



© Seniorenpflegeheim St. Bithildis, Mainz



In Zusammenarbeit
mit der Bayerischen
Landesärztekammer

Die psychischen Anpassungsmechanismen unterstützen Selbsterhaltungstherapie für Menschen mit Demenz

Barbara Romero – Berlin; Katharina Geschke – Mainz

Die Selbsterhaltungstherapie (SET) ist ein (neuro)psychologisch fundiertes Konzept zur Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz. Sie wurde von Barbara Romero an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München vor zirka 30 Jahren entwickelt. Für das Konzept liegen sowohl empirische Hinweise für eine gute Effektivität bezüglich der Symptomreduktion und Verbesserung der Alltagsfunktionen bei Demenzpatienten als auch bezüglich der Verringerung von Depressivität und Belastung bei Angehörigen vor – bei gleichzeitiger Steigerung der Inanspruchnahme niederschwelliger ambulanter Hilfeleistungen. Seit etwa 20 Jahren ist die SET Teil der Behandlungsprogramme in immer zahlreicheren Krankenhäusern und wird durch die Krankenkassen finanziert: dies zeigt die Verstärkung dieses Ansatzes.

Die SET stellt die Anpassung an die krankheitsbedingten Veränderungen in das Zentrum therapeutischer Interventionen. Gerade im Hinblick auf die Planung von psychosozialen Interventionen ist es wichtig, nicht allein die einzelnen Funktionsstörungen, sondern das gesamte Selbst-System, welches das Wissen und Erleben einer Person organisiert, die Anpassungsstrategien reguliert und subjektiv als „Ich“ wahrgenommen wird, im Blick zu haben.

Von vielen psychologischen Konzepten des Selbst wurde für die Ziele der SET vor allem das Konzept von Greenwald und Pratkanis [1] miteinbezogen. Das Selbst wird als ein dynamisches System verstanden, welches sich durch neue bedeutende Erfahrungen verändert und die Anpassung an die Veränderungen steuert.

Menschen mit Demenz machen besonders viele Erfahrungen, die mit ihren Erwartungen und Gewohnheiten nicht übereinstimmen, kognitiv schwer

verständlich sind und ihren Selbstwert verletzen. Im Rahmen der SET werden Techniken eingesetzt, die die Integrations- und Adaptationsfähigkeit des Selbst-Systems vor einer Überforderung – soweit wie möglich – schützen. Damit werden das Bewahren der Zuversicht, des Selbstwertgefühls, des Wohlbefindens und der Lebensqualität unterstützt und Voraussetzungen für die bestmögliche Teilhabe am Leben geschaffen.

Techniken der Adaptationsförderung

Zu den Techniken, die die Adaptationsfähigkeit des Selbst-Systems unterstützen und im Rahmen der SET angewandt werden, gehören vor allem:

- ▶ die Anpassung der Umgangs- und Kommunikationsformen an die individuellen Bedürfnisse
- ▶ der Aufbau von individuell geeigneten Aktivitäten wie auch Erlebnis- und Teilhabemöglichkeiten, die den Betroffenen weder unter- noch überfordern und auch nicht befremden

Anpassung der Kommunikation und der Umgangsformen

Zu den zentralen Empfehlungen im Umgang mit Menschen mit Demenz gehört, sie respektvoll zu behandeln und nicht durch Kritik oder Konfrontation mit ihren Missgeschicken zu verunsichern und zu belasten. Obwohl die SET diese Grundempfehlung mit anderen etablierten Konzepten, wie vor allem der Validation [2] und Integrativen Validation [3] teilt, unterscheidet sie sich gleichzeitig von diesen Ansätzen.

Auch im Rahmen der SET wurden Fragen der Echtheit und Wahrhaftigkeit in der Kommunikation diskutiert. Ist es vertretbar, falsche Überzeugungen des Kranken zu bestätigen, selbst Unwahres (aber Tröstendes) zu sagen, Situationen für den Erkrankten zu inszenieren, die der Realität nicht entsprechen? Ist es z. B. gut, das Auto so zu manipulieren, dass der nicht einsichtige Kranke es nicht starten kann, mit der Heimbewohnerin unter dem Bett nach dem Gewalttäter zu suchen oder ihre Puppe als ihr Kind anzusprechen?

Die SET lässt nicht nur zu, sondern empfiehlt in bestimmten Situationen, falsche Angaben zu bestätigen oder selbst zu machen. Dabei soll das Ziel verfolgt werden, dem Kranken Erfahrungen zu vermitteln, die möglichst verständlich, vertraut und stabilisierend sind. Eine Kranke, die sich im Spiegel nicht wiedererkennt, kann auf die korrekte Angabe („das sind Sie, Frau Maier“) mit Verunsicherung oder Angst und Aggression reagieren. Ein Ehemann, der die Schuld für ein Missgeschick der demenzkranken Ehefrau auf sich genommen hat („ich habe die Kaffeemaschine falsch bedient“) konnte sie vor ihrer Verzweiflung, alles falsch zu machen, bewahren. Die respektvolle Grundhaltung zeigt sich in der Bereitschaft, eigene Umgangs- und Kommunikationsformen auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz anzupassen [4, 5].

