

Einen Halt geben: Gruppentherapie für Patienten mit einer Demenz

Holger Grötzbach, Sabine Bühler

ZUSAMMENFASSUNG. Nach dem Willen des Gesetzgebers hat Rehabilitation die Aufgabe, Erkrankten eine „gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ (SGB IX; §1) zu ermöglichen. Für Patienten mit einer Demenz bedeutet dies, ihre Selbstständigkeit zu erhalten. Dazu eignen sich insbesondere gruppentherapeutische Ansätze, in denen die Teilhabe durch gemeinsame Aktivitäten gefördert wird. In unserem Beitrag werden Konzepte und Struktur einer Gruppentherapie für Patienten mit einer Demenz vorgestellt. Dabei wird deutlich, dass sich eine teilhabe-orientierte Rehabilitation nur durch ein multiprofessionelles Team erreichen lässt, für das die ICF einen gemeinsamen Rahmen zur Verfügung stellt.

Schlüsselwörter: Teilhabe-orientierte Rehabilitation – Gruppentherapie bei Demenz – Angehörigenarbeit

Einleitung

Unter der Diagnose „Demenz“ wird eine Reihe von kognitiven Beeinträchtigungen zusammengefasst, die typischerweise im höheren Lebensalter auftreten, schleichend beginnen und progredient verlaufen. Zu ihnen gehören insbesondere Störungen des Gedächtnisses, der zeitlichen, räumlichen und persönlichen Orientierung, der Sprache sowie des zielgerichteten Handelns. Die sprachlichen Störungen können klassifiziert werden als

- primär progrediente Aphasie oder
- semantische Demenz.

Im Falle einer primär progredienten Aphasie beginnt die Demenz mit einer Sprachstörung, die durch eine unflüssige Redeweise, Wortfindungsstörungen, phonematische Paraphasien, Agrammatismus und einer Logopenie (Wortkargheit) gekennzeichnet ist.

Bei der semantischen Demenz, die im Verlauf der Erkrankung auftritt, kommt es zu einer flüssigen, jedoch inhaltsleeren Redeweise, zu einem gestörten Wortverständnis und zu semantischen Paraphasien. Die sprachlichen Störungen können mit einer Dysphagie verbunden sein, die häufig auf einen beeinträchtigten oralen Bolustransport oder auf eine „Schluckapraxie“ zurückzuführen ist.

Die demenziell bedingten Beeinträchtigungen wirken sich vor allem auf die Selbstständigkeit der Betroffenen aus, die zunehmend verloren geht. Die Patienten sind daher zunächst auf Supervision und später auf tatkräftige Hilfe angewiesen. Sofern die Hilfe nicht von Fachkräften gewährt wird, verbleibt es den Angehörigen, sich um die Erkrankten zu kümmern. Damit betrifft die Demenz nicht nur den Patienten, sondern auch die Familie, in der er lebt. Kann der Bedarf an pflegerischer Hilfe innerhalb einer Familie nicht auf mehrere Schultern verteilt werden, besteht die Gefahr, dass die helfende Person über ihre Kräfte hinaus beansprucht wird. Dies kann zu einem „Burn-out“ führen, bei dem die helfende Person dann selbst einer professioneller Unterstützung bedarf.

Um der Gefahr des Burn-outs vorzubeugen, hat der Gesetzgeber die Leistungen aus der Pflegeversicherung für pflegende Angehörige verbessert (vgl. §44, SGB XI). Als pflegende Angehörige gelten Personen, die einen Erkrankten nicht erwerbsmäßig mindestens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (§ 19, SGB XI). Jedem pflegenden Angehörigen stehen pro Kalenderjahr vier Wochen Urlaub zu, um sich erholen zu können. Während dieser

Holger Grötzbach M. A. leitet seit vielen Jahren die Abteilung Sprachtherapie in der Asklepios Klinik Schaufling. Er unterrichtet als Dozent an mehreren Berufsfachschulen für Logopädie. Seine Arbeitsschwerpunkte umfassen die Bereiche Aphasie, ICF und interdisziplinäre Teamarbeit. Er hält regelmäßig Vorträge, bietet Fortbildungen an und ist Autor einer Reihe von Veröffentlichungen.



