

ZERCUR GERIATRIE® - BASISLEHRGANG, MODUL 4

Demenz und Delir: Nichtmedikamentöse Behandlungsstrategien

DIPL.-PSYCH. GUIDO LIEBE
NEUROPSYCHOLOGIE
05.03.2026

 **EGZB**
Johannesstift Diakonie

INHALTE MODUL 4

- **Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen**
- **Interdisziplinäre Behandlungsansätze bei Demenz**

STADIEN DER DEMENZ

- **Frühes/leichtes Stadium:** Verlust der Berufsfähigkeit, Schwierigkeiten bei komplexen Alltagsaktivitäten, in den ADL noch selbstständig.
- **Mittleres Stadium:** Nur noch bedingt selbstständige Lebensführung möglich, zunehmend Hilfebedarf in den ADL.
- **Spätes/schweres Stadium:** In allen ADL maximale Hilfe notwendig; zuletzt Inkontinenz, Immobilität, Mutismus, Dysphagie.

URSACHEN FORTSCHREITENDER ALTERSDEMENZEN

- Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT): 50 - 60%
- Mischformen (DAT plus Lewy-Körperchen-Demenz, DAT plus VD)
- Parkinson- und Lewy-Körperchen-Demenz
- Vaskuläre Demenz (VD)
- Frontotemporale Demenz (selten, da vorwiegend präseniler Demenztyp)

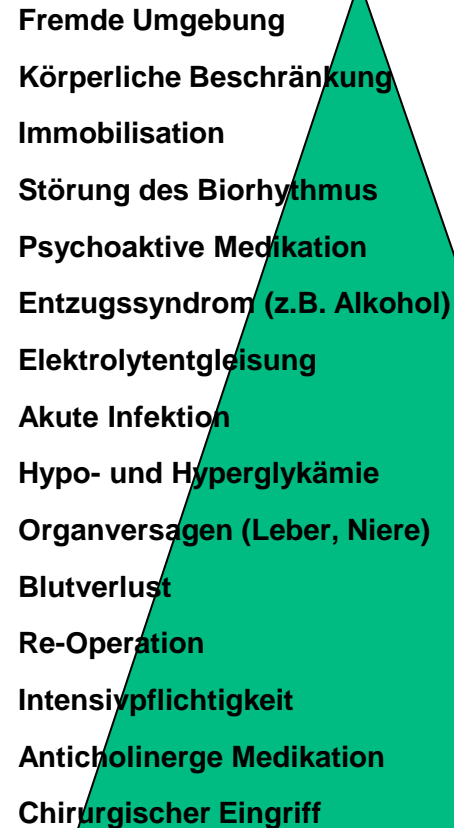
DAS MULTIFAKTORIELLE MODELL DER DELIRENTSTEHUNG

Vorbestehende Risikofaktoren



- Hohes Lebensalter
- Demenz
- Multimorbidität
- Schwere Grunderkrankung
- Polypharmazie
- Hör- oder Sehbehinderung
- Dehydratation
- Anämie
- Mangelernährung
- Alkoholismus
- Depression
- Benzodiazepingebrauch
- Schmerz
- Einsamkeit
- Niedrige Intelligenz

Äußere Belastungen



- Fremde Umgebung
- Körperliche Beschränkung
- Immobilisation
- Störung des Biorhythmus
- Psychoaktive Medikation
- Entzugssyndrom (z.B. Alkohol)
- Elektrolytentgleisung
- Akute Infektion
- Hypo- und Hyperglykämie
- Organversagen (Leber, Niere)
- Blutverlust
- Re-Operation
- Intensivpflichtigkeit
- Anticholinerge Medikation
- Chirurgischer Eingriff

BEHANDLUNG DES DELIRS

- **Allgemeine Maßnahmen:** Behandlung der Grunderkrankung, Optimierung der Medikation
- **Nichtmedikamentöse Therapie:** Orientierungshilfen, Reizabschirmung, Kompensation sensorischer Defizite (Brille, Hörgerät), adäquate Beleuchtung, vertraute Bezugspersonen, einfühlsamer und geduldiger Umgang, Vermeidung delirfördernder (Dehydration, Hunger, Frieren, Schmerzen, Überforderung, Stress, etc.)
- **Symptomatische medikamentöse Therapie:** In schwereren Fällen mit starker Erregung und psychotischer Symptomatik, vorrangig einzusetzen sind Neuroleptika mit geringer anticholinergem Wirkung