Anpassung alltäglicher Aktivitäten und Formen gesellschaftlicher Teilhabe

Die kontinuierliche Anpassung der Tagesgestaltung an die veränderten Möglichkeiten der Kranken stellt eine Voraussetzung für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben dar und trägt zur Optimierung der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität bei [6, 7]. Eine dauerhafte Unter- oder Überforderung wirkt dagegen als chronischer Stressfaktor und begünstigt die Entwicklung von Auffälligkeiten, wie Depression oder Angst und Unruhe.

Mit der alltäglichen Einbindung von Menschen mit Demenz in möglichst subjektiv sinnvolle Beschäftigungen, Erlebnisse und soziale Interaktionen werden im Rahmen der SET die folgenden Ziele verfolgt:

1. Erhalten der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens
2. Erhalten der Leistungsfähigkeit wie auch sozialen und emotionalen Kompetenzen – so lang und so gut wie möglich. Kontinuierliches Nutzen von jeweils (noch) erhaltenen kognitiven, alltagspraktischen und motorischen Fähigkeiten, wie auch psychosozialen Kompetenzen, kann vorzeitige Verluste verhindern.

Der Aufbau von individuell geeigneten Aktivitäten und Erlebnismöglichkeiten gehört im Rahmen der SET zu den zentral wichtigen Elementen der therapeutischen Interventionen. Individuelle Beschäftigungsprogramme können, entsprechend den Möglichkeiten und Interessen der Betroffenen, komplex sein (z. B. im Chor singen, Schach spielen) oder auf vorwiegend passive Erlebnisse reduziert werden (z. B. ein Kuscheltier umarmen, Musik hören, einer Gruppe passiv beiwohnen). Neben alltagspraktischen Tätigkeiten spielen kreative Aktivitäten, angeleitet im Rahmen einer Kunst- oder Musiktherapie, eine zunehmend größere Rolle in der Zeitgestaltung bei De-

Die respektvolle Grundhaltung zeigt sich in der Bereitschaft, auch realitätsfremde Sichtweisen von Menschen mit Demenz zu bestätigen.

Der Aufbau von individuell geeigneten Aktivitäten und Erlebnismöglichkeiten gehört im Rahmen der SET zu den wichtigsten Elementen der therapeutischen Interventionen.



© Seniorenpflegeheim St. Bihildis, Mainz

1 *Geteilte Freude ist doppelte Freude: Aktivitäten im Seniorenpflegeheim St. Bihildis in Mainz*

kasuistik

SET auf einer gerontopsychiatrischen Akutstation

Die 88-jährige Frau D. wurde nach einem Sturz zu Hause (mit Schädel- und Hüftprellung) auf die gerontopsychiatrische Station aufgenommen. Sie war von Nachbarn in ihrer Wohnung, wo sie alleine lebte, hilflos am Boden liegend aufgefunden worden. Im Rahmen des mittelschweren demenziellen Syndroms gemischter Genese (F00.2*, G30.8+) zeigte Frau D. eine wahnhaft und depressive Symptomatik. Im Kontakt schwankte sie zwischen freundlicher Zuwendung und aggressiver Ablehnung. Während der sechswöchigen Behandlung nahm Frau D. an tagesstrukturierenden Aktivitäten im Rahmen einer multiprofessionellen Behandlung (Ergotherapie, Musiktherapie, Gartentherapie und weitere) teil. Kombiniert mit einer Psychopharmakotherapie und begleitet von stützenden Umgangsformen führte dies zur Reduktion der wahnhaften und depressiven Symptomatik. Auch die nach dem Sturz eingeschränkte Mobilität konnte durch Physiotherapie und andere im Alltag mobilisierende Maßnahmen verbessert werden. Entsprechend dem SET-Konzept wurden neben diesen unmittelbaren, auf die akuten Symptome ausgerichteten Zielen, auch und gerade nachhaltige, ressourcenorientierte Behandlungsziele verfolgt. Hierbei ging es um die Anpassung der Lebenssituation an die Bedürfnisse der Patientin nach der Entlassung.

Die bisherige Unterstützung durch Bekannte, einen ambulanten Pflegedienst und eine gesetzliche Berufsbetreuerin war nicht mehr ausreichend. Alleine zu Hause entwickelte Frau D. Erregungszustände, wahnhaft Ängste und fühlte sich bedroht. Sie stürzte auch mehrmals und musste deswegen wiederholt stationär behandelt werden. Die Patientin war krankheitsbedingt nicht in der Lage, die Vor- und Nachteile des privaten Wohnens beziehungsweise des Wohnens in einer Einrichtung schlüssig abzuwägen. Deshalb wurde sie trotz ihres Wunsches »nach Hause zu gehen« in eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz entlassen. Durch angepasste Kommunikationsformen war es gelungen, den Wohnungswechsel relativ konfliktfrei vorzunehmen.

Für die neuen Bezugspersonen aus dieser WG hat das behandelnde Team der Klinik Therapeutische Empfehlungen zu individuell geeigneten Kommunikationsformen, Alltagsaktivitäten und Hilfsmaßnahmen vorbereitet und diese in persönlichen Kontakten und auch schriftlich (siehe unten) überlassen. Hierfür haben die Therapeuten, zusätzlich zur Reduktion der akuten Symptomatik, auch das Ziel verfolgt, Erkenntnisse zu Ressourcen, Interessen, Bedürfnissen und Kompetenzgrenzen der Kranken zu gewinnen. Eine Ausrichtung der Behandlung auf systematische Gewinnung und Transfer in den Alltag solcher Erfahrungen gehört zu den zentralen Merkmalen der SET-basierten Behandlung. Ein Kontakt 14 Wochen nach der Entlassung zeigte, dass die zuvor von Angst und Misstrauen geprägte Stimmung der Kranken sich stabil verbessert hat. Die Betreuer haben im Umgang mit Frau D. und bei der Gestaltung der sozialen Teilhabe von den Therapeutischen Empfehlungen profitiert.

