



DAS SELBST ERHALTEN

Neues Demenz-Konzept. Die Selbsterhaltungstherapie geht neue Wege in der Betreuung demenziell erkrankter Menschen: Ressourcen werden bestmöglich in den Alltag integriert sowie das materielle und soziale Umfeld so nah wie möglich an ihre Bedürfnisse angepasst. Ziel ist es, die Grundstimmung der Betroffenen zu verbessern und die Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten – kurz: das eigene Selbst so lange wie möglich zu erhalten.

Von Günther Robl und Dr. Barbara Romero

Die Selbsterhaltungstherapie (SET) hat die Diplom-Psychologin Barbara Romero seit den 1980er Jahren an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München für demenziell Erkrankte entwickelt. Übergeordnetes Ziel ist die Erhaltung des Selbst, das auch das Selbstwertgefühl und die Identität einer Person vermittelt sowie ihre Stimmung und ihr Verhalten beeinflusst. Erfahrungen, die das Selbst verletzen – zum Beispiel Konflikte, Misserfolge oder Erlebnisarmut – rufen starke negative Gefühle hervor wie Angst, Scham, Depression oder Aggression.

Die meisten Erfahrungen mit dem Konzept liegen für das Alzheimer Therapie Zentrum der Neurologischen Klinik Bad Aibling vor, eine Einrichtung der stationären Rehabilitation, die Romero 1999 gegründet hat. Mehrere Wirkungsstudien belegen, dass die alltagsrelevanten Kompetenzen der Teilnehmer zunehmen, während sich die Depressivität und andere psychopathologische Störungen reduzieren. Seit 2006 wird SET auch in Wohngruppen der stationären Altenhilfe systematisch angewandt.

Konzept ist wissenschaftlich fundiert

SET ist ein integratives Konzept: Aus verschiedenen Ansätzen wie Verhaltens- und Milieuthherapie, kreativem Gestalten und Musiktherapie werden individuell optimierte Planungen zur Begleitung von Demenzkranken entwickelt. Wichtige Elemente sind die Anpassung der Kommunikation und der Aktivitäten sowie die Erinnerungsarbeit. Angepasste, nämlich bestätigende, die Konfrontation mit Defiziten vermeidende Kommunikationsformen sind wichtig, um das Selbstverständnis und das Selbstvertrauen der Kranken zu stabilisieren. Mit individuell geeigneten Aktivitäten und Erlebnissen, die die Betroffenen weder über- noch unterfordern, soll die soziale Teilhabe gefördert werden. Eine besondere Bedeutung hat die Beschäftigung mit noch erhaltenen, persönlich bedeutsamen Erinnerungen.

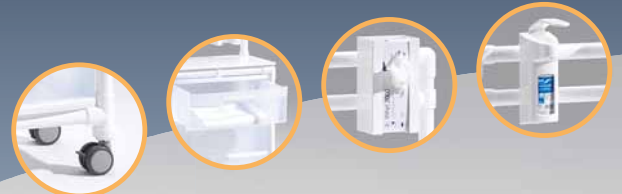
Bei der Anwendung des Konzeptes in der stationären Altenhilfe wurden die Empfehlungen der S3-Leitlinie Demenzen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften aus dem Jahr 2009 berücksichtigt. Die Leitlinie betont die zentrale Bedeutung psychosozialer Maßnahmen für Menschen mit

Demenz. Die Studienergebnisse, die der S3-Leitlinie zugrunde liegen, beziehen sich allerdings auf zeitlich begrenzte Behandlungsprogramme. Das SET-Programm für Wohngruppen geht davon aus, dass die empfohlenen psychosozialen Interventionen sich auch dann – beziehungsweise besonders dann – nachhaltig positiv auswirken, wenn sie kontinuierlich in den Alltag auf der Wohngruppe integriert werden. Zu erwarten sind dabei positive Effekte, die sowohl die soziale Teilhabe und das Nutzen der Ressourcen verbessern als auch das Wohlbefinden optimieren und der Prävention stressbedingter Symptome dienen. Die meisten psychosozialen Maßnahmen in den Wohngruppen haben zudem einen Gruppencharakter und sind weniger strukturiert als die Studienprotokolle. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen für die stationäre Altenhilfe wird es eine Aufgabe bleiben, an einem optimalen Kompromiss zwischen der Praktikabilität einerseits und den für die Wirksamkeit der psychosozialen Maßnahmen notwendigen Voraussetzungen andererseits zu arbeiten.

