

Demenz verstehen und logopädisch behandeln

Jürgen Steiner

1. Demenz verstehen

Demenz ist eine Erkrankung, die Fragen auf verschiedenen Ebenen aufwirft:

- Auf der *individuellen Ebene* geht es um die Frage, wie Demenz das Selbst verändert und welche Möglichkeiten es gibt, dieses zu stützen. Demenz veranlasst uns als Mitmensch und als Therapeutin, über Lebensqualität und Menschsein zu reflektieren; Logopädie versucht über Gespräche, Lesen und Schreiben einen Beitrag zu einem individuellen Empowerment zu leisten.
- Auf einer *interindividuellen Ebene* geht es um die Perspektive einer sich auflösenden Beziehungsdefinition und Beziehungszukunft. Demenz fragt nach einem Bewahren von Sicherheit in der Kommunikation, welche die Beziehung trägt und ein Aufbrechen zu neuen Kontakten; Logopädie kann über Beratung und Coaching die Bedingungen des Gelingens von Gesprächen unter veränderten Bedingungen strukturieren.
- Auf einer *gesellschaftlichen Ebene* (vgl. Hess-Cabalzar & Hess 2016 sowie Ugolini 2016) müssen sich Nachbarschaften, Menschen als Akteure des öffentlichen Lebens und politisch Verantwortliche fragen, ob Demenz nicht als Beispiel dafür dienen kann, Zusammenleben ausserhalb von Leistung, Funktionalität, Rationalität, Ökonomie, Maximaltempo und Machbarkeit zu definieren; Logopädie kann hier als Teil einer Öffentlichkeitsarbeit auf Besonderheiten des kommunikativen Miteinanders verweisen. Gesucht wird die Passung zwischen der regulären und der dementen Welt.

Demenz fordert damit das Fach Logopädie heraus, seine Definition und ebenso die gesamte Gesellschaft, ihre Prämissen zu überdenken: Wir können nicht alles regulieren und systematisch beeinflussen. Sogar ein Vakuum der Sinnfindung ist zu ertragen und auszuhalten. Was aber möglich ist, ist die *uneinnehmbare Burg des Menschsein* zu stützen: Unsere Emotionen und unsere Würde. Demnach ginge es der Logopädie um eine Aufrechterhaltung der Sprachfähigkeit (Gespräche, Lesen

und Schreiben) durch Ansprechen des emotionalen Bedeutsamen um diese anzuerkennen und dadurch Würde zu sichern.

Demenziell erkrankt zu sein bedeutet für den Betroffenen der Verlust des *Selbst*. Was mit Selbst gemeint ist, lässt sich am besten fassen durch das Bilden von Komposita: Selbstgewahrsein, Selbsterfahrung, Selbstbewusstsein, Selbstfindung (Held 2016).

Wenn das Selbst der Kern der Krankheit ist, sollte auch eine Behandlung darauf abzielen: Therapie hat den Auftrag, ein Angebot dahingehend zu machen, das Selbst aufrecht zu erhalten.

Das heißt für die Logopädie: Ein Angebot für die *Aufrechterhaltung des Selbst über Lesen und Schreiben* auf einem angepassten Niveau, das *Erleben gelingender Gespräche* trotz aller Schwierigkeiten. Das Selbst braucht zwingend Sinn und Kontakt. Daraus ergibt sich die Forderung einer Anknüpfung an die gelebte Biografie und an die Aktualität des derzeitigen Kontextes.

Die genannten Zieldimensionen, über Sinn und Kontext mit lebensbedeutsamen Aktivitäten das Selbst zu stärken, verweisen darauf, dass ein kognitives Training oder ein Sprachabrufttraining definitiv zu kurz greifen.

2. Komplexität im Begriff Demenz reduzieren

Das Thema Demenz ist aus dem Schatten getreten. Statt Tabuisierung und Nihilismus wird heute die Frage nach den Möglichkeiten gestellt; wir wollen wissen, was wir tun können. Dies liegt unter anderem an der Zunahme der Erkrankung, die sehr viele Familienmitglieder zu Mitbetroffenen macht. Die Logopädie ist eine Instanz, die ihre Rolle proklamieren sollte. Proklamieren deshalb, weil sie bisher nicht in ausreichendem Masse etabliert ist.

Die Behandlung der Demenz ist sehr komplex, vielschichtig und schwierig. Die Komplexität für die *Indikations-Entscheidung* in der Logopädie lässt sich verringern, wenn wir uns auf folgende vier Dimensionen konzentrieren. Die Möglichkeiten der logopädischen Einflussnahme hängen ab von:

- *Alter*: Jüngere Betroffene (unter 65 Jahre) sind in einer anderen Lebenssituation als multimorbide alte Patienten, wobei Alter ein Begriff ist, der für maximale Heterogenität steht.

- *Wohnstatus*: Für wohnselbständige Betroffene stellen sich andere Fragen hinsichtlich der Aufrechterhaltung von Autonomie als für Betroffene, die bereits in einem Pflegekontext betreut und versorgt werden.
- *Lernbiografie*: Für Menschen mit einem impliziten life-long-learning-approach stellt sich der Verlust und der Wunsch nach Lern-, Lese-, Schreib- und Gesprächsfähigkeiten auf existenziellere Weise dar als für Bildungsunmotiviertere bzw. Bildungsunroutinierte.
- *Demenzstadium*: Eine aktive Bearbeitung der eigenen, verbliebenen Möglichkeiten setzt den Wunsch nach Wandel, Motivierbarkeit, Orientiertheit und Selbstreflexion voraus. Dies ist in einem frühen Stadium der Demenz auf jeden Fall gegeben, in einem späteren jedoch nicht oder nicht im erforderlichen Masse.

Diese vier Dimensionen bestimmen wesentlich die Möglichkeiten einer Intervention über *Beratung und Therapie*. Und zwar sowohl für die *medikamentöse* als auch für die *nicht-medikamentöse* Therapie. Je älter der Patient und je weiter fortgeschritten das Stadium ist, desto dosierter sollten therapeutische Massnahmen sein. Jede Intervention, ob medizinisch-pharmakologisch oder nicht-pharmakologisch-beraterisch, sollte als Versuch angesehen werden, der zu einer Bilanz nach einem sinnvollen Zeitraum verpflichtet. Die Bilanz ist dann positiv, wenn die Maßnahme zu einer subjektiv und / oder intersubjektiv wahrnehmbaren *Verbesserung der Lebensqualität* beiträgt.

Die *Demenzform* ist kein wesentlicher Faktor für die Indikationsfrage in der Logopädie; sie nimmt aber insofern Einfluss, als man mit bestimmten Begleiterscheinungen oder mit einem beschleunigten Abbau der Sprachfähigkeit rechnen muss:

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

Die einzelnen Demenztypen (siehe auch Heidler 2015) sind keine klassifikatorischen Reinformen und treten unterschiedlich häufig auf. Fasst man die degenerativ und / oder vaskulär verursachten

Demenzen zusammen, deckt man mehr als etwa Dreiviertel 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 (Bopp-Kistler 2016a). Die Gedächtnisstörung muss nicht obligat sein und die einzelnen Facetten der Leistungsminderung können sehr unterschiedlich hervortreten und interagieren.

