



**Leichte Sprache**

Am Ende dieses Artikels finden Sie eine Zusammenfassung in Leichter Sprache



Die Literaturverweise zu diesem Beitrag finden Sie im Internet unter [www.heilpaedagogik.de](http://www.heilpaedagogik.de)

JÜRGEN STEINER

# Kommunikation und Sprache aufrechterhalten

## Ressourcen und Kompensationen im Rahmen der Demenz

Bei einer Demenzerkrankung verlieren die Betroffenen nach und nach ihr Sprachvermögen. Der Beitrag beschreibt die unterschiedlichen Formen der Demenz und erläutert, welchen Beitrag Logopädie und Sprachheilpädagogik über den Zugangsweg Sprache und Kommunikation leisten können, um Ressourcen bei Demenzerkrankten zu mobilisieren.

### Einleitung:

Sprache ist wichtig. Mit ihr drücken wir uns aus, gewinnen Eindrücke und kommen in Kontakt mit anderen Menschen.

Bei einem *Sprachverlust* nach einem Schlaganfall (Aphasie) verliert man die Sprache zunächst, hat aber die Hoffnung, dass man sich zurückkämpfen kann. Mit der Diagnose Demenz muss man hinnehmen, dass die sprachlichen Ausfälle, die man schon lange beobachtet hatte, einen Grund haben und dass von nun an ein kontinuierlicher Weg des Abbaus zu beschreiten ist, bei dem man anfangs so bewusstseinsklar ist, dass man gezwungen ist, dabei zuzuschauen. Und mit der Sprache verlieren wir gleichzeitig die Erinnerung und die Orientierung – und mit all dem den Kontakt zur Welt, zu Partnern in unserer Mitte und schließlich zu uns selbst.

Der vorliegende Beitrag will einen Einblick in die (Sprach-) Welt der Menschen mit Demenz geben, in mögliche Op-

tionen des besseren Umgangs und in eine Idee von der Unterstützung durch Therapie.

### Das sich wandelnde Bild der Demenz

Demenz bedeutet wörtlich übersetzt „Ohne-Geist-Sein“. Auf der Grundlage dieser Bezeichnung ist die Krankheit mit einer *grundsätzlichen Abwertung* der Person verbunden. Dem müssen wir als Heilpädagoginnen und Heilpädagogen entgegenreten. Wer die Diagnose Demenz erhält, ist nicht ohne Geist, vielmehr ist er in einem Prozess der kognitiven Veränderung, die sich von Minderungen des Älterwerdens abgrenzt, da eine Erkrankung den Prozess steuert.

Der Abbau der Leistungsfähigkeit verläuft je nach Demenzform und je nach zurückliegender Lernbiografie und aktueller Einstellung sehr unterschiedlich; bei Menschen mit kognitiven Reserven teils sogar mit Stagnationen. Die Zuschreibung „Ohne-Geist-Sein“ ist aber nicht nur falsch; sie ist sehr nah an „Ohne-Würde-Sein“. Ein

„Inklusion bedeutet, dass wir Menschen mit einem besonderen Schicksal ermöglichen, an unserer Welt teilzuhaben, und dass Menschen mit einem besonderen Schicksal uns ermöglichen, an ihrer Welt teilzuhaben, um letztlich zu erkennen, dass es sich um dieselbe Welt handelt.“

Jürgen Steiner, 61, noch nicht demenzbetroffen in Steiner 2016b

würdevoller Umgang bedeutet, gemeinsam zu leben, was Demenzbetroffene sich wirklich wünschen: auf *Augenhöhe* angesprochen werden (vgl. Rohra 2016). Selbst im späten Stadium der Demenz gibt es trotz aller Verluste eine uneinnehmbare Burg des Menschen, nämlich seine Emotionen. Die Demenz lehrt uns, dass „*Ich denke, also bin ich*“ (Descartes) ersetzt werden muss durch „*Ich fühle, also bin ich*“.

Zum Glück ändert sich das *Bild der Demenz* in unseren Köpfen. Auguste Deter, jene Patientin, die Alois Alzheimer 1906 beschrieb, wird als bettlägerig, hilflos und siechend dargestellt. Heute haben wir Frontfrauen wie Helga Rohra und Frontmänner wie Richard Taylor (2011), die Bücher und Newsletter von besonderem Esprit schreiben und eine Vision der notwendigen Anpassung der Gesellschaft entwerfen (vgl. Rohra 2016). Demenzbetroffene treten aus dem Schatten und wollen heute gehört werden. „*Für Menschen und MitMenschen*“ – das Motto des Berufs- und Fachverbandes Heilpädagogik (BHP) ist äußerst treffend für das künftige Nachdenken über Demenz auf individueller und gesellschaftlicher Ebene.

