
Rehabilitation von dementiell-erkrankten Menschen

Aspekte zur medizinischen Rehabilitation und Selbsterhaltungstherapie

Martin Warnach



Ausgangssituation

- Die folgenden Überlegungen basieren auf Erfahrungen der **Einheit Kognitive Geriatrie – „Lichthof“ - im Wichernkrankenhaus Berlin**. Das Konzept wurde 2015/16 entwickelt und etabliert. Es handelt sich um eine separierte Einheit mit acht Betten und eigenem Team **im Rahmen der akutgeriatrisch-frührehabilitativen Krankenhausbehandlung**.
- Das Ziel des Konzepts ist ein **teilhabe-orientiertes rehabilitatives Angebot** für dementiell erkrankte Patienten mit Verhaltensstörungen, herausforderndem Verhalten, akuter Verwirrtheit/Delir; dazu gehören auch Patienten mit Störungen des Tag-Nachtrhythmus.
- Das Konzept entstand auf der Basis einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Konzept der **„Selbsterhaltungstherapie - SET“ für Menschen mit Demenz (MmD)**, entwickelt von B. Romero, das im Alzheimer-Therapiezentrum Bad Aibling etabliert wurde – für die Zielgruppe von MmD und ihren Angehörigen im Rahmen eines gemeinsamen Reha-Settings.

Einheit für kognitive Geriatrie

Wichernkrankenhaus Berlin: Akutgeriatrie mit 96 Betten - darin separiert:

Einheit für kognitive Geriatrie (Lichthof) mit 8 Betten mit einem größeren Gemeinschaftsraum

In der Regel erhielten die Patienten eine „**Frührehabilitative, geriatrische Komplexbehandlung**“ mit 20 - 30 Therapieeinheiten (Physio, Ergo, Logo, physikal. Th., Psychologie, Ernährungsberatung) - multiprofessionell-interdisziplinärer Reha-Prozess.

- **Geriatrische Patienten mit einer akuten Erkrankung** (innere, neurologisch, unfallchirurgisch u.a.)
- zusätzlich: > (anhaltender) Desorientiertheit, Unruhe und/oder Bewegungsdrang
> mit „herausforderndem“ / belastendem Verhalten
> mit einem Delir - hyperaktiv oder hypoaktiv
- (Soweit möglich) Fest zugeordnete TherapeutInnen – alle Professionen des geriatrischen Teams, zusätzlich Betreuungskräfte
- **Separate wöchentliche Besprechung des Teams der Einheit**
- Wöchentlich konsiliarische Visite der ganzen Einheit durch Gerontopsychiaterin

Einheit für kognitive Geriatrie

Wesentliche Elemente:

1. Angepasste Betreuung während des stationären Aufenthalts vor allem durch feste Tagesstruktur von 8.00 bis ca. 18.30 h, angepasste Kommunikation u.a.
2. **Akutmedizinische und rehabilitative Behandlung** - zugeschnitten auf die Bedürfnisse des Patienten mit Demenz - Worum geht es bei der Rehabilitation – welche Prioritäten ? Mobilität ? Alltagskompetenz > ADL-Training ? Inkontinenzmanagement ? Ernährung/Nahrungsaufnahme ? u.a.
3. Erarbeitung von **Zielsetzungen**, die für den Patienten und seine Bezugspersonen **über den Krankenhausaufenthalt hinaus alltagsrelevant** sind -
4. **Grundlage sind Patientenbeobachtung, Erfahrungen sammeln und Reflexion durch das ganze therapeutische Team.**
5. **Darauf aufbauend Formulierung „Therapeutische Empfehlungen“** für die Versorgung und Lebensgestaltung für die Zeit nach dem Krankenhaus (Privat oder Heim) in Anlehnung an das Konzept der **Selbsterhaltungstherapie** (SET).
6. **Entlastung der anderen geriatrischen Stationen** (kein „Weglaufen“, keine Unruhe, keine Unterversorgung – was sehr gut gelingt!)

Nachhaltigkeit der Behandlungsziele

- **Planung/Anpassung der poststationären Versorgung** an das Krankheits- und Störungsbild und die soziale Situation des Patienten auf der Grundlage der Erfahrungen des Teams (Aufgabe von Team + „Entlassungskordinatorin“/Überleitungspflege).
- **Einbeziehen der Angehörigen bzw. Kümmerer** - Beratung und Anleitung während des Aufenthaltes, einschließlich Beratung bezüglich Tagesstruktur und Kommunikation.
- **Schriftliche therapeutische Empfehlungen** (unabhängig von und zusätzlich zum Arztbrief) für alle weiterversorgenden Personen und Dienste.
- **Evaluation der Behandlung im „Lichthof“** durch telefonische Nachfrage bei jedem Patienten innerhalb einer Woche nach Entlassung: was hat geklappt, was nicht? - welche Probleme und welche Mängel in der Nachsorge?- „Nachhaltigkeit lernen“.

