



Jürgen Steiner

Sprachtherapie bei Demenz

Aufgabengebiet und
ressourcenorientierte Praxis

Praxis der Sprachtherapie
und Sprachheilpädagogik

Band 5

Herausgegeben von Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt,
Ludwig-Maximilians-Universität, München



Jürgen Steiner

Sprachtherapie bei Demenz

Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis

Mit einem Beitrag von Torsten Bur

Mit 18 Abbildungen und 17 Tabellen



Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Prof. Dr. habil. **Jürgen Steiner** ist Leiter des Studiengangs Logopädie an der Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Prävention, Diagnostik, Aphasie und Sprachabbau bei beginnender Demenz. Parallel zum Buch ist der Film „Gelingende Kommunikation mit dementen Menschen“ entstanden. Er kann unter www.hfh.ch/shop bestellt werden.

Torsten Bur ist Abteilungsleiter Logopädie im Bethanien-Krankenhaus Heidelberg.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-497-02174-1 (Print)

ISBN 978-3-497-60302-2 (PDF)

© 2010 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

Coverbild unter Verwendung eines Fotos von

© T. Lammeyer/digitalstock.de

Reihenkonzeption Umschlag: Oliver Linke, Augsburg

Satz: Arnold & Domnick, Leipzig

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Vorwort	9
1 Themenkreis Alter	12
1.1 Alter(n) als facettenreicher Begriff	12
1.2 Demenz als gesellschaftliche Herausforderung	16
1.3 Demenz und logopädische Fragestellungen	17
1.4 Alte Menschen als gesellschaftliche Ressource.....	19
2 Demenz und heilpädagogische Logopädie	25
2.1 Logopädie und Pädagogik	25
2.2 Logopädie als Teil eines komplexen Systems.....	27
2.3 Systemische Grundlagen einer heilpädagogischen Logopädie ...	28
2.4 Normalität und Veränderung von Leistung im Alter	32
2.5 ICF als Bezugsrahmen in der Geriatrie.....	35
3 Symptomatik des demenziellen Sprachabbaus	39
3.1 Basisinformationen zu Demenz	39
3.2 Sprache und Kommunikation im Kontext	45
3.3 Sprachstrukturelle Aspekte.....	51
3.4 Aspekte des Dialoges	53
3.5 Nonverbale Kommunikation	56

4	Sprachheilpädagogisch-logopädische Diagnostik des demenziellen Sprachabbaus	59
4.1	Diagnostik als interprofessionelle Aufgabe	65
4.2	Klärung der Indikationsfrage	66
4.3	Überblick über bestehende diagnostische Verfahren	66
4.4	VABIA: Test kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten	68
4.5	Z-DD: Zürcher Demenz Diagnostik	71
5	Sprachheilpädagogisch-logopädische Therapie des demenziellen Sprachabbaus	76
5.1	Logopädie im Gesamtkontext der therapeutischen Maßnahmen	76
5.2	Übersicht über therapeutische Angebote	82
5.3	Ziele, Kontexte und Wirksamkeiten	88
5.4	Therapedidaktik für die Arbeit mit Erwachsenen	92
5.5	Verfahren für die Aktivierung der Sprachlichkeit	101
6	Systemische Beratung im Kontext Demenz und Sprachlichkeit	121
6.1	Grundlagen für eine logopädische Beratung im Kontext Demenz	121
6.2	Beratungsinhalte und Beratungskonzepte	125
7	Prävention von kommunikativem Rückzug im Alter.....	133
7.1	Resilienz und Risiken im Alter	133
7.2	Präventive Maßnahmen im Fokus Sprachlichkeit	137
8	Schluckstörungen bei fortgeschrittener Demenz – Berücksichtigung von Lebensqualität und Patientenwille	144
	Von Torsten Bur	
8.1	Basisinformationen zu Dysphagie bei Demenz	144
8.2	Fallbeispiele zur Dysphagie	147
9	Ausblick.....	151
	Literatur	152

Hinweise zur Verwendung der Icons



Informationsquellen print und online



Praxis- oder Arbeitsmaterial



Fallbeispiel / Beispiel



Tipp

Für Beate, Jakob, Paul, Elias, Aaron und Emma

Danksagung: Als Allererster in der langen Reihe der Danksagungen soll Manfred Grohnfeldt stehen, mit dem ich mich schon lange im Themenkreis Sprache und Alter austausche.