Den Kampf der Betroffenen, gehört zu werden, können Heilpädagoginnen und Heilpädagogen und alle helfenden, pflegenden und therapeutisch begleitenden Professionen unterstützen. Inzwischen ist es kein einsames Streiten mehr, sondern es existiert über die *Nationale Demenzstrategie* ein Auftrag an Politik und Öffentlichkeit. In sehr vielen Ländern wird das Thema Demenz auf gesellschaftlicher Ebene diskutiert (vgl. Lützu-Hohlbein 2016 sowie Steiert 2016). Die Ziele sind unter anderem, das Wissen über Demenz durch Öffentlichkeitsarbeit zu erweitern und Support- und Beratungsmöglichkeiten als Netzwerk auf- und auszubauen. Es geht darum, weiterhin nach dem medizinisch-pharmazeutischen Durchbruch zu forschen und gleichzeitig Einstellungen und Bereitstellungen im Lebensraum zu verändern. In diesem Sinne ist das Thema Demenz der vordergründige Anlass über Formen des Zusammenlebens jenseits von Leistung, Tempo und Effizienz nachzudenken und die Frage zu beantworten, wie ein Mehr an Miteinander und Füreinander erreicht werden kann. Wer Lösungen für einen gangbaren Weg im Umgang mit der Demenz vorantreibt, bearbeitet gleichzeitig den Umgang mit dem Altern, den Alten und den Menschen mit Behinderungen, die älter werden. Die gleichsam brisanten Fragen um die Demenz und um die *demografische Entwicklung* sind eng miteinander verbunden.

Eine Ordnung der Diskussion über Netzwerke für Demenz kann wie folgt aussehen:

- Auf der individuellen Ebene geht es um die Frage, wie das Selbst gestützt werden kann, um Lebensqualität zu erhalten (vgl. Steiner 2018).
- Auf einer interindividuellen Ebene ist zu bearbeiten, wie trotz einer demenzüberschatteten, erschwerten Kommunikation Normalität und Sicherheit gewahrt werden kann, um Kontakten aufrechtzuerhalten.
- Auf einer gesellschaftlichen Ebene steht ein Nachdenken über Formen des Wohnens und Zusammenlebens an, um den Graben zwischen der „regulären“ und der kontaktreduzierten, altersgezeichneten, leistungsgeminderten und/oder dementen Welt zu überwinden (vgl. Hess-Cabalzar & Hess 2016, Ugolini 2016, Rohra 2016).

## Hirnfunktion, Prävention und Therapie

Unser Hirn ist ein Kompensationsorgan. Gewisse Schädigungen, die verstärkt im Älterwerden auftreten wie zum Beispiel Durchblutungsprobleme (vaskulär), Unfälle (traumatisch) oder Abbauprozesse (degenerativ), führen dazu, dass das Gehirn die kognitiven Reserven nutzt, um sich neu zu organisieren. Diese Regeneration wird sinnvollerweise therapeutisch unterstützt und kann bei einem Schlaganfall je nach Verlauf sogar vollständig sein, wobei eine gewisse Verlangsamung und ein gewisser Stress bei Multitasking typischerweise als Folge einer Hirnschädigung bestehen bleiben. Bei Demenz ist die kognitive Reserve der prognostische Faktor für Aufrechterhaltung von Fähigkeiten und Lebensqualität.

Der primäre Faktor der *Demenz-Prävention* ist demnach, kognitive Reserven aufzubauen. Salopp könnte man von einer besseren Prognose bei Menschen mit Neugier- und Aktivitätsbiografie sprechen. Ärztliche Kontrolle (zum Beispiel Blutdruck und Diabetes), Bewegung, Diät (Gewichtskontrolle, Vermeidung von Giften wie Alkohol u. a.), Klarheit der Lebenseinstellung (vgl. Dobelli 2017 sowie Hüther 2017) und eine ebenbürtige Partnerschaft mit einem Bemühen um eine Streit- und Versöhnungskultur sind weitere wichtige Faktoren eines *successful aging* und der Kompensation von Hirnschädigungen.

