

Katrin Eibl

# „Demenzsensible“ Sprachtherapie in Akuthaus und Rehabilitation

## Handlungsauftrag für SprachtherapeutInnen/LogopädInnen

### Einleitung

Die SprachtherapeutIn beschäftigt sich mit Kommunikation und Sprache, mit Schlucken und Sprechen. Ihre Schwerpunkte in der Behandlung Erwachsener liegen bei den Störungsbildern der Aphasie, Dysarthrie und Dysphagie. Unsere Gesellschaft altert, somit wird auch die Patientenklientel in einem Akuthaus und einer Rehabilitationsklinik immer älter. Es ist nicht ungewöhnlich, dass auf einer Stroke Unit mit acht Betten mindestens drei der PatientInnen 80 Jahre und älter sind. Auch diese alten Menschen profitieren von der neuen Methode der mechanischen Rekanalisation, der sogenannten Thrombektomie, die bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen eine schwere Symptomatik bei akutem Schlaganfall fast rückgängig machen kann. Im Anschluss steht ihnen eine neurologische oder geriatrische Rehabilitation zu.

Mit dem Älterwerden der Menschen steigt aber auch die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken. Die Inzidenz von Neuerkrankungen pro Jahr liegt bei 300 000 Fällen, über 70-Jährige sind zu 2-5 %, über 80-Jährige zu 10-20 % und ab 90 Jahre ist jeder Dritte von Demenz betroffen (Kastner & Löbach 2014). Wenn man die Inzidenz von 50 000 Aphasien und 380 000 Dysarthrien pro Jahr hinzurechnet (Eibl 2019), kommt es immer häufiger zu Überschneidungen der neurologisch erworbenen Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen mit einem kognitiven Leistungsabbau im Sinne einer Demenz.

Die SprachtherapeutIn kommt also nicht umhin, sich mit den Demenzen zu beschäftigen und sie in ihr Diagnostik- und Therapierepertoire aufzunehmen. Nicht zuletzt, um zunächst eine Differenzierung zwischen einer

akut erworbenen und einer langsam fortschreitenden kommunikativen Störung treffen zu können.

Das Fallbeispiel 1 zeigt die Überschneidung von akuter Aphasie und Demenz: Die Symptome Unflüssigkeit der Spontansprache, gestörter Wortabruf und gestörtes Sprachverständnis geben Hinweise auf die akute aphasische Komponente. Insbesondere, weil diese Symptome innerhalb der ersten Tage rückläufig sind. Zurück bleiben Restdefizite in der Wortfindung und der Sprachsystematik in Form von phonematischen Unsicherheiten. Hervortritt die kommunikative Einschränkung aufgrund der Demenz: Weitschweifigkeit und Ungenauigkeit, Inkohärenz und Wegdriften vom Thema, semantische Ungenauigkeit. Das Sprachverständnis ist für einfache Gespräche wiederhergestellt.

**ZUSAMMENFASSUNG.** Im Zuge der alternden Gesellschaft werden die PatientInnen, die der Sprachtherapie zugewiesen werden, immer älter. Da mit dem Alter auch die Wahrscheinlichkeit steigt, an einer Demenz zu erkranken, findet sich die SprachtherapeutIn immer häufiger mit der Überschneidung von Aphasie, Dysarthrie und Dysphagie mit leichten oder bereits fortgeschrittenen kognitiven Defiziten konfrontiert. Es ist ihre Aufgabe, eine Differenzierung zwischen „reinen“ neurologischen Syndromen und Demenz vorzunehmen und sie muss in ihren Diagnostik- und Therapiemaßnahmen sensibel auf die kognitiven Einschränkungen reagieren. Zunehmend sollte die Demenz an sich als Therapieindikation für die Sprachtherapie anerkannt werden. Dieser Artikel arbeitet die Unterschiede heraus, bietet Ansätze zur logopädischen Intervention und appelliert zum Handeln.

### FALLBEISPIEL 1

Ein 80-jähriger Patient kommt auf die Stroke Unit nach linkshirnigem Insult, Lysetherapie wird durchgeführt. Initial zeigt er eine stark unflüssige Spontansprache mit massiven Wortabrufstörungen und phonematischen Paraphasien. Benennen und Lesen sind nicht möglich. Einfache Aufforderungen werden nicht verstanden.