Rehabilitation bei Demenz – Ausgangslage

- Die „Selbsterhaltungstherapie“ nach B. Romero stellt eine wichtige Bereicherung der Versorgung von Menschen mit Demenz dar. Die Konzeption gewährleistet eine interdisziplinäre Erfassung der vielschichtigen Problematik der Betroffenen und deren Angehörigen und Bezugspersonen („Kümmerer“), erlaubt den Teams die Erarbeitung von Zielsetzungen, die die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen und der Angehörigen aufgreifen, und erarbeitet „Therapeutische Empfehlungen“ für eine nachhaltige Versorgung in dem jeweiligen Lebensumfeld.
- Das SET-Konzept wird erfolgreich in der stationären Rehabilitation, in der stationären und ambulanten Gerontopsychiatrie und anderen Krankenhausabteilungen und in Pflegeeinrichtungen umgesetzt.
- Das Alzheimertherapiezentrum Bad Aibling wurde Ende der 1990er Jahre auf der Basis des SET-Konzepts gegründet; es ist eine Rehabilitationseinrichtung, die eine gemeinsame rehabilitative Behandlung von Betroffenen und die/den sie Betreuenden praktiziert.
- Diese Präsentation diskutiert die Voraussetzungen, diese bisher einzigartige Rehabilitationskonzeption besser in die weiterentwickelten Vorgaben zur medizinischen Rehabilitation einzupassen. Sie stellt einen ersten Versuch dar, der weiterer Diskussion bedarf.

Rehabilitation bei Demenz – Ausgangslage

- Es besteht mittlerweile ein breiter Konsens: auch **Menschen mit Demenz (MmD) profitieren von einer Rehabilitation**, bei fortgeschrittener Demenz individuell unterschiedlich.
- **Etablierung von „Einheiten der kognitiven Geriatrie“ mit spezieller (früh-) rehabilitativer Versorgung** in der akutgeriatrischen Krankenhausbehandlung ist ein Fortschritt in der rehabilitativen Versorgung von MmD mit einem geriatrischen Krankheitsprofil.
- Viele stationäre **geriatrische Reha-Einrichtungen nach § 111** praktizieren eine angepasste Rehabilitation für Rehabilitanden mit leichter bis moderater Demenz. Aber es gibt keine teilhabeorientierte Reha-Konzepte, die die Beeinträchtigungen im Rahmen der Demenz zum Zielpunkt hat (?)
- Die DVfR diskutiert die Aufgabenstellung „Rehabilitation bei dementiellen Erkrankungen“ in ihrem Ausschuss *„Reha vor und bei Pflegebedürftigkeit“*.
- Einbezogen werden in diese Diskussion auch das Konzept von Bad Aibling, ferner teilhabeorientierte Pflegekonzepte (Willingen).

Rehabilitation bei Demenz – Ausgangslage

- In den Einrichtungen der **Mobilen geriatrischen Rehabilitation** werden mehrheitlich Menschen mit alltagsrelevanten kognitiven Störungen und Demenz behandelt – die Rehabilitation findet im **vertrauten häuslichen Kontext** statt. Hier ist der Ort, um Fähigkeiten zu fördern und selbstbestimmte Teilhabe und Lebensqualität zu verbessern.
- Wir sehen in der MoRe einen wesentlichen rehabilitativen Behandlungsansatz für MmD. Aber die BAG Mobile Rehabilitation hat erst jetzt begonnen, die konzeptionellen Grundlagen für eine bessere Versorgung von MmD im Rahmen der mobilen Rehabilitation zu diskutieren.
- Der Kontext „Pflegeheim“ stellt besondere Anforderungen an die Teams der MoGeRe, weil die Konzeption des Heims unmittelbar Einfluss auf die Möglichkeiten der MoRe hat (Stichwort: gibt es „teilhabeorientierte Pflege“).
- Es hat sich eine Initiative: „Mobile psychiatrische Rehabilitation“ gegründet (Stuttgart), deren Schwerpunkt auf wahnhaft, affektive und Persönlichkeitsstörungen liegen dürfte, aber auch dementielle Problematiken nicht ausschließt.

