
ZUKUNFTSFORUM DEMENZ

Sprech- und Schluckstörungen – Problemfeld in der Demenztherapie

Herausgeber
Professor Dr. med. Ingo Fügen

9. Workshop
des „Zukunftsforum Demenz“
22./23. August 2003 in Bad Nauheim
Dokumentationsreihe • Band 5



Gemäß dem Motto des „Zukunftsforum Demenz“: Für ein lebenswertes Morgen! werden in einem Teil der Workshops bewusst Themen aufgegriffen, die dringend einer Verbesserung zugeführt werden sollten – eben um das Morgen lebenswerter zu gestalten. Bei dem Workshop „Sprech- und Schluckstörungen – Problemfeld bei Demenz“ wurden zwei wenig beachtete Funktionsstörungen des Krankheitsbildes Demenz aufgegriffen, deren funktionelles Endorgan der Mund- und Rachenraum ist. Denn die pathophysiologischen Veränderungen im Rahmen der Krankheit Demenz führen häufig dazu, dass die Patienten im Verlauf der Krankheit nicht mehr richtig sprechen und nicht mehr richtig schlucken können.

An einer Sprach- und/oder Sprechstörung zu leiden, stellt – unabhängig vom Krankheitsbild der Demenz – eine starke psychische Belastung dar, die mit Minderwertigkeitsgefühlen und Depressionen einhergeht. Kann man sich nicht sprachlich ausdrücken, ist nicht nur die Kommunikation und damit die soziale Integration gestört, sondern ein Sprachgestörter wird in der Regel auch von seiner Umwelt als gestört in seinem Denken und seiner Persönlichkeit eingeschätzt. Eine weitere Ausgrenzung des ohnehin schon schwer zu integrierenden Demenzpatienten ist automatisch gegeben. Zusätzliche Beziehungsstörungen sind die Folge, und das Zusammenleben mit einem Demenzkranken wird weiter beeinträchtigt.

Beim Demenzkranken können sowohl Sprach- als auch Sprechstörungen auftreten. Als Sprachstörung steht beim Demenzkranken ein Sprachverfall im Rahmen des hirnorganisch-geistigen Abbaus im Vordergrund. Aber auch Sprechstörungen, die als Dysarthrie oder Dysarthrophonie bezeichnet werden, finden sich beim Dementen. Damit sind gestörte Lautgebung (Artikulation), Atmung und Stimmgebung gemeint.

Da Sprachstörungen häufig erstes Anzeichen einer beginnenden neurologischen Erkrankung sind, kommt dieser Form der Kommunikationsstörung auch große diagnosti-

sche Bedeutung zu. Dr. Markus Gress-Heister hat diese vielfältigen diagnostischen Möglichkeiten systematisch veranschaulicht. Vor allem machte er darauf aufmerksam, dass sich in einem gestützten, offenen Gespräch Defizite wie Wortfindungsstörungen, Reduktion der sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten oder des Sprachflusses besser feststellen lassen als in einem strikten klassischen Arzt-Patienten-Interview. Für seine Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Sprach-Diagnostik hat Dr. Gress-Heister den Preis für Hirnforschung in der Geriatrie der Universität Witten/Herdecke erhalten.

Wie sich diese diagnostischen Erkenntnisse in eine individuelle Therapie umsetzen lassen, machte Frau Erika Sinz, Diplom-Pädagogin aus der Geriatriischen Klinik in Velbert-Nevigles, deutlich. Sie zeigte an Beispielen aus ihrer Berufspraxis, welche Möglichkeiten existieren und welche Erfolge sich bei Demenzkranken mit Sprech- bzw. Sprachstörungen erzielen lassen, vor allem in der Kombination aus aktivierenden Antidementiva und einem individuellen Übungsprogramm.

Eines der Instrumente, derer sich die Sprachheiltherapeuten bedienen können, ist das „ASTRAIN“ (Alzheimer-Sprachtraining), das von Professor Dr. Gerhard Köpf entwickelt wurde. Das Trainingsprogramm beinhaltet unter anderem Sprachspiele und Lautgedichte, die Professor Köpf anschaulich vorstellte. Besonders eindrucksvoll dabei war in seinem Vortrag und in der Diskussion seine persönliche Erfahrung mit Demenzkranken in diesem Bereich.

Ein weiteres, häufig tabuisiertes Thema in der Demenztherapie sind die Schluckstörungen. Schluckstörungen beruhen nicht nur auf Lähmungen der am Schluckakt beteiligten Muskeln oder sensiblen Defizite im oro-pharyngo-ösophagealen Bereich. Auch eine verzögerte oder fehlende Schluckreflextriggenung, eine verminderte Hyoid-Larynx-Elevation sowie eine Dysfunktion des oberen Ösophagussphinkters spielen eine wesentliche Rolle. Pathogenetisch liegt den Dysphagien nicht selten eine Kombination der genannten Stö-

rungen mit häufig komplexer klinischer Ausfallssymptomatik zu Grunde. Abhängig von der Art der zu Grunde liegenden Demenzerkrankung und deren Lokalisation im Gehirn kann die Dysphagie Haupt- oder Begleitsymptom sein, akut auftreten oder sich subakut bzw. chronisch entwickeln.

Abgesehen von einem Verlust an Lebensqualität sind die gesundheitlichen Folgen einer Schluckstörung mitunter gravierend: neben einer Aspirationspneumonie droht längerfristig eine Fehl- und Mangelernährung, die ihrerseits den Allgemeinzustand erheblich beeinträchtigt und die Selbstständigkeit gefährdet. In diesem Sinne ist die Dysphagie als eigenständiger Risikofaktor für eine aufwendige Pflege anzusehen. Dr. Martin Jäger stellte die diagnostischen Möglichkeiten der Schluckstörungen bei Dementen dar. Wichtig ist hier die klinische Aufmerksamkeit, denn Symptome wie häufiges „Sich-Verschlucken“ oder Räuspern können auf eine Schluckstörung hinweisen. Auch apparative Möglichkeiten stehen bei der Diagnostik zur Verfügung, über die Dr. Jäger ebenfalls berichtet hat. Als nahtlose Weiterführung berichtete Frau Tanja Rittig, welcher pflegerischer Aufwand bei Schluckstörungen notwendig ist, aber auch, welche praktischen Möglichkeiten sich hier bieten. Wichtig war Frau Rittig vor allem, dass Schlucktherapie als Team-Aufgabe begriffen wird, in die auch die Angehörigen mit eingebunden werden sollten.

Sprechstörungen können als erster Hinweis auf eine Erkrankung auftreten oder in Abhängigkeit von der Form der Demenz auch erst sehr spät erscheinen. Gleiches gilt für die Schluckstörung. Das grundsätzliche Verständnis dieser Funktionsstörungen im Verlauf der Erkrankung liegt bei den Fachleuten vor, allerdings fehlt derzeit die konsequente Umsetzung im Sinne von Diagnostik und Therapie in der täglichen Praxis.

Insgesamt handelt es sich um ein Thema, das bisher noch viel zu wenig beachtet, ja anscheinend sogar tabuisiert wird. Dabei sind Sprechen und Schlucken Funktionen, die im täglichen Alltag die Lebensqualität wesentlich mitbestimmen

und ohne Zweifel ähnlich wie andere Funktionen des Alltags durch gezielte Behandlung plus Antidementiva gebessert bzw. im weiteren Verlauf erfolgreich beeinflusst werden können. Erkennen von Schluck- und Sprechstörungen und der Einsatz der richtigen therapeutischen Maßnahmen sind gefragt. Tabuisierung und Nihilismus sind der falsche Weg.

Professor Dr.med.Ingo Füsgen

Herausgeber

Professor Dr. med. Ingo Füsgen
Geriatrische Kliniken Wuppertal
der Kliniken St. Antonius
Lehrstuhl für Geriatrie der
Universität Witten-Herdecke
Carnaper Str. 60
42283 Wuppertal

Referenten des Workshops

Im Rahmen eines interdisziplinären Dialogs haben Referenten aus unterschiedlichen Bereichen die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bei Sprach- und Schluckstörungen Dementer erläutert.



*Prof. Dr. med. Ingo Füsgen
Ärztlicher Direktor des Zentrums für Geriatrie,
Lehrstuhl für Geriatrie der Universität
Witten-Herdecke, Wuppertal*



*Dr. Markus Gress-Heister MA
Pädagogischer Leiter der Prof. König und Leiser Schulen
für Logopädie und Ergotherapie, Kaiserslautern
Lehrbeauftragter für biologische Psychologie,
MNT Kaiserslautern*



*Prof. Dr. phil. Gerhard Köpf
Gastprofessor an der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie der LMU München, Klinikum Innenstadt*



*Dipl.-Päd. Erika Sinz
Sprachtherapeutin,
St. Antonius III. Med. Klinik Velbert-Neviges*



*Dr. med. Martin Jäger
Leitender Arzt Geriatriischer Schwerpunkt,
Kreis Krankenhaus, Mosbach*



*Dipl.-Päd. Tanja Rittig
Schlucktherapeutin,
Karlsbader Schluckzentrum am
Klinikum Karlsbad-Langensteinbach*

© 2003 Zukunftsforum Demenz
Postfach 11 13 53
60048 Frankfurt am Main
E-Mail: hcr@merz.de

Redaktion, Gestaltung und Produktion:
Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH
Wiesbaden

Dezember 2003

Printed in Germany
ISBN 3-922264-64-6

<p>PROFESSOR DR. MED. INGO FÜSGEN Sprech- und Schluckstörungen bei Alzheimer-Demenz</p>	11
<p>DR. MED. MARKUS GRESS-HEISTER Basis für rechtzeitige spezifische Interventions-Therapie</p>	19
<p>PROFESSOR DR. PHIL. GERHARD KÖPF Das Alzheimer-Sprach-Training</p>	29
<p>DIPL.-PÄD. ERIKA SINZ Begleitende Sprachtherapie bei Alzheimer-Demenz</p>	35
<p>DR. MED. MARTIN JÄGER Schluckstörungen – Bei Demenz-Patienten noch zu wenig beachtet</p>	43
<p>DIPL.-PÄD. TANJA RITTIG Therapeutische Strategien bei Dementen</p>	51
<p>Thesen, Wünsche, Fakten</p>	59
<p>Zukunftsforum Demenz</p>	61

Das Zukunftsforum Demenz

hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung der Demenzkranken in Deutschland zu verbessern, um ihnen möglichst lange ein würdevolles und – entsprechend ihren noch vorhandenen Fähigkeiten – erfülltes Leben zu ermöglichen. Daher auch das Motto des Zukunftsforums: Für ein lebenswertes Morgen.

Zentrales Pflegeproblem:

Sprech- und Schluckstörungen bei Alzheimer-Demenz

PROFESSOR DR. MED. INGO FÜSGEN

Sprech- und Schluckstörungen werden in der Betreuung von Patienten mit Morbus Alzheimer noch viel zu wenig beachtet. Dabei können gerade diese Symptome durch die mangelnde Kommunikationsfähigkeit mit dem sozialen Umfeld die Lebensqualität dementer Patienten erheblich beeinträchtigen. Durch die Gabe von Antidementiva werden zelluläre Defizite bei Alzheimer-Patienten ausgeglichen beziehungsweise gebessert. Zusammen mit nichtmedikamentösen Maßnahmen kann so auch eine Besserung von Sprach- und Schluckstörungen erzielt werden.

Sprache ist ein zentrales Element der zwischenmenschlichen Kommunikation. Für Demenzpatienten bedeuten Sprach- und Schluckstörungen eine Verstärkung der ohnehin oft vorhandenen sozialen Ausgrenzung. Um den Betroffenen gezielt helfen zu können, ist eine Unterscheidung zwischen Sprach- und Sprechstörung wichtig:

- **Sprachstörung:** Sprachverfall im Rahmen des hirnorganisch-geistigen Abbaus,
- **Sprechstörung** (Dysarthrie, Dysarthrophonie): gestörte Lautgebung (Artikulation), Atmung und Stimmgebung.

Darüber hinaus sind in diesem Zusammenhang auch die **Schluckstörungen** zu beachten – ein Thema, das fast nirgendwo richtig in der Dementenbetreuung aufgearbeitet wird. Dabei ist es eines der zentralen Pflegeprobleme, gerade im mittleren beziehungsweise schwereren Stadium.



*Prof. Dr. med.
Ingo Füsgen*

Hier sind es auch die Folgen, wie Fehl- und Mangelernährung oder die Gefahr der Aspirationspneumonie, die erhebliche gesundheitliche Konsequenzen für den Patienten haben können.

Diagnostik von Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen

Als erster Schritt ist unbedingt eine Klärung der Demenzursache wichtig, denn einzelne Demenzformen führen auf Grund ihrer spezifischen Beteiligung bestimmter Hirnareale schneller zu Sprech- und Sprachstörungen als andere. Ein Beispiel hierfür ist die frontotemporale Demenz, bei der Sprachstörungen ein Frühsymptom darstellen, weshalb ihnen hier eine differenzialdiagnostische Bedeutung für die Einordnung der Demenz zukommt. Bei den meisten Demenzformen – so auch bei der Alzheimer-Demenz – werden dagegen Sprech- und Sprachstörungen beziehungsweise Schluckstörungen erst im mittleren oder sogar erst im schweren Krankheitsstadium beobachtet.

Die Diagnostik muss bereits im Arzt-Patienten-, aber auch im Arzt-Angehörigen-Gespräch bewusst auch Sprach- und Sprechfähigkeit sowie Schluckbeschwerden erfassen. Dabei gilt es zu beachten, dass eine stringente Dialogform kaum Möglichkeiten bietet, die verschiedenen Aspekte einer

Basistherapie der Demenz

- Behandlung der Multimorbidität (z.B. Diabetes, Herzinsuffizienz)
- Antidementiva
- Therapie der Verhaltensstörungen
- Allgemeine Maßnahmen (z.B. Diät, Bewegung, Angehörigenbetreuung)

Table 1: Basistherapie ist die Voraussetzung für alle weiteren Maßnahmen, um die individuellen Defizite von Dementen zu vermindern.