Therapeutische Empfehlungen für Frau D. (Auszüge)

„**Sprachliche Kommunikation:** Frau D. war gut zugänglich für ruhige, ernsthafte Gespräche (...). Sie sprach biografisch verankerte Themen an, die sie zum Teil fehlerhaft erinnerte oder zeitlich falsch platzierte. In Gesprächen sind auch durch die Demenz bedingte Sprachfehler und Wortfindungsstörungen erkennbar. Biografisch verankerte Gespräche, ohne Versuche, die Fehler dabei zu korrigieren, sind sehr zu empfehlen“.

„**Bewegung und Sturzgefahr:** Im Krankenhaus nahm Frau D. an der Tanztherapie und der Physiotherapie teil. (...) Bewegung mit Musik machte ihr Freude, sie war aber schnell überfordert. Spazierengehen in Begleitung bietet Frau D. zusätzlich zur Bewegung auch eine Gelegenheit, sich mitzuteilen. Frau D. ist in den letzten Jahren mehrfach gestürzt. Um die Sturzgefahr zu reduzieren und die Mobilität von Frau D. zu erhalten, ist dafür zu sorgen, dass sie sich täglich ausreichend bewegt“.

menz [8, 9, 10]. In Hinblick auf die mehrfach belegte positive Wirkung ist Bewegung als ein Bestandteil der Aktivitäten grundsätzlich zu empfehlen [11].

Ressourcenorientierter Ansatz

Bei fokalen, nicht fortschreitenden Gehirnschädigungen macht es durchaus Sinn, bestehende neurologische und neuropsychologische Defizite in den Fokus der Behandlung zu stellen: in vielen Bereichen lassen sich die gestörten Funktionen nachweislich durch ein Training und in gezielten Übungsprogrammen nachhaltig verbessern. Bei fortschreitenden, multiplen Störungen, die im Rahmen von demenziellen Erkrankungen entstehen, ist dies grundsätzlich anders. Das Trainieren von Gedächtnis, Orientierung oder anderen gestörten Funktionen

verspricht keinen für die Person relevanten Erfolg und kann vielmehr zu depressiven Reaktionen führen. Zielführender ist dagegen, die noch erhaltenen Fähigkeiten zu fördern, die bestehenden Ressourcen in den Fokus zu rücken und so eine Hilfe zur Adaptation an die veränderten Lebensbedingungen zu bieten. Die S3-Leitlinie Demenzen [12] schließt aus der heterogenen Studienlage zur Wirkung von speziellen kognitiven Übungsprogrammen auf kognitive Defizite bei Demenz, dass eine positive Wirkung der kognitiven, zum Teil computerunterstützten, Trainingsprogramme nicht bewiesen ist. Dagegen empfiehlt die S3-Leitlinie, in Abgrenzung zum kognitiven Training, sogenannte kognitiv stimulierende Programme, die aus anregenden, kognitiv engagierenden Tätigkeiten bestehen (z. B. Gespräche führen,

Als ein ressourcenorientierter Ansatz zielt die SET auf die Förderung der erhaltenen Fähigkeiten durch deren kontinuierliche Nutzung im Alltag.

kochen, musizieren). Diese Empfehlung basiert auf Studienergebnissen, die die positive Wirkung solcher Verfahren auf die kognitive Leistungsfähigkeit bei Menschen mit leicht und mittelgradig ausgeprägter Demenz gezeigt haben. Im Einklang mit den Empfehlungen der S3-Leitlinie fand ein aktueller systematischer Literaturüberblick konsistente Hinweise auf positive Effekte psychosozialer Aktivierung allein oder gemeinsam mit einer kognitiven beziehungsweise körperlichen Aktivierung [13]. Aus der sehr beschränkten Wirkungsdauer nach Beendigung der Therapien leiten die Autoren der S3-Leitlinie indirekt die Schlussfolgerung ab, dass kognitiv aktivierende Programme dauerhaft angewendet werden sollten.

Die speziellen aktivierenden Programme beziehungsweise Alltagsentwürfe, die im Rahmen der SET erstellt werden, basieren auf individuellen Ressourcen und Bedürfnissen der Betroffenen und sollen im alltäglichen Leben dauerhaft umgesetzt werden.

Trainierende Ansätze haben dann bei Menschen mit Demenz ihre Berechtigung, wenn sie auf Folgen eines akuten Ereignisses ausgerichtet sind. Gangübungen nach einer Hüftfraktur können beispielsweise zur Erhaltung der Mobilität beitragen. Ähnlich kann mit gezielten logopädischen Übungen eine spontane Besserung aphasischer Störungen nach einem Schlaganfall auch bei Demenzkranken erfolgreich unterstützt werden. Gerade in den geriatrischen und anderen somatischen Krankenhausstationen ist es wichtig, die Ursachen der vorliegenden Beschwerden zu kennen und bei der Therapieplanung zu berücksichtigen [14].

