

Sprachabbau bei beginnender Demenz: Bausteine für eine heilpädagogisch- logopädische Diagnostik

Jürgen Steiner

ZUSAMMENFASSUNG. Das Thema Demenz rückt aufgrund der demografischen Veränderungen der Gesellschaft immer mehr in den Blickpunkt der öffentlichen Diskussion und hat Eingang in die logopädisch-sprachtherapeutische Diskussion gefunden. Dabei geht es um geeignete Wohn-, Betreuungs- und Therapieformen. Während man über die Symptomatik des Sprachabbaus zur beginnenden Demenz eine Reihe von Quellen findet, sind praktisch handhabbare logopädische Konzepte für Anamnese, Diagnose und Beratung nur in geringem Umfang vorhanden. Die vorliegenden diagnostischen Vorschläge sind entweder Versuche der Ankopplung an die Aphasiediagnostik oder verbleiben bei relativ allgemeinen Übersichten. Dieser Beitrag möchte eine Orientierung zur logopädisch-diagnostischen Praxis bei beginnender Demenz bieten und stellt dafür mehrere nicht-evaluierte, informelle Leitlinien bzw. praktische Werkzeuge vor.

Schlüsselwörter: Geriatrische Rehabilitation – Sprachabbau bei beginnender Demenz (SAD) – Case-Management – heilpädagogisch-logopädische Diagnostik – Zürcher Demenz Diagnostik



Prof. Dr. Jürgen Steiner promovierte 1989 über Aphasie an der Universität Köln und wurde 2001 im Thema Sprach- und Kommunikationsstörungen im Alter an der Universität Dortmund habilitiert. Seit 2005 ist er Leiter des Studiengangs Logopädie an der Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich mit den Arbeitsschwerpunkten Prävention, Diagnostik, Aphasie und Sprachabbau bei beginnender Demenz. Hinzu kommt Mitarbeit in freier Praxis und als Supervisor in der Memory-Klinik Nordrach. Er ist Kursleiter in der Ausbildung zum Gehirntainer (MAT-B), Herausgeber von Lesetexten für Sprachbehinderte u.a. therapeutischen Materialien (Schulz-Kirchner Verlag, Idstein) und berät den Schubi-Verlag Schaffhausen. Er verfügt über Ausbildungen in Gesprächstherapie (1994, Viersen), EPL-Kommunikationstraining (2002, München) und Validation (2008, Zürich).

Gesamtzusammenhang und Intentionen

Die Diagnostik beginnt mit der Klärung der Frage, ob überhaupt eine Demenz vorliegt. Diese Frage wird von mnestischen und kognitiven Untersuchungsverfahren (als neuropsychologische Diagnostik) und von klinischen und bildgebenden Verfahren (als medizinische Diagnostik) unter Berücksichtigung von Ausschlusskriterien (z.B. „nicht vorübergehend“) beantwortet. Die Überprüfung der Sprache ist die dritte Säule in dieser Erstdiagnostik.

In einer Metastudie, in der Erstsymptome bei einer beginnenden Demenz aufgelistet wurden, nehmen Kommunikationsstörungen den zweiten Rang hinter „Probleme bei der Arbeit“ ein. Gedächtnisprobleme sind erst auf Rang acht gelistet (*Gress-Heister*, 2003, S. 24). Das heißt: Die Erfassung der Sprachlichkeit als kognitive Schlüssel-funktion übernimmt Indikatorfunktion für die Leistungsfähigkeit des kognitiv-mnestischen Systems.

Der häufig verwendete „Mini Mental Test“ (*Kessler et al.*, 1988) arbeitet daher auch

sehr stark mit Sprachaufgaben (sprachliche Instruktionen, sprachliche Reaktionen), die jedoch eine patholinguistische Gesamtsystematik vermissen lassen. Der Mini Mental ist eine zufällig zusammengestellte Sprachprüfung. Auch andere neuropsychologische Verfahren können derzeit nicht überzeugen: *Gress-Heister* weist zu Recht darauf hin, dass derzeit die gängigen neuropsychologischen Verfahren neben dem Mini Mental wie „Uhrentest“ oder „Syndrom-Kurz-Test“ Orientierungen im Bereich der mittelgradigen, also bereits manifestierten Demenz schaffen, jedoch für leichte und schwere Demenzen wenig aussagefähig sind.

Diagnostische Triade

Insofern ist die diagnostische Triade „neuropsychologisch – medizinisch – sprachlich“ in Ergänzung mit anamnestischer Befragung der derzeitige Weg (Abb. 1). Die erste Anlaufstelle ist dabei aufgrund institutioneller Gegebenheiten nicht die Logopädin; *Buchter* (2003, S. 69) fasst treffend zusammen: „Die

Diagnose Demenz wurde in der Regel schon vom Arzt durch Untersuchungen und Tests gestellt, es ist also nicht Aufgabe des Sprachheilpädagogen, diese Diagnose erneut zu stellen oder zu bestätigen ...“.

Unabhängig von der jeweiligen Disziplin kann die Diagnostik im Bereich Geriatrie als anspruchsvoll angesehen werden:

- Wir müssen mit Multi- und Komorbiditäten rechnen,
- Verhaltens-, Leistungs- und Motivationschwankungen verzerren die Ergebnisse,
- Hintergrundinformationen sind schwer zu beschaffen und/oder aus einer Vielzahl von Quellen widersprüchlich.

Insofern ist die Geriatrie eine Art „Königsdisziplin“, in der die Diagnostizierende zunächst auf ihren „klinischen Blick“ vertraut, die Therapie beginnt und diagnostische Informationen im Prozess ergänzt.

Demenzen beginnen zu sehr unterschiedlichen Lebenszeitpunkten und zeigen sehr

unterschiedliche Verursachungen mit einer vielfältigen Ausprägung von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Kommunikationsstörungen, die sich im Durchlauf der verschiedenen Demenzstadien sehr stark verändern. Im Rahmen dieses Beitrags konzentrieren wir uns auf die Untersuchung der Sprache und Kommunikation im Alltagsvollzug zu Beginn des Prozesses – zu einem Zeitpunkt, bei dem eine therapeutische Einflussnahme noch möglich ist – und fassen dabei nur engere Aspekte der Sprachlichkeit ins Auge. Die erste Phase ist die der kommunikativ-kognitiv-mnestisch-kontaktiven Verunsicherung (Held, 2000).