Sprech- oder Sprachstörung zu diagnostizieren. Besser geeignet ist hier ein gelenktes Gespräch, in dem folgende Aspekte geprüft werden:

- die Fähigkeit zur Wortfindung,
- die Sprachflüssigkeit,
- der Mitteilungsgehalt in der Spontansprache und
- das Benennen von alltäglichen Gegenständen.

In dieser sprachlichen Interaktion lässt sich darüber hinaus auch ein Eindruck über die Verständisfähigkeit des Patienten gewinnen.

Auch wenn aus dem eigenen Arzt-Patienten-Kontakt bereits eine Vorstellung über die Sprach- und Sprechfähigkeiten beziehungsweise die Schluckfähigkeit des Patienten besteht, sollte dennoch der Eindruck der Angehörigen erfragt werden. Dabei muss allerdings bedacht werden, dass gerade enge Angehörige, wie zum Beispiel Ehepartner, diese Themenpunkte als peinlich empfinden können, da hierbei die Defizite der vertrauten Person besonders offensichtlich werden.

Ganzheitliches Behandlungskonzept

Nach der Diagnostik ist ein Gesamtbehandlungskonzept zu erstellen. Übergreifend über alle Fachgebiete ist man sich einig, dass die Therapie des Demenzkranken nicht auf die isolierte Korrektur einzelner Störungen abzielen soll, sondern sich auf die Lebensqualität des Patienten und seine Kompetenz zur Bewältigung des Alltags ausrichten hat. Dabei ist es sinnvoll, die Demenztherapie in eine Basistherapie (Tabelle 1) mit besonderer Beachtung des Demenztyps

Ursache für Mundtrockenheit

■ Krankheitsbedingte Mundatmung

- Dehydratation/Exsikkose
- Orale Candidiasis
- Fieber

■ Medikamente, z.B.

- Anticholinergika
- Opioide
- Diuretika

■ Andere Ursachen

- Angst
- Depression
- Diabetes mellitus (Polyurie)
- Vitaminmangel
- Urämie
- u.a.

Tabelle 2: Auch banale Befindlichkeitsstörungen wie Mundtrockenheit können zu Sprech- und Schluckstörungen führen.

sowie eine stadienabhängige, ergänzende Therapie einzuteilen.

Diese Sicht der Therapie ist gerade für die Schluckstörungen bzw. Sprech- und Sprachstörungen von besonderer Bedeutung. Auf der einen Seite ist es wichtig, die Multimorbidität zu behandeln und hier auch die eingesetzten Medikamente zu beachten, die unter Umständen diese Funktionsstörung mit beeinflussen können. So fördern zum Beispiel verschiedene Medikamente – wie Anticholinergika, Opioide und Diuretika – die Mundtrockenheit, die dann ihrerseits Schluckstörungen verstärken kann (Tabelle 2).

Auf der anderen Seite können auch bestimmte Verhaltensstörungen und Besonderheiten diese Funktionsstörungen begünstigen. Die Mundtrockenheit wird zum Beispiel durch eine Mundatmung oder auch durch die bei Senioren häufige Exsikkose gefördert. Auch eine Komorbidität, zum Beispiel ein Diabetes mellitus oder ein Vitaminmangel, begünstigt die Mundtrockenheit.

Die allgemeinen Maßnahmen sind ein wichtiger Bestandteil der Basistherapie. Hierbei gilt es ebenfalls, auf eventuell vorhandene Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen zu achten. Bei Schluckstörungen kann zum Beispiel die Einhaltung einer bestimmten Diätform hilfreich sein, die durch entsprechende Auswahl der Konsistenz der Speisen dem Betroffenen die Nahrungsaufnahme erleichtert. Sprechstörungen können durch ein entsprechendes Training im Rahmen der Angehörigenbetreuung angegangen werden.

Einflüsse der medikamentösen Therapie

Nicht vergessen werden darf in diesem Zusammenhang die Einnahme von Antidementiva. Nur sie sind in der Lage, im Zusammenhang mit entsprechenden Trainingsmaßnahmen und Schulungen ein möglichst optimales Therapieziel zu erreichen. Denn nur Antidementiva können die bestehenden zellulären Defizite direkt ausgleichen bzw. regeln und dann im Zusammenhang mit nichtmedikamentösen Maßnahmen

eine Besserung erreichen. So können letztlich auch Alltagsaktivitäten durch Antidementiva positiv beeinflusst werden.

Der positive Einfluss auf Kognition und Alltagsaktivitäten wird in vielen Studien beim Einsatz von Antidementiva deutlich, wobei auch hier die Sprech- bzw. Sprachstörungen und Schluckstörungen noch viel zu wenig beachtet werden. So wurden zum Beispiel in der M-BEST-Studie (Benefit and Efficacy in Severely Demented Patients during Treatment with Memantine) viele für die Bewältigung des täglichen Lebens wichtige Funktionen erfasst und die Besserung unter Memantine nachgewiesen (Abbildung 1). Allerdings fehlt die gezielte Erfassung von Schluck- und Sprech- bzw. Sprachstörungen, obwohl es sich in dieser plazebokontrollierten Studie um pflegebedürftige Patienten mit fortgeschrittener und schwerer Demenz handelte, die ohne Zwei-

Besserung von Alltagsfunktionen unter Memantine

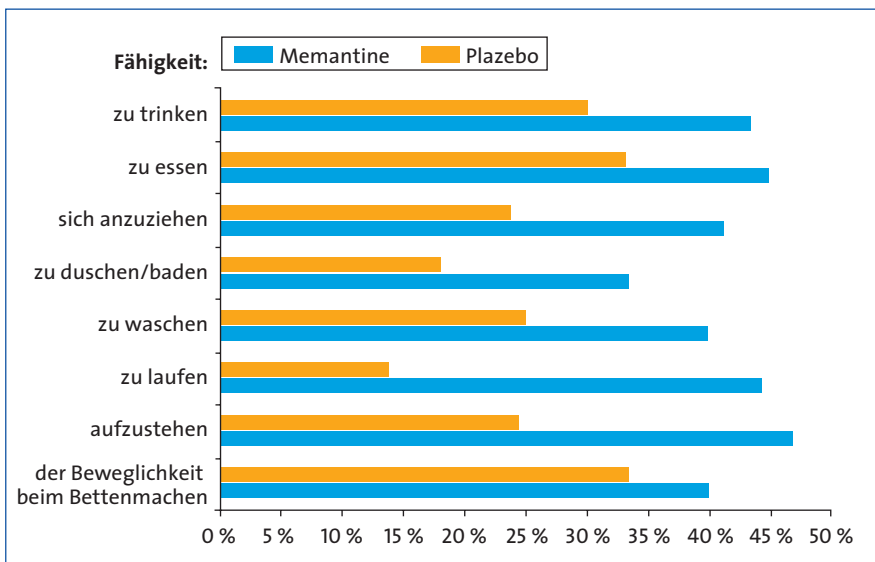


Abbildung 1: In der M-BEST-Studie konnte die Besserung vieler Alltagsfunktionen unter Memantine bestätigt werden.
nach Winblad und Poritis, 1999

fel auch unter Sprech- und Schluckstörungen litten. Auch dort, wo bewusst motorische Fähigkeiten von Patienten erfasst wurden, wie es in den plazebokontrollierten Studien von Ditzler 1991 sowie Görtelmeyer und Erbler 1992 gemacht wurde, sind Schlucken und Sprech- bzw. Sprachstörungen nicht aufgenommen worden. Dabei ist der Schluckakt ein hochkompliziertes motorisches Geschehen, an dem 50 gepaarte Muskeln beteiligt sind. Gleiches gilt auch für Sprech- bzw. Sprachstörungen.

Nicht unerwähnt bleiben darf in diesem Zusammenhang, dass Antidementiva auch den Antrieb und die Vigilanz steigern. Dies ist Voraussetzung, um mit einem Verhaltenstraining bzw. Schulungsprogramm Erfolge der durch die Antidementiva-Gabe verbesserten Gehirnfunktion in praktische Tätigkeit umzusetzen. In kontrollierten klinischen Studien (Görtelmeyer und Erbler 1992, Pantev et al. 1993) konnte, unabhängig vom Ausprägungsgrad der Demenz, eine signifi-

Veränderungen im Bereich „Antriebsarmut“

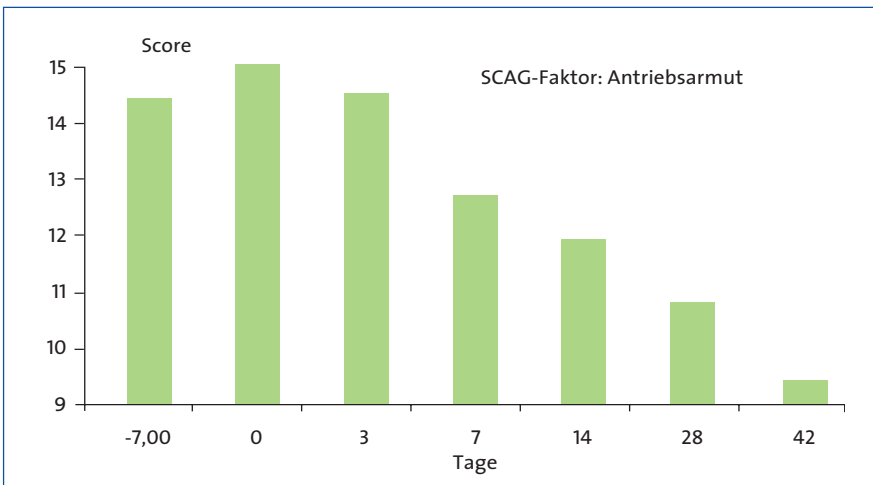


Abbildung 2: Unabhängig vom Ausprägungsgrad der Demenz wurde unter Memantine eine signifikante Abnahme der Antriebsarmut beobachtet. nach Görtelmeyer und Erbler, 1992

kante Antriebssteigerung durch Memantine beobachtet werden (Abbildung 2).

In der Untersuchung von Görtelmeyer u. Erbler wurde noch ein weiterer wichtiger Faktor für eine ganzheitliche Behandlung untersucht: die Verbesserung der Stimmungslage und emotionale Störungen. Diese plazebokontrollierte Studie mit Memantine konnte in guter Übereinstimmung der Bewertungsebenen eine deutliche Verbesserung der Stimmungslage und eine Abnahme der emotionalen Labilität nachweisen (Abbildung 3).

Fazit: Im ganzheitlichen Behandlungskonzept des Demenzkranken mit Sprech- und Schluckstörungen hat ohne Zweifel die Gabe von Antidementiva eine hohe Bedeutung. Sie bilden mit ihrem Einfluss auf die Kognition und damit auf die Funktion bzw. auf Antrieb, Vigilanz und Stimmungslage die direkten Voraussetzungen für ein erfolgreiches Training bzw. Übungsprogramm. Unter den Antidementiva

Rückbildung affektiver Störungen

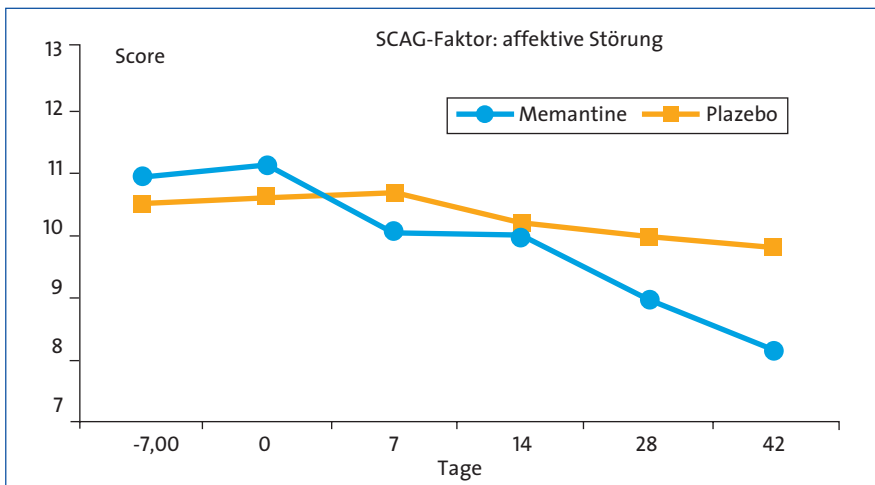


Abbildung 3: Unter der sechswöchigen Therapie mit Memantine konnten affektive Störungen, erfasst durch den SCAG-Score, gebessert werden. nach Görtelmeyer und Erbler, 1992

bietet sich hier ganz besonders Memantine an, da nur bei dieser Substanz bisher Erfolge bei mittelschwer bis schwer demenzkranken Patienten nachgewiesen wurden. Für Memantine ist sowohl eine Besserung der motorischen Funktionen als auch der Antriebsarmut belegt – beides Faktoren, die für eine funktionierende Kommunikation wichtig sind. Sprech- bzw. Sprach- und Schluckstörungen sind in erster Linie Probleme der mittelschweren bis schweren Alzheimer-Demenz, und dementsprechend ist hier die Substanz Memantine derzeit im Einsatz konkurrenzlos.

Frühdagnostik demenzieller Erkrankungen

Basis für rechtzeitige spezifische Interventions-Therapie

DR. MED. MARKUS GRESS-HEISTER

Obwohl typische Sprachstörungen bei Patienten mit demenziellen Syndromen häufig geschildert werden, findet nur selten eine Nutzung dieser Symptome in der Früh- und Differenzialdiagnostik statt. Doch gerade die Frühdagnostik könnte effiziente und effektive Behandlungs- und Betreuungsstrategien ermöglichen.

Sprache und Sprechen gehören zu den komplexesten kognitiven Tätigkeiten, die der Mensch ausüben kann. Deshalb sind diese Funktionen auch bei Patienten mit hirnganischen Demenzen oft gestört.

