



Jürgen Steiner

Logopädie für Demenzbetroffene

Wie kann das fachliche Angebot legitimiert und implementiert werden?

Zur prinzipiellen Legitimation der Logopädie

Nach der Diagnose Demenz kommt es im Krankheitsverlauf zu Sprach- und Kommunikationsstörungen. Art und Umfang der Ausprägungen zeigen sich je nach Demenzform und Biografie (gelebte Aktivitäten und Anforderungen) unterschiedlich, sind aber ein konstituierendes Merkmal des Symptomkataloges (Steiner 2018). Bereits 1994 schreiben Gress-Heister et al., dass Sprachprobleme als Frühwarnsystem für die Diagnose „Mild Cognitive Impairment (MCI)“ fungieren können, die in einem erheblichen Teil der Fälle in eine Demenz übergeht. Bereits zu diesem Zeitpunkt

wäre ein Einbezug logopädischer Kompetenz bei der Diskussion um Prävention, Diagnostik und Therapie bei Demenz konsequent gewesen. Dieser blieb allerdings aus.

Die Maßgabe einer möglichst frühen Behandlung der Sprach- und Kommunikationsstörungen besteht bei Demenz wie bei der Aphasie. Standard der Behandlung ist heute die Trias aus medikamentösen, nicht-medikamentösen und beratenden Maßnahmen. Das Recht der Patienten auf eine Behandlung ist auf grundsätzliche Weise mehrfach juristisch verankert. Eine Behandlung ist zur Aufrechterhaltung von Fähigkeiten oder Aktivitäten ebenso sinnvoll wie zur Verbesserung (Knels 2017). Dies sind die Faktoren, die die Indikationsfrage eindeutig klären und mit folgenden Stichworten noch einmal auf den Punkt gebracht werden:

- die *obligate Symptomatik*,
- die *Behandlungspflicht* der Ärztin oder des Arztes,
- die Maßgabe der *frühen Intervention*,
- *nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahmen* als Pflichtprogramm,
- das *Recht auf Behandlung* (Steiner & Haag 2012, Knels 2017),
- Therapie zum *Erhalt von Funktionen und Fähigkeiten*,
- die realistische, datengesicherte Erwartung einer kognitiv und nicht-kognitiv ausgerichteten *Lernfähigkeit trotz Demenz* (Kurz 2013).

Wer die Diagnose Demenz erhalten hat, sollte demnach im Kontext aller Möglichkeiten auf eine logopädische Therapie hingewiesen werden, wodurch die im Titel gestellte Frage nach der Legitimation redundant wäre. Leider zeigt die Praxis, dass die Logopädie bei Demenz zwar im Rahmen der stationären Behandlung (z.B. geriatrische Rehabilitation) ihren festen Platz gefunden, sich aber noch nicht als ärztliche Verordnungsroutine etabliert hat. Hier muss die Logopädin in der Regel werbend für ihre Patienten tätig werden (Bur et al. 2019). Prinzipiell steht einer ärztlichen Verordnung über den Indikationsschlüssel SP5, Störung der Sprache nach Abschluss der Sprachentwick-

ZUSAMMENFASSUNG. Dieser in die Schwerpunktausgabe Demenz einleitende Beitrag befasst sich mit grundsätzlichen Überlegungen zur Stellung und realen Situation der Demenzbehandlung in der Logopädie. Angefangen bei der Indikation und dem Recht auf Behandlung über deren Zielsetzung bis hin zur Formulierung einer Vision für Logopädie und Demenz. Dabei bleiben kritische Bemerkungen und Anstöße nicht ausgespart. Dazu gehört die Forderung, das „Gütesiegel“ evidenzbasiert neu zu definieren, ebenso wie die nach Abkehr vom eng gefassten Selbstverständnis von Logopädinnen und Logopäden als Trainer sprachstruktureller Defizite hin zu Kommunikationsexperten hin, die auch nach dem Versiegen der Lautsprache kommunikativ orientierte, kompetenzerhaltende und ressourcenstärkende Methoden bereithalten und diese den Betroffenen und ihrem Umfeld vermitteln.