Im Falle der Demenz ist die Hirnschädigung ein fortschreitender (progredienter) Prozess und die kognitiven Reserven werden nach und nach aufgebraucht. Die Schlussfolgerung kann aber unmöglich ein allgemeiner *Nihilismus* sein. Der therapeutische Ansatz ist, in Kontakt und Aktivität zu bleiben und Menschen einzubinden, Ressourcen zu erkennen und zu stärken. Andere progrediente Erkrankungen (wie beispielsweise Multiple Sklerose, Krebserkrankungen) werden auch nicht dem Nihilismus überlassen („*da ist eh nichts zu machen*“), Palliation heißt, der Krankheit entgegenzutreten und Lebensqualität aufrechtzuerhalten (vgl. Gottschling und Amend 2016). Jede Therapie muss heute legitimieren, inwiefern sie im Sinne der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) für die Teilhabe erfolgreich tätig ist.

*Teilhabe im Fokus der Sprachlichkeit* heißt

- im Gespräch bleiben,
- lesend Informationen verarbeiten,
- sich schreibend ausdrücken,
- Kontakt mithilfe neuer Technologien (WhatsApp, Social Media u. a.) halten.



Alle Sprachübungen, die Logopädinnen und Logopäden anbieten, dienen letztlich dem Zweck, sich auszudrücken und an Gesprächen teilzunehmen, um im gesellschaftlich-kulturellen Raum in Kontakt zu bleiben. Es ist ein Wirken gegen die *Depression* und gegen den *Rückzug*.

„Mir ist schon klar, dass das mit mir nichts mehr Rechtes wird. Aber die anderen bauen ja auch ab. Wenn Sie mir ein bisschen helfen, dass ich da nicht so auffalle, bin ich zufrieden.“

Richard P., Demenzbetroffener seit 3 Jahren, 68 Jahre alt, wohnselbstständig

Übungen, die einer linguistisch logischen Struktur folgen, zum Beispiel in Form von Arbeitsblättern, sind damit zwangsläufig limitiert; im Zentrum steht ein Coaching des Gesprächs (vgl. Collmann & Steiner 2018). Ein Coaching hat das Ziel, in relevanten Kontexten mit welchen Mitteln auch immer zu Gehör zu kommen und eingebunden zu sein.

Wirksam ist eine Intervention, die genau dies erreicht. Klassischen Wirksamkeitsstudien über Gruppenvergleiche darf mit Skepsis entgegnet werden; Demenz lehrt uns, dass nur kumulierte Einzelfallstudien sinnvoll sind, da man Menschen vor sich hat, deren Progredienz in unterschiedlichen Stadien bei sehr unterschiedlichen Verursachungskombinationen in nicht vergleichbaren Lebens- und Supportkontexten sehr unterschiedlich verläuft, und so der Grad der Aufrechterhaltung von Aktivität schwer messbar wird (vgl. Bürki & Steiner 2012).

### Sprachlich-kommunikative Veränderungen phasengerecht annehmen und bearbeiten

Eine heilpädagogische Herangehensweise versteht Demenz als Sammelbegriff für ein komplexes Störungsbild.

Die einzelnen *Demenzformen* treten unterschiedlich häufig auf. Fasst man die degenerativ und/oder vaskulär verursachten Demenzen zusammen, deckt man mehr als etwa drei Viertel der Verursachungen ab. Demenz, in der neueren Bezeichnung neurokognitive Störungen (*neurocognitive disorders*, NCD), betrifft per *DSM-Definition* (Diagnostisches und statistisches Manual mentaler Störungen) eine Minderung der Hirnfunktion in folgenden Facetten: Planen, Denken, Lernen, Gedächtnis, Sprache, Wahrnehmung, Bewegung, (geteilte) Aufmerksamkeit und Einfühlungsvermögen in das Gegenüber (vgl. Bopp-Kistler 2016). Die Gedächtnisstörung muss nicht obligat sein, und die einzelnen Facetten der Leistungsminderung können sehr unterschiedlich hervortreten und interagieren.