In der Definition der Demenz nach ICD-10, aber auch in anderen Demenz-Definitionen, ist die Sprachstörung als Leitsymptom genannt (Tabelle 3). Das Problem ist, dass viele Ärzte und Sprachtherapeuten den Begriff „Sprachstörung“ mit „Aphasie“ gleichsetzen. Doch die typische Sprachstörung der Patienten mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ ist keine Aphasie. Denn die Aphasie ist im engeren Sinn ein fokales vaskuläres Symptom, das zum Beispiel bei einer vaskulären Demenz auftritt und mit anderen Sprachstörungen relativ wenig zu tun hat. Wird also bei Demenzpatienten nach einer klassischen Aphasie gesucht, kann mitunter die tatsächlich vorhandene Sprachstörung übersehen werden, denn Patienten mit Alzheimer-Demenz haben andere Sprachstörungen.

Die Frühdagnostik der Alzheimer-Demenz ist schwierig, weil Demenz ein „Schwellenproblem“ ist: Sie fällt im Alltag



*Dr. med.
Markus Gress-Heister*

erst dann auf, wenn die geistige Leistungsfähigkeit unter einen bestimmten Schwellenbereich abgesunken ist.

Das zweite Problem ist das relativ lange Vorstadium einer Demenz, das laut Angaben in der Literatur bis zu 30 Jahre dauern kann. Im Anfangsstadium mit leichten kognitiven Defiziten fallen die Betroffenen nicht unbedingt auf. Im mittleren Stadium ist die Selbstständigkeit beeinträchtigt, und es kommt zu Verhaltensauffälligkeiten. Erst im Spätstadium resultiert aus den kognitiven Defiziten eine Pflegebedürftigkeit.

Auch neuropsychologische Testungen sind in der Frühphase einer Demenz meist nicht sehr hilfreich: Denn hier ist eine stabile Symptomlage nicht gegeben – und diese wäre die Voraussetzung für Tests, die den testpsychologischen Gütekriterien unterliegen.

Daraus resultiert letztlich das typische „Eisberg-Phänomen“ der Demenz: Die diagnostizierten schweren Demenzen bilden

Definition der Demenz nach ICD-10	
Symptome	Beeinträchtigung höherer kortikaler Funktionen einschließlich: <ul style="list-style-type: none"> ■ Gedächtnis (Kurz- und Langzeit) ■ Rechnen ■ Lernfähigkeit ■ Denken ■ Sprache ■ Orientierung ■ Urteilsvermögen
Ausprägungsgrad	Beeinträchtigung der persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL-Funktionen)
Dauer der Symptomatik	Mindestens 6 Monate
Ausschlusskriterien	Bewusstseinsstörungen
Verlauf	Chronisch, progredient

Table 3: Sind die höheren kortikalen Funktionen gravierend gestört, kommt es in der Folge zu massiven Einschränkungen der ADL-Funktionen bis hin zur völligen Hilflosigkeit.

nur einen kleinen Bruchteil der tatsächlich in der Bevölkerung vorhandenen Erkrankungen – der Großteil der Patienten mit Demenzen, die sich in frühen und mittleren Stadien befinden, wird heutzutage zunächst nicht diagnostiziert (Abbildung 4).

Bei einem relativ frühen Verdacht auf eine Demenz könnte auch relativ früh eine spezifische Diagnose gestellt werden. Dadurch können auch frühzeitig spezifische therapeutische Interventionen eingeleitet werden. Diese frühe Intervention führt insgesamt zu einem niedrigeren Pflege- und Kostenaufwand: Die Pflegeaufwendungen erhöhen sich mit zunehmendem Schweregrad um ein Vielfaches (Abbildung 5), und durch eine effektive Therapie können die Krankheitsstadien, die sehr hohe Kosten verursachen, verzögert werden.

Als Strategie für das Prodromalstadium ergibt sich daraus, dass bereits der Verdacht auf eine Demenz ernst genommen

Demenz als Eisberg-Phänomen

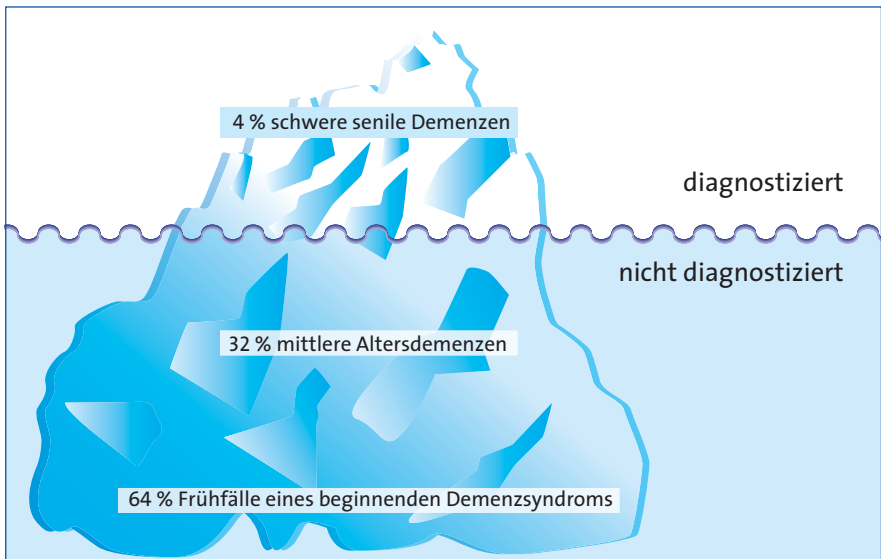


Abbildung 4: Es ist davon auszugehen, dass nur ein Bruchteil der tatsächlich vorhandenen Demenzen auch diagnostiziert wird – meist erst im fortgeschrittenen Stadium.

werden und Anlass zur differenzierten Diagnostik mit der Erhebung des neuropsychologischen Status geben sollte.

Die verschiedenen diagnostischen Möglichkeiten zur Erfassung von kognitiven Defiziten zeigen in der Frühphase eine unterschiedliche Verwertbarkeit. Problem der meisten Tests ist ein „Decken-Boden-Effekt“: Das heißt, dass sie zwar mittlere

Diagnostische Maßnahmen

- Eigen-/Fremdanamnese ist grundsätzlich der erste Schritt.
- Mini-Mental-Status (nach Folstein): hat einen „Decken-Boden-Effekt“, d.h., in dem für die Frühdiagnostik entscheidenden Bereich ist er zu unscharf.
- Uhren-Test: hat ebenfalls einen „Boden-Effekt“ und kann zudem durch räumlich-konstruktive Störungen überlagert sein.
- Syndrom-Kurz-Test (nach Erzigkeit): ist für die Frühdiagnostik zu umfangreich und erst ab dem mittleren Stadium anwendbar, denn auch dieser Test hat einen „Decken-Boden-Effekt“.
- NOSGER: ist als Fremdbeurteilungsskala immer subjektiv und damit relativ unspezifisch.
- CI-Screening (nach Fischer/Lehrl): schnell, aber unspezifisch.
- CI-Skala: ist wie der NOSGER eine Fremdbeurteilungsskala und damit sehr subjektiv.
- KAI (Kurztest für allgemeine Intelligenzleistungen nach Fischer/Lehrl): nützt nur dann, wenn bereits Daten zur prä-morbiden Intelligenz vorliegen.
- CERAD: ist zwar anwendbar, findet allerdings als sehr umfangreicher Test zur Diagnostik in der Frühphase kaum Akzeptanz.
- TFDD (nach Ihl u. Grass-Kapanke): funktioniert, ist aber im Bereich Sprache etwas undifferenziert.

Table 4: Die meisten psychologischen Testverfahren haben Schwächen, in der Regel sind sie vor allem in den Randphasen – also im Früh- oder Spätstadium – zu ungenau.

re kognitive Einschränkungen zuverlässig messen können, aber sowohl in den oberen Bereichen bei nur leichten kognitiven Störungen als auch in den unteren Bereichen bei schwerer Demenz unzuverlässige Ergebnisse liefern. Mögliche diagnostische Maßnahmen sind in Tabelle 4 aufgeführt.

Bedeutung von Sprachstörungen

Sprache ist beim Menschen die zentrale Form der Kommunikation. Aus neuropsychologischer Sicht ist Sprache aber auch ein sehr komplexes System mit unterschiedlichen Voraussetzungen: Sprachverständnis, Sprechfähigkeit, interaktive Fähigkeiten sowie paralinguistische Aspekte wie Gestik und Mimik (Abbildung 6). Die Sprachproduktion als solche erfor-

Jährliche Kosten der Pflegeversicherung pro Demenzpatient

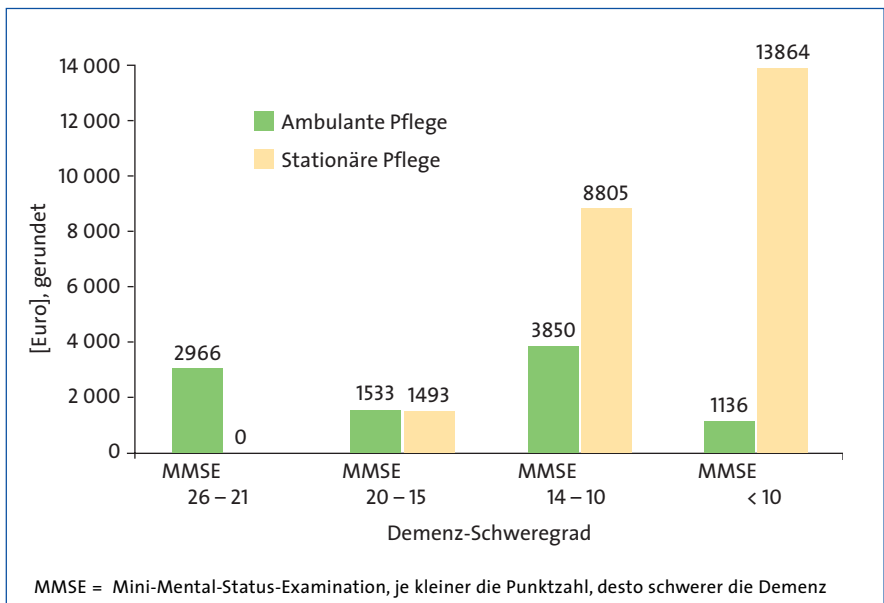


Abbildung 5: Mit zunehmendem Schweregrad erhöhen sich die Pflegeaufwendungen pro Alzheimer-Patient und Jahr um ein Vielfaches. nach Hallauer, 2000

dert die Funktion eines komplexen neuronalen Systems. Neuere Studien haben gezeigt, dass für die Sprachproduktion nicht nur, wie Neurologie-Fachbücher bislang angaben, das Broca- und Wernicke-Zentrum verantwortlich sind, sondern dass viel mehr Areale aktiviert werden.

Für den artikulatorischen Akt ist darüber hinaus auch das Schlucken wichtig – deshalb sind Schluckstörungen bei nahezu 80 % der Betroffenen mit Sprechstörungen assoziiert.

Sprache als früher Indikator für kognitive Abbauprozesse

Deshalb ist Sprache auch als ein sensibler Indikator für kognitive Abbauprozesse zu betrachten: Ein so komplexes kognitives System muss zwangsläufig auch extrem empfindlich auf Störungen reagieren. In einer Metastudie, in der die

Sprache als komplexes neuronales System

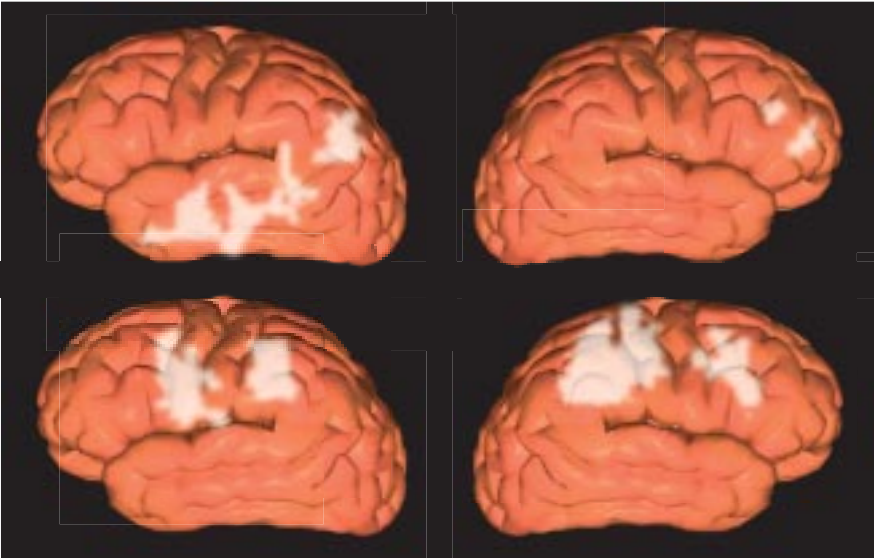


Abbildung 6: Bei der Sprachproduktion werden, wie MRT-Untersuchungen zeigen, mehrere Areale in verschiedenen Gehirnbereichen aktiviert.

Erstsymptome demenzieller Erkrankungen erfasst wurden, wiesen 53 % der Untersuchten Kommunikationsstörungen auf – diese waren somit, nach Problemen bei der Arbeit, das zweithäufigste Erstsymptom (Abbildung 7).

