

**„Resistent – resilient – Wie geht’s uns
eigentlich in / nach beispiellosen Zeiten?“**

Protokoll der 47. Fachtagung
vom 30. September - 01. Oktober 2021
in Potsdam

Inhaltsverzeichnis

1. Begrüßung und Rückblick in beispiellose Zeiten (Heike Schwabe, DED Vorstand).....	
1.1 Neue Mitglieder und Gäste	2
1.2 Rückblick in beispiellose Zeiten	2
2. Das neue Jetzt – der Blick nach vorne! (Ulla Catarina Lichter).....	10
3. Nationale Demenzstrategie: Zum aktuellen Stand der Umsetzung (Astrid Lärm) 20	
3.1 Diskussion:.....	23
4. IQM Demenz 4.0 – Auswertung, Entwicklung und Ausblick – eine echte Hilfe für neue und alte Herausforderungen? (Martin Hamborg).....	28
4.1 Diskussion:.....	43
5. Die aktuellen therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung neurokognitiver Störungen“ Neues aus der Forschung (Prof. Dr. rer. nat. Lars-Ove Brandenburg).....	45
5.1 Diskussion.....	61
6. Die verbindende Kraft von Tanztheater	64
7. Trotzdem Allein (Ruth Müller, Hannelore Schüssler).....	65
7.1 Diskussion.....	71
8. Buchvorstellungen (Monika Hammerla).....	73
9. Über die DED	78

Die Power-Point-Präsentationen der Vorträge sind in diesem Protokoll nicht abgedruckt. DED-Mitglieder finden diese auf unserer Internetseite www.demenz-ded.de im Mitgliederbereich. Wenn Sie Probleme mit dem Zugang haben, schreiben Sie bitte eine E-Mail an Julia Rübesamen, presse@demenz-ded.de. Nicht-Mitglieder, die ein Exemplar des Protokolls bestellt haben, können die Präsentationen bestellen - per E-Mail an presse@demenz-ded.de.

30. September 2021

1. Begrüßung und Rückblick in beispiellose Zeiten

Heike Schwabe, 1. Vorsitzende der DED, Fintel

Herzlich willkommen zur 46. Fachtagung der DED. Nun haben wir uns 2 Jahre nicht gesehen und ich möchte kurz berichten, was wir in diesen 2 Jahren gemacht haben.

Informationen aus dem Vorstand

Wir haben nicht nur Pause gemacht. Wir haben uns zweimal reell bei mir in Fintel getroffen. Sonst treffen wir uns im Stadtdomizil, der Einrichtung von Johannes van Dijk in Hamburg, was auf Grund der Corona Situation nicht möglich war. Es gab viel zu besprechen. Wir haben recherchiert, wie viel Zoom-Meetings wir hatten und sind auf 5-7 weitere Meetings via Zoom gekommen. Julia Rübesamen hat uns zum Thema „Umgang mit Zoom“ noch geschult, was uns sehr geholfen hat. Wir wurden dann auch immer besser im Umgang mit Zoom.

Wir hatten viel zu tun und in erster Linie möchte ich Anke Kröhnert-Nachtigall danken. Sie hat sich um das Hotel und die Orga gekümmert. Und dann kam unsere Entscheidung – absagen. Mit den Absagen haben wir immer bis zum letzten Moment gewartet. Es waren ja eigentlich 3 Tagungen, die wir inhaltlich vorbereitet hatten. Schwierig war es Referenten zu finden, Zusagen einzuholen, Absagen zu akzeptieren, selber absagen zu müssen. Das war eine anstrengende Phase für uns. Und trotz der wenigen Anmeldungen zu dieser Tagung haben wir beschlossen, dass wir diese Tagung, wenn möglich, unbedingt stattfinden lassen möchten. (*Applaus der Teilnehmenden*)

Wir haben uns dann auch überlegt: Warum melden sich so wenige Mitglieder an? Liegt es daran, dass wir keine guten Themen finden? Passen die Inhalte nicht zurzeit? Liegt es daran, dass alle im Moment „satt und kaputt“ sind? Liegt es daran, dass Einrichtungen keine Ressourcen haben, um überhaupt Zeit zur Verfügung zu stellen?

All das ist offen und wir vermuten, dass die Antwort vielschichtig sein wird. Es wird nicht die eine Antwort geben. Deshalb bitte nochmal an Euch alle: Wenn wir Themen raussuchen, die nicht passen oder nicht gefallen, macht bitte konstruktive Angebote. Sagt uns, was Euch fehlt und was Ihr möchtet/ braucht. Wir versuchen eine Mischung hinzubekommen zwischen fachlichen Themen und Ausgleich. Es wäre dazu sehr hilfreich, wenn wir wissen würden, was wir besser oder anders machen können. Gerne nehmen wir auch Angebote entgegen, wenn sich jemand einbringen möchte und vielleicht selbst einen Vortrag halten möchte.

Auch die Kostenkalkulation war nicht ohne. Eigentlich wollten wir Euch richtig verwöhnen und es uns gutgehen lassen. Da hatten wir viel um diese Tagung drum herum geplant, was wir nun auf Grund der geringen Teilnahme gestrichen haben, damit die Kosten nicht explodieren. Das hätten wir bei so einer kleinen Mitgliederzahl nicht rechtfertigen können. So ist es zu diesem Kompromiss gekommen: Tagung ja, mit reduziertem Angebot und Preis.

So ist es uns ergangen.

1.1 Neue Mitglieder und Gäste

Heike Schwabe, 1. Vorsitzende der DED, Fintel

Jetzt mal eine Frage: Wer ist das erste Mal zu einer DED Tagung hier?

Dazu wäre es prima, wenn sich diese Personen kurz mit Namen und der Einrichtung/ Tätigkeitsbereich vorstellen.

Katrin Hoffmann, Demenzzentrum, Magdeburg

Ich bin Katrin Hoffmann, komme aus Magdeburg und arbeite im Hedwig-Pfeiffer-Haus. Die Pflegedienstleitung ist Frau Wedlich, die hier in der DED als Mitglied bekannt ist. Ich arbeite im Demenzzentrum seit 14 Jahren. Bin gespannt, was hier alles auf mich zu kommt.

Christina Singer, Ergotherapeutin Demenzzentrum, Magdeburg

Ich bin Christina Singer und arbeite auch im Demenzzentrum in Magdeburg als Ergotherapeutin. Bin auch sehr gespannt auf diese 2 Tage.