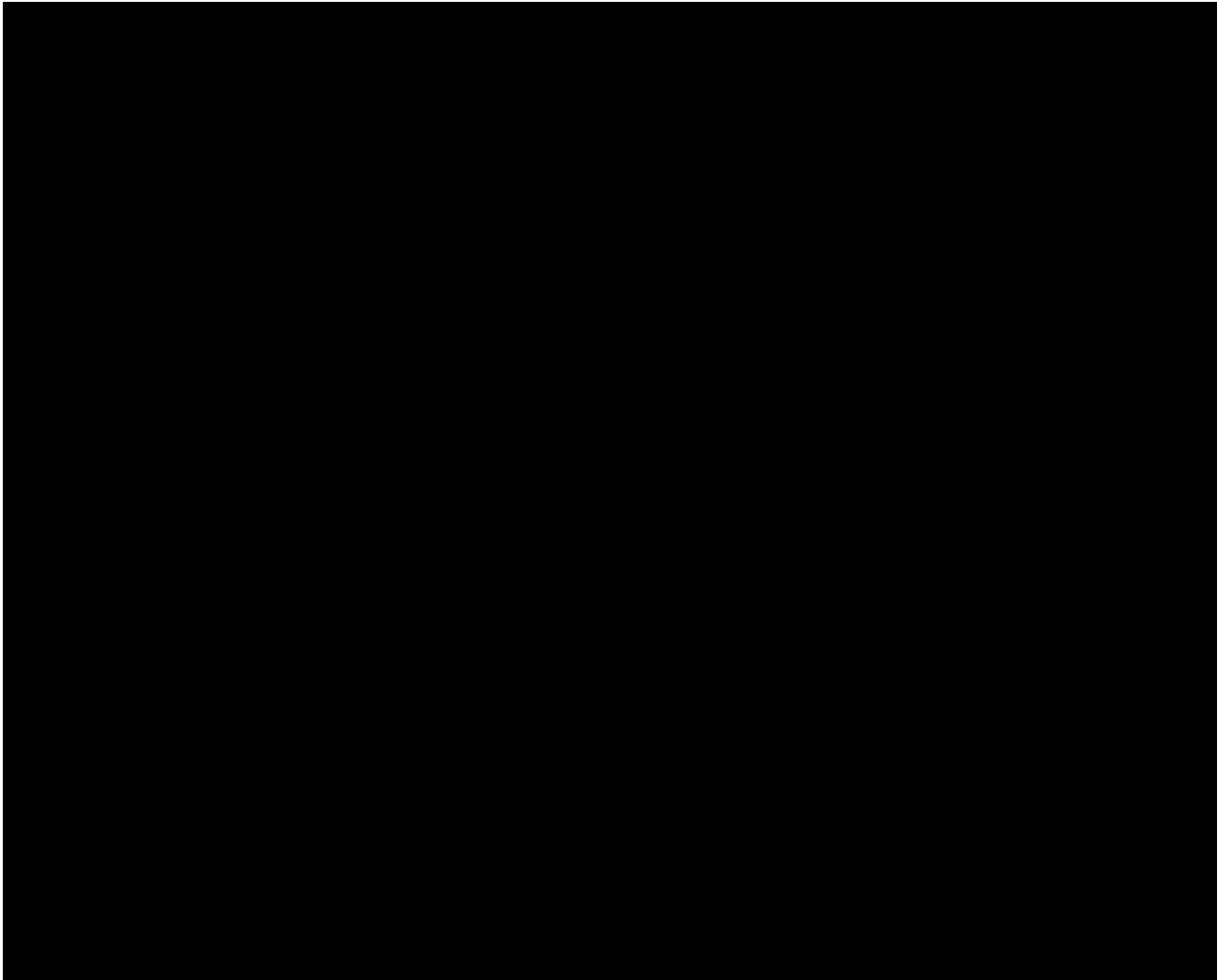
UMGANG MIT MENSCHEN MIT DEMENZ

- **Grundregeln für eine gute Kommunikation**
- **Die „Doppelstrategie“**
- **Strategien für schwierige Situationen**