Die Kommunikationsstörungen lassen sich gerade im Frühstadium am besten in einem persönlichen Gespräch erfassen; sie können bei demenziellen Syndromen sehr vielfältig sein, wobei die verschiedenen Schweregrade auch typische Veränderungen aufweisen:

1. Frühes Krankheitsstadium:

- deutliche Reduktion des Sprechtempos
- Wortfindungsstörungen
- Benennstörungen

Erstsymptome demenzieller Syndrome

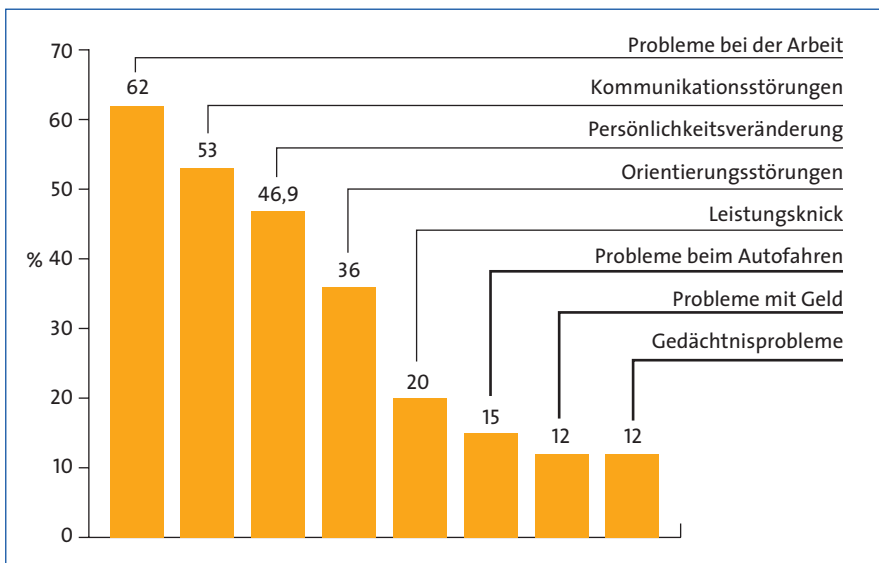


Abbildung 7: Nach dem Ergebnis dieser Metastudie sind Kommunikationsstörungen als Erstsymptom von demenziellen Erkrankungen ein sensibler Indikator für kognitive Abbauprozesse.
nach Gress-Heister, 2002

- den „roten Faden“ verlieren
- Vergessen des Dialogthemas
- häufiges Wiederholen ganzer Satzphrasen (Perseverationen)
- Störungen des Textverständnisses
- „Konkretismus“ (wörtliches Missverstehen, Unfähigkeit zur Abstraktion; Beispiel: Sinn von Sprichwörtern wie „Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm“ kann nicht mehr reflektiert werden)
- Reduktion komplexer sprachlicher Ausdrucksmittel und -verfahren: Im Unterschied zu den Aphasien machen Patienten mit demenziellen Syndromen zwar keine Fehler, aber sie passen ihre Sprache an: Verwendung von mehr Aktiv als Passiv (Passiv wird oft auch nicht mehr verstanden), keine Gliederungssignale, Pronominalisierung und Renominalisierung
- gestörte Antizipation des Kommunikationspartners (d.h. sie erzählen Geschichten, die der Gesprächspartner nicht versteht, weil ihm der Kontext fehlt)
- häufige Verwendung „kommunikativer Fertigkeiten“ (Floskeln)
- Anpassungen: lineare Reihungen (z.B. „Der Mensch tat ... der Mensch tat der Mensch tat ...“) und grammatische Reduktionen

2. Mittleres Stadium:

- ansteigende Anzahl von Wiederholungen (Satzphrasen, Worte, Silben)
- weniger Präpositionen und Gliederungskonstruktionen (z.B. Nebensätze)
- Verwendung von immer mehr unpräzisen Wortformen bzw. Prototypen (z.B. „Bleistift“ statt „Kugelschreiber“)
- Störungen im Hörverstehen (während Leseverstehen noch erhalten bleiben kann)
- Intrusion: Wiederholung der letzten Äußerung des Gesprächspartners (Satz, Wort, Silbe)

- Reduktion grammatischer Mittel auf das gerade notwendige Maß

3. Endstadium:

- dramatische Einbrüche in Sprachproduktion und -rezeption
- Echolalie
- Mutismus (Verstummen) aber auch:
 - scheinbar korrekte Sprachproduktion, aber ohne Inhalte (so genannte „leere“ Dialoge)

Insgesamt hängen die Sprachauffälligkeiten auch vom emotionalen Zustand und vom allgemeinen Aktivationsniveau des Demenzpatienten ab. Deswegen kann es auch vorkommen, dass bei ein und demselben Patienten zwei aufeinander folgende Erhebungen der Sprachauffälligkeiten zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen.

Als Assessment-System, mit dem sich sehr gut auch die Folgen von Behinderungen, insbesondere auch von Sprachauffälligkeiten, erfassen lassen, eignet sich sehr gut die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO. Diese Klassifikation geht davon aus, dass primär festgestellt wird, was der Betreffende noch kann, welche Fähigkeiten er hat, und erst zuletzt, welche Körperfunktionen oder -strukturen eingeschränkt sind. Denn für die funktionale Gesundheit ist letztlich entscheidend, inwieweit der Patient die Anforderungen der Umwelt noch erfüllen und am öffentlichen Leben teilhaben kann.

Insgesamt ist es wichtig, in der Betreuung von Demenzpatienten auf der Alltagsebene zu denken: Ausschlaggebend ist, inwieweit der Patient noch den kommunikativen Anforderungen der Umwelt gerecht werden kann.

Fazit

Die Sprachpathologie kann als empfindlicher Indikator für die Frühdiagnostik einer Alzheimer-Demenz dienen. Für die Differenzialdiagnostik ist relevant, dass bei Patienten mit

Alzheimer-Demenz zumindest am Anfang nicht so sehr die Sprechkomponente, sondern die Sprachproduktions- und Sprachrezeptionskomponente betroffen sind. In der Frühdiagnostik ist das persönliche Gespräch ein empfindlicherer Indikator für Sprachstörungen als die verfügbaren standardisierten Tests, die erst in einem zweiten Schritt eingesetzt werden sollten. Die Erfassung der Sprachpathologie kann als spezifisches Differenzialdiagnose-Instrument zur Verifikation der Diagnose wie auch zur Verfolgung der Progression nützlich sein.

ASTRAIN-Konzept

Das Alzheimer-Sprach-Training

PROFESSOR DR. PHIL. GERHARD KÖPF

Der sprachliche Umgang mit Demenz-Patienten gestaltet sich auf Grund des progredienten Verlustes der Sprachkompetenz als zunehmend schwierig. Das Konzept ASTRAIN soll dazu beitragen, die allgemeine Sprachkompetenz von Alzheimer-Patienten so lange wie möglich vital zu halten. Die einzelnen Trainingseinheiten beinhalten Vorlesen, sprachliche Biografiearbeit, Sprachübungen zur zeitlichen und räumlichen Orientierung, Sprachbeispiele, Möglichkeiten des Einsatzes konkreter Poesie sowie Überlegungen zu einem „mobilen“ Sprachtraining.

Unter den kognitiven Beeinträchtigungen bei Alzheimer-Demenz kommt dem Sektor „Sprache“ eine herausragende Bedeutung zu. Als Alois Alzheimer im Jahre 1906 der Fachwelt den später nach ihm benannten Demenz-Typ vorstellte, gab er eine sehr detaillierte Beschreibung der mit dieser Krankheit einhergehenden tief greifenden Sprachstörungen, die er als wesentliches Kennzeichen der Demenzerkrankung bewertete. Während in den Anfängen des 20. Jahrhunderts die typischen Sprachstörungen als integraler Bestandteil einer Demenzsymptomatik erkannt und diskutiert wurden, verloren sie in den medizinischen und psychiatrischen Beschreibungen der darauf folgenden Jahrzehnte weitgehend an Bedeutung: Die Aufmerksamkeit richtete sich zunehmend auf allgemeine kognitive Defizite und Gedächtnisbeeinträchtigungen, Sprachstörungen dagegen wurden nur allgemein thematisiert.

Die Untersuchungen der letzten Jahre und Jahrzehnte zu Sprachstörungen bei der Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT) be-



*Prof. Dr. phil.
Gerhard Köpf*

schränkten sich auf die Charakterisierung gestörter lexikalischer Sprachfunktionen – gemeint sind damit solche Sprachauffälligkeiten, die sich auf der Wort-Ebene bemerkbar machen und die auf eine Beeinträchtigung des „inneren Lexikons“ zurückgeführt werden: z.B. Schwierigkeiten, Gegenstände zu benennen, Wortfindungsprobleme, eingeschränkter bzw. verarmender Wortschatz, Beeinträchtigungen der Wortproduktion und des Wortverständnisses sowie Auffälligkeiten bei Wortassoziationen. Offenbar sind diese lexikalischen Sprachauffälligkeiten von Alzheimer-Patienten ein komplexes Phänomen, das auf mehrere Ursachen zurückgeführt werden kann:

- **Zugangsdefizite** zum lexikalischen Speicher und
- **Abbauprozesse** innerhalb der Netzwerkverbindungen des lexikalischen Speichers.

Da das innere Lexikon aber nicht nur ein rein linguistischer Prozessor ist, der die für die Sprache notwendigen lexikalischen Einheiten speichert, sondern gleichzeitig auch einen Speicher für das im Leben angesammelte „Weltwissen“ darstellt, kommen Abbauprozesse innerhalb dieses Speichers dem „Verlust von Weltwissen“ gleich.

Diskrepanzen bei Benennung und Bewertung von Sprachstörungen bei der Alzheimer-Demenz

Die Verbindungen von sprachlichen und allgemeinen kognitiven Prozessen sind derart komplex, weitläufig und differenziert, dass die Bedeutung von Sprachstörungen bei der Alzheimer-Demenz unklar ist. Es stehen sich zwei Hypothesen gegenüber:

- Sprachstörungen als primäres Symptom: die Erkrankung betrifft das Sprachsystem direkt, und die Sprachstörungen sind somit ein obligatorisches Krankheitssymptom der Alzheimer-Demenz.
- Sprachstörungen als sekundäres Symptom, also als Folge der Beeinträchtigung anderer kognitiver Funktionen.

Auch auf der terminologischen Ebene gibt es offene Fragen – im Wesentlichen sind auch hier zwei Argumentationsrichtungen zu erkennen:

Differenzierung von Aphasie mit Pseudo-Aphasie

Aphasie	Pseudo-Aphasie bei DAT
<ul style="list-style-type: none"> ■ Umschriebenes, relativ eng begrenztes Geschehen ■ Fokale Teilleistungsstörung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diffus; weite Teile des Gehirns betreffend ■ Generalisierte Störung höherer Hirnleistungen ■ Sprachstörungen ohne fokale Läsionen im Bereich der Sprachregion

Tabelle 5: Auch wenn die Ausfälle ähnlich sind, so liegt nach Ansicht von Neurolinguisten bei Demenz vom Alzheimer-Typ meist keine echte Aphasie vor.

- Neurologen und Psychiater verwenden für Sprachbeeinträchtigungen bei der Alzheimer-Demenz überwiegend den Begriff der „Aphasie“ als allgemeines Synonym für „Sprachstörung“.
- Neurolinguisten lehnen den Begriff der Aphasie für die Bezeichnung demenzieller Sprachstörungen mit dem Hinweis ab, der Begriff kennzeichne ein ganz spezifisches, eindeutig klassifizierbares Sprachstörungsbild, das durch ein klar beschreibbares und eindeutig lokalisierbares hirnanorganisches Geschehen verursacht wird. Demenzielle Sprachstörungen seien dagegen weitaus unspezifischer und diffuser Herkunft. Als Ersatzbegriffe werden „Dyslogie“ und „Pseudo-Aphasie“ diskutiert (Tabelle 5).

Eine Abgrenzung der Sprachstörungen bei Alzheimer-Demenz von der Aphasie erscheint auch deshalb sinnvoll, weil es Unterschiede in der Ätiologie, im Verlauf wie auch in der Therapierbarkeit gibt (Tabelle 6).

Während es für Patienten mit einer klassischen Aphasie klare logopädische Konzepte gibt, besteht bezüglich der Pseudo-Aphasie bei Patienten mit Alzheimer-Demenz ein gewisser sprachtherapeutischer Nihilismus – obwohl es eine

Mobilisierbarkeit von Reservekapazitäten gibt und obwohl durch entsprechende sprachtherapeutische Maßnahmen Reorganisationskompetenzen aktiviert und der progrediente Sprachabbau verzögert werden könnten.

Sprachtherapeutische Ansätze bei Alzheimer-Demenz

Als Basishypothese gilt: Jede Sprachtherapie bei Patienten mit Alzheimer-Demenz sollte den Beziehungsaspekt der Kommunikation über deren Inhaltsaspekt setzen. Dies wurde auch bei der Konzeption von ASTRAIN berücksichtigt.

ASTRAIN steht als Akronym für „Alzheimer-Sprach-Training“. Ausgehend vom Abbau der Sprachkompetenz bei leichter bis mittelschwerer Demenz wird das Sprachtraining auf drei Säulen aufgebaut: auf einer auditiven, einer rezeptiven und auf einer produktiven Säule.

- Die **auditive Säule** wird gestützt durch Vorlesen, entweder kürzerer literarischer Texte oder auch Lesebuchtexte, die

Unterschiede bei Verlauf und Therapie von Aphasie und Pseudoaphasie		
	Aphasie	Pseudo-Aphasie bei DAT
Verlauf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nicht progredient ■ Potenziell reversibel 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Progredient ■ Nicht reversibel
Therapierbarkeit	Logopädiekonzepte: <ul style="list-style-type: none"> ■ Stimulierung und Deblockierung ■ Störungsspezifische Therapieformen ■ Linguistisch-soziale Reintegration 	Sprachtherapeutischer Nihilismus trotz <ul style="list-style-type: none"> ■ Mobilisierbarkeit von Reservekapazitäten ■ Aktivierung von Re-Organisationskompetenzen ■ Verzögerung des progredienten Sprachabbaus

Tabelle 6: Obwohl die Sprachstörungen bei Demenz vom Alzheimer-Typ progredient und irreversibel sind, lassen sich therapeutisch durchaus positive Effekte erzielen.

keine allzu hohen Anforderungen im Wortschatz stellen. Eine Unterstützung der

- **rezeptiven Säule** erfolgt durch Reorganisationshilfen, die dem Patienten zur Verfügung gestellt werden – beispielsweise alte Fotografien oder alte Bücher, die er kennt. Für die Stützung der

- **produktiven Säule** sollte das erinnerte und erinnernde Erzählen gefördert werden, indem also der Patient zum Erzählen angeregt wird.

Durch die Auswahl der Themen im Sprachtraining können weitere Dimensionen gezielt gefördert werden: Über eine linguistische Biografiearbeit wird die „Ich“-Dimension gestützt, aber auch die räumliche Wahrnehmung (Zimmer, Haus, Straße etc.) und die Zeitwahrnehmung (Tageszeiten, Jahreszeiten etc.) können trainiert werden.

