

4 Therapeutische Ansätze

Heike D. Grün und Christina Knels

Für eine individuell wirksame Behandlung und Begleitung des Menschen mit Demenz ist nach Diagnosestellung durch den Arzt ein umfassendes therapeutisches Konzept erforderlich. Es werden 2 Behandlungsformen angeboten: die medikamentöse und die nichtmedikamentöse Therapie, wobei die deutsche S3-Leitlinie „Demenzen“ den negativ formulierten Begriff „nichtmedikamentöse Therapie“ vermeidet und die Bezeichnung „psychosoziale Interventionen“ verwendet [1], [2]. *Psychosoziale Interventionen* umfassen psychotherapeutische, ergotherapeutische, neuropsychologische und andere Ansätze, die bei der Behandlung der Folgen von Gehirnschädigungen ihre Anwendung finden. Weiterhin werden Techniken berücksichtigt, die zwar zur Unterstützung der Angehörigen und professionell Betreuenden eingesetzt werden, aber keinen therapeutischen Charakter im engeren Sinne haben [1]. Die medikamentöse Therapie obliegt den Ärzten. Sie entscheiden nach Zielsyndromen, welche Medikamente ggf. verabreicht werden können, um symptomatische Leistungseinbußen zu lindern und die Lebensqualität zu steigern. Die psychosozialen Interventionen umfassen psychologische, sprachtherapeutische und sensorische Verfahren sowie ökologische und soziale Interventionen (Anpassung der Umgebung an sich verändernden Bedürfnisse) und Beratung. Empfehlung und Evidenzebenen der Interventionen werden in den aktuellen Demenzleitlinien [2] formuliert. Die in diesem Kapitel vorgestellten Ansätze werden im Hinblick auf Evidenz (Kap. 4.8) diskutiert.

4.1 Demenz-Management: Therapieprinzipien und ICF

4.1.1 Therapieprinzipien

Basis für die Behandlung von Menschen mit Demenz sind Therapieprinzipien, die sich an den Bedürfnissen von Betroffenen und Angehörigen orientieren. Hierzu werden in den Demenzleitlinien [4] wichtige Vorgehensweisen beschrieben (S. 100): Bis heute ist eine ursächliche Behandlung nicht möglich, der Erhalt alltagsrelevanter Fähigkeiten der Betroffenen sowie eine Verbesserung der Versorgungssituation für Betroffene und Angehörige ste-

hen im Vordergrund. Eine Behandlung bzw. Versorgung sollte individuell ausgerichtet und auf die Veränderungen des Schweregrads abgestimmt sein, betreuende Angehörige und/oder Pflegende sollten eingebunden werden und alle Fachdisziplinen zusammenarbeiten. Therapieprinzipien sollen sich an den Bedürfnissen der Betroffenen und Angehörigen orientieren [3].



Merke

Aspekte einer gelungenen Kommunikation

(DEGAM-Leitlinie Demenz [4]):

- langsam und deutlich sprechen
- Konflikte vermeiden
- Zuneigung zeigen
- offen reden
- Gestik und Mimik einsetzen
- Körpersprache
- Körperkontakt
- Wiederholungen
- „Morgenhoch“ nutzen
- kurze Sätze
- mit Namen ansprechen
- Positiv ausdrücken
- mit der Stimme beruhigen
- Ablenkungen ausschalten
- Brille, Hörgerät nutzen
- Reizwörter¹ vermeiden
- Mehrdeutigkeiten vermeiden
- mehrere Sinneskanäle nutzen
- Infos zur „Jetzt-Situation“ geben
- Umgang bestimmt Reaktion
- Einzelschritte bei Handlungsanweisungen
- möglichst viel mit möglichst wenig Worten sagen
- Pausen machen
- keine „Babysprache“
- Fragewörter meiden
- Augenkontakt

¹Reizwörter: Damit sind individuelle, aus der Biografie bekannte Begriffe gemeint, die den Betroffenen emotional belasten.