Ich habe in der Phase des Schreibens sehr viel echtes Interesse und konkrete Hilfe erfahren. Ein großes Dankeschön gebührt meinen Studierenden aus den Studiengängen Logopädie und Psychomotoriktherapie (vor allem Jahrgänge 06/09 und 07/10), die sich mit viel Herz, Fleiß und Klugheit für das Thema engagiert haben. Besonders hervorheben möchte ich Katja Aebischer, Rahel Aebischer, Anita Guggisberg, Monika Hauser, Jenny Hediger, Ariane Honegger, Sabrina Hund, Sabrina Imoberdorf, Simone Josuran, Sabina Kühnis, Ethel Nederkoorn, Doris Kym, Sibylle Oertli, Fabienne Riesen, Carmen Salathé, Angela Schletti, Constanze Schulla, Pascale Sommer, Regula Sutter und Lea Waldis.

Mit Susanne Lehnert vom Schubi-Verlag Schaffhausen habe ich Therapiematerialien für Demenz recherchiert, Dank auch an sie. Für die Mitarbeit an der Demenzdiagnostik bedanke ich mich bei Martina Affolter, Peter Beckert, Rotraut Fischer, Chiara Hanser, Ruth Magdowski und Ursina Steinemann.

Dank an Yvonne Karpf und Doris Kym für die Anwendung der Methode Validation im Pflegeheim Reusspark und an Elisabeth Kägi und Désirée Dähler für die Therapieeinheit KODOP im WohnHaus Schöri. Jeannine Lackner und Sabine Richter danke ich für die Layoutbegleitung, für die grafische Gestaltung stand mir Karoline Samann zur Seite. Mit Monica Bürki, Susanne Kempe und Jürgen Kohler vom Dozierendenteam der Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich verbindet mich die Diskussion um Wirksamkeit in der logopädischen Arbeit (vor allem im Fokus einer chronisch-progredienten, sehr individuell ausgeprägten Kommunikationsstörung wie Demenz).

Im Hintergrund des Netzwerkes www.demenzsprache-hfh.ch hat Lieselotte Varga-Buergi, begleitet von Flurina Winkler und Jedo Schindler mit viel Tatkraft, Motivation und Beharrlichkeit gearbeitet. Lieselotte und Flurina haben auch die Untertitelung der DVD „Gelingende Kommunikation mit dementen Menschen“, die parallel entstand, bearbeitet. Meinen Korrekturlesern Karin Bernath, Prorektorin der HfH, Jürg Handloser, Dozent der HfH, Martina Affolter und Christiane Brunner, beide Logopädinnen in Zürich, danke ich für viele hilfreiche Hinweise und anregende Gespräche.

Besonderer Dank gebührt den Personen, die hinter den mich unterstützenden Institutionen stehen, wie Carsten Nibergall und Jutta Felgenhauer von Tertianum Schweiz, Markus Reimann vom Pflege-Wohnheim WohnHaus SCHÖRLI in Zürich und den Mitgliedern der Schulleitung der HfH, insbesondere Susanne Amft als Leiterin des Departements pädagogisch-therapeutische Berufe. An der HfH konnte vom Februar 2009 bis Juli 2010 im Forschungsprojekt „COPE-D-Cooperatives Programm Empowerment der Betroffenen bei beginnender Demenz“ das diagnostische Inventar erstellt, die DVD produziert und die Therapie KODOP (Kommunizieren–Dokumentieren–Präsentieren) in der Schweiz erprobt werden. Der Film „Gelingende Kommunikation mit dementen Menschen“ wurde mit Ursula Brunner Luzern, realisiert. Er ist abrufbar unter www.hfh.ch/shop.

Vorwort

Multimorbidität erfordert Multidisziplinarität und Multiprofessionalität – die Logopädie/ Sprachheilpädagogik ist als Fach aufgefordert, ihren Beitrag hierzu zu leisten. Das vorliegende Buch ist ein Schritt in diese Richtung.