DEMENZ ALS REISE IN EIN „ANDERLAND“

- Menschen mit Demenz entwickeln sich weg von der üblichen Dominanz der Kognition hin zur Dominanz von Gefühl und Sinnlichkeit. Sie können sich mit fortschreitender Demenz nicht mehr „verstellen“. E. Schützendorf verwendet dafür den Begriff des „Anderlands“.
- Wenn wir im Bewusstsein, auch vom Menschen im „Anderland“ etwas lernen zu können, neugierig sind, wird „echte“ Begegnung auf Augenhöhe möglich.
- Dabei ist die Sprache längst nicht das wichtigste Medium für die Kommunikation: Wichtiger sind Mimik, Gestik, Klang der Stimme, Berührung...

EXKURS DVD „ANDERLAND“



FÖRDERN SIE DIE AUFMERKSAMKEIT IHRES GEGENÜBERS!

- Sprechen Sie den Patienten möglichst von vorne an
- Suchen Sie Blickkontakt
- Begeben Sie sich auf die gleiche Höhe
- Halten Sie eine angenehme Distanz ein
- Sprechen Sie den Patienten mehrfach mit seinem Namen an
- Stellen Sie sich selbst regelmäßig erneut vor
- Bedienen Sie sich nach Möglichkeit des Dialekts bzw. der Milieusprache des Patienten
- Flüstern kann die Aufmerksamkeit erstaunlich verbessern!

FORMULIEREN SIE GUT VERSTÄNDLICH!

- Sprechen Sie langsam und deutlich
- Verwenden Sie kurze Sätze mit eindeutiger Aussage
- Unterstreichen Sie ihre Äußerungen durch Mimik und Gestik
- Wenn der Inhalt nicht verstanden wird: Formulieren Sie die Botschaft anders, werden Sie nicht lauter
- Vermeiden Sie Situationen, in denen sich beim Menschen mit Demenz ein Gefühl des Versagens einstellen könnte („Was haben Sie denn heute Mittag gegessen?“ „Möchten Sie lieber Kaffee, Tee, Milch oder Selters? Ach ja, Apfelsaft hätte ich auch noch.“)
- Lassen Sie den Patienten ggfs. in seinen Worten ihre Anweisungen formulieren

HÖREN SIE AUFMERKSAM ZU!

- Lassen Sie Ihrem Gegenüber Zeit
- Unterbrechen und korrigieren Sie nicht
- Bieten Sie aber einen Formulierungsvorschlag an, falls Ihr Gegenüber bei der Suche nach einem Wort unter Druck gerät
- Zeigen Sie Verständnis und Wärme
- Wiederholen Sie die Äußerung des Patienten und signalisieren Sie damit, dass Sie ihn verstehen und ernst nehmen
- Achten Sie sorgfältig auf Körpersignale

WICHTIG IM UMGANG - 1 -

- **Nicht bloßstellen, nicht direkt korrigieren, bspw. bei eindeutig unzutreffenden Äußerungen („gestern war meine Mutti da“)**
- **Lieber indifferent reagieren („Ach so, hm“) und auf ein anderes Thema überleiten**
- **Orientierungsinformationen wiederholt beiläufig einfließen lassen, insb. zu Ort, Zeit und Situation, aber niemals abfragen**
- **„Negative“ Gefühle wie Wut, Trauer, Angst – bei beginnender Demenz oft die Angst, „verrückt zu werden“ – nicht ausreden, sondern ernst nehmen**
- **„Notlügen“ – nur, wenn andere Strategien scheitern und die Notlüge die Person beruhigt**

