



Holthoff-Detto, V./ Reuster, T./ Schützwohl, M. ERGODEM Häusliche Ergotherapie bei Demenz



zum Bestellen hier klicken

by naturmed Fachbuchvertrieb

Aidenbachstr. 78, 81379 München

Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157

Email: info@naturmed.de, Web: <http://www.naturmed.de>

Inhaltsverzeichnis

1	Medizinische Einführung	11			
	<i>V. Holthoff</i>				
1.1	Allgemeiner Hintergrund	11	1.4	Anamnestisches Erstgespräch und Erkrankungsstadien	17
1.2	Wann liegt eine Demenz vor?	12	1.5	Nichtmedikamentöse Therapiekonzepte bei Demenzerkrankungen	18
1.3	Primäre Demenzformen und ihr Erscheinungsbild	13	1.6	Ergebnisse der ERGODEM-Studie ...	19
1.3.1	Alzheimer-Krankheit (AD)	14	1.7	Indikation für häusliche Ergotherapie und Aufklärungsgespräch	20
1.3.2	Gemischte Demenz	15			
1.3.3	Vaskuläre Demenz (VD)	15			
1.3.4	Frontotemporale Demenz (FTD)	15			
1.3.5	Lewy-Körperchen-Demenz	16			
1.3.6	Demenz bei Morbus Parkinson	16			
2	Ergotherapie im häuslichen Umfeld	24			
	<i>J. Eisold, S. Lauschke</i>				
2.1	Formale Voraussetzungen	24		Behandlungsort	25
2.1.1	Allgemeine Grundlagen	24		Behandlungsfrequenz	25
2.1.2	Hinweise zur Verordnung der ERGODEM-Intervention	24		Regelbehandlungszeit einer Therapieeinheit	26
	Behandlungsindikation	24	2.2	Voraussetzungen und empfohlene Qualifikationen für Ergotherapeuten	26
	Behandlungsumfang	25			
3	Klientenzentrierung in der Behandlung von Demenzerkrankten	28			
	<i>S. Lauschke, T. Reuster</i>				
4	Die ERGODEM-Intervention	31			
4.1	Kontaktphase	31	4.2	Befunderhebung	36
	<i>J. Eisold</i>			<i>F. Marks</i>	
4.1.1	Allgemeine Hinweise zur Gesprächsführung	31	4.2.1	Vorbereitung des COPM-Interviews ...	36
4.1.2	Der telefonische Erstkontakt	31	4.2.2	Durchführung des COPM-Interviews ..	37
4.1.3	Das therapeutische Erstgespräch	32		Die Betätigungsanliegen	39
	Mögliche Herausforderungen	32		Die Wertung der Wichtigkeit	39
	Rahmenbedingungen	33		Auswahl von Betätigungsanliegen für den Behandlungsplan	40
	Gesprächsbeginn und Aufklärung über die Intervention	33		Die Bewertung von Performanz und Zufriedenheit (Prämessung)	41
	Erste diagnostische Maßnahmen	34	4.2.3	Abschließende Anmerkungen	41

4.3	Interventionsphase	42			
	<i>F. Marks, J. Eisold, S. Lauschke</i>				
4.3.1	Betätigungsanalyse und Zieldefinition .	42			
	Betätigungsanliegen: „Selbstständiges Bedienen der Waschmaschine“	42			
4.3.2	In ERGODEM häufig eingesetzte Techniken und Methoden	44			
	Psychoedukation	45			
	Affolter-Konzept	46			
	Wohnraumberatung und Wohnraumanpassung	46			
				Hilfsmittelberatung, -versorgung, -anpassung und -training	48
				Maßnahmen zur Realitätsorientierung	48
			4.3.3	Abschließende Anmerkungen	49
			4.4	Beurteilung des Behandlungserfolgs und Abschluss der Intervention	49
				<i>F. Marks</i>	
			4.4.1	Abschlussbewertung (Postmessung) ...	49
			4.4.2	Zeitpunkt der Abschlussbewertung	50
			4.4.3	Interpretation der Messwerte	50
			4.4.4	Das Ende der Behandlung	51
			4.4.5	Der Abschlussbericht	51
5	Rückmeldungen zur ERGODEM-Intervention	53			
5.1	Rückmeldungen von Klienten und pflegenden Angehörigen zur ERGODEM-Intervention	53			
	<i>A. Gerner, K. Marschner</i>				
5.2	Rückmeldungen der Studienergotherapeuten	54			
	<i>S. Lauschke, J. Eisold, S. Meyer, L. Jurjanz</i>				
			5.2.1	Beziehungsgestaltung	54
			5.2.2	Psychoedukative Beratung	55
			5.2.3	Erarbeitung der Interventionsziele und Behandlungsstrategie	55
			5.2.4	Alltagstransfer	56
			5.2.5	Abschlussphase	56
			5.2.6	Therapieumfang/-dauer	57
6	Fallberichte	58			
6.1	Betätigungsbereich: Selbstversorgung	58			
6.1.1	Fall 1	58			
	<i>F. Marks</i>				
	Ärztliche Anamnese	58			
	Einleitung	58			
	ERGODEM-Intervention	59			
	Beurteilung des Behandlungserfolgs und Abschluss der Intervention	63			
6.1.2	Fall 2	64			
	<i>S. Lauschke</i>				
	Ärztliche Anamnese	64			
	Einleitung	64			
	ERGODEM-Intervention	65			
	Beurteilung des Behandlungserfolgs und Abschluss der Intervention	70			
6.2	Betätigungsbereich: Produktivität ..	70			
6.2.1	Fall 3	70			
	<i>J. Eisold</i>				
	Ärztliche Anamnese	70			
	Einleitung	71			
	ERGODEM-Intervention	71			
	Beurteilung des Behandlungserfolgs und Abschluss der Intervention	77			
			6.2.2	Fall 4	78
				<i>S. Lauschke</i>	
				Ärztliche Anamnese	78
				Einleitung	78
				ERGODEM-Intervention	79
				Beurteilung des Behandlungserfolgs und Abschluss der Intervention	84
			6.3	Betätigungsbereich: Freizeit	85
			6.3.1	Fall 5	85
				<i>J. Eisold</i>	
				Ärztliche Anamnese	85
				Einleitung	85
				ERGODEM-Intervention	85
				Beurteilung des Behandlungserfolgs und Abschluss der Intervention	89
			6.3.2	Fall 6	90
				<i>F. Marks</i>	
				Ärztliche Anamnese	90
				Einleitung	90
				ERGODEM-Intervention	92
				Beurteilung des Behandlungserfolgs und Abschluss der Intervention	96