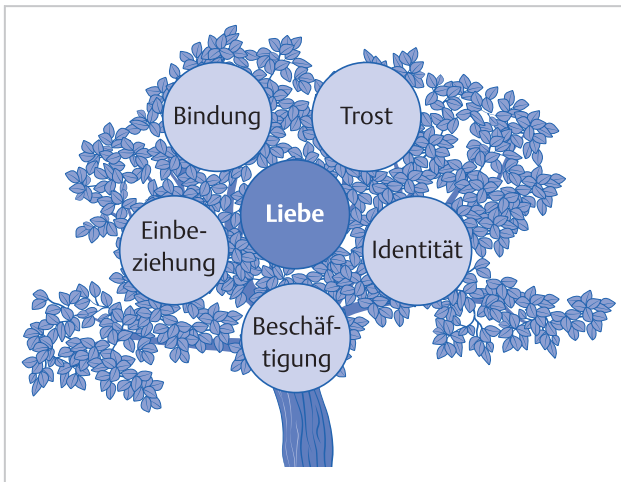


Abb. 4.1 Die wichtigsten psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz.

Nach Kitwood [3] treten bei Menschen mit Demenz die bei allen Menschen vorhandenen Bedürfnisse nach Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität besonders hervor, da der Betroffene selbst nicht mehr in der Lage ist, für die Befriedigung dieser Bedürfnisse zu sorgen (► Abb. 4.1). Das Bedürfnis nach **Trost** beinhaltet den Wunsch, Wärme und Stärke zu empfangen, um trotz Angst, Verlust und Versagen intakt bleiben zu können. **Primäre Bindung** an beziehungsfähige Personen können Sicherheit in einer Welt ohne eigene Erklärungen geben. Das Bedürfnis nach **Einbeziehung**, gesehen zu werden, beteiligt zu sein, ist bei Menschen mit Demenz (sehr auffällig in Senioreneinrichtungen) stark ausgeprägt. Wird die Möglichkeit gegeben, einen Platz im Leben/in der Gruppe/in der Familie zu finden, werden Rückzugs- und Isolationstendenzen reduziert und der Betroffene in seiner Identität gestärkt. Werden Menschen ihrer **Beschäftigung** beraubt, wird dadurch der Abbau kognitiver und praktischer Fähigkeiten unterstützt und das Selbstwertgefühl lässt nach [3]. Hier bedarf es einer großen Aufmerksamkeit und Befähigung, Bedürfnisse zu befriedigen, ohne vorgefertigte Lösungen aufzuzwingen. Je mehr über Vergangenheit (Biografiearbeit) und vor allem über Antriebe (erlernte Normen als Motive von Handeln, z. B. Fleiß, Genauigkeit, Pflichtbewusstsein) bekannt ist, desto eher ist ein angemessenes Beschäftigungsangebot möglich. **Identität** ist die Vorstellung von uns selbst (Lebensgeschichte) und den subtilen Botschaften anderer, wie sie uns sehen. Die Kenntnis der Lebensgeschichte ist also wertvoll im Sinne von „Da ist jemand, der es weiß, auch wenn meine Erinnerung

Brüche erhalten“. Kitwood spricht dabei vom Erhalt des *Personseins* [3].

Die Versorgung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen ist ausgerichtet auf den gesetzlichen Anspruch an Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, wie sie im Sozialgesetzbuch IX aufgeführt ist [5]. Diese Leistungen können von zahlreichen Professionen im Sinne eines interdisziplinären Teams erbracht werden. Durch die Bildung von Netzwerken werden die Kompetenzen aller an der Versorgung Beteiligten zusammengeführt und gezielte Handlungsmaßnahmen entwickelt. Durch Netzwerke können Lücken in der Versorgung entdeckt, auf kurzem Wege Informationen und Hilfsangebote weitergegeben und eine gezielte Zusammenarbeit zum Wohle des Betroffenen erreicht werden. Das Bundesministerium für Gesundheit förderte im Rahmen der Initiative *Leuchtturmprojekt Demenz* von 2008 bis 2010 ein Projekt, welches ausgewählte bestehende Netzwerke mit Blick auf Struktur, Ziele, Motivation, fördernde und hemmende Rahmenbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten untersuchte [6]. Eine Broschüre, „Vernetzte Demenzversorgung – Empfehlungen für die Praxis“, fasst die Ergebnisse der Arbeit zusammen [6]. Auch in Deutschland wird zunehmend die Notwendigkeit gesehen, die verschiedenen Ebenen der Versorgung, wie z. B. Akteure und Akteurinnen aus ärztlichem, pflegerischem Dienst, Beratung, Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement miteinander zu vernetzen [7].