WICHTIG IM UMGANG - 2 -







- **Wiederholende Fragen akzeptieren – Wiederholungen schaffen Sicherheit. Falls wir das nicht mehr aushalten können, zeitweise die Situation verlassen. Nicht: „Das haben Sie mich jetzt schon zehnmal gefragt!“**
- **Nicht in „Wir-Form“ sprechen, wenn nur der Mensch mit Demenz etwas machen soll**
- **Nicht ermahnen, bestrafen, „erziehen“**
- **Aggressives Verhalten nicht persönlich nehmen, nicht diskutieren! Aggressivität entsteht oft, wenn sich Menschen mit Demenz überfordert fühlen. Wir dürfen in solchen Situationen selbst ärgerlich werden, aber nicht vor dem Patienten.**

□ „Mit Fremden zu reden, macht glücklich...“ (Tagesspiegel 11.11.2022)

RESEARCH ARTICLE | SOCIAL SCIENCES | 3



Relational diversity in social portfolios predicts well-being

Hanne K. Collins , , Serena F. Hagerty , Jordi Quoidbach , , and Alison Wood Brooks  [Authors Info & Affiliations](#)

Edited by Jonathan Gershuny, University College London, London, United Kingdom; received November 12, 2021; accepted September 6, 2022; by Editorial Board Member Mark Granovetter

October 17, 2022 | 119 (43) e2120668119 | <https://doi.org/10.1073/pnas.2120668119>

 22,491



Significance

The link between social connection and well-being is well-documented: Happier people tend to spend more time with others, and people experience greater happiness while socially engaged. But, over and above people's total amount of social interaction, which set of interactions—with which types of relationship partners (e.g., family members, close friends, acquaintances, strangers), and how many interactions with each type—is most predictive of well-being? Building on research showing the benefits of variety—in activities, experiences, and emotions—for well-being, we document a link between the relational diversity of people's social portfolios and well-being. Assessing the social

DIE DOPPELSTRATEGIE



- Mit fortschreitender Erkrankung weicht das **Selbstbild** eines Menschen mit Demenz immer stärker von seinem realen Leistungsvermögen ab. Der Umgang mit dem Patienten erfordert dann eine **Doppelstrategie**:
- Einerseits müssen wir **Selbstbild und Identität des Patienten** achten und stärken (Leitsatz: „Der Patient hat immer Recht!“)
- Andererseits müssen wir dem Patienten die nötige **Hilfestellung** bei Alltagshandlungen zukommen lassen

STRATEGIEN FÜR SCHWIERIGE SITUATIONEN

- Pause einlegen - beruhigen lassen
- Ablenken (z.B. durch Aktivierung biografischen Geschehens, „Erklärungen“, Wechsel in andere Räumlichkeiten oder Aktivitäten)
- U.U. „Mitspielen“ bei Wahn oder Halluzinationen
- Perspektiven geben
- Komplimente machen
- Bestärken und bestätigen

ZIELE IN DER VERSORGUNG DEMENZKRANKER

Patient

- Verzögerung des kognitiven Abbaus/ Verlangsamung der Symptomprogression
- Verbesserung bzw. Erhalt der Alltagskompetenz
- Pflegeerleichterung
- Linderung des psychisches Leidens (Ängste, Depressionen)
- Verhaltensstörungen entgegenwirken
- Lebensplanung, z.B. Vorsorge, Wohnsituation, Testament

Angehörige

- Unterstützung und Entlastung in ihrer schwierigen Situation

INTERDISZIPLINÄRE BEHANDLUNGSANSÄTZE BEI DEMENZ – OHNE PHARMAKOTHERAPIE

- **Gedächtnistraining**
- **Psychotherapie (Verhaltenstherapie)**
- **Stationäre Rehabilitation, optimal: Demenzstation**
- **Ergotherapie**
- **Physiotherapie**
- **Logopädie**
- **Tagespflege**
- **Spezielle Therapieansätze:**
 - Realitäts-Orientierungs-Training
 - Validation
 - Erinnerungspflege

GEDÄCHTNISTRAINING BEI DEMENZ

- Keine oder nur minimale Trainingseffekte – die Gedächtnisleistung verbessert sich nicht alltagsrelevant.
- Mechanistisches Üben kontraindiziert - Gefahr der Frustration bei Patienten und Angehörigen! Kreuzworträtsel und Sudoku haben keinen Transfer auf Neugedächtnisleistung
- Sinnvoll ist bei leichter Demenz aber immer das Einüben von Kompensationsstrategien, im fortgeschrittenen Stadium die gezielte Beschäftigung mit noch erhaltenen Erinnerungen (d.h. Abruf/Erinnern von Bekanntem, nicht Neuem).