Nachhaltig inspiriert haben mich unter anderem

- Watzlawick und Schulz von Thun (Kommunikationspsychologie),
- die patholinguistische Denkweise von Peuser,
- die dialogische Sicht von Martin Buber, die in Staemmler angepasst wird für die Grundlagen der Gestalttherapie,
- die anthropologische Sicht von Viktor Frankl, der den Menschen als Wesen sieht, das dazu aufgerufen ist, Antworten auf Fragen zu finden, die das Leben an ihn stellt,
- die systemische Sichtweise vor allem bei Capra und Bateson, die bei Huschke-Rhein für das Pädagogische fokussiert wird,
- Tich Nath Han, dessen Thema die Praxis der Achtsamkeit ist,
- sinnorientierte Management- und Rhetorikbücher, für die stellvertretend Anselm Grün genannt sei,
- Brezinka und (wiederum) Huschke-Rhein, die in der Meta-Theorie und in der systemischen Sichtweise der Pädagogik als Disziplin Selbstvertrauen geben.

Dies sind nur Ausschnitte, damit die Leserin und der Leser wissen, mit wem sie es als Schreibenden zu tun haben. Mein eigentliches Motiv für ein Engagement im Themenkreis Demenz geht zurück auf die Begegnung mit demenzbetroffenen Menschen.



Meine erste solche Begegnung fand im Jahr 1995 statt. Hier erinnere ich mich gut an einen Borreliose-Patienten, der, den Blick nach unten gewandt und im Rollstuhl sitzend, nicht verbal kommunizierte. Wir haben den Patienten aus der Rehabilitationsklinik in Nordrach im Mittelschwarzwald mit einer Nachsprech-Kassette entlassen, die ihm hörend Ausschnitte seiner Biografie und auch ein Stück „sprachlich-geistiger Nahrung“ (Zitate kluger Leute) mitgab. Er konnte kleine Äußerungen sowohl mitsprechen als auch selbst produzieren.



1996 lernte ich einen demenzerkrankten evangelischen Pfarrer und dessen Ehefrau kennen. Er sprach floskelhaft mit eigenwilliger Wortwahl, und im Gespräch hatte man immer ein Gefühl von „knapp vorbei und gleichzeitig knapp dran“. Das Gespräch hatte etwas von sich aufeinander statt auf die gesprochenen Worte verlassen – er war einfach ein interessanter Gesprächspartner. Seine Frau, die früher nie die Geschäfte des Alltags geführt hatte (Bank, Zugverbindungen, Rechnungen ablegen usw.), war sehr überlastet und machte fast einen verwirrteren Eindruck als er. Die beiden hatten sich schon lange zurückgezogen, empfangen kaum Besuche, gingen kaum aus dem Haus, und die Tageszeitung war seit zwei Jahren abbestellt. Der Mann hatte, bis dahin aufgrund seines Aktivitätsrückzuges unbemerkt, die Fähigkeit erhalten, in klarer, deutlicher Sprache und mit schöner Stimme laut zu lesen. Er konnte aus einem Text auch das Wesentliche gedanklich entnehmen. Er trug sein erstes lautes Lesen seit der Diagnose der Demenz vor über zwei Jahren bei mir im Therapiezimmer im Beisein seiner Frau mit pastoralem Gewicht vor. Die logopädische Therapie wurde dann nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme fortgeführt. Wir erstellten gemeinsam in dreimonatiger Arbeit selbst gestaltete Weihnachtskarten mit einem begleitenden, sehr persönlichen Text, die wir 30-mal verschickten. Nach diesem Erfolg konnte eine Dokumentation mit persönlichen Überschriften und Kommentaren verfasst werden zu Kunst drucken im Themenkreis „Die Nacktheit in der Kunst“ (nicht meine Idee). Die Therapie setzte sich in Intervallen eine ganze Weile über fort; es war wie eine Wanderung, bei der man aus anspruchsvollem Gelände (Klettersteig) in leichtere Gefilde (Almhütte) kommt und den kompletten Weg genießt.

