

# Was leistet MoRe bei der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Demenz?

**Symposium der BAG MoRe**  
**Berlin 05. Mai 2023**

Martin Warnach  
Vorstand der BAG Mobile Rehabilitation e.V.

## 81- jährige Patientin nach Schenkelhalsfraktur mit mittelgradiger Demenz und Sturzangst

### Einige Aspekte:

- Reha in der Lebenswirklichkeit der Patienten - situatives Herangehen
- „Motivation“, Motivierbarkeit – Kontext
- Rehabilitationsziele - Bedeutung des Alltagsbezugs – *nicht Mobilität trainieren, sondern tatsächlich zu der Tochter gehen.*
- „Aushandeln“ von Zielen sehr schwierig – Ziele entwickeln sich Schritt für Schritt während der Therapie
- Selbstbestimmung ?
- Nachhaltigkeit der Zielsetzung – nur wenn die Ziele auch nach der Reha realisiert werden

- **Mehrheitlich werden in der Mobilen Reha Menschen mit alltagsrelevanten kognitiven Störungen und Demenz behandelt** - KCG: 70 – 75 % haben „erhebliche mentale Schädigungen“.
- **Demenz ist i.d.R. Begleitdiagnose** - Reha-Indikation ist ein Zustand nach schweren akuten Erkrankungen.
- **Akuterkrankung > besonders vulnerable Situation: Verlassen des sicheren „Schutzraums“**, das vertraute häusliche Umfeld, auf das sie angewiesen sind.
- **Mit negativen Auswirkungen** im Krankenhaus: allg. Verschlechterung kognitiver Funktionen, Desorientiertheit, Verwirrtheit, Delir u.a. + weitere Komplikationen.
- **Schaffung einer sicheren, vertrauensfördernden Atmosphäre, sobald möglich:**
  - möglichst frühzeitige Entlassung in das vertraute Umfeld,
  - insbesondere bei Pflegeheimbewohnern wichtig.
- Dies unterstreicht die Bedeutung der mobilen Form der Reha von dementiell Erkrankten.

Dementielle Erkrankungen betreffen **kognitive, motorische und verhaltensbezogene Funktionen:**

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

**Große Varianz bei den verschiedenen Formen der Demenz** - mehr oder weniger sind/ können alle Aspekte der Gesundheit betroffen sein.

**Breites Symptomspektrum:**

Desorientiertheit, Unruhe, „herausforderndes“ Verhalten, Störung Tag/Nacht-rhythmus, Rückzug, Apathie, Depression. . .

**Mit Auswirkungen auf Reha-Fähigkeit und die Reha-Zielsetzung . . .**

## Wechselwirkung von Akuterkrankung und Demenz:

- **Demenz und ihre Beeinträchtigungen** lösen Akuterkrankungen häufig aus ( > deutl. erhöhtes Sturzrisiko, Verletzungen, Mangelernährung),
- **Akuterkrankungen** verschlechtert die Demenzsymptomatik ( > Verlust von kogn. Fähigkeiten, Desorientiertheit, Delir u.a.)

Reha muss auf **Folgen der Akuterkrankungen und die der Demenz abzielen.**

Demenzbedingte Beeinträchtigungen sind **nicht nur „Störfaktoren“ für die Durchführung einer Reha, sondern Zielaspekte einer MoRe. Sie sind zu berücksichtigen:**

- **in die Reha-Bedarfsermittlung** - es gilt, **alle relevanten Bedarfe**, auch die auf die Demenz bezogenen Bedarfe zu erfassen, zu bewerten und zu priorisieren. Dies sollte fester Bestandteil des Assessments sein.
- **Berücksichtigung in die Reha-Zielsetzung**, - denn sie sind relevant für **Aktivitäten und Teilhabe**
- **damit im Reha-Plan und in den Therapien.**