Die Demenzform ist kein wesentlicher Faktor für die Frage danach, ob man eine (logopädische) Behandlung einleiten soll. Entscheidend ist, ob die Betroffenen diese wünschen. Die genaue ärztliche Diagnose klärt nicht die *Indikation*, sondern verweist (nur) auf *erwartbare Be-*

*gleiterscheinungen* und eventuell auch auf das Tempo, wie schnell der Abbau der Sprachfähigkeit verlaufen wird:

- Visuell-räumliche Einschränkungen sind wesentlich für die Posteriore corticale Atrophie (PCA).
- Eine Beschleunigung des Sprachzerfalls ist erwartbar bei der Primären Progressiven Aphasie (PPA) beziehungsweise bei der Semantischen Demenz.
- Verhaltenssteuerungsprobleme beziehungsweise der Verlust des Wissens um das soziale Miteinander können mit der Frontotemporallappendegeneration (bvFTLD) assoziiert werden.
- Gedächtnisprobleme kennzeichnen die Alzheimerdemenz (DAT).

Der Sprachverlust ist Teil des Demenz-Syndroms. Der sprachliche Abbau wird als *Kognitive Dysphasie* bezeichnet.

Als *Hemmnisse* in der Kommunikation stehen im Vordergrund (vgl. Steiner 2018, auditive Beispiele finden sich in Gutzmann & Brauer 2007):

- unpassende oder redundante Fragen,
- Verlust des roten Fadens, der Orientiertheit und der Kooperation in Gesprächen,
- Verlust des Verweilens bei einem Thema,
- Sprachabrufprobleme (Störungen der Konzeptebene, der Wortauswahl und der Worteinpassung).

Diese Störungen im Gespräch sind Teil des gestörten Netzwerkes Gedächtnis, Wahrnehmung und Aufmerksamkeit.

Als *Ressource* kann angesehen werden:

- Wunsch nach Kommunikation,
- Erkennung von Intentionen und Emotionen im Gespräch,
- Sprachverständnis,
- Phonologie,
- Syntax,
- Lese- und Schreibkompetenz.

Sprach- und Kommunikationsprobleme treten in der Regel früh, also bei einer beginnenden Demenz auf.

In der Therapie-Lehr-Praxis der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich stehen wir Betroffenen in Kooperation mit der Memory-Klinik Zürich mit Rat und Tat zur Verfügung.<sup>1</sup>

Zum Start in die Behandlung gibt es hier die ärztliche Empfehlung mit einem ausführlichen Bericht. Betroffene, die in die Therapie-Lehr-Praxis kommen, suchen die Veränderung. In der Regel lässt sich die klassische Ausgangslage so beschreiben: eher *junge Patienten* (unter 75 Jahre), die um ihre *Wohnselbstständigkeit* kämpfen vor dem Hintergrund eines *kognitiv aktiven Lebens* und *verbliebener Neugier* in einer *frühen oder mittleren Phase der Demenz*.

<sup>1</sup> vgl. <https://www.hfh.ch/de/unser-service/expertenwissen-online/sprache-und-demenz/>.

Die Inhalte der Therapie sind die oben schon genannten Stationen der Teilhabe:

1. Im Gespräch bleiben,
2. lesend Informationen verarbeiten,
3. sich schreibend ausdrücken,
4. Kontakt mithilfe neuer Technologien (WhatsApp, Social Media u.a.) halten.

Eine Sprachtherapie bei Demenz ist der Versuch, Hemmnisse und Ressourcen im Gespräch zu coachen (vgl. Petzer & Steiner 2018); die Form ist der Dialog, also das *Arbeiten am Dialog mit beiden Betroffenen* (1). Da gerade bei der alzheimerischen Erkrankung die Lesefähigkeit eine verbleibende Ressource ist, gilt es, diese zu stärken. In der Therapie loten wir jenes *Leseniveau* aus, das bewältigt werden kann. Einfache, nicht umfangreiche, alltagsrelevante, erwachsenengerechte Texte führen die Betroffenen zurück in die Leseaktivität. Leichte Sprache (zum Beispiel Nachrichten online) ist ein möglicher Weg (2). Wenn zu Hause der *Schreibtisch* wiederbelebt wird, ist das ein großer Erfolg. Das Verfassen *biografischer Texte* (3) ist ein gemeinsamer Akt des Betroffenen mit der Therapeutin, das zu Hause fortgeführt werden kann. Wenn ein *Smartphone* eine Rolle gespielt hat, ist auch der Umgang hiermit ein Thema in der Therapie.

