

Heike D. Grün

Demenzbetroffene Patienten in der freien Praxis

Einblicke in den logopädischen Alltag

Einleitung

Zunehmend werden Menschen mit Sprach-/Kommunikationsstörungen im Rahmen einer Demenz in logopädischen Praxen mit einer ärztlichen Verordnung vorstellig und erwarten eine logopädische Behandlung. Wir wissen, dass alle Symptome einer ärztlich diagnostizierten Demenz der Progredienz unterliegen und somit einer Therapie im Sinne einer Verbesserung nicht zugänglich sind. Was kann Logopädie dann leisten? Welche Ziele können angestrebt werden?

Anders als in der Arbeit mit Patienten mit einer Aphasie steht in der Arbeit mit Patienten mit einer Demenz zunächst der Beziehungsaspekt im Vordergrund. Je nach Stadium der Demenz ist eine Zusammenarbeit nur möglich, wenn Informationen über Biografie und Ressourcen der Patienten ermittelt wurden. Wir begegnen einer anderen Leistungsfähigkeit und einem anderen Umgang mit Defiziten.

In der Diagnostik ermittelte Defizite können uns Aufschluss über Demenzform und -stadium geben, haben jedoch für die Zielsetzung der Behandlung eine untergeordnete Bedeutung. Deshalb ist es sinnvoll, schon während des Diagnostik-Prozesses immer parallel die kommunikativen Ressourcen zu ermitteln. Diese gilt es, in einer ICF-orientierten Vorgehensweise zu stabilisieren und längstmöglich zu erhalten.

Welche Patienten kommen in die Praxis?

In der Praxis begegnen uns Patienten mit Demenzen vom Typ Alzheimer, Vaskuläre Demenzformen, Primär Progressive Aphasien, Demenzen bei Parkinson, MS, ALS. Können Betroffene selbstständig oder in Begleitung von Angehörigen Termine in der Praxis wahrnehmen, befinden sie sich meist in einer frühen bis Beginn der mittleren Phase der Demenz. Bei Hausbesuchen treffen wir eher auf Menschen mit Demenz in der mittleren bis späten Demenzphase.

Welche Diagnostik kann durchgeführt werden?

Diagnostik im Rahmen einer Demenz ist immer davon abhängig, mit welcher Fragestellung Betroffene vorstellig werden. Auf der ärztlichen Verordnung zur Behandlung einer Sprach-, Sprech- oder Stimmstörung kann eine Sprachstörung bei Demenz bereits benannt und damit diagnostiziert sein, oder es besteht der Verdacht auf eine progrediente Sprachstörung ohne Demenz-Diagnose. Diese Vorgaben bestimmen die Vorgehensweisen zu Behandlungsbeginn. In dieser Phase des Kennenlernens befinden sich Therapierende im Spannungsfeld zwischen erforderlicher Diagnostik als einer klinischen Notwendigkeit und einem auf die Person zentrierten, den

Bedürfnissen der Betroffenen angepassten Beziehungsaufbau.

In einer Diagnostik wird der Mensch mit Demenz immer mit seinen Defiziten konfrontiert, die ihn ohnmächtig erscheinen lassen. Ein personenzentriertes Gespräch lenkt Betroffene auf ihre kommunikativen Kompetenzen, die es in der Therapie zu stärken gilt. Es muss also gut überlegt werden, welche diagnostischen Vorgehensweisen in der aktuellen Situation sinnvoll und wichtig sind (Eingangs- und Verlaufsdiagnostik), um auch der Berichtspflicht gegenüber der verschreibenden Arztpraxis zu genügen.

Betroffene kommen ohne eine ärztliche Demenz-Diagnose

Es wird eine Abklärung der Aphasie oder Sprachstörung bei Demenz vorgenommen und ein neuropsychologisches und logopädisches Screening durchgeführt.

Die Neuropsychologische Kurz-Diagnostik (z.B. Uhrentest, DemTect, Mocca, PANDA bei Parkinson) kann auf einen Demenz-Verdacht hinweisen. Die Ergebnisse werden der verschreibenden Arztpraxis mitgeteilt und hier, wenn angezeigt, die medizinische Diagnostik eingeleitet, die sich aus verschiedenen Untersuchungen zusammensetzt. Demenz ist immer eine ärztliche Diagnose, es erfolgen keine Verdachtsmitteilungen durch Therapeuten an Betroffene oder Angehörige!