### Wie demenzbedingte Beeinträchtigungen - rehabilitativ - positiv beeinflussen?

- **Nicht die Fokussierung auf isolierte Funktions- bzw. Fähigkeitsverbesserungen ist erfolgversprechend, - sondern Interventionen haben dann positives Ergebnis, wenn sie soziale Kontexte, Eingebundensein und Teilhabe fördern.**
- Positive Ergebnisse: **Training mit Dual-task-Aufgaben** (Kombination von kognitivem und motorischem Training) – wesentlich i.d.R. **Training in Gruppen.**
- **Kommunikationsfähigkeit** kann trotz Fortschreiten kognitiver Verluste durch gezielte Förderung aufrecht erhalten bleiben - auch über einen Zeitraum von fast 2 Jahren. (C. Degen et al. 2022)
- Es kommt **trotz Fortschreitens kognitiver Leistungsverluste nicht zu einer Verschlechterung der Teilhabe, wenn Teilhabe – Eingebundensein - aufrecht erhalten bleibt** (James et al 2011)
- **Sicherung einer ausreichenden Ernährung:** neben verbaler Unterstützung und positiver Verstärkung werden **familienähnliche Esssituationen empfohlen. (S3-L-Linie)**
- **Aufgrund ihres Setting gelingt es einer Mobilen Reha, soziale Einbindung zu fördern:**
  - > **Mobilität in der Wohnung > Integration in die Familie;**
  - > **Verlassen der Wohnung > Erreichen von Zielen in der Nachbarschaft.**

## **Nichtnutzung und Vernachlässigung von Funktionen/Fähigkeiten:**

Verlust oder Verschlechterung z.B. der Mobilität, der Beweglichkeit, Reduktion der Sprachkompetenz, Kommunikationsfähigkeit, alltagspraktische Tätigkeiten u. a.

- **Ursache ist nicht oder nur teilweise kognitiver Abbau, sondern >**
- **Rückzug, Selbstisolation, Apathie, ev. auch Depression** im Rahmen der dementiellen Erkrankung **und**
- **Vernachlässigung – Fehlen eines aktivitätsfördernden, sozialen Umfelds**
- **Vernachlässigung i.R. einer Erkrankungen** - z.B. Kompetenz-/Funktionsverluste während eines **KH-Aufenthaltes** - wenn dem Abbau nicht aktiv entgegengewirkt wird.
- **Dieses bedeutende, aber verloren gegangene Potential** kann mobile Rehabilitation reaktivieren – langfristig und nachhaltig durch >

**Stärkung des „Kontextes“ – die Familien, Freund-innen, die Nachbarschaft hin zu einer fördernden Unterstützung.**

**Mobile Rehabilitation strebt eine „Restitutio ad optimum“ d.h. Wiederherstellung/ Wiedererlangung von Funktionen/Fähigkeiten an. -**

**Bei Demenz ist Restitution nur eingeschränkt bzw. partiell möglich u. zielführend.**

Aufgrund der Bedeutung des Kontextes für die Betroffenen stehen bei der Rehabilitation von MmD mit Fortschreiten der Erkrankung **immer mehr Adaptation und adaptative Reha-Verfahren im Vordergrund:**

- **Anpassung auf der individuellen Ebene** – die Betroffenen sollen mit ihren jeweiligen individuellen Einschränkungen in seinem Lebensumfeld zurecht kommen – „Coping“.
- **Anpassung der Kontextfaktoren**, d. h. **Reduktion hemmender und Stärkung fördernder Umwelt- und personbezogener Faktoren.**
  - > **D.h. vor allem auch Förderung und Stützung der An- und Zugehörigen.**



## Modifikation der Abläufe und der therapeutischen Interventionen:

N. Lübke (2015): Berücksichtigung „**adaptierter Therapieansätzen** für die Behandlung demenziell Erkrankter“:

- „**implizites prozedurales Lernen**“ gegenüber „explizit-deklarativ vermittelten Training“,
- die bessere Motivierbarkeit bei einem „**nachvollziehbaren Alltagsbezug rehabilitativer Trainingsmaßnahmen ...**“ und
- „Training unter möglichst individuell **realen Alltagsbedingungen**“.

Dies sind Anforderung an eine **Rehabilitation von MmD**, die sich vor allem oder ausschließlich nur in einem **mobil-ambulanten Reha-Setting** realisieren lassen.

**Gelingende Adaptation ermöglicht wiederum Funktionsverbesserungen, Alltagskompetenzen im Sinne einer Restitution eröffnen!**

**Adaptation ist nach den *Gemeinsamen Empfehlungen zur MoRe* die vorherrschende Reha-Strategie der Mobilien Rehabilitation.**

## Rehabilitationsfähigkeit bei Demenz ?

Vorausgesetzt wird „**Belastbarkeit**“ - somatisch und psychisch

– aber ist „**Belastbarkeit**“ das entscheidende Beurteilungskriterium?