Schließlich ist es auch die Dimension der Sprache selbst, die im Sprachtraining genutzt werden kann. Hierzu zählen als einfachste Form Buchstabenspiele, etwa Anagramme (Bildung neuer Wörter durch Umstellung von Buchstaben oder Silben), Palindrome (Wörter oder Sätze, die von vorne wie von hinten gelesen einen Sinn ergeben) und Sprachspiele (z.B. Wortreize). Als weitere Elemente können hier Lautspiele (Zungenbrecher) eingesetzt werden. Die nächste Ebene wären Homonyme (doppeldeutige Begriffe, z.B. Strauß, Bank). In das gezielte Training der Dimension Sprache fällt auch der Bereich der konkreten Poesie, der nicht nur durch Reime und Strophen, sondern z.B. auch durch Piktogramme (grafische Symbole mit feststehender Bedeutung, z.B. Verkehrszeichen), Ideogramme (z.B. Grube, Mond) gefördert werden kann.

Begleitend zum Sprachtraining sollte ein Lexikon der verlorenen Wörter angelegt werden. Denn bei jeder Sprachtrainingseinheit kann man feststellen, dass Wörter nicht mehr gewusst werden. Diese Wörter werden in einer Art „Vokabelheft“ notiert und bei der nächsten Trainingseinheit wieder neu eingeübt.

Bei einer schweren Demenz vom Alzheimer-Typ stehen andere Ziele im Vordergrund. Hier geht es in erster Linie um

die längstmögliche Erhaltung der Differenzierungs-, Lokalisierungs- und Expressionskompetenz. Die Differenzierungskompetenz orientiert sich an der Leitfrage „Wie?“ (z.B. heiß – kalt, gut – schlecht). Auch die Lokalisierungskompetenz (Leitfrage „Wo?“) schwindet bei den Patienten mit der Zeit; sie ist aber nicht nur für die Orientierung wichtig, sondern zum Beispiel auch für den behandelnden Arzt, um herauszufinden, wo es wehtut. Die Expressionskompetenz orientiert sich an der Leitfrage „Was?“ – auch diese Leitfrage ist wichtig für die Kommunikation, wobei auch hier der Beziehungsaspekt wichtiger ist als der Inhaltsaspekt.

Repetitive transkranielle Magnetstimulation

Als unterstützende Methode gibt es vereinzelt gute Erfahrungen mit der repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS). Diese Methode, die ansonsten bei therapierefraktären Depressionspatienten eingesetzt wird, soll die neuronalen Netzwerke durch Magnetimpulse aktivieren.

Generell sollte bei der Wahl der sprachtherapeutischen Maßnahmen auch die Prädisposition der Einzelnen berücksichtigt werden. Derzeit ist von der Alzheimer-Demenz sozusagen eine „Prä-Pisa-Generation“ betroffen – also Menschen, die in ihrer Kindheit und Jugend zum Teil noch Gedichte auswendig gelernt haben. Bei vielen dieser Patienten führt zum Beispiel der Reim zu einer Sicherheit in der Sprache. Ferner hat es sich als sinnvoll erwiesen, solche Sprachübungen zu strukturieren, so dass sie immer zu bestimmten Zeiten in einer bestimmten Umgebung und in einem möglichst entspannten Rahmen stattfinden, eher mit spielerischer Leichtigkeit als mit schulischem Ernst. Hier geht es schließlich nicht um eine Bewertung, sondern um Motivation – und die ist vor allem durch spielerische Elemente erzielbar.

Literatur:

Engel, Sabine: *Aphasie bei Demenz? Ansätze einer geriatrisch orientierten Linguistik*. Aachen: Shaker Verlag 2001
 Hampel, Harald, et al.: *Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien*. Stuttgart: Wiss. Verlagsgesellschaft 2003
 Köpf, Gerhard: *ASTRAIN. Das Alzheimer-Sprach-Training*. Oberhausen: Karl Maria Laufen Verlag 2001

Sprech- und Sprachstörungen

Begleitende Sprachtherapie bei Alzheimer-Demenz

DIPL.-PÄD. ERIKA SINZ

Als begleitende Maßnahme zur medikamentösen Therapie ist bei Patienten mit Alzheimer-Demenz eine Sprachtherapie sinnvoll. Hirnleistungs- und Gedächtnistraining sind wichtig, aber nicht ausreichend. Die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit ist Voraussetzung dafür, dass der Patient Bereitschaft entwickelt, seine Alltagsaktivitäten aufrechtzuerhalten und spezielle Mnemotechniken anzuwenden. Nur durch eine vielfältige kognitive Aktivierung kann der Hirnabbauprozess gebremst werden.

Sprachtherapie bei Aphasie gilt als selbstverständlich. Die Erkenntnis, dass Sprachdiagnostik – sogar zur Früherkennung – und Sprachtherapie auch bei Demenz indiziert und sehr hilfreich sein können, hat sich dagegen noch wenig durchgesetzt.

Die Sprachstörungen und Therapieansätze von Aphasie- und Demenzkranken unterscheiden sich wesentlich. Der Demenzkranke wird dadurch auffällig, dass er – bei sonst ungestörter Sprachform – im Gespräch öfter den roten Faden verliert, die Fragen des Kommunikationspartners überhört, sich seine Aussagen mehrmals wiederholen, Begriffe umschrieben werden, die Sätze an Prägnanz und Aussagegewert verlieren. Die Zuordnungen von Zeit zu Ort oder Personen gehen durcheinander. Zugleich entwickeln sich Ängste, die verhindern, Nichtverstandenes nachzufragen. Im Umgang mit Familienangehörigen bleibt dieser Abbau lange Zeit unbemerkt, der soziale Rückzug wird fehlgedeutet, und die Kommunikation wird verpasst.



*Dipl.-Päd.
Erika Sinz*

Die Vielfältigkeit neuropsychologischer Störungen, zum Teil auch auf Grund stattgefundener Apoplexie, rechtfertigt neben der ergotherapeutischen eine gründliche sprachtherapeutische Diagnostik. Denn es ist die Sprache, die menschliches Bewusstsein ausdrückt, die denkfördernd ist oder Erinnerungen auffrischt. Es geht darum, häufig themenbezogen und themenabhängig mitunter sehr gut erhaltene Sprachfähigkeit herauszufinden und durch Gebrauch zu fördern, wodurch der Zusammenbruch in die Pflegebedürftigkeit hinausgezögert wird.

Indem der Therapeut und Beziehungspersonen die Demenz als Krankheit auch verinnerlicht haben, versteht sich ein der Würde des Betroffenen entsprechender Umgang, was sich in der Stimmigkeit der verbalen und Körpersprache des Therapeuten niederschlägt.

Die Diagnostik beginnt natürlicherweise mit einem Gespräch, prüft Lesen, Schreiben, Verstehen von Handlungsaufforderungen, ggf. auch Textverständnis, die visuelle Wahrnehmung sowie die Verfügbarkeit von Begriffen. Dazu eignen sich u.a. Untertests aus dem Aachener Aphasie-Test (AAT):

- **Spontansprache:** wird im Rahmen eines semistandardisierten Interviews zu Familie, Beruf, Biografie und Hobby analysiert. Sie ist sehr informativ bezüglich Kommunikationsfähigkeit, Satzbau, Wortfindung, phonematische oder semantische Paraphrasen; andererseits widerspiegeln sich Selbstbewusstsein, Mitteilungsbereitschaft, Erfahrungen und Interessen.
- **Nachsprechen:** ist aussagekräftig für Hören (Phonemverständnis), Zuhörenkönnen, aber auch für die Reichweite des Arbeitsgedächtnisses. Es umfasst Laute, einfache und zusammengesetzte Wörter wie Sätze – ähnlich der Vorgehensweise im AAT.
- Der **Tokenstest**, von de Renzi und L. A. Vignolo 1962 entwickelt und von Huber et al. 1983 in den AAT aufgenommen, eignet sich vorzüglich, um einfaches und komplexes Sprachverständnis sowie Arbeitsgedächtnis oder Konzentrationsfähigkeit einschätzen zu können.

- **Lesefähigkeit** wird an sehr einfachen, frequenten Wörtern, an einzeln vorgelegten sowie fortlaufenden Sätzen in Textform in Erfahrung gebracht.
- **Lesen-Sinn-Verständnis** wird auf Wort-, Satz- und Textebene geprüft.
- **Schreibaufgaben** sind aufschlussreich für Sprachgehör wie auch visuelle Wahrnehmung.
- **Benennaufgaben** erfolgen für Objekt- sowie Handlungsbilder.
- **Vorgestellte Gestik** wird sowohl für die Kommunikation wie für den Objektgebrauch getestet.

Bei beginnender Demenz, wo es in der Oberflächenstruktur der Sprache wenig Auffälliges gibt, zeigt sich eine gewisse pathologische Veränderung vor allem in dem ausführlichen Interview, beim Verstehen und Nacherzählen von Texten, aber auch beim sprachlichen Erfassen von Handlungsbildern, wo in der Regel eine umschweifige Sprache gewählt wird.

Geistige Wendigkeit und Umstellfähigkeit werden durch folgende Untersuchungen in Erfahrung gebracht:

- **Doppeldeutigkeitstest** mit Homonymen: Hier geht es darum, ob der Patient die verschiedenen Bedeutungen desselben Wortes je nach Sinnzusammenhang unterscheiden kann.
- **Emmendinger Gesprächslegetest**: Bei diesem Test werden die Sätze zweier unabhängiger Situationen vermischt und sollen vom Patienten themengerecht zugeordnet werden (z.B. Bereich „Einkaufen“ u. Bereich „Arztbesuch“).
- **Wortflüssigkeitstest** aus CERAD: CERAD ist eine an der Universität Basel entwickelte neuropsychologische Testbatterie. Der Patient soll zu einem vorgegebenen Wort möglichst schnell weitere Begriffe assoziieren.
- **Wortpaar-Assoziationslern-Test** (modifiziert nach Hartje): Es werden zehn Ober-/Unterbegriff-Paare genannt (z.B. Gebäude – Scheune). Im Testdurchgang sind die zugehörigen Unterbegriffe zu erinnern.

Die Sprachdiagnostik gibt Aufschluss über die Kommunikationsfähigkeit, über die Vielschichtigkeit der Sprachverständnisstörungen z.B. durch Konzentrationsabbrüche, durch Vertauschungen von Objekt-Subjekt-Beziehungen, durch generelles Nichterfassen komplexerer grammatischer Strukturen. Sie deckt Entscheidungsschwierigkeiten sowie Störungen der Handlungsumsetzung auf. Lesen, Schreiben und Benennen können auf gestörte visuelle Wahrnehmung hinweisen. Wichtige Ergebnisse der Untersuchung sind folgende:

- Kann sich der Betroffene mitteilen, also Wünsche und eigene Gedanken äußern?
- Besteht die Fähigkeit zum Gespräch?
- Können Schreiben und Lesen als Gedächtnisstützen oder zur Sprachbereicherung eingesetzt werden?

Praktische Beispiele zur Sprachdiagnostik und -therapie

Dass eine Früherfassung von Sprachstörungen und eine therapeutische Intervention möglich sind, wird in den folgenden drei Kasuistiken deutlich:

Kasuistik 1:

Bedeutung der Sprachfrühdagnostik

Patient H. J., Unternehmer, 72 Jahre alt, überdurchschnittlich intelligent, überfreundlich, euphorisch, ständig witzelnd, eloquent mit einer sehr flüssigen Spontansprache. Er zeigt verstärkt Stimmchwund und hat einige Schwierigkeiten, Lebensereignisse zeitlich schlüssig darzustellen, ein einfaches Haus zu malen und den Text einer einfachen Geschichte zu erfassen. In der Tagesklinik fallen seine Schwierigkeiten auf, sich im Haus zurechtzufinden, sich sein ihm zugewiesenes Bett zu merken und sich den Therapieablauf einzuprägen. Die kognitiven Leistungstests sind unauffällig. Der Uhrentest ist insofern auffällig, dass der Patient die Zahlen von 12 bis 23 einträgt. Der Patient selbst beklagt als einziges Problem eine Gedächtnisverschlechterung – vielleicht auch des-

halb, weil er dies für sozial akzeptabel ansieht. Andere Schwierigkeiten versucht er herunterzuspielen. Auf Grund der Diagnostik, die eine demenzielle Sprachveränderung dokumentierte, konnte eine störungsspezifische, erfolgreiche Sprachtherapie durchgeführt werden.

Das CCT (Craniales Computer-Tomogramm) weist leichtgradige ischämische degenerative Marklagerveränderungen und eine linksseitige Temporallappen-Hypodensität nach. Daraus ergibt sich die Verdachtsdiagnose einer fronto-temporalen Demenz mit einer gut erhaltenen Kognition.

Für die Therapie erwiesen sich bei diesem Patienten Atem- und Stimmtherapie als guter Behandlungseinstieg. Es zeigte sich, dass Tonhaltedauer und Modulationsfähigkeit gut entwickelbar waren und die Stimme nach wenigen Behandlungen an Deutlichkeit gewonnen hatte. Die Stimme war als Mittel eingesetzt worden, um Sprachdefizite zu vertuschen. Daran schlossen sich Übungen zum inhaltlichen Erfassen einfacher Texte an – mit großem Erfolg: Der Patient hatte Interesse und Freude, abschnittsweise für ihn relevante Berichte zu lesen, zu durchdenken und den Inhalt jeweils in einem Satz niederzuschreiben. Auf diese Weise war er noch am anderen Tag in der Lage, sich an den erarbeiteten Text zu erinnern und ihn wiederzugeben. Die Therapie hatte den Patienten stimmlich sicherer gemacht und ihm das Gefühl gegeben, dass sich dieser multimodale Aufwand günstig auf die Gedächtnisbildung auswirkt.