Logopädische Diagnostik: Bei einer Sprachstörung im Rahmen einer Demenz gibt es bisher leider keine standardisierten Verfahren. Diagnostische Verfahren aus der Behandlung von Aphasien sind eingeschränkt sinnvoll (siehe dazu Steiner 2010, Knels 2018). Therapierende nehmen eine beschreibende Dokumentation vor, die Hinweise auf eine Sprachstörung bei Demenz zur Unterscheidung zur Aphasie gibt. Verfahren zur Bildbeschreibung, Untersuchungen der Semantik, Wortflüssigkeit, Spontansprache und die Zürcher Demenzdiagnostik können hierzu eingesetzt werden.

ZUSAMMENFASSUNG. Der Beitrag gibt einen Ein- und Überblick zur therapeutischen Arbeit mit Demenzbetroffenen in der logopädischen Praxis. Er erläutert das notwendige Grundwissen, die grundlegenden Unterschiede zwischen Aphasie und Demenz in der Zielsetzung und im therapeutischen Ansatz. Er macht Vorschläge zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen und illustriert dies durch eine Reihe von Fallbeispielen. Betont wird die therapeutische Haltung gegenüber dem Patienten sowie die wichtige Rolle der Beratung und Einbeziehung von Angehörigen und der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Betroffene kommen mit einer ärztlichen Demenz-Diagnose

Therapierende informieren sich im Arztbericht über den Befund und die Ergebnisse von neuropsychologischen Untersuchungen. Um diese korrekt erlesen und ggf. weiterführende Verlaufsdagnostiken für logopädische Berichte durchführen zu können, sind Kenntnisse dieser Diagnostiken erforderlich. Zu Behandlungsbeginn werden die Informationen des Arztberichts genutzt, somit ist eine erneute, die Betroffenen belastende Untersuchung nicht erforderlich.

Logopädische Diagnostik: Zur Ermittlung der sprachlichen/kommunikativen Kompetenzen als Basis für die Zielsetzung der Therapie können die o.g. Verfahren sowie personzentrierte Gespräche eingesetzt werden. Der ressourcengelenkte Blick richtet sich auf das Gesprächsverhalten, den Abruf von Sprache, das Sprachverständnis, das Dialogverhalten, die nonverbalen Ausdrucksformen, die Schriftsprache und das Dialogverhalten zwischen Betroffenen und Angehörigen. Es erfolgt eine Rückmeldung an die verschreibende Arztpraxis.

Wissen um den Umgang mit Demenz als Basis für die logopädische Arbeit

„Ich glaube daran, dass das größte Geschenk, das ich von jemandem empfangen kann, ist, gesehen, gehört, verstanden und berührt zu werden. Das größte Geschenk, das ich geben kann, ist, den anderen zu sehen, zu hören, zu verstehen und zu berühren. Wenn dies geschieht, entsteht Kontakt“, sagt die US-amerikanische Psychotherapeutin und Familientherapeutin Virginia Satir.

Wie jeder Mensch möchte auch ein von Demenz Betroffener so sein, wie er sich selbst versteht, und geht davon aus, auch so gesehen zu werden. Durch zunehmende Verluste in den Bereichen Alltagskompetenzen, Stabilität der Erfahrungen, Beziehungen zu Mitmenschen, Blick auf die Realität, Kontrolle der Gefühle und Kommunikationsfähigkeit wird angstvoll erlebt, wie sich dieses Selbstbild verändert. Um sich diesen Gefühlen nicht ausgeliefert zu fühlen und einer Blamage vorzubeugen, werden Strategien eingesetzt, die die Würde bewahren sollen.

Nicole Richard, Begründerin der Integrativen Validation®, spricht von Schutzstrategien, die erkannt und gewürdigt werden sollen (Richard 2006). Mögliche Aussagen wie „das kann nicht sein, das habe ich immer so erledigt“ (Leugnen) oder „wenn du immer alles wegräumst, kann ich auch nichts finden“ (Fremdbeschuldigen) können darauf hinweisen, dass

sich der Mensch mit Demenz vor einer Situation schützt, die ihn ohnmächtig erscheinen lässt. In jeder Kontaktaufnahme gilt es, diese Schutzstrategien zu erkennen und respektvoll und kreativ in die Kommunikation zu integrieren (Knels 2018). Therapierende nehmen die Perspektive der Menschen mit Demenz an und treten in deren eigene Welt ein. Dieser Perspektivwechsel verhilft dazu, Bedürfnisse und Wünsche Betroffener zu erkennen und unterstützend zu handeln.

Im Pflegealltag verbreitete Methoden der Kommunikation und Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Demenz sind die „Validation“ nach Naomi Feil, die „Integrative Validation“ nach Nicole Richard oder die „Mäeutik“ nach Cora v. d. Kooij. Einige gemeinsame Aspekte dieser Vorgehensweisen sind eine personzentrierte Beziehungsgestaltung, die sich an den aktuellen Bedürfnissen (Ist-Situation) der Betroffenen orientiert, eine Begegnung auf Augenhöhe, eine wertschätzende Grundhaltung und die Haltung: Kommunikation vor Funktion. Um zielführend und umfassend diese Methoden anzuwenden, sind genaue Unterweisungen angezeigt.

