Chancen und Grenzen der logopädischen Therapie in der Versorgung von Menschen mit Demenz

Saskia Sickert
Logopädin (B.Sc.)

sa_sickert@freenet.de
0152-24884968
035955-52961
Mitglied im Deutschen Bundesverband für Logopädie

7. Interprofessioneller Gesundheitskongress
Dresden | 5.– 6. April 2019

Springer Medizin

Gliederung

1. Grundlagen Demenz: Definition und ausgewählte Formen
2. Veränderung von Sprache und Kommunikation bei Demenz
3. Logopädische Therapie von Sprach- und Kommunikationsstörungen bei Demenz (Beispiele)
4. Veränderung von Nahrungsaufnahme und Schlucken bei Demenz
5. Logopädische Therapie von Dysphagien und Störungen der Nahrungsaufnahme bei Demenz

Demenz
- Grundlagen -

Definitionen und ausgewählte Demenzformen

S3 Leitlinie Demenz
Definition Demenz

S3 Leitlinie Demenz:

Syndromdefinition Demenz: **ICD-10-Definition**

Demenz (ICD-10-Code: 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, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung.

Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens 6 Monate bestanden haben. Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen; gelegentlich treten diese Syndrome auch eher auf. Sie kommen bei Alzheimer-Krankheit, Gefäßerkrankungen des Gehirns und anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn und die Neuronen betreffen.

S3 Leitlinie Demenz
Definition Demenz

- ein Syndrom
- Folge einer chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns
- Störung vieler höherer kortikaler Funktionen
  - Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit,
  - **Sprache, Sprechen**
  - Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung.
- Bewusstsein ist nicht getrübt, die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen
- die Symptome müssen mindestens 6 Monate bestanden haben.
- begleitende Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation; gelegentlich treten diese Syndrome auch eher auf.
- bei Alzheimer-Krankheit, Gefäßerkrankungen des Gehirns und anderen Zustandsbildern, die primär oder sekundär das Gehirn und die Neuronen betreffen.

Demenzformen (Auswahl)

Demenz Alzheimer Typ (DAT)

Vaskuläre Demenz (VD)

Gemischte Demenz

Frontotemporale Demenzen (FTD)

Demenz bei Morbus Parkinson

Progressive supranukleäre Blickparese (PSP)

Demenz vom Alzheimer Typ (DAT)

Hirnorganische Veränderungen:

- Mikroskopisch: Amyloide Plaques und Tau-Fibrillen reaktive Gliazellvermehrung
- Makroskopisch: Untergang von Neuronen (Hippocampus, Hirnstamm, temporoparietale und frontobasale Hirnareale)

- wichtigster Risikofaktor ist **Alter**

Frühe Symptome:

- Verlust der räumlichen Orientierung
- Störung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses
- Wortfindungsstörung

Demenz vom Alzheimer Typ (DAT) - Stadien

Leichte Form
(frühes Krankheitsstadium)

Moderate Form
(mittleres Krankheitsstadium)

Schwere Form
(spätes Krankheitsstadium)

Demenz vom Alzheimer Typ (DAT) - Stadien

Quelle:Jahn/Werheid 2014

Klinisch stumme Phase

Präklinische Phase

Leichte Form
(frühes Krankheitsstadium)

Moderate Form
(mittleres Krankheitsstadium)

Schwere Form
(spätes Krankheitsstadium)

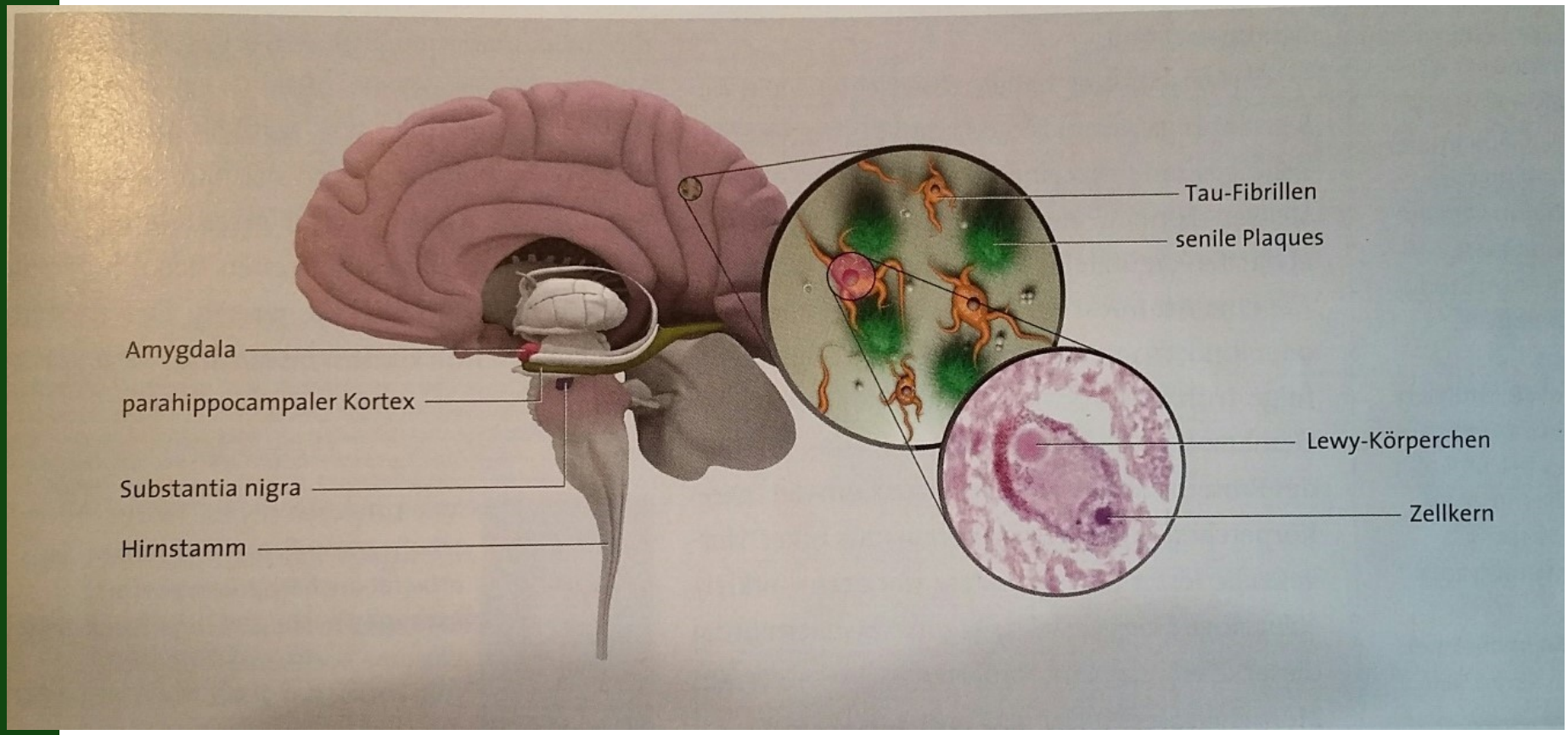
Frontotemporale Demenz (FTD) -Primär progressive Aphasie-