Rehabilitation bei Demenz – Ausgangslage

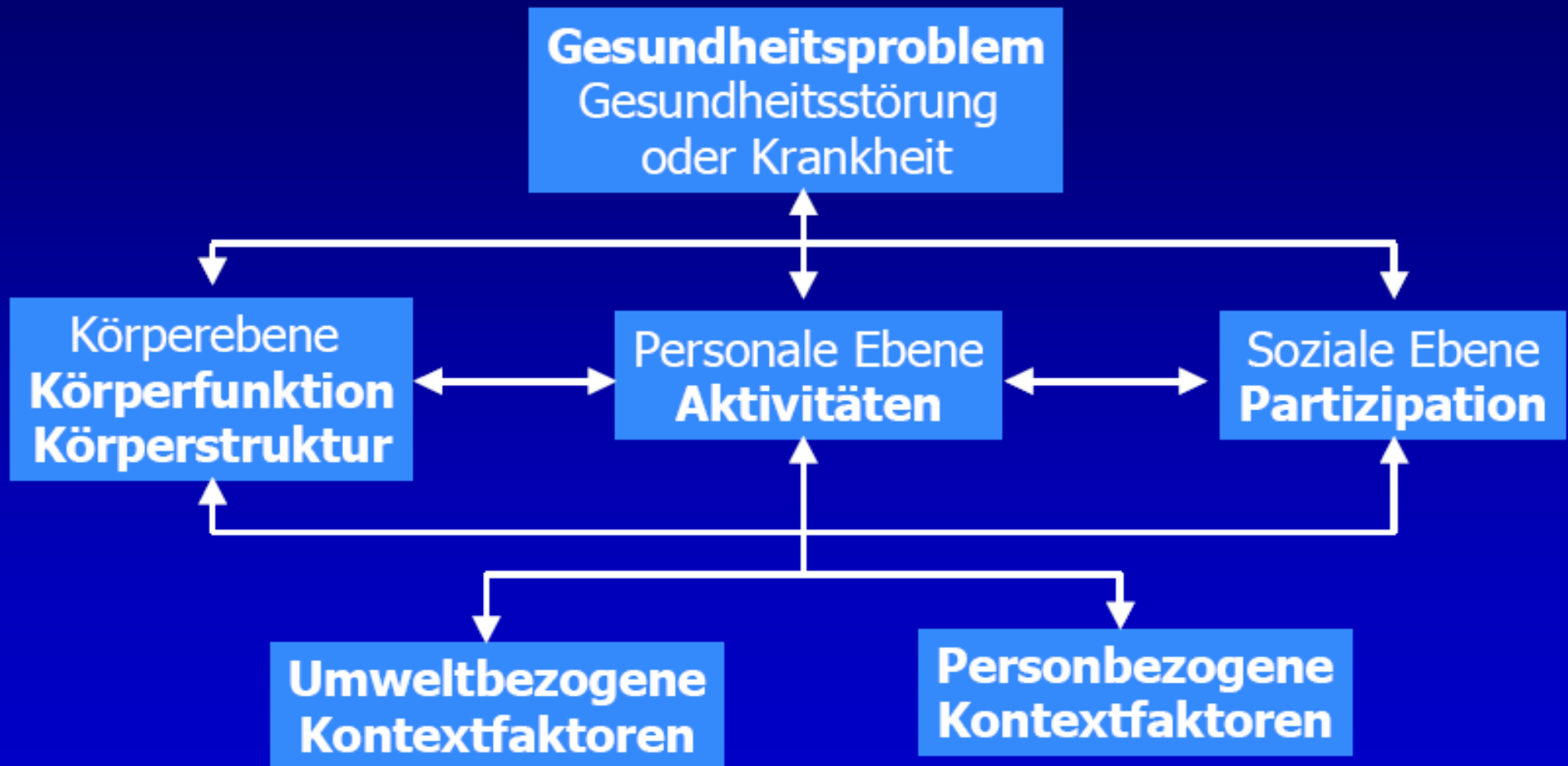
- Umstritten bleibt zurzeit, ob die Rehabilitation mit **Demenz als rehabilitationsbegründender Hauptdiagnose als medizinische Rehabilitation** wirksam und sinnvoll ist. Siehe hierzu die „Grundsatzstellungnahme Demenz des MDS von 2019“ - Klärung soll u.a. durch ein BMG-gefördertes Forschungsvorhaben im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie bringen - bis Ende 2023 ??
- Das Alzheimertherapiezentrum Bad Aibling ist eine Reha-Einrichtung, die vor rund 20 Jahren mit ihrem innovativen Konzept einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassenverbände verhandeln konnte.
- Mittlerweile ist die medizinische Rehabilitation gesetzlich und von ihrer Ausgestaltung neu definiert worden; **Reha muss „ICF-basierte“ sein**, ferner müssen Anforderungen wie ein interdisziplinär arbeitendes, multiprofessionelles Reha-Team unter fachärztlicher Leitung mit einem definierten Reha-Prozess und andere Voraussetzungen erfüllt sein.
- Eine Rehabilitationskonzept gemeinsam für **Betroffene im Erwachsenenalter und Betreuende** ist sozialrechtlich nicht verankert (Eltern/Kind-Kuren können nicht einfach parallel gesetzt werden).
- Zugleich wissen wir, eine teilhabeorientierte Rehabilitation von MmD braucht die **unmittelbare Einbeziehung der Angehörigen**.