7	Alltagshilfen und mögliche Therapieinhalte für Menschen mit Demenzerkrankungen	97
	<i>J. Eisold, S. Lauschke, F. Marks, A. Gerner, S. Meyer</i>	
7.1	Bereich: Selbstversorgung	97
7.1.1	Eigene körperliche Versorgung	97
	OPP: Selbstständig regelmäßig die Toilette benutzen	97
7.1.2	Mobilität	97
	OPP: Im eigenen Haus sicher Treppen steigen	97
	OPP: Einmal wöchentlich selbst mit dem Bus in die nahegelegene Kleinstadt fahren .	97
7.1.3	Regelung persönlicher Angelegenheiten	98
	OPP: Mithilfe eines Medikamentenplanes weiterhin einmal wöchentlich Medikamente selbst setzen	98
	OPP: Einen Überblick über die täglich anstehenden Termine/Besuche haben	98
7.2	Bereich: Produktivität	99
7.2.1	Haushaltsführung	99
	OPP: Selbstständig kleine Wäsche (Unterwäsche, Taschentücher usw.) erledigen können	99
	OPP: Wie früher eine Freundin zum Kaffeetrinken einladen	99
	OPP: Kaffeekochen für das Frühstück	100
	OPP: Selbstständig nach dem Abwaschen das Geschirr in die Küchenschränke einsortieren	100
	OPP: Regelmäßig im Garten tätig sein ...	100
7.3	Bereich: Freizeit	101
7.3.1	Ruhige Erholung	101
	OPP: Sich einmal am Tag mit einem Kreuzworträtsel beschäftigen	101
	OPP: Sich wieder mit dem Computer beschäftigen (z. B. E-Mails und Spiele) ...	102
	OPP: Wieder Handarbeiten ausführen ...	102
	OPP: Wieder mit der eigenen Kamera fotografieren	103
7.3.2	Soziales Leben	103
	OPP: Wieder mit den Kindern telefonieren	103
8	Anhang	104
	Sachverzeichnis	107

Vorwort

Liebe Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, liebe Leserinnen und Leser,

die Herausgeber und Autoren dieses Leitfadens freuen sich und sind stolz darauf, Ihnen einen evidenzbasierten, aus klinisch-wissenschaftlicher Forschung hervorgegangenen manualisierten Leitfaden für eine zeitgemäße ergotherapeutische Behandlung vorlegen zu können: erstmalig konnte die ERGODEM-Studie im deutschsprachigen Raum eine klinische Wirksamkeit bei der Behandlung von Menschen mit leichter und mittelgradiger Demenz und ihren pflegenden Angehörigen nachweisen.

Bei der Planung und Konzeption dieses Leitfadens haben wir uns von einigen Grundgedanken und Prinzipien leiten lassen, die für sein Verständnis hilfreich sind:

- Neue und in unserer durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten ERGODEM-Studie gewonnene wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich der nachgewiesenen Wirksamkeit dieser ergotherapeutischen Intervention sollten einem breiten professionellen Anwendungsbereich und dadurch den Betroffenen zugutekommen.
- Die Therapie betrifft den an Demenz Erkrankten, aber ebenso seinen betreuenden Angehörigen, weil nicht nur die Erfahrung, sondern auch weltweite Forschung gezeigt hat, dass und wie sehr auch die Angehörigen körperlich und psychisch in dieser Situation leiden, echte Krankheitssymptome entwickeln und das Miteinander in der häuslichen Situation dadurch erschwert werden kann. Auch sie profitieren von der ergotherapeutischen Intervention.
- Die Berücksichtigung der aktuellen deutschsprachigen und internationalen ergotherapeutischen Literatur, Konzepte und Modelle einschließlich MOHO, CMOP und CMOP-E (MOHO: Model of Human Occupation, CMOP: Canadian Model of Occupational Performance, CMOP-E: Canadian Model of Occupational Performance and Engagement) sollte einerseits einen Ansatz

auf der Höhe der Zeit sichern; sie sollte uns andererseits aber methodisch nicht beengen. Im kanadischen Modell fanden wir die klientenzentrierte Strategie am überzeugendsten ausgearbeitet und mit dem Assessment COPM lag ein einschlägiges Nutzerinstrument vor, das auch in diesem Leitfaden unter der Voraussetzung einer entsprechenden Schulung verwendet wird.

ERGODEM war eine unabhängige Studie, die von mehreren psychiatrischen Zentren unter Leitung der Herausgeber von 2008 bis 2011 erfolgreich durchgeführt wurde. Dies gelang nur aufgrund einer engen und kollegialen wissenschaftlichen Zusammenarbeit mit den ERGODEM-Teams in Leipzig (Gabriele Elitzer, Annetkatrin Hempel, Anke Jakob, Birgit Littmann und Susan Markert unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Kallert) und Ulm/Günzburg (Marcella Böhm, Sandra Kugelmann, Katharina Lukschanderl und Claudia Schifczyk unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Becker).

Zu dem Team des Studienzentrums Dresden gehörten neben den Herausgebern und Autoren des Manuals folgende Kolleginnen und Kollegen, ohne die ERGODEM nicht möglich geworden wäre und für deren Mitarbeit und Unterstützung wir sehr dankbar waren: Birgit Berger, Silke Bessert, Anne-Dore Eichler, Rainer Koch, Josef A. Nees, Kathrin Stelzner und Brit Wulsten.

Die ERGODEM-Studie wurde vom Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE e.V.) mit Interesse verfolgt. Der DVE hat uns auch mit hilfreichen Hinweisen und der Vermittlung kompetenter Traineeinnen für unsere Studien-Ergotherapeuten in klientenzentrierter gerontopsychiatrischer Ergotherapie unterstützt. Dem Verband und namentlich seinem Vorsitzenden Arnd Longrée sowie dem Vorstandsmitglied für Standards und Qualität Sabine George sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Dank schulden wir auch den Lehr-Ergotherapeutinnen Frau Wiebke Flotho (MSc) und Frau Ellen Romein (MSc), die auf der Basis unserer Vorstellungen für

ein kompetentes Training der Studien-Ergotherapeuten gesorgt haben.

Am dankbarsten sind wir unseren Studien-Ergotherapeuten. Wir waren außerordentlich beeindruckt von ihrem Engagement und ihrer Kreativität in der ERGODEM-Studie. Durch sie haben wir gelernt, was „Befähigung“ (enablement) im Kontext einer häuslichen Therapie eines an Demenz Erkrankten und seiner Angehörigen bedeutet und wie multimodal auf unterschiedlichen Ebenen gute Ergotherapeuten therapeutisch agieren. (Ergotherapeuten verfügen offenbar nicht nur über einen „three-track mind“, wie Maureen Fleming 1991 behauptete, sondern vielmehr, wenn auch zu selten gewürdigt, über einen „multi-track mind“). Überhaupt war es ein Kennzeichen der ERGODEM-Studie, dass psychiatrische Kliniker, Wissenschaftler und Ergotherapeuten fruchtbar zusammenarbeiten konnten – eine nahezu einmalige Konstellation. Allen diesen Ergotherapeuten sei aufs Herzlichste gedankt; einige von ihnen trugen die Hauptlast der inhaltlichen Kapitelgestaltung. Unschätzbar wertvoll war aber auch die Koordination und uneigennützig Unterstützung der Autoren durch die wissenschaftlichen ERGODEM-Mitarbeiterinnen Dr. Luisa Jurjanz und Dipl.-Psych. Kira Marschner. Schließlich danken wir dem Georg Thieme Verlag, der durch Frau Daniela Ottinger und Frau Eva Grünewald ermutigend, unterstützend und in angenehm konstruktiver Atmosphäre dieses Projekt begleitete.