Für die kritische Durchsicht dieses Beitrags bedanke ich mich bei Claudia Krebs und Heike Grün.

lung in Begleitung von neuropsychologischen Erkrankungen, nichts im Wege. Eventuell kann die Ärztin oder der Arzt aufmerksam gemacht werden auf die ICD-Codes

- R 47.0 (Sprech- und Sprachstörungen, anderenorts nicht klassifiziert) bzw.
- R 47.8 (Sonstige und nicht näher bezeichnete Sprech- und Sprachstörungen) sowie
- G31.0 (Umschriebene Hirnatrophie) bzw.
- G 31.1 (Senile Degeneration des Gehirns, anderenorts nicht klassifiziert) oder
- G 31.2 (Degeneration des Nervensystems durch Alkohol),

die als Ergänzung zum Indikationsschlüssel hinzugefügt werden. Dank des Zusatzes des ICD10-Codes sind die Verordnungen der Ärztinnen und Ärzte noch passgenauer mit den Vorgaben der Krankenkassen (Grün 2018). Ein Dialog zwischen der logopädischen und der ärztlichen Profession vorab erscheint sinnvoll.

Evidenz und Praxis

Eine Handlungswissenschaft basiert auf theoriegeleiteten Modellen und Konzepten. Das Kriterium für die Modell- und Konzept-Tauglichkeit ist das Maß an Plausibilität (Steiner & Walde 2020) und die tatsächliche Verbreitung in der Praxis. Für Demenz liegen plausible, praxiserprobte Konzepte für Diagnostik, Therapie und Beratung vor. Die beiden genannten Kriterien Plausibilität und Praxisakzeptanz sind allerdings als „niederschwellige“ Kriterien zu bezeichnen, die dem Anspruch an Evidenz in der klassischen Definition nicht genügen.

Gerade im Kontext Demenz sollte aber die Logopädie nicht müde werden

- zu betonen, dass Studien nur ein Teil der Evidenzdefinition sind und die Experten-Expertise (Erfahrung) sowie das Patienten-votum eine Behandlung im Einzelfall zwingend wirksamkeitswahrscheinlich machen (Praxis-basierte Evidenz, PbE, Bürki & Steiner 2012, Venetz 2016) sowie
- darauf hinzuweisen, dass studienbasierte und überindividuell zusammengefasste Wirksamkeitsnachweise (Evidenz-basierte Praxis, EbP) in der Regel nur eine Wirkung unter definierten (meist idealen) Bedingungen und für eine definierte (meist eng eingegrenzte) Patientengruppe erwarten lassen.

Es braucht in der tatsächlichen Behandlungssituation der Praxis eindeutig die individuelle Einschätzung aufgrund der personalen Erfahrung, um in einem personenzentrierten und kontextrelevanten Vorgehen Wirkung zu erzeugen.

In Anlehnung an den Beitrag von Steiner 2012 sei noch einmal der systematische Review von Egan et al. (2010) erwähnt. Dieser ging der Frage nach, welche Evidenz es zu Kommunika-

tionstrainings für demenzbetroffene Menschen und deren Partner gibt. Die Autoren fanden im englischsprachigen Raum 2000 Fachartikel zum Thema; unter dem Filter „experimentelles, Daten generierendes Design“ waren aber nur 13 Beiträge verwendbar. Das heißt in einer mutigen Interpretation: Wenn über 99% der Fachbeiträge, die sich dem Thema Kommunikationstraining und Alzheimer-sche Erkrankung widmen, nicht im klassischen Design vorgehen, ist das klassische datenbasierte Design eventuell nicht sinnvoll.

Blitzlicht auf diagnostisch-therapeutische Konzepte

Das komplexe Themenfeld Sprachverlust bei Demenz lässt sich durch Patientenmerkmale sinnvoll gliedern:

- Wohnstatus (wohnselbstständig versus pflegebedürftig),
- Phase (beginnende Demenz versus weitere Stadien),
- Demenzart (Demenzform mit Frontalhirnprozessen),
- Alter (Frühbetroffene U65 versus geriatrische, fragile Patienten Ü80),
- Biografie (Neugier-Biografie versus überwiegend Leben in der Routine).