Integrativer Ansatz der SET: Einbeziehung der Bezugspersonen in die Therapie

In Hinblick auf die zunehmend eingeschränkte Selbstständigkeit der Menschen mit Demenz ist aus Sicht der SET die Integration der Bezugspersonen in die Behandlung unverzichtbar. Dies gilt auch und gerade für stationäre Krankenhausbehandlungen. Die Einbeziehung der Angehörigen, Heimmitarbeiter oder anderer Kümmerer, die Menschen mit Demenz im Alltag begleiten, stellt eine Voraussetzung für die Nachhaltigkeit der Behandlung dar, kann eine Hilfe für die Betreuenden bedeuten und zur Vermeidung von Wiederaufnahmen beitragen [15]. Obwohl die S3-Leitlinie Demenzen [12] die Integration der Angehörigen in die Behandlung der Demenzkranken explizit empfiehlt, werden sie viel zu selten systematisch eingebunden, befragt, beraten und angeleitet. Eine aktuelle repräsentative Studie zeigte, dass in den deutschen Akutkrankenhäusern Beratung für pflegende Angehörige der Demenzkranken nur von knappen 30 % der untersuchten somatischen Stationen angeboten wurde [16].

Im Rahmen der SET werden die folgenden Ziele in der Angehörigenarbeit verfolgt:

- Erhöhung der Kompetenz, die erkrankte Person so zu begleiten, dass Konflikte reduziert und die



© Michael Hagedorn

1 *Wichtige Erfahrung: sich selbst als eine gestaltende, kreative Person zu erleben*

Selbstsicherheit der erkrankten Person stabilisiert werden (dazu gehört eine individuelle Anpassung der Tagesgestaltung und der Umgangsformen)

- Erhöhung der Kompetenz, für regelmäßige eigene Entlastung zu sorgen

SET – die Vorgehensweise

Die SET-basierten und zeitlich limitierten therapeutischen Interventionen sind in drei Schritten umzusetzen.

1. Im ersten Schritt ist festzustellen, über welche Ressourcen der Kranke verfügt und welche Kompetenzen er verloren hat. Hierfür eignen sich psychometrische Verfahren (kognitive Tests und Beurteilungsskalen), Fremdanamnese, Verhaltensbeobachtung und, wenn möglich, Anamnese. Selbstverständlich sind auch Ergebnisse der relevanten ärztlichen und therapeutischen Untersuchungen zu berücksichtigen.
2. Die so gewonnenen Erkenntnisse werden im zweiten Schritt einer individuell angepassten Planung der Versorgung im Alltag zugrunde gelegt. Hierzu gehören Empfehlungen zur Anpassung der Wohnsituation und Vermittlung von geeigneten externen Hilfen (z. B. einer Beratungsstelle). Darüber hinaus werden individuelle Empfehlungen zur Anpassung der Umgangsformen und der Tagesgestaltung formuliert. In diesen „Alltagsentwürfen“ soll dafür Sorge getragen werden, dass die Person mit Demenz Gelegenheiten bekommt, im

Die Einbeziehung der Angehörigen, Heimmitarbeiter oder anderer Kümmerer stellt eine Voraussetzung für die Nachhaltigkeit der Behandlung dar.

Die SET-basierte Behandlung besteht aus drei Schritten: (1) Erkennen von Ressourcen und Bedürfnissen eines Demenzkranken, (2) Planung der Versorgung im häuslichen Umfeld und (3) Beratung und Anleitung der Bezugspersonen

Mit schriftlichen Therapeutischen Empfehlungen wird der Transfer professioneller Erfahrungen der Therapeuten in den Alltag der Kranken unterstützt.

Das SET-Konzept wurde in psychiatrischen, geriatrischen und neurologischen Krankenhausstationen und im stationären Wohnbereich implementiert.

Alltag tätig zu sein, Erlebnisse zu haben und am Leben teilzunehmen – entsprechend den eigenen Grenzen, Möglichkeiten, Interessen und Bedürfnissen. Der organisatorische Rahmen für die Aktivitäten und Erlebnisse soll dabei mitgeplant werden (z. B. Teilnahme an einer ambulanten Kunsttherapie oder Besuch einer Tagestätte).

3. Im letzten Schritt ist sicherzustellen, dass die Erkrankten die individuell notwendige Unterstützung bei der Umsetzung der Empfehlungen bekommen. Das bedeutet, dass Angehörige beziehungsweise andere Bezugspersonen, die Menschen mit Demenz im Alltag begleiten, mit den professionell vorbereiteten Empfehlungen nicht nur vertraut werden, sondern auch im Rahmen beratender und anleitender Gespräche befähigt werden, sie umzusetzen. In den beratenden Gesprächen mit den Bezugspersonen, vor allen mit den Angehörigen, sind auch deren Belastungen durch die Betreuung zu berücksichtigen.

Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung wird die SET von einem multidisziplinären Team umgesetzt. Vertreter aller Berufsgruppen können zum Erkennen von Ressourcen und Bedürfnissen eines Demenzkranken, zur Planung der Versorgung im häuslichen Umfeld und zur Angehörigenberatung beitragen.