Am zweiten Tag bereits flüssigere Sprachproduktion mit mehr Inhaltswörtern, die weniger phonematisch entstellt sind, Zunahme semantischer Paraphasien, weiterhin Schwierigkeiten beim Ausführen von Anweisungen.

Am dritten Tag flüssige, fast normale Sprachproduktion, nur noch wenige phonematische Unsicherheiten, im einfachen Gespräch adäquat, befolgt einfache Anweisungen, kann Bildkarten benennen, seinen Namen schreiben und einzelne Wörter lesen. Dabei immer wieder Abschweifen und Ablenken, Erzählen von Zuhause und Zeigen von Unverständnis über diese Situation mit der Befragung hier im Krankenhaus.

Es kristallisiert sich heraus, dass der Patient nicht zu Ort und Zeit, aber zur Person orientiert ist. Er ist mobil, Fußgänger und berichtet, was er alles daheim noch erledigt und arbeitet. Seine Angehörigen bestätigen dies allerdings nicht, sondern erklären, dass er bereits seit einigen Jahren nicht mehr ohne Unterstützung seinen Alltag bewältigen kann. Er lebt beim Sohn in der Familie. Diesem sei die Sprachstörung aufgefallen, die ihn dazu bewegt habe, den Notarzt zu holen.

## Differenzierung Aphasie – Demenz

Aus sprachtherapeutischer Sicht muss die Differenzierung zwischen der akuten Sprachstörung Aphasie und der progredienten kognitiven Störung Demenz anhand bestimmter sprachsystematischer, pragmatischer und metasprachlicher Parameter getroffen werden. Die Sprache ist eine kognitive Leistung, die abhängig ist von anderen kognitiven Leistungen wie u.a. Aufmerksamkeit, Konzentration, Umstellungsfähigkeit und Gedächtnis.

Per definitionem ist die Aphasie eine akut auftretende Störung der Sprache. Eine Demenz wird dagegen als eine Störung mindestens zweier höherer kognitiver Leistungen definiert (Heidler 2015), worunter auch die Sprache fällt. Für Sprachstörungen bei Demenz finden sich daher zur Abgrenzung die Begriffe *Sprachabbau bei Demenz* (SAD, Steiner 2008) oder *Kognitive Dysphasie* (Heidler 2006).

Zur Differenzierung von sprachlichen Störungen bei Aphasie und Demenz konzentriert sich die SprachtherapeutIn in ihrer Diagnostik auf

- die Semantik: Handelt es sich um einen gestörten Abruf einer semantischen Repräsentation oder um einen Verlust semantischer Merkmale?
- die Phonologie: Kommt es zu phonematischen Paraphasien?
- die Syntax: Zeigen sich auffällige syntaktische Fehler, wie z.B. falsche oder fehlende Funktionswörter?
- die Pragmatik: Wie ist das Gesprächsverhalten? Wird das Thema eingehalten oder abgeschweift? Wird auf den Gesprächspartner eingegangen?
- das Kommunikationsverhalten: Liegt ein Fehlerbewusstsein vor? Kommt es zu Kor-

Tab. 1: Grundsätzliche Unterschiede zwischen Aphasie und Sprachabbau bei Demenz (Heidler 2015, Eibl 2019)

	Aphasie	SAD
<b>Beginn</b>	plötzlich	schleichend
<b>Ursache</b>	Zugriffs-, Abrufstörung	Verlust sprachlichen Wissens
<b>Verlauf</b>	Rückbildung der Symptomatik	Progredienz der Symptomatik plus Zunahme kognitiver Defizite
<b>Sprachliche Symptomatik</b>	Auffälligkeiten auf allen sprachsystematischen Ebenen	Zu Beginn v.a. lexikalische und semantische Auffälligkeiten
<b>Kommunikationsverhalten</b>	Einhalten des Kooperationsprinzips	Ignorieren des Kooperationsprinzips sprachliche „Fassade“
<b>Therapie</b>	restituierend, symptomorientiert, sprachsystematisch	kompensierend, adaptierend, umgekehrt symptomorientiert
<b>Diagnostik</b>	Aphasietests	Aphasietests in Kombination mit Uhrentest, kognitivem Screening Demenztests durch Neuropsychologie

rekturversuchen? Wird eher bagatellisiert oder dramatisiert?

Bei einer „reinen“ Aphasie finden sich Defizite auf allen sprachsystematischen Ebenen, während bei einer beginnenden Demenz insbesondere die Semantik und die Lexik auffällig sind, Syntax und Phonologie bleiben relativ lange erhalten (Gosch-Callsen & Pfeil 2010).