Rehabilitation bei Demenz – Ausgangslage

Frage: Kann eine auf dem SET-Konzept basierende Einrichtung für MmD und ihre Angehörige als medizinische Reha-Einrichtung nach § 40 SGB V ausgestaltet und etabliert werden? Dabei sind neben den gesetzlichen v.a. die Vorgaben der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) und die der „Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation“ des MDS (Medizinischer Dienst Bund) zu erfüllen.

- Ich halte dies für sehr gut möglich und auch für erfolgversprechend, weil SET wesentliche Voraussetzungen mitbringt:
 - **SET ist ein ressourcenorientierter, integrativer Behandlungsansatz**
 - **Sie zielt auf den nachhaltigen Erhalt, die Verbesserung von Aktivitäten und Teilhabe**
 - **Sie arbeitet interdisziplinär und mit einem multiprofessionellen Behandlungsteam**


Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



Rehabilitation - Grundlagen

Nach dem Wechselwirkungsmodell der ICF ist das vorrangige Ziel von Rehabilitation: Wiedergewinnen, Verbessern, Erhalten von

Aktivitäten und Teilhabe. Dies ist letztlich für die Lebensqualität des Betroffenen entscheidend.

- Funktionsverbesserungen sind alleine nicht Ziel einer Reha, sie verbessern die Voraussetzungen für Aktivitäten und Teilhabe.
 - Aber Verbesserung der Funktionen, die immer soweit wie möglich angestrebt werden, bedeutet nicht automatisch bessere Teilhabe und mehr Lebensqualität; wichtig ist der gesamte Kontext.
 - Auch bei geringen Funktionsverbesserungen sind große Schritte in der sozialen Teilhabe möglich.
- 

Rehabilitation - Grundlagen

Definition von medizinischer Rehabilitation:

- *Medizinische Rehabilitation ist eine komplexe (interdisziplinäre und mehrdimensionale) Leistung, die . . . dadurch gekennzeichnet ist, dass mehrere Berufsgruppen unter ärztlicher Leitung an der Therapie beteiligt sind, Therapiepläne und -fortschritte der Rehabilitanden im Rehabilitationsteam besprochen werden und die einzelnen Therapien inhaltlich und zeitlich aufeinander abgestimmt sind.*

Rehabilitation schließt alle Leistungen ein, die darauf gerichtet sind,

> eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw.

> eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

Die Indikation für eine medizinische Rehabilitation setzt voraus die Prüfung folgender Kriterien:

Reha-Bedürftigkeit,

Reha-Fähigkeit,

alltagsrelevante Reha-Ziele,

positive Reha-Prognose

Rehabilitation - Grundlagen

- **Rehabilitationsbedürftigkeit**

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen und

- > eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder*
- > Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen **und***

> über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Also nur wenn tatsächlich Reha-Setting nötig ist, besteht Reha-Bedürftigkeit (und nicht wenn z.B. Heilmittel, Pflege o.a. ausreichend sind)

- **Rehabilitationsfähigkeit** ... (liegt vor, wenn jemand) *die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung **notwendige Belastbarkeit** besitzt. Die Anforderungen an die Belastbarkeit der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden unterscheiden sich allerdings in Abhängigkeit der Indikation der Rehabilitationsleistung z.B. Unterschied Kardiologie und Geriatrie.*

Rehabilitationsfähigkeit:

- **Problematisch: Alzheimer-Gesellschaft zu Reha-Fähigkeit (Geriatrische)** „Reha-Fähigkeit wird unter anderem dann ausgeschlossen, wenn Patientinnen und Patienten nicht zur Beteiligung an den Maßnahmen motiviert werden können, sie körperlich nicht belastbar sind **bzw. eine Desorientiertheit oder Weglauftendenz vorliegt.**“ (Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz - Informationsblatt 23) - Diese Sichtweise impliziert, dass „Desorientiertheit“ und „Weglauftendenz“ Ausschlusskriterien für eine Reha sind, aber nicht **Problemkonstellationen, die durch Reha positiv zu beeinflussbar sind und auch beeinflusst werden können. Dabei beeinträchtigen sie zweifelsfrei Aktivitäten und Teilhabe erheblich.**
- Entscheidender ist m.E. die Frage: **Kann eingeschätzt werden, dass – gemeinsam mit dem Rehabilitanden und seinen Angehörigen - realistische und relevante Reha-Ziele in Hinblick auf den Lebensalltag formuliert und mit den Mitteln einer Rehabilitation erreicht werden können?**