VERHALTENSTHERAPIE (VT)

- **Psychotherapeutisches Verfahren für Menschen mit beginnender Demenz, vorrangig bei Depression, Angst und Antriebsstörungen**
- **Vorteil ist das strukturierte, alltagsorientierte Vorgehen**
- **Zeigt Effekte bereits nach relativ kurzer Zeit**
- **Problem: Wenige Psychotherapeuten haben Interesse an einer Arbeit mit dieser Klientel**

STATIONÄRE REHABILITATION FÜR PATIENTEN/ ANGEHÖRIGE

Das Alzheimer Therapiezentrum der Neurologischen Klinik Bad Aibling (www.schoen-kliniken.de) bietet eine stationäre und teilstationäre Rehabilitation für Demenzbetroffene und Angehörige.

Schwerpunkte:

- Förderung verbliebener Kompetenzen
- Suche nach geeigneten Alltagsbeschäftigungen
- Angehörigengruppen
- Psychologische Beratung der Bezugsperson
- Information über Entlastungsangebote am Wohnort



ANFORDERUNGEN AN DEMENZGERECHTE STATIONÄRE VERSORGUNG

Positionspapier der DGG 2013

7 Mindestanforderungen (obligat)

- ideal: 8 – 12, maximal 20 Betten (Obergrenze)
- räumliche Trennung, eigener Aufenthalts- und eigener Therapieraum, geschützt, nicht geschlossen
- etablierte Tagesstruktur der Patienten
- Freiwilligkeit & Schulung
- fest zugeordnetes Personal
- Assessment: u.a. Schmerz, Sturz, Ernährung
- Angehörigenarbeit

Fakultativ

- Erweiterte Schulungs- und Supervisionskonzepte
- Zusätzliche therapeutische Angebote (Musiktherapie, tiergestützte Therapie)
- Architektonische Anpassung, wohnliche Atmosphäre



ERGOTHERAPIE

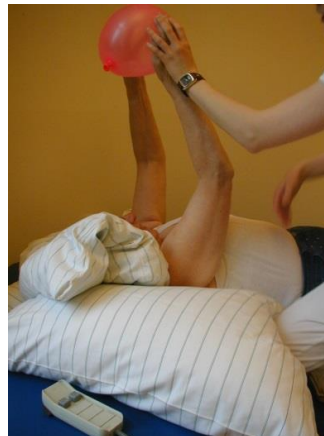
□ **Ergotherapie ist in allen Stadien der Erkrankung sinnvoll. Die Therapie muss kompetenzorientiert ein ausreichendes Maß Freude bereitender Tätigkeiten beinhalten!**

- Leichtes Stadium: Spielerisches Hirnleistungstraining, Biografie- und Erinnerungsarbeit, Training von Alltagsfertigkeiten
- Fortgeschrittene Demenz: Förderung noch erhaltener Altgedächtnis- und Sprachfähigkeiten, Förderung der Körperwahrnehmung



PHYSIOTHERAPIE UND LOGOPÄDIE

- **Physiotherapie** (Bewegungstherapie plus Maßnahmen der physikalischen Therapie) wird bei Gangunsicherheit und Immobilität erforderlich, bei Bettlägerigkeit zur Kontrakturprophylaxe.
- **Eine logopädische Behandlung** der sprachlichen Defizite ist bei den meisten Demenzformen, insbesondere der DAT, wenig erfolgversprechend. Bei V.a. eine Dysphagie ist jedoch eine Untersuchung des Schluckakts und eine Beratung der Angehörigen hinsichtlich der Ernährung sinnvoll.



