



PSY-CARE^{MANUAL}



Vorbemerkung zur Verwendung von PSY-CARE^{MANUAL}

PSY-CARE^{Manual} ist ein manualbasierter Ansatz zur Behandlung zuhause lebender älterer, pflegebedürftiger Patient*innen¹ mit Depression (Hauptdiagnosen Major Depression oder Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik). Die adressierte Patientinnengruppe umfasst dabei auch solche Patienten mit Depression, die zusätzlich kognitive Einschränkungen auf dem Level einer leichten kognitiven Störung („mild cognitive impairment“, MCI) oder eine leichte Demenz aufweisen.

PSY-CARE^{Manual} ist als Leitfaden konzipiert, der von ausgebildeten Verhaltenstherapeutinnen, optimalerweise mit gerontologischer/ geriatrischer Vorerfahrung, im Rahmen von Richtlinienpsychotherapie (Kurzzeittherapie) mit der Patientengruppe verwendet werden kann. Die Prinzipien des manualbasierten Ansatzes und weitere darin enthaltene Informationen sind innerhalb von kurzer Zeit von Verhaltenstherapeutinnen erlernbar.

Die Durchführung von Kognitiver Verhaltenstherapie mit der Patientengruppe erfordert therapeutische Flexibilität, welche die spezifischen Bedürfnisse, Ressourcen/ Defizite, sozialen Netzwerke und Wohnumwelten der Patientengruppe berücksichtigt. PSY-CARE^{Manual} erlaubt optimalerweise eine entsprechende „Anreicherung“ kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung zur Durchführung einer erfolgreichen Therapie.

Das Manual stellt kein striktes Schritt-für-Schritt, Sitzung-für-Sitzung Behandlungsmanual mit Wort-für-Wort-Anleitungen, Arbeitsblättern etc. dar. Vielmehr werden in dem Manual für die Patientengruppe spezifische Behandlungsfoki und Vorgehensweisen skizziert, welche - je

¹ Der Einfachheit halber wird abwechselnd die weibliche und männliche Form verwendet.

PSY-CARE

nach Patient und Situation, in der er sich befindet - in unterschiedlichem Maße berücksichtigt und in das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen integriert werden sollen. In diesem Sinne soll der manualbasierte Ansatz ermöglichen, kognitive Verhaltenstherapien so durchzuführen, dass sie unter weitgehender Einbeziehung der individuellen Gegebenheiten der heterogenen Patientengruppe effektiv durchgeführt werden können.

PSY-CARE^{Manual} basiert auf zwei Teilen. Im ersten Teil werden therapiephasenübergreifende Prinzipien definiert, die sich auf den therapeutischen Stil und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der Arbeit mit der Patientinnengruppe beziehen. Adressiert werden dabei Aspekte, die unmittelbar praktisch umsetzbar sind, sowie solche, die zur Selbstreflexion des eigenen therapeutischen Vorgehens einladen. Dem ersten Teil des Manuals kommt eine eigenständige Bedeutung bei, erstens aufgrund der zentralen Bedeutung der therapeutischen Beziehung für erfolgreiche Therapien und, zweitens, weil in Forschung und Praxis zu ‚Psychotherapie im Alter‘ Einigkeit darüber besteht, dass Interaktionen mit älteren Menschen innerhalb und außerhalb klinischer Settings Besonderheiten mit sich bringen, die auch handlungsleitende Effekte haben. Neben verhaltenstherapeutischen fließen in diesen Teil auch psychodynamische, systemische und humanistische Ansätze sowie empirische lebensspannenpsychologische Forschung ein.

Im zweiten Teil des Manuals werden Phasen des Therapieverlaufs skizziert und jeweils besondere Behandlungsfoki und therapeutische Strategien, die in das kognitiv-verhaltenstherapeutische Arbeit integriert werden sollen, skizziert. In jedem Abschnitt gibt es dabei auch Hinweise auf den differentiellen Einsatz der Module in Abhängigkeit von Patientenmerkmalen. Dieser zweite Teil basiert neben klinischen Erfahrungen der Autorin sowie kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung bei Depression im Alter auf verfahrensübergreifenden Manualen zu Behandlung von Patientinnen mit Depression in stationären Pflegesettings und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manualen zur Behandlung von zuhause lebenden Patienten mit leichter Demenz.

Grobe Skizzierung des Patientenspektrums:

- Frau B., eine 88jährige Patientin, die mit ihrem Bruder zusammenlebt, mit schwerer depressiver Symptomatik. Lebensüberdruß und Gefühle von Wertlosigkeit. Nach einem Sturz pflegebedürftig, hadert mit sich und ihrer Vergangenheit, nachdem die Tochter, der sie immer alles ermöglicht hat, sich von ihr zurückgezogen hat.
- Herr X., ein 79-jähriger Patient nach Schlaganfall, starke Sehbeeinträchtigung. Moderate depressive Symptomatik mit vegetativen Symptomen, Antriebslosigkeit und Anhedonie. Leichtgradige Demenz. Seine Frau, überfordert von/ verzweifelt über die Diagnose Demenz und den Abbau ihres Mannes, leidet selbst aktuell an einer depressiven Episode.
- Frau M., eine 69jährige Patientin mit Morbus Parkinson. Moderate depressive Symptomatik mit Angstsymptomen. Lebt allein, in dauerndem heftigen Streit mit Pflegekräften eines ambulanten Pflegedienstes.

Teil 1: Therapieübergreifende Prinzipien

Therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung

Leitprinzip 1: Therapie findet innerhalb des Systems, und nicht nur innerhalb der Dyade statt.

- ⊕ Traditioneller Ansatz von Therapie: Fokus auf der Dyade Patientin – Therapeutin. Diese Vorstellung von Psychotherapie muss in der Arbeit mit der Patientengruppe erweitert werden. In der Therapie muss das soziale System mit einbezogen werden, insbesondere Angehörige und professionelle Pflegekräfte sollten in der Therapie eine zentrale Rolle spielen². Der Einbezug von Systemmitgliedern ist insbesondere bei Patienten mit Demenz und im Falle von erheblichen dysfunktionalen Pflegebeziehungen (z.B. bei Verstärkung von Unselbstständigkeit) unerlässlich. Für das ‚systemische Vorgehen‘ gibt es mehrere Gründe: Systemmitglieder haben gesetzliche Betreuer; Patienten sind (mehr oder weniger) in ihrer selbständigen Lebensführung auf andere Menschen angewiesen, und werden es aufgrund der progredienten Charakters vieler Erkrankungen auch perspektivisch noch stärker sein; Ggf. wird durch gemeinsames Wohnen oder häufige Pflegekontakte viel Zeit mit Systemmitgliedern verbracht; Systemmitglieder sind häufig nicht gut informiert, qualifiziert und selbst psychisch belastet. Der Einbezug von Systemmitgliedern muss auch unter der Perspektive von Chancen betrachtet werden: Sie sind häufig schon seit vielen Jahren in häufigem Kontakt mit den Patienten, können Symptome im Alltag erkennen und den Therapieerfolg optimieren und ‚verstetigen‘.
- ⊕ Es gibt im Bereich von Pflege viele ‚Missstände‘ und Systemmitglieder sind häufig stark psychisch belastet. Die Therapeutin sollte dennoch stets die Therapeutin der Patientin sein, und nicht die Gefahr laufen, die ‚Therapeutin des Systems‘ zu werden. Ein hilfreiches Rollenverständnis ist das der Therapeutin der Patientin, die außerdem die Rolle des ‚Facilitator innerhalb des Systems‘ einnimmt, also als Prozessbegleiter, der gemeinsam mit Patienten, Angehörigen, Pflegekräften und anderen Systemmitgliedern Veränderungen initiiert, begleitet, unterstützt und fördert.
- ⊕ Es ist sehr bedeutsam zu verstehen, wie das System eine/n als Therapeut*in sieht: als Unterstützer (der hilft, den eigenen Job gut zu machen)? Als ‚Entlaster‘? Dann ist man willkommen. Oder wird man als Konkurrent wahrgenommen (der einem den Patienten „wegnimmt“)? Als jemand, der einem Arbeit macht (wo man doch schon so viel Arbeit hat)? Als „Überwacher“ (der vielleicht sogar Informationen weitergibt)? Dann ist man (zunächst) unwillkommen. Wird man als Therapeutin als Kooperationspartner („auf Augenhöhe“) wahrgenommen? Als Dienstleister, an dem man von ‚oben herab‘ Aufgaben delegiert? Als jemand, dem man ‚dienen‘ soll? Es ist sehr wichtig für einen Therapieerfolg, auf eine positive Kooperation mit den Systemmitgliedern hinzuwirken. Nur so werden sie in positiver Weise zu der Therapie des Patienten beitragen.

² Zwei Drittel pflegebedürftiger Menschen wird ausschließlich durch Angehörige gepflegt. Bei rund einem Drittel kommt ausschließlich oder ergänzend ein Pflegedienst nach Hause.