Rehabilitation - Grundlagen

- **Alltagsrelevante Rehabilitationsziele (in Bezug auf Aktivitäten und Teilhabe)**
Die Rehabilitationsziele bestehen darin, ... alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, um die drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten
...
Rehabilitationsziele müssen . . . individuell formuliert werden. Die Festlegung von Rehabilitationszielen erfolgt in einem partizipativen Prozess mit der oder dem Versicherten.
- **Positive Rehabilitationsprognose** – *ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit der festgelegten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung der Schädigungen und Beeinträchtigungen, der Kontexte und geeigneter Reha-Maßnahmen.*

Rehabilitation - Grundlagen

Ablauf des Rehabilitationsprozesses

- Multiprofessionelles Assessment, incl. aller relevanten Kontextfaktoren materiell und personbezogen
- Zielformulierung durch das Reha-Team – Abstimmung mit Rehabilitandin und ggfs. Angehörige
- Reha-Plan mit Festlegung der Ziele und den sich daraus ergebenden Therapien
- Wöchentliche Evaluation im Team – ggfs. Anpassung der Ziele und der Methoden
- Abschluss und Nachsorge

Notwendig ist eine „Reha-Kultur“, die alle MitarbeiterInnen einbezieht.

„Rehabilitationsstrategien“ zur Zielerreichung sind:

- > **Restitution:** Wiederherstellung (Restitutio ad integrum oder Restitutio ad optimum).
- > **Kompensation:** Ersatzstrategien bzw. Nutzung verbliebener Funktionen und Aktivitäten.
- > **Adaptation:** Anpassung der Umweltbedingungen an die bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe.

Rehabilitationsstrategien bei Demenz

Drei Rehabilitationsstrategien zur Zielerreichung - was heißt das für die Rehabilitation von MmD?

- **Restitution (ad optimum):** Auch bei Vorliegen einer Demenz sind Verbesserungen in vielen Funktionsbereichen möglich, naturgemäß eher in den basalen ADL als in komplexeren Tätigkeiten.
- Limitierung durch die hirnorganische Schädigung – verlorengegangene kognitive Funktionen lassen sich nicht wieder „auftrainieren“ – siehe S3-Leitlinie Demenzen: kognitives Training
- Hinzu kommt Besonderheit bei Demenz: **Störungen, die durch „Nichtnutzung“ von Funktionen** (wie Mobilität, Reduktion der Sprachkompetenz) entstanden sind – durch
 - **Rückzug, Selbstisolation, Apathie, ev. auch Depression** im Rahmen der dementiellen Erkrankung
 - **Vernachlässigung – Fehlen eines aktivitätsfördernden, sozialen Umfelds**
- Dazu auch: **Kompetenz-/Funktionsverluste durch Vernachlässigung i.R. einer Erkrankungen** - z.B. während eines KH-Aufenthaltes - wenn dem Abbau nicht entgegengewirkt wird.
- Aspekte, die einer „Restitution“ zugänglich sind.

Rehabilitationsstrategien bei Demenz

Drei Rehabilitationsstrategien zur Zielerreichung - was heißt das für die Rehabilitation von MmD?

- **Kompensation:** die Übernahme verlorener Strukturen, Funktionen und Aktivitäten durch andere ist bei Demenz nur eingeschränkt möglich, da dieser Prozess v.a. auch kognitive Fähigkeiten (gerade auch Lernprozesse) voraussetzt. Es kann nicht „kompensatorisch“ auf lange eingeübte „Muster“ zurückgegriffen werden.
- **Adaptation:**
 - a.) Anpassung der individuellen praktischen Lebensvollzüge an die individuellen Einschränkungen unter den gegebenen Umständen – **dazu zählen** Strategien der subjektiven Bewältigung (Coping) – Wege finden, mit den Einschränkungen leben zu können.
 - b.) Anpassung der Kontextfaktoren, d. h. Reduktion hemmender und Stärkung fördernder Umwelt- und personbezogener Faktoren. Dies reicht von der Anpassung von Hilfsmitteln, über räumliche und sächliche Maßnahmen bis zu Erschließung, Beratung, Stützung und Anleitung von An- und Zugehörigen.