Lisa Hilbenz, Pflegefachkraft Demenzzentrum, Magdeburg

Mein Name ist Lisa Hilbenz. Ich arbeite ebenfalls als Pflegefachkraft im Demenzzentrum in Magdeburg und bin auch sehr gespannt.

Maik Rudolph Geibel, Pflegedienstleiter, München

Hande Kizilsu, München

Wir stehen zusammen auf, denn wir kommen aus demselben Haus. Mein Name ist Maik Rudolph Geibel, das ist Hande Kizilsu. Ich bin Pflegedienstleiter in einem Seniorenheim in München. Meine Kollegin ist auf diese Tagung aufmerksam geworden und da haben wir uns gedacht, dass wir uns das hier mal anschauen. Es ist auch für uns das erste Mal nach 2 Jahren wieder eine Möglichkeit andere Kollegen zu sehen und zu hören, was in den letzten 2 Jahren bei anderen so los war.

Rebekka Meier, Koordinatorin Demenz, Solingen

Ich bin Rebekka Meier, bin Koordinatorin für das Themenfeld Demenz und Stabsstelle für den Bereich Betreuung der Region Solingen.

1.2 Rückblick in beispiellose Zeiten

Heike Schwabe, 1. Vorsitzende der DED, Fintel

Wir wollten diese erste Zeit gerne nutzen, um zu hören, wie habt Ihr/ wie haben Sie diese Zeit erlebt. Was ist passiert? Was nicht? Was ist gut passiert? Was ist schlecht passiert? Ihre persönliche Sicht. Dies wollen wir gerne auch geschützt lassen. Daher ist keine Namensnennung erforderlich. Ansonsten ist es in den nächsten zwei Tagen bitte so, dass Sie jeweils Ihren Namen und Ihre Institution nennen, damit dies dann im Protokoll erscheinen kann.

Wie ist es Ihnen ergangen?

1. Bericht

Höhen und Tiefen, wie bei allen wahrscheinlich. Durch den Dschungel der Corona-Verordnungen gekämpft (*in Bremen ist es inzwischen die neunundzwanzigste*). Aber es wird nicht mehr täglich alles geändert und man muss nicht mehr jeden Buchstaben 3x lesen. Wobei, jetzt kommt das Stufenmodell und das ist wieder neu. Wir haben ein Pflegeheim und eine Tagespflege in Bremen. Die

Tagespflege war einige Woche geschlossen. Das war für unsere an Demenz erkrankten Gäste und besonders für ihre Angehörigen eine ganz harte Zeit. Da haben wir auch deutlich mehr als 1/3 an Tagesgästen durch verloren, da diese in Kurzzeitpflege mussten und häufig auch dort in den stationären Einrichtungen blieben. Dann hatten wir die Tagesgäste in 2 Gruppen und durften diese nicht mischen. Daher haben wir immer mit halber Besetzung gearbeitet. Jetzt dürfen wir langsam wieder auf die ursprüngliche Zahl kommen und die Gruppen mischen. In der Tagespflege war aber sonst alles friedlich – keine Corona-Ausbrüche.

Im Pflegeheim hatten wir im Pflegebereich 3 Tage nach der ersten Impfung einen Corona-Ausbruch, da eine infizierte Mitarbeiterin sich hat impfen lassen. Die wusste das natürlich nicht und dachte, die Symptome kämen von der Impfung. Sie hat die halbe Mannschaft (8 Bewohner und 8 Angestellte) angesteckt. Das war eine schwierige Zeit. Das haben bestimmt auch andere erlebt. Nun hatten wir letzte Woche die dritte Impfung – die Booster-Impfung. Im anderen Haus sich aber kürzlich eine Ehrenamtliche, trotz doppelter Impfung, infiziert. Der Hausarzt hat sie auf Bronchitis behandelt, es war aber Corona. Ihr Mann hat es jetzt auch. Man kommt aus dieser Spannung kaum raus. Das empfinde ich als sehr belastend. Auch, dass man so wenig Veranstaltungen mit den Bewohnern macht, belastet uns sehr. Wir haben uns nicht getraut und vieles nur auf Sparflamme gemacht, was ich sehr schade finde, da die Stimmung und Motivation auch im Haus gehangen hat. Jetzt geht es wieder los mit Weihnachten. Wie macht man das? Mit Angehörigen? Ohne Angehörige? Sie kennen das alle. Aber ich bin dankbar, dass wir im Großen und Ganzen ganz gut durch diese Zeit gekommen sind.

2. Bericht

Ich bin in 2 Arbeitsfeldern unterwegs. Tagespflege und Wohn-Pflegegemeinschaft. Die Tagespflege in Hamburg war lange Zeit zu. Die Mitarbeiter wurden auf die ambulante oder stationäre Pflege verteilt. Dann fing es langsam mit Öffnungen an. Das beinhaltete auch, dass wir Abstände im Bus einhalten mussten, Abstände in der Einrichtung einhalten mussten und zusätzlich die ganze Testerei. Wir mussten die Mitarbeiter testen, wir mussten die Besucher testen. Das hat unwahrscheinliche Personalressourcen gezogen. Jetzt ist es so, dass wir die Tagespflege wieder komplett hochfahren können, wenn die Personen geimpft sind. Das ist ja immer von den Verordnungen im jeweiligen Bundesland abhängig. Das ist auf jeden Fall positiv, da die Besucher, die lange Zeit nicht zu uns kommen konnten, natürlich massiv abgebaut haben (kognitiv, Ernährungszustand). Aber besonders die pflegenden Angehörigen waren sehr beansprucht und viele haben das auch nicht verkraftet und haben ihre Angehörigen in die stationäre Betreuung übergeben. In den Wohn-Pflege-Gemeinschaften (WPG) hatten wir auch in einer einen größeren Ausbruch. Mitarbeiter und Bewohner waren infiziert. Das war ein enormer Kraftakt für das gesamte Personal aber auch für mich als verantwortliche Führungskraft. Es konnten zwischenzeitlich nur 2-3 Mitarbeiter plus Zeitarbeit noch arbeiten. Mitarbeiter haben sich krankgemeldet, weil sie Angst hatten sich zu infizieren. Das war dramatisch. Die Bewohner haben das alle gut überstanden und sind gut drauf. Es war auch ein sehr gutes Zusammenspiel mit den Angehörigen. Jetzt sind wir wieder auf dem aufsteigenden Ast, merken aber in den Teams die Erschöpfung der Mitarbeiter. Die soziale Isolation und die Angst, jemanden zu infizieren. Aber auch die körperliche Erschöpfung ist spürbar. Wir versuchen nun Entlastungsangebote zu schaffen und Teambildung zu fördern, um auch mal wieder eine schöne Zeit zu erleben.