Eine validierende Haltung bedeutet, dem Gegenüber durch stete Wertschätzung und Respekt die Sicherheit zu geben, verstanden zu werden und akzeptiert zu sein. Validation ist eine Umgangs- und Kommunikationsform, die auf der Grundhaltung der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers basiert und kommunikationsfördernd das logopädische Handeln begleitet.

Lebensqualität wird durch Beziehungen zu anderen beeinflusst und stabilisiert. Wirklicher Kontakt löst eine Wechselwirkung aus, die für Betroffene und Therapierende angenehm und intensiv erlebt wird. Orientiert sein am aktuellen Erleben heißt, sich einfühlen in den Menschen mit Demenz, seine Sichtweise nachempfinden und entsprechend zu reagieren. Therapierende schaffen ein Klima, in dem sich Betroffene gehört, verstanden, angenommen und verbunden fühlen.

Ist diese Grundlage geschaffen, können sich Menschen mit Demenz auf sprachtherapeutische Interventionen einlassen. Eine wirkungsvolle Zusammenarbeit, in der für den Betroffenen sinnvolle Ziele angestrebt werden, ist gewährleistet, wenn Therapierende Informationen über Biografie und Ressourcen ermitteln können.

Das Vorgehen der Kontaktaufnahme passt sich dem aktuellen Stand der Demenz an und wird in jeder Sitzung neu auszurichten sein. Die demenzbetroffene Christine Bryden schreibt: „Wenn die kognitiven Fähigkeiten nachlassen und die Hemmschwelle sinkt, versuchen Sie in unsere Realität einzutauchen, sich auf Emotionen und Gefühle einzulassen und auf

dieser Ebene mit uns in Kontakt zu treten“ (Bryden 2011, 148f).

Gefühle, Wertempfinden und erlernte Verhaltensweisen bleiben lange erhalten, werden zum Ausdruck gebracht und können von Therapierenden wahrgenommen und wertschätzend rückgemeldet werden. Der Mensch mit Demenz fühlt sich gesehen und kann in Kontakt, in Beziehung gehen. Die Erfahrung zeigt, dass eine therapeutische Wirksamkeit durch eine kreative Verknüpfung von Beziehung und (für den Betroffenen) sinnvollen Inhalten erzielt werden kann (Grün 2016). Wichtige Aspekte für eine demenzgerechte und gelungene Kommunikation finden sich in der DEGAM-Leitlinie Demenz (2008).

Zum Beispiel erfordert ein Gespräch die ungeteilte Aufmerksamkeit, das Tempo wird von den Betroffenen bestimmt, es wird möglichst viel mit möglichst wenigen Worten gesagt, verstärkend auf Kommentare eingegangen und jeder Konflikt vermieden. Weiterhin wird auf den nonverbalen Gesamt-Körpersprach-Ausdruck geachtet: Gestik (kommunikative Bewegungen des Körpers), Mimik (Bewegungen des Gesichts), Kinesik (kommunikativ relevantes Bewegungsverhalten) und Proxemik (Nähe und Distanz).

Die Körpersprache als lange verbleibende Ressource des Menschen mit Demenz repräsentiert die Beziehungsebene zwischen den Gesprächspartnern. Der Inhalt einer Information wird durch körpersprachliche Signale bestimmt. Wenn der verbale Ausdruck verloren geht, können nonverbale Botschaften besser verstanden oder ausgedrückt werden. Therapierende können beobachten, dass Menschen mit Demenz vermehrt nonverbale Mittel einsetzen, beim Gegenüber beachten und sich durch nonverbale Botschaften anderer anstecken lassen, wenn Wörter nicht mehr verstanden werden.

Logopädische Behandlung von Menschen mit Demenz

Menschen mit Demenz haben einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Dieses Recht ist im §4 Sozialgesetzbuch IX festgelegt. Angezeigt ist also ein lebensweltorientiertes Angebot, das durch ein ICF-gesteuertes Vorgehen gegeben werden kann.

Ein weiteres Grundprinzip der logopädischen Behandlung wird durch ein konsequent kompetenzerhaltendes ressourcenorientiertes Vorgehen umgesetzt, das sich im Gegensatz zur Aphasiotherapie nicht an einer Verbesserung, sondern am Erhalt vorhandener Kompetenzen orientiert. Eine Kompetenz muss also noch vorhanden sein, damit sie erhalten werden kann, und damit ist ein möglichst früher Behandlungsbeginn angezeigt.