Als Diagnostikinstrumente eignen sich die gängigen Aphasietests für die Akutphase (BIAS, AST, KAP, ACL) plus folgende Aufgaben:

- Wortflüssigkeit: semantisch (z.B. Tiere, Supermarkt) und phonematisch (z.B. Wörter mit B, K). PatientInnen mit Demenz haben v.a. bei den semantischen Aufgaben Probleme (Gosch-Callsen & Pfeil 2010).
- Sprichwörter erklären (z.B. Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm; Wer anderen eine Grube gräbt, fällt selbst hinein): PatientInnen mit beginnender Demenz haben Prob-

leme, bildliche Sprache zu verstehen, sie zu konkretisieren (Heidler 2015).

- Bildbeschreibung (z.B. Cookie Theft): PatientInnen mit Demenz würden abschweifen, unkonkret bleiben (Eibl 2019).
- Uhrentest nach Shulman: In einen Kreis eine Uhr mit Ziffern und der Uhrzeit 11:10 Uhr eintragen lassen. Hier zeigen sich meistens sehr deutlich kognitive Defizite. Bei fortgeschrittener Demenz ist häufig eine Uhr nicht mehr zu erkennen (Heidler 2015).

Idealerweise wird die Diagnostik mittels Demenztests (MMST, CERAD, MOCA) durch die KollegInnen der Neuropsychologie ergänzt (Tabelle 1).

Ein Mensch mit Aphasie versucht nach wie vor, sich an das Kooperationsprinzip der Kommunikation zu halten, indem er versucht, mit den störungsanfälligen Mitteln, die er sprachlich zur Verfügung hat, ein Gespräch aufrechtzuerhal-

ten. Bei einem Menschen mit Sprachabbau bei Demenz zerfällt auch die Bereitschaft, erfolgreich zu kommunizieren. Stattdessen wird eine Fassade mit mehr oder weniger Eloquenz aufrechterhalten, ohne das Ziel eines erfolgreichen Gesprächs erfüllen zu wollen.

Im Fallbeispiel 2 ist sich die Sprachtherapeutin sicher, dass es sich nicht um eine Aphasie handelt; lediglich die Dysarthrie zeugt von dem linkshirnigen Insult. Sie schwankt allerdings noch zwischen der Diagnose einer bereits bestehenden Demenz oder noch überragender intellektuellen Fähigkeiten des Patienten. Laut Angehörigen sei der Patient nämlich vorher noch „geistig fit“ gewesen. Die Ausschweifungen lassen sich nicht auf eine akute Aphasie zurückführen, dafür sind sie sprachsystematisch zu unauffällig.

Der Patient zeigt jedoch eindeutig ein auffälliges Kommunikationsverhalten, indem er keine Frage einfach nur beantwortet, sondern immer zu ausführlichen Erläuterungen ansetzt, in denen er sich verstrickt. Er lebt förmlich auf, als er bemerkt, dass hier eine Diskussion stattfinden kann über z.B. das Wesen der Sprache,

nachdem er erfährt, dass mit ihm eine Sprachtestung gemacht werden soll.

Hat die Sprachtherapeutin in diesem Fall einen Handlungsauftrag? Die Autorin meint ja, denn dieser Patient könnte davon profitieren, „geleitete“ Gespräche zu Themen zu führen, die ihn interessieren. Die Therapeutin hält ihn dabei sozusagen „in der Spur“ und stützt seine überragende sprachliche Kompetenz. Dies wiederum käme seiner Alltagskommunikation zugute.

## Sprachtherapie bei Demenz

Davon ausgehend, dass immer mehr PatientInnen nach Schlaganfall oder mit neurologischen Erkrankungen zusätzlich auch an einer Demenz erkranken oder bereits leichte kognitive Defizite mitbringen, muss sich die sprachtherapeutische Intervention im Akuthaus, in der Rehaklinik und in der freien Praxis entsprechend erweitern und auf dieses Patientenkontinuum flexibel reagieren können, ganz im Sinne einer „demenzsensiblen Sprachtherapie“.