- nicht-flüssige agrammatische PPA
  - Wortfindungsstörung, Sprechanstrengung
  - Phonematische Paraphasien, Agrammatismus
- semantische PPA
  - Benennstörung, semantische Paraphasien
  - Störung des Sprachverständnisses, insbesondere Wortbedeutungen
- logopenische PPA
  - Verlangsamung der Spontansprache, Wortfindungsstörung
  - sehr viele phonematische Paraphasien, bes. auch beim Nachsprechen

Progressive supranukleäre Blickparese (PSP) Wagner 2007

- **Motorik**:
  - Störung des Gleichgewichtes
  - Blickparese
  - **Dysarthrie**, **Dysphagie**
- **Kognition**
- **Sprache und Kommunikation**
  - Dysarthrie
  - Wortfindungsstörung, Probleme der Sprachplanung u. –ausführung
  - Mikrografie, Lesestörung

Exkurs: Lewi-Körperchen, Tau-Fibrillen, senile Plaques



Quelle: Langosch, N. (2014): Die vergessene Demenz. Spektrum Wissenschaft Gehirn und Geist 3 , 83.

Veränderung von Sprache und Kommunikation bei Demenz

Saskia Sickert

Sprach- und Kommunikationsstörung bei Demenz

→ **Progrediente Aphasie** Abel und Lange 2014

→**Kognitive Kommunikationsstörung**
Büttner 2016; Abel und Lange 2014

Kognitive Dysphasie Heidler 2006

Progrediente Aphasie

Abel und Lange (2014)

- In Anlehnung an Begriffsbestimmung im angloamerikanischen Raum
- Demenz – atrophische Veränderungen mit typischen Ausgangspunkten im Gehirn → Symptome
- sich weiter ausbreitend / diffuse Verteilung im Gehirn (sprachdominante Bereiche)
- aber auch fokale Ausprägungen (z.B. PPA, Semantische Demenz)

Progrediente Aphasie

- Lokalisationistische Modelle
- Hirnschädigung beginnt in oder erfasst sprachdominante Zentren

↓

Sprachsystematische Symptome

(Benennen, Sprachverständnis, Syntax, Paraphasien)

Kognitive Kommunikationsstörung

Progrediente Aphasie

- Wortfindungsstörung (später Mutismus)
- Benennstörung
- Echolalie / Perseverationen
- Reduzierte Syntax
- Störung des Sprachverständnisses
- Zunehmend nur Floskeln
- Störung des Lesens und Schreibens

Kognitive Kommunikationsstörung

- Konnektionistische Modelle
- Gehirn agiert als neuronales Netzwerk mit komplexen Interaktionen

Kognitive Kommunikationsstörung

- Hirnorganisch bedingte Sprachstörungen nach abgeschlossenem Spracherwerb bei denen primäre Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen zu einer gestörten Sprachverarbeitung führen. (Heidler, 2006)
- Störungen höherer kognitiver Funktionen, wie Exekutivfunktionen, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie integrative Sprachfunktionen führen zu Störungen der Kommunikation. (Abel, Langer 2014)

Progrediente Aphasie

- Wortfindungsstörung (später Mutismus)
- Benennstörung
- Echolalie / Perseverationen
- Reduzierte Syntax
- Störung des Sprachverständnisses
- Zunehmend nur Floskeln
- Störung des Lesens und Schreibens

Kognitive Kommunikationsstörung

- Konnektionistische Modelle
- Gehirn agiert als neuronales Netzwerk mit komplexen Interaktionen