Für die Symptomatik bei Demenz sowie des Sprachabbaus bei beginnender Demenz sei auf Bauer (1994), Benke et al. (1990), Buchter (2003), Füsgen (1992), Fuhrmann et al. (1995), Gutzmann & Brauer (2007), Hirsch & Meier-Baumgartner (1999), Lang (1994), Neubart et al. (1998), Ojeda (2005), Romero et al. (1995), Rousseau (2001), Steiner (2001, 2006) sowie Tippett et al. (1995) verwiesen. Eine Fülle guter Informationsmöglichkeiten bietet das Internet (s. Kasten). Vorschläge zur Indikation (Neubart et al., 1998), zur Klassifikation (Steiner, 2001) zur Diagnose (Schultze-Jena & Becker, 2005) und Therapie/Beratung (z.B. Böhme, 2006, 2008; Steiner, 1996a, 2007) liegen vor. Die Sicht der Mit-Betroffenen wird beispielhaft vertreten von Van Deun (2006), die der Betroffenen in Steiner (1996b).

Derzeit gibt es keinen Indikationsschlüssel für „Sprachabbau bei beginnender Demenz“ in Deutschland. Es gilt allerdings zu bedenken,

Auswahl Demenz-Infos im Internet

- www.deutsche-alzheimer.de
- www.oesterreichischerpatient.at
- www.alz.ch
- www.demenzratgeber.de
- www.zukunftsforum-demenz.de
- www.demenz-service.nrw.de
- www.kompetenznetz-demenz.de
- www.alzheimerforum.de

dass auch für die Dysphagietherapie ein Indikationsschlüssel erst seit wenigen Jahren existiert und diese heute zum regulären logopädischen Angebot gehört.

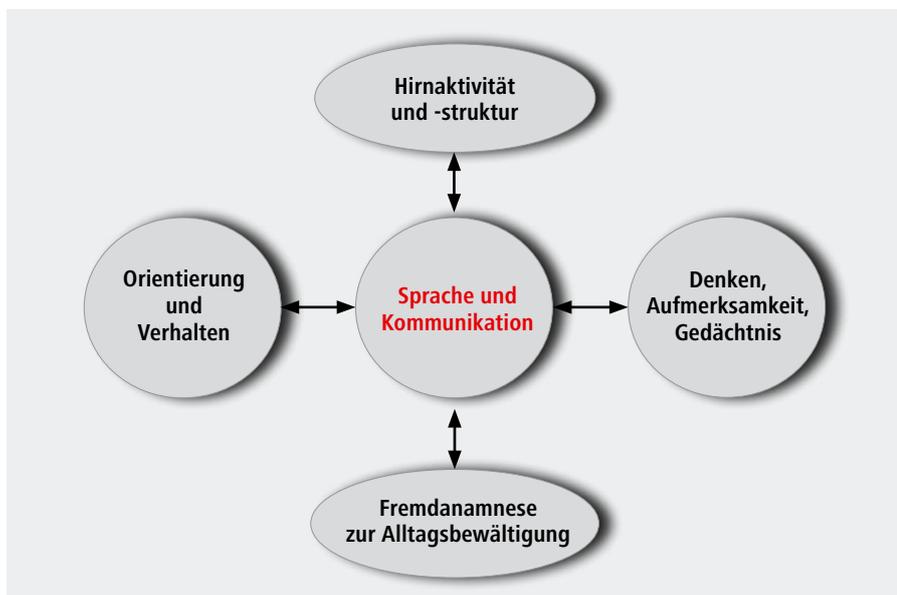
ICF als Rahmen für die diagnostische Planung

Die Ziele der geriatrischen Rehabilitation sind:

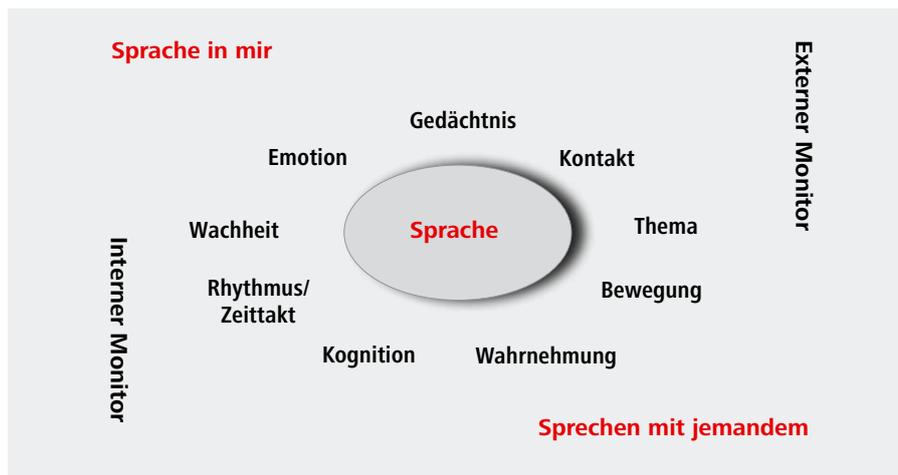
- Aufrechterhaltung der Wohnselbständigkeit/Vermeidung der Pflegeheimeinweisung
- Aufrechterhaltung der Autonomie und Aktivität für Betroffene und Angehörige
- sinnvoller kommunikativer Umgang mit Betroffenen
- Erhalt der Gesundheit der Angehörigen

Logopädie ist der Versuch, diesen Zielen aus sprachlich-kommunikativer Sicht mit Angeboten zur Therapie und Beratung zuzuarbeiten. Diagnostik soll die notwendigen Schlüsselinformationen hierzu liefern.

■ **Abb. 1: Diagnostische Triade „neuropsychologisch – medizinisch – sprachlich“ zur Feststellung einer Demenz**



■ **Abb. 2: Sprache im Verbund psychischer Funktionen**



Den Denkraum für die Diagnostik gibt die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2005) vor. Sprachliche Aktivitäten sind Interaktionen und Prozesse zwischen Körper, Intra-/Interpsychischem sowie Umweltfaktoren und sind vor dem Hintergrund der sozialen Partizipation zu verstehen. Diagnostik kümmert sich daher um

- körperliche Voraussetzungen für Sprache im Sinne der intrapsychischen Sprachorganisation als Strukturebene: Informationen aufnehmen, speichern, vergleichen, auswählen, sequenzieren;
- Voraussetzungen für Sprachhandeln zwischen Menschen im Sinne der interpsychischen Dialogkonventionen als Prozessebene: Aktivität und Partizipation mittels Sprache;
- soziale Bedingungen für ein dialogisches Netz als Wirkungsebene: Interaktionen, Begegnungen, Reaktionen, Situationen, Einstellungen, materielle Umwelt (Lärm), Lebenshintergrund.