3. Bericht

Wir sind eine stationäre Einrichtung für Menschen mit Demenz. Wir haben vier Wohngemeinschaften, die sich am 3-Welten-Modell von Herrn Held orientieren. Die Wohngemeinschaften bestehen aus ca. 10 Bewohnern. Wie haben wir die Zeit erlebt? Es war ein riesen Kraftakt, seit Dezember 2019 jeden der kommt, zu testen. Das haben wir alles selbst organisiert und war alles zusätzlicher Inhalt unserer Arbeit. Jetzt ist es zum Glück in dieser Form nicht mehr so. Das war enorm herausfordernd. Was wir an positiven Dingen aus dieser Zeit mitnehmen ist, dass wir uns weniger mit diesen großen Festen belasten. Wir müssen nicht immer große Feste feiern und setzen es nun fort, dass wir im Kleinen in den Wohngemeinschaften feiern werden. Das klappt super und machen wir

weiter so. Oder wir haben einen besonderen Besucher-Raum eingerichtet, dazu auch ein Konzept geschrieben und Gelder erhalten und hier die Besuche organisiert. Diesen Besucher-Raum werden wir auch nach Corona so behalten, da wir die sensiblen Wohnbereiche entlasten wollen. Wir haben zusätzlich für die Mitarbeitenden ein Konzept beantragt, das auch mit Geldern gefördert wird. Es handelt sich um eine Mitarbeiter-Oase im Garten. Das ist eine Win-Win-Situation für alle. Mitarbeiter nutzen es, Angehörige können es auch nutzen. Es war anstrengend, es ist aber auch viel Positives passiert.

4. Bericht (eine PDL und Ihre Mitarbeiterin berichten)

PDL:

Wir sind eine stationäre Einrichtung für schwer an Demenz Erkrankte und haben 30 Bewohner, verteilt auf 2 Wohnbereiche. Da war es sehr schwer, all die Corona-Maßnahmen umzusetzen. Auch wir mussten selber testen. Uns ist da keiner von außen zu Hilfe gekommen. Das war sehr anstrengend. Die Besucher konnten nicht mehr kommen, was wir ehrlicherweise auch teilweise als Entlastung empfunden haben. Den Bewohnern ging es dadurch nicht schlechter, den meisten zumindest. Der Part mit der Angehörigenbegleitung fiel dadurch weg, was ja auch viel Zeit und Kraft kostet. Diese Zeit konnten sie den Bewohnern schenken. Dann hat es uns aber auch letztes Jahr im Dezember ereilt. Wir hatten 10 Mitarbeiter, 15 Bewohner – also einen ganzen Wohnbereich erkrankt. Wir konnten natürlich nicht trennen oder isolieren. Wir haben anfänglich immer versucht die Positiven von den Negativen in zwei verschiedenen Wohnzimmern zu trennen. Das war völliger Blödsinn, weil immer wieder ein Positiver dabei war. Dann haben wir aufgehört zu trennen. Schlimm war dann, dass Getestete und die Ausfälle der Mitarbeiter, die jeden Tag dazu kamen. Das war die schlimmste Zeit meines Berufslebens (*beginnt zu weinen*).

Mitarbeiterin:

Meine Chefin war den ganzen Dezember da und hat nach uns geschaut und war für uns da. Das ging uns auch allen sehr nah. Die Angehörigen durften nicht mehr zu ihren Liebsten und umgekehrt. Das war schwer für alle. Das Team hat sich zudem so zerstreut. Viele waren krank, dann kamen Mitarbeiter von Zeitarbeitsfirmen. Es war so schon so anstrengend und dann hat man noch mit den Leuten von der Zeitarbeitsfirma gearbeitet. Man ist echt auf dem Zahnfleisch gekrochen. Da muss man echt sagen, dass unsere PDL sich wirklich für uns aufgeopfert, damit wir den Rücken frei hatten. Das war eine echte Leistung. Dann hat man noch die ganzen Diskussionen mit den Corona-Verschwörern, die ihre Maske nicht tragen wollten, die ganze Diskussion wegen der Impferei... das war sehr anstrengend!

PDL:

Wir haben wirklich bis zum Sommer gebraucht, um wieder Ordnung ins Haus zu bringen, nachdem auch die Mitarbeiter der Zeitarbeitsfirma wieder weg waren. Das Schlimme war auch die Palliativbegleitung. Für die Betroffenen, aber auch für das Personal war das sehr schwer. Wir durften die Angehörigen nicht mal zu den Sterbenden lassen. 2 von 15 sind gestorben bei uns. In einer Situation habe ich beim Gesundheitsamt angerufen und gesagt, dass ich möchte, dass die Frau da nochmal Abschied nehmen darf. Dann durfte ich zu dem sterbenden Mann die Frau und die Tochter reinlassen.

Ein Wohnbereich war betroffen bei uns und der andere war clean. Das war eine logistische Meisterleistung der Pflegekräfte. Wir haben 2 Teams getrennt, die durften sich nicht begegnen oder denselben Eingang nehmen, sich nicht sehen. Dadurch haben wir das geschafft. Dann haben wir aber auch erlebt, dass Menschen uns Pflegekräften etwas Gutes tun wollten und haben uns riesige Torten geliefert. Uns ist also auch immer wieder mal etwas Gutes widerfahren.

Und dann diese Vorwürfe anfänglich: „Bei Dir stecken sich so viele an! Ihr müsst doch was mit der Hygiene nicht richtig haben!“. Da hat niemand außer einem Chefarzt der Klinik zu uns gehalten. Heute wissen wir es: es sind nicht die Türklinken, sondern die Aerosole. Und wenn man sich nah

kommt, und das tut man mit Menschen mit Demenz und die unter sich, dann steckt man sich an. Anders kann man aber nicht pflegen.

