

Auszüge aus den Empfehlungen der DGN (= Deutsche Gesellschaft für Neurologie) aus den edizinischen Leitlinien Aphasie:

„Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick

- Systematische Sprachtherapie soll bereits in der frühen Phase der Spontanerholung beginnen.
- Sprachtherapie soll bei Vorliegen behandlungsbedürftiger Kommunikationsstörungen möglichst täglich stattfinden.
- Nachweisbar wirksam ist die Sprachtherapie bei einer Intensität von mindestens 5–10 Stunden pro Woche.
- Je nach den individuellen Rehabilitationszielen und der Dynamik der erreichbaren Verbesserungen sind intensive Intervallbehandlungen auch mehr als 12 Monate nach dem Schlaganfall zu empfehlen.
- In den späteren Verlaufsphasen ist es sinnvoll, den Transfer der erworbenen sprachlichen Fähigkeiten und die Anpassung an spezifische Alltagsanforderungen sowie die Aufrechterhaltung der wiedergewonnenen Sprachfähigkeiten weiterhin therapeutisch zu unterstützen.“

„Verlauf und Prognose

Zu den wichtigsten Prädiktoren für eine Besserung der aphasischen Symptomatik zählt der anfängliche Schweregrad der Aphasie. Patienten mit initial nur leichten Sprachdefiziten haben eine gute Chance auf vollständige Erholung (Laska et al. 2001), jedoch ist auch bei anfänglich schweren Aphasien ein günstiger Verlauf möglich (Lazaret al. 2008, Lazar et al. 2010).“

„Diagnostik

Die Bestimmung des Schweregrads in der Akutphase nach Schlaganfall hat einen großen Anteil in der Abschätzung der Prognose (s.o.). Anhaltspunkte dafür liefern der **Token-Test** (Huberet al. 1983) und der **Aachener Aphasie-Bedside-Test (AABT)** (Biniek 1993).“

„Reorganisationsmechanismen

In einer Verlaufsstudie innerhalb des ersten Jahres nach einem Schlaganfall konnten mit fMRT-Bildgebung 3 Phasen der Reorganisation unterschieden werden:

eine **frühe Phase** (0–4 Tage nach Infarkt) mit deutlich reduzierter Aktivierung nicht geschädigter linkshemisphärischer Sprachareale,

eine **postakute Phase** (ca. 2 Wochen nach Infarkt), in der eine mit den Leistungsverbesserungen korrelierte Hochregulierung neuronaler Aktivierung in homologen (vor allem anterioren) Spracharealen der rechten Hemisphäre stattfindet, und

eine **„Konsolidierungsphase“** (4–12 Monate nach Infarkt), in der weitere sprachliche Verbesserungen mit einem Rückgang rechtshemisphärischer Aktivierung und mit einer zunehmenden Aktivierung der intakten linkshemisphärischen Sprachareale korreliert sind (Saur et al. 2006).“

„Wirksamkeitsstudien

Sprachtherapie

Allgemeine Effektivitätsnachweise. Die Speech Pathology Database for Brain Impairment Treatment Efficacy (SpeechBITE; www.speechbite.com) listet für den Zeitraum bis einschließlich 2010 insgesamt 20 randomisierte Kontrollgruppenstudien (ohne die Studien, in denen pharmakologische oder stimulierende Verfahren untersucht wurden). Die Qualität dieser Studien wurde nach dem PEDro-System bewertet (www.pedro.fhs.usyd.edu.au), das auf 10 Qualitätskriterien (darunter die 9 Items der Delphi-Kriteriumsliste) beruht (Togher et al. 2009). Dabei erreichten 10/20 Studien mindestens 5/10 Punkte (Mittelwert 4,6). In der gleichen Datenbank sind 19 nicht randomisierte Kontrollgruppenstudien (mittlerer PEDro-Score = 2,4) sowie 62 klinische Gruppenstudien und mehr als 240 Einzelfallstudien dokumentiert. Eine 2007 durchgeführte Metaanalyse dieser Datenbasis kam zu dem Ergebnis einer mittleren Qualität der Methodologie von klinischen Studien zur Aphasiotherapie, vergleichbar mit der Qualität der Therapiestudien auf anderen Feldern der neurologischen Rehabilitation (Togher et al. 2009).