Das Sprach- und Kommunikationsangebot der Logopädie ist besonders bei jenen Patienten gefragt, die um ihre *Wohnselbstständigkeit* kämpfen, sich in der *beginnenden Phase* befinden und die zunächst noch gut reflexionsfähig auf der Grundlage einer *Biografie* sind, die sich dem lebenslangen Lernen bzw. dem lebenslangen Interesse verpflichtet fühlt. Als Beratungsinstanz ist die Logopädie in allen Phasen für Betroffene, Mitbetroffene sowie für Pflegefachpersonen gefragt (Rüegg & Steiner 2018, Neff & Steiner 2018).

Ein professionelles Vorgehen ist dadurch gekennzeichnet, dass Fallwissen und Fall Erfahrungen in Entscheidungen und Aktionen überführt werden, die als dynamische Kaskade aufeinander aufbauen (Steiner 2020). Die wesentlichen Aktionen sind

- Kontext erfassen (befragen),
- Diagnostizieren,
- interprofessioneller Austausch,
- partizipative Therapieplanung mit Zielfestlegung und
- Entscheiden für den Weg dorthin, Bilanzieren und Modifizieren.

Für die Diagnostik spielt die Demenzform nicht die entscheidende Rolle. Die Symptomatik ist sehr individuell und die genaue Demenz-Diagnose erfolgt ärztlicherseits. Die Diskrepanz einer kategorialen logopädischen Diagnostik, die in eine nicht-kategorial angelegte Therapie mündet, so wie bei der Diagnostik der Aphasie der Boston-Aachener Schule, sollte für Sprach-

und Kommunikationsstörungen bei Demenz jedenfalls nicht wiederholt werden.

Alle nachfolgend genannten prototypischen Demenzformen sind durch Sprachabrufstörungen in den Systemen Laut- und Schriftsprache sowie durch Veränderungen des Gesprächsverhaltens gekennzeichnet. Nachfolgende Zusatzinformationen nehmen einen Einfluss auf die Therapieplanung:

- Visuell-räumliche Einschränkungen sind wesentlich für die Posteriore corticale Atrophie (PCA).
- Eine Beschleunigung des Sprachzerfalls ist erwartbar bei der Primären Progressiven Aphasie (PPA) bzw. bei der Semantischen Demenz.
- Verhaltenssteuerungsprobleme, beziehungsweise der Verlust des Wissens um das soziale Miteinander, kann mit der Frontotemporalappen degeneration (bvFTLD) assoziiert werden.
- Gedächtnisprobleme kennzeichnen die Alzheimerdemenz (DAT); der längere Erhalt der Lese- und auch Lautlese-Fähigkeit und eine zunächst unauffällige Aussprache sind typisch.

Die einzelnen Demenztypen treten meist in Mischformen auf (Bopp-Kistler 2016). Fasst man die degenerativ und/oder vaskulär verursachten Demenzen zusammen, deckt man bereits mehr als etwa drei Viertel der Verursachungen ab. Demenz, in der neueren Bezeichnung „neurokognitive Störungen (*neurocognitive disorders*, NCD)“, betrifft per *DSM-Definition* (Diagnostisches und Statistisches Manual mentaler Störungen) eine Minderung der Hirnfunktion in den Facetten Planen, Denken, Lernen, Gedächtnis, Sprache, Wahrnehmung, Bewegung, (geteilte) Aufmerksamkeit und Einfühlungsvermögen in das Gegenüber (Bopp-Kistler 2016). Eine Gedächtnisstörung muss nicht obligatorisch sein und die einzelnen Facetten der Leistungsminderung können sehr unterschiedlich hervortreten und interagieren.

Aus diesem Grund ist es kaum sinnvoll, dass die Logopädin oder der Logopäde die differenzialdiagnostische Frage der Demenzform stellt. Angebracht erscheint eine orientierende Diagnostik

- zu den Basisfunktionen (Informationsverarbeitung, Handlungsplanung),
- zum Sprachabruf (Laut- und Schriftsprache in der rezeptiven und produktiven Modalität auf Wort-, Satz- und Textebene) sowie
- die Erfassung des Dialogverhaltens.
- Die Erfassung des Kontextes ist sehr wichtig und umfasst auch die Fähigkeit zur Nutzung moderner Medien.