5. Bericht

Besonders den Anfang der Corona-Zeit fand ich furchtbar. Diese passiv-reaktive Phase und dieses chaotisch reaktive Verhalten der Aufsichtsbehörden und Vorgaben die gemacht wurden, die nichts mit Demenz zu tun hatten. Da hatte ich mich im März letzten Jahres schon dazu entschlossen, eine Stellungnahme zu schreiben ans BMG, ans MDS, an unser Gesundheitsamt. Ziel war es zu zeigen, dass es bestimmte Mechanismen gibt, die wir berücksichtigen müssen, um uns zu schützen, aber in unseren Wohnstrukturen/ Wohnformen, die wir für Menschen für Demenz anbieten, bestimmte Maßnahmen, die die Pandemie-Anforderung erfüllen, genauer betrachtet werden müssen. Erstaunt hat mich auch die Kohorten-Isolierung in den Wohnpflegen. Hier haben es die Kollegen geschafft, sich in ganz kleinen Gruppen zu organisieren, was vorher nie möglich war. So konnten Quarantänemaßnahmen der einen Gruppe die andere Gruppe schützen.

Wir waren die Strengsten in Kiel. Haben auch von Angehörigen viel Schelte bekommen. Es hat sich gelohnt. Wir hatten kaum Quarantänefälle und nur wenige Todesfälle aber keinen Ausbruch. Es kam keine Welle durch alle unserer Häuser. Das kam aber auch, weil die Mitarbeiter total gut zusammengearbeitet haben und weil irgendwann auch die Gesundheitsämter gemerkt haben, wir können nicht alle rausziehen, die irgendwie Kontakt hatten. Der erste Schritt war zu erkennen, dass FFP 2 Masken auch schützen, bevor ich jemanden sofort in Quarantäne stelle. Denn auch die Kollegen, die in Quarantäne waren, waren absolut frustriert. Sie wussten, was mit den anderen ist und wollten mithelfen. Ich habe dann nach 100 Tagen eine Evaluation gemacht, um zu sehen: Was tun wir alles? Wie wirkt es? Weil ich vermeiden wollte, dass wir diese Vorwürfe kriegen und an den Pranger gestellt werden. Es war ja sehr deutlich, dass diese Stimmung sehr labil war. Das haben wir auch gemacht, weil wir innerhalb der Kohorten sehr frei und agil waren und nicht „weggesperrt“ haben, wie andere es vielleicht erwartet hätten.

Was mich sehr berührt hat war ein anderer, freiberuflicher Part. Ich arbeite ja schon lange als Ratgeber im Wegweiser Demenz, in diesem Forum, indem es um Pflege, Betreuung und Alterssituationen geht. In der Corona-Situation hat sich eine Selbsthilfegruppe gebildet, die ich einmal die Woche unterstützt habe. Hier kam öffentlich im geschützten Rahmen, im Internet, eine Unterstützung und ein Austausch, dass das entstandene Vakuum auf Grund der fehlenden Unterstützung gefüllt hat. Ich hätte nie gedacht, dass das in dem Maß in einem Internet-Forum möglich ist, so tief zu beraten und unterstützen zu können.

Zudem war ich persönlich sehr ausgebremst. Ich konnte in keine Häuser gehen, ich konnte keine Gruppen oder Fortbildungen oder Supervisionen machen. Also alles, was meine Arbeit auch ausgemacht hat, beschränkte sich auf unser Haupthaus. In der Zeit habe ich viel am Schreibtisch gesessen und auch für die neuen generalistische Ausbildung gearbeitet. Dazu werde ich morgen noch Querverweise in meinem Vortag ziehen.

6. Bericht

Ich war auch kaltgestellt. Ich bin ja vornehmlich im Aus- und Fortbildungsbericht freiberuflich tätig. Das war heftig. Andererseits habe ich mir vorgestellt, wie es den Menschen im Heim geht – den Bewohnern und den Mitarbeitenden. Nach einiger Zeit konnte man einiges auch online überbrücken. Und als ich wieder durfte, da haben sich die Inhalte, die eigentlich vorgesehen waren, ausgeweitet in „Frustbearbeitung“ der Mitarbeitenden. Was ich da mitbekommen habe, fand ich auch sehr belastend. Vielleicht war ich aber auch in Häusern, wo es nicht so gut lief. Da hörte ich dann, dass alle Menschen mit Demenz den Tag zusammen in einem Raum verbringen mussten, nicht in ihre Zimmer konnten, usw. Da kann ich wenig zu sagen. Wenn man von extern die Menschen in den Einrichtungen besucht, war das schwierig auszuhalten. Dann kam eine offenere Phase im Herbst 2020. Emotional bin ich auch noch so geladen - Thema „Masken im Demenzbereich“. Ich

finde vieles lief so schlecht. Sagt sich natürlich leicht von außen. Mich beruhigen dann die positiven Berichte, in denen gute Angebote gemacht wurden und Teams unterstützt wurden.

7. Bericht

Heftig war es anfänglich für den Weiterbildungsträger, mehr als für mich. Ihm fielen die Kurse weg, ich hatte Zeit Curricula zu überarbeiten und hatte Zeit. Ich habe da anfänglich eher von profitiert, muss ich ehrlich sagen. Wir hatten auch viele negative Berichte aus den Heimen, da stimme ich zu. Das hat mich auch stumm gemacht. Was hat es gebracht, Vor- und Nachteile? Wir sind in der Digitalisierung deutlich vorangekommen, besonders im Bildungsbereich. Was langfristig davon bleiben wird bleibt spannend. Das kann deutliche Vorteile haben. Klar, hier muss über Ergebnisqualität diskutiert werden, keine Frage. Aber es hat einen deutlichen Schub gegeben. Wir nehmen jetzt aktuell wahr, dass in den Präsenz-Seminaren keiner mehr fehlt. Scheinbar gibt es eine tiefe Sehnsucht nach Fort- und Weiterbildung. Hauptsache man trifft mal eine andere Person.