Die Frage, ob die Logopädie eine relevante Rolle spielen kann, ist weniger an den Demenztyp gekoppelt als vielmehr an die oben dargestellten vier Dimensionen:

Eher jungen Patienten (1), die um ihre Wohnselbständigkeit kämpfen (2) vor dem Hintergrund eines kognitiv aktiven Lebens und verbliebener Neugier (3) in einer frühen Phase der Demenz (4) sind dann sinnvoll Patienten in der Logopädie, wenn sie deren Angebot kennen und die Behandlung selbst wollen.

Die Mehrzahl demenziell erkrankter Menschen (ca. 80 %) wird zu Hause betreut oder gepflegt. Dabei sind die Pflegenden zu ca. 50 % die Töchter, die in der Regel selbst älter als 60 Jahre alt und psychosomatisch gefährdet sind. Wir sollten deshalb von *Primär- und Sekundärbetroffenen* sprechen. Demenz mindert die Aktivität und die Teilhabe doppelt: Primärbetroffene ziehen sich zurück, Sekundärbetroffene sind in ihrer Freiheit beschränkt und zunehmend belastet. Deshalb gilt es in einem Konzept zur Behandlung einerseits Primärbetroffene zu stärken in Sachen Eigenaktivität und Teilhabeoptionen mit und ohne Partner (Selbsthilfe) und andererseits Sekundärbetroffene zu entlasten und neue Teilhabeoptionen zu ermöglichen (neue Bekannte, Bopp-Kistler 2016e).

Einige Fehleinschätzungen zur Demenz sollten angesprochen werden, damit die Optionen für die Logopädie richtig beurteilt werden können: Es ist nicht richtig,

- die Logopädie der stationären Rehabilitation zuzuordnen,
- Demenz grundsätzlich mit Geriatrie in Verbindung zu bringen,
- die Pflegenden als die primären professionellen Partner der Logopädie anzusehen,
- mit einer chronischen Erkrankung wie Demenz eine logopädische Dauertherapie zu implizieren,
- den Betroffenen in nihilistischer Weise Ressourcen abzusprechen,
- die Einzeltherapie als das einzige Setting zu postulieren,

- sich in der Fachdiskussion auf logopädische Klassifikationen zu konzentrieren,
- die Logopädie als jene Instanz anzusehen, die die differenzialdiagnostische Frage Aphasie versus Demenz zu klären hat.

Wenn wir die Fehleinschätzungen korrigieren, heißt dies: Die Logopädie für Demenz bezieht sich durchaus auf jüngere Betroffene (unter 65 Jahre), sie sollte als ambulantes Angebot etabliert sein und sie arbeitet eng mit Ärzten zusammen, die die Verantwortung für die Diagnostik übernehmen. Sie ist ein kursorisches oder intervallmässiges Programm und orientiert sich an Ressourcen unter Einbezug der Angehörigen. Sie agiert in der klassischen Einzeltherapie, hält aber auch Settings bereit, in denen Gesprächserfahrungen gemacht werden können (Gruppentherapie, Coaching, Beratung).

Ausgewählte Randinformationen zum Thema Demenz:

Demografische Entwicklung. Die Lebenserwartung steigt ständig an während die Geburtenrate sinkt. Dies führt zu einer Überalterung der Gesellschaft. Die Gesundheitsspanne kann dabei derzeit nicht mit der Lebensspanne mithalten. Im Jahr 2030 ist jede(r) Fünfte 65 Jahre und älter.

Anstieg der Betroffenen. In weniger als 15 Jahren wird sich laut Welt-Alzheimer-Bericht 2015 die Zahl der Demenzbetroffenen verdoppeln, um sich dann bis auf 2050 wiederum fast zu verdoppeln. Die Kosten weltweit werden bis zum Jahr 2020 auf eine Billion Dollar geschätzt. Der Hauptkostenpunkt ist die Pflege, wobei diese derzeit die Angehörigen zu einem hohen Anteil übernehmen.

Prävention. Es gilt die ABCDE-Formel zu beachten (Steiner 2010 sowie Kressig 2016): Ärztliche Kontrolle (cardio-vaskuläre Vorsorge, Diabetes), Bewegung (z.B. Tanz, Cardiotraining), cerebrale Herausforderung (z.B. sich neuen technische Anforderungen stellen), Diät (Gewichts- und Suchtkontrolle), ebenbürtige Partnerschaft (statt liebevoller Bevormundung).

Gesellschaftlicher Auftrag. Das deutsche Sozialgesetzbuch (SGB IX, § 1 u. 9) gebieten, dass wir Erkrankungen behandeln und zwar auch dann, wenn diese progredient sind. Das ethische Motiv ist das Aufrechterhalten von Autonomie und Selbst (Teilhabe) des Einzelnen und die Stützung des begleitenden Systems. Das pekuniäre Motiv der Sozialgemeinschaft ist, die Kosten begrenzt zu halten (Wohnselbständigkeit vor betreutem Wohnen vor Pflege).

Votum aus der Praxis. Die Abteilung Logopädie wird im Netzwerk zur Behandlung als wichtige Instanz angesehen (Befragung in der Deutschschweiz, N=36, Steiner & Venetz 2011).

Wirksamkeit. Netzwerke der Bildungs- und Lebensbiografie werden überlagert von Netzwerken der Multimorbidität – die Progreienz verläuft dabei bei unterschiedlichen Demenztype sehr unterschiedlich. Unter diesen Voraussetzungen sind klassische Outcome-Studien schwer zu realisieren.

Vererbung. Bei der Alzheimerschen Erkrankung kann von einem 1%-Faktor ausgegangen werden; bei der seltenen Form der Frontalhirndemenz wird er auf bis 30% geschätzt und bei Trisomie 21 in der Familie kann sich der Faktor erhöhen.

Nationale Demenzstrategie. In sehr vielen Ländern wird das Thema Demenz auf gesellschaftlicher Ebene diskutiert (Lützu-Hohlbein 2016 sowie Steiert 2016). Die Ziele sind unter anderem, das Wissen über Demenz zu erweitern und Beratungsmöglichkeiten auszubauen. Die Logopädie sollte die Chance nutzen, sich hier einzubringen.

3. Kommunikation aufrechterhalten

Mit demenzbetroffenen Menschen können wir in jeder Phase der Erkrankung in Kontakt bleiben. Die Art des Kontaktes verändert sich allerdings. Verständigung entsteht durch geteiltes Wissen, durch geteilte Intentionen und durch teilbare Botschaften in einem kooperativen Prozess, den beide Seiten verantworten. Befriedigende Kommunikation erleben wir dann, wenn *Rhythmus* und *Klima* stimmig sind und *Informationen* entnommen werden können (Steiner 2010a 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 reduzieren, das Tempo reduzieren und zusätzlich zu *verbalen* Äußerungen *nonverbalen* (Gestik und Mimik) und *paraverbalen* (Stimme) Elementen, sowie dem begleitenden *Verhalten in der Kommunikation* mehr Bedeutung geben.

Logopädie ist jene Instanz, die per Beratung, Coaching und Training primär und sekundär betroffene Personen darin begleiten kann, ein Gespräch, das vor dem Hintergrund einer Demenz erschwert ist, emotional und strategisch neu zu gestalten. Für demenzüberschattete Gespräche gibt es allgemeine

Hinweise auf Hemmnisse und Gelingensfaktoren (als Universalien) und individuell zu erarbeitende (als Fallarbeit).