Sprachtherapeutisch relevante Therapieansätze (Beispiele)

KODOP – Kommunizieren, Dokumentieren, Präsentieren (Steiner 2010)

Dieser Ansatz eignet sich für Betroffene mit einer beginnenden bis mittelschweren Demenz und erwartet von ihnen Lese- und Schreibfähigkeiten und Interesse an diesem Vorgehen. In der Einzeltherapie führen Betroffene mit Therapierenden ein Gespräch, dessen Inhalt möglichst vom Menschen mit Demenz bestimmt und in einem schriftlichen Text festgehalten wird. Der fertige Text wird vorgelesen und dem Betroffenen ausgehändigt. Gerne werden Bilder oder Fotos ergänzt und ein Heft angelegt, in dem alle entstandenen Texte gesammelt werden. Therapierende übernehmen die Rolle des Schriftführers, fragen nach und halten Notizen bedeutsamer Inhalte fest. Persönliche Erfahrungen zeigen, dass dieses Vorgehen nicht nur den Betroffenen Freude bereitet, auch die Angehörigen nutzen die Textsammlung gerne, um im Alltag Gesprächsanlässe herbeizuführen.

HOT – Handlungsorientierte Therapie (Weigl & Reddemann-Tschaikner 2002)

Handeln und Sprache sind eng miteinander verknüpft, deshalb eignet sich der handlungsorientierte Ansatz als Verbindungsglied zwischen unspezifischer Aktivierung und sprachlich kognitiver Planung, Reflexion und Dokumentation mittels Sprache (Steiner 2010). Dieser Ansatz, ursprünglich aus der Kindertherapie, ist im Rahmen einer Demenz in einer modifizierten Form einzusetzen, die ausschließlich die sprachlichen und kommunikativen Ressourcen fokussiert. Über das Handeln in ein Gespräch zu kommen ermöglicht den Betroffenen, aktuelle Handlungsfähigkeiten einzusetzen, die dann gemeinsam mit Therapierenden oder Angehörigen versprachlicht werden. Erfahrungen zeigen, dass unter einer geführten Handlungsplanung und -durchführung Erinnerungen aktiviert und versprachlicht werden können. Empfehlenswert erweist sich die HOT bei Demenz in Kooperation mit Pflegenden und/oder Ergotherapeuten in Gruppenarbeiten.

Kenntnisse zur *Biografie des Patienten* helfen Therapierenden, im Rahmen sprachtherapeutischer Zielsetzungen an persönliche Lebensinhalte anzuknüpfen und diese in den Bereichen Lesen, Schreiben und Gespräch zu aktivieren.

In der frühen Phase einer Demenz ist es möglich, direkt auf kommunikative Einschränkungen Einfluss zu nehmen, dies wird oft auch ausdrücklich von Betroffenen und Angehörigen gewünscht. Therapierende sollten bei der Therapieplanung immer bedenken, welche Ziele langfristig Sinn machen, auch wenn gut gemeinte Angebote im frühen Stadium vielleicht sinnvoll erscheinen. Bei fortgeschrittener Demenz zielen in Begleitung einer validierenden Vorgehensweise abgestimmte sprachtherapeutische Angebote auf eine Stabilisierung der sprachlichen Ressourcen und eine Erarbeitung von Kompensationsmöglichkeiten.

Das therapeutische Setting sollte einer festen Struktur in Form von ritualisierten Abläufen unterliegen, wie z.B. ein stets gleichbleibender Therapieablauf, Kontinuität bezüglich Zeit, Raum und Therapeut (Grün 2015). Eine feste Struktur gibt dem Menschen mit Demenz die Orientierung und Sicherheit, sich auf zunächst Unbekanntes einzulassen. Therapierende können schon bei der Vorbereitung einer Behandlung durch eine festgelegte Phaseneinteilung jeder Sitzung eine verlässliche Struktur planen,

die bei den Betroffenen eine Wiedererkennung auslöst (Kasten unten).

Im therapeutischen Alltag werden verschiedene Verfahren kombiniert (z.B. die genannten validierenden und biografie-orientierten Vorgehensweisen), die die folgenden beispielhaft beschriebenen sprachtherapeutischen Ansätze begleiten (Kasten oben). Die Praxis zeigt, dass gezielte logopädische Interventionen im Kontext einer Gesamtversorgung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen

einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der Lebensqualität leisten.