8. Bericht

Mir geht es auch so, wie meiner Vorrednerin. Man hatte Zeit mal Unterlagen anzupassen. Ich hatte dann die Frage - vermissen die Teilnehmenden Schule? Und sie tun es scheinbar, das freut uns. Ich denke, dass die Digitalisierung geholfen hat aber nicht ganz so gefruchtet hat, wenn es um Themen geht, die man „einüben“ muss. Auch das Examen musste in eine Simulations-Situation geschehen, was ausnahmsweise erlaubt war. Das ist auch einigermaßen gelungen. Aber es gab viel neue Denke, Neues zu konstruieren und war keine beschäftigungsarme Zeit für uns. Schwierig war zum Teil der ganze Technik-Kram, die Überlastung der Netze, die Netzabdeckung der Auszubildenden. Für mich privat ist es so, dass ich meine Mutter begleite. Da musste ich dann allein einkaufen. All die Aktivitäten fielen für sie weg. Was ich sehr geschätzt habe war, dass wir einen Garten haben, über den ich früher immer sehr geschimpft habe.

9. Bericht

Es war sehr wechselhaft was wir erlebt haben. 2020 waren wir dann im Lockdown, bis es im Sommer wärmer wurde und uns geholfen hat mit Kohorten Ausflüge zu unternehmen. Viel mehr ging nicht. Jede zweite Aktivität zielt bei uns darauf ab, dass sie draußen oder im Viertel stattfindet. Diese Netzwerke sind eingeschlafen, Fäden sind gerissen und man wusste teilweise gar nicht, wo die Leute sind. Trotzdem hatten wir es bis März ganz gut und keine Fälle von Corona. Dann gab es kurz vor Weihnachten dieses ganze Testgeschehen, das umgesetzt werden musste. Man hat sozusagen einen neuen, zusätzlichen Job gehabt und hätte Vorträge über die Mundgesundheit verschiedener Menschen halten können. Das war alles seltsam, intim und komisch. Aber dann hatten wir zwischen Weihnachten und Silvester erste Fälle von Covid und das auch noch ausgerechnet auf einer Demenz-Station und das hat sich rasend schnell ausgebreitet. Im Nu war der gesamte Wohnbereich davon betroffen. Von 35 Bewohnern waren 32 positiv. Da musste man dann auch nicht mehr separieren. Das führte dazu, dass dann im Verlauf auch weitere Bereiche betroffen waren, auch ein weiterer Demenz-Bereich. Der aber nur anfänglich und man konnte es mit Isolationen in den Griff bekommen. In einem „Normal-Bereich“ waren dann auch nochmal 20 Erkrankte. Es sind einige Menschen verstorben. Mit Covid, wie es immer so schön heißt, an Covid wohl eher nicht. Aber trotzdem muss ich sagen, dass besonders bei den an Demenz Erkrankten die Restriktionen dazu geführt haben, dass alle ein Niveau eingebüßt haben und auch nicht wieder erlangen konnten. Im Januar/ Februar 2021 hatten wir bis zu 1/3 der Mitarbeiter in Quarantäne. Da haben sich einige zwischenzeitlich sicherlich nach Kurzarbeit gesehnt. Das war sehr schwierig. Nach wie vor haben wir Mitarbeitende, die das nicht ausgehalten haben und in psychiatrischen Behandlungen sind, einige sogar stationär. Bestimmt 10 Personen haben das Unternehmen und auch den Beruf verlassen. Und das waren Fachkräfte. Heißt, dass wir auch viel Expertise verloren haben und dabei sind, einen Wechsel in der Direktion durchzuführen, die in Rente geht. Neue PDL einführen, neue Prozesse einführen ist momentan äußerst schwierig.

10. Bericht

Meine Perspektive als freiberufliche Musiktherapeutin ist ja nochmal eine andere als die von den meisten hier. Ich habe ja auch immer eine Gaststatus. Ich musste mit Besuchsverboten umgehen oder Tatsache, dass ich im Lockdown nicht kommen durfte. Das wurde Gott sei Dank auf Palliativstationen etwas anders gehandhabt. Da hatten künstlerische Therapien einen unterschiedlichen Stellenwert. Das ist von Einrichtung zu Einrichtung anders. Ich durfte teilweise zwei Mal die Woche kommen, da nichts anderes stattgefunden hat, da auch keine Angehörigen oder Besuch kommen durfte. Da war dieses Angebot das Einzige, dass die Patienten noch hatten. In Alteneinrichtungen war es auch ziemlich unterschiedlich. Ich hatte Gott sei Dank keinen Auftraggeber, der von einem großen Ausbruch betroffen war. Ich habe mir dann dieses Equipment zugelegt, um all die Anforderungen, wie beispielweise „Balkonsingen“ ermöglichen zu können. Man hat immer versucht Formate zu finden, damit etwas möglich ist und zum einen Lebensqualität der Bewohner zu fördern und zum anderen das Pflegepersonal zu entlasten. Nach und nach konnte ich aber wieder gut einsteigen und arbeite wieder im normalen Umfang.

Ich werde vor meinen Besuchen in der Einrichtung getestet oder teste mich selbst, das geht. Aber die Ungewissheit, wie es im Herbst und Winter sein wird, bleibt. Mit Maske zu musizieren ist eine ziemliche Zumutung. Das nimmt natürlich einiges an Dynamik und Lautstärke weg, das merkt Ihr ja alle selbst. Aber die positiven Rückmeldungen über die Angebote tun gut.

