herrn Richter – ihre Mikrofone auszustellen, weil wir sonst so komische Rückkopplungseffekte hier haben. Vielen Dank dafür.

Vielen Dank, Frau Weiffen, wir konnten Sie dennoch gut verstehen. Frau Dr. Iven, haben Sie Ergänzungsbedarf?

Frau Dr. Iven (SHV, dbs): Im Moment nicht. Ich würde mich gerne, wenn es um inhaltliche Fragen geht, auch noch weiter einmischen. Für die Verordnungsfragen und die rechtlichen Aspekte ist Frau Weiffen die perfekte Ansprechpartnerin. – Danke sehr.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Ich würde jetzt an die Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten weitergeben, und zwar entweder an Herrn Thum oder Herrn Richter.

Herr Richter (ivs): Ich kann gerne anfangen. – Eine Bemerkung noch: Sie hatten gesagt, dass es um die intensivierete Stottertherapie geht. Wir hatten in unserer Stellungnahme klargestellt, dass es eigentlich um die Intensivtherapie geht. Sie hatten in Ihren Tragenden Gründen einen Versuch einer Definition gemacht. Die intensivierete Stottertherapie ist jetzt schon möglich, nachdem, was eben auch mit diesen vielen Kombinationsmöglichkeiten gesagt wurde. Aber hier geht es explizit nur um die Intensivtherapie. Das heißt also, mehr als zwei Einheiten pro Tag. Sodass diese Modelle, die es da schon seit Jahrzehnten gibt, weitergeführt werden können.

Letztlich die Notwendigkeit dieser Modelle, die es gab und die jetzt leider nicht mehr praktiziert werden können, ergibt sich daraus, dass die Patienten für einen relativ kurzen Zeitraum – fünf Tage, vielleicht ein bisschen mehr – aus dem häuslichen Alltag heraus sind; intensiv den ganzen Tag sich mit Therapie beschäftigen und dann wieder in den Transfer gehen und ein therapiefreies Intervall stattfindet. Das ist eigentlich der Punkt, um den es nur geht; der Rest ist eigentlich unwichtig. Für diese Modelle gibt es Evidenzbelege. Es ist für uns nach wie vor nicht schlüssig, warum das jetzt abgeschafft werden soll. – Danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Richter. Haben Sie Ergänzungen, Herr Thum?

Herr Thum (ivs): Ich möchte auf einen Punkt noch mal sehr deutlich hinweisen: Wir haben in den Praxen – ich bin selbst als auf Stottern spezialisierter Therapeut tätig, ambulant und intensiv – Wartezeiten bei spezialisierten Stottertherapeut:innen und Kolleg:innen – da gibt es Spezialisierungen, was auch Sinn macht – von zum Teil mehr als einem Jahr. Die Bundesverbände haben da vielleicht Zahlen; vielleicht haben die Krankenkassen auch Zahlen über Wartelisten. Es ist unglaublich. Händeringend suchen Patient:innen Therapieplätze, die wir nicht haben. Wir haben Therapieangebote und -möglichkeiten seit 20 Jahren. Wir arbeiten evidenzbasiert; wir arbeiten leitliniengerecht. Wir sind der Überzeugung – das haben wir dargelegt –, dass wir auch unter dem Kostenaspekt deutlich günstiger arbeiten können als maßlos endlose, ambulante wöchentliche Therapien. – Die machen auch Sinn, das ist ganz richtig. – Das wird nach unserer Ansicht alles nicht gewürdigt. Es wurde weder wissenschaftlich noch systematisch genau untersucht.

Nicht nur wir, auch Patient:innen – und im Übrigen den Punkt will ich noch deutlich ergänzen – auch Patientenvertreter:innen seitens der BVSS [Anm. GS: Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e. V.] wünschen und fordern genau diese Therapiemaßnahmen, die tatsächlich – Robert Richter hat darauf hingewiesen – evidenzbasiert sind. Das ist der Goldstandard in der Stottertherapie, der in der ambulanten Therapie auch durchgeführt wird. Es wird so getan, als

ob wir hier etwas ganz Neues tun würden. Das tun wir nicht! Wir machen es eben nur intensiviert. Da sind wir uns alle nicht sicher, insbesondere auch die Patientenvertreter:innen, ob das so berücksichtigt wurde. Und das will ich hier noch mal mit diesen Worten deutlich zu bedenken geben. – Vielen Dank, auch für die Einladung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für die klaren Worte. – Dann übergebe ich jetzt an den Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen, Frau Malzahn oder Frau Härmens.

Frau Malzahn (dba): Vielen Dank. (TONSTÖRUNG)

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Frau Malzahn, wir können Sie nicht hören, weil es so abgehakt ist. Ich kann Ihnen einen Tipp geben: Versuchen Sie mal Ihr Video auszuschalten. Manchmal wird dann die Tonqualität besser. Denn es klang ein bisschen nach schlechter Leitung. Versuchen Sie es noch einmal, Frau Malzahn? – Wir hören Sie leider gar nicht mehr.

Frau Härmens vielleicht können Sie erst einmal einspringen? – Vielleicht kann jemand Frau Malzahn mitteilen, dass sie sich noch einmal einwählt.