Eine 2009 von der Cochrane Collaboration recherchierte Metaanalyse von 30 randomisierten Kontrollgruppenstudien (n = 1840 Fälle) ergab Hinweise auf die Wirksamkeit der Aphasiotherapie (Kelly et al. 2010). Die Cochrane-Studie berichtet ferner über konsistente Evidenz für eine Überlegenheit „intensiver“ gegenüber „konventioneller“ Sprachtherapie. Ein Vergleich zwischen Studien, in denen Sprachtherapie von „trainierten und supervidierten Freiwilligen“ vs. von professionellen Sprachtherapeuten angeboten wurde, ergab nach dieser Metaanalyse keine Unterschiede, wobei es sich in den dabei berücksichtigten Studien allerdings um solche mit niederfrequenter Therapie handelte (Kelly et al. 2010).

In mehreren kontrollierten klinischen Studien mit größeren Fallzahlen konnte die Effektivität der Aphasiotherapie statistisch gegenüber Spontanremission oder gegenüber unspezifischen Interventionsmaßnahmen abgesichert werden (Hagen 1973, Wertz et al. 1986, Poecket al. 1989). In einer multizentrischen Untersuchung von 130 Patienten, die Sprachtherapie erhalten hatten, wurden bei ca. 60 % auch nach mehr als einem Jahr noch Verbesserungen festgestellt (Holland et al. 1996). Dem stehen allerdings auch Studien gegenüber, die keinen signifikanten Wirksamkeitsnachweis für die Aphasiotherapie erbrachten (vgl. Salter et al. 2010; zur Diskussion siehe Wallesch u. Johannsen-Horbach 2010).

Effektivität spezifischer Therapieansätze. In einigen randomisierten Kontrollgruppenstudien mit kleineren Fallzahlen wurde die Wirksamkeit der **Constraint Induced Aphasia Therapy (CIAT)** nachgewiesen, eines Verfahrens, das auf hoher Therapieintensität und einer forcierten Beschränkung der Patienten auf mündlich-verbale Ausdrucksmittel beruht (Pulvermüller et al. 2001, Meinzer et al. 2005). Metaanalysen von Cherney et al. (2008) und von Balardin u. Miotto (2009) bescheinigen dem Verfahren mittlere Evidenz. Der Effekt der CIAT beruht vermutlich weniger auf der spezifischen therapeutischen Vorgehensweise als vielmehr auf der hohen Therapieintensität (Maher et al. 2006, Barthel et al. 2008).

In 2 randomisierten Kontrollgruppenstudien wurden verschiedene spezifische Therapieansätze in ihrer Wirksamkeit systematisch verglichen. Doesborgh et al. (2004) verglichen einen **semantischen** mit einem **phonologischen** Therapieansatz 3–5 Monate post-onset (40–60 Stunden Einzeltherapie, 1,5–3 Stunden pro Woche). Der Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT) zeigte keine unterschiedlichen Effekte für die beiden Behandlungsansätze. Dagegen zeigten Tests der semantischen und phonologischen Verarbeitungsleistungen jeweils spezifische Effekte der semantischen bzw. phonologischen Interventionsmethode.

De Jong-Hagelstein et al. (2011) verglichen in der Subakutphase einen **sprachsystematischen** (semantische und/oder phonologische Therapie) mit einem **kommunikativen** Behandlungsansatz. Die Behandlungsintensität betrug mindestens 2 Stunden pro Woche über einen Zeitraum von 6 Monaten. Ein Gruppenvergleich nach 3 und nach 6 Monaten mit dem Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT) ergab keine Unterschiede zwischen den beiden Interventionen. Bei einer Prüfung semantischer und phonologischer Verarbeitungsleistungen zeigte die sprachsystematisch behandelte Gruppe signifikant stärkere Effekte als die kommunikativ behandelte, was auf spezifische Wirkungsmechanismen hinweist.

Zur **Therapie der Sprechapraxie**, eines häufigen sprechmotorischen Begleitsymptoms aphasischer Störungen, liegen Leitlinienempfehlungen (Wambaugh et al. 2006) und systematische Übersichtsarbeiten vor (z. B. Ziegler et al. 2010).