Kasuistik 2:

Sprachliche Differenzialdiagnostik

Patient M. G., Erster Polizeihauptkommissar, 81 Jahre, mit bekanntem Morbus Parkinson. Seit sechs Monaten optische Halluzinationen und Verkennen von Personen, paranoid anmutendes Befremden in der eigenen Wohnung, die für ein Hotel gehalten wird, gestörte Handlungsplanung. Der Patient ist rollstuhlpflichtig und unfähig, Speisen oder Getränke zum Munde zu führen. Er spricht nur noch selten und wenn, dann unverständlich und Abwegiges.

In der Sprachtherapie wurde durch biografisch bezogene Fragen zunächst Interesse geweckt und ein Gespräch induziert. Die wenigen Sprachäußerungen wurden jedoch zunehmend verständlich, wenn auch weiterhin im Telegrammstil gehalten und auf wenige Inhaltswörter begrenzt. Er konnte immerhin vermitteln, dass er den Krieg als Soldat erlebt hatte und in russischer Gefangenschaft war. Bei Fragen zum Beruf lebte er auf, sprach von öffentlich bekannten Kriminalfällen und nannte Namen aus dem Kommissariat. Motorisch war er stimuliert, nun fast selbstständig aus einem Glas zu trinken, wozu er zuvor nicht in der Lage war.

Die psychotischen, kognitiven und apraktischen Störungen sowie die stark fluktuierende Vigilanz und Ansprechbarkeit führten neben der Diagnose Morbus Parkinson zunächst zur Verdachtsdiagnose der Lewy-Body-Demenz.

In der Therapie wurde durch Patienten-zentrierte Gespräche zunächst eine Vertrauensbasis geschaffen, die zu mehr kognitiver und motorischer Beweglichkeit führte. Durch den Einsatz von Lesekarten mit kurzen, bekannten Substantiven verbesserten sich Aufmerksamkeit und Verständnis. Einige Wörter konnten vorgelesen werden, was zuvor nicht gelungen war. Das Betrachten bekannter Abbildungen regte seine Sprachproduktion an. Seine Sprache wurde innerhalb weniger Sitzungen verständlicher und situationsgerecht. Das allgemeine Wohlbefinden verbesserte sich in einem relativ kurzen Behandlungszeitraum. Die psychotischen Störungen ließen nach.

Die Sprachtherapie trug bei diesem Patienten deutlich zur Differenzialdiagnose bei: Das Abklingen von Wahn und Halluzinationen im Verlauf weniger sprachtherapeutischer Sitzungen und das verbesserte semantische Verständnis, die Fähigkeit, Objekte und Tatbestände zu benennen bei anhaltenden Artikulations- und grammatischen Störungen, sprachen gegen die Verdachtsdiagnose der Lewy-Body-Demenz, so dass hier eher von einer Parkinson-Demenz mit episodischer psychotischer Symptomatik auszugehen war.

Kasuistik 3:

Sprachdiagnostik bei Kombinationstherapie

Patient H. J., Betriebsratsvorsitzender, 72 Jahre. In der Spontansprache fallen der gestörte Zugriff auf Inhaltswörter und die Satzabbrüche auf. Auf die Frage nach seinen Problemen gibt er an, dass er sich „nicht richtig artikulieren“ kann, berichtet dann aber auch, dass er sich zum Beispiel im Kaufhaus nur einmal umzudrehen bräuchte und dann gar nicht mehr wisse, wo er wäre.

Der Tokentest machte deutlich, dass mehrgliedrige, differenzierte Anweisungen nicht erfasst wurden und dass auch die grammatische Satzverarbeitung zu 50 % nicht mehr geleistet werden konnte. Das Benennen einfacher Objekte und die Handlungsbeschreibung nach Bildvorlage waren jedoch weitgehend intakt. Lesen und schreiben konnte er noch relativ gut, jedoch waren das Sprachverständnis bei phonematisch ähnlichen Wörtern und die Satzverarbeitung leicht gestört. Der Patient kannte seine Diagnose – eine mittelgradige Demenz vom Alzheimer-Typ – und empfand starken Leidensdruck.

In der Therapie war der Patient seit einem halben Jahr sehr gut mit einem antriebssteigernden Antidementivum eingestellt und hatte Sprachtherapie erhalten, so dass nach dieser Zeit keine Verschlechterung, sondern sogar Verbesserungen der Benenn- und Lesefähigkeit sowie des lexikalischen und episodischen Gedächtnisses zu verzeichnen waren. Die an Bildern orientierte therapeutische Vorgehensweise verbesserte das sprachliche Denken. Favorisiert wurden einfache Satzstrukturen (S-P-O-Sätze), Benennen und Kombinieren von Bildern, damit sich Sprachmuster stabilisierten. Gespräche über die Auswirkungen seiner Krankheit auf das Lebensgefühl sowie der Einsatz von Entspannungs- und Atemtherapie verbesserten sein Wohlbefinden, die Krankheitsakzeptanz und die Ausdrucksfähigkeit.

Schlussfolgerungen

- Außer dem Gedächtnis betreffen demenzielle Störungen in höherem Maße als bislang allgemein berücksichtigt

auch die neuropsychologischen Grundlagen der sprachlichen Kompetenz. Dazu können Sprachplanung, Sprachblockaden im Sinne einer Sprechapraxie, Wortfindungsstörungen, Störungen des Wortverständnisses und visuo-spatiale Defizite gehören. Dies erfordert ein Umdenken in der Therapie. Wichtig ist dabei auch, dem Demenzpatienten einen Zugang zur Sprache durch entsprechende Anregungen zu ermöglichen.

- Mit Sprachdiagnostik können demenzielle Störungen einschließlich der verbalen und episodischen Gedächtnisdefizite frühzeitig und differenziert erfasst werden, was mit Gedächtnistests allein weniger und mit dem MMSE nicht zu leisten ist.

- Die Frage, ob eine wirksame Sprachtherapie für Demenzkranke zur Verfügung steht, die eine Frühdiagnostik rechtfertigt, kann bejaht werden. Ein Beispiel ist das Alzheimer-Demenz-Sprachprogramm ASTRAIN. Kommunikations- und Gedächtnistherapie stützen sich auf die oft gut erhaltenen Sprachmodalitäten Lesen und Schreiben. Eine an den Interessen, biografischen Erfahrungen und Restfähigkeiten orientierte ökologische Sprachtherapie fördert Motivation und Selbstbewusstsein als wichtige Voraussetzungen für die Behandlung der Krankheit.

- Sprachtherapie allein und alleinige medikamentöse Therapie bringen weniger als eine Kombination beider Behandlungsformen. Es gibt Hinweise darauf, dass die zusätzlich antriebssteigernde Eigenschaft des Antidementivums Memantine die sprachtherapeutischen Effekte auf Kommunikationsbereitschaft und Selbstständigkeit potenziert.

Schluckstörungen

Bei Demenz-Patienten noch zu wenig beachtet

DR. MED. MARTIN JÄGER

Schluckstörungen sind bei Demenz-Patienten mit Aspirationsraten von bis zu 24 % häufig, sie werden durch zusätzliche Aspekte wie kognitive, apraktische und agnostische Störungen kompliziert. Da die Voraussetzungen für eine kognitive und motorische Trainierbarkeit in den frühen Stadien besser sind, ist die frühzeitige Diagnose von Dysphagien wichtig. Für die Diagnostik kommt neben der Beachtung klinischer Hinweise durch alle an der Betreuung Beteiligten auch der strukturierten klinischen Schluckuntersuchung eine wichtige Bedeutung zu.

Die national und international zunehmende Bedeutung von Schluckstörungen wird an der Erarbeitung evidenzbasierter Leitlinien in den USA, in Schottland und zuletzt auch in Deutschland deutlich. Schluckstörungen führen zu erhöhter Morbidität und Mortalität, zu reduzierter Lebensqualität sowie zu hohen Kosten für das Gesundheitssystem. Allerdings beschäftigt sich die überwiegende Zahl von Publikationen zum Thema Dysphagien schwerpunktmäßig mit Apoplex und Parkinson-Syndrom. Bei Patienten mit Demenzen liegen dagegen kaum Daten vor.

Insbesondere bei Patienten mit Alzheimer-Demenz wurde das Problem der Schluckstörungen bislang wenig beachtet: In einem Konsensus-Statement mehrerer amerikanischer Fachgesellschaften (American Association for Geriatric Psychiatry, Alzheimer's Association, American Geriatrics Society) von 1997 finden sich denn auch keine Aussagen zu Bedeutung und Häufigkeit von Schluckstörungen. Im Jahre 2003 hat die Deutsche Gesellschaft für



*Dr. med.
Martin Jäger*

Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGN-KN) eine Leitlinie zu neurogenen Dysphagien publiziert – dort gibt es zwar gute Prävalenzdaten zu vielen anderen neurologischen Erkrankungen, aber nicht zu Demenzen.

Mögliche Gründe für die mangelnde Beachtung von Schluckstörungen bei Demenzpatienten liegen vermutlich in der Komplexität des Themas sowie in der Heterogenität der Demenzkranken. Einige Ernährungsprobleme – wie zum Beispiel schlechter Zahnstatus oder schlecht sitzende Zahnprothesen, Antriebs- und Appetitlosigkeit – hängen nicht mit einer oropharyngealen Dysphagie im engeren Sinne zusammen. Darüber hinaus können auch internistische Probleme wie Ulkuskrankheiten, Soor oder auch medikamentöse Nebenwirkungen zu Ernährungsstörungen führen. Große Bedeutung haben in diesem Zusammenhang auch affektive, agnostische und apraktische Probleme mit der Notwendigkeit von Hilfestellung, Anleitung und Kontrolle beim Essen und Trinken.

Insgesamt bilden die Ernährungsstörungen bei Demenzpatienten also eine große Herausforderung an Diagnostik, Bewertung sowie Patienten- und Angehörigenaufklärung. Denn nicht jede Ernährungsstörung ist eine Schluckstörung, aber eine Schluckstörung als Ursache von Ernährungsstörungen ist häufig mit schweren Komplikationen verbunden, und außerdem können die oben genannten Faktoren die Auswirkungen von Schluckstörungen wesentlich verstärken.

Dies zeigt die Notwendigkeit einer frühzeitigen Differenzialdiagnostik unter Berücksichtigung des Gesamtbildes der Fähigkeitsstörungen. Dabei sollten Art, Schwere und die Prognose der oropharyngealen Dysphagie bestimmt werden. Daraus ergibt sich die Möglichkeit zur Einschätzung einer individuellen Therapieindikation und Therapiefähigkeit mit dem Ziel der Entwicklung individuell adaptierter Strategien.

Häufigkeit von Schluckstörungen bei Demenzpatienten

Die Demenz vom Alzheimer-Typ macht zirka 70 % aller Demenzerkrankungen aus. Betroffen sind 6 bis 8 % aller

über 65-Jährigen und zirka 30 % aller über 85-Jährigen. Nach den Daten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft geht man hier zu Lande von ein bis zwei Millionen Betroffenen aus.

Etwa 14 % aller über 60-Jährigen weisen eine Dysphagie auf. Damit sind Dysphagien in etwa so häufig wie der Typ-2-Diabetes. Oft sind die Dysphagien assoziiert mit verschiedenen neurologischen Erkrankungen, wie Apoplex, Parkinson und Demenz. Von den Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Demenz zeigen in der Videofluoroskopie (VFS) 84 % Abnormalitäten in der oropharyngealen Phase, und bei 24 % wird in der VFS eine Aspiration beobachtet.

Aspirationspneumonie als gefährliche Komplikation

Nach dem Evidence-Report der amerikanischen Gesundheitsorganisation AHCPR (Agency for Health Care Research and Policy) führen etwa 22 % der durch die VFS diagnostizierten Aspirationen zu Pneumonien. Die pneumoniespezifische Mortalitätsrate liegt bei diesen Patienten bei 20 %, und 90 % der Pneumonietoten sind über 65 Jahre alt. Nach den Daten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft gilt die Pneumonie als häufigste Todesursache im Alzheimer-Endstadium.

Dysphagie und Aspiration sind zwar die Voraussetzungen für die Entwicklung einer Aspirationspneumonie, jedoch führen nicht alle Aspirationen zur Pneumonie. Das Risiko hängt von vielen Faktoren ab, wie zum Beispiel der Aspirationsfrequenz, dem Aspirationsvolumen, der Zusammensetzung des Aspirates sowie von der Keimbelastung der oralen Sekrete. Daraus lässt sich die große Bedeutung einer guten Mundhygiene für die Prävention einer Aspirationspneumonie ableiten. Ein weiterer Faktor ist der pH-Wert des Aspirates, der zum Beispiel bei Refluxkrankheiten in den sauren Bereich absinken kann. Eine Aspiration von Magensaft wird in der englischen Literatur als „catastrophic event“ beschrieben. Auch die Aspiration von sauren

Speisen und Fruchtsäften ist mit großen Gefahren besetzt. Das bedeutet: Die Zusammensetzung der Speisen und Flüssigkeiten, die dem Patienten vorgesetzt werden, beeinflusst das Risiko für Aspirationspneumonien. Weitere Einflussfaktoren sind der allgemeine Ernährungszustand, der Immunstatus, die pulmonale Clearance sowie die Funktion von Schutz- und Reinigungsmechanismen wie zum Beispiel Hustenreflex.

Diagnostik von Schluckstörungen

Auch bei Schluckstörungen sind die Voraussetzungen für die kognitive und motorische Trainierbarkeit in den frühen Stadien besser. Ziele einer solchen Intervention sind

- die Ermöglichung ausreichender Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr in angemessener Zeit,
- ein ausreichender Schutz der tiefen Atemwege,
- die Verhinderung teurer und tragischer Sekundärkomplikationen,
- die Maximierung der funktionellen Performance und
- der Erhalt oder sogar die Verbesserung der Lebensqualität.

Um dies zu erreichen, ist es zunächst einmal wichtig, überhaupt daran zu denken und gezielt auf klinische Hinweise zu achten. Das Gefühl des „Sichverschluckens“ oder das des Steckenbleibens von Nahrung sind bekannte, aber nicht die einzigen Hinweise auf Schluckstörungen: 40 bis 60 % der apparativ gesicherten Schluckstörungen werden wegen fehlender oder atypischer Symptomatik nicht erkannt. Dabei zeigt die Erfahrung, dass die unerkannte „stille“ Aspiration keinesfalls harmlos ist, sondern sogar mit einer sechsfach höheren Pneumonierate assoziiert ist als die symptomatische, bei der noch der Hustenreflex funktioniert.