PSY-C△RE

- ⊕ Therapeutinnen benötigen ein realistisches/ differenziertes Verständnis darüber, welche innere Repräsentation ihrer Systemmitglieder die Patientin betrachtet. Ein soziales Kompetenztraining (mit Inhalt: Bedürfnisse und Konflikte ansprechen) wird scheitern, wenn man als Therapeutin nicht hinreichend verstanden hat, in welchem hohem Maße (und das ist häufig der Fall) sich eine Patientin von einer Pflegekraft abhängig fühlt. Die Therapeutin braucht auch ein realistisches Verständnis darüber, wie die Patientin soziale Unterstützung wahrnimmt. Soziale Unterstützung wird keineswegs immer positiv erlebt, vor allem dann nicht, wenn sie ungewollt ist.
- ⊕ Zu dem ‚systemischen Ansatz‘ gehört auch, dass Therapeuten die Beziehung Angehörige – Pflegekräfte realistisch verstehen. Zwischen diesen Parteien gibt es häufig Konflikte. Sind Angehörige überzeugt, dass Pflegekräfte ihre Arbeit nicht gut machen? Fühlen sich Pflegekräfte nicht in ihrer Arbeit durch die Angehörigen wertgeschätzt? Schämen sich Angehörige gegenüber Pflegekräften, weil sie den eigenen Anspruch an sich haben, selbst die Pflege zu leisten? Gibt es Konflikte, weil Zuständigkeiten nicht geklärt sind?
- ⊕ Sich Zeit für den Einbezug von Systemmitgliedern zu nehmen, ist in der Arbeit mit dem System unerlässlich. Jede Form des Einbezugs von Systemmitgliedern (ob zu dritt oder mit dem Systemmitglied allein) erfolgt immer nur nach Absprache mit bzw. Einwilligung des Patienten! Siehe Teil 2.

Leitprinzip 2: Paternalismus vermeiden, Selbstbestimmung fördern.

- ⊕ Nicht zuletzt aufgrund von defizitorientierten Altersbildern („Die Alten können das nicht mehr.“) wird eingeschränkte Selbstständigkeit (z.B. am Rollator gehen) oft mit fehlender Fähigkeit zur Selbstbestimmung (darüber entscheiden, welchen Rollator man haben möchte und wann man ihn benutzen möchte) gleichgesetzt. Hinzu kommen institutionelle Praktiken der Pflege, die Selbstbestimmung nicht vorsehen (Zwang der Ökonomie). Hieraus resultiert das häufig zu beobachtende Phänomen, dass der Interventionsbedarf von Menschen mit Pflegebedarf häufig höher eingeschätzt wird, als dies subjektiv erlebt wird (d.h. Diskrepanz zwischen subjektivem Interventionsbedarf und Außensicht/en). Beispiele: „Mein Mann müsste unbedingt ein Hörgerät benutzen. Dann wäre er nicht so depressiv.“ „Meine Mutter müsste viel mehr unter Leute gehen. Dann würde es ihr besser gehen.“ Die Patientin aber findet, dass es für sie am besten ist, wenn sie zuhause sitzt und Fernsehen schaut. Beides kann stimmen oder auch nicht stimmen.³ Es besteht die Tendenz zum vorschnellen, advokatischen Handeln und vorschneller Übernahme einer ‚Fürsprecherrolle‘ bei dieser Patientengruppe. Statt Selbstbestimmung und Selbstständigkeit zu fördern, wird damit Abhängigkeit verstärkt. Dies geschieht i.d.R. in benevolenter Absicht und in ‚freundlicher (aber bestimmter!)‘ Manier. Ein solches ‚Abhängigkeitsunterstützungs-Verhalten‘ bringt die Gefahr mit sich, dass der Selbstwert und auch mittel- und langfristige tatsächlichen Ressourcen des Patienten untergraben werden und depressive oder ängstliche Symptomatik verstärkt wird (‚gelernte Hilflosigkeit‘). Paternalistisches Handeln seitens der Therapeutin führt auch häufig dazu, dass die Therapeutin irgendwann erschöpft ist und aufgrund ausbleibender ‚Früchte‘ ihres Einsatzes ihr Engagement

³ Tatsächlich überschätzen ältere Menschen häufiger ihre Ressourcen und haben dadurch ein unrealistisches Selbstkonzept; dies kann Ausdruck selbstprotektiver Bemühungen sein (im Sinne der Verleugnung) oder aber auch Ausdruck von langsamer, kontinuierlicher Adaptation an einen Verlust.



zurückfährt. Das übergeordnete Prinzip in der Therapie besteht darin, Patientinnen dabei zu verhelfen, selbst ihre Interessen und Bedürfnisse wahrnehmen und adäquat gegenüber Systemmitgliedern artikulieren zu können. Das medizinethische Prinzip der Autonomie darf nicht untergraben werden.

- ⊕ Das Prinzip der Selbstbestimmung bedeutet aber nicht, dass Systemmitglieder nicht auf der Basis von Einwilligung der Patientin in die Therapie einbezogen werden sollen (siehe oben), und auch nicht, dass man als Therapeutin seine Expertenrolle aufgeben soll. Es ist sinnvoll, die verschiedenen Sichtweisen, die innerhalb des Systems bestehen, zu sammeln, und auf dieser Basis über die Zeit hinweg adäquate Therapieziele mit dem Patienten ‚auszuhandeln‘. Im obigen Beispiel geht es beispielsweise darum, im Rahmen der (Fremd-)Anamnese zu explorieren, inwiefern der Depression tatsächlich sozialer Rückzug vorausging, oder ob die Patientin immer schon viel zu Hause und wenig sozial aktiv war.

Leitprinzip 3: Die Rolle des ‚Gastes‘ positiv gestalten. (Hausbesuche)

- ⊕ Hausbesuche haben Potentiale und bringen gleichzeitig Herausforderungen mit sich. Generell geraten Therapeutinnen in ein (nicht zu vermeidendes) Spannungsfeld zwischen Gast und Gastgeberin. Therapeutinnen sollten das Potential von Hausbesuchen nutzen: man erhält einen unmittelbaren, lebendigen Eindruck in die Lebenswelt der Patienten (Wohnumgebung/ soziales Netzwerk), welches zum besseren Verständnis des Patienten beiträgt. Von der Therapeutin wahrgenommene „Problemfelder“ können unmittelbar in die Intervention eingebaut werden. Aktivitäten können ohne Transferleistung direkt im Lebensumfeld demonstriert und ggf. trainiert werden. Gegenstände aus der Wohnumgebung wie Fotos, Tagebücher, Musik können in die Therapie mit einbezogen werden. Außerdem eröffnet das eigene Wohnumfeld des Patienten häufig mehr praktische Möglichkeiten, Systemmitglieder in die Therapie mit einzubeziehen (z.B. weil ein Angehöriger im selben Haus wie der Patient lebt). Außerdem fühlen sich gerade sehr gebrechliche Patienten im eigenen Zuhause sicherer als in einem fremden Therapieraum, in dem man sich erst einmal (sensorisch/ sensumotorisch) orientieren muss, und der ggf. erst einmal im Rahmen einer kräftezehrenden Anfahrt (u.U. Krankentransport) angefahren werden muss. Auch für die Gestaltung einer positiven therapeutischen Beziehung bietet das eigene Wohnumfeld Potentiale: Patienten treten unmittelbarer in Beziehung und öffnen sich schneller. Das kann sich darin ausdrücken, dass Patienten die Therapeutin persönlicher ansprechen, z.B. nach dem Herkunftsort oder nach Urlaubsplänen fragen, oder dass sie die Therapeutin an Dingen, die ihnen wichtig sind (z.B. eine alte Uhr aus dem Familienbesitz), oder Entwicklungen (z.B. kaputte Fensterscheibe, die nicht von der Hausverwaltung repariert wird), teilhaben lassen. Patienten nehmen im häuslichen Umfeld schnell (weil die Rolle bekannt ist) und gerne (weil oft wenig Gelegenheiten dafür bestehen) die ‚Gastgeberrolle‘ ein, das stärkt den Selbstwert und trägt zum Kontinuitätserleben bei.
- ⊕ Herausforderungen der ‚Gast‘-Rolle: Als Therapeutin gibt man die sichere Position des eigenen Therapieraums auf und begibt sich „in die freie Wildbahn“, an einen (zunächst unbekannten) Ort mit eigener Ästhetik, Temperatur und Geruch. Dies erfordert Mut und Flexibilität, da man gleichzeitig die ‚Gastgeber‘-Rolle nicht verliert, innerhalb derer man Verantwortung für das therapeutische Setting hat. Eine praktische Herausforderung von

PSY-CARE

Hausbesuchen besteht im zusätzlichen Zeit- und Ressourcenaufwand für die An- und Abfahrt. Außerdem kann es selbst bei guter Planung dazu kommen, dass ein Sitzungstermin ggf. mit der Anwesenheit anderer Behandler vor Ort konfligiert. Im Übrigen sollte man sich darauf einstellen, dass Patienten im häuslichen Setting auch häufiger um praktische Hilfe bitten.