Ich bin jetzt 53 Jahre alt. Ich finde mich in meinen Patienten wieder; es ist teils wie ein Identifizieren eigener Spuren. Ich kenne die Abwehr von „Aufträgen“ wegen mangelnder Kompetenz oder mangelnder Motivation und das Bestreben, dies irgendwie anders zu deklarieren und selbst an die Deklaration zu glauben. Ich bin manchmal so konzentriert auf einen eigenen Gedanken, dass ich als Zuhörer fast nichts aufnehmen kann. Und, wenn ich mich im Outlook bewege, dazu mehrere Dateien geöffnet, meine Agenda neben mir und den Schreibtisch voller Schriftstücke habe, bin ich mir nicht sicher, ob das erfolgreiche Multitasking, schlichte Verwirrung oder beides ist. Als gebürtiger Deutscher, der in der Schweiz arbeitet, kenne ich in Bezug auf Konferenzen in schwyzerdütsch hörend die Schlüsselwortstrategie und (schwyzerdütsch) sprechend das Gefühl, dass das Monitoring die Synchronität von Planen und Sprechen stört. Ich besitze so eine Art intuitiven Autopiloten, der mich geistig navigiert. Das alles sind Stücke selbst gelebter Vor-Demenz.

Als externes Gedächtnis gibt es Outlook, Google schafft den Zugang zu einer externen Riesenbibliothek, Chat ermöglicht eine externe Kommunikation, es gibt mit der Funktion „Autokorrektur“ eine externe Grammatik – Gott sei Dank. Und es gibt die Familie und die Natur.

Das vorliegende Buch ist geleitet von einer heilpädagogisch-ganzheitlich-systemischen Sichtweise. Ich sehe es als Chance an, das Thema „logopädische Intervention bei Demenz“ als Beispiel dafür zu nehmen, dass die kognitiv-linguistische Sichtweise, die derzeit nach wie vor das Leitbild der Intervention bei Aphasie dominiert und stark auf Wort und Satz und den neurologisch definierten Patienten fixiert ist, dringend ergänzt werden muss durch eine systemisch-kontextbezogene, dialogische Sicht. Zum Glück haben wir das sehr kraftvolle „Mutterschiff ICF“, das diesen Paradigmenwechsel als Konsens der Professionen generiert hat und jetzt nachdrücklich einfordert. Die Demenztherapie ist der Gegenpol zu einem ingenieurmäßig-gezielten Eingreifen; gleichsam bedarf es Modelle, Begründungen und Konzeptvorschläge. Logopädie bei Demenz führt zur Aufgabe der Prämisse einer erfassbaren, messbaren und steuerbaren Welt. Diese Prämisse entsteht aus einem falsch verstandenen Primat einer Einheitswissenschaft plus mangelndem Selbstbewusstsein für eine kontextvalidierte Therapieforchung. Der Begriff der Wirksamkeit muss sich bei einer chronisch-progredienten Erkrankung außerhalb des Systems „Prozentrang“ definieren.

Es ist bereits sehr viel über Demenz geschrieben worden. Dieses Buch ist der Versuch, allgemeine Informationen und eine heilpädagogische Perspektive für den Fokus Sprache und Kommunikation zusammen zu bringen.

Die zwei bewegendsten Bücher, auf die ich in der letzten Zeit gestoßen bin, sind der Bericht von Van Deun als Angehörige und Mitbetroffene der Alzheimerschen Erkrankung und die Essays von Richard Taylor. Dessen Texte, die etwa zwei Jahre nach der Diagnose „Alzheimer“ entstanden, funkeln vor Scharfsinn, Humor und Klugheit. Richard Taylor, zum Zeitpunkt der Buchveröffentlichung in Amerika 61 Jahre alt, ist selbst Psychologe und Hochschullehrer. In diesem Buch gebe ich ihm immer wieder mit Angabe der Überschrift das Wort. Seine Kernaussage ist: Die Würde des Menschseins und seine Grundhaltung des Ausgerichtetseins auf ein Gegenüber kann durch nichts, also auch nicht durch eine Demenz, verloren gehen; zur erschwerten Kommunikation im Lichte der Demenz sagt Taylor (2010) sinngemäß: „Wenn ich einmal weiter bin mit meiner Demenz und Du an meine Tür anklopfst und ich nicht sofort aufmache, heißt das nicht, dass ich nicht da bin.“ In diesem Sinne will das Buch ermutigen, nach dem Klopfen erst einmal abzuwarten.