Herausgeber und Mitautoren wünschen Ihnen, dass dieser Leitfaden Ihre ergotherapeutische Arbeit mit an Demenz erkrankten Klienten und ihren betreuenden Angehörigen erleichtert und zu dem Erfolg führt, den Klienten, Angehörige und nicht zuletzt Sie als engagierte Ergotherapeuten verdienen.

Dresden, im April 2013

Vjera Holthoff
Thomas Reuster
Matthias Schützwohl

Anmerkung der Herausgeber: In der Regel wurden im Rahmen allgemeiner Formulierungen, auch wenn Personenbezeichnungen für beiderlei Geschlecht gelten, aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männlichen Sprachformen verwendet.

ERGODEM ist als deutsche Marke angemeldet.

6 Fallberichte

6.1 Betätigungsbereich: Selbstversorgung

Anmerkung: Die Namen der Klienten und pflegenden Angehörigen wurden redaktionell geändert.

6.1.1 Fall 1

Falk Marks

Ärztliche Anamnese

In unserer Sprechstunde stellte sich der 74-jährige Bertram Wagner in Begleitung seiner Lebensgefährtin Gertrud Reichenbach vor. Frau Reichenbach übernahm schnell das Anamnesegespräch für ihren Mann, berichtete von Gedächtnisstörungen und Wortfindungsstörungen, aber auch und insbesondere von Verschlechterungen der Feinmotorik sowie Problemen beim Gehen, er brauche mittlerweile einen Rollator.

Auf explizit an den Patienten gerichtete Nachfrage ergänzte dieser, dass die Wortfindungsstörungen ihn extrem verunsicherten und ihn zudem sehr störe, dass er nicht mehr gut schreiben könne.

Als Begleiterkrankungen lagen Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie vor.

In der durchgeführten neuropsychologischen Testdiagnostik waren kognitive Defizite in mehreren der getesteten Bereiche auffällig auf dem Niveau einer mittelgradigen Demenz.

Da in der cMRT mehrortige gliäre Marklagerläsionen – vermutlich mikroangiopathischer Genese – zur Darstellung kamen, sich die Symptomatik laut Anamnesegespräch stufenweise verschlechtert hatte, von Tag zu Tag fluktuierte und auch neurologische Symptome in Form von Gangunsicherheit und Störungen der Feinmotorik vorlagen, wurde die Diagnose einer mittelgradigen vaskulären Demenz gestellt.

Bezüglich der Gangstörung wurde eine physiotherapeutische Beübung empfohlen, zusätzlich wurde als nichtmedikamentöse Therapiemaßnahme der vaskulären Demenz eine häusliche Ergotherapie veranlasst.

Einleitung

Der hier beschriebene Fall zeigt die Besonderheiten der ergotherapeutischen Behandlung eines an Demenz erkrankten Klienten sowie seiner pflegenden Angehörigen (PA) unter Anwendung der klientenzentrierten ERGODEM-Intervention. Die Erwartungen beider waren so hoch, dass sie als unrealistisch bezeichnet werden mussten und ihre mangelnde Krankheitseinsicht stellte hohe Anforderungen an die fachlichen Fähigkeiten des Therapeuten.

- Anzahl der Interventionseinheiten: 12
- Betätigungsbereich nach COPM:
 - Selbstversorgung
 - Regelung persönlicher Angelegenheiten
 - Mobilität

Der Bereich *Selbstversorgung* umfasste folgende Betätigungsanliegen:

- Selbstständiges Aufstehen aus dem Bett
- Selbstständiges Aufstehen vom Stuhl
- Wiedererlernen des Schreibens – konkret selbstständiges Schreiben der eigenen Unterschrift

Das letztgenannte Anliegen soll Inhalt der Fallbeschreibung sein.

Neben dem hier beschriebenen Bereich der *Selbstversorgung* war auch der Bereich der *Freizeit* Teil des Behandlungsprozesses.

- Eingesetzte Instrumente:
 - COPM in Verbindung mit den differenzierten Betätigungsbeispiel-Komplexen im Anhang des Begleitheftes zum COPM
 - Arbeitsblätter zur Erstellung eines Tätigkeitsprofils von Klient und PA
- Eingesetzte therapeutische Methoden:
 - Wohnraumbesichtigung
 - Psychoedukation
 - zur Einschätzung der motorischen Einschränkungen: Neutral-0-Durchgangsmethode im Zusammenhang mit einer Betätigungsanalyse
 - Training und Erwerb von vorhandenen und verlorengegangenen Fähigkeiten anhand von Elementen aus dem Affolter-Konzept sowie aus der Spiraldynamik®
 - Methoden/Übungen zum Erhalt der Selbstständigkeit im Alltag

- Übungen aus dem lebenspraktischen Bereich
- Umweltsanpassung
- Anwesenheit:
 - Klient, PA (Lebensgefährtin), Ergotherapeut

Allgemeines

Der Klient Bertram Wagner war zum Zeitpunkt der Behandlung 74 Jahre alt. Bis zu seiner regulären Altersberentung arbeitete er als Wirtschaftskaufmann in einem Chemiebetrieb. Er hatte zwei erwachsene Söhne aus einer vorherigen Partnerschaft, welche in der näheren Umgebung wohnten und zu denen Kontakt bestand. Der Klient erschien freundlich, zugewandt sowie von ruhigem Wesen und zeigte sich interessiert an der ergotherapeutischen Behandlung. Er litt an einer mittelgradigen vaskulären Demenz, an motorischen Defiziten sowie an einer Ataxie, so dass er beim Aufstehen vom Stuhl bzw. aus dem Bett Hilfe und beim Gehen einen Rollator benötigte. Es bestanden ferner deutliche feinmotorische Defizite beider Hände. Er war adipöser Statur und auch dadurch in seiner Bewegungsfähigkeit eingeschränkt.

Die PA Gertrud Reichenbach war die einige Jahre jüngere Lebensgefährtin des Klienten. Beide lebten zum Zeitpunkt der Behandlung bereits 25 Jahre zusammen. Bis etwa 2 Jahre vor Beginn der Behandlung lebte das Paar gemeinsam in einer Mietwohnung am Rande einer Großstadt. Danach zogen sie in ein modernes Einfamilienhaus innerhalb eines Straßendorfes. Bei der PA fiel mir ihre eher wenig empathische Haltung gegenüber dem Klienten auf und dass sie zunächst sehr hektisch wirkte. Von der ergotherapeutischen Behandlung erwartete sie eine deutliche und nicht an der Realität der Defizite orientierte Verbesserung der motorischen Fähigkeiten des Klienten. Im Verlauf der Behandlung war immer wieder zu spüren, dass die Motivation der PA während der ERGODEM-Intervention in der Regel von ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen geleitet war und sie dabei wenig auf die des Lebenspartners zu schauen schien. Die PA hatte erwachsene Kinder aus einer geschiedenen Ehe, die in einer 400 km entfernten Stadt lebten. Auch zu diesen Kindern bestand Kontakt.