Frau Härmens (dba): Wie wir in der Stellungnahme auch schon ausgeführt haben, sind wir dafür, damit eine intensivere Therapie möglich ist, die Erweiterung der Höchstmenge auf 20 Einheiten und auch die orientierende Behandlungsmenge auf 60 Einheiten zu erhöhen. Wenn man die vorhandenen Möglichkeiten der Doppelbehandlung und der Intensiveinheiten dreimal pro Woche nutzen sollte, würde auch eine gewisse Planungssicherheit für den Therapeuten bestehen, sodass nicht schon nach anderthalb Wochen mit der Therapie Schluss wäre und der Patient sich wieder eine neue Verordnung besorgen müsste. Deswegen macht es aus unserer Sicht Sinn, damit es einfach mehr Planungssicherheit für den Therapeuten gibt, mehr Ruhe für den Patienten, dass auch die Arztpraxen weniger Verwaltungsaufwand haben. Deshalb finden wir es sinnig, die Verordnungsmenge zu erhöhen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Frau Malzahn, können Sie uns wieder hören? – Sie kann uns nicht hören.

Dann mach ich erst einmal weiter mit LOGO Deutschland e. V., entweder Frau Sautter-Müller oder Frau Remmert.

Frau Sautter-Müller (LOGO): Ich verweise zunächst natürlich auch auf unsere schriftliche Stellungnahme.

Wie Frau Weiffen eingangs bemerkt hat, gibt es natürlich bereits Möglichkeiten einer intensivierten Behandlung – ich spreche jetzt nicht von Intensivtherapien, sondern von intensivierter Therapien –, die aber aufgrund bürokratischer Hürden quasi nicht umsetzbar sind. Wir haben sehr konkrete Vorschläge gemacht, wie die bürokratischen Hürden vermindert werden können, beispielsweise dass Therapeuten eigenständig über Doppelbehandlungen entscheiden können und dass auch der Wechsel von Einzel- zu Gruppentherapie ohne Einvernehmen des Arztes vonstattengehen kann.

Die Heilmittel-Richtlinie insgesamt ist da auch bereits – ich nenne es jetzt einmal widersprüchlich. Die Gruppentherapie wird als das gewünschte therapeutische Mittel genannt, dass aus wirtschaftlichen Gründen und wegen der gruppodynamischen Effekte vorzuziehen sei. Gleichzeitig werden aber Hürden aufgebaut wie mit Einvernehmen des Arztes beim Wechsel, während der Wechsel umgekehrt nur einer Information bedarf. Da würden wir eine Abänderung der Heilmittel-Richtlinie und auch der Anlage 3 anregen. Davon würden dann nicht nur Stotternde profitieren, sondern auch Patienten mit beispielsweise Aphasien oder Parkinson-Syndrom.

Die Idee des G-BA, die von Frau Härmens vorgetragen wurde, auch hier sozusagen die Anzahl der Einheiten pro Verordnung zu erhöhen, würde auch einen entbürokratisierenden und damit auch erst einmal ermöglichenden Effekt erzeugen.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Gibt es Ergänzungsbedarf seitens LOGO Deutschland e. V.?

Frau Sautter-Müller (LOGO): Vielleicht darf ich kurz ergänzen: Intensivierte Therapien wären dann beispielsweise bei Doppelbehandlung in der Gruppe je 90 Minuten möglich. Das wären dann immerhin vier Einheiten. Wichtig ist eben, dass der Therapeut das möglichst ohne langwierige Rücksprachen und Änderungen mit den Arztpraxen durchführen kann.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Frau Remmert, haben Sie Ergänzungen?

Frau Remmert (LOGO): Über die Blankoverordnungen ließen sich viele Probleme lösen. Aber die haben wir halt noch nicht.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Jetzt noch einmal die Chance für Frau Malzahn.

Frau Malzahn (dba): Herzlichen Dank. Können Sie mich jetzt hören?

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Ja, wir können Sie gut hören.

Frau Malzahn (dba): Wunderbar! – Ich habe zwar nicht gehört, was Frau Härmens gesagt hat, aber ich vermute mal, dass sie ausreichend mündlich Stellung genommen hat. Insofern möchte ich das jetzt nicht weiter ergänzen.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Malzahn. – Gibt es aus dem der Kreis der Expertinnen und Experten Ergänzungsbedarf? – Herr Thum, bitte.

Herr Thum (ivs): Ich wollte gerne nach vorne schauen und eine Lösung anbieten: So, wie wir es seitens der ivs oder auch der BVSS – da bin ich auch Mitglied –, also der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe, begriffen haben, bestehen auch Bedenken, dass es zusätzliche Kosten verursachen wird.

Ich würde gerne noch einen Impuls mit einbringen: Wir sind sehr offen dafür, dass wir vielleicht auch mit Unterstützung des G-BA – denn wir als einfache Sprachtherapeut:innen können das alleine gar nicht stemmen – Pilotstudien starten lassen, wo das, was bereits als Goldstandard jetzt schon läuft, wissenschaftlich begleitet wird; dass man es über einen Zeitraum begrenzt; dass man nicht nur der Therapieform, sondern vor allen Dingen den nicht gut versorgten Patient:innen eine Chance gibt, diese Therapiemöglichkeiten anzuwenden und das wissenschaftlich zu begleiten. Und dann kann man sich nach zwei, drei Jahren das Ganze noch mal anschauen, um zu sehen, was dabei herauskommt. Das wäre ein Impuls, den wir gerne einbringen möchten.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Wobei wir hier jetzt nicht die richtigen Ansprechpartner sind. Ich traue mich jetzt kaum, die Partnerorganisation zu nennen, nämlich den Innovationsausschuss. Aber vielen Dank erst einmal für die Anregung.