Schriftliche Therapeutische Empfehlungen um die Nachhaltigkeit zu unterstützen

Um den Transfer von professionellen Erfahrungen des behandelten Teams in den Alltag der Kranken zu unterstützen, wurde im Rahmen der SET-basierten Behandlungsprogramme persönliche Beratung um schriftliche Empfehlungen, sogenannte Therapeutische Empfehlungen, ergänzt. Therapeuten fassen dabei die wichtigsten alltagsrelevanten Empfehlungen, die sich aus ihren Erfahrungen mit dem Kranken ergeben, zusammen. Die während der Behandlung erarbeiteten individuellen Entwürfe sollen nach der Behandlung helfen, Ressourcen der Erkrankten und der Familien zu erhalten und vermeidbare Komplikationen im Krankheitsverlauf zu verhindern. Die angesprochenen, individuell angepassten Themenbereiche können beispielsweise den Umgang mit Missgeschicken und Realitätsverkennungen oder geeignete beziehungsweise nicht geeignete Beschäftigungen betreffen. Im Fokus der Empfehlungen stehen die Betroffenen, jedoch werden auch die Bedürfnisse von Angehörigen berücksichtigt. Die aktuelle Buchpublikation [5] beschreibt praxisnah, wie die Therapeutischen Empfehlungen vorbereitet werden können (inklusive vieler Beispiele und Textbausteine zum Herunterladen aus dem Internet).

SET in der Praxis: die Anwendungsbereiche

Die SET wurde in klinischen Settings und im stationären Wohnbereich implementiert. Im klinischen Bereich liegen die meisten Erfahrungen für das Alzheimer-Therapiezentrum (ATZ) der Schön Klinik

Bad Aibling vor. An dem integrativen ATZ-Behandlungsprogramm nehmen seit 1999 Kranke mit Demenz, immer in Begleitung von betreuenden Angehörigen, teil. In den Jahren 2014 bis 2017 konnte das SET-Konzept auch in Akutkrankenhäusern, in psychiatrischen, geriatrischen und neurologischen Stationen implementiert werden. Auch die erste Tagesklinik in Deutschland mit dem Schwerpunkt „demenzielle Erkrankungen“ (GPS Tagesklinik II in Mainz) legte die SET dem Behandlungskonzept zugrunde. Die Umsetzung des Konzeptes in diesen klinischen Einrichtungen wurde im aktuell publizierten Buch praxisnah dargestellt [5]. Ein von dem interdisziplinären Team verfasster Angehörigen-Ratgeber gibt darüber hinaus detailliert die Therapieinhalte des ATZ Bad Aibling wieder [4].

Die Umsetzung des SET-Konzeptes unterscheidet sich im Umfang und in Schwerpunkten in Abhängigkeit von der Art der Einrichtung. Während spezielle Einrichtungen, wie das ATZ Bad Aibling oder die Tagesklinik in Mainz, die SET-basierte Vorgehensweise ins Zentrum des Behandlungsprogramms stellen können, erlauben Rahmenbedingungen der akuten Krankenhausstationen eine therapeutische Auseinandersetzung mit der vorliegenden demenziellen Erkrankung in einem viel kleineren Umfang. Wichtig erscheint, dass in allen Behandlungssituationen, auch in den akuten somatischen Krankenhausesstationen, das Vorliegen einer Demenz erkannt beziehungsweise in Betracht gezogen wird und dass die Schritte zur Anpassung der Versorgung im Alltag unternommen werden, die im jeweiligen Setting möglich sind. Im stationären Wohnbereich liegen die meisten Erfahrungen aus dem Seniorenpflegeheim St. Bilhildis in Mainz vor, wo die SET seit 2006 die konzeptionelle Grundlage für die Begleitung von Menschen mit Demenz darstellt [17].

Empirische Evaluation

Das SET-Konzept integriert Techniken und Methoden, für die eine empirische Evidenz von der S3-Leitlinie Demenzen [12] bereits anerkannt ist [18]. Dazu gehören vor allem: Angehörigenarbeit, kognitiv stimulierende Ansätze, Reminiszenzverfahren, ergotherapeutische Maßnahmen, körperliche Aktivierung und Musiktherapie. Für diese Techniken und Methoden werden Ziele und Vorgehensweise definiert, welche mit dem Konzept der SET im Einklang bleiben. Vor allem wird Wert darauf gelegt, dass die Ziele ressourcen- und nicht defizitorientiert ausgerichtet werden und individuelle Maßnahmen (z. B. Aufbau geeigneter Aktivitäten) dauerhaft in den Alltag implementiert werden. Bezugspersonen sollten konsequent stetig, und nicht nur fakultativ, in die Interventionsprogramme miteinbezogen werden.