Sprachstörungen sind Interaktions- und Prozessstörungen in diesem Beziehungsgeflecht; Ressourcen sind Interaktions- und Prozessres-

ourcen. Logopädische Diagnostik ist Kontextfassung mit dem Fokus Sprachlichkeit (Abb. 2).

Die Auswahl der korrespondierenden Funktionen zeigt, wie sehr Sprache und Kommunikation mit anderen Funktionen sowie allgemeiner körperlicher Verfassung verwoben sind und eine ganzheitliche Diagnostik gefragt ist (vgl. hierzu auch das Plädoyer einer ganzheitlichen Diagnostik für Gedächtnisstörungen von *Brand & Markowitsch*, 2005). Der interne Monitor in unserem Modell sichert sprachverarbeitend den roten Faden als Sprecher und Hörer, der externe Monitor ist unser Gegenüber, das als Sprecher per Überleitungen und Wiederholungen den roten Faden sichert und uns als Hörer anfragt, wenn bei thematischen Sprüngen das Verständnis gefährdet ist.

Die Symptomatik des Sprachabbaus bei beginnender Demenz lässt sich wie folgt auf den Punkt bringen: Die interne Sprachorganisation über das semantische Gedächtnis verliert an Struktur und Schärfe, gleichzeitig gibt es kommunikative Probleme, die sich als Kontakt-, Orientierungs-, Sinn- und Aktivitätsveränderungen zeigen. Anamnese und Diagnose haben die Aufgabe, eine Einschätzung zum Ist-Stand für diese Facetten abzubilden. Therapie und Beratung haben die Aufgabe, auf dieser Grundlage Angebote in verschiedenen Settings zu machen. Für die Primärbetroffenen haben gruppentherapeutische Angebote vor dem Hintergrund der in Abb. 3 dargestellten vier diagnostisch-therapeutischen Kerngrößen bei Demenz Priorität.

■ **Abb. 3: Die vier diagnostischen Kerngrößen bei Demenz**



Diagnostisch geht es darum zu bestimmen, mit welcher Methode in der Triade „befragen – beobachten – testen“ welche Schlüsselinformationen gewonnen werden können.

Logopädische Diagnostik als Teil eines Case-Managements

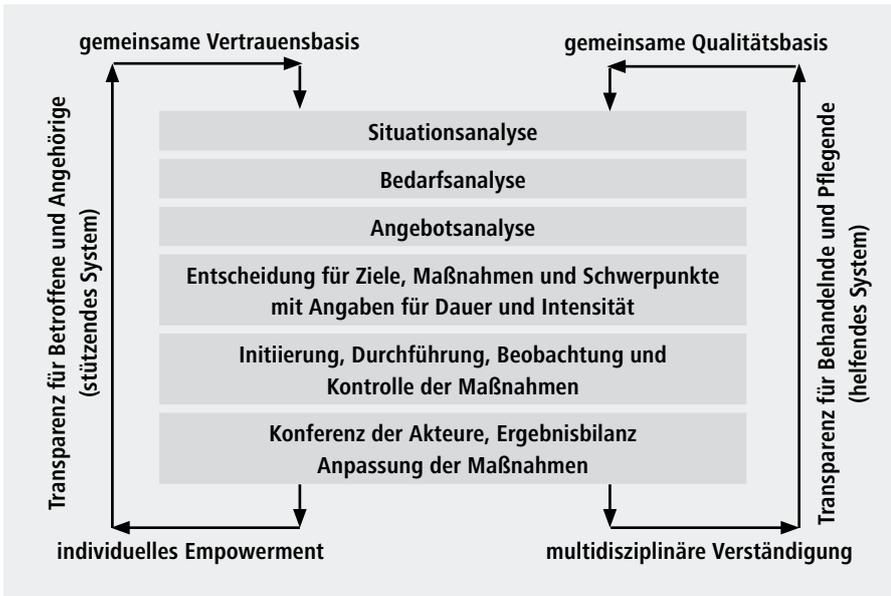
Die Idee des Case-Managements ist es, die Kooperation zwischen Institutionen und Berufsgruppen im Dienst des Einzelfalles zu sichern und zu steuern. Dazu ist ein Abgleich von Vorstellungen, Vereinbarungen und Verträgen zur Bestimmung von Zielen und Zuständigkeiten erforderlich. Hintergründe, Zielsetzungen und Verfahrensweisen des Case-Managements in der Pflege werden aktuell von *Klie & Monzer* (2008) beschrieben. Der Case-Manager ist Sozialdienstler, anwaltlicher Helfer und Angebots-Makler; er sorgt als Schnittstellenarbeiter für Kooperationen. Der reguläre Ablauf, dem auch die Logopädie unterworfen ist, folgt dem in Abb. 4 dargestellten Schema: Es zeigt die Diagnostik in der Geriatrie als zirkulären Prozess, der als Voraussetzung im Umgang mit dem stützenden System die gemeinsame Vertrauensbasis und als Ziel das individuelle Empowerment hat; als Voraussetzung im Management des helfenden Systems sei eine gemeinsame Qualitätsbasis und als Ziel die multidisziplinäre Verständigung hervorgehoben.

Ethische Prämissen

Heilpädagogik versucht den Menschen zu verstehen als Person und als Beziehungspersönlichkeit in seinem Erleben und Verhalten. Sie versucht die Eindrücke der Aktualität (Ist-Situation) abzugleichen mit Eindrücken der Historizität (Gewordensein/Lebens- und Lerngeschichte) und Potenzialität (Möglichkeiten trotz Beschränkungen). Der Themenkreis Logopädie und Demenz macht klar, dass eine Sicht auf die ganze Person erforderlich ist.