Allgemein gilt:

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 aufrecht erhalten,
 - 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 ist die Instanz für Information und Erprobung einer *adaptierten Kommunikation* in einem geschützten Rahmen für Demenzbetroffene, deren Angehörige und Pflegende. 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 Gefühle 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 Dialogcoaching aus der Aphasietherapie entlehnt werden (Steiner 2016). Hier kann sehr gut mit der Partnerdiade (das demenzbetroffene Paar oder Elternteil und Tochter/Sohn) gearbeitet werden. Ein Dialogtraining oder eine Dialogberatung kann ambulant erfolgen.

4. Von der Demenzdiagnose zum Betreuungsnetzwerk

Für die Feststellung der Krankheit ist der Arzt zuständig. Die Diagnose wird gestellt

- auf der Grundlage organisch-struktureller (histologischer) Veränderung des Gehirns, die mittels bildgebender Verfahren (*MRI, CT, PET*) festgestellt werden und/oder der Untersuchung des *Blutes* und des *Nervenwassers* (Liquor);
- über das klinische Bild eines andauernden Bruches bzw. Abbaus der kognitiven, mnestischen, konstruktiven und sprachlichen Fähigkeiten, der über Screening- oder Testverfahren nachweisbar ist (z.B. *MMS, Uhrentest, Würfeltest* u.a.) und
- unter Klärung der Frage ob es Einschränkungen in Bezug auf Orientierung und den Vollzug im Alltag gibt (*Befragung der Betroffenen und Mitbetroffenen*).

Der Arzt sucht demnach nach hirnorganisch nachweislichen Veränderungen (1), beurteilt die Fähigkeiten des Patienten (2), führt ein anamnestisches Gespräch (3) und ordnet die Ergebnisse auf der Grundlage der Definition aus *ICD* (International Classification of Disease) und *DSM-V* (Diagnostisches und statistisches Manual mentaler Störungen) ein. Wichtig: Die Demenz ist eine Erkrankung des Nervensystems, die zu psychischem Leid führt (Bopp-Kister 2016a). Die Diagnose bleibt demnach nicht bei der Feststellung der Fakten bezüglich der hirnorganischen Veränderungen

stehen, sondern versucht die Art des psychischen Leids für Betroffene und Mitbetroffene zu erfassen. Sehr häufig ist nicht die kognitive Einbuße die Quelle von Leid, sondern die Veränderungen in der Kommunikation und im Verhalten (Baumgartner & Bopp-Kistler 2016). Hieraus ist logisch eine nicht-medikamentöse Therapie, z.B. die Logopädie, abzuleiten.

Das ärztliche Gespräch (Bopp-Kistler 2016b) sollte neben einer behutsamen aber ehrlichen Diagnoseeröffnung Raum geben für die Betroffenen, die ihre Gefühle äußern können:

- Was ist los mit mir?
- Was bedeutet das für mich / für uns?
- Was kann ich jetzt tun?
-

Diese ersten Fragen begleiten den weiteren Weg und klären gleichzeitig im Rückblick den Grund für die andauernde Verunsicherung (Scham) und das Unverstandensein (Ärger). Die Diagnose führt zu einem Schock (Wut, Trauer), der weiter zu bearbeiten ist, um weiter den Alltag zu meistern. Den Alltag meistern heißt sich zurechtfinden im miteinander reden und miteinander arbeiten und im alleine sein mit sich selbst. Die Ärztin oder der Arzt ist nicht in der Lage, auf die Gefühle über Aktionen und Gespräch Einfluss zu nehmen; die Bearbeitung des psychischen Leids, das Gegensteuern zu einem *given up and giving up* ist Aufgabe einer begleitenden Therapie. Die Logopädie ist dabei ein wesentliches Angebot unter anderen.

Deshalb sollte von Beginn an ein *Support-Netzwerk* zwischen Hausarzt, Facharzt, Therapeuten, Helfern und Lebensbeteiligten initiiert werden. Anzustreben ist ein Aktivitäten-, Teilhabe und Betreuungsnetzwerk, in dem alle voneinander wissen und koordiniert agieren (Bally 2016 sowie Morrow-Odom & Robbins 2012). Es geht darum, eine Umwelt zu gestalten, die Selbständigkeit weiterhin ermöglicht. Auch der Einsatz von Technik kann eine Rolle spielen (Smart-Phone, Meldesysteme usw., für eine Übersicht siehe Bopp-Kistler 2016b, 234 sowie 632). Die Logopädie ist Teil dieses Support-Netzwerkes mit einem Angebot für Lesen, Schreiben, Gespräche und auch Technik in der Kommunikation; der Hausarzt ist für die Initiierung und Koordination dieses Netzwerkes besonders gefordert. Ein Team, das dezentral arbeitet, ist dann gut, wenn

- die jeweilige Kompetenzhoheit bekannt ist (unter welchen Bedingungen für was genau zuständig?)
- die Kompetenzgrenze gewahrt wird (können Sie an dieser Stelle übernehmen?),

- einfach kommuniziert wird (Vermeidung der Erhöhung der eigenen Fachlichkeit durch Fachjargon) und wenn
- eine simple Dokumentation zentral einsehbar ist (Braun & Steiner 2012).

Dies ist eine Aufgabe der Zukunft. Die Logopädie wird dann eine Rolle spielen, wenn sie ihr Arbeitsfeld klar definiert: Über Lesen, Schreiben und Gespräche die Aktivität und ein möglichst stabiles Selbst aufrecht erhalten, die Umwelt hinsichtlich kommunikativer Veränderungen und Herausforderungen informieren, instruieren und begleiten.

Wenn *Lebensqualität* die entscheidende Zieldimension aller Bemühungen ist, braucht es ein Instrument um diese einzuschätzen. Becker et al. (2010) schlagen vor, den Weg der Befragung der Betroffenen zu verlassen und stattdessen das Beobachten der emotionalen Befindlichkeit ins Zentrum der Einschätzung der Lebensqualität zu stellen. Dies wird hier als gelingender Ansatz gewertet. Hilfreich ist als Begleiter in einem therapeutischen Gespräch eine Checkliste um den Grad der Verstimmung einzuschätzen (*Geriatrische Depressionsskala, GDS* nach Yesavage (1982), deutsche Version als download).

Der personenzentrierte Ansatz von Kitwood (2013), der in der Pflege eine zentrale Bedeutung gewonnen hat, und die psychischen Grundbedürfnisse von Grawe (2004), die in der Psychotherapie eine grosse Rolle spielen, lassen sich gut in Übereinstimmung bringen (vgl. hierzu auch Bopp-Kistler 2016d sowie Steiner 2010a). Sie sagen etwas über das Wesen des Menschen und damit über das *Wesen der Therapie* aus: Jeder Mensch ist bestrebt,

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

Anerkennung und die Aufrechterhaltung von Aktivität, Kontakt und Gespräch sind bei Demenz deutlich gefährdet. Die Logopädie kann durch niveauangepasste Aktivitätsangebote in den Bereichen Lesen und Schreiben sowie durch Anerkennung und Kontakt in therapeutisch geführten Übungen, Gesprächen oder Gruppentherapien (Steiner 2010a) einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, der Gefährdung der Grundbedürfnisse des demenzbetroffenen Menschen entgegenzuwirken.