⊕ Regeln für Therapeutinnen:

- Sich zu Beginn der Therapie Zeit nehmen (sonst ist man schnell von Eindrücken überflutet), um sich bewusst einen Eindruck vom Wohnumfeld zu verschaffen: Lichtverhältnisse (z.B. sind die Möbel so platziert, dass Tageslicht in den Raum fällt)?, Möbel (z.B. sind die Möbel so arrangiert, dass die Person freien Zugang zum Fenster hat)?, Hintergrundgeräusche (z.B. Laufen permanent mehrere Radios gleichzeitig)?, Sicherheit (z.B. adäquate Schuhe, Stolperfallen)?.
- Außerdem: Zu Beginn mit dem Patienten das Setting festlegen, innerhalb dessen die Therapie stattfindet. Vereinbarung eines Raums und Sitzgelegenheiten. Es ist sinnvoll, die Therapie immer mit demselben Satz starten (z.B. „Dann lassen Sie uns starten mit der Sitzung.“) Vereinbarung, dass ggf. für den Patienten Getränke auf dem Tisch stehen, und darüber, wie man es selbst für sich als Therapeutin haben möchte, ob man z.B. auch ein Wasser nimmt. (Nie über eigene Grenzen gehen, indem man etwas isst oder trinkt, was man nicht möchte.) Zur Festlegung des Settings gehört auch, mit der Patientin darüber zu sprechen, inwiefern sie es möchte – und es aus Therapeutesicht sinnvoll ist -, dass Angehörige während der Therapie in der Wohnung sind, und wie man mit unerwarteten Besuchen umgeht. Darauf hinweisen, dass Privatsphäre für die Therapie wichtig ist; dies auch mit den Angehörigen zusammen besprechen. Wenn dann doch ein unerwarteter Besuch vorbei kommt (was vorkommt, weil Patienten ja - vermeintlich! - ‚immer da‘ sind und damit zur Verfügung stehen), das aber auch als Chance begreifen: Wie geht der Patient damit um? Welche Interaktionsmuster sind zu erkennen?...
- Einen Ort finden, an dem Dinge, die in der Therapie verwendet und angefertigt werden, sicher und wiederauffindbar abgelegt werden können.

Leitprinzip 4: Für günstige körperliche Voraussetzungen des Patienten in der Therapiesituation sorgen

- ⊕ Auf angenehmes Körperempfinden des Patienten während der Sitzungen achten (in der eigenen Praxis sowie bei Hausbesuchen): Bei Patientinnen mit Schmerzen ggf. Pausen machen, in denen sie sich mit ausreichend Zeit anders positionieren können. Patienten darauf ansprechen, ggf. die Toilette zu benutzen (oft schambehaftet), da sonst Konzentration nicht möglich. Patientinnen nach Präferenz für Raumtemperatur fragen. In der eigenen Praxis ggf. einen eigenen ‚Seniorenstuhl‘ (hohe Armlehnen, Polsterung) zur Verfügung haben. Die besondere Berücksichtigung dieser Punkte hat nichts mit ‚Betüdeln‘ und ‚Respekt vor dem Alter‘ (Höflichkeitsnorm) zu tun (bzw. sollte nichts damit zu tun haben), sondern ist professionelle Berücksichtigung von Grundbedürfnissen bzw. -voraussetzungen für die Therapie.
- ⊕ Bei Hörbeeinträchtigungen sollten Therapeuten Patienten direkt anschauen, so dass Lippenlesen möglich ist. Bei Hörgerät sicherstellen, dass die Patientin es trägt und es eingestellt ist. Wichtig ist etwas langsames, tieferes Sprechen und Betonung von Konsonanten. Ggf. in das präferierte Ohr des Patienten sprechen. ‚Überakkommodierte Sprache‘ (‚secondary baby talk‘) vermeiden (hoch, laut, warm, aber paternalistisch,

PSY-C△RE

thematische Reduzierung auf ‚banale‘ Themen bzw. vermeintliche Altersthemen). (Falls man dies bei Systemmitgliedern beobachtet, darauf ansprechen!) Bei lautem Sprechen berücksichtigen, dass es Mithörerinnen geben kann. Bei visuellen Defiziten darauf achten, dass die Patientin ihre Brille trägt. Daran denken, dass der Patient nicht auf Mimik/Gestik reagieren kann. Gerade bei spät erblindeten Patienten nicht unterschätzen, was trotz Erblindung möglich ist, z.B. kann man Fotoalben anschauen, indem man einen entsprechenden Hinweisreiz gibt („Ah, das hier ist jetzt ein Schnappschuss von Ihnen vor der Porta nigra.“).

Leitprinzip 5: Persönliche, nahe, warme Beziehungen zu den Patienten aufbauen.

- ⊕ Es ist wissenschaftlich wie praktisch begründet, dass es therapieförderlich ist, Patienten dieser Patientengruppe vergleichsweise warm, freundlich und zugewandt zu begegnen und größere persönliche Nähe zuzulassen. Damit reagiert man als Therapeutin auf das größere Bedürfnis gerade von gebrechlichen alten Patienten nach Bindung und Intimität in Anbetracht des Erlebens von Unsicherheit durch körperliche Fragilität und Endlichkeit/bedrohlicher Zukunftsperspektive. Bei zu förmlicher Gestaltung der Beziehung reagieren viele Patienten in der Regel zurückhaltend. Man sollte als Therapeutin das eigene Verhalten vor dem Hintergrund eigener Übertragungsdynamiken reflektieren (Altersbilder, Höflichkeitsnorm gegenüber Älteren, bestimmte eigene Erfahrungen mit älteren Menschen), aber bei entsprechender ‚Indikation‘ keine Angst davor haben, dass es „unprofessionell“ zu sein, wenn man begründet die Beziehung in der beschriebenen Weise zu dem Patienten gestaltet.
- Dazu gehört auch, dass man gerade zu Therapiebeginn auch Gespräche mit dem Patienten über ‚alltägliche‘ (positive und negative) Dinge zulässt (Sendung, die der Patient im Fernsehen gesehen hat; Beschwerde über Nachbarn, der Musik zu laut aufgedreht hat). Patienten bauen so gerade im Fall von Hausbesuchen den Kontakt zur Therapeutin in dieser ‚gewohnten‘ Weise auf. Außerdem handelt es sich bei ‚daily hazzels‘ nicht selten bei näherer Betrachtung/ aus der Perspektive der Patienten um existentiellere Themen. Eine Pflegekraft, mit der sich der Patient jeden Morgen darüber streitet, wie er gewaschen werden will. Wenn man die meiste Zeit des Tages zuhause ist, wird ein lärmender Nachbar zur Qual. Langeweile bei sozial isolierten Patienten kann zur Qual werden. Therapeutinnen sollten diesen Themen Raum geben, dabei aber nicht jedes Mal von einem Problemfeld zum nächsten zu springen, sondern das dahinterstehende abstrakte Thema herausarbeiten (das z.B. im Fall des oben beschriebenen Patienten darin besteht, dass der Patient massive Scham empfindet).
- Patienten tragen nicht selten auch vielfältige Wünsche an Therapeutinnen heran, etwa dass man ein Bild aufhängt oder die Blumen gießt. Diesen Anliegen als Therapeutin zu entsprechen, bewegt sich nicht im Rahmen dessen, was man „normalerweise“ für Patientinnen tut, kann aber im Falle dieser Patientengruppe durchaus gewinnbringend eingesetzt werden. Ein solches Verhalten kann die therapeutische Allianz stärken, und von der Reaktion des Patienten auf die eigene Hilfeleistung kann man Rückschlüsse auf seine mögliche Schemata ableiten (wenn ein Patient z.B. möchte, dass man die Blumen gießt, dann aber nicht damit zufrieden ist, wie man gegossen hat, und sich weiter fordernd verhält). Wenn man den Patienten (in begrenztem Maße und situativ) praktisch tut, dann sollte man dies gezielt tun, und nicht, um „lieb und nett“ zu sein (Stichwort Umgekehrte Übertragung s.u.), und es muss unbedingt beachtet werden, inwiefern es sich bei dem Verhalten des Patienten um „gelernte Hilflosigkeit“ handelt.