Die diagnostische Konzentration auf die Ebenen Phonem – Wort – Satz – Text in den Modalitäten rezeptiv – imitativ – produktiv – transformativ im jeweiligen System Laut- und Schriftsprache, wie dies in der linguistisch orientierten Aphasiediagnostik derzeit noch vorherrscht, ist bei beginnender Demenz nicht angezeigt. Entscheidend ist der Vorstoß zu Biografie und Lebensbedeutsamkeit als Grundpfeiler der Intervention und damit als Kerngrößen der Diagnostik. Das technische, ingenieurmäßige Denken in „Pfeilen

■ **Abb. 4: Ablaufschema eines Case-Managements**



und Kästchen“ (Box-and-Arrow-Modelle wie das Logogen-Modell, *De Bleser et al., 2004*) bildet im Rahmen der ICF-Idee nur einen kleinen Teilbereich ab – vor dem Hintergrund der Demenz ist die Begrenztheit dieser klassisch linguistisch-aphasiologischen Herangehensweise offensichtlich. Daneben rücken ethische Gesichtspunkte in den Vordergrund, die nachfolgend mit dem Begriff „heilpädagogisch-logopädische Diagnostik“ gekennzeichnet werden. Sie fokussiert drei Aspekte:

- interprofessionelle Kooperation
- wertschätzender Prozess
- systemische Konzentration

► *Interprofessionelle Kooperation* heißt: In einem patientenzentrierten Gesamtkonzept wird eine klare Aufgabenteilung mit eigener Verantwortlichkeit vereinbart mit der Maßgabe der Mitteilungspflicht in professioneller und gleichzeitig einfacher Sprache. Es gibt konstante Stationen für interaktiv-prozesshafte Korrekturen zur Vorgehensweise, zu denen alle Mitglieder des Systems (Betroffene – Angehörige – Behandelnde – Pflegenden) eingeladen werden; die gemeinsame Vorgehensweise wird im Außen gegenüber anderen Institutionen und Kostenträgern vertreten. In einem partnerschaftlichen Modell erfolgt die Konferenz mit rotierender Moderation. Die Arbeit des Teams zielt auf die Verbesserung der Schnittstellenübergänge und leistet Widerstand gegen übergreifenden Bürokratismus im Sinne einer „organisatorischen Tyrannei“ (*Hirsch, 2008, S. 108*).

► *Mit wertschätzender Prozess* ist gemeint: Wenn einerseits der Demenzkranke

mit sich und seiner Umwelt nicht mehr zu recht kommt, sein System für Hilfe und Orientierung wegbriecht, er seine Leistungs- und Stimmungsschwankungen merkt und andererseits die Angehörigen mit Angst, Verunsicherung und Überlastung kämpfen, bedeutet dies, Diagnostik zuhörtend, wertschätzend und Mut machend, wenn möglich mit einer Prise Humor zu betreiben. Ob die Abfolge von 50 Items nach dem Muster „Zeigen Sie das kleine rote Viereck“ zu ökologisch relevanten Ergebnissen führt, ist fraglich, sicher ist, dass diese Vorgehensweise weit entfernt ist von dem, was es aufrecht zu erhalten gilt: Sinn, selbstbestimmte Aktivität, Orientierung, Kontakt und Kompetenzerleben im Alltag. Die Nicht-Eignung des Aachener Aphasie Tests (*Huber et al., 1983*) für den beginnenden Sprachabbau bei Demenz (SAD) ließe sich auch psychometrisch begründen (Abbruchkriterien, Eichung für vaskulär-aphasisch). Entscheidender ist: Es gilt die Maxime einer nicht-belastenden, nicht-desavouierenden, fürsorglich-menschlichen Diagnostik, die die Perspektive der Betroffenen respektiert und aus Verstehen und Einbezug Bindung erzeugt. Für Befragungssituationen heißt das: Bitte keine bedrängenden Fragen. Einfach zusammengefasst: Diagnostik lässt die Beteiligten gut aussehen, sie entlarvt nicht und stellt nicht bloß – sie endet mit dem „Vertrag“ für eine gemeinsame Aufgabe. Betroffene werden zu Beteiligten.

► *Systemische Konzentration* bedeutet: Wir konzentrieren uns auf die Ressourcen und nicht auf die Defizite; facetten- statt umfangreich, erfassend statt umfassend, relevant statt reliabel, ökologisch statt objektiv.

Diagnostik ist die „kultivierte Unsicherheit“ (Doubrava & Staemmler, 1999, S. 126); übertriebene Diagnostik als Suche nach Sicherheit ist nicht gefragt; Qualität heißt ökologisch-dialogische Qualität. Diagnostik löst sich von dem Anspruch, Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge in der Tiefe ergründen zu wollen; sie versteht sich als Informationsfilter und -sortierer. Radikal formuliert: Diagnostischer Perfektionismus stört die Kreativität, die Freiheit, die Beziehung und die Reflexion (vgl. Steiner, 1998).

Ausgewählte Bausteine der Zürcher Demenz Diagnostik Logopädie (Z-DD)

Grundsätzlich findet, wie schon gesagt, Diagnostik im Rahmen einer interdisziplinären Gesamtschau statt (Heiß, 2006). Allgemein geht es um die Frage: In welchem Setting kann ich mit welcher Methode (befragen/beobachten/testen) welche zielrelevanten Informationen gewinnen, die zu welchen Optionen von therapeutischen Entscheidungen/ Prozessen führen? Eine aktuelle schweizerische Befragung von berufstätigen Logopädinnen im Erwachsenenbereich (Petschen, 2007) zeigt auf, dass

- 57 % der Befragten mit dem Thema Demenz in ihrer praktischen (diagnostizierend – therapierend – beratend) Arbeit konfrontiert sind, aber nur
- bei 18 % das Thema in der Grundausbildung angesprochen wurde.

Die Antworten zur verwendeten Diagnostik der Praktikerinnen zeigen deutlich, dass es

Bausteine der Zürcher Demenz Diagnostik Logopädie (Z-DD)

- **Z-GINCH** – Zürcher Geriatrie-Indikations-Checkliste
- **Z-PASA** – Zürcher Protokollbogen Anamnese: Sprachabbau im Alter
- **Z-CADA** – Zürcher Checkliste für Alltagsdialoge
- **Z-FAKA** – Zürcher Fragebogen zur Aktivität und Kommunikation im Alltag
- **Z-Txt** – Zürcher Sprachstrukturelle Prüfung auf Wort- und Text-Ebene

Alle Praxistools stehen zum Download unter www.hfh.ch > who is who > Jürgen Steiner zur Verfügung

an Konzeptionen fehlt. Auf den ersten vier Rängen stehen:

- Rang 1: Aachener Aphasie Test, AAT (30%),
- Rang 2: Eigenes Diagnostikmaterial (15%),
- Rang 3: Basel Minnesota Test, BMTDA (12%),
- Rang 4: Dialogverhalten in der Spontansprache (12%).