Die S3-Leitlinie empfiehlt die folgenden Gruppen psychosozialer Maßnahmen bei Demenz: kognitive Verfahren (u. a. Aktivierung von positiv besetzten Altgedächtnisinhalten, Einbindung in Konver-

MRSA- und Hygienewagen

Unsere innovativen Produkte für die besondere Herausforderung



Modell: HGW 100 S

- 4 feststellbare Ø75 mm Doppelradrollen
- 3 transparente Schubladen
- Ablagefläche aus Vollkunststoff
- Handschuh- und Desinfektionsmittelspender
- 40-Liter Abfallbehälter mit geteiltem Schwingdeckel

RCN Medizin- und Rehathechnik GmbH

Hauptstraße 4 · 55471 Sargenroth · Tel: 06761-9197-0 · www.rcn-medizin.de



sation), ergotherapeutische Maßnahmen, körperliche Aktivitäten und multisensorische Verfahren. Daneben benennt sie psychosoziale Interventionen zur Prävention und Behandlung bei speziellen psychischen und Verhaltensproblemen:

■ bei Depression: strukturierte, individuell angepasste Freizeit- und kognitive Gruppenaktivitäten sowie Bewegungsprogramme,

■ bei Agitation/Aggression: Vorspielen von Musik mit biografischem Bezug, Anwendung von Aromastoffen,

■ bei Problemen bei der Nahrungsaufnahme: familienähnliche Esssituation, verbale Unterstützung, positive Verstärkung,

■ bei Problemen mit dem Tag-Nacht-Rhythmus: strukturierte soziale Aktivierung am Tag.

Die Wirkung anderer Maßnahmen auf psychische und Verhaltensprobleme bei Demenz ist derzeit nicht ausreichend empirisch belegt, um als evidenzbasiert anerkannt zu werden. Eine Empfehlung von Maßnahmen wie verstehende Diagnostik und validierendes Verhalten kann aber aufgrund von guten praktischen Erfahrungen und Studienhinweisen formuliert werden.

Umsetzung erfolgt in drei Schritten

Das SET-Konzept wird seit rund sieben Jahren auf allen Wohnbereichen des Seniorenpflegeheims St. Bilhildis in Mainz angewandt. Für die Implementierung wurde gemeinsam mit Romero ein eigenes Programm für Bewohner mit Demenz entwickelt. Eine individuelle Planung umfasst demnach drei Schritte.

Im ersten Schritt werden Daten zur medizinischen Diagnose und zum Krankheitsbild zusammengestellt und im Blick auf die Optimierung der Pflege und Betreuung ausgewertet. Diese Daten helfen, den Kranken und seine Bedürfnisse besser zu verstehen. Durch kontinuierliches Erfassen der Störungen und Fähigkeiten werden diese Informationen zudem ergänzt: unter anderem durch Messung/Beurteilung der kognitiven Funktionen, des Demenzschweregrads, der Alltagskompetenz, der neuropsychiatrischen Störung und der Grundstimmung.

Medizinische und andere Daten zur Diagnose und zum Krankheitsbild reichen jedoch nicht aus, die individuellen Fähigkeiten, Schwächen, Vorlieben und Abneigungen eines Bewohners erkennen und berücksichtigen zu können. Daher steht im zweiten Schritt die Erfassung der individuellen psychischen Bedürfnisse und Ressourcen im Zentrum – zum Beispiel die Erhebung von Vorlieben und Abneigungen bezogen auf verschiedene Alltagssituationen oder die Erfassung aktuell bedeutsamer Erinnerungen.