Sabine Bühler BSc. Occ. Th. arbeitet seit 1995 als Ergotherapeutin in der Asklepios Klinik Schaufling mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Neurologie. Seit 2003 leitet sie das Memory & Demenz-Programm, das für Patienten mit einer Demenz und ihre pflegenden Angehörigen konzipiert worden ist. Sie hat einige Beiträge zur Demenz geschrieben und ist in der Fort- und Weiterbildung aktiv.



Zeit werden die Kosten für eine Ersatzpflege übernommen (§ 39, SGB XI). Außerdem können pflegende Angehörige Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Rentenversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Den Erkrankten steht eine Rehabilitation dann zu, wenn sie dazu geeignet ist, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder einer Verschlechterung vorzubeugen (§ 31, SGB XI).

Insbesondere der Vorbeuge-Aspekt spielt bei der Rehabilitation von Patienten mit einer Demenz eine entscheidende Rolle, da es in der Mehrzahl der Fälle darum geht, die Selbstständigkeit der Betroffenen so lange wie möglich aufrecht zu erhalten. Nach dem Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), das von der Weltgesundheitsorganisation entwickelt worden ist (WHO,

Tab. 1: Beispiele gestörter Körperfunktionen bei Demenz

Verhalten	Funktionsdefizit
Wortverwechslungen	Semantische Paraphasien
Lautverwechslungen	Phonematische Paraphasien
Reduzierte Syntax	Agrammatismus
Schluckstörungen	Dysphagie
Störungen, Handlungen zu beginnen	Antriebsstörung
Störungen des zielgerichteten Handelns	Apraxie
Gedächtnisstörungen	Amnesie
Zeitgitterstörungen	Zeitliche Orientierungsstörung

2001), sollte sich der Erhalt der Selbstständigkeit sowohl in der Komponente der Körperfunktionen als auch in den Komponenten der Aktivitäten und der Partizipation zeigen. Therapien, die allein das Ziel verfolgen, die Körperfunktionen zu stabilisieren, erfüllen den gesetzlichen Auftrag der „gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ (SGB IX, § 1) nicht (s. auch Fries, 2007). Dies liegt zum einen daran, dass die Ergebnisse von Funktionstherapien nur selten in den Alltag übernommen werden (mangelnder Transfer). Zum anderen gehen eventuell erzielte funktionelle Fortschritte bei Therapieende häufig wieder verloren (vgl. Ylvisaker et al., 2005). Trotzdem liegt der Fokus der Demenz-Rehabilitation nach wie vor auf den Funktionsstörungen, von denen einige in Tabelle 1 aufgelistet sind. Da die Therapie der Funktionsstörungen nur eine geringe Bedeutung für die Teilhabe hat (vgl. Grötzbach, 2008a, 2008b), ist sie in doppelter Hinsicht zu erweitern. Ergänzend sollten

- die Aktivitätsbeeinträchtigungen sowie
- die materiellen und sozialen Kontextfaktoren der Betroffenen mit ihren förderlichen oder hinderlichen Auswirkungen auf die Teilhabe

berücksichtigt werden (Frommelt & Grötzbach, 2005, 2007a). Wie die Beispiele der Aktivitätsbeeinträchtigungen in Tabelle 2 zeigen, überschreiten sie die klassischen Berufsgrenzen. Die „gleichberechtigte Teilhabe“ lässt sich daher nur durch ein multiprofessionelles Team erreichen, für das die ICF eine gemeinsame Rehabilitations-Philosophie zur Verfügung stellt.