PSY-C△RE

- Umgekehrt erwarten Patienten auch mehr persönliche Selbstoffenbarung und sprechen Therapeutinnen (gerade aus der Situation ihres Wohnumgebungs) oft persönlicher an, etwa mit der Frage, wo man geboren und aufgewachsen ist (s.o.). Dieses Verhalten ist nicht selten ein Versuch, in Anbetracht von häufig wenig Abwechslung und sozialen Kontakten mit Neugier und in der gewohnten Weise zu einem anderen Menschen in Kontakt zu treten, und muss nicht als Vermeidung oder defensives Verhalten interpretiert werden. Therapeutinnen sollten sich bewusst darüber sein, in welchem hohem Maße der Besuch der Therapeutin oft eine positive Störung der eher abgeschirmten Alltagsroutine darstellt. Nicht selten sind auch (bei Verabschiedungen) alltagspraktische Ratschläge an die Therapeutin (etwa, dass man aufpassen soll, wenn man nach der Sitzung in die Dunkelheit geht, weil so viele Verbrecher in der Gegend rumlaufen). Dieses Verhalten kann als Ausdruck von ‚Generativität‘ betrachtet werden, oder als Kompensationsversuch der empfundenen Wertlosigkeit.
- ⊕ Bemerkung zu körperlichen Berührungen. Viele Therapeuten vermeiden generell körperliche Berührungen mit (jüngeren) Patienten. Körperliche Berührungen können aber gut für diese Patientengruppe in die Therapie integriert werden, und sind in ihrer Bedeutung nicht zu unterschätzen. Dazu gehören angemessene, auf die Präferenzen des Patienten angepasste körperliche Berührungen wie Hand halten, den Arm sanft berühren, und Umarmungen zulassen, was häufig von Patienten eingefordert wird. (Es gibt aber natürlich auch ältere Menschen, die von je her körperliche Berührungen außerhalb der Familie nicht angemessen finden!) Neben dem oben genannten Bedürfnis nach mehr Nähe, Intimität und Halt seitens der Patienten kann dies auch vor folgendem Hintergrund betrachtet werden: Körperliche Veränderungen infolge von Alter, Krankheit und Pflege kann Menschen sich unattraktiv und „unantastbar“ fühlen lassen. Formen der Berührung sind häufig seltene und willkommene Formen des Kontakts. Außerdem werden umfangreicher gepflegte Patienten häufig eher in funktionaler, „mechanischer“ Weise körperlich berührt, wenn man ihnen zum Beispiel ins oder aus dem Bett hilft oder sie in der Badewanne gewaschen werden. Eine sanfte, persönliche Berührung vermittelt Wärme und Fürsorge und kann Deprivation entgegenwirken und kann gezielt eingesetzt werden, um hohe emotionale Erregungszustände von fragilen Patienten zu regulieren.
- ⊕ Und noch eine Bemerkung zu Geschenken. Die Patientengruppe bringt vergleichsweise häufig Geschenke mit (häufig Pralinen oder Parfüm). Es gibt keine generellen Regeln im Umgang mit Geschenken (außer natürlich Geld und teurere Geschenke, wie in der Berufsordnung geregelt). Geschenke müssen immer in ihrer Bedeutung verstanden werden, und das darauf bezogene therapeutische Handeln muss vor diesem Hintergrund gestaltet werden. Generell kann es eine Geste des Respektes und der Freundlichkeit sein, als Therapeutin ein Geschenk anzunehmen, und zwar dann, wenn der Patient am Ende der Therapie dankbar für die therapeutische Unterstützung ist, und nun etwas zurückgeben möchte (dies kann positiv als erfolgreiches Abschließen der Therapie betrachtet werden). Ein Geschenk kann aber auch Ausdruck davon sein, dass der Patient dies als übliche Umgangsform mit Behandlerinnen erachtet; oder auch von Schuldgefühlen, oder es kann eine (unbewusste) Intention damit verfolgt werden, den Therapeuten zu „halten“. Häufig kommen Geschenke auch von Angehörigen, ein Motiv kann sein, dass man dankbar ist, weil man entlastet ist, ein anderes, dass man sich für den Patienten schämt.
- ⊕ Insgesamt heißt das Gesagte aber nicht, dass Patienten wie „rohe Eier“ behandelt werden sollen, bzw. als Patientengruppe, mit der man ausschließlich ‚ressourcenorientiert‘ arbeiten kann (das wäre eine Verletzung des Fürsorgeprinzips)! Eine therapeutische



Beziehung, in der sich die Patientin aufgehoben und getragen fühlt, ist eine Voraussetzung für darauf aufbauendes klärungsorientiertes Arbeiten. Muten Sie ihren Patienten auch etwas zu, und vor allem trauen Sie sich Veränderung zu!

Leitprinzip 6: Übertragungsdynamiken verstehen.

- ⊕ Gerade im Fall von jungen Therapeutinnen können in der psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen komplexe intergenerationelle Übertragungskonstellationen auftreten. In regelhaften therapeutischen Konstellationen befinden sich Therapeuten in der narzisstisch sichereren Position einer Elternübertragung, mit der sie vertraut sind. In der psychotherapeutischen Behandlung älterer Patienten weisen jedoch Patienten tendenziell den jüngeren Therapeuten andere Rollen zu und übertragen auf sie innere Bilder ihrer realen oder fantasierten Kinder oder Enkelkinder (*umgekehrte Übertragung*). Reagieren Therapeuten darauf in Form eines „regressiven Sogs“, wird eine tiefergehende und möglicherweise konfliktreichere Situation verhindert. Es ist auf eine positive Übertragung zu Therapieende hinzuarbeiten, wo umgekehrte und reguläre Übertragung (in nebeneinander bestehen (das ist ein gutes Zeichen). Umgekehrt kann es seitens der Therapeuten zu einer Übertragung des Wunsches nach einem weisen, fürsorglichen alten Gegenüber kommen. Auch ungelöste (groß-)elterliche Konflikte können übertragen werden, etwa wenn sich ein Therapeut von Patienten schnell kontrolliert fühlt. Bei emotional übererregten und kognitiv stärker eingeschränkten Patienten ist die Übertragung spontaner und flotierender, weil die Patienten affektiv weniger kontrolliert sind.
- ⊕ Weitere Übertragungsdynamiken. Manche Patienten sehen den Therapeuten als Retter (Idealisierung, die dazu führt, dass der Patient Verbesserungen in seiner Symptomatik auf den Therapeuten und nicht auf sich attribuiert), andere als beneideten Konkurrenten, mit dem man es aber nicht mehr aufnehmen kann, was dazu führt, dass sich der Patient aus der Therapie zurückzieht. Romantische Übertragung kann als demütigend erlebt werden. Sehen Patienten den Therapeuten als Elternteil, spielen sie möglicherweise ihre tatsächlichen Kompetenzen herunter. Darüber hinaus kann der Therapeut die Hilflosigkeit eines Patienten wahrnehmen, nicht aber seine Aggression, etwa in Form hartnäckiger Hilfeappelle, sodass der Therapeut sich infolge aufopfert. Nimmt umgekehrt der Therapeut nur die Aggression des Patienten und seine eigene aggressive, bestrafende Gegenreaktion wahr, ist er sich möglicherweise nicht des Hilflosigkeitsempfindens des Patienten und seiner eigenen Hilflosigkeit bewusst.

Leitprinzip 7: Beziehungsveränderung durch Therapieunterbrechungen.

- ⊕ Im Fall einer leichteren körperlichen (Neu-)Erkrankung des Patienten ist es i.d.R. in Absprache mit der Patientin sinnvoll sein, eine begonnene Therapie weiterzuführen und den Therapiefokus zu verschieben, etwa zur Bewältigung der Erkrankung. Es kann aber auch angemessen sein, die Therapie zu unterbrechen, bis sich die Erkrankung stabilisiert hat. Wenn sich bereits eine positive Therapiebeziehung entwickelt hat, ist Psychotherapie auch mit Einschränkungen wie (Rest-)Aphasien möglich, hier sollte man nicht zu früh abbrechen. Um die therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten, sind in dem Fall kurze Telefonanrufe sinnvoll. Im Fall einer schweren Erkrankung, wie etwa einer Wiedererkrankung mit terminalen Diagnose (z.B. Darmkrebs), kann es sinnvoll sein, die Therapie im Sinne eines palliativen psychoonkologischen Angebots. Patienten können im

PSY-C△RE

Laufe der Therapie so an ihre psychophysischen Grenzen kommen, dass sie keine Ressourcen mehr in therapeutische Sitzungen investieren möchten, hier gilt es als Therapeutin, die Patientin „loszulassen“. Es kann in seltenen Fällen vorkommen, dass Patienten während der Therapie sterben. Das kann bei Therapeuten - in Abhängigkeit der Todesumstände und der sozialen Situation, in der er sich zuletzt befand - starke Gefühle auslösen (v.a. bei sozial sehr wenig eingebundenen Patienten). Ein praktischer Aspekt: Falls man zur Beerdigung gehen möchte, sollte man Schweigepflichtsaspekte berücksichtigen.

Insgesamt sprechen die vorgestellten Leitprinzipien für die hohe Bedeutung einer aktiv-unterstützenden, haltgebenden und strukturvermittelnden therapeutischen Rolle in der psychotherapeutischen Behandlung der Patientengruppe.

Teil 2: Therapiephasen-Spezifika

In den verschiedenen aufeinander aufbauenden Therapiephasen (i.d.R. Kurzzeittherapie) sollen in das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen die nachfolgenden übergeordneten Behandlungsfoki integriert werden:

Therapiebeginn (ca. 4 Sitzungen):

Vertrauen aufbauen

Förderung positiven Selbst- und Kontinuitätserlebens

Therapiemodule der Interventionsphase (ca. 20 Sitzungen):

Modul 1: Strukturierter Lebensrückblick

Modul 2: Empowerment

Modul 3: Systemmobilisierung

Therapieende (ca. 4 Sitzungen):

Therapieerfolg würdigen und verstetigen

Erstgespräch

Besonderer Fokus: Vertrauen aufbauen

Neben den üblichen Aspekten eines Erstgesprächs sind folgende Aspekte besonders zu beachten:

