



## #87 Aphasie-Rehabilitation maßgeschneidert: Wie Alter, Geschlecht und Schwere der Aphasie den Therapieerfolg beeinflussen

Originalstudie: Brady, M. C., Ali, M., VandenBerg, K., Williams, L. R., Williams, L. J., Abo, M., Becker, F., Bowen, A., Brandenburg, C., Breitenstein, C., Bruehl, S., Copland, D., A. Cranfill, T. B., di Pietro-Bachmann, M., Enderby, P. Fillingham, J., Galli, F. L., Gandolfi, M., Glize, B., ..., Hawkins, N. (2022). Precision rehabilitation for aphasia by patient age, sex, aphasia severity, and time since stroke? A prespecified, systematic review-based, individual participant data, network, subgroup meta-analysis. *International Journal of Stroke*, 17(10), 1067-1077.

Der Begriff Präzisionsmedizin beschreibt, dass klinische Entscheidungen anhand von Daten für bestimmte Patientinnen- und Patientengruppen und Interventionen getroffen werden. Hierfür ist es notwendig zu erforschen, welche Patientinnen- und Patientengruppen auf welche Interventionen ansprechen. Grundlage sind individuelle Patientinnen- und Patientendaten, wie zum Beispiel Alter und Geschlecht, die Schwere der Aphasie und die Zeit post onset, also seit dem Schlaganfall. Sprachtherapierende passen die Versorgung von Aphasiepatientinnen und -patienten anhand von individuellen Bedürfnissen, Zielen und Herausforderungen evidenzbasiert an die jeweilige Person an. Evidenzen hierfür liefern zusammengefasste Ergebnisse aus randomisierten kontrollierten Studien (im Folgenden: RCTs) und Metasynthesen. Allerdings kann es sein, dass diese zusammengefassten Informationen für eine präzise Entscheidungsfindung im therapeutischen Alltag nicht ausreichen und zu unspezifisch sind. Eine Alternative wären Metaanalysen von individuellen Patientinnen- und Patientendaten der Studienteilnehmenden. Hier ist es zum Beispiel auch möglich zu schauen, wie unterschiedliche Studienteilnehmende auf unterschiedliche Interventionen ansprechen. Das ist wichtig, um die Therapie maßgeschneidert anpassen zu können. Vor allem in einer sehr heterogenen Patientinnen- und Patientengruppe, wie bei Aphasiebetroffenen, lassen sich so präzisere Evidenzen finden und Entscheidungen treffen.

Die Forschungsgruppe um Brady et al. führte genau so eine Metaanalyse individueller Patientinnen- und Patientendaten durch. Sie untersuchten Veränderungen in Sprache, auditivem Sprachverständnis und funktionaler Kommunikation zwischen der Baselineuntersuchung bis zur ersten Follow-Up Untersuchung nach der Intervention. Die Anker-Messungen umfassten den Western Aphasia Battery Aphasie Quotienten für die allgemeinsprachlichen Fähigkeiten, den Token Test aus dem Aachener Aphasie Test (im Folgenden: AAT) für das auditive Sprachverstehen und die Beurteilung der Spontansprache aus dem AAT für die funktionale Kommunikation. Die Forschenden analysierten das Zusammenwirken von

- Frequenz,
  - Intensität,
  - Dosierung und
  - sprachlichen Ergebnissen der Sprachtherapie
- mit dem
- Alter,
  - dem Geschlecht,
  - dem Schweregrad der Aphasie sowie
  - der Zeit post onset.



Es wurden systematisch RCTs gesucht, die Alter und Geschlecht, sowie Informationen über Schlaganfall, Aphasie, Sprachtherapie und Daten zum Verzerrungsrisiko umfassten. Insgesamt analysierten sie 25 RCTs mit 959 individuellen Patientinnen- und Patientendaten. Die Daten wurden folgendermaßen eingeteilt:

- (1) das Alter mit 65 Jahren und jünger und älter als 65 Jahre;
- (2) der Startzeitpunkt der Therapie post onset mit drei Monaten oder früher und später als drei Monate; und
- (3) der Schweregrad der Aphasie mit: leicht bis mittel und mittel bis schwer.

Manche der Ergebnisse waren über die verschiedenen Gruppen hinweg gleich. Der größte sprachliche Benefit zeigte sich bei einer Dosierung 20 bis 50 Sprachtherapiestunden und Verbesserungen im auditiven Sprachverständnis zeigten sich nur bei mehr als neun Sprachtherapiestunden an vier oder mehr Tagen pro Woche. Ebenso zeigten sich bei den meisten analysierten Gruppen eine Verbesserung bei der Follow-Up Untersuchung in allen untersuchten Bereichen. Für die Gruppe von 65 Jahren oder jünger zeigte sich die größte Verbesserung bei einer mittel- bis hochintensiven Sprachtherapie. Für die funktionale Kommunikation bezieht es sich auf drei bis vier Sprachtherapiestunden pro Woche und für die allgemeinen sprachlichen Fähigkeiten sowie das auditive Sprachverständnis auf mehr als neun Stunden pro Woche. Für die Gruppe älter als 65 Jahre zeigten sich die größten Verbesserungen bei einer niedrigen Intensität von zwei oder weniger Sprachtherapiestunden pro Woche.

