Zuyd University
of Applied Sciences

Svenja Langner
Matr. Nr. 1261053
svenja.langner@gmail.com

Maren Polzin
Matr. Nr. 1252763
m-polzin@web.de

Jennifer Petry
Matr. Nr. 1246674
jenny-petry@web.de

„Ich weiß, dass ich nichts weiß“ -

Ermittlung des Stellenwertes der Demenz für die Logopädie in Deutschland

Betreuerin: Nicole Tholen

Inhaltlicher Begleiter:
Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner,
(Hochschule für Heilpädagogik, Zürich)

Abgabedatum: 16. Dezember 2013

© Alle Rechte vorbehalten. Nichts aus dieser Ausgabe darf ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Zuyd Hogeschool vervielfältigt, in einem automatischen Bestand gespeichert oder veröffentlicht werden, sei es elektronisch, mechanisch, durch Fotokopien, Aufnahmen oder auf andere Art und Weise.

Danksagung

Zunächst möchten wir uns bei unserer internen Betreuerin Nicole Tholen bedanken. Auf ihre tatkräftige Unterstützung, sei es bei der Umsetzung, der Klärung inhaltlicher Fragen oder der Auswertung, konnten wir uns immer verlassen.

Außerdem möchten wir Herrn Prof. Dr. Steiner danken, der uns als externer Betreuer stets zur Seite stand. Als Experte im Bereich Sprache und Demenz half er uns durch seine Rückfragen, Anregungen und durch konstruktive Kritik bei der Planung und Durchführung des Fragebogens.

Besonderer Dank gilt den zahlreichen TeilnehmerInnen an der Befragung. Erst durch ihr Mitwirken an der Umfrage konnte diese Arbeit erfolgreich durchgeführt werden.

Nicht zuletzt möchten wir unseren Familien und Freunden danken, die uns stets motivierend und unterstützend zur Seite standen.

Zusammenfassung

„Ich weiß, dass ich nichts weiß“

Die steigende Überalterung der deutschen Bevölkerung führt zu einem deutlichen Anstieg der Anzahl von Menschen mit Demenz. Trotz vermehrter Forschung in den letzten Jahren gibt es kein klares Konzept zur Behandlung von Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Demenz. Im Störungsprofil einer Demenzerkrankung konnten Störungen der Sprache und Kommunikation als wichtige Komponente nachgewiesen werden. Fragestellung dieser Studie war, wie deren Diagnostik und Therapie zum jetzigen Zeitpunkt im Alltag eines Logopäden ohne deutlich ausgewiesene Diagnostik- oder Therapiemethoden gehandhabt werden. Folglich war das Ziel, den Stellenwert der Demenz für die Logopädie in Deutschland zu ermitteln. Dazu wurde eine computervermittelte Befragung an deutschlandweit praktizierenden LogopädInnen durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen, dass 77 % der 557 TeilnehmerInnen Menschen mit Demenz behandelten. Auffällig war, dass bei 83 % „Demenz“ in der logopädischen Ausbildung nicht thematisiert wurde.

28 % der TeilnehmerInnen besuchten eine Fortbildung zur Thematik. Nur 17 % der TeilnehmerInnen gaben an, sich bei der Behandlung von Patienten mit Demenz „sicher“ oder „eher sicher“ zu fühlen.

Die Mehrheit der Befragten betrachtet das Thema Demenz als Aufgabengebiet der Logopädie. Gleichzeitig wird es nach deren Meinung noch nicht ausreichend thematisiert. Den TeilnehmerInnen fehlt es vor allem an konkreten Therapie- und Diagnostik-Konzepten. Gefordert werden Wirksamkeitsnachweise, interdisziplinärer Austausch, Fortbildungsangebote und Öffentlichkeitsarbeit.

Schlüsselwörter:

- Demenz
- Befragung
- Logopädie
- Deutschland
- Therapiemethode

Summary

„I know one thing: that I know nothing“

One consequence of the increase in ageing of the German population is a considerable increase of people suffering from dementia. Notwithstanding extensive research efforts, so far speech therapy has been unable to tackle communication disorders caused by dementia. Several studies have shown a clear connection between dementia and language deficiencies as well as communication disorders. According to the lack of any certified method of diagnosis or therapy, the question arises how speech therapists handle dementia in daily practice. This study has attempted to determine the significance of dementia in speech therapy by interviewing practicing speech therapists in Germany via an online enquiry.

The results demonstrate that 77 % of the 557 participants treat patients suffering from dementia. Significantly, 83 % of participants have not encountered dementia throughout their study of speech therapy. 28 % of participants took part in advanced training. Only 17 % of participants stated that they felt “comfortable” or “rather comfortable” treating patients suffering from dementia.

The majority considers dementia as an issue of speech therapy and that it is not focused enough. There is a lack of certified methods of diagnosis and therapy. The participants call for evidence based material, interdisciplinary exchange, further education and publicity.

Keywords:

- dementia
- inquiry
- speech therapy
- Germany
- method of therapy

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung ... 1
2. Theoretischer Hintergrund ... 2
2.1 Bevölkerungsentwicklung in Deutschland ... 2
2.2 Demenzerkrankungen in Deutschland ... 4
2.3 Definition und Symptomatik der Demenz ... 5
2.4 Pharmakologische Behandlung der Demenz ... 9
2.5 Nicht-pharmakologische Interventionen für Patienten mit einer Demenz ... 10
2.6 Logopädische Diagnostik und Therapie für Patienten mit einer Demenz ... 13
2.7 Stellenwert der Demenz für die Logopädie ... 18
3. Problembeschreibung ... 20
3.1 Fragestellungen ... 22
3.2 Hypothesen ... 23
4. Methode ... 24
4.1 Stichprobe ... 24
4.2 Durchführung der Befragung ... 25
4.3 Beschreibung des Messinstruments ... 26
4.4 Datenanalyse ... 28
5. Ergebnisse ... 30
5.1 Hypothese 1 ... 31
5.2 Hypothese 2 ... 32
5.3 Hypothese 3 ... 34
5.3.1 Subhypothese 1 ... 34
5.3.2 Subhypothese 2 ... 36
5.3.3 Subhypothese 3 ... 37
5.3.4 Subhypothese 4 ... 37
5.3.5 Subhypothese 5 ... 39
5.4 Weitere Ergebnisse ... 40
6. Diskussion ... 45
6.1 Interpretation der Ergebnisse ... 45

6.1.1 Hypothese 1 ... 45
6.1.2 Hypothese 2 ... 45
6.1.3 Hypothese 3 ... 46
6.1.3.1 Subhypothese 1 ... 46
6.1.3.2 Subhypothese 2 ... 47
6.1.3.3 Subhypothese 3 ... 48
6.1.3.4 Subhypothese 4 ... 48
6.1.3.5 Subhypothese 5 ... 49
6.1.4 Weitere Ergebnisse ... 49
6.2 Anmerkungen zur Methode und Durchführung ... 51
6.3 Klinische Relevanz ... 53
6.4 Ausblick ... 54
6.5 Fazit ... 55
7. Literaturverzeichnis ... 56
8. Anhang ... 65
8.1 Anschreiben für den Probedurchlauf ... 65
8.2 Anschreiben für die Befragung ... 67
8.3 Fragebogen ... 69
8.4 Quantitative und qualitative Antworten ... 74

Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1: Ausbildungsort der grundständigen Ausbildung Deutschland – Niederlande 32

Abb. 2: Demenz als Ausbildungsinhalt für die Länder Deutschland und Niederlande 33

Abb. 3: Verteilung der TeilnehmerInnen auf die Einrichtungen Reha, Klinik und Praxis 35

Abb. 4: Anzahl der behandelten Patienten mit einer Demenz im Jahr 2012 in den jeweiligen Einrichtungen 36

Abb. 5: Besuch einer Fortbildung zum Thema Demenz: Praxis & klinischer Kontext 38

Abb. 6: Einschätzung des Therapieerfolgs durch die TeilnehmerInnen 42

Abb. 7: Angaben zur Aussage: "In der logopädischen Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau fühle ich mich sicher." 43

Tabellenverzeichnis:

Tab. 1: statistische Berechnung des Zusammenhangs von Frage 2 und Frage 6 32

Tab. 2: statistische Berechnung des Zusammenhangs von Frage 4 und Frage 14 37

Tab. 3: Fortbildungsbesuche der TeilnehmerInnen aus den einzelnen Einrichtungen 38

Tab. 4: Anzahl und Art besuchter Fortbildungen: Praxis & klinischer Kontext 39

Tab. 5: Thema Demenz als Ausbildungsinhalt 40

Tab. 6: Kategorisierung der verwendeten Therapiematerialien 40

Tab. 7: Besuch einer Fortbildung oder nicht 41

Tab. 8: Demenzpatienten behandelt oder nicht 41

1. Einleitung

In einer Gesellschaft zu leben, in der der Altersdurchschnitt der Bevölkerung zunehmend höher wird, führt dazu, dass Themen wie Altersvorsorge, Pflege und Versorgung älterer Menschen sowie der Umgang mit dem Alter und alle damit verbundenen Begleitumstände mehr und mehr an Bedeutung gewinnen. Dazu gehören zum Beispiel auch typische Krankheiten, welche mit dem Altern in Verbindung gebracht werden. Eine dieser Krankheiten ist die Demenz. Derzeit leben in Deutschland etwa 1,4 Millionen Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Eine Zahl, deren Höhe repräsentativ für die hohe Relevanz der Demenz in der deutschen Gesellschaft steht. Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz und dem Wissen, dass es sich um eine chronisch-progrediente Erkrankung handelt, deren Verlauf mit dem Tod endet, drängt sich geradezu die Frage nach einer - am besten ursächlichen - Behandlung der Demenz auf. Es besteht die Möglichkeit, Demenz pharmakologisch zu behandeln. Einige Medikamente zeigen dabei Wirkung bei der Behandlung kognitiver Symptome, dies jedoch nur in geringem Maße. Ebenfalls wichtig sind Medikamente zur Behandlung der nicht kognitiven Symptome der Demenz, dazu gehören Depressionen, motorische Unruhe und Aggressivität. Gerade weil die pharmakologische Behandlung in ihrer Wirkung derzeit noch begrenzt ist, sollten andere Therapieformen ebenfalls an Relevanz gewinnen. Zu diesen Therapien gehört unter anderem die Logopädie, welche dem Erhalt der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten, die im Zusammenhang mit Demenz ebenso nachlassen wie die kognitiven Leistungen, dienen soll. Problematisch ist jedoch, dass die Logopädie derzeit noch nicht in den Heilmittelrichtlinien als mögliche Behandlung bei Demenzpatienten zu finden ist. Auch Konzepte der Therapie und Diagnostik für die Behandlung des Sprachabbaus bei Demenz sind noch in den Anfängen. Zwar gibt es bereits verschiedene logopädische Behandlungsmöglichkeiten, deren Effektivität wurde bisher jedoch noch nicht nachgewiesen. Dass diese existieren, lässt darauf schließen, dass die Logopädie bei Demenz eine Rolle spielen könnte und es zumindest Logopäden gibt, die sich mit diesem Thema auseinander setzen. Welchen Stellenwert die Demenz in der Logopädie tatsächlich einnimmt, soll anhand dieser Arbeit dargestellt werden.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Bevölkerungsentwicklung in Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland lebten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahre 2012 80,4 Millionen Menschen. Die Bevölkerungszahl unterliegt ständigen Veränderungen. Diese ergeben sich laut Stickdorn (2003) durch Geburt, Tod und durch Wanderung.

Die Bevölkerungszahl steigt demnach durch Geburten und Zuzüge aus dem Ausland an und vermindert sich gleichzeitig durch Sterbefälle und Fortzüge ins Ausland. Entscheidend für die Bevölkerungsentwicklung ist der so genannte Wanderungssaldo, also die Differenz zwischen Zuzügen und Fortzügen (Statistisches Bundesamt, 2013).

Der demographische Wandel, der sich aus diesen drei Komponenten, der Fertilität/ Geburtenrate, der Lebenserwartung und dem Wanderungssaldo zusammensetzt, ist in Deutschland von einer steigenden Lebenserwartung und gleichzeitig von einem Geburtenrückgang betroffen (Kistler & Hilpert, 2001).

Seit längerem herrscht in Deutschland ein Geburtendefizit. Das heißt, dass jedes Jahr mehr Personen sterben als geboren werden (Statistisches Bundesamt, 2013). Demnach wird in Deutschland nach aktuellen Prognosen eine starke Abnahme der Bevölkerung bis 2050 erwartet (Woltering, 2002).

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Bevölkerungsentwicklung ist die stetig steigende Lebenserwartung der in Deutschland lebenden Menschen.

Nach den Vorausberechnungen des Robert Koch-Institutes (2002) wird die Bevölkerung in Deutschland immer älter werden. Laut Diepgen (2003) ist die durchschnittliche mittlere Lebenserwartung im letzten Jahrhundert bereits um rund 30 Jahre angestiegen.

Dafür war zunächst die geringere Säuglingssterblichkeit, besonders aber in den letzten Jahrzehnten auch das Sinken der Sterblichkeit älterer Menschen verantwortlich (Robert Koch-Institutes, 2002).

Im Jahre 2006 wurden Männer im Durchschnitt 75,6 Jahre und Frauen 81,3 Jahre alt (Löwel & Meisinger, 2006). Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung gehen davon aus, dass die mittlere Lebenserwartung in Deutschland bis 2025 bei Frauen auf 83 Jahre und bei Männern auf 76 Jahre ansteigen wird (Diepgen, 2003).

Auch die Anzahl der über 80-jährigen, der so genannten Hochbetagten, wird sich im Laufe der Zeit erheblich erhöhen. Derzeit liegt ihr Anteil in der Gesamtbevölkerung Deutschlands bei 3,5 %.

Dieser wird nach derzeitigen Prognosen bis zu dem Jahr 2020 auf circa 6,6 % ansteigen. Der Anteil der über 65-Jährigen wird von schätzungsweise 16 % im Jahre 2002 auf 22 % im Jahre 2020 ansteigen. (Robert Koch-Institut, 2002).

2.2 Demenzerkrankungen in Deutschland

Die erhöhte Lebenserwartung, die dauerhaft niedrige Geburtenrate und die damit verbundene kontinuierliche Zunahme älterer Menschen in der Gesellschaft sind die charakteristischen Merkmale des demographischen Wandels in Deutschland (Riedel-Heller & König, 2011). Mit dem stetig steigenden Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft nimmt auch die Anzahl der Menschen immer weiter zu, die an Demenz erkranken (Robert Koch-Institut, 2006).

Sind es derzeit rund 1,4 Millionen Menschen in Deutschland, die von einer Demenz betroffen sind, wird bis zum Jahre 2050 mit einem Anstieg auf voraussichtlich drei Millionen Demenzerkrankte in Deutschland gerechnet (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013).

Die Inzidenzrate der Demenzerkrankung liegt in Deutschland bei nahezu 200.000 (Weyerer, 2005). Die Häufigkeit der Demenz steigt mit zunehmendem Alter immer weiter an. Leiden im Alter von 65-69 Jahren noch weniger als 2 % an einer Demenz, steigt die Anzahl bei den über 90-Jährigen auf über 30% an. Überträgt man die Raten auf den Teil der Bevölkerung, die über 65 Jahre alt ist, ergibt sich eine Gesamtprävalenz zwischen 6,5 % und 7,3 % (Weyerer, 2005).

2.3 Definition und Symptomatik der Demenz

> *Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.*
> (ICD-10, F00, 2013)

Dieser oben beschriebene Begriff der Demenz kann laut Möller et al. (2009) zusätzlich durch die Beschreibung von Schweregrad, Verlauf, Krankheitsdauer oder Lokalisation der ursächlichen Schädigung genauer eingegrenzt werden. Laut der ICD-10 (2013) kann zwischen vier verschiedenen Formen der Demenz unterschieden werden: Demenz bei Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenz, sekundäre Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten sowie nicht näher bezeichnete Demenz. Des Weiteren kann laut der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zwischen vaskulären, (neuro-) degenerativen Demenzformen und Mischformen unterteilt werden.

Eine Unterteilung der sprachlich-kommunikativen Symptome der Demenz in die zwei Haupt-Demenzformen, nämlich die vaskuläre und die degenerative, sei dabei laut Steiner (2011) nicht zwingend notwendig. Des Weiteren sei sie auch schwierig, da die jeweils korrespondierenden sprachlichen Auffälligkeiten nicht zwingend auftreten müssten. Anstatt einer Zusammenfassung zu Syndromen im Sinne einer festschreibenden Klassifikation solle also lieber eine individuelle Beschreibung im Sinne einer Syndromkennzeichnung für den Einzelfall vorgenommen werden (Steiner, 2011). Heidler (2011) hingegen fordert, dass eine differenzierte Betrachtung der unterschiedlichen Demenzformen, sowie der so genannten „Sprachdemenzen“ durchaus wichtig sei, um eine passende Intervention planen zu können. Nur so könne ermittelt werden, welche übergeordnete Störung sich auf das sprachliche und kommunikative System auswirke. Da die Terminologien und Klassifikationen bisher sehr uneinheitlich seien, solle eine Einteilung hinsichtlich hirnpathologischer Veränderungen vorgenommen werden und für jeden Patienten individuell der Schweregrad und die kausale Behandelbarkeit der Demenz (degenerativ = irreversibel; nicht degenerativ = möglicherweise reversibel) ermittelt werden (Heidler, 2011).

Ebenso ist auch Gutzmann (2008) der Meinung, dass es sinnvoll sei, die Einteilung nach der ICD-10 zu berücksichtigen. Unterschiedliche Verläufe und Symptome erfordern unterschiedliche therapeutische Strategien, weshalb eine diagnostische Zuordnung sehr wichtig sei.

Sprachlich-kommunikative Symptome können sich bereits zu Beginn der Erkrankung deutlich zeigen (Gutzmann, 2008). Zu den typischen Symptomen gehören Wortfindungsstörungen, sowie Störungen des Sprachverständnisses (Möller et al., 2009), welche laut Steiner (2010) in Problemen der Speicherung sprachlicher Inhalte begründet liegen. Zudem haben die Betroffenen Schwierigkeiten Texte zu verstehen und zu produzieren (Steiner, 2010). Es zeigt sich eine zunehmende Sprachverarmung (Schindelmeiser, 2012). Des Weiteren können Logorrhoe, Logoklonien, Palalien, semantische und phonematische Paraphasien und Stereotypien auftreten (Böhme, 2008), die im Zusammenhang mit Störungen der semantischen Organisation und der damit verbundenen Kombination aus Aktivierung und Hemmung während der Assoziation stehen (Steiner, 2010). Im weiteren Verlauf der Demenz reduzieren sich Sprechvermögen, Sprachvermögen und Sprachverarbeitung immer mehr (Gutzmann, 2008). Im schweren Stadium der Demenz kann zudem schließlich ein Mutismus entstehen (Möller et al., 2009).

Die Anzahl der Bezeichnungen, die es derzeit für die beobachteten Sprachverarbeitungsstörungen im Bereich der dementiellen Erkrankungen gibt, sei laut Heidler (2007) zu umfangreich, um sie zu überblicken. Ursächlich dafür sei die generelle Komplexität der Erkrankung, da bislang kein Modell zur Strukturierung der verschiedenen Kommunikationsstörungen bei einer Demenz existiere (Heidler, 2011).

Sicher sei aber, dass es sich bei den Sprachstörungen im Rahmen einer Demenz nicht um eine Aphasie handele (Heidler, 2011). Während es sich bei einer Aphasie um eine Sprachstörung handle, spreche man im Falle einer Demenz eher von einer Sprachverhaltensstörung. Dies zeige sich vor allem an der durch den Patienten präsentierten Symptomatik. Patienten mit einer Demenz überspielen ihre Defizite häufig gut, verharmlosen die eigenen Fehler besonders zu Beginn der Erkrankung und schweifen im Gespräch häufiger ab als Patienten mit einer Aphasie (Gosch-Callsen & Pfeil, 2010). Laut Steiner (2011) solle die Bezeichnung „Aphasie bei Demenz“ eher durch „Sprachabbau bei Demenz“ ersetzt werden. Gutzmann (2008) schlägt die Bezeichnung „Störung des Sprachverhaltens bei Demenz” vor und fügt hinzu, dass bestimmte Symptome des dementiellen Sprachabbaus durchaus mit Termini aus der Aphasie-Klassifikation beschrieben werden können. Dies solle aber lediglich als Hilfe dienen, da es sich trotzdem um zwei unterschiedliche Krankheitsbilder handle (Gutzmann, 2008).

Das Thema der Sprach- und Kommunikationsbeeinträchtigungen bei Demenz habe in den letzten Jahren immer mehr an Interesse gewonnen. Wie häufig diese Störungen jedoch bei den unterschiedlichen Demenzformen auftreten, wie diese sich äußern und auf welche Art und Weise sie mit anderen neuropsychologischen Symptomen korrelieren, sei weitgehend unklar (Gutzmann, 2008). Nichtaphasische zentrale Sprachstörungen, wie die Kognitive Dysphasie, wurden theoretisch und empirisch bisher stark vernachlässigt. Es handelt sich dabei um

> *„hirnorganisch bedingte Sprachstörungen nach erfolgtem Spracherwerb, bei denen primäre Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sekundär zu einer gestörten Sprachverarbeitung führen“*
> (Heidler, 2011, S. 20-21).

Zu den primären Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen zählen in diesem Zusammenhang auch die vaskulären und degenerativen Demenzen (Heidler, 2007).

Einer Metastudie von Gress-Heister aus dem Jahre 2003 zufolge gehören Kommunikationsstörungen zu den Erstsymptomen bei beginnender Demenz. Auch laut Haberstroh et al. (2011) treten bei der Mehrzahl der Menschen mit Demenz Kommunikationsstörungen auf. Im Zusammenhang mit Teilhabe und Lebensqualität spiele die Kommunikationsfähigkeit und die Fähigkeit, mit dem sozialen Umfeld zu interagieren, jedoch eine sehr wichtige Rolle (Haberstroh et al., 2011).

Teilhabe bzw. Partizipation wird in der ICF (= International Classification of Functioning, Disability and Health) als *„das Einbezogensein in eine Lebenssituation“* bzw. bei Beeinträchtigung der Partizipationsfähigkeit als *„Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt“* beschrieben. Die Kommunikation wiederum stellt eine Domäne dar, die zur Beschreibung der jeweiligen Situation eines Betroffenen bezüglich seiner Partizipation dient (WHO, 2005).

Auf direktem Wege sei das Ziel der Teilhabe nur durch nicht-medikamentöse Verfahren zu erreichen, wozu eben auch die Logopädie zähle (Steiner, 2008). Die Meta-Studie von Gress-Heister (2003) zeige, dass Sprachlichkeit ein genereller Indikator für die Leistungsfähigkeit des kognitiv-mnestischen Systems zu sein scheint (Steiner, 2008). Auch Kljajević (2011) sagt, dass der Abbau des Gedächtnisses zwangsläufig früher oder später zu einem Sprachabbau führen müsse, da beide Systeme nicht unabhängig voneinander betrachtet werden können.

Der Zusammenhang von Sprachlichkeit und Kognition proklamiere also, dass es zu einer Aufrechterhaltung der Kognition kommen kann, wenn die Kommunikationsfähigkeit weitestgehend erhalten bzw. gefördert wird (Steiner, 2011). Und die Tatsache, dass die (Wohn-) Selbstständigkeit

der Erkrankten auch aus wirtschaftlichen und vor allem ethischen Gründen so lange wie möglich aufrecht erhalten werden solle und diese Fähigkeit wiederum eng mit der Fähigkeit zur Kommunikation und Sprache zusammenhänge, scheint die Logopädie weiterhin zu einer wichtigen Säule in diesem Prozess zu machen. Das wiederum zeigt auch die Verankerung eines Gesetzes zur Therapie im Sozialgesetzbuch (SGB) mit dem Ziel der Vermeidung von Pflege (Steiner, 2008; Grötzbach & Bühler, 2008). Zunächst wird aber meist eine pharmakologische Behandlung der Betroffenen eingeleitet.

2.4 Pharmakologische Behandlung der Demenz

Es existiert derzeit eine Vielzahl an Möglichkeiten Demenz, insbesondere bezogen auf die kognitiven Leistungen, pharmakologisch zu behandeln. Insbesondere Acetylcholinesterasehemmer sowie NDMA-Rezeptorantagonisten (Memantin) zählen zu den gängigen Wirkstoffen (Dellas, 2011). In verschiedenen Review-Artikeln wird dargestellt, dass beide Wirkstoffe in begrenztem Umfang eine Verbesserung der Symptomatik hervorrufen können: So stellten Rolinski et al. (2012) bei der Gabe von Acetylcholinesterasehemmern insgesamt eine geringe Verbesserung der kognitiven Leistungen sowie des Verhaltens fest. Birks et al. (2013) kamen zum gleichen Ergebnis, speziell bezogen auf den Acetylcholinesterasehemmer Rivastigmin.

McShane et al. (2009) belegten dagegen die in begrenztem Umfang mögliche Wirksamkeit von Memantin zur Verbesserung der kognitiven Leistungen bei Alzheimer-Demenz.

Insgesamt zeigen alle Medikamente eher geringe Effekte (Mattle & Mumenthaler, 2011), sodass selbst bei einer Manifestierung der Symptome ohne konkrete Verbesserung über einen längeren Zeitraum hinweg von einer Wirksamkeit des Medikamentes gesprochen werden kann (Möller et al., 2009).

Nicht nur zur Verbesserung der kognitiven Leistungen, sondern auch der nicht-kognitiven Symptome können Menschen mit Demenz medikamentös behandelt werden. Dies kann sowohl für Patienten, als auch Angehörige entlastend wirken (Mattle & Mumenthaler, 2011). Vor allem Neuroleptika sowie Antidepressiva dienen unter anderem der Verbesserung von motorischer Unruhe und Aggressivität, können jedoch auf der anderen Seite wiederum zu einer Verschlechterung der kognitiven Leistungen führen (Möller et al., 2005).

2.5 Nicht-pharmakologische Interventionen für Patienten mit einer Demenz

Nicht-pharmakologische Therapiemethoden sind Interventionen, die ohne den Einsatz von Medikamenten vonstatten gehen, theoretisch fundiert, an den Patienten gerichtet und reproduzierbar sind (Carballo-García et al., 2013). Deren Ziel ist es, die Befindlichkeit der/des Erkrankten und das Anpassungsvermögen an die nachlassende Leistungsfähigkeit zu verbessern. Nicht-pharmakologische Therapiemethoden beziehen sich sowohl auf die erkrankte Person selbst als auch auf deren Umfeld. Die Verfahren sind ressourcenorientiert und zielen daher vor allem auf den Erhalt oder die Stärkung von noch bestehenden Fähigkeiten ab (Adler, 2011).

Generell kann gesagt werden, dass der Ansatz der nicht-pharmakologischen Therapie bei Patienten mit einer Demenz in den letzten Jahren verstärkt zugenommen hat. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass immer mehr Ärzte den Nutzen und den Erfolg dieser Form der Intervention erkannt haben. Insbesondere die kognitiven Fähigkeiten, der emotionale Zustand und die Bewältigung des Lebensalltags im Allgemeinen scheinen sich für Patienten mit Demenz zu verbessern, wenn sie neben der medikamentösen Behandlung auch andere Therapiemethoden nutzen (Carballo-García et al., 2013).

Die Vielfalt der nicht-pharmakologischen Therapiemethoden für Menschen mit einer Demenz lässt sich generell in drei Kategorien unterteilen. Man unterscheidet demnach Standard-Therapien, zu denen unter anderem das Realitäts-Orientierungs-Training (ROT) und die (integrative) Validation nach Naomi Feil und Nicole Richard zählen. Des Weiteren gibt es alternative Therapiemethoden, wie zum Beispiel Kunst- oder Musiktherapie. Und schließlich die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonale Therapie, die zu den psychotherapeutischen Interventionen gehören (Douglas et al., 2004).

Insbesondere die kognitive Stimulation konnte in verschiedenen Studien als nachweislich wirkungsvoll dargestellt werden, da eine deutliche Verbesserung innerhalb bestimmter Lebensbereiche, die bei Patienten mit einer Demenz eingeschränkt sein können, erreicht wurde (Carballo-García et al., 2013; Spector et al., 2010). Die Effektivität wurde allerdings erst in den letzten Jahren verstärkt an Patienten mit einer Demenz getestet. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde diese Methode nur an Menschen mit dem Risiko einer Demenz erforscht, jedoch auch ohne eine zufriedenstellende Aussage darüber machen zu können (Gates et al., 2011; Adler, 2011).

Der Begriff „Kognitives Training“, wie er bei Gates et al. (2011) verwendet wird, werde sehr uneinheitlich eingesetzt und definiert, sodass eine Unklarheit darüber herrsche, was dieses Verfahren letztendlich darstellt (Gates et al., 2011).

Trotzdem wird der Ansatz der kognitiven Therapie heute bereits in vielen Ländern, neben der medikamentösen Behandlung, fest in den Behandlungsalltag von Patienten mit einer Demenz verankert. Es handelt sich dabei um ein Programm, das vor allem in Gruppen durchgeführt wird und daher auch die Gefahr einer sozialen Isolation der betroffenen Patienten zum großen Teil aufhebt. Insbesondere die steigende Anzahl an Menschen mit Demenz und die daraus entstehenden Kosten verlangen immer mehr nach Therapiemethoden, die auch zu Hause effektiv umgesetzt werden können. Die Kognitive Stimulation kann neuesten Studien zufolge auch vom Pflegepersonal selbst durchgeführt werden und würde damit dieser Anforderung gerecht werden (Orrell et al., 2012).

Doch ebenso wie Patienten mit verschiedenen individuellen Störungskomponenten konfrontiert sind, sollten auch die Interventionen verschiedene Komponenten ansprechen und den Patienten auf verschiedenen multimodalen Ebenen auffangen. Im Mittelpunkt sollen dabei laut Graessel et al. (2011) vor allem die Besserung der kognitiven Funktionen und die Bewältigung des Alltags stehen.

Trotzdem ist der Effekt von multimodalen Programmen noch nicht eindeutig nachgewiesen. Geht es um den Erhalt der kognitiven Leistungen, so konnte man besonders für das Realitäts-Orientierungs-Training (ROT) (Taulbee & Folsom, 1966), welches schon seit Mitte der sechziger Jahre existiert, und die Selbsterhaltungstherapie (SET) nach Barbara Romero & Eder (1992) Wirksamkeitsnachweise feststellen. Die Erinnerungstherapie (Reminiszenztherapie; Butler, 1958) konnte hingegen bis heute nicht eindeutig als wirksam bewiesen werden. Eine Kombination aus allgemein-aktivierenden, kompensatorischen und restaurativen Verfahren, wie man sie auch aus der Logopädie kennt, sei in diesem Fall aber nachgewiesenermaßen am effektivsten (Adler, 2011).

Besonders stark einbezogen in die Behandlung der Demenz werde laut Graff et al. (2006) die Profession der Ergotherapie. Deren Ziel sei besonders die Bewältigung der Aktivitäten des alltäglichen Lebens der Betroffenen, die weitestgehende Erhaltung der Selbstständigkeit, die Teilnahme am sozialen Leben sowie eine zunehmende Entlastung des Pflegepersonals. Durch die Maßnahmen zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens zeigte sich in einer Studie nach zehn Wochen Ergotherapie eine Verbesserung dieser Fähigkeit bei den Patienten sowie eine gleichzeitige Entlastung des Pflegepersonals (Graff et al., 2006).

Die Bandbreite der nicht-medikamentösen Verfahren bei Demenz ist immens. Behandelt werden sollen zum Beispiel Verhaltensauffälligkeiten, Schlafstörungen mit nächtlichem Wandern,

Depressionen und der Abbau der Gedächtnisfunktion. Die Verfahren, die diesen Problemen gegenüber stehen, sind allerdings nur zu einem Bruchteil als wirklich effektiv erwiesen, weshalb dieser gesamte Bereich als noch wenig erforscht gilt (Hanford & Figueiro, 2013; O’Neil et al., 2011). So auch die Logopädie, welche ebenfalls zu den nicht-medikamentösen Interventionen zählt.

2.6 Logopädische Diagnostik und Therapie für Patienten mit einer Demenz

Obwohl es nach Steiner (2011) bereits gewisse logopädische Standards für die beginnende Demenz gebe, sei die Generierung von Wirksamkeitsnachweisen nach wie vor oberstes Ziel. Eine „wirksame Therapie“ sei erst noch zu entwickeln. Zu beachten sei hier vor allem, dass „wirksam“ nicht bedeute, dass es zu einer Verbesserung kommt, sondern dass sich ganz im Sinne der ICF ein Effekt bezüglich der Aktivität und Teilhabe der Patienten zeige (Steiner, 2011; Steiner & Venetz, 2011). Wenn es um die Therapie der sehr verschiedenen Formen der Demenz geht, seien bislang generell eher Konzepte aus angrenzenden Bereichen wie etwa der Aphasie übernommen worden. Dies liege an der nach wie vor noch jungen Verknüpfung der Logopädie mit neuropsychologischen Störungen im Allgemeinen und der daraus resultierenden Unsicherheit bei der Behandlung von Patienten mit einer Demenz (Gosch-Callsen & Pfeil, 2010). Material aus der Aphasie sei jedoch sowohl für die Therapie als auch für die vorangehende Diagnostik nur bedingt nutzbar (Steiner, 2011). Ziele, Methoden oder die Wirksamkeit der vor allem sprachlich orientierten Aphasie-Therapie dürfen laut Steiner & Venetz (2011) nur begrenzt auf die eher kommunikativ orientierte Therapie bei beginnender Demenz übertragen werden. Da es sich bei einer Demenz um eine chronisch-progrediente Erkrankung handelt, diene die Logopädie nicht der direkten Verbesserung, wie es bei anderen Störungsbildern meist der Fall ist. Stattdessen diene die Logopädie viel mehr der Aufrechterhaltung von Teilhabe und Autonomie und im weiteren Verlauf auch der Beratung und Entlastung der Angehörigen (Bisch et al., 2008). Je mehr die Demenz fortschreitet, desto mehr verschiebe sich der Schwerpunkt der Behandlung des/der Logopäden/Logopädin vom Primärbetroffenen hin zum Sekundärbetroffenen: Dies sei der Tatsache geschuldet, dass es sich um eine chronisch-progrediente Erkrankung handelt. Ab einem bestimmten Punkt in der Behandlung gehe es mehr darum, wie Angehörige das Kommunikationsverhalten der Betroffenen durch eigenes Anpassungsverhalten unterstützen können und nicht mehr nur primär um die Aufrechterhaltung der Kommunikation des Betroffenen (Steiner & Venetz, 2011; Heidler, 2011).

Sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie von dementiell bedingten Sprachstörungen bedürfe es Steiner (2011) zufolge eines Prozesses des Umdenkens und einem gänzlich anderen Zugang zum Patienten. Da es nur wenig Sinn mache, von der ärztlichen Diagnose auf eine logopädische Prognose zu schließen, sei eine eigens durch den Logopäden durchgeführte Diagnostik sehr wichtig. Das solle nicht heißen, dass die Diagnose, die durch den Arzt vorgenommen wurde bzw. die Zusammenarbeit mit anderen Professionen in diesem Bereich nicht wichtig sei. In der

Logopädie solle es vor allem um Wünsche und Ziele des Patienten gehen; um eine ressourcenorientierte Diagnostik, die viel eher feststelle, was der Betroffene noch kann, statt dem was er nicht mehr kann. Eine Diagnostik solle aus Beobachtung, Befragung (auch des Sekundärbetroffenen) und zum Teil auch Testung bestehen. Diese wiederum müsse vor allem den Sprachabruf, die Fähigkeit zur Gesprächsführung und
-aufrechterhaltung, die nonverbalen Ausdrucksmittel sowie die sprachunterstützenden Basisfunktionen berücksichtigen (Steiner, 2011).

Ebenso sei ein umfassendes Anamnesegespräch im Sinne der ICF von großer Bedeutung (Bisch et al., 2008). Wie bereits oben beschrieben sei eine exakte Klassifikation der Demenz für die Logopädie nicht von Belang, vielmehr solle eine individuelle Beschreibung des Ist-Standes für den jeweiligen Patienten nach bestimmten Gesichtspunkten vorgenommen werden (Steiner & Venetz, 2011; Steiner, 2008). Heidler (2011) schreibt dazu, dass zunächst eine Syndromdiagnose erfolgen solle, gefolgt von einer Differentialdiagnose, die schließlich den individuellen Schweregrad der Demenz feststelle. Kljajević (2011) fordert die Entwicklung von Tests, die die Defizite eines Patienten genau darstellen, um dann gezielt intervenieren zu können.

Als geeignet für eine sprachheilpädagogisch-logopädische Diagnostik des dementiellen Sprachabbaus im deutschsprachigen Raum erwiesen sich bisher der „Token-Test“ (AAT; Hubert et al., 1983) zur Einschätzung des Sprachgedächtnisses, die „Aphasie-Check-List“ (ACL; Kalbe et al., 2002) zur Erstellung eines individuellen Sprachprofils und für einen generellen Einblick in den Status quo der kognitiven Leistungen, die „Zürcher Demenz Diagnostik“ (Z-DD; Steiner, 2008/2010) zur Ermittlung des sprachlichen Kontextes und die „VABIA“ (Baretter & Gaio, 2009), welche bereits standardisiert ist und als dialogisches Verfahren vor allem kognitive und kommunikative Leistungen im Kontext betrachtet (Steiner, 2011). Da die Wort- und Bildverarbeitung bei einer Demenz im Gegensatz zu einer Aphasie gleichermaßen gestört zu sein scheint, eigne sich auch die „Bogenhausener Semantik-Untersuchung“ (BOSU; Glindemann et al., 2002) zur Untersuchung nonverbaler semantischer Leistungen und zur Differentialdiagnose von Aphasie und Demenz (Schultze-Jena & Becker, 2005). Die „Aufmerksamkeits- und Gedächtnis-Diagnostik“ (AGD; Heidler, 2006) wiederum eigne sich zur Unterscheidung zwischen aphasischen Störungen und kognitiven Dysphasien, wozu auch die „kognitive Dysphasie dementieller Genese“ zählt. Eine Normierung der AGD sei jedoch noch nicht möglich (Heidler, 2007).

Darüber hinaus sollen sich LogopädInnen auch mit gängigen Demenztests wie dem „MMSE“ (= Mini Mental State Examination“; Folstein et al., 1975), „CERAD“ (= Consortium to establish a

registry for Alzheimer’s disease; National Institute on Ageing, 1986) oder „DemTect“ (= Demenz-Detektion; Kessler et al., 2000) vertraut machen, da auch diese unter anderem sprachliche Leistungen überprüfen. Alleine seien diese für eine logopädische Diagnostik allerdings nicht ausreichend (Gosch-Callsen & Pfeil, 2010).

Am besten geeignet für die Behandlung einer Demenz sei die Trias aus „medikamentös - nicht-medikamentös - beratend“, woraus sich zwingend eine Arbeit im multidisziplinären Kontext mit stetiger Inter- und Supervision der Therapeuten ergebe (Steiner, 2011; Bryan & Maxim, 2002). Steiner (2011) betont immer wieder, dass vor allem die ganzheitliche Betrachtung des Patienten von großer Bedeutung sei, was sowohl der Grundidee der Pädagogik als auch der ICF entspreche. Daher sollen für die Therapie vor allem Methoden gewählt werden, die lebensbedeutsam für den Patienten sind, dialogisch und eigenaktiv. Der Patient solle also vor allem als ein Mensch betrachtet werden, der durch die Fähigkeit zur Kommunikation in Beziehung zu anderen Menschen treten kann (Steiner, 2011).

Anstelle von abstrakten Therapiesituationen sollen alltagsnahe Lebenssituationen geschaffen werden und wenn möglich eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie stattfinden, so Grötzbach & Bühler (2008). Die Fähigkeit zum Lesen und Schreiben ist häufig noch sehr lange intakt, sodass auch diese im Sinne einer ressourcenorientieren Therapie möglichst lange in den Prozess mit einbezogen werden könne (Steiner, 2011). Es besteht Evidenz dafür, dass die Behandlung in den ersten drei Jahren ausreichend intensiv sein müsste, kombiniert mit anderen nicht-medikamentösen und medikamentösen Interventionen (Steiner, 2008).

Zur Wirksamkeit von nicht-medikamentösen Therapieverfahren gibt es zwar immer mehr Studien, sie sind allerdings noch eine Seltenheit, bisweilen sehr lückenhaft und beziehen sich darüber hinaus bis dato meist speziell auf die Alzheimer-Demenz. Außerdem behandeln diese Studien meist das Thema der Kognition. Konkrete Studien zur Sprachtherapie sind selten, existieren jedoch für die Alzheimer-Demenz. Für diese konnte beispielsweise in einer Studie der positive Effekt von lexikalischen Übungen im Frühstadium festgestellt werden, wenn diese in Kombination mit Übungen für das semantische und episodische Gedächtnis stattfinden (Heidler, 2011; O’Neil et al., 2011).

Zu den konkret anwendbaren Methoden in der Logopädie zählen bisweilen vor allem die Biographie-Arbeit, welche durch das Programm „KODOP“ (= Kommunizieren – Dokumentieren – Präsentieren; Steiner, 2008) vermittelt wird, das Dialogcoaching, Gruppentherapien und Therapien, die Sprache und Bewegung miteinander verknüpfen (z.B. ISBA = Integrative Sprach- und

Bewegungsarbeit; Breckow, 1995). Ebenso ist „ASTRAIN“ (= Alzheimer-Sprach-Training; Köpf, 2001) zu nennen, welches jedoch ebenso wie „KODOP“ noch nicht als wirksam nachgewiesen werden konnte. Daneben existiert der Ansatz nach „HOT“ (= Handlungsorientierte Therapie; Reddemann-Tschaiker/Weigl, 2009), welcher bis heute jedoch nicht für ältere Menschen evaluiert wurde (Steiner, 2011).

Des Weiteren wird das Medium Computer vermehrt als Therapieinstrument verwendet und zeigt bereits positive Effekte, besonders weil es auch vom Patienten selbst zu Hause angewendet werden kann (Hütz et al., 2012; Jokel et al., 2010).

Nach den erwähnten drei Jahren, in denen die Therapie primär am Patienten selbst stattfinden könne, rücke vor allem die Beratung von Angehörigen oder sonstigem Pflegepersonal als Sekundärbetroffene als ein wesentliches Element der Therapie in den Mittelpunkt. Diese nehme aber auch davor schon einen wichtigen Platz ein (Steiner, 2011). Hier nennt Steiner (2011) insbesondere:

- das „Kommunikations-TanDem“ (Haberstroh et al., 2006), welches eine Anleitung für sprachgesunde Kommunikationspartner darstellt,
- das „EPL“ (= Ein partnerschaftliches Lernprogramm; Thurmaier et al., 1995),
- das „DEA-Training“ (= Schulung zur Erkennung des emotionalen Ausdrucks von Menschen mit Demenz; Zentrum für Gerontologie ZfG - Universität Zürich, 2009),
- die „Validation“ nach Feil (2010), welche ein Angebot zur Kommunikationsgestaltung in der Pflege darstellt und
- die „Kommunikation nach KONTAKT“ (K = Kontakt vor Information und vor Form; O = offene Türen durch Formen der Bestätigung; N = nochmals, später oder anders; T = Treue zu mir, Treue zum Wiederaufnehmen des Gesprächs; A = Abwarten; K = Konflikt vermeiden; T = Thema benennen, Schlüsselworte wiederholen), welche auf Steiner (2011) selbst zurückgeht.

Die Sekundärbetroffenen sind häufig extrem involviert in den Erkrankungsprozess und brauchen daher Schlüsselqualifikationen im Umgang mit den Erkrankten, um die Lebensqualität von beiden Parteien auf lange Sicht zu verbessern. Das „Kommunikations-TanDem“ steigert zum Beispiel das Wissen über die Kommunikationsfähigkeit bei Demenz und entlastet so die Angehörigen, während es gleichzeitig die Lebensqualität der Betroffenen steigert. Es stellt also eine Alternative zu direkten Interventionsmethoden dar und dient der Aufrechterhaltung der Kommunikation zwischen Primär- und Sekundärbetroffenen (Haberstroh et al., 2009; Haberstroh et al., 2011).

Heidler prägte außerdem die Begriffe des symptomorientierten Trainings (SOT) für Patienten mit nicht degenerativen Demenzen und umgekehrt-symptomorientierten Trainings (USOT) für jene mit degenerativen Demenzen (Heidler, 2011).

2.7 Stellenwert der Demenz für die Logopädie

Eine systematische Beschäftigung der Logopädie und der Sprachheilpädagogik mit dem Thema Demenz findet seit knapp 20 Jahren statt. Seit 1996 gibt es bereits verschiedene Therapiemöglichkeiten und Beratungskonzepte. Diagnostikinstrumente wurden bereits 2005, vor allem aber 2008 und 2009 entwickelt (Steiner, 2011). Trotzdem gebe es noch viele Lücken und eine tatsächliche Effizienz könne, laut Steiner & Haag (2012), nur individuell anhand von Einzelfallbeschreibungen nachgewiesen werden. In der Schweiz ist das Thema seit 2006 fest im Bachelor-Studiengang „Sprachheilpädagogik“ verankert. Eine Weiterbildung zum Thema „Alter und Demenz“ wird dort seit 2008 angeboten und seit 2009 können bereits Schulungen zur Erkennung des emotionalen Ausdrucks von Menschen mit Demenz besucht werden. Ebenso werden dort in den letzten Jahren verstärkt verschiedene Schritte in Richtung einer Leitlinie diskutiert (Steiner, 2011).

Aber die Ansätze zur Behandlung seien sehr verschieden und die Liste anwendbarer Konzepte nach wie vor eher kurz. Erst in den letzten Jahren habe sich ein Bewusstsein dafür entwickelt, dass man in diesem Bereich überhaupt intervenieren kann. Seit 2006 ist das Thema Demenz im „Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken“ (Siedenberg, 2011) verankert, ebenso mehr und mehr in der Literatur und im Internet (Steiner, 2011, Auflistung auf S. 19, Tab. 2). Trotzdem sei der Bedarf an Informationen bezüglich geriatrischen Patienten im Allgemeinen und ganz speziell derer mit „Sprachabbau bei Demenz“ noch nicht gedeckt (Steiner, 2008). Laut Abel (2013) seien weitere Studien über die Therapiemethoden bei Demenz dringend notwendig, um die Betroffenen angemessen versorgen zu können. Die Logopädie müsse generell neu definiert werden, um dem Thema gerecht zu werden. Voraussetzung dafür seien eine aussagefähige Diagnostik, Wirksamkeitsnachweise für Therapiekonzepte, Entwicklung von weiteren Konzepten und Einzelfallbeschreibungen. Dann könne die Logopädie eine *„führende Rolle im System „nicht-medikamentös“ einnehmen“* (Steiner & Venetz, 2011, S. 30; Steiner, 2011). Ebenso müsse ein Blick über die Berufsgrenzen hinaus stattfinden, eine engere Zusammenarbeit z.B. mit der Psychiatrie und die ICF müsse stärker in den Mittelpunkt rücken (Grötzbach & Bühler, 2008; Gutzmann, 2008).

Innerhalb der Forschung schien das Thema Demenz bisher mehr die Pharmakologie zu interessieren (Steiner & Venetz, 2011).

Eine Befragung in der Deutschschweiz zum Stellenwert der Demenz in der Logopädie, gerichtet an LogopädInnen aus dem Kontext Geriatrie, durchgeführt von der Universität in Zürich unter der

Leitung von Jürgen Steiner, ergab Folgendes: Logopäden betrachten ihre Berufsgruppe als zuständig für diesen Bereich, empfinden sich aber nur bedingt als kompetent. Es besteht ein großer Bedarf an Leitlinien für eine passende Diagnostik, Therapiemethoden und Beratungskonzepte. Ebenso werden Wirksamkeitsnachweise gewünscht, die logopädisches Handeln in diesem Kontext zusätzlich legitimieren und den Praktizierenden Kompetenz und Sicherheit geben. Des Weiteren wird berichtet, dass die Logopädie als Profession durchaus gefragt ist, wenn es um das Thema Demenz geht. Die befragten LogopädInnen zeigten darüber hinaus Interesse an einer Mitwirkung bei der Etablierung der Thematik (Steiner & Venetz, 2011).

Die beschreibenden Faktoren einer Demenz sind die Progredienz, das vornehmliche Auftreten der Erkrankung im Alter und die Einschränkung der kommunikativen Teilhabe, wenn es gleichzeitig zu einem Sprachabbau kommt. Diese drei Faktoren gehören allesamt auch zum Arbeitsbereich der Logopädie, was den Einsatz dieser Profession auf dem Gebiet des Sprachabbaus bei Demenz legitimiere (Steiner & Haag, 2012). In Deutschland herrscht der DIAS-Studie von 2008 (Grass-Kapanke et al.) zufolge aber eine Unterversorgung von Patienten mit Demenz, obwohl ein gesetzlicher Anspruch auf Therapie besteht. Das heißt, dass bei 10 % der Menschen, die ambulant betreut werden und wahrscheinlich an einer Demenz leiden, keine ärztliche Diagnose diesbezüglich vorgenommen wird. Wenn dies doch geschieht, werden 55 % der Patienten gar nicht oder falsch medikamentös versorgt (Steiner, 2011). Mithilfe einer passenden Kombination aus medikamentöser und nicht-medikamentöser Intervention ließe sich aber sogar möglicherweise eine umfassende Pflege um sechs Monate bis hin zu drei Jahren hinauszögern (Steiner, 2008).

3. Problembeschreibung

Der tatsächliche Stellenwert der Logopädie bei Demenz in Deutschland ist unklar: Die Meinung der Logopäden, welche tagtäglich mit diesem Thema und den damit einhergehenden Unsicherheiten und Lücken konfrontiert sind, ist unbekannt. In der Deutschschweiz dagegen wurde wie bereits erwähnt eine Umfrage zu diesem Thema durchgeführt. Diese hat gezeigt, dass die Befragten die Logopädie für die Behandlung bei dementiellem Sprachabbau als zuständig erachten und der Thematik generell eine hohe Relevanz in der Sprachtherapie zuschreiben. Dennoch fühlen sie sich nur bedingt kompetent und sehen die Notwendigkeit von Wirksamkeitsnachweisen, da das Patientenklientel schon vermehrt zum Alltag dieser Sprachtherapeuten dazu gehört (Steiner & Venetz, 2011).
In Deutschland werden bereits vereinzelt Fortbildungen zum Thema „Demenz“ oder „Kognitive Dysphasie“ angeboten, im Vergleich zu den anderen logopädischen Themengebieten ist das Angebot jedoch rudimentär. Unklar bleibt zudem in welchem Umfang diese Fortbildungen bereits besucht werden und ob sie den Praktizierenden die Unsicherheit in der Behandlung einer Demenz nehmen (Prolog Wissen OHG, 2013). In der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPrO) ist das Thema nicht als Lehrinhalt verankert, wird aber möglicherweise an verschiedenen Lehrstätten trotzdem schon mit aufgenommen (Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopädie, 1980). Ebenso ist es im Curriculum der niederländischen Fachhochschulen, wo unter anderem viele deutschsprachige LogopädInnen das grundständige Studium der Logopädie absolvieren bzw. absolviert haben, nicht als verbindlicher Themenkomplex zu finden. Dies muss aber genauso wenig heißen, dass das Thema nicht durchaus unterrichtet wird (National Transcript Speech & Language Therapy, 2011). Bis heute gibt es keinen Indikationsschlüssel zu „Sprachabbau bei beginnender Demenz“ in Deutschland, trotzdem werden vermutlich schon Patienten mit Demenz behandelt und unter Verwendung eines anderen Schlüssels überwiesen (Steiner, 2008). Ebenso ist die Logopädie nicht in den Leitlinien zur Behandlung einer Demenz verankert, während Ergotherapie und Physiotherapie beispielsweise enthalten sind (Vollmar et al., 2008).
Um dem Thema Demenz in der Logopädie weiter nachzugehen, solle laut Steiner (2012) unter anderem der Ist-Stand ermittelt werden, so wie es bereits in der Deutschschweiz passiert ist. So könne letztlich wirklich der Bedarf innerhalb der Ausbildung, an Fort- und Weiterbildungen und am Austausch untereinander ermittelt und schließlich gezielt verbessert werden (Steiner, 2012).
Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welchen Stellenwert das Themengebiet der Demenz für die Logopädie in Deutschland hat.

Das Ziel dieser Umfrage ist es, diesen Stellenwert zu ermitteln, indem praktizierende LogopädInnen dazu befragt werden.

3.1 Fragestellungen

1.) Haben die Höhe des Ausbildungsgrades oder die Berufserfahrung einen Einfluss auf das Sicherheitsempfinden in der Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau, das praktizierende LogopädInnen zum Thema Demenz besitzen? (Frage 1 & 3 zu Frage 17)

2.) Gibt es einen Unterschied bezüglich der Thematisierung der Demenz innerhalb der grundständigen Logopädie-Ausbildung zwischen Deutschland und den Niederlanden? (Frage 2 zu Frage 6)

3.) Gibt es einen Unterschied zwischen LogopädInnen, die in klinischen Einrichtungen tätig sind und denen, die in einer Praxis arbeiten bezüglich

- der Anzahl der Patienten mit Demenz, die im Jahr 2012 logopädisch behandelt wurden? (Frage 4 zu Frage 8)
- des angewandten Diagnostikmaterials? (Frage 4 zu Frage 10)
- des Sicherheitsempfindens in der Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau? (Frage 4 zu Frage 17)
- des Besuchs von Fortbildungen zum Thema „logopädische Therapie bei dementiellem Sprachabbau“? (Frage 4 zu Frage 14)
- der Art der besuchten Fortbildung? (Frage 4 und 15)

3.2 Hypothesen

1.) Je höher der Ausbildungsgrad oder je mehr Berufserfahrung, desto mehr Sicherheit empfinden praktizierende LogopädInnen in der Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau.

2.) In den Niederlanden wird in der grundständigen Logopädie-Ausbildung mehr zum Thema Demenz gelehrt als in Deutschland.

3.) Es gibt einen Unterschied zugunsten der LogopädInnen aus dem klinischen Kontext bezüglich folgender Gesichtspunkte:

- Im Jahr 2012 wurden in klinischen Einrichtungen mehr Patienten mit Demenz logopädisch behandelt.
- Im klinischen Kontext werden andere Diagnostikmaterialien verwendet als in Praxen.
- LogopädInnen aus dem klinischen Kontext empfinden mehr Sicherheit in der Therapie von Patienten mit dementiellem Sprachabbau als LogopädInnen, die in Praxen tätig sind.
- LogopädInnen aus dem klinischen Kontext besuchen häufiger Fortbildungen zum Thema „logopädische Therapie bei dementiellem Sprachabbau“ als jene, die in Praxen arbeiten.
- Die Art der Fortbildungen unterscheidet sich zwischen LogopädInnen, die im klinischen Bereich tätig sind und denen, die in einer Praxis arbeiten.

4. Methode

4.1 Stichprobe

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine computervermittelte Befragung von berufstätigen LogopädInnen durchgeführt. Einschlusskriterien waren lediglich, dass die befragten Personen im Berufsfeld des Logopäden tätig sind, eine E-Mail-Adresse besitzen und diesen Beruf zum Zeitpunkt der Befragung auch aktiv ausüben. Andere Kriterien wie etwa die Jahre der Berufserfahrung oder der Grad des erreichten Abschlusses, wurden innerhalb des Fragebogens geklärt, sodass im Nachhinein Vergleiche gezogen und Zusammenhänge ermittelt werden konnten. Die Befragung richtete sich deutschlandweit an mehr als 5000 LogopädInnen, wovon schließlich 557 an der Befragung teilnahmen. Daraus ergibt sich eine Rücklaufquote von etwa 10 %. Diese ist jedoch nicht eindeutig zu bestimmen, was auf die Art der Rekrutierung der TeilnehmerInnen zurück zu führen ist.

Die Rekrutierung erfolgte über verschiedene Instanzen. Zum einen über persönliche Kontakte, zum anderen wurden Adressen über die Logopädensuche des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie gefunden, die alle Postleitzahlenkombinationen Deutschlands enthalten. Es wurden Adressen ermittelt, unabhängig davon, in welchem Bereich die LogopädInnen tätig sind. Es wurden nur jene LogopädInnen berücksichtigt, die eine E-Mail-Adresse angegeben hatten. Des Weiteren wurde der Link zur Befragung auch im sozialen Netzwerk „Facebook“ und auf der Homepage des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie online gestellt. Aus diesem Grund lässt sich die Rücklaufquote nicht eindeutig festlegen, da nicht sicher ist, wie groß die Stichprobe letztendlich war. Außerdem wurde im Anschreiben dazu aufgefordert den Fragebogen auch an KollegInnen weiterzuleiten, sodass unklar ist, wie viele weitere LogopädInnen auf diese Weise angesprochen wurden. Dies führte somit ebenso dazu, dass die Rücklaufquote nicht eindeutig ermittelt werden konnte.

4.2 Durchführung der Befragung

Der konzipierte Fragebogen wurde den Befragten online zur Verfügung gestellt. Um die potenziellen TeilnehmerInnen auf die Befragung hinzuweisen und letztlich auch zu dieser hinzuführen, wurde per E-Mail (Anschreiben siehe Anhang) der Kontakt zu den möglichen Probanden hergestellt. In dieser E-Mail wurden zunächst die Personen vorgestellt, die die Umfrage durchführen, vorgestellt sowie schließlich auch das Vorhaben im Allgemeinen. Der Link, der zur eigentlichen Befragung führte, wurde in dieser E-Mail mit gesendet. Ebenso wurde ein Zeitpunkt genannt, zu dem die TeilnehmerInnen spätestens den Fragebogen spätestens ausgefüllt haben sollten. In diesem Fall wurde eine Frist von zwei Wochen vorgegeben. Eine Woche vor Ende dieser Frist wurde noch einmal per E-Mail auf die Befragung aufmerksam gemacht, um eine möglichst hohe Rücklaufquote erzielen zu können. Letztendlich wurde die Frist um eine halbe Woche auf 2,5 Wochen verlängert.

Der Fragebogen selbst bestand aus 19 Fragen und war so konzipiert, dass er innerhalb von ca. 20 Minuten beantwortet werden konnte. Es handelte sich um eine rein schriftliche Befragung.

Im Voraus wurde ein Probedurchlauf durchgeführt, um den tatsächlichen Ablauf evaluieren zu können. Dazu wurden circa 30 LogopädInnen angeschrieben und gezielt um Feedback zu bestimmten Punkten gebeten (Anschreiben siehe Anhang). Dieses Feedback sollte sich auf die Zeit, die zur Beantwortung benötigt wurde, die Verständlichkeit der Fragen, der persönlich aufgebrachte Aufwand, sowie eventuelle Unsicherheiten und Verbesserungsvorschläge beziehen. Die Ergebnisse wurden dann genutzt, um den Fragebogen noch einmal hinsichtlich aufgedeckter Fehlerquellen in der Durchführung zu überarbeiten. Von den angeschriebenen Personen füllten 15 den Fragebogen aus. Die Mehrheit sagte, dass der Fragebogen verständlich sei und maximal fünf bis zehn Minuten dauere. Dies war ein positives Ergebnis, da eine Dauer von 20 Minuten nicht überschritten werden sollte. Ebenso wurde zu den Fragen 16 und 17 eine Minderung der Antwortmöglichkeiten gefordert, was daraufhin geändert wurde.