↓

Störungen z.B. Exekutivfunktionen, Gedächtnis, Aufmerksamkeit

Kommunikationsstörung

Progrediente Aphasie

- Wortfindungsstörung (später Mutismus)
- Benennstörung
- Echolalie / Perseverationen
- Reduzierte Syntax
- Störung des Sprachverständnisses
- Zunehmend nur Floskeln
- Störung des Lesens und Schreibens

Kognitive Kommunikationsstörung

- Konnektionistische Modelle
- Gehirn agiert als neuronales Netzwerk mit komplexen Interaktionen

↓

Kommunikationsstörung

z.B. pragmatisch-kommunikative Defizite

Lexikalisch-semantische Defizite

Textproduktion und Verständnis

Progrediente Aphasie

- Wortfindungsstörung (später Mutismus)
- Benennstörung
- Echolalie / Perseverationen
- Reduzierte Syntax
- Störung des Sprachverständnisses
- Zunehmend nur Floskeln
- Störung des Lesens und Schreibens

Kognitive Kommunikationsstörung

- Verlangsamung des Redeflusses
- Gedankenverarmung
- Konfabulationen
- Abschweifende Rede, Themenverlust /Themensprünge
- Probleme der Informationsverarbeitung in Gesprächen/ bei Texten
- Konkretismus
- Pronominalisierung /Repronominalisierung
- Abbau sprachunterstützender Gestik u. Mimik

Sprach- und Kommunikationsstörung bei Demenz

Sprachliche Kompetenz nimmt deutlich ab.

Später ist sprachliche Kommunikation mit dem Erkrankten kaum noch möglich!

Frau H.

91 J., rechtshemisphärieller Infarkt aktuell, SAE, Benennen von Objekten unauffällig, formales Lesen und Schreiben gut erhalten

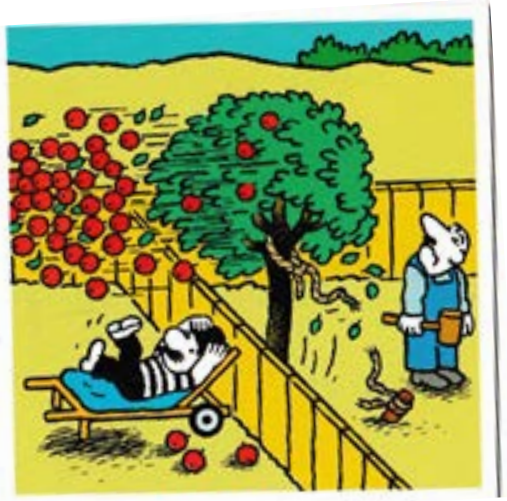
Bild (AAT): „Der Angler hat einen Schuh geangelt.“

„ Und er will…mit seinem Schuh [lacht in sich hinein]..paddeln oder .. Hm .. nee nich paddeln … angeln.“

„Ich habe gedacht, der hat sich das selber .. nich passiert, sondern…ich hab gedacht, der hat seinen Schuh ausgezochen und fängt nun an zu angeln.“

Herr M.
80 Jahre, VD bei Multiinfarktsyndrom

„Der Nachbar schmeißt den Apfel wahrscheinlich zurück…….da muss man kombinieren, aber warum? Der Strick is ja noch rum um den Baum… Oh, Gott, was denn nun… da muss man kombinieren können. Was tut der? Der tut die Äpfel in den anderen Garten… Ich weiß nicht, was das hier ist.“