Die größte Verbesserung im auditiven Sprachverständnis zeigte sich hier bei mehr als neun Stunden pro Woche. Für die beide Altersgruppen zeigten sich keine Unterschiede bezogen auf die Frequenz und Dosierung. Für Betroffene drei Monate oder kürzer post onset zeigten sich die größten Verbesserungen bei einer niedrigen Intensität und mittleren Dosierung von zwei oder weniger Sprachtherapiestunden pro Woche bei insgesamt 20 bis 50 Stunden. Bei Betroffenen länger als drei Monate post onset zeigte sich währenddessen der größte Benefit bei einer mittleren Intensität und einer hohen Dosierung mit drei bis vier Sprachtherapiestunden pro Woche für insgesamt 50 oder mehr Stunden. Patientinnen und Patienten, die mittel bis schwer betroffen sind, zeigten die größten Verbesserungen bei einer Therapie an vier Tagen pro Woche. Verbesserungen im auditiven Sprachverständnis zeigten sich ab vier Tagen Therapie pro Woche.

Für leicht bis mittel Betroffene zeigte sich der größte Benefit für die funktionale Kommunikation bei einer Frequenz von vier oder mehr Tagen Sprachtherapie pro Woche und für die allgemeinen sprachlichen Fähigkeiten bei sechs Tagen oder mehr. Bei einem männlichen Geschlecht Männern zeigte sich eine mittlere Intensität von drei bis vier Sprachtherapiestunden pro Woche für die funktionale Kommunikation und eine hohe Intensität von mehr als neun Stunden pro Woche für die allgemeinen sprachlichen Fähigkeiten sowie das auditive Sprachverständnis als wirksam. Bei einem weiblichen Geschlecht Frauen zeigten sich stattdessen die größten Verbesserungen bei einer niedrigeren Intensität von weniger als zwei Sprachtherapiestunden pro Woche.

Die Ergebnisse geben wichtige Hinweise darauf, wie Behandlungspläne noch maßgeschneiderter an bestimmte Merkmale von Patientinnen und Patienten abgestimmt werden können, um somit den bestmöglichen Therapieerfolg erzielen zu können.



Bei Patientinnen und Patienten älter als 65 Jahren, bei mittleren bis schweren Beeinträchtigungen und einem weiblichen Geschlecht kann eine niedrigere Intensität der Sprachtherapie zu größeren Verbesserungen führen, während bei einem Alter von 65 Jahren oder jünger, einer leichten bis mittelschweren Aphasie und einem männlichen Geschlecht eine hochfrequente Sprachtherapie bzw. eine hohe Intensität einen Benefit bringen kann.

Auf den Punkt gebracht von Anna Lisa Schmid, akademisierte Logopädin in Bielefeld.

Wir haben uns gefragt, ob nicht auch eine Vielzahl an weiteren Faktoren und auch ganz individuelle Aspekte eine Rolle spielen, wie eine allgemeine Leistungsbereitschaft, der Anfahrtsweg, Möglichkeiten in die Praxis zu kommen, die Therapie zu finanzieren usw.

Beispielsweise würden bei uns nicht wenige Patient:en gern eine Intensivtherapie machen, wenn sie es sich leisten könnten und andere haben gar keine Lust auf 4-5x Therapie in der Woche, selbst wenn man Ihnen das anbietet.

Auch scheint der Bildungsgrad und zumindest die Lust am Lernen auch relevant zu sein nach rein subjektiver Erfahrung. Und die meisten haben ja nicht nur Logo sondern auch noch Physio, Ergo, Rehasport, Enkelkinder, Hobbies usw.

Die Menschen sind halt sehr unterschiedlich, oder?

Das ist eine große Herausforderung in unserem Bereich im Umgang mit rein quantitativen Daten, da diese nie alles widerspiegeln können. Es ist dennoch super interessant, dass es in den Subgruppen doch solche Unterschiede gab und auch Gemeinsamkeiten. Vielleicht ein erster Schritt, auch quantitative Daten etwas spezifischer aufzudröseln und deutlich zu machen, dass es sehr wohl Unterschiede aufgrund verschiedener Merkmale gibt, auch wenn der individuelle Mensch natürlich in seinen ganz eigenen Präferenzen und Möglichkeiten gesehen werden sollte.

Und dann ist da ja immer noch die große Herausforderung, wie das alles in der Versorgungsrealität umgesetzt werden kann. Auf jeden Fall sehr spannend und vielleicht ein gute Handreichung für eine Empfehlung.

LingoScience ist eine Gemeinschaftsproduktion von Lingo Lab und dem Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie, dbs. Dieser Text ist auch als Podcast zum Anhören verfügbar auf allen bekannten Podcastkanälen (Spotify, Castbox, Apple, etc.) und auf [www.lingo-lab.de/podcast](http://www.lingo-lab.de/podcast) sowie in der Infothek auf [www.dbs-ev.de](http://www.dbs-ev.de).