Der Logopädie kommt in dem multiprofessionellen Team die Aufgabe zu, die sprachlichen Defizite mit Hilfe kontextsensitiver Therapien zu behandeln (Grötzbach, 2008a). Das Besondere der kontextsensitiven Therapie liegt in ihrem Anspruch, von Beginn an auf einen Transfer der sprachlichen Leistungen in den Alltag zu achten. Daher werden

Tab. 2: Beispiele von Aktivitätsbeeinträchtigungen und ihre Auswirkungen auf die Partizipation bei Demenz

Aktivitätsbeeinträchtigung	Partizipationsbeeinträchtigung
Schwierigkeiten, gehörte oder gelesene Nachrichten zu verstehen	Kann die Rolle als Familienoberhaupt nur noch schwer erfüllen
Schwierigkeiten, Fragen zu stellen oder Wünsche auszudrücken	Reduzierte Teilnahme an Alltagsunterhaltungen
Schwierigkeiten, im Notfall um Hilfe zu bitten	Bewältigung von Alltagsaufgaben ist gefährdet
Schwierigkeiten, mit Zahlen umzugehen	Selbstständige Bankgeschäfte oder das Vereinbaren von Terminen sind beeinträchtigt
Schwierigkeiten, Medikamente nach Plan einzunehmen	Kann sich nicht mehr um die eigene Gesundheit kümmern
Schwierigkeiten, Hobbys oder Neigungen nachzugehen	Kann an Freizeitinteressen nicht mehr teilnehmen
Schwierigkeiten, Kontakt zu Verwandten oder Freunden aufrecht zu erhalten	Beschränkung der sozialen Kontakte

statt der üblichen (abstrakten) Laboraufgaben alltagsnahe Lernsituationen geschaffen („design of learning situation“), in denen Aktivitäten und dadurch die Teilhabe ange-regt werden. So mag das logopädische (Teilhabe)-Ziel beispielsweise daraus bestehen, dass ein Patient seine Rolle als Vereinsmitglied weiter aufrecht erhalten kann. Die dazu notwendigen Aktivitäten, wie z.B. das Lesen der Vereinsnachrichten oder das Treffen von Verabredungen, werden mit dem Patienten erarbeitet und so oft wiederholt, bis die jeweilige Aktivität fehlerfrei möglich ist (Repetitions-Prinzip).

Obwohl einige Belege zeigen, dass die kontext-sensitive Therapie der funktionell orientierten sowohl theoretisch als auch empirisch überlegen ist (Ylvisaker et al., 2005), stellen sie im Bereich der Aphasie eher die Ausnahme als die Regel dar (vgl. Grötzbach, 2008a). In Zukunft wird es daher darum gehen müssen, sie zumindest ebenso häufig durchzuführen wie die funktionellen Therapien (s. auch Grötzbach, im Druck).

Um die Kontextfaktoren eines Patienten erfassen zu können, ist ein Gespräch mit den Familien der Betroffenen unerlässlich. Dabei interessieren nicht nur die häuslichen Bedingungen, unter denen ein Patient lebt, sondern auch das Befinden der pflegenden Angehörigen. Bei Zeichen einer Überforderung sollten die Angehörigen auf die Möglichkeit hingewiesen werden, eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen. Sie sollten außerdem Hinweise darauf bekommen, wie die noch vorhandenen Ressourcen eines Patienten zu nutzen sind. Zur logopädischen Beratung gehört es, Hilfestellungen für Unterhaltungen trotz gestörter sprachlicher Fähigkeiten zu geben.

Gruppentherapie für Patienten mit einer Demenz

Um dem Ziel der „gleichberechtigten Teilhabe“ näher zu kommen, eignet sich unserer Erfahrung nach eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie. Die Gruppentherapie hat dabei Priorität, da

- das gemeinsame Handeln in der Gruppe gleichzeitig soziale, kognitive und eventuell auch motorische Fähigkeiten fördert;
- eine Generalisierung von Leistungen vor allem dann zu erwarten ist, wenn die Beteiligten unter Supervision eigene Lösungswege entwickeln;
- der Transfer von Leistungen leichter fällt, wenn authentische Aktivitäten durchzu-

führen sind, die ein Mitwirken mehrerer Personen erfordern (z. B. Skat spielen);

- es durch das gemeinsame Lösen von Aufgaben vermieden wird, Einzelne zu überfordern.