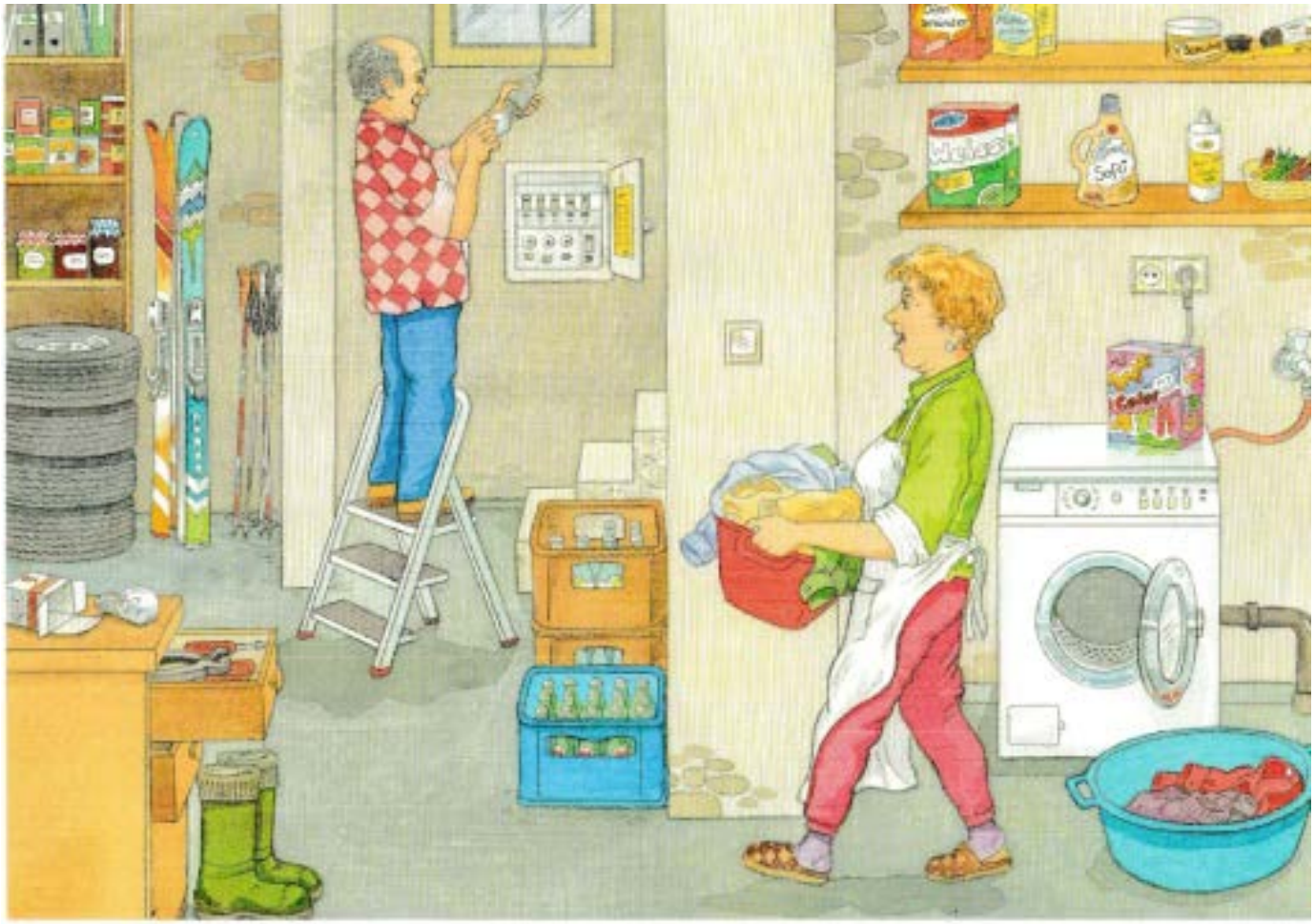


Press, H. J., Schubi AG (1996). Geschichtenkiste. Der kleine Herr Jakob. Schubi Lehrmittel AG, Schaffhausen.

Frau K.
89 Jahre, gemischte Demenz

Wie stellen sie sich das Bild vor, welches Frau K. beschreibt?

Frau K.
89 Jahre, gemischte Demenz



Aus: Pustlank, Wenig (2008): Alltagssituationen in Bildern, Stockach, Storch-Verlag

Fragen?

Logopädische Therapie von Sprach- und Kommunikations-störungen für Menschen mit Demenz