Die Erkenntnisse, die in den beiden ersten Schritten gewonnen wurden, werden schließlich der Planung von Pflege und Betreuung zu Grunde gelegt: Die Umgangsformen der Mitarbeiter, die Pflegeangebote, die Tages- und Wochengestaltung sowie das materielle Umfeld sollen sich an den individuellen psychischen Bedürfnissen des Bewohners sowie an der optimalen Nutzung seiner individuellen Ressourcen im Alltag ausrichten.

Im Blick auf die Veränderungen des Krankheitsbildes, der Ressourcen, der Bedürfnisse und des Wohlbefindens jedes Bewohners werden die Erhebungen (Schritte 1 und 2) und die Anpassung der Pflege und Betreuung (Schritt 3) regelmäßig aktualisiert.

Die von der S3-Leitlinie empfohlenen psychosozialen Maßnahmen werden im Rahmen der Möglichkeiten in die Pflege und soziale Betreuung integriert. Das heißt zum Beispiel, dass Bewohner mit Demenz gemäß ihren Ressourcen und Bedürfnissen an den Gruppen teilnehmen, die die Einrichtung im Sinne der S3-Empfehlungen organisiert. Für Menschen mit neuropsychiatrischen Störungen werden darüber hinaus auch gezielte psychosoziale Interventionen geplant.

Für die Planung der Gruppen hat sich als sinnvoll herausgestellt, nach der Schwere der Demenz zu unterscheiden: a) Menschen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz (Global Deterioration Scale: 2–5) mit guten Ressourcen für Aktivitäten, b) Menschen mit einer schweren Demenz (GDS 6) mit geringeren Ressourcen und c) Menschen mit einer sehr schweren Demenz (GDS 7), denen vor allem Erlebnisse beziehungsweise sensorische Stimulation angeboten werden. Die Gruppenzusammensetzung muss kontinuierlich angepasst werden. In St. Bilhildis zeigte sich zuletzt folgende ungefähre Verteilung: a) GDS 2–5: 40 %, b) GDS 6: 40 %, c) GDS 7: 20 %. Am effektivsten lassen sich die Ressourcen der Bewohner in homogenen Kleingruppen fördern, aber auch heterogene und größere Gruppen (etwa in Tagesräumen) können positive Effekte für die Teilnehmer haben.

Günther Robl, Altenpfleger,
Katholischer Theologe
Seniorenpflegeheim St. Bilhildis
Josefsstraße 51, 55118 Mainz
robl@schervier-altenhilfe.de

Dr. phil. Barbara Romero,
Diplom-Psychologin, Alzheimer-Expertin
Pfalzburger Straße 10a, 10719 Berlin
romero@t-online.de

ZERTIFIZIERUNG MÖGLICH

Wohngruppen stationärer Pflegeeinrichtungen können nach der Implementierung des SET-Konzepts ein Zertifikat erhalten. Ein Kriterienkatalog und ein Auditplan wurden in Zusammenarbeit des Mainzer Pflegeheims St. Bilhildis mit Romero erstellt. 2012 hat die Stuttgarter Zertifizierungsgesellschaft ZertSozial das erste SET-Zertifikat an St. Bilhildis vergeben. Der Kriterienkatalog umfasst sieben Kapitel mit insgesamt 70 Einzelkriterien. Die vier bewohnerbezogenen Kapitel verlaufen entlang der Schritte des SET-Programms und nehmen die neuropsychiatrischen Störungen gesondert in den Blick. Daneben gibt es drei einrichtungsbezogene Prüfkapitel, die unter anderem die Anpassung der Gemeinschaftsräume und die Angebote der sozialen Betreuung thematisieren. Die Zertifizierung hat in St. Bilhildis zu einer Nachhaltigkeit der Umsetzung des SET-Konzepts geführt. Die Mitarbeiter konnten ihre Fachlichkeit steigern und sind sicherer im Umgang mit neuropsychiatrischen Störungen. Zudem ist die Versorgung der Demenzkranken insgesamt individueller geworden.