Die Diagnostik sollte nicht belasten und lediglich erste Entscheidungen für die Therapieplanung ermöglichen. Sie geht dann in eine dy-

namische Prozess-Diagnostik über, die Teil der Therapie ist (Haid et al. 2020). Belastende Verfahren sind solche, die in sinnfreien Aufgaben Defizite herausstellen (z.B. Token Test) und/oder umfangreich-detailhaft vorgehen (Scherrer et al. 2016, MEC-Testverfahren, siehe hierzu auch Büttner & Glindemann 2019). Sinnvoll sind orientierende Verfahren, die die Sprachabrufleistung und die Dialogfähigkeit erfassen (Steiner 2016, MacDonald 2019). Der übergeordnete Sinn der Therapie ist das Stützen des Selbst, um Autonomie und Aktivität aufrechtzuerhalten und Teilhabe zu sichern (Steiner 2018, Bur et al. 2019). Der Weg der Logopädie ist, mit Wertschätzung und unter Wahrung der Ebenbürtigkeit eine Erfahrung der Kompetenz bzw. Selbstwirksamkeit (als Gegenteil von Ohnmacht) zu ermöglichen. Die Einsatzgebiete Lesen, Schreiben, Gespräche führen sowie moderne Medien nutzen und sich regelmäßig (kognitiv-sprachlichen) Übungen stellen sind das Vehikel. Hinsichtlich des Settings sind grundsätzlich zu unterscheiden:

- Therapie für dem Primärbetroffenen,
- Beratung der Dialogpartner,
- kollegiale bzw. interprofessionelle Beratung.

Eine ausführliche Darstellung der logopädischen Therapie- und Beratungs-Möglichkeiten findet sich bei Steiner (2010), die durch die Übersicht von Eibl (2019) ergänzt bzw. aktualisiert werden kann. Am Beispiel Dysphagie im Rahmen einer Demenz zeigen Rüegg & Steiner (2018) sowie Neff & Steiner (2018), wie der Beratungsauftrag für die Pflege durch die Logopädie konkret angegangen werden kann.

Logopädie ist (nur) ein Baustein im System des Demenz-Supports bzw. des Empowerments der Primär- und Sekundärbetroffenen. Das gemeinsame Ziel des Systems ist, die Wohnselbstständigkeit aufrechtzuerhalten, die Pflegebedürftigkeit zu verhindern, Autonomie und Lebensqualität zu wahren.

Eine interprofessionelle Abstimmung und ein partizipativer Einbezug der Betroffenen sind zwingend. Die Zusammenarbeit der Professionen gelingt durch transparente Kommunikation, durch klare Regelung der Kompetenzen, durch geordnete Prozesse und transparente Dokumentationen, durch realistische Qualitätserwartungen und durch nicht-rigides Budget-Management der Institution. Diese Punkte sind nicht selbstverständlich; Qualitätsentwicklung und -management sind gefragt (Jehle & Steiner in Vorb.).

Von der realen Situation zu einer Vision für Logopädie und Demenz

In der derzeitigen Praxis ist die Logopädie bei der Behandlung demenzbetroffener Patienten im Fokus Sprache und Kommunikation gefragt. In der Befragung von Steiner & Venetz (2011) mit 36 leitenden Fachpersonen der logopädischen Abteilung der Rehakliniken bekundeten 97% der Befragten „Wir sehen uns als zuständig an“. In einer ähnlich angelegten Befragung von Langner et al. (2013) gibt nur ungefähr jede fünfte befragte Person (online erhoben, n=557) an, sich bei der Behandlung von Patienten mit Demenz „sicher“ oder „eher sicher“ zu fühlen. Ob sich diese Situation inzwischen gravierend verändert hat, ist schwer einzuschätzen. Unter anderem wären diese Ergebnisse aber als Auftrag für die Aus- und Weiterbildung zu verstehen.