Therapeutische Möglichkeiten bei Demenz

Leitlinie Demenz

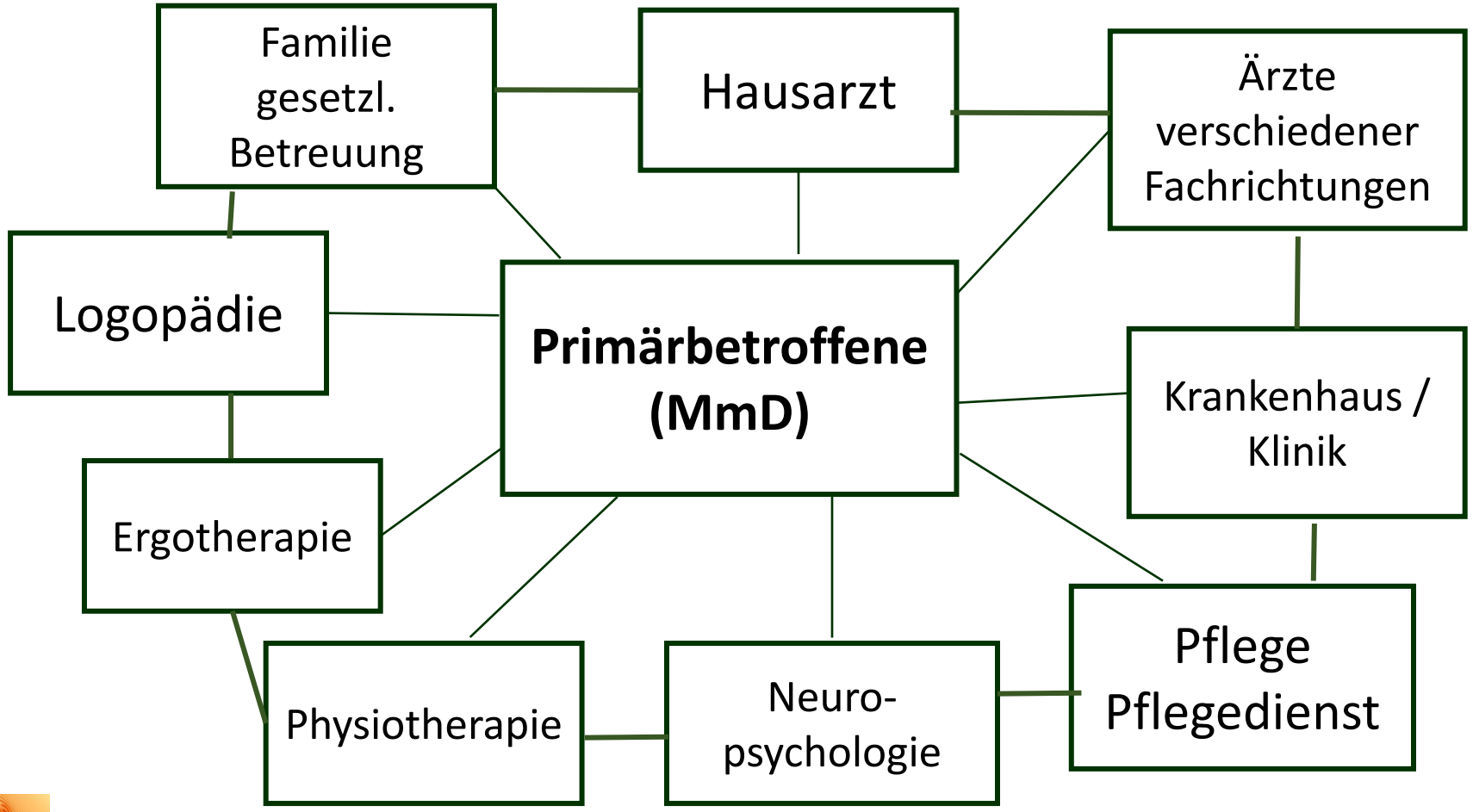
Pharmakologische Therapie

Psychosoziale Interventionen

Das multiprofessionelle Team

Versorgung von Menschen mit Demenz

(vgl. Steiner 2010, S. 81)



Therapeutische Möglichkeiten bei Demenz

Leitlinie Demenz

Pharmakologische Therapie

Psychosoziale Interventionen

Psychosoziale Interventionen
(Auswahl LL Demenz)

→Kognitive Therapie

→Ergotherapie

→Körperliche Aktivierung

→Künstlerische Verfahren

→Sensorische Verfahren

→Angehörigenbasierte Verfahren mit dem Ziel der Verbesserung der Situation der Erkrankten

→Psychosoziale Interventionen bei speziellen Indikationen

→Rehabilitation bei Demenz

Psychosoziale Interventionen
(Auswahl LL Demenz)

LOGOPÄDIE !!!

- **→Kognitive Therapie**
- →Ergotherapie
- →Körperliche Aktivierung
- →Künstlerische Verfahren
- →Sensorische Verfahren
- **→Angehörigenbasierte Verfahren mit dem Ziel der Verbesserung der Situation der Erkrankten**
- **→Psychosoziale Interventionen bei speziellen Indikationen**
- **→Rehabilitation bei Demenz**

Kognitive Therapie
(S3 Leitlinie Demenz)

- Interventionen bei denen kognitive Funktionen aktiviert werden, wie z.B.
  - Gedächtnis
  - Aufmerksamkeit
  - **Sprache**
- Einzel- oder Gruppentherapie
- durchgeführt durch **Therapeuten** oder trainierte Angehörige
- in frühen oder mittleren Phasen einer Demenz

Kognitive Therapie

Kognitives Training

Kognitive Stimulation

Kognitive Rehabilitation

Realitätsorientierung

Reminiszenz / autobiografische Arbeit

Kognitive Therapie

Sprachlich kognitives Training für MmD-

Kognitive Therapie

- Sprachlich kognitives Training für MmD -

- Sprache als kognitive Funktion trainieren, z. B.
  - Benennen
  - Sprachverständnis
  - Semantik
  - Lesen und Schreiben

Studie: Jelcic N., Cagnin A., Meneghello F., Turoll A., Ermaini M., Dam M. Effects of lexical-semantic Treatment on memory in earlay Alzheimer disease: an observer-blinded randomized controlled trial

→ bei **leichten Formen**!!

- Wichtig: Verbindung/Verknüpfung der Therapieinhalte mit der Biografie, Interessen und Lebenssituation des Patienten!
  - *Beachte Studie: Hütz et al. (2012) Störungsspezifische Sprachtherapie bei Alzheimer Demenz*

Kognitive Therapie

- Sprachlich kognitives Training für MmD -

Ziele:

- **<u>Stabilisierung und Erhalt</u>** der sprachlichen Leistungen und der zugrunde liegenden kognitiven Leistungen
- Erhalt und Stabilisierung der verbalen Sprache für eine Kommunikation und dadurch
- Sicherung der Teilhabe (Kommunikation im Alltag)

Kognitive Therapie

Reminiszenz / autobiografische Arbeit

Kognitive Therapie
Reminiszenz /autobiografische Arbeit

KODOP

– **Kommunizieren –Dokumentieren – Präsentieren**

(Steiner 2010)

Kognitive Therapie
- Reminiszenz /autobiografische Arbeit -

KODOP
– **Kommunizieren –Dokumentieren – Präsentieren**

(Steiner 2010)

- Biografisch orientierte Gesprächs- und Textarbeit für Patienten mit Demenzen im frühen und mittleren Stadium

KODOP

Reminiszenz- und autobiografische Arbeit-

Ziele:

- Aktivierung der Sprachlichkeit
- Erhalt und Förderung sprachlicher Aktivitäten und Partizipation im Alltag
- Verzögerung des Verlustes von Aktivität, Kontakt, Orientierung und Kompetenz

Arbeitsinhalt:

- Erschaffen von biografisch bedeutsamen Texten

KODOP
Reminiszenz- und autobiografische Arbeit-

Ablauf:

1. Thema finden
2. Gespräch (= **KO**)
3. Text zusammenstellen (= **DO**)
4. Text präsentieren **(= P**)

Kognitive Therapie

Kognitive Stimulation

Kognitive Therapie
- Kognitive Stimulation -

ASTRAIN
„Alzheimer-Sprach-Training“
(Köpf, 2001; Gutzmann, 2007)

Die Kognitive Stimulationstherapie

KST
(Spector et al./ Werheid K. 2018)

