

# Sprachabbau bei Demenz – ein Thema für die Sprachtherapie?

Ergebnisse einer Befragung von Logopädinnen in der Schweiz

Jürgen Steiner, Martin Venetz

**ZUSAMMENFASSUNG.** In diesem Beitrag geht es um die Frage der Indikation einer logopädischen Intervention bei beginnender Demenz. Die Frage wurde bisher akademisch diskutiert; die Differenz der Position von „nicht indiziert“ über „nur in Ausnahmefällen indiziert“ bis zu „in jedem Einzelfall zu prüfen“ ist letztlich erklärbar durch implizite Prämissen zum Selbstverständnis des Faches Logopädie. Wenn der Auftrag der Logopädie eher strukturell-linguistisch verortet wird, werden einer Intervention, die „wirksam“ sein soll, weniger Chancen eingeräumt. Wenn der Auftrag der Logopädie auch Management der Kommunikationskooperation und Aufrechterhaltung des Selbstwertes und der Teilnahme ist, ist Logopädie gefragt und muss „wirksam“ kontextbasiert definiert werden. Wir betonen hier den letzteren Aspekt.

Die theoretische Diskussion des Themas wird belebt durch das Votum aus der Praxis: Unsere Befragung von Logopädinnen aus der Deutschschweiz ergibt, dass für Logopädinnen, die im Kontext Geriatrie arbeiten, das Thema relevant und die Logopädie zuständig ist. Die Praktikerinnen sind bereit, ein hohes Engagement in die konzeptionelle Weiterentwicklung zu investieren. Die Problematik der „Wirksamkeit“ ist auch ein Thema der Praxis.

Schlüsselwörter: Indikation – ICF – Kommunikationskooperationen – Votum der Praxis – Konzeptionslücke

## Einleitung

Wie der Blick in die Tagespresse und Illustrierten zeigt, beschäftigt das Thema Demenz zunehmend auch die breite Öffentlichkeit. In der Forschung ist Demenz primär eine Domäne der Pharmakologie. In einem gewissen Gegensatz dazu steht die Aussage von Richard Taylor, dem Frontmann von Demenzbetroffenen in den USA (Taylor 2010): „Was Demenzbetroffene dringend brauchen, sind aber nicht (nur) Pharmazeutika, sondern Soziozeutika“. Was ist also der Beitrag im „System nicht-medikamentös“, was ist der Beitrag der Logopädie? Eine Wortmeldung der Logopädie mit konkreten Konzeptionen erscheint logisch, da Kommunikation ein starker Partner von Kognition ist und die wesentliche Säule für Teilhabe und Beziehung. Die Logopädie ist die Profession, die für gelingende Kommunikation unter erschwerten Bedingungen zuständig ist. Überlässt die Logopädie im Themenkreis Demenz das Feld dennoch der Psychologie, der Pflege oder der Sozialpädagogik? Ist der Logopädie „Kommunikation“ zu unscharf, zu unspezifisch (im Gegensatz zu linguistisch fassbaren Sprachstrukturen)? Wie sehen das praktisch tätige Logopädinnen?

## Logopädie und Demenz: State of the Art

Logopädie ist die Disziplin, die für Gefährdung, Beeinträchtigung oder Behinderung der Sprachlichkeit zuständig ist. Sie macht ein befristetes bzw. intervallmäßiges Angebot zur größtmöglichen Aufrechterhaltung der Teilhabe im Alltag.

Die Angebotskonzeptionen sollten heute ICF-basiert sein. Die Idee der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2005) stellt den jeweiligen Kontext in der Individualität ins Zentrum. Der Terminus „Sprachrehabilitation“ umfasst das Zusammenspiel von

- strukturellen und physiologischen Bedingungen – Therapie konzentriert sich auf die intrapsychische Sprachorganisation, d.h. auf die *Informationsverarbeitung* –
- Bedingungen zur Umsetzung des Sprachhandelns zwischen Individuum und Umfeld – Eine Kommunikationstherapie konzentriert sich auf Aktivität und Partizipation mittels Gespräche, d.h. auf *Kommunikationskooperationen bzw. -kompensationen* –
- sozialen Anforderungen, die das Individuum in die Umwelt trägt oder die Umwelt

### Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner

promovierte 1989 an der Universität Köln über Aphasie und habilitierte sich 2001 mit dem Thema Sprach- und Kommunikationsstörungen im Alter an der Universität Dortmund. 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 kommen Mitarbeit in freier Praxis und Tätigkeit als Supervisor in der Memory-Klinik Nordrach, Herausgeber von therapeutischen Materialien (Schulz Kirchner Verlag, Idstein) und Berater (Schubi-Verlag Schaffhausen). Er verfügt über Ausbildungen in Gesprächstherapie (1994, Viersen), EPL-Kommunikationstraining (2002, München) und Validation (2008, Zürich).