Idealerweise basiert das Demenz-Management auf folgenden Komponenten [8], [80]:

- die Nutzung medikamentöser und psychosozialer Interventionen
- die Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen
- die Entlastung der pflegenden Angehörigen in Form von individuell angepassten Unterstützungs- und Schulungsangeboten
- die Vernetzung aller beteiligten Professionen aus Medizin, Therapie und Pflege zur bestmöglichen Versorgung des Menschen mit Demenz

4.1.2 ICF im Demenz-Management

Die *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und stellt ein Klassifikationssystem für die Funktionsfähigkeit im Kontext von Gesundheit dar [19]. Die ICF bezieht sich hierbei nicht nur auf die Dimension

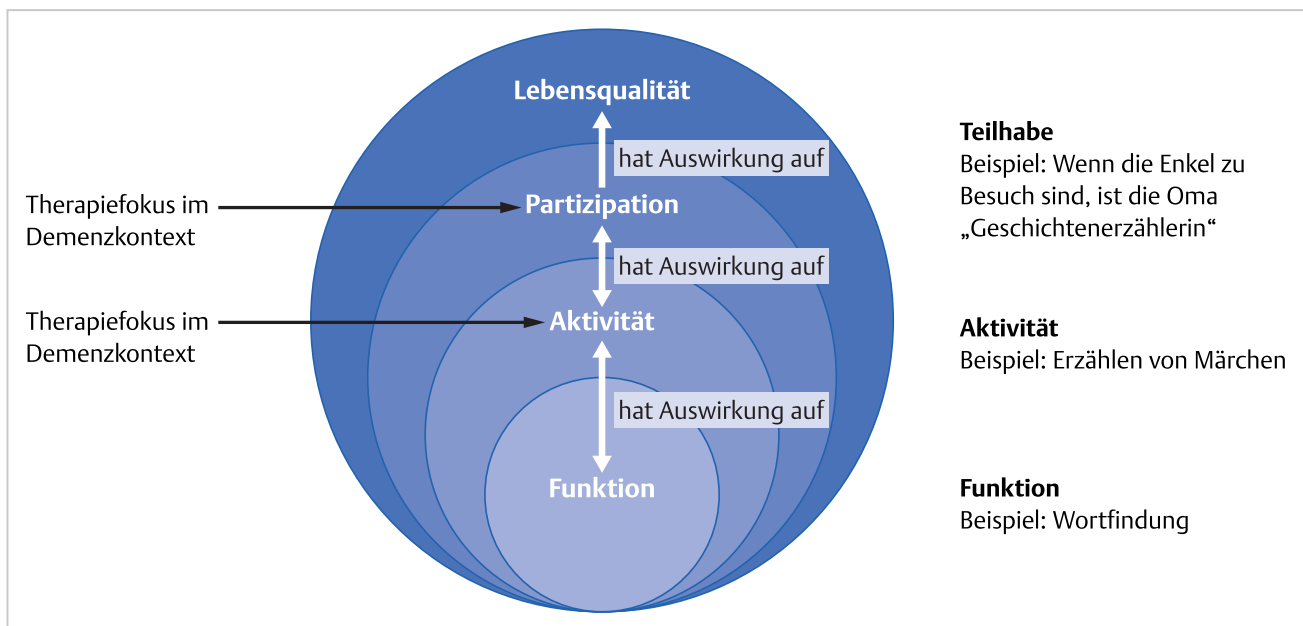


Abb. 4.2 Fokussierte Therapiebereiche bei Demenz innerhalb der ICF-Dimensionen.

der **Körperfunktionen bzw. -strukturen**, sondern beschreibt ein Gesundheitsproblem mithilfe der zusätzlichen Dimensionen der **Aktivität** (Ausführung einer Handlung, z. B. kommunikative Einschränkung in Alltagssituationen) und der **Partizipation** (Teilhabe). Auf der Ebene der Aktivität stellt man sich die Frage, was der Betroffene tut bzw. welche *Handlungen* er *ausführen* kann. Die Ebene der Partizipation beschäftigt sich mit den Fragen, ob die Person *Zugang zu Lebensbereichen* hat, ob sie hierin *Anerkennung/Wertschätzung* erfährt bzw. ob sie ihr Dasein in den Lebensbereichen *entfalten* kann [20]).

Der ICF zugrunde gelegt ist ein biospsychosoziales Modell, das eine individualisierte und damit realistischere, lebensnahe Sicht auf Gesundheit und Behinderung einer Person bietet und damit indirekt eine Erweiterung der Therapieziele auf Aktivitäts- und Partizipationsebene fordert. Die ICF versucht, Krankheit im Hinblick auf die Person in allen ihren psychosozialen Bezügen und unter Beachtung der Umwelt der Betroffenen zu verstehen, anstatt auf Symptome und Defizite fixiert zu sein, wobei man sich in der ICF mit der aktiven Gestaltung der Wahrnehmungs- und Ordnungswelt befasst, in der sich Krankheit und Gesundheit abspielen [21].