**In der MoRe sind die Patienten, vor allem bei begleitender Demenz (anfangs) oft sehr schlecht belastbar.**

Gerade wenn wir den engen Zusammenhang von Chancen einer Rehabilitation und dem Kontext der Betroffenen in Betracht ziehen – dann heißt das:

- **Können unter Einbeziehung des Kontextes realistische und relevante Reha-Ziele in Hinblick auf Aktivitäten und Teilhabe, auf den Lebensalltag formuliert und**
- **können diese mit den Mitteln einer Rehabilitation erreicht werden – unter möglichst selbstbestimmter Beteiligung der/des Patientin?**
- Reha-Fähigkeit ist damit **nicht allein als eine subjektive „Fähigkeit“** der/s Rehabilitandin/des Rehabilitanden anzusehen - dies ist eine wesentliche Erfahrung aus der Praxis der Mobilen Rehabilitation.

## Zielsetzungen für geriatrische Patienten mit Demenz – Aus der Sicht der MoGeRe

- **Funktionelle Verbesserungen** – soweit wie möglich.
- **Aber darüber hinaus geht es letztlich um die Entwicklung von Handlungskompetenzen in Hinblick auf das Alltagsleben** – Ermöglichung von Tätigkeiten und Aktivitäten, die für die Betroffenen von Bedeutung sind, sie in soziale Kontexte einbinden und Teilhabe ermöglichen (das gilt in der Privatwohnung wie auch in stationärer Pflege)
- **Pflegende/betreuende Angehörige sollen Betroffene unterstützen können, ohne überfordert zu sein** – es geht für Betroffene und für Angehörige/Zugehörige um ein Zusammenleben in möglichst guter Lebensqualität.
- **Verbleib in der eigenen Häuslichkeit** - Vermeidung von Krankenhausaufenthalten

**Wir müssen m.E. bei der Rehabilitation von dementiell Erkrankten weitere Aspekte berücksichtigen – wegen ihrer erheblichen Auswirkungen :**

- Andauernde **Reduzierung bzw. Beseitigung von belastenden Symptomen** im Kontext der Demenz, neuropsychiatrischen Symptome und auch Depressivität. Dazu gehört auch:
  - > **eine von den Betroffenen akzeptierten Tagesstruktur** mit einer angemessenen und befriedigende **Beschäftigung**;
  - > **Ermöglichung/Aufrechterhaltung einer gelingenden Kommunikation, eines Miteinanders im familiären/sozialen Kontext**

## Tagesstruktur, Tag-Nacht-Rhythmus – als Aufgabe der Mobilen Reha

- **Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus** - oft verbunden mit Unruhe, Getriebensein, Angst und dann der Unfähigkeit, tagsüber an Aktivitäten teilzunehmen.
- **Überforderung für betreuende Angehörige** - hier liegt ein häufiger Grund für Heimeinweisungen.

„Leere“, nicht gestaltete Zeit bedeutet für viele Menschen mit Demenz eine hohe Belastung. Eine angemessene Tagesstruktur mit klarer Gestaltung von Freizeit, Beschäftigung und Begleitung tragen zum Wohlbefinden und zum Vermeiden von Stresssituationen wesentlich bei.

## Forts.: Tagesstruktur, Tag-Nacht-Rhythmus

- Wenn die **Bahnung einer angemessenen Tagesstruktur ein wichtiges, teilhaberelevantes Reha-Ziel** ist, hat das MoRe-Team über die gesamte Zeit der Reha die Möglichkeit:
  - **Multiprofessionell > Patientenbeobachtung:** was hilft dem Betroffenen für einen adäquaten Tag/Nacht-Rhythmus? Welche Angebote sind erfolgreich, welche nicht, biografische Ansatzpunkte? Wo liegen **Vorlieben, wo Abneigungen für eine Beschäftigung?**
  - Das Team muss seine **Erfahrungen zusammentragen**, reflektieren und **Empfehlungen für eine angemessene Gestaltung der Tagedstruktur** formulieren.
  - **Einbeziehung der Angehörige: Information** entlang der erarbeiteten (möglichst schriftlichen) Empfehlungen, deren Vermittlung, Beratung, Anleitung und Erprobung.

Eine „angemessene Tagesstruktur“ ist individuell unterschiedlich. - Die Betroffene sollen sich möglichst lange selbst „beschäftigen“ können, d.h. keine ständige direkte Begleitung benötigen.

## Angemessene Kommunikation - als Aufgabe der Mobilen Reha

Eine **nicht verständliche Kommunikation**, oder eine korrigierende, zurechtweisende und **konfrontative Kommunikation stellt** eine erhebliche Belastung dar. Konfrontation von MmD wird leicht als Aggression und Entwertung wahrgenommen.