Dabei beschränkt sich die Arbeit nicht nur auf die Sprachstörungen, sondern auch, und

dies insbesondere im späteren Verlauf der Demenzerkrankung, auf die Sprech- und Schluckstörungen. Das Dysphagiemanagement fällt in den Aufgabenbereich der Sprachtherapie, während andere kognitive und mnestiche Einbußen z.B. von der Ergo- und Psychotherapie aufgefangen werden können.

Während es im Krankenhaus in erster Linie um die Diagnostik und Differenzierung der akuten Störungen geht, hat die Sprachtherapeutin in einer neurologischen oder geriatrischen Rehabilitationseinrichtung die Möglichkeit, ausführlichere Einzel- und Gruppentherapien anzubieten. So könnten Gruppentherapien mit dem Schwerpunkt sprachliche Übungen und Rollenspiele angeboten werden.

## Formen der Demenz

Die Diagnose der Demenzform unterliegt den MedizinerInnen. Je nach Syndrom, ob z.B. eine Alzheimer-Demenz, Lewy-Body-Demenz, Vaskuläre Demenz oder Fronto-temporale Demenz vorliegt, können medikamentöse therapeutische Maßnahmen ergriffen werden. Für die

### FALLBEISPIEL 2

88-jähriger Patient mit Verdacht auf links-hirnigen Insult wird auf der Stroke Unit aufgenommen. Es bestehen eine Halbseitenlähmung rechts, eine leichte Dysarthrie und der Verdacht auf eine aphasische Störung.

Der Patient war von Beruf Philosophieprofessor und hat 30 Jahre lang den Lehrstuhl an der Universität innegehabt. Er erschlägt die Sprachtherapeutin mit einer überragenden sprachlichen Eloquenz und einem riesigen Wortschatz. Jede Frage wird mit einem kleinen philosophischen Monolog über die Natur der Frage beantwortet. Eine Sprachtestung mit Benennen und Erklären von Sprichwörtern wird abgebrochen, da der Patient jedes Item ausführlich analysiert und interpretiert. Dabei zeigt er ein erhaltenes semantisches Wissen. Selbst beim Zeichnen der Uhr (Uhrentest nach Shulman) kann er nicht umhin, weitschweifige Erklärungen abzugeben. Er kann die Aufgabe allerdings überhaupt nicht umsetzen.

#### Beispiel Spontansprache

Th.: Sie haben grad Mittag gegessen, oder?

Pat.: Kann sein, aber ich hab nicht viel gegessen.

Th.: Nein? Aber Sie haben doch ein bisschen Karotte am Kinn.

Pat.: Karotte?

Th.: (lacht) Ja!

Pat.: Am Kinn?

Th.: Ja!

Pat.: Das hat sie klug gesagt. Das ist schwer zu greifen, aber es ist tatsächlich so. Ich hab gemeint, es sei von Ihnen ein gut gemeinter Satz gewesen. Ja, es ist doch Karotte. Ja, Karotten waren so, eine Karotte war da drin, in der Suppe, aber sonst habe ich nichts gegessen.

...

Th.: Herr U., kennen Sie sich aus? Wissen Sie, wo Sie hier sind?

Pat.: (hört schlecht) Ich versteh Ihre Sprache nicht!

Th.: Sie verstehen meine Sprache nicht?

Pat.: Nein.

Th.: Warum nicht?

Pat.: Weil: SO wie wir hier sind?!

Th.: Nein, nein, WO wir hier sind. WO!

Pat.: Ja, wir sind hier in einem Krankenhaus.

Th.: Ja.

Pat.: Oder in einem Pflegeheim oder in einem tul Taubenstall, kann man auch sagen, oder in einem, in einem äh... manchmal hat man den Eindruck, also, ein durchgetrenntes Knäuel von von von ah ich ich äh lassen wir des.

Th.: Sie möchten es nicht sagen? Sie sind hier im Krankenhaus. Weil Sie Verdacht auf einen Schlaganfall hatten.

Pat.: Verdacht oder eine Sicherheit?

Th.: Ich glaube, es ist noch ein Verdacht.

Pat.: Ja, wenn Sie Verdacht nehmen, dann ist ja immer noch zu hoffen, aber jetzt hat sich ja etwas über die... von daher, das war ganz scharf begrenzt, da so runter (zeigt auf seinen rech-

ten Arm) die die äh Lähmung kann man das nicht nennen, aber die Durchblutungsstörung diese schwere und jetzt geht sie allmählich da weiter rauf, es ist schon fast so, fast den ganzen Mund.

Th.: Fühlt es sich da komisch an?