☒	1. Bei Hausbesuch: Sich für das Vertrauen bedanken, dass der Patient einen Zuhause empfängt. ⁴
☒	2. Sich als jemand präsentieren, den man mag und dem man vertrauen kann. Sich ausführlich vorstellen (z.B. angeben, wo man seine Praxis hat; ggf. wie alt man ist). Positive Erfahrung in der Arbeit mit älteren Menschen hervorheben. Souverän und ‚locker‘ mit Fragen zur eigenen Person, die der Patient an einen heranträgt, umgehen.
☒	3. Neben einfachen, klaren Informationen zu Psychotherapie sich hohe Motivation, den Patienten auf Augenhöhe zu unterstützen, zeigen. „Über schwierige und belastende Dinge mit einer dritten, neutralen Person zu sprechen, kann Erleichterung bringen, und man kann gemeinsam auf Lösungen von Problemen kommen. Ich möchte Ihnen meine Hilfe anbieten, und dass wir Schritt für Schritt zusammen schauen.“ Ggf. auch die Grenzen von Psychotherapie erläutern: „Was wir nicht erreichen können, ist, dass Sie wieder ganz selbständig werden. Ich kann Ihnen aber dabei helfen, wie Sie wieder selbstbestimmter werden können, d.h. Dinge in Ihrem Alltag wieder zumindest ein wenig mehr so gestalten können, wie es Ihnen wichtig ist.“ „Was wir hier nicht erreichen können ist, dass Sie keine Schmerzen mehr haben. Was wir als Psychotherapeuten in der Therapie nicht machen, dass wir direkt körperlichen Erkrankungen angehen und behandeln. Aber ich kann Ihnen dabei helfen, dass Sie mit Schmerzen besser umgehen können.“
☒	4. Optimismus und Hoffnung vermitteln: „Ich arbeite schon lange mit älteren Menschen und erlebe es regelmäßig, dass Psychotherapie auch bei Menschen in Ihrem Alter wirksam ist. Ich habe daher allen Grund anzunehmen, dass Ihnen die Therapie helfen wird.“
☒	5. Fachkenntnis zu Pflegeleistungen, Altenhilfe. Demonstriert Verständnis für die Situation des Patienten. „Pflegegrad 2 – dann bekommt ihre Familie knapp €550 im Monat, richtig?“
☒	6. Rolle als Therapeutin klären und ggf. Erfahrung mit Overprotection aufgreifen: „Sie haben schon viel Lebenserfahrung, und wissen, was Ihnen wichtig ist. Mir ist es wichtig, Ihnen zuhören und gemeinsam mit Ihnen zu schauen, wie Sie das, was Ihnen wichtig ist und was Sie ausmacht, in Ihrer Situation umsetzen können, so dass es Ihnen wieder besser geht.“
☒	7. Zeitliche Begrenztheit der Therapie – positiv! - thematisieren: Es muss beachtet werden, dass diese Patientengruppe oft keine Vorstellung vom zeitlichen Umfang einer Therapie hat. „Eine Psychotherapie läuft nicht so ab, wie Sie das von Terminen zum Beispiel mit Fachärzten kennen, dass man unregelmäßige, wenige Termine über einen längeren Zeitraum hat, die man

⁴ Spezifisch für Projekt PSY-CARE: Sich darauf beziehen, dass die Patientin bereits einen Termin mit der Projektmitarbeiterin (study nurse) zur Diagnostik hatte. Die Teilnahme- bzw. Kooperationsbereitschaft positiv verstärken.

PSY-CARE

	immer wieder neu vereinbaren muss. Wir haben die Möglichkeit, dass wir uns mindestens über mehrere Monate hinweg regelmäßig i.d.R. einmal pro Woche sehen.“ Zu beachten ist, dass sich Patienten manchmal nicht auf den Kontakt zur Therapeutin einlassen, wenn man zu stark/konkret die Begrenztheit des Kontaktes in den Mittelpunkt stellt (nach dem Motto: ‚Warum soll ich mich auf jemanden einlassen, der gleich wieder geht?‘). In dem Falle sollte man erst mit der expliziten Benennung des konkreten Sitzungskontingentes einige Sitzungen/ die Probatorik abwarten, bis sich die Therapiebeziehung gefestigt hat. „Ich möchte, dass Sie mich kennenlernen. Normalerweise sollte es Ihnen schon nach einigen Sitzungen etwas besser gehen. Wir schauen dann, wie viele Sitzungen wir noch benötigen.“ Bei Patienten mit hohem Risiko für Abhängigkeit zur Patientin (in Fall von sozialer Isolation) sollte die maximale Dauer der Therapie direkt angesprochen werden.
☒	8. Weitere typische Aussagen von Patienten, die in ihrer Bedeutung von der Therapeutin verstanden und positiv aufgegriffen werden müssen: „Oh, ich denke, ich werde gar nicht so viele Sitzungen brauchen.“ (z.B. Ausdruck von Scham, Therapie ‚zu brauchen‘; Befürchtung, die Therapeutin zu belasten). Mögliche therapeutische Reaktion: „Ja, es kann gut sein, dass es Ihnen schon nach wenigen Sitzungen besser gehen wird. Lassen Sie uns doch immer wieder schauen, wie es Ihnen geht, ob Sie noch mehr Sitzungen benötigen, oder ob wir gut die Therapie beenden können.“ Ein anderes Beispiel: „Wer weiß, ob ich überhaupt noch so lange [wie die Therapie vorgesehen ist] lebe.“ (i.d.R. adaptive Strategie, um mit Angst vor Sterblichkeit umzugehen). „Sie haben das Gefühl, dass Sie nicht mehr lange leben?..Aber Sie sagen sich offenbar: Ich will, dass es mir jetzt besser geht. Das finde ich beeindruckend.“
☒	9. Freude darüber ausdrücken, dass man die Patientin kennenlernen durfte und sich nochmal für das Vertrauen bedanken.

Probatorik

Besonderer Fokus: Förderung positiven Selbst- und Kontinuitätserlebens

In dieser Therapiephase soll primär ein Überblick über die Problembereiche der Patientin und biographische Fakten gewonnen werden. Eine ausführliche Beschäftigung mit der Biographie erfolgt erst in der nächsten Therapiephase. Ein besonderer Schwerpunkt soll in dieser Therapiephase auf die Förderung positiven Selbst- und Kontinuitätserlebens gelegt werden, da viele Patienten stark verunsichert und demoralisiert sind.

☒	1. Unmittelbare basale Bedürfnisse ansprechen: Ist der Patientin zu warm/ zu kalt? Möchte sie etwas trinken? Muss sie zur Toilette? Fühlt sie sich im Stuhl wohl? Auf nonverbale Hinweise für Schmerz achten und ansprechen.
☒	2. Positives Feedback für Mitarbeit geben: „Ich weiß, dass Ihnen manchmal nicht nach unseren Sitzungen zumute ist. Aber ich bewundere Ihre Bereitschaft, sich trotzdem darauf einzulassen.“ „Ich danke Ihnen für Ihr Vertrauen und darüber, wie offen Sie mit mir über Ihre Gefühle sprechen.“
☒	3. Sich auf Dinge beziehen, die einem die Patientin bereits erzählt hat: „Das erinnert mich daran, dass Sie mir erzählt hatten, dass Ihre Enkelin sie im Sommer im Krankenhaus besucht hat.“ Dies vermittelt der Patientin das Gefühl von Vertrautheit und Wertschätzung.
☒	4. Die Patientin auf das, was ihr wichtig / was eine Bedeutung für sie hat/ auf Präferenzen ansprechen: „Die Uhr, die hier hängt, sieht sehr alt und wertvoll aus. Darf ich fragen, woher die stammt?“ „Sie schreiben wohl lieber Postkarten als dass sie miteinander telefonieren, richtig?“
☒	5. Bestärkungen aussprechen: „Ich habe gerade gesehen, dass Sie sich so nett mit der Pflegekraft unterhalten haben. Es muss sehr angenehm sein, Sie als Klientin zu haben.“ „Jedes Mal, wenn ich zu Ihnen komme, haben Sie es so hübsch hier.“ „Trotz der Schmerzen durch Ihre Arthritis machen Sie sich jeden Tag selbst das Frühstück.“
☒	6. Patienten auf Lebenssinn/ Werte ansprechen: „Was sind Dinge, die Ihnen im Kontakt mit anderen Menschen besonders wichtig sind?“ „Wie erklären Sie sich, dass Sie all die vielen Schicksalsschläge in Ihrem Leben überlebt haben?“ „Würden Sie sich als politischen Menschen beschreiben?“
☒	7. Die Generativität des Patienten fördern, ihn in seiner Expertenrolle ansprechen: „Ich habe beim Reinkommen gesehen, dass Sie eine Sendung über den Klimawandel geschaut haben. Wie sehen Sie dieses Thema?“ „Wie stehen Sie zum Thema Krieg?“
☒	8. Patienten in ihrem emotionalen Erleben und in ihrer Wahrnehmung validieren. „Dass Sie sehr traurig darüber sind, dass Sie nach Ihrem Schlaganfall nicht mehr auf Ihrer geliebten Gitarre spielen können, verstehe ich sehr gut. Weinen Sie, das ist völlig in Ordnung!“

Therapiemodul 1:

Strukturierter Lebensrückblick

In dieser Therapiephase geht es, darum gemeinsam mit der Patientin chronologisch strukturiert durch ihre Lebensphasen zu gehen. Dadurch, dass das Erlernen neuer Fertigkeiten in nicht erforderlich ist, ist diese Vorgehensweise zu Therapiebeginn geeignet, um den Patienten mit der Therapeutin und dem Format Therapie vertraut zu machen. Je nach Patientin und Situation, in der sie sich befindet, soll dabei ein unterschiedlicher Ziel- und Vorgehensfokus gelegt werden.

Eine relativ hohe Sitzungsanzahl (ca. 10 Sitzungen) ist vor allem bei Patienten mit relativ intakten kognitiven Ressourcen indiziert, die mit der Vergangenheit hadern, ständig Vergleiche ziehen zwischen dem Leben, wie es ist, und dem, wie es hätte sein können (kontrafaktisches Denken: „Wie wäre es jetzt, wenn damals..“); die nach Erklärungen für ihr Gewordensein suchen, ohne dabei eine befriedigende Antwort zu bekommen; die sich als Opfer oder als Täter fühlen. Ziel ist hier, Scham- und Schuld erleben abzubauen und ein flexibleres, positiveres, differenzierteres Selbstnarrativ zu entwickeln, indem auch die negativen autobiographischen Erlebnisse in ihrer Bedeutung und Sinnhaftigkeit für die eigene Lebensgeschichte wahrgenommen und verstanden werden; Lebensmuster und Zusammenhänge sollen in der Gesamtschau verstanden werden („Integrität“, Selbstakzeptanz).