Dennoch: Die Logopädie ist auf einem guten Weg. Das Fach hat das Thema Sprachabbau bei Demenz als relevant erkannt und ist sehr um das Thema bemüht. Als Impuls sollen nachfolgende Konkretisierungen als Mission und Vision skizziert werden, um die Diskussion zu vertiefen:

- Die Logopädie erkennt die Chance des Themenfeldes Demenz, sich erweitert zu definieren. Diagnostik und Intervention beziehen sich auf die Trias Basisfunktionen – Sprachabruf – Dialog (Steiner 2016). Nach wie vor dominiert vor allem im klinischen Bereich die Sicht, dass nur der Ausschnitt Training sprachstruktureller Funktionsdefizite (Sprachabruf) der Kernbereich des Faches sei. Dies sollte dahingehend korrigiert werden, dass sich die Logopädin und der Logopäde als Kommunikationsexperten verstehen, die kommunikativ orientierte, kompetenzerhaltende und ressourcenstärkende Methoden (Knels 2017) bereithalten und den interprofessionellen Austausch mit der Neuropsychologie im Bereich der Basisfunktionen (Informationsverarbeitung, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen) suchen.
- Die Logopädie entwickelt ihre Konzepte der Diagnostik, Therapie und Beratung im Themenkreis Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Demenz weiter. Diese haben eine eigene, konsequent ICF-orientierte Ausrichtung und verstehen sich nicht als Adaptationen der Konstrukte für Aphasie. In der Bandbreite einer Pluralität wird ein fachlicher Konsens erzeugt, der nach innen und nach außen getragen wird.
- Der Themenkreis Demenz versteht sich als Vorreiter dafür, dass die Kriterien für die Ver-

gabe des „Gütesiegels“ evidenzbasiert neu zu definieren sind. Die Heterogenität einer zu planenden Demenz-Probandengruppe ist so groß, dass eine klassische Outcome-Studie mit den Gruppen A-C (treatment A, treatment B, no treatment) mit Messung verschiedener sprachlich-kommunikativer Facetten zu den Zeitpunkten T₀, T₁, T₂ (vor der Intervention, nach der Intervention, Follow-up) bei einem in unterschiedlich beschleunigten progredienten Verlauf wenig sinnvoll erscheint. Die kumulierte Einzelfallstudie in einem Mixed-Method-Design wird als adäquat anerkannt und präferiert. Zudem muss sich der Outcome zwingend auf die kommunikative Situation im Alltag beziehen und sollte nicht funktional definiert werden (Knels 2017).

- Die Pflegewissenschaft wird als relevante Partnerdisziplin angesehen. Es kommt zu gemeinsamen Projekten und zu einer Einladung, wie Inhalte der jeweiligen Aus- und Weiterbildung durch Impulse aus der Partner-Profession angereichert werden könnten.
- Das plausible, erprobte und fachlich konsensfähige Angebot des Vorgehens der Logopädie wird im Team bzw. Netzwerk der Professionen im stationären und ambulanten Setting, insbesondere bei der Ärzteschaft mit Engagement beworben. Daraufhin erfolgt die Aufnahme der Logopädie in die S3-Leitlinie Demenzen, in der derzeit unter anderem die Ergotherapie mit dem Hinweis auf mittlere Evidenz und die Musiktherapie trotz des Etikettes geringe Evidenz als „Psychosoziale Interventionen“ empfohlen werden, während die Logopädie ungenannt bleibt (Jessen 2016).
- Betroffene treten aus dem Schatten und fordern mit den entsprechenden Verbänden ihr Recht auf Beratung und Behandlung ein; die Logopädie ist als eine mögliche Form der nicht-medikamentösen Behandlung unter anderen gefragt.
- Die Krankenkassen sprechen mit Logopädie- und Betroffenen-Verbänden und unter dem Hinweis auf die Standards im internationalen Raum sowie mit dem Votum der politischen Stellvertreter der demokratischen Gesellschaft ab, dass die Behandlung der kognitiven Dysphasie als Regelfall gelten kann. Damit wird eine bestehende Unterversorgung korrigiert. Die Behandlung wird definiert als Intervallbehandlung mit dem Schwerpunkt der Beratung und Instruktion der Betroffenen.
- Die Logopädie sollte im Kontext Demenz nicht darauf hoffen, erst datenbasiert evidenzgeprüft zu sein, um dann ihr Angebot zu bewerben. Sie ist bereits Teil der Problemlösung mit gangbaren Konzepten.