ERGODEM-Intervention

Kontaktphase – Therapeutisches Erstgespräch

Therapieeinheit 1

Das moderne Einfamilienhaus des Ehepaares lag in einer landschaftlich sehr reizvollen Gegend und war von einem gepflegten Garten umgeben. In der näheren Umgebung gab es keinerlei Infrastruktur in Form von Einkaufsmöglichkeiten, Ärzten oder Dienstleistungen (z. B. Friseur). In die nächste Stadt führte eine selten fahrende Buslinie, so dass das Paar im Alltag auf das Auto angewiesen war. Die Wohnung selbst konnte nur über einige Treppenstufen erreicht werden.

Der erste Eindruck im privaten Umfeld des Klienten und der PA barg viele richtungsweisende Informationen. Mir fiel auf, dass das Ehepaar sowohl in seinem äußeren Erscheinungsbild als auch mit Blick auf den Pflegezustand der Wohnung eher nachlässig wirkte, was ich als Zeichen einer Überlastung wertete. Da das Paar in einer landschaftlich ausgesprochen schönen Gegend lebte, plante ich gleich zu Beginn die Gelegenheit zu nutzen, dies zum Ausdruck zu bringen. Einigermaßen verblüfft war ich dann allerdings, als mir nach einer knappen Begrüßung an der Haustür die PA ihren Lebensgefährten mit den Worten „Hier ist der Patient“ entgegenschob und der Kontakt recht verhalten verlief. Der Klient saß mit einem freundlichen Gesicht völlig wortlos dabei, als die PA ihre Ausführungen machte. Nachdem ich aufmerksam zugehört und dabei immer wieder auch den schweigenden Klienten angeschaut hatte, kommentierte ich dann doch noch, wie geplant, die schöne Umgebung, in die das Paar vor zwei Jahren gezogen war. Das löste bei beiden Freude aus und die Atmosphäre wurde insgesamt gelöster.

Ich vermied anfangs sehr bewusst alle Themen, welche mit der bevorstehenden Behandlung in Verbindung standen, da es sich abzeichnete, dass hohe Erwartungen zu einer intensiven Auseinandersetzung mit den Zielen führen würden. Ich entschied mich, zunächst das therapeutische Interesse an beiden Personen in den Vordergrund zu stellen. Ich bekam Kaffee und Kuchen angeboten und befragte während des Kaffeetrinkens das Paar nach seinem Lebenshintergrund. Dabei kamen wir intensiv in ein Gespräch, so dass ich in angemessener Form auch von mir selbst berichtete. Ich gewann den Eindruck, dass eine partnerschaftliche

Haltung hier besonders früh für das Paar greifbar gemacht werden musste, um zusammen arbeiten zu können. Ich denke, dass die Entscheidung, eine therapeutische Nähe zuzulassen, in der Intimität des häuslichen Umfelds schneller fällt als bei einer Therapie außer Haus. Sie gehört zu den sensiblen Punkten der Behandlung. Die therapeutische Haltung ist mit einem Abstand verbunden, der bei aller Empathie einen beständigen objektiven Blick auf die Therapie gewährleisten sollte. Selbstverständlich kann der Therapeut bei vertrauensvollen Gesprächen durchaus auch affektiv sehr stark besetzte Themen berühren und es ist seine Aufgabe, diese empathisch und stützend zu begleiten.

Bereits beim Erstkontakt wurde mir deutlich, dass die PA eine sehr dominante Rolle in der Beziehung einnahm und ihr Mann schon allein durch ihr beständiges Mitteilungsbedürfnis keine Gelegenheit hatte, sich in das Gespräch einzubringen. Ich betonte in diesem Fall daher bei der folgenden Erläuterung der Verfahrensweise mit dem COPM sowie dem Interview, dass dazu die Ansichten beider notwendig würden und beide daher gleichberechtigte Gesprächspartner seien. Dabei vermied ich wertende Worte und hielt die Therapieziele völlig offen, obwohl die PA sehr vehement eine Behandlung der motorischen Defizite ihres Mannes einforderte, die ich zu dem Zeitpunkt nicht weiter kommentierte. Für den ERGODEM-Therapeuten kann immer wieder eine Situation entstehen, die ihm eine vermittelnde Qualität der Interaktion innerhalb der partnerschaftlichen Beziehung abverlangt und es ist wichtig, dann nicht in eine reglementierende Haltung zu fallen.

Da der Erstkontakt die Besichtigung der Wohnung beinhaltete, musste ich beide auch mit diesem Anliegen konfrontieren. Die Bereitschaft, mit der mir das gesamte Haus gezeigt wurde, signalisierte mir deutlich, dass ich einer vertrauensvollen Basis für das weitere Arbeiten näher gekommen war. Die Wohnung erstreckte sich innerhalb des Hauses auf drei Ebenen, welche durch Treppen miteinander verbunden waren. Der Kellerbereich besaß eine kleine Werkstatt, einen Raum mit einem Lauftrainer, den Heizungsraum sowie Vorratsräume. Im Erdgeschoss befanden sich die Diele, das Wohnzimmer mit Ausgang zur Terrasse/Garten, die Küche sowie eine kleine Toilette. Im Obergeschoss lagen das Schlafzimmer, das Bad mit Dusche und Toilette sowie das Arbeitszimmer. Das Haus war mit vielen Möbeln vollgestellt und machte einen eher unübersichtlichen Eindruck.

Ferner fielen eine Reihe von weiteren Gefahrenquellen für den gehbehinderten Klienten auf, wie lose Teppichbrücken, fehlende Handläufe an der Treppe zum Keller und an den Stufen vom Haus zur Straße.

Mit dem Ausblick, dass die nächsten Einheiten mit der Durchführung des COPM-gestützten Interviews ausgefüllt sein würden, verabschiedete ich mich. Als „Hausaufgabe“ hinterließ ich noch zwei Arbeitsblätter zur Erfassung eines Tätigkeitsprofils über einen vollen Tag des Klienten und seiner PA mit dem Hinweis, dass das Ausfüllen bis zur nächsten Einheit zwar freiwillig sei, aber für uns alle einen guten und schnell erfassbaren Überblick über den Verlauf eines typischen Tages darstellen würde. Dennoch kann an diesem Punkt auch mit der Bitte um ein Tätigkeitsprofil gewartet werden, wenn der Therapeut den Eindruck gewinnt, dass eine solche Aufgabe als zu belastend oder zu persönlich gewertet werden könnte. Dann könnte er stattdessen ein wenig konkreter vom Therapieablauf berichten, um diesen damit für das Paar greifbarer zu machen.

Befunderhebung (2. – 4. Therapieeinheit)

In der zweiten bis vierten Therapieeinheit führte ich die Befunderhebung durch und nahm zu Beginn hierzu die von der PA sehr detailliert ausgefüllten Tätigkeitsprofile zu Hilfe. Diese umfassten einen vollständigen Tagesablauf des Paares und boten mir einen guten Einblick in ihr alltägliches Zusammenleben. Die darin enthaltenen Fakten stellten eine gute Gesprächsgrundlage dar, bei dem es zunehmend gelang, auch den Klienten einzubinden und ihn zu Wort kommen zu lassen.