Eine Therapieform, die das dichte Gespräch, Lesen und Schreiben zusammenbringt, ist KODOP (Kommunizieren, Dokumentieren, Präsentieren), die in Steiner 2010 beschrieben ist. Ein professionell durchdachtes, modell- und zielorientiertes Angebot der Logopädie ist ein möglicher Weg, Menschen mit Demenz zu helfen, ihre *Autonomie* und ihr *Selbst* aufrechtzuerhalten.

Aber auch Pflegepersonen, heilpädagogisch, ärztlich oder therapeutisch Tätige oder auch Angehörige, die teils allerdings befangen sind, können einen wesentlichen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Kommunikation beitragen. Befriedigende Kommunikation, völlig unabhängig von einer hirnnorganisch bedingten Beeinträchtigung, erleben wir dann, wenn *Rhythmus* und *Klima* stimmig sind und *Informationen* entnommen werden können (vgl. Steiner 2010 sowie Steiner 2016). Zu Beginn der Erkrankung bleibt eine Verlässlichkeit des Verbalen erhalten, im Verlauf muss der Gesprächspartner mehr Verantwortung übernehmen, die Ansprüche an den Informationsgehalt und das Tempo reduzieren sowie zusätzlich zu *verbalen* Äußerungen *nonverbalen* (Gestik und Mimik) und *paraverbalen* (Stimme) Elementen sowie dem begleitenden *Verhalten in der Kommunikation* mehr Bedeutung geben. *Mit dem Herzen hören* ist dann die Devise.

Trotz Demenz können wir befriedigende Gespräche führen:

1. Der demenzbetroffene Mensch teilt sich mit und wir
  - werten grammatikalisch unvollständige und semantisch abweichende Äußerungen als vollständig und richtig, soweit möglich,
  - sind aufmerksam gegenüber allen Kanälen der Mitteilung: verbal, nonverbal, paraverbal und Verhalten,
  - wertschätzen die Gefühle des Gegenübers und gehen auf diese ein (Freude teilen, Angst und Unruhe besänftigen, Trost in der Trauer),
  - abstrahieren von einem Informations- und Wahrheitsanspruch.
2. Wir halten das Gespräch mit dem demenzbetroffenen Menschen aufrecht, indem wir
  - den Kontakt auch in Schweigephasen genießen, Berührungen suchen und ungeteilte Aufmerksamkeit aufrechterhalten,
  - das Gespräch verlangsamen (weniger über die Sprechgeschwindigkeit als über die Reduzierung der Komplexität),
  - dem Gegenüber Raum geben und gleichzeitig präsent sind,
  - Fragen allgemein dosieren, bedrängende Fragen vermeiden und Fragen teils durch Kommentare ersetzen.

Wohlbefinden und *Lebensqualität* hängen davon ab, wie wir unsere Gespräche führen (vgl. Becker 2016). Gesprächspartner, für die die gewohnte Routine nicht mehr tragfähig ist und die gleichzeitig aus Mangel an Information, Erfahrung und Erprobung am gewohnten Muster festhalten, tun sich schwer, auf sich gestellt neue, unbekannte Wege zu gehen. Es braucht Begleitung und Rat. Die Logopädie und die Sprachheilpädagogik sind die Instanzen für Information und Erprobung einer *adaptierten Kommunikation* in einem geschützten Rahmen für Demenzbetroffene, deren Angehörige und Pflegenden.

Hierzu gibt es zwei sehr gute Lehrfilme, die zeigen, wie Kommunikation unter erschwerten Bedingungen gelingen kann:

- Oppikofer 2009: Der Film „*Zeichensprache*“ zeigt, wie der Gesprächspartner achtsam mit Gefühlen des demenzbetroffenen Menschen umgehen kann.
- Steiner 2010b: Im Film „*Gelingende Kommunikation mit dementen Menschen*“ werden Logopädie und Validation zusammengebracht.

Die Filme geben Hinweise für die Kommunikation mit Demenzbetroffenen in einer fortgeschrittenen Phase; in einer frühen Phase können Dialogtraining und Dialog-

„Meinen Kollegen hab ich dann gesagt, ich hab Durchblutungsstörungen im Gehirn. Wir kommen gut miteinander klar.“

Walter R., Demenzbetroffener seit 4 Jahren,  
63 Jahre, wohnselbstständig



coaching aus der Aphasietherapie entlehnt werden (vgl. Steiner 2016a).