4.3 Beschreibung des Messinstruments

Der Fragebogen bestand aus insgesamt 19 Fragen. Davon waren 17 Fragen geschlossen und drei Fragen offen formuliert. Zudem beinhalteten drei der geschlossenen Fragen noch offene Unterfragen (Fragebogen: siehe Anhang). Die ersten sechs Fragen sollten definitiv von jedem der Befragten beantwortet werden und beschäftigten sich damit, welchen höchsten beruflichen Abschluss die befragte Person nachweisen kann, wo die Ausbildung absolviert wurde, über wie viele Jahre Berufserfahrung die befragte Person verfügt, in welchem Bundesland und in welcher Einrichtung er/sie tätig ist, ob die Therapie bei dementiellem Sprachabbau Inhalt der eigenen logopädischen Ausbildung war und wenn ja, in welchem Umfang. Die siebte Frage diente dann schließlich dazu zwischen den Befragten zu unterscheiden, die bereits Patienten mit dementiellem Sprachabbau behandelt haben und jenen, die noch keine Patienten mit dieser Symptomatik in Behandlung hatten. Wurde diese Frage mit „Nein“ beantwortet, so wurde die Befragung an dieser Stelle automatisch beendet, wobei die zuvor beantworteten Daten trotzdem von erheblicher Wichtigkeit für die Beantwortung der zentralen Fragestellung waren. Wurde die siebte Frage mit „Ja“ beantwortet, folgten zwölf weitere Fragen, die sich spezieller mit der Behandlung dieses Patientenklientels befassten. Die Befragten sollten angeben, wie viele Patienten mit Demenz sie im Jahr 2012 behandelt haben. Außerdem sollten sie angeben, welches Diagnostikmaterial und welche Therapiemethoden sie verwendet haben. Dazu sollte an dieser Stelle auch ermittelt werden, welche Therapiemethoden, die in der Behandlung von dementiellem Sprachabbau verwendet werden können, bekannt sind und welche tatsächlich genutzt werden. Außerdem konnten die Befragten in einer weiteren Frage angeben, welche sonstigen logopädischen Therapiemethoden sie möglicherweise nutzen. Anschließend sollten die LogopädInnen eine Aussage darüber treffen, ob sie bereits eine oder mehrere Fortbildungen zum Thema besucht haben und bei Bejahung dieser Frage, um welche Fortbildung es sich handelte, ob sie einen Nutzen daraus ziehen konnten und ob vielleicht noch Fragen offen geblieben sind. Zum Abschluss sollten die Befragten schließlich auf einer Skala von 1-3 angeben, wie erfolgreich sie die Therapie für den Patienten einschätzen würden, im Hinblick auf die Tatsache, dass es sich um eine progredient verlaufende Erkrankung handelt und auf einer Skala von 1-5, wie sicher sie sich generell im Umgang mit diesen Patienten aus logopädischer Sicht fühlen. Außerdem sollten sie eine Aussage dazu treffen, wie gut die Logopädie im Kontext Demenz ihrer Meinung nach bereits verankert ist bzw. wo noch Handlungsbedarf

besteht. Auf diese Weise konnten mit Hilfe des Fragebogens sowohl quantitative als auch qualitative Daten zur Beantwortung der zentralen Fragestellung gewonnen werden.

4.4 Datenanalyse

Die Berechnung der quantitativen Daten erfolgte anhand des Computerprogramms SPSS (Statistical Package of the Social Sciences).

Anhand der ersten Hypothese wurde ein Zusammenhang zwischen den Fragen 1 (Höhe des Ausbildungsgrades) oder 3 (Anzahl der Jahre als berufstätige Logopädin) und der Frage 17 (Sicherheit in der Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau) vermutet. Die Frage 17 wurde dabei in Zusammenhang mit Frage 1 und 3 gesetzt. Dieser Zusammenhang wurde mit der Rangkorrelation nach Spearman ermittelt, da es sich um zwei ordinalskalierte Variablen handelte.

Die Ermittlung der zweiten Hypothese erfolgte durch eine Gegenüberstellung der Fragen 2 (Ausbildungsort) und Frage 6 (Demenz als Inhalt der grundständigen Ausbildung). Ein möglicher Zusammenhang zwischen Ausbildungsort und gelehrten Inhalten zum Thema Demenz wurde mithilfe des zweidimensionalen Chi²-Test berechnet. Zur Überprüfung der Signifikanz wurde der Phi-Koeffizient bestimmt, da es sich um zwei nominalskalierte dichotome Variablen handelte.

Die dritte Hypothese wurde durch eine Gegenüberstellung von Frage 4 (in welcher Einrichtung, die/der Befragte tätig ist) und anderen Fragen bestätigt oder widerlegt.

So wurde der Zusammenhang von Frage 4 mit den Fragen 8 (Anzahl der im Jahr 2012 behandelten Patienten mit einer Demenz), 14 (Besuch von Fortbildungen zum Thema Demenz - ja oder nein?), und 17 (Sicherheit in der Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau) über quantitative Verfahren ermittelt. Zusätzlich wurde der Zusammenhang zwischen Frage 4 und Frage 15 (Art, Inhalt und Zufriedenheit mit der genutzten Fortbildung) über eine verbale Auswertung der qualitativen Daten. Die Methoden, die dazu genutzt wurden, sind Folgende: die Rangkorrelation nach Spearman für eine Gegenüberstellung von Frage 4 und 8, da es sich um nominalskalierte und ordinalskalierte Daten handelte. Da diese Berechnung einer nominalskalierten dichotomen Variable bedarf, wurden die Antworten aus Frage 4 zwei übergeordneten Gruppen (Klinik - Praxis) zugeordnet. Die Berechnung des Zusammenhangs von Frage 4 und 14 erfolgte über den Chi²-Test und die Berechnung des Cramer V. Der Zusammenhang zwischen Frage 4 und Frage 17 wurde mit Hilfe der Rangkorrelation nach Spearman ermittelt.

Zur Beantwortung der generellen Fragestellung wurde in erster Linie eine Häufigkeitsdarstellung der qualitativen Daten vorgenommen. Dazu zählten die Fragen 1 bis 9, 11, 12, 14, 16 und 17. Die Antworten zu jeder dieser Fragen wurden dazu in absoluten Häufigkeiten und Prozenten dargestellt. Die Antworten der qualitativen Fragen, zu denen die Fragen 6, 10, 13 und 15 bis 19 zählen, wurden

verbal ausgewertet. Dazu wurden die einzelnen Antworten dieser Fragen jeweils in weitere Unterkategorien unterteilt, um so ein übersichtliches Bild der getroffenen Aussagen zu erhalten.

5. Ergebnisse

Insgesamt beteiligten sich 557 LogopädInnen an der Befragung. Die ersten fünf Fragen des Fragebogens ermöglichten eine Charakterisierung dieser TeilnehmerInnen. Daraus ergab sich, dass die Mehrheit der Befragten einen Fachschulabschluss der Logopädie hatte. Dabei absolvierten die meisten befragten LogopädInnen ihre grundständige Ausbildung oder ihr grundständiges Studium in Deutschland. Mehr als ein Drittel (N = 195) gab an, seit mehr als 15 Jahren als LogopädIn zu arbeiten. Darauf folgte die Gruppe derer, die seit weniger als einem Jahr im Beruf des Logopäden tätig sind (N = 119). Mit Abstand die meisten der Befragten waren ausschließlich in einer Praxis tätig. Die Verteilung der TeilnehmerInnen auf die einzelnen Bundesländer zeigt, dass LogopädInnen aus ganz Deutschland an der Befragung teilgenommen haben.

5.1 Hypothese 1

Je höher der Ausbildungsgrad oder je mehr Berufserfahrung, desto mehr Sicherheit empfinden praktizierende LogopädInnen in der Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau.

Um diese Hypothese zu untersuchen, wurden jeweils die Ergebnisse von Frage 1 (Höhe des Ausbildungsgrades) beziehungsweise 3 (Berufserfahrung in Jahren) des Fragebogens mit Frage 17 (Sicherheit in der Therapie) korreliert. Dazu wurde eine Rangkorrelation nach Spearman durchgeführt.
Von den insgesamt 557 TeilnehmerInnen waren es N = 422, die sowohl Frage 1 als auch Frage 17 beantwortet haben. Nach der Berechnung ergab sich ein hoch signifikanter Zusammenhang von p = 0,008 mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,129, bei einem Signifikanzniveau von 0,01, zwischen der Höhe des Ausbildungsgrades und der angegebenen Sicherheit in der Therapie von Patienten mit einer Demenz. Die Antworten „Master“ und „Diplom“ wurden dabei als eine Variable zusammengefasst, da es sich auf diese Weise dann um eine ordinalskalierte Variable mit den Ausprägungen „Fachschule“, „Bachelor“, „Master/Diplom“ und „Promotion“ handelte.
Von den N = 428 TeilnehmerInnen, die sowohl Frage 3 als auch Frage 17 beantwortet haben, ergab sich ein marginal signifikanter Zusammenhang von p = 0,085 mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,083 zwischen der Berufserfahrung in Jahren und dem angegebenen Sicherheitsempfinden in der Therapie von Patienten mit einer Demenz, bei einem Signifikanzniveau von 0,05.
Somit ist die erste Hypothese zum Teil als bestätigt anzusehen. Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Grad der Ausbildung und dem Sicherheitsempfinden in der Therapie. Zwischen der Berufserfahrung in Jahren und dem Sicherheitsempfinden in der Therapie besteht lediglich ein marginaler Zusammenhang.

5.2 Hypothese 2

In den Niederlanden wird in der grundständigen Logopädie-Ausbildung mehr zum Thema Demenz gelehrt als in Deutschland.

Diese Hypothese wurde mit Hilfe der Fragen 2 (Ausbildungsort) und 6 (Demenz als Ausbildungsinhalt) untersucht. Dazu wurde eine 2x2-Kreuztabelle mit dem Chi²-Test erstellt. Es wurde der Phi-Koeffizient berechnet, da es sich um zwei nominalskalierte dichotome Variablen handelte. Hierbei ergaben sich folgende Werte:

Chi² nach Pearson	Phi	Cramer-V	Signifikanz
1,878	- 0,59	0,59	p = 0,171

Tab. 1: statistische Berechnung des Zusammenhangs von Frage 2 und Frage 6

Der Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsort und der Thematisierung von „Demenz“ in der Ausbildung ist demnach nicht signifikant. Da die Verteilung der TeilnehmerInnen auf beide Länder sehr ungleich war (Abb. 1), wurden die Häufigkeiten zusätzlich prozentual berechnet (Abb. 2).

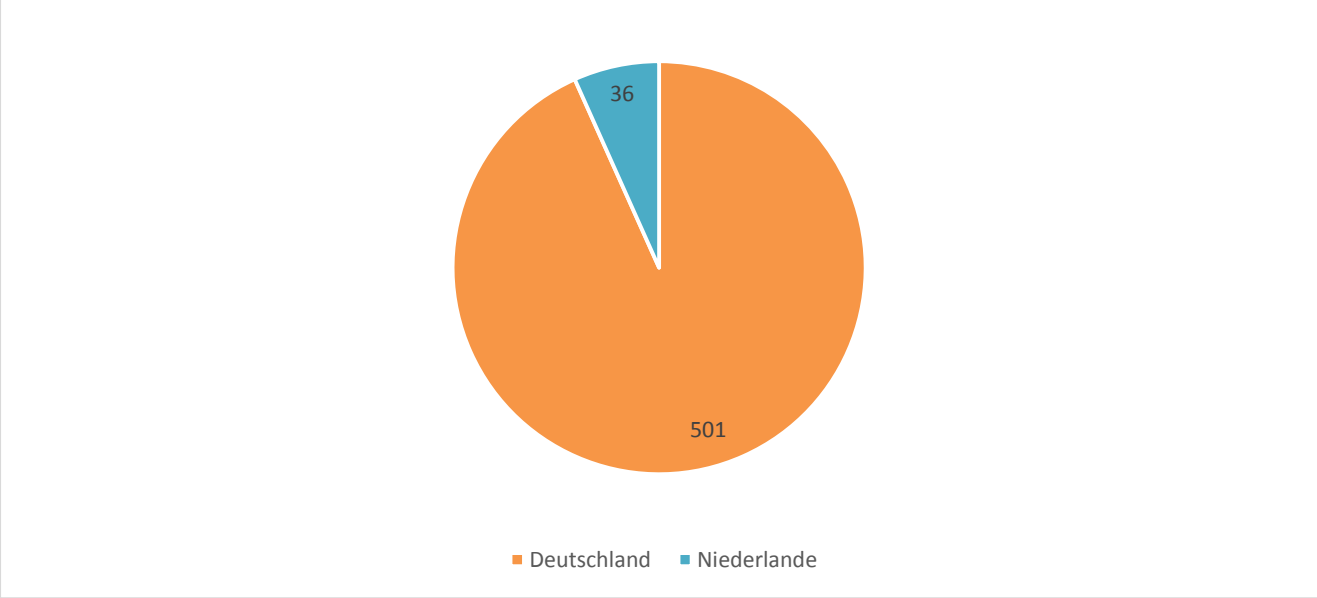


Abb. 1: Ausbildungsort der grundständigen Ausbildung Deutschland – Niederlande (absolute Zahlen)

Wie in Abb. 2 dargestellt wird das Thema Demenz in den Niederlanden häufiger in der grundständigen Ausbildung behandelt als in Deutschland. Insgesamt gab die Mehrheit der Befragten jedoch an, das Thema nicht in der Ausbildung behandelt zu haben.

Die zweite Hypothese ist somit als nicht bestätigt anzusehen.

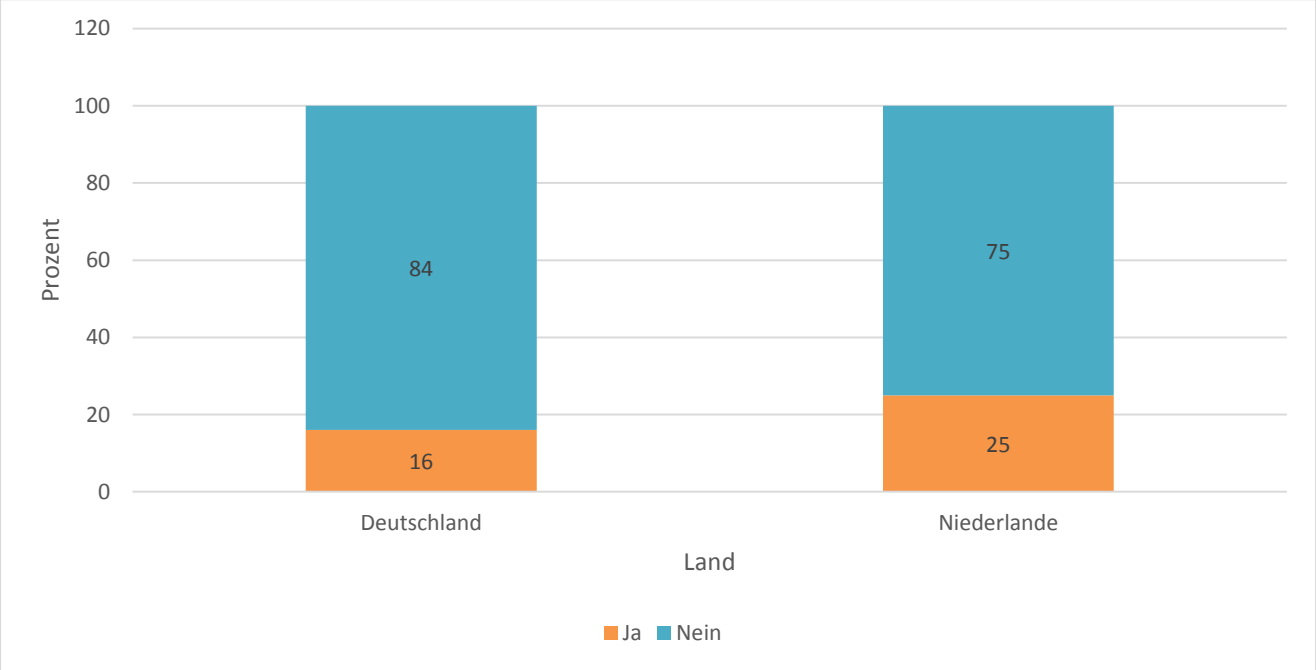


Abb. 2: Demenz als Ausbildungsinhalt für die Länder Deutschland und Niederlande (gerundet in Prozent)

5.3 Hypothese 3

Es gibt einen Unterschied zugunsten der LogopädInnen aus dem klinischen Kontext bezüglich folgender Gesichtspunkte:

- Anzahl der Patienten mit Demenz im Jahr 2012
- Art der Diagnostikmaterialien
- Sicherheitsempfinden in der Therapie
- Anzahl der Fortbildungsbesuche zum Thema „logopädische Therapie bei dementiellem Sprachabbau“
- Art der Fortbildungen

5.3.1 Subhypothese 1

Im Jahr 2012 wurden in klinischen Einrichtungen mehr Patienten mit Demenz logopädisch behandelt.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden die Fragen 4 (Art der Einrichtung) und 8 (Anzahl der behandelten Patienten mit einer Demenz im Jahre 2012) miteinander verglichen. Um ein eindeutiges Ergebnis zu erhalten wurden die Antworten derer, die in mehr als einer Einrichtung tätig waren, ausgeschlossen. Ebenso wurden jene Antworten von TeilnehmerInnen ausgeschlossen, die eine sonstige Einrichtung außer Praxis, Reha oder Klinik als Tätigkeitsfeld angaben (Abb. 3 zeigt die Verteilung der TeilnehmerInnen auf die Einrichtungen).

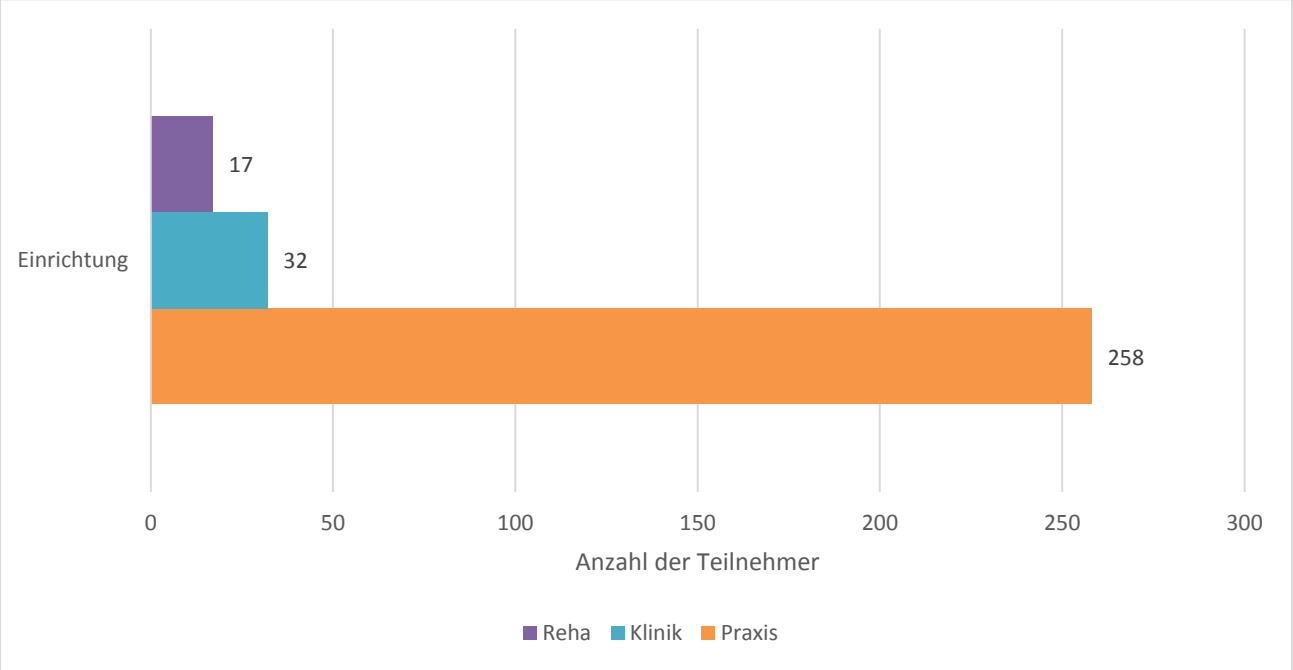


Abb. 3: Verteilung der TeilnehmerInnen auf die Einrichtungen Reha, Klinik und Praxis (absolute Zahlen)

Mit Hilfe einer Rangkorrelation nach Spearman konnte ein signifikanter Zusammenhang von $p = 0,015$

mit einem Korrelationskoeffizienten von - 0,120, bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$, zwischen der Art der Einrichtung und der Anzahl an Patienten mit einer Demenz, die im Jahre 2012 behandelt wurden, festgestellt werden. Aufgrund der ungleichen Verteilung der Befragten auf die Einrichtungen wurde die Anzahl der Patienten im Jahr 2012 für den klinischen Kontext (Klinik und Reha) und für die Praxis zusätzlich prozentual dargestellt. Abb. 4 zeigt deutlich, dass prozentual betrachtet im Jahr 2012 mehr Patienten mit einer Demenz im klinischen Kontext behandelt wurden als in der Praxis.

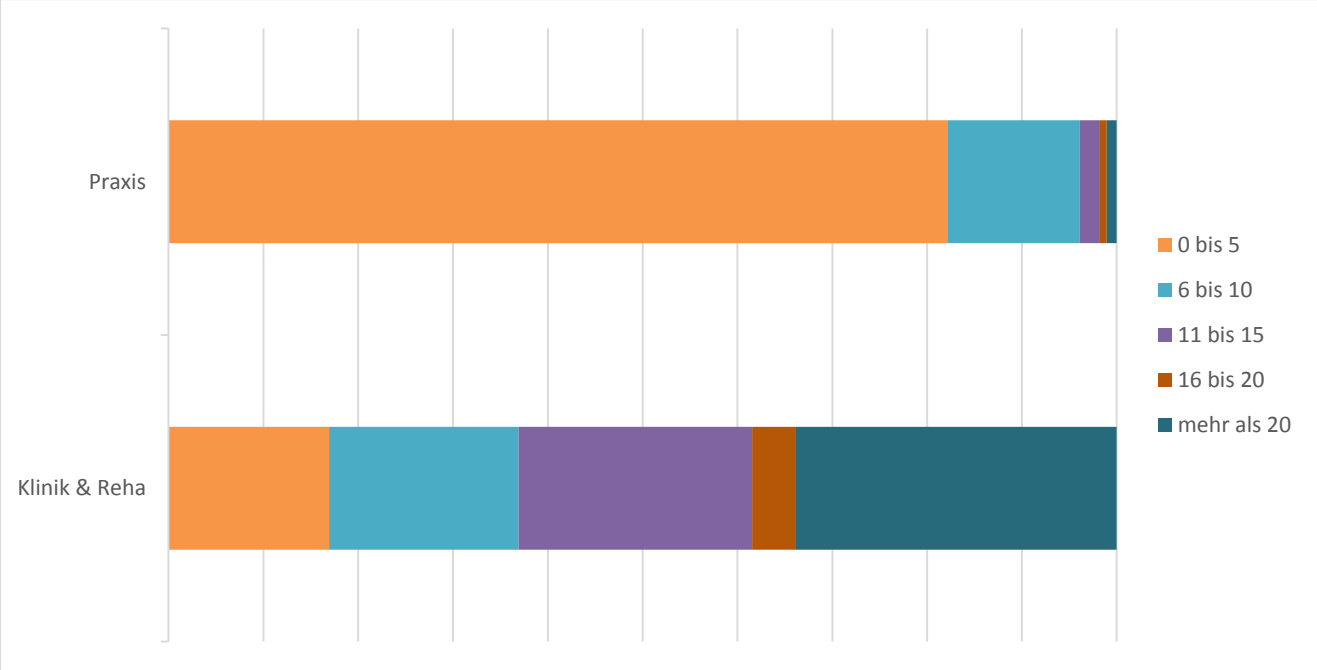


Abb. 4: Anzahl der behandelten Patienten mit einer Demenz im Jahr 2012 in den jeweiligen Einrichtungen (absolute Zahlen)

5.3.2 Subhypothese 2

Im klinischen Kontext werden andere Diagnostikmaterialien verwendet als in Praxen.

Diese Hypothese wurde anhand einer qualitativen Auswertung überprüft. Es zeigte sich, dass, unabhängig vom Arbeitsort, vorwiegend aphasiespezifische Diagnostikmaterialien benutzt werden. Es ergab sich, dass sowohl im klinischen Kontext, als auch in Praxen am häufigsten der „Aachener Aphasie Test“ (AAT; Hubert et al., 1983) und die „Aphasie-Check-List“ (ACL; Kalbe et al., 2002) zur Diagnostik von Patienten mit dementiellem Sprachabbau verwendet wurden. Diagnostikmaterial, welches speziell auf Menschen mit dementiellem Sprachabbau abzielt, wurde sowohl in der Praxis als auch im klinischen Bereich nur vereinzelt angewendet. Die „Zürcher Demenz-Diagnostik“ (Z-DD; Steiner, 2008/2010) wurde häufiger in Praxen verwendet, während in der Klinik die „Aufmerksamkeits- und Gedächtnis-Diagnostik“ (AGD) nach Heidler (2006) benutzt wurde.

Die Subhypothese ist damit nicht bestätigt.

5.3.3 Subhypothese 3

LogopädInnen aus dem klinischen Kontext empfinden mehr Sicherheit in der Therapie von Patienten mit dementiellem Sprachabbau als LogopädInnen, die in Praxen tätig sind.

Diese Hypothese wurde mit der Rangkorrelation nach Spearman überprüft. Dazu wurden die Fragen 4 (Art der Einrichtung) und 17 (Sicherheit in der Therapie) miteinander verglichen. Dabei ergab sich ein signifikanter Zusammenhang von $p = 0{,}011$ mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,123, bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0{,}05$.

Die Subhypothese ist damit als bestätigt anzusehen.

5.3.4 Subhypothese 4

LogopädInnen aus dem klinischen Kontext besuchen häufiger Fortbildungen zum Thema „logopädische Therapie bei dementiellem Sprachabbau“ als jene, die in Praxen arbeiten.

Diese Hypothese wurde mit einer 2x2-Kreuztabelle der Fragen 4 (Art der Einrichtung) und 14 (Fortbildung besucht: Ja oder Nein?) untersucht. Dazu wurde ein Chi^2-Test durchgeführt und das Cramer V berechnet, da es sich um zwei nominalskalierte Daten handelt.
Wie in Tabelle 2 zu sehen ist, ist der Zusammenhang zwischen der Art der Einrichtung und der Anzahl der Fortbildungsbesuche bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0{,}05$ ist somit signifikant.

Chi^2 nach Pearson	Signifikanz	Cramer V	Phi
8,538	$p = 0{,}014$	0,167	0,167

Tab. 2: statistische Berechnung des Zusammenhangs von Frage 4 und Frage 14

Zusätzlich wird in Tabelle 3 gezeigt, wie sich die TeilnehmerInnen auf die einzelnen Einrichtungen verteilten und ob sie bereits eine Fortbildung besucht hatten oder nicht. Von den 307 LogopädInnen, die jeweils in einer dieser Einrichtungen tätig waren, hatten 70 bereits eine Fortbildung besucht und 237 noch nicht.

Einrichtung	Fortbildung: Ja	Fortbildung: Nein	Gesamt
Krankenhaus / Klinik	N = 12	N = 20	N = 32
Praxis	N = 51	N = 207	N = 258
Rehabilitationseinrichtung	N = 7	N = 10	N = 17
Gesamt	N = 70	N = 237	N = 307

Tab. 3: Fortbildungsbesuche der TeilnehmerInnen aus den einzelnen Einrichtungen (absolute Zahlen)

Aufgrund der ungleichen Verteilung auf die verschiedenen Einrichtungen wurde zusätzlich eine prozentuale Berechnung vorgenommen. Diese Verteilung (Abb. 5) zeigt, dass mehr LogopädInnen aus dem klinischen Kontext bereits eine Fortbildung zum Thema Demenz besucht haben.

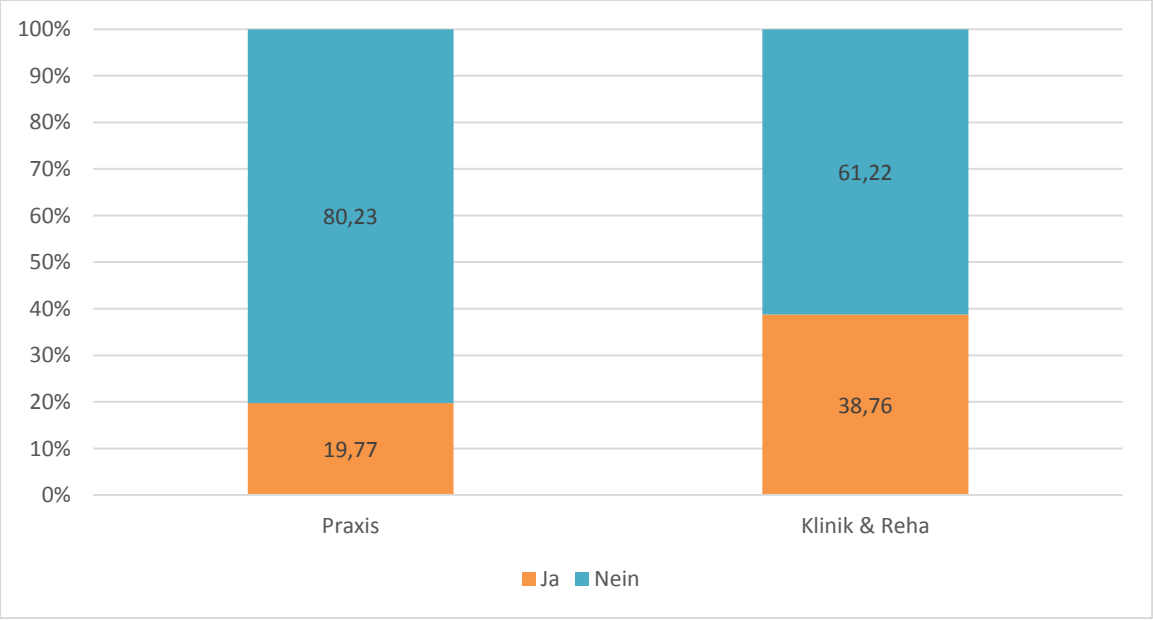


Abb. 5: Besuch einer Fortbildung zum Thema Demenz: Praxis & klinischer Kontext (in Prozent)

Die Subhypothese ist als bestätigt anzusehen.

5.3.5 Subhypothese 5

Die Art der Fortbildungen unterscheidet sich zwischen LogopädInnen, die im klinischen Bereich tätig sind und denen, die in einer Praxis arbeiten.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde eine qualitative Auswertung vorgenommen. In Tabelle 4 ist zu sehen, dass die LogopädInnen aus dem klinischen Bereich vor allem Fortbildungen zum Thema „Kognitive Dysphasien“ besucht hatten. Demgegenüber war die Bandbreite der am häufigsten besuchten Fortbildungen bei den LogopädInnen aus der Praxis größer.

Fortbildung	Klinik / Reha	Praxis
	N = 19	N = 51
Kognitive Dysphasien	11	11
MODAK	/	7
Sprach- und Schluckstörungen bei Demenz	3	7
Differentialdiagnostik: Aphasie und Demenz	1	4
Validation	/	4
sonstige (weniger als 1x genannt)	4	18

Tab. 4: Anzahl und Art besuchter Fortbildungen: Praxis & klinischer Kontext (absolute Zahlen)

Die Art der Fortbildungen zwischen beiden Arbeitsbereichen unterschied sich also durchaus.

Die Subhypothese ist somit als bestätigt anzusehen.

5.4 Weitere Ergebnisse

Im Folgenden werden weitere Resultate der Befragung erläutert. Diese werden neben den oben genannten Ergebnissen aufgeführt, da sie zusätzlich den Stellenwert der Demenz für die Logopädie in Deutschland beschreiben.

In Tabelle 5 ist dargestellt bei wie vielen der Befragten das Thema Demenz Ausbildungsinhalt war und bei wie vielen nicht.

Ja	Nein
96 (17,33 %)	458 (82,67 %)

Tab. 5: Thema Demenz als Ausbildungsinhalt (absolute Zahlen und in Prozent)

Das Ergebnis war, dass von etwas mehr als der Hälfte der 96 LogopädInnen, die das Thema in der grundständigen Ausbildung behandelt hatten (Tab. 5), dieses jedoch nur geringfügig besprochen wurde. Acht Personen gaben an, dass das Thema zwar theoretisch behandelt wurde, aber keine Therapieansätze angesprochen wurden. Auch in der weiteren Befragung wurde deutlich, dass zwar durchaus bereits demenzspezifisches Therapiematerial genutzt wurde, in erster Linie jedoch Material aus der Aphasie-Therapie in der Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau zum Einsatz kam. (Tab. 6).

Aphasie (PACE, MODAK, NAT)	N = 363
Demenz (KODOP, ASTRAIN, Erinnerungsalben)	N = 274
Angehörige (Validation, Tandem)	N = 90
Verknüpfung mit Handlung (HOT, ISBA)	N = 129

Tab. 6: Kategorisierung der verwendeten Therapiematerialien (absolute Zahlen)

Neben den in Tabelle 6 aufgeführten Therapieansätzen gaben die Befragten außerdem an, Biographie-Arbeit, kognitives Training sowie eigenes, nicht näher bezeichnetes Material am häufigsten zu verwenden.

Auch bei der Frage nach den genutzten Diagnostikmaterialien zeigte sich, dass fast ausschließlich der „Aachener Aphasie Test“ (AAT; Hubert et al., 1983) oder die „Aphasie-Check-List“ (ACL; Kalbe et al., 2002) verwendet wurden. Dabei kamen entweder der gesamte „Aachener Aphasie Test“ (AAT; Hubert et al., 1983) oder bestimmte Teile daraus zum Einsatz. Weiterhin gab ein Großteil der Befragten an, diverse Screening-Verfahren zu nutzen, die keiner einheitlichen Norm folgen sowie die „Bogenhausener Semantik-Untersuchung“ (BOSU) oder den „Mini-Mental-Status-Test“ (MMST) durchzuführen.

Fortbildungen, die sich mit „Logopädie bei dementiellem Sprachabbau“ beschäftigen, wurden von etwa einem Drittel der Befragten besucht (Tab. 7). Dabei handelte es sich vor allem um Fortbildungen zum Thema „Kognitive Dysphasien“. Zudem waren Themen wie „Differentialdiagnostik zwischen Aphasie und Demenz“ und „Dysphagie bei Demenz“ häufig genannte Fortbildungsinhalte. Und auch im Bereich „Validation“ bildeten sich einige der Befragten weiter.

Die Mehrheit der Befragten gab an, in den Fortbildungen vor allem etwas über die Therapiemöglichkeiten bei dementiellem Sprachabbau, die Grundlagen der Erkrankung sowie zum Umgang mit betroffenen Patienten gelernt zu haben. Des Weiteren wurden die Themen Diagnostik, Angehörigenarbeit und die Auseinandersetzung mit der Progredienz der Erkrankung angesprochen. Offen geblieben war für die meisten Befragten das konkrete therapeutische Vorgehen bei Patienten mit dementiellem Sprachabbau.

Ja	Nein
121 (28,21 %)	308 (71,79 %)

Tab. 7: Besuch einer Fortbildung oder nicht (absolute Zahlen und in Prozent)

Mehr als zwei Drittel der Befragten gab an, bereits Patienten mit dementiellem Sprachabbau logopädisch behandelt zu haben (Tab. 8).

Ja	Nein
427 (77,36 %)	125 (22,64 %)

Tab. 8: Demenzpatienten behandelt oder nicht (absolute Zahlen und in Prozent)

Bezogen auf den Erfolg der Therapie und das Sicherheitsempfinden der LogopädInnen innerhalb dieser ergaben sich folgende Ergebnisse:

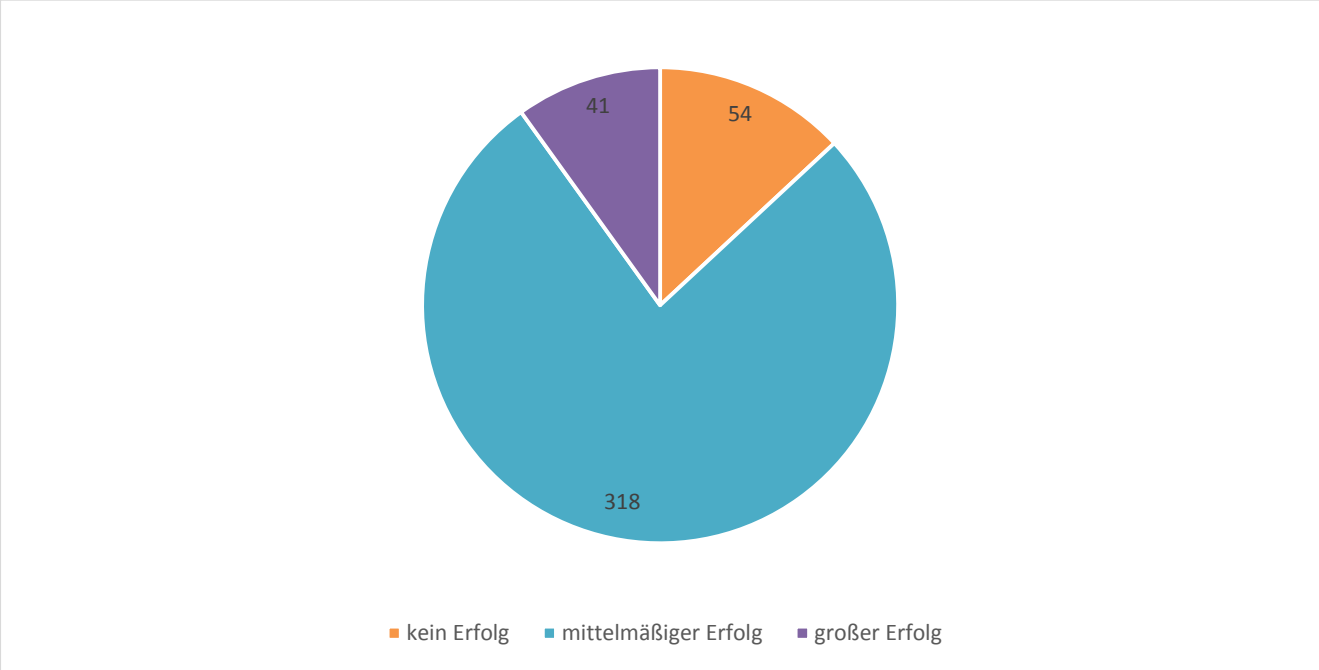


Abb. 6: Einschätzung des Therapieerfolgs durch die TeilnehmerInnen (absolute Zahlen)

„Großer Therapieerfolg“ wurde am häufigsten mit einem Erhalt der bestehenden Fähigkeiten des Patienten und einer Steigerung der Lebensqualität begründet.
„Kein Erfolg“ wurde darauf zurückgeführt, dass die äußeren Therapieumstände, wie Behandlungsfrequenz und –dauer, ungünstig seien und nicht zu einer erfolgreichen Therapie beitragen würden. Aber auch mangelnde Kompetenz des Therapeuten und der individuelle Ist-Stand des Patienten, z.B. die Motivation des Patienten, wirken sich auf den Erfolg der Therapie aus.

So sagte ein/e TeilnehmerIn:

> „(…) *der entsprechende Patient hat kaum Therapieeinsicht, kommt auf Drängen der Ehefrau, des Arztes.“*

Des Weiteren wurde der mangelnde Therapieerfolg vereinzelt auf die Progredienz der Erkrankung zurückgeführt.

> *„Ein Verhindern der Progredienz ist uns nicht möglich, auch wenn sich dies viele der PatientInnen, vor allem im Anfangsstadium, noch wünschen.“*
> (Zitat einer Teilnehmerin/eines Teilnehmers)

Die Mehrheit der Befragten bewertete den Therapieerfolg als „mittelmäßig“. Dies wurde sehr individuell begründet. Unter anderem hinge es sehr stark von der individuellen Gesamtsituation des Patienten ab. Aber auch die Tatsache, ob Angehörigenarbeit möglich ist oder nicht, wirke sich auf den Erfolg der logopädischen Therapie aus.

> *„Da es ja eine progrediente Erkrankung ist, kann der Erfolg nicht groß sein.“*
> (Zitat einer Teilnehmerin/eines Teilnehmers)

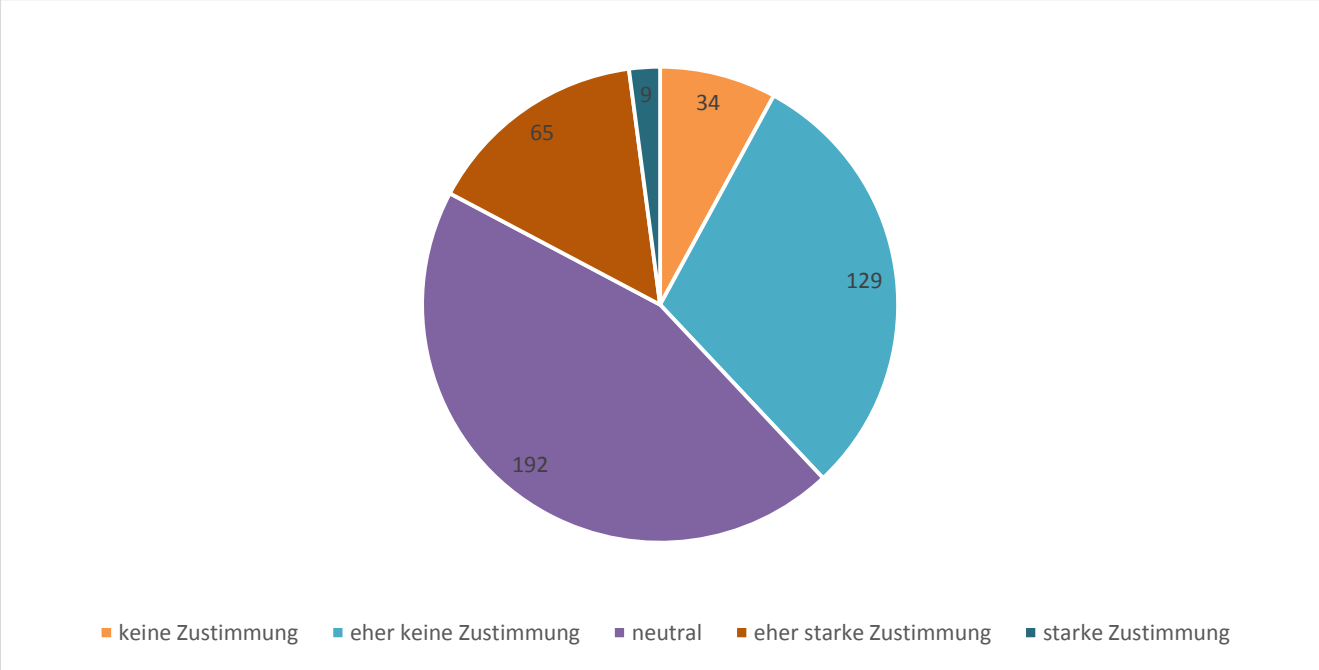


Abb. 7: Angaben zur Aussage: „In der logopädischen Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau fühle ich mich sicher.“ (absolute Zahlen)

Wie in Abb. 7 zu sehen, stand die Mehrheit der Befragten der Frage nach dem Sicherheitsempfinden in der Therapie „neutral“ gegenüber. Das heißt, dass sich 192 TeilnehmerInnen in der Therapie von

Patienten mit dementiellem Sprachabbau weder unsicher fühlten, noch sicher. Ein Großteil der Befragten gab demgegenüber an, sich unsicher oder eher unsicher zu fühlen.

Anhand der qualitativen Auswertungen wurde deutlich, dass „unsicheres“ oder „eher unsicheres“ Empfinden vor allem mit fehlendem Wissen und fehlender Erfahrung begründet wurde, aber auch mit genereller Unsicherheit im Umgang mit der Erkrankung und den betroffenen Patienten.

Im Gegensatz dazu wurde „sicheres“ oder „eher sicheres“ Empfinden damit begründet, dass genug Wissen und Erfahrung vorhanden sei sowie ein sicherer Umgang mit dem Patientenklientel und der Erkrankung bestehe. Des Weiteren spielen positive Rückmeldungen von Patienten für ein eher sicheres oder sicheres Empfinden ebenfalls eine Rolle.

Eine neutrale Zustimmung zu dieser Fragestellung wurde sehr individuell begründet. Unter anderem wurde darauf hingewiesen, dass Therapieerfolge sehr vom einzelnen Patienten und dem jeweiligen Schweregrad der Erkrankung abhingen.

Fast ein Drittel aller Befragten war der Meinung, dass das Thema Demenz in der Logopädie nicht ausreichend verankert sei. Zwei TeilnehmerInnen sprachen von einer „*stiefmütterlichen Behandlung*“ der Thematik. 108 Befragte äußerten sich zwar nicht dazu, wie sehr das Thema bereits verankert ist, sagten aber, dass sie es als Aufgabengebiet der Logopädie betrachten. Zudem gaben 51 TeilnehmerInnen an, dass das Thema sich entwickle und zunehmend an Bedeutung gewinne. Einige wenige waren unentschlossen oder sprachen sich dagegen aus.

Zur Frage, was in der Logopädie tätige Personen tun könnten, um das Thema Sprache und Demenz weiter zu bearbeiten, wurden vor allem die Themen Öffentlichkeitsarbeit und Forschung genannt. Ebenso sagten sehr viele, dass mehr Fortbildungen besucht werden müssen. Häufig erwähnt wurden zudem vermehrte interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere mit den Ärzten, bessere Integration in den Lehrplan der grundständigen Ausbildung sowie in das laufende Fortbildungsangebot und eine verstärkte Auseinandersetzung des Einzelnen mit der Thematik.

6. Diskussion

6.1 Interpretation der Ergebnisse

6.1.1 Hypothese 1

Je höher der Ausbildungsgrad oder je mehr Berufserfahrung, desto mehr Sicherheit empfinden praktizierende LogopädInnen in der Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau.

Ein höherer Grad der Ausbildung scheint wie erwartet eine Vertiefung innerhalb der Thematik zu begünstigen. Möglicherweise ist dies auf weitere Spezialisierungen der einzelnen LogopädInnen zurückzuführen, die nach der Ausbildung noch einen akademischen Grad erlangt haben. So ist zum Beispiel in der Prüfungsordnung des Master-Studiengangs „Lehr und Forschungslogopädie“ der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen (RWTH) das Thema Demenz als Inhalt eines Moduls zu finden (RWTH Aachen, 2011).
Der wiederum unerwartet geringe Einfluss der Berufserfahrung in Jahren, auf das Sicherheitsempfinden in der Therapie von Patienten mit dementiellem Sprachabbau, könnte damit begründet werden, dass das Thema „Logopädie und Demenz“ erst in den letzten 20 Jahren nach und nach verstärkt an Bedeutung gewonnen hat (Steiner, 2011). In diesem Zusammenhang macht es deshalb keinen Unterschied, ob man bereits seit mehr als 15 Jahren als LogopädIn arbeitet oder erst seit einigen Monaten.

6.1.2 Hypothese 2

In den Niederlanden wird in der grundständigen Logopädie-Ausbildung mehr zum Thema Demenz gelehrt als in Deutschland.

Die Ergebnisse bezüglich dieser Hypothese waren anders als vermutet. Da es weder im Curriculum der logopädischen Ausbildung in Deutschland noch in dem der Niederlande als Thema verankert ist, überrascht dieses Ergebnis an sich nicht (Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopädie, 1980; National Transcript Speech & Language Therapy, 2011). Der Grund für die Fragestellung entstand aus dem Interesse heraus, ob, trotz der nicht vorhandenen Aufführung der Thematik im Curriculum

der niederländischen Logopädie-Ausbildung, etwas zum Thema gelehrt wurde, da es jeder Lehranstalt im Grunde genommen frei steht, inwieweit das bestehende Curriculum erweitert wird. Zudem handelt es sich bei der grundständigen Ausbildung in den Niederlanden anders als bisher in Deutschland um einen Bachelor-Studiengang, dessen Dauer ein Jahr mehr umfasst als die grundständige Ausbildung in Deutschland. Dies könnte die Wahrscheinlichkeit, dass Demenz thematisiert wird, begünstigen.

6.1.3 Hypothese 3

Es gibt einen Unterschied zugunsten der LogopädInnen aus dem klinischen Kontext bezüglich folgender Gesichtspunkte:

- Anzahl der Patienten mit Demenz im Jahr 2012
- Art der Diagnostikmaterialien
- Sicherheitsempfinden in der Therapie
- Anzahl der Fortbildungsbesuche zum Thema „logopädische Therapie bei dementiellem Sprachabbau“
- Art der Fortbildungen

Es hat sich herausgestellt, dass es durchaus Unterschiede gibt, jedoch nicht alle Vermutungen bestätigt werden konnten. Dies könnte daran liegen, dass Demenz in der Logopädie in Deutschland generell noch eher geringfügig thematisiert wird (Steiner, 2008; Abel, 2013).

6.1.3.1 Subhypothese 1

Im Jahr 2012 wurden in klinischen Einrichtungen mehr Patienten mit Demenz logopädisch behandelt.

Über die Gesamtanzahl der Patienten mit Demenz, die in Deutschland logopädisch behandelt werden, ist nichts bekannt. Es gibt somit auch keine konkreten Zahlen der generellen Verteilung von Patienten mit einer Demenz auf logopädische Praxen und Kliniken bzw. Rehabilitationseinrichtun-

gen mit logopädischen Abteilungen. Dennoch wurde hier vermutet, dass es einen Unterschied zugunsten der klinischen Einrichtungen gibt. So zeigt zum Beispiel die DIAS-Studie von 2008 (Grass-Kapanke et al.), dass bei 10 % der Menschen, die ambulant betreut werden und wahrscheinlich an einer Demenz leiden, keine ärztliche Diagnose diesbezüglich vorgenommen wird. Daher ist davon auszugehen, dass in diesem Zusammenhang dann auch keine ambulante logopädische Therapie stattfindet.

Das Ergebnis bezüglich dieser Subhypothese, das erwartungsgemäß ausfiel, könnte des Weiteren damit zusammenhängen, dass im klinischen Kontext die Logopädie einen Teil der stationären Leistungen darstellt, ohne dabei auf ärztliche Verordnungen angewiesen zu sein. Im Gegensatz dazu werden für die Behandlung im Rahmen einer logopädischen Praxis ärztliche Verordnungen benötigt. Logopädie bei Demenz ist jedoch noch kein Teil der Heilmittelrichtlinien (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011), sodass in logopädischen Praxen vermutlich weniger Patienten mit einer Demenz behandelt werden als in klinischen Einrichtungen.

6.1.3.2 Subhypothese 2

Im klinischen Kontext werden andere Diagnostikmaterialien verwendet als in Praxen.

Das Ergebnis könnte darauf zurückzuführen sein, dass es generell nur sehr wenige demenzspezifische Diagnostikmaterialien gibt und diese wiederum nur wenig bekannt sind. Wie auch in Frage 9 (verwendete Diagnostikmaterialien) zu sehen ist, werden hauptsächlich Materialien aus der Aphasie-Therapie verwendet (Abb. 12). Dabei scheint es nicht relevant zu sein, in welcher Einrichtung man logopädisch tätig ist.

6.1.3.3 Subhypothese 3

LogopädInnen aus dem klinischen Kontext empfinden mehr Sicherheit in der Therapie von Patienten mit dementiellem Sprachabbau als LogopädInnen, die in Praxen tätig sind.

Sicherheit in der Therapie wurde vor allem mit Wissen und Erfahrung im Bereich Demenz begründet. Die Erfahrung wiederum könnte mit der Anzahl an Patienten zusammenhängen, die man bereits in diesem Zusammenhang behandelt hat. Hier zeigt sich, dass dies besonders im klinischen Kontext der Fall ist (Abb. 4). Das Wissen über die Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau setzt sich vermutlich unter anderem aus gelehrten Ausbildungsinhalten und Fortbildungsbesuchen zusammen. Wie Frage 6 gezeigt hat war das Thema nur bei sehr wenigen TeilnehmerInnen Ausbildungsinhalt (Tab. 3). Es könnte somit möglicherweise an der Anzahl der besuchten Fortbildungen gelegen haben, wenn die TeilnehmerInnen ein höheres Sicherheitsempfinden in der Therapie von Patienten mit dementiellem Sprachabbau angaben. Hier zeigte sich, dass vor allem im klinischen Kontext vermehrt Fortbildungen zum Thema besucht wurden (Abb. 5). Folglich scheint im klinischen Bereich mehr Erfahrung und mehr Wissen zum Thema Demenz vorhanden zu sein, sodass das größere Sicherheitsempfinden der LogopädInnen aus dem klinischen Kontext möglicherweise darauf zurückzuführen ist.

6.1.3.4 Subhypothese 4

LogopädInnen aus dem klinischen Kontext besuchen häufiger Fortbildungen zum Thema „logopädische Therapie bei dementiellem Sprachabbau“ als jene, die in Praxen arbeiten.

Das Ergebnis, welches wie erwartet ausfiel, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass LogopädInnen in klinischen Einrichtungen mehr Patienten mit dementiellem Sprachabbau behandeln (Abb. 4) und somit häufiger eine Fortbildung besuchen, da es für ihre tägliche Arbeit von größerer Bedeutung ist.

6.1.3.5 Subhypothese 5

Die Art der Fortbildungen unterscheidet sich zwischen LogopädInnen, die im klinischen Bereich tätig sind und denen, die in einer Praxis arbeiten.

Der ermittelte Unterschied in der Art der Fortbildung ist möglicherweise damit zu begründen, dass LogopädInnen aus dem klinischen Bereich andere Schwerpunkte in der Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau setzen müssen als jene, die in einer Praxis tätig sind. Die „Validation“ ist beispielsweise ein Konzept, welches sich besonders an Angehörige und Pflegepersonal richtet. Dies ist vermutlich besonders für LogopädInnen von Bedeutung, die in Praxen tätig sind, da Patienten dort häufig über Jahre hinweg begleitet werden.

6.1.4 Weitere Ergebnisse

Das Thema Demenz scheint im Alltag der Logopädie bereits eine Rolle zu spielen. Die Mehrheit der Befragten gab an, bereits Patienten mit dementiellem Sprachabbau behandelt zu haben (Tab. 7), wenn auch im logopädischen Praxen nur in geringem Ausmaß (Abb. 4). Viele TeilnehmerInnen kritisierten, dass es keine evidenzbasierten therapeutischen Ansätze und Methoden gebe. Dies ist deckungsgleich mit den Ergebnissen der Umfrage aus der Deutschschweiz. Auch hier forderten die befragten LogopädInnen Wirksamkeitsnachweise für bereits vorhandene Therapiemethoden bei dementiellem Sprachabbau (Steiner & Venetz, 2011).

Dennoch nutzen die meisten TeilnehmerInnen bereits demenzspezifisches Therapiematerial (Tab. 5). Ein Großteil der LogopädInnen scheint sich somit aufgrund der steigenden Anzahl an betroffenen Patienten über die bereits vorhandenen Therapiemöglichkeiten zu informieren und diese verstärkt neben anderen einzusetzen. Die Informationen stammen jedoch vermutlich nicht nur von der Teilnahme an relevanten Fortbildungen, denn Frage 14 hat gezeigt, dass eine deutliche Mehrheit noch nie eine Fortbildung zum Thema „logopädische Therapie bei dementiellem Sprachabbau“ besucht hat (Tab. 6). Die Befragten scheinen sich somit das Wissen über die Therapiemöglichkeiten bei dementiellem Sprachabbau auf anderem Wege angeeignet zu haben.

Das Sicherheitsempfinden bei der Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau ist laut der Befragten vom Wissen über die Thematik sowie von gesammelten Erfahrungen mit dem Patien-

tenklientel abhängig. Nur sehr wenige TeilnehmerInnen gaben an, sich „sehr sicher“ zu fühlen. Diese begründeten ihre Sicherheit meist mit dem Besuch einer Fortbildung. Die Mehrheit der Befragten gab jedoch an, sich weder „sicher“ noch „unsicher“ in der Therapie von Patienten mit dementiellem Sprachabbau zu fühlen. Das liegt vermutlich daran, dass diese zwar bereits einige Patienten mit Demenz behandelt haben und somit Erfahrung sammeln konnten, andererseits aber selten eine Fortbildung besuchten und das Thema auch kein umfangreicher Ausbildungsinhalt war.

Die Einschätzung des Erfolges in der Therapie war anscheinend besonders von externen (äußere Umstände und Patient) und internen Faktoren (innere Einstellung und Kompetenz des Therapeuten) abhängig. Großer Erfolg schien besonders dann gegeben zu sein, wenn das Ziel der Therapie ein Erhalt der Fähigkeiten des Patienten und nicht eine Verbesserung war. Die Therapeuten, die dies angegeben haben, scheinen also den progredienten Verlauf der Erkrankung akzeptiert zu haben und folglich unabhängig von externen Faktoren ihre Therapie als erfolgreich einzustufen. Diejenigen Befragten, die ihre Therapie als nicht erfolgreich eingestuft haben, begründeten dies vor allem mit externen Faktoren, wie z.B. der zu geringen Therapiefrequenz oder der Motivation des Patienten. Die Mehrheit der Befragten sah die Logopädie als zuständig an für die Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau. Zu dem gleichen Ergebnis kamen auch Steiner & Venetz in ihrer Umfrage aus dem Jahre 2011. Trotzdem kritisierten die meisten TeilnehmerInnen die zu geringe Thematisierung der Demenz in der Logopädie in Deutschland. Dies deckt sich damit, dass auch in der Literatur vor allem mehr Studien, Wirksamkeitsnachweise und weitere Informationen zum Thema Demenz in der Logopädie gefordert werden (Steiner, 2012; Abel, 2013).

6.2 Anmerkungen zur Methode und Durchführung

Es beteiligten sich insgesamt 557 LogopädInnen an der Befragung. Eine eindeutige Rücklaufquote lässt sich nicht bestimmen, da die untersuchte Stichprobe, also alle LogopädInnen, die diesen Fragebogen erhalten haben, nicht genau bekannt ist. Das liegt daran, dass der Fragebogen auch auf Facebook und der Homepage des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie veröffentlicht wurde. Somit ist nicht genau zurückzuverfolgen, wie viele LogopädInnen letztendlich den Fragebogen erhalten haben. Die Anzahl der TeilnehmerInnen war dennoch beachtlich hoch und kann somit als aussagekräftig gewertet werden. Zudem wurde die Befragung bundesweit durchgeführt, sodass LogopädInnen aus jedem Bundesland Deutschlands vertreten waren. Dies ermöglichte eine sehr breite Datenerhebung, was sowohl positiv als auch negativ zu betrachten ist: Zum einen war es aufgrund der großen Datenmenge schwierig, alle Daten adäquat zu verarbeiten, sodass möglicherweise nicht alle relevanten Aussagen und Ergebnisse heraus gearbeitet werden konnten. Zum anderen ermöglicht diese Vielfalt eine nachfolgende Nutzung der Daten über diese Bachelorarbeit hinaus.