Gibt es Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses an unsere zugeschalteten Expertinnen und Experten? – Bitte, die Patientenvertretung.

PatV: Wir können es als Patientenvertretung bestätigen, dass diese Intensivtherapien für stotternde Menschen ein wichtiges Angebot sind. Es war bis jetzt auch ein guter Teil der Versorgung und ist auch teilweise noch ein Teil der Versorgung beispielsweise durch die

Kasseler Stottertherapie, die aber außerhalb der Heilmittel-Richtlinie verordnet und finanziert wird.

Eine Frage in die Runde: Es kam jetzt schon mal in einer Nebenbemerkung, ob die Blankoverordnung eine Möglichkeit wäre, noch mehr in Richtung Intensivtherapie gehen zu können. Nach unseren Kenntnissen ist es in der Ergotherapie jetzt wohl kurz vor Abschluss der Verhandlung, dass die Blankoverordnung für Ergotherapie dann möglich ist. Die Logopädie soll wohl der nächste Bereich sein, der wird noch verhandelt. Wäre es möglich, eine einfachere Verordnungspraxis zu haben und auch eine variable Möglichkeit für Stottertherapeut:innen, damit umzugehen?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Wir haben noch einen Call-in-Benutzer. Wer könnte das sein? Wer ist per Telefon eingewählt?

GKV-SV: Ich bin vom GKV-Spitzenverband. Ich habe mich telefonisch eingewählt, weil leider die Videoverbindung nicht klappt.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ich habe Ihren Namen nicht verstanden, aber Ihre Kollegen kennen Sie?

GKV-SV: Ja, ja.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Alles gut. – Frau Sautter-Müller, bitte.

Frau Sautter-Müller (LOGO): Tatsächlich haben wir viele Probleme mit der Blankoverordnung gelöst. Wenn der Therapeut für den Zeitraum von 16 Wochen über die Art des Heilmittels, also bei der Logopädie dann eben Gruppe oder Einzel über Doppelbehandlung, ja oder nein, über die Dauer von 30, 45, 60 Minuten in der Einzelbehandlung oder 45, 90 Minuten in der Gruppenbehandlung entscheiden könnte, dann wäre zwar noch nicht das, was Herr Thum und Herr Richter als Intensivtherapie betrachten, aber es wäre unbürokratisch eine intensivierete Therapie über einen gewissen Zeitraum, maximal 16 Wochen, solange wäre eine Blankoverordnung gültig, möglich. Wobei in einer intensivierten Therapie natürlich ein 16-Wochen-Zeitraum eher nicht ausgeschöpft wird. Sondern es ist dann eine Woche, zwei Wochen super intensiv, dann wieder Therapiepausen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Ist die Frage ausreichend beantwortet, Patientenvertretung?

PatV: Ja. – Ich hätte noch eine Bemerkung zu Herrn Thum: Das Thema Gruppentherapie ist ja wirklich so ein Thema. In der Heilmittel-Richtlinie-Verordnung steht auch wirklich drin, dass Gruppentherapie eigentlich bevorzugt werden sollte. Wir haben uns gefreut, dass der Innovationsausschuss jetzt eine Ausschreibung für Forschungsprojekte zu Gruppentherapien gemacht hat. Warum werden die nicht so angewendet? Es sind nur 0,4 Prozent der Verordnungen. Wir würden uns freuen, wenn diese Intensivtherapien auch Betrachtung der Forschung wären und vielleicht auch ein Ergebnis herauskommen würde, was diese Wirksamkeit dieser Intensivtherapien bestätigen würde.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Aber ich glaube, das ist nichts, was wir jetzt hier im Unterausschuss beeinflussen können. – Gibt es weitere Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses? – Das scheint nicht der Fall zu sein.

Gibt es weitere Anmerkungen oder Ergänzungen Ihrerseits, die Sie uns zugeschaltet sind? – Das scheint auch nicht der Fall zu sein. Dann bedanke ich mich noch mal für die schriftlichen Stellungnahmen und für die Teilnahme an unserer mündlichen Anhörung. Ich wünsche Ihnen einen schönen Tag und eine schöne Weihnachtszeit. Kommen Sie gesund ins neue Jahr.

Schluss der Anhörung: 10:54 Uhr



Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Dr. Josephine Tautz
Ministerialrätin
Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungsprogramme
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in
der GKV"

HAUSANSCHRIFT	Glinkastraße 35, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT	11055 Berlin
TEL	+49 (0)30 18 441-4514
FAX	+49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL	213@bmg.bund.de
INTERNET	www.bundesgesundheitsministerium.de

Ausschließlich per Fax: 030 - 275838105

Berlin, 20. März 2024
AZ 213 – 21432 – 02

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 18. Januar 2024
hier: Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie:
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierete Sprechtherapie
bei der Indikation Störung des Redeflusses (Stottern)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 18. Januar 2024 über eine Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) wird nicht beanstandet.