Rehabilitation beinhaltet **immer alle 3 Reha-Strategien - allerdings in unterschiedlichen Gewichtungen - Bei Vorliegen einer Demenz steht Adaptation im Vordergrund.**

Reha-Zielsetzung bei Demenz

Neurodegenerative Erkrankungen mit Demenz betreffen kognitive, motorische und verhaltensbezogene Funktionen. Mehr oder weniger sind/ können alle wesentlichen Aspekte der Gesundheit betroffen sein, für Reha v.a. wichtig:

- > **Gedächtnis, Lernfähigkeit**
- > **räumliche und zeitliche Orientierung, Tagesstruktur, Tag-Nacht-Rhythmus**
- > **Kommunikation**
- > **emotionale Kontrolle**
- > **Antrieb**
- > **soziale Kompetenz**
- > **Alltagspraktische Aktivitäten, planerisches Handeln**
- > **(sichere) Mobilität**
- > **Ernährung, Nahrungsaufnahme . . . und andere**

Es besteht eine große Varianz bei den verschiedenen Formen und dem Grad der Ausprägung der Demenz. Alle diese Einschränkungen haben einen erheblichen Einfluss auf die Möglichkeiten zur Teilhabe und auf die Lebensqualität der Betroffenen.

Reha-Zielsetzung bei Demenz

- **Für SET** ist es selbstverständlich, diese demenzbedingten Beeinträchtigungen zu erfassen, in die **Behandlung einzubeziehen und möglichst nachhaltige Lösungen zu finden.**
- **In der medizinischen Rehabilitation (auch der geriatrischen) werden diese demenzbedingten Beeinträchtigungen** meist gar nicht in die Zielsetzung der Rehabilitation einbezogen; vielmehr werden sie nur als „Störfaktoren“ der Rehabilitation gesehen, die durch „Anpassung“ der Rehabilitation möglichst klein gehalten werden sollen. (das spricht nicht gegen notwendigen Anpassung der Reha-Maßnahmen! – Anpassung ist notwendig)
- **Die rehabilitative Zielperspektive fokussiert auf den Erhalt/die Verbesserung von Aktivitäten und Teilhabe.** Die Frage ist: welche Ziele haben unter diesem Gesichtspunkt Priorität? - Alle Aspekte müssen in Betracht gezogen werden und die zielführenden Maßnahmen/Therapien ausgewählt und angeboten werden. **Eine Fokussierung allein auf die demenzbedingten Beeinträchtigungen ist nicht ausreichend.**
- **Welchen Stellenwert haben bei der SET restitutive Ziele des MmD?** – Hier setzen m.E. die Hauptbedenken des MDS an. Wie erfasst SET die Möglichkeiten eine Restitution von Fähigkeiten, wie formuliert sie diesbezügliche Ziele, wie erarbeitet sie diese Ziele?

Reha-Zielsetzung bei Demenz

- Zu berücksichtigen ist ferner **die Wechselwirkung**: (Akut-)Erkrankungen sind häufig durch die Demenz (und ihre Beeinträchtigungen) mitbedingt bzw. verursacht (z.B. Stürze, Mangelernährung), gleichzeitig führen akute Erkrankungen oder Verschlechterungen einer chronischen Erkrankungen zu einer Verschlechterung der demenz-bedingten Beeinträchtigungen. Für die Prognose ist es wichtig, **durch welche Maßnahmen können diese komplexen Störungen soweit wie möglich „stabilisiert“** werden – hier soll dies durch rehabilitative Maßnahmen geschehen.
- Dies macht **eine „ganzheitliche“ Herangehensweise** notwendig.
- **Restitution = Wiederherstellung bzw. Verbesserungen von funktionellen Fähigkeiten und Kompensation soweit wie möglich**. Damit die Frage, welche Interventionen sind bei Vorliegen einer Demenz erfolgversprechend und anwendbar. Hier geben die **„S3-Leitlinie Demenzen“** wichtige Hinweise.
- Die S3-Leitlinie bewertet und empfiehlt „psychosoziale Interventionen“ (ein missverständlicher Begriff, weil darunter auch Therapien wie Ergo- und Physiotherapie verstanden werden).

S3 – Leitlinie und „Psychosoziale Interventionen“

Die S3 – Leitlinie Demenzen (2016)