Bei der nachfolgenden Auswertung der Wohnraumbesichtigung machte ich auf die Fülle an Gefahrenquellen im Haus aufmerksam und es fiel auf, wie gering die Bereitschaft der PA war, hier Veränderungen vornehmen zu lassen. Aufgrund eines Sturzes des Klienten auf der Außentreppe gelang es mittels weiterer psychoedukativer Gespräche jedoch, dass sie Kontakt zu ihrem Vermieter aufnahm, um einen Handlauf an der Außentreppe installieren zu lassen.

Während der Befunderhebung sowie der Auswertung folgte die PA zunehmend den vereinbarten Regeln des Interviews, die ich klar zum Ausdruck gebracht hatte. Hilfreich war in diesem konkreten Fall der Hinweis darauf, dass es mir darum ginge, im Interview möglichst alle anstehenden Betätigungsanliegen zu erkennen und damit einen

Tab. 6.1 Prämessung (Fall 1).

Erstbefund	Klient		PA	
	Performance1	Zufriedenheit1	Performance1	Zufriedenheit1
Verbesserung der Ausdauer bei Besuchen	6	8	4	3
Verbesserung der Gesprächsbeteiligung	7	6	3	4
Selbstständiges Aufstehen aus Bett/ Stuhl	1	3	1	3
Wieder schreiben können	2	2	2	4
Laufband benutzen können	2	2	2	5

Überblick zu erhalten, unabhängig davon, ob die Bearbeitung von uns als realistisch betrachtet würde oder nicht. Diese Äußerung wurde von der PA als Zeichen der besonderen Wertschätzung und des Interesses an ihrer Situation gewertet und motivierte sie zu einer weiteren Mitarbeit. So war es mir auch möglich, noch einmal darauf einzugehen, dass die Indikation für die ERGODEM-Intervention ärztlicherseits nicht mit dem Fokus auf die irreversiblen motorischen Defizite der unteren Extremitäten gestellt worden war, obwohl die PA weiterhin dieses Betätigungsanliegen mit einer Wichtigkeit von 10 angab.

Der Klient war, entgegen meines ersten Eindruckes beim Erstkontakt, durchaus in der Lage, dem Interview zu folgen sowie eigene Anliegen zu formulieren. Auch er beklagte seine Schwierigkeiten beim Gehen, bewertete sie aber niedriger als seine Frau. Vom Klienten kamen sehr wichtige Impulse und auch andere Ziele, als sie von der PA formuliert worden waren. Er beklagte, dass er bei Besuchen schnell in einen psychomotorischen Unruhezustand fiele, dass sein Wortschatz stetig verarme und dass er nicht mehr schreiben könne. Im Gespräch wurde dabei deutlich, dass er seine Hände wegen der Störungen in der Feinmotorik offenbar immer weniger spontan nutzte und sich wünschte, diese Fähigkeiten zu üben. Das Betätigungsanliegen „*Ich möchte wieder mit der rechten Hand schreiben können*“ wurde als einziges Anliegen sowohl vom Klienten als auch von der PA mit der Wichtigkeit 10 bewertet.

Gemeinsam wählten wir nach dem Interview fünf zu bearbeitende Anliegen aus, die wir entsprechend der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit in gekürzter Form als OPPs in das COPM-Formular eintrugen. Da für beide ein Familienfest bevorstand, erlangten die Betätigungsanliegen „*Verbesserung der Ausdauer bei Besuchen*“ sowie „*Verbesserung*

der Gesprächsbeteiligung“ die obersten Prioritäten (► Tab. 6.1).

Die Übersetzung des persönlichen Eindruckes der Parameter „Performance“ sowie „Zufriedenheit“ für eine bestimmte Betätigung in einen Zahlenwert fiel weder dem Klienten noch der PA besonders schwer. Sie benötigten keine Übersetzungshilfen, z. B. in Form von Bildern. Das hohe Maß an Übereinstimmungen in der Einschätzung der Betätigungsausführung (80%) zeigt, dass der Klient noch sehr gut in der Lage war, seine Defizite realistisch einzuschätzen.

Interventionsphase (5. – 11. Therapieeinheit)

► **Therapieeinheiten 5–7.** In den Einheiten 5 bis 7 wurden Betätigungsanliegen bearbeitet, die nicht Inhalt der Fallbeschreibung sind. Die folgenden Einheiten beziehen sich auf die Bearbeitung des Betätigungsanliegens, wieder mit der rechten Hand schreiben zu können.

► **Therapieeinheit 8.** Die Behandlung habe ich mit einer Betätigungsanalyse begonnen, an deren Beginn ein ausführliches Gespräch stand. Im Ergebnis dieses Gespräches stellte sich der Sachverhalt so dar, dass der Klient in seinem Selbstwert sehr litt, da er nicht mehr in der Lage war, eine eigene Unterschrift zu leisten. Hier spielte der Aspekt seiner beruflichen Biografie eine wichtige Rolle. Als Wirtschaftskaufmann eines großen Betriebes hatte er in einer verantwortlichen Position gearbeitet und seine Unterschrift war für wichtige Entscheidungen maßgeblich gewesen. Die Tatsache, dass er jetzt nicht mehr in der Lage war, für seine eigenen Belange eine Unterschrift zu leisten, empfand er als sehr demütigend. Auch für die PA war das Gespräch aufschlussreich. Es ermöglichte

ihr einen Einblick in den Leidensdruck ihres Mannes und sie konnte dadurch die Bedeutung des Krankheitsgeschehens für ihren Mann besser erfassen. Im Verlauf zeigte sich bei der PA auch in weiteren Situationen eine zunehmende Empathie.

Im Anschluss an das Gespräch bat ich den Klienten, etwas auf einen vorbereiteten Bogen Papier zu schreiben. Hierbei zeigte sich, dass er nicht in der Lage war, Bögen zu zeichnen. Auch eine Vorwärtsbewegung im Sinne des Schreibens war ihm nicht möglich. Die Schreibversuche des Klienten äußerten sich in eng beieinanderliegenden Auf- und Abwärtsstrichen. Dabei zeigte sich in der Schreibhand sowie im Arm eine hohe Muskelanspannung, die ich als ersten Schritt der Therapie anging. Mit einer speziellen Bewegungsübung (BWÜ) aus dem Konzept der Spiraldynamik® ließ sich diese Verkrampfung lösen.

Anhand der „SMART-Regeln“ definierten wir zum Ende der Therapieeinheit gemeinsam das COPM-Therapieziel *„Der Klient erlernt bis zum Ende der ERGODEM-Intervention das Schreiben seiner Unterschrift mit der rechten Hand“*, aus dem im weiteren Behandlungsverlauf gemeinsam die Teilziele für die jeweilige Therapieeinheit definiert wurden. Im abschließenden Gespräch äußerte sich die PA skeptisch über einen möglichen Behandlungserfolg, und auch der Klient war traurig, als er sich erneut mit seinen Defiziten konfrontiert sah. Ich konnte den Sorgen beider damit begegnen, dass ich darauf verwies, dass die jetzige Analyse den momentanen Zustand verdeutlichen sollte, um eine gezielte Therapie planen zu können und in den drei folgenden Therapieeinheiten zu üben. Es bietet sich an, dies immer wieder gerade in diesen Situationen auch ungefragt klar hervorzuheben, da erfahrungsgemäß nicht alle Klienten oder PA diese Entmutigung verbalisieren. Mit einem Ausblick auf die nächste Behandlung schlossen wir diese Therapieeinheit ab.