Pat.: Ja, komisch da (zeigt auf den Mund).

#### Beispiel Benennen

##### Motorrad

Pat.: Es gibt zwei Herren, die einen halten den Kopf hoch und können nicht, können nicht herumfahren auf auf einem Fahrrad äh auf einem auf einem Motorrad.

Th.: Ja, Motorrad, jetzt haben Sie es gesagt. Das reicht mir schon.

Pat.: Nein. Nein, das ist ganz schön. Das ist ein Mensch, der mit seiner Maschine einge äh eingelullt ist von seiner Maschine, meint, es sei hier alles auf der Welt so einfach und fahr und sich fahren zu lassen und in Wirklichkeit ist er völlig orientierungslos und gefährdet.

##### Kartoffel

Pat.: Könnte eine große Kartoffel sein.

Th.: Ja, genau.

Pat.: Könnte aber auch ein verbrannter Schmarrn sein, den man gemacht hat in einer Pfanne, die a bissel krumm war, die einer aus Wut zerhaut hat ... äh ... mich lädt des nicht zum Essen ein.

### Fallbeispiel 3

Eine 72-jährige Patientin mit beginnender Alzheimer-Demenz wird mit Verdacht auf einen linkshirnigen Insult auf der Stroke Unit eingewiesen. Im Gespräch ist sie freundlich zugewandt, zeigt deutliche Wortfindungsstörungen und Satzabbrüche. Im Benennen kommt es zu kreativen Umschreibungen, während das eigentliche Wort nicht abgerufen werden kann. Bei der Erklärung von Sprichwörtern wird deutlich, dass sie die Bedeutung noch versteht. Ihre sprachsystematischen Symptome ähneln sehr stark einer akuten flüssigen Aphasie.

#### Beispiele Benennen

**Vulkan:** *Da explodiert etwas...äh...diese schweren... äh... die in die Luft fliegen.*

**Kaktus:** *Die pieksdinger da, wie sagt man dazu, ich hab mich gestochen an den dinger, schon ordentlich, ist eine Distel, eine Distel oder eine Dornensache.*

**Spargel:** *Ach ja, hab ich noch gegessen, bevor wir hierhin gefahren sind... kann man, soll man ins Wasser legen, kochen.*

#### Beispiel Redewendung erklären

**Auf die Pauke hauen:** *Ja, dann äh geh ich äh in die Stadt und kaufe gut ein und gehe ins kaffchen und dann fahre ich mit aller Freude nach Haus und erzähl das meinem Mann... dass ich alleine unterwegs war.*

Diese Patientin lebt zuhause zusammen mit ihrem Mann. Die Diagnose ist bereits vom Hausarzt gestellt worden, sie ist entsprechend mit Antidementiva eingestellt. Auffallend ist ihre sprachliche Kreativität, die sich aufgrund des Sprachabbaus herauskristallisiert. Mit ihr kann man auf sprachsystematischer Ebene arbeiten, z.B. semantische Felder erarbeiten, alltägliche Handlungen beschreiben (mit Bildmaterial), den Tagesablauf beschreiben, schriftsprachliche Übungen durchführen. Um ihre Teilhabe im häuslichen Umfeld zu erhalten, würde man v.a. auch Biografiearbeit einsetzen, kleine Geschichten aus ihrem Leben zusammentragen und festhalten.

SprachtherapeutIn ist insbesondere die Unterscheidung der Demenzen in primär-degenerative, vaskuläre oder sekundäre Formen wichtig (Eibl 2019), da diese den Verlauf bestimmen und Einfluss auf die Therapiefähigkeit, die Therapiezielsetzung und -inhalte und die Prognose haben. Sie unterscheidet letztlich nur zwischen progredienten und akut auftretenden Formen. Denn die Behandlung einer sekundären Demenz, die aufgrund von nicht-neurologischen Ursachen auftritt (und i.d.R. reversibel ist), erübrigt sich (ebd.).