5. Sprachliches Erscheinungsbild bei Demenz: Ressourcen bei Demenz

Bei der Darstellung des Erscheinungsbildes soll auf begleitende Artikulations-, Stimm- und Schluckstörungen nicht eingegangen werden. Die vaskulären Demenzen und auch die Mischformen (degenerativ-vaskulär) sind in ihrem Erscheinungsbild sehr unterschiedlich, je nach Art und Grad des Prozesses der Schädigung. Für die Logopädie wichtig ist die Phase der beginnenden Demenz, in der die Betroffenen und Mitbetroffenen Aktivitäten selbst steuern und Teilnahme beeinflussen können.

Als Bezeichnung des Sprachabbaus hat sich der Begriff *kognitive Dysphasie* durchgesetzt, wobei wir am meisten über die Alzheimersche Erkrankung wissen.

Definition:

Kognitive Dysphasie ist die Bezeichnung für den Sprachverlust im Rahmen einer ärztlich diagnostizierten Demenz. Als Hemmnisse in der Kommunikation stehen im Vordergrund:

- 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.

Auditive Beispiele finden sich in Gutzmann & Brauer (2007).

Diagnostisch wertvoll ist die Beurteilung der *Wortabrufgeschwindigkeit*, die als Indikator für den Sprachabruf allgemein angesehen werden kann. Diese Aufgabe ist auch Teil der *Aphasie Check Liste, ACL* (vgl. Kalbe et al. 2002) und des Tests *Demenz-Detektion, DemTec* (Benke et al. 1990). Auch die konstruktive Störung fungiert als aussagefähiger Prädiktor und ist Teil des Screenings mittels *Mini Mental State, MMS* (Folstein 1975). Wichtig ist, neben einer Testung die Betroffenen über ein Interview zu hören und deren Einschätzung kennen zu lernen. Hierzu stehen die Verfahren *Zürcher-Protokollbogen Anamnese: Sprachabbau im Alter, Z-PASA* (Steiner 2010e), das *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE* (für den deutschen Sprachraum übersetzt von Heidler 2015) und das *Nurses Observation Scale for Geriatric Patients* (ebenfalls übersetzt von Heidler 2015) zur Verfügung. Die Frage ob überhaupt die Voraussetzungen für eine Therapie gegeben sind, klärt *Zürcher Indikations Checkliste Z-GINCH* (Steiner 2010d). Eine Übersicht über Verfahren der Demenzdiagnostik allgemein und der logopädisch relevanten Diagnostik findet sich in Heidler (2015). Einen Überblick über neuropsychologische Tests sowie Verfahren zur Ermittlung eines linguistischen Profils, die zur Adaptation für den deutschen Sprachraum aufrufen, bieten Mahendra & Hopper (2013, 407).

Obwohl eine verbliebene Restfähigkeit bezüglich Lesen und Schreiben eine Ressource (vor allem im Rahmen der Alzheimerschen) Demenz ist, ist häufig eine Aufgabe der Aktivität in diesem Bereich zu verzeichnen, weil das bildungsmäßig erworbene Niveau nicht gehalten werden kann. Statt einer Niveaueinpassung kommt es oft zu einem „Absturz“ der *Lese-Schreib-Aktivität*. Rückzug (Kontakt, Lesen, Schreiben, Gespräche) ist allgemein ein Merkmal der Sprachlichkeit im Rahmen einer Demenz. Der *Rückzug in Gesprächen* kann damit erklärt werden, dass die Betroffenen wahrnehmen, dass sie nicht im Kontakt, nicht im Rhythmus sind und dass ihre eigenen Beiträge auf zu wenig Resonanz stoßen, da diese ungenau, wenig informativ, irrelevant oder weitschweifig sind (Romero et al. 1995).

Eine Demenz beeinträchtigt die Abstimmung, bzw. die Integration der höheren kortikalen Funktionen. Der Sprachabbau bei Demenz ist Teilsymptom des Syndroms eines allgemeinen Leistungsverfalls des Gehirns. Sprache ist eventuell die empfindlichste Funktion und ermöglicht so Rückschlüsse auf die allgemeine Leistungsfähigkeit des Gehirns. Deshalb ist das vielleicht gängigste Screening zur Feststellung bzw. zum Ausschluss einer Demenz ein unsystematisches Sprachprüfverfahren: Der Mini Mental Status, der eine weite Verbreitung gefunden hat, arbeitet mit 11 Teilaufgaben in 9 Beobachtungsparametern; nur eine Aufgabe bezieht sich auf eine nichtsprachliche Leistung (Folstein et al. 1975).

Demenzen in unterschiedlichem Lebensalter mit unterschiedlichen Beziehungs- und Lebensgeschichten sowie unterschiedlichen Lernbiografien haben, unabhängig von einer ähnlichen Verursachung, sehr unterschiedliche Ausprägungsfacetten. Unabhängig vom Demenztyp erscheint sinnvoll, die *Ressourcen in den Fokus* zu rücken.

6. Logopädische Möglichkeiten im Rahmen der Demenzbehandlung

6.1 Herangehensweise und Therapieplanung

Die Herangehensweise an einen Fall folgt einem gestuften Vorgehen (Steiner & Rodenkirch 2016): Vom Kontext über Hirnfunktionen zur Bedeutung der Sprache, von der ärztlichen Diagnostik über den interprofessionellen Austausch zum Angebot für Sprache und Kommunikation:

- Lebenskontext: Aktivitäten Anamnese, Vorberichte, Sprachanamnese,
- Hirnfunktionen: Neuropsychologisches Profil,
- Sprachaktivitäten, linguistisches Profil, sprachstrukturelles Profil, dialogisches Profil (Verzicht auf eine belastende Diagnostik),
- Runder Tisch mit Arzt und Therapeuten,
- Bewertung aller Informationen durch die Therapeutin und durch die Beteiligten,
- Wünsche, Erwartungen, Quality of Life,
- Therapiebeginn: Vertrauensbildung durch erfüllbare, sinnbezogene Leistungen und weitere diagnostische Beobachtungen,
- SMART-Ziele unter Einbeziehung der Betroffenen, Vereinbarungen zur Befristung (kursorische Therapie),
- Entscheidung für Settings, Intensität, Zuordnung von Konzepten und Materialien,
- Verlaufsdokumentation, Zielbilanz, Modifizierung, weitere Entscheidungen.

Einer logopädischen Diagnostik für Demenz geht es um das *Erfassen der Sprach- und Dialogsituation im Lebensalltag*; den Leistungen im Bereich *Schriftsprache* wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

6.2 Besonderheit der Anforderungen an eine logopädische Behandlung

Jede Maßnahme im Kontext der Demenz ist kein Selbstzweck, sondern sollte die Lebensqualität verbessern. Dies bedeutet, dass die Betroffenen bei der Planung und Bilanzierung von Massnahmen einbezogen werden. Wenn über Schreib- und Lese-Aktivität Teilhabe (Kontakt) aufrechterhalten werden soll, spielt ein (befristeter) therapeutischer Input der Logopädie eine wichtige Rolle. Die Teilhabe ist durch eine erhebliche Verunsicherung des Selbst gefährdet bzw. gemindert, deshalb kann die Logopädie nicht beim Funktionalen stehen bleiben, sondern muss *Entängstigen, Entwirren und Empowern*. Das Wort „power“ steht im Englischen für Kraft oder Energie, nimmt man dies wörtlich, dann bedeutet das als therapeutische Aufgabe, die Betroffenen in eine ausreichende Sprach- und Kommunikationskraft zur befriedigenden Bewältigung ihres Alltages zurückzubringen.

