

## 9. Allgemeine Zusammenfassung und Ausblick

Die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Studie „Teletherapie bei Aphasie“ hatte zum Ziel, die Wirksamkeit von supervidierter Teletherapie zu evaluieren. Im ersten Abschnitt der Dissertation konnte gezeigt werden, dass supervidierte Teletherapie wirksam ist. Patienten mit später postakuter oder chronischer Aphasie verbesserten sich signifikant in der Therapiephase im Vergleich zu einer Kontrollphase, während der keine Therapie angeboten wurde. Das ist ein großer Erfolg. Bisher gab es nicht viele Evidenzen aus randomisiert-kontrollierten Studien, die die Wirksamkeit der Aphasietherapie belegten. Umso bemerkenswerter ist es, dass eine Therapieform wirksam ist, die in weiten Teilen nur computerunterstützt und ohne persönliche Anwesenheit des Therapeuten durchgeführt wird. Die supervidierte Teletherapie war sogar ähnlich erfolgreich wie die persönliche Therapie, die mit derselben Intensität von einer erfahrenen Logopädin angeboten wurde. Dieses Ergebnis erbrachte eine Gegenüberstellung beider Therapieformen in einer zweiten kontrolliert-randomisierten Studie. Das Ergebnis birgt große Chancen für eine Verbesserung der Behandlungssituation für Patienten mit Aphasie.

Nach wie vor werden in Deutschland zu wenige Behandlungsstunden für Aphasiker angeboten. Nach einer Meta-Studie von Bhogal und Kollegen (2003) muss störungsspezifische Therapie hochintensiv durchgeführt werden. Nur wenn mehr als 5-10 Therapiestunden pro Woche angeboten werden, kann man auf Fortschritte der sprachlichen Leistungen hoffen. Eine solch intensive Behandlung ist im niedergelassenen Setting nicht zu erbringen. Nur durch Nutzung computergestützter Verfahren kann die Intensität so erhöht werden, dass die sich aus den Vorgaben der Metastudie ergebenden Zielgrößen erreicht werden. Tatsächlich konnte durch die Teletherapiestudie erstmals gezeigt werden, dass Therapiefrequenz durch supervidierte Teletherapie ohne Qualitätsverlust so angehoben wird, dass Patienten nachweislich davon profitieren.

Nun sind Kostenträger und Sprachtherapeuten in die Verantwortung zu nehmen. Bisher werden computerunterstützte Verfahren in der Aphasietherapie nur sehr zu-

rückhaltend angenommen. Das gilt kostenträgerseitig insofern, dass die finanzielle Vergütung für Teletherapie nur in seltenen Fällen übernommen wird. Solange Teletherapie nicht als Heilmittel abgerechnet werden kann bzw. Sprachtherapeuten die teletherapeutisch behandeln möchten, durch überbordende Bürokratie ausgebremst werden, kann und wird sich Teletherapie nicht etablieren. Umgekehrt gilt, solange Sprachtherapeuten nicht in erster Linie das Wohl der ihnen anvertrauten Patienten im Auge haben und stattdessen nur befürchten, sich durch neue Techniken selbst ‚wegzurationalisieren‘, wird Teletherapie einen schweren Stand haben. Es gilt, das Interesse der Patienten und ihr Anrecht auf die bestmögliche Behandlung als Maßgabe für die einzusetzenden Heilmittel zu berücksichtigen. Nur wenn das Interesse am Wohl des Patienten sowohl seitens der Kostenträger als auch seitens der Therapeuten kein Lippenbekenntnis bleibt, wird sich Teletherapie durchsetzen können. Die gegenwärtig zögerliche Haltung kann nur aufgebrochen werden, wenn der Auftrag, den Patienten bestmöglich zu versorgen, in den Vordergrund rückt.