Es wird auf Folgendes hingewiesen:

Es wird davon ausgegangen, dass sobald die S3-Leitlinie zu Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen aktualisiert und veröffentlicht ist, der G-BA gemäß 1. Kapitel § 7 Absatz 4 Verfahrensordnung i.V.m. § 4 Absatz 1 HeilM-RL das Beratungsverfahren erneut aufnimmt, um zu prüfen, ob die geltenden Regelungen im Heilmittelkatalog zu Störungen des Redeflusses (Stottern), dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und welche Auswirkungen die Regelungen auf die sprechtherapeutische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Redeflussstörungen (Stottern) haben.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der
Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierete
Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses
(Stottern)

Vom 18. Januar 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Januar 2024 folgenden Beschluss zu seiner Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) in der Fassung vom 19. Mai 2011 (BAnz. S. 2247), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 19. Januar 2023 (BAnz AT 11.04.2023 B1) geändert worden ist, gefasst:

Die HeilM-RL wird nicht geändert.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 18. Januar 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung
der Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierete
Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses
(Stottern)

Vom 18. Januar 2024

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Hintergrund	2
3.	Methodisches Vorgehen	3
3.1	Recherchen und Ergebnisse der Fachberatung Medizin des G-BA.....	3
3.2	Schriftliche Expertenbefragung.....	6
3.3	Projekt PMS KIDS.....	6
4.	Eckpunkte der Entscheidung	8
5.	Würdigung der Stellungnahmen	9
6.	Bürokratiekostenermittlung	9
7.	Verfahrensablauf	10

1. Rechtsgrundlage

Die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Sie dient der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung ergibt sich aus § 27 Absatz 1 Satz 1 und 2 Nummer 3 i. V. m. § 32 SGB V. In der HeilM-RL regelt der G-BA gemäß § 92 Absatz 6 Satz 1 SGB V u. a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

Nach 1. Kapitel § 7 Absatz 4 Verfahrensordnung soll der G-BA im Rahmen seiner Beobachtungspflichten überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen auf Überarbeitungsbedarfe nachgehen. Solche Hinweise können auch, wie im hier vorliegenden Fall, über Anschreiben aus der Versorgung beim G-BA eingehen.

2. Hintergrund

Zur Therapie von Redeflussstörungen (Stottern) sieht die HeilM-RL eine extensive ambulante Sprechtherapie in Einzel- oder Gruppentherapie vor (Diagnosegruppe RE1 Stottern). Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppenspezifischer Effekte oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes Gruppentherapie zu verordnen. Neben der Regelversorgung gemäß HeilM-RL existieren zur Behandlung des Stotterns verschiedene ambulant oder stationär angebotene Therapiekonzepte, für die es keine einheitlichen Begriffsdefinitionen und keine festgelegte Form der Erbringung gibt. Es existieren Therapiekonzepte, bei denen die Behandlung in Form sogenannter Intensivtherapien, teils als Intervalltherapie, erfolgt. Diesen Therapiekonzepten ist gemein, dass zum Teil ganztägige Behandlungen an mehreren Tagen pro Woche fester Bestandteil des jeweiligen Behandlungsprogramms sind, diese zumeist nicht ausschließlich ambulant erbracht werden und zum Teil über die Sprechtherapie hinausgehende therapeutische Maßnahmen beinhalten (sogenannte multimodale Therapiekonzepte). Diese Therapiekonzepte sind von der HeilM-RL nicht umfasst. Von diesen Therapiekonzepten und der extensiven ambulanten Sprechtherapie zu unterscheiden ist die sogenannte intensivierete Sprechtherapie mit ausschließlich erhöhter Behandlungsfrequenz in der Anwendung der Sprechtherapie. Diese ist nicht explizit in der HeilM-RL geregelt.

Vor dem Hintergrund der Auswertung der im Jahr 2018 eingegangenen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL – Überarbeitung des Heilmittelkataloges sowie den gesetzlichen Änderungen der §§ 32 Absatz 1b und 92 Absatz 6 Satz 1 SGB V im Rahmen des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) vom 06. Mai 2019 – wurde die HeilM-RL u.a. dahingehend geändert, dass der bisherige § 7 zu Verordnungen im Regelfall neu gefasst und der § 8 zu Verordnungen außerhalb des Regelfalls gestrichen wurde.

Im Oktober 2021 erreichten den G-BA unter anderem zwei Anschreiben aus der Versorgung (von der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. und der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten e.V.) mit Hinweisen, die „Abrechenbarkeit ambulanter intensiver Gruppenangebote in der Stottertherapie“ sei aufgrund dieser nunmehr geltenden Regelungen limitiert, viele ambulante Stottertherapien könnten insbesondere nicht mehr in Form von Verordnungen außerhalb des Regelfalls gemäß dem durch die Änderung der HeilM-RL gestrichenen § 8 HeilM-RL abgerechnet werden und die ambulante Stottertherapie würde eingeschränkt. Die Anfragenden baten den G-BA um Klärung des Sachverhaltes und Prüfung der Konformität der Durchführung dieser Therapieform mit der neuen Fassung der HeilM-RL.

Mit Beschluss des G-BA vom 17. Februar 2022 wurde ein Beratungsverfahren zur Überprüfung der HeilM-RL in Bezug auf die „Intensivierte Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)“ eingeleitet. Die nicht von der HeilM-RL umfassten multimodalen Therapiekonzepte (bspw. Sprechtherapie bei Beteiligung von kognitiver Verhaltenstherapie, Physiotherapie) waren nicht Gegenstand der Beratungen.