Die Leitplanken für alle Entscheidungen zur Intervention sind die zu Beginn dieses Beitrages genannten vier Dimensionen (Alter, Wohnstatus, Lernbiografie, Demenzstadium), vorausgesetzt der Betroffene wünscht eine Behandlung. Im Kontext Pflege bei Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium ist die Logopädin eventuell als Beraterin gefragt, vor allem auch dann, wenn es um Fragen zur Dysphagie geht. Eine Therapie, die am Sprachabruf und am Lesen und Schreiben arbeitet, ist dann nicht mehr sinnvoll.

Im Hinblick auf gelingende Kommunikation hat die Logopädie anzuerkennen, dass die Pflege hier sehr gut informiert: Die *Validation* ist eine Methode, die den Patienten in seinem So-Sein anerkennt und auf die individuelle Wirklichkeit eingeht (Feil & de Klerk-Rubin 2013 sowie Steiner 2010b). Sinnvoll ist auch eine Schulung der *emotionalen Achtsamkeit* im kommunikativen Kontakt (Oppikofer 2009). Hier können Logopädinnen, die in der Geriatrie arbeiten, von bestehenden Konzepten profitieren um die Situation der Demenzbetroffenen besser zu verstehen.

- *Interventionsangebote für Angehörige und(oder) Pflegendende*
Allgemeine Kommunikationstipps (Enge 2012, Steiner 2010a), Neudefinition der kommunikativen Situation durch Validation nach (Feil & de Klerk-Rubin 2013), Trainings für Angehörige (Haberstroh et al. 2006) verbessern die Kommunikation, mindern Missverständnisse und ungute Emotionen in Gesprächen.

- *Indirekte nichtsprachlich fokussierte Interventionsangebote für Betroffene*
Komplementäre Therapien (Mal- und Musiktherapie), die sich als interprofessionell organisierte Form der Gruppentherapie eignen (Ergotherapie und Logopädie) ermöglichen einen Selbsta Ausdruck und damit das Bestärken des Selbst durch nichtsprachliche Ausdrucksformen.

- *Indirekte kommunikativ fokussierte Interventionsangebote für Betroffene*
Allgemeine Aktivierung des Patienten, in der Kommunikation eine bedeutende Rolle spielt (Biographiearbeit, Selbsterhaltungs-Training)

Diese allgemeinen Methoden haben ihren Platz im stationären Setting (Pflegeeinrichtungen, Geriatrische Rehabilitation), in der Pflege, Ergotherapie und Logopädie sollten sie sich in ihrem Angebot abstimmen. Hier wäre die Bezeichnung *Demenz-Management* sinnvoller als *Demenz-Therapie* (Heidler 2015, 116).

Die Auflistung dessen, was *man alles* tun kann, ist etwas anderes als die Frage, was *speziell die Logopädie* tun kann. Diese Frage ist im angloamerikanischen Sprachraum seit über 10 Jahren geklärt; die American Speech-Language-Hearing Association, ASHA (2005) benennt als Arbeitsfelder die Demenzfrüherkennung, die Sprach- und Kommunikationsdiagnostik, das Sprach- und Kommunikationstraining und die Beratung. Das bedeutet als Auftrag für die Logopädie, dass sie

- neben der Neuropsychologie der ärztlichen Demenz-Früherkennung dient,
- die Ressourcen in der Sprachlichkeit ermittelt
- den Absturz der Lese- und Schreibaktivität durch Erfolg und Freude auf einem angepassten Schriftsprachniveau bearbeitet,
- beim Umgang mit modernen Medien, die der Kommunikation dienen (Facebook, Mail, WhatsApp usw.) assistiert,
- die Kompetenz in Gesprächen trotz Einschränkungen erlebbar macht,
- Sprachabrufübungen anbietet, sofern diese an der Lebenswelt der Betroffenen anknüpft
- Kommunikationsanforderungen und -situationen erfasst und coachend oder trainierend Einfluss hierauf nimmt.

Für einige Angebote der Logopädie passt das Einzelsetting, teils ist ein Einbezug der Angehörigen unverzichtbar, und teils sollte die Intervention in Gruppen stattfinden. In Steiner (2010a) werden die Therapieformen KODOP (Kommunizieren, Dokumentieren, Präsentieren) und HOT (Handlungsorientierte Therapie) empfohlen und ausführlich dargestellt. In KODOP geht es darum, ein dichtes, konzentriertes, partnerschaftliches Gespräch zu führen wobei die Therapeutin Notizen macht für die Dokumentation, durch Nachfragen Inhalte absichert und vertieft, um letztlich einen lebensbedeutsamen Text zu generieren als Werk des Selbst. Die Handlungsorientierte Therapie geht den Dreischritt Metakommunikation (gemeinsam planen), Aktion (Handeln) und

Metakommunikation (Reflektieren). Diese beiden Therapieformen (Steiner 2010) werden als stark sinngebend, selbststützend und kontaktstiftend angesehen.

6.3 Zur Frage der Evidenz

Evident ist das, was sich in Studien, bestenfalls in Metastudien, als wirksam herausgestellt hat. Aber nicht nur: Evidenz bezieht sich als interne Evidenz auch auf Nachvollziehbarkeit, Plausibilität und Konsens der Ziele. Im Lichte einer *chronisch-progredienten Erkrankung* ist es eventuell sinnvoller, von *praxisbasierter Evidenz* (kumulierte Einzelfallstudien weisen den Weg) zu sprechen, anstatt von evidenzbasierter Praxis (Venetz 2016). Der systematische Review von Egan et al. (2010), der der Frage nachging, welche Evidenz es zu Kommunikationstrainings für demenzbetroffenen Menschen und deren Partner gibt, fand 2.000 Fachartikel zum Thema im englischsprachigen Raum. Unter dem Filter „experimentelles, Daten generierendes Design“ waren aber nur 13 Beiträge verwendbar. Das heisst: 99% einer großen Anzahl wissenschaftlichen Beiträge verzichten auf strenge Designs.

Wer dennoch die Sicherheit der Evidenz in Studien einfordert, sei auf folgende stellvertretende, teils sehr umfangreiche Reviews verwiesen:

- Kim et al. (2006): Biographiearbeit mit Texten (Reminiscence Therapy) ist wirksam.
- Haberstroh et al.(2006) sowie Zientz et al.(2007): Kommunikationstrainings Schulung Pflege oder Sekundärbetroffene) sind sinnvoll.
- Bruce et al. (2013): Eine Beratung zur Gestaltung einer kommunikationsgerechten Umwelt (z.B. Beseitigung von Störquellen, Lichtverhältnisse) zeigt Effekte.
- Hopper et al. (2013) sowie Bayles & Tomoeda (2014).: Ein Training des Sprachabrufs ist sinnvoll.