Allerdings ist zu bedenken, dass Gruppen mit wechselnden Teilnehmern Unsicherheiten auslösen können. Außerdem können bei weniger betroffenen Patienten Ängste entstehen, wenn sie schwerer Betroffene in der Gruppe erleben. Zur Wahrung der Gruppenkontinuität bieten sich feste Gruppen an, die für einen überschaubaren Zeitraum (z. B. vier Wochen) zusammen bleiben. Bei Patienten, die aufgrund des Schweregrads der Demenz nicht vom Gruppenangebot profitieren können, stellen Einzeltherapien die Alternative dar.

Das Ziel der Gruppentherapie ist es, durch gemeinsame Aktivitäten die kognitiven, motorischen, psycho-emotionalen und sozialen Fähigkeiten der Betroffenen zu fördern. Bei den pflegenden Angehörigen geht es darum, ihnen Strategien für den Umgang mit vorhandenen Defiziten zu vermitteln. Gleichzeitig sollte ihre Aufmerksamkeit auf bestehende Ressourcen gelenkt werden.

Konzepte der Gruppentherapie

Unsere Erfahrungen sprechen für die gleichzeitige Verwendung verschiedener Konzepte, die für die Rehabilitation von Patienten mit einer Demenz entwickelt worden sind. Zu ihnen gehört der personenzentrierte/biographische Ansatz (Kitwood, 2000; Stuhlmann, 2004), in dem auf die individuelle Lebensgeschichte eines Betroffenen eingegangen wird. Die Biografie prägt nicht nur das Verhalten eines Patienten, sondern ihre Kenntnis erlaubt es auch, Reaktionen besser zu verstehen. Außerdem lassen sich aus der Lebensgeschichte Aktivitäts- und Partizipationsziele ableiten, die für einen Betroffenen relevant sind (Frommelt & Grötzbach, 2007b).

In der Biografiearbeit wird an die Leistungen des Langzeitgedächtnisses anknüpft. Wenn Erinnerungen erzählt werden, wird Vergangenes wieder gegenwärtig und prägt sich dadurch erneut ein. Dies schützt eine Person davor, die eigene Historie zu vergessen und die Gegenwart nicht als Fortsetzung der Vergangenheit zu begreifen (Kitwood, 2000). Die Ereignisse, die Patienten im Laufe ihres Lebens miterlebt haben, führen insbesondere in altersgemischten Gruppen zu einem Austausch, der durchaus überraschende Momente besitzen kann.

Themenbezogene Impulsfragen, die sich aus Nachschlagewerken ableiten lassen (Neulist & Moll, 2005), ermöglichen gleichzeitig den Beginn einer Unterhaltung sowie ein gezieltes Nachfragen. Davon profitieren vor allem Patienten, die sich als langweilig empfinden oder die das Gefühl haben, in einem Zustand der Leere und Sinnlosigkeit zu leben. Gerade für sie ist es häufig ein Ansporn, den Gruppenmitgliedern spannende Ereignisse zu erzählen oder die meist jüngeren Therapeuten über historische Begebenheiten aufzuklären. Damit stellt die Narration eine gute Möglichkeit dar, die Buchstücke der Vergangenheit zu ordnen und die Kontinuität der Lebensgeschichte zu wahren (Frommelt & Grötzbach, 2008).