### Praxis: Demenzcoaching in der Therapie-Lehr-Praxis der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH)

Die Patienten werden der Therapie-Lehr-Praxis von der Memory-Klinik Zürich unter Beachtung von abgesprochenen Auswahlkriterien per Arztbrief zugewiesen; aus diesem entnehmen wir Demenztyp, Dauer der Erkrankung, Grundinformationen zum Lebenskontext, Art der neuropsychologischen Begleitprobleme und Medikamentierung.

Vor dem ersten Termin werden in einem ausführlichen Telefonat die *Erwartungen der Betroffenen* mit dem Grundkonzept der Beratung/des Coachings abgeglichen. Vor dem Erstgespräch werden zwei Fragebögen versandt, die den *Lebens- und Sprachkontext* befragen. Diese müssen nicht zwingend vollständig ausgefüllt werden, da der Kontext zum Thema des ersten Treffens gemacht wird. Auch die Informationen aus dem Arztbericht werden direkt angesprochen.

Auf eine *belastende Diagnostik* (z. B. Token Test) verzichten wir. Statt Ermittlung eines linguistischen Profils in beiden Sprachsystemen (Laut- und Schriftsprache) in allen Modalitäten (rezeptiv, produktiv, imitativ) konzentrieren wir uns auf die informelle Exploration der rezeptiven und produktiven Möglichkeiten im Bereich Lesen und Schreiben auf Satz- und Textniveau. Einen Wortflüssigkeitstest führen wir nur bei Bedarf durch.

Auf der Grundlage der Einschätzungen der Betroffenen und unserer Orientierung nehmen wir eine *Problemdefinition* vor und formulieren vorläufige Ziele, die mit den Partnern abgesichert werden. Die Intervention ist in der Regel auf sechs Monate *befristet* mit insgesamt etwa zwölf Sitzungen. Die Therapiedauer beträgt in der Regel 90 Minuten. Telefonate zwischen den Terminen sind ein offenes Angebot. Nach jeder Intervention verfassen wir eine *E-Mail*, die Erkenntnisse auf den Punkt bringen und Impulse geben will sowie eine Anknüpfung beim nächsten Treffen ermöglicht.

Sehr unterschiedliche Therapievoraussetzungen führen zu sehr individuellen *Therapieplanungen*; dennoch gibt es Eckpfeiler. Wir prüfen die Relevanz und die Effekte in folgenden Arbeitsbereichen:

- Arbeitsbereich 1: Warming up, kurzes funktionales Gedächtnis- oder Konzentrationstraining;
- Arbeitsbereich 2: Gesprächsberatung, Bestärkung der gelingenden Faktoren als explizites Wissen mit beiden Partnern;
- Arbeitsbereich 3: Biografiearbeit, die das dichte Gespräch, Lesen und Schreiben zusammenbringt (KODOP und/oder HOT, vgl. Steiner 2010), es entsteht ein kooperatives Schreib-Werk;

- Arbeitsbereich 4: Sicherheit zurückerlangen beziehungsweise Neuorientierung in Bezug auf den Umgang mit modernen Medien (Tablet, Smartphone, Internet, Facebook, Blogs);
- Arbeitsbereich 5: Über angeleitete Eigenarbeit eine Beschäftigung finden, die den eigenen Schreibtisch als Arbeitsplatz reaktiviert.

„Das war ein wirkliches Schlüsselerlebnis, dass ihm „überleg noch mal“ oder so etwas überhaupt nicht hilft. Na ja, ich bin schon erschreckt, dass ich in die Rolle der Oberlehrerin hineingeraten bin. Ich muss das einfach sein lassen.“

Rita M., 48 Jahre, Ehefrau von Lothar M., demenzbetroffen seit 5 Jahren, wohnselbstständig mit zwei jugendlichen Kindern

Das übergeordnete Ziel ist die Selbst-Ermächtigung; Sprache ist dabei nur der Zugangsweg.

Über die Arbeit an der Sprache wollen wir die Erfahrung vermitteln, dass auch die Demenz nicht mindern kann:

- etwas wert zu sein (Anerkennung),
- dazuzugehören (Kontakt),
- etwas Sinnvolles zu tun (Aktivität) und
- angesprochen zu werden (Gespräch).

Solche Ziele wären auch im gruppentherapeutischen Setting (vgl. Masoud et al. 2016) sehr sinnvoll. Diese führen wir in der Therapie-Lehr-Praxis im Moment nicht durch.