Die unmittelbare Wirkung des SET-basierten Behandlungsprogramms im ATZ Bad Aibling wurde in mehreren Evaluationsstudien überprüft. Die ersten Ergebnisse zeigten unter anderem eine Reduktion der neuropsychiatrischen Symptome und eine

Verbesserung der Alltagsfunktionen bei den Betroffenen, wie auch eine Abnahme der Depressivität bei den Angehörigen (für eine Zusammenfassung dieser Studienergebnisse siehe [19]). In zwei weiteren kontrollierten Verlaufsstudien konnten erste Belege für die angestrebte nachhaltige Wirkung der ATZ-Behandlung nachgewiesen werden [20, 21]. Die Untersuchung von Schiffczyk und Mitautoren [21] zeigte drei Monate nach dem Behandlungsende allerdings nur in der Gruppe von männlichen Demenzpatienten einen positiven Effekt im kognitiven Bereich. Bei weiblichen Patienten wurde eine Reduktion der Depressivität festgestellt. In den beiden Untersuchungen konnte eine nachhaltige Reduktion des Belastungsgefühls bei betreuenden Angehörigen gezeigt werden. Die Familien, die am Behandlungsprogramm teilgenommen haben, konnten zur Erweiterung der Inanspruchnahme von bestimmten sozialen Unterstützungsformen (unter anderem Tagesstätten, Angehörigengruppen) motiviert werden [20]. Bei einer Umsetzung des Konzeptes in einer gerontopsychiatrischen Ambulanz deuteten Ergebnisse einer begleitenden Studie auf gute Praktikabilität und hohe Akzeptanz hin, sowohl bei Patienten als auch bei Angehörigen [22]. Weitere Untersuchungen, die die spezifischen Interventionsziele methodisch besser adressieren, sind notwendig, um die nachhaltige Wirkung der SET genauer zu evaluieren.

Fazit für die Praxis

- ▶ Die SET ist ressourcenorientiert: Das Konzept fördert die optimale Nutzung der erhaltenen Fähigkeiten im Alltag, entsprechend den individuellen Bedürfnissen; bei demenzassoziierten Defiziten wird auf übende Verfahren zur Steigerung defizitärer Leistungen in der Regel verzichtet.
- ▶ Die SET ist integrativ: Die Einbeziehung der Angehörigen, Heimmitarbeiter oder anderer Bezugspersonen in die Behandlung ist immer zu fordern.
- ▶ Die SET verfolgt nachhaltige Ziele: Im Rahmen zeitlich limitierter Interventionen wird die Planung des Alltags im häuslichen Umfeld (unter anderem Kommunikationsformen und soziale Teilhabe) vorbereitet und den Bezugspersonen vermittelt.
- ▶ Außer bei zeitlich limitierten Behandlungsansätzen (ambulant und voll- oder halbstationär) kann das Konzept der Begleitung und Betreuung von Menschen mit Demenz auch im häuslichen Umfeld (und in der Langzeitpflege) zugrunde gelegt werden.

Für die SET liegen empirische Hinweise vor für eine Reduktion neuro-psychiatrischer Symptome vor, sowie für eine Verbesserung der Alltagsfunktionen und Kognition, eine Abnahme der Depressivität bei Angehörigen und Patienten, eine nachhaltige Reduktion des Belastungsgefühls bei den betreuenden Angehörigen und eine erhöhte Bereitschaft zur Inanspruchnahme von sozialen Unterstützungsformen.

Literatur
www.springermedizin.de/info-np

Interessenkonflikt

Die Autorinnen erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrags von keinen wirtschaftlichen Interessen haben leiten lassen und im Zusammenhang mit diesem Beitrag keine Interessenkonflikte bestehen.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung.

Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

Dr. phil. Barbara Romero



Klinische Neuropsychologin (GNP), Freiberufliche Diplompsychologin in Berlin mit dem Arbeitsschwerpunkt: Entwicklung und Implementierung von Konzepten für psychosoziale Interventionen bei Demenz
www.set-institut.de
 E-Mail: romero@t-online.de

Dr. med. Katharina Geschke



Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Funktionsoberärztin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz
 Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz
 E-Mail: katharina.geschke@unimedizin-mainz.de

CME-Fragebogen

Selbsterhaltungstherapie für Menschen mit Demenz

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent von SpringerMedizin.de
- als registrierter Abonnent dieser Fachzeitschrift
- als Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN

FIN gültig bis 10.04.2019:

IN1903jE

Dieser CME-Kurs ist zwölf Monate auf SpringerMedizin.de/CME verfügbar. Sie finden ihn am schnellsten, wenn Sie die FIN oder den Titel des Beitrags in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren.

https://doi.org/10.1007/s15005-019-0028-z

? Ist nach dem SET-Konzept das regelmäßige Lösen von Kreuzwörtseln zu empfehlen?

- Ja, immer bei leichter Demenz, um kognitive Leistungsfähigkeit möglichst lange zu erhalten.
- Ja, immer wenn eine Bezugsperson den Demenzkranken dabei unterstützen kann.
- Ja, aber nur wenn die demenzkranke Person wenige Fehler dabei macht.
- Ja, aber nur wenn die demenzkranke Person es gerne macht.
- Nein, das Lösen von Kreuzwörtseln überfordert grundsätzlich Menschen mit Demenz.

? Was empfiehlt die SET bei falschen Aussagen der Menschen mit Demenz?

- Falsche Aussagen sollen grundsätzlich richtig gestellt werden.
- Falsche Aussagen sollen eher korrigiert werden, aber nur mit richtigen Argumenten.
- Falsche Aussagen sollen eher korrigiert werden, aber nur freundlich und nicht verletzend.
- Falsche Aussagen sollen nie korrigiert und immer bestätigt werden.
- Falsche Aussagen können manchmal korrigiert, sollten aber eher bestätigt oder ignoriert werden.