Logopädische Arbeit mit Demenzbetroffenen versteht sich in einem interdisziplinären Kontext, in der Zusammenarbeit und im Austausch mit Angehörigen, Pflegenden, mitbehandelnden therapeutischen und medizinischen Disziplinen. Besonders bei Hausbesuchen in Pflegeeinrichtungen bietet sich eine vernetzte Versorgung an. Alle Fachdisziplinen arbeiten zum Wohle der Betroffenen unter einem Dach, kurze Wege begünstigen Austausch und kooperatives Zusammenwirken. „Ein hausinternes Netzwerk unterstützt, den bestmöglichen Zustand unserer Pflegebedürftigen zu erhalten und zu fördern“, berichtet die Pflegedienstleitung Frau Pilß in einem Interview (Grün 2019, 44).

ICF-orientiertes Vorgehen

Die ICF, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und beinhaltet ein Klassifikationssystem, das sich auf die Funktionsfähigkeit im Zusammenhang mit Gesundheit bezieht. Der Fokus richtet sich auch auf die Ressourcen der Menschen mit Demenz: Mögliche Aktivitäten und alle Formen der Teilhabe werden ermittelt, die Sicht auf Defizite und Symptome tritt in den Hintergrund. ICF-orientierte logopädische Maßnahmen beziehen sich immer auf den einen Menschen mit Demenz mit seinen jeweils aktuellen Möglichkeiten und setzen zusammen mit Betroffenen und Angehörigen Ziele, die sich an Kompetenzerleben, Teilhabe und Aktivität orientieren. Dies erfordert den „Blick über den Tellerrand“, also ein interdisziplinäres, kooperatives Vorgehen, das Ansätze verschiedener Fachrichtungen integriert. Zum Wohle der Betroffenen findet eine möglichst enge Zusammenarbeit aller

Vorschlag für einen Therapieaufbau

- **Phase 1: Einstimmung, Begrüßung, Befinden klären**

Ziel: Der Patient soll sich äußern können, wie es ihm aktuell geht, und über Geschehnisse der letzten Tage berichten.

- **Phase 2: Aktivierung**

Ziel: Kurze, der aktuellen Leistungsfähigkeit angepasste Aktivierungsübung soll den Fokus auf Konzentration und Aufmerksamkeit lenken.

- **Phase 3: Kommunikative Kompetenz**

Ziel: Der Patient soll Nachrichten/Informationen verstehen und sich darüber austauschen.

- **Phase 4: Sprachanregung**

Ziel: Durch ein animierendes Angebot soll der Patient in Kommunikation gehen.

- **Phase 5: Abschlussgespräch und Verabschiedung**

Ziel: Der Patient soll vermitteln, wie er die Sitzung empfunden hat (Wohlfühl, passendes Angebot, eigene Wünsche).

therapeutischen und medizinischen Disziplinen sowie Angehörigen, Pflegenden und Betreuern statt (Brandenburg 2014).

FALLBEISPIEL

Herr W. (67 Jahre, Primär Progressive Aphasie, frühes Stadium), lebt allein und selbstversorgend in H. Die Diagnose habe ihn „mürbe“ gemacht und er müsse täglich feststellen, wie schwierig sein Alltag werde. Er möchte dringend wieder gut rechnen können, um seine Einkäufe selbstständig zu erledigen, weiterhin seinen entfernten lebenden Söhnen Briefe schreiben, da er nicht gerne telefoniere. Als ehemaliger Sporttrainer fährt Herr W. täglich Fahrrad und besucht regelmäßig gemeinsam mit einem Freund ein Fitnessstudio. Individuell fördernde Faktoren von Aktivitäten und Partizipation beschreibt er selbst und möchte diese auch lange erhalten. Da Herr W. gut lesen und schreiben kann, wird sein Wunsch Briefe zu schreiben als sprachtherapeutisches Ziel festgelegt und weiterhin werden alltagsorientierte Übungen zur Zahlenverarbeitung angeboten, die ihm den Umgang mit Geld beim Einkaufen erleichtern sollen. Seine Sorge, Situationen kommunikativ nicht zu bewältigen, konnte durch Sichtbarmachen und Erlebenlassen

seiner Kompetenzen und die Erarbeitung von auf seinen Alltag angepassten Hilfen und Strategien gemildert werden.

So wurden in jeder Behandlung Themen, die ihn beschäftigten, zum Mittelpunkt der gemeinsamen Arbeit. Es wurden Briefe geschrieben, ein Heft angelegt, in dem die Höhepunkte seiner Zeit als Sporttrainer festgehalten wurden, und der Umgang mit Geld in Einkaufssituationen erprobt. Ergänzend fand ein gewünschter regelmäßiger Austausch mit seinem Freund statt, da dieser die einzige Bezugsperson in seinem Alltag darstellte.