► **Therapieeinheiten 9–11.** Die weitere Behandlung wird hier ohne die Gliederung in einzelne Therapieeinheiten beschrieben, da die Einheiten aufeinander aufbauten und in der Summe einen kontinuierlichen Verlauf darstellten.

Ich eröffnete jede Behandlung mit die Körpermitte überschreitenden Bewegungsübungen. Aufgrund der sehr engen Schreibweise des Klienten, die mir bereits in der ersten Schreibprobe aufgefallen war, entschied ich mich, große Bögen Papier vorzubereiten, welche ich mit Linien im Abstand

von 10 cm versah. Das Ganze war auf einem Flip-Chart befestigt, um eine möglichst große und übersichtliche Fläche bereitzustellen. Zum Schreiben stellte ich dicke Stifte zur Verfügung, die der Klient besser fassen und führen konnte als normale Stifte. Diese Vorbereitung und Ausrüstung löste eine unerwartete und einstimmige Begeisterung bei dem Klienten und der PA aus, da sie darin mein Engagement als Teil der individuellen ERGODEM-Intervention und die Bereitschaft, auf die Bedürfnisse beider einzugehen, erkannten.



Abb. 6.1 Klient bei einer grafomotorischen Übung.

Schrittweise gelang es dem Klienten immer besser, adäquate Schreibbewegungen auszuführen – vom Nachzeichnen einer vorgegebenen Bogenlinie über das freie Weiterzeichnen dieser Linien bis hin zum Schreiben des eigenen Namens in der Art einer Schulausgangsschrift. Auch der Zeilenabstand wurde von mir zunehmend verringert auf zuletzt 2,5 cm.

Im weiteren Verlauf der Behandlung fertigte ich eine Kopie der Unterschrift des Klienten in 8-facher Vergrößerung an, mit dem Ziel, dass er durch das Nachzeichnen dieser Vorlage den Bewegungsablauf für seine Unterschrift wieder erlernt. Diesen Versuch brach ich rasch wieder ab, da seine Unterschrift zu stark seinen pathologischen Schreibbewegungen ähnelte, so dass er wieder – ähnlich wie während der Analyse – bei Auf- und Ab-Bewegungen verharrete.

Natürlich verlief die Entwicklung des Klienten nicht linear. Die Charakteristik seiner Demenz war von Schwankungen in der Tagesform geprägt. Auch die Aktivitäten des Tages oder des Vortages

konnten die Tagesform wesentlich beeinflussen. In diesem Fall wandelte ich in Absprache mit dem Klienten und der PA das Programm ab. Die PA nahm meinen Hinweis gerne an, ein Protokoll über die Aktivitäten des Klienten sowie seine Tagesform zu führen, um damit Zusammenhänge besser erkennen zu können. Der Einsatz psychoedukativer Elemente in der ERGODEM-Intervention führte dazu, dass sich die PA darüber bewusst wurde, dass die Kenntnis dieser Zusammenhänge ihr helfen könnte, die Planung der Aktivitäten optimaler zu gestalten.

Die Bearbeitung der Zielstellung hinsichtlich des Schreibens einschließlich der Bewegungsübungen war nicht der einzige Inhalt der einzelnen Therapieeinheiten. Stets spielten Übungen zur Verbesserung des Wortschatzes eine Rolle, die ich durch ihren spielerischen Charakter gut zur Auflockerung anwenden konnte. Da in einer Therapieeinheit die Schreibübungen aufgrund von Verkrampfungen und fehlender Motivation des Klienten unmöglich wurden, füllten die Wortschatzübungen den überwiegenden Teil dieser Therapieeinheit aus. Der Klient zeigte dabei ausgezeichnete Leistungen und wertete die Therapieeinheit als Erfolg.

Auch wenn der Klient am Ende der Behandlung nicht wirklich in der Lage war zu schreiben, so wurde das eingangs formulierte COPM-Therapieziel teilweise erreicht und damit eine gute Basis für die weitere Behandlung der genannten Defizite geschaffen. Den Klienten erfüllte es mit spürbarem Stolz, wieder einen Stift zu halten und in der Art eines Schulanfängers seinen Namen schreiben zu können. Er selbst wertete das als Erfolg, und auch die PA erkannte darin eine Errungenschaft ihres Mannes.

Da die direkte Arbeit mit dem Klienten immer Defizite, aber auch Lösungswege aufzeigt, profitierte insbesondere die PA sehr deutlich von der Behandlung. Es gelang ihr, ein völlig neues Bild von den Problemen ihres Partners zu entwickeln und auch seine Bedürfnisse stärker zu gewichten. Ihre Perspektive schloss nun neben den eigenen Bedürfnissen auch die des Klienten ein. Ihre anfangs geschilderte Fokussierung auf ausschließlich motorische Defizite des Klienten nahm ich ernst, indem ich die Probleme gemeinsam mit beiden analysierte und eine Hilfsmittlempfehlung formulierte. Um darüber hinaus die Beweglichkeit des Klienten bei den Schreibübungen zu verbessern, fertigte ich einen provisorischen Sitzkeil an, der es dem

Klienten ermöglichte, selbstständig vom Stuhl aufzustehen.

Diese Maßnahmen führten zu einer ausgesprochen hohen Zufriedenheit der PA. Im Verlauf der Therapie entwickelte sie auch selbst einen neuen Blick für weitere Ziele, die sie gemeinsam mit ihrem Lebensgefährten in Angriff nehmen wollte und bei denen sie sich Erfolgsmöglichkeiten versprach.

Meine gesamte Intervention war stets darauf gerichtet, dass sowohl der Klient als auch die PA die Übungen auch ohne therapeutische Begleitung durchführen konnten, was die ERGODEM-Intervention auch explizit vorsieht. Ich ermunterte sie, die Übungen schon zwischen den einzelnen Therapieeinheiten in den Alltag zu integrieren und die ganze Maßnahme eher spielerisch anzugehen. Hierzu überließ ich ihnen für den Zeitraum der Behandlung die notwendigen Materialien. Ich erklärte dazu, dass neben dem Übungseffekt für die gemeinsame Arbeit auch wichtig sei, mögliche Schwierigkeiten dabei offenzulegen und während der folgenden Therapieeinheiten nach Lösungen zu suchen. Als weiterführende Therapie nach dem Abschluss der Intervention empfahl ich ihnen, sowohl die Schreibübungen als auch die Wortschatzübungen zu Hause und im Rahmen einer ambulanten Ergotherapie weiterzuführen.

Beurteilung des Behandlungserfolgs und Abschluss der Intervention

► **Therapieeinheit 12.** Die Bewertung der Betätigungsziele aus dem COPM-Interview innerhalb der Postmessung (► Tab. 6.2) verlief ähnlich problemlos wie die der Prämessung.

Die Veränderung der Werte für das beschriebene Betätigungsziel belegt eine deutliche Verbesserung der Performance der Betätigung sowie der Zufriedenheit von Klient und PA mit dem aktuellen Zustand. Das zeigt, dass bereits eine geringe Anzahl von Therapiestunden gemeinsam mit selbstständigen Übungen durch den Klienten und die PA einen großen Effekt erzielen kann.