Kognitive Therapie
kognitive Stimulation/Kognitive Rehabilitation

Die Kognitive Stimulationstherapie

KST

(Spector et al. / Werheid K. 2018)

- evidenzbasiertes Gruppentherapieprogramm für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz (Basis- und Aufbauprogramm)
- Seit 2016 in deutscher Übersetzung und Adaption
- In S3-Leitlinie Demenz empfohlen

Die Kognitive Stimulationstherapie (**KST)**

Kognitive Stimulation: nach Spector

„…Beteiligung an einer Reihe von Aktivitäten und Diskussionen, die vorzugsweise in einer Gruppe durchgeführt werden. Sie dienen einer generellen Verbesserung kognitiver und sozialer Funktionen.“

Die Kognitive Stimulationstherapie (KST)

Die 4 Quellen Stimulation: nach Spector

- DIE SINNE
- DAS ERINNERN
- INTERESSANTE Menschen / wichtige Gegenstände
- AUFGABEN DES TÄGLICHEN Lebens

Schlüsselprinzipien der KST

(nach A. Spector) Auswahl

- Geistige Anregung
- Neue Ideen, Gedanken und Assoziationen / Meinungen statt Fakten
- Orientierungs- und Abrufhilfen
- Sprache und Sprechen stimulieren
- Personenzentriertheit / Respekt
- Gemeinsam Spaß haben
- Beziehungen aufbauen und stärken

Die Kognitive Stimulationstherapie
Ziele

nach Steiner (2010)

- Aufrechterhaltung der Kontaktfähigkeit und des aktiven Sprachhandelns
- Aktivierung und Stimulation sowie Erhalt der sprachlichen Leistung und Kompetenz
- Stärkung der Gesamtpersönlichkeit, Abbau von Ängsten, „Kompetenzerleben“

Die Kognitive Stimulationstherapie
KST

Teilnehmer:

- 5 bis 7 betroffene Patienten
- Gruppenleiter und Co-Leiter

Frequenz:

- Basiskurs 2x wöchentlich (45min)
- Aufbaukurs 1x wöchentlich (45 min)

Raum:

- Abgeschlossener Raum in ausr. Größe
- Tisch, Tafel oder Flipchart
- Material für die Gruppensitzung bereitlegen

Fragen?

Veränderungen der Nahrungsaufnahme und des Schluckens bei Demenz

Veränderung des Schluckens und der Nahrungsaufnahme im Alter

PRESBYPHAGIE

Presbyphagie

→Altersbedingte, physiologische Veränderungen des Schluckens ohne erkennbare Erkrankung

–lediglich durch Faktor Alter erklärbar

Presbyphagie

Umfassen:

- Morphologisch-anatomische Veränderungen
- Funktionell-biodynamische Veränderungen

Sind Ausdruck allgemeiner altersspezifischer körperlicher Veränderungen wie:

- Veränderungen des peripheren und zentralen Nervensystems
- Physiologische anatomische und neuromorphologische Veränderungen im Oropharynx und Ösophagus und Atem-Schluck-Koordination

Presbyphagie

Veränderungen im Bereich des peripheren und zentralen Nervensystems

- ➔ **Sensibilität**
- ➔ **Leitgeschwindigkeit der Nervenverbindungen**
- ➔ **Veränderte kortikale Aktivierung**

Presbyphagie

Physiologische anatomische und neuromorphologische Veränderungen

- ➔ Zahnstatus
- ➔ Zunge
- ➔ Larynx
- ➔ Pharynx
- ➔ Oberer Ösophagussphinkter
- ➔ Atem-Schluck-Koordination
- ➔ Penetration und Residuen

Presbyphagie

Aber:

- Kompensationen
- Erhaltung des sicheren Schluckablaufes und der Lebensqualität bei der Nahrungsaufnahme

vgl. Wilmstkötter (2012)

Presbyphagie

- Kompensationen
- Erhaltung des sicheren Schluckablaufes und der Lebensqualität bei der Nahrungsaufnahme

JEDOCH

- Alter selbst als Prädisposition für das Ausbilden von **Mangelernährung und** einer **oropharyngealen Dysphagie** im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen mit entsprechenden Folgen und Komplikationen (z.B. Aspirationspneumonie)

Veränderungen in der Nahrungsaufnahme bei Menschen mit Demenz

- Mangelndes, fehlendes Sättigungs- oder Hungergefühl
- Vergessen von Mahlzeiten (essen, trinken)
- Verkennen von Nahrungsmitteln (Agnosie, Wahrnehmung)
- Schmerzen, unangenehme Gefühle (z.B. bei schlecht sitzenden Gebissen, Mundtrockenheit)
- Veränderung des Geschmacksinns / Unlust / Appetitlosigkeit
- Veränderte Mengen (zu viel / zu wenig)
- Veränderte Zusammensetzung der Nahrung (Malnutrition)
- Fähigkeit Nahrungsaufnahme zu organisieren

Dysphagie
- Anzeichen einer Schluckstörung 1 -

- Husten oder Hustenreiz während oder nach dem Schlucken
- Atemnot beim Essen oder Trinken
- brodelndes Atemgeräusch, brodelnde Stimme
- erschwertes Kauen
- Kloß- oder Fremdkörpergefühl im Hals

Dysphagie
- Anzeichen einer Schluckstörung 2 -

- ständiger Speichelfluss aus dem Mund
- Austritt von Nahrung aus Mund oder Nase
- undeutliches Sprechen nach dem Schlucken
- deutlich verlängerte Zeiten für Nahrungsaufnahme
- wiederholte unklare Fieberschübe / Lungenentzündungen / Gewichtsabnahme