Kompetenzerhaltendes, ressourcenorientiertes Vorgehen

Eine Sprachtherapie im Rahmen einer Demenz soll vorhandene kommunikative Fähigkeiten stützen und langfristig erhalten. Die Ziele sind eine Aufrechterhaltung der Interaktionen im Alltag, eine Verbesserung der Lebensqualität und Teilhabe und die Vermeidung des sozialen Rückzugs. Schon im Anamneseprozess ermitteln Therapierende alle aktuellen kommunikativen Fähigkeiten der Patienten. Stehen die Behandlungsziele fest, werden diese unter Stimulierung und Einsatz der ermittelten sprachlichen Ressourcen verfolgt.

Der Mensch mit Demenz soll sich aktiv und kompetent fühlen, sein Verhalten und emotionaler Ausdruck werden durch sprachliche Rückmeldungen positiv beeinflusst. Therapierende passen alle Angebote sich verändernden Bedingungen und der aktuellen Tagesform der Betroffenen an. Sichtweisen und Gefühle werden bestätigt, Abfragesituationen vermieden und es wird darauf geachtet, dass in Arbeitskontexten keine Fehler gemacht werden können. Der Vorteil des fehlerfreien Lernens (errorless learning) wird darin gesehen, dass nur eine – die richtige – Reaktion gespeichert wird und nicht in der Abrufsituation zwischen „richtig“ und „falsch“ unterschieden werden muss (Busch & Heide 2012).

FALLBEISPIEL

Herr S. (83 Jahre, Demenz bei Parkinson, mittleres Stadium), Architekt und Ausbilder im Architekturbereich kommt mit seiner Ehefrau in die Praxis. Schon im Anamnesegespräch wird deutlich, dass sich Herr S. über seinen Beruf definiert und mit Leidenschaft über seine Projekte berichtet. Auf dieses Thema fokussiert ist er in der Lage, Fachbegriffe zu verwenden und einfache Beschreibungen vorzunehmen. Das Lesen und Schreiben ist auf Drei- bis Vier-Wort- Satzebene möglich.

Im Verlauf der Therapie entsteht eine „Lehrer-Schüler-Beziehung“: Herr S. hat die fachliche Kompetenz eines Lehrenden, die Therapeutin ist die Praktikantin. Ein angepasstes Materialangebot (z. B. Fotos, Fachartikel, eigene Bauprojekte) begleitet das Vorgehen. Die Ergebnisse jeder Therapiesitzung werden schriftlich festgehalten und dienen Herrn S. im häuslichen Bereich, mit Besuchern über seine Arbeiten zu sprechen.

Biografie-orientiertes Vorgehen

Menschen mit Demenz kommen aus einem selbstbestimmten Leben mit ganz persönlichen Erfahrungen und Leistungen. Diese können nicht mehr mitgeteilt werden, für sie selbst wichtige und bedeutungsvolle Erlebnisse, Anliegen und Tätigkeiten bleiben verborgen. Therapierende informieren sich über Lebensthemen ihrer Patienten und binden diese in die logopädische Arbeit ein. Zum Beispiel werden Ereignisse, Erzählungen und Gefühle aufgegriffen, in einen sprachtherapeutischen Kontext gebracht und ressourcenorientiert angepasst in möglichst vielen Modalitäten wie Sprechen, Lesen, Schreiben und Verstehen eingesetzt.

Themen aus dem Leben der Menschen mit Demenz stimulieren die daraus erwachenden Gefühle der Betroffenen. Sich darüber auszutauschen fördern das Selbst und das Bewusstsein. Biografie-orientierte Vorgehensweisen richten den Blick auf Lebensantriebe, Kompetenzen, Fähigkeiten, Haltungen, Werte und Gefühle des Menschen mit Demenz.

FALLBEISPIEL

Frau B. (72 Jahre, vaskuläre Demenz, Mitte mittleres Stadium), lebt in einer Senioreneinrichtung. Sie war als Schneiderin tätig und ist bis heute sehr an Mode interessiert. Für sie konnte früh eine personbezogene Ansprache erarbeitet werden, die sich durch Schlüsselwörter aus ihrem Lebens-thema ergab. Ein ritualisierter Einsatz dieser Ansprache (auch durch Pflegenden und andere Therapeuten) ermöglicht eine wertschätzende Kontaktaufnahme und bildet die Voraussetzung für weitere logopädische Maßnahmen.

Zu jedem Behandlungsbeginn wird Frau B. wie folgt begrüßt: „Guten Tag Frau B., Frau B., die Schneiderin aus H. Sie wissen, was modisch angesagt ist.“ Schon während dieser Begrüßung strahlt Frau B. und holt aus einem Schrank einen Modekatalog. Da sie schreiben und lesen kann, werden Beschreibungen aus dem Katalog gemeinsam gelesen und jedes Angebot mit ihrem fachlichen Blick beurteilt. Ihre Kommentare werden in einem Heft schriftlich festgehalten und vorgelesen.