3. Methodisches Vorgehen

Vor dem Hintergrund der Beratungen zur „Intensivierten Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)“ sah die zuständige Arbeitsgruppe im Unterausschuss Veranlasste Leistungen die Notwendigkeit, weitere Informationen und Kenntnisse zu generieren, um die Beratungen zu o.g. Thematik führen zu können. Hierzu wurde insbesondere ergänzend eine schriftliche Expertenbefragung durchgeführt.

Im Folgenden werden die im Verlauf des Beratungsverfahrens in Auftrag gegebenen Stellungnahmen der Fachberatung Medizin (FBMed) des G-BA vorgestellt sowie die durchgeführte Expertenbefragung abgebildet. Wesentlich für die Rechercheaufträge war, dass es sich um Studien handelt, die allein Sprechtherapie untersuchen und nicht noch weitere Therapiemaßnahmen (z. B. kognitive Verhaltenstherapie, Physiotherapie) im Sinne eines multimodalen Ansatzes beinhalten.

3.1 Recherchen und Ergebnisse der Fachberatung Medizin des G-BA

Die FBMed des G-BA führte umfangreiche Recherchen zur Intensiv- und Intervalltherapie sowie zur intensivierten Therapie im Heilmittelbereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSS-Therapie) durch, die sich wie folgt spezifizieren lassen:

- a) Intensiv- und Intervalltherapie im Rahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (24.01.2020)
- b) Intervall- und Intensivtherapien zur Behandlung von Redeflussstörungen: Darstellung formaler und inhaltlicher Aspekte (22.06.2020) inklusive Bewertung der therapeutischen Angebote durch die AG HeilM-RL (24.06.2020)
- c) Darstellung ausgewählter Angebote mit Intervall- und Intensivtherapie zur Behandlung von Redeflussstörungen (07.06.2021)
- d) Intensivierte Stottertherapie (30.08.2022)
- e) Literatur aus der Expertenbefragung zur Therapie von Redeflussstörungen in Form intensivierter Therapie oder Intensivtherapie (03.07.2023)

Nachstehend werden die Ergebnisse der Rechercheaufträge an die FBMed anhand ihrer Fragestellungen, dem methodischen Vorgehen sowie ihren Ergebnissen skizzierend dargestellt. Die jeweiligen ausführlichen Stellungnahmen werden in der Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet.

a) Ergebnisse der Recherche „Intensiv- und Intervalltherapie im Rahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ vom 24. Januar 2020

Der Auftrag umfasste eine Hintergrundrecherche zur Intensiv- und Intervalltherapie für den Heilmittelbereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, die sich u.a. einer Definition und Inhalten des Therapieansatzes, behandelten Indikationen, Qualifikationen der Anwendenden sowie die Benennung von fachlichen Expertinnen und Experten für weitergehende Informationen widmete. Das methodische Vorgehen bestand, neben einer Aufführung von Informationen des GKV-SV zu den die Therapien durchführenden Berufsgruppen, aus einer systematischen Literaturrecherche nach wissenschaftlichen Publikationen sowie einer freien Internet-suche nach aktuellen deutschen und europäischen Leitlinien.

Im Ergebnis konnten die oben genannten Fragen anhand der bewerteten Referenzen beantwortet werden. Die Empfehlungen und Verträge nach §§ 124 und 125 SGB V enthielten die zur Durchführung der SSSS-Therapie zugelassenen Berufsgruppen.

Weiterhin werden die Faktoren der Therapieintensität erläutert, die sich mittels fünf Säulen darstellen lassen und maßgeblich das Therapieergebnis beeinflussen: die Therapieart, die Dosis, der Zeitraum, das Inter-Therapie-Intervall sowie das Shaping (Anpassung der Therapie an die Fortschritte der Patientin/des Patienten). Zudem wurden die folgenden Indikationen ermittelt, bei denen laut FBMed-Recherche eine Intensiv- und Intervalltherapie beschrieben wurde: Stottern/Redeflussstörungen, Idiopathisches Parkinson Syndrom und Aphasie.

b) Ergebnisse der Recherche „Intervall- und Intensivtherapien zur Behandlung von Redeflussstörungen: Darstellung formaler und inhaltlicher Aspekte“ vom 22. Juni 2020 sowie der „Bewertung der therapeutischen Angebote“ durch die AG HeilM-RL vom 24. Juni 2020

Dieser Auftrag an die FBMed umfasste eine Konkretisierung der ersten Hintergrundrecherche dahingehend, einen Überblick über bestehende Therapieformen bzgl. der Behandlung von Redeflussstörungen (Stottern) zu erlangen. Diese sollten detaillierter dargestellt und Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Ansätze herausgearbeitet werden. Darüber hinaus auf Vorliegen eines multimodalen Therapiekonzepts hin geprüft werden. Die Darstellung der Therapieformen erfolgte anhand von Informationen auf den jeweiligen Internet-Präsenzen der Leistungserbringenden.