Folgen der Veränderung der Nahrungsaufnahme und bei Dysphagie

- Mangel- oder Fehlernährung (Malnutrition)
- Dehydration (Austrocknung)
- Zunahme von Unruhe und Verwirrtheit
- Lungenentzündungen / Aspirations-pneumonien
- Häufigere Infekte
- Vorzeitiges Versterben! (Mortalität)
- Sozialer Rückzug

Logopädische Therapie von Dysphagien und Problemen der Nahrungsaufnahme bei Demenz

Aufgabenbereiche der logopädischen Therapie

Anamnese/ Analyse/ Diagnostik
(Klinische Schluckuntersuchung KSU /apparative Diagnostik)

Therapie

Beratung und Anleitung

Dysphagietherapie für Menschen mit Demenz

Ziele

- Erhalt und ermöglichen einer sicheren und ausreichenden Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Vermeidung von Aspirationen
- Teilhabe an Mahlzeiten in der Familie oder sozialen Umfeld

Dysphagietherapie für Menschen mit Demenz

Arbeit im Team!

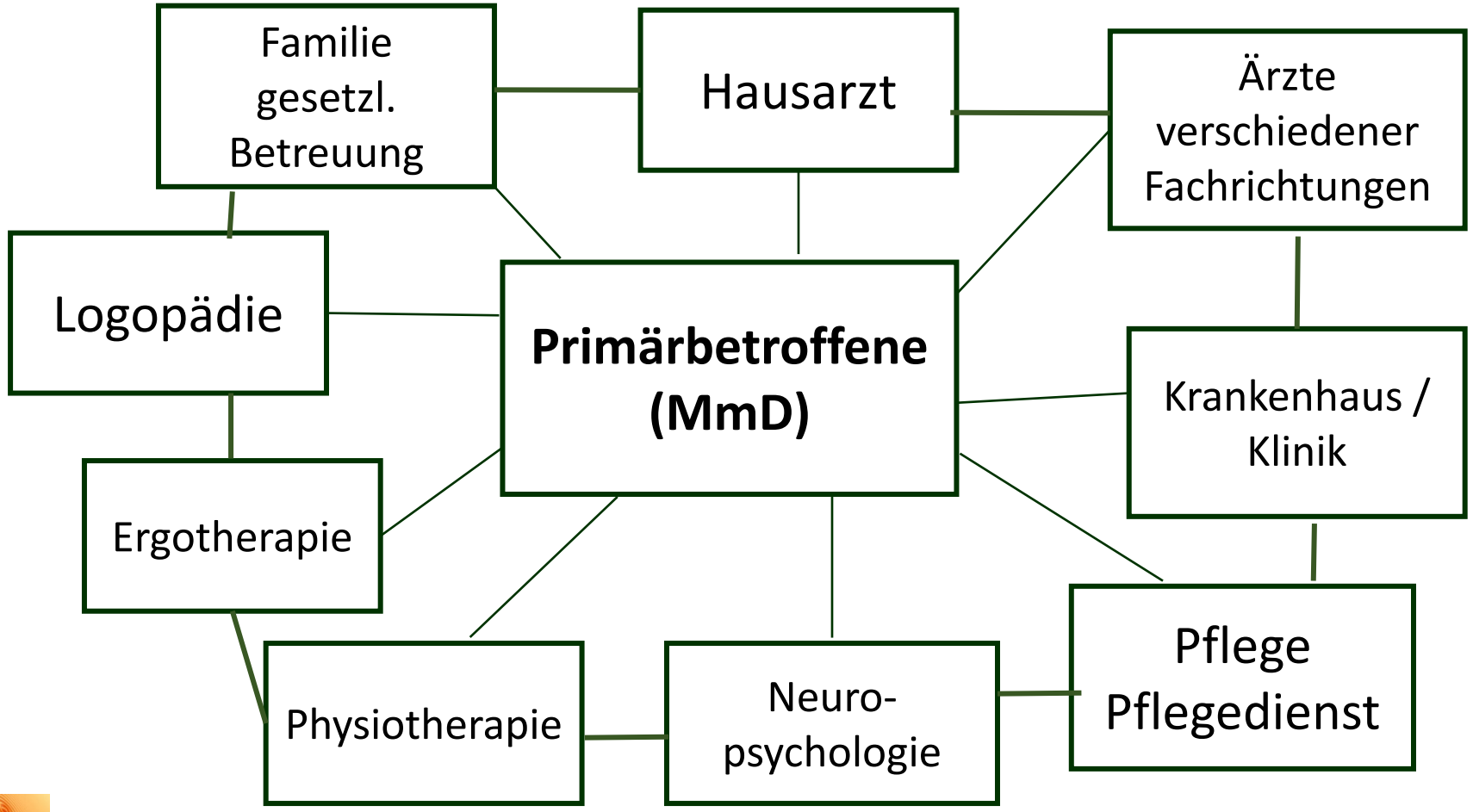
gemeinsam mit:

- Angehörigen
- Behandelnden Ärzten (z.B. Hausarzt, Neurologe, Zahnarzt)
- Pflege
- Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie)

Das multiprofessionelle Team

Versorgung von Menschen mit Demenz

(vgl. Steiner 2010, S. 81)



Dysphagietherapie für Menschen mit Demenz

Therapieverfahren

Restituierende Methoden/ Training

Kompensatorische Maßnahmen

Adaptierende Maßnahmen

Dysphagietherapie für Menschen mit Demenz

Restituierende Methoden/ Training

- Nur im begrenzten Rahmen möglich!
- Kräftigung bestimmter Muskeln und des Schluckens
- Schlucken üben durch Schlucken!