? Warum sollen aus Sicht der SET Physiotherapeuten möglichst bei allen Patienten wissen, ob eine Demenz vorliegt?

- Es ist wichtig, weil bei Demenz keine erfolgreiche physiotherapeutische Behandlung möglich ist.
- Es ist wichtig, weil man bei Demenz mit Übungen die Mobilität nicht verbessern kann.
- Gerade bei fortgeschrittener Demenz muss man während der Therapiesitzung die Empfehlungen für den Alltag häufig wiederholen (z. B. „Vergessen Sie nicht, Ihre Sandalen immer zu binden“), damit die Empfehlungen erinnert werden.
- Es ist wichtig, um gegebenenfalls das veränderte Verhalten zu verstehen und den Bezugspersonen Empfehlungen für den Alltag zu vermitteln.
- Physiotherapeuten können Patienten genauso gut behandeln, wenn sie nicht wissen, ob eine Demenz vorliegt.

? Welches Hauptziel und welche Vorgehensweise einer Sprachtherapie bleibt am ehesten im Einklang mit der SET?

- Einsatz von Benennübungen, um den Wortfindungsstörungen entgegenzuwirken.
- Das wichtigste Ziel ist es, dass der Kranke sich während der Therapiesitzung wohl fühlt.
- Sprachtherapie ist grundsätzlich für Menschen mit Demenz nicht geeignet.

- Ausbau von nicht verbalen Kommunikationsformen, um Sprachprobleme während der Therapiesitzungen zu kompensieren
- Während der Therapiesitzungen erkennen, über welche sprachliche Ressourcen der Kranke verfügt, und die Bezugsperson zu geeigneten Kommunikationsformen im Alltag beraten

? Herr N. hat bei leichter Demenz deutliche Störungen der Zeitorientierung und kann auch seine analoge Armbanduhr nicht mehr lesen. Welche Empfehlung für seine Ehefrau ist am ehesten im Sinne der SET?

- Frau N. soll täglich mit ihrem Ehemann das Uhrenlesen üben.
- Frau N. soll ihrem Mann regelmäßig nicht nur Fragen nach der Uhrzeit, sondern auch nach zeitlicher Ordnung (was war vorher, wie lange dauert etwas und Ähnliches) stellen.
- Frau N. soll eine große Wanduhr im Wohnzimmer anbringen.
- Frau N. soll ihrem Mann eine digitale Armbanduhr kaufen und weiter die zeitliche Orientierung mit ihm trainieren.
- Frau N. soll ihrem Mann eine digitale Armbanduhr kaufen und sein subjektives Gefühl, wieder die Uhr lesen zu können, nicht in Frage stellen.



Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkanntsfähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf CME.SpringerMedizin.de tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780-777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

? Wie sollen aus Sicht der SET Kontakte zu Bezugspersonen von stationär behandelten Patienten mit Demenz gestaltet werden? Welche Aussage trifft zu?

- Bezugspersonen von Menschen mit Demenz sollen in der Regel (soweit möglich) in die Behandlung einbezogen werden.
- Die Initiative, Kontakt mit einem oder mehreren Therapeuten aufzunehmen, soll in der Regel den Bezugspersonen überlassen werden.
- Kontakte zu Bezugspersonen sollen zu den Aufgaben von Ärzten und dem Sozialdienst, aber nicht von Ergo-, Physio- oder Sprachtherapeuten gehören.
- Schriftliche Hinweise zur Weiterbehandlung können eine persönliche Beratung gut ersetzen.
- Angehörige sollen in die Krankenhausbehandlung von Menschen mit Demenz möglichst nicht einbezogen werden, damit sie sich in der Zeit erholen können.

? Welche Aussage zur SET trifft nicht zu?

- Die SET kann unabhängig von dem Schweregrad der Demenz angewandt werden.
- Die SET kann sowohl im Rahmen einer Rehabilitation als auch auf Stationen von Akutkrankenhäusern angewandt werden.
- Die SET kann nur angewandt werden, wenn ein betreuender Angehöriger einbezogen werden kann.
- Die SET kann sowohl in multidisziplinären Teams als auch von Einzeltherapeuten, z. B. in ambulanten Praxen, angewandt werden.
- Die SET kann mit Psychopharmakotherapie kombiniert werden.

? Welche Aussage zur SET ist falsch?

- Die SET stellt die Anpassung an die krankheitsbedingten Veränderungen ins Zentrum therapeutischer Interventionen.
- Die Wirkung der SET-basierten Behandlungsprogramme wurde in mehreren Evaluationsstudien überprüft.
- „Selbsterhaltung“ (im Sinne der SET) bedeutet eine möglichst lange Erhaltung der prämorbidem Persönlichkeit des Kranken.
- Im Rahmen der SET werden individuelle Teilhabekonzepte für den Alltag entworfen.
- Im Rahmen der SET werden Bezugspersonen zu individuell geeigneten Kommunikationsformen beraten.

? Welche Aussage entspricht nicht dem SET-Konzept?

- Im Alltag ist eine dauerhafte Unter- und Überforderung von Menschen mit Demenz zu vermeiden.
- Bestätigung von falschen Aussagen von Menschen mit Demenz ist mit respektvoller Haltung zu vereinbaren.
- Zu den Zielen der SET gehört das Bewahren der Leistungsfähigkeit, der Zuversicht, des Selbstwertgefühls und des Wohlbefindens der Kranken.
- Erhaltung der Leistungsfähigkeit gehört nicht zu den Zielen der SET.
- Zu den Zielen der Angehörigenarbeit gehören eine Verbesserung der Kompetenz, die erkrankte Person zu begleiten, wie auch eine Verbesserung der Kompetenz, für eigene Entlastung zu sorgen.