Die sprachtherapeutischen Ziele im Rahmen des Demenz-Managements stehen in vollem Einklang mit den Dimensionen der ICF: In der frühen Phase einer Demenz können (übende) Verfahren (möglichst mit einem alltagspraktischen Mehrwert, z. B.

Namen von Verwandten lernen, persönlich wichtige Objekte benennen) eingesetzt werden, wenn der Betroffene dieses Vorgehen akzeptiert. Allerdings sollte, gerade auch im weiteren Verlauf der Demenz, insbesondere die Ebenen der Aktivität und der Teilhabe im Fokus der therapeutischen Zielsetzung stehen. Die in diesem Kapitel genannten Interventionsmöglichkeiten spiegeln diese Zielsetzungen wider (► Abb. 4.2).

Merke

Interventionen, die sich bei Menschen mit Demenz an der ICF orientieren, bedeuten, den Blick individuell immer wieder auf den einen Menschen mit Demenz zu lenken, mit (sprach-)therapeutischen Maßnahmen im Zusammenwirken mit Angehörigen übergeordnete Ziele wie Teilhabe, Aktivität, Kompetenzerleben zu erzielen und über die Grenzen des eigenen Berufsfeldes hinauszusehen.

4.2 Ziele, therapeutisches Setting und Vorgehen

Alle sprachtherapeutischen Interventionen orientieren sich an Demenzform und -stadium, dem aktuellen Leistungsstand und der Tagesform des Patienten. Böhme [9] betont, dass eine klassische

Sprachtherapie im Sinne einer direkten Intervention bei einem Sprachabbau im Rahmen einer Alzheimer-Demenz aufgrund des gestörten Kurz- und Langzeitgedächtnisses nicht möglich sei. Hier seien multimodale Verfahren angezeigt und bei Nicht-Alzheimer-Demenzen individuelle Entscheidungen zu treffen [9]. Heidler [10] spricht sich für eine kognitiv ausgerichtete Sprachtherapie aus: Das Ziel einer kognitiv ausgerichteten Sprachtherapie (KAS) ist die störungsspezifische Behandlung der kognitiven Funktionen (Aufmerksamkeits-, Gedächtnis-, Exekutivfunktionen), welche die Sprachverarbeitung des Betroffenen im Alltag am meisten beeinträchtigen [10]. Heidler stellt weiterhin fest, dass erst durch ein Training der genannten Funktionen ausreichende Aufmerksamkeitsfunktionen vorhanden sind, um sprachverarbeitungsrelevante Hirnareale gezielt aktivieren zu können [11]. Welche therapeutischen Maßnahmen zum Einsatz kommen, wird auf Basis der Demenz-Diagnose entschieden. Bei nichtdegenerativen Demenzen sollte ein verbesserndes Vorgehen sowie ein symptomorientiertes Training (SOT) versucht werden. Bei degenerativen Demenzen hingegen steht ein Erhalt der Kompetenzen im Vordergrund und ein umgekehrt symptomorientiertes Training (USOT) ist angezeigt [12]. Gutzmann und Brauer [13] geben die Empfehlung, dass sich die logopädische Therapie in Anlehnung an die Komponenten *Aktivität und Partizipation* der ICF (Kap. 4.1) auf die Verbesserung der alltäglichen Kommunikation konzentrieren solle. Voraussetzung für die therapeutische Arbeit demenzbedingter Sprachstörungen ist der ausschließlich ressourcenorientierte Blick. Es gilt, jede kommunikative Ressource aufzuspüren und diese mit therapeutischen Angeboten und Interventionen zu stützen [13].

Obwohl Demenz (noch) nicht im Indikationskatalog logopädischer Leistungen zu finden ist, können Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen von logopädischer Kompetenz profitieren [59], [62], [78], [82]. Der Erhalt der Kommunikationsfähigkeit ist ein entscheidendes Kriterium für die Teilhabe am Leben. Diese so lange wie möglich zu erhalten, ist das Ziel logopädischer Arbeit. Aufgrund von kognitiven Einschränkungen, insbesondere des Neugedächtnisses, kann Lernen im klassischen Sinn nicht stattfinden. Aus diesem Grund sollte jedes schulische Üben vermieden werden (Kap. 4.6.7). Der Blick richtet sich auf die sprachlichen und kommunikativen Ressourcen des Patienten. Die Ermittlung der Ressourcen ist die ge-

meinsame Aufgabe zu Beginn einer Behandlung. Diese dem Stadium der Demenz entsprechend zu stärken, zu stabilisieren und möglicherweise durch individuelle Strategien zu ergänzen, ist die Aufgabe im Verlauf der Behandlung.