Evidenz für differenzialtherapeutische Effekte lässt sich auch aus verschiedenen nicht randomisierten kontrollierten Studien ableiten (z. B. Springer et al. 2000, Carlomagno et al. 2001). Ein Schwerpunkt jüngerer klinischer Studien liegt auf der **Behandlung von Wortabrufstörungen** (z. B. Bestet et al. 2008, Meinzer et al. 2010, Meinzer et al. 2011, zu einer Metaanalyse vgl. Wisenburn u. Mahoney 2009). In Übersichtsarbeiten wurde aus diesen Studien wiederholt ein positiver Wirksamkeitsnachweis für die Aphasietherapie auch in der chronischen Phase abgeleitet (Hollandet al. 1996, Robey 1998, Cicerone et al. 2000). Sie gelten darüber hinaus als Begründung für die weitere Planung von Proof-of-Principle-Studien für spezifische Behandlungsverfahren in der Aphasietherapie (Wallesch u. Johannsen-Horbach 2010).

Gruppentherapie. Positive Effekte auf Kommunikationsfähigkeit und Befindlichkeit wurden für Sprachtherapien im Gruppen-Setting beschrieben (Wertz 1981, Elman u. Bernstein-Ellis 1999, Rosset al. 2006, Simmons-Mackie u. Damico 2009).

Computergestützte Therapie. Computergestützte Methoden der Übungsbehandlung leisten einen wirksamen Beitrag zur Erhöhung der Übungsfrequenz (z. B. Meinzer et al. 2010, Leemann et al. 2011). Systematische vergleichende Therapiestudien zu den Vorteilen solcher Anwendungen liegen allerdings nicht vor. Elektronische Therapiehilfen und computergestützte Therapieprogramme können auch in der häuslichen Selbsttherapie eingesetzt werden (Schroeder et al. 2007). Nobis-Bosch et al. (2011) wiesen in einer randomisierten Cross-over-Studie nach, dass sich durch Verwendung einer elektronischen Lernhilfe im supervidierten häuslichen Training sowohl linguistische als auch kommunikative Fähigkeiten verbessern.

Aphasietherapie bei bilingualen Patienten. Nach Übersichtsarbeiten von Kohnert (2009) und Faroqi-Shah et al. (2010) weisen die wenigen publizierten Studien (45 Patienten in 14 Studien) auf eine Wirksamkeit der Aphasietherapie in der Zweitsprache und oft auch auf einen Transfer auf die nicht behandelte Sprache hin (vgl. Edmonds u. Kiran 2006).

Faktoren, die die Wirksamkeit der Sprachtherapie beeinflussen. Ein wesentlicher Faktor, der die Wirksamkeit der Sprachtherapie beeinflusst, ist die **Therapieintensität**. Bhogal et al. (2003) konnten nachweisen, dass diejenigen RCT-Studien, die keinen Wirksamkeitsnachweis erbringen konnten, ausnahmslos durch eine sehr geringe Intensität charakterisiert waren (im Mittel 2 Stunden pro Woche über ca. 23 Wochen), während die Studien mit positivem Wirksamkeitsnachweis eine Therapiefrequenz von durchschnittlich mehr als 8 Stunden pro Woche über 8–12 Wochen aufwiesen. Einen Zusammenhang zwischen Therapiefrequenz und Wirksamkeit zeigten auch Basso et al. (1979) und Denes et al. (1996). Cherney et al. (2008) leiten aus einer Metaanalyse neuerer Studien mittlere Evidenz für einen Einfluss des Faktors Intensität ab. Allerdings gibt es keine randomisierten kontrollierten Studien, die diesen Effekt auf der höchsten Evidenzstufe belegen (vgl. Bakheit et al. 2007, Marshall 2008, Bhogal et al. 2008).