1 Themenkreis Alter

Einführung

Im ersten Kapitel geht es um eine Hinführung zur Aufgabenstellung der Logopädie in der Geriatrie. Zunächst werden Begrifflichkeiten und Fragen zu Alter und Demenz angesprochen. Da unsere Gesellschaft immer älter wird (demografischer Wandel), ist das Thema sehr bedeutsam. Wir haben ein bestimmtes Bild vom Alter und möglicherweise sollten wir uns von diesem mit Vorurteilen behafteten Bild trennen.

Sprache und Kommunikation sind wichtige Eckpfeiler von Autonomie, Aktivität und Partizipation. Kommunikation und Kognition sind Partner. Die Logopädie / Sprachtherapie ist dafür zuständig, Gefährdungen und Beeinträchtigungen von Aktivität und Partizipation in der Sprachlichkeit zu erkennen und Behandlungsangebote zu machen. Einiges an Konzeptarbeit ist bereits geleistet; ein großer Teil liegt noch vor uns.



Schreibsache

„Mein Gedächtnis glich dem eines alten Griechen. Was ich auch las oder hörte, mein Gehirn saugte alles auf wie ein Schwamm. Ich war tatsachen- und nachrichtensüchtig. Ich wusste von Vielem etwas und etwas von Vielem. Ein fotografisches Gedächtnis hatte ich zwar nicht, ich konnte aber Gelesenes und Gehörtes in meinem Kopf zu einem recht eindrucksvollen Wissensschatz zusammenfügen (zumindest war das der Eindruck meiner dreijährigen Enkeltochter und der meine). Ich las alles querbeet und dachte über alles nach. Ich zerbrach mir den Kopf über ein Universum und kannte drei Rezepte für Salzteig zum Spielen“ (Taylor 2008, 23).

1.1 Alter(n) als facettenreicher Begriff

Wandel der Altersstruktur

Die durchschnittliche Lebenserwartung ist zwischen 1860 und 2010 um 40 Jahre gestiegen und steigt ab 2010 geschätzt in 10-Jahres-Etappen um jeweils weitere 2,5 Jahre an. Der geschätzte Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung liegt für 2050 bei über 40 % (Staudinger / Baumert 2008, 240 f). Der Anstieg der Anzahl der über 100-Jährigen seit 1960 bis

heute hat den Faktor 45. Diese Veränderung der Altersstruktur der Gesellschaft wird mit dem Stichwort „Demografischer Wandel“ (von der Verteilung der Bevölkerung als „Pyramide“ zum „Pilz“, Vaupel/ Kistowski 2007, 73) umschrieben. Die gemeinschaftliche Finanzierung der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung steht vor einer großen Herausforderung. Mit einer höheren Lebenserwartung wachsend gesamtgesellschaftlich der Pflegebedarf (Anstieg bis 2030 um mehr als 50 %) und die (teils individuell ungewollte) Unproduktivität; mit einer sinkenden Geburtenrate (kleiner 1,5) sinkt die Produktivität noch einmal. Eine mögliche Konsequenz ist eine Qualitäts- und Lebensstandardeinbuße für die junge und für die alte Generation gleichermaßen.