7. Good practice: Das Förderzentrum der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH)

Das Förderzentrum der *Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH)* in Zürich hat sich zum Ziel gesetzt, reale Praxis in die Ausbildung (Bachelor Logopädie) zu holen. Alle

therapeutischen Angebote sind Lehrveranstaltungen zugeordnet. Das Lehrgebiet Sprachabbau bei beginnender Demenz hat an der HfH eine über 10jährige Tradition.

Die Patienten werden uns von beiden Memory-Kliniken in Zürich unter Beachtung von abgesprochenen Auswahlkriterien mit einem Arztbericht zugewiesen; aus diesem entnehmen wir Demenztyp, Dauer der Erkrankung, Grundinformationen zum Lebenskontext, Art der neuropsychologischen Begleitprobleme und Medikamentierung.

Für die Sprachanamnese und die Bewertung der kommunikativen Situation versenden wir nach einem informierenden Telefonat die Fragebögen Z-FAKA, Zürcher Checkliste für Alltagsdialoge (Steiner 2010c), und Z-PASA, Zürcher-Protokollbogen Anamnese: Sprachabbau im Alter (Steiner 2010e) per Mail, die die Betroffenen so gut es geht ausfüllen und zum Erstgespräch mitbringen. Das Erstgespräch nimmt Bezug auf den Arztbericht und komplettiert dialogisch die ausgefüllten Fragebögen. Im Bedarfsfall bedienen wir bezüglich Fragen zur Lebensqualität dem Instrument von Becker et al. 2010. 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. Zudem gewinnen wir einen Eindruck zu den Problemen im Gespräch über Z-CADA, Zürcher Checkliste für Alltagsdialoge (Steiner 2013). Die Zusammenfassung der Beobachtungen besprechen wir mit den Betroffenen. Auf der Grundlage der Einschätzungen der Betroffenen und unserer Orientierung nehmen wir eine Problemdefinition vor und formulieren vorläufige Ziele.

Eine prototypische Intervention dauert 6 Monate mit insgesamt etwa zwölf Treffs. Die Therapiedauer beträgt in der Regel 90 Minuten. Telefonate zwischen den Terminen sind ein offenes Angebot. Nach der Intervention verfassen wir ein Mail, das Erkenntnisse auf den Punkt bringen und Impulse geben will.

Sehr unterschiedliche Therapievoraussetzungen führen zu sehr individuellen Therapieplanung; 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: KODOP und / oder HOT als Rettung der Normalität in einem dichten Gespräch und als Produzieren eines Schreib-Werkes
- Arbeitsbereich 4: Sicherheit zurückerlangen bzw. Neuorientierung in Bezug auf den Umgang mit modernen Medien (Tablet, SMART-Phone, Internet, Facebook, Blogs)
- Arbeitsbereich 5: Über angeleitete Eigenarbeit eine Beschäftigung finden, die den eigenen Schreibtisch als Arbeitsplatz reaktiviert.

Das Interventionsangebot ist von Beginn an befristet. Das übergeordnete Ziel ist die Selbst-Ermächtigung mittels Sprache. Prozessanpassungen und Evaluationen erfolgen über 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 2010a) ist nicht der «gefällige Text», sondern der lebensbedeutsame.

Fallbeispiel als Blitzlicht:

Herr C. ist 68 Jahre alt, lebt wohnselbständig mit seiner 15 Jahre jüngeren Frau und den beiden schulpflichtigen Kindern. Er ist bildungsgeübt, sehr zugewandt, interessiert, wach, aufnahmefähig, motiviert und orientiert. Er sprach mehrere Sprachen fließend und hatte in einem Sprechberuf Verantwortung für Ziele, Prozesse, Personal und Budget in einem hohen Maß.

Die Gespräche des Ehepaares sind überschattet von einem hemmenden Verhalten der Ehefrau, die äußerst bemüht, teils aber überschießend, teils fordernd und teils bedrängend ihrem Mann wenig Raum lässt. Das Gespräch wird in allen drei Facetten (Rhythmus, Klima, Information) negativ beeinträchtigt. Die Ehefrau ist hinsichtlich Beratung ausgesprochen aufgeschlossen, dankbar und lernbereit. Die beiden Kinder werden zu einem späteren Zeitpunkt einbezogen; insbesondere der 17jährige Sohn konnte motiviert werden, eine Foto- und Videodokumentation zu erstellen mit ernsten, aber auch mit humorvollen Gesprächssequenzen zwischen Vater und Sohn. Herr C. benutzt selbst keine modernen Medien mehr. Die 14jährige Tochter sortiert Fotos und bastelt ohne konkreten Auftrag an die Sprache.

Herr C. kann auf Wortebene sehr gut und auf Satzebene teils laut lesen, während das Schreiben bereits auf geringem Niveau (eigener Name) Schwierigkeiten bereitet, aber auch nicht ganz verloren ist. Der Abbauprozess folgt aber einem schnellen Verlauf. Das Ziel, den Schreibtisch als Platz der

niveauangepassten Arbeit zu reaktivieren, gelingt teilweise. Zumindest wurde in der Therapie ein Brief an den Sohn aus erster Ehe verfasst und zu Hause eigenständig komplettiert. Weitere lebensbedeutsame Werkstücke mit Schrift und Bild sind entstanden und wurden abgelegt.

Die Ehefrau fühlt sich zusehends belastet und überfordert. Sie hält sich an gemeinsam verfasste Merksätze, die die Beratungsgespräche zusammenfassen. Beispiel:

- *Das Gesprächsklima ist wichtiger als richtig/falsch und Informationen, deshalb Sorge ich dafür, dass es uns beiden gut geht im Gespräch.*
- *In Gesprächen mit meinem Mann tut uns beiden gut: Geduld, Abwarten, träger Rhythmus, Hilfe geben.*
- *Die Gesprächskultur leidet, wenn ich die Lehrerinnen-Rolle einnehme, Halbrichtiges nicht als richtig anerkenne, bedrängende (Wissens-)Fragen stelle.*
- *Mein Mann kann laut lesen, das können wir teilen.*
- *Wir müssen uns von Ansprüchen des Schreiben-Könnens lösen.*

Die Therapie wird teils von einer Studentin nach einer Hospitationsphase geleitet (KODOP-Angebot). Für die Beratungen steht der Supervisor zur Verfügung; die Studentin wird kollegial einbezogen.

An der HfH hat das Thema Demenz seinen Platz in der Ausbildung. Studierende kommen in Kontakt mit Betroffenen. Wir hoffen auf eine Ausstrahlung in die Berufspolitik und in die Öffentlichkeit, damit klar wird, dass die Logopädie ein attraktives Angebot für betroffene Menschen bereithält.