Unter Bezugnahme auf die Befragung von Petschen kann es keinen Zweifel am Bedarf für Konzeptionen geben. Die nachfolgenden Bausteine verstehen sich als Bestandteile eines Gesamtkonzeptes, das sich zurzeit in Bearbeitung befindet.

Indikations-, Benenn- und Schweregraddiagnostik

Unter kognitiver Dysphasie versteht man eine hirnorganisch bedingte Sprachhandlungsstörung infolge neuropsychologischer Grundstörungen (mnestisch-kognitiver und affektiver Art). Aus der Sicht der praktisch Handelnden ist eine Klassifikation nur dann interessant, wenn aus ihr klare Handlungsorientierungen und -differenzierungen hervorgehen bezüglich Indikation, Prognose und Rehabilitation. Eine Klassifikation demenzieller Sprachstörungen ist beim derzeitigen Stand nicht möglich. Dennoch sollte eine beschreibende Syndromkennzeichnung auf folgende Gesichtspunkte Bezug nehmen:

- Schweregrad (vgl. hierzu auch Junde et al., 2007)
- Medizinische Grunderkrankung
- Sprachstrukturelle Eigenheiten und Ressourcen
- Dialogische Eigenheiten und Ressourcen
- Eigenheiten und Ressourcen im Partizipationskontext
- Stellungnahme zur Indikation und Handlungspräferenzen.

Auf diese Weise kommen wir, statt zu definierten Klassen, zu einer auflistenden Beschreibung (Steiner, 2001). „Kognitive Dysphasie“ und „Sprachabbau bei beginnender Demenz (SAD)“ werden dabei als Synonyme verstanden. Von „Aphasie im Rahmen einer demenziellen Erkrankung“ sollte man nicht sprechen, weil Verursachung, Verlauf und Behandlung nicht vergleichbar sind (vgl. unter anderem hierzu Gress-Heister, 2003, sowie Köpf, 2003); auch der Begriff „Pseudo-Aphasie“ ergibt keinen Sinn.

Die Indikation ist an Voraussetzungen geknüpft, die mit der Z-GINCH, Zürcher Geriatrie-Indikations-Checkliste (modifiziert nach Neubart, Palm & Steiner, 1998) beschrieben werden. Der Betroffene muss selbst den Wunsch haben, ein Angebot wahrnehmen zu wollen; von unserer Seite aus „bewerben“ wir unser Angebot, um den Patienten zu motivieren. Salopp gesagt: Verwirrt nicht die Verwirrten, aber aktiviert die noch Aktiven!

Untersuchung der Sprachlichkeit

Wenn sich die Probleme des demenzerkrankten Menschen und seiner Umwelt auf Verlust von Aktivität, Orientierung, Sinn, Kompetenz, Kontakt und Bindung zentrieren, sind dies auch – ganz im Sinne der ICF – die „Einsatzorte“ für (eine logopädische) Diagnostik. Die Instrumente Z-PASA (Zürcher Protokollbogen Anamnese: Sprachabbau im Alter) Z-CADA (Zürcher Checkliste für Alltagsdialoge) und Z-CADA (Zürcher Checkliste für Alltagsdialoge) verstehen sich dabei als sich gegenseitig ergänzende Werkzeuge, die auch für nicht-demenzielle Kommunikationsstörungen gut einsetzbar sind. Schließlich ist nicht ermittelbar, welchen Anteil eine begleitende Schwerhörigkeit oder eine begleitende Depression hat.

Befragung zu Sprachkontakt und -aktivität im Alltag

Der Protokollbogen Z-PASA (Zürcher Protokollbogen Anamnese: Sprachabbau im Alter) ist ein Instrument zur Erfassung der Relevanz von Laut- und Schriftsprache im Alltag. Befragt wird der Sekundärbetroffene (Partner, Angehöriger). Es entstehen Notizen zu den offenen Kategorien als Beschreibung des Sprachalltags. Ein Übergang von der diagnostischen Perspektive zu einer Zielorientierung ist direkt im gemeinsamen Gespräch möglich: Therapiegewichtungen können besprochen werden. Die Sichtweise des Primärbetroffenen erfolgt ergänzend.

Beobachtung des Dialoges

Der Beobachtungsbogen Z-CADA (Zürcher Checkliste für Alltagsdialoge) ist ein Instrument zur Erfassung der Art und des Umfangs der Komplikationen und Fähigkeiten im Gespräch bei Verdacht auf eine Hirnfunktionsstörung. Beobachtet wird der Primärbetroffene in einem normalen Alltagsgespräch. Er sollte damit einverstanden sein, dass das Gespräch aufgezeichnet und anschließend ausgewertet wird. Der Beobachtung sollte eine anamnestiche Erhebung vorausgehen (z.B. Z-PASA, s.o.); sie sollte aufgrund der hohen

■ **Abb. 5: Prüfbausteine Sprachsystem und Dialog bei SAD**

	Rezeptiv			imitativ		produktiv			transformativ	
LS	W	S	T	W	S	W	S	T	W	S
	0	0	++	0	0	++	0	++	0	0
SS	W	S	T	W	S	W	S	T	W	S
	0	0	+	0	0	0	0	+	0	0

LS = Lautsprache W = Wort rezeptiv = auditiv verstehend / Lesesinnverständnis ++ = obligate Prüfung
 SS = Schriftsprache S = Satz imitativ = Nachsprechen / Nachschreiben + = sinnvolle Zusatzprüfung falls möglich
 T = Text produktiv = Benennen / Schreiben 0 = fakultative Prüfung im Einzelfall
 transformativ nach Diktat schreiben / laut lesen

© Steiner 2007

Dynamik in Dialogen durch eine Befragung ergänzt werden (z. B. Z-FAKA, Zürcher Fragebogen zur Aktivität und Kommunikation im Alltag, siehe Kasten S. 18). Durch die Beobachtung erhält die Therapeutin eine Einschätzung der aktuellen Dialogleistung; es ist möglich und sinnvoll, im gemeinsamen Gespräch einzelne Items als Ziele einer dialogisch-biografischen Therapie festzulegen. Die Beobachtungspunkte sind für eine erhöhte Prägnanz sehr einfach gehalten und folgen der Zweiteilung in Gesprächsquantität und Gesprächsqualität.