11. Bericht

Es ging mir wie allen anderen auch. Es gab Auf's und Abs. Immer wenn es Herbst wurde, hat man schon Panik bekommen, weil die Maßnahmen wieder verstärkt losgingen. Ab Mai waren wir alle etwas entspannter, da wir die Maßnahmen im Freien durchführen konnten. Es fand viel mehr statt als die Bewohner eigentlich ertragen konnten, weil man versucht hat, alles was im Herbst nicht möglich war, in die Sommermonate zu packen. Viele Aktivitäten waren teilweise auch nicht umsetzbar. Wenn man beispielsweise eine CD abgespielt hat, haben die Bewohner natürlich trotzdem gesungen, obwohl sie es nicht durften. Gut war, dass wir im Januar schnell impfen konnten. Schon am Neujahrstag kam ein ganzes Impfteam bei uns an, und wir waren im Januar schon mit dem Impfen durch. In unserer Einrichtung hatten wir keine Coronafälle. Jetzt hatten wir vor 14 Tagen jedoch Impfdurchbrüche. Die Leute kommen aus dem Urlaub zurück. Wir haben eine gute Impfquote von 96%, trotzdem bringen einige die Deltavariante aus Kroatien und Bosnien mit, wo die Kollegen alle herkommen. 80% der Mitarbeiter unserer Einrichtung kommen aus dem Ausland. Diese fahren im Urlaub natürlich in ihre Heimat, wo sie es dann doch bekommen und mitbringen. Sie merken es dann häufig gar nicht. Bei unserer täglichen Symptomkontrolle und mit Schnelltest, taucht dann doch manchmal ein Positiver auf. Sehr geärgert hat mich, dass wir oft vom Gesundheitsamt und vom bayerischen Gesundheitsministerium ziemlich oft im Stich gelassen worden. Es sollten zertifizierte Ausrüstungen sein, doch waren es aber nicht. Man konnte es den Mitarbeitern nicht anbieten, weil es sie einfach gar nicht geschützt hat. Man musste alles selbst kaufen. Zum Glück waren wir ein wenig vorbereitet, weil wir ein TÜV-zertifiziertes Haus sind. Der TÜV hat immer darauf Wert gelegt, dass wir einen Pandemieplan hatten. Diesen konnten wir gleich aktivieren und hatten Material, um uns 3 Monate über Wasser zu halten, bevor dann endlich gutes Material kam. Was wir durch die Isolierung der Bewohner auch festgestellt haben ist, dass sich der kognitive Status der Bewohner verschlechtert hat. Sie sind unselbstständiger geworden, man musste viel mehr Hilfe leisten. Das hat sich in den Sommermonaten auch nicht verbessert, sondern ist schlecht geblieben. Bei den Mitarbeitern hat sich das auch bemerkbar gemacht, weil der Arbeitsaufwand höher geworden ist und sie im Prinzip auch in ihren Teams isoliert waren. Sie konnten sich nicht treffen und gemeinsam die Pause machen. Das hat auch was mit den Teams gemacht. Diese sehnen sich auch nach Kommunikationsplattformen, was digital nicht abzudecken ist. Wir haben das probiert. Das ist aber so unpersönlich, und so wenig Austausch. Trotz Auffrischung treten immer wieder Impfdurchbrüche auf. Gott sei Dank geht es den Bewohnern nicht schlecht, sie merken fast gar nichts und haben nur 2-3 Tage Symptome und dann geht es ihnen wieder gut. Aber sie müssen, weil sie in einer stationären Einrichtung sind, 14 Tage Quarantäne einhalten,

was jemand der geimpft ist, draußen sonst nicht muss. Da werden unsere Senioren wieder bestraft. Ich hatte die letzten zwei Jahre das Gefühl, ein Gefängnis und kein Altenheim zu leiten.

Was uns auch aufgefallen ist, dass, obwohl Besuch erlaubt ist, keine Besucher kommen. Scheinbar haben sich die Angehörigen daran gewöhnt, dass es auch so geht. Viele Mitarbeiter finden den wenigen Besuch ganz angenehm, weil sie nicht so viel klären müssen oder Rechenschaft ablegen müssen. Auf der anderen Seite bekommen sie aber auch kein Lob und keine Anerkennung. Komisch so eine isolierte Situation.

12. Bericht

Ich habe, wie alle, unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Ich fand es vor allem herausfordernd als berufstätige Mutter von zwei schulpflichtigen Kindern. Ich arbeite in der Beratung, in einer Fachstelle für Demenz und Pflege und für eine Alzheimergesellschaft. Von der Fachstelle her, die ein Modellprojekt vom Ministerium ist, kann ich sagen, dass grosse Verwirrung herrschte. Wir haben als Exekutive versucht Material zu besorgen, was sehr schwierig war. Wir haben viel telefoniert, unsere Ehrenamtlichen mobilisiert, die Masken genäht haben usw. Das war großes Chaos am Anfang. Dann kam eine Zeit, in der sich viele Personen angesprochen gefühlt haben und sich als ehrenamtliche Helfer gemeldet haben. Das war sehr positiv. Viele davon sind auch geblieben, was sehr schön ist. Für den Bereich Beratung und Schulung war Stillstand – alles abgesagt und eingestellt. Wir haben uns dann langsam auf Online Schulungen, - Beratungen und -Tagungen eingestellt. Das ist wirklich gut gegangen, obwohl es für alle neu war. Alle haben sich schnell daran gewöhnt. Besonders für die Angehörigengruppen war es fast einfacher, da diese keine Betreuung für die Zeit der Angehörigengruppe organisieren mussten, da die betroffene Person im Nebenraum sitzen konnte. Das haben wir auch beibehalten. Wir haben auch gemerkt, dass die Nachfrage nach Beratung gestiegen ist. Früher haben wir 4 Stunden die Woche angeboten und waren froh, wenn mal jemand angerufen hat. Jetzt kommen täglich Anrufe, die teilweise sehr verzweifelt sind. Da ist die Frequenz deutlich gestiegen. Insgesamt sind wir aber gut durch die Zeit gekommen. Und wir genießen jede Veranstaltung, an der wir teilnehmen dürfen. Das ist ein Genuss – trotz der gegebenen Rahmenbedingungen.

13. Bericht

Bei mir war es auch sehr turbulent. Ich habe nämlich in der Zeit 4 neue Jobs angefangen. Ich habe ursprünglich als Betreuungskraft in einem Seniorenheim, spezialisiert für Menschen mit Demenz, angefangen. Dann brauchte unsere Einrichtungsleitung eine Leitung für die U3 Kinderbetreuung, was ich dann übernommen habe, da ich im ersten Leben Erzieherin bin und Sozialpädagogik studiert habe. Das habe ich im Dezember 2019 angefangen und ein komplett neues Team aufgebaut. Dann kam Corona. Da können Sie sich vielleicht vorstellen, was da los war, da wir nur Kinder von Pflegenden dahatten. Wir haben dann in den ersten 3 Monaten eine Sonder-Notbetreuung auf die Beine gestellt. Im September 2020 habe ich dann das Themenfeld „Demenz“ gründen dürfen. Habe einen Arbeitskreis und ein Schulungsprogramm auf die Beine gestellt. Das hatten wir erst alles so schön in Präsenz geplant. Dann kam der November und der Lockdown, der bis Mai gedauert hat und dazu führte, dass wir alles auf Online ausrichten mussten. Dadurch sind auch viele Unterstützungsangebote wie Supervisionen, Fallberatungen auch Online gelegt wurden. Mittlerweile konnten wir die Kinderbetreuung verdoppeln und ich habe die Leitung abgegeben. Dazu habe ich jetzt die Stabsstelle „Betreuung“ übernommen und bin zwischenzeitlich Chefredakteurin geworden beim Pro-Pflege Management Verlag im Bereich soziale Betreuung. Deswegen habe ich keine speziellen Berichte aus Einrichtungen, da ich auf so vielen Hochzeiten gleichzeitig getanzt habe. Ich hoffe jetzt langsam mal in meinen neuen Arbeitsbereichen Fuß fassen zu dürfen.