Die Befragung beinhaltete sowohl offene als auch geschlossene Fragen. Auf diese Weise konnten quantitative und qualitative Daten erhoben werden. Die quantitativen Daten dienten dazu, die konkreten Hypothesen zu überprüfen. Diese stellten sich im Laufe der Auswertung als weniger relevant für die Problembeschreibung heraus als vorher angenommen. Stattdessen wäre es sinnvoll gewesen, eine Haupt-Hypothese aufzustellen, die sich ausschließlich auf den Stellenwert der Demenz in der Logopädie konzentriert. Eine Aussage dazu konnte jedoch letztendlich anhand der qualitativen Daten getroffen werden. So war es möglich, die konkreten Meinungen und Sichtweisen der Befragten bezüglich des Stellenwertes der Demenz in der Logopädie darzustellen.

Bezogen auf den Fragebogen ist es positiv zu bewerten, dass im Vorfeld der eigentlichen Befragung ein Probedurchlauf durchgeführt wurde, um mögliche Fehlerquellen aufzudecken. Dennoch konnten hierbei nicht alle Unklarheiten beseitigt werden. So stellte sich zum Beispiel im Nachhinein heraus, dass die Fragen 19 und 20 nicht von jedem der Befragten richtig verstanden wurden. Bei Frage 16 wurden als Reaktion auf den Probedurchlauf die Auswahlmöglichkeiten reduziert, um den Befragten die Beantwortung zu erleichtern. Für die Auswertung wäre eine feinere Abstufung der Antwortmöglichkeiten letztendlich doch sinnvoller gewesen, da somit genauere Ergebnisse bezüglich des geschätzten Therapieerfolges hätten ermittelt werden können.

Zu beachten ist darüber hinaus, dass etwa ein Viertel der TeilnehmerInnen den Fragebogen lediglich bis einschließlich Frage 7 beantwortete. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Fragebogen bei

einer Verneinung von Frage 7 automatisch beendet wurde. Des Weiteren konnten alle Fragen im Verlaufe der Beantwortung theoretisch übersprungen werden. Dies sollte dazu dienen, dass die TeilnehmerInnen Fragen, zu denen sie keine Stellung beziehen konnten oder wollten, dann auch nicht zwingend beantworten mussten. Auf diese Weise sollte ein vorzeitiger Abbruch des Fragebogens vermieden werden. Das hatte jedoch zur Folge, dass nicht alle Fragen von der gleichen Anzahl an TeilnehmerInnen beantwortet wurden.

Auch zu berücksichtigen ist die nur sehr geringe Anzahl der Befragten, die ihre grundständige Ausbildung in den Niederlanden absolviert haben. Dies ist besonders hinsichtlich der Gegenüberstellung der Länder Deutschland und Niederlande in Hypothese 2 anzumerken. Ähnlich gestaltete sich die Verteilung der Befragten auf die verschiedenen Einrichtungen, in denen sie tätig waren: Die deutliche Mehrheit gab an, ausschließlich in einer Praxis zu arbeiten, was den Vergleich mit den LogopädInnen, die in einer Klinik oder Reha tätig waren, erschwerte. Durch diese ungleichen Verteilungen wurde das Treffen einer konkreten Aussage beeinträchtigt.

6.3 Klinische Relevanz

Der Ist-Stand der Demenz in der Logopädie wurde bisher, anders als in der Deutschschweiz, noch nicht ermittelt. Dies war jedoch notwendig, um die konkreten Meinungen derer darzustellen, die in ihrer täglichen Arbeit mit Patienten mit dementiellem Sprachabbau konfrontiert sind. Auch Steiner (2012) sagte, dass eine Ermittlung des Ist-Stands und die *„Unterstützung des Theorie-Praxis-Transfers”* (S. 22) zur Weiterverfolgung der Thematik nötig sei. Anhand dieser vorliegenden Arbeit ist es möglich, die bereits bekannten Lücken in der Thematisierung der Demenz in der Logopädie genauer zu definieren und möglicherweise zu schließen. Dazu gehört zum Beispiel die Forderung nach evidenzbasiertem Therapiematerial. Außerdem konnte mit der Befragung festgestellt werden, dass das Thema Demenz in der Logopädie bereits angekommen ist, was sich zum Beispiel an der hohen Anzahl derer zeigte, die angaben bereits Patienten mit dementiellem Sprachabbau behandelt zu haben. Diese Arbeit ist vor allem berufspolitisch zu betrachten, da konkret aufgezeigt wurde, wo dringender Handlungsbedarf seitens der Logopädie besteht. Auf dieser Grundlage können konkrete Schritte zur stärkeren Integration der Thematik in das Berufsfeld der LogopädInnen eingeleitet werden.

6.4 Ausblick

Hinsichtlich der weiteren Bearbeitung der Thematik in Zukunft lässt sich feststellen, dass die Logopädie die eigene Zuständigkeit für Patienten mit dementiellem Sprachabbau bekannt machen muss. Ganz konkret wurde dies anhand der Antworten der Befragten in Frage 19 deutlich. Die LogopädInnen plädierten vor allem für mehr Öffentlichkeitsarbeit und interdisziplinären Austausch mit Ärzten und anderen Zuständigkeitsbereichen:

> *“Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung besonders der Ärzte um eine größere Akzeptanz gegenüber der logopädischen Arbeit bei Demenz zu erreichen.”*
> (Zitat einer Teilnehmerin/eines Teilnehmers)

Des Weiteren forderten die Befragten mehr relevante Fortbildungen und eine Integration der Thematik in die Ausbildungsordnung:

> *“Außerdem ist das Fortbildungsangebot sowie die Aufklärung und Einarbeitung zum Thema Demenz in der schulischen Ausbildung eher dürftig.”*
> (Zitat einer Teilnehmerin/eines Teilnehmers)

Es lässt sich somit festhalten, dass die Einbettung der Thematik in die Logopädie insgesamt stärker vorangetrieben werden sollte. Dazu zählen die Aufnahme in die Ausbildungsordnung, mehr Fortbildungsangebote, verstärkte Forschung bezüglich der Wirksamkeit von Therapiemethoden, Aufnahme in den Heilmittelkatalog und Erarbeitung einer Leitlinie der Logopädie bei dementiellem Sprachabbau.

6.5 Fazit

Das Ziel der Befragung war es, den Stellenwert der Demenz für die Logopädie in Deutschland zu ermitteln. Durch die Betrachtung der Ergebnisse im Hinblick auf die Hypothesen zeigte sich, dass das Thema Demenz im Berufsalltag praktizierender LogopädInnen durchaus eine Rolle spielt, aber noch relativ wenig fundiertes Hintergrundwissen und daraus resultierend wenig Sicherheit in der Therapie von Patienten mit dementiellem Sprachabbau existiert. Die vielfachen Forderungen nach einer stärkeren Integration der Demenz in der Logopädie drängen sowohl in der Theorie als auch in der Praxis auf eine vertiefende Auseinandersetzung mit der Thematik. „Ich weiß, dass ich nichts weiß”- ein Zustand mit dem Patienten mit einer Demenz konfrontiert sind. Wenn jetzt verstärkt gehandelt wird, muss dies nicht mehr länger auch für die Logopädie bei Demenz gelten.

7. Literaturverzeichnis

Abel, S. (2013). Störungsspezifische Sprachtherapie für Personen mit Aphasie bei Demenz. *Forum Logopädie*, 5 (27), S. 28-33.

Adler, G. (2011). *Nicht-medikamentöse Hilfen für Menschen mit Demenz* (Bd. 1). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPrO). (1. Oktober 1980).
Abrufbar unter URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/logapro/gesamt.pdf
[letzter Zugriff: 13.08.2013].

Baretter, A., & Gaio, F. (2009). Test kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten (VABIA). Bedürfnisse alter Menschen einschätzen und bewerten. München: Elsevier GmbH.

Berg, A., Sadowski, K., Beyrodt, M., Hanns, S., Zimmermann, M., Langer, G., et al. (2010). Snoezelen, structured reminiscence therapy and 10-minutes activation in long term care residents with dementia (WISDE): study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 10 (5), S. 1-7.

Birks, J., McGuinness, B. & Craig, D. (2013). Rivastigmine for vascular cognitive impairment (Review). *The Cochrane Collaboration* (5), S. 1-54.

Bisch, S., Hartmann, C., & Brauer, T. (2008). Fallbeispiel: Therapieverlauf bei einem Patienten mit Primär Progressiver Aphasie. *Forum Logopädie*, 6 (22), S. 28-31.

Böhme, G. (2008). *Förderung der kommunikativen Fähigkeiten bei Demenz*. Bern: Verlag Hans Huber.

Breckow, J. (1995). Sprachtherapie mit alten Menschen. Hamburg: Kovak.

Bryan, K., & Maxim, J. (2002). To stimulate a debate on speech and language therapy (SLT) services for people with dementia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 37 (2), S.215 - 222.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013). Anzahl der Demenzerkrankten in Deutschland. *Gesellschaft und Demenz,* abrufbar unter URL: http://www.wegweiser-demenz.de/gesellschaft-und-demenz.html [letzter Zugriff: 19.08.2013].

Butler, R. N. (1958). Erinnerungstherapie (Reminiszenztherapie).

Carballo-García, V., Arroyo-Arroyo, M. R., Portero-Díaz, M., & Ruiz-Sánchez de León, J. M. (2013). Effects of non-pharmacological therapy on normal ageing and on cognitive decline: Reflections on treatment objectives. *Neurología*, 28 (3), S. 160-168.

Dellas, C. (2011). *Last Minute Pharmakologie*. München: Urban & Fischer Verlag.
Diepgen, T.L. (2003). Aktuelle Bevölkerungsentwicklung in Deutschland. *Der Hautarzt*, Jg. 54, Nr. 9, S. 804-808.

Douglas, S., James, I., & Ballard, C. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, S. 171-179.

Feil, N., & de Klerk-Rubin, V. (2010). *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen* (Bd. 9). München/Basel: Ernst Reinhardt.

Folstein, M., Folstein, S., & McMugh, P. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* (12), S. 189-198.

Gates, N. J., Sachdev, P. S., Fiatarone Singh, M. A., & Valenzuela, M. (2011). Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A Systematic Review. *BMC Geriatrics*, 11 (55), S. 1-14.

Gemeinsamer Bundesausschuss;. (Januar 2011). Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Abrufbar unter URL: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-532/HeilM-RL_2011-05-19_bf.pdf [letzter Zugriff: 07.12.2013].

Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., & Hauck, W. W. (2007). A non-pharmacological intervention to manage behavioral and psychological symptoms of dementia and reduce caregiver distress: Design and methods of project ACT. *Clinical Interventions in Ageing*, 2 (4), S. 695-703.

Glaser, S. (1. Januar 2011). Prüfungsordnung für den Master-Studiengang Lehr- und Forschungslogopädie der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen. Aachen.

Glindemann, R., Klintwort, D., Ziegler, W., & Goldenberg, G. (2002). Bogenhausener Semantik-Untersuchung (BOSU). München: Urban & Fischer Verlag.

Gosch-Callsen, S., & Pfeil, S. M. (2010). Aphasie oder Demenz?. *Forum Logopädie*, 6 (24), S. 6-13.

Graessel, E., Stemmer, R., Eichenseer, B., Pickel, S., Donath, C., Kornhuber, J., et al. (2011). Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-month randomized, controlled trial. *BMC Medicine*, 9 (129), S. 1-11.

Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H., & Olde Rikkert, M. G. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ*, S. 1-6.

Grass-Kapanke, B., Kunczik, T., & Gutzmann, H. (2008). Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor-DIAS. *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. DGPP* . Berlin.

Gress-Heister, M. (2003). Frühdiagnostik demenzieller Erkrankungen. Basis für rechtzeitige spezifische Interventions-Therapie. In: Füsgen, I. (Hrsg.), *Sprech- und Sprachstörungen* –

Problemfeld in der Demenztherapie, S. 19-28. 9. Workshop des Zukunftsforums Demenz. Wiesbaden: Medical Tribune.

Grötzbach, H., & Bühler, S. (2008). Einen Halt geben: Gruppentherapie für Patienten mit einer Demenz. *Forum Logopädie*, 6 (22), S. 22-27.

Gutzmann, H. (2008). Sprache und Demenzerkrankungen. *Forum Logopädie*, 6 (22), S. 6-13.

Haberstroh, J., Neumeyer, K., & Pantel, J. (2009). Kommunikations-TAnDem. *Forum Logopädie*, 5 (23), S. 12-17.

Haberstroh, J., Neumeyer, K., Schmitz, B., Perels, F. & Pantel, J. (2006). Kommunikations-TAnDem : Trainings für pflegende Angehörige von Demenzpatienten. In M. Teising, L. Drach, H. Haupt, R. Kortus, D. Wolter : *Alt und psychisch krank. Gerontopsychiatrie und -psychotherapie zwischen Ethik und Ressourcen.* (S. 328-334). Stuttgart: Kohlhammer.

Haberstroh, J., Neumeyer, K., & Pantel, J. (2009). Kommunikations-TAnDem. *Forum Logopädie, 5* (23), S. 12-17.

Haberstroh, J., Neumeyer, K., Krause, K., Franzmann, J. & Pantel, J. (2011). TANDEM: Communication training for informal caregivers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 15 (3), S. 405-413.

Hanford, N., & Figueiro, M. (2013). Light Therapy and Alzheimer’s Disease and Related Dementia: Past, Present, and Future. *Journal of Alzheimer's disease*, 33 (4), S. 913-922.

Hansen, N. V., Jørgensen, T., & Ørtenblad, L. (2008). Massage and touch for dementia (Review). *The Cochrane Collaboration* (4), S. 1-18.

Heidler, D. (2006). Aufmerksamkeits- und Gedächtnisdiagnostik (AGD).

Heidler, M.-D. (2007). „Kognitive Dysphasien“ – Klassifikation, Diagnostik und Therapie nichtaphasischer zentraler Sprachstörungen. *Forum Logopädie*, 1 (21), S. 20-27.

Heidler, M.-D. (2011). Einteilung, Diagnostik und Therapie von Demenzen und demenziell bedingten Sprachstörungen. *Sprache-Stimme-Gehör*, 35, S. 111-119.

Huber, W., Poeck, K., Weniger, D., & Willmes, K. (1983). Aachener Aphasie Test. Göttingen: Hogrefe.

Hütz, D., Costa, A., Willmes, K., & Abel, S. (2012). Störungsspezifische Sprachtherapie bei Alzheimer-Demenz. *Neurogeriatrie , 9* (3), S. 112-118.

Jokel, E., Rochon, E. & N. D. Anderson (2010). Errorless learning of computer-generated words in a patient with semantic dementia. *Psychology Press,* 20 (1), S. 16-41.

Kalbe, E., Reinhold, N., Ender, U., & Kessler, J. (2002). Aphasie-Check-List (ACL). Köln: Prolog.

Kessler, J., Calabrese, P., Kalbe, E. & Berger, F. (2000). DemTect. Ein neues Screening-Verfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik. *Psycho* (6), ". 343-347.

Kistler, E. & Hilpert, M. (2001). Auswirkungen des demographischen Wandels auf Arbeit und Arbeitslosigkeit. *Politik und Zeitgeschichte* (Bd. 3-4).

Kljajević, V. (2011). Enhancing language function in Alzheimer's dementia. *Current Topics in Neurology, Psychiatry and Related Disciplines* , S. 48-51.

Köpf, G. (2001). ASTRAIN: Das Alzheimer Sprach-Training. Oberhausen: Laufen.

Lobo, A., Launer L.J., Fratiglioni, L. (2000). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A study of population-based cohorts. *Neurology,* 54, S. 4-9.

Löwel, H. & Meisinger, C. (2006). Epidemiologie und demographische Entwicklung am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen in Deutschland. *Medizinische Klinik,* 101 (10), S. 804-811.
Mattle, H. & Mumenthaler, M. (2011). *Kurzlehrbuch Neurologie*. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme.

McShane, R., Areosa Sastre, A. & Minakaran, N. (2009). Memantine for dementia (Review). *The Cochrane Collabaration* 1, S. 1-80.

Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (2009). *Psychiatrie und Psychotherapie*. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme.

National Institute on Ageing. (1986). Consortium to Establish A Registry for Alzheimer's Disease (CERAD).

O'Neil, M. E., Freeman, M., Christensen, V., Telerant, R., Addleman, A., & Kansagara, D. (2011). A Systematic Evidence Review of Non-pharmacological Interventions for Behavioral Symptoms of Dementia. *Health Services Research & Development Service*, S. 1-69.

Orrell, M., Yates, L. A., Burns, A., Russell, I., Woods, R. T., Hoare, Z., et al. (2012). Individual Cognitive Stimulation Therapy for dementia (iCST): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials Journal*, 13 (172), S. 1-8.

Prolog Wissen OHG. (2013). Abrufbar unter URL: http://prolog-therapie.de/xtcwissen/Neurogene-Stoerungen-und-Rehabilitation/Aphasie/Funktionsstoerungen-der-Sprache/Demenzen-und-Aphasien-Abgrenzung-und-Gemeinsamkeiten-in-Theorie-und-Praxis [Letzter Zugriff am 18.08.2013]

Platon, *Apologie* 21a–22a, Übersetzung von Friedrich Schleiermacher, bearb. von Heinz Hofmann (2005). 5. Aufl. Darmstadt: WBG.

Prolog Wissen OHG. (2013). Abrufbar unter URL: http://prolog-therapie.de/xtcwissen/Neurogene-Stoerungen-und-Rehabilitation/Geriatrie/Degenerative-Erkrankungen/Sprach-und-Schluckstoerungen-bei-Demenzen [Letzter Zugriff am 18.08.2013]

Reddemann-Tschaikner, M. & Weigl, I. (2002). HOT-ein handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen (2 Ausg.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Riedel-Heller, S. G., & König, H. H. (2011). Häufigkeit und Kosten von kognitiven Störungen in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 38, S. 317-319.

Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2002). Gesundheit und Alter, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 10. Robert Koch-Institut, Berlin.

Rolinski, M., Fox, C., Maidment, I. & McShane, R. (2012). Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies, Parkinson’s disease dementia and cognitive impairment in Parkinson’s disease (Review). *The Cochrane Collabaration*, 3, S. 1-49.

Romero, B., & Eder, G. (1992). Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET). Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimerkranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie , 5*, S. 267-282.

Schindelmeiser, J. (2012). *Neurologie für Sprachtherapeuten*. 2. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag.

Schultze-Jena, A., & Becker, R. (2005). Anhaltspunkte für eine Demenz in der Aphasiediagnostik – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Forum Logopädie*, 5 (19), S. 14-20.

Siedenberg, R. (2011). Demenz. In J. Siegmüller, & H. Bartels, Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken (Bd. 3, S. 283-286). München: Urban & Fischer.

Spector, A., Orrell, M. & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, S. 1253–1258.

SRO-Logopedie. (November 2011). National Diploma Supplement National Transcript Speech & Language Pathology.

Statistisches Bundesamt (2013). Bevölkerung. *Bevölkerungsstand*, abrufbar unter URL: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html [letzter Zugriff: 13.08.2013].

Steiner, J. (2008). KODOP. HfH Zürich.

Steiner, J. (2008). Fördert Sprache und Kommunikation als Schlüsselfaktoren der Aktivität bei Menschen mit Alzheimerschen Erkrankung! In H. P. Färber, T. Seyfahrt, A. Blunck, & E. Vahl-Seyfahrt, *Lernen-Erinnern-Vergessen: Erwerb und Verlust kognitiver Fähigkeiten* (Bd. 1), S. 229-244). Norderstedt: Books on Demand.

Steiner, J. (2008). Sprachabbau bei beginnender Demenz: Bausteine für eine heilpädagogisch-logopädische Diagnostik. *Forum Logopädie*, 6 (22), S. 14-21.

Steiner, J. (2008/2010). Zürcher Demenz Diagnostik. HfH Zürich.

Steiner, J. (2010). Sprachtherapie bei Demenz (Bd. 5). (P. D. Grohnfeldt, Hrsg.) München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag.

Steiner, J., & Venetz, M. (2011). Sprachabbau bei Demenz - Ein Thema für die Sprachtherapie? *Forum Logopädie*, 6 (25), S. 26-31.

Steiner, J. (2012). Demenz: Logopädie, Beratung und Selbstorganisation. *Forum Logopädie*, 6 (26), S. 18-22.

Steiner, J., & Haag, F. (2012). Demenzerkrankungen: Auftrag an die Logopädie. *Sprache-Stimme-Gehör*, 36, S. 60-64.

Stickdorn, M. (2003). *Bevölkerungsentwicklung in Deutschland*. GRIN Verlag.

Taulbee, L. R., & Folsom, J. C. (1966). Realitätsorientierungstraining.

Thurmaier, F., Engl, J. & Hahlweg, K. (1995). Ehevorbereitung - Ein Partnerschaftliches Lernprogramm (EPL). Handbuch für ausgebildete Kursleiter. München: Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie.

Vink, A. C., Bruinsma, M. S., & Scholten, R. J. (2011). Music therapy for people with dementia (Review). *The Cochrane Collaboration*, 3, S. 1-48.

Vollmar, H. C., Mand, P., & Butzlaff, M. E. (2008). DEGAM-Leitlinie Nr.12: Demenz. Düsseldorf: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).

Weyerer, S. (2005). *Altersdemenz*, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 28. Berlin: Robert Koch-Institut.

Woltering, K. (2002). *Bevölkerungsentwicklung in Deutschland*. GRIN Verlag.

World Health Organization 2013 (ICD-10) ICD-10 F-00 bis F-03 abrufbar unter URL: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/ [letzter Zugriff am 22.08.2013]

Zentrum für Gerontologie ZfG - Universität Zürich. (2009). DEA-Training: Emotionen bei Menschen mit Demenz. Zürich.

8. Anhang

8.1 Anschreiben für den Probedurchlauf

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

wir studieren derzeit im letzten Fachsemester Logopädie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL). Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir eine Befragung von Logopädinnen in Deutschland über die **Rolle der Logopädie bei dementiellem Sprachabbau** durch. Die Arbeit wird betreut von Nicole Tholen (Zuyd Hogeschool) und Prof. Jürgen Steiner (HfH Zürich).

Die Befragung richtet sich an Logopädinnen, die in Deutschland tätig sind und soll dazu dienen, den aktuellen Ist-Zustand der Logopädie bei dementiellem Sprachabbau in Deutschland zu ermitteln. Demenz- ein Thema, das aufgrund der aktuellen Bevölkerungsentwicklung einen hohen Stellenwert einnimmt. Umso wichtiger finden wir es, dass auch die Bedeutung der Logopädie insbesondere im Zusammenhang mit dementiellem Sprachabbau ermittelt wird.

Bevor mit der Befragung begonnen wird, möchten wir in einem Probedurchlauf erfahren, wie der Fragebogen von der Zielgruppe angenommen wird.

Daher richten wir uns mit unserem Anliegen an Euch:

Wir freuen uns, wenn Ihr den Fragebogen probehalber durchführen würdet und uns bis zum **09. September 2013**, 24 Uhr Feedback im Hinblick auf folgende Gesichtspunkte mitteilt:

- Wie lange habt Ihr für die Beantwortung der Fragen gebraucht?

- Sind die Fragen klar, deutlich und verständlich formuliert? Inwieweit könnte man noch präziser nachfragen?

- Welchen Aufwand hatte die Beantwortung des Fragebogens für Euch?

- Welche sonstigen konkreten Verbesserungsvorschläge habt Ihr für uns?

Wichtig ist, dass alle Fragen beantwortet werden- wenn nötig, auch fiktiv! Bitte seid so nett und

beantwortet auch Frage 7 in jedem Fall mit Ja, da sonst der Fragebogen beendet ist.

Am Ende des Fragebogens habt Ihr die Möglichkeit uns Euer Feedback nach o.g. Gesichtspunkten mitzuteilen.

Wir danken Euch herzlich für Ihre Unterstützung! Nach der Durchführung und Auswertung werden wir Euch gerne per E-Mail über die Ergebnisse der Befragung informieren.

Hier der Link zum Fragebogen:

https://docs.google.com/forms/d/11ZlRpWpDKXWsvq4a6pg8wbLaJrpShdKU-Mrpuvlc-3A/viewform

Liebe Grüße,

Svenja Langner, Jennifer Petry und Maren Polzin

8.2 Anschreiben für die Befragung

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

wir studieren derzeit im letzten Fachsemester Logopädie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL). Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir eine Befragung von LogopädInnen in Deutschland über die Rolle der Demenz in der Logopädie durch. Die Arbeit wird betreut von Nicole Tholen (Zuyd Hogeschool) und Prof. Jürgen Steiner (HfH Zürich).

Die Befragung richtet sich an LogopädInnen, die in Deutschland tätig sind und soll dazu dienen, den aktuellen Ist-Zustand der Logopädie bei dementiellem Sprachabbau in Deutschland zu ermitteln. Demenz- ein Thema, das aufgrund der aktuellen Bevölkerungsentwicklung einen hohen Stellenwert einnimmt. Umso wichtiger finden wir es, dass auch die Bedeutung der Logopädie insbesondere im Zusammenhang mit dementiellem Sprachabbau ermittelt wird.

Wir möchten Sie herzlich dazu einladen, bis zum 1. Oktober 2013 an der Befragung teilzunehmen. Auch wenn Sie bisher keine Erfahrung mit dementiellem Sprachabbau gemacht haben, leistet Ihre Teilnahme an der Befragung einen wichtigen Beitrag zum Ergebnis der Studie. Animieren Sie gerne auch Ihre KollegInnen zur Teilnahme am Fragebogen.

Die Bearbeitungszeit des Fragebogens beträgt etwa 20 Minuten. Jede Ihrer Angaben wird vollständig anonym behandelt. Nach der Auswertung werden Sie per E-Mail über die Ergebnisse der Befragung informiert.

Bitte wenden Sie sich bei Fragen jederzeit an uns unter folgender E-Mail-Adresse:

fragebogen.demenz@gmail.com

Wir danken Ihnen ganz herzlich im Voraus für Ihre Teilnahme an der Befragung, mit der Sie uns dabei unterstützen, die Auseinandersetzung mit einem höchst aktuellen Thema voranzutreiben.
Hier geht es zum Fragebogen:

http://goo.gl/ecnQEl

Wichtig: Sollte ein Fehler beim Öffnen des Links auftreten, bitte kopieren Sie die angebende Adresse in die Adressleiste Ihres Browsers und versuchen es dann erneut.

Mit freundlichen Grüßen

Svenja Langner, Jennifer Petry und Maren Polzin
Zuyd Hogeschool, Heerlen

8.3 Fragebogen

Liebe TeilnehmerIn, vielen Dank, dass Sie unsere Bachelorarbeit mit der Beantwortung des Fragebogens unterstützen.
Der Fragebogen dauert insgesamt etwa 20 Minuten. Ihre Angaben werden anonym behandelt. Wenn Sie beginnen möchten, klicken Sie bitte auf "Weiter".

Frage 1 von 19
Welchen höchsten Abschluss haben Sie?
Markieren Sie nur ein Oval.

- o Fachschule (staatliche Anerkennung)
- o Bachelor
- o Master
- o Diplom
- o Promotion

Frage 2 von 19
Wo haben Sie Ihre grundständige Ausbildung / Ihr grundständiges Studium absolviert?
Markieren Sie nur ein Oval.

- o Deutschland
- o Niederlande
- o Schweiz
- o Österreich

anderes Land:

Frage 3 von 19
Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als LogopädIn?
Markieren Sie nur ein Oval.

- o weniger als ein Jahr
- o 1-3 Jahre
- o 4-6 Jahre
- o 7-9 Jahre
- o 10-14 Jahre
- o 15 Jahre oder mehr

Frage 4 von 19
In welcher Einrichtung sind Sie hauptsächlich als LogopädIn tätig? (mehrere Antworten möglich)

Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- Krankenhaus/Klinik
- Praxis
- Rehabilitationseinrichtung

Sonstiges:

Frage 5 von 19
In welchem Bundesland sind Sie als Logopädin tätig?

Frage 6 von 19
War die logopädische Therapie bei dementiellem Sprachabbau Inhalt Ihrer Ausbildung?
Markieren Sie nur ein Oval.

- Ja
- Nein

Wenn ja, in welchem Umfang?

Frage 7 von 19
Haben Sie bereits Patienten mit dementiellem Sprachabbau behandelt?
Markieren Sie nur ein Oval.

- Ja Weiter mit Frage 11
- Nein Weiter mit "Der Fragebogen ist nun beendet. Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!"

Frage 8 von 19
Wie viele Patienten mit einer Demenz haben Sie im Jahr 2012 logopädisch behandelt?
Markieren Sie nur ein Oval.

- 0-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- mehr als 20

Frage 9 von 19
Welches Diagnostikmaterial verwenden Sie bei Patienten mit dementiellem Sprachabbau?
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- Z-DD
- VABIA
- Token Test (AAT)
- ACL
- Sonstiges

Markieren Sie nur ein Oval.

- keines

Frage 10 von 19
Welche sonstigen Diagnostikmaterialien verwenden Sie bei Patienten mit dementiellem Sprachabbau und warum?

Frage 11 von 19
Welche der folgenden logopädischen Verfahren sind Ihnen im Zusammenhang mit dementiellem Sprachabbau bekannt? (mehrere Antworten möglich)
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- KODOP
- HOT
- PACE
- ASTRAIN
- Tandem
- MODAK
- NAT
- ISBA
- Erinnerungsalben
- Validation
- Sonstige

Markieren Sie nur ein Oval.

- Keine

Frage 12 von 19
Welche der genannten logopädischen Verfahren nutzen Sie im Zusammenhang mit dementiellem Sprachabbau? (mehrere Antworten möglich)
Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- KODOP
- HOT
- PACE
- ASTRAIN
- Tandem
- MODAK
- NAT
- ISBA
- Erinnerungsalben
- Validation
- Sonstige

Markieren Sie nur ein Oval.

- keine

Frage 13 von 19
Welche sonstigen logopädischen Verfahren nutzen Sie im Zusammenhang mit dementiellem Sprachabbau und warum?

Frage 14 von 19
Haben Sie bereits eine oder mehrere Fortbildungen zum Thema „Logopädische Therapie bei dementiellem Sprachabbau“ besucht?
Markieren Sie nur ein Oval.

- Ja
- Nein

Frage 15 von 19
Welche Fortbildungen haben Sie besucht?
Was haben Sie für die Behandlung von Menschen mit dementiellem Sprachabbau gelernt?
Was ist noch offen geblieben?

Frage 16 von 19
Wie würden Sie den Erfolg Ihrer logopädischen Therapie für Patienten mit dementiellem Sprachabbau bewerten, vor dem Hintergrund, dass es sich um eine chronisch-progrediente Problematik handelt?
Markieren Sie nur ein Oval.

- kein Erfolg
- mittelmäßiger Erfolg
- großer Erfolg

Bitte begründen Sie Ihre Auswahl.

Frage 17 von 19
Wie sehr stimmen Sie der Aussage zu: "In der logopädischen Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau fühle ich mich sicher."?
Markieren Sie nur ein Oval.

- keine Zustimmung
- eher keine Zustimmung
- neutral
- eher starke Zustimmung
- starke Zustimmung

Bitte begründen Sie Ihre Auswahl.

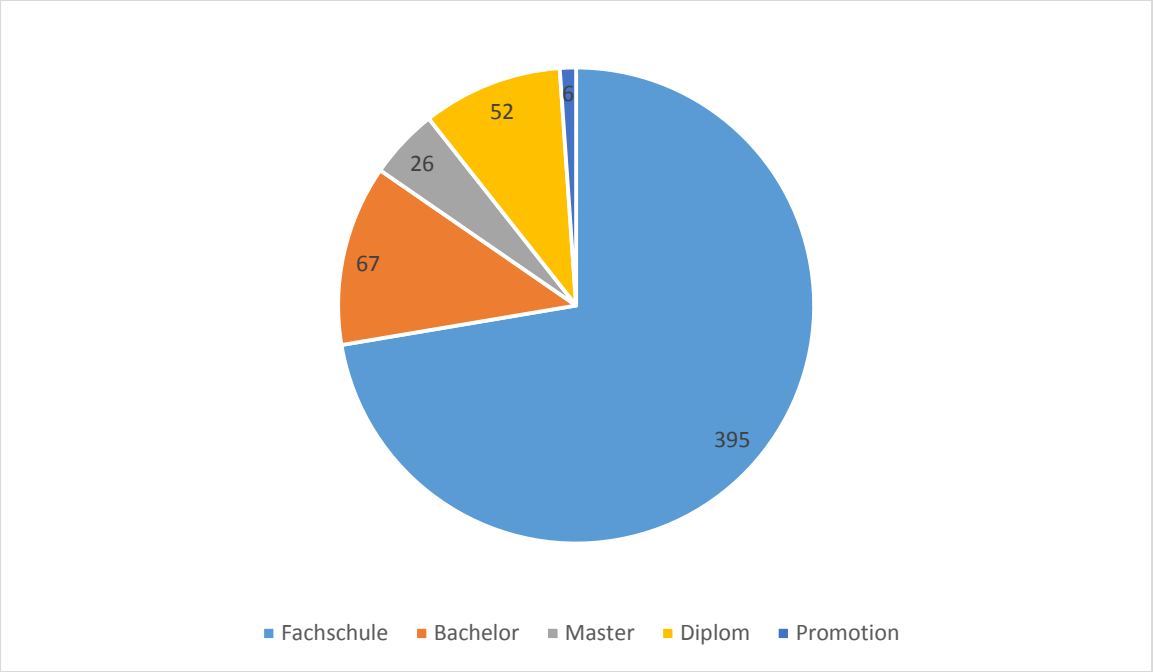
Frage 18 von 19
Inwieweit sehen Sie das Thema Demenz in der Logopädie verankert?

Frage 19 von 19
Was können in der Logopädie tätige Personen tun, um das Thema Sprache und Demenz weiter zu bearbeiten?

Der Fragebogen ist nun beendet. Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

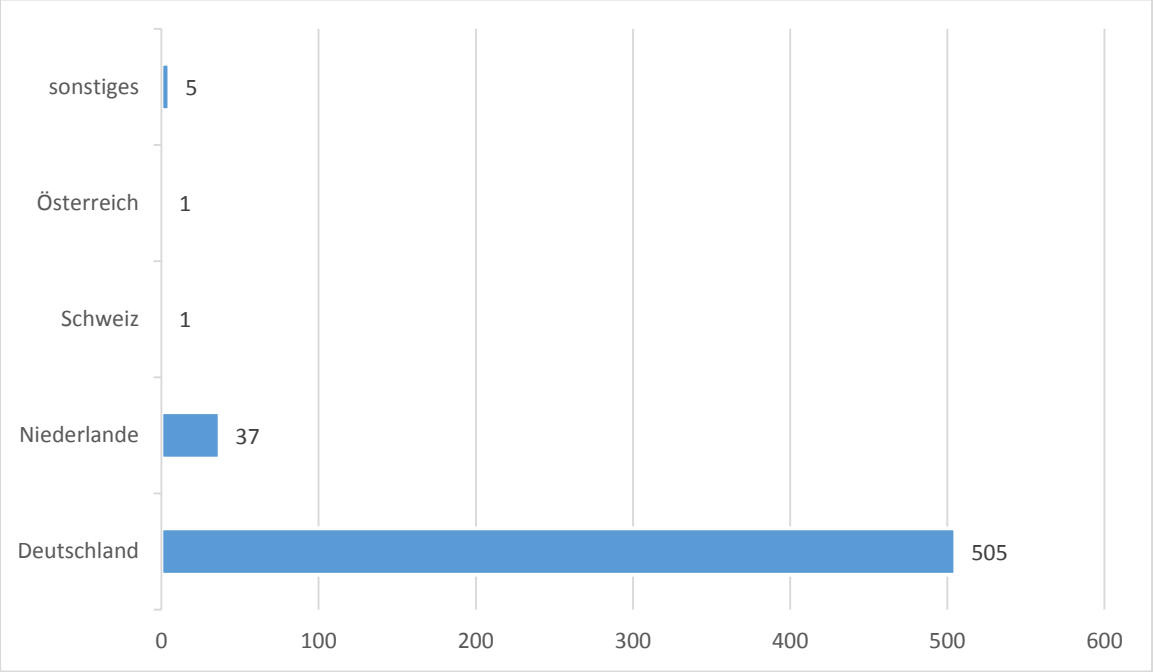
8.4 Quantitative und qualitative Antworten

Frage 1: Welchen höchsten Abschluss haben Sie?



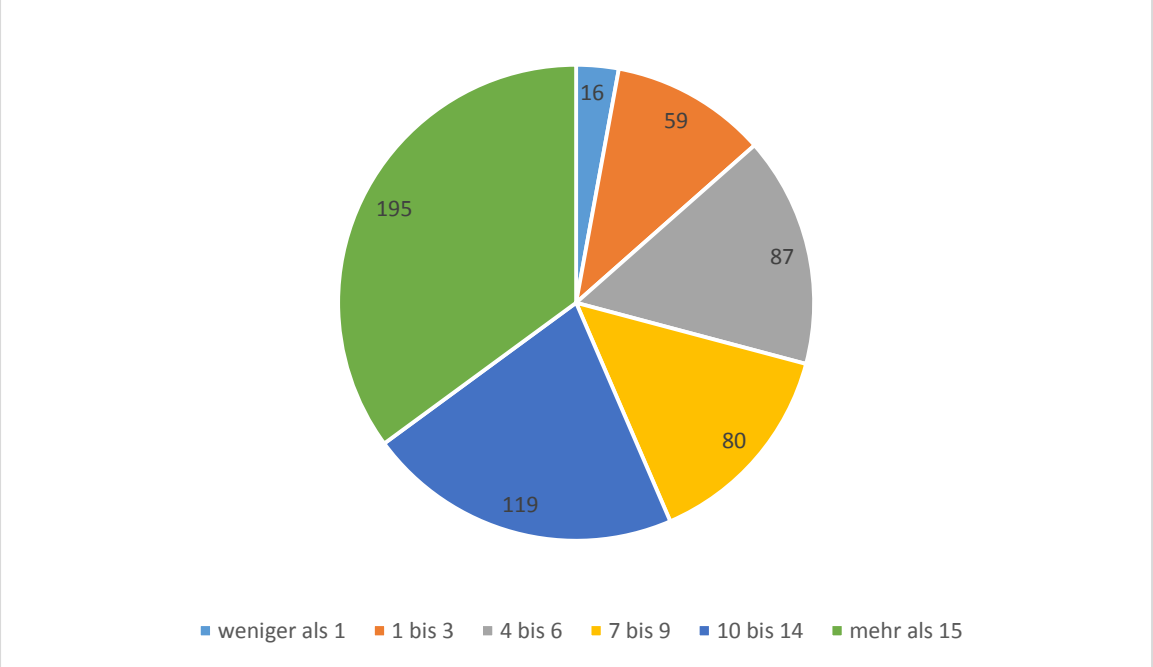
Anhang - Abb. 1: Höhe des Ausbildungsgrades (absolute Zahlen)

Frage 2: Wo haben Sie Ihre grundständige Ausbildung / Ihr grundständiges Studium absolviert?



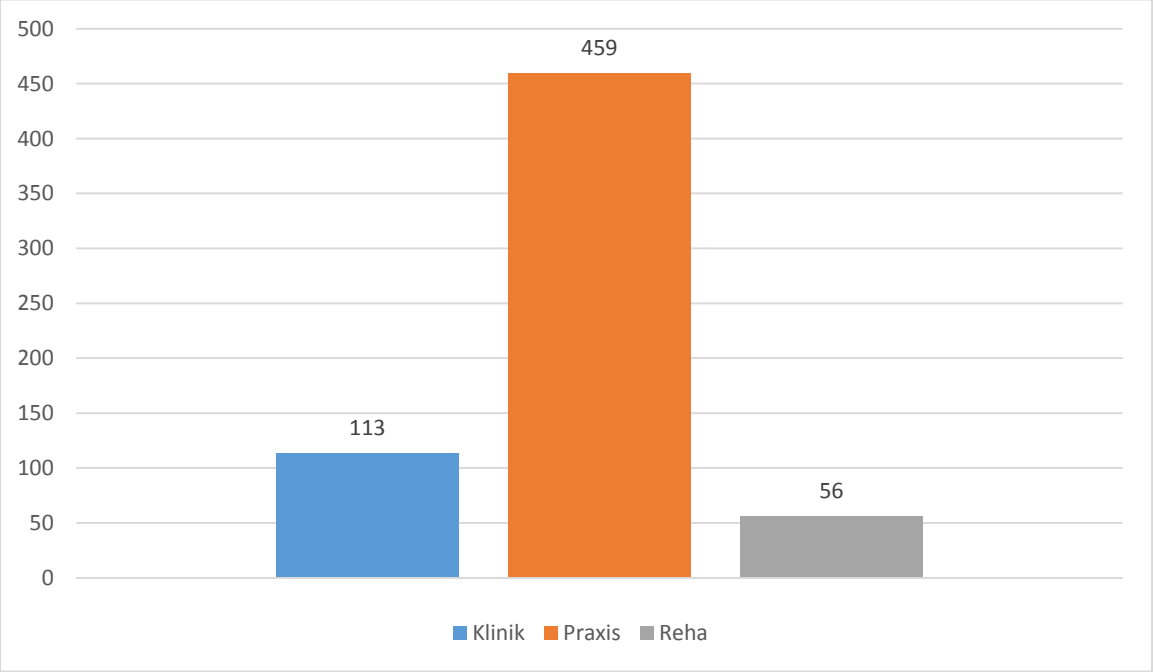
Anhang - Abb. 2: Ausbildungsort nach Ländern (absolute Zahlen)

Frage 3: Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als Logopädin?



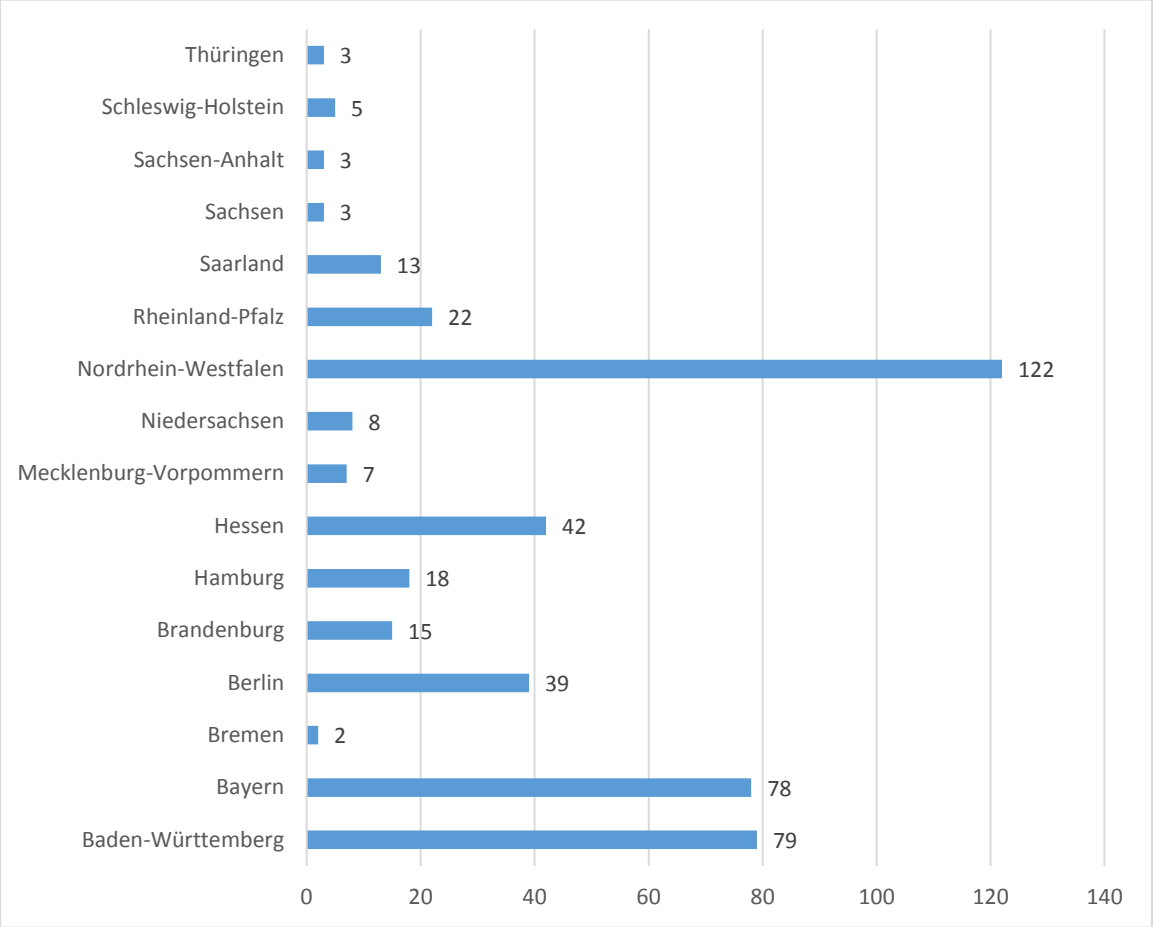
Anhang – Abb. 3: Berufserfahrung in Jahren (absolute Zahlen)

Frage 4: In welcher Einrichtung sind Sie hauptsächlich als Logopädin tätig?



Anhang - Abb. 4: Art der Einrichtung mit Doppelantworten (absolute Zahlen)

Frage 5: In welchem Bundesland sind Sie als Logopädin tätig?



Anhang - Abb. 5: Verteilung der Teilnehmer auf die Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland (absolute Zahlen)

Frage 6: War die logopädische Therapie bei dementiellem Sprachabbau Inhalt Ihrer Ausbildung? Wenn ja, in welchem Umfang?

Ja	Nein
96 (17,33 %)	458 (82,67 %)

Anhang - Tab. 1: Thema Demenz als Ausbildungsinhalt (absolute Zahlen und in Prozent)

Ausbildungsinhalt Demenz Umfang
In einem geringen Umfang, eher nebensächlich
nur theoretisch. Keine Behandlungsansätze
ja, aber zu wenig
Aphasiologie
In sehr geringem Umfang
Im Rahmen des Aphasieunterrichts: Kognitive Dysphasien. Maximal 5 Unterrichtsstunden.
Umfang einer 2stündigen Lehrveranstaltung über ein Semester
geringer Umfang
wenig
Definition, Symptome, Behandlung
nur sehr wenig
ein Seminar
Wurde relativ kurz behandelt, vielleicht 2 Unterrichtseinheiten
weiß ich nicht mehr ganz genau, ich würde sagen ca 20 UE
zu wenig
mache gerade eine Zusatzqualifikation bei Prolog
Angeschnitten wurde das Thema in der Schule in den Unterrrichtseinheiten für Aphasie und Dysarthrie. Vertieft während meines Ausbildungspraktikum in einer Tagesklinik für Geriatrie.

gering
gering
geringer Umfang
Ein 14 tägiges, freiwilliges Praktikum in eiem Akutkrankenhaus. Hier hatte ich die Möglichkeit Unterschiede zwischen Aphasien und Demenz zu erarbeiten, zu erkennen und zu therapieren.
So genau weiß ich das nicht mehr. Es war im Zusammenhang mit dem Thema Geriatrie, aber wieviele Stunden es waren, weiß ich nicht mehr. Ich vermute 1 Tag.
Ca. 100 UE
Es gab zwei Wahlpflichtschwerpunkte: Erwachsene und Kinder. Im Wahlbereich "Erwachsene" wurde ebenfalls Logopädie bei dementiellen Erkrankungen behandelt, wovon ich allerdings nichts mitbekommen habe, da ich den Schwerpunkt "Kinder" gewählt hatte.
Nur kurz angeschnitten.
- Anteil des Aphasie-Unterrichtes - Vorträge
Kompaktseminar Wahl ca. 12 Stunden
Nur oberflächlich angesprochen
Innerhalb weniger Wochen wurde dies nur ein paarmal besprochen
Im Rahmen der Aphasie Ausbildung behandelt
Gering
nur sehr begrenzt
gering
Großer Umfang;

Thema meiner Magisterarbeit mit empirischem Teil (Untersuchung der pragmatischen Kompetenzen bei der Demenz vom Alzheimer Typ)
gering im Verhältnis zu anderen neurologischen Sprachstörungen
Mittelmäßig
- 1 Semester 1 Seminar zum Thema "primär progrediente Aphasien"
sehr gering
Selbstständig erarbeitetes Referat im Rahmen des Aphasieunterrichts
Reine Grundlagen, nicht ausführlich genug um eine Sicherheit in diesem Themengebiet zu haben
Eher am Rande, im Zusammenhang mit Aphasie
Zu wenig
Entsprechend dem Ausbildungskatalog
in sehr geringem Umfang
Sehr gering
Ich glaube nicht. Wenn dann nur erwähnt
nicht viel. in den fächern neurologie und neuropsychiatrie. und in der logopädie nur angerissen
in sehr geringem Umfang
Studienschwerpunkt Gerontologopädie
2 Seminare à 12-14 Semesterwochenstunden
ganz ganz oberflächlich eher die Krankheit Demenz denn die logopädische Behandlung
Sehr kurz angesprochen im Fach Neurologie

aber kaum Behandlungsmöglichkeiten
Gering
Das Thema "Demenz" wurde im Fach Klinische Psychologie mit ca. 2-3 Unterrichtsstunden (120 min) behandelt.
Sehr gering
Kleine Einblicke in kognitive Aphasien, kein Schwerpunkt
Zumindest kann ich mich nicht daran erinnern.
gering
Das Thema war eingebunden in den Aphasieunterricht und umfasst ein Script von ca. 20 mit den Inhalten: Was ist Demenz, Symptome, Therapiemöglichkeiten.
Seminar 10 stunden
Ausbildungsbereich in der USA: Ja, Schwerpunkt. / Deutschland : Nein!
gering
Was ist Demenz? Was sind die Schwierigkeiten bei Therapien mit Demenz? Agrenzung Demenz zu Aphasie, ...
Wenig, im Zusammenhang mit neurologischenStörungen. Unterricht klinische Neurologie, keine Therapie
in groben Zügen, sehr gering, nur einige Definitionen, wenig zur Behandlung
Geringfügig: Abgrenzung Aphasie und Demenz
- Inhalte über Parkinson und Demenz - Welche Stadien von Demenzen gibt es

- Kennzeichen Demenz / Aphasie
kurz angeschnitten: im Zusammenhang mit Dysphagie bei Demenz
Im Rahmen der neurologischen Störungen
geringfügig
2jährige Begleitung dementieller Patienten im Pflegeheim unter Praxisanleitung der Mentoren
theoretisch und praktisch in studienbegleitenden therpieen
Wurde in einem Unterrichtsblock (2 Doppelstunden) behandelt
Wenig, da es hieß, "keine Sprache ohne Bewußtsein seiner selbst" bzw. "Sprachaufbau ist nur im Rahmen der kognitiven Fähigkeiten möglich".
Wurde lediglich angeschnitten
Minimaler Umfang
geringfügig
Sehr gering
Im Rahmen der neurologischen Störungsbildern wurde das Thema in ca 3 Vorlesungen besprochen. - Theoretischer Hintergrund - Einteilung demenzieller Erkrankungen - Kommunikationsstörungen bei Demenz - Diagnostikmöglichkeiten ! nur erwähnt! (Anamnese, Aphasie- Check-Liste, MMST) - Behandlungsmethoden ! nur erwähnt ! (ASTRAIN, Kommunikations-TanDem, KODOP) - Hospitation im Altersheim
Eher sehr geringer Umfang
Projektarbeit während der Ausbildung Während des Studiums im Modul "Progrediente Alterserkrankungen"

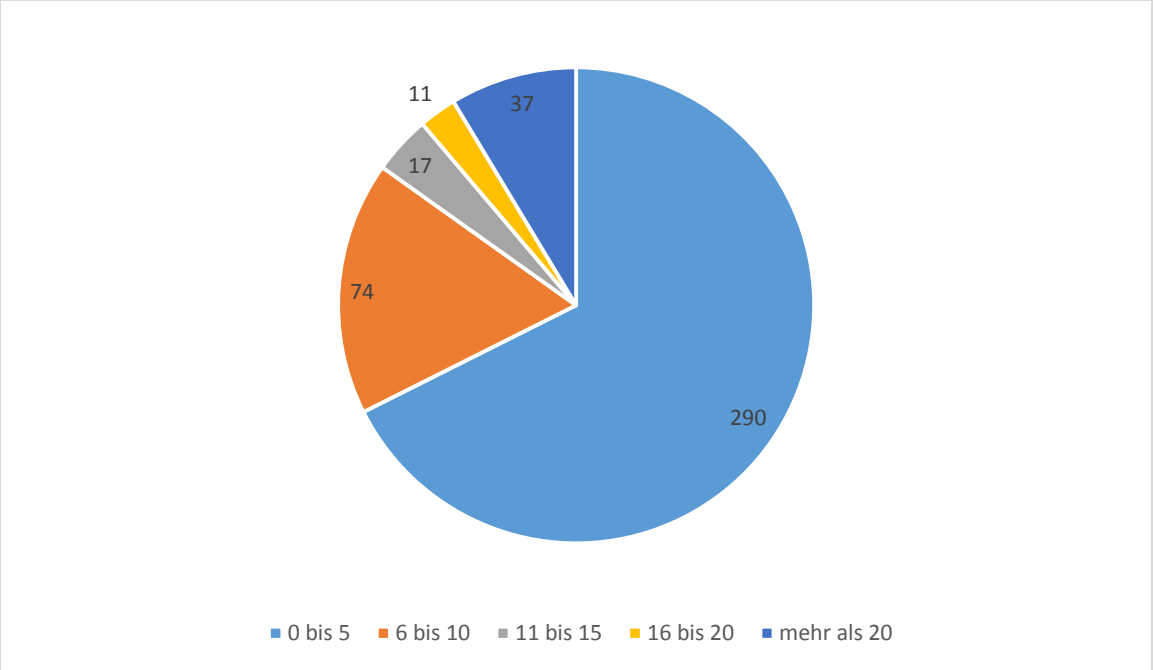
kurze Hinweise im Bereich Dysarthrie, Dysphagie und Aphasie
Nur kurz angerissen
sehr gering! Demenz an sich wurde besprochen,aber keine wirklichen Therapiemethoden
innerhalb aller Fächer wurde dies mit bearbeitet
Sehr geringer Umfang
Kurzer Abriss
Innerhalb der Aphasieausbildung
In Ausbildung nicht, aber während des Studiums als Wahlbereiche - Kommunikation im Alter - Nichstaphasische Sprachstörungen (u.a. Kogn. Dysphasie) - Gerontologopädie
Ich habe ebenfalls meine Facharbeit über Demenz und Logopädie geschrieben und vorgestellt und haben im Rahmen dieser Arbeit, auch mit einer Demenzgruppe gearbeitet.
Dieses Themengebiet wurde maximal 4 Unterrichtseinheiten und auch nur sehr grob besprochen.
Ich glaube, 1985 bis ´88 gab es das noch gar nicht.....
1 Vorlesung im Umfang von 180 Minuten
wie soll das teil der Ausbildung sein, wenn es selbst in der Forschung noch kaum Erkenntnisse dazu, geschweige denn erprobte therapiemethoden gibt??
Nur kurz angerissen in einem Projektvortrag

Frage 7: Haben Sie bereits Patienten mit dementiellem Sprachabbau behandelt?

Ja	Nein
427 (77,36 %)	125 (22,64 %)

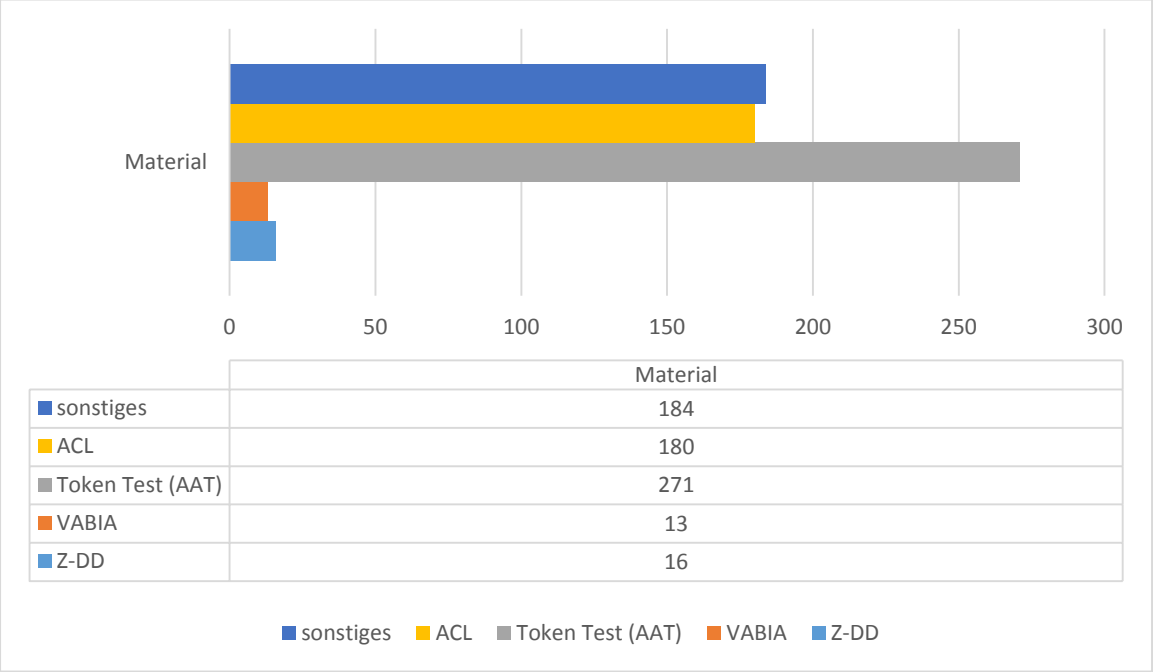
Anhang - Tab. 2: Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau (absolute Zahlen und in Prozent)

Frage 8: Wie viele Patienten mit einer Demenz haben Sie im Jahr 2012 logopädisch behandelt?



Anhang - Abb. 6: Anzahl der behandelten Patienten mit einer Demenz im Jahr 2012 gesamt (absolute Zahlen)

Frage 9: Welches Diagnostikmaterial verwenden Sie bei Patienten mit dementiellem Sprachabbau?



	Material
sonstiges	184
ACL	180
Token Test (AAT)	271
VABIA	13
Z-DD	16

Anhang - Abb. 7: Angewendetes Diagnostikmaterial gesamt (absolute Zahlen)

Frage 10: Welche sonstigen Diagnostikmaterialien verwenden Sie bei Patienten mit dementiellem Sprachabbau?