Im Ergebnis konnten, soweit verfügbar, ausführliche formale und inhaltliche Angaben zu zehn Therapieangeboten dargestellt werden:

- Bonner Stottertherapie,
- VIERMALFÜNF,
- Intensivmodifikation Stottern (IMS),
- Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS),
- Stärker als Stottern (SAS),
- Kasseler Stottertherapie (KST),
- Stottertherapie Hannover Modell,
- D.E.L.P.H.I.N-Therapie für Stotternde,
- Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth und
- Sprachheilzentrum Werscherberg.

Insgesamt kommen in den betrachteten Therapieangeboten methodisch vornehmlich der Fluency-Shaping-Ansatz und die Stottermodifikation nach Van Riper zum Einsatz; teilweise in Kombination.

Als Anhang finden sich Informationen über die Interdisziplinäre Vereinigung für Stottertherapeuten e.V. (ivs) und die Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (BVSS) als mögliche Verbände für weitergehende Expertise sowie deren Kontaktdaten.

c) Ergebnisse der Recherche „Darstellung ausgewählter Angebote mit Intervall- und Intensivtherapie zur Behandlung von Redeflussstörungen“ vom 07. Juni 2021

Bezugnehmend auf die vorangegangenen Recherchen vom 22. und 24. Juni 2020 widmete sich dieser Auftrag einer tiefergehenden Betrachtung der Behandlungskonzepte sowie der wissenschaftlichen Grundlage der Therapieansätze „Intensivmodifikation Stottern (IMS)“, „Initiative für konfrontative Stottertherapie (IKS)“ sowie „D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde“. Die Hintergründe des Auftrags sind die Beantwortung der Fragen nach der ambulanten Durchführbarkeit dieser Angebote sowie nach der Form der Therapie und der Art der Erbringung. Die FBMed führte hierzu Sichtungen der Webseiten, eine Handsuche nach Publikationen und Evaluationsberichten sowie Befragungen der jeweiligen Anbieterinnen und Anbieter durch.

Im Ergebnis werden die zum Zeitpunkt der Recherche verfügbaren Informationen der drei oben genannten Therapieansätze dargestellt. So konnte festgestellt werden, dass zum Zeitpunkt der Recherche nur die untersuchten Therapiekonzepte Intensivmodifikation Stottern (IMS) und die D.E.L.P.H.I.N.-Therapie für Stotternde mit relativ kleinen Teilnehmerzahlen (IMS: 6 bis 9 Patienten/Jahr; D.E.L.P.H.I.N.-Therapie: rechnerisch maximal 60 Patienten/Jahr) umgesetzt werden.

d) Ergebnisse der Recherche zur ambulanten „Intensivierten Stottertherapie“ vom 30. August 2022

Dieser Auftrag umfasst eine systematische Literaturrecherche zum Nutzen der ambulanten intensivierten Sprechtherapie vergleichend mit der zu dieser Zeit in der HeilM-RL bestehenden extensiven Therapie bei Redeflussstörungen (Stottern). Es wurde eine internationale Studienrecherche zu vergleichenden und nicht-vergleichenden Studien durchgeführt, eine Gegenüberstellung von Einzel- und Gruppentherapie vorgenommen sowie mögliche Expertinnen und Experten für weitere fachlich-wissenschaftliche Expertise identifiziert.

Im Ergebnis konnten trotz umfangreicher Recherchen keine auftragsrelevanten Publikationen identifiziert werden, die einen Vergleich zwischen ambulanter intensivierter und extensiver Sprechtherapie vornehmen. Es ließen sich jedoch einige Beispiele für die Umsetzung einer intensivierten Stottertherapie im nicht-ambulanten Bereich darstellen und Fragestellungen für die Einholung weiterführender Expertise ableiten.

e) Abgleich der „Literatur aus der Expertenbefragung zur Therapie von Redeflussstörungen in Form intensivierter Therapie oder Intensivtherapie“ vom 03. Juli 2023 mit den bisherigen Rechercheergebnissen der FBMed

Grundlage dieses Abgleichs sind die Antworten von der zur ergänzend im Zeitraum von Februar bis April 2023 durchgeführten Expertenbefragung ausgewählten Koordinatorin der S3-Leitlinie Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen, Frau Professorin Neumann (siehe Kapitel 3.2). Die Fragestellung adressiert eine Prüfung der von Frau Professorin Neumann angegebenen Literatur auf über die bisherigen Rechercheergebnisse der

FBMed (Buchstaben a bis d) hinausgehende relevante Studien. Von Interesse waren alleinig wissenschaftliche Studien, von denen sich Erkenntnisse zur intensivierten Sprechtherapie ableiten ließen. Die angegebenen Zitate wurden extrahiert, gescreent und auf ihre Relevanz für die vorliegende Fragestellung hin geprüft.

Im Ergebnis konnten keine weiteren, über die bisherigen Rechercheergebnisse der FBMed hinausgehende relevante Studien identifiziert werden. Somit konnten die adressierten Fragen nicht beantwortet werden.

3.2 Schriftliche Expertenbefragung

In der Stellungnahme der FBMed vom 30.08.2022 wurden neben einer systematischen Literaturrecherche mögliche Expertinnen und Experten für eine weiterführende fachlich-wissenschaftliche Expertise in Form einer zusätzlichen Befragung identifiziert.