## Stadien der Demenz

Neben der Art der Demenz ist das Stadium ausschlaggebend für die sprachtherapeutischen Inhalte und Aufgaben: Im frühen Stadium, in denen die Erkrankten ihren Alltag noch einigermaßen bewältigen, die in ihrer häuslichen Umgebung sind und ihre kognitiven Einbußen zudem wahrnehmen, kann die Sprachtherapie gezielt, umgekehrt symptomorientiert und mit Blick auf die Teilhabe eingreifen (Fallbeispiel 3). Im mittleren und schweren Stadium,

**Tab. 2: Prinzipien in der sprachtherapeutischen Behandlung von Menschen mit Demenz (Eibl 2019)**

Prinzipien	Beschreibung
<b>ICF-orientierte Herangehensweise</b>	Ebene der Teilhabe und Aktivitäten
<b>direkte Maßnahmen</b>	mit dem Primärbetroffenen
<b>indirekte Maßnahmen</b>	Beratung und Information der Sekundärbetroffenen
<b>umgekehrt symptomorientierte Therapie (USOT)</b>	an den erhaltenen Fähigkeiten arbeiten
<b>fehlerfreies Lernen</b>	Vermeidung von Fehlern in der Übungssituation, therapeutische Hilfen an das Leistungsniveau angepasst
<b>Beziehung</b>	Empathie, Vertrauen, Aufrichtigkeit dem Patienten gegenüber
<b>Kontinuität</b>	Setting (zeitlich, räumlich, inhaltlich) gleichmäßig und zuverlässig gestalten
<b>Flexibilität</b>	an das jeweilige Stadium der Demenz anpassen, Ziele regelmäßig neu definieren
<b>Integrative Validation</b>	als Person wahrnehmen, die Aussagen für „gültig“ erklären

wenn die Demenz fortschreitet, verlieren die Betroffenen ihre Selbstständigkeit. Sie sind auf mehr Hilfe im Alltag angewiesen und werden pflege- oder aufsichtsbedürftig. In dieser Phase verstärkt sich der Sprachabbau so sehr, dass die Kommunikation auf nonverbaler Ebene in den Vordergrund rückt und damit einhergehend auch die motorischen Einschränkungen, die u.a. das Schlucken beeinträchtigen.

In allen Stadien ist die Angehörigenberatung und -begleitung von großer Bedeutung. Die sogenannten sekundär Betroffenen sollten in die Therapie mit einbezogen und angeleitet werden. Die Beziehungsarbeit steht ebenfalls im Vordergrund. Eine positive Beziehung zwischen TherapeutIn und Betroffenen ist wesentlich für das Gelingen der Therapie (Schuster 2016, Grün 2016).

Die Sprachtherapie mit Menschen mit Demenz verlangt das Einhalten bestimmter Prinzipien, die in der Tabelle 2 (vorangehende Seite) dargestellt sind (Eibl 2019).

Im Vordergrund steht dabei immer das ressourcenorientierte Vorgehen, das Erkennen der noch vorhandenen Fähigkeiten, sei es in der Sprache oder beim Essen und Trinken, das Vermeiden von Fehlern, somit das Bestärken auf dem vorhandenen Niveau. Idealerweise wählt man das Setting der Therapie immer gleich und strukturiert die Sitzungen einheitlich.

Im Umgang mit PatientInnen mit Demenz ist die Methode der Validation nach Feil das Mittel der Wahl (Feil & de Klerk-Rubin 2013). Unabhängig davon, ob die SprachtherapeutIn eine sprachliche Sitzung oder eine Schluckdiagnostik durchführt, sollte sie auf die PatientIn eingehen, ihre Aussagen nicht infrage stellen, sondern „validieren“, also für gültig erklären. Dabei gibt man den Betroffenen das Gefühl, dass sie im Zentrum stehen und als Person wahrgenommen werden.

## Handlungsauftrag demenzsensible Sprachtherapie

Die SprachtherapeutIn im Akuthaus und in der Rehaklinik, in Neurologie und Geriatrie muss sich mit der Behandlung von PatientInnen mit Demenz auseinandersetzen. Bestehen neurologische Störungsbilder wie Aphasie, Dysarthrie oder Dysphagie ebenso wie Dysphonie oder zentrale oder periphere Hirnnervenlähmungen, ist die SprachtherapeutIn gefordert, auch im Kontext einer bestehenden Demenz oder MCI (mild cognitive impairment), ihren Handlungsauftrag zu erfüllen. Ebenso sollte die Sprachtherapie Menschen mit Demenz Therapieangebote machen.