Diagnostik sonstiges
Minimental, Uhrentest, Panda bei Parkinson, jetzt auch moca bessere Aussagekraft, auch Argumentationshilfen Ärzten gegenüber
Ansonsten keine
AAT BOSU
AAT

LEMO, RWT
Visuelle Wahrnehmung (Screening): Zur besseren Einschätzung des abstrakten Denkens/Zuordnung Bilder zum Realgegenstand; Schlucküberprüfung: Um Einschränkungen in der oralen Phase frühzeitig erkennen zu können.
Keines, da ich keines zu Verfügung hatte.
Screening AGD von Dr. Heidler
Es wird eine NP-Testung durchgeführt
Mini Mental Status Uhrentest
TROG-D gibt mir Auskunft über das Grammatikverständnis, über die Konzentration
Klinische Schluckuntersuchung bei Dysphagien UNS bei Dysarthrophonien BOSU
Informelle Diagnostik,weil ich so am Besten erkennen kann,was die Probleme sind. Atandardisierte Tests bringen mir persönlich nichts, da die Rangwerte nichts über die Person und deren momentane Leistung aussagen meiner Meinung nach.
Dem-TEC und den Uhrzeichentest um festzustellen, wie der Handlungsplan und die Merkfähigkeit sind
AAT, Dysphagie-Diagnostik Aufgrund von Wortschatz und/oder Schluckstörungen.
Alltagsmaterialien, persönliche Dinge um Relevanz f. Alltag herzustellen
- Andere Unterteile aus dem AAT zur Abklärung des aktuellen Sprachstatus evtl. FDU Screening zur Überprüfung der mundmotorischen Fähigkeiten Analyse der Spontansprache mit Bandaufnahmen

Uhren-Zeichen-Test Mini-Mental Status-Test
Mini-Mental-Status und DemTect zur Überprüfung der vorliegenden Demenz
ACL, um zu sehen welche Bereiche der Sprache auffällig sind und wie ich die Therapie dementsprechend aufbauen kann. Allerdings kann ich bei leichteren Vaskulärendemenzen nur durch Beobachtungen erkennen, wo der Patient steht und hinzukommen noch die Tagesformen. Der Bereich Merkfähigkeit und Konzentration kann nur durch Beobachtungen und ausprobieren analysiert werden. Da dieser Bereich aber oft zur eigentlichen Sprech- und Sprachleistung beiträgt, wünsche ich mir ein altersadäquates und für Demenzen mit Aphasien (Vaskuläredemenzen) ausgerichtete Screenig/ Check - Liste. Kein Objektives Testverfahren, da diese oft durch ihre Genauigkeiten Stress verursachen und das Ergebniss verfälschen. Wenn ein Screenig in diesem Bereich auf dem Markt wäre, würde ich es sofort in meiner Praxis einführen.
KAP AKT
Anamnese und Fragebogen für Angehörige sind wichtig, um den IST-Zustand in allen Bereichen zu erfassen
- BOSU zur indirekten Überprüfung des semantischen Systems bzw. der Konzeptfähigkeit - Bildbeschreibung "Cookie-Theft" aus BOAE zur Überprüfung des "roten Fadens" und der Differenzierungsfähigkeit vom "Wichtigem" vs. "Unwichtigen" - Wortproduktionsprüfung nach Blanken zur Feststellung der semantischen Ausdifferenzierun (Ober- vs. Unterbegriffe) - Oben genannte tw. kombiniert im Screening von Schultze-Jena, Becker (2005) - Informelle Überprüfungen zu Exekutivfunktionen (weil - LeMo zur Abgrenzung von Wortfindungsstörungen i. e. S. vs. WortabrufstörungenSprachschwierigkeiten, u. a. nach Heidler, auch häufig auf Störungen der Exekutivfunktionen zurückzuführen sind) - ANELT zur Überprüfung der kommunikativen Alltagsfähigkeiten
Bogenhauener Semantik Überprüfung
div., u.a. auch aus MOCA, SKT, NAT

Formell Heidler AGD, informell Abklärung Orientierung, Lexikalisierung, Konzeptualisierung, Pragmatik: Kalkulation, Umgang mit Geld, Uhrzeit, Telefon. Gedächtnis: Repro nach aud und / oder visueller Präsentation kohärenter und / oder serieller Inhalte, etc.
ich kann mich nur auf einen Bericht der Klinik/des Arztes verlassen, ansonsten Kenne ich nur das Screening für Kognitiv ausgerichtete Sprachtherapie von Frau Dr. Heidler
Mini mental status test, AAT, abhängig vom Stand des Patienten
LEMO, dementielle Prozesse lassen sich anhand eigener Probleme (Umgang mit Anweisung, Sprachverständnis, etc.) von rein aphasischen Fehlern unterscheiden
Spontansprachbeobachtungen
Bei den Patienten die ich betreue ist die Demenz nicht das primäre Problem. Oft geht es um Dysphagie, Dysarthrie oder Aphasie.
eigenes Diagnostikmaterial, je nach Schweregrad der dementiellen Ausprägung
Teile des AAT
Demtech, Minimental... jeder Patient und jede Störung ist individuell, ich suche mir immer das aus, was mir passend erscheint
Klinikinternes Sprachscreening zur Differenzierung von Schlaganfallbedingter Sprachstörung vs. dementiell bedingter Sprachstörung
Spontansprachanalyse --> darüber bekommt man einen guten Überblick, was versteckte Symptome betrifft in Verbindung mit anderen Diagnostikverfahren.
Teilweise abgewandeltes Testmaterial aus dem Kindersprach- oder Aphasiebereich, z.B. zur Abklärung des Lexikonzugriffs und des Sprach-, Lesesinnverständnisses etc.
Freie Beobachtungen und Analyse der Sprache bei einem Situationsbild oder einer Bildgeschichte.Der dementielle Patient erfasst das Ganze nicht,beschreibt aber Details. Außerdem der"Uhr"-Test.Zu Beginn der

Diagnostikstunde wird die Uhr des Pat. sichtbar versteckt. Zum Ende wird gefragt, wo die Uhr ist. Der komplette AAT zeigt,wo die Probleme genauer liegen. Auch gibt das Ergebnis Hinweise auf Demenz -im Frühstadium ist Wortfindungsaphasie, im späteren Wernicke das Ergebnis.Sie müssen sich klar machen, dass die wenigsten Pat. mit der Diagnose Demenz zu uns kommen,obwohl sie eine haben und das ihr vordringlichtes Problem ist.
Dysphagie-Screening (da mein Behandlungsschwerpunkt Dysphagiebehandlung ist, werde ich meist wegen der Dysphagie zu Demenzpatienten hinzugezogen) eventuell schaue ich dann auch nach den sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten und ob hier Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Dazu verwende ich in der Regel, wenn dies möglich ist, je nach Fragestellung folgende Tests: AST (Aphasie-Schnell-Test) Prüfmaterial kognitive Dysphagie (Heidler) Minimental-Status-Test
AAT zur Abklärung semantischer und phonematischer Fähigkeiten...
Dem- Tec
W
AAT benennen
Schluck- und Essverhaltensscreenings, da Essstörung das primäre Problem war. Wortfindungsscreening mit AAT Benennteil, Wortgenerierungsaufgabe und Auswertung Spontansprache (zB mit ASPA).
ACL Wortfindung persönliches Gespräch Sprechmotivation
Die mir bekannten Materialien sind nicht aussagekräftig genug. Selbsterarbeitetes Screenung
AAT oder BIAS als Überblick
selber zusammengestellte Screenings

clock competition, ZDD,GINCH, mini mentalMOCA, SIDAM stehen zur Verfügung. Da es kein standartisiertes Matrerial gibt, führe ich auch diese Test seltener durch. Die Behandlung steht im Vordergrund.
/
Spontansprachanalyse, Beobachtung in Alltagssituationen standardisierte Tests erscheinen mir - vor allem nach einem Vortrag von Dr. Gatterer bei dieser Grunderkrankung wenig hilfreich
Demenz Screening Protokoll
Teile des Demenztests, Da er umfangreicher ist als ACL oder Tokentest
Alle Materialien die ich auch für die Schlaganfallpatienten benutze, Spiele und Arbeitsblätter.
-Beobachtung der Patienten - enge Zusammenarbeit mit Pflegepersonal und Angehörigen Unzureichende Diagnostik auf dem Markt
- mehrfache Wiederholung von bereits durchgeführten Tests zum Vergleich (Verlaufsdiagnostik)
eigenes Screening...
Logogen, Feststellung in welchen Bereichen Schwierigkeiten vorliegen
Keine
eigenes Material
Aphasie Screening zum Teil Diagnostikmaterial für Kinder (im fortgeschrittenen Stadium)
Differentialdiagnose Aphasie;

Sprach- und Aufgabenverständnis
Verschiedenen Materialien. Da meist Die Demenz nur einen Teil der Störung ausmacht. DIe Ärzte verordnen meist nur, wenn eine Aphasie, Dysarthrie oder eine ander neurologische ERkrankung vorliegt
Keine
MMST
ACL da schnell und effizient durchführbar
Boston Naming Test Testung der Textrezeption und Produktion (hausinternes Screening) Überprüfung der Schriftsprache (hausinternes Screening) Regensburger Wortflüssigkeitstest (einige Studien berichten über Sensitivität bei Demenz) Bogenhauser Semantik-Untersuchung z.T. AAT (wenn Retest erforderlich - allgemein bekannter und standardiesierter Test; obwohl nicht für Demenz normiert) Nutzung der Untersuchungsergebnisse der Neuropsychologie
PANDA weil es mir empfohlen wurde bei einer Fortbildung
Mini Mental, wenn überhaupt Diagnostik. Diagnostiksituation ist für Patienten unangenehm und führt zu Therapieabbrüchen. Beobachtung der Symptomatik während der Therapie ist weniger konfrontativ und schonender.
Spotnatspracheanalyse gibt gut Information bggl. Kohärnez der Aussagen, roten Faden verlieren etc. Austausch mit Neuropsychol.
Stelle mir meistens aus den verschiedensten Materialien etwas zusammen
Spontansprachanalyse, sonst stehen in der Klinik keine weiteren zur Verfügung.
Demtect Aufmerksamkeits- und Gedächtnis-Diagnostik (AGD) MMST um einen umfassenden Eindruck zu bekommen

Benenntest Arbeit mit Alltagsgegenständen Spezifisch angepasstes Testmaterial je nach Fortschreiten der Demenz
ich habe eher Material aus der Aphasietherapie benutzt,vor allem zum Wortabruf (z.B. Satzergänzungsaufgaben), da die Demenz eher eine Zusatzdiagnose, aber nicht der Hauptgrund der Vorstellung war
Aphasie-Schnell-Test, am praktikabelsten in der Klinik
Aphasie-Tests in Kombination mit Demenz-Tests (z.B. Zahl zu Zahlwort, Uhrentest), um ein Einblick in die Mischung der Symptomatik zu bekommen
Mir sind keine Testungen bekannt. Überprüfe es eher mit Bauchgefühl und Erfahrungswerten
ACL um einen allgemeinen Eindruck zu bekommen. Wir therapieren Patienten mit Demenz hauptsächlich bei begleitender Dysphagie oder wenn die Grunderkrankung ohnehin behandelt wird, wie z.B. bei MorbusParkinson. Für Therapie bei "lediglich" dementiellem Sprachabbau bekommen wir keine Verordnungen.
allgemeine Befragung der Patienten und Angehörigen zur Zielfindung
AAT, Screenings
Es besteht leider nicht die Zeit um eine allgemeine Demenz Diagnostik/ Differenzierung zu machen. Im Vordergrund steht ein Dysphagie Screening und meistens wird ein Aphasie Screening gemacht
Bildmaterial aus dem Alltag wegen Alltagsbezug orientierende Einschätzung in der Kommunikation
verschiedene Bildmaterialien, reale alltagsrelevante und sonstige Gegenstände je nach Symptomatik
informelle Überprüfungen nach dem Diagnostikmaterial der Weiterbildung zur "Fachtherapeutin für Kognitives Training" nach Stengel
ASTRAIN

MODAK, NAT, HOT
Meist ein von mir individuell zusammengestelltes Material, da ich bisher keine geeigneten Tests gefunden habe.
eher selbst zusammengestellte Screenings; weil mir kein konkret auf Demenzkranke zugeschnittenes Diagnostikmaterial bekannt ist
Screening, spontansprachanalysen. Die individuen, formen der demenz und Stadien sind so unterschiedlich.
informelles Screening Kognitive Dysphasie von Dr. Maria- Dorothea Heidler. Erfasst sprachverarbeitungsrelevante Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Exekutivfunktionen.
Informell nach Fortbildungen
AST
Mini-mental-Status-Test Screening "Aufmerksamkeitsstörungen-Gedächtnisstörungen-Dysexekutive Störungen"
Cookie Theft - Test zur Abgrenzung einer Aphasie BOSU - zur Einschätzung des semantischen Gedächtnisses bzw. Abgrenzung zur Aphasie
AAT, MOCA, PANDA, Minimental etc., um ein möglichst differenziertes Bild zu erhalten
Meine Patienten hatten die Grunderkrankung Parkinson bzw. Aphasie nach Schlaganfall. Die Demenz war eine Begleitsymptomatik.
kein spezifisches Diagnostikmaterial für dementielle Srachstörungen verfügbar
PANDA
AAT Zur Überprüfung von Merkspanne, Wortfindung und Sprachverständnis, sowie Sprachproduktion (Syntax, Semantik und Phonologie)

Uhrentest
Screening zur Aphasie, informeller Eindruck im Gespräch
Keine
Spontanspracherhebungen bieten oft erste und die besten Anhaltspunkte, da standardisierte Testverfahren oft nicht mehr möglich sind
leider haben wir keine speziellen Diagnostikinstrumente für Demenzkranke. Meist kommen die PAtienten, die an einer Demenz leiden wegen einer anderen Primärsymptomatik zu uns (Z.n.Schlaganfall: Dysarthrie, Dysphagie, Aphasie)
Bogenhausener Semantik Untersuchung
Demtec, Minimental, zahlenverbindungstest Je nach Ausgangslage versuche ich so, die kognitive Situation zu erheben. Zur Differenzierung von Aphasie vs. Demenz erfolgt ggf. Bogenhausener Semantiküberprüfung u.a.
MMS Spontansprachdiagnostik
BIAS - guter Aufbau, viele Bereiche die überprüft werden
keine
Demenzteste (Uhrentes, MMST, SKT, DemTect)
informelles Material
MMST - Mini-Mental Status-Test Teile davon
Informelle Diagnostik zur Erfassung der sprachlichen Symptome. Variiert von Patient zu Patient.
z.B. KKL

MMSE DemTect Art der Demenz, Schweregrad, Früherkennung
Personenbezogene Abruf -und Benenndiagnostik um die prämorbide Intelligenz und die Individuellen Kenntnisse zu berücksichtigen.
Keins
Entwürfe bzw. Materialien der BMS, Gewöhnung und besser ausgearbeitet als deutsche Materialien.
In der Regel keine, da Schluckstörungen im Rahmen der Demenz inmeistens im Vordergrund stehen und die Patienten selten länger als 14 Tage stationär sind
Minimental Status Test
Je nach Schweregrad d. Demenz verwende ich auch den ANELT um die Kommunikationsfähigkeit besser einschätzen zu können.
zusätzlich AGD-Screening von Dr. Maria Heidler
DemTec, neu empfoheln bekommen, noch wenig Erfahrung
MMST, sehr hilfreich,
Informelles Material, BOSU , da unspezifisch
keine
Informelles Material (Aufgaben aus dem NAT Material z.B.), weil mir noch kein Test für Sprachabbau bei Demenz bekannt ist.
MMSE Dem Tect
Keine

Kein weiteres Testmaterial. Ich setze auf meine Erfahrung aus dem Bereich aphasiologie
BOSU - Prüfung der (Bild-) Semantik AAT - deckt die sprachlichen Bereiche ab, ist allgemein anerkannt und bekannt ggf Textbearbeitung (nicht standardisiert)
Verschieden selbst zuzammengestelltes Bildmaterial mit dem ich alle sprachlichen Ebenen testen kann. Spontansprachanalyse Bilder in die korrekte Handlungsabfolge legen lassen
Standardisiertes Testmaterial zur Eingangsbefundung im Krankenhaus (bei akutem Geschehen und z.T. Unklarheit über mögliche vorbestehende Demenz): dann ACL, AST, BIAS evtl. BIWOS. Bei Hinweisen auf dementielle Entwicklung > Einsatz Textmaterial (Lesen/Nacherzählen) oder Bildmaterial (cookie theft); Einsatz BOSU (alles in Abhängigkeit vom Schweregrad > bei bereits schwerer Demenz keine Testung, vielmehr Erarbeitung von Kommunikationshilfen für Krankenhaus/ Angehörigengespräche.
Sprachverständnistest, Benenntest aus dem AAT/ Lemo zur Überprüfung der Fähigkeiten des Patienten in diesen Bereichen und zur Ableitung möglicher Therapieinhalte
Syndrom- Kurztest, zur Erfassung von Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
Befragungen von Angehörigen, Pflegepersonal
MMST und DemDect zur Einschätzung der Kognition
keine weiteren, ggf spontansprachprotokolle um wortfindungsproblematiken und strategien ausfindig zu machen
Weitere Teile des AAT (Sprachverständnis, Lesesinnverständnis, Benennen von Gegenständen und Situationen)
DemTect Ich habe einen Kurs "Neurovitalis" belegt, da wurde dieser Test als Einstufung für den Kurs angewandt. Teilweise setze ich ihn in der logopädischen Therapie ein

Beschreibung eines Bildes: Wie beschreibt der Patient? zusammenhängend, ja / nein? Wortproduktionsprüfung
Teile der Aphasie-Diagnostik, um Schwerpunkte festlegen zu können und persönliches Material
Demenz Screening
AAT, um einen allgemeinen Eindruck der sprachlichen Fähigkeiten des Patienten zu erhalten.
ich teste die zeitliche und örtliche orientierung und die angaben zu sich selbst und den engsten familienmitgliedern
Bogenhausener Semantiktest Uhrentest etc. WWT Wortschatz Wortfindungstest (informell)
Screenings von unserer Praxis selbst etstellt mit Bildmaterial, da es in dem Bereich nichts wirklich sinnvoll ergänzendes Material gibt. Zumindest nicht das ich es kennen würde.
Leider keines, ein Material in diese Richtung wäre dringend notwendig für die Praxis
u.a.Aphasiematerial zur Wortfindung
Pizzamiglo Sprachverständnistest, um aktuelles SV austesten zu können und Bezüge zum Alltag erarbeiten zu können
Reales Material, falls mit abstraktem gar kein Ergebnis erzielt wird. Damit versuche ich überhaupt Anhaltspunkte zum aktuellen Stand zu bekommen.
Wortabruf Nach Glück
nat- material und alles was alltagsrelevante Themen und entsprechendes Anschauungsmaterial liefert (jahreszeit-bilder, Uhr, alltagsgegenstaände etc.)
Screening - selbst entworfen in zusammenarbeit mit Neurologie der Uniklinik
Bildmaterialien: Einzelabbildungen Situationsbilder sollen zum Benennen und Beschreiben animieren.

Teile des AAT
Schluckuntersuchung FEES, da dies bei uns häufig mit zur Fragestellung gehört.
Eigene, weil ich diese individuell gestalten kann.
selbst erstelltes Testmaterial
AAT zur Einschätzung der vier Modalitäten der Sprache
Interview Gespräch mit den Angehörigen/Betreuern Wichtige Infos über Biografie, Interessen etc. - also Kontextfaktoren als Ausgangpunkt für die Therapie
demtec
praxisinternes Screening
Screening Visuokonstruktion Screening Dysarthrophonie/Dysarthrie AST
nach gründlicher Anamnese, Frenchay, Hierarchie von Sprechleistungen, Formulierung von Partizipationszielen, wird dementielle Komponente der Patienten mit progredienten Hirnschädigungen meist deutlich, erhält aber als sekundäre Begleitung einer Dysarthrie, dysphagie, Aphasie erst mit der Zeit ihre Bedeutung
NAT Beobachtung
Ich bin in der Klinik für die Überblicksdiagnose demenzielle Entwicklung zuständig. Mini mental status Test (MMST) DemTect Montreal cognitive Assessment (MOCA)

Parkinson Neuropsychometric Dementia Assessment (Panda) Uhrentest Easy (nonverbales, kulturfaires Screeningverfahren zur Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen) auch für Pat. mit Migrationshintergrund (Türkisch)
Alltagsgegenstände /Realgegenstände persönliches (z.B. Familienfotos)
AST, eigene Materialien, da Handlungsorientierte dialogische Kommunikation, Rituale wichtiger für soziale Partizipation ist als Sprachstruktur.
Spontansprachprobe
Wortschatztest (Erfassung des Lexikons, diagn. Mittel für Ersatzstrategien) informelle Testung durch Umschreibung von Begriffen (wie "Tabu", ohne Zielwort zu erwähnen (Abruf von gezielter sem. Umschreibung) informelle Testung über mehre Stunden hinweg durch kleinere Merkgeschichten
Textscreening (Nacherzählen von kurzen Texten zur Überprüfung des Sprachverständnisses und der Informationsverarbeitung, Merkfähigkeit, Wortfindung)
Trog - D, um das noch erhaltene Sprachverständnis und dessen Komplexität schnell erfassen zu können und auch gegebenenfalls Gründe der Mehrsprachigkeit
AGD, Screening von Kognitiven Dysphasien von Fr. Dr. Heidler; nach Absolvierung der entsprechenden FOBI
Aphasiematerial Beobachtung - Screening Hirnleistungsprogramm
Beobachtung Angehörigenanamnese meist fällt während der Therapie das Problem näher in Auge, da nicht direkt wegen Demenz sondern wegen Aphasie oder Schlucken Therapie verordnet wird

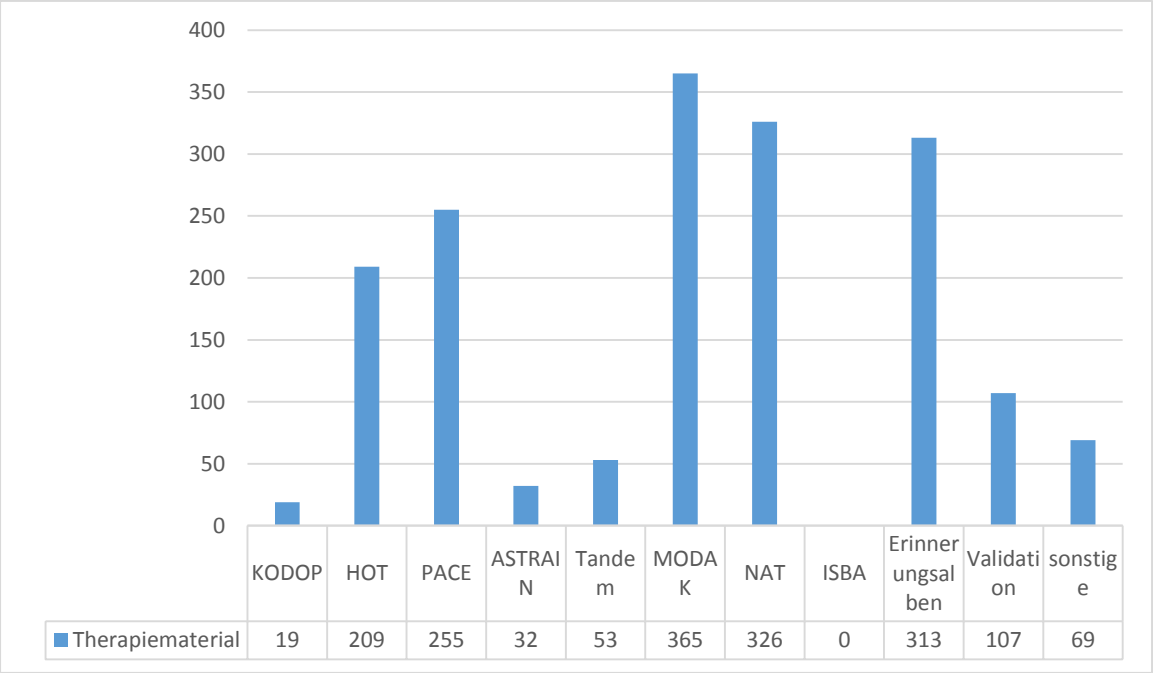
Da ich mit auf dem Markt erhältlichen Testmaterialien schwer greifen kann, wo ich bei Dememzpatienten therapeutisch am effizientesten arbeiten kann, setzt meine Diagnostik sich aus Erfahrungskriterien und eigenem Testmaterial zusammen. Der AAT ist bei Demenzpatienten für mich wenig zielführend.
AAT, Bogenhauser Semantiktest
NAT-Marerial und andere Aphasiematerialien zwecks Screening der vorhandenen Fähigkeiten und Defizite
Keine
meist läuft eine Aphasie mit demenziellem Abbau parallel, so dass ich mit dem Aachener Aphasietest arbeite
Screening, um einen ideellen Eindruck zu bekommen
Uhrentest und Demtect und sprachliches freies Generieren
Diagnostikmaterial das aus dem Bereich des Gedächtnistrainings stammt, weil hier nochmals ganz spezielle Einblicke der geistigen Fähigkeiten möglich sind.
Spontansprache, brobachtung
BOSE > Störung der Semantik, auch mangesl spezifischer Tests
Regensburger Wortflüssigkeitstest diagnostische Korrelation Wortfindung und Gedächtnis
Informelles Erfasen des Komm.'verhaltens im sozialen Umfeld des Pat.
Spontansprachanalyse
AAT (soweit möglich): v.a. Analyse der Spontansprache, Nachsprechen, Benennen, Sprachverständnis, Schriftsprache; MODAK

Aufgrund der Anamnese und dem Ergebnis der Diagnostik kann ich ableiten, ob es sich um eine Aphasie oder Dysphasie handelt.
Klinik: Stroke Unit AST zur Orientierung des Komplexen Sprachverständnisses in der akuten Situation und bei Morbus Parkinson
AGD- Screening von Frau Dr. Heidler, ich habe bei ihr eine Fortbildung besucht
div. eigenes Material, um Wortfindung, Sprachverständnis und Praxie zu testen
Leider weiß ich von keinen weiteren Diagnostikmaterialien für Demenz als die der Aphasie. Der Umgang mit dementiellen Patienten lässt eine generelle Unterscheidung zu aphasischen Patienten vermuten, die aber nicht belegbar ist.
Mini Mental Status-Test
Wortfindungslisten
Ich habe mein eigenes Set , und halte nicht viel von den sturen Material, das der unterschiedlichkeit der Menschen nicht gerecht wird.
MMSE
diagnostische Übungen, da die Patienten meist erst zu spät therapiert werden und von den Ärzten als "therapiebedürftig" eingestuft werden!
BOSU konzeptuelle n-spr. Verarbeitung Wortflüssigkeitsaufgaben Textscreening
BoSu klinikeigene Screenings
in Zusammenarbeit mit Neuropsych: MMST und Uhrentest, Frontal Assesment Battery zur Abklärung

exekutiver Fähigkeiten, Boston Naming Test unveröffentlichte Version zur Abklärung von Benennfähigkeit, Fragebogen für Angehörige zur klinischen Einschätzung des Schweregrades bei Demenz CDR unveröffentlicht
eigenes Screening
BOSU - wurde auf der fobi für Demenz / aphasie empfohlen... Verschiedene dysphagie-diagnostiken, da in der akutklinik viele demenzpazienten mit schluckstörungen auftauchen...
informelle, individuell auf den Patienten abgestimmt
Ich verwende keine speziellen Diagnostikverfahren für Patienten mit einer bestehenden Demenz
Dem Tec Token Test
Screening Sehr unterschiedliche Ausprägung der Demenz
AAT
in der Klinik eher durch die Ergotherapie diagnostiziert
freie Schreibproben, ragen zu Allgemeinwissen, zu Familie, Beruf etc. Um mir ein besseres Bild des Menschen, seiner Persönlichkeit und seines Verlustes machen zu können.
Bogenhausener Semantikuntersuchung Ich erhoffe mir von dem kürzlich erworbenen Material (erst zweimal angewendet) einen Überblick über das Ausmaß des Abbaus und eine evt. Differenzierung zur Aphasie
Teilweise verwende ich klassische Demenz-Testungen
Peabody-Test für das Sprachverständnis
Cerad

Trail making test Moca Test Strukturiertes Interview
Uhrentest
(Analyse des Aufnahmegesprächs) Benenntest aus dem AAT i.V.m Token Test
AAT
Teile aus dem AAT, eigene Befundbögen, Bildmaterial, um einen möglichst umfassenden Eindruck der Kommunikationsfähigkeit zu erhalten.
Wortflüssigkeitsüberprüfung, Benennen, Bildbeschreibung, Semantisches Sortieren (BOSU). Zur Differentieldiagnostik Aphasie- Demenz.
Berliner Bogen, Kurztest um Aphasie festzustellen
Zur Differentiakdiagnostik verwende ich die Materialien von Schultze-jena & Becker (Bildbeschreibung, BOSU, Wortproduktionsprüfung und Wortgenerierung), um eine Einschätzung zu bekommen, ob die Sprachstörung eher aphasischer oder kognitiver Genese ist, damit ich weiß, ob ich eher sprachsysteamtisch oder kommunikativ orientiert vorgehen soll. Bei Verdacht auf Demenz verzichte ich auf eine frustrierende formale Dignostik.
keine
selbsterstellter Kurzbefund für Aphasiker
Aphasie-Screening bei schwerer betroffenen Patienten Dysarthrie-Screening für Patienten primär mit Artikulationsproblemen
Bogenhausener Semantik AAT

Frage 11: Welche der folgenden logopädischen Verfahren sind Ihnen im Zusammenhang mit dementiellem Sprachabbau bekannt?

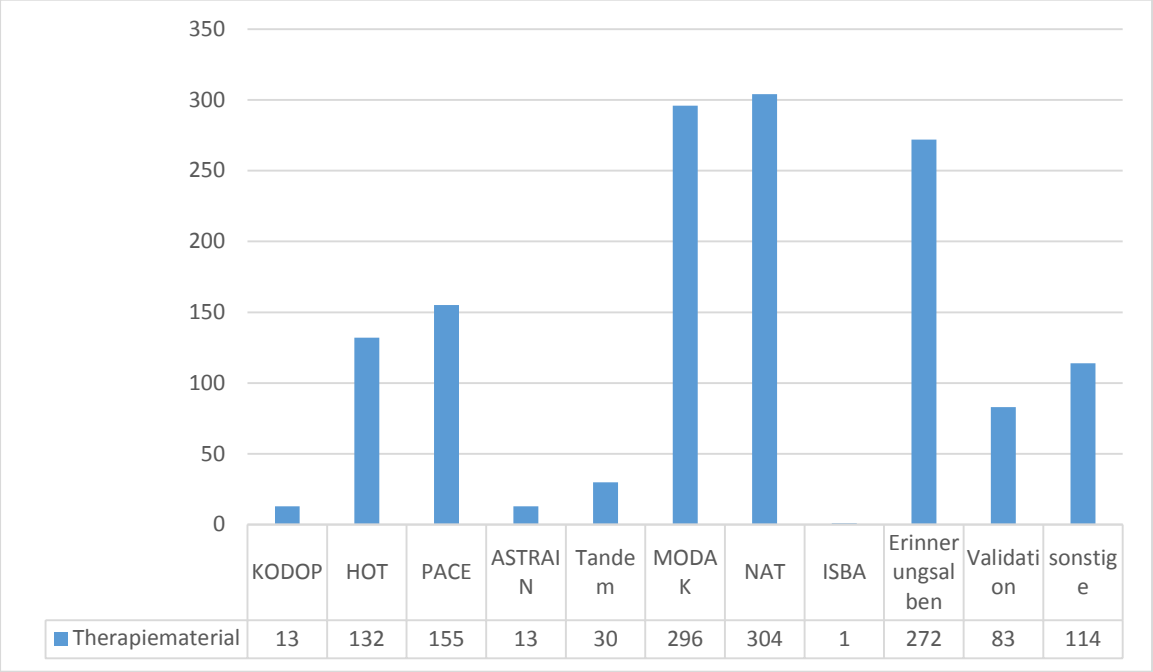


Anhang - Abb. 8: Anzahl bekannter Therapiemethoden gesamt (absolute Zahlen)

Aphasie (PACE, MODAK, NAT)	N = 364
Demenz (KODOP, ASTRAIN, Erinnerungsalben)	N = 308
Angehörige (Tandem, Validation)	N = 117
Verknüpfung mit Handlung (HOT, ISBA)	N = 199

Anhang - Tab. 3: Anzahl bekannter Therapiemethoden gesamt nach Kategorien geordnet (absolute Zahlen)

Frage 12: Welche der genannten Verfahren nutzen Sie im Zusammenhang mit dementiellem Sprachabbau?



Anhang - Abb. 9: Anzahl angewendeter Therapiemethoden gesamt (absolute Zahlen)

Frage 13: Welche sonstigen logopädischen Verfahren nutzen Sie im Zusammenhang mit dementiellem Sprachabbau und warum?

Therapie sonstiges
Biographisches Arbeiten, ressourcenorientiertes Arbeiten, Angehörigenberatung, kognitives Training
Bisher nur Modak und HOT
Kognitives Training n. Dr. med. F. Stengel
NAT Materialien bzw. je nach dem aktuellen Bedürfnisstand des Patienten entwickeltes Therapiematerial nach der Art der NAT Blätter (Stadtplan/Spazierwege/gängige

Geschäfte/Verwandte-Stammbaum erstellen/....) Um Sicherheit im Alltag zu geben, um die wichtigsten alltäglchen Handlungen so lange wie möglich zu erhalten. Mobilisationstechniken/manuelle Therapie, wenn Sprechen/Schlucken mitbetroffen.
Ich arbeite mit Jahrgangsbüchern, Fotoalben und Tagebüchern
Prolog Neurovitalis
Eigenmaterial: 3-D, 2-D, Bildergeschichten, nach verbaler Aufforderung Handlungen ausführen, angepasste Hilfestellung bei der Wortfindung. Gespreksboek Mia Verschaeve, NAT Intensive Angehörigenarbeit. Habe früher als Sociotherapeutin in Nieuw-Toutenburg (NL) mit Alzheimerpatienten gearbeitet, diese Erfahrung hilft mir sehr mit Demenzpatienten umzugehen. Bekomme bis jetzt keine direkte Patienten mit Demenz, eher im Zusammenhang mit anderen neurologischen Störungen.
Eigenmaterial: 3-D, 2-D, Bildergeschichten, nach verbaler Aufforderung Handlungen ausführen, angepasste Hilfestellung bei der Wortfindung. Gespreksboek Mia Verschaeve, NAT Intensive Angehörigenarbeit. Habe früher als Sociotherapeutin in Nieuw-Toutenburg (NL) mit Alzheimerpatienten gearbeitet, diese Erfahrung hilft mir sehr mit Demenzpatienten umzugehen. Bekomme bis jetzt keine direkte Patienten mit Demenz, eher im Zusammenhang mit anderen neurologischen Störungen.
Ich plane die Stunde zu einem bestimmten Thema, z.B. Garten, wenn die/der PatientIn früher einen Garten hatte. So rege ich das Nachdenken und das Erinnern an.
Eigenes Material da bekannt
Schlucktraining bei Dysphagie (bei Demenz)
Selbstgestaltetes Material, dass Raum gibt die Individualität des Patienten zu berücksichtigen
Neurovitalis, Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten

basale Stimulation
Theraplay
Alles was mir in der Praxis zur Verfügung steht und dem Patienten nutzt (z.B. personalisierte Kommunikationsbücher...)
Für mich ist die Systemische Arbeit unverzichtbar geworden, sowohl bei den Erkrankten, als auch deren Angehörigen, z.B. bei der Erarbeitung von Ressourcen Ich habe mich weiterqualifiziert als Systemische Beraterin DGSF und Systemische Kindertherapeutin
Biographiearbeit
Es kommt auf das Störungsbild, die Ausprägung der Störung , das Alter, die Interessensgebiete, dem interlektuellen Stand des jeweiligen Patienten an. Zudem kommen Entwicklung der Erkrankung, Offenheit des Patienten, familiäres Gefüge und psychische Verfassung des Patienten. Also so einfach sind ihre Fragen nicht zu beantworten. Aber im allgemein benutze ich noch: - Grammatik im Dialog n. L. Lutz MODAK - Sprachbaustein Aphasie - Sprachtraining für Senioren - Alltagssprache für Aphasiker - Individuelle Vorbereitung mit Kochbüchern, Zeitschriften, Literatur etc. - Zudem müssen meine Patienten viel auswendig lernen, Vers, Lieder, ganze Gedichte
Individuelle, aus der Geschichte und dem Alltag des Menschen brauchbare Gegenstände, Geschichten, Lieder, Handlungen. Dysphagietherapie
Diagnostikmaterialien auf der Grundlage des kognitiven Trainings von F. Stengel
unterschiedliche Materialien aus dem Bereich UK

persönliche Fotos, kleine Zeitungsartikel
Individuelle Auswahl und Zusammenstellung von Verfahrensteilen je nach gefundener ICF-Zielsetzung
Neurovital, eigene selbst entworfene Materialien
reale Objekte, ...
teilhabeorientierte Übungen
Materialien aus der Aphasietherapie
"kognitiv ausgerichtete Sprachtherapie" von Frau Dr. Heidler, gibt Anregungen und Therapieideen
praktische Übungen auch in der häuslichen Situation. Gedächtnisstrategien Textbearbeitung multimodal mit Bildkarten
In der Klinik steht nur die Schluckfähigkeit im Vordergrund.
Förderung des multimodalen Wortabrufes, kognitives Training (G. Baller), serielle verbale Förderung, abhängig vom Zustand selbst erarbeitete Übungssequenzen, alternative Kommunikationsmöglichkeiten (Zeigen, Bildtafeln etc.)
keine standardisierten Verfahren. Der Einsatz auch der angekreuzten vorangegangen Verfahren ist individuell vom Schweregrad der dementiellen Ausprägung abhängig. Häufig ist diese schleichend und noch gar nicht offiziell diagnostiziert
ich erstelle viel Therapiematerial selbst, in Anlehnung an die individuellen Interessen der Patienten und verwende dabei Artikel aus Zeitungen etc. Durch den persönlichen Bezug erreiche ich die Patienten besser.
Alltagstexte (z.B. kurze Zeitungsberichte)

Neurovitalis --> da dies bei beginnender Demenz eine gute Möglichkeit ist, die Gedächtnisleistungen zu trainieren.
Ich vermisse vorgefertigtes Material in diesem Bereich und fertige mir daher eigenes an, auf den Pat. individuell zugeschnitten. Ansonsten nutze ich auch den PC, hier insbesondere cogpack und audiolog (Merkspanne und Vigilanz , sowie lesen und Identifikation).Mundmotorische Übungen
Franziska Stengel- Übungsmaterialien kognitives Übungsmaterial zur Anregung freier Kommunikation
Eigene Materialien Lieder Vertiefend und/oder patientenorientiert
Metacom VAT
Tiergestützte Therapie
eigene Erfahrungen Warum muss sich immer jemand mit unverständlichen Tests profilieren, die ein haufen Geld kosten und keinem was nützen. Es hängen Motorik und Sprache/Sprechen zusammen, aber das ist zu banal...
Erinnerungsarbeit Angehörigenberatung
Allgemeinbildung und Bücher aus früheren Zeiten.
Da ich in einem Akutkrankenhaus arbeite, bin ich fast nur in der Diagnostik tätig
Kettendeblockierung, inneres Visualisieren
Eigene Materialien (Fotoalben, Postkarten, Erinnerungsstücke, ...) der PatientIn

keine weiteren
siehe 2 Fragen vorher
Bildmaterial
Ich bin Affolter-Therapeutin. Meine Erfahrungen haben mir gezeigt, dass Alltagsrelevanz, Wahrnehmung in Interaktion mit der Umwelt und emotionale Ereignisse Patienten mit Demenzerkrankungen mehr bringen.
Erstellung eines Lebensbuches Material aus dem Ahasiekoffer
eigenes Material, Erfahrungsschatz aus langjähriger Tätigkeit Teilw. MAT
Ich entwickele zu jedem Patienten ein individuelles Konzept und bediene mich auch bei Erwachsenen gerne aus Verfahren für die Kindertherapie.
Computerprogramme Sprachkompetenz und Hören, Sehen, Schreiben, weil die Patienten die Arbeit mit dem Computer auch spannend finden.
Aphasiematerialien Gedächtnisstrategien
Wortfindungsübungen/-spiele, Assoziationen, Rechenspiele, Spiele und Übungen zur visuellen und auditiven Merkfähigkeit; zur allgemeinen und sprachlichen Aktivierung der Hirnleistung
sonstige Verfahren sind mir nicht bekannt
allgemeine Übungen zur Wortfindung, da dort die größten Schwierigkeiten im Alltag auftreten
Alltagsorientierte Aufgaben mit invivo Arbeit . Damit der Pat. Reelle Gegenstände und Aufgaben

besser umsetzten kann
Color Cards zur Stimulation der Sprache und des Erinnerns
jegliche Art von Wortfindungsübungen, die auch in der Aphasietherapie eine Rolle spielen
alltagsorientierte Therapie, die in semantischen feldern aufgebaut ist (in Anlehnung an das LogiCon) gelegentlich auch Sprachcomputer
evidenzbasierte Schlucktherapie zur Aufrechterhaltung der oralen Nahrungsaufnahme
Alltagsorientierte sprachbenutzung zur Realisierung individueller Bedürfnisse
Einsatz eines zertifizierten Therapiebegleithundes zur Motivation bzw zur Verbesserung der Vigilanz; deutlich mehr verbale Kommunikation
Bioghraphiearbeit
ich stelle für jeden Patienten individuelle Therapiematerialien zusammen und orientiere mich weniger an Therapieprogrammen
möglichst sehr (!) nah am persönlichen Umfeld des Patienten, auch persönliches Material (Gegenstände, Brille, Buch, Zeitung, Stifte) und (!) bekanntes Material (mein Praxismaterial), welches der Patient immer wieder vorgelegt bekommt als vertrautes Material
keine weiteren spezielle Verfahren
?.....
Wortfindungstraining
KAS
Meist ist der dementielle Aspekt nicht Hauptdiagnose (eher Schlaganfall, Schluckstörungen aufgrund degenerativen Erkarkungen etc.). Daher wird vorrangig die Aphasien etc. behandelt. Demenz spielt meist nur eine untergeordete Rolle.

- viel Arbeit mit Alltagsgegenständen und Alltagssituationen - Biographiearbeit Aufgrund der Arbeit im Akutkrankenhaus (Bereich Geriatrie mit spezieller Demenzstation) liegt der Fokus je nach Perspektive der Entlassung eher auf den alltäglichen Bereich. Wichtig sind die kurzen Kommunikationswege.
Rollenspiele Erhalt von kommunikativer Kompetenz Regelspiele Ordnungsstruktur
-
aktuelle Alltagserlebnisse und -handlungen als Kommunikationsanlass, um über etwas "greifbares" oder aktuell erlebtes zu Sprechen/Schreiben
Einbeziehung rhythmisch-musikalischer Elemente (Bewegen nach Musik, Orffsche Instrumente, Gesang) für die Unterstützung von Sprachmelodie und -rhythmus sowie emotionales Ansprechen
Logicom mit Schriftsprache - falls noch vorhanden - Gesten, bei starkem Sprachverlust, um eine weitere Kommunikation zu ermöglichen
allgem. Sprachmaterial (Zeitschriften, Gesellschaftsspiele, Familienfotos...), das auf den Lebenszusammenhang der Patienten abgestimmt ist, um v.a. emotionale Unterstützung zu erhalten
Wir behandeln vorrangig die Dysphagien,der Sprachabbau steht aufgrund von Zeitmangel und dem Allgemeinzustandes des Patienten stationär nicht möglich
Kran 1 Thema aushalt/Lebensmittel Alltagsorientierte Aphasietherapie weil hier auch praxisnahe Alltagsaufgaben zu finden sind
Zeitschriften, Patienten sprechen gerne über aktuelles, kurzgefastes, unterschiedluiches Informationsangebot. Für jeden etwas dabei.Politisch und aus der Musik-, Kinowelt können Erinnerungen geweckt werden.
keine weiteren standardisierten Materialien, sondern eigenes erstelltes Therapiematerial,welches dem Patienten angepasst ist.

Inhalte und Techniken des Kognitiven Trainings nach Stengel aufgrund meiner sehr guten Erfahrungen
selbst erstelltes Therapiemat.
PERSÖNLICHE BEZIEHUNG
keine
individuelles material, spezifisch für patientensituation
Mit den Patienten arbeite ich meist sehr alltagsnah und mit Materialien aus dem Gedächtnistraining. Weiteres Material aus dem Verlag Günther Stoch, da alltagsnah.
semantisch-lexikalische Übungen auf Einzelwort- bis Textebene AOT, APT, u.a.
Gesellschafts-/Sprachspiele
Biografie, singen, alltagsbegleitung.
Gedächtnistraining zur Stabilisierung
symptomorientiertes Training SOT und umgekehrt symptomorientiertes Training USOT nach Dr. Heidler, Kognitive Dysphasien
Ich benutze viel alltägliches Material im Hausbesuch.
Kognitives Training nach Franziska Stengel; damit können alle Aspekte kognitiver Dysphasien behandelt werden.
Zeitungsarbeit um an alte Gewohnheiten zu erinnern; aus dem gleichen Grund Kartenspiele basale Stimulation über verschiedene Sinne (Fühlen, Riechen, Schmecken, Hören)
Satzergänzungen zur Wortfindung, Arbeit in lebensnahen Themenbereichen zur Steigerung der Erinnerung

keine
Aphasie-Material
Schwerpunktmäßig Material und Verfahren aus der Aphasietherapie persönliches Material des Patienten zur Biografiearbeit verschiedenstes Bildmaterial Realgegenstände
Einige Pat. möchten Übungen aus dem Aphasienbereich machen, weil sie so das Gefühl haben, aktiver etwas gegen den Sprachzerfall zu tun, Wortabruf etc.
Aus allem zur Verfügung stehenden gängigen Aphasie-Material wird das bestmöglichst Passende individuell für den jeweiligen Patienten zusammengestellt.
Aktivierung von Gedächtnisleistungen, Kurzzeitgedächtnis/Gehirn -Jogging, Erinnerungshilfen/Eselsbrücken, Deblockierung, Singen/Rhythmus, Biographiearbeit
In-Vivo-Übungen Logotherapia
Biographiearbeit
Artikulationstherapie TAKTKIN, EMS da häufig auch die Lautbildung eine Ursache für mangelnden Sprachgebrauch ist (dementielle Sprechapraxie)
NEUROvitalis Vertellekes Groß-Puzzles Memory Was Hänschen nicht lernt Alte Volkslieder und Kinderreime Fotokarten Fotoalben des Patienten Realgegenstände (Lebensmittel, Körperpflege, Bekleidung, Küchenutensilien, etc.)

Ich möchte alle sprachlichen Modalitäten und alle Wahrnehmungs- kanäle ansprechen. Je größer die Materialauswahl, desto flexibler kann ich mich den - tagesformabhängigen - Möglichkeiten und Bedürfnissen desPatienten anpassen.
Ich habe mit meiner Patientin viel gesungen, weil sie sich an viele Lieder (Texte und Melodie) erinnern konnte und so gern sang.
Das Singen von Liedern wegen der Erinnerungsfähigkeit und der Kontaktaufnahme Wortfindungsübungen zu bestimmten Themen, die dem Patienten wichtig sind Arbeit mit Bildmaterial (Familie, Urlaube, Bilder, die mit dem Beruf verbunden werden, Hobby...)
Kognitives Training nach Stengel Anagramme
Lieder/Liedtexte und sammlungen Gedichte etc.
Neurofunktionelle Reorganisation nach Padovan: - Die motorischen Übungen in der Entwicklungsreihenfolge, begleitet von rhythmisch-sprachlichem Input (Reime, Lieder, die gerade bei Demenz positiv aktivierend wirken), geben einen breiten Entwicklungsimpuls an das Nervensystem (Plastizität des ZNS), ermöglichen einen ganzheitlichen Rahmen, in den gezielt individuelle, störungsspezifische, logopädische Inhalte gegeben werden können, ohne dass der Patient sich überfordert fühlt.
keine
MIT, Angehörigen-und Fotoarbeit
Biographie-Arbeit
individuelle Alltagsarbeit Serialität
Bildmaterial, Hirnleistungstraining, Themen aus dem persönlichen Umfeld des Pat; Angehörige werden mit einbezogen
eigene, individuelle Vorgehensweisen, kein fertiges Konzept.

EPAT Schuell MIT Konversationstraining (z.B. nach Bongartz) VAT Logogen etc. Biografiearbeit Realitätsorientierung visuelle und aud. WN-Leistungen, zeitl., örtl. Stimulationstechniken kognitives Training / Multitasking Kompensationsstrategien zur Aufrechterhaltung der Kommunikation   Individualität der Ausprägung, ressourcenorientiertes Arbeiten, neuropsycholog. Begleiterscheinungen, Komorbiditäten
Logogen-Modell: Linguistisch schön übersichtlich und strukturiert, da aufgeteilt in hoch- niedrigfrequent, Wortarten, Wortlängeneffekte uvm., was bei Demenz auch beachtet werden sollte in der Therapie, gute Ausgangsbasis für darauf aufbauende Arbeit mit dem Patienten, z.B. Mischen von Modak, Nat und Logogenmaterialien
Therapie in Anlehnung an Biographiearbeit Gedächtnistraining in vivo Arbeit
Aufklärung der Angehörigen
Materialien der BMS. Erfahrung, Umgang und besser einsetzbar.
privates Fotomaterial der Patienten, Bildergeschichten Communicards

Sprachtraining für Senioren: teilweise gut Aufgabenstellungen, die mit dem Alltag der Menschen zu tun hat Übungen für Hirnleistungstraining: verschiedenste Aufgaben zur Wahrnehmung und Konzentration
LOGICON
* Semantisch-lexikalische Therapie * Wortabruftraining -> immer kontextorientiert und v.a. alltagsnah, wenn möglich, vom Patienten als Wunsch geäußert (i.S. der Partizipation)
Kommunikationsstrategien, damit Gespräche aufrecht erhalten werden können
Beratungskonzepte für Angehörige
Semantisches Training
eigenes Material
Biografiearbeit um an das Altwissen anzuknüpfen
Keine weiteren
Benenntraining, entsprechende Studien wurden im forum Logopädie veröffentlicht Erarbeiten von individuellen Kommunikationsstrategien, Umschreibungen, Vorbereiten von Sprechanlässen
selber zusammengestelltes Material z.B. aus der Aphasietherapie
Siehe zuvor genanntes bei Diagnostik Sonstiges
Arbeit am Lebenslauf mit Fotos und unter Einbezug der Familie, zur Motivation und um den Patienten anzuregen. Arbeit im Bereich Semantik, zur Verbesserung des Wortabrufs.
Eigenes Material, ich arbeite mit erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderungen. Hier ist die Demenz oft nur schwer zu erkennen.

Befragungen Bewohner, Pflegepersonal - um den Alltag am besten beurteilen zu können. Minimental Status
NAT
Bildergeschichten, Teile von Audiolog (seq. Speicherung), Wortfindungsübungen, Texte zur neurologischen Rehabilitation, Texte mit humorvollem / ironischen Inhalten
NAT Material: Übungen zu Wortfindung; semantische Relationen; Gedächtinistraining (visuelle Übungen)
Lieder, Alltagsbilder
generell Übungen zur Wortfindung, Übungen, die an die Vergangenheit erinnern - Dinge im Haus/in der Wohnung des Patienten oder Situationen über die ein Gespräch initiert werden kann, mit den Patienten singen
TAKTKIN Der Körper hat eine Art "Erinnerung" an bereits vorhandene oder langjährige Bewegungsmuster.
diverse
Neurovitalis, um das Geächtnis zu fit zu halten
Aufbau semantischer Felder zur multimodalen Unterstützung zentraler Begriffe aus dem jeweiligen Feld. Konzentrationstraining in verschiedenen Wahrnehmungsbereichen zur Unterstützung der Orientierung in Kommunikationssituation. Kommunikationsbücher aus der Aphasietherapie Weitere Kompensationstechniken wie z.B. Vignetten-zeichnen
Eigene, meist auf der Zusammenarbeit mit Angehörigen beruhend.
Parkinson-Übungsmaterial
Pro Genio -ähnlich der HOT

eigenes Material - kann besser individuell angepasst werden
Arbeit mit Gedichten und Liedern bzw. Musik, um vorhandene sprachliche Fähigkeiten zu aktivieren. Außerdem wieder Nutzung von realen Materialien, um besonders alltagstauglich für den Betroffenen arbeiten zu können.
Genogrammarbeit
Ilses Welt selbst erstelltes Material
keine
NFT Audiolog- Übungen -Aufmerksamkeit und Vigilanz Konzentration, Gedächtnis
Privatbilder, Kleingruppenarbeit, Spiele; besonders emotional ansprechende Materialien begünstigen die Kommunikationsbereitschaft
alltagsorientiertes Arbeiten / handlungsorientiertes Arbeiten/ an der Biographie des Patienten orientiertes Arbeiten/ Arbeit mit individuell erarbeitetem Kommunikationsbuch. Ganz unterschiedliche Inhalte und Herrangehensweisen je nach Zustand der Sprache und kognitiven Möglichkeiten des Patienten/ ich orientiere mich an den Wünschen, sprachlichen Möglichkeiten und emotionaler Ansprechbarkeit des Patienten. Außerdem berücksichtige ich in der Auswahl der Therpaieinhalte die individuellen alltäglichen Notwendigkeiten.
Individuelles Material, je nach einstigen Interessen des Betroffenen. Meist kommen auch Ideen von den Familienangehörigen.
patientenorientierter Ansatz, weil feste Verfahren für manche Patienten nicht geeignet sind.
kognitive Übungen

keine
eigene Erfahrungswerte
cogpak
-
VAT MIT
alltagsoriebtiertes training, einfache MAT- Aufgaben, Kau- und schluckanregungen bzw Kostanpassungen
eigene
Tiergestützte Therapie, Hier vor allen Dingen Förderung der Sprechfreude, Motivation und Animation, es zeigt sich eine deutliche Zunahme der spontansprachlichen Qualität und Quantität
Affolter-ähnliches Vorgehen, soziale Interaktion weckt Emotionen, Gedächtnis, Persönlichkeitsinseln
Lebenlauf orientiertes therapeutisches aktivieren
- KAS Kognitiv Ausgerichtete Sprachtherapie n. Dr. Heidler - div. Hirn- Leistungs- Trainings - Spiele
Biographiearbeit, situationsbilder,
Auch hier Materialien, die ich defizitrelevant und individuell effizient selbst entwerfe.
Ich arbeite Person- bzw. Patientenorientiert, d.h. ich versuche den kognitiven Stand zu erfassen und daraus Therapie- und auch Spielmaterial zu schaffen, das dem angemessen ist
Biografiearbeit, nicht zwingend als Album. Dieser Bereich scheint erfolgreich zu sein, laut aktueller

Studien.
Neurofunktionelle Reorganisation Padovan-Methode, da direkt mit dem ZNS gearbeitet werden kann und die Ergebnisse länger "halten".
NEUROvitalis Übungen zur Konzentration und Aufmerksamkeit
aphasische Materialien,
Gespräch auf Grundlage von Handlungsbildern mit verschiedenen Fragestellungen
Bild und Kartenmaterial, Schriftbild, Fotos, Lieblingsbücher, -spiele.... der betroffen Person, um auffiel Betroffene Person individuell einzugehen/ihr persönliches Umfeld miteinzubeziehen...
Wahrnehmungsmaterialien/ auditiv und visuell zur Unterstüzung
Keine, da ich dann im Bereich Gedächtnistraining arbeite.
Das Material wähle ich passend zum Patienten und seinen Interessen aus. Das ist sehr verschieden. Alltagshandlungen, Memorys, Quiz, Zuordnungen finden usw.
Bildmaterial, biographisches Arbeiten, Tagesabläufe, Urhzeit, Umgang mit Geld etc.
Alltagsorientiertes & patientenbezogenes material sowie Bhenadlung dementiell bedingter Schluckstörg.
Fotobücher der Familie, um Erinnerung an privates Umfeld zu erhalten
Übungen zur Verbesserung der Merkspanne für Wörter, Handlungsabläufe... Konzentrationsübungen
Realgegenstände aus der Wohnung; Sprache in Verbindung mit Bewegung oder Handlung (hoch-runter, links-rechts, Einkaufszettel schreiben: was fehlt im Kühlschrank?, kämmen, waschen, bügeln...); MIT; Biographiearbeit (Namen, Daten); Nutzung früherer Hobbys/Arbeit; Telefonanrufe; Zeichnen je nach Vorliebe; Tageszeitung und Nachrichten
Spielerische Aktivierung mittels Sprachspielen zur Aktivierung des Langzeitgedächtnisses

Eigenes Material, weil die Patienten in der Regel gerne damit arbeiten.
Zur Förderung der oftmals auch schlechten mundmotorischen Leistungen wende ich zusätzlich stimulierende Massagen nach C. Morales sowie Schallwellentherapie und Stimulation mit Eis an.
Die Probleme sind ja sehr vielfältig, zum Schluss kann es auch zu Schluckstörungen kommen, dann brauche ich das vocastimmgerät; Padovan-Methode wegen der Dyspraxie (auch beim essen), Training der kinäthetik; am Anfang auch Neurofeedback.....
Alltagsrelevante Themen, zB. Vorgangsbeschreibungen (falls noch möglich), Einbezug von Familienangehörigen, themenbezogene Interaktion (Hobby)z.B. Satzergänzungsaufgaben und der Versuch, in Kommunikation zu kommen / bleiben, je nach Schweregrad der Störung. Sehr wichtig scheint mir die Angehörigenberatung. Schriftliche Unterstützung scheint oft hilfreich zu sein (wie multimodale Stimulation)
Beratung der Angehörigen und des Pflegepersonals, Wortfindungs- und -abrufübungen
individuelle Übungen auf den Patienten zugeschnitten
meine eigene Erfahrung und aus der Situation entwickelnde Dinge
In der Klinik mit der systematischen Behandlung dementiellen Sprachabbaus zu beginnen, ist leider nicht möglich. Zumeist unternehme ich einzelne Übungen zur Wortfindung/ Bildbeschreibung/ zum Satzbau. Eine kontinuierliche Th. unterliegt dann meiner Meinung nach eher den Kollegen in der Praxis oder Kollegen die in Altenheimen arbeiten. Nur bekommt man für diese Th. zumeist kein Rezept...
Textarbeit, Texterfassungsstrategien Dialogcoaching PACE - Umschreibungsstrategien
musiktherapeutische Elemente
Eigenes Material: Fotoserien, manchmal individuell (aktuelle Fotos der Pat-Umwelt)

Wort-Bild -Materialien Zeitungstexte Lückentexte etc.
Verschiedene Gedächtnis- und wortabrufübungen, semantische Übungen... Situations- und alltagsorientierter therapieansatz nach i.weng Alltagsrelevante Kommunikationstherapie
Piktogramme, singen, Bildmaterial, Gerüche -> alles, was Erinnerungen wecken kann und somit einen Ansatz bietet
verschiedene Materialien vom Günther Storch Verlag , u.a. Sprachtraining für Senioren oder Übungen zum Hirnleistungstraining oder Training gegen Alzheimer von Wolf D Oswald oder von PRO LOG : Neuro Vitalis, Hast du Worte usw. Grund: schnell verfügbar , gut aufbereitetes Material Die Mischung mit aphasischen Symptomen ist oft gegeben bzw. nicht gut abgrenzbar!
Fotoerinnerungsalben Biographiearbeit Alltagsorientierte Therapie Angehörigenarbeit Singen
Persönliches/Angehörige
keine
Je nach Störungsschwerpunkt werden dementsprechend unterschiedliche Verfahren angewandt. Z. b. wird in meiner Praxis auch tiergestützt gearbeitet.
eigene Materialzusammenstellungen, die auf den Patienten zu geschnitten sind
Stengl, KIM Spiele, Lauer Hörtraining Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Aktivierung

Keine
selbst erstellte Übungsbögen und Bildmaterialien sowie automatisierte Sprache und Sprichwörterergänzungen, um Sprechfreude zu reaktivieren und die Kommunikationsfähigkeit zu erhalten bzw. zu verbessern
Fotobox von Prolog zur Verbesserung der Benennleistung
Bei Parkinson-Demenz habe ich mit LSVT gute Erfahrungen gemacht, wenn die Angehörigen bei der Therapie dabei waren.
verschiedenes Bildmaterial, Aphasiekoffer von Prolog
Gedächtnistrainingspiele wie Memory
andere Therapiematerialien, die zur Therapie der Aphasie benutzt werden (z. B. auch Bildmaterialien), in Abhängigkeit von Schweregrad und Symptomatik des Pat.
im Kontakt sein, das bedeutet, mit dem Patienten mitzuschwingen und ihm keine Verfahren "überzustülpen".