4.2.1 Therapieziele

Da die meisten Erkrankungen, die einer Demenz zugrunde liegen, zurzeit nicht heilbar sind und der fortschreitende Verlauf nicht verhindert werden kann, betont Romero die große Bedeutung der psychosozialen Interventionen [1]. Alle psychosozialen Interventionen haben das Ziel, Ressourcen auf kognitiver, alltagspraktischer, physischer und psychischer Ebene zu fördern, zu stabilisieren und so lange wie möglich zu erhalten.

Nach Steiner ergibt sich die Definition des Therapiezieles aus dem Gesundheitsbegriff: „Wenn gesund sein heißt, Geborgenheit, Kompetenzerleben, Zugehörigkeit und Zuneigung zu erfahren, die eigene Biografie und das Jetzt mit Sinn, Achtung, Wohlwollen und Kontinuität zu betrachten und mit Vertrauen (trotz Einschränkungen) nach vorne zu schauen, so ist dies auch mit Demenz möglich“ ([8], S. 88 f.). Diese Therapieziele harmonieren mit den Kriterien der ICF, insbesondere mit den Komponenten der Teilhabe und Aktivität (Kap. 4.1.2). Alle psychosozialen Interventionen mit ihren spezifischen Vorgehensweisen und Verfahren haben eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zum Ziel. Die Maßnahmen beziehen sich auf den Betroffenen selbst und seine Angehörigen und fokussieren auf den Erhalt und die Stärkung von Ressourcen auf allen Ebenen. Die **Demenzform**, das **Demenzstadium** sowie die **individuellen Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen** bestimmen das jeweilige Vorgehen innerhalb einer Intervention. Im therapeutischen Alltag findet meist eine Kombination verschiedener Verfahren (vgl. Kap. 4.6, Kap. 4.7) statt.



Merke

Therapeutische Maßnahmen im Demenzkontext beziehen sich sowohl auf den Betroffenen als auch die Angehörigen. Die Demenzform, das -stadium und die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen und Angehörigen bestimmen die Planung und das Vorgehen in der Therapie.

Allgemeine Therapieziele (medikamentös und nicht-medikamentös) bei primären Demenzformen sind:

- Verbesserung/Stabilisierung der kognitiven Leistungsfähigkeit
- geistige und körperliche Aktivierung der Patienten
- Verbesserung der Befindlichkeit bzw. der Lebensqualität
- Adaptionsfähigkeit an das nachlassende Leistungsvermögen
- Erhalt bzw. Wiederherstellung der Selbstständigkeit /Selbstversorgungsfähigkeit
- Erhalt der Alltagskompetenz
- Vermeidung der Pflegebedürftigkeit
- Pflegeerleichterung

Das Ziel der logopädischen Therapie bei Demenz ist **nicht** die Wiederherstellung eingeschränkter Sprachfunktionen. Im Fokus einer sprachtherapeutischen Behandlung stehen vielmehr der Erhalt der Freude am Sprechen und die Aktivierung des Einsatzes aller jeweils aktuell abrufbaren verbalen, nonverbalen und paraverbalen Kommunikationsmöglichkeiten mit dem Ziel der bestmöglichen Aufrechterhaltung der Kommunikation mit den Pflege- bzw. Bezugspersonen (Angehörige) und der Verhinderung der psychosozialen Rückzugs bzw. der Isolation des Betroffenen [14].

Angehörige (Kap. 4.7.4) werden über den Behandlungsablauf und -verlauf informiert, im Idealfall in Anwesenheit und mit Einverständnis des Betroffenen in der Sitzung. Kommunikationsprobleme zwischen Betroffenen und Angehörigen werden beratend begleitet. Eine direkte Beratung für den Angehörigen sollte jedoch nicht in Anwesenheit des Betroffenen stattfinden, da die Situation für den Betroffenen emotional überfordernd wirken kann.