Frau B. fühlt sich bei dieser Arbeit kompetent und setzt alle ihre sprachlichen Ressourcen ein. In dieses Vorgehen wird auch die Tochter der Patientin einbezogen. Sie erkundigt sich beim Besuch ihrer Mutter nach deren Arbeit, indem sie zu den Angeboten aus dem Katalog nach ihrer Einschätzung fragt und sich die Kommentare vorlesen lässt.

Angehörigenberatung

Der Beratungs- und Informationsbedarf von Angehörigen erhöht sich mit Fortschreiten der Demenz der Betroffenen. Befinden sich die Menschen mit Demenz im häuslichen Umfeld, liegt zunehmend die Verantwortung für den Alltag und die Kommunikation bei den Angehörigen als Sekundärbetroffenen.

Konkret brauchen sie Informationen zu Erkrankung und Auswirkung, Unterstützungsangeboten, Versicherungsleistungen, Betreuungsmöglichkeiten, Selbsthilfegruppen und im Rahmen der Logopädie zur Kommunikations- und Beziehungsgestaltung. Beratungen werden z.B. durch die behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenkassen, Selbsthilfeverbände, Patientenberatungsstellen und Angehörigen-schulungen erbracht. Der jeweiligen Profession entsprechend können Angehörige dort Information, Beratung und Unterstützung erwarten.

Um den Informationsbedürfnissen gerecht zu werden, ist ein kooperatives Zusammenwirken der Professionen sinnvoll. In der ambulanten logopädischen Behandlung werden meist Informationen zu den Ergebnissen der logopädischen Untersuchung, zum therapeutischen Vorgehen, zur Gesprächsgestaltung mit den Betroffenen und Adressen von spezialisierten lokalen Pflegediensten und Selbsthilfegruppen gewünscht. Therapierende können in Angehörigen-gesprächen Ressourcen der Betroffenen ermitteln und besprechen, Ziele der Behandlung abstimmen und auf Veränderungen in der Kommunikation mit dem Betroffenen eingehen.

Mit dem Einverständnis der Betroffenen können Angehörige der Therapie beiwohnen. Somit sind sie von Beginn an in den therapeutischen Prozess einbezogen und können Beobachter kommunikationsfördernder Maßnahmen sein. Im besten Fall gewinnen Therapierende mit den Angehörigen Co-Therapeuten, die unterstützend Therapieinhalte in den Alltag übertragen.

Wie im Umgang mit dem Menschen mit Demenz kann auch mit Angehörigen eine validierende Gesprächsführung zielführend sein. Emotionales Befinden, Sorgen und Ängste werden ernst genommen, können validierend versprachlicht und mit sachlichen Informationen ergänzt werden. Auch hier wird jede Kon-

frontation vermieden, um eine für den Betroffenen und Angehörigen angepasste Lösung zu finden.

Netzwerkarbeit in Pflegeeinrichtungen

Kooperatives Zusammenwirken von Pflegenden, Therapeuten, Ärzten, Hilfsmitteldienstleistern und Angehörigen bietet sich in Pflegeeinrichtungen an. Im besten Fall können Bewohner der Einrichtung einen stabilen, gleichbleibenden, die Aspekte aller Fachdisziplinen beachtenden Umgang erfahren. Fördert die Leitung eines Hauses ein Zusammenwirken der genannten Disziplinen, befürwortet Zeit, Raum und Austauschmöglichkeiten für dieses Engagement, so scheint sich die Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen zu erhöhen.

FALLBEISPIEL

Frau K. (90 Jahre), eine Bewohnerin mit Parkinson und beginnender Demenz erhält neben der medizinisch medikamentösen Versorgung eine Hilfsmittelversorgung (Rollator) und die Heilmittel Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie. Jede Fachdisziplin richtet ihren therapeutischen Fokus aus. In der Logopädie richtet sich die therapeutische Aufmerksamkeit auf das Sprechen, die Stimme, die Atmung und das Schlucken. Frau K. erarbeitet Strategien für eine laute Stimmgebung und bessere Verständlichkeit und erhält unter logopädischer Anleitung eine ihrer Schluckstörung angepasste Kost.

Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit den Pflegenden wichtig, damit die schluckstabilisierenden Maßnahmen täglich umgesetzt werden. Die mitbehandelnden Therapeuten der Ergo- und der Physiotherapie erhalten Informationen über erarbeitete hilfreiche Strategien zur lauten Stimmgebung und verständlichen Sprechweise, um die Patientin auch in ihren eigenen Behandlungen darin zu fördern.