Frage 14: Haben Sie bereits eine oder mehrere Fortbildungen zum Thema „Logopädische Therapie bei dementiellem Sprachabbau“ besucht?

Ja	Nein
121 (28,21 %)	308 (71,79 %)

Anhang - Tab. 4: Angaben zum Besuch einer Fortbildung gesamt (absolute Zahlen und in Prozent)

Frage 15: Welche Fortbildungen haben Sie besucht? Was haben Sie für die Behandlung von Menschen mit dementiellem Sprachabbau gelernt? Was ist noch offen geblieben?

Welche Fortbildungen haben Sie besucht?

Heidler: Sprache und Schlucken, Diagnostik und Therapie (genau????)
Kognitives Training
Dr. Heidler
Maria-Dorothea Heidler
dbl- Landesfortbildungstag
Kognitive Dysphasien bei Dr. Heidler Neurovitalis Demenz und ihre zahlreichen Facetten
Schlucken und Demenz, DD Aphasie Demenz, Integrative Validation
4h Fortbildung
Neurovitalis
Ambulante Sprachtherapie bei geriatrischen Patienten - DD Demenz-Aphasie (Dr. M.-D. Heidler) Kognitive Dysphasien (Dr. Heidler)
Kognitive Dysphasien
Aufmerksamkeit, Gedächtnis& CO: Neuropsychologie für Sprachtherapeuten / Herbert König Ausbildung zur Fachtherapeutin für kognitives Training nach nach F. Stengel
Logopädie in der Geriatrie (Torsten Bur)
So viele, dass ich sie jetzt unmöglich alle aufzählen kann. Es gibt weniger spezielle Fortbildungen, aber man entnimmt anderen Seminaren schon mal ein bischen was, was für die Behandlung von Kommunikationsstörungen oder Dysphagien auch bei Demenzpatienten weiterhilft.

Validation, Kommunikation bei Patienten mit Demenz
Diverse Veranstaltungen bei Prof. Schecker, Neuroling. Labor Freiburg, Seminar M.-D. Heidler. Vorträge Prof. Wallesch, Freiburg, Prof. D. Lutz, Gernsbach, Seminare bei den Würzburger Aphasie-Tagen, etc.
Kognitiv ausgerichtete Sprachtherapie von Dr. Heidler
Alzheimer Tag Klinikinterne Fortbildungen Aphasie Tage Bad Liebenstein
kognitive Dysphasie bei Frau Heidler Seminare bei Heike Grün geriatrische Logopädie bei Prolog, diese Weiterbildung umfasst zahlreiche Semiare mit verschiedenen Schwerpunkten, z.B. Validation, Parkinson, Systemische Therapie, palliative Th. etc, kann auf der homepage von Prolog angeschaut werden
Neurovitalis
Diagnostische-Unterscheidung von Aphasie und Demenz mit Hilfe des AAT und weiterer Diagnostik-Materialien. Fortbildungen zu Dysphagie und dementieller Erlebniswelt
- Akademie für kognitives Training nach Franziska Stengel: Symptomorientiertes kognitives Training - Frau Dr. Heidler: kognitive Dysphasien - Angehörigenberatung: Begleitung, Hilfen und Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige dementer Patienten - Seminare zur Dysphagietherapie mit dementen Patienten
Bei Frau Dr. Sachweh
Dr. Knels Sprach und Komm.-Störung bei demenziellen Syndromen Juni 2012
Inhalt von Fachtherapeut für Neurologie
Eintägiges Seminar zum Thema " Umgang mit Demenzpatienten "

Modak
Dr. Med.Eva Kalbheim Demenz Differenzierungen Testverfahren Dysphagie bei Demenz
Mirco Hiller Schluckstörungen München UNI Symposium Arbeitsfeld Geriatrie;
Frau Dr Heidler , Herausforderung Demenz; integrative Validation; Dr Sachweh verbale und nonverbale Kommunikation
allgemeine ärztliche Vorträge über medizinische Grundlagen; Vortrag über kognitive Dysphasien; Vortrag über Diagnostikverfahren; Weiterbildung zum Gedächtnistrainer
diverse Vorträge bei GAB Tagung bzw. bei freien Vortragsreihen; Vervolgen von Veröffentlichungen (Tagungsbände; Fachartikel)
Vorlesung in Schwerin bzw. Vortrag eines Neurologen, der sich nur mit Demenz beschäftigt hat
Maria Dorothea Heidler, Sprechen und schlucken bei Demenz.
Sprach- und Schluckstörung bei Demenz
Vorträge über PPA bei Stefanie Abel, Vortrag über Diagnostik bei Mirijam Lehmann & Maren Dretzko (Aachen --> Fragebogen zu kommunikativen Fähigkeiten) & Fortbildung über kognitive Dysphasien bei Maria Heidler
Kognitive Dysphasien (also nicht nur für Demenz) Sprach- und Schluckstörungen bei Demenzen Aphasie oder Demenz? Logopädie in der Geriatrie Validation nach Feil
Neurovitalis
Frau Dr. Heiderer zu "Kognitiven Dysphasien"

Dysphagie bei Patienten mit Demenz (Kölner Dysphagiezentrum) Logopädie bei M. Parkinson (Frau Christine Gebert)
Modak, Fachkongresse, Vorträge von Selbsthilfeorganisationen
Logopädie und Demenz, Prolog Fachtherapeutin Kognitives Training
BAD GÖGGING
MODAK bei Luise Lutz
Ergo- und Logo bei demenz, umgang mit demenzielle patienten im heim
Delir bei Demenz
Kognitive Dysphasie, Dr. Maria- Dorothea Heidler Neurolinguistisches Labor Freiburg, Prof Schecker Prof. Dietmar Lutz, Chefarzt Neurologie Reha Gernsbach
Frau Heidler
-Kognitive Dysphasien -Kognitiv orientierte Sprachtherapie
Unterscheidung von Aphasie und Demenz in der Diagnostik (Die Fobi hieß etwas anders, o. g. war aber das Hauptthema)
Allg. Info zu Demenz, Ansatz nach Fr. Dr. Heidler,
Dr. Heidler
Vom dbl, jedoch von geringem umfang.
Logopädie in der Geriatrie

geplant: Fachtherapeut geriatrische Logopädie (2014-2015)
Sprach und Schluckstörungen Bei Demenz
Zusatzqualifikation zum Kognitives Training nach Stengel Fortbildung zur DD Aphasie vs. Demenz
Logopädie und Demenz Kognitive Dysphasien
dbl
div. Vorträge
Validation bei Naomi Feil Weiterbildung als Gedächtnistrainerin
"Der dementielle Patient in der logopädischen Praxis" (Mandy Oesterlein)
Fobi von Dr. Maria Heidler
Seminar des dbl bei Jahresfortbildungstages in HD bei M.- D Heidler
Logopädische Therapie bei Demenzerkrankungen Neurodegenerative Erkrankungen
- Integrative Validation nach Richard - Kurzfortbildung Kognitive Dysphasie (Heidler) - Demenz-Block auf dem Kongress des Dt. Bundesverbandes für Logopädie e.V. - + Eigen"studium" über Literatur (ASTRAIN, TANDEM)
Schluck- und Sprachstörungen bei Demenz (Heidelberg)
Alzheimer und Demenz im Kontext Logopädie
Umgang mit Demenz Anleitung für Angehörige
Unterscheidung Aphasie und Demenz

Modak
Sprache und Demenz, Uni Potsdam Formen von demenziellen Erkrankungn
Musiktherapie - Demenz Lachjoga
Sprach-und Schluckstörungen bei Demenz mit frau Dr.Heidler
München, 2011 Symposium der akademischen Sprachtherapeuten, seminar zur angehörigenberatung
kognitive Dysphasien, Dr. Heidler
TGT - Tiergestützte Therapie
kognitive Dysphasien vs. Aphasien, Logopädie bei M. Parkinson, Ergoth. bei Demenz
bisher nur pflegebezogene Fortbildungen für dementiell Erkrankte Patienten, z.B.: validierende Pflege, Lebenslaufbezogene Pflege, privat 10 Jahre Alzheimerpflege, beruflich 1,5 Jahre als Pflegefachkraft mit Leitungsfunktion im Pflegeheim
Kognitive Dysphasien
Puh, das war in den Staaten an der NU Chicago. Genaue Bezeichnung weiß ich nicht mehr.
- Kognitive Dysphasien - Herausforderung Demenz: Management von Sprach- und Schluckstörungen - Aphasie oder demenzbedingte Sprachstörungen?
Kognitive Dysphasie
Differentialdiagnose Aphasie- Demenz
Symposium "Kognitives Altern - Chance und herausforderung"

Dysphasie (Frau Heidler) Kommunikation ohne Worte Demenz versus Aphasie (Andrea Schulze-Jena)
MODAK, NAT, diverse weitere Seminare zum Thema Aphasie, Gedächtnisverlust, usw.
1997 Validation 1999 MODAK ca. 2010 Wenn Sprache zerfällt
Kognitive Dysphasien , Dr. M-D. Heidler
Sprachstörungen bei Demenz bei Heike D. Grün
MODAK
Schulze- Jena: Kognitive Dysphasien
Vorträge/ Workshops z.B. auf der gab-Tagung Treffen deas Arbeitskreises Demenz des dbl
Heidler: Herausforderung Demenz
Aphasie oder Demenz? Hinweise in der sprachlichen Diagnostik - Andrea Schultze-Jena Sprachabbau bei dementieller Entwicklung
Die Fortbildung wurde im Christophsbad in Göppingen abgeboten Leider weiß ich den Namen der Dozentin nicht mehr.
Aphasie oder Demenz bei Frau Schultze-Jena
Demenzfortbildung Ingenium
Musiktherapie im Alter, Jahresfachtagung Logopädie dbl 2013
Fachtherapeut für Kognitives Training nach Dr. I. Stengel M.-D. Heidler: Differenzialdiagnostik Demenz vs. Aphasie

Kognitive Sprachtherapie
Kognitive Dysphasien,Heidler Aphasie und Demenz, Schulze-Jena Morbus parkinson in der Logopädie,Gebert
Demenz und Aphasie- Differenzialdiagnostik und therapeutische Konzepte bei Andrea Schultze-Jena.
TAnDem eigenes Erleben in der Familie Neurovitalis
Logopädie und Demenz im Rahmen des berufsbegleitenden Bachelorstudiengangs

Was haben Sie in der Fortbildung gelernt?
Wichtigkeit, schnelle und frühe Diagnosestellung, reversibel, irreversibel erkennen, Angehörigenberazung, Annehmen der Menschen in ihrer Weltsicht, Ich bestimme, wo es lang geht
episodisches Lernen wichtig semantische Fehler,weniger syntaktische Fehler
differenzierte Betrachtung von Alzheimer Demenz und anderen Formen, insbes. reversiblen "Demenzen" Grenzen meiner Tätigkeit zu akzeptieren
so einiges!
Schwerpunkt Validation
Grundlegende Fragestellungen der Methodik und Wissen zur Demenz
Demenzformen, Kompetenzerhalt,

semantisch-lexikalische Übungen, Bildkarten, kurze Texte im Frühstadium Umgekehrt symptomorientiertes Training (u.a. biographisches Wissen unterstützt durch Fotos, Schriftstücke,...)
Das spielerische Training von kognitiven Funktionen wie Konzentration, Wahrnehmung, Informationsverarbeitung, Denken, Sprache und allen Gedächtnisfunktionen
Am meisten in Erinnerung geblieben ist mir einerseits die differenzierte Betrachtung zur Frage PEG-Anlage "ja"/"nein", sowie die erorderliche Akzeptanz eigener therapeutischer Gerenzen, insbesondere in Bezug auf den Umgang mit an Demenz Erkrankten
Einiges - was möchten Sie wisssen? Ein Hauptaugenmerk lag sicher auf dem Bereich Ernährungsstörungen/Schluckstörungen, ein anderer eher im neurophysiologischen Feld oder im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen, auch mit geistig behnderten Menschen, die eine Demenz entwickeln.
sprachliche Zugangsmöglichkeiten und Mittel zur verbalen Motivation
Der Übergang mentiv - dementiv ist fließend. Charakterliche Eigenarten eines Betroffenen spitzen sich zu.
umgekehrt symptomorientiert zu arbeiten, hilfreiche Übungsansätze
man kann logopädisch etwas tun
Tandem und Validation passt am Besten zum Störungsbild und stellt einen sehr praktikablen Ansatz für die Bahandlung dar
Ziele und Herangehensweise unterscheiden sich von der klassischen logopädischen Therapie erheblich, therapeutischer Standpunkt ist anders
Je früher was dagegen getan wird, desto größer kann der Erfolg sein!
Wie sie fühlen, kann ihre Ängste und Bedürfnisse jetzt besser nachvollziehen und verstehen. Habe

gelernt, dass ich ihnen Kompensationsstrategien und Alltagshilfen vermitteln,aber sie auch spachkognitiv trainieren muss
Erhalt von Sprache und Kommunikation als Möglichkeit der Teihabe können vor allem über Ausschöpfung und Anregung der erhaltenen Ressourcen unterstützt werden. Wichtig ist vor allem der sprachanregende Rahmen, der dem Patienten Vertrauen gibt, sich zu probieren.
Wortfindungen verlaufen anders als bei Aphasikern, Patienten sind leicht ablenkbar,Die emotionale Ebene muss stimmen. Patienten können schlecht Wünsche äußern
Vieles. Vor allem das es mehrere Demenz Formen gibt. Logopädisch relevant die PPA. Die FoBi war sehr gut!
/
Therapie ist nicht gleichzusetzen mit der Aphasietherapie. Im fortschreitendem Stadium ist die Angehörigenberatung sehr wichtig.
Das es sehr wichtig ist, den Patienten ihren Alltag mit Therapie zu unterstützen, sowie die Angehörigenberatung.
differenzialdiagnostik
Vorhandene Kompetenzen aufzugreifen nicht defizitär arbeiten Biografiearbeit ist wichtig; Orientierung im nahen Lebensumfeld entscheident; Schlucken zu können, Nahrung aufnehmen zu können bedeutet Lebensqualität
Ressourcen nutzen, Biografie Arbeit, Schriftsprache nutzen, semantisch arbeiten
Abprüfung mit Hilfe des Cookie-Theft-Bildes; Grundlagen im Umgang; tieferes Verständnis für die Problematik
z.B. sprachliches Abbauprofil abhängig vom Demenztyp; Info über sensitives Diagnostik-Material; Darstellung des sprachlichen Abbauprofils ím Zusammenhang mit Sprachverarbeitungsmodellen;

Zusammenhänge des sprachlichen Abbauprofils mit Gedächtnissystem und weiteren kognitiven Einflüssen Informationen über geeignetes / altersgerechtes Therapiematerial Angehörigenberatung
Viel Nähe und Vertrautheit aufbauen, keine Komplexität zulassen, die Verwirrung, die dann eintritt, hemmt den Therapieverlauf massiv. Ruhe und Zeit ist sehr wichtig, die Patientin benötigen sehr lange zum nachdenken, schweifen ab usw. Regelmäßigkeit (derselbe Wochentag, dieselbe Uhrzeit). Das sind die Dinge, die mir so spontan und direkt dazu einfallen.
war eher theoretisch angelgt
- Validation ist das A & O - Sprachtherapie macht auch bei diesem Krankenheitsbild Sinn
Geduld Zeitnehmen Inhalt vor der Form Teilhabe ist wichtig zum Erhalt
welche Typische Phasen in der Degeneration gegeben sein können; welche psychische Aspekte, welche körperliche Änderungen. Dass man die Demenz in der ersten Phase noch verzögern kann, gerade dann wenn die Person depressive Verstimmungen hat weil er weiß was mit ihm los ist. Dass viele Personen deswegen Therapien ablehnen und sich sozial zurückziehen. Welche kompensatorische und adaptive Strategien möglich sind. Wie man generell auf Personen mit Demenz eingeht.
nicht-symptomorientiertes Vorgehen
GANZHEITLICHE BEHANDLUNG, RESSOURCENORIENTIERT, FREUDE UND LACHEN IM ZUSAMMENSEIN
Strukturiertes Vorgehen.
Immer offen bleiben für den Moment. Jeder Mensch ist anders,
differenzierte Diagnostik ist notwendig; Umfeldarbeit ist wesentlich;

Zusammenhang zwischen kognitiven Funktionen und Sprachverarbeitung als komplexes dynamisches System
In der Frühphase kann noch gut mit den Patienten direkt gearbeitet werden, danach geht es dann hauptsächlich mehr um die Beratung des Umfeldes wie Pflegekräfte und Angehörige oder Mitbewohner
Keine Überforderung, hoher Alltagsbezug, falls möglich Einbeziehen der Angehörigen/Beratung der Angehörigen, Unterstützung aus der Biografie des Patienten holen (Fotos, Bücher, Erinnerungen an Vergangenheit etc.)
Dass es wichtig ist, die Angehörigen zu stützen. Darauf lege ich ehrlich gesagt, den Schwerpunkt. und ich nutze alle Möglichkeiten, nicht nur logopädische, im Gespräch mit den Patienten zu bleiben, bilde mich in Kunsttherapie fort und arbeite mit theaperpädagogischen Mitteln.
Lediglich diagnostische unterscheidungskriterien, keinen therapieansatz.
leider noch zu wenig
- Überblick über sprachtherapeutisch relevante Demenzformen - Neuropsychologische Instrumente der Demenzdiagnostik - Sprachtherapeutische Differenzialdiagnostik - Therapeutische Prinzipien und Angehörigenberatung - Dysphagie-MAnagement bei Demenz - Therapie: Was ist nützlich? Schuung von Pfelgekräften, ANgehörigen, geeignete Kostformen - Lebenswille, ethische Fallbesprechungen, wenn Nahrungsaufnahme ora nicht mehr möglich ist
Aktivierung der geistigen Fähigkeiten führt zu einer Verlangsamung der Progredienz.
Umgang , ganzheitlich Begleitung degenerative Sprachstö. Reality Orientation
lohnt sich. funktionell: Ziel, Funktionen länger zu erhalten. Teilhabe- und patientenorientiert arbeiten.
Ihnen eher auf der emotionalen als auf der kognitiven Ebene begegnen

Bedeutung der biografischen Arbeit
Viel Theorie über versch. Formen der Demenz, ebenso diagnost. Möglichkeiten, etwas Therapie, Angehörigenberatung
sehr viel, lässt sich hier kaum darstellen: Differentialdiagnostik, Pathologie, Behandlungsmöglichkeiten, dass es überhaupt auch reversible Demenzen gibt.
War nur kurzes Seminar, verschiedene Störumngsbilder, Testverfahren und Therapie wurde angesprochen, war sehr geballt, Vertiefung war / ist noch notwendig;
Ich habe gelernt speziell die anfängliche Demenz von einer Aphasie abzugrenzen. Zusetzlich habe ich erkannt, dass es gewisse Punkte gibt, in denen man abwegen muss ob eine weitere Therapie einen Sinn und Erfolg hat. Zusätzlich in Rollenspielen sprachliches Bild des Therapeuten erlernt, da man leider sehr oft dazu neigt in eine einfache kindliche Sprache zu fallen.
- anderer Therapieansatz / andere Sichtweise als bei Aphasie-Therapien > ressourcenorientiert, kommunikationsorientiert, alltagsorientiert, verstärkte Angehörigenarbeit - Einbeziehung der emotionalen Ebene
Die Wahrnehmung der Welt wird durch die Sinnesveränderungen und den kognitiven Abbau absolut anders erlebt
Erweiterung und Bestätigung sozioemotionaler Kompetenzen. Testverfahren. Astrain Therapie Anriss neurolog. aktueller Forschung u.v.m.
Zusammenarbeit der Betreuer Stadien der Erkrankung
Unterscheidung verschiedener Demenzformen
Kommunikationsfähigkeit im Alltag
Forschung, bildgebende Verfahren und Therapieerfahrungen tragen zur genaueren Erkennung und

Beschreibung der Demenz und ihrer Formen bei, jedoch gibt es wenig Valides. Verschiedene Therapieansätze nutzen. Arbeit mit Betroffenen erfordert, sich von gewohnten Therapiewegen zu lösen und sehr individuell zu arbeiten.
Viel Integrative Zusammenarbeit mit Angehörigen,und Pflegepersonal.Über Erinnerungen, Lieder, Erzählungen aus dem Alltag den Zugang zur Sprache bekommen um somit einem Abbau zu verlangsamen. Auch Rollenspiele einzusetzen,manchmal so tun als ob...
Grundlagen, Schwierigkeiten der Testverfahren, ansprechendes "Therapiematerial" zur erinnerungsarbeit
wäre zu unfangreich, hier aufzuzählen. Es sind jedenfalls keine Aphasien. Es gibt sehr unterschiedliche Formen und Ausprägungen.
Einsatz eines Therapiehundes im Rahmen der dementioellen Sprachstörung, Auftrainieren des Hundes für bestimmte, individuelle angepasste Interventionen
Ganzheitlichkeit, Stimmung, Gefühle wecken wichtiger als kognitiv orientiertes Defizittraining, Nesteln ist ein Schrei nach Sensi-Input, man will klatschen,etc. und weiß nicht mehr wie.
"Inseln des Erinnerns", "synaptische Levelreizschwellen", "häufig auch dementielle Erscheinungen durch zu geringe Trinkmenge", "Verarbeitung für Musik oft noch sehr lange und gut erhalten, auch für Liedtexte", "Hirnleistungstraining kann dementiellen Abbau kognitiver Leistungen deutlich hinauszögern, dafür ist dann aber ein frühzeitiges Diagnose erstellen unumgänglich", "ausreichende vielseitige Ernährung ist neurophysiologisch emminet wichtig", "klare Tagesstrukturen mit regelmäßigen Zeiten und Abläufen, die gut erkennbar und gegliedert werden", "Rituale geben Sicherheit"
- erkennen der unterschiedlichen Ursachen, v. a. bezüglich Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutive Funktionen u. weiterer kognitiver Teilleistungsprozesse
Dass kein Patient wie der andere ist und sich Demenzpatienten meiner Meinung nach nicht in standardisierte Therapie- oder Testkonzepte klassifizieren lassen.

Welche Antwort wird bei dieser Frage erwartet??? Wiedergabe der Seminarinhalte??? Die Seminare waren sehr umfangreich und hatten neben der logopädischen Behandlung auch das Krankheitsbild Demenz / Ursachen zum Inhalt.
Therapiemethoden
Ansatz über Alltagssprache, Validation
systemische betrachtung der demenz im gesundheitswesen und maßnahmen zur rehabilitation
Annahme; Einsteigen in die Welt des Demenzkranken; auf Hinweise des Patienten achten und übernehmen;
Individuelle Behandlungsinhalte sind wichtig.
Mit ihren Resourcen zu arbeiten.
Ansatz der Therapie ist ressourcenorientiert Es sind keine Fortschritte zu erwarten, Therapieziel ist möglichst langer Erhalt kommunikativer Fähigkeiten
meiner Ansicht nach wesentliche Unterschiede zum Umgang mit dementen Patienten vs. aphasischen Patienten; Unterschiedliche Zielsetzungen.Mögliche Methoden der therapeutischen Intervention
Frage ist zu unspeziefisch
- einiges zur Differentialdiagnose dementieller Sprachabbau- Aphasie - Alltagshilfen für Pat. mit Demenz (Alben, Türschilder, ...)
Kann ich nicht beantworten, ich lehre, behandle z.Z. selber keine Pat.
Im Gegensatz zu Aphasie ist bei Demenz eher das Ziel das Hinauszögern einer Verschlechterung bzw. der Erhalt alltagspraktischer und sozialer Kompetenz, Angehörigenarbeit in noch höherem Maße nötig
~Man kann viele Materialien aus der aphasie-Therapie anwenden ~Andere Therapie-Ziele

~Viel Kommunikations- Semantik- und WoFi-Übungen ~ viel beziehungsarbeit ~ man kann viel bewirken und Verschlechterung lange hinauszögern ~Angehörigenberatung und -Mitarbeit ist sehr wichtig ~...
Leider nicht so viel. Testverfahren und interdisziplinäres Arbeiten
Differenzialdiagnose Aphasie-Demenz Diagnostikmöglichkeiten und Therapiemöglichkeiten bei Demenz
Zuwendung und Kontinuität ist wichtig
Umgekehrt symptomorientiertes Arbeiten Alle Sinne ansprechen Gruppenarbeit ist sinnvoll
hauptsächlich Diagnostik
Funktionale Kommunikationskonzepte und integrative Therapieansätze anwenden, d.h. serielles Vorgehen,Redundanz und Simplifikation. Desweiteren auf Tagesform eingehen, d.h. pat. da abholen, wo er gerade steht. Angehörige beraten und einbeziehen.
ressourcenorientiertes Arbeiten, ganzheitliche Stimulation, keinen druck aufbauen, den Patienten inseiner Wirklichkeit belassen.
Themen wählen, die von Bedeutung sind für den Patienten. Nicht an den Defiziten arbeiten, sondern die Resourcen finden und daran anknüpfen. Nonverbales ist auch Sprache, Arbeit mit den Angehörigen ist wichtig.

Was ist in der Fortbildung noch offen geblieben?
wie komme ich wirlich an die richtige Diagnose, brauche ich die eigentlich für meine Arbeit, eigentlich merke und weiss ich doch, wie ich diesen Menschen gut erreiche
Die Frage, warum es in der Sprachtherapie keine Indikationsschlüssel für Demenz gibt.
Überzeugung der verschreibenden Ärzte
Dysphagie und Demenz
u.a. Therapie der Schluckstörung im Endstadium
Bezug zur Arbeit im Akutkrankenhaus, Möglichkeiten der Intervention
Nichts
-Inwiefern bei Menschen mit dementiellem Sprachabbau die Arbeit an Exekutivfunktionen Voraussetzung bzw. unverzichtbarer Bestandteil von sprachtherapeutischer Arbeit sein sollte und ob/inwiefern wir dies als Logopäd_innen leisten können -Wie wir zwischen den unterschiedlichen sprachlichen Störungen diagnostisch unterscheiden können (z. B. primär progredient vs. semantisch etc.) - hierzu gibt es bisher meines Wissens nach keine (standartisierten) Testungen wie überhaupt an spezifischen Testungen für die ältere Patient_innengruppe mangelt. - Empfehlungen für Frequenz, Dauer, Umfang etc. (Leitlinien fehlen!) -Welche Elemente eine realistische und sinnvolle Angehörigenarbeit aus logopädischer Sicht beinhalten sollte. -Wie wir den Anforderungen der Teilhabe aus ICF-Sicht mit dementiell Erkrankten am ehesten gerecht werden können
Fortbildungen, die auf einem hohen Niveau ansetzen im Zusammenhang mit Demenzpatienten und auch die Neurophysiologie und Neuropsychologie beinhalten.
viel
Therapeutisch wirksame Maßnahmen

welche Ansätze wann wirkungsvoll sind, standartisierte Diagnostik
was kann man noch tun
Differentialdiagnose bei Schlaganfall
man lernt nie aus, aber im Moment bin ich ganz gut bedient
Ich würde gern differenzierter zur Aphasie etwas in der Hand haben wollen.
Bestimmt Vieles. Es gint sicherlich noch viel zu forschen.
Gute Diagnostik gutes Therapiematerial
Wie gestalte ich die Weiterbehandlung? Wenn der Abbau fortgeschritten ist, sind die Patienten meist aus der Behandlung raus, weil auch von Angehörigen keine Besserung erwartet wird und auch Ärzte noch nicht viel über Form und Verlauf der Behandlung wissen.
Therapiekonzept
Mir reicht das Material , was zur Zeit angeboten wird noch nicht aus und Fortbildungen sind auch noch selten. Die Logopädie steht hier wohl noch am Anfang !
Differenzierte Ansätze,welche nicht ausschließlich aus der Aphasietherapie entlehnt werden.
Offen geblieben ist, dass die Demenz, als isolierte Erkrankung keine logopädische Indikation darstellt und damit von Logopäden nicht behandelt werden darf.
spezielle therapeutische Möglichkeiten
Studien über Therapieeffektivität / Beeinflussbarkeit der Progredienz
Die eigene Frage an mich: konnte ich helfen und etwas verzögern? Hat es dem Patientin wirklich geholfen oder war das alles für die Katz´? es werden keine Therapieerfolge sichtbar, ganz im Gegenteil. Es verschlechtert sich ja doch... und trotzdem, ich arbeite sehr gerne mit Demenzerkrankten. Sie sind oft sehr direkt in ihrem emotionalen Verhalten.

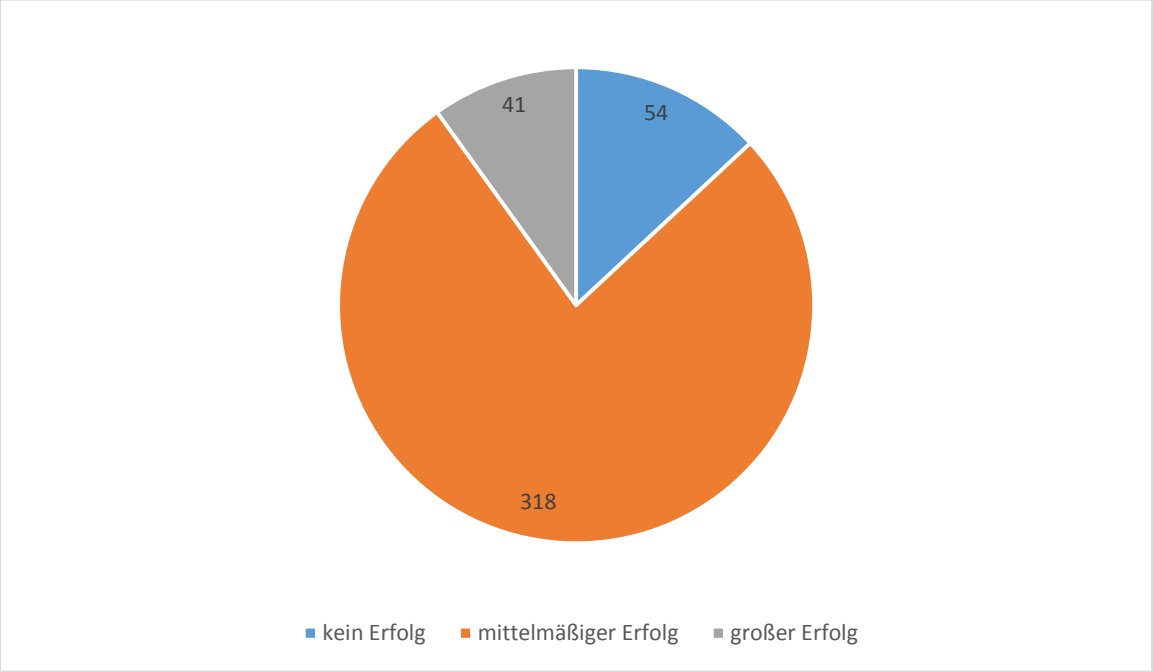
Effinzienz der methoden in bezug zur Demenz
- Wann ist die Grenze für logopädische Therapie erreicht? - Therapie von Schluckstörungen bei Demenz
oft der liebevolle oder adäquate Umgang, den Menschen auch als Menschen wahrzunehmen
Handling schwieriger Situationen (wie Agression, Weinen etc.
Erfahrung mit den Patienten
Wie große die Behandlungseffekte sein können, wie viel Sinn es macht!
NICHTS
Umgang mit den Patienten und deren Angehörigen , wenn ein größerer Schub erfolgt ist.
Die Wichtigkeit der Angehörigen srbeit und Beratung
weitere logopädische Therapieansätze
Einfluss von hirnorganischen psychiatrischen Störungen auf die Sprachproduktion
Die Patienten bekommen oft in einem sehr späten Stadium der Erkrankung eine Verordnung, wobei es dann eher um Schluckstörung im Rahmen der Demenz geht. Wie kann erreicht werden, daß die Patienten schon viel früher logopädische Behandlung bekommen, um die Symptome noch bei relativ guter Kognition zu erreichen?
Hilfen zur Stabilisierung des Erlernten, Ideen zur sprachlichen Stimulierung bei Patienten in Pflegeheimen,
Alles.
vieles
Kognitive Dysphasie spezielle Verfahren zur Diagnostik und Therapie
Viel Praxisarbeit

bin gerade nicht sicher, wie die aktuelle Studienlage ist (evidenzbasierte Verfahren)
Abgrenzung Aphasie und Demenz Therapeutisches Vorgehen bei Aphasie + Demenz
* Nennung konkreter, realistischer Therapieziele * Was kann ich ich tatsächlich WIE in der Therapie erreichen?
auch viel: Belege für wirksamere Therapien, Sinn von Therapien bei bestimmten Formen und Stadien der Demenz, Zuständigkeiten bestimmter Berufsgruppen
Besonderheiten in der Therapie, in Abgrenzung zu Aphasie
Gerne hätte ich noch eine Art Schnelltest der Demenz, die einem Logopäden ermöglicht, einen Verdacht der Demenz noch schneller abzuklären und gegebenfalls mit Hilfe des Arztes weitere therapeutische Maßnahmen einleiten zu können.
mehr Möglichkeiten für Kurzzeitige Therapien i. R. der Krankenhausbehandlung (Therapieansätze sind für Langzeitbetreuung, es fehlen mehr kurzzeitige Interventionsmöglichkeiten)
Noch mehr Therapiestützpfeiler und Methoden
Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung
vieles!!! Therapieansätze
vieles
Vertiefung von Ursachen, spezifizierung der Arten von Demenzen und ihre Auswirkungen auf das Sprachsystem. Handreichungen für Diangostik und Therapie fehlen.
Wie offen stehen die Ärzte dem Thema gegenüben. Gibt es genügend Argumente den Arzt von der Notwendigkeit zu überzeugen die VO für demenzkranke Patienten auszustellen.
spez Anleitung , Nahrungsangebote reizvoller und geschickter im klinikalltag zu gestalten ; abgrenzung zw Therapie und Begleitung

Messfaktoren für Auswirkungen von Zufriedenheit eines Patienten nach der Therapie auf seine alltagsfähigkeiten
Es ist für mich noch schwer, das Ende der Therapievoraussetzungen zu finden- aber da es ja in späteren Stadien keine Verorndungen mehr gibt, muss ich diese Frage nicht beantworten.
Wie umgehen mit der Verlangsamung, der Inkontinenz, dem repetitiven Verhalten in unruhiger Umgebung unter Zeitdruck, in räümlich beengten Verhältnissen. Wie der Krankenkasse abzählbare gesteigerte Leistungen im Wochentakt bieten bei durchschnittlich 3 Wochen Verweildauer?
wie kann ich therapeutisch wirksam vorbeugend gegen z.B.: Alzheimer vorgehen, wenn dies vom Patienten und der umgebenden Familie negiert und herunterspielend abgewehrt wird, für Laien aber bereits erkennbar ist?
Welcher Patient erwartet mich morgen?
???
?
Patienten werden oft in Heime eingewiesen, obwohl das in keinster Weise gewünscht wird und förderlich ist. Es fehlen Möglichkeiten der Versorgung zu Hause oder bei den Kindern. Abfallende Stimmung und zunehmende Traurigkeit, Gewichtsabnahme sind im Heim dann auffällig.
Mögliche Prognosen
Wie ich mit den Patienten umgehe, die ihre Defizite leugnen, aber trotzdem bei mir in der Praxis sitzen.
Diagnostikmöglichkeiten
?
- für die Klinikarbeit konnte ich bis aus die Diagnostik nicht viel für mich herausziehen
s.o. das ich unterrichte, recherchiere ich selber viel.
Spezielle therapieansätze

Vieles :-) Standardisierte Testverfahren, eine Studie dass Logopädie bei Demenzpatienten wichtig ist, geeignetes Therapiematerial, Literatur.
fast alles
Therapiematerial speziell für dementiell bedingte Sprachstörungen, mehr interdisziplinäre Therapiekonzepte für Pat. in Einrichtungen.
Sprachsystematisches Material für Patienten mit beginnender Demenz.

Frage 16: Wie würden Sie den Erfolg Ihrer logopädischen Therapie für Patienten mit dementiellem Sprachabbau bewerten, vor dem Hintergrund, dass es sich um eine chronisch-progrediente Problematik handelt?



Anhang - Abb. 10: Einschätzung des Therapieerfolgs gesamt (absolute Zahlen)

Therapieerfolg Begründung
vielleicht verlangsamen des Verlaufs, Unterstützen der Angehörigen im Umgang, total wichtig, nicht nur in der Ansprache, sondern bei der Nahrungsaufnahme
Ich sehe den Sinn darin, dass man den Sprachabbau vielleicht nicht aufhalten kann ihn aber dennoch durch eine logopädische Intervention zumindest verlangsamen kann.
Auf Grund des schnellen ungünstigen Fortlaufs der Krankheit
Für den Patienten und die Angehorigen war es ein guter Erfolg, dass die chronisch-progrediente Problematik etwas gemindert wurde.
Da es mein erster Patient in diesem Berreich ist habe ich noch nicht sehr viel Erfahrung mit diesem Störungsbild...
Die Fortschritte sind stark vom Fortschreiten der Demenz abhängig. Unter Umständen können die Fortschritte nach kurzer Zeit wieder aufgezehrt sein.
Verbesserung der kommunikativen Leistungen je nach Stadium möglich, jedoch erschwerte Bedingungen und teilweise zähe Therapie
starke sprachliche und generell geistige Aktivierung der Patienten über Erinnerungsalben und Validation; Zuwachs an Lebensfreude durch Akzeptanz seiner / ihrer Lebensgeschichte
Es ist sehr wichtig erlernte Strategien auch den Angehörigen zu vermitteln. Lerneffekte sind zusetzlich abhängig vom Schweregrad der Erkrankung und sicher auch wie aktiv der Patient am Alltag teilnimmt. Demenzpatienten brauchen viel Stimuli von außen.
Es ist sehr wichtig erlernte Strategien auch den Angehörigen zu vermitteln. Lerneffekte sind zusetzlich abhängig vom Schweregrad der Erkrankung und sicher auch wie aktiv der Patient am Alltag teilnimmt. Demenzpatienten brauchen viel Stimuli von außen.
Oft scheitert's an der Weiterverordnung und der Mitarbeit der Angehörigen.
Nach einer Zwangspause von 6 Wochen (der Arzt war in Urlaub) gab es einen sprachlichen Rückzug, der sich jetzt allmählich wieder abbaut. Dennoch verbringt die/der PatientIn weiterhin viel Zeit damit, aus

dem Fenster zu schauen und "Hallo" zu rufen. Daher spreche ich nicht von einem "großen Erfolg".
Eventuell Verlangsamung des fortschreitenden Prozesses
meist kann man den Patienten nur dabei helfen, mit dem aktuellen Stand so umzugehen/zu akzeptieren. Leider kann man die Progredienz der Krankheit nicht aufhalten.
Häufig konnte dem Patienten und dessen Angehörigen der Alltag etwas erleichtert werden. Nachhaltige Erfolge scheiterten häufig an der mangelnden Motivation des Umfeldes.
Stabilisierung mgl.; Begleitung ist auf jeden Fall erfroderlich
Fortschritte schwer zu beurteilen;
Ein längerer Erhalt der sprachlichen und kommunikativen Möglichkeiten des Patienten kann gelingen. Entlastung und Unterstützung für die Familie im Umgang mit dem Demenzkranken
1. PatientIn und Angehörige fühlen sich ernst genommen und nicht allein mit dem Problem 2. Über die Ressourcenarbeit kann ich gezielter helfen, was oft auch bei den Angehörigen einen neuen Zugang ermöglicht 3. Die Patienten können aktiv etwas tun und fühlen sich dadurch besser - nicht so ausgeliefert 4. Wenn wir auch nicht heilen können, so können wir doch entgegensteuern 5. Rein menschlich profitieren die Patienten sehr!
Der weitere Verlust von Fähigkeiten kann durch die Therapie nicht verhindert, sondern nur verzögert werden. Durch externe Hilfen (z.B. Beschriftungen) können Alltagshandlungen/Wortfindung in Verbindung mit HOT länger erhalten bleiben. Biographisches Arbeiten fördert Selbsterhaltung. Angehörigenberatung und Unterstützung sind wichtig.
durch Biographiearbeit positive Auswirkung auf Selbstbild des Patienten, rein linguistische Therapieanstätze wohl weniger erfolgreich bei Progredienz der Erkrankung
Die Demenz ermöglicht nur in geringem Maße Langzeiterfolge, teils sind erarbeitete Ziele bereits nach

einem halben Jahr wieder auf dem Ausgangspunkt herabgefallen.
Patienten blühen mit der Therapie auf. Sie gewinnen an Selbstwertgefühl. Sie können auch mal etwas über sich erzählen, was sie sonst keinem erzählen können, auch wenn sich diese Dinge wiederholen. Durch die psychische Regeneration und das zurückerlangen des Selbstwertgefühls verbessert sich oft das Krankheitsbild und Symptome gehen wieder leicht zurück. Damit hebt man den Teufelskreislauf auf. Oft sind Angehörige sehr Überfordert mit dieser Erkrankung und benötigen ein Model um damit umzugehen. Somit kann man der ganzen Familie aus dem Teufelskreislauf helfen.
Die Verschlechterung der Symptomatik schreitet weiter voran, aber etwas langsamer und gedämpfter
Je nach Mitarbeit und Motivation des Patienten und der Angehörigen variiert der Erfolg der Therapie.
Der Erfolg der logopädische Therapie bei Pat. mit dementiellen Sprachabbau besteht darin, bereits bestehende Hirnleistungsstörung zu verbessern bzw. den weiteren Abbau kognitiver Funktionen zu verlangsamen bzw. zu verzögern.
Es können kurzfristig Verbesserungen festgestellt werden. Aufgrund geringer Therapiefrequenz (1-2 mal pro Woche) sind Erfolge nur in geringem Umfang ersichtlich.
Die Familien fühlten sich unterstützt, die alternativen Kommunikationsmittel und die Therapie von Ess- und Trinkproblematik sind den Familien eine große Hilfe. Die Lebensqualität des Patienten lässt sich so deutlich länger erhalten.
wie soll dieser Erolg meßbar sein?
Ein Verhindern der Progredienz ist uns nicht möglich, auch wenn sich dies viele der Patient_innen, v. a. im Anfangsstadium noch wünschen. Das Angenommem-Werden in der Therapie als vollwertige Menschen, das Thematsieren-Dürfen eigener und zunehmender "Defizite" ohne Scham sowie das explizite Erleben und Wahrnehmen verbliebener Stärken kräftigt und motiviert trotz Progredienz Therapie so lange wie möglich fortzusetzen. Meiner Erfahrung zeigt logopädische Therapie vor allem (aber nicht nur!) im Anfangsstadium Erfolg. Auch um noch "rechtzeitig" Strategien im Umgang mit weiteren Verschlechterungen an die Hand zu

bekommen.
Von Erfolg möchte ich in diesem Zusammenhang nicht reden. Die frühzeitige Behandlung sorgt dafür, dass Sprache und Kommunikation länger erhalten bleiben kann und den Prozess besten Falls verlangsamt. Das ist sicher ein großer Erfolg für den Einzelnen - denn je länger ein Stück Lebensqualität erhalten bleiben kann, desto besser für den Menschen.
auch wenn der progrediente Verfall nicht zu stoppen ist könne Funktionen oft gf. stabilisiert werden und über intensive Angehörigenarbeit neue Kommunikationswege angebahnt werden
spezifische funktionelle Leistungen nicht mehr stimulierbar, eventuell diffuse biografische Repräsentationen auslösbar. Interaktionelle Aspekte positiv
vor allem soll der Patient sich ernst genommen fühlen und den Umgang mit der Erkrankung verbessern können, also Kompensation als auch Krankheitsverarbeitung erfahren können sowie noch mögliche Fähigkeiten erkennen dürfen-Lebensqualität!
Sicherheit für die Patienten. Vorallem Erfolge auf der emotionalen Ebene, so lange, bis der Patient total verunsichert ist und immer mehr damit konfrontiert wird, was er nicht kann. Dann überlege ich zusammen mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen, ob es Sinn macht, die Therapie weiterzuführen.
DIe Patienten konnten alle ihre Sprachproduktion zum Anfangsbefund durch kontinuierliche Therapie verbessern und die sprachlichen Fähigkeiten konnten lange erhalten werden
Bisher konnte der weitere sprachliche Verfall abgepuffert und verlangsamt werden. Die Anleitung der Angehörigen spielt eine wichtige Rolle für die Aufrechterhaltung der Kommunikation.
Ich therapiere die primäre Störung und bekomme dann vom Arzt keine Folgebehandlungen wenn diese Behoben ist.
individuell verschieden, da häufig auch in Kombination mit weiteren neurologisch bedingten Sprach- und Sprechstörungen wie Aphasie, Dysarthrie,...
Weil Erfolg bei dem Störungsbild aus meiner Sicht nicht messbar ist, aber der Umgang der Angehörigen/ auch des Personals sich dadurch verändert hat

auch hier lässt sich keine pauschale Antwort geben. Manche Patienten, insbesondere wenn man sie in einem frühen Stadium erwischt, profitieren sehr, ebenfalls die Angehörigen. Bei anderen gelingt es lediglich, den Status quo eine Weile zu erhalten. Immerhin. Und bei den weit Fortgeschrittenen, wird es schwer, sie zu erreichen. Da geht am ehesten so etwas wie Musiktherapie.
In der Akutklinik steht häufig die Diagnostik von Sprachstörungen im Vordergrund. Eine Therapie meinerseits erfolgt nur bei leichter bis mittelgradiger Demenz. In der kurzen Zeit des Klinikaufenthalts von Patienten ist kaum eine Erfolgskontrolle möglich.
Es liegt auch immer daran, wie hoch man seine Ziele setzt, immer daran gedacht, dass auch die Patieten selbst eine Zielsetzung vor Augen haben.
Sprachbegabung lässt sich z.T. verlangsamen, Unterstützung und Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Familien, deutliche Verbesserung der Schluckstörungen
Es gab durchaus kurzfristige Erfolge, die das Geschehen etwas verlangsamt haben, bzw. die Pat. auch motivierten, und auch deren Angehörige wieder etwas positiver denken ließen.
Die Pat., die explizit wegen des dementiellen Abbaus kommen,sind schnell enttäuscht und führen die Therapie in der Regel nicht lange durch, weil sie nicht erfüllbare Erwartungen haben. Die Pat., bei denen die Demenz mehr unausgesprochen als "Multiinfarktgeschehen" oder ähnlich auf der Verordnung impliziert wird,sind zufriedener mit der Behandlung und empfinden sie als hilfreicher -weil sie sich erstens in einem früheren Stadium befinden und außerdem ihre Diagnose nicht kennen (wollen).
Eben vor dem Hintergrund einer chronisch-progredienten Erkrankung sehe ich es als großen Erfolg an, wenn ich erlebe, dass der Patient zufriedener ist, dass er stolz auf das ist, was er noch kann. Wenn es mir gelingt den Angehörigen Hifestellung zu geben, ihren Angehörigen besser zu verstehen und ihn zu unterstützen und ich sehe, dass sich die familiäre Situation entspannt, frue ich mich.
Die Therapieerfolge bleiben meist auf die Therapie beschränkt. Außer Pflegende Angehörige sind detailiert über Hilfestellungen informiert.
häufig ist die Behandlungsfrequenz zu gering.
Ziel ist meist nicht die Verbesserung, sondern die Stabilisierung des Status und der möglichst lange Erhalt aller Funktionen

Wir behandeln auch häufig nicht vordergründig wg Sprache sondern wg schlucken, sprechen etc
Mangelndes wissen und Material
Die positiven Reaktionen meiner Patienten auf die Therapie, besonders beim Einsatz meiner Therapiebegleithündin.
der Verlauf des Sprachabbaus kann verlangsamt werden
Mögliche Therapieziele: Motivation zum Sprechen erhöhen Angehörigenberatung
Auf Grund der wenigen Patienten bis jetzt noch kein einheitliches Bild
Stabilisieren des Status kann teilweise für einen bestimmten Zeitraum erreicht werden. Längere Effekte können wir nicht feststellen, da wir die Patienten nur wenige Wochen sehen
Lässt sich nicht aufhalten, jedoch möglicherweise durch gezielte Therapiemaßnahmen etwas verlangsamen.
Die Therapie ist bereits über 7 Jahre her und erfolgte lediglich im Rahmen der Ausbildung in einem Akutkrankenhaus, d.h. die Patientin wurde lediglich dreimal besucht
Der Logopäde gibt vor allem bei einer PPA dem Patienten die Sicherheit das der "gesunde" Mensch angesprochen wird, wenn die Umwelt auf den " verwirrten Menschen reagiert. Auch wenn die rein sprachliche Kommunikation schlechter wird, ist eine Behandlung mit einer Person, die das Leiden versteht und den Menschen in die Progredienz begleitet unglaublich wichtig!!!
der Status konnte eine Weile gehalten werden
Ich kann nicht 24 Stunden am Stück mit einem Patienten arbeiten. Die Pflegesituation ist schwer beeinflussbar.
Die Patienten haben keinen sprachlichen Erfolg gehabt, aber sie haben sich in der logopädischen Behandlung sicher und ernst genommen gefühlt.Ich hatte mehrmals die Rückmeldung von Angehörigen, dass die Patienten die Logopädie als einzige Institution akzeptiert haben (im Gegensatz zu Ärzten etc.)und

gerne kamen. Besonders in der Demenzphase, wo der Mensch noch merkt, dass er nicht mehr "normal"kommunizieren kann, habe ich mit logopädischen Übungen zeitweise Sicherheit gegeben.
Abbauprozesse lassen sich nicht stoppen, aber nachweislich hinauszögern und der Betroffene bleibt länger aktiv und Angehörige , die gut beraten und begleitet werden, können viel besser und länger gelassen mit der Erkrankung umgehen.
Aktivierung scheint positive Unterstützung zu sein, kleine aber dennoch vorhandene Erfolge im Kontext der Therapie
Individuelles Abeiten mit Melodischer Intonationstherapie und Kommunikationsbüchern sowie automatisierten Reihen haben stets großen Erfolg bei meinen Patienten gezeigt.
mit kleinen Hilfen wechselnd Erfolg, aber keine messbaren Fortschritte
statuserhalt
Die Übungen können tw. den aktuellen Stand erhalten, die Patienten nehmen eher den Abbau ihrer Fähigkeiten wahr.
- oft mehr Aufrechterhaltung/ Versuch der Erhaltung des Ist-Zustandes als Fortschritt - ohne Therapie eventuell noch schneller voranschreitende Erkrankung
Progredienter Verlauf ist nicht zu verbessern
Die logopädische Therapie wirkt in meinen Augen bei dementiellen Patienten nur kurzzeitig. Man versucht den Patienten und deren Angehörigen ein Gefühl zu geben, dass man alles dafür tut, dass die letzten Lebensmonate/Jahre noch erfreulich sind.
situative Verbesserung in allen Bereichen Verlangsamung des Prozesses
Die Patientenangehörigen beschreiben einen guten Erfolg und berichten oft über eine deutliche Zunahme der verbalen Kommunikation
Jeder Mensch hat das Recht auf Lebensqualität.

Abhängigkeit von der Krankheitsentwicklung, die wir kaum oder gar nicht beeinflussen können
Starke tagesformschwankungen
man kann den Verlauf zumindest ein wenig aufhalten, wobei man nicht weiss, was ohne Therapie gewesen wäre.
Stabilisierung, Erhaltung von Fähigkeiten, Teilhabe am Familienleben durch gelingende Kommunikation unter erschwerten Bedingungen
momentane Effekte, aber noch zu unspezifisch, um wirklich auf die getroffene Maßnahme zurückführen zu können
Ergebnis sehr Tagesform abhängig, Patienten häufig schwer zu motivieren
im Setting einer stationären Rehabilitation zu kurze Behandlungszeit und häufig weitere Begleitstörungen; häufig erst Sicherung der Diagnose im Reha-Verfahren bzw. Erstellung eine Verdachts-Diagnose; dadurch zunächst nicht Schwerpunkt Therapie sondern Schwerpunkt Beratung (auch Angehörigenberatung)
das habe ich schon mitgeteilt
Patienten zu unterschiedlich, um zu sagen inwieweit erfolgreich. Erfolge am ehesten über ein Kommunikationstraining der Angehörigen.
- Pat. fühlen sich gut aufgehoben, sind froh das geübt wird - mäßiger Erfolg
Erfolg heißt hier nicht immer Verbesserung, auch Stillstand oder langsameres Voranschreiten der Abbauprozesse können ein Erfolg darstellen viel hängt dennoch von der compliance des Pat. & von der Unterstützung der Familie ab
Die Frage ist, wie Sie "Erfolg" bewerten möchten. Ich denke, dass es hierbei um ein Auffangen der Menschen in dieser speziellen Situation geht, um das Miteinander, das Fördern und Begleiten, Kommunikationswege zu erschließen. Weniger um Scores und Punkte.

schwer zu sagen, da wie gesagt die Aphasien etc. im vordergung behandelt werden
Je nach Schweregrad der Demenz. Gerade im Anfangsstadium erlebt man ein positives Feedback der Betroffenen. Insgesamt sind die Pat. häufig schon mit kleinen Erfolgen zufrieden. Es kann auch eine Erleichterung und ein Wohltuen für die Angehörigen sein, die einen / weiteren Zugang zum Betroffenen bekommen können.
Therapie zögert hinaus
Patient mit Kleinhirnatrophie mit im Vordergrund stehender Schluckproblematik
progrediente Problematik, Patienten, die noch recht gut sprechen können, verschleiern ihre Probleme "Kinderkram"
Mir fehlen bisher Erfahrungen, wie erfolgreich die Therapie sein kann (erste längere Behandlung mit Demenzpatient; vorher nur "reine" Aphasiepatienten). Besonders aufgrund der Tatsache, dass erste Anzeichen von Demenz vor mehr als 5 Jahren vom Arzt festgestellt wurden, jedoch erst vor einen 3/4 Jahr Behandlung angeregt wurde (seit Aufenthalt im Pflegeheim), bin ich sehr froh, d a s s die Therapie inzwischen gut angenommen wird, der Kontakt sich vertieft hat, ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden konnte, d.h. die vorher sehr stark eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit sich allmählich etwas entfaltet. Erschwerend wirkt der hohe Anspruch des Ehepartners, dem es schwerfällt, kleinschrittige Erfolge anzuerkennen.
Kaum Erfolg bzgl. der gesprochenen Sprache: Der Sprachabbau verlief allerdings langsamer. In Therapiepausen, krankheits- oder urlaubsbedingt kam es zu schnellerem Abbau. Die Schriftsprache konnte stabilisiert werden, der PC für kurze eMails genutzt werden. Insgesamt gewann die Pat. durch die Therapie an Lebensqualität zurück. Die Angehörigen wurden beraten, lernten das Verhalten etwas besser zu verstehen.
Bei den 2 Patienten, die wir nur mit dieser Symptomatik behandelten machten ganz bescheidene Fortschritte für eine Weile. Ein Patient brach die Therapie nach 20 Sitzungen mit minimalen Fortschritten ab, der andere kam gerne aber baute nach einer Zeit schrecklich schnell ab.Die behandelnde Therapeutin hatte Logopädie bei Demenzerkrankten wohl als Fach im Studium!

Wortfindungsstrategien zu üben ist m.E. erfolgreich, allerdings fehlt mir bei allen Behandlungszielen die Überprüfbarkeit, die Lebensqualität steigt subjektiv auf jeden Fall
Anregung, Erhalt der Kommunikation, Zuwendung, Mitmenschlichkeit
Zumindest bei uns besteht kein allzu großer Erdolg, da unsere Patienten leider zu oft von der Pflege mit Medikamenten ruhig gestellt, der Patient ist somit nicht therapiefähig. Desweiteren steht die (wenn vorhanden) Dysphagie im Vordergrund und nicht der Sprachabbau
Zufriedenheit der Patienten und /oder Angehörigen hat sich gesteigert, Arzt hat die Fortsetzung der Behandlung mangels vorzeigbarer Erfolge nicht weiter befürwortet
Viele Patienten haben zusätzlich eine Aphasie und sind oft nicht mehr gewillt zu üben.
Mangelnde Erfahrung und zu wenig Vorbereitung während der Ausbildung
im Hinblick auf die Erkrankung: zufriedene Patienten und Angehörige; jedoch der eigene Wunsch, noch mehr zu bewirken.
Stark davon abhängig wie die Therapieinhalte im Alltag wiederholt oder angewendet werden. Eine hohe Motivation der Angehörigen ist dringend erforderlich.
ARBEIT GEGEN DEN PROGREDIENTEN VERLAUF,GUTE ERFOLGE IM ANFÄNGLICHEN UND MITTLEREM STADIUM, ABER AUCH IM FORTGESCHTITTENEM STADIUM HILFEN DURCH DIE ARBEIT AN WORTFINDUNG;, LESEN UND SCHREIBEN BIS ZUM ALTER VON 94 bis 97 JAHREN (ÄLTESTE PATIENTIN)
Leider wird logopädische Therapie bestenfalls für 20 Stunden von den Ärzten verordnet.
lebensqualität, freude im augenblick
Zu wenig geeignetes Therapiematerial. Zu wenig interdisziplinäre Zusammenarbeit (Feedback) zu Ärzten.
Störungsbilder sind so individuell, dass nicht immer die Programme greifen.
Erfolg der Therapie abhängig vom Stadium der Demenz, der prämorbiden Persönlichkeit des Patienten

und vom Umfeld des Patienten im Hinblick auf Unterstützung der therapeutischen Inhalte und deren Umsetzung im Alltag
Ich habe oft eher den Eindruck, dass die logopädische Arbeit manche Patienten frustriert. Sie werden sich ihrer Defizite explizit bewusst. Es wäre schön, wenn aus logopädischer Sicht Therapie(material) entwickelt würde, das sich stark am Alltag und an Alltagskompetenztraining orientiert. Es sollte eine Therapie entstehen, die sich von der üblichen Ergotherapie (Biographiearbeit etc.) abhebt und eine wissenschaftliche Untermauerung der "neuen" Therapie sollte natürlich gegeben sein. Erkenntnisse von z.B. Herrn Spitzer und Hr. Roth belegen ja, dass das GEdächtnsi am besten "im Alltag" trainiert wird und Aufgaben wie Sudoku oder ähnliche gedächtnistrainierende Aufgaben nicht zu einer Verbesserung der Exekutivfunktionen führen. Aber dazu machen Sie ja jetzt die ersten Schritte. DANKE!
Behandlungszeitraum hier zu kurz, um Effekte erkennen zu können; kann rein gefühlsmäßig beantwortet werden
Hauptbestand der Therapie sehe ich nicht in der Vermeidung oder Verlangsamung des sprachabbaus sondern im begleiten, angstabbau, resorcenunterstützung.
zu geringe therapiefrequenz, aufgrund der fortschreitenden krankheit ist eine verbsserung nur sehr schwer möglich
meist zu kurzer Zeitraum (3 Wochen). Pat. sehr polymorbide, häufig mehrere Sinneskanäle stark eingeschränkt (Hören, Sehen..). Dysphagie meist im Vordergrund
Eine messbarkeit ist hier kaum möglich.
Zumindest am Tag der Therapie kann durch die Aktivierung der intellektuellen Ressourcen eine sprachliche Verbesserung beobachtet werden.
Es hängt vom Stadium ab, in dem die Patienten logopädische Therapie bekommen In einem frühen Stadium konnten gute Erfolge erzielt werden. Die meisten Patienten kommen allerdings (wenn überhaupt sehr spät) und die Erfolge sind dann nur noch mittelmäßig.
Im Frühstadium können die Patienten noch gut "erreicht" werden, danach wird es schwieriger. Aber durch gezielte Umfeldgestaltung und -veränderung ist eine gute kommunikative Einbettung der Patienten in den Alltag möglich.