4.2.2 Therapeutisches Setting

Das therapeutische Setting sollte einer festen Struktur in Form von **ritualisierten Abläufen** unterliegen, z. B. ein stets gleichbleibender Therapieablauf, Kontinuität bezüglich Zeit, Raum und Therapeut [14]. Ein fehlerfreies bzw. fehlerreduziertes Vorgehen in der Behandlung (der Patient gelangt immer zu einer „richtigen“ Lösung) ermöglicht dem Menschen mit Demenz zudem ein gesichtswahrendes Verhalten während der Therapie. Eine Konfrontation mit Defiziten nimmt dem Betroffenen dagegen seine Würde und ist nicht zielführend. Ritualisierte Vorgehensweisen im formalen

Ablauf und therapeutischen Verfahrensweisen geben dem Menschen mit Demenz Sicherheit. Strukturiertes Vorgehen zeichnet sich durch Gleichmäßigkeit, Regelmäßigkeit und Zuverlässigkeit aus und löst im Rahmen von Sicherheit im Menschen Wohlbefinden aus („Ich weiß schon, was jetzt kommt“). Natürlich werden die regelmäßigen Abläufe vom Betroffenen nicht erinnert, aber sie werden wirksam, weil sie geschehen, weil sie stattfinden. Möglichst gleichbleibende Vorgehensweisen können den Betroffenen zu eigenen Aktivitäten anregen (so nennt der Betroffene z. B. nach einigen Sitzungen das aktuelle Datum selbstständig oder liest eine in Eigeninitiative vorbereitete Notiz vor; oder er wünscht selbstständig ein zu bearbeitendes Thema) [14]. Weiterhin erleichtern ritualisierte Abläufe dem Therapeuten eine stabile Dokumentation des therapeutischen Prozesses.

Praxis

Beispiel für die Einbindung ritualisierter Abläufe

- Therapie findet immer am gleichen Ort und zur gleichen Zeit statt
- Begrüßung mit Namen
- Gespräch (Wochenverlauf, Befindlichkeit, aktuelle Anliegen etc.)
- ambulante Therapie: Erkunden/Benennen des Wochentages/Datums zur Unterschrift auf der Verordnung (der Patient schreibt und liest die Daten, die er unterschreibt)
- kurze Aktivierungsübung (Geeignet sind spielerisch wirkende Übungen, die Konzentration, Aufmerksamkeit und Fokussieren anregen. Der Patient ist über den Sinn der Übung informiert.)
- Patient stellt seine häuslichen Übungen vor.
- Erarbeitung eines neuen Themas
- Besprechung der häuslichen Übung
- Terminvereinbarung (Der Patient hat einen eigenen Kalender, er notiert selbst.)
- Verabschiedung mit Namen

4.2.3 Therapeutisches Vorgehen

Es wird empfohlen, bei einer beginnenden Demenz nach angepassten Maßnahmen für eine indirekte Sprachtherapie zu suchen, die ggf. auch ein kognitives Training beinhalten [9]. Ob Gehirn- und Gedächtnistrainings allerdings tatsächlich sinnvoll sind, wird kontrovers diskutiert [2]. Für den Be-

troffenen sollen entsprechende Aktivitäten Sinn und Freude bringen. Hat ein Betroffener gerne Kreuzworträtsel gelöst, so können ihm angepasste Trainings angeboten werden. Hat er Freude an Fotoalben, können diese für gesprächsfördernde Maßnahmen genutzt werden. Lückensätze zu bekannten Liedern, Redewendungen, Gedichten können Erinnerungen aktivieren. In diesem frühen Stadium können z.B. Übungen zum Wortabruf oder Satz- und Textverständnis mit stimulierend-aktivierenden Methoden aus der Aphasietherapie (z. B. MODAK) verknüpft werden, wenn die Inhalte den aktuellen Bedürfnissen des Betroffenen entsprechen. Ab dem Stadium einer mittelschweren Demenz werden die genannten Übungsmöglichkeiten nur noch sehr begrenzt einzusetzen sein. Hier gilt es, mit Wissen um Biografie, Erkennen von Antrieben, Gefühlen und nonverbalem Ausdruck eine Brücke zu bauen, um Kommunikation zu fördern und aufrechtzuerhalten (Kap. 4.5). Ab diesem Stadium können auch unlogisch erscheinende Gespräche aufrechterhalten werden, wenn die dahinterstehenden Gefühle und Antriebe erkannt und validiert werden, s. *Praxis-Box* Aufrechterhaltung von unlogisch erscheinenden Gesprächen (S.105).

Praxis

Aufrechterhaltung von unlogisch erscheinenden Gesprächen

Patientin (schaut zum Fenster): Das gibt's (...)