Das obenstehende Programm einer Mission und Vision darf in fünf Jahren noch einmal angesehen werden. Vielleicht mag sich die Logopädie auch als Teil eines gesellschaftlichen Prozesses verstehen, der Alter oder Demenz neu definiert. Negative Frames sind durch „Counter-Frames“ (Wißmann 2014) zu ersetzen. Die Frames für „reguläre“ Kommunikation mit korrekter Wortwahl und gezielter Information werden ersetzt durch die demenzgerechten Counter-Frames. *Poetische Konstruktionen sind interessant und Emotionen und Kontakt sind wichtiger als Informationen.*

● LITERATUR

- Bopp-Kistler, I. (2016). Therapeutische Möglichkeiten. In: Bopp-Kistler, I. (Hrsg.), *Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven* (220-239). Zürich: Rüffer & Rub
- Bürki, M. & Steiner, J. (2012). Die vermessen-(d)e Sprachtherapie: Anmerkungen zu einem adäquaten Rahmen für Wirksamkeit. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN)* 3, 185-190
- Bur, T., Dressel, K., Grosstück, K., Grün, H., Heim, S., Hübner, M., Knels, C., Lange, I., Schuster, P. & Sickert, S. (2019). Informationen zu Logopädie und Demenz des überregionalen Arbeitskreises Demenz. *Forum Logopädie* 5 (33), 26-31
- Büttner, J. & Glindemann, R. (2019). *Kognitive Kommunikationsstörungen*. Bern: Hogrefe
- Egan, M., Berube, D., Racine, G., Leonard, C. & Rochon, E. (2010). Methods to enhance verbal communication between individuals with Alzheimer's disease and their formal and informal caregivers: a systematic review. *International Journal of Alzheimer's Disease* 3, 406-427
- Eibl, K. (2019). *Sprachtherapie in Neurologie, Geriatrie und Akutrehabilitation*. München: Elsevier
- Gress-Heister, M., Fischer, B. & Heister, E. (1994). *Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsfürsorge im Alter*. Karlsruhe: Braun
- Grün, H. (2018). *Logopädie und Demenz*. Broschüre des Arbeitskreis Logopädie Hamburg. Norderstedt: Kompetenzzentrum Demenz Schleswig-Holstein
- Haid, A., Schräpler, U. & Steiner, J. (2020). Vom Fachwissen zur Fallkompetenz in der Logopädie. In: Schräpler, U. & Steiner, J. (Hrsg.), *Systematische Fallarbeit in der Logopädie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Jehle, S. & Steiner, J. (in Vorb.). Gelingensbedingungen für die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen in der Akutneurorehabilitation. In: Jehle, S. & Steiner, J. (Hrsg.), *Frühe Aphasietherapie. Konzeptuelle Besonderheiten der interprofessionellen und fachlichen Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer
- Jessen, F. (2016). *S3-Leitlinie „Demenzen“*. https://www.kvno.de/downloads/kosa/demenz/brennpunkt_demenz23092016/Jessen.pdf
- Knels, C. (2017). Sprachtherapie bei Demenz in Deutschland. Was haben wir, was brauchen wir? *Forum Logopädie* 31 (6), 30-33
- Kurz, A. (2013). Psychosoziale Interventionen bei Demenz. *Der Nervenarzt* 84 (1), 93-105
- Langner, S., Petry, J. & Polzin, M. (2013). „Ich weiß, dass ich nichts weiß“ – Ermittlung des Stellenwertes der Demenz für die Logopädie in Deutschland. Bachelorarbeit an der Zuyd Hogeschool, Heerlen (NL)
- MacDonald, S. (2019). *Checkliste für Kognitive Kommunikationsstörungen nach Erworbenener Hirnschädigung (CCCABI-DE)*. Deutsche Übersetzung von Jonas, K. & Quinting, J., Universität Köln. Guelph, Ontario, Canada: CCD Publishing, www.ccdpublishing.com.
- Neff, C. & Steiner, J. (2018). Logopädie und Pflege – mehr Austausch bitte! Zur Notwendigkeit eine Dysphagie in der Langzeitpflege zu managen. *NOVAcura* 10, 35-38