Im Konzept der Validation (Feil, 2000), das sich vor allem für Patienten mit einer ausgeprägten Demenz eignet, steht die Orientierung an der Realität weniger im Vordergrund als das Eingehen auf die Gefühlswelt der Betroffenen. Mit der Wahrnehmung und Bestätigung der jeweiligen Gefühle sollen Vertrauen und Akzeptanz erreicht werden. Da die Bestätigung vor allem verbal gegeben wird, übernimmt die Logopädie in der Validationsarbeit eine wichtige Rolle. Zur Förderung der sprachlichen Fähigkeiten wird ein multimodales Vorgehen empfohlen (Böhme, 2008), bei dem die an Demenz Erkrankten auf verschiedenen Ebenen angesprochen werden sollen (Schaade, 2002). Zu den Ebenen gehören:

- Berühren und Fühlen
- Stimulation gespeicherter Bewegungsmuster
- Tätigkeiten des täglichen Lebens
- Rhythmus
- Routinehandlungen

Eine weitere Ebene besteht aus dem gezielten Einsatz von Musik, die Emotionen anspricht und auslöst. Mit Musikstücken, die für einen Patienten bedeutsam sind, können Verbindungen zum Altgedächtnis hergestellt werden. Darüber hinaus stärken das gemeinsame Singen, der Einsatz von Musikinstrumenten oder auch das Genießen von Musikstücken das Gemeinschaftsempfinden und dadurch die Interaktion in der Gruppe. Entsprechend ausgesuchte Musik kann Bewegungen anregen sowie aktivierend oder beruhigend wirken. Auf eine „Berieselung“ durch eine ständige Hintergrundmusik sollte jedoch verzichtet werden (Bühler, 2007a).

Struktur des Gruppenangebotes

Eine feste Grundstruktur der Gruppentherapie erleichtert den Patienten die zeitliche und räumliche Orientierung. Kombiniert mit immer wiederkehrenden Aufgaben kann sie außerdem dafür sorgen, dass der Tag-/Nachtrhythmus normalisiert wird oder erhalten bleibt (Schaade, 2002).

Die Gruppengröße sollte vier bis acht Teilnehmer umfassen, wobei der Schweregrad der Demenz zu berücksichtigen ist. Für ein Gruppenangebot, bei dem zwischendurch nicht auf pflegerische Unterstützung, z. B. beim Toilettengang, zurückgegriffen werden kann, sind zwei Therapeuten erforderlich (Bühler, 2007a). Die zeitliche Dauer des Gruppenangebots kann variabel gestaltet werden. Denkbar sind sowohl kurze Einheiten von 30 bis 45 Minuten Dauer als auch komplette Vor- und Nachmittagsprogramme mit zwei bis vier Stunden Dauer. Bei einem längeren Programm sind ausreichend Pausen zu berücksichtigen.

Der Vormittag eignet sich unserer Erfahrung nach am besten für die Bearbeitung eines ausgewählten Themas. Bei den Themen geht es weniger darum, semantisches Wissen abzufragen. Vielmehr ist es das Ziel, das Langzeitgedächtnis zu aktivieren. Impulsfragen, zum Thema gehörende typische Gegenstände, Bilder, Musik, Gedichte und Sprichwörter können als Einstieg dienen. Eine andere Möglichkeit zur Gestaltung des Vormittags sind Alltagsaufgaben, die einen Bezug zum früheren beruflichen Leben haben, z. B. das Zubereiten einer Mahlzeit oder kleine Arbeitsaufträge, wie z. B. die Herstellung eines Vogelhauses.

Die Nachmittagsstunden können aus freizeitorientierten Alltagsaufgaben wie Backen oder Einkaufen bestehen. Auch kleine Ausflüge oder Spaziergänge sind am Nachmittag gut möglich. Es sollte beachtet werden, dass bei Patienten mit einer Demenz am späten Nachmittag die Unruhe und der Wunsch, nach Hause zu gehen, zunehmen kann. Daher sollten vor allem nachmittags Bewegungs- und Entspannungsangebote geplant werden.

Das Grundgerüst für einen möglichen Tagesablauf in einem ganztägigen Programm ist in Tabelle 3 wiedergegeben. Für ein kürzeres Programm kann der Ablauf des Vor- oder Nachmittags als Gerüst dienen.