Therapeutin (folgt dem Blick der Patientin):

„Mmh (...) es regnet.“

P (aufgeregt): „Das gibt's, das gibt's“

T: „Ja. Alles wird nass.“

P: „(...) und faul, nass und faul“

T: „Ja?“

P: „Äpfelschalen“

T: „Ach ja, der Apfelbaum vor dem Fenster.“

T: „Sie sorgen sich um die Äpfel?“

P: „Ja, so war das alles.“

T: „Das können Sie gut durch das Fenster sehen.“

P: „Ja“

T: „Mmh (...) Sie gehen gerne in den Garten?“

P: „Sicher, sicher.“

T: „(...) und können die Äpfel sammeln?“

P (lächelnd): „Ja, natürlich.“

Besonders in der späten Phase der Demenz sollte jede aktuelle Situation für eine sprachtherapeutische Intervention genutzt und alle Chancen verwendet werden, die über eine kognitiv ausgerichtete Sprachtherapie hinaus den Menschen mit Demenz im Kommunikationsprozess hält. Steiner beschreibt hierfür „Konsequenzen für demenzüberschattete Gespräche“ (s. *Praxis-Box* (S.105).

Praxis

Konsequenzen für demenzüberschattete Gespräche

(nach Steiner ([8], S. 130 f.)

- Worte sind nur ein Teil der Äußerung – ich achte auf das Gesamte als Hörer.
- Worte sind nur ein Teil der Äußerung – ich achte auf das Gesamte als Sprecher.
- Es ist sinnvoll, grundsätzlich einen Kommunikationswunsch zu unterstellen.
- Wir lassen uns mehr Zeit beim Sprecherrollenwechsel – der beeinträchtigte Gesprächspartner hat in der Regel „Vorfahrt“.
- Das Ziel ist mehr Kontakt und weniger Information.
- Ich fasse mich kurz und verständlich.
- Fragen können öffnen, bergen aber auch Gefahren, je nachdem eventuell reduzieren, lieber abwarten und Angebote machen.
- Ich führe das Thema mehr durch Impulse und weniger durch Fragen weiter.

Der Therapeut kann davon ausgehen, dass eigene Therapieplanungen selten der jeweiligen Sitzung entsprechen und eine kreative Verknüpfung von Beziehungsarbeit und aktuell sinnvollen Inhalten angezeigt ist [14]. Bei schwerer Demenz treten verbale sprachtherapeutische Vorgehensweisen in den Hintergrund. Der Patient wird weiterhin mit seinem Namen angesprochen. Die Kontaktaufnahme (*jede* Begegnung kann ein Erstkontakt sein) erfolgt mithilfe einer validierenden (wertschätzenden), möglichst gleichbleibenden Vorgehensweise sowie Augenkontakt, Körpersprache, Körperkontakt und Atemführung.

Ein ausführliches therapeutisches Vorgehen führt das Alzheimer-Sprach-Training (ASTRAIN) [15] auf (► Tab. 4.1). ASTRAIN ist ein integratives Konzept, welches sich aus verschiedenen psychosozialen Interventionen und Betreuungskonzepten zusammensetzt (Kap. 4.7.2). Dieses Programm

Tab. 4.1 Kommunikation mit Demenzbetroffenen nach ASTRAIN [15]

Art der Kommunikation	Therapeutisches Vorgehen
verbal	<ul style="list-style-type: none"> • kurze, verständliche Sätze • den Patienten möglichst oft mit seinem Namen ansprechen • auf Ort, Zeit und situativen Kontext hinweisen • positiv formulieren • Informationsfülle auf mehrere Sätze verteilen und schrittweise mitteilen • auf eine ruhige Stimmlage achten • langsam sprechen • Wiederholungen mit möglichst denselben Worten (ohne Gereiztheit) • Nachfragen, ob man den Patienten richtig verstanden hat • Antwort anbieten (Rhetorik des „Pflückenlassens“) • keine Belehrungen • keine Babysprache • nicht von hinten ansprechen
nonverbal	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühle sprechen lassen • Zuneigung körpersprachlich ausdrücken, dass es dem Patienten angemessen ist, ihm wohl tut • geduldig, verständnisvoll und aufmerksam zuhören • Blickkontakt halten • Mimik und Gestik unterstützend bei der Kommunikation einsetzen, Pausen einlegen • Synchronizität von Sprache, Berührung und Blick
allgemein	<ul style="list-style-type: none"> • keine Diskussion oder Rechthaberei (dem Patienten auch wider besseren Wissens nachgeben) • Patienten immer darüber informieren, was man gerade tut oder vorhat zu tun • vorausdenken • strukturieren, aktivieren, trainieren • aussprechen lassen bzw. nicht das Wort abschneiden • in der Phantasiewelt des Patienten verborgene Wünsche erkennen • vormachen ist besser als fordern • Bestätigung, Zustimmung, Anerkennung

wurde vom Münchner Institut für Psychiatrische Wirkungsforschung entwickelt und stellt ein therapeutisches Ergänzungsprogramm für den sprachfunktionellen Bereich bei Alzheimer-Betroffenen dar [15].