- Rüegg, R. & Steiner, J. (2018). Dysphagie – Die Logopädin als Beraterin, Instruktorin und Supervisorin in der Kooperation mit Pflegefachpersonen. *logopädieschweiz* 4, 19-22
- Scherrer, K., Schrott, K., Bertoni, B., Ska, B., Côté, H., Ferré, P. & Joannette, Y. (2016). *MEC Testverfahren. Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication*. Köln: ProLog
- Steiner, J. (2010). *Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis*. München: Reinhardt
- Steiner, J. (2012). Demenz: Logopädie, Beratung und Selbstorganisation. Mit Auszügen eines Interviews mit Helga Rohra. *Forum Logopädie* 26 (6), 18-22
- Steiner, J. (2016). Praxis einer dialogischen Aphasiendiagnostik und -therapie. In: Steiner, J. (Hrsg.), *Aphasie im Kontext. Einführung in die Praxis des alltagsorientierten Empowerments* (71-87). Bern: szh-Verlag
- Steiner, J. (2018). Demenz verstehen und logopädisch behandeln. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Kompodium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Band 3: Störungsbezogene Kompetenzen. Aphasien, Dysarthrien, Dysphagien – Dysphonien* (95-112). Stuttgart: Kohlhammer
- Steiner, J. (2020). Praktische Implikationen des Therapie-Kaskadenmodells für die Fallbearbeitung. In: Schräpler, U. & Steiner, J. (Hrsg.), *Systematische Fallarbeit in der Logopädie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Steiner, J. & Haag, F. (2012). Demenzerkrankungen: Auftrag an die Logopädie. *Sprache – Stimme – Gehör* 36, 128-131
- Steiner, J. & Venetz, M. (2011). Sprachabbau bei beginnender Demenz – Ist das Thema für die Sprachtherapie relevant? Ergebnisse einer Befragung von Logopädinnen in der Schweiz. *Forum Logopädie* 25 (6), 26-31
- Steiner, J. & Walde, J. (2020). Modelle als Mittler zwischen Theorie und Praxis. In: Schräpler, U. & Steiner, J. (Hrsg.), *Systematische Fallarbeit in der Logopädie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Venetz, M. (2016). Wirksame Aphasietherapie – Ansätze zu einer praxisbasierten Evidenz. In: Steiner, J. (Hrsg.), *Aphasie im Kontext. Einführung in die Praxis des alltagsorientierten Empowerments*. Bern: szh-Verlag, (171-181)
- Wißmann, C. (2014). Sprache macht Demenz. Oder: Der blaue Elefant geht um. *Demenz – Das Magazin*, 26-28



Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner

Steiner ist derzeit Senior Lecturer an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich (HfH) im Studiengang Logopädie. Er promovierte über Aphasie an der Universität zu Köln und habilitierte sich 2001 im Thema Sprach- und Kommunikationsstörungen im Alter an der Universität Dortmund. Er verfügt über Ausbildungen zum Gesprächs-therapeuten (Viersen), zum EPL-Kommunikationstrainer (München), zum EFQM-Assessor (Luzern) und zum Systemischen Coach (Leipzig) und ist Validations-Praktizierender. Praktische Tätigkeiten im Kontext Demenz waren die Leitung der Sprachtherapeutischen Abteilung in der Memory-Klinik Nordrach sowie als Supervisor und Therapeut in der Beratungsstelle Sprache und Demenz der HfH. Jürgen Steiner veröffentlichte zahlreiche Monographien zu Aphasie, Dysarthrie und Demenz.

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200201

KONTAKT

Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner
Interkantonale Hochschule für
Heilpädagogik Zürich (HfH)
Schaffhauserstraße 239
CH-8050 Zürich
juergen.steiner@hfh.ch