In der Physiotherapie gilt es, verbliebene Bewegungsfähigkeit zu erhalten und zu stärken, Gangblockaden und erhöhte Sturzneigung durch entsprechende Maßnahmen zu lindern. Die mitbehandelnden Therapeuten der Ergotherapie und Logopädie erhalten Anregungen, wie sie in ihren Behandlungen hilfreiche physiotherapeutische Maßnahmen einsetzen können. In der Ergotherapie wird Frau K. in ihren alltagspraktischen und feinmotorischen Fähigkeiten gefördert. Auf sie angepasste Hilfsmittel unterstützen ihre Selbstständigkeit beim Schreiben und Essen. Diese werden dann auch in der logopädischen Behandlung eingesetzt.

Tauschen sich Pflegenden, Therapeuten und Ärzte über die aktuellen Ressourcen und Fä-

higkeiten der Patientin und ihre pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Maßnahmen in den Bereichen Bewegen, Pflegen, Kleiden, Essen und Trinken, Kommunizieren, medizinischer Status, Medikamente und psychische Verfassung aus, so kann Frau K. eine ganzheitlich ausgerichtete Unterstützung erhalten. Über einzelne Therapiesitzungen hinaus wird Frau K. in ihren Möglichkeiten in allen Bereichen aktiviert.

Fazit

Im Alltag wird es immer wieder Hürden geben, die bestgemeinte Vorhaben begrenzen. Eine wirkungsvolle Zusammenarbeit aller Disziplinen braucht Engagement, Zeit, Organisation und Schulung. Das gemeinsame Ziel ist die bestmögliche Versorgung der Betroffenen für einen längstmöglichen Erhalt der Kompetenzen unter den Aspekten Lebensqualität und Teilhabe. Deshalb richten professionell Handelnde ihren Blick auf das jeweils aktuell Machbare und fördern damit eine stabile Kommunikation untereinander (Grün 2019).

◉ LITERATUR

- Brandenburg, H. (2014). Interdisziplinarität und Kooperation. In: Pantel J. et al. (Hrsg.), *Praxis-handbuch Altersmedizin (65-75)*. Stuttgart, Kohlhammer
- Bryden, C. (2011). *Mein Tanz mit der Demenz – Trotzdem positiv leben*. Bern: Huber
- Busch, T. & Heide, J. (2012). Fehlerfreies Lernen als Methode in der Aphasietherapie. *Sprachheilarbeit* 57 (2), 79-88
- DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2008). *Demenz. DEGAM-Leitlinie Nr. 12*. www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/_Alte%20Inhalte%20Archiv/Demenz/LL-12_Langfassung_TJ_03_korr_01.pdf (23.01.2020)
- Grün, H. (2015). Aus der Praxis für die Praxis: logopädische Behandlung demenzbedingter Sprachstörungen. *Sprachtherapie aktuell* 2, 1-11
- Grün, H. (2016). Sprachtherapeutische Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz. *Forum Logopädie* 30 (5), 18-21
- Grün, H. (2019). Von wegen sprachlos. *Altenpflege* 10, 40-44
- Knels, C. (2018). *Sprache und Ernährung bei Demenz*. Stuttgart: Thieme
- Richard, N. (2006). Woher weißt du das, Schwester? *Altenpflege* 6, 42-43
- Steiner, J. (2010). *Sprachtherapie bei Demenz*. München: Reinhardt

Weigl, I. & Reddemann-Tschaikner, M. (2002). *HOT – ein handlungsorientierter Therapieansatz*. Stuttgart: Thieme



Heike D. Grün arbeitete nach ihrem Logopädie-Examen 1982 in Hamburg in einer Akutklinik im Fachbereich Neurologie. Seit 1986 ist sie in freier Praxis mit dem Behandlungsschwerpunkt „Kommunikationsstörungen bei neurologischen Erkrankungen“ tätig. Sie ist LSVT-loud-Therapeutin und schloss 2012 eine zertifizierte Ausbildung „Integrative Validation nach N. Richard“ (eine Kommunikationsform mit Menschen mit Demenz) ab. Seit 2010 ist sie Mitglied im dbl-Arbeitskreis „Logopädie-Demenz“ und initiierte und leitet einen gleichnamigen Arbeitskreis in Hamburg. Sie ist freie Dozentin im Fachbereich Logopädie bei Demenz.

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200203

KONTAKT

Heike D. Grün

Praxis für Logopädie
Schillerstraße 47-49
22767 Hamburg
heike.d.gruen@magicvillage.de
www.logoprax-gruen.de