? Was trifft hinsichtlich der leitliniengerechten Demenztherapie nicht zu?

- Eine Anregung kognitiver Tätigkeit, z. B. die Einbindung in Konversationen, zeigt positive Effekte und sollte empfohlen werden.
- Die von der S3-Leitlinie empfohlenen ergotherapeutischen Maßnahmen sollten individuell angepasst und unter Einbeziehung der Bezugspersonen angeboten werden.

- Es gibt keine Evidenz für eine positive Wirkung von körperlicher Aktivität bei Demenz.
- Angehörigentraining zum Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz soll angeboten werden.
- Spezifische Rehabilitations- und Übungsprogramme, die zum Behandlungsstandard bei somatischen Erkrankungen gehören, bewirken bei leicht- bis mittelgradig betroffenen Menschen mit Demenz ähnliche, bis nur mäßig geringfügigere, Therapieerfolge hinsichtlich der Mobilität und der Selbstversorgungsfähigkeit wie bei kognitiv Gesunden.

Literatur

1. Greenwald AG, Pratkanis AR. The Self. In: Wyer RS, Srull TK (Hrsg.) *Handbook of Social Cognition*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. 1984; 129–78
2. Feil N. *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. 9. Auflage. München: Reinhardt 2010
3. Richard N. *Die Integrative Validation nach Richard®. Wertschätzender Umgang mit demenzkranken Menschen*. Bollendorf: Eigenverlag Carlo Richard 2014
4. Müller F, Romero B, Wenz M. *Alzheimer und andere Demenzformen. Ratgeber für Angehörige*, Heel Verlag 2010
5. Romero B, Wenz M. *Therapeutische Empfehlungen für Menschen mit Demenz. Selbsterhaltungstherapie im Krankenhaus*. Kohlhammer Verlag 2018
6. Volicer L, Simard J, Heartquist J, Medrek R, Riordan ME. Effects of continuous activity programming on behavioral symptoms of dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2006; 7, 426–31
7. Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art. No.: CD005562
8. Brixel M. Musiktherapie für Menschen mit Demenz. In: *Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.), Aktiv für Demenzkranke*. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2008; 405–10
9. Ganß M. Wirkung von Kunsttherapie auf Menschen mit Demenz. In: *Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.), Aktiv für Demenzkranke*. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2008; 393–8
10. Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumi SI. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2013; 628–41
11. Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, Foster JK, van Bockxmeer FM, Xiao J et al. Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA* 2008; 300, 1027–37
12. Deuschl G, Maier W. S3-Leitlinie Demenzen. In: *Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie* 2016; online: www.dgn.org/leitlinien, Zugriff am 22.01.2019
13. Göhner A, Hüll M, Voigt-Radloff S. Nichtmedikamentöse Behandlung von Demenz in gerontopsychiatrischen Einrichtungen. Systematischer Überblick. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2018; 51, 169–83
14. Romero B, Greyer S, Kessler J. Selbsterhaltungstherapie und ergo-therapeutische Behandlung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. *praxis ergotherapie*, 2018, 5, 335–41
15. Shankar KN, Hirschman KB, Hanlon AL, Naylor MD. Burden among caregivers of elders who were cognitively impaired at the time of hospitalization: A cross-sectional analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014; 62, 276–84
16. Hendlmeier I, Bickel H, Heßler JB, Weber J, Junge MN, Leonhardt S, Schäuferle M. Demenzsensible Versorgungsangebote im Allgemeinkrankenhaus. Repräsentative Ergebnisse aus der General Hospital Study (GHoSt). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2018; 51, 509–16.
17. Robl G, Romero B. Das Selbst erhalten. *Die Schwester Der Pfleger*. 2013; 2, 154–6
18. Romero B, Zerfaß R. Demenzielle Erkrankungen. In: *Herpertz SC, Schnell K, Fallkei P (Hrsg.) Psychotherapie in der Psychiatrie. Störungsorientiertes Basiswissen für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer 2013. 322–55
19. Romero B. Selbsterhaltungstherapie: Konzept, klinische Praxis und bisherige Ergebnisse. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 2004; 17, 119–34
20. Romero B, Seeher K, Wenz M, Berner A. Erweiterung der Inanspruchnahme ambulanter und sozialer Hilfen als Wirkung eines stationären multimodalen Behandlungsprogrammes für Demenzkranke und deren betreuende Angehörige. *NeuroGeriatric* 2007; 4, 170–6
21. Schiffczyk C, Romero B, Jonas C, Lahmeyer C, Müller F, Riepe MW. Efficacy of short-term inpatient rehabilitation für dementia patients and caregivers: prospective cohort study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2013; 35, 300–12
22. Jost E, Voigt-Radloff S, Hüll M, Dykierk P, Schmidtke K. Fördergruppe für Demenzpatienten und Beratungsgruppe für Angehörige. Praktikabilität, Akzeptanz und Nutzen eines kombinierten Behandlungsprogrammes. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 2006; 19, 139–50