Patienten werden meist zu spät, bei fortgeschrittener Erkrankung angemeldet oder vorgestellt.Aufmerksamkeitsleistung und Vigilanz sind oft stark herbgesetzt, Patient eingeschränkt therapiefähig.
Dauerhafte Erfolge sind kaum zu bemerken, aber tagesformabhängig sind die Steigerung der Lebensqualität und die Steigerung der Aufmerksamkeitsspanne zu beobachten.
je nach Unterstützung durch das soziale Umfeld kann der therapeutische Erfolg befriedigend sein, oftmals ist der Patient in der Therapie ausgeglichen durch die sprachliche Unterstützung und die Erfolgserlebnisse, so dass in der Momentaufnahme ein Erfolg zu verzeichnen ist - jedoch kein Transfer erfolgen und somit die Effektivität der Therapie mittelfristig als begrenzt einzuschätzen ist.
- es handelt sich um eine chronisch-progrediente Erkrnkung - der entsprechende Patient hat kaum Therapieeinsicht, kommt auf Drängen der Ehefrau, des Arztes
Mehr als eine Weile den Stand zu halten, schafft man einfach nicht. Ich kann nur den Umgang der Angehörigen mit dem Demenzkranken mit größerem Erfolg verbessern.
Pat. entspannen sich sich, angehörige erhalten Infos, bekommen lebensmut, bekommen Sicherheit und Hilfen beim Erinnern und zum tgl. Umgang mit der Erkrankung. Sind für die Zukunft vorbereitet. Können auf eigene Resourcen und Fähigkeiten zurückgreifen und diese im Kontakt mit therapeuten erleben und genießen. Trost, Offenheit, pat. kann pffen reden - muss nicht kaschieren
Messbare sprachliche Erfolge waren kaum/nicht zu verzeichnen; der psychosoziale Aspekt (zB. erhöhte Kommunikationsbereitschaft; Zugewandtheit, Aufmerksamkeit) schien gewichtiger
Da es ja eine progrediente Erkrankung ist, kann der Erfolg nicht groß sein. Jedoch spielt aus meiner Erfahrung die Beratung und Unterstützung der Angehörigen im Bereich der Kommunikation mit dem Patienten eine große und hilfreiche Rolle.
Schwierige Zusammenarbeit mit Betroffen oder Angehörigen bzw Seniorenheimen.
da es immer auf die vorhandenen Resourccen ankommt, dh wenn die kognitive Dysphasie schon sehr fortgeschritten ist sind kaum noch Erfolge zu erzielen.

Ich würde den Erfolg eher etwas bescheidener als "gut" bezeichnen. Alleine schon die Tatsache einer therapeutischen Intervention stimmt viele Patienten zuversichtlicher und bewirkt eine Art "Stimmungsaufhellung", die sich wiederum positiv auf ihre kognitive und sprachliche Leistungsfähigkeit auswirkt. Natürlich können durch logopädische Übungen nur Erfolge auf Zeit erzielt werden, aber auch diese steigern durchaus die Lebensqualität des Patienten. Eine z.T. schwierige - aber jede Mühe lohnende - Gratwanderung ist häufig die Dosierung des Feedbacks an den Patienten. Meines Erachtens ist Logopädie bei Demenz mehr als berechtigt.
Erfolge sind von regelmäßiger hochfrequenter Intervention abhängig; oft wird von den Ärzten zu spät oder nur in zu geringer Anzahl verordnet. In den Heimen fehlt häufig die Möglichkeit, die logopädischen Übungen außerhalb der Therapiezeiten fortzusetzen bzw. mit den Patienten zu trainieren
Auf sprachlicher Ebene fand keine Besserung statt, allerdings genoss die Patientin die Zuwendung sehr und konnte ihr ansonsten recht unzufrieden-aggressives Verhalten (ausgelöst durch die Demenz) reduzieren.
Der Patient hat in der Thrapie die Möglichkeit zur Kommunikation, was ihm oft ohne Therapie nicht möglich ist. Durch die Therapie erfährt der PAtient eine Art Sicherheit, da er weiß, dass ich jetzt komme und durch eingeführte Rituale merkt er auch, wer ich bin. Durch verschiedene Thematiken, die in der Therapie aufgegriffen werden, kann man dem PAtienten mit schönen Erinnerungen konfrontieren. Je nach Schweregrad der Demenz ist es natürlich von Patient zu PAtient unterschiedlich, wie was ankommt.
Unzureichende Therapiekonzepte zum längeren Erhalten der Kommunikationsfähigkeit.
Pat. Im Anfangsstadium erfahren noch mehr Defizite und sind oft sehr traurig.
Die Pat. Kommen gerne zur Therapie und engagieren sich auch in Bezug auf häusliche Übungen. Die Angehörigenarbeit nimmt auch Raum ein, d. H. Die Familie bekommt Tipps zum Umgang mit der Demenz. Dies wiederum hilft den Beteiligten bei Vermeidung von Überforderungen und der Vorbeugung von Frustrationen.
Menschliche Zuwendung von professionellen Personen wichtig für dementiell betroffene Menschen und ihre Angehörigen wichtig.

Alltagshilfen , um mit Problemen umzugehen ,wichtig Konzentrationshilfen und Realitäts-Orientierung auf sprachliche Art sowie Memory Jogging wichtig
Ich erlebe die Patienten (auch die schwerst betroffenen) erstaunlich motiviert und kooperativ. Obwohl die Therapie anstrengt/fordert, wird freudig erinnert, manchmal auch geweint, aber häufiger gelacht und die Therapie-Einheit meist "beschwingt" beendet. Na, wenn das kein großer Erfolg ist?!!
zu wenige Patienten, schwer beurteilbar
Erfolg kann man bei progredienten Erkrankungen nicht messen oder als Kriterium ansetzen. Neben der fachlichen Arbeit geht es eher um eine gute Begleitung, auch für die Angehörigen
Die Angehörigen melden zurück, dass sie besser mit dem Patienten kommunizieren können. Dass er während der Therapie viel ausgeglichener sei und mehr kommuniziere als sonst.
Bei einer Therapiefrequenz von 1, maximal 2 mal pro Woche ist hier die Angehörigenberatung sinnvoller als die Therapie an sich. Gerade bei dementen Patienten, die unter einer Dysphagie leiden.
ich finde, es schwankt. mal hat man nur wenig erfolg, mal hat man einen sehr großen erfolg. im schnitt ist es also ein mittelmäßiger erfolg. ob eine therapie erfolg hat, hängt von vielen dingen ab. von der methode, dem patienten, der demenz, sehr viel hängt aber auch vom umfeld ab. wenn es dort menschen gibt, die bereit sind, zeit und energie zu investieren, hat man schon die halbe miete gewonnen.
Selbständigkeit / Selbstbewusstsein / Eigenverantwortung usw.
Man kann durch die Therapie bestimmte Prozesse verlangsamen, bzw. unterschiedliche Schwachpunkte zum, beispiel mit Logogen recht genau ermitteln und dann das Material dementsprechend anpassen. Alltagsrelevante Sprache kann unterstützt werden, kompensatorische Mittel können angepasst angeboten werden.
Der Erfolg hängt stark von der Lebensumgebung des Pat. ab.
Der Abbau wurde oft noch bewusster wahrgenommen, da vieles, was in der einen Woche noch ging, in der nächsten nicht mehr möglich war.
Der Ist-Zustand konnte aufrecht erhalten werden.

teilweise konnte eine gewisse Stabilität erreicht werden. Umgang der Angehörigen mit der Problematik konnte verbessert werden.
leider verordnen die ärzte meist 1x pro woche und ist der nächste arzttermin nach abschluss der verordnung, geht die therapie meist erst nach ca. 2 wochen weiter, was den therapieerfolg weiter bremst
Der Fokus liegt hier auf Hilfestellungen bei der möglichst sicheren Nahrungsaufnahme.
Die Kontaktaufnahme und die regelmäßige Ansprache führen häufig zu einer leichten allgemeinen Aktivierung.
-weil aus meiner Sicht kein Erfolg gemessen werden kann und kein Erhalt der Sprache möglich ist, oder der Abbau der Sprache verhindert werden kann. - aus Sicht des Patienten jedoch, merke ich, dass der Patient sich nicht alleine fühlt, ihm geholfen wird (besonders am Anfang der Erkrankung)
Ich behandle PatientInnen nur für 3 - 4 Wochen. Daher kann ich keine langfristigen Angaben machen. Ich seh den Erfolg nur kurzzeitig und unspezifisch. Jemand macht ein Angebot mit sprachlichem Material und Kommunikation, das in der Regel gut tut, weil die sprachliche Anforderung so reduziert wird, dass der Pat./die Pat.in sie bewältigen kann. Wenn nach der Entlassung die Sprache nicht mehr ausreichend benutzt wird, wird sie abgebaut.
Patienten sind über einen gewissen Zeitraum (bis zu 1,5 Jahren) auf ihrem sprachlichen Level geblieben.
Transfer in den Alltag unter Einbeziehung der Angehörigen ist oft erschwert
wenig Erfolg, eher Beratung der Angehörigen, auch wenig subjektives Erfolgserleben f d Patienten
Mittelmäßig, weil der Abbau ja trotz der Therapie voranschreitet. Aber auch nicht "kein Erfolg", weil die sprachliche Anregung und das emotionale Ansprechen und Auffangen sowohl den Patienten als auch den Angehörigen gut tut; sie entlastet (per Validation z.B.)
Es war zu wenig Therapie oder nur 1x pro Woche, die Angehörigen waren zu häuslichen Übungen nicht zu motivieren;
Der Abbau ließ sich bei meinen Patienten, auch bedingt durch die mangelnde Unterstützung im familiären

Umfeld, nicht aufhalten. Auch die Therapiefrequenz (1x pro Woche) trug m.E. Dazu bei.
PPA: Die bemerkbaren Wortfindungsstörungen in der Spontansprache sind leicht rückläufig, und die Kommunikation gerät nur noch selten durch die Suche nach Wörtern ins Stocken, da der Patient mittlerweile sehr gut kompensiert.(Umschreibung)
Hatte bisher nur Einzelfälle, ich hatte aber immer das Gefühl, dass die logopädische Behandlung einen deutlichen Gewinn für den Patienten darstellt.
Seit meiner Fortbildung habe ich gelernt, meine Zielsetzung bei demenziellen Patienten herunterzufahren. Dadurch habe ich wieder viel mehr Spaß an der Therapie und kann den Patienten selbst bei kleinen Fortschritten oder kurzem Aufhalten der Krankheit unterstützen. Vorher war eine solche Therapie meist sehr unbefriedigend und auch planlos, weil man oft einen sehr verwirrten Patienten vor sich sitzen hatte. Ich mache mittlerweile mit solchen Patienten viele Alltagsdinge, wie Obstsalat machen etc. daran haben sie meist großen Spaß und es kommen ihnen viele Erinnerungen aus dem langzeitgedächtnis und ich sehe auch viel mehr sinn darin Alltagsgeschehen beizubehalten, als irgendwelche Bildkarten benennen zu lassen
durch kurze Aufenthalte im Krankenhaus leider nicht gut beurteilbar. Über Validation etc. aber gute Erfolge z.B. im Bereich der Lebensqualität der Patienten > logopädische Erfolge dürfen m.E. nicht an besserem sprachlichen "Output" gemessen werden (wie es viele Studien tun), sondern an Kommunikationsfähigkeit und LEbensqualität der Pat. Diese konnte ich häufig auch in kurzer Zeit verbessern.
individuelle Unterschiede, patientenbezogen
sprachliche Stimulierung wird durch Aufmerksamkeitsförderung ermöglicht.
Erfolg heißt hier für mich, dass ich den Patienten innerlich abholen, erreichen konnte und eine gute gemeinsame Sequenz mit Wohlbefinden des Patienten entstehen konnte
Die Erfolge werden innerhalb der Sprachbehandlung geringer durch Demenz.
Erfolg heißt, den aktuellen Stand des Patienten möglichst lange halten zu können, nur minimale Verbesserungen erzielt

In den bearbeiteten Bereichen haben sich die Leistungen der Patienten teilweise verbessert. Es tut den Patienten gut, überhaupt am Störungsbild zu arbeiten. Auf diese Weise kehrt ein gewisses Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wieder. Aufgrund der geringen Vergleichsmöglichkeiten lässt sich für uns schlecht sagen, ob mit anderen Therapiemethoden ein besserer Therapieverlauf möglich gewesen wäre.
mittelmäßiger Erfolg: - Erhalt der bisherigen sprachliche und kommunikativen Funktionen - leichte Verbesserungen beim "Sprechen im Alltag" - Erfolge bei Gesprächen mit Familienangehörigen, die auch mit in die THerapie einbezogen wurden (sie wissen mehr, wie sie sprachlich mit ihrem Familienmitglied umgehen sollen)
schwer zu sagen, wie der Sprachabbau ohne Therapie wäre...
Da ich zu wenig Wissen habe und zur Zeit noch ausprobiere und mir unsicher bin, ob Logopädie überhaupt das Richtige ist.
Kann ich nicht beurteilen, da die Demenz bisher nie der Grund der Verordnung für Sprachtherapie durch den Arzt war, jedoch häufig "Begleiterscheinung".
Patienten und Ihre Angehörigen beschreiben eine leichte Stagnation des Sprachabbaus während der logopädischen Therapie.
Sicher ist eine bessere Information über Materialien (auch in der Ausbildung) sehr sinnvoll um bei einer Demenz zielgenauer therapieren zu können. Mein Wissen ist da durch persönliche Erfahrungen geprägt und leider nicht durch "Fachwissen " schade !
Bisher habe ich Patienten betreut, bei denen der dementielle Sprachabbau bereits sehr fortgeschritten war und somit weder durch logopädische noch durch ergotherapeutische Behandlung keine Besserung erzielt werden konnte. Der Status quo konnte- so wie dies zu beurteilen ist- jedoch gehalten werden.
man kann mit therapie den verlauf der progred. verlaufenden erkr. entschleunigen
Die Patienten hatten wieder mehr Spaß an der Kommunikation
Ausbau der kommunikativen Fähigkeiten im Alltag, intensive Angehörigenberatung-beides durch

verordnete Therapiefrequenz oft nicht treffend/packend genug. Durch die Progredienz ist ein Ergebnis auch schlecht einschätzbar-ist etwas Erarbeitetes wieder weg wg. der Erkrankung oder wg. "mangendem" Input????
Die Zeit für die Therapie ist meist nicht ausreichend um alles zu therapieren, meist entscheidet die Relevanz. Da die Demenz nicht allein als Erkrankung vorliegt.
In Phasen mit geringem Fortschreiten der Demenz, sind die sprachlichen Fähigkeiten meiner Meinung nach gut stabilisierbar. Jedoch habe ich das Gefühl, dass es ab einer bestimmten Phase keine Wirkung mehr gibt.
Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten im Alltag, Training der kognitiven Leistungen
Der Erfolg der logopädischen Behandlung war erfolgreich, wenn die Demenz noch nicht sehr weit den Patientenalltag behindert hat.
guter Erfolg, wenn die Therapie frühzeitig beginnen kann und eine Dauerversorgung gewährleistet wird
- Lebensqualität im rahmen der Therapie erhalten - Gefühl für Wertigkeit und Akzeptant vermittelt - Angehörigen durch Beratung den Umgang erleichtert ...
Der Erfolg ist besonders von der Art der Demenz abhängig. Bei Alzheimer kein Erfolg, sonst z. B. deutliche Verlangsamung des Prozesses.
Unterstützung des Patienten und es Umfelds möglich ,Verbesserung schwierig
auf jeden fall wird der abbau (zb sprache und kommunikative fähigkeiten betreffend) geistiger Fähigkeiten verlangsamt durch regelmässiges training
während der Therapie sind die Patienten gut zu aktivieren und motivieren, Transfer in den Alltag sehr schwierig
Der Erfolg würde darin bestehen, den Stand zu halten und auf zu halten!
Erfolg heißt hier: Verlängerung oder Bestand der Teilhabe am Leben (ICF)

den Verlauf verlangsamend schwere differentialdiagnostische Ternnung zu Aphasien fokaler Ätiologie zu machen
Anregung zum Sprachgebrauch gelingt bei guter emotionaler Beziehung einem "Außenstehenden" mit ansprechenden Materialien in einigen Situationen leichter als den Angehörigen und dient dabei gleichzeitig als Anregung zur Nachahmung.
wenn es darum geht, Anregungen zu schaffen, dem Patienten im Rahmen meiner Intervention eine gewisse emotionale Stabilität zu geben, teilweise auch eine aktive Auseinandersetzung und Selbsteinschätzung (z.B. um sich nicht ständig zu überfordern) und sprachliche Alltagshilfen zu erarbeiten mit denen der Patient und sein Umfeld zurecht kommen. Leichter und erfolgreicher ist die Arbeit mit dieser Patientengruppe, wenn Angehörige einbezogen werden können. Schwerer, wenn die Patienten auf sich gestellt sind, wenig Kommunikationsmöglichkeiten im Alltag haben und dann auch beginnen sehr zu vermeiden und sich zurückzuziehen.
Wir sind in unserer Abteilung nur für Diagnostik, nicht für Therapie zuständig.
Je nach sonstigem Störungsbild und Fortschritt der Krankheit ist mehr oder weniger zu erreichen.
Praxiserfahrung inklusive Rückmeldung der Angehörigen
nur bei hoher Motivation und häuslichem, regelmäßigen Üben Erfolge /Status halten sichtbar
Erarbeitung von Alternativ-Strategien Unterstützte Kommunikation
Der Patient kann durch Arbeit auf seinem Leistungsniveau positive Erfahrungen machen, bleibt sprachlich aktiver, der Abbauprozess kann etwas aufgehalten, bzw. begleitet werden.
Rückmeldung von den Patienten und deren Lebenspartner
Entlastung der Angehörigen Hilfe bei Entscheidungen zur Weiterversorgung Ressourcenorientierung des Umfeldes aktiviert
Durch Beratung des Umfeldes/der Angehörigen und logop. Intervention ist Erhalt kommunikativer Fähigkeiten (Stichwort Lebensqualität) ein Erfolg, der jedoch nicht oder nur subjektiv messbar ist. Daher

"mittlemäßig"
Jede Behandlung, die den Patientin/en froh stimmt und angemessen in seinem Dasein bestätigt, ist ein großer Erfolg.
In der freien Praxis gestaltet sich die Therapie schwierig,da die Aufklärung fehlt von Seiten der Angehörigen und Ärzten so früh wie möglich zu beginnen, die Patienten zu stark betroffen sind und weit über 80 Jahre alt sind. Im idealen Fall ist nur 1 mal wöchentlich möglich. Daher sehe ich keinen Erfolg.
Erfolg , iS dass der Patient Kommunikationsangebote auch hinterher besser nutzt und allg zufrieden ist, von sich aus mehr agiert
es kommt auf das Stadium und die Art der Demenz an. Es gibt Formen, (Pick?), da scheint es nichts zu bewirken.
In unserer Klinik bleiben die Patienten zu kurz, um mit Ihnen differenziert und gezielt zu arbeiten (Verweildauer ca. 4 Tage)
s.v.
eher mäßiger Erfolg: in Momenten war da Kontakt und Lebhaftigkeit, nach Entlassung keine Überprüfung mehr möglich, meist auch keine Logopädie/Übung mehr weitergeführt
verlangsamung eines unvermeidlichen progredienz
Ich schätze, durch gezielte Übungen sprich Therapie maximal den Verlauf dahingegehend positiv beeinflussen zu können, dass er dadurch verzögert wird. Zugleich erhalten die Patienten das gute Gefühl, gegen ihre Erkrankung aktiv vorzugehen, diese händeln zu können und nicht von ihr bestimmt und dominiert zu werden. Dies in Kombination ist sicherlich ein Erfolg, aber in sofern "nur mittelmäßig", da die Behandlung nicht den Status "erfolgreich abgeschlossen" erreichen kann.
Erfolg sehe ich in der Erhaltung der noch vorhandenen Hirnleistungen und in Abhängigkeit des Ausgangsbefundes, deswegen kann ich dies nur Einzelfall bezogen bewerten, jedoch sicher nicht generös
auch bei Erreichen stärkster sprachlicher Fortschritte, wenig Therapieakzeptanz von Seiten der Patienten (bei rein demenziellen Störungen) ansonsten mache ich grundsätzlich HLT mit Patienten mit erworbenen Sprachstörungen, mit gutem Erfolg

Zugang über andere Kommunikationsmittel Gestik/Mimik Gefühle Kunsttherapeutisch Musiktherapeutisch Tanztherapeutisch
meist war der Allgemeinzustand der Patienten bereits ebenfalls sehr schlecht und die Therapie zu anstrengend oder mehr durch die Angehörigen als durch den Patienten gewünscht.
Nicht nur auf sprachlicher Ebene, sondern insgesamt deutlich zugewandter und kommunikativer . Angehörigenberatung erleichtert die Kommunikation mit den Erkrankten.
Oft ist ja bereits Statuserhalt ein Therapieerfolg. Durchbrechende Erfolge habe ich eher bei Patienten, die aufgrund eines Morbus Parkinson als schwer dementiell eingestuft werden und im Rahmen einer stimmlichen Verbesserung wieder in der Lage sind, gut zu kommunizieren. Hier liegt jedoch nicht die Demenz im Vordergrund. Bei primär dementiell begründeten SPRACHdefiziten sind die Erfolge eher im Bereich Statuserhalt einzuordnen als im Bereich bahnbrechender Verbesserungen.
weil ich mich mit diesem Thema viel zu wenig auskenne und mein Schwerpunkt bei der Therapie von Kindern liegt
Ich habe den Eindruck, dass ich den progredienten Verlauf etwas aufhalten konnte. Außerdem empfehle ich den Angehörigen immer, mit der Spezialpraxis für Neuropsychologie in Würzburg Kontakt aufzunehmen. Leider wird diese Empfehlung meist nicht angenommen oder es blieb beim Erstkontakt. Ansonsten würde ich versuchen, mit dem/der behandelnden Pssychologen(in) zusammenzuarbeiten.
Wenn die Patienten regelmäßig weiter machen können, dann besteht ein großer Erfolg. Dies ist nicht immer gewährleistet, auf Grund der Verordnungslage.
Erhalt der Fähigkeiten, entschleunigen des Verlaufs

Es ist bekannt, dass der Krankheitsverlauf nicht aufgehalten werden kann, es kann nur eine "Verzögerung der Verschlechterung" erreicht werden. Von daher ist ein Erfolg meiner Meinung nach nicht messbar von "kein" über "mittelmäßig" bis "groß". Alles, was Lebensqualität erhält ist ein Gewinn für den Einzelnen. Da zu einer Therapie auch immer die Angehörigenberatung gehört, die ebenfalls sehr individuell ist, je nach Krankheitsstadium und -verlauf, würde ich an diese Stelle eine andere Fragestellung empfehlen.
die Eigenmotivation der Mitarbeit konnte jeweils so lange aufrechterhalten werden,bis die Patienin/ der Patient nicht mehr den Transfer zur Realität schlagen konnte
Die betroffene Person ist sich über ihren Zustand im Klaren, hat Angst vor der Zukunft; für die Person ist es meist sehr wichtig, sich in einem geschützen Rahmen mit dem Problem auseinandersetzen zu können. Wichtig ist auch die Angehörigenberatung...
Zumindest gibt es kaum Verschlechterung, man erhält den Status Quo. Wichtig isr die Unterstützung der Familie und des Patienten
Da ich außer Logopädin auch noch Gedächtnistrainer bin, arbeite ich mit dementen Patienten lieber in diesem Bereich.
Die Patienten reagieren positiv auf die Aufmerksamkeit und Ansprache, beteiligen sich aktiv an der Therapiesituation. Ein Transfer in die Alltagssituation ist schwer nachvollziehbar und sehr abhängig vom Umfeld der Patienten und ihrem Zustand. Ich halte die Therapie für sehr sinnvoll, nehme sie jedoch eher situativ wahr.
Durch neue sprachliche und kognitive Anregungen außerhalb der täglichen Gewohnheiten beobachte ich z.B. mehr Lebensfreude.
Bei progredienten Verlauf, kann der kognitive Abbau nur verzögert und partiell verbessert werden.
"Erfolg" heißt auch besserer Umgang mit der Störung, Einbeziehung der Angehörigen, besseres outcome
Therapie macht solange Sinn, wie die Sprache(Verbal u. Nonverbal) noch zur Verfügung steht
der erfolg kann m.E. nicht pauschal skaliert werden. die variable erfolg ist von so vielen kontextfaktoren abhängig. daher beantwortung der frage nicht möglich (und m.E. auch nicht sinnvoll).

ihrer frage entsprechend müsste der erfolg der therapie aller chronisch-progredienten erkrkankungen in frage gestellt werden....
Nutzung und Ausbau vorhandener Ressourcen. Spracherhalt solange wie möglich, Kompensation und Hilfestellungen in der Häuslichkeit (große Uhren, evtl. mit Sprachausgabe; Griffverdickungen; Erinnerungszettel in großer Schrift, einfache Telefone); häusliche Übungen suchen, Tagesstruktur schaffen durch feste Zeiten; Kalender; Die Patienten erleben die Logopädie als strukturierende Maßnahme, fühlen sich verstanden und sicherer; Verbesserung einiger Qualitäten und Abbau der Ängste, verbesserte Stimmung und Wortprod. bis zum nächsten Schub, dann wieder Versuch der Kompensation.
Insgesamt gesehen ist die Erkrankung progredient, aber im Rahmen der Therapie kann man demente Pat, die zuvor nicht mehr gesprochen haben, dazu bringen, sich wieder verbal zu äußern und somit mehr am Leben teilzunehmen.
Erfolg hängt sehr vom einzelnen Patienten und seinen individuellen Defiziten hat.
Das Ziel sollte eine möglichst lange Erhaltung der noch vorhandenen Fähigkeiten sein. Mit Hilfe der Therapie kann einer Verschlechterung zunächst vorgebeugt werden. Zusätzlich bekommen die Patienten Aufmerksamkeit und durch die angewandten Massagen auch eine wohltuende Behandlung, welche ihr Allgemeinbefinden positiv beeinflusst. Ein Aufhalten der Krankheit bzw. ein komplettes Aufheben der Symptomatik kann nicht Ziel dieser Behandlung sein.
Die Frage ist, was hier als Erfolg anzusehen ist. Sicherlich sind keine Verbesserungen zu erzielen, höchstens ein Aufhalten des Abbaus. Wichtig erscheint mir die Unterstützung der von Demenz betroffenen Menschen, sowie deren Angehörige, da sich ihre Umwelt häufig zurückzieht und es dadurch weniger kommunikative Anlässe gibt (ein Teufelskreis!).
Übung und Kommunikation bringen immer Fortschritte und sind würdig
es sind zu wenige , um ein Urteil zu bilden Die Ärzte verschreiben bei dementiellen Erkrankungen oft keine Logopädie
Ich finde, es ist ein großer Erolg, wenn man die Pflegemassnahmen unterstützen kann und Lebensqualität so lange wie möglich erhalten kann....

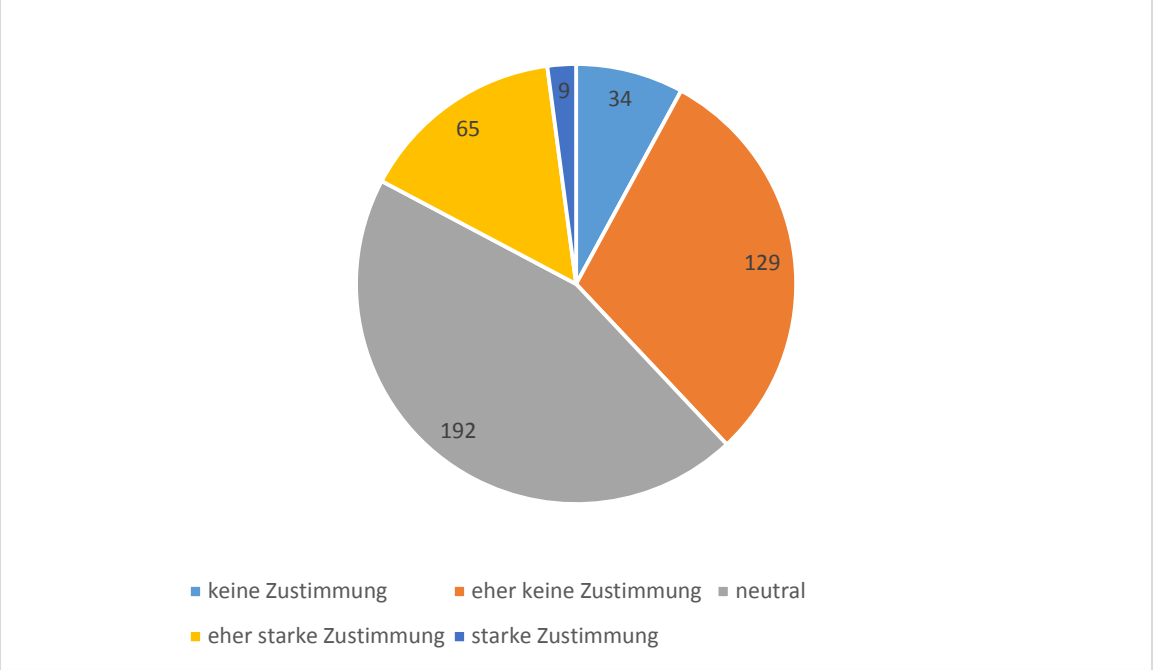
Es wird versucht die sprl. Fähigkeiten zu erhalten
bei beginnenden dementiellen Störungen noch recht gute Möglichkeiten in der Erhaltung von Kompetenzen durch gezieltes Training der Funktionen
Möglicherweise kann eine Verschlechterung der kommunikativen Fähigkeiten hinausgezögert werden. Patienten fühlen sich möglicherweise motivierter, in Kommunikation zu treten und bleiben. Die Information der Angehörigen scheint mir wesentlich, um den Patienten besser verstehen zu können und besser / länger n Kommunikation zu bleiben.
Bei positiv eingestellten und hilfsbereiten Angehörigen gelang die Zusammenarbeit weitgehend gut und der Zustand konnte erhalten werden
Es ist schwer zu beurteilen, in wie fern die Logopädische Behandlung den den progredienten Verlauf positiv beeinflusst.
Die Patienten haben eine vernünftige Beschäftigung mehrmals die Woche und sehen an kleinen Therapieerfolgen, dass es noch gehen kann.
Ich erachte die Unterstützung eines Menschen als wichtig, die Würde des Menschen kann ich nicht messen. Es gibt weder Erfolg im landläufigen Sinne, noch Mißerfolg -diese Kriterien sind irrelevant für mich
Therapien werden nicht hochfrequent genug verordnet. Die Patienten brauchen Kommunikationsanlässe.
Weil die Patienten nicht im Anfangsstadium diagnostiziert und als therapiebedürftig eingestuft werden, läßt sich der Verlauf nur schwer mit beeinflussen
Die Aufenthaltsdauer der Patienten ist zu gering.
auch hier kann ich ggf. keine Angaben machen, die eigene Behandlung von Pat. liegt Jahre zurück, un da waren meine Vorraussetzungen andere als heute
Die Einschätzung fällt schwer, da es kaum zu beurteilen ist, wie der Verlauf ohne Therapie gewesen wäre. Angehörige Berichten mir eher von der Notwendigkeit und Erfolgen, die mir nur bedingt auffallen.
bei Patienten eher kein Erfolg, wichtig finde ich die Beratung der Angehörigen, hier sehe ich Erfolge

wenn diese mit Demenz verständnisvoller umgehen
Durch die sehr patientenorientierte Auswahl meines Therapiematerials, ist der Wiedererkennungswert und der damit verbundene Sprechantrieb relativ groß.
Man kann viel bewirken, um die Lebensqualität zu verbessern. Und die Verschlechterung Symptome der Krankheit so lange wie möglich hinauszögern. In der Angehörigen-Arbeit kann viel erreicht werden
Es ist schwer einschätzbar, da im Krankenhaus auf der geriatrischen Station die Patienten nur 3 Wochen stationär sind. In jedem Fall sind die Patienten sehr dankbar für eine Therapie, soweit sie diese aktiv und bewusst noch mitgestalten können.
Die logopädische Therapie, möglichst früh eingesetzt, trägt maßgeblich zum möglichst langen Erhalt der sprachlichen und damit auch bedingt kognitiven Fähigkeiten bei.
Behandluch zu unspezigisch,wenig frequent(1 x wöchentlich) kaum Angehörigenarbeit möglich
Demenz wird berücksichtigt, mit einbezogen, ist aber keine eigenständige logopädische "Krankheit"
Erfolg ist in diesem Fall nicht so sehr messbarer Erfolg im Sinne von verbesserten "Leistungen", sondern Sensibilisierung des Umfeldes, Begleitung im Alltag, evtl Verbessrung von begleitenden psychischen Störungen, Annahme der Problematik.
Ob die Therapie erfolgreich ist oder nicht hängt vom Ausmaß der Demenz ab. Hier sind die Rehabilitanden drei Wochen zur Kur. Die Häufigkeit der logop. Therapie richtet sich u. a.nach der für den Kurantrag eingereichten Diagnose und nach dem gemeinsam verfasstem Ziel der Reha. Bei fortgeschrittenen Demenzen sehe ich eher keinen Erfolg.
Wie schon oben beschrieben...ist der Erfolg ja nur das Aufhalten des Prozesses. Daher kann von einem großen Erfolg, meiner Meinung nach, nicht gesprochen werden.
Strukturiertes Arbeiten war mit Patient (Aphasie) kaum möglich.
Die Patienten hatte bisher oft auch eine schwere aphasische Störung. Die Behandlung gestaltete sich dadurch schwierig für mich. Es konnten kaum Verbesserungen der sprachlichen Symptomatik festgestellt werden. Nur ein verlangsamter sprachlicher Abbau.

Wenn ich die letzten Ressourcen nutzen und bearbeiten kann, ist das ein großer Erfolg
Demenz nicht heilbar aber Ressourcen aktivierbar, Lebenszufriedenheit kann deutlich gesteigert werden, Isolation gemindert, Angehörigenberatung
Ich habe keinen Punkt ausgewählt, weil auch die Demenz m.E. ein Individualsyndrom ist und deshalb differenzierter beurteilt werden muss. Außer dem ist in Ihrer Befragung nicht definiert, was Sie unter "Erfolg" verstehen.
Der Ist-Zustand des Patient kann nur schwer gehalten werden. Meist verschlechtern sich meiner Erfahrung nach die kommunikativen Fähigkeiten über kurz oder lang.
manchmal scheinbarer Erfolg bei beginnenden Demenzen durch die Vermittlung von Hilfsstrategien...gemäß dem Feedback der betroffenen
Es gibt Pat., die auf gar nichts ansprechen, sehr aggressiv oder teilnahmslos reagieren mit hohen Erwartungen der Angehörigen dass sich durch Logopädie das Sprechen deutlich verbessert. Auf der anderen Seite Pat., mit denen ein guter Kontakt möglich ist und auf dem jeweiligen sprachl. Niveau auch Erfolgserlebnisse zu verzeichnen sind für Pat. und Therapeut. Angehörige auch gut eingebunden werden, und wieder mit ihrem erkrankten Familienmitglied umgehen können, ohne sich vor jedem Besuch unwohl zu fühlen.
Der aktuelle Zustand scheint länger erhalten zu bleiben. Vielleicht würde der Abbau-Prozess ohne Therapie schneller voranschreiten.
Da in einer rehaeinrichtung der Kontakt zu Angehörigen oft schwierig ist, ist der Erfolg begrenzt, weil ein wesentlicher faktor für das gelingen die Einbeziehung der Angehörigen ist. In der neurologischen Reha ist demenz immer nur ein Nebenbefund und (noch) selten der Aufnahmegrund für die Reha.
Stand kann leider nur gehalten werden
Es kommt immer auf den Patienten und seinen speziellen Verlauf der Erkrankung an, ob es Fortschritte gibt, oder ob nur der aktuelle Stand gehalten werden kann.
Während eines "relativ" kurzen Reha-Aufenthaltes konnte ich noch keine eindeutigen Erfolge

verzeichnen.
bei fortschreitendem Sprachabbau Erhalt der Kommunikation bzw. Verständlichkeit
Erhalten der Fähigkeiten steht im Vordergrund, um somit die Lebensqualität ebenfalls zu erhalten
Ängste wurden abgebaut mehr Verständnis geweckt Depressionen gemildert mehr Wachheit

Frage 17: Wie sehr stimmen Sie der Aussage zu: „In der logopädischen Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau fühle ich mich sicher.“?



Anhang - Abb. 11: Angaben zur Aussage: „In der logopädischen Behandlung von Patienten mit dementiellem Sprachabbau fühle ich mich sicher.“ (absolute Zahlen)

Sicherheit Begründung
Ich merkte in der Fortbildung, dass ich Bestätigung in sehr vielen bisherigem Therapien bekommen habe
Da ich nie etwas zur Behandlung in der Ausbildung gelernt habe, fühle ich mich noch sehr unsicher.
wurde bei uns zu weinig im Unterricht behandelt
Wenig Fortbildungen, Evidenz, Fachartikel, Therpiemethoden
gute Erfahrungen in der Arbeit mit dementen Menschen gemacht und Bereitschaft, Lebensgeschichten zu teilen
Siehe Frage 16
Siehe Frage 16
Durch Erfahrung
zu wenig feedback
Wenig wissen in der Ausbildung Allg wenig Informationen Ich habe nur 1-2 Patienten pro Jahr mit Demenz...
Ich fühle mich "unsicher" den Patienten gegenüber. Je nachdem, wie stark die Krankheit fortgeschritten ist, sprechen die Patienten gar nicht mehr, werden aggressiv oder scheinen hilflos (gefangen im eigenen Körper). Die aggressiven Schübe und auch die Verzweiflung der Angehörigen macht mich in diesen Situationen manchmal unsicher.
Ich würde mir mehr Austausch mit anderen Kolleginnen diesbezüglich wünschen. Eine kontinuierliche Behandlung ist in der Klinik nicht möglich, daher keine ausreichende Beurteilung möglich.
Nicht so viel Erfahrung mit dem Störungsbild; wenig konkrete Therapieansätze
Ich würde mir wünschen, mehr Fortbildungen besuchen zu können - momentan habe ich ein anderes logop. Thema fokussiert

Ich finde den Zeitpunkt des Therapiebeginns sehr entscheidend (Frühstadium-Spätstadium).
trotz Fortbildung fühle ich mich wenig vorbereitet, fehlt mir die Erfahrung
Da ich großen Erfolg verzeichnen kann und meine Patienten sich immer innerhalb der Therapie positiv entwickeln. Es sein den sie und ihre Angehörigen sind pyschisch so sehr in dem Teufelskreislauf des Selbstmitleids gefangen, dann kann als Logopädin nur Familien Therapie empfehlen, dann hilft auch das beste Üben und positive Verstärken nichts.
Ich empfinde es als äußerst schwierig in der Praxis abzugrenzen, ob es sich um rein aphasische Symptome handelt, oder ob auch ein demenzieller Sprachabbau eine Rolle spielt. Deshalb fühle ich mich besonders bei sehr schwer betroffenen Patienten teilweise unsicher bei der Wahl der Behandlungsmethode.
Mit zunehmender Erfahrung kommt mehr Sicherheit, aber eher nach "Bauchgefühl", weil es bisher von wissenschaftlicher Seite her viel zu wenig konkrete Therapievorschläge gibt.
Ich habe in diesem Bereich einige Erfahrungswerte und mir eine Qualifikation erarbeitet, die mir diese Sicherheit geben kann.
zu wenig Erfahrung und Konzepte
Siehe Frage 16. Wie lange führe ich die Therapie weiter, wann ist der Zeitpunkt, besser aufzuhören?
ich interessiere mich für diese Form der Behandlung und habe mir viele Gedanken über eine Behandlung der Patienten gemacht und versucht, mich im rahmen meiner zeit zu informieren
Weil es nicht mein Schwerpunkt ist und die Therapien in meiner Praxis von anderen, dementsprechend qualifizierten Mitarbeiterinnen durchgeführt werden.
Weil ich aus persönlicher Erfahrung weiß, das der Weg über Validation und Tandem ein guter ist.
Es gibt immer wieder Situationen, die einen vor neue Herausforderungen stellen, aber im Großen und Ganzen komme ich gut zurecht.
Das ist auch immer patientenabhängig.

Langjährige Erfahrung mit neurologischen Patienten bietet gute Grundlage.
Da die Erfolge und Resonanz sehr patientenabhängig waren, und man viel improvisieren muss, kann ich nicht behaupten von vorneherein sicher zu sein, obwohl ich glaube, eine gewisse Sicherheit durch die häufige Arbeit mit Demenzpatienten erlangt zu haben
Mein momentaner Schwerpunkt liegt im Bereich der multidimensionalen kindlichen SES
Ich habe Kenntnisse, ein selbstgebasteltes Konzept und fühle mich daher relativ sicher. Allerdings mangelt es standardisierten Diagnostiken und erst recht an Materiaiel. Vielleicht ginge das noch viel besser und ich weiß es nur nicht.
Ich verfolge die Literatur, bilde mich fort. Hier kann ich nur die Zufriedenheit von Patient und Angehörigen als Messlatte nehmen. Gerne würde man natürlich Wunder wirken können, was aber bei der vorliegenden Erkrankung leider nicht möglich ist.
Ich verwende meist die Methoden ähnlicher einer Aphasietherapie. Sicher gibt es adäquatere Methoden
Ich habe viel durch learning-by-Doing gelernt und mich belesen, gezielte Fortbildungen zum Thema könnten die Therapie noch effektiver machen
Habe nur bedingt Erfahrung.
Kommunikation erweitert und Rückmeldung Patienten nehmen wacher und aufmerksamer am Leben teil
naja, ich mache es ja...
Durch die Rückmeldung der Patienten habe ich den Eindruck gewonnen, das die Behandlung einen hohen Wert hat. Auch wenn die Indikation, eine mögliche sprachliche Verbesserung, nicht eintritt, ist die Position des Behandelns und des Verstehens der beginnenden Sprachlosigkeit für den Patienten sehr wichtig.
Ich habe bisher noch keine Fortbildung zu diesem Thema gemacht, arbeite gerne mit älteren Menschen und fühle mich im Umgang mit ihnen sicher auf fachlicher Ebene würde ich gerne mehr wissen
Erfolge sind zu beobachten, ich weiß aber nicht, ob es größere Erfolge gäbe, wenn ich mich weiter

fortbilden würde.
Ich bin im Austausch mit erfahrenen Kollegen auf diesem Gebiet, lese viel zu diesem Thema .
Ich bin Logopädin und gehe in meinem Beruf auf. Wenn man einen guten Patient-Therapeuten Kontakt hat, kann man anhand seiner logopädischen Grundfertigkeiten jedem Patienten sicher zur Seite stehen.
sehr unterschiedliche Situationen, keine Regelhaftigkeit, große Stimungsschwankungen, oft ratloser Therapeut
Die Auswahl der Übungen erfolgt nach eigener Einschätzung und Überzeugung, ohne dass wissenschaftliche Studien Grundlage sind.
- zu wenig Wissen, um sich sicher zu fühlen - nicht auf dem aktuellsten Stand - zu wenig (Praxis-)Erfahrung im Arbeitsalltag
Bisher zu wenig Theorie und Praxiserfahrungen.
Keine Sicherheit. Auch keine Sicherheit seitens des Gesundheitssystems bezgl. Logopädischer Verordnung . Die Ärzte verschreiben keine Logopädie bei Demenz . Nur fürErgotherapie gedacht
Ich glaube, dass sich niemand in irgendeiner Art von Therapie oder Behandlung sicher fühlen sollte. Jeder Patient ist anders und reagiert anders.
Auf der Grundlage sytemischer Ansätze gelingt es gut den Patienten individuell u. In seinem jeweiligen Umfeld zu verstehen u.zu fördern.
Ich habe bisher nur wenige Patienten mit dementiellen Sprachabbau behandelt und kann mich daher nicht sicher fühlen. Es fehlt einfach die Erfahrung.
ein Störungsbild unter vielen in meiner Praxis
Wenig basics durch Ausbildung, aber Menge eigenerfahrung
Da meist zur Demenz noch eine weitere neurologische Erkrankung oder Störung kommt, bin ich immer unsicher, wann ist es Demenz und wann die andere Störung. Insgesamt nimmt die Demenz einen sehr geringen Anteil ein, die Ärzte verordnen nicht, wenn der

Patient selbst nicht mehr mündig ist und keine Familie hat, die für die Therapie kämpft. Daher ist auch keine große Erfahrung möglich.
Die logopädische Therapie ist zielorientiert und die Patienten motiviert und zugewandt.
siehe vorne
Habe vorher ein sozialpädagogisches Studium absolviert und eine Ausbildung zur Heilpraktikerin für Psychotherapie gemacht.
durch kurze Behandlungszeit in der Reha sind mögliche Therapieerfolge meinerseits nicht evaluierbar
Die Aussage beantwortet sich selbst: progredienter Sprachabbau - wie soll man da einen Erfolg messen können?
gibt sicherlich viel was ich nciht weiß, komme aber eingiermaßen klar
Neutral bis sicher. Eigentlich kann man immer was machen und wir haben auch recht viel Material in der Praxis ,aber manchmal könnte man auch mal neue Dinge / Fortbildungen gebrauchen ,wenn man z.B. an seine Grenzen stösst !
Ich habe mich viel Belesen. Im Verlauf des Berufes bereits viele Erfahrungen im Umgang mit Demenz-Pat. erworben. Großen Einfluss hat hierbei auch der regelmäßige interdisziplinäre Austausch, welcher speziell für die Mitarbeiter der Demenzstation wöchentlich eingerichtet wurde.
zu wenig Therapieerfahrung
- fehlende Erfahrung; - allerdings helfen Supervision, Austausch sowie vertiefende Lektüre, mich allmählich etwas sicherer zu fühlen
Durch meine lange Berufstätigkeit als Logopädin an verschiedenen Arbeitsplätzen, konnte ich große Sicherheit erlangen. Allerdings ist mir bewusst, dass es sich bei dem dementiellen Sprachabbau um eine differenzierte Diagnostik geht und man andere Therapieansätze finden muss als bei einer anderen Sprachstörung. Meine nächste Fortbildung wird deshalb in diesen Bereich fallen, um mehr Sicherheit und eine fachliche Qualifikation zu erlangen.

Sicher bin ich im Umgang mit den Patienten und auch wenn es die Schluckstörungen betrifft. Das reine Therapieren der sprachliche Degeneration gehört (noch) nicht zu meinen Kompetenzen.
mir fehlt noch sicheres Fachwissen, momentan ist es eher eine intuitive Behandlung
gute Zusammenarbeit
Die Grundlagen reichen nicht aus um eine hervorragende Demenz Therapie zu gewahrleisten.
nicht genügend Erfahrung
Durch mein erworbenes Wissen und durch einen relativ großes Wissen durch Erfahrung.
Ich habe zu wenig erfahrung um die oben genannte Frage anders zu beantworten
Erfahrung hilft mir-Learning by doing
Der Anteil der Patienten mit Demenz ist zu gering um mehr Erfahrung und größere Sicherheit in der therapeutischen Arbeit zu bekommen.
Durch meine lange Berufstätigkeit, auch in einer neurologischen Rehaklinik habe ich viel Erfahrung im Umgang mit den Patienten und den Angehörigen.
therapeutisch gibt es zunehmend mehr Konzepte deren Evaluation aber größtenteils noch aussteht und sich somit auf den subjektiven Eindruck der Therapeutin, des Patienten und dessen Angehörigen stützt.
Dies ist noch ein wenig bekanntes Feld.
"Sicher" wäre übertrieben, dafür beschäftige ich mich praktisch u. theoretisch zu wenig damit; "unsicher" wäre auch zu stark, da ich mich zumindest im UMGANG u. im Therapie ANBIETEN rel. sicher bzw. wohl fühle
Aufgrund der Erfahrung wobei man immer wieder vor neue Herausforderungen gestellt wird. So ist aber das Leben.
Weil ich mich sicher fühle...

In der direkten Arbeit mit den Patienten fühle ich mich sicher, aber Defizite gibt es bei mir sicherlich noch in der Angehörigen- und Umfeldberatung.
Zu wenig Erfahrung, kaum Literatur oder Fachinformation vorhanden, das man sich einarbeiten könnte
Die Sicherheit in der Therapie hängt stark vom Grad der Demenz, der Therapiefrequenz und der Motivation der Betroffenen ab.
Ich versuche mein fachliches Wissen anzuwenden bzw. die therapeutische Arbeit der Belastungsfähigkeit des Patienen anzupassen.
In der nächsten Stunde kann jeder Erfolg wieder wie weggeblasen sein.
Mir fehlt die Aussage, logopädisches Arbeiten verlangsamt das Fortschreiten der Demenz. Ich betätige mich überwiegend kreativ in Anlehnung des Erlebensumfeldes des Patienten. Ich berate Angehörige in Bezug auf ihr Kommunikationsverhalten des dementen Familienmitgliedes.
Habe bisher keine befriedigende Fobi besucht. Ausschließlich alles angelesen. Kaum gute Literatur f. Logos vorhanden.
Es liegen keine /wenige aussagekräftige ärztliche Diagnosen bzw.Berichte vor. Es scheint mir nur wenige spezifische Fortbildungsangebote zu geben bzw. habe ich sie bisher noch nicht genutzt (außer einzelnen Fachvorträgen) Es werden nur relativ wenige Patienten mit dieser Diagnose überwiesen.
Aus meiner langjährigen Erfahrung heraus.
"Stark" ist mir hier ZU stark, ich fühle mich aber auf keinen Fall unsicher und weiß, dass ich mit meinen Patienten etwas erreichen kann.
-war nicht Inhalt in der ausbildung - bisher dazu keine Fb besucht
fehlende Inhalte in der Ausbildung zu geringes Patientenklientel
Durch meine FOrtbildung, die sehr umfangreich war und ein ehrenamtliches Begleiten einer PAtientin

fühle ich mich nicht ganz unsicher. Da es jedoch leider durch unseren Heilmittelkatalog sehr selten vorkommt, dass ich Demenzkranke nehandle, ist es immer wieder sehr neu und man muss sich immer wieder neu rantasten.
Wenig Fortbildung, wenig Konzepte eher nach Erfahrung & Bauchgefühlt und nichtlogopädischer Konzepte
Siehe Vorstehendes
Keine Angst vor dem Umgang mit dem. betroffenen Menschen . Rechtfertigungsmöglichkeit f. Ther. mit diesen Klienten parat . Pos. Rückmeöldung von Pat. direkt oder indirekt , von Angehörigen direkt .
Die Kombination Therapie-Methode (Padovan) und meine subjektive Lebenserfahrung/berufliche Praxiserfahrung geben mir eine gewisse Sicherheit. Hier ist mehr zwischenmenschliche Wärme/ therapeutische Zuwendung erforderlich und weniger linguistisch ausgefeilte Vorgehensweisen auch wenn diese besser standardisiert werden können. Ich sehe mich in meiner Vorgehensweise häufig durch neueste Veröffentlichungen der Hirnforschung/Lernforschung/Altersforschung und Psychologie bestätigt.
Zu wenig Wissen über Demenz und zur wissenschaftlich belegten, sinnvollen Therapie, kaum theoretische Hintergründe vorhanden und zu wenig Erfahrung.
Fortbildung in diesem Bereich wäre notwendig und ist geplant
Durch die starken Schwankungen in dem Ausmass und Verlauf, finde ich es schwierig diese Krankheit (oft mit differenten Begleitsymtomen) zu durchdringen.
Ich habe keine Ausbildung in diesem Bereich, dieses gab es zu meiner Zeit noch nicht. Momentan arbeite ich im Kindersprachbereich und würde mich, bevor ich wieder mit diesen Patienten arbeiten würde, erst fortbilden wollen.
Zu wenig Gelegenheit zu gezielter Arbeit mit diesen Patienten über mehr als ein paar Tage
die Forschung befindet sich am Anfang, es liegen keine empirischen Belege für Diagnostik- oder Therapieverfahren im Bereich der Demenz vor

Ich habe mich bisher nicht um Studienergebnisse gekümmert, in denen nachgewiesen ist, dass Behandlung etwas bringt. Daher weiß ich nicht, was und ob Therapie ernsthaft etwas bringt. Ich bin da sehr skeptisch.
Das Störungsbild berührt existentielle Fragen des Menschseins, das muss notwendigerweise zu Verunsicherung führen. Fachliche Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen bieten eine gewissen Sicherheit. Professionelle Distanzierung ist erforderlich, wird aber durch die individuelle Situation von Patienten immer wieder auch in Frage gestellt.
Es gibt zu wenig Tradition mit dieser Behandlungsrichtung
Man kann sich nicht sicher sein, ob die Therapie nachhaltig den Abbau verlangsamen kann.
Ich denke, dass mir sinnvolle Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen. Außerdem habe ich Erfahrung mit Demenz in der Familie z.B. mit der Validation. Trotzdem habe ich zu dem Thema NOCH keine Fortbildungen besucht und kenne noch kein standardisiertes, evidenzbasiertes Vorgehen.
Ich erlebe Erfolge der Patienten, aber ich weiss nichts darüber, wie es für den Patienten in der Therapiepause weitergehen wird. Aufgrund der TATSACHE, dass es eine progrediente Erkrankung ist, kann man dem Patienten keine Erfolge versprechen, und die Messbarkeit von Erfolgen ist auch schwierig.
Siehe zuvor Frage 16
ich habe mich bereits fortgebildet. Ich habe bereits viele Patientenkontakte gehabt und weiß um Möglichkeiten und Grenzen. Unsicher wäre ich eher in der Durchführung von Langzeittherapien, hätte aber auch dafür genug Ansätze/Ideen.
noch nicht genügend Erfahrung
Jeder Mensch, jeder durch dementiellen Abbau betroffener Mensch hat seine eigene Weise zu reagieren. Die Reaktionen sind ggf. unberechenbarer und weniger voraussehbar bei Menschen mit dementiellem Sprachabbau
In der Schule wurde das Thema nicht behandelt und Fortbildungen habe ich bisher nicht besucht.

Es ist gelegentlich unsicher, ob die Therapiemethoden / Materialien optimal an das Störungsbild angepasst sind. Wir merken aber, dass die Patienten von der Therapie profitieren.
Geht so. Bei meinen Patienten tritt die Demenz häufig auch mit neurologischen Erkrankungen auf (Parkinson, Aphasie oder auch MS). Da ist es schwer genau zu differenzieren, ob es an der Demenz oder der anderen Grunderkrakung liegt. Bei diesen Störungsbildern bin ich mir sehr sicher in dem Aufbau der logopädischen Therapie. Eine Fotbildung "Validation" bei der Tochter von Naomi Feil habe ich auch besucht. Nach deren Hinweisen führe ich die Therapie gut aus
kein Wissen, keine Fortbildung bis jetzt
Da meist noch andere Störungsbilder in der Praxis mit der Demenz zusammenfallen, ist das Hauptziel eher die noch vorhandeneb Fähigkeiten zu erhalten.
siehe letzte Antwort.
Grundsätzlich würde ich gerne mehr darüber wissen. Dass meine Patienten aber wieder kommunikativer wurden, zeigt mir, dass ich einen ganz guten intuitiven Weg beschreite.
Gute Kompetenzen, erfahrungserprobt aber nicht spezialisiert da diese Patienten bislang keine "großes" Störungsbild in meinem Patientenstamm bilden.
Da in der Ausbildung nichts darüber gelehrt wurde und man sich auf angelesenes und seine Empathie verlassen muss.
Da es kein Ausbildungsinhalt war und die Meinung vorherrscht, dass Ergotherapeuten für die Therapie bei Demenz zuständig sind.
Theoretischer Hintergrund fehlt oft.Wo finde ich eine Basis?
das Feedback kann nur der Patient geben, da auch in dieser Therapie eine gute Patient- Therapeut-Beziehung erreicht werden sollte
positive Rückmeldung von Ärzten, Pflegepersonal div. Einrichtungen und Angehörigen

In der Ausbildung selber keine eindeutigen Informationen zu diesem Gebiet. Wesentlich mehr dann im Studium, aber eher theoretisch und medizinisch. Für die Therapie ist man auf sich allein gestellt.
Werde in der nä zeit Fortbildungen besuchen ,die dieses Thema haben . Fühle mich aber sicher im Umgang mit solchen Patienten .
Ich informiere mich fachlich, therapiere individuell und ignoriere die steifen Vrogaben der GKV. Das nützt dem patienten und klappt.
Es kommt sehr auf die individuelle und z.T. durch die Krankheit veränderte Persönlichkeit des Patienten an, ob er/sie sich zur Kommunikation bereit findet und dadurch wird auch meine Sicherheit im Umgang mit dementiell veränderten Menschen beeinflußt.
Ich glaube ich leiste da schon eine gute Arbeit und eine gute Unterstützung von Patient und Angehörigen. Die Herrangehensweise speist sich aber aus den Erfahrungen mit Aphasikern und aus Literatur, die ich zu Demenz und teilweise auch zum demtiellen Sprachabbau gelesen habe. Eine Anreicherung, Untermauerung und evtl. noch mal andere Herrangehensweise über eine Fortbildung, die die speziellen Bedürfnisse dieser Patienten berücksichtigt kann sicher sehr hilfreich sein. Ich glaube aber, die Anforderungen sind weiterhin individuell sehr unterschiedlich und so oder so muss ich versuchen dieser individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten zu erfassen, um an der richtigen Stelle Unterstützung zu geben.
ich therapiere keine Sprachstörungen
Kommt auf den Patienten an.
Eine Fortbildung auf diesem Gebiet ist sinnvoll.
wenig treffendes Diagnostikmaterial
Es ist eine normale Behandlung.
Ich habe zu wenig Erfahrungen in diesem Bereich,sowohl praktisch als auch theoretisch.
Zu neues Arbeitsfeld -- mir ist nicht bekannt, dass es viele Ansästze gibt

ich kann wenig Erfahrung sammeln, da kaum Verordnungen ausgestellt werden. Es sind eher Begleitumstände- da arbeitet ich beratend. (meist primär Schluckstörungen).
s.v.
Ich persönlich behandle (bislang) nur sehr wenige Patienten mit dementiellem Sprachabbau und habe im Umgang mit dieser Klientel noch nicht allzu viel Erfahrung sammeln können, zugleich aber auch noch keine konkrete Fortbildung zu dem Thema besucht. Ich scheue mich nicht davor, mit dieser Patientengruppe zu arbeiten, habe durchaus Ideen für eine Behandlung und entsprechende Stundengestaltung, könnte nun aber nicht behaupten, dass ich das gute Gefühl habe, "ganz sicher alles richtig" zu machen...
Nach insgesamt über 25 Jahren Tätigkeit als Krankenschwester auf dieversen Fachdisziplinen wie Stroke Unit, Neurochirurgie, septischer Chirurgie, Gefäßchirurgie, Intensivmedizin und Pflegeheimen sowie der nachfolgenden Tätigkeit seit 7 Jahren in den logopädischen Disziplinen, sind mir aus meinem beruflichen Alltag sehr viele Synergien klar und ich bin gewohnt, diese zu nutzen.
Es gehört zum logopädischen Alltag auch mit dementiellen Sprachabbau umzugehen und diesen auch mit einzubeziehen. Ich bin kein Spezialist auf dem Gebiet, da dies der Praxisalltag auch nicht hergibt (viele andere Störungsbild).
Wissen "nur" angelesen oder aus der Aphasietherapie angeeignet. Für Vergleiche geht mir der Austausch.
Sicher im Sinne von ich meine schon, erkennen zu können, mit welchem Vorgehen ich die Lebensqualität von Patient und Bezugspersonen verbessern kann. Bei Demenzpatienten kann ich jedoch nicht auf standardisierte Materialien zurückgreifen, so dass ich immer das Gefühl habe, ich fange bei Null an.
Meine logopädische Ausbildung hat darauf zu wenig vorbereitet. Auf der anderen Seite halte ich die neurologischen und neuropsychologischen Zusammenhänge für zu komplex, als dass man sich das mal schnell in einer Fortbildung aneignen könnte. Ich würde von daher immer die möglichst enge Zusammenarbeit mit einem Neuropsychologen suchen, wenn die Angehörigen dazu bereit sind.
Da ich bisher keine Fortbildung dazu besucht habe und es im Studium zwar behandelt wurde, aber nicht ausreichend auf die Therapie eingegangen wurde.