Wenn die Bezeichnung „Alter“ ab 60 Jahren angewendet wird, ist die Gruppe alter Menschen so heterogen wie man sich nur denken kann. Wir haben die jungen, leistungsfähigen „Alten“ mit hohem Selbstwertgefühl und hoher Lebensqualität (das Dritte Alter), die den deutlich leistungsgeminderten und später den gesundheitlich stark belasteten „Alten“ gegenüber stehen (das Vierte Alter). Welche Dekade jeweils zuzuordnen ist, ist individuell völlig verschieden. Dabei ist das amtlich verordnete Ende der beruflichen Leistungsfähigkeit in Deutschland bereits mit dem 61. Lebensjahr festgesetzt (Vaupel/ Kistowski 2007, 77). Im Vergleich zur Schweiz und zu Norwegen ist dies sehr früh. Interessant ist die Sicht von Stolleis (2007), der aufzeigt, dass Gesetze den Lebenslauf bestimmen: Der Staat reguliert den Beginn von Lebensphasen wie zum Beispiel die Schulpflicht (eingeführt im 18. Jh.), den frühestmöglichen Erwerbsbeginn (in der Zeit um 1840 auf das neunte Lebensjahr festgesetzt) und auch den Eintritt ins Rentenalter. Alter ist also nicht nur philosophisch und biologisch, sondern auch juristisch definiert: Alte werden per Gesetz zu Rentnern gemacht (zunächst mit 70 Jahren, später mit 65 Jahren). Die juristische Definition von „Alter“ ist auch die Definition von Produktivität/Leistungsfähigkeit: Für bestimmte Berufe (Notare, Prüflingenieure, Piloten) gibt es ein Verbot der Weiterarbeit mit einem bestimmten Alter (siehe Abb. 1).

juristisch definierte Zeitfenster

Als normale Prozesse des Alterns dürfen wir erwarten, dass Abbauprozesse stattfinden in allen kognitiven Leistungen, die Simultanität, Tempo und einen hohen Speicherumfang verlangen, dass aber ebenso Ausbauprozesse zu erwarten sind in allen kognitiven Bereichen, die mit Strategie, Wissen, Vernetzung und Teamwork zu tun haben.

Kognitiver Abbau?

Aktuelle Untersuchungsergebnisse zur kognitiven Leistungsfähigkeit im Vergleich von jungen und älteren Arbeitnehmern haben Wild-Wall et al. 2009 vorgelegt (siehe Abb. 2).



Lebenserwartung (Demografischer Wandel):

1860 → 2010	2020	2030	2040	2050
+40 J.	+2,5 J.	+2,5J.	+2,5J	40% der Gesamtbevölkerung

Anteil an Demenzerkrankungen nach Lebensphasen:

5%	15%	50%
----	-----	-----

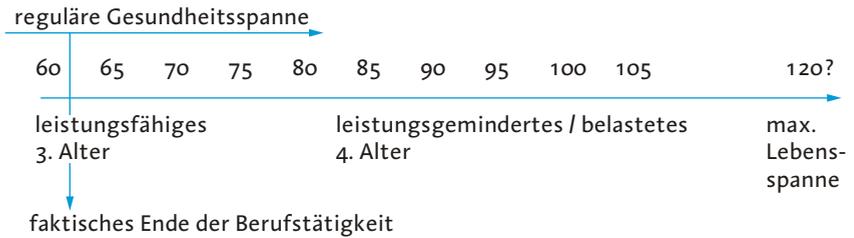


Abb. 1: Bevölkerungsentwicklung, Alter und Demenz (nach Vaupel/Kistowski 2007)

Gedächtnisabbau?

Die Gedächtnisleistung im Alter nimmt bereits früh ab für episodisch gespeicherte und im Alter für semantisch gespeicherte Inhalte. Routinen können im Verlauf des Lebens immer besser eingespeichert werden, und Inhalte, die über Sinneseindrücke („Priming“) eingespeichert und abgerufen werden, sind im Alter nicht störanfälliger. Die Hauptsäulen der Kompensation in der Longitudinalstudie von Oswald (2004) waren Grad der Bildung, Maß an sozialer Aktivität / Partizipation und Maß an körperlicher Aktivität.

Die bekannte Formel „use it or loose it“ ist nicht ganz richtig, was das Gedächtnis betrifft; es gilt nämlich auch „there is a price to pay“: Taxifahrer in London zeigen zwar einen deutlich vergrößerten Hippocampus, gleichzeitig aber Atrophien in anderen Hirnregionen (siehe Tab. 1).