Die Therapieinhalte orientieren sich am Schweregrad der neurologischen Störung sowie am Stadium der Demenzerkrankung. Je fortgeschrittener der kognitive Abbau, desto mehr liegt der Behandlungsschwerpunkt auf Kompensation und Adaption. So konzentriert sich das Dysphagiemanagement weniger auf das Erlernen einer Schlucktechnik, sondern mehr auf die Kostenpassung (Konsistenz, Geschmack, Bolusgröße) und vorteilhafte Rahmenbedingungen (am Tisch sitzend, Ruhe, Hilfsmittel).

Bei einer PatientIn mit einer Fazialisparese wird auf die Anleitung für die selbstständigen Übungen verzichtet, da sie diese nicht umsetzen kann. Bei Sprach- und Sprechstörungen konzentriert sich die SprachtherapeutIn auf die vorhandenen Ressourcen und bezieht auch die Angehörigen bzw. Bezugspersonen des Betroffenen mit ein, um die kommunikativen Bedingungen so effizient wie möglich zu gestalten.

Das bedeutet u.a. klare, konkrete Aussagen und Anweisungen geben, den Informationsgehalt so gering wie möglich halten und nicht mehrere Dinge gleichzeitig von dem Betroffenen verlangen. Bei desorientierten und verwirrten PatientInnen ist es wichtig, sie dort abzuholen, wo sie stehen, i.S. der integrativen Validation. Für die Sprach- oder Schlucktherapie ist es letztlich irrelevant, ob wir uns im Jahre 2020 oder 1958 befinden, ob die Mutter noch lebt oder ob man mit der Nichte verwechselt wird.

## Ausblick

So wichtig diese Ansätze sind, so sind sie doch noch nicht ausreichend erforscht und evaluiert. Im Bereich der Sprachtherapie gibt es bis jetzt nur wenige Untersuchungen zur Behandlung von PatientInnen mit Demenz, es gibt weder eigenes Diagnostik- noch Therapiematerial. Zudem wird die Sprachtherapie weiterhin nicht in medizinischen Publikationen oder Leitlinien als Teil der nicht-medikamentösen Behandlung der Demenz erwähnt. Es bedarf also von mehreren Seiten einer zunehmenden Sensibilisierung für das Thema.

## LITERATUR

- Eibl K. (2019). *Sprachtherapie in Neurologie, Geriatrie und Akutrehabilitation*. München: Elsevier
- Feil, N. & De Klerk-Rubin, V. (2013). *Validation in Anwendung und Beispielen*. München: Reinhardt
- Gosch-Callsen, S. & Pfeil, S.M. (2010). Aphasie oder Demenz? Der Beitrag der Sprachtherapie zur Differenzialdiagnose und zur therapeutischen Intervention. *Forum Logopädie* 24 (6), 6-13
- Grün, H. (2016). Sprachtherapeutische Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz. *Forum Logopädie* 30 (5), 18-21
- Heidler, M.D. (2006). *Kognitive Dysphasien. Differentialdiagnostik aphasischer und nicht-aphasischer zentraler Sprachstörungen sowie therapeutische Konsequenzen*. Frankfurt/M.: Peter Lang
- Heidler, M.D. (2015). *Demenz. Einteilung, Diagnostik und therapeutisches Management*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Kastner, U. & Löbach, R. (2014). *Handbuch Demenz*. München: Elsevier
- Schuster, P. (2016). Logopädie im Arbeitsfeld Demenz. *Forum Logopädie* 30 (5), 12-17
- Steiner, J. (2008). Sprachabbau bei beginnender Demenz: Bausteine für eine heilpädagogisch-logopädische Diagnostik. *Forum Logopädie* 22 (6), 14-21



**Katrin Eibl**, Klinische Linguistin (BKL), Studium der Linguistik, Sprecherziehung und Sprachtherapie in Göttingen und Reading (GB). Postgraduierte als Klinische Linguistin (BKL). Seit über 20 Jahren

Behandlung von neurologischen Störungsbildern im Akuthaus, Rehabilitation, Geriatrie und Ambulanz. Derzeit im Akuthaus tätig mit den Schwerpunkten: Diagnostik und Therapie von Patienten mit Schlaganfall und neurologischen Erkrankungen in der Neurologie und Geriatrischen Rehabilitation, instrumentelle Diagnostik (FEES) von Dysphagien.

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200202

### KONTAKT

**Katrin Eibl**

Abteilung Sprachtherapie  
Klinik für Neurologie  
Krankenhaus Barmherzige Brüder  
Prüfeninger Str. 86  
93049 Regensburg  
katrin.eibl@barmherzige-regensburg.de