Dysphagietherapie für Menschen mit Demenz

Kompensatorische Maßnahmen

- Änderung einer Sitzposition
- Oberkörperaufrichtung
- Kopfhaltung
- Schlucktechniken (nur im stark begrenzten Umfang!)

Dysphagietherapie für Menschen mit Demenz

Adaptierende Maßnahmen

- Nahrungs-Konsistenz (dünnbreiig, breiig, fest)
- Andicken von Flüssigkeiten
- Anreicherung des Essens mit Nährstoffen /Kalorien
- Hilfsmittel
  - Tassenformen, Griffverdickung, Geschirr
- Darreichung des Essens
  - Tischgestaltung, Essen „unterwegs“
- Würze der Speisen / Geschmack / Farbe

Dysphagietherapie für Menschen mit Demenz

Adaptierende Maßnahmen

Quelle: www.wgp-shop.de

Trinkbecher mit Nasenausschnitt

Quelle: www.wunderkarten.de

Quelle: www.hugentobler.ch

Beratung

Umgang mit Störungen der Nahrungsaufnahme und Dysphagie

- Essenszeiten, Nahrungs- und Trinkmengen
- Konsistenzen (feste Nahrung, Flüssigkeiten)
- Gestaltung der Nahrungsaufnahme
- Anreichen und Anbieten der Nahrung
- Haltung des Patienten
- Mundhygiene

- Umgang bei sehr schweren Dysphagien und Demenzen im Endstadium

Beratung
Umgang mit Störungen der Nahrungsaufnahme und Dysphagie

PEG ?

(Perkutane Endoskopische Gastrostomie)

Beratung
PEG für Menschen mit Demenz?

- für Menschen mit Demenz keine Nachweise für eine verbesserte Lebensqualität oder längeres Überleben durch PEG!
- Zu viele Komplikationen während und nach Anlage PEG
  - Wundsepsis, hohe Sterblichkeit (Studie Sanders 2000)
- Menschen mit fortgeschrittener schwerer Demenz sind auch körperlich erheblich beeinträchtigt
  - Kreislauf, Herzerkrankungen, Blutwerte

Beratung
PEG für Menschen mit Demenz?

- Einzelfallentscheidung im interdisziplinären Team!
- Heranziehen des Patientenwillens!
- Einbeziehung ethischer, kultureller Fakten
- Genaue Abwägung von Chancen / Risiken und Patientennutzen

FRAGEN ?

Literatur

- Abel S., Lange I. (2014).Sprachstörungen nach Schlaganfall und bei Demenz: Wie bedeutsam sind die Unterschiede für die Logopädie?. Stimme-Sprache-Gehör. 38, 86-91.
- Büttner, J. (2016).Kognitive Kommunikationsstörung. Forum Logopädie Heft 6. (30), 6-15.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Deuschl G, Maier W et al. (2016). S3-Leitlinie Demenzen. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 29.11.2016)
- Förstl H.(Hrsg.) (2009). Demenzen in Theorie und Praxis. Heidelberg: Springer Verlag.
- Geißler M., Winkler S, (2010). Dysphagie. Das Gesundheitsforum. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Heidler, M.-D. (2006). Kognitive Dysphasien. Differenzialdiagnostik aphasischer und nichtaphasischer zentraler Sprachstörungen sowie therapeutische Konsequenzen. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Hütz D., Costa A., Willmes K., Abel S. (2012).Störungsspezifische Sprachtherapie bei Alzheimer-Demenz. NeuroGeriatrie 9. (3), 112 – 118.
- Jahn T., Werheid K. (2014).Demenz – eine Übersicht. neuroreha Nr. 6, 155 – 164.
- Langosch, N. (2014): Die vergessene Demenz. Spektrum Wissenschaft Gehirn und Geist 3 , 78-84.
- Rittig T., Jäger M., Füsgen I. (2009).Prävalenz und Bedeutung von Schluckstörungen bei Patienten in geriatrischen Einrichtungen – eine biometrische Multicenter-Erhebung Teil 1. Euro Journal Geriatrie 2 (11), 69-78
- Schuster P. (2018). Ernährungsauffälligkeiten und Dysphagie bei Demenz. In: Knels C. (Hrsg.). Sprache und Ernährung bei Demenz. (142-173) Stuttgart: Thieme
- Steiner J (2010).Sprachtherapie bei Demenz – Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis. Praxis der Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik. Band 5. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Werheid K. (Hrsg) (2018): Kognitive Stimulationstherapie. Ein evidenzbasiertes Gruppenprogramm für Menschen mit Demenz. Dortmund. Verlag modernes lernen.
- Wilmskötter J., Stanschus S. (2012). Presbyphagie – im Alter wird alles schlechter? Sprachheilarbeit 1, 2-11.

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit!

Saskia Sickert
Logopädin (B.Sc.)

sa_sickert@freenet.de
0152-24884968
035955-52961
Mitglied im Deutschen Bundesverband für Logopädie

Denken & Sprache

Therapieprojekte
Fort- & Weiterbildung

Aphasie-Sprechapraxie-Dysarthrie-Dysphagie-Demenz