Eine eher niedrigere Sitzungsanzahl (ca. 6 Sitzungen) ist bei Patienten sinnvoll, die aktuell mit besonders akuten, vielfältigen, schwerwiegenden Verlusterfahrungen und kognitiven Einbußen konfrontiert sind. Hier sollte schwerpunktmäßig das Stimulieren des einfachen Erzählens autobiografischer Erinnerungen (biographische Fakten, die zum Selbstkonzept der Patientin gehören) gefördert werden sollte, um eine Selbststabilisierung und Normalisierung der Lebenssituation zu erreichen. Bei Patienten mit leichter Demenz kann der Lebensrückblick der ‚Bewahrung des Selbst‘ genutzt werden.

Eine mittelhohe Sitzungsanzahl (ca. 8 Sitzungen) ist bei Patienten indiziert, die aktuell große Schwierigkeiten haben, bestimmte Probleme zu bewältigen. Auf der Basis einer Biographie, in der der Patient schon mit vielen Herausforderungen konfrontiert war, soll sich der Patient wieder mehr an Geleistetes, an Bewältigtes, erinnern.

Bei allen Patienten kann der strukturierte Lebensrückblick genutzt werden, um in der aktuellen Phase der Niedergeschlagenheit, Freundlosigkeit und Antriebslosigkeit wieder mehr Kontrolle über den Gedächtniszugriff auf positive Details aus der eigenen Biographie zu bekommen.

☒	1. Beziehungsebene: Der Patientin das Gefühl vermitteln: unmittelbar wichtig und einzigartig zu sein; ‚richtig‘ zu sein, so wie sie (geworden) ist; von Anregung durch Austausch; dass sie gut ‚getragen‘ wird; sich als Zeugin des Erlebten, als ‚Mitglied der nachfolgenden Generation‘ zur Verfügung stellen. Um zu verhindern, dass Patienten von Affekten überflutet werden, stellt sich der Therapeut als ‚interaktiver Affektregulator‘ zu Verfügung.
	2. Rational des strukturierten Lebensrückblicks differentiell je nach Patient erläutern: „Sie hadern sehr mit Ihrer Vergangenheit und machen

PSY-CARE

	sich Vorwürfe. Diese Schuldgefühle zapfen sehr viel Energie von Ihnen ab, die Sie im Moment brauchen. Deshalb würde ich Sie gerne dazu einladen, mit mir gemeinsam nochmal gemeinsam zu schauen, wie Ihr Leben verlaufen ist. Vielleicht wird Ihnen dadurch manches klarer. Das kann einem wieder mehr Kraft für den Alltag geben.“ „Sich an positive Dinge in der eigenen Biographie zu erinnern, kann freudvolle Momente, Spaß und Stolz, mit sich bringen. Sie fühlen sich gerade niedergeschlagen. Ich denke, noch einmal auf ihr Leben zurückzuschauen, kann Ihnen helfen, sich wieder besser zu fühlen.“ „Sie haben schon viele Dinge in Ihrem Leben gut bewältigt. Ich bin überzeugt davon, dass Sie diese Erfahrung für das Hier und Jetzt nutzen können.“ „Im Moment haben Sie das Gefühl, Ihr Leben gerät völlig aus den Fugen und Sie sind gar nicht mehr derjenige, der Sie einmal waren. Da ist es besonders wichtig, sich wieder klar zu machen, wer man eigentlich ist und was einen ausmacht.“
☒	3. Einteilung des Lebenslaufs in aufeinanderfolgende Lebensphasen/Lebensthemen: Dies erfolgt gemeinsam mit dem Patienten: frühe Kindheit/Herkunftsfamilie, Grundschulalter, Jugendalter/„emerging adulthood“ Erwachsenenalter, Erwachsenenalter: Berufsleben, Familienleben (Partnerschaft, Kinder/Enkelkinder), Freundeskreis/Hobbies, Gesundheit/Krankheit. Es eignet sich dazu die Arbeit mit der Lebenslinie.
☒	4. Anregung zur Auseinandersetzung mit positiven und negativen Erinnerungen: – „Was waren Ihre Stärken?“, „Wofür erhielten Sie damals Anerkennung?“ – „Was waren damals Dinge, die herausfordernd für Sie waren?“, „Gab es Niederlagen, Enttäuschungen?“ – Als Einstieg in eine Lebensphase können deskriptive Fragen gewählt werden („Wer waren damals Ihre Freunde?“). Danach ist bedeutsam, die Gefühle und Bewertungen der ‚Fakten‘ („Welche Bedeutung hatte diese Freundschaft für Sie?“) anzuregen. Dadurch sollen negative Interpretationen infrage gestellt werden und Neubewertungen angeregt werden. – Bei negativen Lebensereignisse ist es wichtig, auch nach persönlichen und sozialen Ressourcen der Patientin zu fragen, die bei der Problembewältigung hilfreich waren („Wie ist es Ihnen gelungen, das Problem zu lösen?“)
☒	5. Bildreich, anschaulich und packend berichten lassen. Intellektualisierung vermeiden; gerade bei ‚Archivgeschichten‘: nach Farbe, Gerüchen, Geschmack fragen, dadurch neuen Blickwinkel ermöglichen. Fotos, Tagebücher, alte Postkarten, Musik und Filme von damals (wichtig dabei ist die kreative Leichtigkeit; darf nicht anstrengend oder irritierend sein). Ggf. kann der Therapeut auch selbst ‚cues‘ mitbringen, z.B. Torhüterhandschuh, wenn jemand früher Torwart war.
☒	6. Im Fall von Traumata ‚gemäßigte Traumaexposition‘: Eigene Therapiesitzung mit der Traumaskildering, die vor der Lebensphase eingeordnet wird, in der sich das Trauma ereignet hat. Ziel ist es, dass der

PSY-CARE

	Patient erkennt, dass das Trauma <i>ein</i> Ereignis von vielen Lebensereignissen war (es gab ein Leben vor und nach dem Trauma); dass trotz Trauma hat eine Entwicklung stattgefunden!
	7. „Lebensbuch“ als ergänzendes therapeutisches Mittel: Chronologische Sammlung bedeutsamer (typischer oder „besonderer“) Fotos für verschiedene Lebensabschnitte mit Angabe von Empfindungen, die das Foto auslöst
☒	8. Therapieabschluss: Differenzierte Lebensbilanz – „Insgesamt betrachtet, welche ist Ihre größte Stärke in schwierigen Situationen?“ – „Welche Dinge in Ihrem Leben haben Sie zu der Person gemacht, die sie geworden sind?“ – „Was würden Sie aus heutiger Sicht ändern, besser machen, wieder genauso machen?“
☒	Zukunftsplanung – „Was sind für Sie jetzt die wichtigsten Dinge in Ihrem Leben?“ – „Was ist Ihnen für Ihren Lebensalltag in Zukunft besonders wichtig?“ – „Wovon wollen Sie sich in Zukunft verabschieden?“ – („Was möchten Sie der nächsten Generation weitergeben?“) Einsatz von Symbolen und Metaphern

Therapiemodul 2:

Empowerment

In dieser Therapiephase (ca. 6 – 10 Sitzungen) steht die Arbeit im Hier und Jetzt unter Einsatz klassisch kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden im Fokus. Dabei sind bei der Durchführung folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- *Aufbau positiver Aktivitäten* bedeutet für diese Patientengruppe Aufbau einer positiven, halt- und strukturgebenden Alltagsroutine, in der sich Pflichten und angenehme, sinnhafte Aktivitäten abwechseln. Es ist im Fall von funktionalen Einschränkungen eine höhere Aktivität der Therapeutin erforderlich (z.B. Nummer eines Fahrdienstes zur Verfügung stellen, um Patienten zu Gottesdienst zu fahren; ggf. selbst Fahrdienst anrufen). (Darauf achten, dass nicht depressives Verhalten verstärkt wird und Paternalismus vermeiden!)
- *Kognitive Umstrukturierung*: Bei der kognitiven Umstrukturierung steht häufig das Thema der Wertlosigkeit/ Bedeutungslosigkeit in Anbetracht der Pflegebedürftigkeit im Mittelpunkt. Ziel ist, dass die Patientin erkennt, dass ihr Wert als Person unabhängig von ihren nachlassenden körperlichen bzw. geistigen Kräften ist. Auch das Zur-Verfügung-Stellen therapeutischer Metaphern zum alten, kranken Körper ist hilfreich („Ich sehe Ihren Körper eher wie ein altes, verwundenes Haus, das schon viele Stürme überlebt hat. Und das trotzdem noch seinen Bewohnern Schutz bietet. Neue Gebäude haben nicht den Charme eines alten Gebäudes.“) Außerdem haben sich hedonistische Disputationstechniken als sinnvoll erwiesen. „Wie fühlen Sie sich, wenn Sie denken, dass alle sie für einen elenden Krüppel halten? Wie fühlt sich das in Ihrem Körper an? Hilft Ihnen der Gedanke, dabei, sich besser zu fühlen?“
- Beim *Sozialen Kompetenztraining* sollte dem Umstand Rechnung getragen werden, dass ältere Menschen generell eine hohe Präferenz für vertraute emotional bedeutsame Sozialpartner hegen und dazu neigen, Auseinandersetzungen und Konflikte mit diesen zu vermeiden (um Kraft zu sparen; aus Angst vor Bindungsverlust in Anbetracht von wahrgenommener Abhängigkeit). Die Verbesserung vorhandener sozialer Beziehungen etwa zu Partnern, Kindern, Enkelkindern, Pflegekräften und Nachbarn kann mehr noch als der Aufbau neuer sozialer Kontakte der Fokus sein. Eine typische soziale Problemsituation könnte etwa sein: „*Mein Sohn gibt mir erst ganz kurzfristig Bescheid, ob er mit seiner Familie an Weihnachten zu mir kommt oder nicht. Ich kann gar nicht richtig planen, traue mich aber nicht, das anzusprechen. Ich ärgere mich dann und bin unfreundlich.*“ Generell gilt es, mittel- und langfristig selbstschädigender „Harmoniesucht“ durch Training sozialer Kompetenzen entgegengewirkt werden. Gleichzeitig muss die Therapeutin aber hier auch realistische Ziele haben, siehe unten.