Unser Gruppenangebot startet mit der Zubereitung des Frühstücks. Gemeinsam wird der Tisch gedeckt und das Frühstück eingenommen, wobei Wert darauf gelegt wird, die Selbstständigkeit zu erhalten oder zu fördern.

Trinkpausen, Zwischenmahlzeiten und Hauptmahlzeiten spielen bei Patienten, die bereits veränderte Ess- und Trinkgewohnheiten zeigen, eine wichtige Rolle. Über gezielt ausgesuchte Speisen und Getränke können sie zum Essen und Trinken animiert werden. Das Erleben von gemeinsam vorbereiteten und eingenommenen Mahlzeiten kann verschüttete Kompetenzen wecken und die Lebensqualität der Erkrankten erhöhen (Gerontologische Reihe, 2006). Gleichzeitig bieten Mahlzeiten die Möglichkeit, eine Reihe von Alltagsaktivitäten anzubieten. Über das Frühstück, Mittag- und Abendessen lässt sich den Patienten außerdem wieder ein Gefühl für den Tagesrhythmus geben. Letztlich kann während der Essenssituationen auf eine eventuell bestehende Dysphagie eingegangen werden.

Die Einheit „Aktuelles zum Tag“ sorgt für die zeitliche Orientierung. Es wird über den aktuellen Wochentag und über die Jahreszeit gesprochen. Der Kalender wird aktualisiert, und es wird gemeinsam überlegt, ob dieser Tag für jemanden aus der Gruppe eine besondere Bedeutung hat. Je nach Fähigkeiten und Interessenslage der Teilnehmer kann die Tageszeitung bzw. einzelne Artikel daraus gelesen werden.

Bewegungsangebote (von Zedlitz-Herpertz, 2004) sollten mehrfach in den Tagesablauf integriert werden. Denn „Menschen, die im mittleren Alter regelmäßig Sport treiben, erkranken in den Siebzigern mit einer viel geringeren Wahrscheinlichkeit an Alzheimer als

■ Tab. 3: Grundstruktur Tagesablauf

Uhrzeit	Aktivität
8.00 Uhr	Gemeinsames Frühstück
9.00 Uhr	Aktuelles zum Tag – Zeitung lesen
9.45 Uhr	Bewegungseinheit
10.15 Uhr	Zwischenmahlzeit
10.30 Uhr	Gemeinsames Kochen oder Tagesthema
12.00 Uhr	Mittagessen
	Mittagsruhe
14.00 Uhr	Freizeitorientierte Aufgaben
14.45 Uhr	Zwischenmahlzeit
15.15 Uhr	Spaziergang oder Bewegungseinheit

Menschen, die keinen Sport treiben. Selbst Menschen, die in den Sechzigern anfangen, Sport zu treiben, können ihr Risiko um die Hälfte senken“ (Aamodt & Wang, 2008, S. 129). In unserem Programm umfasst der Vormittag eher „sportlich“ orientierte Angebote, wie z. B. Frühgymnastik, Tanz oder Ballspiele. Den Nachmittag nutzen wir für Spaziergänge oder auch für das Nordic Walking.

Einbindung der Angehörigen

Die Biografiearbeit wäre ohne eine Einbindung der Angehörigen in die Rehabilitation nicht möglich. Indem sie signifikante Lebenssituationen der Erkrankten schildern, erleichtern sie die Auswahl der Themen für die Gruppenarbeit. Sie tragen dadurch wesentlich zur Definition der Teilhabe- und Aktivitätsziele bei.

In unserem Konzept bilden die Angehörigen eine eigene Gruppe, in der sie die Möglichkeit haben, Erfahrungen untereinander auszutauschen. Medizinisch-psychologisch geleitete Gesprächsgruppen informieren die Angehörigen über Ursache, Auswirkung und Verlauf einer Demenz. Außerdem geht es in der Gruppe um eine Auseinandersetzung mit der Situation als pflegender Angehöriger. Dabei werden die Angehörigen in ihrem Recht darauf bestärkt, eigene Bedürfnisse zu äußern und umzusetzen. Um das zu erreichen, hat es sich als hilfreich erwiesen, die Sorge um den zu Pflegenden mit der Sorge um sich

selber zu verbinden. Nur wenn die betreute Person selbst leistungsfähig ist, kann sie ihren Aufgaben gerecht werden (Wilz et al., 2001).