Damit der Dialog nicht nur „technisch“ im Hinblick auf „Steuerungselemente“ oder „Breakdown-Sequenzen“ betrachtet wird, seien an dieser Stelle noch einmal die Gelingensbedingungen für einen Dialog definiert, die weitgehend unabhängig von einer Hirnschädigung sind. In einem Gespräch sollten beide Gesprächspartner

- sich wiedererkennbar ausdrücken (ich spreche von mir)
- wechselnd sprechen und zuhören
- abwarten und beobachten
- Kommentare auf Äußerungen und Antworten auf Fragen geben
- auf Vertiefungen eingehen (Nachfrage)
- beim Thema und bei konkreten Ereignissen bleiben
- Platz für Gefühle/Wünsche geben
- Hilfe geben und Hilfe nehmen
- mit Widrigkeiten umgehen

Befragung der Alltagskommunikation

Die Befragung mittels Z-FAKA (Zürcher Fragebogen zur Aktivität und Kommunikation im Alltag) leistet die Erfassung der Art und des Umfangs der Sprachaktivität im Alltag (vgl. hierzu auch *Barthel, 2005*, sowie *Schubert, 2005*) in den Systemen Laut- und Schriftsprache mit Eröffnung einer positiven Perspektive (Befragungsteil D). Im Vergleich zu früher verändern sich die Gespräche infolge einer Schädigung des Gehirns; Z-FAKA

ist eine Hilfe, diese Veränderungen zu erfassen. Sie erweitert die Anamnese. Befragt wird der Sekundärbetroffene (Angehörige, Partner, evtl. Pfleger). Der Befragung sollte eine anamnestische Erhebung vorausgehen (z.B. Z-PASA, Zürcher Protokollbogen Anamnese im Alter, *Steiner, 2008*); sie sollte aufgrund der zwangsläufigen Subjektivität des Befragungsergebnisses ergänzt werden durch eine Beobachtung (z. B. Z-CADA, Zürcher Checkliste für Alltagsdialoge, *Steiner, 2008*).

Durch die Befragung erhält die Therapeutin eine Einschätzung der Gesprächssituation. Ziel ist es nicht, zu einer objektiven Sicht zu kommen; vielmehr geht es um die Bewertung der Veränderung durch den Partner: Inwiefern ist das Gespräch anders, und wenn es anders ist, stört mich die Veränderung und wenn ja, wie sehr? Diese Bewertung als Partnersicht wird mit 0-96 Punkten in den Teilen A-C skaliert. Der Fragebogen soll im Gespräch mit der Therapeutin bearbeitet und nicht als schriftlicher Fragebogen ausgegeben werden. Es entstehen Notizen zu den offenen Fragen und ein Profil der Art und des Umfangs der Gesprächsmöglichkeiten. Ein Übergang von der diagnostischen Perspektive zu einer Zielorientierung ist direkt im gemeinsamen Gespräch möglich: Einzelne Items können als Ziele einer dialogisch-biografischen Therapie fixiert werden.

Die Skalierung in den Kategorien A-B-C des Fragebogens dient als Momentaufnahme der Eingangssituation und als Prozessevaluations: Die Gesamtpunktzahl in den Kategorien A-B-C macht eine normativ gesetzte Einschätzung des Grades an Minderung von Aktivität und Kommunikation im Alltag möglich und kann den Therapieverlauf ökologisch validieren.

Schlüsselinformationen auf Wort- und Textebene

Einfache Adaptationen aus der sprachstrukturell orientierten Aphasiediagnostik sind nur sehr bedingt für Patienten mit Demenz einsetzbar (vgl. hierzu beispielsweise die Dis-

kussion der Verwendbarkeit des Token Tests bei *Eckold & Helmenstein, 2001*). Dies gilt nicht nur, weil die Normen nicht übertragbar sind, sondern vor allem, weil Instruktionen dann nicht gespeichert werden, wenn der Sinnzusammenhang fehlt; im Laufe der Prüfung verlieren die zu diagnostizierenden Demenzbetroffenen den Kontakt zur Prüfung. Wie schon gesagt

ist aufgrund des Aufbaus und der zeitlichen Belastung am ehesten die Aphasia Check Liste, ACL (*Kalbe et al., 2002*) geeignet.

Die Konzentration auf Schlüsselinformationen bedeutet für die Sprachstrukturelle Diagnostik, dass das phonologische System gar nicht und das syntaktische System erst zweitrangig beurteilt werden, da bei beginnender Demenz von einer weitgehenden Intaktheit ausgegangen werden kann. Der Schwerpunkt liegt auf der Beurteilung des Semantischen Lexikons und der Textproduktion, da hier Veränderungen zu erwarten sind (vgl. *Benke et al., 1990; Schultze-Jena & Becker, 2005*) und die Therapie von hier ausgehend zu planen ist.

Es ergibt sich die in Abb. 5 dargestellte Übersicht (*Steiner, 2007*). Da sich die sprachstrukturelle Diagnostik derzeit auf informellem Niveau bewegt, können die Facetten mit eigenem Material oder mit einer Entlehnung aus der Aphasietherapie (z.B. AABT, ACL, BMTDA, AAT, BOSU; Literatur siehe *Huber et al., 2006, S. 151*) geprüft werden. Eine verbindliche Empfehlung ist schwierig, da das Niveau der Texte individuell anzupassen ist. Abb. 5 zeigt obligate (++) und sinnvolle Prüfungen (+):

- *Text hörend verstehen*: gehörten Text nacherzählen, Fragen zum gehörten Text beantworten
- *Mündliche Wortproduktion*: z.B. Wortflüssigkeitstest vgl. *Benke et al. (1990)* sowie *Aschenbrenner et al. (2000)* und *Kalbe et al. 2002*)
- *Mündliche Textproduktion*: z.B. Cookie-Theft nach *Schultze-Jena & Becker, 2006* (ursprünglich von *Goodglass & Kaplan, 1976*)
- *Text lesend verstehen*: Lesetexte für Sprachbehinderte I (*Steiner, 1992*)
- *Text schreiben*: Lesetexte für Sprachbehinderte I nach *Steiner, 1992* (Vorgabe Bildreihenfolge und/oder Schlüsselwort)

Auf einen praktischen Protokollbogen wird an dieser Stelle verzichtet. Zur Erfassung der

Spontansprache auf Textniveau ist die Anleitung von Peuser (2000) hilfreich; ein Beispiel für eine dialogische Textanalyse findet sich in Buchter (2003, S. 92f).