Das Betätigungsanliegen „Laufband benutzen können“ wurde nicht bearbeitet, da es im Behandlungsverlauf für den Klienten und die PA an Bedeutung verloren hatte. Aus diesem Grund erfolgte hier keine Bewertung. Die dadurch gewonnene Zeit konnte zur intensiveren Bearbeitung der anderen Betätigungsanliegen verwendet werden.

Tab. 6.2 Postmessung (Fall 1).

Zweitbefund	Klient		PA	
	Performance2	Zufriedenheit2	Performance2	Zufriedenheit2
Verbesserung der Ausdauer bei Besuchen	7 (+1)	3 (-5)	6 (+2)	5 (+2)
Verbesserung der Gesprächsbeteiligung	5 (-2)	4 (-2)	6 (+3)	5 (+1)
Selbstständiges Aufstehen aus Bett/ Stuhl	5 (+4)	6 (+3)	5 (+4)	6 (+3)
Wieder schreiben können	5 (+3)	6 (+4)	6 (+4)	6 (+2)
Laufband benutzen können	-	-	-	-

Die Werte in der Klammer entsprechen der Veränderung gegenüber der Prämessung (- = Verschlechterung; + = Verbesserung; + / -0 = keine Veränderung)

Die gesamte Behandlung wurde vom Klienten und der PA als Erfolg gewertet. Beide bedauerten das Ende der Behandlung, zeigten aber gleichzeitig eine hohe Motivation, weiter aktiv an den aufgezeigten Problemen zu arbeiten.

6.1.2 Fall 2

Susanne Lauschke

Ärztliche Anamnese

Bei der Erstvorstellung sahen wir in unserer Sprechstunde die 80-jährige Helene Schubert, die sich in Begleitung ihrer Tochter Anita Beck vorstellte. Sie berichtete, ihr Altzeitgedächtnis sei tadellos, auch beim kurzfristigen Abruf habe sie nur selten Probleme – hin und wieder vergesse sie einen Termin. Psychopathologisch zeigte sich eine zeitlich desorientierte, freundliche und temperamentvolle Patientin mit mnestischen Defiziten ohne Krankheitseinsicht oder Leidensdruck. Die Tochter der Patientin, welche durch die Situation erheblich belastet schien, berichtete von vor einem halben Jahr plötzlich aufgetretenen Kurzzeitgedächtnisstörungen und zunehmender Reizbarkeit der Mutter. Sie müsse die Mutter mittlerweile fast täglich mitversorgen. Aufgrund der Anamnese mit plötzlichem Beginn der Gedächtnisstörungen, der in der cMRT dargestellten ausgeprägten chronisch mikrovaskulären Läsionen sowie unterdurchschnittlicher Befunde in der neuropsychologischen Testdiagnostik wurde die Diagnose einer vaskulären Demenz gestellt. Da eine evidenzbasierte Pharmakotherapie für dieses Krankheitsbild gegenwärtig nicht verfügbar ist, empfahlen wir die Minimierung der vaskulären Risikofaktoren und eine Ta-

gesstrukturierung durch hinzugezogene Dienste (z. B. häusliche Ergotherapie).

Einleitung

Das folgende Fallbeispiel zeigt auf, welche Schwierigkeiten in Bezug auf die angewandte Klientenzentrierung bei Patienten mit einer Demenzerkrankung auftreten können, bei denen eine eingeschränkte Krankheitseinsicht im Vordergrund steht. Es wird deutlich, wie sehr die pflegende Angehörige durch ERGODEM und die Beratung in Bezug auf Entlastungsmöglichkeiten profitieren und einen Teil ihrer Lebensqualität wiedererlangen konnte.

- Anzahl der Interventionseinheiten: 11
- Betätigungsbereich nach COPM:
 - Selbstversorgung
 - Regelung persönlicher Angelegenheiten

Der Bereich *Selbstversorgung* umfasste folgende Betätigungsanliegen:

- Einmal wöchentlich selbst Wäsche sortieren und die Waschmaschine selbst bedienen
- Einmal wöchentlich die von der PA bereit gelegte kleine Wäsche bügeln
- Mehr Freiraum für PA (1–2 Tage in der Woche Zeit für sich)

Alle Anliegen sollen Inhalt der Fallbeschreibung sein.

- Eingesetzte Instrumente:
 - COPM in Verbindung mit den differenzierten Betätigungsbeispiel-Komplexen im Anhang des Begleitheftes zum COPM
 - Arbeitsblätter zur Erstellung eines Tätigkeitsprofils von Klient und PA

- Eingesetzte therapeutische Methoden:
 - Wohnraumbesichtigung
 - Psychoedukation
 - Betätigungsanalyse
 - Methoden/Übungen zum Erhalt der Selbstständigkeit im Alltag
 - Training und Erwerb von vorhandenen und verloren gegangenen Fähigkeiten
 - Übungen aus dem lebenspraktischen Bereich
- Anwesenheit:
 - Klientin, PA (Tochter, 51 Jahre), Ehemann der Klientin (80 Jahre), Ergotherapeutin

Allgemeines

Die Klientin Helene Schubert war zum Zeitpunkt der Behandlung 80 Jahre alt. Bis zu ihrer Berentung arbeitete sie als Lehrerin. Sie hatte zwei erwachsene Töchter und einen geistig behinderten Sohn und lebte gemeinsam mit ihrem pflegebedürftigen Ehemann (zunehmende Mobilitätseinschränkungen, Sprachstörungen) in einer 3-Raum-Wohnung in der Innenstadt.

Die Teilnahme am ERGODEM-Projekt beruhte auf einer Initiative der nicht am Ort lebenden Tochter. Während der Intervention war die zweite Tochter Anita Beck anwesend, welche am Ort lebte und beide Elternteile täglich in deren Wohnung betreute.

ERGODEM-Intervention

Kontaktphase – Therapeutisches Erstgespräch

Therapieeinheit 1

Bei meiner Ankunft wurde ich sehr freundlich empfangen. Im Erstgespräch zeigte sich die Klientin jedoch deutlich distanziert und abwehrend der geplanten Intervention gegenüber. Die PA hingegen wirkte stark angespannt, nervös und emotional sehr belastet. Zusätzlich im Haushalt anwesend war der Ehemann der Klientin, welcher bereits regelmäßig durch einen Pflegedienst betreut wurde und aus gesundheitlichen Gründen nicht an der Intervention teilnehmen konnte.