Eine erweiterte Perspektive auf den Erfolg der Studie „Teletherapie bei Aphasie“ ergibt sich, wenn man die Entwicklung der MoDia2-Testbatterie in die Evaluierung mit einbezieht. Fortschritte in der Behandlung der Aphasie stehen in enger Verbindung mit der Güte der Diagnostikinstrumente. Gerade die Anforderung störungsspezifische Aphasietherapie anzubieten, steht und fällt mit der Möglichkeit, theoretisch gut abgesicherte, modelltheoretische Diagnosen zu erstellen. Vor diesem Hintergrund darf die Entwicklung der MoDia2-Diagnostikbatterie als bedeutsamer Mehrwert verstanden werden. MoDia2 ist ein „Abfallprodukt“ einer Studie mit gänzlich anderer Zielsetzung. Wenn mit jeder Studie ähnlich synergistische Erfolge verbunden wären, wäre viel gewonnen. MoDia2 entstand aus der Anforderung, die Teletherapie mit einer Einzelwortdiagnostik evaluieren zu können, die über ausreichende Itemzahlen verfügt, um modalitäts- und aufgabenspezifische Effekte reliabel erheben zu können. Dazu schien das in Deutschland weithin etablierte LeMo-Testverfahren (de Bleser et al. 2004) nur bedingt geeignet. Aufgrund der Konstruktion der MoDia2-Tests und der neuen statistischen Methoden der Auswertung bietet MoDia2 Vorteile, die sie von anderen Testbatterien für lexikalische Verarbeitungsstörungen günstig abhebt. Die Interpretation der MoDia2-Ergebnisse ist nicht auf eine Lexikontheorie festgelegt.

MoDia2 kann sprachliche Auffälligkeiten auf Test- und Untertestebene detektieren. Eine Verortung im Modell wird nicht automatisiert angeboten und dies aus gutem Grund: Aus Sicht des Autors muss die Diskussion, welches Modell die lexikalische Verarbeitung adäquat beschreibt, erst noch entschieden werden. Ein Husarenritt durch die Landschaft der Lexikontheorien im zweiten Abschnitt der Dissertation hat dies deutlich gemacht. Solange keine Lexikontheorie für sich reklamieren kann, die „Richtige“ zu sein, ist Vorsicht geboten. Eine implizite Festlegung durch Wahl eines Modells, welche für die Interpretation der Diagnostikergebnisse herangezogen wird, kann unter Umständen mehr hinderlich als hilfreich für Theoriebildung und Behandlung der Aphasie sein.

Die Auswertung des Gruppenergebnisses der MoDia2-Untertests scheint zu belegen, dass vorwiegend modalitätsspezifische Theorien zurückzuweisen sind. Eine Hauptkomponentenanalyse der Daten isoliert drei linguistische Faktoren, welche die sprachsystematischen Störungen der Patienten zu rund 80% erklären. Das statistische Erklärungsmodell lässt für ein supramodales Sprachsystem plädieren, das aus einer phonologischen, einer orthographischen und einer semantischen Komponente besteht. Diese Auffassung birgt viele Ähnlichkeiten mit einem PDP-Modell der Wortverarbeitung, das über die Jahre u.a. von Rumelhart, McClelland, Plaut und Seidenberg entwickelt wurde (Rumelhart & McClelland 1986; Plaut et al. 1996; Joanisse & Seidenberg 1999). Das Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse ist aber auch mit dem Modell von Levelt und Kollegen (Levelt et al. 1999; Indefrey & Levelt 2004) kompatibel. Die Zukunft muss zeigen, welches Modell die meiste Evidenz auf sich vereinigt.

Sollte es sich – wie die Daten der MoDia2-Analyse nahe legen – erweisen, dass ein supramodales Lexikonmodell mit modalitätsspezifischen Input- und Outputkanälen die neurolinguistische Realität adäquater beschreibt, dann sollten sich ähnliche Störungsprofile über Modalitäten und Aufgabengruppen hinweg zeigen. Diese Vermutung entspricht den klassischen Annahmen der Aachener Forschergruppe um Huber (Huber et al. 2006). Vor diesem Hintergrund war es interessant, ob sich durch eine Clusteranalyse ‚lexikalische Syndrome‘ ermitteln ließen. In der Tat konnten ba-

sierend auf den MoDia2-Daten fünf lexikalische Cluster identifiziert werden. Eine abschließende

Bewertung der ‚lexikalischen Syndrome‘ verbietet sich jedoch. Die Stichprobengröße von 32 Probanden mit Aphasie ist zu gering, um auch nur einigermaßen zuverlässige Aussagen treffen zu können. Weiterhin ist die Zusammensetzung der untersuchten Patientenpopulation alles andere als repräsentativ. Es bedürfte deutlich größerer Stichproben in der Größenordnung von mindestens 100 Probanden, um valide Aussagen machen zu können. Das ist die Herausforderung für die Zukunft. MoDia2 verspricht interessante Einblicke in die Struktur des Lexikons, sobald größere Patientenpopulationen damit untersucht wurden. Die Fortschritte in der Diagnostik und Theorie sollten wiederum größere Erfolge in der Behandlung gewährleisten. Die Studie „Teletherapie bei Aphasie“ hat vieles voran gebracht. Nun gilt es, den Weg weiter zu beschreiten.