Im Jahr 2023 wurde die Koordinatorin der S3-Leitlinie *Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen*, Frau Prof. Dr. med. Kathrin Neumann, aus dieser Auflistung ausgewählt und im schriftlichen Verfahren befragt. Das Ziel der Befragung der Expertin war, ergänzend zu den bereits durch die FBMed durchgeführten Stellungnahmen, weitere Erkenntnisse zu oben genannten Fragen zu generieren.

Die Auswertung der Expertenbefragung lässt keine Aussage zur Gleichwertigkeit oder Überlegenheit einer intensivierten Sprechtherapie zu, die über die bereits jetzt schon im Rahmen der Regelversorgung möglichen Erbringung hinausginge. Von der Expertin wurde eine nachvollziehbare inhaltliche Differenzierung der aktuell nicht verbindlich definierten und uneinheitlich verwendeten Begrifflichkeiten „Intensivtherapie“ und „intensivierte Sprechtherapie“ dargestellt, an der sich der G-BA im Rahmen der Abgrenzung der einzelnen Therapiekonzepte unter 2. orientierte.

Nach den Ergebnissen der Expertenbefragung sind Behandlungen, die drei- bis fünfmal wöchentlich über mindestens 90 Minuten pro Behandlungstag durchgeführt werden, als intensiviert zu bezeichnen. Als „Intensivtherapie“ gelten laut Expertenbefragung Therapien, die über mindestens vier bis fünf Tage, mindestens sechs Stunden täglich stattfinden.

3.3 Projekt PMS KIDS

Der seit 2016 beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelte Innovationsausschuss hat den Auftrag, neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung ausgerichtet sind, zu fördern.

Im Rahmen dieser Förderung wurde das Versorgungsforschungsprojekt *PMS KIDS – Prospektive, multizentrische Studie zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapie nach dem Stottermodifikationsansatz KIDS* im Zeitraum von 1. Oktober 2018 bis 31. März 2022 durchgeführt. Hierbei handelt es sich um eine extensive und ausschließlich ambulant durchzuführende Therapieform. Das Ziel des Projektes war, die Wirksamkeit der Stottertherapie nach KIDS bei Grundschulkindern zwischen 7 und 11 Jahren zu evaluieren. Methodisch wurde eine multizentrische, randomisiert-kontrollierte Studie konzipiert und die Therapieergebnisse mittels OASES-S Fragebogen sowie diversen Sprechproben dokumentiert.

Im Ergebnis konnten bedeutsame kurzfristige Therapieeffekte nach 3 Monaten Stottertherapie nach KIDS nachgewiesen werden. Die 6 bis 12 Monate nach Therapiebeginn entstandenen weiteren Verbesserungen seien nach Aussage des Forschungsteams aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe jedoch vorsichtig zu interpretieren.

In dem Ergebnisbericht zu dem Versorgungsforschungsprojekt *PMS KIDS* wird aufgeführt: „Insgesamt wird daher eine ambulante Stottermodifikationstherapie nach KIDS für Kinder im Grundschulalter als gleichwertige Alternative zu intensiven Gruppentherapien empfohlen“.¹

¹ Ergebnisbericht zu dem Versorgungsforschungsprojekt PMS KIDS (2023). Verfügbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/414/2023-05-12_PMS-KIDS_Ergebnisbericht.pdf (Letzter Zugriff am 01.12.2023)

4. Eckpunkte der Entscheidung

Im Rahmen des Beratungsverfahrens wurde die Möglichkeit der Verordnung von Heilmitteln in Form einer intensivierten Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern) eingehend geprüft. Die Prüfung umfasste sowohl die Sichtung der aktuellen Evidenzlage als auch die Überprüfung formal-inhaltlicher Kriterien, ob eine intensivierte Sprechtherapie im ambulanten Versorgungsbereich ein Heilmittel gemäß § 32 SGB V darstellt und gemäß der geltenden Regelungen in der HeilM-RL durch zugelassene Heilmittelerbringer erbracht werden kann.

Angesichts fehlender Erkenntnisse zu einer intensivierten Sprechtherapie bei der Indikation Stottern in ausschließlich ambulantem Setting hat der G-BA umfangreiche Recherchen hierzu durchgeführt.

Dabei lag der Schwerpunkt darauf, die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen, die erforderliche Therapiedauer, -frequenz und -menge und die Notwendigkeit der Beteiligung weiterer Fachdisziplinen einer intensivierten Sprechtherapie sowie deren Umsetzbarkeit im ambulanten Setting zu evaluieren. Die angewandten, etablierten sprechtherapeutischen Behandlungsansätze (insbesondere Fluency Shaping und Stottermodifikation) waren nicht Gegenstand der Recherche.

Um weitere Erkenntnisse zu gewinnen, wurde die Koordinatorin der S3-Leitlinie *Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen*, Frau Professorin Neumann, schriftlich befragt. Im Fokus der Expertenbefragung standen die Fragen, ob intensivierte Sprechtherapie im ambulanten Setting durchgeführt werden könnte und ob weitere therapeutische Maßnahmen bzw. weitere Fachdisziplinen (z. B. Psychologie, Psychotherapie, Physiotherapie, Pädagogik) in intensivierten Sprechtherapien einzubinden seien.

Um die von Frau Professorin Neumann angegebene Literatur angemessen zu würdigen, führte die FBMed eine weitere Prüfung der über die bisherigen Rechercheergebnisse hinausgehenden relevanten Studien durch.