### Martin Venetz

studierte Psychologie und promovierte (Dissertation im Druck) an der Universität Zürich in der Fachrichtung Angewandte Psychologie. Von 2003 bis 2010 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich, Departement Forschung & Entwicklung. Seitdem ist er dort Dozent und leitet den Forschungsschwerpunkt Professionalisierung heil- und sonderpädagogischer Berufe.



an das Individuum richtet – eine kontextbasierte Sprach- und Kommunikationstherapie berücksichtigt *Ansprüche* von innen und außen an die Sprachlichkeit. Akzeptiert man diese Definition, bleibt Logopädie nicht auf Phonem–Wort–Satz beschränkt. Entscheidend sind die Umsetzung von Kompensationen und die Aufrechterhaltung von Leistungen im Alltag. Damit bezieht Sprach- und Kommunikationstherapie Primärbetroffene (Patienten), Sekundärbetroffene (Angehörige) sowie professionell Helfende (Pfleger, Ärzte, andere helfende Berufe) mit dem Auftrag der kollegialen Beratung gleichermaßen mit ein.

Diese Position scheint in der Diskussion um Logopädie und Demenz nicht unbedingt Konsens zu sein. *De Langen* (2011, 58) ist offenbar der Auffassung, dass Sprachtherapie nur zur Verbesserung, nicht aber zum Erhalt antrete („palliative Sprachtherapie“) und dass Therapie „die Konfrontation mit dem Sprachproblem“ zwingend zur Folge habe. Wenn Logopädie so definiert wird und nur auf der Grundlage sprachspezifischer, linguistischer Modelle und Prinzipien (als angewandte Linguistik) denkbar ist (*De Langen 2011, Lang 2011*), steht die Indikation zur Therapie im Kontext Demenz grundsätzlich infrage.

Wenn Logopädie definiert wird als Integrationsdisziplin, für die (Kommunikations-) Psychologie, (Heil-)Pädagogik, Medizin, (Patho-)Linguistik und Soziologie gleichermaßen relevant sind und volkswirtschaftliche Fragen eine Rolle spielen, geht es in der Zieldimension nicht (nur) um sprachliche Strukturen, sondern um gelingende Kommunikation in relevanten Kontexten und maximal mögliche Teilhabe. Modelle der Kommunikation, der Beziehung und der Teilhabe sind linguistischen Wortabrufmodellen übergeordnet (*Steiner 2010*). Ein Training der Verständigung unter erschwerten Bedingungen ist Teil einer aufrecht zu erhaltenden Beziehung bzw. eine wesentliche Säule der Gewährleistung der häuslichen Pflege (*Lang 2011, Schramek 2011*).

Das Handlungsfeld „Logopädie und Demenz“ ist also nicht nur noch nicht etabliert; der Themenkreis führt zu einer Neuaufnahme einer Diskussion um das Selbstverständnis des Faches.

Als Voraussetzung einer Etablierung wird eine aussagefähige Diagnostik gesehen (*De Langen 2011*). Zu klären ist die Frage, ob die Indikation an eine Demenzform und damit an eine Prognose (*De Langen 2011*) oder Ursache (*Koch 2011*) oder an ein bestimmtes Stadium bzw. an den Schweregrad (*De Langen 2011, Koch 2011, Steiner 2011a*) gekoppelt ist. Auf jeden Fall sind Mindestvoraussetzungen wie Problembewusstsein, Änderungswunsch, Motivierbarkeit, Orientiertheit festzuschreiben (*Neubart et al. 1998, Steiner 2010, Koch 2011*); diese Faktoren dürfen bei beginnender Demenz eher erwartet werden (*Steiner 2010*).

Gleichzeitig wird zur Etablierung die Generierung von Wirksamkeitsnachweisen verlangt. Wirksamkeit wäre aber im Lichte einer progressiven hochindividuellen Erkrankung mit sehr individuellen Ko-Morbiditäten und sehr unterschiedlichen Lebenshintergründen und Lern- bzw. Copingbiografien erst einmal zu definieren (*Bürki et al. 2011*). Wirksamkeit sollte nach unserer Auffassung als Wirksamkeit

bezogen auf Aktivität und Teilhabe definiert werden. Wenn die Zieldimension die gelingende Kommunikation in relevanten Kontexten durch Anpassungen trotz erschwelter Bedingungen ist, ist die Erwartung unsinnig, dass Prozenträge in Tests, die die Sprachabrufleistung mit Bildkärtchen messen, zu einer Aussage über „wirksam“ führen könnten. Die Messung von Effektivität im Kontext Geragogik verlange grundsätzlich nach „neuen Wertmaßstäben“, formuliert *Schramek* (2001, 59); Kommunikation ermöglichen und erhalten sei das Ziel. Die Methodik für eine Evaluation von „wirksamer Therapie“ im Kontext einer progressiven Erkrankung ist erst noch zu entwickeln (ebd., 60).

### Blitzlicht zur Sicht von Symptomatik, Diagnose und Therapie

Der Begriff „Demenz“ ist ein Sammelbegriff, der degenerative (Morbus Alzheimer, 60 bis 75 % aller Demenzen) und vaskuläre, teils aber auch degenerativ-vaskuläre Formen (93 % aller Demenzen, *Trauschke et al. 2009*) einschließt. Ohne bezüglich Symptomatik weit auszuholen, ist Sprachabbau bei (beginnender) Demenz weniger durch Verlust von Sprachstrukturen gekennzeichnet, als vielmehr durch eine semantische Orientierungslosigkeit und in der Folge durch eine pragmatische Hilflosigkeit. Demenz macht auch weniger sprachabrufunfähig als sprachhandlungsunfähig. Es kommt zum Verlust von Initiative, Ordnung und Aktivität im Lesen und im Schreiben und zu einer Gefährdung des roten Fadens (diskursive Struktur) in Gesprächen.

Die Logopädie fokussiert die beginnende Demenz. Je mehr die Demenz fortschreitet, desto mehr verschiebt sich die Intervention von der Therapie zur Beratung und vom Primärbetroffenen zum Sekundärbetroffenen.

Aus einer radikal therapeutischen Sicht ist eine Klassifikation des Demenztyps (degenerativ versus vaskulär, „Primär Progressive Aphasie“ usw.) für den Arzt eventuell hochbedeutsam, da diese unterschiedliche medikamentöse Konsequenzen hat, für die Therapeutin zählen Ressourcen und weniger Klassifikationen. Sie kann die Diagnose des Arztes übernehmen und verzichtet auf eine eigene logopädische Klassifikation.

Konzepte der Aphasitherapie, die kognitiv-linguistisch orientiert sind, können nur sehr bedingt auf ein Angebot für Demenzbetroffene und Mitbetroffene übertragen werden. Einer heilpädagogischen Logopädie für Demenz geht es nicht um eine ingenieurmäßige Bearbeitung von Sprachebenen, sondern um die Aufrechterhaltung der Kommunikation

und um Herstellung von Sinn, Kompetenzerleben und Sicherung in einer kohärenten Biografie. Hier spielt ein Angebot für Lesen und Schreiben auf einem angepassten Niveau eine sehr wichtige Rolle.

Eine ausführliche Darstellung zur Sicht von Symptomatik, Diagnose und Therapie findet sich in *Steiner 2010*.

### Angebote der Logopädie für Kommunikation und Schriftsprache – Argumente für die Indikation

Die Verankerung von Logopädie ist in vielen Ländern Europas gesetzlich festgeschrieben. Das Recht auf Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe wird zugesichert und eine den Wünschen des Leistungsberechtigten entsprechende Hilfe bei Bedrohung derselben gewährt. Von hier ausgehend legitimiert sich die Logopädie durch den Anspruch der Menschen in modernen Sozialversicherungs- und Bildungssystemen. Das heißt für die Logopädie ganz konkret, dass sie ihre Zuständigkeit proklamiert, Bedingungen und Wahrscheinlichkeiten für Erfolge vorgibt, dass sie sich als eine sinnvolle Wahl im Hinblick auf Kosten und Alternativen präsentiert und eine Prüfung von „wirksam“ abhängig vom Kontext angeht.

Das Ziel für Demenzbetroffene und -mitbetroffene ist: Aufrechterhaltung von Kontakt, Orientierung, Sinn, kognitive Aktivität und Kommunikation.

Die Argumentationskette für eine dialogische Ausrichtung des logopädischen Angebotes der Logopädie/Sprachtherapie kann wie folgt geführt werden (*Braun et al. 2009, Braun et al. 2010, Steiner 2011b*):

- Positive Kommunikation ist eine wichtige Säule für das Gelingen der Partnerschaft.
- Positive Kommunikation ist ebenso der entscheidende Prädiktor für das Gelingen

der Partnerschaft mit Demenz bzw. der entscheidende Faktor der Resilienz in Bezug auf psychosoziale Störungen/ Belastungen des pflegenden Ehepartners und damit der Faktor für den Verbleib in der häuslichen Pflege.

- Konzepte zur Stützung der Partner-Dyade sind in einer Konzeption von Interventionsstrategien bei Demenz deshalb wichtig.
- Folgende Interventionen zur Stützung der Kommunikation sind sinnvoll (*Steiner 2010*):
  - a) kommunikativ orientierte Gruppentherapie, für Primär- und Sekundärbetroffene evtl. separat (Kontext geriatrische Rehabilitation),
  - b) Dialogcoaching (Gewahrsein von universellen und individuellen Strategien),
  - c) Beratung des Sekundärbetroffenen (Entlastung, Kommunikationsnetz, Optionen in der Paarkommunikation).
- Für die weitere Konzeptentwicklung ist eine Kooperation zwischen (Geronto-) Psychologie und Logopädie/Sprachheilpädagogik zu wünschen.

Für ein Angebot im Bereich der Schriftsprache spricht, dass gerade die Schrift zu den erwartbaren Ressourcen bei Menschen mit einer Alzheimerschen Erkrankung gehört. *Bourgeois & Hickey 2009* haben die sprachlich-kommunikative Ressourcen in verschiedenen Stadien der Alzheimerschen Erkrankung zusammengestellt. Wir können von Folgendem ausgehen:

- *frühes Stadium*: intakte Phonologie und Syntax, gute Lese- und Schreibfähigkeit (Textebene), gute Konzentrationsfähigkeit, Fehlerbewusstsein
- *mittleres Stadium*: intakte Phonologie und Syntax, gute Lese- und Schreibfähigkeit (mindestens auf Wortebene)
- *spätes Stadium*: adäquate emotionale Reaktionen, ansprechbar für Musik,

ansprechbar für taktile und visuelle Reize, Wunsch nach Kommunikation.

Die Logopädin ist Expertin für Kommunikation und Sprachlichkeit. Demenz ist ein Abbau der kommunikativen und sprachlichen Möglichkeiten bei vollem Bewusstsein. Kommunikation ist ein wesentlicher Schlüssel für Aktivität, Sinn, Orientierung, Kontakt und erlebte Normalität. Die Logopädie hat die Aufgabe, sich hier entsprechend einzubringen.

### Befragung der praktisch tätigen Logopädinnen in der Deutschschweiz

Mit einer Befragung in der Deutschschweiz wollten wir an der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich klären, ob das Thema Sprache und Demenz nur auf akademischem Niveau als „Nischenthema“ diskutiert wird, oder ob dieses tatsächlich auch in der Praxis relevant ist. Die Befragung versteht sich als erste Orientierung.

#### Durchführung

Die Befragung umfasst 14 Fragen und wurde online durchgeführt. Versandt wurden die Fragen im Mai 2011 mit dem Newsletter der Aphasie Suisse (Fachgesellschaft und Betroffenenorganisation für Menschen mit einer Aphasie in der Schweiz, [www.aphasie.org](http://www.aphasie.org)). Der Newsletter geht an 290 Personen.

#### Stichprobe

Insgesamt haben 36 Personen an der Befragung teilgenommen. Der Rücklauf mit 12% kann nicht bewertet werden, da in der Aphasie Suisse Therapeutinnen organisiert sind, die allgemein im Erwachsenenbereich arbeiten (sowie andere Personen) und nur Logopädinnen angesprochen wurden, die im Kontext Geriatrie arbeiten.

29 Personen von 36 (81%) waren bereit, ihre Adresse weiterzugeben; von diesen sind

100% weiblich, 62% (18) arbeiten im Kontext Spital, Klinik und Pflegeheim, 38% (11) im Kontext freie Praxis. Der Anteil an Logopädinnen in freier Praxis ist in dieser Stichprobe als hoch zu bewerten. Über zwei Drittel der antwortenden (72%) kommen aus den Kantonen Aargau, Bern, Zürich.

**Fragestellungen und Erwartungen**

Mit der Kurzbefragung wird zu fünf interessierenden Fragestellungen im Themenkreis Logopädie und Demenz versucht ein Blitzlicht zu erheben:

1. **Relevanz:** Ist das Thema Logopädie und Demenz relevant für praktisch tätige Logopädinnen im Kontext Geriatrie/Arbeit mit alten Menschen (Items 2 und 6)?
2. **Zuständigkeit:** Verstehen sich praktisch tätige Logopädinnen als zuständig für

- Fragen von Symptomatik, Diagnostik, Therapie und Beratung im Kontext fraglicher oder diagnostizierte Demenz (Item 3).
3. **Engagement:** Sind praktisch tätige Logopädinnen bereit, sich konzeptionell in den Aufgaben bezüglich Symptomatik, Diagnostik, Therapie und Beratung im Kontext fraglicher oder diagnostizierter Demenz zu engagieren (Items 4, 5, 8, 11 und 12)?
4. **Wirksamkeitsproblematik:** Ist das Thema Wirksamkeit in der Intervention eines Sprachabbaus bei Demenz relevant für praktisch tätige Logopädinnen (Item 7)?
5. **Kompetenz:** Sind praktisch tätige Logopädinnen auf dem Stand, dass sie über Symptomatik oder (teils individuell konzipierte) Diagnostik-Therapie-Beratung andere Personen instruieren könnten (Item 9)?

■ **Tab. 1: Übersicht über die Ergebnisse der Befragung**

Nr.	Item	Anzahl Antworten	Anteil Ja-Antworten	
			absolut	relativ
<b>Relevanz</b>				
6	Ich halte es für wichtig, Empfehlungen zur logopädischen Diagnostik, Behandlung und Beratung im Kontext Demenz zu verfassen.	33	33	100%
2	Mir werden demenzbetroffene Patienten unabhängig vom Alter zur Abklärung vorgestellt.	36	26	72%
<b>Zuständigkeit</b>				
3	Ich stimme der Aussage zu, dass die Logopädie auch für das Thema „Demenz“ zuständig ist und zwar in Bezug auf Diagnose, Therapie und Beratung. Im Fokus stehen dabei Kommunikation, Lesen/Schreiben und Sprachabruf.	36	35	97%
<b>Engagement</b>				
4	Ich bin bereit, an einer weiterführenden Befragung zum Ist-Stand „Logopädie und Demenz“ teilzunehmen.	33	32	97%
8	Ich unterstütze Öffentlichkeitsarbeit zum Themenkreis „Logopädie und Demenz“.	32	26	81%
12	Ich interessiere mich für die Teilnahme an einer Expertinnenkonferenz an der Hochschule für Heilpädagogik.	29	23	79%
5	Ich könnte mir vorstellen, an einer Expertinnengruppe „Logopädie und Demenz“ teilzunehmen.	32	22	69%
11	Ich bin damit einverstanden, dass mein Name in einer Adresskartei „Expertinnen Netzwerk Logopädie und Demenz in der Deutschschweiz“ geführt wird.	29	18	62%
<b>Wirksamkeitsproblematik</b>				
7	Ich interessiere mich für eine Klärung der Frage nach der Methodik für Wirksamkeitsnachweise in der logopädischen Therapie im Kontext der progredienten Erkrankung Demenz.	32	29	91%
<b>Kompetenz</b>				
9	Ich habe bereits Erfahrungen in der Öffentlichkeitsarbeit zum Themenkreis „Logopädie und Demenz“ und habe dazu auch schon Vorträge gehalten.	32	2	6%

Der Schwerpunkt der Befragung liegt damit auf dem Eruiere der Relevanz des Themas als von außen herangetragen (Fragestellung 1) und als von der Logopädin zur Bearbeitung und Weiterentwicklung von innen anstehend (Fragestellung 2 und 3).

**Ergebnisse**

Eine Übersicht über die Antworten zeigt die Tabelle 1.

**Diskussion**

Das Thema Logopädie und Demenz ist relevant, Logopädinnen deklarieren sich als zwar zuständig, aber nur als bedingt (instruktions-)kompetent und zeigen ein sehr hohes Potenzial an Engagement.

- **Ergebnis 1, Relevanz:** Praktisch tätigen Logopädinnen im Kontext Geriatrie/Arbeit mit alten Menschen werden Patienten hinsichtlich Abklärung und Interventionsentscheidungen vorgestellt (Item 2, 72%). Dadurch ergibt sich ein gewisser Kompetenzdruck – die Frage nach Leitlinien für Diagnostik, Therapie, Beratung im Kontext Demenz wird von den praktisch Tätigen als dringlich eingeschätzt (Item 6, 100%).
- **Ergebnis 2, Zuständigkeit:** Praktisch tätige Logopädinnen sehen sich als zuständig für die Stellungnahme zu Fragen der Symptomatik, Diagnostik, Therapie und Beratung im Kontext fraglicher oder diagnostizierter Demenz (Item 3, 97%).
- **Ergebnis 3, Engagement:** Praktisch tätige Logopädinnen sind in sehr hohem Maße bereit, sich konzeptionell in den Aufgaben bezüglich Symptomatik, Diagnostik, Therapie und Beratung im Kontext fraglicher oder diagnostizierter Demenz zu engagieren. Fast alle Befragten stehen für eine Folgebefragung bereit (Item 4, 97%) und unterstützen die Öffentlichkeitsarbeit (Item 8, 81%); eine sehr hohe Anzahl von Logopädinnen würde sich in einer Expertinnenkonferenz einbringen (Item 12, 79%), über zwei Drittel interessieren sich für eine Expertengruppe, und zwar ohne die genauen Rahmenbedingungen zu kennen (Item 5, 69%); knapp zwei Drittel erklären sich bereit, als eine Art „Anlaufstelle“ zu fungieren (Item 11, 62%). Die abnehmenden Prozentzahlen sind als Hierarchie des Engagements zu interpretieren.
- **Ergebnis 4, Wirksamkeitsproblematik:** Das Thema Wirksamkeit in der Intervention eines Sprachabbaus bei Demenz ist für praktisch tätige Logopädinnen hochrelevant (Item 7, 91%).

- **Ergebnis 5, Kompetenz:** Die Kompetenz der einzelnen Logopädinnen soll keinesfalls infrage gestellt werden. Wer ein Niveau erreicht hat, mit dem er andere Logopädinnen, andere Berufsgruppen oder Interessierte instruieren kann, arbeitet auf einer „Routineschiene“. Hiervon sind die praktisch tätigen Logopädinnen deutlich entfernt (Item 9, 6%).

Insgesamt zeigt sich in diesem Blitzlicht eine sehr hohe Diskrepanz zwischen den Anforderungen von außen und dem (hohen) Engagement der Praktikerinnen einerseits und dem geringen Support an theoretischer konzeptioneller Vorarbeit andererseits.

### Gedankliche Fortführung

Die Fortführung besteht darin, Praxis (Anforderungen und Handlungen), Lehre (Thema platzieren), Weiterbildung (Angebote machen) und Forschung (praxisorientierte Konzepte mit Evaluationen auf dem Niveau kumulierter Einzelfälle) zu koordinieren. Eine Expertinnenkonferenz wird für den Winter 2011 in Zürich geplant. Es bleibt zu hoffen, dass sich hieraus eine Expertinnengruppe entwickelt, die Aufträge zwischen Theorie und Praxis generiert. 18 Anlaufstellen in der Deutschschweiz für den Themenkreis Logopädie und Demenz werden nach nochmaliger Zustimmung seitens der Logopädinnen auf der Website [www.demenzsprache-hfh.ch](http://www.demenzsprache-hfh.ch) im Herbst aufgeschaltet. Eine „Beratungsstelle Sprache und Demenz“ an der Hochschule für Heilpädagogik ist installiert.

### Bearbeitung des Themenkreises Logopädie und Demenz an der HfH Zürich

Das Thema Sprachabbau bei beginnender Demenz ist in der Hochschule für Heilpädagogik Zürich (HfH) mehrfach verankert und hat zu folgenden Ergebnissen geführt:

- In der Lehre ist im Modul „Zentrale Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen“ (Logopädie, Bachelor) 1 Credit seit 2006 reserviert für Sprachabbau bei Demenz, weitere Angebote sind in Wahlmodulen platziert.
- Im abgeschlossenen Forschungsprojekt Sprache und Demenz „COPE-D, Cooperatives Programm Empowerment der Betroffenen bei beginnender Demenz“ wurden in einer Laufzeit von 16 Monaten bis Sommer 2010 Diagnostiktools und Therapievorschlüsse erarbeitet.
- Abschlussarbeiten zum Thema Logopädie und Demenz werden an der HfH aus dem eigenen Studiengang (Niveau Bachelor) und auf Anfrage von Fremdhochschulen

(Schweden, Niederlande, Deutschland, Niveau Master und Promotion) kooperativ betreut.

- Durch ein Rektoratsprojekt Sprache und Demenz im Netz ist die Subsite [www.demenzsprache-hfh.ch](http://www.demenzsprache-hfh.ch) als virtuelles Kompetenzzentrum entstanden.
- Die Hochschule für Heilpädagogik führt eine Beratungsstelle Sprache und Demenz ([www.demenzsprache-hfh.ch](http://www.demenzsprache-hfh.ch)).
- Als Teil einer Parteinahme für die Betroffenen ist ein Film zu Validation und Logopädie bei Demenz entstanden („Gelingende Kommunikation mit demenzen Menschen“, [www.hfh.ch/shop](http://www.hfh.ch/shop)), der sich als Teil einer Öffentlichkeitsarbeit versteht.
- Das Thema „Sprache und Alter“ ist seit 2008 im Weiterbildungsprogramm der HfH mit unterschiedlichen Angeboten verankert.
- Studiengangübergreifend (Logopädie – Psychomotorik-Therapie – Schulische Heilpädagogik) gibt es an der HfH eine Arbeitsgruppe Gerontagogik.
- Es bestehen Praxispartnerschaften zur Geriatrischen Klinik St. Gallen (CH), [www.geriatrie-sg.ch](http://www.geriatrie-sg.ch), zur Klinik Humaine Zihlschlacht (CH), [www.helios-kliniken.ch/zihlschlacht](http://www.helios-kliniken.ch/zihlschlacht), zum Pflegeheim Haus zum Seewadel Affoltern (CH) und zur Asklepios Klinik Schaufing (D) [www.asklepios.com](http://www.asklepios.com).

Alle Bearbeitungen haben das gemeinsame Ziel, das logopädische Angebot von der Stufe prototypischer Aktionen auf die Stufe des Standardangebots in der Geriatrischen Rehabilitation zu transferieren. Die HfH tritt dafür ein, dass die Logopädin als Expertin für Kommunikation und Sprachlichkeit auch für Sprache und Kommunikation bei Demenz zuständig ist. Kommunikation ist ein wesentlicher Schlüssel für Aktivität, Sinn, Orientierung, Kontakt und erlebte Normalität. Die Logopädie hat die Aufgabe, sich hier entsprechend einzubringen und könnte eine führende Rolle im „System nicht-medikamentös“ einnehmen.

### Ausblick

Die nächsten vier Schritte für die Zukunft sind:

- Die Logopädie formuliert ihr Angebot und bewirbt dieses. Sie setzt unter Kostenaspekt ihren Schwerpunkt auf eine Intervalltherapie, ein Gruppenangebot und eine Beratung/Coaching aller Betroffenen.
- Die Logopädie verstärkt ihre Forschungsaktivität; sie vergleicht und koordiniert

bestehende Ansätze, sorgt für Adaptationen und erbringt Wirksamkeitsnachweise auf dem Niveau von Einzelfällen. „Wirksam“ bedeutet dabei „wirksam bezogen auf das dokumentierte Ziel hin“, „ökologisch“ oder „im Kontext beobachtbar“ (Bürki et al. 2011). Hier muss eine Methodik erst noch erarbeitet werden (Koch 2011).

- Die Logopädie baut Konzepte der kooperativen Beratung (für andere Professionen) aus.
  - Die Logopädie übernimmt (ggf. zunächst ehrenamtlich) Verantwortung im Rahmen der präventiven Arbeit mit alten Menschen, bei denen das Risiko für eine Aktivitätsminderung besteht (Rückkehr nach Krankenhausaufenthalt, ungewünschter Ortswechsel, Oberschenkelhalsbruch, Versterben des Partners, Kontakt- und Aktivitätsverlust über die letzten drei Monate).
- Hier liegt also noch einiges an Arbeit vor uns.