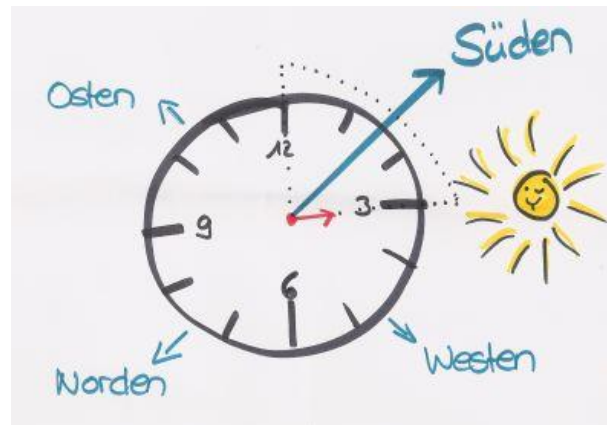
TAGESPFLEGE

- Prinzipiell in allen Krankheitsstadien sinnvoll, vor allem jedoch im mittleren
- Förderung von Hirnleistung, Alltagsfähigkeiten und psychosozialer Kompetenz (Gedächtnisspiele, Singen, Sitztanz, Vorbereiten von Mahlzeiten, Toilettentraining); gleichzeitig Entlastung der Angehörigen
- Zur besseren Eingewöhnung sind mindestens zwei Besuche pro Woche zu empfehlen
- Niederschwelligere Alternative: Betreuungsgruppen



REALITÄTS-ORIENTIERUNGS-TRAINING (ROT)

- Defizitorientierter Ansatz
- Classroom-ROT: In täglichen Gruppensitzungen werden basale Orientierungsinformationen immer wieder geübt
- 24-Stunden-ROT (selten): Realitätsinformationen erfolgen permanent, sowohl durch das gesamte Team als auch durch akustische oder visuelle Orientierungshilfen



BEWERTUNG VON ROT

- Pat. können zwar Orientierungsfragen besser beantworten, ihre Alltagskompetenz verbessert sich dadurch aber nicht.
- Die geringen positiven Effekte rechtfertigen das Risiko negativer Effekte wie Frustration oder Depression nicht.
- Realitätsinformationen i.S. unaufdringlicher Gedächtnisprothesen sind jedoch sehr sinnvoll.



VALIDATION

- Von Naomi Feil für Menschen mit Demenz jenseits des 80. Lebensjahres entwickelt
- Therapeutisch entscheidend ist das „Validieren“ von Äußerungen Demenzkranker, d.h. das Akzeptieren ihrer subjektiven Realität
- Verhaltensauffälligkeiten lassen sich verstehen und reduzieren durch Wissen über die Biografie



VALIDATION IST...

- **Eine hilfreiche Kommunikationstechnik, um Menschen mit Demenz Selbstwertgefühl und Würde zurückzugeben**
- **Eine diagnostische Methode, bspw. zur Einschätzung des Krankheitsstadiums**
- **Eine pseudowissenschaftliche Theorie mit unhaltbaren Annahmen**