Im Ergebnis führten die Recherchen der FBMed zu keinem ausreichenden Erkenntnisgewinn über die Gleichwertigkeit oder Überlegenheit einer intensivierten Sprechtherapie, die über die bereits jetzt schon im Rahmen der Regelversorgung mögliche Erbringung hinausginge. Weder die Befragung der Expertin noch die weitere Recherche der FBMed konnten ausreichende Hinweise für die Gleichwertigkeit oder Überlegenheit einer intensivierten Sprechtherapie liefern. Darüber hinaus konnten keine Informationen zu einer möglichen Umsetzung einer intensivierten Sprechtherapie in ausschließlich ambulantem Rahmen gefunden werden. Somit konnten im Ergebnis keine zusätzlichen Erkenntnisse gewonnen werden, die eine Änderung der HeilM-RL rechtfertigen würden.

Nach den Ergebnissen der Expertenbefragung sind Behandlungen, die drei- bis fünfmal wöchentlich über mindestens 90 Minuten pro Behandlungstag durchgeführt werden, als intensiviert zu bezeichnen (als „Intensivtherapie“ gelten laut Expertenbefragung Therapien, die über mindestens vier bis fünf Tage, mindestens sechs Stunden täglich stattfinden).

Gemäß HeilM-RL kann zur Therapie des Stotterns unter der Diagnosegruppe RE1 eine Einzeltherapie mit einer Behandlungszeit je Therapieeinheit von 30, 45 oder 60 Minuten oder eine Gruppentherapie mit einer Behandlungszeit von 45 oder 90 Minuten verordnet werden. Die Höchstmenge je Verordnung beträgt 10 Therapieeinheiten.

Nach der HeilM-RL können Einzel- und Gruppentherapie sowie die unterschiedlichen Behandlungszeiten seit dem 01.01.2021 zudem kombiniert werden (§ 12 Abs. 2). Durch diese noch relativ neue Kombinationsmöglichkeit von Einzel- und Gruppentherapien und verschiedenen Behandlungszeiten können Sprechtherapien auch in intensiverter Form noch zielgerichteter

eingesetzt werden. Als Therapiefrequenz wird eine Behandlung von ein- bis dreimal wöchentlich empfohlen. Sofern medizinisch erforderlich, besteht jedoch die Möglichkeit von dieser Frequenzempfehlung abzuweichen (§ 12 Abs. 1 Satz 4). Darüber hinaus kann in medizinisch begründeten Fällen eine Doppelbehandlung verordnet werden (§ 12 Abs. 8 Satz 4).

Durch diese Öffnungen besteht derzeit bereits die Möglichkeit einer Behandlungszeit je Tag von bis zu 120 Minuten als Einzeltherapie, oder bis zu 150 Minuten als eine Mischung aus Einzel- und Gruppentherapie oder von bis zu 180 Minuten als Gruppentherapie. Sofern die orientierende Behandlungsmenge von 50 Therapieeinheiten nicht ausreicht, können bei medizinisch begründetem Bedarf weitere Therapieeinheiten verordnet werden (§ 7 Abs. 4). Eine Genehmigung durch die Krankenkassen ist dafür nicht erforderlich.

Somit ist eine intensiviertere Form der Sprechtherapie, welche auch die Ergebnisse der Expertenbefragung berücksichtigt, bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern) nach der geltenden HeilM-RL verordnungsfähig und erbringbar.

Für Änderungen von Therapiedauer, -menge oder -frequenz über dieses Maß hinaus, insbesondere im Sinne sogenannter Intensivtherapien, ergibt sich auch unter Beachtung der derzeitigen Evidenzlage keine Grundlage. Diese Intensivtherapien werden bundesweit außerhalb der Heilmittelversorgung nach § 32 SGB V in Selektiv-, Direkt- oder Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vereinbart und können von Patientinnen und Patienten bei Zugehörigkeit der Krankenkasse in Anspruch genommen werden.

Diese Bewertung wird zusätzlich gestützt durch die Ergebnisse des kürzlich abgeschlossenen Innovationsfondprojekts PMS KIDS (Prospektive, multizentrische Studie zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapie nach dem Stottermodifikationsansatz KIDS). Das Projekt hat die Wirksamkeit ambulanter extensiver Stottertherapie auf Grundlage der geltenden HeilM-RL nach dem Stottermodifikationsverfahren bei Kindern im Grundschulalter nachgewiesen.

Zusammenfassend ist eine Änderung der HeilM-RL nach dem derzeitigen Stand der Erkenntnisse nicht geboten.

Eine erneute Befassung unter Berücksichtigung der bereits in der AG beratenen Inhalte ist nach Veröffentlichung der aktualisierten S3-Leitlinie Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen, welche nach Kenntnis der AG für das Jahr 2025 geplant ist, in Betracht zu ziehen.

5. Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Hieraus haben sich keine Änderungen am Beschlussentwurf ergeben. Das Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel C der Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet.

6. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

7. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
17.02.2022	G-BA	Einleitung eines Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO): „ <i>Intensivierte Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern)</i> “
17.10.2023	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie
19.12.2023	UA VL	Mündliche Anhörung und abschließende Würdigung der Stellungnahmen und Beratungen der Beschlussunterlagen
18.01.2024	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie
20.03.2024		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
12.04.2024		Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Berlin, den 18. Januar 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken