

Sprachtherapie bei Demenz in Deutschland

Was haben wir, was brauchen wir?

Christina Knels

ZUSAMMENFASSUNG. Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Demenz werden in der Logopädie zukünftig immer mehr Raum einnehmen. Die Logopädie benötigt für eine effektive Diagnostik und Therapie sowohl spezifisches Wissen um die sprachlichen Symptomkomplexe und -verläufe der verschiedenen Demenztypen als auch um die kognitiven Begleitstörungen. Die Diagnostik wie auch die Therapie richtet ihren Blick auf die Ermittlung bzw. Stärkung kommunikativer Ressourcen. Therapieziele und -inhalte sollen sinnvoll, alltagsnah und lebensbedeutsam sein. In der Studienlage zu Evidenz sprachtherapeutischer Interventionen spiegeln sich diese Prinzipien momentan nicht wider.

Schlüsselwörter: Ressourcenorientierung vs. Defizitorientierung – direkte und indirekte Therapie – S3-Leitlinie „Demenzen“ – Evidenzbasierung – Funktionelle Kommunikation als Outcome-Parameter

Prof. Dr. Christina Knels war im Anschluss an ihr Studium der Klinischen Linguistik an der Universität Bielefeld als Sprach- und Schlucktherapeutin an verschiedenen Akut- und neurologischen sowie geriatrischen Reha-Kliniken tätig. Nach ihrer Promotion an der Ludwig-Maximilians-Universität München arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der LMU München und an der Hochschule Fresenius in Hamburg. Seit 2014 ist sie Professorin für Neurowissenschaften und Neurolinguistik an der Medical School Hamburg im Department Therapiewissenschaften.



Die demografische Situation

Der demografische Wandel

In Deutschland ist der demografische Wandel bereits angekommen mit weitreichenden Folgen für die Gesundheitsversorgung, gerade im Bereich der Geriatrie. Insbesondere der Anteil der älteren Bevölkerung wächst immer weiter: Im Jahre 2015 betrug der Anteil der über 65-Jährigen 21,1%, wobei das Statistische Bundesamt für das Jahr 2060 bereits einen Anteil von 30,9% vorausschätzt. Drastisch soll sich der Anteil an über 80-Jährigen (Hochbetagten) erhöhen: von 5,8% Ende 2015 soll sich im Jahr 2060 der Anteil auf 11,8% fast verdoppeln (Hoffmann et al. 2017).

Gleichzeitig erfolgt ein Rückgang des Anteils der jüngeren Generation an der Gesamtbevölkerung (Tab 1). In absoluten Zahlen ausge-

drückt: Der Anteil der über 65-Jährigen wird nach Vorausschätzungen des Statistischen Bundesamts in den kommenden Jahrzehnten um weitere 6 Millionen ansteigen (*Deutsche Alzheimer Gesellschaft* 2016). Diese überproportionale Zunahme an älteren und hochbetagten Menschen in Deutschland wird zu einer Erhöhung der Zahl an Demenzbetroffenen führen, auch wenn sich das Krankheitsrisiko selbst nicht erhöht (ebd.).

Rezeptverordnungen in der Logopädie

Der demografische Wandel hat auch die Logopädie erreicht: In den logopädischen Praxen in Deutschland stieg der Anteil der Verordnungen für über 65-jährige Patienten über die letzten Jahre hinweg stetig an

von 13,7% auf 18,9% im Zeitraum zwischen 2008 und 2015. Demgegenüber sank im gleichen Zeitraum der Anteil der Verordnungen für unter 10-Jährige von 63,6% auf 53,7% (GKV-HIS 2008-2015).

Demenzerkrankungen in Deutschland

Prävalenz und Inzidenz

Laut den Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation und der Alzheimer's Disease International litten im Jahr 2015 weltweit 46,8 Millionen Menschen an einer Demenz. Deutschland lag hierbei auf Rang 5 (nach der

■ **Tab.1: Bevölkerung in Deutschland nach Altersgruppen 2015 und 2060**

Altersgruppe	Anteil an der Gesamtbevölkerung	
	2015	2060
unter 20 Jahre	18,3 %	17,3 %
20-64 Jahre	60,6 %	51,8 %
65 Jahre und älter	21,1 %	30,9 %
80 Jahre und älter	5,8 %	11,8 %

Quelle: 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (auf Basis einer stärkeren Zuwanderung), aktualisierte Fassung 2017

DEFINITION DEMENZ. Bei einer Demenz handelt es sich um eine erworbene Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit, die Gedächtnis, Sprache, Orientierung und Urteilsvermögen einschränkt. Die Symptome sind dabei so schwerwiegend, dass die Betroffenen Probleme in der Bewältigung des Alltags zeigen und schließlich nicht mehr zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage sind. Die Symptome einer Demenz beginnen meist schleichend und schreiten langsam voran (Progredienz). Die Alzheimer-Demenz ist mit ca. 2/3 aller Demenzen die häufigste Demenzform, gefolgt von der vaskulären Demenz. Jeder Demenztyp zeigt einen unterschiedlichen Symptomkomplex. Primär degenerative Demenzen (z.B. Alzheimer-Demenz, Frontotemporale Demenz, primär progressive Aphasien, Lewy-Körper-Demenz, Kortikobasale Degeneration, Multisystematrophie) sind dabei direkt auf eine Atrophie des Hirngewebes zurückzuführen, bei sekundär degenerativen Demenzen liegt eine ursächliche Grunderkrankung vor (z.B. durch metabolische Ursachen, Vergiftungen, Autoimmunkrankheiten), die in der Konsequenz zu demenziellen Symptomen führt (Knels et al. im Druck).

Tab. 2: Darstellung der unterschiedlichen Symptomkomplexe bei ausgewählten Demenzformen, die sprachtherapeutisch berücksichtigt werden müssen

Demenzform	Symptome	
	sprachlich	nicht-sprachlich
Alzheimer-Demenz	Störung der Sprache/der Kommunikation	Probleme u.a. in Gedächtnis, Auffassungsvermögen, Orientierung, Erkennen, Aufmerksamkeit, logischem Denken
Primär progressive Aphasie	spezifische Sprachprofile: <ul style="list-style-type: none"> ● nicht-flüssige/agrammatische Variante ● semantische Variante ● logopenische Variante 	weitgehend intakt
Frontotemporale Demenz	Sprachverarmung <i>oder</i> Logorrhoe, Perseveration, Echolalie, Stereotypen	Störung insbesondere der exekutiven Funktionen mit Auswirkung auf Verhalten, Planen und Handeln, logisches Denken

Gesamtzahl der Demenzbetroffenen) nach China, den USA, Indien und Japan (*Deutsche Alzheimer Gesellschaft* 2016). Ende 2014 litten in Deutschland geschätzt knapp 1,6 Mio. Menschen an einer Demenz. Pro Jahr ist mit einer Gesamtzahl von rund 300.000 Neuerkrankungen zu rechnen. Sofern kein Durchbruch in der Prävention und Therapie von Demenzen gelingt, wird die Zahl der Demenzbetroffenen in Deutschland jedes Jahr um durchschnittlich weitere 40.000 ansteigen und sich bis zum Jahr 2050 nahezu verdoppeln (ebd.).

MERKSATZ

Bedingt durch die steigende Lebenserwartung und einen überproportional wachsenden Anteil der alten und hochbetagten Menschen in Deutschland wird sich die Zahl der Demenzbetroffenen weiterhin deutlich erhöhen.

Demenz als Arbeitsfeld der Logopädie

Indikation für Logopädie

Sprach- bzw. Kommunikationsprobleme sind in vielen Demenztypen Teil des Symptombildes. *Georges et al.* (2008) berichten in einer europaweiten Angehörigenbefragung, dass 88% der Angehörigen von Alzheimer-Patienten die Kommunikation als einen Problembereich im Betreuungskontext angaben, 36% bewerteten die Schwierigkeiten in der Kommunikation sogar als problematischstes Symptom.

Die Wichtigkeit der Klassifikation

Es gibt nicht die *eine* Demenz, daher gibt

es auch nicht die *eine* Sprachstörung bei Demenz: Unterschiedliche Demenztypen zeigen unterschiedliche sprachliche Symptomkomplexe und -verläufe (Tab. 2). Um als Sprachtherapeut ein individuell angepasstes Therapiekonzept erstellen zu können, muss nicht nur der Patient als Individuum betrachtet werden, sondern auch der jeweilige diagnostizierte Demenztyp und der vorliegende Schweregrad (*Knels et al.* 2017). Die Kenntnis des Demenztyps soll folgende therapeutisch relevante Fragen beantworten:

- die Natur der Sprach- bzw. Kommunikationsstörung
- Welche nicht-sprachlichen Symptome könnten vorliegen, die in der Therapie berücksichtigt werden müssen (Verhalten, Kognition)?
- Welche kognitiven Ressourcen könnten vorliegen?
- Welche Bereiche werden sich voraussichtlich im Verlauf verschlechtern?
- Kommen womöglich im Verlauf weitere kognitive bzw. sprachliche Symptome hinzu?

Differentialdiagnostik

Sprach- bzw. Kommunikationsstörungen aufgrund eines demenziellen Prozesses sind generell hinsichtlich klinischer Symptomatik, Diagnostik und Therapie von (vaskulär bedingten) Aphasien abzugrenzen, da zentrale Unterschiede in Ätiologie, Symptomatik und Verlauf bestehen. Die gängigen Bezeichnungen der Aphasiesyndrome (Broca, Wernicke, amnestisch, global) sind hinsichtlich ihrer sprachlichen Symptomatik bezogen auf gefäßbedingte Sprachstörungen und nicht anwendbar auf demenzbedingte Sprachstörungen (*Abel & Lange* 2014).

Diagnostik

Defizite und Ressourcen

Im Arbeitsfeld Demenz zielt die logopädische Diagnostik nicht nur auf die Erhebung von Defiziten, sondern insbesondere auf die Ermittlung von Ressourcen des Betroffenen ab (*Steiner & Haag* 2012, *Steiner* 2010, *Grün* 2016). Das bei Alzheimer-Demenz weitgehend intakte Altgedächtnis kann beispielsweise als Ressource genutzt werden, um die Kommunikation durch den Fokus auf Themen aus Kindheit/Jugend/junges Erwachsenenalter zu fasilitieren.

Ziele der Diagnostik

Diagnostische Ziele im sprachtherapeutischen Bereich sind:

- Identifikation von sprachlich-kommunikativen und persönlichen Ressourcen des Betroffenen, die in der Therapie genutzt werden können
- Erhebung von sprachlichen und kognitiven Beeinträchtigungen, die in der Therapie mitberücksichtigt werden müssen
- Verlaufskontrolle
- Erfassung des Schweregrades

Diagnostikverfahren

Die Verfahren aus der Aphasiediagnostik sind nur bedingt einsetzbar, da sie nicht nur rein defizitorientiert vorgehen, sondern häufig keine ausreichende Normierung für demenziell bedingte Sprachstörungen aufweisen und Betroffene überfordern könnten (*Steiner & Haag* 2012, *Knels et al.* 2017).

Eine ressourcen- und biografieorientierte Diagnostik stellt z.B. die Zürcher Demenz Diagnostik (ZDD) dar (*Steiner* 2010), eine Zusammenstellung von Frage- und Datenerhebungsbögen, die u.a. zur Anamnese und zu beobachtender Einschätzung der Kommunikation herangezogen werden können. Die ZDD erfüllt keine psychometrischen Eigenschaften bzw. formalen Gütekriterien, allerdings hat sie auch nicht das Ziel einer formalen Bewertung der Kommunikation, sondern soll u.a. die Erhebung therapierrelevanter Informationen im Rahmen einer Anamnese erleichtern. Gegenstand der Diagnostik ist dabei das Gespräch bzw. der Dialog.

Zur Erhebung des kognitiven Status eignen sich der weitgehend sprachfreie Uhrentest (*Shulman et al.* 1996) und kognitive Screenings wie z.B. der MOCA (Montreal Cognitive Assessment, *Nasreddine et al.* 2005). Auf der englischen Webseite kann man sich den Test und die Testinstruktion in verschiedenen Sprachen herunterladen, auch auf deutsch: www.mocatest.org/paper-tests/moca-test-full/.

Therapie

Ziele der Logopädie

Die Logopädie wird hier verstanden als Intervention zur Verbesserung und Stützung von Kommunikation mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und Teilhabe im individuellen Alltag und Lebenskontext bzw. Aufrechterhaltung der Interaktion mit dem Lebensumfeld und Vermeidung des psychosozialen Rückzugs. Aufgrund der Progredienz der Symptomatik (Degeneration) ist die Verbesserung von sprachstrukturellen Aspekten kein logopädisches Ziel in der Demenztherapie.

MERKSATZ

Nicht nur die Verbesserung, sondern auch der *Erhalt* von Fähigkeiten sind gesetzlich vorgeschriebene Rehabilitationsziele. (SGB IX)

Direkte und indirekte Therapie

Interventionen können direkt am Patienten oder indirekt am Lebensumfeld des Patienten (z.B. Kommunikationstraining von Angehörigen) erfolgen. Im Arbeitsfeld Demenz erfolgt eine Umorientierung von „symptomorientierter Therapie“ (SOT) (Arbeiten an beeinträchtigten Funktionen) hin zur „umgekehrt symptomorientierten Therapie“ (USOT, Arbeiten an (noch) erhaltenen Funktionen bzw. kompetenzerhaltendes Training) (Heidler 2007). Die USOT erfüllt hier die Funktion einer ressourcenstärkenden Therapie und dient dem Erhalt (noch) vorhandener Fähigkeiten (Grün 2016, Heidler 2007).

Wichtig ist hier das Wissen um den Demenztyp, um den potenziellen Symptomverlauf vorherzusagen. Im Verlauf ist eine Anpassung der Therapieinhalte und der Kommunikation notwendig: Es wird nicht gegen den demenziellen Prozess antrainiert, sondern immer im kompetenzerhaltenden Bereich ge-

arbeitet (Knels et al. 2017, Grün 2016, Steiner 2010). Je schwerer die Demenz, desto stärker verschieben sich die Therapieinhalte von der direkten Therapie (Arbeiten mit dem Betroffenen) zur indirekten Therapie im Sinne von Angehörigenberatung und -training (Steiner & Haag 2010).

Therapiemethoden

Die Therapieinhalte sollten für den Betroffenen sinnvoll, alltagsnah und lebensbedeutsam sein. Im Sinne der ICF sollte hier insbesondere der Therapiefokus auf aktivitäts- und teilhabeorientierte Inhalte gelegt werden (Steiner 2010, Grün 2016, Knels et al. 2017).

Mögliche direkte Interventionsmethoden umfassen KODOP (Kommunizieren – Dokumentieren – Präsentieren) (Steiner 2010), HOT (Handlungsorientierter Therapieansatz) (Reddemann-Tschaikner & Weigl 2002), ASTRAIN (Alzheimer-Sprach-Training) (Köpf 2001).

Das Kommunikationstraining TANDEM (Training für Angehörige von Alzheimerbetroffenen) zählt zu den indirekten Methoden. Hierbei werden Angehörige hinsichtlich Kommunikation darin geschult, die Schwächen des Menschen mit Demenz auf den jeweiligen Stufen zu umgehen und erhaltene Stärken gezielt fördern (Haberstroh & Pantel 2011).

ICF-orientiertes Fallbeispiel

Frau Müller (75 J., beginnende Alzheimer-Demenz) zeigt u.a. Wortfindungsstörungen im Bereich einer funktionalen Diagnostik. In der Anamnese wird klar, dass sie insbesondere gerne Märchen erzählt, wenn ihre Enkelkinder (6 und 4 Jahre) am Wochenende zu Besuch sind. Frau M. erfährt durch ihre Funktion als „Märchen-Oma“ Kompetenzgefühl, Sinnhaftigkeit und Teilhabe als Mitglied der Familie. Das reine Arbeiten am Funktionsziel Verbesserung der Wortfindung (z.B. durch allgemeine Benennübungen) sollte

von einem sinnorientierten Arbeiten an einem lebensbedeutsamen und alltagsnahen Kommunikationsziel (Erarbeiten eines Märchens) abgelöst werden.

Im weiteren Verlauf der Erkrankung kann der kommunikative Rückzug verhindert werden, indem das Thema „Märchen“, „Märchen-Oma“ als lebensbedeutsames Thema im Gespräch kommunikativ aufgearbeitet und dokumentiert wird, z.B. mittels KODOP (Steiner 2010) (Abb. 1)

Evidenz

Leitlinie Demenzen und evidenzbasierte Medizin

In den aktuellen medizinischen S3-Leitlinien „Demenzen“ (DGPPN/DGN 2016) ist die Logopädie bezüglich sprachtherapeutischer Interventionen mit einer Ausnahme (Jelcic et al. 2012) nicht vertreten – mit der Konsequenz, dass keine Empfehlung für Sprachtherapie bei Demenz ausgesprochen werden kann.

Die Gründe hierfür liegen nicht in einer fehlenden Wirksamkeit der sprachtherapeutischen Interventionen oder an einer fehlenden Studienlage: Es existiert durchaus eine Anzahl von Studien mit sprachtherapeutischen Interventionen und positivem Outcome, allerdings weist trotz Wirksamkeitsbeleg der evaluierten Intervention kaum eine Studie einen hohen Evidenzgrad auf. Qualitätsmängel betreffen insbesondere die verwendeten Studiendesigns (fehlende Kontrollgruppe, fehlende Randomisierung) und eine zu geringe Stichprobengröße.

Missverhältnis innerhalb der Studienlage zur Wirksamkeit von Logopädie bei Demenz

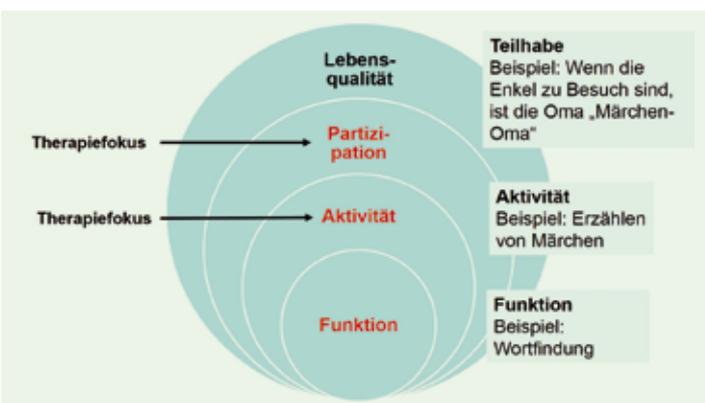
Die einzige Studie, die den in der medizinischen Forschung herrschenden Evidenzkriterien standhielt und in die Leitlinien aufgenommen wurde, ist die Untersuchung von Jelcic et al. (2012), die in einer randomisierten kontrollierten und untersuchergeblindeten Studie an 40 Patienten mit leichter Alzheimer-Demenz durch ein Training lexikalisch-semanticischer Fähigkeiten kurzzeitige Effekte auf sprachliche Funktionen (Benennen) sowie das verbale episodische Gedächtnis nachweisen konnte. Ebenfalls zeigte sich eine signifikante Verbesserung des allgemeinen kognitiven Status (Mini-Mental Status Test), die über das Follow-Up von 6 Monaten hinaus anhielt.

Natürlich ist es erfreulich, dass sich in dieser Studie eine Funktionsverbesserung gezeigt hat, allerdings stellt die Studie nur ein exemplarisches Beispiel dar für folgendes aktuell herrschendes Missverhältnis: Der überwiegende Anteil der Studien evaluiert SOT bzw. übende Maßnahmen, um ein Funktionsziel zu erreichen. Dies steht im Widerspruch zu der in der Grundlagenliteratur empfohlenen Methode der USOT bzw. der kommunikativ- und ressourcenorientierten Therapie (Steiner & Haag 2012, Steiner 2010, Grün 2016, Knels et al. 2017, Heidler 2007).

Welche Outcome-Parameter sind sinnvoll?

Im Arbeitsfeld Demenz stellt sich die Frage, wie positive Effekte durch sprachtherapeutische Intervention gemessen werden sollen.

■ **Abb. 1: Fokussierte Therapiebereiche bei Demenz innerhalb der ICF-Dimensionen (Knels et al. im Druck)**



Nach wie vor etabliert in der medizinischen Forschung im Arbeitsfeld Demenz sind z.B. Wortflüssigkeits- und Benenntests, allerdings zielen diese wieder auf die Messung der sprachstrukturellen Leistungsfähigkeit ab. Angemessene Outcome-Parameter sollten klinische und praktische Relevanz für Betroffene und Angehörige haben, aber dennoch auch gute psychometrische Qualitäten (gute Messbarkeit) aufweisen (Haberstroh et al. 2013). Um kommunikativ-orientierte sprachtherapeutische Interventionen zu evaluieren sind Skalen zur funktionellen Kommunikation ein geeigneter Outcome-Parameter (ebd.). Im deutschen Sprachraum stellt das KODEM solch ein Verfahren dar (Kümmel et al. 2014): KODEM ist ein theoriebasiertes Assessment-Instrument für Kommunikation bei Demenz, allerdings nicht im Hinblick auf Kommunikation als (Leistungs-)Fähigkeit, sondern im Hinblick auf Kommunikation als situations- und kontextbezogenes Verhalten (verbal und nonverbal). In einer Pilotstudie hat sich KODEM als ein valides und reliables Instrument erwiesen (ebd.). Es zeigt sehr gutes Potenzial als Messverfahren zur Evaluation bei Therapiestudien, da hiermit auch Veränderungen auf der Ebene der Aktivität bzw. Teilhabe gemessen werden.

Fazit

Die Herausforderung an die Logopädie im Arbeitsfeld Demenz ist das Umdenken: Der Fokus geht weg von der Diagnostik und Therapie bzw. Training sprachstruktureller Funktionsdefizite und hin zu kommunikativ-orientierten, kompetenzerhaltenden und ressourcenstärkenden Methoden, die in Übereinstimmung mit der ICF insbesondere Aktivität und Teilhabe ansprechen. Die Logopädie hat bereits das erforderliche Handwerkszeug, allerdings existieren gerade bei diesen Therapieansätzen keine ausreichenden Wirksamkeitsbelege. Insbesondere randomisierte kontrollierte Studien sind im Arbeitsfeld Demenz nach wie vor Mangelware. Das Ziel muss sein, bestehende Therapieverfahren methodisch sauber zu evaluieren, um die Logopädie in der Forschungslandschaft zu positionieren.

LITERATUR

- Abel, S. & Lange, I. (2014). Sprachstörungen nach Schlaganfall und bei Demenz: Wie bedeutsam sind die Unterschiede für die Logopädie? *Sprache Stimme Gehör* 38 (2), 86-91
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2016). *Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*. www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (01.08.2017)
- DGPPN/DGN (2016). *S3-Leitlinie Demenzen*. AWMF 038-013. www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/038013_LL_Demenzen_2016.pdf (01.08.2017)
- Georges, J., Jansen, S., Jackson, J., Meyrieux, A., Sadowska, A. & Selmes, M. (2008). Alzheimer's disease in real life – the dementia carer's survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23 (5), 546-551
- GKV-HIS (2008-2015). *Heilmittel-Schnellinformation nach §84 Abs. 5 i.V.m. Abs. 8 SGB V. Bundesbericht Januar – Dezember*. www.gkv-heilmittel.de/fuer_vertragsaerzte/his_berichte/his_berichte.jsp (01.08.2017)
- Grün, H. (2016). Sprachtherapeutische Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz. *Forum Logopädie* 30 (5), 18-21
- Haberstroh, J. & Pantel, J. (2011). *Kommunikation bei Demenz – TANDEM Trainingsmanual*. Berlin: Springer
- Haberstroh, J., Wollstadt, P., Knebel, M., Oswald, F., Schröder, J. & Pantel, J. (2013). Need for and challenges facing functional communication as outcome parameter in AD clinical trials. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 27 (4), 293-301
- Heidler, M.D. (2007). Kognitive Dysphasien – Klassifikation, Diagnostik und Therapie nichtaphasischer zentraler Sprachstörungen. *Forum Logopädie* 21 (1), 20-27
- Hoffmann, E., Romeu Gordo, L., Nowossadeck, S., Simonson J. & Tesch-Römer, C. (2017). *Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland*. DZA-Fact-Sheet. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), www.dza.de/fileadmin/dza/publications/Fact_Sheet_Lebenssituation_%C3%84lterer_DZA_05-2017_DE.pdf (01.08.2017)
- Jelcic, N., Cagnin, A., Meneghello, F., Turolla, A., Ermani, M. & Dam, M. (2012). Effects of lexical-semantic treatment on memory in early Alzheimer's disease: an observer-blinded randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair* 26 (8), 949-956
- Knels, C., Grün, F. & Schuster, P. (im Druck). *Sprache und Ernährung bei Demenz*. Stuttgart: Thieme
- Köpf, G. (2001). *ASTRAIN. Das Alzheimer Sprach-Training*. Oberhausen: Laufen
- Kümmel, A., Haberstroh, J. & Pantel, J. (2014). CODEM instrument – developing a tool to assess communication behaviour in dementia. *GeroPsych* 27 (1), 23-31
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L. & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society* 53 (4), 695-699
- Reddemann-Tschaikner M. & Weigl, I. (2002). *HOT – ein handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen*. Stuttgart: Thieme
- Shulmann, K.I., Gold, D.P., Cohen, C.A. & Zuccherro, C.A. (1993). Clock-Drawing and dementia in the community: a longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8 (6), 487-496
- Steiner, J. & Haag, F. (2012). Demenzerkrankungen: Auftrag an die Logopädie. *Sprache Stimme Gehör* 36 (3), e60-e64
- Steiner, J. (2010). *Sprachtherapie bei Demenz – Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis*. München: Reinhardt

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2017-53020170605

Autorin

Prof. Dr. Christina Knels
MSH Medical School Hamburg
University of Applied Sciences and Medical University
Am Kaiserkai 1
20457 Hamburg
christina.knels@medschool-hamburg.de

SUMMARY. Language therapy in dementia in Germany – what do we have, what do we need?

Impairments of language and communication due to dementia will continue to play an increasing role in the future. For effective diagnosis and therapy speech therapists require specific knowledge about the different types of dementia particularly with regard to the composition and progression of the symptoms of both language and cognition. Diagnosis and therapy focus on identifying and consolidating communicative resources. Therapy should be meaningful (from the patients view) and focused on everyday life activities. Current studies on interventions in dementia therapy do not reflect those principles.

KEY WORDS: resource-oriented versus deficit-oriented – direct and indirect therapy – S3 clinical practice guidelines "Demenzen" – evidence-based practice – functional communication as outcome parameter