Ein übergeordnetes Prinzip, welches sich in der Umsetzung aller drei KVT-Methoden widerspiegeln sollte, ist das **Empowerment** („Selbstbemächtigung“) der Patientin. Dies gelingt durch alle Strategien und Maßnahmen, die den Grad der Autonomie und Selbstbestimmung der Patientin erhöhen und ihnen ermöglichen, ihre Interessen wieder eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten. Empowerment soll dem Gefühl der Macht- und Einflusslosigkeit der Patientin etwas entgegensetzen. Gestaltungsspielräume und Ressourcen sollen wahrgenommen und genutzt werden.

☒	1. Die Patienten (Antriebslosigkeit als typisches Symptom!) intensiv durch Bekräftigung und Ermutigung motivieren und ‚energetisieren‘. „Ich weiß, Sie haben keine Lust auf die Kraft-Balance-Übungen jeden Tag. Aber machen Sie sie – und zwar gerade, <i>weil</i> Sie keine Lust haben! Sie haben mir sehr eindrücklich beschrieben, wie stolz Sie danach immer sind! Das wird Ihnen guttun!“
☒	2. Eigene (persönliche) Überzeugung zu Einflußnahmemöglichkeiten in der alltäglichen Lebensführung wiederholt betonen. „Ja, Sie werden immer auf Hilfe angewiesen sein. Sie sind in Ihrer Selbständigkeit sehr eingeschränkt. Aber eingeschränkte Selbständigkeit heißt für mich nicht, dass Sie auf Ihr Leben <i>gar</i> keinen Einfluss haben! Ich bin absolut davon überzeugt, dass es einzelne Bereiche in Ihrem alltäglichen Leben gibt, die sie selbstbestimmt gestalten können! Ich würde mir das gerne mit Ihnen zusammen anschauen.“
☒	3. Darauf hinwirken, dass nichtproduktive Tätigkeiten wie z.B. unnötiges Schlafen, Horten von Dingen exzessives Fernsehen aufgegeben werden. Mit dem Patienten Nachteile dieser Verhaltensweisen und Alternativen besprechen und einüben.
☒	4. Detailliert Präferenzen in der alltäglichen Lebensführung besprechen. Wo möchte der Patient gerne seine Mahlzeiten einnehmen? Wie soll die Temperatur im Raum eingestellt sein? Welchen Pullover möchte er tragen? Welche Fotos sollen an der Wand hängen? etc. Die Patientin soll die Überzeugung entwickeln, dass sie zumindest in einigen Lebensbereichen etwas dafür tun kann, das zu bekommen, was ihr wichtig ist. Es geht i.d.R. um konkrete, einfache, basale Dinge, die aber im Kontrollerleben des Patienten einen entscheidenden Unterschied machen können.
☒	5. Patientin vermitteln, dass sie (auch wenn dem von anderen nicht immer nachgekommen wird), dass sie ein Recht auf Respekt und Selbstbestimmung hat. Typische Aussagen sind „Ich will nicht, dass viel Wirbel um mich gemacht wird.“ „Ich will keine Arbeit machen.“ Zu beachten ist, dass diese Aussagen ganz unterschiedliche Ursache haben können: Generationsspezifische Überzeugung, Persönlichkeitseigenschaft, Selbstwerterhalt, Depression. Statt zeitintensiver und kognitiv anspruchsvoller kognitiver Umstrukturierung kann es hier sinnvoll sein, der Patientin die eigene Sicht zur Verfügung stellen: „Darf ich Ihnen einmal meine persönliche Wahrnehmung/ Überzeugung hierzu sagen?“
☒	6. Zusätzlich zu Aktivierung/ Umstrukturierung/ Soziales Kompetenztraining mit Problemlösetraining arbeiten: – Problemanalyse: Was ist das Problem? Warum ist die Situation ein Problem? Wann, wo, wie oft kommt die Situation vor? – Lösungsmöglichkeiten erarbeiten – Systematische Bewertung der Lösungsmöglichkeiten und Auswahl der besten. Was sind die Vor- und Nachteile der Lösungen? Wie wahrscheinlich sind diese Vor- und Nachteile? – (schon Teil der nächsten Therapiephase): Planung der Umsetzung, Umsetzung im Alltag

PSY-CARE

	– Bewertung der Lösung nach den ersten Erfahrungen im Alltag: Welche Intervention hat guten Erfolg gehabt, welche weniger? Woran hat der Misserfolg gelegen?
☒	7. Die Grenzen der Kontrolle des Patienten kennen und einbeziehen. Ein Beispiel: Eine Patientin übt im Rahmen einer Sitzung (Soziales Kompetenztraining) ein Gespräch mit der Pflegekraft ein, in dem sie die Pflegekraft bittet, sie anzurufen, falls die Pflegekraft sich einmal erheblich verspätet. (Nicht nur, aber auch) vor dem Hintergrund der institutionellen Problemen in der Pflege ist wichtig, die Patientin darauf vorzubereiten, dass es sein kann, dass sich die Pflegekraft nicht darauf einstellt. Wenn die Pflegekraft letztlich weiterhin nicht dem Wunsch der Patientin nicht nachkommt, soll mit der Patientin gemeinsam ausgewertet werden, wie es dazu kommt, und was sie in Zukunft stattdessen tun könnte. (siehe auch nächste Therapiephase)
☒	8. Verstärkung von Abhängigkeit sowie Bestrafung durch das System verstehen und einbeziehen. Patienten, die ruhig, wenig anspruchsvoll und konform sind, sind beim Pflegepersonal besonders beliebt („gute Patienten“). Die Patienten geben die Kontrolle an das Pflegepersonal ab, und werden im Gegenzug dafür freundlich behandelt und verstärkt. Patienten, die ihre Wünsche äußern und Forderungen stellen, gelten manchmal als schwierig, fordernd und problematisch. Auf solche Patienten lässt sich Pflegepersonal häufig nicht ein, oder es wird negativ auf sie reagiert, etwa in Form einer wütenden Reaktion auf eine Nachfrage (Bestrafung der Patienten). Patienten müssen auf solche Reaktionen vorbereitet sein.
☒	9. Flexibel sein, wenn es um Durchsetzungsfähigkeit gegenüber Pflegenden geht. Vor allem ältere Frau dieser Generation sind zu keiner Zeit in ihrer Biographie durchsetzungsfähig gewesen. Eigene Forderungen zu stellen wird als nicht passend zur eigenen Persönlichkeit begriffen. Hinzu kommt, dass sich Patienten sehr abhängig von Pflegenden fühlen. In diesen Situationen geht es darum, realistisch (aber nicht nihilistisch!) zu sein, was von den Patienten erwartet werden kann.

Therapiemodul 3:

Systemmobilisierung

Über die traditionelle ‚dyadische‘ Therapie hinaus ist es in der Arbeit mit der Patientengruppe unablässig, Systemmitglieder mit einzubeziehen. Systemmobilisierung soll insbesondere im letzten Drittel der Therapie (14.-20. Sitzung) zum Einsatz kommen, bestimmte Formen (v.a. Informationsvermittlung) bieten sich allerdings auch schon in früheren Phasen an. Ohne Einbezug von Systemmitgliedern kann eine Therapie mit der Patientengruppe i.d.R. nicht gelingen. Spezifische Gründe dafür sind u.a.:

- Patienten sind mehr auf die Unterstützung des Systems angewiesen.
- Der körperliche und kognitive Zustand wird sich bei den meisten Patienten verschlechtern, so dass das System vorbereitet werden muss.

Gleichzeitig sind die sozialen Systeme der Patientengruppe häufig durch Überlastung, Sorgen, Enttäuschung, Zeitdruck bis hin zu psychischer und körperlicher Krankheit gekennzeichnet. Die Depression der Patientinnen steht in enger Wechselwirkung mit den Problemen des Systems: Einerseits sind vor allem pflegende Angehörige und Pflegekräfte durch sozialen Rückzug, Antriebslosigkeit, Lebensüberdruß etc. der Patientengruppe überfordert und belastet. Andererseits sind depressive Symptome der Patientinnen auch als Folge eines depressinogenen sozialen Umfeldes zu bewerten, welches nicht zuletzt auch durch strukturelle Probleme in der Pflege gekennzeichnet ist, und in dem Abhängigkeit verstärkt wird.

In welchem Umfang wann welche Formen der aktiven, unmittelbaren Mobilisierung des Systems durch die Therapeutin sinnvoll ist, ist von Patientin zu Patient äußerst unterschiedlich. Als heuristische Regel kann gelten, dass bei Patienten mit stärkeren kognitiven Defiziten und chronisch progredienten körperlichen Krankheitsverläufen besonders stark mit Systemmobilisierung gearbeitet werden.