Die logopädische Behandlung kann als Einzel- und/oder Gruppentherapie durchgeführt werden. Meist finden im ambulanten Bereich Einzeltherapien statt. In klinischen Institutionen und Senioreneinrichtungen können sprachtherapeutische Gruppenangebote (eventuell ergänzend zur Einzelbehandlung) sinnvoll sein (► Tab. 4.2). Über die

genannten Ziele der Einzeltherapie hinaus können im Gruppenangebot Kontaktmöglichkeiten unter den Teilnehmern gefördert und ein Gemeinschaftsgefühl geschaffen werden. Handlungsorientierte Ansätze (z.B. HOT, Kap. 4.7.3) bieten die Möglichkeit, Aufmerksamkeit, Konzentration, Erinnerungsvermögen und Kommunikationsfreude zu wecken [14]. Planung, Reflexion und Dokumentation einer sprachtherapeutischen ausgerichteten Gruppentherapie mit Betroffenen erfordert eine wohlüberlegte Herangehensweise.



Praxis

Sprachtherapeutische Gruppenangebote

Tab. 4.2 Beispiel für eine dokumentierte Gruppenarbeit

Thema	Tier – Foto – Puzzle
Teilnehmer	6
Zeit	30–45 Minuten
Zubehör	Tierfotos (Kategorien: Haus- und Zootiere)
Voraussetzungen	Interesse am Thema, Sehfähigkeit
Ort	am Tisch
Ziele	Aktivierung der Sprachfähigkeit, sprachlicher Austausch zwischen den Teilnehmern, Kompetenzerleben, Anregung von Erinnern und Erzählen
Vorbereitung	12 Tierfotos als Vollbild, 24 entsprechende als Zweierpuzzle (mittig geteilt)
Vorgehen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zunächst Vorlage von 6 Vollbildfotos einer Kategorie. Jeder Teilnehmer sucht ein Foto aus (Erkennen, Benennen, Bewerten, ins Gespräch kommen). 2. Jeder Teilnehmer zieht aus einem Stapel geteilter Fotokarten eine Karte heraus (prüfen: „Passt die Karte zu meinem Foto?“, wenn „ja“ behalten, wenn „nein“ zurücklegen oder den Nachbarn mit dem passenden Foto ausfindig machen). Am Ende soll jeder Teilnehmer das gleiche Foto als Vollbild und geteilt vor sich liegen haben.
Anmerkung	Die Teilnehmer erhalten die einführende Anweisung und es werden keine sprachlichen Forderungen gestellt. Die Teilnehmer werden ihren kommunikativen Ressourcen entsprechend reagieren.
Erweiterung	Ist der Ablauf gut durchführbar, können die 6 weiter vorbereiteten Fotos hinzugenommen werden. Entsprechend der Leistungsfähigkeit aller Teilnehmer können sprachtherapeutische Interventionen (Benennen, Kategorienbildung, Gedächtnisaufgaben usw.) hinzugenommen werden, jedoch ohne auffordernden oder übenden Charakter.



Vorbereitung / Durchführung einer Gruppentherapie

Formale und inhaltliche Hinweise:

- Videoaufzeichnungen (wird meist gut von den Teilnehmern angenommen)
- überschaubare Anzahl der Teilnehmer (2–6 Teilnehmer)
- Störfaktoren gering halten
- Materialien und Getränke bereitstellen
- Hilfsmöglichkeiten bei motorischen Einschränkungen
- Integrieren von Teilnehmern mit Seh-/Höreinschränkungen
- Beachten von Sympathien/Antipathien der Teilnehmer
- Erhalt der Aufmerksamkeit/ abwechslungsreiches Angebot
- Angebote/Thema ist für alle Teilnehmer interessant
- Freude am gemeinsamen Tun steht im Vordergrund (kein Lehr- oder Betreuungscharakter)
- möglichst viele Sinne ansprechen
- keine Überforderung (auf alle Teilnehmer achten)
- keinen Teilnehmer vor der Gruppe hervorheben oder „bloßstellen“