Wegweisende, aber häufig fehlgedeutete Symptome können sein:

- belegte Stimme
- Räuspern
- Husten

- häufige Atemwegsinfekte
- Erstickungsanfälle
- Exsikkose
- Malnutrition
- Gewichtsabnahme
- Einschränkung des Genusses von Essen und Trinken

Zu den möglichen Komplikationen von Schluckstörungen gehört die Exsikkose, die demenzielle Symptome, apathische Tendenzen und Medikamenteninteraktionen verstärken kann. Wenn die Schluckstörung zur Malnutrition führt, dann ist dies mit einem achtfach erhöhten Mortalitätsrisiko im Krankenhaus, mit einer höheren Komplikationsrate sowie mit einer längeren Liegedauer assoziiert. Der Eiweißmangel infolge der Malnutrition führt zu einer zunehmenden Schwäche der Muskulatur. Eine Bolusaspiration kann zu ei-

Interdisziplinäre Diagnostik der Dysphagie

Diagnostik	Inhalte	Fachdisziplin
klinische Hinweise	Beobachtung von anamnestischen Hinweisen und Symptomen	Pflege, Ärzte
klinische Basisdiagnostik	partielle Erfassung von Strukturen und Funktionen: Schluck-Check	Ärzte Sprachtherapie
Entscheidungsbaum/Einbettung in die Gesamtanamnese des Patienten		
Videoeskopie	dynamische bildhafte Darstellung, partielle Erfassung von Strukturen, Erfassung der Gesamtfunktionen	Geriatric; HNO; Innere Medizin, Sprachtherapie
Videofluoroskopie	dynamische bildhafte Darstellung, partielle Erfassung von Strukturen, Erfassung der Gesamtfunktionen	Geriatric; HNO; Innere Medizin; Sprachtherapie; Röntgenassistenten

Abbildung 8: Zu der frühzeitigen Erfassung der Dysphagie können verschiedene Mitglieder des „interdisziplinären Teams“ beitragen.

ner Atemwegsobstruktion bis hin zum Bolustod führen. Und schließlich können auch obere Atemwegsinfekte und Aspirationspneumonien auftreten.

Die Diagnostik von Dysphagien erfordert grundsätzlich ein interdisziplinäres Vorgehen (Abbildung 8). Anamnestische Hinweise und klinische Symptome können durch Ärzte, durch Pflegepersonal wie auch durch die Angehörigen erfasst werden. Neben der klinischen Basisdiagnostik durch den Arzt kann im Hinblick auf mögliche Schluckstörungen auch die Durchführung verschiedener Funktionstests durch den Sprachtherapeuten wertvolle Hinweise liefern. Die so erfassten Befunde müssen dann in ein Gesamtbild eingebettet werden, um bei Bedarf eine Weichenstellung für eine weitergehende apparative Diagnostik zu geben. Da auch die besten klinischen Untersuchungsmethoden nur eine Spezifität von etwa 70 % erreichen, hat die apparative Diagnostik in der Diagnosesicherung einen wichtigen Stellenwert. Die wichtigsten Methoden sind hierbei die Videofluoroskopie und die Videoendoskopie. Ein Barium-Breischluck ist wegen der Aspirationsgefahr bei Verdacht auf Schluckstörungen kontraindiziert.

Dagegen können eine HNO-Untersuchung, eine Pulsoximetrie, pH-Metrie, Manometrie oder Bronchoskopie im Einzelfall sinnvoll sein.

Videoendoskopie

Diese Untersuchungsmethode, die ohne Strahlenbelastung auskommt, liefert verlässliche Aussagen zur Einschätzung des Aspirationsrisikos und zum Auftreten von Pneumonien, sie ermöglicht eine gute Larynxbeurteilung und Diagnostik struktureller und funktioneller Veränderungen in diesem Bereich. Die Durchführung ist beim liegenden Patienten und bei Bedarf auch direkt am Patientenbett möglich. Ihre Nachteile sind die fehlende Beurteilungsmöglichkeiten der oralen Phase, auch die pharyngeale Phase direkt im Schluckakt ist auf Grund der Kontraktionswelle wenig beurteilbar.

Videofluoroskopie (VFS)

Dabei handelt es sich um eine dynamische, röntgenestützte Videoaufzeichnung des Schluckaktes. Durch die Verwendung spezieller Kontrastmittel in unterschiedlichen Mengen und Konsistenzen kann die optimale Nahrungszusammensetzung für den Patienten ermittelt und so ein hoher Sofortnutzen für die Patientenversorgung erzielt werden. Die gesamte Untersuchung dauert etwa 20 Minuten, die reine Durchleuchtungszeit beträgt drei bis fünf Minuten, anschließend erfolgt eine detaillierte Videoanalyse.

Insgesamt ermöglicht die VFS

- die Objektivierung von Dysphagiesymptomen
- die Spezifizierung physiologischer und biomechanischer Parameter einer gestörten Schluckfunktion
- den Nachweis von Bolusresten in Valleculae oder Recessus piriformes
- die Bestimmung von oropharyngealen Transitzeiten,
- eine individuelle Ernährungsplanung
- die Evaluation der Effektivität von Veränderungen der Körperhaltung, Boluskonsistenz, Schlucktechniken und anderen kompensatorischen Strategien
- die Dokumentation des Status vor und nach Therapie

Die häufigsten pathologischen Befunde, die bei Alzheimer-Patienten in der VFS gefunden werden, sind:

- Verzögerung der Schluckreflexauslösung
- Störung der oralen Vorbereitungsphase
- Verlängerung der oralen Transitzeit für feste Konsistenz
- Verlängerung der Gesamttransitzeit für flüssige Konsistenzen und
- Einschränkung der pharyngealen Clearance mit Pooling in den Recessus piriformes

Fazit

Schluckstörungen müssen im Gesamtbild der Demenzen frühzeitig berücksichtigt und im Zusammenhang mit den

anderen kognitiven und neuropsychologischen Störungen beurteilt werden. Durch das frühzeitige Erkennen von Schluckstörungen und eine adäquate Intervention lassen sich vitale Risiken vermeiden und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern. Dazu ist auch die regelmäßige Evaluation des Schluckstatus sehr wichtig.

Dysphagie-Management

Therapeutische Strategien bei Dementen

DIPL.-PÄD. TANJA RITTIG

Wenn ein geriatrischer Patient an Demenz erkrankt ist und eine sekundäre Schluckstörung entwickelt, stellt dies für die Schlucktherapie eine große Herausforderung dar. Ein gut strukturiertes Dysphagie-Management ist in der Lage, die Risiken durch Obstruktion der oberen Atemwege bei Bolusaspiration, untere Atemwegsinfektionen bis hin zur Aspirationspneumonie, Malnutrition und Exsikkose zu vermindern. Das hier vorgestellte Dysphagiemanagement und insbesondere die therapeutischen Strategien umfassen den gesamten Versorgungsprozess bei dementen schluckgestörten Patienten.

Zum Dysphagiemanagement gehören anamnestiche Hinweise, die Erfassung von Symptomen, die Diagnostik und therapeutische Möglichkeiten – von speziellen schlucktherapeutischen über pflegerische bis hin zu diätetischen Maßnahmen. Die Gestaltung sollte individuell, stadiengerecht und symptomorientiert auf den Patienten abgestimmt sein. Eine entscheidende Bedeutung haben auch die möglichst frühe und kontinuierliche Beratung und Begleitung der Patienten und Angehörigen.

Ein gut strukturiertes Dysphagiemanagement ist in der Lage, die Risiken der Schluckstörungen zu minimieren. Durch den Einsatz spezieller therapeutischer Maßnahmen und Techniken soll die Möglichkeit der oralen Ernährung wiederhergestellt werden. Zu den Besonderheiten in der Therapie von Demenzpatienten zählen der Verlust der intellektuellen Fähigkeiten, ein Nachlassen des



Dipl.-Päd. Tanja Rittig

Gedächtnisses und die Beeinträchtigung höherer kortikaler Funktionen. Daraus resultiert die hohe Bedeutung einer genauen Differenzialdiagnostik, um eine sinnvolle und wirksame symptomatische Therapie zur Verbesserung der Kognition und Motorik einzuleiten (Tabelle 7).

Bei einem geriatrischen Patienten muss eine Dysphagie vorwiegend multifaktoriell gesehen werden. Da hier eine ursächliche Grunderkrankung vorliegt, handelt es sich bei Schluckstörungen von Alzheimer-Patienten um eine sekundäre Presbyphagie. Dies bedeutet, dass zusätzlich zu den typischen Fähigkeitsstörungen der Demenz die Folgen der physiologischen Altersveränderungen vorliegen.

Pathophysiologie

Unabhängig von einer zusätzlichen Erkrankung weist der geriatrische Patient die folgenden Altersveränderungen auf:

- schlechter Kiefer- und Zahnstatus bis hin zum völligen Zahnverlust,
- Gewebeeränderungen im oralen, palatalen und laryngealen Bereich,
- geringgradige Verminderung der Speichelproduktion,
- Verlängerung der Reaktionszeit bei neuromotorischen Funktionen sowie Abbau von Neuronen im ZNS,
- leichte Muskelatrophie,
- schnellere Ermüdbarkeit der Muskulatur,
- Reduktion der Perzeption und der Geschmacksknospen,
- Abnahme der reflektiven Aktivität im Kehlkopfbereich,
- reduzierte Pharynxperistaltik und leichte Verzögerung der Schluckreflex-Triggerung.

Bei Patienten mit einer Alzheimer-Demenz kommen zusätzlich – abhängig vom Krankheitsstadium – folgende Faktoren erschwerend hinzu:

- kognitive Probleme,
- Agnosie,
- Apraxie,
- Medikamenteneinflüsse,
- Appetitlosigkeit und herabgesetztes Durstgefühl.

Für den Alltag der Demenzpatienten bedeutet dies, dass die Nahrungsaufnahme immer problematischer wird und von den Betreuern viel Zeit beansprucht. Häufig ist der Ernährungsstatus reduziert.

Therapeutische Möglichkeiten

Das Ziel sollte sein, die Lebensqualität so lange wie möglich durch geeignete Therapiemaßnahmen zu erhalten. Um eine optimale Versorgung dementer Dysphagiepatienten zu gewährleisten, ist ein gutes Zusammenspiel in einem interdisziplinären Team aus Ärzten, Pflegekräften, spezialisierten Therapeuten und den Angehörigen unbedingt erforderlich. Diese interdisziplinäre Teamversorgung umfasst Anamnese, klinische und apparative Diagnostik als Voraussetzungen für therapeutische sowie pflegerische Maßnahmen. Die konkrete Auswahl der Maßnahmen hängt ab von der Natur, dem Verlauf und dem Schweregrad der Schluckstörungen, wobei ein breites Behandlungsspektrum von einfachen diätetischen Maßnahmen bis zu invasiven chirurgischen Interventionen zur Verfügung steht. Die konservative Therapie umfasst vor allem funktionelle Methoden auf der Basis myofunktionseller, neurophysiologischer und mechanischer Konzepte.

Grundsätzlich lassen sich alle konservativen Therapiemaßnahmen zur Behandlung von Patienten mit Dysphagien in rehabilitative und kompensatorische Strategien einordnen.

In späteren Stadien der Demenz steht die alltagsorientierte, individuell symptomorientierte Bedarfstherapie im Vordergrund. Dabei kommt den pflegenden Angehörigen bei der Vorbereitung, der Überwachung und Anleitung eine entscheidende Bedeutung zu.

Die Aufgaben der Ärzte innerhalb des interdisziplinären Teams bestehen in der Erläuterung und Steuerung der Maßnahmen und deren Einbettung in die Gesamtbetreuung des Patienten, der Festlegung und Modifikation der medikamentösen Therapie, der Verordnung zusätzlicher enteraler oder parenteraler Nahrungszufuhr.

Die Pflege hat die Kernaufgabe, dem Patienten zu helfen und ihn zu unterstützen sowie Gefahren und Komplikationen durch geschulte Essensbegleitung und Erkennen möglicher klinischer Symptome zu vermeiden. In ihren Bereich fällt auch die Kontrolle der Nahrungsaufnahme bezogen auf die Haltung, notwendige Hilfsmittel, Einhaltung diätetischer Maßnahmen, Essverhalten, Akzeptanz sowie die Einhaltung aufgestellter Essregeln. Die Beobachtung der Alltagssituation ist gerade den Pflegekräften, die viel häufiger und näher am Patienten sind, möglich. Weitere wichtige Aufgaben der Pflege sind die Vertiefung und Förderung der erlernten Strategien und Verhaltensmaßnahmen.

Elemente des Dysphagiemanagements

- Anamnese
- Symptome
- klinische Untersuchung (u.a. Schluck-Check)
- Videofluoroskopie/flexible endoskopische Untersuchung des Schluckens/HNO-Konsil
- therapeutische Maßnahmen mit kompensatorischen und rehabilitativen Strategien
- Pflegerische Maßnahmen (z.B. Anleitung, Überwachung, Haltungskorrektur)
- diätetische Maßnahmen
- Einbettung in das Gesamtbild
- Angehörigenberatung und -anleitung
- Adaptation des häuslichen Umfeldes durch den Sozialdienst
- psychische Betreuung
- ausführliche Berichterstattung und Empfehlungen für das weitere Vorgehen/Behandlung

Tabelle 7: Ein umfassendes Dysphagiemanagement kann nur gelingen, wenn es zu einer guten Zusammenarbeit aller beteiligten Gruppen wie Ärzten, Therapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen, Diätassistenten und vor allem der Angehörigen kommt.

men durch Beobachtung und Anhalten zum täglichen Training (Tabelle 8).