### LITERATUR

- Braun, M., Scholz, U., Bailey, B., Perren, S., Hornung R. & Martin, M. (2009). Dementia caregiving in spousal relationships: a dyadic perspective. *Aging & Mental Health* 13 (3), 426-436
- Braun, M., Scholz, U., Hornung, R. & Martin, M. (2010). Die subjektive Belastung pflegender Ehepartner von Demenzerkrankten: Hinweise zur Validität des deutschen Zarit Burden Interviews. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 43, 111-119
- Bourgeois, M. & Hickey, E. (2009). *Dementia. From diagnosis to management – a functional approach*. New York: Taylor & Francis
- Bürki, M., Kempe, S., Kohler, J. & Steiner, J. (2011). Logopädie und Wirksamkeit – Bestandsaufnahme und Perspektive. Ein Diskussionsbeitrag. *Forum Logopädie* (2) 25, 28-33
- De Langen, E. (2011). Demenzen – welchen Platz haben sie im Handlungsfeld der Sprachtherapie? Fragen an die Diskussionsteilnehmer. *Diskussionsforum. Die Sprachheilarbeit* 2 (56), 58
- Koch, C. (2011). Sprachtherapie bei Demenzen: Zwischen demenzassoziierter Sprachstörung und Aphasie – das Problem der sicheren Diagnose und Therapieindikation. *Diskussionsforum. Die Sprachheilarbeit* 2 (56), 61-62
- Neubart, W., Palm, S. & Steiner, J. (1998). Sprachtherapie im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation – Indikation und Zielsetzung einer pädagogisch-medizinisch-philosophischen Orientierung. *Sprache – Stimme – Gehör* 1 (22), 77-83
- Lang, C. (2011). Sprachtherapie bei Demenzen: Neuroprotektion durch Pharmako- und Verhaltenstherapie auch im Alter – Sprachtherapie muss spezifisch sein. *Diskussionsforum. Die Sprachheilarbeit* 2 (56), 60-61

- Schramek, R. (2011). Sprachtherapie bei Demenzen – zwischen „Machbarem“ und „ethisch vertretbarem“. Diskussionsforum. *Die Sprachheilarbeit* 2 (56), 59-60
- Steiner, J. (2010). *Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis*. Praxis der Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik, Bd.5. München: Reinhardt
- Steiner, J. (2011a). Sprachtherapie bei (beginnender) Demenz: Wir sind gefragt und zuständig. Diskussionsforum. *Die Sprachheilarbeit* 2 (56), 62-63
- Steiner (2011b, im Druck). Die Logopädin ist Expertin für Kommunikation unter erschwerten Bedingungen – Ist sie auch für den Sprachabbau bei beginnender Demenz zuständig? *SAL-Bulletin*
- Taylor, R. (2010). *Ethik und Demenz. Von Innen nach Aussen*. Tagung Demenz und Wertekultur. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript, Zürich
- Trauschke, T., Werner, H. & Gerlinger, T. (2009). Zur Diagnostik und Häufigkeit von demenziellen Erkrankungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 5, 385-390
- WHO (2005). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Herausgegeben vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für die Familie internationaler Klassifikationen. World Health Organisation, Genf

*Danksagung:* Bei der HfH Zürich bedanken wir uns für die finanzielle Unterstützung der Befragung, bei den Kolleginnen für die Teilnahme und bei Lieselotte Bürgi für die Diskussion des Themas und die „Weiterverarbeitung“ der Ergebnisse in unserer Website [www.demenzsprache-hfh.ch](http://www.demenzsprache-hfh.ch).

**SUMMARY. Dementia and speech disorder – a subject of speech therapy? Results from a questionnaire of logopedics in Switzerland**

This contribution deals with the indication of logopedic intervention in the early stages of dementia. This question has already been discussed and answers present a range of positions from “not indicated”, “indicated only in exceptional cases” to “must be examined in each individual case” according to implicit assumptions. When the logopedic approach is based upon linguistic structures, successful intervention is given only little chance. When it is focussed on communication management, self-esteem and participation successful logopedic intervention must be defined within its context. We stress this aspect here. Discussions are encouraged by practitioners’ proposals: Our questionnaire of logopedics in Switzerland show that for practitioners in the field of geriatrics this subject is relevant. They feel responsible and they are willing to dedicate themselves to further conceptual development. Problems of “efficiency” are also a subject of praxis. KEYWORDS: Indication – ICF – communication management – proposals from the praxis – conceptual needs

**DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))**

10.2443/skv-s-2011-53020110604

**Autoren**

*Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner*  
Leiter Fachbereich Logopädie  
*Martin Venetz*  
Leiter des Forschungsschwerpunkts Professionalisierung heil- und sonderpädagogischer Berufe  
Hochschule für Heilpädagogik, HfH  
Schaffhauserstrasse 239  
CH-8050 Zürich  
[juergen.steiner@hfh.ch](mailto:juergen.steiner@hfh.ch)  
[www.hfh.ch](http://www.hfh.ch), [www.demenzsprache-hfh.ch](http://www.demenzsprache-hfh.ch)