14. Bericht

Wir haben einen ambulanten Pflegedienst mit Betreuungsgruppen. Es fing damit an, dass die Angehörigen alle abgesagt haben. Erst die Hauswirtschaft, teilweise auch die Pflege, wurde abgesagt aus Angst, dass die Betreuungspersonen ins Haus kommen und die Personen mit Corona anstecken. Bis sie dann gemerkt haben, dass ihre zu Versorgenden nicht mehr versorgt wurden.

Schwierig wurde es für uns, weil auch wir in Oberfranken nicht gut mit Masken versorgt wurden und zudem auch nur sehr spät. Impfangebote kamen auch sehr spät. Masken mussten wir uns in Betrieben telefonisch anfänglich „erbetteln“. Später wurden uns welche gespendet, sodass wir unsere Pflegekräfte versorgen konnten. Dann kam das Impfangebot und zeitgleich sind die ersten erkrankt. Ich selber war erkrankt und habe die Koordination dann von zuhause aus übernommen. Ein wichtiger Punkt war auch, dass sich anfänglich sehr viele Personen in Krankenhäusern angesteckt hatten. Die Krankenhäuser haben entlassen und uns nicht informiert. Wir haben dann beispielsweise bei einem Patienten nach einer Woche Betreuung mitbekommen, dass der positiv war, hatten aber in der Zeit 8 Mitarbeiter bei ihm vor Ort. So hätten wir bald dicht machen können und haben uns überlegt, was wir nun machen. Wir haben dann eine Quarantäne-Tour aufgemacht. 3 Mitarbeitende haben dann Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden, besucht und versorgt. Anders wäre es nicht gegangen.

Unsere Betreuungsgruppen mussten wir alle schließen, Betreuungskräfte in Kurzarbeit schicken. Der Frust war da enorm. Wir hatten nicht die Möglichkeiten wie die Tagespflegen, dass die Leute weiter beschäftigt werden. Wir haben dann auch einen Brief an die Frau Hummel geschrieben, dass die Betreuungsgruppen auch berücksichtigt werden müssen. Nach einer Zeit konnten wir aber 2 Notgruppen wieder aufmachen, da wir gemerkt haben, dass es zu Hause mit den Menschen mit Demenz eskaliert. Viele hatten 24 h-Kräfte daheim, die ja auch nicht nach Hause fahren konnten. Wir sind dann zu ihnen gefahren und haben da Betreuung gemacht.

Als die Gruppen wieder aufgemacht wurden, mussten wir jede Person einzeln fahren, denn wir fahren selbst. Da ist die Gruppe fast rum bis man sie alle da hat. Es war eine schwere Zeit und wir hatten immer Personalmangel. Jetzt hat es sich wieder etwas beruhigt und wir hoffen, dass es so bleibt.

15. Bericht

Ruth Müller, Alzheimergesellschaft Frankfurt

Ich bin in der Beratung und in Seminaren zum Thema Demenz tätig. Ich glaube, ich musste mich genau so umstellen wie die Angehörigen. Online, Zoom-Gespräche... das hat natürlich auch Vorteile. So konnten Familienmitglieder von außerhalb teilnehmen, was vorher nur mit Anreise möglich war. Aber zunächst musste dafür natürlich alles erstmal funktionieren. Ich bin mit einer ½ Stelle im Frankfurter Programm die einzige, die für die Alzheimergesellschaft tätig ist. Bis heute findet noch immer keine offene Demenz-Sprechstunde im Rathaus für Senioren statt. Die offiziellen Stellen sind noch immer überwiegend geschlossen. Noch kein Publikumsverkehr, wenig Flexibilität in den Angeboten.

16. Bericht

Heike Schwabe berichtet von einem Mailkontakt mit Johannes Schoner. Sie fragte in dieser Mail - „seid ihr gut durch die Zeit gekommen?“ Worauf ihr geantwortet wurde - „nein, sind wir nicht! Wir hatten 26 Sterbefälle, Mitarbeiter sind kaputt, psychisch überbelastet und müssen dringen aufgefangen werden, mit Supervisionen und anderen Methoden.“ Jeder der Johannes kennt, weiss, dass er ein sehr besonnenerer, positiv denkender Mensch ist. Nun sagt er aber, dass ihn diese Situation auch für sein Team sprachlos gemacht hat. Daher ist es noch offen, ob die geplante Tagung bei ihm in Kaiserslautern stattfinden kann. Sicher nicht im Frühjahr, weil alle erstmal eine Rekonvaleszenzzeit benötigen.

Ich selber habe zwei Einrichtungen als Solitäreinrichtungen- also ohne Verbundsystem mit ambulanten Diensten. Wir hatten 1,5 Monate zu. Das war nicht so irre viel. Wir haben sofort wieder aufgemacht, als wir durften, haben auch kein riesen Krimi gemacht. Wir hatten auch keinen Ausbruchsfall. Aber wir haben 38% der Tagespflegegäste verloren. Der Pflegerettungsschirm ist bis Ende Dezember verlängert. Das rettet uns kleine Einrichtungen wirklich. Ab Januar wird es dann so richtig losgehen. In doppelter Hinsicht. Denn ab dann gilt auch die neue QPR. Wir schulen uns gerade, um mit diesem System vertraut zu werden. Ich stelle fest, dass die Bereitschaft und die

Aufnahmefähigkeit momentan überhaupt nicht da ist. Der Boden, um diese ganzen Dinge engagiert und mit Spaß zu machen, ist nicht da. Momentan zählt nur - wie kommen wir durch diese Zeit? Als Positives habe ich erlebt, dass sich das Team in dieser Zeit wahnsinnig gefestigt und weiterentwickelt hat. Das ist auch für mich als Leitung ein riesen Gewinn, denn ich fand diese Zeit besonders für das mittlere Management nochmal anders herausfordernd, weil man auf mehreren Seiten Ruhe ausstrahlen sollte. Die hatte man aber nie, da man an allen Fronten am Abklären und Umsetzen war.