Die Aufgaben der Sprachtherapie lassen sich in rehabilitative und kompensatorische Maßnahmen unterteilen:

Rehabilitative Maßnahmen sind Interventionsstrategien, die bei regelmäßiger und intensiver Umsetzung zu einer lang anhaltenden Veränderung der den Schluckakt beeinflussenden Mechanismen führen. Dazu gehören:

- motorische Übungen für Mund, Gesicht und Zunge,
- Übungen zur Stimmbandadduktion,
- „Effortful Swallowing“ (angestregtes Schlucken),
- Mendelsohn-Manöver (willentlich verlängerte Kehlkopf-anhebung),
- Masako-Manöver/Zungenhaltemanöver (Kräftigung der Pharynxhinterwandkontraktion),
- Shaker-Manöver/Kopfhaltemanöver (Kräftigung der Schluckmuskulatur).

Alle diese rehabilitativen Strategien setzen gute kognitive Fähigkeiten und die Fähigkeit des selbstständigen Übens voraus. Das bedeutet, dass diese Maßnahmen für die Patienten mit einer leichten Demenz sinnvoll sind.

Kompensatorische Maßnahmen: Dazu zählen Strategien, die einen unmittelbaren, jedoch typischerweise nur vorübergehenden Effekt auf die Effizienz oder auf die Sicherheit des Schluckaktes haben. Dazu zählen:

- Haltungsänderungen (z.B. Kopfflexion, Kopfrotation),
- supraglottisches Schlucken (Luft anhalten, schlucken, danach sofort abhusten, nachschlucken),
- supersupraglottisches Schlucken,
- pharyngeale Expektoratation,
- Prüfung der Stimmqualität.

Diese Maßnahmen setzen eine gute kognitive und motorische Fähigkeit zur ständigen und ausreichenden Umsetzung bei jeder Nahrungsaufnahme voraus. Im Unterschied zu den rehabilitativen Maßnahmen fällt hier bei Nichtanwendung der Schluckakt wieder in den unveränderten dysfunktionalen Zustand zurück.

Zu den kompensatorischen Maßnahmen zählen auch die adaptierenden Maßnahmen, bei denen die Umwelt an die Behinderung angepasst wird. Mittels externer Hilfen wird versucht, den beeinträchtigten Schluckfunktionen durch Verringerung der Anforderung an das Schlucken selbst oder dessen Vorbereitung gerecht zu werden. Die Möglichkeiten dazu sind:

- diätetische Anpassungen (z.B. breiige, homogene Konsistenzen oder Andicken von Flüssigkeiten),
- Ess- und Trinkhilfen (z.B. Strohhalm, Schnabelbecher) und
- prothetische Hilfsmittel.

Diese Maßnahmen erfordern keine kognitiven Leistungen und nur in reduziertem Maße die Fähigkeit, bestimmte Anweisungen zu befolgen. Es genügen ein ausreichender Wachheitsgrad und die Motivation zum Essen und Trinken.

Essregeln

1. Gute Sitz- und Kopfhaltung.
2. Ort der Nahrungsaufnahme so reizarm wie möglich gestalten.
3. Nicht mit dem Patienten während des Essens „plaudern“.
4. Dem Patienten Zeit lassen zum Essen.
5. Nur kleine Bisse und Schlucke nehmen. Nachschlucken.
6. Gut Kauen und Mundschluss beim Schlucken.
7. Der Mund muss leer sein, bevor eine neue Portion eingenommen wird.
8. Mundpflege nach jedem Essen.
9. Der Patient soll mindestens 20 min nach der Nahrungsaufnahme sitzen bleiben, um das Risiko der Aspiration von pharyngealen Resten zu minimieren.

Tabelle 8: Für Pflegepersonen sind solche Essregeln, die individuell angepasst werden sollten, eine wichtige Orientierungshilfe.

Weitere Versorgung – Schnittstellenproblematik

Institution	Versorgungsaufgaben
Rehabilitationsklinik	<p>Enger Austausch mit Akutklinik (Befundbericht und Verlauf)</p> <p>Intensive Schlucktherapie</p> <p>Adäquate diätetische Versorgung</p> <p>Verlaufskontrolle und Adaptation</p> <p>Ausführliche Berichterstattung für gezielte Weiterversorgung nach Entlassung</p>
Ambulante Schlucktherapie	<p>Voraussetzung für eine Fortführung der Behandlung ist die Verordnung der Schlucktherapie vom Hausarzt</p> <p>Adäquate Schlucktherapie</p> <p>Austausch mit Akutklinik (Befundbericht und Verlauf)</p> <p>Weitere enge Zusammenarbeit für bessere Verlaufsbeobachtung/effektiven Therapieeinsatz</p>
Häusliche Umgebung inkl. ambulantem Pflegedienst, Angehörige, Sozialdienst	<p>Fortführung der kompensatorischen Maßnahmen</p> <p>Essensanreicherung und -zubereitung (evtl. z.B. andicken oder passieren), evtl. Essen auf Rädern organisieren</p> <p>Beobachtung von Problemen oder Veränderungen (z.B. Verschlucken)</p> <p>Kommunikation z.B. mit Arzt oder Sprachtherapie</p> <p>Spezielle Nahrungsmittel (z.B. Andicker) organisieren und verwenden</p>
Seniorenheim	<p>Einhaltung der Schluck-Diäten</p> <p>Andicken von Flüssigkeiten, falls erforderlich</p> <p>Adäquater/gezielter Einsatz von zusätzlicher invasiver Nahrungsergänzung</p> <p>Weitere Therapie- und Kontrollmöglichkeiten</p>

Abbildung 9: Auch die verschiedenen Institutionen, in denen Patienten mit Schluckbeschwerden betreut werden, sollten bei der Therapie zusammenarbeiten. Hier gilt es vor allem, den Informationsfluss sicherzustellen.

In den im Jahre 2003 publizierten Leitlinien für Patienten mit neurologischen Schluckstörungen wurde unter anderem festgestellt: Ein kritisches Minimum an physischer, psychischer und kognitiver Verfassung des Patienten ist Voraussetzung für eine funktionelle Therapie.

Das Fortsetzen einer gezielten Schlucktherapie ist nicht mehr sinnvoll, wenn

- das individuelle Therapieziel erreicht wurde,
- keine funktionellen Veränderungen durch die Prozessdiagnostik und die apparative Kontrolluntersuchung nachweisbar sind,
- dokumentierte Fortschritte sich nicht alltagsrelevant auswirken bzw. vom Patienten nicht in Alltagssituationen umgesetzt werden können,
- keine Compliance zwischen Patient, Therapeut und Angehörigen besteht.

Die möglichen hier dargestellten schlucktherapeutischen Maßnahmen müssen das aktuelle Gesamtbild des Patienten berücksichtigen und können nur individuell stadienorientiert durchgeführt werden. Für die Betreuung von Patienten mit Essstörungen kann es ferner sinnvoll sein, als Orientierungshilfe für Angehörige, Pflegekräfte und alle weiteren Mitglieder des interdisziplinären Teams Essregeln aufzustellen (Tabelle 8). Diese Essregeln sollten ebenfalls individuell auf den Patienten abgestimmt sein.

Wenn der Patient das Krankenhaus oder eine Pflegeeinrichtung verlässt, sollten die Erkenntnisse über die Erkrankung, seine individuellen Risiken und die Behandlungsmöglichkeiten in Form von schriftlichen Dokumentationen und persönlichen Kontakten weitergegeben werden (Abbildung 9). Durch eine enge Zusammenarbeit der einzelnen Institutionen wird die Versorgung verbessert und werden Verlaufskontrollen ermöglicht.

Thesen, Wünsche, Fakten

Sprech- und Sprachstörungen sowie eine unzureichende Schluckfähigkeit stellen ein zentrales Problem der Basistherapie bei der mittleren bis schweren Alzheimer-Demenz dar. Die Experten des Workshops waren sich darin einig, dass diesem Symptomenkomplex künftig auch interdisziplinär größere Bedeutung zukommen muss. Die Erarbeitung von Diagnose- und Therapiestandards wird daher als vorrangiges Ziel angesehen. Aber auch andere Thesen, Wünsche und Fakten wurden von den Teilnehmern des Workshops formuliert:

- Sprech- bzw. Sprachstörungen sowie Schluckstörungen werden bisher zu wenig bei Diagnostik und Therapie der Demenz beachtet. Es handelt sich heute noch um ein ausgesprochenes Tabu-Thema.
- Theoretische und praktische Erkenntnisse sowie Erfahrungen in Diagnostik und Therapie von Sprech- bzw. Sprachstörungen und Schluckstörungen liegen vor.
- Sprach- sowie Schluckdiagnostik müssen auf Grund ihrer Bedeutung für die Lebensqualität Teil des Demenzerfassungsprogramms werden, wobei eine krankheitsspezifische Einordnung notwendig ist.
- Es fehlt bisher an entsprechender Ausbildung und flächendeckenden Therapiezentren, zumindest eine Vernetzung der vorhandenen Kompetenzzentren ist zu fordern.
- Alle Faktoren der Sprech- und Sprachstörungen müssen analysiert werden. Die Ergebnisse dieser Analysen sind die Voraussetzung für eine individuelle Diagnostik und Therapie dieser Störungen.
- Eine Aufnahme der Therapie von Sprech- bzw. Sprachstörungen und Schluckstörungen in das Heilmittelverzeichnis ist erforderlich.

- Diagnostisch sollte eine Basiserfassung für Schluck- und Sprachstörungen bei dementen Patienten konzipiert werden, die in der Praxis einfach umsetzbar ist.
- Mit Sprachdiagnostik können verbale und episodische Gedächtnisdefizite frühzeitig und differenziert erfasst werden.
- Der Aphasiebegriff deckt nicht die demenziellen Sprachveränderungen völlig ab, dies sollte in entsprechenden medizinischen Leitlinien zu Sprech- bzw. Sprachstörungen berücksichtigt werden.
- Diagnostisch und therapeutisch steht das Gespräch bei Sprech- bzw. Sprachstörungen im Vordergrund. So können Sprachauffälligkeiten am besten erfasst werden (langsames Sprechen, Wortfindungsstörungen, Benennungsstörungen, Verlieren des „roten Fadens“, häufiges Wiederholen, Vergessen des Dialogthemas usw.).
- Beispielhaft sei als Therapieform für Sprech- und Sprachstörungen bei Dementen das ASTRAIN-Training und IHT (integratives Hirnleistungstraining) genannt.
- Das Dysphagiemanagement sollte individuell, symptomorientiert und dem sozialen Umfeld angepasst sein.
- Hauptziel aller therapeutischen Maßnahmen sollte die Stabilisierung alltagsrelevanter Abläufe sein.
- Der interdisziplinäre Therapieansatz (Angehörige, Mediziner, Ergotherapeuten, Physikalische Therapie, Diätassistenz, Logopädie und Sprachtherapie usw.) ist von enormer Bedeutung für den Therapieerfolg und sollte daher als Standard angestrebt werden.

Zukunftsforum Demenz

Das Zukunftsforum Demenz hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung der Demenzkranken in Deutschland zu verbessern, um ihnen möglichst lange ein würdevolles und – entsprechend ihren noch vorhandenen Fähigkeiten – erfülltes Leben zu ermöglichen.

Dass die Versorgung der Demenzkranken verbesserungswürdig ist, ist unter den an der Versorgung Beteiligten unstrittig. Das Spektrum dieser Beteiligten reicht von den Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen über Pflegepersonal bis zu Krankenkassen, Selbsthilfegruppen und Sozialbehörden. Leider ist es häufig so, dass diese Personen und Institutionen nur wenig voneinander wissen – vor allem zu wenig, um Synergismen zu erzeugen oder fehlerhafte Versorgungsstrukturen zu verbessern. Hier will das Zukunftsforum Hilfeleistung leisten und den interdisziplinären Dialog fördern.

Dazu wurden verschiedene Aktivitätsfelder entwickelt:

- Workshops für verschiedene Fachgruppen
- Informationsveranstaltungen für Angehörige und Pflegedienstleistende
- Informationsmaterialien wie Broschüren, Ratgeber oder Newsletter
- Kongressbeteiligungen

Bei den Workshops des Zukunftsforums werden wichtige Aspekte des Versorgungsproblems bei Demenz thematisiert und von Vertretern der verschiedenen mit der Versorgung betrauten Gruppen diskutiert. Das Zukunftsforum versteht sich bei diesen Workshops allerdings nicht nur als Diskussionsplattform. Es wird vielmehr angestrebt, auf den Workshops Konzepte zur Versorgung der Demenzkranken zu erarbeiten bzw. weiterzuentwickeln durch Verabschiedung eines Thesenpapiers. Diese Informationen und Konzepte sollen dann – je nach den Möglichkeiten – in die Arbeit der einzelnen Teilnehmer einfließen und so dazu beitragen, die Versorgung der Demenzkranken letztlich zu verbessern.

Zu den folgenden Themenbereichen haben bisher Workshops stattgefunden:

- „Geriatrisches Assessment“
- „Die Arzneimittelversorgung des Demenzkranken unter den Gesichtspunkten der aktuellen Gesetzgebung“
- „Probleme bei der Pflege Demenzkranker“
- „Betreuungsrecht – Wer wahrt die Rechte des Demenzkranken?“
- „Demenz – auf dem Weg zu einem Disease-Management-Programm?“
- „Demenzkranke im Leistungsstreit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung“
- „Neues aus der Demenzforschung“
- „Demenz – Prävention und Erkennung von Risikofaktoren“
- „Sprech- und Schluckstörungen – Problemfeld in der Demenztherapie“
- „Die Rolle des Apothekers in der Demenzberatung“

Bei den Informationsveranstaltungen für das Publikum werden die Zuhörer über Verlauf und Therapie der Demenz und insbesondere der Alzheimer-Erkrankung aufgeklärt und bekommen praktische Tipps im Umgang mit den Demenzkranken.

Dieses Informationsangebot richtet sich primär an die betreuenden Angehörigen, aber auch an Interessierte aus dem Pflegebereich. Vor allem für diese Zielgruppe wurden Broschüren vom Zukunftsforum Demenz entwickelt. Weiterführende Informationen sind erhältlich unter:

Günter Sauerbrey
Angelika Ramm-Fischer
Zukunftsforum Demenz
Eckenheimer Landstr. 100
60318 Frankfurt am Main
E-Mail: hcr@merz.de