Ausblick: Ebenbürtigkeit und Coping-Ressourcen

Heilpädagogisch-logopädische Diagnostik begegnet Menschen mit echtem Interesse. Wir sind die Expertinnen, die durch Einbezug und Wertschätzung ein ehrliches Gefühl der Ebenbürtigkeit geben können. Dies ist wichtig für Betroffene, die auf ein geistig reges Leben zurückblicken und nun eine teils dramatische Veränderung ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit bei vollem Bewusstsein erleben müssen. Es ist von zwei Fakten auszugehen. Zum einen davon, dass Demenzerkrankte grundsätzlich über ein hohes Maß an Coping-Strategien verfügen: Sie sind in der Lage, Reduktionen und Anpassungen im Wortabruf und im Gespräch so vorzunehmen, dass klassische sprachsystematische Fehlleistungen (phonematische und semantische Paraphrasien) vermieden werden (Schecker, 2003). Solche Adaptationsleistungen der demenziellen Anfangsphase dürfen begründet hoffen lassen, dass auch therapeutische Angebote fruchten. Zum anderen wird es dauerhaft schwer sein, Leitlinien zu erarbeiten; möglicherweise ist konsequent für die Individualität des Einzelfalles zu plädieren. Hier sind wir im Konsens mit dem Case Journal (www.jmedical-casereports.com), das einen Beitrag dazu leistet, die (Über-)Macht der randomisierten kontrollierten Studien aufzulockern.

Literatur

- Aschenbrenner, S., Tucha, O. & Lange, K.W. (2000). *Regensburger Wortflüssigkeitstest*. Göttingen: Hogrefe
- Barthel, G. (2005). *Modellorientierte Sprachtherapie und Aachener Sprachanalyse: Evaluation bei Patienten mit chronischer Aphasie*. Dissertation Universität Konstanz, Fachbereich Psychologie
- Bauer, J. (1994). *Die Alzheimer-Krankheit. Neurobiologie, Psychosomatik, Diagnostik und Therapie*. Stuttgart: Schattauer
- Benke, T., Andree, B., Hittmair, M. & Gerstenbrand, F. (1990). Sprachveränderungen bei der Demenz. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 58, 215-223
- Böhme, G. (2006). *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Bd. 2: Therapie*. München: Elsevier
- Böhme, G. (2008). *Förderung der kommunikativen Fähigkeiten bei Demenz*. Bern: Huber
- Brand, M. & Markowitsch, H.J. (2005). Diagnostik und Therapie von Gedächtnisstörungen. *Forum Logopädie* 5 (19), 6-12
- Buchter, S. (2003). „Ich hab noch etwas zu sagen!“. Rohrbach: Guhl
- De Bleser, R., Cholewa, J., Stadie, N. & Tabatabaie, S. (2004). *LeMo – Lexikon modellorientiert*. München: Elsevier
- Dobrava, E. & Staemmler, F. (1999). *Heilende Beziehung. Dialogische Gestaltherapie*. Köln: Hammer
- Eckold, M. & Helmenstein, T. (2001). Der Token Test: Ein geeignetes Verfahren zum Screening sprachlicher Leistungen im Geriatrischen Assessment? *European Journal of Geriatrics* 3 (2), 90-92
- Füsgen, I. (2004). *Demenz – Prävention vor Pflege*. 15. Workshop des Zukunftsforums Demenz. Frankfurt: Zukunftsforum Demenz
- Fuhrmann, I., Neumann, E. M. & Gutzmann, H. (2002). *Abschied vom Ich – Stationen der Alzheimer-Krankheit*. Freiburg: Herder
- Gress-Heister, M. (2003). Frühdiagnostik demenzieller Erkrankungen. Basis für rechtzeitige spezifische Interventions-Therapie. In: Füsgen, I. (Hrsg.), *Sprech- und Sprachstörungen – Problemfeld in der Demenztherapie* (19-28). 9. Workshop des Zukunftsforums Demenz. Wiesbaden: Medical Tribune
- Goodglass, H. & Kaplan, E. (1976). *The assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia: Lea & Febiger
- Gutzmann, H. & Brauer, T. (2007). *Sprache und Demenz. Diagnose und Therapie aus psychiatrischer und logopädischer Sicht*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Held, C. (2000). Management von Verhaltensstörungen bei dementen Patienten. *Praxis schweizerische Rundschau für Medizin* 89, 1376-1385
- Heiß, H.W. (2006). *Logopädisches Assessment*. <http://www.uniklinik-freiburg.de/zggf/live/Forschung/Lehre/Forschung/TherapeutischesAssessmentNetzwerk.html> (27.09.08)
- Hirsch, R.D. & Meier-Baumgartner, H.P. (1999). Symptomvielfalt bei Demenzerkrankungen und deren Beeinflussung: Ein zentrales gerontopsychiatrisches Aufgabenfeld. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 3 (32), 151-152
- Hirsch, R.D. (2008). Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41, 106-116
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D. & Willmes, K. (1983). *Der Aachener Aphasie Test (AAT)*. Göttingen: Hogrefe
- Huber, W., Poeck, K. & Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Stuttgart: Thieme
- Junde, I., Schwer, B. & Voigt-Radloff, S. (2007). Das logopädische Assessment: Struktur, ICF-Orientierung und Bedeutung im Qualitätsmanagement. *Forum Logopädie* 1 (21), 14-19
- Kalbe, E., Reinhold, N., Ender, U. & Kessler, J. (2002). *Aphasie-Check-Liste (ACL)*. Köln: Prolog
- Kessler, J., Denzler, P. & Markowitsch, H.J. (1988). *Demenztest*. Weinheim: Beltz
- Klie, T. & Monzer, M. (2008). Case Management in der Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41, 92-105
- Köpf, G. (2003). ASTRAIN-Konzept. Das Alzheimer-Sprach-Training. In: Füsgen, I. (Hrsg.), *Sprech- und Sprachstörungen – Problemfeld in der Demenztherapie* (29-34). 9. Workshop des Zukunftsforums Demenz. Wiesbaden: Medical Tribune
- Lang, C. (1994). *Demenzen: Diagnose und Differentialdiagnose*. New York: Chapman & Hall
- Neubart, R.; Palm, S. & Steiner, J. (1998). Sprachtherapie im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation. Indikation und Zielsetzung im Schnittpunkt einer pädagogisch-medizinischen und patientenzentrierten Orientierung. *Sprache – Stimme – Gehör* 2 (22), 77-83
- Ojeda, E. (2005). Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen im Alter – Besonderheiten der Sprachtherapie mit älteren Menschen. *Die Sprachheilarbeit* 5, 241-246
- Petschen, S. (2007). *Sprachabbau bei beginnender Demenz. Eine Forschungsarbeit zur aktuellen Situation der Praxis in der Deutsch-Schweiz in den Bereichen Indikation, Diagnostik, Therapie und Beratung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Hochschule für Heilpädagogik, Zürich
- Peuser, G. (2000). *Sprachstörungen. Einführung in die Patholinguistik*. München: Fink
- Romero, R., Pulvermüller, F., Haupt, A. & Kurz, A. (1996). Pragmatische Sprachstörungen in frühen Stadien der Alzheimer Krankheit: Analyse der Art und Ausprägung. *Zeitschrift für Neuropsychologie* 1 (6), 29-42
- Rousseau, T. (2001). *Communication et maladie d'Alzheimer. Evaluation et prise en Charge*. Isergues: Ortho-Edition
- Schecker, M. (2003). Sprache und Demenz. In: Fiehler, R. & Thimm, C. (Hrsg.), *Sprache und Kommunikation im Alter* (278-292). Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung
- Schubert, K. (2005). *Evaluation eines verhaltensorientierten Therapieprogramms zur Behandlung aphasischer Störungen*. Dissertation Universität Jena, Fakultät Sozial- und Verhaltenswissenschaften
- Schultze-Jena, A. & Becker, R. (2005). Anhaltspunkte für eine Demenz in der Aphasiediagnostik – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Forum Logopädie* 5 (19), 14-20
- Steiner, J., Puller, B. & Worms, U. (1992). *Lesetexte für Sprachbehinderte I. Themenbezogenes Üben in der Aphasitherapie*. Berlin: Spiess
- Steiner, J. (1996a). Wenn die Gesetze des „normalen“ Gesprächs außer Kraft sind. Handlungstheoretisch geleitete Therapiemöglichkeiten am Beispiel der Demenz (Ehe-