8. Ausgewählte Hinweise zur Vertiefung

Bezüglich des Themenkreises Demenz gibt es eine Fülle von Informationsquellen. Für den deutschen Sprachraum lassen sich empfehlen:

Demenz verstehen: Web, Buch, Print und Social Media

- Online-Bibliothek zum Alter: www.prosenectutebiblio.ch
- Informationsforum zur Demenz im Netz: www.alz.ch, www.demenz-support.de, www.demenz.behandeln.de

- Übersichtswerk Demenz aus verschiedenen Perspektiven: Bopp-Kistler (2016) (siehe Literaturliste zu diesem Beitrag)
- Minimalinformationen zur Demenz als Comic im Video: <http://www.youtube.com/watch?v=dd7k5O0drhI>
- Demenz verstehen für Betroffene: Boss (2014) (siehe Literaturliste zu diesem Beitrag)
- Informationen zu den Substanzen der Medikamente: www.gesundheitssprechstunde.ch und www.medizininfo.de
- Demenz in Social Media, Beispiel: www.facebook.com/demenzzuerich
- Spielfilm über Demenz und die Liebe: An ihrer Seite. Kanada 2006

Demenz aus der Innensicht verstehen (Betroffene melden sich zu Wort):

- Demenz wird von der Betroffenen Helga Rohra als Ressource / Chance definiert: www.trotzdemenz.de
- Demenzblog: <http://blog.memo-info.ch/de/2016/05/26/und-plotzlich-ist-alles-anders/>, <https://alzheimerblog.ch/>
- Interview mit den Betroffenen Helga Rohra und Richard (DVD): http://www.hfh.ch/de/unser-service/shop/produkt/demenz_esprit/
- Vortrag von Richard Taylor an der Universität von Oklahoma, im Sommer 2011: <http://mediasite.ouhsc.edu/Mediasite/Play/9bd23f4232fb4fafba1153ff206ec7931d>
- Demenz-Blog mit verschiedenen Infos: <http://blog.memo-info.ch/de/2016/05/26/und-plotzlich-ist-alles-anders/>

Kommunikation im Rahmen der Demenz verstehen

- Audiobeispiele zur Sprache von Menschen mit Demenz: Gutzmann & Brauer (2005)
- Allgemeine Tipps zur Kommunikation mit Demenzbetroffenen für Angehörige und Professionelle: Engel (2012), Steiner (2010)
- Einführende Bücher für Logopädinnen und Logopäden: Heidler (2015) sowie Steiner (2010a)
- Site zu Demenz und Sprache: www.demenzsprache-hfh.ch
- Film über die Wahrnehmung der Emotionen als Weg zu kommunizieren: <http://www.zfg.uzh.ch/de/projekt/alt/emotionen.html>

Trotz Demenz an der Sprache arbeiten:

- Anregungen und Übungen für Demenzbetroffene via Tablet: www.mediadementia.de
- Verlagsadressen für logopädische Praxis-Materialien: Winslow-Press, www.winslowresources.com, www.prolog-therapie.de,
- Film über Möglichkeiten zu kommunizieren in verschiedenen Demenzphasen: http://www.hfh.ch/de/unser-service/shop/produkt/gelingende_kommunikation_mit_dementen_menschen/
- Facebook: Wenn man *Dementia Information* bei Facebook eingibt, gelangt man zu Chris Roberts, der hier ein Forum für einen Austausch unter Betroffenen bereithält.

8. Ausblick

In diesem Beitrag wurde ein Plädoyer geführt für ein Angebot der Logopädie, das eher auf Betroffene in einer frühen bis mittleren Krankheitsphase abzielt mit einer Bildungsbiographie im Kampf um den Erhalt der Wohnselbständigkeit und eines Eingebundenseins in eine Familie oder in eine Partnerschaft. Eine *geriatrischen Rehabilitation* oder eine logopädische Intervention im Kontext Pflegeheim hat ganz andere Zielsetzungen (vgl. hierzu Hunziker & Steiner 2014). Die Bemühungen der Länder im Rahmen der „*Nationalen Demenzstrategie*“ zielt eher darauf ab, neue Wege für die Pflege zu finden. In diesem Sinne behandelte dieser Beitrag Menschen mit der Diagnose Demenz, die noch weit von der Pflege entfernt sind, um selbst Steuerungen und Verantwortung zu übernehmen.

Rohra (2016) gewährt uns eine Innensicht in das Leben mit Demenz. Wer etwas über Demenzlotsen, Demenzkodex oder demenzfreundliche Gesellschaft erfahren will, konsultiert dieses Werk. Sie beschreibt, wie sie es schafft, die *launische Dame Demenz* als Begleiterin zu akzeptieren. Wichtig ist der Autorin, dass wir Menschen mit Hirnleistungsbeeinträchtigungen auf Augenhöhe begegnen.

Scham, Unsicherheit, Leid, Ohnmacht, Verzweiflung kann man nur bewältigen durch aktive Gestaltung, durch Akzeptanz und Bestärkung, durch Annahme und Sinn. Teils braucht man dazu wohl ein starkes Team, in dem Professionelle (Ärzte, Therapeutinnen und Pflegende) eine wesentliche Rolle spielen. Die Logopädie trägt ihren Beitrag dazu bei.

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.

In diesem Sinne arbeiten wir auch in der Therapie auf Augenhöhe.

Literatur

American Speech-Language-Hearing Association, ASHA (2005): The role of speech-language pathologists working with individuals with dementia. Position statement. Rockville: www.asha.org

Bally, K. (2016): Wenn der Hausarzt gefordert ist. In: Bopp-Kistler, I. (Hrsg.): Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven. Zürich: Rüffer & Rub.

Baumgartner, M. & Bopp-Kistler, L. (2016): Von Wesensveränderungen und Verhaltensauffälligkeiten. In: Bopp-Kistler, I. (Hrsg.): Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven. Zürich: Rüffer & Rub.

Bayles, A.K. & Tomoeda, C.K. (2014): Cognitive-Communication Disorders of Dementia. Definition, Diagnosis, and Treatment. San Diego: Plural Publishing.

Becker, S. (2016): Lebensqualität von Menschen mit Demenz – bis zuletzt. In: Bopp-Kistler, I. (Hrsg.): Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven. Zürich: Rüffer & Rub.

Becker, S. & Kaspar, R.; Kruse, A. (2010): Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker. Bern: Huber.

Bopp-Kistler, I. (2016a): Was Alois Alzheimer nicht ahnen konnte. In: Bopp-Kistler, I. (Hrsg.): Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven (48-55). Zürich: Rüffer & Rub.

Bopp-Kistler, I. (2016b): Therapeutische Möglichkeiten. In: Bopp-Kistler, I. (Hrsg.): Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven (220-239). Zürich: Rüffer & Rub.

Bopp-Kistler, I. (2016c): Die Demenz beginnt schleichend. In: Bopp-Kistler, I. (Hrsg.): Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven (14-35). Zürich: Rüffer & Rub.

Bopp-Kistler, I. (2016d): Flaschenpost aus dem Durcheinandertal. In: Bopp-Kistler, I. (Hrsg.): Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven. Zürich (98-109): Rüffer & Rub.

Bopp-Kistler, I. (2016d): Einmal nach nirgendwo. In: Bopp-Kistler, I. (Hrsg.): Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven (148-157). Zürich: Rüffer & Rub.

Boss, P. (2014): Da und doch so fern. Vom liebevollen Umgang mit Demenzkranken. Zürich: Rüffer & Rub.

Braun, W.G. & Steiner, J. (2012): Prävention und Gesundheitsförderung in der Sprachentwicklung. Einführung mit Materialien. München: Reinhardt.

Bruce, C., Brush, M.A., Sanford, J.A., Arch, M. & Calkins, M.P. (2013): Development and Evaluation of the environment and communication assessment toolkit with Speech-Language Pathologists. *Seminars in Speech and Language*. Vol. 34/1.