Tab. 1: Gedächtnis: Zur Normalität des Alterns

Gedächtnis deklarativ		Gedächtnis implizit	
- episodisch	- semantisch	- prozedural	- Priming
- pers. Ereignisse	- Weltwissen	- Handlungsabläufe	- Wiedererkennung
- Erleben	- Fakten	- „wie“	
- kontextuell	- kontextneutral	- Routinen	
regulärer Altersverlauf erhöhte Vernetzung, abnehmende Präzision			
35 J.	65 J. „Abbau“		„Störanfälligkeit“

Intelligenz als biologische Mechanik:	90 (-) ↑	Intelligenz als kulturelle Wissenserfahrung:	90 (+) ↑
<ul style="list-style-type: none"> • quantitative Merkfähigkeit • Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit und -genauigkeit • Unterscheiden und Kategorisieren mit Tempo • simultane Bearbeitung von Aufgaben 	30	<ul style="list-style-type: none"> • Sprache • Soziale Kompetenz • vernetzte Erfahrung • Besonnenheit • Lernpotenziale • Strategien 	30

Abb. 2: Leistungsabbau und Leistungszunahme der kognitiven Funktionen im Alter (nach Wild-Wall et al. 2009)

Die politische und private Herausforderung ist die Suche nach einer neuen Verteilung von Arbeit, Ressourcen, Leistungen und Pflichten und das Erproben neuer Formen der Pflege und des Zusammenlebens. Ein individuell definierbarer Renteneinstieg (verbunden mit der Überwindung einer Altersdiskriminierung auf dem Arbeitsmarkt) und Anreize, Kinder zu bekommen, werden nicht nur im deutschsprachigen Raum diskutiert. Der Prozess der Flexibilisierung der Arbeitszeit (von der Tagesarbeitszeit zur Wochenarbeitszeit) muss fortgesetzt werden (von der Jahresarbeitszeit zur Lebensarbeitszeit). Die Lebensarbeitszeit misst sich an der individuellen Leistungsfähigkeit und dem jeweiligen Kontext (Reduzierung in Zeiten der Kindererziehung, Unterbrechungen durch Weiterbildungen bzw. Zweit- und Drittausbildungen). Wir können nicht ein System beibehalten, in dem die Menschen in der Mitte ihres Lebens überfordert sind und in der Phase des aktiven Älterwerdens zwangsweise von der Produktion ausgeschlossen werden. Das Denkmuster von drei Phasen im Erwachsenenalter Ausbildung – Beruf – Ruhestand gibt wenig Sinn.

Als Teil der gesellschaftlichen Herausforderung ist der medizinische Beitrag, die Gesundheitsspanne, die ab dem 80. Lebensjahr in der Regel gefährdet ist, zu verlängern, damit sie mit der deutlich verlängerten Lebensspanne Schritt hält. Gesundheit erhalten ist Teil einer präventiven Strategie. Holsboer (2007) spekuliert, dass als medizinische Prävention die individuelle „genetische Risikosignatur“ entschlüsselt werden könnte und Faktoren für Erkrankungen, die das Alter beschleunigen, früh beeinflusst werden könnten.

Lebensproduktivität

1.2 Demenz als gesellschaftliche Herausforderung

Nach Baltes (2007, 31) zählen würdevolles Sterben und Demenz „zu den am stärksten beunruhigenden und am wenigsten geklärten Themen des Jahrhunderts“. Das vorliegende Buch will einen Beitrag dazu leisten, Demenz aus der Perspektive von Ressourcen und verbleibender Normalität zu betrachten. Der hier verwendete heilpädagogische Begriff „Ressource“ ist der Gegenpol zu Nihilismus (als Abwarten und Nichtstun).

Motive für Interventionen

Jede Intervention verlangt heute nach einer Legitimation. Prävention, Frühdiagnose, Beratung und Therapie bei Demenz legitimieren sich aus ethischen Gründen (Aufrechterhalten von Autonomie und Selbst des Einzelnen) und aus pekuniären Gründen (Kosten für die Sozialgemeinschaft). Die Legitimation ist gesetzlich verankert – hierauf können sich auch Menschen, die von einer Demenz betroffen oder mitbetroffen sind, berufen. Beispielsweise sagt in Deutschland das Sozialgesetzbuch (SGB IX, §§ 1 und 9), dass Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen erhalten, um Benachteiligung entgegen zu wirken, damit eine gleichberechtigte Teilnahme (so lange wie möglich) ermöglicht wird und dass dabei den Wünschen der Betroffenen Rechnung getragen werden soll.