- Folgen sind: **Rückzug, Desorientierung und/oder Unruhe, Aggressionen und auffälliges, „herausforderndes“ Verhalten** – was wiederum Partner, die Familie, das soziale Umfeld erheblich belastet – ein sich verstärkender Kreislauf.
- **Bestätigende (validierende) und konfliktvermeidende Kommunikationsformen mit Verzicht auf Kritik, Gegenargumentation oder Konfrontation mit Fehlern.**
- **Verständnis für Sichtweisen und Wünsche d. Kranken.**
- **Angepasster Kommunikation** (klare Aussagen, kurze Informationen u.a.)
- **Wahl geeigneter Inhalte - vertraute Themen, biografisch** oder aktuell verankert, unterstützt durch Bilder, Fotos, Bücher, vertraute Tätigkeiten und Objekte). - u.a.m.

- Erlebt das Reha-Team vor Ort eine **„problematische“ Kommunikation zwischen Betroffenen und Angehörigen** - ergibt sich heraus ein **„rehabilitativer Auftrag“**?
- **Reha-Ziel: Unterstützung einer angemessenen Kommunikation, die alle Beteiligten entlastet** - nicht nur während der Reha, sondern auch nachhaltig.
- **Assessment - Patientenbeobachtung:** welche Formen der Kommunikation, welche Umstände, welche Themen sind **individuell für diesem Patienten** geeignet, worauf reagiert er positiv, wo ergeben sich biografische Ansatzpunkte, welche Vorlieben, welche Abneigung usw. ?
- **Was kann den Angehörigen vermittelt werden?**
- Team muss seine **Erfahrungen zusammentragen** und **Empfehlungen für eine angemessene Kommunikation** formulieren.
- **Information und Beratung der Angehörige** entlang der erarbeiteten Empfehlungen, Anleitung und Erprobung.

## Was sind die Stärken der mobilen Rehabilitation bei dementiell erkrankten geriatrischen Menschen?

- Bei **MoRe** stehen **adaptive Strategien im Vordergrund**. Nicht nur behandeln im vertrauten Umfeld/ im Kontext - sondern **Mitgestalten des Kontextes ermöglicht für viele MmD überhaupt erst eine positive Reha-Prognose und verbessert Reha-Ergebnisse in Hinblick von Aktivitäten und Teilhabe**.
- MoRe kann die Defizite und Ressourcen erkennen. Dazu auch die **demenzbedingte Beeinträchtigungen**, die damit verbundenen Probleme im Alltag und ihre Auswirkungen auf Gesundheit, Funktionsfähigkeit und Teilhabe und auf die familiären und sozialen Beziehungen.
- **Aspekte wie dysfunktionale Kommunikation, Überforderung im Alltag, Störungen des Tag-Nachtrhythmus und andere demenzbedingte Beeinträchtigungen können erfasst und Lösungswege erarbeitet werden**.
- **Die Priorisierung der Ziele entlang Alltagsrelevanz** unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorstellungen der Betroffenen und der versorgenden Bezugspersonen.



- **Aufgrund der gesammelten Erfahrungen vor Ort können alltagsrelevante Empfehlungen für die weitere Betreuung und Versorgung** nach Ende der Rehabilitation entwickelt und an die Bezugspersonen bzw. betreuenden Dienste weitergegeben.
- Die **Beratung, Unterstützung und ggfs. Schulung von An- und Zugehörigen** hinsichtlich Belastungen, Überforderungen u.a. vor Ort stützt die häusliche Versorgung. **Zugleich kann die Versorgung optimiert werden.** - Damit ggfs. Vermeidung von Heimunterbringungen.

Vielen Fragen für ein standardisiertes rehabilitatives Vorgehen bei Demenz sind noch offen. Insofern versteht sich dieser Beitrag als vorläufig. Weitere Überlegungen – gestützt auf die Erfahrungen und Diskussionen der MoRe-Teams – sind nötig.

Die bisherigen Überlegungen beziehen sich vor allem auf die mobile Reha in der Privatwohnung. Für die Mobile Reha in der stationären Pflege sind noch weitere konzeptionelle Überlegungen und Entwicklung von Vorgehensweisen notwendig.

**Vielen Dank für die  
Aufmerksamkeit**

**Martin Warnach**  
[martin.warnach@gmail.com](mailto:martin.warnach@gmail.com)