Ein zweiter empirisch untersuchter Einflussfaktor ist der **Zeitpunkt**, zu dem mit der Therapie begonnen wird. Nach den Ergebnissen einer Metaanalyse von 55 klinischen Studien (Robey 1998) kann mit einer bereits in der Akutphase beginnenden und hinreichend intensiven Therapie der durch Spontanremission erwartbare Effekt nahezu verdoppelt werden, während bei einem späteren Therapiebeginn geringere Zuwächse erzielt werden.“

Computergestützte alternative Kommunikationsmittel

Der Einsatz elektronischer Hilfen im Alltag ist vor allem für Patienten mit schweren expressiven Störungen indiziert (Van de Sandt-Koenderman et al. 2007, Hough u. Johnson 2009). Wegen des raschen Wandels der technologischen Möglichkeiten sind ältere Studien nur noch beschränkt aussagefähig. Nach Nicholaset al. (2011) können aphasische Patienten den Umgang mit alternativen elektronischen Kommunikationsmitteln nur erlernen, wenn sie über ausreichende exekutive Fähigkeiten und über ausreichendes semantisches Wissen verfügen.

Verlauf und Intensität der Behandlung

In den ersten Wochen nach Schlaganfall ist intensive Sprachtherapie nötig, um die Rückbildung zu unterstützen, Automatismen und Fehlkompensationen zu hemmen, den Leidensdruck des Patienten zu mildern und Adaptationsprozesse zu steuern. Sofern der Allgemeinzustand der Patienten dies zulässt und eine hinreichende Fähigkeit zur Fokussierung der Aufmerksamkeit vorliegt, sollte möglichst frühzeitig eine sprachliche Aktivierung erfolgen (Robey 1998).

In der Phase zwischen einem und ca. 6 Monaten nach Insult sollte bei lernfähigen Patienten mit schweren bis mittelgradigen Störungen die Aphasiebehandlung ambulant wenigstens dreimal wöchentlich je 60 Minuten lang durchgeführt werden (Bauer et al. 2002), ggf. unterstützt durch Materialien zum häuslichen Eigentraining. Bei Durchführung einer stationären Maßnahme sollten jedem Patienten zumindest werktäglich 60 Minuten Einzel- und möglichst zusätzlich Gruppentherapie angeboten werden. Durch PC-gestützte Verfahren und telemedizinische Angebote lässt sich eine Erhöhung der Therapieintensität und Trainingsfrequenz erzielen.

In den aktuellen Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung (DRV) wurde für Schlaganfall-Patienten der Rehabilitationsphase D in mindestens 40 % aller Fälle Sprach- oder Kommunikationstherapie im Umfang von mindestens 2,5 Stunden pro Woche festgelegt und bei mindestens 10 % dieser Patientengruppe („besonderer Bedarf“) eine Therapiefrequenz von mindestens 5 Stunden pro Woche über einen Zeitraum von 6 Wochen (Deutsche Rentenversicherung 2011).

Über den weiteren Behandlungsbedarf und -umfang entscheiden die individuellen Zielsetzungen und das Lernpotenzial des Patienten. Gegebenenfalls ist auch nach mehr als 12 Monaten eine Wiederholung stationärer Intensivtherapie (6–8 Wochen mit möglichst täglichen Therapiestunden) notwendig. Derzeit ist es aber schwierig, dafür eine Kostenübernahme zu erhalten (Rijntjes et al. 2010).

Beratung und Angehörigenarbeit

Einem guten familiären und sozialen Rückhalt wird ein positiver Einfluss auf die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten zugeschrieben (Herrmann et al. 1989, Hemsley u. Code 1996). Daher gehört Angehörigenarbeit zum Gesamtkonzept der Sprachrehabilitation (Bongartz 1998). Besondere Anforderungen an die Beratung ergeben sich bei der Vorbereitung und Begleitung einer Wiedereingliederung in den Beruf

(Schlenck u. Schupp 1993). Für eine ausgewählte Patientengruppe besteht am Berufsförderungswerk Nürnberg das Angebot einer berufsvorbereitenden Rehabilitationsmaßnahme für Aphasiker (IBRA; Fassmann et al. 2009).

Selbsthilfe

In jeder Phase der Behandlung sollten Patienten und Angehörige auf Selbsthilfegruppen und die Selbsthilfeverbände hingewiesen und die Integration in eine Selbsthilfegruppe ggf. unterstützt werden. Auch kann das weitere Üben mit computergestützten Therapieprogrammen zu Hause und/oder in der Selbsthilfegruppe sinnvoll sein (Nobis-Bosch et al. 2011).