- Sie gibt einen Überblick über das breite **Spektrum der in der Praxis angewandten Maßnahmen und über die Ergebnisse von Evaluationsstudien**. Dabei stehen **überdauernde Effekte der Interventionen** besonders im Fokus. Dies schließt sowohl therapeutische als auch psychische und soziale Interventionen mit ein.
- Die Leitlinie zeigt auf, dass **komplexe, mehrdimensionale Interventionen** und diese in Kombination zur Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz zielführender sind als Einzelmaßnahmen. Sie geben wichtige Anhaltspunkte für die Wertigkeit und Auswahlmöglichkeiten der Techniken und Methoden in der klinischen Praxis (aber auch für die Alltagsbetreuung von Menschen mit Demenz).
- Sie sind eine **Grundlage für die Planung und Durchführung nachhaltiger Interventionen**, wie sie eine medizinische Rehabilitation darstellt: Sie stützen damit die Formulierung realistischer und individueller Reha-Ziele und die Realisierung des rehabilitativen Auftrags der Teilhabesicherung.
- Wichtig dürfte ferner der Aspekt sein: **in soziale Kontexte einbezogen zu sein und teilzuhaben selbst, spielt eine protektive Rolle und verbessert die Voraussetzungen und Ergebnisse einer Rehabilitation**. - Gerade dies wird durch klinische Erfahrungen gestützt.

S3 –Leitlinie und „Psychosoziale Interventionen“

Therapieart/ Verfahren	Evidenz und Empfehlung
Kognitive Stimulation	Kognitiver Stimulation bei Patienten mit leichter bis moderater Demenz. Empfehlungsgrad B („Sollte“), Evidenzebene IIb
Ergotherapie	Ergotherapeutische, individuell angepasste Maßnahmen bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz unter Einbeziehung der Bezugspersonen zum Erhalt der Alltagsfunktionen. – Empfehlungsgrad B („Sollte“), Evidenzebene Ib,
Reminiszenz (wird auch unter kogn. Stimulation gefasst)	Reminiszenzverfahren in allen Krankheitsstadien Empfehlungsgrad B („Sollte“), Evidenzebene IIb
Körperliche Aktivität	Körperliche Aktivierung positive Wirksamkeit auf kognitive Funktionen, Alltagsfunktionen, psychische und Verhaltenssymptome, Beweglichkeit und Balance - Empfehlungsgrad B („Sollte“), Evidenzebene Ib
Angehörigentraining	Angehörigentraining zum Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen mit geringen Effekte auf diese Symptome beim Erkrankten Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib
Angehörigenedukation und -unterstützung	Zur Behandlung depressiver Symptome bei Demenzerkrankten sind Edukations- und Unterstützungsprogramme von Pflegenden und Betreuenden wirksam Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib

S3 –Leitlinie und „Psychosoziale Interventionen“

Therapieart/ Verfahren	Evidenz und Empfehlung
Essen - Nahrungsaufnahme	Familienähnliche Esssituationen, verbale Unterstützung und positive Verstärkung können das Essverhalten verbessern Empfehlungsgrad B („Sollte“), Evidenzebene Ib
Tagesaktivitäten / Tag- Nachtrhythmus	Angemessene strukturierte soziale Aktivierung während des Tages kann zu einer Besserung des Tag-Nacht-Schlafverhältnisses führen Empfehlungsgrad B („Sollte“), Evidenzebene Ib,
Prävention und Reduktion der Be- lastung für Angehörige	Zur Prävention von Erkrankungen, die durch die Pflege und Betreuung hervorgerufen werden, und zur Reduktion von Belastung der pflegenden Angehörigen sollten strukturierte Angebote für Bezugspersonen angeboten werden. (Wissensvermittlung zur Erkrankung, Management i.B.a. Patientenverhalten, Bewältigungsstrategien und Entlastungsmöglichkeiten für Angehörigen, Integration in die Behandlung des Kranken.) > kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren können angewandt werden. Empfehlungsgrad B („Sollte“), Evidenzebene Ia
Musik/ Kunsttherapie	Aktive bzw. rezeptive Musiktherapie günstige Effekte auf psychische und Verhaltenssymptome, insb. auf Angst. Empfehlungsgrad 0 („Kann“), Evidenzebene IIa - III
Aromatherapie	Aromastoffen geringe Effekte bei mittel- bis schwergradiger Demenz haben. Empfehlungsgrad 0 („Kann“), Evidenzebene Ib
Multisensorische Verfahren/ Snoezelen	Multisensorische Verfahren (Snoezelen) mit individualisierten, biographiebezogenen Stimuli im 24-Stunden-Ansatz - bei moderater bis schwerer Demenz haben. Empfehlungsgrad 0 („Kann“), Evidenzebene Ib

Reha-Zielsetzung bei Demenz

Diskussion in der BAG Mobile Reha: Wichtige Zielsetzungen einer Reha von Menschen mit Demenz (vorläufig)