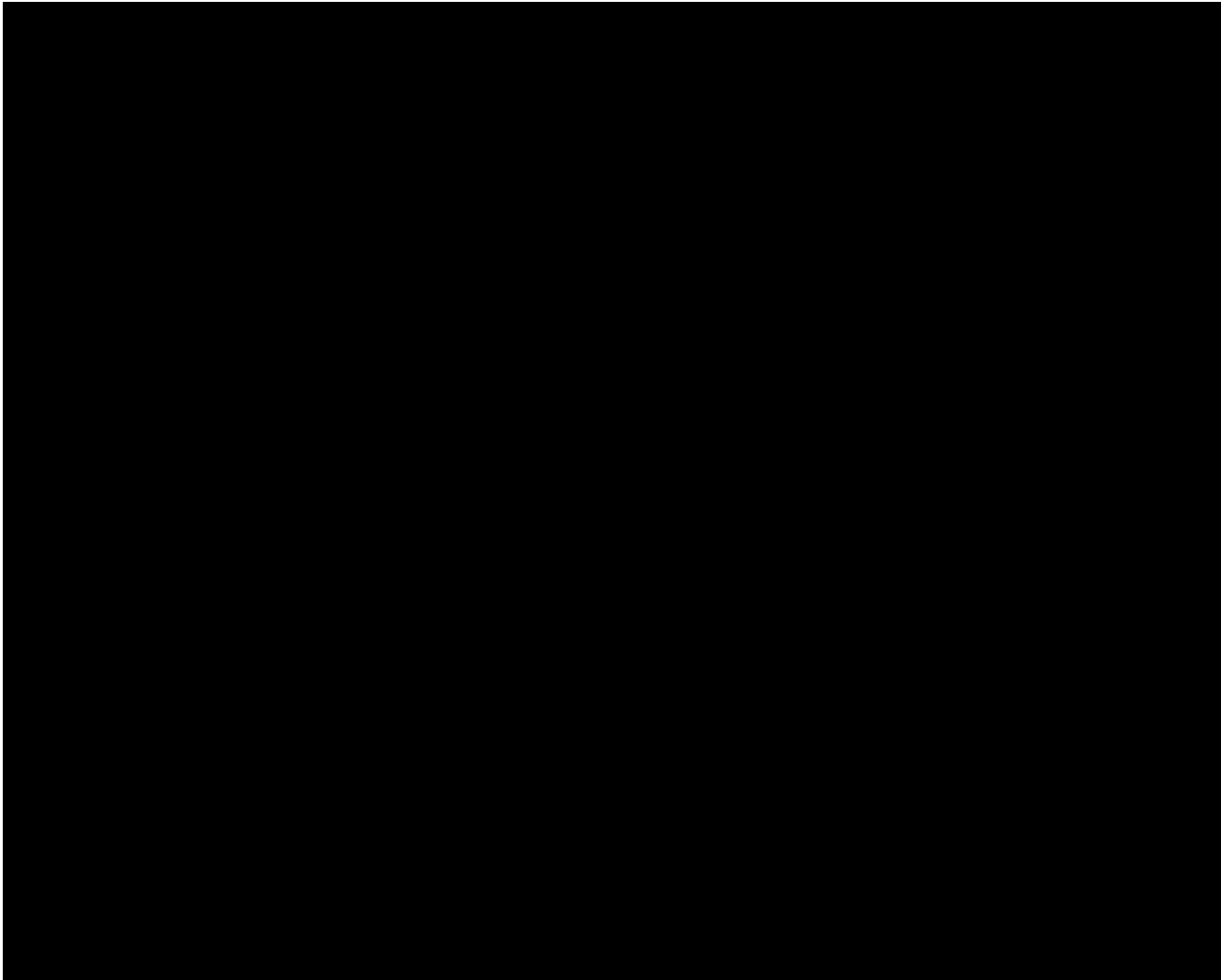
URSACHEN DER SENILEN DEMENZ NACH NAOMI FEIL

- **Aufbauend auf den Entwicklungsstadien des Psychoanalytikers Erik H. Erikson behauptet Feil für das hohe Alter die Aufgabe „Aufarbeiten oder Vegetieren“.**
- **Wer frühere Konflikte aufgearbeitet hat, wird im Alter nicht dement – Desorientiertheit ist die Folge des Leugnens körperlicher und sozialer Verluste.**
- **Validation verhindert dann zumindest das Fortschreiten der Desorientiertheit. Konflikte werden gelöst, die Kontaktfähigkeit bessert sich, störendes Verhalten nimmt ab.**

INTEGRATIVE VALIDATION (IVA)

- Die Psychogerontologin Nicole Richard hat das Konzept zur „Integrativen Validation“ weiterentwickelt und sich von problematischen Annahmen distanziert
- „Validieren“ heißt, eine Äußerung oder Handlung ernst nehmen, so unsinnig sie uns auch erscheinen mag - wir begeben uns auf die Ebene des Menschen mit Demenz und schaffen so Vertrauen
- Kennzeichnend für die IVA sind eine akzeptierende Grundhaltung und eine auf Menschen mit Demenz abgestimmte Gesprächstechnik