Ein weiterer Themenschwerpunkt ist das Erarbeiten von Problemlösungen bei herausfordernden Situationen im häuslichen Alltag (Bühler, 2007b). Dazu werden verschiedene Berufsgruppen eingebunden. Im Einzelgespräch werden Strategien überlegt und anschließend ausprobiert. Für die Angehörigen ist es häufig entlastend zu erleben, dass in bestimmten Situationen auch Professionelle an ihre Grenzen stoßen und dass es nicht immer eine „Patentlösung“ für jedes Problem gibt.

Um den Angehörigen den nötigen Ausgleich für die physischen und psychischen Belastungen zu bieten, haben sie die Möglichkeit, an Entspannungs- und Sportgruppen (z. B. Wassergymnastik, Rückenschule, Medizinischen Trainingstherapie) teilzunehmen. Für viele Angehörige stellt dies seit Jahren das erste Mal dar, wieder etwas für die eigene Gesundheit tun zu können. Die Angebote werden daher gerne wahrgenommen.

Die gleichzeitig stattfindende Betreuung der Erkrankten hat zudem den Vorteil, dass die pflegenden Angehörigen zu ihrer Entlastung erleben, dass sich die Betroffenen auch dann wohl fühlen, wenn sie nicht ständig um sie herum sind. Damit die Angehörigen auch nach dem Ende der stationären Rehabilitation etwas für sich tun können, werden noch während des Aufenthalts nach wohnortnahen Entlastungsmöglichkeiten gesucht, z. B. nach einer Betreuungsgruppe oder einer Tagespflege. In katamnestischen Gesprächen wird die Situation nach der Entlassung regelmäßig evaluiert.

Resümee

Die Rehabilitation von Patienten mit einer Demenz erfordert ein multidisziplinär arbeitendes Team, das den gesetzlichen Auftrag hat, die Teilhabe der Patienten zu erhalten oder zu fördern. Um dieses Ziel zu erreichen, sind kontext-sensitive Therapien den

funktionell orientierten vorzuziehen (Ylvisaker et al., 2005). Die Gruppentherapie stellt für die kontext-sensitive Therapie einen geeigneten Rahmen dar, da durch das Angebot von authentischen Aktivitäten die Teilhabe verbessert wird. Obwohl die Gruppentherapie schon von jeher ein fester Bestandteil der logopädischen Arbeit ist, müssen hinsichtlich des gesetzlichen Auftrags drei neue Aufgaben bewältigt werden:

► Erstens sind diagnostische und therapeutische Verfahren zu entwickeln, die das Ziel einer verbesserten Teilhabe erfüllen. In der Logopädie stehen wir mit dieser Aufgabe erst am Beginn.

► Zweitens ist sicherzustellen, dass im multidisziplinären Team nicht partikuläre, an den Berufsgrenzen orientierte Therapieziele verfolgt werden, sondern gemeinsame, von der Teilhabe abgeleitete Ziele (Frommelt & Grötzbach, 2007b). Auch in diesem Bereich hat die Logopädie noch Entwicklungsarbeit zu leisten.

► Drittens sollte die Zusammenarbeit derjenigen Professionen, die an der Rehabilitation von Patienten mit einer Demenz mitwirken, auf einer Theorie basieren, die sowohl die Teilhabe der Patienten als auch den interdisziplinären Austausch berücksichtigt. Wir sind davon überzeugt, dass die ICF dafür geeignet ist. Sie sollte daher vermehrt in der Ausbildung und Praxis angewendet werden.