Für beide Motive, Autonomie und Senkung der Kosten in der Pflege, treten sowohl medikamentöse als auch nicht-medikamentöse Therapien mit einer begleitenden Beratung ein und nehmen damit einen Auftrag des Gesetzgebers wahr.

Dringlichkeit für Lösungen

Die Behandlung demenzieller Erkrankungen ist eine der ganz großen gesellschaftlichen Herausforderungen der Zukunft. Wir werden immer älter und das Maß der Gefährdung, an einer Demenz zu erkranken, steigt. Mit der zunehmenden Zahl Betroffener erhöhen sich die Anforderungen an die zukünftige Pflegesituation. Hohe Kosten entstehen durch den Übergang von der häuslichen Pflege in die institutionalisierte Pflege. Im Moment wird der personelle Einsatz zu einem großen Teil durch die Angehörigen oder durch „importierte Arbeitskraft“ geleistet. Hierzu zwei Zahlen mit sich überschneidender Aussage: Laut Hallauer et al. (2000) werden drei Viertel der Demenzbetroffenen in Deutschland derzeit zu Hause gepflegt; nach Grass-Kapanke et al. (2008) sind dabei 54 % der zu Hause Betreuten durch eine mittelgradige und 18 % durch eine schwere Demenz (leicht: 46 %) betroffen. Aufgrund der Auflösung familiärer Verbundenheit (Stichwort „Einzelhaushalte“), einer sinkenden Kinderzahl und der steigenden beruflichen Mobilität, die Kinder und Eltern örtlich

trennt, ist ein erhebliches Mehr an öffentlicher Betreuung zu erwarten, da diese durch die Angehörigen künftig nicht mehr gewährleistet sein wird.

Zum IST-Stand der Versorgungslage demenziell erkrankter Menschen gibt es zwei Studien: S'ÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen (Hallauer et al. 2005) und DIAS – Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor (Grass-Kapanke et al. 2008). Diese Untersuchungen fokussieren das Gesamtsystem Demenzversorgung unter Betonung der medikamentös-ärztlichen Sichtweise. Zahlen zur Lage im Bereich nicht-medikamentöser Therapie und Beratung liegen für den deutschsprachigen Raum nicht vor. Ein Monat häusliche Pflege spart ca. 2.300,- € (Melchinger 2007); das reicht etwa für eine medikamentöse plus nicht-medikamentöse Therapie mit Beratung für mehr als ein halbes Jahr.

teure Pflege

Derzeit kann von einer Behinderung des Systems der Intervention mit den Mitteln medikamentös – nicht-medikamentös – beratend gesprochen werden. Für die Finanzierung der Krankenkassen gibt es in Deutschland einen Risikoausgleich für Menschen, bzw. Krankenkassenmitglieder, die hohe Kosten verursachen. Einfach gesagt: Die Kostenträger erhalten einen Bonus, ein Regulativ zur Finanzierung teurer Krankheiten. So ist der „Risikostrukturausgleich“ entstanden, der 50–80 Krankheiten benennt, aber eben nicht Demenz (Grass-Kapanke 2008, 7). Auf diese Weise sind Menschen mit Demenz beim Arzt in ökonomischer Sicht unbeliebt, die Kosten werden von der Krankenkasse auf die Pflegekasse verschoben und wichtige Behandlungen oder präventive Bestrebungen bleiben aus.

Demenzbetroffene sind unattraktive Patienten

Das Ziel im Kontext Demenz ist die Aufrechterhaltung der Wohnselbständigkeit, bzw. das Hinausschieben der institutionalisierten Pflege. Aus ethischen und aus Kostengründen ist präventive Arbeit, eine frühzeitige Diagnose, Stützung der Familie als System und Bereitstellen von alternativen Netzwerken geboten.

Plädoyer

1.3 Demenz und logopädische Fragestellungen

Logopädisch-sprachheilpädagogische Angebote sind Teil der Trias medikamentös – nicht-medikamentös – beratend. Die Gesundheit zu erhalten heißt auch, die Sprache und Kommunikationsfähigkeit als wichtigste Säule für Kontakt, Orientierung und Sinn zu erhalten. Die Aufrechterhaltung der Kommunikation kommt der Aufrechterhaltung der Kogni-

Auftrag