Gemeinsam mit der Klientin und der PA klärte ich offene Fragen bezüglich der Erwartungen und des Inhalts der ERGODEM-Intervention. Leider zeigte sich die Klientin schon hier in einer deutlichen Abwehrhaltung gegenüber der Intervention. Sie begegnete mir als Therapeutin eher unfreundlich und ablehnend und vermittelte mir das Ge-

fühl, keine Einmischung in ihren Haushalt und ihre persönlichen Angelegenheiten zu wünschen. Die PA hingegen wirkte resigniert gegenüber der häuslichen Situation und beschrieb das Verhältnis zur Klientin als eher schwierig. Von ihrer Seite war Interesse an der Intervention vorhanden, auch wenn es ihr schwer fiel, sich eine Veränderung vorzustellen. Die PA äußerte in diesem Gespräch erste Anliegen dahingehend, dass sie sich mehr Beschäftigung sowie eine erhöhte Selbstständigkeit für ihre demenzerkrankte Mutter wünsche. Zudem sei die Entscheidung zur Bewilligung der Pflegestufe 1 über den MDK noch ausstehend, was aktuell zu einer wirtschaftlichen Unsicherheit führe, die sie sehr belaste. Mit einer Bewilligung der Pflegestufe erhoffe sie sich die Möglichkeit einer Unterbringung der Eltern in einem „Betreuten Wohnen“.

Als ich die Klientin um die Möglichkeit einer Wohnraumbesichtigung bat, äußerte sie ausdrücklich, dass sie damit Probleme habe und nicht möchte, dass jemand ihre Wohnung „begutachtet“. Ich respektierte ihren Wunsch und konnte somit nur einen ersten Eindruck der Wohnsituation im Wohnzimmer und der Küche gewinnen, da die Tür zur Küche offen stand und das Erstgespräch im Wohnzimmer stattfand. Beide Räume zeigten sich eher ungeordnet, jedoch in einem sauberen Zustand. Die PA war sehr bemüht, in engmaschigen Abständen aufzuräumen. Ich konnte Gefahrenquellen wie lose Teppiche erkennen und erfasste diese, besprach sie jedoch erst zu einem späteren Zeitpunkt mit der Klientin und der PA.

Im weiteren Verlauf erläuterte ich das Tätigkeitsprofil, welches jedoch von der Klientin abgelehnt wurde, da sie darin keinen Nutzen sah. Eine gemeinsame Besprechung des COPM-Interview-Bogens wurde von der Klientin hingegen gut angenommen und sie beteiligte sich aufmerksam, so dass ich erstmals das Gefühl hatte, einen Zugang zu ihr zu finden.

In einer kurzen Einzelsituation mit der PA am Ende der Einheit erläuterte mir diese noch einmal genauer die häuslichen Umstände im elterlichen Haushalt und gab eine enorme Überbelastung auch in Bezug auf ihre eigene persönliche Situation an. Sie beschrieb sehr deutlich die zunehmende Antriebslosigkeit der Klientin, welcher es teilweise nicht gelinge, morgens das Bett zu verlassen. Die PA empfand die Erkrankungssituation als sehr widersprüchlich, da ihre Mutter im Gespräch immer sehr klar und dominant wirke, andererseits jedoch deutliche Antriebs- und Motivationsschwierigkei-

Sachverzeichnis

A

Abschlussbericht 51
 Abschlussphase 55
 Acetylcholinesterasehemmer
 18, 70
 AD – Alzheimer-Krankheit 14
 Affolter-Konzept 46, 57
 Aktivität, motorische 19
 Alltagsfähigkeiten 12
 Alltagstransfer 55
 Altersdemenz 13
 Alzheimer-Krankheit 13–14
 Angehörige, pflegende 19
 Antidementiva 18
 Aphasie, primär-progressive
 16
 Aromatherapie 19
 Atrophie, zerebrale 14
 Autonomie, assistierte 54

B

Befunderhebung 36
 Behandlungsfrequenz 25
 Behandlungsort 25
 Behandlungsumfang 25
 Beobachtungsbogen 35
 Betätigungsanalyse 39, 44
 Betätigungsanliegen 36, 39

C

Canadian Model of Client Cen-
 tered Enablement 29
 CMOP 19
 – Fortbildung 27–28, 30
 COPM 19
 COPM-Interviewbogen 36

D

Demenz 12
 – bei Morbus Parkinson 13
 – frontotemporale 13, 15
 – gemischte 13, 15
 – ICD-10 12
 – Lewy-Körperchen 13, 16
 – Morbus Parkinson 16
 – semantische 16
 – vaskuläre 13, 15

Demenzen
 – neurogenerative 13
 – primäre 13
 Demenzformen, sekundäre 13
 Diagnosekriterien 14

E

Eigenanamnese 17
 Epilepsie 14
 Erstgespräch 32
 – Gliederung 36
 Erstkontakt, telefonisch 31

F

Fähigkeitsstörungen 24
 Fremdanamnese 17
 Funktionsstörungen 24

G

Gefährdungsquellen 34
 Gesprächsführung 31
 Global Deterioration Scale 17

H

Halluzinationen, visuelle 16
 Hämatome, chronisch sub-
 durale 13
 Handlungsschritte 42
 Heilmittel 24
 Heilmittelkatalog 24
 Hilfsmittel 47
 Hilfsmittelanpassung 48
 Hilfsmittelberatung 48
 Hilfsmitteltraining 48
 Hilfsmittelversorgung 48

I

ICD-10, Demenz 12
 Insult, ischämischer 15
 Interaktion soziale 12
 Intervention, psychoedukative
 45

K

Klientenzentrierung 28
 Kognition 12

L

Leistungserbringung 24
 Leuchtturmprojekte Demenz
 11
 Lewy-Körperchen 16
 Lewy-Körperchen-Demenz 13
 Liquorbefund, unauffälliger 14

M

MOHO, Model of Human Occu-
 pation 19
 Musiktherapie 19
 Myoklonie 14

N

NINCDS-ADRDA 14
 NINDS-AIREN-Kriterien 15
 NMDA-Rezeptorantagonisten
 18
 Normaldruckhydrozephalus
 13

O

Occupational Performance
 Problems 49
 OPI, Occupational Performance
 Issue 36
 OPP, Occupational Perform-
 ance Problem 36

P

Performanz 41
 Person-Umwelt-Beziehung 45
 Psychoedukation 45

R

Rahmenbedingungen 33
 Realitätsorientierung 19, 48

Regelbehandlungszeit 26
 Reissberg-Skalen 17
 Reminiszenzverfahren 19

S

Selbstversorgung 57
 Sinneswahrnehmung 46
 SMART-Regel 42–43, 54, 61,
 66, 81, 87
 Spiraldynamik® 57, 61
 Stimulationsprogramm, kogni-
 tives 19
 Symptomprofil 13–15, 17

T

Tätigkeitsprofil 35
 Therapie, medikamentöse 18
 Therapiekonzepte, nichtmedi-
 kamentöse 18
 Training, kognitives 19
 Treatment-as-usual 19

U

Umgebungsbedingungen 46

V

Validationsverfahren 19
 Verhalten 12
 Verlaufsform
 – frontale 16
 – frontotemporale 16
 Verordnung 24

W

Wahrnehmungsreize 46
 Wohnraumanpassung 46
 Wohnraumbegehung 34
 Wohnraumberatung 46

Z

Zieldefinition 39
 Zufriedenheit 41



**Hat Ihnen das Buch Holthoff-Detto, V./ Reuster,
T./ Schützwohl, M.
ERGODEM Häusliche Ergotherapie bei
Demenz gefallen?**

zum Bestellen [hier klicken](#)

by naturmed Fachbuchvertrieb

Aidenbachstr. 78, 81379 München

Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157

Email: info@naturmed.de, Web: <http://www.naturmed.de>