- **Funktionelle Verbesserungen** in allen Bereichen – soweit wie möglich.
- **Entwicklung von Handlungskompetenzen in Hinblick auf das Alltagsleben** – Ermöglichung von Tätigkeiten und Aktivitäten, die für die Betroffenen im Alltag von Bedeutung sind, sie in soziale Kontexte einbinden und Teilhabe ermöglichen.
- **Ermöglichung bzw. Aufrechterhaltung einer gelingenden Kommunikation** – u.U. auch jenseits eines sprachlichen Austauschs.
- Möglichst andauernde **Reduzierung bzw. Beseitigung von belastenden Symptomen** im Kontext der Demenz, auch von Depressivität und neuropsychiatrischen Symptomen.
- **Etablierung einer vom Betroffenen akzeptierten Tagesstruktur** mit einer angemessenen und befriedigenden **Beschäftigung**; keine „leere Zeiten“ mit der Folge von Desorientierung, Unruhe und Tag/Nacht-Umkehr. -
- **Verbleib in der eigenen Häuslichkeit.**
- Vermeidung von **vermeidbaren stationären Krankenhausbehandlungen**
- **Ermöglichung** einer für pflegende/betreuende Angehörige leistbare, nicht überfordernde **Versorgung** und Ermöglichung eines für Betroffene und Angehörige/Zugehörige lebbareren Zusammenleben.

Fragen und Aufgaben

- **Nach dem SET-Konzept sind Demenz-bedingte Beeinträchtigungen** wie Unruhe, Störungen der Kommunikation, des Tag/Nachtrhythmus usw. unter dem Gesichtspunkte der Teilhabesicherung **Zielpunkte der Behandlung** (während sie in der Geriatrie weitgehend nur als Störfaktoren für die Rehabilitation gesehen werden, die durch Anpassung der Reha-Maßnahmen möglichst gering gehalten werden sollen.) – Hierzu bedarf es einer Formulierung des beschriebenen und bewährten Arbeitens der SET nach den Vorgaben zum Reha-Prozesses.
- Als medizinische Rehabilitation müssen die **Indikationskriterien für die Aufnahme** in eine SET-basierte Rehabilitation spezifisch definiert sein (die Diagnose Demenz reicht ja bei Weitem nicht aus). Aus ihnen muss hervorgehen, dass das komplexe Setting einer medizinischen Rehabilitation zum Erreichen des Erhalts bzw. der Verbesserung der Teilhabe notwendig ist (– und nicht z.B. Heilmittelanwendung, eine soziale Intervention und/oder Pflegemaßnahmen ausreichend sind.)
- Mit der Indikation sollte **die fachärztliche Qualifikation** (ev. mit Zusatzqualifikation) der Ärztin/des Arztes angegeben werden, die/der mit der Leitung des Behandlungsteams betraut sein soll. Es können auch unterschiedliche Facharztqualifikationen genannt werden bei Angabe inhaltlicher Kriterien (Weiterbildung, Fortbildung u.ä.)

Fragen und Aufgaben

- Wie jede Rehabilitation muss ein SET-basiertes Konzept als **ICF-basiert Rehabilitation** formuliert werden. Mit ihrer Fokussierung auf eine langfristig stabile Alltagsbewältigung von Betroffenen und Betreuenden in möglichst guter Lebensqualität sind dafür wesentlichen Voraussetzungen gegeben. Die inhaltlichen Dimensionen der Rehabilitation müssen m.E. detailliert beschrieben werden. Unter dem Gesichtspunkt: Erhalt und Verbesserung von Aktivitäten und sozialer Teilhabe muss der gesamte „Problemhaushalt“, einschließlich der Kontexte in den Blick genommen werden. Eine Fokussierung allein auf die demenzbedingten Beeinträchtigungen ist nicht ausreichend.
- Es handelt sich bei einer SET-basierten Rehabilitation um die **gemeinsame Rehabilitation** von Betroffenen und Angehörigen (Kümmerern). Es geht nicht allein um „Einbeziehung von An- und Zugehörigen“ in die Rehabilitation. Deshalb müssen der Reha-Bedarf, die Reha-Fähigkeit, die Reha-Ziele und Reha-Prognose jeweils einzeln und gemeinsam für das „Paar“ ermittelt bzw. formuliert werden.
- Die Zusammensetzung des multiprofessionellen Teams ergibt sich aus der Aufgabenstellung und den Inhalte der Rehabilitation. Es sollte beschrieben werden, welche besonderen Qualifikationen die MA in Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit Demenz besitzen sollten.

Fragen und Aufgaben

- Die wesentlichen Elemente des **gemeinsamen Reha-Prozesses**, beginnend mit dem multiprofessionellen Assessment, über den gemeinsamen Therapieplan, die Evaluierung der Rehabilitation durch das Team bis zu Abschluss und Nachsorgen müssen beschrieben werden.
- Instrumente und Abläufe der **Qualitätssicherung** sollten beschrieben werden.

Vielen Dank!