Exkurs DVD Integrative Validation (IVA)



DIE „LOGIK“ DER AFFEKTE

- **Wenn wir belastende Gefühle unseres Gegenübers bestreiten, löst dies Abwehr und Rechtfertigungen aus – das Gefühl verstärkt sich**
- **Wenn wir belastende Gefühle dagegen benennen und akzeptieren, verlieren diese an Schwere und können „auslaufen“ – ein wesentliches Ziel der IVA!**
- **Zentrale Bedeutung hat dabei das „Spiegeln“, ein Angleichen an den anderen in Worten, Tonfall, Mimik und Gestik**

METHODISCHES VORGEHEN DER IVA

- **Gefühle und Antriebe (überdauernde Wertvorstellungen, Lebensthemen) erkennen**
- **Diese zunächst individuell bestätigen („Sie wollen genau wissen, was vor sich geht!“)**
- **Mit einer allgemeinen Bestätigung, z.B. einer Redewendung oder einem Sprichwort, abschließen („Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser!“)**
- **Was recht simpel wirkt, bedarf des Trainings und der ständigen Reflexion, um sensibel zu werden bzw. zu bleiben und Betroffene nicht mit Floskeln abzuspeisen**

ERINNERUNGSPFLEGE



- An Fähigkeiten und Ressourcen der Kranken anknüpfen**
- Identität stärken**
- Gefühl vermitteln: „Du gehörst dazu!“**
- Lebensfreude!**
- Psychische Begleitsymptome lindern**
- Sekundär: Alltagskompetenz und Kontaktfähigkeit fördern**

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE FÜR ANGEHÖRIGE

- Kursus „Hilfe beim Helfen“ (kostenlos angeboten von allen regionalen Alzheimer-Gesellschaften)**
- Gesprächsgruppen, z.T. mit paralleler Krankenbetreuung**
- Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes**
- Tagespflege, Betreuungsgruppe**
- Betreute Urlaube**
- Kurzzeitpflege**
- Stationäre psychosomatische Rehabilitation**

STATIONÄRE PSYCHOSOMATISCHE REHABILITATION FÜR ANGEHÖRIGE



- Die AMEOS Gruppe (www.ameos.eu) betreibt am Standort Ratzeburg eine „Rehabilitationsklinik für pflegende Angehörige“ von Menschen mit Demenz.
- Voraussetzung ist eine Diagnose wie Depression, Angststörung, andere psychosomatische Erkrankungen wie Schlafstörung usw.
- Der Therapieplan umfasst Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Entspannungstherapie, Kunst- und Musiktherapie, Schulung und Sozialberatung.
- Der Demenzbetroffene kann, muss aber nicht mitgebracht werden. Im leichten Stadium wird er zusammen mit dem Angehörigen untergebracht, bei fortgeschrittener Erkrankung im benachbarten Pflegebereich. Er wird dort aktivierend gepflegt und sinnvoll beschäftigt.

LITERATUR DEMENZ / DELIR

- Bopp-Kistler, I. (Hrsg.) (2016). *Demenz. Fakten, Geschichten, Perspektiven*. Zürich: rüffer & rub.
- Camp, C. J. (2015). *Tatort Demenz – Menschen mit Demenz verstehen. Praxishandbuch für Demenz-Detektive*. Bern: Hogrefe.
- Hewer, W., Thomas, C. & Drach, L.M. (2016). *Delir beim alten Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mägerl, A., Lämmler, G. & Steinhagen-Thiessen, E. (2010). *Menschen mit Demenz nach Hüftfraktur mobilisieren*. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Schützendorf, E. & Datum, J. (2019). *Anderland entdecken, erleben, begreifen: Ein Reiseführer in die Welt von Menschen mit Demenz*. München: Reinhardt.
- Wallesch, C.-W. & Förstl, H. (Hrsg.) (2017). *Demenzen*. 3., unveränderte Auflage. Stuttgart: Thieme.
- *S3-Leitlinie“Demenzen“ Langversion (2023)*. <https://dgn.org/leitlinie/demenzen>

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt: guido.liebe@jsd.de