Literatur

- Aamodt, S. & Wang, S. (2008). *Welcome to your brain*. München: Beck
- Böhme, G. (2008). *Förderung der kommunikativen Fähigkeiten bei Demenz*. Bern: Hans Huber
- Bühler, S. (2007a). Tagesstrukturierende Therapien in der Ergotherapie. In: Minkwitz, K. (Hrsg), *Ergotherapie bei Demenz*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Bühler, S. (2007b). Angehörigenbegleitung – Memory & Demenz-Programm. In: Minkwitz, K. (Hrsg), *Ergotherapie bei Demenz*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Feil, N. (2000). *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. München: Ernst Reinhardt
- Fries, W. (2007). *Reha-Philosophie: Konzepte und Strukturen für eine Teilhabe-orientierte ambulante wohnortna-*

he Rehabilitation. In: Fries, W., Lössl, H. & Wagenhäuser, S. (Hrsg). *Teilhabe!* Stuttgart: Thieme

Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2005). Einführung der ICF in die Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 11, 171-178

Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2007a). Die ICF und das Modell einer kontext-sensitiven Neurorehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 78, 210-216

Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2007b). Zielsetzung in der Schlaganfallrehabilitation. In: Dettmers, Ch., Bülow, P. & Weiller, C. (Hrsg.), *Schlaganfall Rehabilitation*. Bad Honnef: Hippocampus

Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2008). Das Narrative in der Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 14, 3-11

Gerontologische Reihe (2006). *Ratgeber für die richtige Ernährung bei Demenz. Appetit wecken, Essen und Trinken genießen*. München: Ernst Reinhardt

Grötzbach, H. (2008a). Kontext-sensitive Aphasiotherapie. *L.O.G.O.S. interdisziplinär* 16, 26-31

Grötzbach, H. (2008b). Bottom-up oder top-down orientierte Aphasiotherapie: Welche ist besser? *Die Sprachheilarbeit* 53, 284-291

Grötzbach, H. (im Druck). Therapeutische Entscheidungsfindung bei Aphasie. In: Beushausen, U. & Seiferth, W. (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungsfindung in der Logopädie*. Elsevier: München

Kitwood, T. (2000). *Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Hans Huber

Neulist, A. & Moll, W. (2005). *Die Jugend alter Menschen. Gesprächsanregungen für die Altenpflege*. München: Elsevier

Schaade, G. (2002). *Ergotherapie bei Demenzerkrankungen. Ein Förderprogramm*. Berlin: Springer

Stuhlmann, W. (2004). *Demenz – wie man Bindung und Biographie einsetzt*. München: Ernst Reinhardt

WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*. Geneva. Deutsche Version über www.dimdi.de

Wilz, G., Adler, C. & Gunzelmann, T. (2001). *Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzerkrankten – Ein therapeutischer Leitfaden*. Göttingen: Hogrefe

Ylvisaker, M., Adelson, D., Braga, L. W., Burnett, S. M., Glang, A., Feeney, T., Moore, W., Rumney, P. & Todis, B. (2005). Rehabilitation and ongoing support after pediatric TBI. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 20, 95-109

von Zedlitz-Herpertz, S. (2004). *Aktivierende Förderung mit älteren Menschen. Übungssammlung*. München: Ernst Reinhardt

SUMMARY. Giving Support: Group Therapy for Patients with Dementia

According to the intention of the legislature rehabilitation has the goal to enhance "equal participation in the life of the community". For patients with dementia this means to keep their independence. To achieve this goal especially group therapeutic settings are appropriate. They constitute the opportunity to promote participation through a training of common activities. In this article concepts and structures of a group therapy setting for patients with dementia are described. As a result it turns out that a participation-oriented rehabilitation is dependent on the work of a multidisciplinary team for which the ICF forms a common philosophy.

Key Words: participation-oriented rehabilitation – group therapy for patients with dementia – work with significant others

Korrespondenzanschrift

Holger Grötzbach, M. A.
Asklepios Klinik Schaufling
Hausstein 2
94571 Schaufling
h.groetzbach@asklepios.com