Es ist schwierig, sich auf einem Gebiet "sicher" zu fühlen, dass zum einen wissenschaftlich wenig erforscht ist, zum anderen wenig Patienten überhaupt eine logopädische Verordnung bekommen. Ich persönlich fühle mich sicher in der Beratung von Patienten und Angehörigen zu Kommunikationsstrategien, Alltagsbewältigung etc. Im Rahmen der Sprachtherapie muss man viel ausprobieren, vieles hängt davon ab, welche Demenzform vorliegt, wie weit die Orientierungslosigkeit, der Abbau der Wahrnehmungsfähigkeit undder Sprachabbau fortgeschritten ist.
Mein Wissen, erarbeitet aus Büchern, über Demenz gibt mir nicht die ausreichende Sicherheit um sagen zu können alles an Möglichkeiten auszuschöpfen, was eigentlich möglich wäre
Gehe nach meinem eigenen therapeutischem Gefühl vor, da ich keine Fortbildung dazu besucht habe... Die Patienten profitieren davon, die Rückmeldungen sind positiv.
lange Berufspraxis, Klinische Linguistin von Beruf, viel Lektüre
Sicher? Die Patienten und Angehörigen geben eine positive Rückmeldung und ich habe auch ein gutes Gefühl. Neutral deshalb, weil meine Erkenntnisse nicht wissenschaftlich belegt sind sondern nur auf jahrelanger Erfahrung im Umgang mit Menschen beruht.
Über dementielle Prozesse und mögliche sinnvolle Therapieformen gibt es zu wenig Erfahrung und Fortbildungen.
Erfahrung mit kognitiven Störungen im Zusammenhang mit anderweitigen neurogenen Sprach- und Sprechstörungen aufgrund Schlaganfällen, Tumorerkrakungen etc.
da es sich um eine progrediente Erkrankung handelt, zweifle ich an der Wirksamkeit meiner Behandlung, weil wenig Erfolge zu sehen sind.
So eine Aussage ist vermessen.
Der Umgang mit diesen Patienten fällt mir leicht.
Das kommt auf das Stadium der Demenz an
Die Kontaktaufnahme klappt sowohl bei noch sprechenden, als auch bei den bereits verstummenden Menschen, wobei letztere auch für mich eine Herausforderung darstellen. Bei totaler Verstummung

empfehle ich basale Stimulation seitens der Ergotherapie. Ein anderer schwieriger Punkt ist die auftretende Dysphagie und die Aufklärung der Angehörigen über PEG ja oder nein.
Die ist je nach Ausprägung der Erkrankung verschieden
Durch einige Erfahrung und Erfahrung mit aphasischen Patienten glaube ich, differenzieren zu können und im allgemeinen ein angemessenes Angebot auswählen zu können.
ICh könnte definitiv noch mehr darüber wissen und meine Erfahrungen ausbauen!
Ich fühle mich sicher da ich mit dem Menschen mitgehe , mit seinen Bedürfnissen, seinen Möglichkeiten, wiel ich ihn akzeptiere so wie er ist und nicht meine Wünsche durchsetze oder was andere denken, was er oder ich tun müssen.
Im Umgang mit dementen Menschen fühle ich mich sicher, die Therapie ist aber immer sehr individuell und voller "Überraschungen".
zu wenige Patienten im jahr
Habe das Gefühl ich kann für die Patienten einiges tun. Fühle mich in der Therapie soweit sicher. Man kann jedoch nie genug lernen ;-) und ich werde weitere Fobis besuchen...
Zu wenig Erfahrung, Fortbildung steht noch aus
Ich fühle mich sicher da ich viel mit neuro- Patienten und geriatrischen Patienten arbeite und inzwischen viele Erfahrungen gemacht habe. Jedoch wäre etwas strukturelles Vorgehen und mehr theoretisches Wissen Super.
Ich denke es handelt sich um einen Bereich in der Logopädie, dem bisher zu wenig Beachtung geschenkt wird. Auch stellen Ärzte hierbei nur selten eine Heilmittelverordnung aus und man hat in der Regel nur Patienten, welche eine Demenz als Zweitdiagnose aufzeigen. Vermehrte Fortbildungsangebote wären daher sinnvoll.
Der Umgang mit typischen Verhaltensweisen fällt mir schwer. Ich fühle mich unsicher. Ich weiß oft

nicht, wie ich den Patienten Hilfestellung leisten kann. Außerdem fällt es mir schwer ein Ziel der Therapie zu bestimmen und wie die Inhalte vermittelt werden können.
Kommt auf den Patienten und die erwartungshaltung der Angehörigen an.
Patienten und Angehörige zeigen Entlastung und geben positives Feedback
Ich habe viele Jahre Erfahrung, etliche Fachbücher und Fachartikel gelesen, mich weitergebildet und fortgebildet. Mein Fachwissen wende ich täglich an.
Weder war der Bereich Demenz Inhalt der Ausbildung, noch habe ich bisher Fortbildung zu diesem Thema besucht. Dager fühle ich mich in diesem Bereich nicht sicher.
Ich fühle mich manchmal doch unsicher und muß viel improvisieren, und wünsche mir noch mehr Information über den Umgang mit den verschiedenen Formen der Demenz
Zuwenig Information in der Ausbildung
Ich bin nicht sicher, ob logopädische Behandlung im engeren Sinne (also Üben mit dem Patienten) im so vulnerablen Bereich Sprache nicht eine zusätzliche Quelle des Frusts sein kann. Logopädische Therapie sollte klare Zielstellungen verfolgen, und das passt nicht zum günstigen Umgang mit Demenzpatienten. Das gilt ncht für die Angehörgenberatung: Die Aufklärung über die Besonderheiten in der Kommunikation und die Beratung zum adäquaten Umgang damit ist hochgradig erfolgverspreechend; hier könnte ich noch Beratungskompetenz gebrauchen. (Allerdings ist die Beratung im interdisziplinären rehateam schwierig, weil die Diagnoseoft noch nicht gesichert ist.)
keine Fortbildung besucht und nicht in der Schule durchgenommen
um sagen zu können, dass ich mich nicht sicher fühle, ist es zu früh. um sagen zu können, ich fühle mich sicher, hab ich noch nicht genug Patienten mit dieser Diagnose behandelt. deshalb bin ich neutral
Pat. mit Demenz sind eher nur in geringer Anzahl in unserer Klinik
Oft ist die vorangegangene medizinische Diagnostik unzureichend,

Unsicherheiten bei der Differenzierung aphasischer und dementieller Anteile.
durch meine Erfahrung habe ich keine Berührungsängste und kann schnell Nähe und Akzeptanz aufbauen. Die Menschen fühlen sich meist angenommen und respektiert.

Frage 18: Inwieweit sehen Sie das Thema Demenz in der Logopädie verankert?

Verankerung
Da die Anzahl Demenzkranker steigt, begegnen einem immer häufiger Denenzkranke oder dessen Angehörige, die eine Verbesserung ihrer kommunikativen Fähigkeiten wünschen. Da logopädie die Bereich der kommunikativen Fähigkeiten beinhaltet, finde ich, dass auch Demenz ein Thema ist, dass in die logopädische Therapie gehört. Allerdings ist es bisher kaum Inhalt der Ausbildung.
Ich glaube, dass es ein wichtiger Baustein ist, der besonders während der Ausbildung zu kurz (oder gar nicht vor-) kommt. Demenz hat einen gewichtige Auswirkungen auf unsere Therapie!!
Es entwickelt sich, und ist absolut wichtig
wichtiger Bereich, da es immer Patienten mit einer Demenz gibt und geben wird. Auch denen soll eine möglichst hohe Lebensqualität geboten werden.
Es ist nicht gut verankert, da es schon damit anfängt, dass man nichts über die Behandlung Dementer in der Ausbildung lernt. Auch dürfen Logopäden offiziell keine Dementen behandeln, was wiederum für eine schlechte Integration des Themas Demenz in der Logopädie zeugt.
Noch nicht ausreichend.
noch zu wenig
In Bezug auf die Differentialdiagnose zur Aphasie sehr hoch
sehr stark
Demenz ist ein Stiefkind der Logopädie.

Noch nicht sehr.Viele Patienten wissen nicht, dass log.therapie bei Demenz weiter helfen kann. Auch Ärzte verschreiben nicht unbedingt logopädische Therapie. Außerdem wird über dieses Störungsbild meiner Meinung nach nicht ausführlich in der Ausbildung unterrichtet.
Demenz ist im HMK nicht als Position aufgeführt. Spielt also nur eine untergeordnete Rolle.
Leider wird das Thema Demenz in der Ausbildung nicht ausführlich behandelt. Obwohl es immer mehr Demenzkranke gibt, ist es in der Logopädie eher eine Randgruppe.
Stark verankert, da alle degenerativen Erkrankungen des Gehirns irgendwann zu Störungen der Sprache/ des Sprechens, der Kommunikation im Allgemeinen führen. UND Sehr viele neurologische Patienten, die wir in Klinik oder Praxis behandeln, eine Demenz/ kognitive Störung aufweisen
Es handelt sich um ein Thema, dem mehr Beachtung geschenkt werden sollte, nicht nur vor dem Hintergrund der Sprachstörung sondern auch der Dysphagie.
es gehört dorthin - wird aber ärztlicherseits und z.T. auch von der Pflege nicht gesehen (Informationsmangel)
Bisher unzureichend, da noch zu wenig Wissen um Zusammenhänge zwischen Sprache und Denken
Noch nicht so, weil die Tendenz besteht die logopädische Therapie als Beschäftigungstherapie zu bewerten.
Noch nicht so, weil die Tendenz besteht die logopädische Therapie als Beschäftigungstherapie zu bewerten.
Sehr tief, aber leider wird Logopädie bei Demenz nur sehr selten verordnet.
Sollte ein Schwerpunktthema in der Ausbildung werden, so wie Aphasie und Dysarthrie.

Schwierig... Eher Bindeglied zwischen Logo und Ergo
Dadurch dass die Demenz mit Wortfindungsstörungen einhergeht, finde ich Logopädie bei Demenzpatienten sehr wichtig.
Aktuell ist das Thema meiner Meinung nach definitiv zu wenig verankert, obwohl es immer mehr Menschen werden, die aufgrund der steigenden Lebensdauer auch an dementiellen Krankheiten leiden.
Großes, leider noch verwaistes Thema der Logopädie.
sollte in den bereits bestehenden Curricula zu den Gebieten Sprache, Kognition und Dysphagie mitverankert werden; evtl. eigenständiger Block von 8h
Ist immerhäufiger Bestandteil der Therapie
noch viel zu wenig. Auch aufgrund der fehlenden Indikationsschlüssel. Dadurch verordnen Ärzte deutlivh weniger, als nötig
Da es sich um eine Kommunikationsstörung handelt, denke ich das wir das passende Handwerkzeug haben und entsprechende Therapien anbieten können.
Zur Zeit noch in eher geringem Umfang.
Es wird zunehmend an Bedeutung gewinnen. Die Ärzte sehen die Demenz meist noch nicht in der Logopädie, da die Demenz progredient ist
Im Falle von Sprachabbau: Wo anders sollte es angesiedelt sein? Es handelt sich doch um Sprachlosigkeit
Aufgrund der Schluckstörung bedarf Demenz für mich persönlich einer logopädischen Therapie. Im Frühstadium kann Logopädie ebenfalls sinnvoll sein. In der Heilmittelrichtlinie ist es nicht verankert.
häufig unbekannt, im Studium nur in Form eines Seminars erwähnt
Also ich glaube, das viele Logopäden noch zu unreif sind und aufgrund ihrer mangelnden Selbsterfahrung zu unsicher mit diesem Thema umgehen. Es gehört auch eine gewisse Reife dazu, eine Familie auf diese Weise zu begleiten. Junge Kolleginnen und Kollegen sollten sich von ältern Coachen lassen. So ist es

immer gewesen und sollte heute auch so sein. Denn nur durch theoretische Ansätze und Fortbildungen in diesem Bereich gewinnt man nicht an Erfahrungen. Das Meiste und Intensivste erlernt man durch die Supervision. Vielleicht sollte man über Skyp eine Plattform für Supervisoren einrichten?!
noch wenig
Es sollte definitiv einen größeren Stellenwert erhalten, als bisher, da es unsere Arbeit deutlich beeinflusst.
Bisher noch eher wenig, mit dem in der Ausbildung erworbenen Wissen darüber sind Logopäden nicht in der Lage, Demenzen kompetent zu behandeln.
Ich sehe Demenz als Thema in der Logopädie, da einerseits der Abbau der kommunikativen Fähigkeiten eine logopädische Intervention sinnvoll macht und aber auch häufig eine Dysphagie zu verzeichnen ist, die logopädisch therapiert werden kann.
UK und Dysphagietherapie ist ab einem gewissen Grad der Erkrankung nötig - Aufgabenbereich der Logopädie
wird mit der Zeit immer mehr zunehmen
Sehr! Es geht nicht ohne uns, aber auch nicht ohne viele weitere Berufszweige, wie z. B. die Neuropsychologie und Ergotherapie. Interdisziplinäres Zusammenarbeiten ist (auch) dabei unerlässlich.
So stark, wie sie leider in der Logopädenausbildung und auch eines Hochschulstudiums nicht berücksichtigt wird. Sowohl die Sprache und das Sprechen als auch das Schlucken können beinträchtigt sein - wer sonst sollte dafür eine Qualifikation haben als akademische Sprachtherapeuten.
zu wenig
Hängt klar von der Person des Therapeuten ab.
wenig
wir sind auch die Fachleute im Umgang mit der Erkrankung, wir hätten prinzipiell die Kompetenz des Umganges damit, wenn wir entsprechend geschult wären

bisher wenig, ist aber im Kommen
schon, nur müsste, so wie in allen Bereichen der Logopädie, genauer festgehalten werden, ob und wie der Betroffene von der Therapie profitiert.
zusehends mehr...
da älternde Bevölkerung und Demenzerkrankungen häufiger auftreten ist eine frühzeitige logopädische Behandlung indiziert. Da Kommunikation aufrechterhalten bleiben musss!
Sehr wichtig, da Sprachabbau immens
Ich empfinde die Therapie als sehr wichtig und bei Logopäden richtig situiert. Die Abgrenzung zu anderen neurologischen Störungen sollte jedoch noch feiner herausgearbeitet werden.
Da die Demenz einen großen Einfluss auf die Sprachfähigkeiten hat, sehe ich einen großen Zusammenhang und auch ein wichtiges Behandlungsgebiet.
Ist in Deutschland noch wenig verankert in der Logopädie.
Bei neurologisch bedingten Sprech- und Sprachstörungen v.a. bei Patienten höheren Alters ist eine demenzieller Prozess sehr häufig zu beobachten
zuwenig
viel zu wenig. Wenn ich in meinem logopädischen Umkreis schaue, was da bereits vorhanden ist, sieht es sehr dürftig aus. Kolleginnen schicken ihre Patienten dann gern zu mir.
Aufgrund der alternden Bevölkerung rückt nun auch die logopädische Behandlung von dementiell Erkrankten mehr und mehr in den Vordergrund und sollte daher auch in der Logopädie mehr thematisiert werden (logopäd. Ausbildung, Fortbildungen...)
Viel zu wenig. Es muss mehr Aufklärungsarbeit erfolgen. Bei Betroffenen, Angehörigen, Ärzten, anderen Fachdisziplinen, Logopäden usw.
Noch nicht sehr stark. Es scheint mir von Seiten der Ärzte eher als sowieso nicht mehr zu verbessernde

Sprachstörung angesehen zu werden. Mehr "Verordnungswilligkeit" bei begleitender Schluckstörung.
Es betrifft uns dadurch, dass sich die Demenz auf die Kommunikationsfähigkeit und Ausdrucksfähigkeit des Betroffenen auswirkt, auch auf das Verstehen verbaler und schriftlicher Zusammenhänge. Ob das schon für eine Verankerung reicht - da bin ich zeitweise selbst nicht sicher
Wenig verankert, weil es bei den Ärzten irgendwie nicht angekommen ist, dass Logopädie sinnvoll bei Demenz ist. Gerdae bei Demenz verordnen die Ärzte kaum, höchstens bei Dysphagie - und auch das viel zu wenig.Daher ist die Demenz auch in Aus-und Fortbildung ein vernachlässigtes Thema und es gibt wenig vorgefertigtes Material
Hier ist sicherlich noch viel Aufklärungsarbeit notwendig. Als Dysphagietherapeutin sehe ich viele Patienten bei denen ich denke: "Schade, dass Du mir nicht schon früher unter die "Finger" gekommen bist. Besonders bei Ärzten ist das Thema wenig bekannt.
Ich finde es wichtig. Zur Zeit meiner Ausbildung wurde aber noch wenig darüber gelehrt. Vor allem die Anleitung und Beratung Angehöriger wäre sehr wichtig
stark
in Heilmittelrichtlinien und Ausbildung zu wenid bis gar nicht berücksichtigt. Im logopädischen Alltag immer häufiger, auch als Begleiterkrankung in Behandlung
Zu wenig
Das Thema gewinnt zunehmend sn Bedeutung
Hoher Stellenwert. Wird in Zukunft immer mehr Thema werden.
Nur wenig, es gibt nur wenig konkrete Diagnostik und therapieverfahren bisher.
In der Ausbildung noch zu wenig vermittelt, denn die praktische Arbeit zeigt einen hohen Bedarf.
Kassen zahlen das nicht oder nur begrenzt, also....
stark
Noch auf sehr wackeligen Füßen.

Kommunikation ist unser Thema, deshalb Logopädie
Ich sehe eine große Verankerung der beiden Gebiete. In der Akutsituation nach einem Schlaganfall ist es oft nicht einfach eine Demenz von einer Aphasie mit Wortfindungsschwierigkeiten und Sprachverständnisschwierigkeiten zu differenzieren
Gar nicht
Aufgrund des demographischen Wandels der Gesellschaft zwingend erforderlich, da Patientenzahlen in diesem Bereich steigen werden.
Unter dem Aspekt, eine längere Teilhabe des Patienten am sozialen Leben über Kommunikation zu ermöglichen
kaum
Es gibt bereits sehr gute fachspezialisierte Kollegen/Innen, aber eindeutig zu wenig verankert bei den Ärzten mit der Notwendigkeit zur Therapie
Noch sehr wenig. Es ist ein logopädisches Aufgabenfeld das seinen Platz finden muss. Durch fehlende Forschung (u.a. durch späten Erkrankungsbeginn und schnellen Abbau) ist das sicher nicht einfach.
Kommt immer mehr
Es ist sehr stark verankert.
Wird in Zukunft einen großen Stellenwert bekommen, wird hier auf dem "platten Land' leider noch nicht verschrieben
Das Erkennen der Erkrankung gelingt immer schneller. Die Ärzte werden aufgeklärter mit therapeutischen Möglichkeiten außer Medikamenten. Aber die Vorgaben der KV machen die Verordnungsmotivation sehr schwer.
Bisher hatte es noch keinen großen Stellenwert, dies muss sich verändern
leider noch zu wenig

Längst hat die Logopädie noch nicht den Stellenwert in der Behandlung von Demenzerkrankten, der ihr eigentlich zukommen müsste !
Taucht immer wieder auf, oftmals nicht klar von der evtl Grunderkrankung nicht abzugrenzen, unklar, ob Aphasie oder Wortabrufstörung oder deutliche Demenz. Erlebe zunehmend dementielle Symptome in der Arbeit mit den überwiesenen Patienten (die auch älter sind als vor 10 Jahren)
Demenz wird einen immer größeren Stellenwert in der Logopädie einnehmen. Es gibt immer mehr ältere Menschen, die über kürzere oder längere Zeit von uns mitbetreut werden müssen.
Dieses Thema steht noch sehr in den Anfängen, oft bekommt ein Demenzkranker Patient keine Logopädie, sondern nur Ergotherapie.
kaum
ist im kommen, momentan noch randerscheinung. Meist ist eine andere Erkrankung Ausschlaggebend für das Rezept.
Demenz ist bei den meist älteren Patienten Teil anderer Therapien, z.B. im Zusammenhang mit Parkinson oder Aphasie und wird von mir eher "mitbehandelt".
Ich denke dass Logopäden in Zusammenhang mit Hirnleistungsübungen einen Teil dazu beitragen können, die noch vorhandenen Fähigkeiten länger zu erhalten, allerdings denke ich ist hierbei eine multidimensionelle Behandlung nötig.
Arbeitsfeld sinnvoll für Logopädie
- Verankerung/ Zusammenhang ja, denn die sprachlichen Einschränkungen bei dementiellen Erkrankungen machen Betroffene auch zu Menschen mit einer Form der "Sprachlosigkeit" - alleine logopädische Therapie genügt keinesfalles- unbedingt enge Verknüpfung/ interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Pflege und anderen therapeutischen Berufen notwendig
Nicht stark. Die Frage Verordnung steht im Raum: solange junge Aphasiepatienten nicht ausreichend versorgt sind und um Verordnungen kämpfen müssen - muss ich dann Menschen mit dementiellem Abbauch wirklich auf Rezept behandeln?

Es ist ein wachsendes Thema, was zunehmend an Bedeutung gewinnt.
bisher wird das kaum berücksichtigt
Dieses Thema sollte im Rahmen der Ausbildung mehr verankert sein. Aufgrund steigender Patientenzahlen und steigendem Interesse an dem Krankheitsbild ist es stark mit der Logopädie überlappend
Gar nicht
Da es eine deutliche Sprachstörung und Fehlkommunikation innerhalb einer Demenzerkrankung gibt, verbunden mit massiven Gedächtnisstörungen, ist dies ein wichtiger Therapiebereich innerhalb der Logopädie.
Eher sehr wenig verankert. Kaum ein Arzt verschreibt bei dementiellen Patienten Logopädie, weil viele Ärzte wissen, dass es im Prinzip nicht viel bringen würde. Sie sehen aber leider nicht, das dem Patienten dadurch vielleicht auch ein Teil der Lebensfreude genommen wird, wenn man ihm diese logopädische Unterstützung versagt.
Noch sehr stiefmütterlich behandelt,wenn auf wissenschaftlichem Niveau mit eingeschränkter Praxisrelevanz.Ein Synergieeffekt, welcher sich in Zusammenarbeit mit ergotherapeuten beobachten läßt wird meines Erachtens in der freien Praxis vernachlässigt.
Das Thema Demenz ist lange Zeit stiefmütterlich behandelt worden. In der Therapie ist man damit konfrontiert, sucht aber noch nach evtl. vorhandenen anderen Störungen die erst behandelt werden; auch um den Ärzten gerecht zu werden, die der Meinung sind logopädische Intervention lohnt sich bei Demenz nicht. Bei der Arbeit mit dementen Patienten sieht man aber die Erleichterungen des Miteinander die eine Therapie bringt.
Es betrifft unsere Patienten, nach dem andere Vorerkrankungen vorhanden waren, kann auch eine Demenz auftreten, auch über den Verlust der Sprache hinaus kann erfolgreich an wichtigen Fkt, wie dem Schlucken oder anderen Kommunikationsstrategien erfolgreich im Interesse des atPatienten gearbeitet
sicherlich ein " junges " Arbeitsgebiet, es dient jedoch der Aufrechterhaltung der kommuniktiven Möglichkeiten

Randgebiet
Forschung und Wissenschaft kümmert sich sicher um das Thema Demenz im Allgemeinen und in Bezug auf die sprachlichen Fähigkeiten. Ich als Frau der Praxis erlebe in den Altenheimen eher eine Gleichgültigkeit beim Thema Logopädie für einen Demenzkranken. Von daher ist die Demenz in der Therapieumsetzung eher wenig ein Thema.
Noch zu wenig.
zunehmend mehr, aber noch nicht ausreichend genug
Sehr verankert, da häufig Schluckstörungen auftreten.
zunehmend, da die Patienten immer älter werden
sehr starke Verankerung, da sprachsystematische Defizite im demenziellen Abbauprozess große Rolle spielen; z.B. auch bei primär progressiven Aphasien
Gut, denn viele Kollegen und sehr intelligente Menschen befassen sich ernsthaft mit diesem Thema. Meine Hochachtung für diese Menschen. Ich habe das Gefühl, dass beständig an einem Fortkommen in diesem Bereich gearbeitet wird. Ich nehme dankbar Hinweise und Ratschläge an, damit ich meine Patienten weiter unterstützen kann.
noch nicht sehr weit.
sehr, auch nicht nur in Bezug zum Sprachabbau
Sehr ,auf jeden Fall . Nur leider sehen das die meisten Ärzte ganz und gar nicht so und geben somit überwiegend keine Verordnungen ,obwohl Bedarf / Patienten ohne Ende da wären . Ist sehr schade !
wenig
Es ist ein wichtiger Teil, nicht zuletzt aufgrund des demographischen Wandels und der Lebenserwartung. Auch in Geriatrie und Neurologie als Arbeitsfelder der Logopädie ist es eine "Begleiterscheinung", die berücksichtigt werden muss.
eher oberflächlich

Recht tief, wobei dies immer wieder eine Nebendiagnose darstellt.
Das Thema Demenz nimmt einen immer größer werdenden Stellenwert ein, jedoch sind die Erfahrungen, Ergebnisse und vor allem die Akzeptanz noch nicht so verankert. Es muss viel mehr publiziert werden, was Logopädie bei Demenz leisten kann.
ein Teil bei der Behandlung bzw. Konfrontation damit
noch unzureichend
gar nicht
Es ist nicht bzw. noch nicht genügend verankert, denke ich. Bis zu einem bestimmten Grad der Demenz könnte die logopädische Therapie Erfolg bringen.
Noch viel zu wenig!!!!!!!!!! Es muss dringend als eigenständiges Störungsbild anerkannt und bekannt gemacht werden (Sprachabbau bei Demenz!)!!!!
Im Frühstadium der Demenz kann ich mir eine sinnvolle Therapie vorstellen. In Zusammenarbeit mit den Angehörigen/Betreuern kann man den Abbau vielleicht verzögern.
Es wird ein wichtiges logopädisches Thema in der Zukunft sein, da dementieller Sprachabbau vermehrt auftreten wird und behandelt werden sollte.
Momentan noch sehr bescheiden, aber ich vermute stark eine steigende Tendenz.
habe nicht den Eindruck, dass Ärzte bei dieser Diagnose an logopädische Verordnungen denken, bisher hatte ich nur Patienten mit Verdacht auf vasculär bedingte Aphasie, die sich durch bildgebende Verfahren aber nicht bestätigen lassen.
die Behandlung dement kranker Patienten geht uns alle an
Die Demenz spielt in unserem Bereich eine immer größere Rolle, da wir am ehesten geeignet sind auf die Patienten einzugehen, der Sprachabbau bzw eine mangelnde Sprache auch bei Aphasien vorkommt, für

die wir Behandlungskonzepte haben und die Demenz Patienten haben häufig Dysphagien, welche von uns behandelt werden können
zu wenig, in Icd10 nicht aufgeführt, aber wer soll diesen Betroffenen und Angehörigen fachlich fundierte Hilfestellungen geben?
Durch den demographischen Wandel wird dieses Thema an Brisans gewinnen. Sprachförderung ist auch für ältere Menschen ein Thema. Insbesondere sollte eine Förderung nicht auf Privatpatienten beschränkt sein.
Noch sehr wenig, zum einen da die logopädische Arbeit aus medizinischer Sicht wohl nicht "wichtig" genug wäre, aber besonders der Bereich Dysphagie nimmt einen starken Behandlungsschwerpunkt bei der Demenz ein
Das Thema hat bei mir schon einen hohen Stellenwert und gewinnt immer mehr an Bedeutung.
Ich persönlich habe das Gefühl, dass sich das Thema Demenz in den letzten drei Jahren etabliert hat. Davor war es doch eher ein "Thema am Rande".
Ich glaube dass, das Thema Demenz sich zunehmend verankert mit der logopädischen Arbeit (Kommunikation, Beratung und Schlucken)
Wird in der Ausbildung vernachlässigt- also zu wenig verankert !
Sowohl in den rezeptiven als auch besonders den expressiven Leistungen von Sprache zeigen sich Symptome der Demenz.
Wichtiges Thema, aber wird von den Ärtzten kaum verordnet. Dann eher Ergotherapie.
Bisher laut HMR überhaupt nicht.
Ein sehr wichtiges Thema, in das wir uns noch stärker einbringen müssten, z.B. das Anbieten von Gedächtnisgruppen in Pflegeeinrichtungen.
zu wenig, da die Diskussion der Anwendung logopädischer Therapien zur Funktionserhaltung bzw. bei palliativer Behandlung derzeit meiner Meinung nach noch zu wenig im Blick ist.
Hilfestellung erhalten, um alle Ressourcen auszuschöpfen

Wenn die Forschung Erfolge belegt und Therapiematerial zur Verfügung steht dann sehr gut. Bis jetzt aber noch nicht.
Kritisch da zwar die Teilhabe im Vordergrund steht jedoch ein Ziel was darüber hinausgeht eher weniger bestimmt werden kann
bei weitem noch nicht genügend!
Weniger. Es hängt stark vom behandelnden Arzt ab ob Logopädie verschrieben wird. Sollte viel mehr
ein neues Aufgabengebiet der Logopädie; sollte in der Ausbildung unbedingt integriert sein
gar nicht
immer stärker. In der Geratrie ein Großteil der Pat. davon betroffen.
Durch multimorbide Patienten erhält man immer häufiger Berührung mit Patienten, die z.B. zusätzlich zur Aphasie oder Parkinson eine dementielle Symptomatik aufweisen. Bisher habe ich dann an Ergotherapeuten verwiesen, konnte da aber auch nicht unbedingt überzeugt werden.
Eher gering
Ich finde, dass auch diese Personen in den Bereich der Logopädie gehören, da man dieverschlechterung der Kommunikationsfähigkeit und Schluckfähigkeit durch üben immer hinauszögern kann.
Es ist ein Störungsbild, daß aus meiner Erfahrung heraus als Sekundärsymptomatik bei anderen (neurologischen) Grunderkrankungen behandelt wird. Hier kann sicher noch die Behandlung auf reine Demenzen ohne andere Grunderkrankungen ausgeweitet werden.
mit ziemlicher Sicherheit ein zukünftiges Arbeitsfeld, aber ohne gesicherte Erkenntnisse, das es Therapiemodelle gibt, die auch wirksam sind, würde ich keine Therapie anbieten wollen.
Das Thema sollte noch mehr Beachtung finden.
Besonders in den letzten Jahren hat das Thema Einzug in die Logopädie gehalten und scheint seinen Platz als behandelbares Störungsbild zu behaupten.

Ich musste ein Studium draufsetzen, um den neuen Demenzpatienten gerecht zu werden, und ich hoffe, dass die grundständige Ausbildung das inzwischen lehrt.
Wichtig
Das ist für mich ein großes Fragezeichen. Ich bin sehr offen für die Bemühungen sämtlicher Bereiche Theater, Musik, Sprache im Hinblick auf Demenz.
Selbstverständlich, da diese eine massive Kommunikationsstg. nach sich zieht, die zu extremen Schwierigkeiten und Konflikten mit Angehörigen etc. führen kann sowie z. Ausgrenzung, Rückzug u. Depression.
Die Patienten, die uns in der Praxis erreichen, bringen meistens eine der bekannten neurologischen Diagnosen mit; evtl. Demenzen sind dann eher assoziiert. Die Ärzte stellen Verordnungen für dementielle Sprachstörungen bei uns offenbar selten aus.
bisher ist dies offensichtlich nur wenigen bekannt oder bewußt das Demenz ein Thema für die Logopädie ist, bzw. dass die Logopädie einen wichtige Therapie im Verlauf einer Demenzekrankung sein sollte
Demenz wird ein immer größeres Thema in der Logopädie. Die Anzahl der Patienten steigt stetig. Die Ärzte verordnen häufiger Therapie mit der Diagnose Demenz. Es sollte jedoch mehr Fortbildungen zu diesem Thema geben und es sollte Teil der Ausbildung sein.
Noch zu wenig
Leider kaum.
Logopädie befasst sich mit Sprache und Sprechen. Demenz führt zu sprachlichen Defiziten. Sollten wir Logopäden einen Menschen nicht behandeln, weil seine Erkrankung nicht heilbar ist und sein Sprachverlust fortschreitend und nicht dauerhaft umkehrbar??? Können wir z.B. bei SHT-Patienten, Schlaganfallpatienten etc. immer sicher vorhersagen, ob unsere Behandlung von Erfolg gekrönt sein wird? Behandeln wir nur bei Erfolgsaussichten??? Sprache ist Kommunikation, und Kommunikation bedeutet Lebensqualität - darauf hat jeder Mensch ein

Anrecht. In jedem Alter.
sehr wichtiges Thema, Demenz beeinflusst die logopädische Therapie imens, der Umgang mit betroffenen Patienten und wie logopädische Inhalte dann überhaupt transportiert werden können, sollte uns Logopädinnen unbedingt vermittelt werden
Dieses Thema sollte künftig einen größeren Umfang einnehmen, da besonders auf Grund der demografischen Entwicklung der Anteil betroffener Patienten zunehmen wird
Ich finde es ist ein wichtiges Thema, in dem momentan sehr viel passiert. Allerdings finde ich es sehr schade, dass es so wenig thematisiert wurde in meiner Ausbildung.
Ich denke und hoffe, dass es sich in den nächsten JAhren dahin entwickeln wird, dass die Demenz in unserem Heilmittelkatalog auftauchen wird, da ich denke, dass die Demenz durch den Sprachabbau und die auftretenden Schluckproblematiken definitiv zu unserem Behandlungsspektrum gehört. Leider ist das heute noch nicht der Fall.
Sprache & Gedächtnis gehören dringend zusammen
Zu wenig
Es kommt bei vielen KollegInnen zu kurz.
Schlecht im Heilmittelkatalog verankert , nur indirekt . Deshalb schwer für Pat . , Verordnung zu erh . Selbst in Facheinrichtungen hat die Logopädie , meinem Eindruck nach , einen viel schwereren Stand als zB Ergo oder Physio . Es wird Diagnostik , nicht aber Therapie nachgefragt ! Fortbildungen für Logos werden verstärkt u. kompetent angeboten , oft allerdings auch in Randgebieten wie zB Dysphagie (nicht Kommun.).Keine Ahnung ob Logo-Studiengänge das Thema verstärkt thematisieren ; Thema äußerst wichtig s. demogr. Entw.
Im Zusammenspiel mit weiteren Spracherkrankungen z.B. Nach Schlaganfall, Aphasien,Dysarthrophonien etc.
Keine Ahnung. Es scheint aber eher die Sache von klinischen Linguisten in der Theorie und Einzelkämpfern an der "Front" zu sein, als dass für mich eine Linie erkennbar wäre.

Hoch, die Menschen werden immer älter und somit auch immer kränker. Demenz wird auf lange Sicht gesehen, ein Krankheitsbild, was sich immer mehr in den Vordergrund drücken wird.
Randgebiet- aber schwer einschätzbar und abgrenzbar
Noch nicht genug. Es fehlen Weiterbildungen.
wichtig, weil sonst andere Berufsgruppwen diesen Bereich übernehmen werden oder die Patienten unversorgt bleiben.
ein sehr wichtiges Thema, nur wissen viele noch nicht, dass hier Logopädie hilfreich und sinnvoll ist wir kämpfen stark mit den Ärzten, die hier maximal Ergos sehen, wenn überhaupt
kaum
Schwierig augrund des progredienten Verlaufs.
bisher zu wenig, Großer Bedarf!
die frage verstehe ich nicht. als begleitstörung spielt die demenz selbstverständlich schon seit vielen jahren eine große rolle in der logopädie - nämlich seit wir mit erwachsenen / geriatrischen patienten arbeiten. die therapie von durch demenz bedingte sprachstörungen (ppa z.B.) ist ein relativ neuer bereich in der logopädie, der sich mM nach noch finden und setzen muss, aber ich denke, dass sich inzwischen die meinung verbreitet hat, dass logopädie bei demenziellen sprachabbau durchaus ihre berechtigung hat und das ist gut so.
starker Bezug interdiszipl. Arbeit wünschenswert
Stark verankert - viele Patienten werden (gerade bei Erkrankungen wie M. Parkinson, Dystrophien, Schlaganfall) ja lange Jahre von Logopäden betreut und der Prozess der Demenz wird vom Therapeuten oft miterlebt und begleitet. Angehörige suchen nach Hilfe, Erklärungen und brauchen Anleitung und Beratung für das Zusammenleben mit einem betroffenen Patienten, die sie oft beim Logopäden suchen.

Da die Demenz zu Störungen in der Kommunikation führt, finde ich das Thema in der Logopädie richtig angesiedelt.
Es bedarf noch der Schulung (schon in der Ausbildung). Zudem sehe ich die Barrieren eher in der Finanzierung der Therapie über eine Verordnung.
Aus eigener familiärer Erfahrung sehe ich die Notwendigkeit für die Logopädie, u.a. im Bereich der Angehörigenberatung, aber auch im Bereich Schlucktherapie.
Wenn man grundsätzlich den Ist-Zustand aufrecht halten kann,ist das schon ein Erfolg und für die Angehörigen eine Beruhigung.
Wird zukünftig eine große Rolle spielen. Leider wird das Gebiet sicherlich wieder von anderen Fachgruppen besetzt, da die Logopäden hier wieder einmal nur zögerlich in Handhabung und auch in der Ausbildung herangehen. Siehe Dysphagie-Ergotherapie. Viele Kolleginnen wollen sich auch nicht die Arbeit machen, denn Kindertherapie wird genauso bezahlt und ist ja so viel "einfacher".
als hirnleistungstraining würde es sinn machen, um vorhandene strukturen-kommunikationsmöglichkeiten so lange wie möglich zu erhalten
Hohe Bedeutung wegen des demografischen Faktors und vor allem im Hinblick auf Kommunikation (mehr als auf Sprache), d.h. Einbezug der/des wichtigsten Angehörigen.
Im Hinblick auf den immer größer werdenden Anteil der älteren Menschen in unserer Gesellschaft sollte der Demenz innerhalb der Ausbildung unbedingt deutlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden - auch im Hinblick auf die Kombination mit Aphasischen Störungen nach Insult - Apoplex
viel zu wenig, insbesondere da von den seitens der Ärzte zu wenig verordnet wird.
Derzeit bereits stärker, als noch vor einigen Jahren! Aber da die Erkrankung progredient ist, stellt sich für alle die Frage, ob die Behandlung dem Patienten hilft oder ob es sich noch, nur um eine Beschäftigungstherapie handelt. Wichtig wäre für mich als Therapeutin zu wissen (wie in anderen Störungsbildern auch), ob die Therapie dem Patienten so hilft, dass ein Einfluss auf den Krankheitsverlauf sichtbar werden kann. Dabei müsste man sicher auf klinische Untersuchungsmethoden zurückgreifen. Schön wäre eine Verlaufsdiagnostik, die dies zeigt, da dementielle Patienten häufig zum MRT müssen, so dass evtl. ein Abgleich möglich wäre.

Bei beginnender Demenz und sprachlichen Defiziten könnte man vielleicht helfen. In der frühen Phase könnte man Sprachtherapie machen.
bisher zu gering
Ich denke, dass diese Patienten in der logopäd. Praxis sehr gut aufgehoben sind. Die Therapie ähnelt m.E. stark der Therapie von Aphasikern, so dass hier sicherlich auch die fachliche Kompetenz vorhanden ist. Weiter-, bzw. Fortbildung in diesem Bereich halte ich für allerdings für unablässlich. Die logopäd. Therapie gibt den Betroffen meiner Erfahrung nach sehr viel Hoffnung und damit auch neuen Schwung, um den Symptomen entsprechend begegnen zu können. Es wären sicherlich viel mehr Demenz-Patienten in den Praxen, wenn die Ärzte diesem Thema "aufgeschlossener" begegnen würden..
stark verankert, aber auch interdisziplinär zu sehen, z.B. zusammen mit der Ergotherapie. in der Ausbildung zu wenig verankert, Wichtigkeit nimmt jedoch immer mehr zu
noch wenig, Bedraf extrem zunehmend
zu wenig, weil es so zunimmt, brauchen wir solche Arbeiten wie Ihre!
Logopädinnen sind die Fachfrauen für Interventionen (Diagnostik, Therapie, Beratung, Prävention, Schulung) mit Bezug zu Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckfähigkeiten. Das schließt Interventionen im Bereich Demenz ein, ohne dass damit gesagt ist, dass die Interventionen auf Therapie begrenzt sind und dass Therapie dauerhaft angelegt sein muss.
Nur marginal
Bisher noch sehr wenig, weil Ärzte oft nicht auf die Idee kommen, logopädische Therapie zu verschreiben
Menschen mit Demenz entwickeln Kommunikationsprobleme/ Sprachabbau. Der Bereich Sprache ist unser Arbeitsinhalt. Auch das Finden von Kompensationsstrategien beherrschen wir.
Ist genau unser Gebiet, wg der Sprachsymptome!
Es nimmt eine zunehmenden Stellenwert ein - Ansätze sind jedoch wenig evidenzbasiert.
Nicht ausreichend.
schon verankert weil es zumindest kurzfristig Erfolge geben kann, und manchmal sicher um

Kompensation geht, bzw auch um das Anleiten von Angehörigen
Ich halte die logopädische Therapie für Demenzkranke sehr sinnvoll, erlebe aber leider, dass kaum Verordnungen ausgestellt werden. Lediglich Patienten mit Demenz und Schlaganfall heben relativ gute Chancen auf logopädische Behandlung.
Leider habe ich die Erfahrung gemacht, dass je nachdem von welcher Schule Praktikanten kommen dieses Thema oft gar nicht oder nur sehr wenig behandelt wurde, so dass man bei ersten Hospitationsversuchen einen erschütterten Praktikanten/in vor sich sitzen hat.
noch viel zu wenig. Leider immer noch Vorstellung "da ist doch nichts mehr zu machen" sowohl bei Betroffenen als auch bei Verordnern, Kostenträgern und leider auch bei Therapeuten. Aber wir sind auf dem richtigen Weg! Besonders wichtig wäre eine Stärkung der Diagnostikkompetenz (liegt jetzt ja bei Ärzten/Npsych).
noch nicht den Anforderungen entsprechend, Entwicklungsbedarf
Wenig
Noch sehr am Anfang
Demenz ist ein sehr wichtiger Teil für die Logopädische Therapie. viele Teilspekte wie Aufmerksankeit, Merkfähigkeit und Konzentration sind hier sehr wichtig.
Es wird immer mehr,aufgrund des hohen Lebensalters
das Thema Demenz und Logopädie kommt immer häufiger vor, oft nur unzureichende Abgrenzung Aphasie - Demenz, vor allem im klinischen Bereich
eher wenig.
Wenig.. gibt es überhaupt einen Diagnoseschlüssel für Demenz in der Logopädie? Alle bisherigen Patienten kamen als diagnostisierte Aphasiker.
Sehr stark, da wir gerade hier im ländlichen Raum viele Patieten haben, die älter sind. Und diese

Population wird noch größer - so denke ich. Daher wird das Thema auch präsenter. Eine meiner Kolleginnen war jüngst auf einer Fobi zu dem Thema. Sie wird mir morgen berichten, was sie dort gehört hat.
Verankerung ist da!! Wird noch zu wenig beachtet, leider. Studien zur Verifizierung des Erfolges der Therapie wären nützlich!
Es kommt immer mehr auf uns zu, aber ich frage mich, ob wir die richtige Berufsgruppe sind, und nicht doch vielleicht Ergos besser geeignet sind.
Mittelmäßig
Da immer mehr ältere Menschen Patienten in der logopädischen Praxis sind, wird auch die Demenz ein immer größeres Thema werden.
Ich sehe viele Überschneidungen. Ansätze aus der Sprachtherapie funktionieren, um Kommunikation im Alltag zu verbessern. Die Wortfindung ist oft stark betroffen.Deblockierung funktioniert manchmal,.....
Nicht nur auf Grund des Sprachabbaus, sondern auch im klinischen Alltag im Bezug auf die Dysphagie treten immer vermehrt Defizite (z.B. Störung der oralen Nahrungsaufnahme) auf, welche wir auf Grund unserer Tätigkeiten und Behandlungsschwerpunkten mit betreuen und behandeln sollten.
Sprache / Stimme /Musik / Kommunikativer Umgang aus dem kulturellen Hintergrund der Betroffenen " erinnert" und sollte in der Therapie unbedingt berücksichtigt werden , deshalb ist eine genaue Anamnese im Vorfeld für mich besonders wichtig - aber oft vom Unwissen des entsprechenden Pflege Personal geprägt. Interessen / Beruf und Hobbys sind wichtig und zu beachten.
Ich denke, dass das Thema Demenz einen immer größer werdenden Stellenwert in der logopädischen Behandlung einnehmen wird. Nicht nur aufgrund der dementiellen Erkrankung sondern auch bei einer Aphasie begleitend durch eine Demenz. Gerade aus diesem Grund denke ich, müssen mehr Fortbildungen in diesem Bereich angeboten werden bzw. in der Ausbildung/dem Studium die dementielle Erkrankung besser aufgegriffen werden, um eine individuelle Behandlung für jeden Patienten gewährleisten zu können. Ich denke das Thema Demenz wird langfristig zum Behandlungsspektrum eines Logopäden gehören.
Es ist ein neuer Bereich, der unbedingt mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung bekommen sollte. Da die

Menschen im Allgemeinen älter werden durch bessere Gesundheits- bzw. Krankenversorgung, wird es in der zukunft immer mehr ein Thema in der logopädischen therapie werden. Evtl. wird diese Erkrankung immer früher erkannt.
demente müssen die chance haben, zu kommunizieren und ihre wünsche und bedürfnisse zu äußern, dabei soll logopädie helfen
bisher noch zu wenig Es gibt nicht viele Fortbildungen etc. dazu
Der Verlust der Sprache oder jegliche Veränderung kommunikativer Kompetenzen sind Inhalt und Auftrag der Logopädie.
Es begleitet einen immer wieder...hm, schwer zu sagen...
Ich sehe eine starke Verankerung und auch ein großes Potenzial in der Behandlung dementieller Patienten. Es wäre sehr wichtig das Thema mehr zum Ausbildungsinhalt zu machen und es in die Öffentlichkeit zu bringen.
bei Schlaganfallpatienten, bei neurologischen Patienten
Sobald die Sprachverarbeitung (Sprechen/Verstehen/Lesen/Schreiben) beeinträchtigt ist, kann auf Wunsch des Patienten eine logpädische Behandlung notwendig und sinnvoll sein.
noch unzureichend
?
Für hat es einen großen Stellenwert, da mit Logopädie zwar keine Heilung erreicht werden kann, aber der fortschreitende Prozess eindeutig verlangsamt werden und für den Betroffenen damit eine Verbesserung der Lebensqualität geschaffen werden kann.
Meist behandel ich einen Patienten nach einem Schlaganfall. Später durch Nachfragen stellt sich dann heraus, dass der Patient vorher bereits Symptome einer Demenz zeigte.
Es ist für mich schon ein wichtiges Thema ,in das sich jeder einarbeiten sollte . Den Patienten Kommunikation und Unterstützung zu geben ,ist für diese ein Stück Lebensqualität .

dementielle Erkrankungen nehmen zu
?
recht wenig. da sich die Logopädie doch stärker mit rekonvalenzenz-fähgigen oder speziell sprache und sprechen betreffenden Erkrankungen beschäftigt
> theoretischer Hintergrund > therapeutisches Verständnis und Umgangsweise
Demenz wird immer häufiger vor kommen und ein Demenzkranker Mensch wird im sprachlichen Bereich immer Auffälligkeiten zeigen!
Ungenügend stark oder erschreckend gering.
sehr wenig - zu wenig
Die Notwendigkeit bei dementieller Veränderungen logopädische Therapie zur Unterstützung der Patienten einzusetzen wird oft erst gesehen, wenn Schluckstörungen dazukommen.
Insofern, als dass hier ein spezialisiertes Wissen um Sprache und Kommunikation vorhanden ist, um darin, wie und was man tut, wenn diese Störungen erfährt. Speziell wenn eine Demenz sich in erster Linie durch den dementiellen Sprachabbau zeigt, ist der Logopäde einer der ersten Therapiepartner, die zu Rate gezogen werden.Hier ist dann auch die Diagnostik wichtig und eine Reihe von Therapiestunden mit dem Patienten, um zu erfassen, in welcher Weise die Sprache bereits betroffen ist, wie der Patient auf spezielle Sprachangebote reagiert um Patient, die Angehörigen und den verordnenden Arzt zu beraten.
Es wird zunehmend immer wichtiger.
Wenig. Behandle ich in der Regel als Begleiterscheinung.
sehr stark, da Demenz auch immer früher Auftritt.
Aufgrund des demographischen Wandels in unserer Gesellschaft wird es in Zukunft wohl immer mehr Patienten mit Sprachstörungen und Demenz und/oder dementielle Aphasien geben. Fraglich ist, ob Ärzte Logopädie bei Demenz verordnen. In der freien Praxis immer noch sehr selten.

Da Demenz auch die Sprache betreffen kann, sehe ich es auch als logopädisches Störungsbild.
nicht verankert
noch unzureichend Patienten nehmen zu
Wird sicher zunehmend in unserem Arbeitsalltag sein und das sollte sich auch in der Ausbildung zeigen
sehr
In der Ausbildung wenig, im täglichen Tuen zunehmend mehr anfragen. Leider nur wenige KollegInnen, die sich damit befassen.
wenig
kaum - zu wenig Wissen in der Praxis Mit Forum Demenz und div. Arbeitsgruppen sowie Forschungsansätzen habe ich das gute Gefühl, dass sich dies zum Wohle unserer Patienten langsam wandelt.
Noch zu wenig.
Dieses Thema ist noch nicht sehr verankert,weil sich erst seit einiger Zeit die Forschung damit auseinandersetzt. Erst jetzt werden viele Zusammenhänge mit anderen Erkrankungen und Demenz im Zusammenhang gesehen und mit Logopädie verbunden. Es gibt im Heilmittelkatalog noch keine InNr. für eine logop.VO bei Demenz,nur in Verbindung mit Schlaganfall,M.Parkinson oder Sprach-und Sprechstörungen oder bei Alzheimer Demenz.
Wenig, da es notwendig wäre mit den Patienten 4-5 mal wöchentlich zu arbeiten. Dies ist aber meistens nicht möglich, da die Verordnungen entsprechend fehlen, bzw. das die Auslastung der Praxis nicht ermöglicht.
viel zu wenig, andere berufsgruppen, die deutlich weniger von kommunikation und den zusammenhängen der Sprache wissen, sind viel fester verankert als wir Logopäden
Noch zu wenig

Die Demenz ist sehr wichtig aufgrund wenig bis nicht vorhanderne EBP wird die Begründung von Therapie jedoch schwierig. Demenz wird besonders im Bereich der Schluckstörungen eine große Rolle spielen.
Es ist noch im Anfangsstadium - vor allem auch bei den Ärzten - wir bekommen nämlich gar keine Rezepte bei Demenz. Unter dem Motto: Er/ sie hat ja sowieso Demenz (da hilft nichts mehr)
Noch nicht ausreichend verankert, da das Thema in der Ausbildung m. E. keinen großen Stellenwert hat. Meiner Erfahrung nach werden Verordnungen eher aufgrund von anderer Grunderkrankungen wie z. B. Parkinson ausgestellt.
Es betrifft die Sprache- es besteht Leidensdruck bei Pateinten und Angehörigen.
starke Verankerung, da aphasische Störungen und andere höhere Werkzeugstörungen ein Symptom der Demenz sein kann, ebenso kommen sehr viele ältere Patienten mit Doppeldiagnosen in die Klinik. (Schlaganfall und Demenz) Leider wird in der Ausbildung das noch nicht entsprechend behandelt. Auch im ärztlichen Bereich und in der Verwaltung von Krankenhäusern ist es noch kein Thema, das Logopäden in der Psychiatrie (Gerontopsychiatrie) arbeiten!! (s.h. PsychPV)
So gut wie gar nicht. Zwar gibt es gute Therapiemöglichkeiten im Bereich der alternativen Therapiemethoden (tiergestützte Therapie, wie auch vorn beschrieben), es handelt sich hierbei aber eben nicht um ein anerkanntes Verfahren. Ich würde mir wünschen, dass in diesem Bereich deutlich mehr an Forschung (vielleicht auch im Rahmen von Studiengängen) durchgeführt würde.
Wenig, Studie fehlt, ob bei unbehandelter Kontrollgruppe Sprachabbau gravierender ist
wenig
Ich denke, dass dieses "Störungsbild" immer mehr in den Fokus gerade der Logopädie rücken sollte und auch wird. Erinnerungsausfälle drängen sich in der Regel verbal in den Alltag und sowohl den Angehörigen als natürlich auch den Patienten selbst fällt dies in besonderem Maße durch entsprechende Entschuldigungen und Unzulänglichkeiten auf. Die Logopädie arbeitet nicht zuletzt auch im Störungsbereich der Aphasie mit und an "Lücken" im Wortschatz und der Repräsentation von Begriffen im semantischen Kontext, so dass wir unser Arbeitsfeld entsprechend erweitern können und dafür auch

die kompetenten und richtigen Ansprechpartner bzw. TherapeutInnen und Fachmänner/-frauen sind.
Dementieller Sprachabbau ist ein kommunikatives Problem, betrifft das essentielle Bedürfnis zur Kommunikation, ist also in jedem Fall ein logopädisches Thema. Dies wird leider von vielen Ärzten nicht so gesehen, zumal es anscheinend auch keinen Indikationsschlüssel für eine Verordnung bei dieser 'Diagnose gibt. Hier besteht also dringend Handlungsbedarf.
fast gar nicht, die Pflege ist da deutlich weiter und auch praxisbezogener
der Abbau kognitiver Funktionen führt sehr häufig zur Beeinträchtigung der sprachlichen Fähigkeiten und ist bei der Zunahme älterer Menschen wichtig (könnte mehr dazu sagen, aber nach einer 11- Std- Schicht am Freitag Abend fasse ich mich lieber kurz)
Wir haben das Recht auf Kommunikation. Wenn wir dies nicht mehr verbal haben so können wir doch auch in Hohem Maße nonverbal kommunizieren über Gefühle, Berührungen, Tanz, Gestaltung
Logopädie bei demenziellem Sprachabbau halte ich für wichtig.
Zunehmende Bedeutung für Logopädie, aber zu wenig anerkannt und unterstützt durch Ärzte (eher wenig etabliert- hoffentlich bald besser)
Ich sehe bei dem Thema Demenz das effiziente Vorgehen in guter interdisziplinärer Zusammenarbeit.
sehr, da bei Demenz häufig (immer?) die Sprache / Kommunikation mit beeinträchtigt ist
Ich bin derzeit noch unsicher. Ich habe auch die Erfahrung, dass die Ärzte in meiner Region nur so lange noch Logopädie verordnen, wie eine grundlegende Kooperation von Seiten des Patienten möglich ist- und so ist es ja im Prinzip auch sinnvoll. Ich habe erlebt, dass Patienten zunächst sogar Fortschritte gemacht haben (NAT-Material, Spiele welche Gedächtnisleistung erfordern, etc.), aber dann kam ein neuer Schub und plötzlich ging gar nichts mehr. Den Punkt zu finden, wo es (noch) Sinn macht und wo nicht mehr, finde ich schwierig. Deswegen idealerweise Kooperation mit Psychologen...
Noch nicht sehr verankert! Sowohl von Ärzten als auch von Logopäden hört man immer wieder, dass bei Demenz "sowieso nicht helfe".
Sehr!