Prozessanpassungen und Evaluationen erfolgen über die Befragung der Betroffenen. Unsere Maxime ist: *Strategieanpassung in der Kommunikation sowie lesende und schreibende Arbeit am Text bahnen den Weg zu Aktivität, zu Orientierung, zu Sinn und Kontakt zum Selbst und zu Anderen*. Dies ist mit einem funktionalen kognitiven Training nicht möglich. Das Ziel der Arbeit im Rahmen des KODOP-Konzeptes (Steiner 2010) ist nicht der „gefällige Text“, sondern der lebensbedeutsame.

### Ausblick

In diesem Beitrag wurde ein Plädoyer geführt für ein Angebot der Logopädie und Sprachheilpädagogik, das eher auf Betroffene in einer frühen bis mittleren Krankheitsphase abzielt mit einer Bildungsbiographie im Kampf um den Erhalt der Wohnselbstständigkeit und eines Eingebundenseins in eine Familie oder in eine Partnerschaft. Therapie kann aber unmöglich die einzige Lösung sein. Wir sollten als Mitmenschen und als Professionelle, die mit demenzbetroffenen Menschen arbeiten, die *Normalität retten* durch Aufrechterhaltung von Kommunikation und Kontakt.

Eine Behandlung der Demenz in einer *geriatrischen Rehabilitation* oder eine logopädische Intervention im Kontext Pflegeheim hat ganz andere Zielsetzungen (vgl. hierzu Hunziker & Steiner 2014) als hier beschrieben.

Die Bemühungen im Rahmen der *Nationalen Demenzstrategie* scheinen eher darauf abzuzielen, neue Wege für die *Pflege* zu finden. Wir sollten uns aber mit gleicher Energie um Menschen kümmern die noch weit von der Pflege entfernt sind, nämlich um jene, die, gemeinsam mit ihrem Umfeld noch selbst Steuerungen und Verantwortung übernehmen können.

Scham, Unsicherheit, Leid, Ohnmacht, Verzweiflung kann man nur bewältigen durch aktive Gestaltung, durch Akzeptanz und Bestärkung, durch *Annahme und Sinn*. Die Logopädie und die Sprachheilpädagogik leisten ihren Beitrag dazu über den Zugangsweg Sprache und Kommunikation.

ÜBER DEN AUTOR:

Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner, Promotion 1989 über Aphasie an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln. Habilitation 2001 im Thema Sprach- und Kommunikationsstörungen im Alter an der Universität Dortmund. Seit 2005 Leiter des Studiengangs Logopädie an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich (HfH) mit den Arbeitsschwerpunkten Prävention, Diagnostik, Aphasie, Sprachabbau bei beginnender Demenz. Ausbildung in Gesprächstherapie (1994, Viersen), EPL-Kommunikationstraining (2002, München), Validation (2008, Zürich); WB Systemischer Coach (2018, Köln); Beratungsstelle „Sprache und Demenz“ (Therapie-Lehr-Praxis der HfH) seit 2013.

KONTAKT

[juergen.steiner@hfh.ch](mailto:juergen.steiner@hfh.ch)

## Miteinander sprechen hält das Gehirn fit

Demenz ist eine Krankheit im Gehirn. Viele Dinge gehen nicht mehr so gut. Zum Beispiel:

- man kann nicht mehr gut denken
- man kann sich weniger merken
- man kann nicht mehr gut sprechen

Es gibt verschiedene Demenz-Krankheiten. Der Artikel sagt: Sprache ist wichtig. Mit den Menschen reden ist wichtig. Lesen und Schreiben ist wichtig. So kann man die kranken Menschen fördern.

Sprach-Therapeuten und Sprach-Therapeutinnen helfen. Damit die Demenz nicht so schlimm wird. Oder nur ganz langsam schlimmer wird.



## Leichte Sprache



Büro Leichte Sprache  
AWO Neukölln | Nadine Rüstow  
Illustration: Reinhild Kassing

18 E 25

## Marte Meo, gut leben – gut arbeiten

Die ressourcenorientierte Kommunikationsmethode Marte Meo im Umgang mit demenziell erkrankten älteren Menschen

**Referent:** Christoph Venedey  
**Termin:** Freitag, 05. Oktober 2018  
10:00 – 18:00 Uhr  
**Veranstaltungsort:** Essen

Weitere Informationen auf [www.eahonline.de](http://www.eahonline.de).