paar F.). In: dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe (Hrsg.), *Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision* (679-694). Hamm: Wilke

Steiner, J. (1996b). *Aus der Luft gegriffen. Kluge Aussprüche von sprach- und denkbehinderten Menschen*. Idstein: Schulz-Kirchner

Steiner, J. (1998). Monologisches versus dialogisches Weltbild als Projektionsleinwände für das Therapiegeschehen. *Sprache – Stimme – Gehör* 4 (22), 212-216

Steiner, J. (2001). Sprachabbau bei Demenz (SAD-Syndrom): Begriffsbestimmung, Erscheinungsbild und die Sicht der Betroffenen. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Bd. 2, Erscheinungsformen und Störungsbilder* (219-230). Stuttgart: Kohlhammer

Steiner, J. (2006). Nicht-medikamentöse Therapie bei beginnender Demenz: Welches Angebot kann die Sprach-

Heilpädagogik bereitstellen? In: BHP, Berufsverband der Heilpädagogen e.V. (Hrsg.), *Heilpädagogik in Praxis, Forschung und Ausbildung. Aktuelle Beiträge zum Profil einer Handlungswissenschaft* (359-370). Berlin: BHP

Steiner, J. (2007). Sprachabbau bei beginnender Demenz, SAD: Entscheidungshilfen und Therapiebausteine. *LOGOS* 1 (15), 37-45

Steiner, J. (2008). Fördert Sprache und Kommunikation als Schlüsselfaktoren der Aktivität bei Menschen mit Alzheimerscher Erkrankung! In: Färber, H.P., Seyfahrt, T., Blunck, A. & Vahl-Seyfahrt, E. (Hrsg.), *Lernen – Vergessen – Erinnern. Erwerb und Verlust kognitiver Fähigkeiten*. Norderstedt: Books on Demand

Tippett, L.J., Mc Auliffe, S. & Farah, M.J. (1995). Perseveration of Categorical Knowledge in Alzheimer's Disease: A Computational Account. *Memory* 3 (4), 519-533

Van Deun, U. (2006). *Alzheimer – Der Weg des langen Abschiednehmens*. Freiburg: Herder

WHO (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Herausgegeben vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI. Genf: World Health Organisation

Danksagung: Meinen Studierenden, insbesondere den Jahrgängen 0306 und 0609 Logopädie HfH sowie meinem Kollegen Jürg Handloser lic. phil., Hochschule für Heilpädagogik in Zürich, HfH, sowie Christiane Brunner lic. phil., dipl. Logopädin danke ich für Anregungen in einer lebhaften Diskussion.

Die Instrumente Z-GINCH, Z-PASA, Z-CADA und Z-FAKA stehen als Download unter www.hfh.ch > who is who? > Jürgen Steiner > Downloads zur Verfügung

SUMMARY. Speech disorders in beginning dementia: Modules for diagnostic assessment in pedagogy and logopedics

The demographic change of society brings dementia more and more into the view of public discussion and academic discourse in logopedics and speech therapy. Main subjects are adequate therapy interventions as well as home care and other support. There are some studies on symptoms of speech disorder but little research in practical logopedic concepts on anamnesis, diagnostics and consultation. Diagnostic approaches are either linked with diagnosis of aphasia or remain at a general perspective. This contribution intends to give some orientation for logopedic-diagnostic practise at beginning dementia and presents not yet evaluated, informal guidelines as well as practical tools.

Key words: geriatric rehabilitation – speech disorders in beginning dementia (SAD) – case-management – diagnostic assessment in pedagogy and logopedics – Zurich Diagnosis of Dementia

Autor

Interkantonale Hochschule für Heilpaedagogik, HfH
Prof. Dr. habil. Juergen Steiner
Leiter Fachbereich Logopaedie
Postfach 5850
Schaffhauserstrasse 239
CH-8050 Zürich
juergen.steiner@hfh.ch,
www.hfh.ch,
www.sprachpraevention.ch