Egan, M., Berube, D., Racine, G., Leonard, C. & Rochon, E. (2010): Methods to enhance verbal communication between individuals with Alzheimer's disease and their formal and informal caregivers: A systematic review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 406-427.

Engel, S. (2012): Alzheimer und Demenzen. Die Methode der einfühlsamen Kommunikation. Stuttgart: Trias.

Feil, N. & de Klerk-Rubin (2013): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München: Reinhardt.

Folstein M.F., Folstein S.E. & Mc Mugh P.R. (1975): „Mini-mental state“: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12:189-198, download deutsche Fassung über Kompetenzzentrum Geriatrie: <http://www.kcgeriatrie.de/downloads/instrumente/mmse.htm>, aufgerufen am 09.01.2017.

Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Gutzmann, H. & Brauer, T. (2007): Sprache und Demenz. Diagnose und Therapie aus psychiatrischer und logopädischer Sicht. Idstein: Schulz-Kirchner.

Haberstroh, J., Neumeyer, K., Schmitz, B., Perels, F. & Pantel, J. (2006): Kommunikations-TanDem: Training für pflegende Angehörige von Demenzpatienten. In: Teising, M., Drach, L., Haupt, H., Kortus, R. & Woter, D.: Alt und psychisch krank. Gerontopsychiatrie und – psychotherapie zwischen Ethik und Ressourcen. Stuttgart: Kohlhammer.

Heidler, M.D. (2015): Demenz. Einteilung, Diagnostik und therapeutisches Management. Idstein: Schulz-Kirchner.

Held, C. (2016): Was macht Demenz mit den Menschen? In: Bopp-Kistler, I. (Hrsg.): Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven. Zürich (110-122): Rüffer & Rub.

Hess-Cabalzar, A. & Hess, C. (2016): Mensch sein – Eine Ermutigung. In: Bopp-Kistler, I. (Hrsg.): Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven (435-450). Zürich: Rüffer & Rub.

Hopper, T., Bourgeois, M., Pimentel, J., Qualls, C.D., Hickey, E., Frymark, T. & Schooling, T. (2013): An evidence-based systematic review on cognitive interventions for individuals with dementia. *American Journal of Speech-Language Pathology* 22, 126-145.

Hunziker, E. & Steiner, J. (2014): Ein Gewinn für alle. Die Logopädie als Partnerin der Pflege im Altersheim. *NOVAcura* 6, 9-12.

E. Kalbe, E., Reinhold, N., Ender, U.J. & Kessler, J. (2002): Aphasie-Check-Liste, ACL. Göttingen: Testzentrale.

Kim, E., Cleary, S., Hopper, T., Bayles, K.A., Mahendra, N., Azuma, T. & Rackley, A. (2006): Evidence-based practice recommendations for working with individuals with dementia. Group reminiscence therapy. *Journal of Medical Speech Language Pathology*. 14/3.

Kitwood, T. (2013): *Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Huber.

Kressig, R.W. (2016): Wie wirksam ist Prävention? In: Bopp-Kistler, I. (Hrsg.): *Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven* (484-487). Zürich: Rüffer & Rub.

Lützu-Hohlbein, H. (2016): Europäische Zusammenarbeit im Bereich Demenz. In: Bopp-Kistler, I. (Hrsg.): *Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven* (451-457). Zürich: Rüffer & Rub.

Mahendra, N. & Hopper, T. (2013): Dementia and related cognitive disorders. In: Papathanasiou, I., Coppens, P. & Potagas, C. (Hrsg.): *Aphasia and related neurogenic Communication Disorders* (397-430). Burlington: James & Bartlett.

Morrow-Odom, K.L. & Robbins, S.M. (2012): A Speech-Language Pathologist's Guide to Creating a Support Group for Caregivers of Persons with Dementia. *Communications Disorders Quarterly*. 33/2, 78-83.

Oppikofer, S. (2009): *Zeichensprache*. Schulungsfilm des Instituts für Gerontologie. Zürich: Universität Zürich.

Rohra, H. (2011): *Aus dem Schatten treten. Warum ich mich für unsere Rechte als Demenzbetroffene einsetze*. Frankfurt: Mabuse.

Rohra, H. (2016): Ja zum Leben trotz Demenz! Warum ich kämpfe. Heidelberg: medhochzwei.

Steiert, J.F. (2016): Demenzstrategie. Ein politisches Abenteuer. In: Bopp-Kistler, I. (Hrsg.): *Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven* (384-390). Zürich: Rüffer & Rub.

Steiner, J. (2010a): *Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis*. München: Reinhardt.

Steiner, J. (2010b): Gelingende Kommunikation mit dementen Menschen. DVD, Zürich: HfH, www.hfh.ch/unser-service/shop.

Steiner, J. (2010c): Zürcher Fragebogen zur Aktivität und Kommunikation im Alltag, Z-FAKA. www.demenssprache-hfh.ch/diagnostik-fokus-sprache.

Steiner, J. (2010d): Zürcher Indikations Checkliste, Z-GINCH. www.demenssprache-hfh.ch/diagnostik-fokus-sprache.

Steiner, J. (2010e): Zürcher-Protokollbogen Anamnese: Sprachabbau im Alter, Z-PASA www.demenssprache-hfh.ch/diagnostik-fokus-sprache.

Steiner, J. (2013): Zürcher Checkliste für Alltagsdialoge, Z-CADA. www.demenssprache-hfh.ch/diagnostik-fokus-sprache.

Steiner, J. (Hrsg.)(2016): Aphasie im Kontext. Einführung in die Praxis des alltagsorientierten Empowerments. HfH-Reihe, Bd. 38. Bern: szh-Verlag.

Steiner, J.& Rodenkirch, S. (2016): Fallarbeit Aphasie: Nachvollziehbare und begründete Entscheidungen treffen. In: Steiner, J. (Hrsg.): Aphasie im Kontext. Einführung in die Praxis des alltagsorientierten Empowerments. HfH-Reihe, Bd. 38. Bern: szh-Verlag.

Steiner, J.& Venetz, M. (2011): Sprachabbau bei beginnender Demenz – Ist das Thema für die Sprachtherapie relevant? Ergebnisse einer Befragung von Logopädinnen in der Schweiz. FORUM Logopädie 6/25, 26-31.

Ugolini, B. (2016): Die demenzfreundliche Gesellschaft. In: Bopp-Kistler, I. (Hrsg.): Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven (363-374). Zürich: Rüffer & Rub.

Venez, M. (2016): Wirksame Aphasiotherapie – Ansätze zu einer praxisbasierten Evidenz. In: Steiner, J. (Hrsg.): Aphasie im Kontext. Einführung in die Praxis des alltagsorientierten Empowerments. HfH-Reihe, Bd. 38. Bern: szh-Verlag .

Yesavage J.A., Brink T.L.& Rose T.L. (1982): Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-83;39:37-49, download deutsche Fassung über Kompetenzzentrum Geriatrie: <http://www.kcgeriatrie.de/downloads/instrumente/gds.htm>, aufgerufen am 09.01.2017.

Zientz, J., Rackley, A., Chapman, S.B., Hopper, T., Mahendra, N., Kim, E.& Cleary, S.J. (2007): Evidence-based practice recommendations for dementia: Educating caregivers on Alzheimer's disease and training communication strategies. *Journal of Medical Speech Language Pathology*. 15/3.