Systemmobilisierung muss immer in Absprache mit den Patientinnen erfolgen. Dies mag für Therapeutinnen selbstverständlich klingen - ist es aber im Arbeitsalltag nicht, nicht zuletzt, weil Paternalismus und Schweigepflichtsverletzungen ‚üblich‘ sind.

Ansätze für Systemmobilisierung sind i.d.R. nicht (wie dies teilweise im Bereich Kinder-und-Jugendlichenpsychotherapie der Fall ist) in der Regelversorgung. Sich hieraus ergebende Herausforderungen für Therapeutinnen:

- psychologische Herausforderung: hohe Komplexität des Systems
- regulär keine finanzielle Vergütung
- hoher zeitlicher Aufwand
- logistische Herausforderungen
- Datenschutz schwer einzuhalten

Alle mit einem Sternchen markierten Verweise in der nachfolgenden Tabelle befinden sich im Anhang.*

☑	# Information über Depressionserkennung und -monitoring bei Pflegebedürftigen: • in Einzelgesprächen • Verweis auf PSY-CARE Training unter www.psy-care.de (auch und insbesondere für Ärztinnen und andere Fachkräfte im Bereich Therapie und Pflege) • Bereitstellung von Informationsmaterial für Angehörige („Die Anti-Depressions-Strategie im Alter“; „Wenn Ältere schwermütig werden“)
☑	# Vermittlung von Wissen über Umgang mit Depression bzw. mit dem depressiven Patienten: • Bereitstellung von Informationsmaterial für Angehörige („Die Anti-Depressions-Strategie im Alter“; „Wenn Ältere schwermütig werden“) • Verweis auf Online Coaches: Familiencoach Depression https://depression.aok.de/ (ist allerdings nicht spezifisch für ältere Menschen bzw. Menschen mit Pflegebedarf) • Einzelgespräche dazu, wie der Patient unterstützt werden kann: – Was ist problematische Kommunikation (z.B. Ratschläge, Beschwichtigungen), was hilfreiche Kommunikation (z.B. Verständnis für das momentane Unvermögen, konkrete Hilfe anbieten) bei Depression* – Förderung der Kompetenz der Systemmitglieder, Initiative und Selbständigkeit des Patienten positiv zu verstärken – Möglichkeiten aufzeigen, den Patienten zu den in der Therapie identifizierten positiven Aktivitäten zu motivieren und dabei zu unterstützen – ggf. Gespräch zur realistischen Einschätzung der Zukunft (etwa, wenn trotz progredienten Charakters der Erkrankung des Patienten die Sicht vorherrscht, dass alles „normal“ weiterlaufen wird)
☑	# Gestalten gemeinsamer Sitzungen zwischen Patientin und Systemmitgliedern. <u>Im Fall von professionellen Pflegekräften:</u> Lösungsorientiertes Gespräch zu Problemen zwischen Patientin und Pflegekräften. Wechselseitiges Verständnis fördern. Wie wird die Problemsituation erlebt? Was sind die gegenseitigen Erwartungen? Wie können die Präferenzen der Patientin berücksichtigt werden? etc. <u>Im Fall von (pflegenden) Angehörigen (Partnerinnen, Kinder, Geschwister):</u> • Zuerst Probleme der Dyade herausarbeiten. Dazu gehören typischerweise Probleme im Kommunikationsstil, fehlende Bewältigungsstrategien, wenig gemeinsame Aktivitäten, Verluste wichtiger Elemente in der Beziehung, Probleme in der Adaptation an neue Rollen, Unsicherheit und Sorgen über die Zukunft. • Bei Paaren: Oral History Interview*: Wie haben sich die Partner kennengelernt, was hat fasziniert, welche positiven Ereignisse gab es? Ziel: Ausgleich zu aktuellen Problemen • Interventionen neben Kommunikationstraining*:

PSY-CARE

	– Reziprozitätstraining*: Erarbeiten von Möglichkeiten, dem anderen eine Freude zu bereiten (Komplimente, Geschenke, gemeinsames Singen, Gespräche über Lebensanschauung etc.) – Etablierung gemeinsamer positiver Aktivitäten* – Gemeinsames Problemlösetraining* – Dyadische Bewältigungsstrategien einüben (Was kann ich tun, um meinen Partner zu unterstützen?) – Gespräche zu realistischer Einschätzung der Zukunft* (bei vermeidenden Personen mit vielen Ängsten und Sorgen) – Gemeinsames Planen der zukünftigen Haushalts- und Pflegeaktivitäten*
☒	# Empathische Wertschätzung und Vermittlung von Wissen im Umgang mit eigenem Stress und Depressivität. Allerdings Ziel im Kopf behalten, dass man die Therapeutin der Patientin (und nicht die Therapeutin des Systemmitgliedes ist). • Sich bei Systemmitgliedern nach Zustand erkundigen, Anerkennung der hohen emotionalen Belastung • Persönliches Gespräch: Sich einen Überblick über die Situation des Angehörigen verschaffen; das Unterstützungsnetzwerk analysieren und konkrete Unterstützungsmöglichkeiten herausarbeiten • Bei pflegenden Angehörigen Verweis auf: – Online Pflegecoach http://www.tkpfllegecoach.de/ (enthält neben Pflegetechniken auch Information zu Selbstfürsorge) – Telefonische Beratung: Pflege in Not (www.pflege-in-not.de) – Online-Beratung https://www.pflegen-und-leben.de/start.html – Pflegestützpunkte der Bezirke • Auf Psychotherapieangebote verweisen. Speziell für Pflegende Angehörige gibt es ein gruppentherapeutisches Angebot (tiefenpsychologisch): https://www.mvz-psychische-gesundheit.de/pflegende-haende; Einzeltherapie (Gesprächspsychotherapie) speziell für pflegende Angehörige: Praxis Dorothee Unger (https://www.praxis-unger-psychotherapie.de/)
☒	# Mit Systemmitgliedern kommunizieren, wenn der Patient Hilfe durch professionelle Helferinnen benötigt: Ärztinnen (z.B. Augenarzt, Zahnarzt), Physiotherapeutin, Ergotherapeut, Optikerin, Akustiker, ggf. stationäre Aufenthalte
☒	# Gegenüber Systemmitgliedern den Interessen und Anliegen des Patienten Nachdruck verleihen: z.B. defekter Toilettensitz, der lange nicht repariert wird. Einschreiten, wenn ein Patient von Systemmitgliedern Gewalt erfährt. In Absprache mit dem Patienten www.pflege-in-not.de oder ggf. Ärzt/in oder Polizei informieren. Auf der Website https://www.pflege-gewalt.de/ findet man Informationen zu Gewaltprävention in der Pflege. Broschüre zu Gewalt in der Pflege: https://masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/Pflege-in-Not_Internetversion.pdf
☒	# Positive Kommunikation zwischen Angehörigen und Pflegekräften fördern: Wechselseitiges Verständnis fördern. Wie wird die Problemsituation erlebt? Was sind die gegenseitigen Erwartungen?
☒	# Helferkonferenz organisieren und moderieren. Teilnehmende: Patientin, Psychotherapeutin, Ärztin, Angehörige, Pflegekräfte

Therapieende

Therapieerfolge würdigen und verstetigen

☒	1. Für die Patienten, die meistens schon viele soziale Verluste in ihrem Leben erlebt haben, kann das Ende der Therapie ein weiteres Beziehungsende darstellen, mit dem sie aufgrund ihrer Erfahrungen gut umgehen können bzw. etwas, das sie gewohnt sind. Man sollte sich daher nicht wundern und es ist als dysfunktionale Abwehr interpretieren, wenn Patienten auf das Therapieende und auf Ankündigungen des Therapieendes vergleichsweise „unemotional“ reagieren. Viele Patienten drücken aber auch ihre Traurigkeit über das Therapieende sehr direkt aus. Generell ist darauf hinzuwirken, dass Patienten das Therapieende auch als persönlichen Erfolg sehen können; oder als Gelegenheit, jemandem „im Guten“ auf Wiedersehen zu sagen.
☒	2. Therapeutinnen sollten ihre eigenen Übertragungen reflektieren - bezüglich Tod, Sterben, Verhältnis zu den eigenen Eltern, eigenem Leistungsanspruch. Manche Therapeutinnen haben gerade bei dieser Patientengruppe zu Therapieende das Gefühl, die Patienten ‚im Stich‘ zu lassen. Die Patienten haben in der Regel Probleme ‚ohne Ende‘ (chronische Erkrankungen, progredienter kognitiver Abbau). Daher stellen Therapeuten oft den Therapieerfolg bzw. ihre eigene Kompetenz in Frage. Eine realistische Perspektive auf den Beitrag, den man für die Patientengruppe leisten kann, ist von Beginn der Therapie an notwendig.
☒	3. Als Ergebnis der Nachbesprechung der Therapie soll ein Plan (inkl. Notfallplan) für die Patientin schriftlich festgehalten werden. Dieser sollte vorhandene und aktivierbare Ressourcen des Patienten umfassen, typischerweise positive Aktivitäten, positive Erinnerungen, professionelle Kontakte und persönliche Kontakte.
☒	4. Eine schriftliche Feedback-Vereinbarung soll für Angehörige, Pflegekräfte, (Haus-)ärztinnen und ggf. weitere Fachkräfte im Bereich Therapie und Pflege getroffen werden.