Bisher wenig; eine wichtige Aufgabe besteht in der Veröffentlichung der Tatsache, dass logopädische Therapie / kognitiv orientierte Sprachtherapie im Rahmen einer Demenerkrankung sinnvoll sein kann. Die meisten PatientInnen bekommen doch bisher überhaupt keine Verordnung ausgestellt.
schwieriges Thema, da Demenz nur jetzt orientiert ist, Verbesserungen können durch Fortschreiten der Erkrankung massiv blockiert werden
deutliche Zunahme an Bedarf, Häufung erkennbar
Sehr tief verankert. Sprache hat unmittelbar mit dem Vergessen zu tun. Die Ausdrucksfähigkeit, das Benennen von Gegenständen, Tätigkeiten, Gefühlen, Orten, Erlebnissen ist eingeschränkt, wird immer schlechter. Darunter leiden die Betroffenen. Die Logopädie hilft diesen Menschen, sich mit ihrem Zustand auseinanderzusetzen, entlastet sie,...
Fast nicht. es sind immer einzelne Patienten, die gesondert gefördert werden. Oder aber dann besonders in den Focus rückebn, wenn sich Schluckstörungen dazu gesellen.
Dem wird zu wenig Beachtung geschenkt.
Demenz ist ein Fachbereich. In der Logopädie spielz er eine eher geringe Rolle. Meines Erachtens sollte er stärkere Beachtung finden, da viele ältere Menschen von Demenz betroffen sind und eine qualifizierte Therapie erhalten sollten.
Sehr unsicher, ist leider noch ein Randgebiet.
Da nach Schlaganfall o.ä. oft eine Demenz dazukommt oder begleitend ist, finde ich das Thema Demenz sehr wichtig. Auch ist es nicht immer sicher, bei einer Aphasie, inwieweit Demenz eine Rolle spielt.
Eindeutig Thematik für Logopädie und Neuropsychologie.
Denke. Es ist nicht stark verankert
Sprachstörungen sind ein häufiges Symptom von Demenzerkarankungen, deshalb auch von Logopäden zu behandeln. Meist auch Störung der Kommunikation im allgemeinen sowie im speziellen Störung der Kommunikation in der Familie

Kommunikationsherapie im weiteren Sinne, Alltagserleichterung für Pat u Angehörige (Strategien, Beratung)
Zu wenig, Ärzte verordnen nicht bei Demenz Angehörigen-Beratung könnte einen größeren Stellenwert bekommen Öffentlchkeit ist zu wenig über Lgopädie bei Demenz informiert
noch viel zu wenig. insbesonder vor dem hintergrund des demografischen wandels. doch was der logopädie noch fehlt sind fundierte diagnostik- und interventionsverfahren!
Ich denke, das Thema Demenz wird sich immer mehr häufen in der Logopädie, da die Menschen in Deutschland immer älter werden udn viele an Demenz erkranken. Die Logopädin kann helfen, Kompetenzen zu erhalten und die Kommunikation zwischen Betroffenem und Angehörigen zu erleichtern.
Es gibt Patienten oder Angehörige, die eine Verordnung beim Arzt durchsetzen, weil Sprache für sie wichtig ist. Anderen ist das Laufen wichtiger. Bei Ärzten habe ich die Wichtung sehr unterschiedlich erlebt. Ich denke, da die Motivation des Patienten notwendig ist, sollte es von ihm ausgehen. Aber es ist unbedingt festzustellen, dass nicht alle Menschen mit Sprachabbau bei Demenz therapiefähig sind!!
Wenig
Menschen werden immer älter, Demenzen im Alter wahrscheinlicher und somit insgesamt häufiger. Demenz geht einher mit Sprachabbau und häufig auch mit Dysphagie. Beide Ebenen gehören in den Fachbereich Logopädie. Demenz sollte ein Schwerpunkt in Ausbildung und Studium werden. Hier sehe ich einen akuten Handlungsbedarf.
Die Betreuung der Patienten und die Aufklärung und Beratung der Angehörigen und des Pflegepersonals hinsichtlich der spezifischen Probleme des Einzelnen tragen zur Verbesserung der Teilhabe und der Lebensqualität des Patienten und einem angemesseneren Umgang mit den Beroffenen bei.
Ich denke, dass die Demenz als Erkrankung immer mehr in den Fokus unserer Arbeit rücken wird, da die Menschen immer älter werden und somit diese Erkrankungen auch häufiger vorkommen werden.
Wir sind Fachmenschen in einem kommunikativen Beruf, weshalb wir auch mit dementiellen Patienten arbeiten können, bei denen die Kommunikation mit Worten zerfällt, es aber evtl. andere

Verständigungsebenen gibt (Mimik, Gestik, Gefühle etc.)
auf jeden Fall positiv!!!
Logopädie ist ein Bereich, Hirnleistungstraining übernimmt auch die Ergotherapie
Es ist sicher interdisziplinär, aber es geht um Sprache, Kognition und Mundmotorik, Nahrungsaufnahme; ci denke, wir sollten auch das Pflegepersonal anleiten, damit sie z.B. eine Dyspraxie verstehen
Das Krankheitsbild tritt immer wieder auf
Sehr stark sowohl in den rezeptiven, wie auch in den expressiven Funktionen
Wesentlich, denn der kommunikative Abbau ist ein Thema der Demenz und Logopäden sind Spezialisten im Thema Kommunikation.
Noch etwas zu gering
In der Praxis behandeln wir ausschließlich Patienten mit dementieller Erkrankung, wenn diese als Vorerkrankung eine Aphasie haben. Bei fortgeschrittener Demenz sehe ich eher das Pflegepersonal in der Pflicht.
Sehr, da doch die Arbeit mit älteren Patienten immer mehr zunimmt und somit auch mehr Demenzpatienten im Praxisalltag auftreten
Sprechen und Sprache können zu allen Lebenszeiten einer Unterstützung bedürfen und Fähigkeiten zu erhalten durch einen angemessenen Umgang ist auch eine Aufgabe der Logopädie.
Recht gering
Häufig wird es den Ergotherapeuten zugeordnet, die "Hirnleistungstraining" durchführen dürfen. Daher sehen wir Menschen mit Demenz in unserer Region eher selten
Besonders bezüglich der Dysphagien sind wir als Team bisher stark bei dementiellen Patienten involviert, weniger bei der Sprache. Schon in der Ausbildung sollte das Thema einen größeren Anteil bekommen. Aber hauptsächlich geht es doch wieder ums Geld. Man wird, selbst mit guter Ausbildung/ Weiterbildung darum kämpfen müssen, einen Pat. mit einer dementiellen Sprachstörung überhaupt in die Praxis zu bekommen! Und es braucht einige gute Studien, die wieder die Evidence einer solchen Therapie

wiedergeben!
stark
Das Thema kommt allmählich und das halte ich für wichtig. Steiner hat auch durch sein Lehrbuch eine Grundlage gelegt für den dt. Sprachraum. Die englischsprachige Literatur gibt viele Anregungen! Ich setze mich an der Hochschule dafür ein, dass dfas Thema Demenz im Curriculum des grundständigen Logopädiestudienganges stärker verankert wird. Wir haben einen z.Z. einen Wahlpflichtbereich Gerontologopädie, für Studis, die nicht diesen Schwerpunkt gewählt haben, biete ich Inhalte im Rahmen von Wahlbereichsveranstaltungen an.
Kommunikationstherapie als Teil der logopädischen Arbeit und somit die Ermöglichung der Teilhabe (Kurzfassung)
sprachlich und immer in Zusammenarbeit mit Neuropsych und Ergo
Sprechen, Sprechfreude, Sprechantrieb, Kommunikation.....sind Begriffe, die es in der logopädischen Arbeit zu erfüllen gilt.
Sprache ist etwas, was den Menschen bis zu seinem Lebensende begleitet und somit gefördert gehört.
Es sollte deutlich mehr sein!! Dies ist ein wichtiges Einsatz-Gebiet für Logopäden... Die Ärzte haben das noch nicht auf dem Schirm :-) schade! Hier können und sollten wir viel tun!!
Wenig, es sei denn, es kommen Dysphagien hinzu
Es wird zunehmend ein Thema sein, wobei die Therapiemöglichkeiten begrenzt sein werden. Betroffene Patienten brauchen unbedingt Anregungen, zu denen sie allein nicht ohne Hilfe kommen. Die Therapiefrequenz müsste 3 mal wöchentlich sein und das als Dauerpatient, sofern es Erfolge bringt.
Mein Eindruck ist das es wenig thematisiert wird. Häufig ist auch eine bestehende Demenz zu einer Aphasie zb. aufgrund eines Schlaganfalls nicht zu differenzieren.
Leider noch zu wenig Kaum ein Arzt weiß dass Logopäden Demenzpatienten therapieren
Leider noch nicht genug. Demenz ist aber sicher ein Thema für Logopädinnen

Es ist zu wenig verbreitet und anerkannt, dass Logopäden in diesem Bereich helfen können.
Sprachabbau,amnestische Störungen,Verständnisprobleme
s.o.
Die dementiellen Störungen und die klassischen neurogenen Sprech- und Sprachstörungen haben viele Analogien, jedoch denke ich, dass die Demenz innerhalb der Logopädie eigenständiger werden könnte.
Im Anfangsstadium, wenn auch Leidensdruck vorhanden ist hat die Logopädie sicher ihre Berechtigung. Mit fortgeschrittener Krankheit und fehlender Krankheitsbewußtsein würde ich die beschränkten Ressourcen der Logopädie anderen Patienten widmen.
Viel zu wenig. (siehe Antwort zuvor)
Nicht verankert.
Dieses Thema ist aus meiner Sicht noch in den Kinderschuhen, also nur sehr gering verankert.
Sehr stark, weil Logopädie und Sprache direkt miteinander verwurzelt sind.
Da die Ärzte nicht bei Demenz verordnen zu wenig
Wenig
Da es in der Therapie bei Demenzkranken um Kommunikation, aber auch alternative Kommunikation geht, denke ich das Logopäden in diesem Bereich arbeiten sollten.
Vermute, dass die Therapie von demenziellem Sprachabbau in den nächsten Jahren in der Logopädie immer wichtiger wird! Aus meiner persönlichen Erfahrung kommt es allerdings aktuell nur am Rande vor, vielleicht auch deshalb, weil viele Ärzte bei der Diagnose Demenz eher selten Logopädie verordnen, da es ihrer Ansicht keinen langfristigen Erfolg hat und ihr Budget bei Demenz-Patienten schon anderweitig ausgelastet ist.
als Schnittstelle zur Ergotherapie und Psychologie
Eher vernachlässigend

Auf jeden Fall in zunehmendem Maße, da auch immer mehr Demenz-Patienten mit Dysphagien behandelt werden müssen und die Zahl der geriatrischen Einrichtungen zunimmt, in denen Logopäden arbeiten bzw. angefordert werden.
Da bei der Demenz die sprachlichen Leistungen oft betroffen sind, halte ich die Sprachtherapie für sehr wichtig.
wichtiges Thema, weil durch den demographischen Wandel die Menschen bzw. Patienten älter sind, mehr von Demenz betroffen sind und Ärzte Logopädie (und /oder Ergotherapie)verordnen werden, um den Patienten zu helfen.
Es fängt gerade an, verankert zu werden. Die Aufklärung selbst der Logopädinnen (und noch mehr der Ärzte) steckt noch in den Kinderschuhen, viele behandeln die Patienten einfach wie Aphasiker... Es wäre wünschenswert, wenn die Patienten und ihre Angehörigen selbst im Fokus der Forschung (zB in Form von bachelorarbeiten) stehen und nicht die Logopäden, nur weil die Daten leichter zu erheben sind (!!).
Demenzbetroffene Patienten wird es in Zukunft immer mehr geben, daher starker Bedarf
Es könnte noch mehr Material geben, und mehr spezifische Fortbildungen in diesem Bereich.
Es geht m. E. sowohl das Pflegepersonal als auch die Neuropsychologen, die Ergotherapeuten und die LogopädInnen etwas an.
unzureichend, aber in den letzten 2 - 3 Jahren stärker thematisiert (Fortbildungen, dbl-Jahrestagung)
leider wenig Rückenbeckung von ärztlicher Seite, daher wenige Patienten, die behandelt werden.
Im Alltag, vor allem in der Klinik, sind häufig Patienten mit Demenz logopädisch zu betreuen. In der Ausbildung kam es zu kurz. Die klassische Aphasietherapie überfordert häufig den Patienten, ist aber häufig Therapiehegenstand.
Neues Feld, öfter habe ich Konkurrenzängste bei Profis in der Altenpflege erlebt. " Was hat denn Logopädie mit Demenz zu tun?" Akzeptanz eher über das Thema Ernährung und Schlucken möglich. Also zu verankern gibt es noch Einiges!

bis jetzt noch mäßig - auf der Grundlage, dass es immer mehr Menschen mit Demenz gibt, bin ich der Meinung, dass dieses Thema für die Logopädie immer relevanter wird.

Frage 19: Was können in der Logopädie tätige Personen tun, um das Thema Sprache und Demenz weiter zu bearbeiten?

Was könnten in der Logopädie tätige tun?
mehr Aufklärungsarbeit leisten
mehr fachliteratur und fobis anbieten
Aufklären, dass progrediente Erkrankungen nicht gleichbedeutend mit Abstellgleis bei Diagnosestellung ist. Ärzteaufklärung, Krankenkassen: Interesse an dieser langwierigen Behandlung der Versicherten wecken- Lebensqualität vor Kosteneinsparung.
Zuerst muss eine rechtliche Grundlage geschaffen werden. Die ist Aufgabe des DBL
Fortbildungen besuchen und sich durch Fachliteratur weiterbilden.
Forschung, Öffentlichkeitsarbeit
Forschung / Lehre Publikation Information
Ärzte über Zusammenhänge aufklären, da diese oft keine Verordnung ausstellen Da es sich nicht ,,lohnen" würde. Das Thema und der Zusammenhang sollte noch mehr in das öffentliche Interesse gerückt werden.
Logopädie wird nun mal anders bewertet als z.B. Physiotherapie. Da tut man etwas konkretes, der Muskeltonus lässt sich nach der Behandlung messen. Logopädie hat insgesamt eine schwache Lobby; hier sollte man ansetzen. Die Schriftsprache ist schon durch Linguisten übernommen worden, Sprachförderung durch Kindergärtnerinnen. Was geht als nächstes zu den

Linguisten oder vielleicht sogar zu Ehrenamtlichen? Es wäre eine deutlich bessere Entwicklung, wenn Logopädie unter Bildung fallen würde. Dann wäre auch Geld für Studien vorhanden um die Wichtig-/Unwichtigkeit von Logopädie bei Demenzkranken konkret zu machen. Sonst könnte es durchaus wieder eine Sache der Linguisten werden.
Logopädie wird nun mal anders bewertet als z.B. Physiotherapie. Da tut man etwas konkretes, der Muskeltonus lässt sich nach der Behandlung messen. Logopädie hat insgesamt eine schwache Lobby; hier sollte man ansetzen. Die Schriftsprache ist schon durch Linguisten übernommen worden, Sprachförderung durch Kindergärtnerinnen. Was geht als nächstes zu den Linguisten oder vielleicht sogar zu Ehrenamtlichen? Es wäre eine deutlich bessere Entwicklung, wenn Logopädie unter Bildung fallen würde. Dann wäre auch Geld für Studien vorhanden um die Wichtig-/Unwichtigkeit von Logopädie bei Demenzkranken konkret zu machen. Sonst könnte es durchaus wieder eine Sache der Linguisten werden.
Sich fortbilden, die Öffentlichkeit informieren und dafür sorgen, dass Logopädie bei Demenz endlich als Indikation gilt.
Weiterhin Therapiematerial und Ideen entwickeln, so dass der Erfolg für die Patienten für sich spricht. Die Erfolge müssen bei Ärzten kommuniziert werden, sowohl von den Verbänden, als auch von den Angehörigen.
Keine Ahnung
Ärzte informieren, Angehörigenarbeit, Flyer in den Praxen zum Thema
Zusammenhänge erforschen Fortbildungen besuchen Infomaterialien für Angehörige und "Außenwelt" anfertigen
Angehörigenarbeit, Gruppenarbeit.
Fortbildungen
Infomaterial estellen, Ärzte informieren
?

Fortbildungen Workshops Besuch von Symposien Diskussionen
Fortbildungen für sich selbst und in Einrichtungen Aufklärung in Alten- u Pflegeheimen und bei den Ärzten
Öffentlichkeitsarbeit Kontaktaufnahme mit Heimen dto. mit Seniorenkreisen dto. mit Pflegediensten
An die Öffentlichkeit gehen Fernsehen, Zeitung, Fachzeitschriften, Internetseiten, Fortbildungen für Logopäden, Kurse für Angehörige, Vorträge in den Erwachsenen - Bildungseinrichtungen (z.B:VHS). Plattformen für den alltäglichen Austausch der Logopäden via Internet. An die Regierung herantreten, dieses Thema darf nicht über Ehrenamt oder Opferbereitschaft der Frauen abgefangen werden, sondern muss vergütet werden.
mehr in ausbildung integrieren
- mehr Fortbildungen zu dem Thema anbieten - mehr Fachartikel in den Fachzeitschriften veröffentlichen
?
In Deutschland kennen sich nur wenige Logopäden mit dem Bereich UK aus, daher besteht hier noch Fortbildungsbedarf
Fortbildungen besuchen/ anbieten
Politisch dafür Eintreten, dass logopädischr Therapie auch bei Demenz keine Luxus ist, sondern Betroffenen in angemessenem Umfang zustehen sollte!
Publizieren, Anbieten, Lernen und nach außen treten. Es ist schon längst ein Thema.
?

Literaturrecherche, Fortbildungen auch in Nachbarbereichen (Neuropsychologie), Dokumentation und Reflektion, Austausch mit Betroffenen und Fachpersonal
Fortbildungen besuchen, Informationen sammeln etc.
Fortbildungen suchen und besuchen
Forschung zu Diagnostik und Therapie betreiben, sich fortbilden, Erfahrungen sammeln
sich besser informieren und krititscher mit der eigenen Therapie umgehen.
Wissenschaftlich? In der täglichen Arbeit? Die Frage ist sehr allgemein gestellt.
diagnostik- und therapieformen schaffen und evaluieren
Politik
Fortbildungen besuchen
Öffentlichkeitsarbeit wäre eine wichtige Sache, z.B. in Zusammenarbeit mir Selbsthilfegruppen und Ärzten. Die Abgrenzung bzw. die Gemeinsamkeiten zu und mit anderen neurologischen Störungen müsste trennschärfer herausgearbeitet werden. Die logopädische "Betreuung" der Angehörigen sollte einen größerer Stellenwert erhalten und die Kommunikationsfähigkeit bzw. Teilhabe stärker in den Fokus rücken.
Ausarbeitung Therapiematerial, Aufklärung der Verschreiber, dass eine Therapie nicht "Nichts bringt". Miteinbeziehung der Angehörigen als Co-Therapeuten in die Therapie
Sich fortbilden. Info-Abende organisieren in Altenheime zusammenarbeiten mit Ergo-Therapeuten
Mehr vertrauenerweckende Öffentlichkeitsarbeit
Seminare besuchen und halten, Kontakt mit den Hausärzten suchen, Kolleginnen ermuntern, sich das Thema zuzutrauen.

Fortbildungen besuchen und andere, nahe Berufsgruppen über das Thema aufklären
Mehr Aufklärung betreiben und somit die Angst vor diesem Thema minimieren.
Mehr Öffentlichkeitsarbeit; Information an Arztpraxen, mit denen wir viel zusammenarbeiten; Breitgestreute Informationen seitens des Berufsverbandes
Die ihnen bekannten Therapieverfahren durch die praktische Erfahrung und Beobachtung so anpassen und erweitern, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden. In Wissenschaft und Forschung Ansätze suchen, die nicht nur auf die bisher bekannten Sprachtherapien aufbauen.
Sich austauschen über dieses Thema,Fortbildungen anregen und besuchen
Gut arbeiten! Berichte schreiben, mit anderen Berufsgruppen in Dialog treten. Aufklären,... Sicherlich auch ein weites Feld für die Forschung!
In den letzten Jahren wurde einiges an Fachliteratur veröffentlicht. Dies und entsprechende Fortbildungen zum Thema wären sehr sinnvoll.
Therapieforschung zu Effektivität, Diagnostik Entwicklung von Richtlinien, Anleitungen Aber ich denke auch, da die Therapie patientenorientiert erfolgt sind Inhalte immer sehr individuell
Sich fortbilden und qualifizieren
Daten für Forschung bereitstellen, Beobachtungen aus Therapie dokumentieren und veröffentlichen
- Interdisziplinärer Austausch mit angrenzenden Berufsgruppen - Fortbildungen - Supervision
Erfahrungen nutzen, Bauchgefühl und sehr viel Körperkontakt zu Betroffenen. Fachkreise oder Therapeutentreffen zum Austausch nutzen, falls man noch Freizeit nach einem langen, unterbezahlten Arbeitstag hat und keinen Schriftkram mehr zu Hause erledigen muss.
weiter forschen, um effektive Behandlungsmöglichkeiten zu bieten

Gruppenarbeit anbieten, gute Aufklärung für Angehörige
An qualifizierten Fortbildungen teilnehmen
-Diagnostik -Therapie -Muliplikatorenschulungen -Fortbildungen -Forschung
Mehr VErlaufsstudien und mehr Studien über Wirksamkeit bestimmer Verfahren
Öffentlichkeitsarbeit, Bereitschaft zeigen sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Fortbilden.
forschen
mehr Öffenlichkeitsarbeit, Info an Ärzte
Weggehen von Arbeitsblättern und hin zum Alltagsbezug.
-Thema in der Ausbildung -mehr Fortbildungen anbieten
Fortbildungen?!
Da ist auch der Bundesverband gefragt, der sich einsetzen muss ! Dafür, dass Sprache und Sprachverlust Thema der Logopädie ist !
Differentialdiagnostische Möglichkeiten entwickeln
Solch eine Studie wie diese durchführen. Es sollte mehr zum Thema werden auch beim Dbl und in allen gängigen Zeitschriften. Ebenso sollte mehr Literatur diesbezüglich auf dem Markt sein. Vielen Dank;)
Sich vermehrt weiterbilden und sich gegenüber Ärzten stark machen, dass diese Patienten auch Logopädie benötigen ,weil die Kommunikation weiterhin sehr wichtig ist im Leben der Patienten und Angehörigen.
sich selbst mehr und besser informieren, auch um Ziele realistischer zu sehen und weiterzugeben

fortbildungen
Studien wären hilfreich, die die Auswirkungen bestimmter Therapieangebote untersuchen, ohne dass ganze Wälzer gelesen werden müssten. Ich werde weiterhin nach den individuellen Möglichkeiten der Patienten schauen und sie dort unterstützen, wo sie es gern möchten.
ich verstehe die Frage nicht.
- mehr Wissen während der schulischen Ausbildung vermitteln, z.B. Vorträge mit Videobeispielen o.Ä. - Fortbildungen besuchen
Fortbildungen besuchen, geben. Hospitationen
es gibt zu wenig Forschung, Diagnostikmaterial, Therapieansätze - zumindest sind sie nicht weit verbreitet
Grundständig in Ausbildung/Studium verankern weitere Veröffentlichungen/ Studien weitere Fobi angebote
In derForschung und Wissenschaft mehr Evaluationen und die Politiker müssen diesen Bereich mit in den Heilmittelkatalog nehmen
Zunächst einmal sollten Ärzte darauf aufmerksam gemacht werden, dass eine logopädische Behandlung auch bei Demenz indiziert ist.
Aufklärungsarbeit bei Angehörigen, früh Erkrankten und vor allem bei den Ärzten
Wie bereits vorher beantwortet,fände ich eine stärkere Vernetzung unterschiedlicher am Patienten arbeitender Therapeuten sinnvoll
Thema mehr in die Öffentlichkeit bringen Basisarbeit Forschung
alltagsorientierte Materialien zusammenstallen

Sich bemerkbar machen, wie gesagt Demenz ist noch keine anerkannte Indikation. Ich glaube, dass ist das Hauptproblem. Was nicht abrechenbar ist, wird nicht bezahlt und streift dadurch nur bedingt unsere Arbeit. Aber: Kommunikation ist mehr als Sprache! Herzl. Grüße und Viel Erfolg
für mich eine unklar gestellte Frage:eigene Fortbildungen wahrnehmen/ andere Menschen sensibilisieren, die auch mit demeten Menschen zu tun haben
Teilnahme an Selbsthilfegruppen und angehörigentreffen
Aufklärung des Pflegepersonals und der Heimleitungen. Aufklärung und Zusammenarbeit mit neurologischen Praxen Angehörigenberatung
Studien und Aufklarungsarbeit
Erfahrungen sammeln
Fortbildungen wahrnehmen, Kontakt zu Demenbetreuern aufnehmen
Aufklärung ausbauen Statistiken erstellen Weiterbildungen besuchen auf Ärzte hoffen, die nicht nur ihr Budget im Auge haben und begleitende/langfristige Therapien verordnen
Bildung von "Expertengruppen" mit therapeutischem Schwerpunkten
Zum Beispiel eine Selbsthilfegruppe für Angehörige von Demenzerkrankten unterstützen, Erfahrungen und den Umgang mit diesen Menschen erläutern. Außerdem Fachliteratur und Vorträge besuchen. Ggf. kommt es selbst in der Familie vor, dass ein oder mehrere Demenzerkrankte leben. Ein Tagebuch wäre auch nicht schlecht, dass könnte man ja dann veröffentlichen.
Angehörigenarbeit
versteht die Frage nciht ganz- bearbeiten im Sinne von behandelnd oder forschen?)

Fortbildungen, Erfahrungsaustausch, Studien
Wäre natürlich toll,wenn mehr Aufklaerungsarbeit bei den Ärzten durchgeführt werden könnte um diese vom Nutzen der Logopaedie in Zusammenhang mit Demenz mehr überzeugen zu können !!!
mehr Öffentlichkeitsarbeit
wie meinen Sie das? Für sich selbst erarbeiten oder anderen näher bringen? - Aufklärung in Pflegeheimen über Sprachabbau, aber vor allem Dysphagien, die sehr oft leider unterschätzt werden. Hier ebenso für Angehörige und Betroffene - Fortbildungen/Tagungen besuchen - Litarurstudie
?
- beratende Tätigkeiten in Verbindung mit Selbsthilfegruppen für Angehörige und Betroffene - Erfahrungsberichte in Zeitungen - unterrichtende Tätigkeit an Fachschulen
Fortbildungen, Fachliteratur, Patienten behandeln...
?
Ins Gespräch kommen mit Angehörigen, Pflegepersonal, Ärzten ...
- Austausch mit KollegInnen, mit Angehörigen von Demenzbetroffenen, mit Pflegepersonal in Seniorenheimen, mit Ärzten und anderen Therapeuten
Um eine Anerkennung der Thematik zu bekommen, müsste sicher mehr Forschung betrieben werden.
Sich qualifiziert in diesem Bereich fortbilden, sich mit den behandelnden Ärzten austauschen; wenn möglich ein Netzwerk bilden. Regelmäßig an fachlichen Supervisionen teilnehmen.
untersuchen ob es wirklich Sinn macht und zwar auf welcher Art und Weise. Dann kann man Ärzte und Krankenkasse auch überzeugen.
Sichern das Therapie überhaupt verordnet wird
Sichern das Therapie überhaupt verordnet wird

Entwicklung "brauchbarer" Materialen, lebensnah, inhaltsreich, es sollte auch Spaß machen, Erinnerungen wecken, Gespräch anregen, man sollte sich nicht nur nach der Statistik richten
Ein besserer Austausch unter Logopäden um Erfahrungen auszutauschen, ein einfaches Demenz Konzept entwickeln, welches in Krankenhäusern verwendet werden können (beachten der schwankenden Vigilanz des Patienten und des allgemeinen Zeitmangels für ausführliche Therapien) und eine ausführlichere Behandlung des Themas während der Ausbildung/ des Studiums
Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit
Zunächst sich einmal mit den Hintergründen auseinandersetzen und das vorhandene Arbeitsmaterial sichten und ein Konzept zur Therapie entwickeln.
Mehr Fortbildungen, mehr Informationen für Betroffene und Angehörige, mehr Öffentlichkeitsarbeit, mehr Informationen in speziellen Einrichtungen wie Pflegeheimen und Kliniken
Diese Frage ist sehr allgemein gefasst und kann nicht in wenigen Sätzen beantwortet werden.
Mehr Angehörigen-Beratung; mehr interdisziplinärer Austausch
Weiter forschen und Erfahrungen sammmeln.
Fortbildungen und Alltagspraxis.Keine Angst vor der Thematik!!!!!!!
Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung besonders der Ärzte um eine größere Akzeptanz gegenüber der logopädischen Arbeit bei Demenz zu erreichen. Oftmals werden therapeutische Erfolge die nicht messbar sind als unnötig betrachtet. "nur um den Patienten zu beschäftigen wird keine Logopädie verschrieben, das können die Angehörigen selbst machen" (Zitat)
erfahrung mit betroffenen menschen, jeder verlauf individuell
Auf jeden Fall ausreichende Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit für Ärzte und anderes Fachpersonal.
Fachgruppen gründen. Insgesamt ist jedoch (zumindest in Bayern) ein genereller Rückgang von logopädischen Verordnungen zu erkennen. Praxen müssen schließen.

Kontakte zu Pflege- und Wohneinrichtungen aufnehmen, zur Stadt und den Kirchengemeinden .
Beweisen (durch Studien bestenfalls), dass Wortfindungsstörungen bei Demenzerkrankten durch logopädische Therapie weniger werden/ später auftreten
Nach evidenzbasierten Methoden arbeiten. Auch die Grenzen kennen,
Mehr Fobis Indikationsschlüssel od bessere ärztliche Zusammenarbeit
Fortbildungen anbieten / besuchen; keine Patienten mit Demenz ablehnen, sondern im Gegenteil, gut begründet behandeln
Fortbildungen besuchen; Therapie in Einrichtungendurchführen
mehr öffentlichkeitsarbeit
Forschen und dann Ärzte informieren, in welchen Fällen eine logopädische Therapie sinnvoll ist und in welchen nicht.
Zusammenhänge zwischen Symptomen einer Demenz und Logopädie verdeutlichen. Öffentlichkeitsarbeit und mehr Forschung!!!
Das, was man bei einzelnen Spezialgebieten sonst auch tut, wenn man sich in der Therapie damit auseinander setzen muss: Weitebilden und praktische Erfahrungen sammeln.
Fortbildungen, Bücher, im Internet recherieren gut wäre es, wenn in der Ausbildung dazu schon etwas vermittelt werden würde
Alltagshandlungen und Sprache, auch Schriftsprache verknüpfen Angehörigen- und Umfeldberatung erweitern
Es wäre schon hilfreich, wenn in den gängigen Fachzeitschriften und über die Verbände mehr Informationen fließen würden, so dass die Personen, die mit dementiellen Patienten arbeiten sich ein Bild machen könnten. Ich würde mir eine Zusammenarbeit von Wissenschaftlern und PraktikerInnen wünschen, einen Erfahrungsaustausch, Erprobung von Therapiekonzepten auf Alltagstauglichkeit.
Erfreulich wären Studien zur Effektivität der Therapieverfahren, um die Notwendigkeit der Behandlung zu

dokumentieren/evaluieren. Die Berufsverbänden sollten das Störungsbild mehr in die Öffentlichkeit bringen.
Fortbildungen besuchen! sich trauen, Demenzpatienten anzunehmen. Sich in Angehörigenberatung weiterbilden.
Ärzte aufklären
Offen sein, sich weiterbilden; Erfahrungen austauschen. Vom positiven Einfluss der logopädischen Therapie ausgehen.
Ich für meinen Teil werde mich um eine kompetente Fortbildung zu diesem Thema zeitnah bemühen, um die Qualität meiner Behandlungen zu optimieren. Wünschenswert wären umfangreiche Forschungsarbeiten. Gute Literatur wäre hilfreich. Und Teilnahme an solchen Umfragen hier sind ebenfalls hilfreich.
Studien, Publikationen, Fortbildungen....
Bei Ärzten und Selbsthilfeorganisationen für Demenzpatienten dafür werben und Interesse wecken, das die Frühsymtome der Demenz - die Wortfindungsproblem bei der Logopädie inden besten Händen sind. Bekannt machen das für das Thema Sprache, Sprachstörungen die Logopäden die Spezialisten sind.
Aufklärungs-/Informationsarbeit in Selbsthilfegruppen/Alzheimergesellschaften und bei Ärzten und Pflegepersonal.
Problematisch ist m:E., dass die Ärzte in Deutschland für Demenzpatienten kaum logopädische Therapie verordnen, es daher auch kaum in der ambulanten Tätigkeit behandelt wird, obwohl häufig Aphasie und Demenz miteinander einher gehen. Das heißt, Logopäden in Deutschland können sich kaum, außer in der Klinik, mit diesem Thema auseinandersetzen und befassen. Außerdem ist das Fortbildungsangebot sowie die Aufklärung und Einarbeitung zum Thema Demenz in der schulischen Ausbildung eher dürftig.
- Vorträge in Senioren- und Pflegeheimen o.ä. anbieten - Presseartikel verfassen - Newsletter
nach entsprechenden FB suchen; Foren gründen, um in den Austausch zu kommen
Öffentlichkeitsarbeit

Weiterbildungen fachlicher Austausch mit allen involvierten Berufsgruppen
Das weiß ich nicht so genau.
Man kann sich ehrenamtlich, gerade in Pflegeheimen angagieren. NAtürlich muss man auch immer weider darauf aufmerksam machen, was wir als Logopäden bei diesem Störungsbild machen können. Dafür müssen wir Informationsarbeit in der Bevölkerung, bei Ärzten und ANgehörigen machen.
eigene Konzepte entwickeln, mit Kollegen beraten und neue Wege gemeinsam beschreiten um dieses Felöd endlich genauer zu bearbeiten - es wäre dringend nötig
Fortbildungen besuchen, die entsprechenden Pat. Behandeln und nicht als "lohnt sich nicht/bringt nichts" ablehnen. Diese Sprüche habe ich von BerufskollegInnen gehört.
Weiter pos. herangehen u. -arbeiten . Pressearbeit . Druck bez. Aufn in HMR . Fobis besuchen - sie werden angeboten .
Fortbildungen besuchen
Weniger formell/ linguistisch mehr holistisch/zwischenmenschliche Verfahren entwickeln bzw. weiterentwickeln, die die an Demenz Leidenden besser erreichen und ihre Lebensqualität verbessern können.
Fortbildungen Selbstreflexion Literaturstudium Gruppentherapie
Fortbildungen, Vernetzungen mit anderen Berufsgruppen
Ärzte sollten über Diagnost-und Therapiemöglichkeiten aufgeklärt werden. Es sollte Bestandteil der ärztlichen Ausbildung sein. Auch medizinisches Personal (Schwestern, Pfleger) sollten vermehrt dahingehend ausgebildet sein.
Das, was bisher schon gemacht wird: Lobbyarbeit vor Ort, Austausch mit den Ärzten

weiter Forschungsergebnisse über Therapie mehr Publikationen mehr Öffentlichkeitsarbeit mehr Fortbildungen
Aufklärung und Beratung der Angehörigen.
Fortbildungen geben bzw. besuchen, Information an Ärzte, Angehörige etc, Thema im Ausbildungskontext?? Infonbroschüren erstellen
was man halt so tut: fachartikel lesen, fortbildungen besuchen, ihren gesunden therapeutenverstand anschalten und ideen erproben. und die in der wissenschaft tätigen logopäden entwickeln hoffentlich fleißig therapiekonzepte und überprüfen diese. und dann wäre natürlich eine standardisierte und normierte verlaufsdiagnostik noch hilfreich.
Daten sammeln, Erfahrungswerte zusammentragen
fortbildung
FORTBILDUNGEN besuchen, auf Vorträge gehen. Das Thera muss in der Ausbiuldung stärker in den Unterricht einfließen.
Fortbildungen Differenzierung über Diagnostik in aphasische und dementielle Sprachstörung
Arbeitskreise sind gut geeignet. :-)
Fortbildungen besuchen
Sich klar Positionieren und auch Kompetenz zeigen. Sich mit dem Thema beschäftigen und auch lernen.
abruf von wissen in den jeweiligen situationen anregen, erhalt von kommunikation im Umfeld des/der zu betreuenden

Sich fortbilden
Geeignete Fortbildungen besuchen! (Muss ich auch noch....)
mehr Öffentlichkeitsarbeit
Wie gesagt, wäre eine Zusammenarbeit mit klinisch tätigen Ärzten eine Möglichkeit um eine Ahnung von der Wirksamkeit der eigenen Arbeit zu bekommen. Obwohl dies tatsächlich ein Tropfen auf dem heißen Stein ist. Ein Austausch (Tauschbörse) aller Logopäden über die eigenen Behandlungsverläufe und -ziele wäre zu wünschen.
Herausfinden, bei welcher Patientengruppe logopädische Therapie ernsthaft den Sprachabbau aufhält.
Fortbildung, Beschäftigung mit dem Thema
Aufklärung leisten - bei verordnenden Ärzten. Allerdings wären hier unterstützende Studien hilfreich!
Fachkreise bilden, um sich auszutauschen mehr Fortbildungsangebote, um die klassische "Wortfindungstherapie" in diesem Bereich endlich zu reduzieren
Forschungsergebnisse in die Entwicklung von Therapieverfahren einbinden, Fortbildungen intensivieren
Austausch, Fortbildung
forschen und entwickeln, evaluieren umsetzen, was sich als wirksam erwiesen hat.
Hier habe ich leider keine nennenswerte Idee
* Ärzteschaft mobilisieren und sensibel machen für das Thema, damit mehr praktische Erfahrung zustande kommen kann * Studien betreiben
Sie können sich mit dementen Menschen beschäftigen, Therapieinhalte finden und sich mit anderen

Therapeuten austauschen. Studien sind wichtig.
Fortbildungen / Wichtigkeit von Therapie und Therapieerfolge an die Öffentlichkeit bringen
Sich v.a. mit den verschiedenen Abbauebenen befassen und Schwerpunkte in der Angehörigenberatung setzen
Bewußtsein bei den Verordnern verändern!
aktuelle Fachinformationen konsequent suchen, und Instrumente (er-)finden, um die Fähigkeiten des Patienten zu ermitteln und daraus ein Therapiekonzept abzuleiten
Keine Berührungsängste haben; mit Ärzten, Patienten und Angehörigen aufklärende Gespräche führen; Fortbildungen zum Thema Sprache für pflegende anbieten, ...
ich würde jedem Raten eine Fortbildung rein zu diesem speziellen Thema Demenz zu machen, weil es einfach ein zu ernstes und intensives Thema ist, dass die wenigen Infos in der Ausbildung reichen würden.
- sich fortbilden - sich mit anderen zusammentun und inhaltlich Arbeiten (i.R. von Qualitätszirkeln) - Kontakte zu Betroffenen/Selbsthilfe aufbauen - gute Studien entwickeln (mit der richtigen Fragestellung, die auch dem Pat. nützt > also nicht nur "Benennen von 12 Wörtern vor oder nach der Therapie"...) - den interdisziplinären Diskurs suchen, unsere Kompetenz für Schlucken und Sprache verdeutlichen - darauf hinwirken, dass in den Leitlinien nicht nur die Schluckstörung, sondern auch die Sprachstörung in Verbindung mit Behandlungsbedarf/Logopädie auftaucht
Fortbildungen besuchen, interdisziplinären Austausch betreiben, sich mit dem Thema Demenz auseinandersetzen
Fortbildung und Forschung
Vielleicht könnte es eher heißen: Kommunikation und Demenz, weil damit z.B. auch die veränderten Nahrungsaufnahmefähigkeiten inhaltlich mit integriert werden könnten; denn wenn ich die Welt anders wahrnehme, sie ist ja in den "augen" des von Demenz Betroffenen weiterhin die für ihn "richtige" Welt, kann vielleicht auch das Essen, das ich als Solches nicht erkenne, bedrohlich sein. Nur von Sprache und Demenz

zu reden reicht nicht. Situationen beobachten, sich den Einzelnen anschauen, nonverbale Möglichkeiten einsetzen, um das Gegenüber in seiner Andersartigkeit zu erreichen
Forschungen, mehr Fortbildungen und interdisziplinäre Schulungen mit Pflegepersonal etc
Fortbildungen in diesem Bereich besuchen, um Verbesserungen zu erzielen
einige wenige Bücher durcharbeiten, aktuell muss man sich aber eher selber Material zusammenstellen, wobei die Materialvielfalt zunimmt.
Erst einmal muss man sich mit dem Thema auseinandersetzen. Wichtig wäre ein Diagnosemittel um z.B. Aphasie und Demenz sicher voneinander zu differenzieren. Hier ist bisher nur die Berufserfahrung ausschlaggebend. Die Ausbildzung zur Logopädin sollte dementsprechend auch diesen Bereich, zumindest grundlegend, mit abdecken. Im Bereich der Kostenträger muss die Behandlung dieses Störungsbildes übernommen werden, dafür ist wiederum die Einführung eines Diagnoseschlüssels nötig.
- Fortbildungen besuchen - Gespräche mit Fachpersonal (Neurologen, Altenpflegepersonal, ...) führen - interdisziplinäre Qualitätszirkel zu dem Thema gründen / besuchen - GEspräche mit Angehörigen - Selbsthilfegruppen für Angehörige bilden - Gruppen für BEtroffene in den Anfangsstadien anbieten (z.B. Gedächtnistrainingsgruppen, Gesprächskreise)
Aufklärung: sowohl bei Ärzten als auch bei Logopäden. Mehr Infos schon während der Ausbildung/ Studium. Demente Patienten werden uns immer mehr begegnen!
?
Sich mit den Symptomen genau auseinander setzten, mit dem Ziel ein Therapieprogramm zu entwickeln.
Fortbildungen besuchen

Fortbildungen zum Thema besuchen Ärzte über Therapiemethoden informieren / Möglichkeiten Austausch in den Seniorenheimen/ Bedarf evtl. Gruppentherapien...
Sich mehr für das interessieren , was diesen Betroffenen einmal ausgemacht hat - seine Persönlichkeit und seine Erfahrungen. Nur dann kann erinnert werden - das hier und jetzt ist schnell vergangen- Erinnerungen bleiben länger.
Zunächst einmal denke ich, ist es sinnvoll Fortbildungen/Seminare in zu diesem Thema zu besuchen, um gezielt und individuell auf die Patienten und deren Problematik eingehen zu können. Es könnten Gruppentherapien angeboten werden, um Erinnerungen, Geselligkeit, sozialer Kontakt, Freude und Spaß zusammen zu erleben und Erfahrungen auszutauschen.
Ich habe oft die Erfahrung gemacht, dass die Angehörigen auch sehr auf die Zuwendung und Hilfe des Therapeuten angewiesen sind um einen anderen Umgang/Zugang zu ihrem erkrankten Familienmitglied/Partner zu bekommen. Das Leid ist oft größer bei den "Gesunden". Der Therapeut fungiert oftmals als.
von den kleinen erfolgen sprechen, die sie mit den patienten erreichen
Sie können versuchen -zu forschen, -ihre Erfahrungen weiterzugeben auf workshops, -Arbeitsgruppen zu bilden um sich auszutauschen
Öffentlichkeitsarbeit auch seitens der Berufsverbände und vermehrt Einbezug in die Heilmittelversorgung. Weiterbildung.
Material und Erfahrungen unter einander austauschen, Evaluation. ..etc.
Literaturstudie betreiben, Fortbildungen besuchen, Einblicke in Einrichtungen für dementielle Patienten nehmen und mit Fachpersonal über ihre Erfahrungen sprechen
Weiterbildungen bzw. Fortbildungen anbieten
Erfahrungen und Materialien sollten ausgetauscht und veröffentlicht werden. Demenz könnte im Heilmittelkatalog als Indikation für eine logopädische Behandlung eingefügt werden.

Selbsthilfegruppen für Angehörige Interdisziplinäre Zusammenarbeit
?
Versuchen, sich über eventuelle neue Studien informieren und Fortbildungen besuchen. Es sollte viel mehr auf diesem Gebiet geforscht und veröffentlicht werden.
Sich weiter in das Thema einarbeiten. sich nicht davor scheuen, mit den Angehörigen zusammen zu arbeiten.
Untersuchungen evidente zu verfahren Im der Therapie und Diagnostik Austausch interdisziplinär
Das kann ich nicht beurteilen, da in der freien Praxis nur selten Patienten mit dementiellen Erkrankungen Logopädie verordnet bekommen. Meist nur in Verbindung mit neurologischen Erkrankungen.
verbesserte Therapieansätze Jedoch wäre Arztaufklärung als erstes sinnvoll!!!!
verordnende Ärzte mehr einbeziehen in erfolge bei Therapie bzw. therapiebedarf
> Konzepte vermitteln in der Ausbildung > bessere intensivere Aufklärung > engere Zusammenarbeit mit Fachärzten
Ärzte aufklären, sodass es überhaupt zu einer Verschreibung für den Patienten kommt. Angehörigenarbeit.
forschen, veröffentlichen, arbeiten, therapieren
hä?
Es ist schön zu erleben, dass Angehörige durch die logopädische Arbeit Anregungen bekommen, die den Alltag und die Beziehung erleichern und verbessern. Dies kann durch Einzelarbeit, Vorträge, Seminare vor Ort, in Heimen, auf Krankenstationen, in Selbsthilfegruppen usw. geschehen.

Es könnten mehr spezialisierte Fortbildungsmöglichkeiten geschaffen werden. Ratgeber für Betroffene und Angehörige, die sich auf die Sprache und den dementiellen Sprachabbau beziehen könnten hilfreich sein Es muss überhaupt ein Interresse an diesem Thema erzeugt werden und es muss mehr Veröffentlichungen geben, denn er geht erst einmal darum, dass Logopäden sich diesem Thema öffnen. In meiner Praxis spielt dieses Störungsbild eine an der Gesamtheit der Patienten gemessene untergeordnete Rolle. Trotzdem befassen wir uns, orientiert an der jeweiligen Lage der Patienten dann intensiv damit, was wir sinnvoll und unterstützend tun können, um die Therapie in diesem Sinne erfolgreich zu gestalten, solange der Patient in dieser Weise ansprechbar ist. Bei weit fortgeschrittener Demenz sind andere Therapien und Hilfestellungen sinnvoller und wir müssen dies dann auch erkennen können.
Aufklärung von Ärzten und von Angehörigen in Selbsthilfegruppen. Fortbildungen
Sich die Ursachen anschauen und da ansetzen. Die Menschen ernst nehmen. Dafür sorgen, dass sie sich in der Therapie wohlfühlen. Gemeinsam lachen.
Austausch mit Ärzten, Aufklärung der Ärzte über therapeutische Zielsetzungen
Therapiematerialien erarbeiten Aufklärungsarbeit
Fortbildungen besuchen
Aufmerksam beim Patienten und den Angehörigen sein, Fortbildungen
Erfahrungsberichte, Beurteilung von differenzierterem Diagnostikmaterial
Fortbildungen besuchen Arbeitskreise bilden bzw. besuchen Neue Konzepte und Ziele erlernen
es mehr publik machen

Fortbildungen besuchen, mit Ärzten, Pflegepersonen, Ergo-/Physiotherapeuten usw. austauschen (z.B. Kongresse)
Austausch Forbildungen
Sie können mehr Aufklärungsarbeit leisten.
Leider wenig, da die Verordnungen von den Ärzten ausgestellt werden und diese den Kontingenten unterliegen.
AK und öffentlichkeit nutzen
Fortbildungen besuchen
Studien, Studien, Studien und zunächst vernünftiges Diagnostikmaterial
Fortbildungen anbieten, Ärzte informieren, Zusammenarbeit mit Geriatrien etc. forcieren
Näherer Zusammenarbeit mit entsprechenden Ärzten.
mit Ärzten ins Gespräch kommen- Hinweise bei Berichten, GEspräche mit Patienten und Angehörigen.
- gute Weiterbildungen besuchen, sich selbst Schulen und es in den ambulanten Praxisalltag übernehmen - andere Berufsgruppen sensibilisieren Sie leisten mit Ihrer Arbeit schon einen wichtigen Beitrag!!
Nach alternativen Methoden suchen, Mut zur Kreativität in der Therapieplanung besitzen und gute Nerven!!
Forschungsaufträge organisieren, prominente Fürsprecher holen, z.B. Fr. v. Leyen mit dementem Vater
Z.B. bei Ärzten und in deren Fachzeitschriften Artikel zu diesem Thema veröffentlichen, die die fachliche Kompetenz unseres Berufsfeldes betonen und ins richtige Licht rücken, um dadurch mehr Augenmerk auf dieses therapeutische Heilmittel zu rücken...

Wichtig ist die Forschung in diesem Bereich, um die Effizienz von Therapie bei dementen Patienten nachzuweisen. Um Verordnungen für diese Patienten zu bekommen, braucht man eine gute Argumentation. Aufklärungsarbeit durch den dbl wäre wünschenswert (Infobroschüre). Außerdem kann jeder Logopäde selbst Aufklärungsarbeit bei Patienten, Angehörigen und Ärzten leisten.
siehe 18, über den Tellerrand schauen und dann adaptieren
- gut finde ich, dass es Dank der Akademisierung immer mehr Möglichkeiten gibt, zu forschen - Zusammenarbeit mit bestehenden Institutionen, die sich schon lange mit diesem Thema befassen (gibt es mehr, als man denkt), der Pflege, Ärzten, Heimen - öffentliche Info
Hohes Maß an Öffentlichkeitsarbeit
Ich beziehe z. B. Wissen aus meienr lerntherapeutischen Ausbildung mit ein, aber Demenz ist nicht Schwerpunkt meiner Praxs; ansonsten Fortbildungen Fachbücher lesen, in Altenheimen mit dem Personal sprechen und Patienten mit dementiellen Syndrom kennenlernen.
Grundlagenforschung, Entwicklung von Konzepten, Verbreitung der Therapierelevanz unter Medizinern
Mit Ergos und Psychologen zusammenarbeiten.
- sie sollten sich darauf spezialisieren und die aktuelle Forschung verfolgen - sie sollten im Rahmen der Spezialisierung auch ihr Therapiematerial daraufhin anpassen - und vor allem sollten sie mit den Neurologen und ggf. Psychologen, bei denen diese Patienten aktuell in Behandlung sind eng zusammenarbeiten - ganz wichtig finde ich auch die Mitarbeit der Angehörigigen. Ich versuche immer, diese zu bewegen tägl. "Hausaufgaben" zu machen
Aufklärungsarbeit wo es nur geht und auch bei Fortbildungen für Pflegekräfte auf die Effektivität der Logopädie eingehen
Weniger die Symptomebene betrachten (Aufmerksamkeit, Wortschatzdefizite, Merkfähigkeitsprobleme...), sondern das ZNS als ein Ganzes betrachten und versuchen es in seiner Gesamtheit zu fördern (auf Grund der vielen Vernetzungen zwischen den Hirnarealen). Dies sollte in einer Art und Weise geschehen, die dem ZNS entspricht und wie es sich selber natürlicherweise organisieren würde.

Gespräche mit Angehörige, Pflegern, Ärzten, Therapeuten, etc.
Siehe vorherige Antwort. Es gibt sehr gute Fortbildungen und auch sehr gute Literatur.
Aufklärung, Schulung, frühzeitige Therapieansätze
Ich denke, zusammenarbeit zwischen Praxis und Wissenschaft ist eine gute Kombination, ein gangbarer Anfang
Wie ist die Frage gemeint? Um das Thema weiter zu bearbeiten, müssen die Patienten Logopädie verordnet bekommen. Ohne Rezept ist es schwierig. Hier ist die erste Hürde. Viele Ärzte verordnen L. gar nicht, erkennen den Zusammenhang nicht, also wäre hier erstmal weiter viel Aufklärung wichtig. Auch das es eine eindeutige Zuordnung zu Indikationsschlüsseln innerhalb der Heilmittelrichtlinie gäbe. Öffentlichkeitsarbeit genauso, dass Betroffene und Angehörige mehr aufmerksam werden.
Die Sprachabbauprozesse in den Vordergrund rücken, und das "allgemeine Vergessen" eher in den Hintergrund stellen, da es zu allgemein ist
Viel Weiterbildung, oder mal über den logopädischen "Tellerrand" hinausschauen, welch Möglichkeiten sich noch bieten mit dementen Patienten zu arbeiten.
Aktive Aufklärung des entsprechenden Beteuungspersonals.(Ärzte, Pflegepersonal, Angehörige) Fortbildungen zu dem Thema anbieten Demenz mehr in die logopädische Ausbildung integrieren
Was meinen Sie mit "weiter zu bearbeiten"???? Meinen Sie die Öffentlichkeitsarbeit, die Arbeit mit dem Patienten, die Interaktion mit den Ärzten, die sehr zurückhaltend Logopädie bei Demenz verordnen?????
Beobachten, neue Erkenntnisse annehmen, sich selbst reflektieren und mit Freude und Interesse sich mit diesem Thema beschäftigen. Gute Fortbildungen besuchen, wenn sie angeboten werden.

Mehr Fortbildungen zum Thema sind hierfür Voraussetzung. Zugleich sollten Logopäden und Neuropsychologen hier mehr Hand in Hand arbeiten. Thema der Zukunft.
Mehr FB besuchen
Forschen, veröffentlichen, Öffentlichkeitsarbeit, professionelle Diagnostik und Therapieplanung und -durchführung
Öffentlichkeit informieren Konzepte der Behandlung verbreiten effektive Ansätze publizieren
schwierig pauschal zu beantworten! meinen sie in der praxis tätige? in der lehre tätige? in der forschung tätige?? somit frage nicht beantwortbar, da unspezifisch!
-sich fortbilden -Zusammenhänge von Sprache und Demenz erklären -vermitteln zwischen Patient und Angehörigen -dem Abbauprozess entgegenwirken
Was sollte da bearbeitet werden? Natürlich sind Forschungen notw. oder begleitende Medikamente, um ein Aufhalten der Erkr. zu erreichen. Aufklärung der Angehörigen über die Selbsthilfegruppen, dass Therapie mgl. ist; vor allem bei jungen dementiell Erkrankten. Sprache als praktisches Mittel, um Alltag zu leben, erkennen. Übungen nicht abstrakt, sondern nah am und mit dem Pat. Es ist nicht wichtig, welche Methode, sondern wie erreiche ich den Pat. und eine Verbesserung für ihn.
Fortbildung
Fortbildungen besuchen interdisziplinären Austausch suchen sich an Forschungsprojekten beteiligen
Therapiekonzepte entwickeln, die an den jeweiligen Patienten angepasst werden können, nicht umgekehrt.
Sich fortbilden und mit dem Thema Demenz offen umgehen. Auch die Angehörigenarbeit sollte dabei eine

große Rolle spielen.
Vor allem Transparenz in ihrer Tätigkeit zeigen und evtl. mehr Öffentlichkeitsarbeit.
Kommunikation mit Ärzten und Kliniken, Schulen.....
Einzelfallstudien dokumentieren, interdisziplinäre Fachkreise gründen Pflegepersonal ausbilden an allgemeinen Diskussionen beteiligen
Das Thema vertiefen, indem man Fortbildungen besucht
forschen, informieren, fortbilden
Forschen, sich und andere informieren
Mehr Aufklärung auch bei Ärzten, dass mehr Verordnungen ausgestellt werden und mehr herantrauen an den Bereich
weiter forschen! gezieltere Therapiemethoden entwickeln, keine Scheu vor Demenz haben
Sensibler für das Thema werden
Auflärungsarbeit! vor allem bei Allgemeinärzten besseres Diagnostikmaterial für Menschen im Endstadium erstellen
- Aufklärungsarbeit in Heimen - Gespräche mit Hausärzten/ niedergelassenene Neurologen - Selbsthilfegruppen besuchen
Fortbildungen Infomaterial Fachliteratur
Eigene Recherche, das Internet (z.B. Alzheimerseiten) bietet viel, z.T. auch über therapeutische Ansätze Fortbildung Austausch z.B. über Arbeitskreise

Interessant finde ich auch die organisatorische Seite des Themas, wie ist die Verschreibungs/Abrechnungspraxis für ambulante Behandlungen/Hausbesuche bei Pat. mit Demenz!! Ausstausch darüber wäre auch wichtig!
Erfahrungen einbringen und öffentlich machen, enge interdisziplinäre Arbeit
forschen :)
Der Begriff Therapie veranlasst viele Kolleginnen und Kollegen zur Arbeit am Tisch. Ich denke, dass in vivo Arbeit, wie sie aus der Stottertherapie längst bekannt ist, einen guten Ansatz bedeuten kann- die Fähigkeiten, die noch vorhanden sind, gilt es viel stärker auszunutzen.
Das würde ich auch gerne wissen
Spezielle Therapie-Ansätze entwickeln, genauere Diagnostik-Möglichkeiten entwickeln, Öffentlichkeitsarbeit...
sich intensiv mit dem Thema auseinandersetzen, interdiziplinär mit Pflegepersonal zusammenarbeiten
1. Weiterbildung/ Rücksprache mit verordnenden Ärzten-Problem: keine direkte Kassenleistung 2.Im Krankenhaus ist dies in der Geriatrie als Bestandteil enthalten, in der privaten Praxis nicht vom Arzt verschreibbar. Grundsätzlich sollten die Heilmittelrichtlinien dahingehend erweitert werden. Die Krankenkassenkosten würden sich enorm steigern!
Forschen Aufklären- Öffentlichkeitsarbeit Erfahrung sammeln
Menschen mit Demenz, mit und ohne Aphasie müssen in den Focus der Logopädinnen rücken, der Therapiebedarf muss Ärzten und Kliniken deutlich gemacht werden. Keine Angst vor Demenz!! Nach Meiner Erfahrung nach profitieren Patienten in hohem Maße durch die logopädische Therapie.
- Forschung vorantreiben - bessere Vernetzung mit allen Berufsgruppen, die mit demenzkranken Personen zusammenarbeiten, um das Thema Sprache und Demenz und die Möglichkeiten in der Logopädie zu verbreiten

Weiterbildung,aus dem großen,langjährigen Potential schöpfen
logopädische Relevanz & Zusammenhänge stärker herausstellen
Erfahrungen sammeln, Fortbildungen anbieten und besuchen, wissenschaftlich aufarbeiten.
Adäquates Diagnostikmaterial entwickeln, welchen auch den physiologoischen Altersabbau entsprechend berücksichtigt
Der Logopädieverband sollte vermehrt Fortbildung anbieten und auch entsprechend Ärzte über die Möglichkeiten durch eine logopädische Therapie informieren.
?
Das Problem liegt eher darin, dass Patienten mit einem rein dementiell bedingten Sprachabbau kaum in freien Praxen behandelt werden, dadurch können auch weniger Erfahrungen gemacht werden. Zudem muss natürlich geforscht werden.
Sehr viel Aufklärungsarbeit bei Angehörigen und Ärzten.
regionale Arbeitskreise, Forschung auf Hochschulebene, Ärzteinfos
Nach umfassender Weiterbildung Beratung und Therapie anbieten. vgl. Heilmittelrichtlinien.
Das Thema Demenz sollte v.a. Inhalt der Ausbildung sein. Des weiteren wäre ein größeres Angebot an Fortbildungen wünschenswert.
Aufklärung in Alten-und Pflegeheimen, von Ärzten und Angehörigen. Fortbildungen besuchen. Eigene Therapieerfahrungen in Vorträgen, Fachzeitschriften, Bloggs etc. weitergeben.
Therapieforschung unterstützen
Aufklärung bei Ärzten und Pflegepersonal in Altenwohnheimen
Fortbildungen und Informationsveranstaltungen anbieten und auch selbst besuchen, dem Thema in der Ausbildung mehr Raum geben und frühzeitig mit der Behandlung bei den Pat beginnen. Ärzte dafür sensibilisieren.

?
Forschen, v.a. in Abgrenzung zur Aphasie-Therapie sich weiter fortbilden, sich dem Thema stellen
s. letzte Frage: die Forschung kümmert sich um die Entwicklungund Evaluation von methoden (incl. der Wirksamkeit auf die Alltagskommunikation) und die Praktiker lesen die Ergebnisse der Forschung und besuchen Fortbildungen. In die Ausbildung gehört mehr Beratungskompetenz.
Fortbildung besuchen; Erinnerungen anhand von Fotografien bewusst machen; miteinander sprechen
Langzeitstudien am Patienten erstellen, daraus resultierende Test- und Therapiematerialien entwickeln.
an Fortbildungen teilnehmen
wissenschaftliche Untersuchungen zur Effektivität
Therapiestudien zur Überprüfung der Erfolge der unterschiedlichen Behandlungskonzepte
Vernetzung Materialien Aufklärung
Erfahrung sammeln mit Patienten Fortbildungen