2. Das neue Jetzt – der Blick nach vorne!

Ulla Catarina Lichter, Expertin für Resilienz, Hypnose und Empowerment, Trainerin, Coach und Trauma-Therapeutin, Berlin

Schönen Guten Tag. Ich freue mich sehr hier zu sein. Vielen Dank für die Einladung. Es ist mir eine Ehre hier zu sein. Vor allen Dingen hat es mich sehr berührt, was Sie eben erzählt haben. Ich bin sehr froh, früher gekommen zu sein. Beruflich bin ich viel im sozialen Bereich tätig. Ich arbeite viel mit Sozialarbeitern, war schon bei der ein oder anderen Diakonie zum Thema Resilienz unterwegs. Ich bin Heilpraktikerin für Psychotherapie, habe im Grunde mehrere Standbeine. Ich bin Trainerin im internationalen Netzwerk für Resilienz, Resilienz Forum-Berlin, deswegen ich auch heute hier bin. Ich möchte Ihnen heute das Thema Resilienz näherbringen.

Ich bin Therapeutin auch für Trauma-Therapie und merke die Folgen der Pandemie momentan sehr in meiner Praxis. In meine Praxis kommen gerade gesunde Menschen mit Angststörungen. Im Coachingbereich bin ich auch unterwegs, ich bin selbständige Trainerin. Ich konnte gut auf „digital“ umstellen und mit meinen Kunden auch in der Schweiz, Österreich und Frankreich arbeiten. Trotzdem habe ich mich im April sehr über das erste Präsenztraining gefreut.

Weil ich im Resilienz Forum in einem Team bin, spreche ich in meinem Vortrag heute oft von „wir“. Damit meine ich dann das Resilienz-Team und mich. Ich habe keine Persönlichkeitsstörung.

Das Thema heute ist „Resilienz und Resilienz als Krisenkompetenz“. Es geht natürlich um Euch. Ich habe viele Übungen zum Thema „Self-Care und Empowerment“ mitgebracht. Zum Anfang würde ich gerne direkt eine Übung zum Wachwerden machen und um Euch zu aktivieren.

Übung:

Die Teilnehmenden gehen zu zweit zusammen, zählen zusammen und zählen im Wechsel bis 3:

Person 1: „1“

Person 2: „2“

Person 1: „3“

Person 2: „1“usw. (*viel Gelächter*)

Steigerung der Übung: die «2» wird jetzt nicht mehr ausgesprochen, sondern in die Hände geklatscht (*viel Gelächter*).

Nächste Steigerung der Übung. Die «3» wird jetzt auch nicht mehr gesprochen, sondern gehüpft (*viel Gelächter*)

Nächste Steigerung der Übung: Auch die «1» wird nicht mehr gesprochen. Es wird sich nur geschüttelt (*eigentlich müsste es nun still sein, es wird aber sehr viel gelacht*).

Für ein Erfolgserlebnis macht ihr bitte alle nochmal die erste Übung und zählt bis 3.

Beim Letzten Durchgang ging es viel leichter und immer schneller. Was hat das mit Resilienz zu tun? Das erkläre ich Ihnen jetzt:

Resilienz – Wem ist der Begriff geläufig? (viele erhobene Hände)

Der Begriff ist schon geläufig. Als wir 2007 damit angefangen haben, mussten wir immer noch ganz lange erklären, was das ist. Das gab es noch kein Corona und Literatur stammt aus Amerika. Da wurde Resilienz immer mit Flexibilität übersetzt. Resilienz ist wie Empowerment heute sozusagen schon eingedeutscht.

Resilienz hat viele Bedeutungen und jeder verbindet etwas anderes damit. Resilienz gibt es sogar im Bankenwesen und damit sind dann Back-up Systeme gemeint. Womit wir uns beschäftigen ist die psychische Stärke, die psychische Widerstandskraft. Wir haben das Bambus-Prinzip. Das ist im Gegensatz zum «Fels in der Brandung», was ja etwas Festes ist. Wir glauben nämlich, dass Stressresilienz oder Resistenz gegenüber Krisen mit Flexibilität zu tun hat. Auch mit körperlicher Flexibilität. So eine Übung wie eben, steigert die Flexibilität, sowohl im Kopf als auch im Körper. Das «Schütteln» hat dabei durchaus einen Sinn. Es kommt aus der Traumatherapie.

Resilienz kommt ursprünglich, wie der Stress auch, aus der Physik. Das heisst, dass ein Stoff nach der Belastung wieder zurückspringt in seine ursprüngliche Form. Geläufig ist das Prinzip des «Steh-auf-Männchens». Dazu gab es mal ein Buch, von Monika Gruhl. Das beschreibt die Fähigkeit eines Menschen trotz widriger Umstände wieder in eine aufrechte Haltung zu kommen und sich neu aufzurichten – das Steh-auf-Männchen-Prinzip.

Wir haben als Bild den Bambus gewählt, da wir auch viel mit asiatischen Techniken arbeiten. Ich bin QiGong Lehrerin und TCM, Meditation, wir haben Kampfkünstler bei uns im Team. Bambus ist flexibel, er bricht nicht in stürmischen Zeiten, sondern er verbiegt sich, aber richtet sich direkt wieder auf, sobald sich der Sturm gelegt hat. Was mir persönlich am besten daran gefällt ist, dass es etwas Organisches ist. Der Bambus wächst und wir wachsen auch durch diese Krisen und Herausforderungen. Resilienz braucht auch Herausforderungen, um sich zu entwickeln. Wenn ich jetzt als Resilienzexpertin etwas Positives an der Pandemie sehe, dann, dass die Resilienz gewachsen ist. Es gibt aber auch viele, die zerbrochen sind. Das sehe ich dann in meiner Praxis.

Resilienz als Krisenkompetenz

Deswegen ist Resilienz momentan sehr gefragt und taucht häufig auf. Der Titel beschreibt die Fähigkeit durch Rückgriff auf Ressourcen an Krisen zu wachsen und zudem auch die Resilienz als persönlichen Wachstum zu sehen, also die Krise als Chance.

Aus der Neurologie kenn Ihr selbst gut die Anpassungsfähigkeit des Gehirns, Plastizität des Gehirns. Wir kennen aus der Neurologie, dass sich das Gehirn wieder regenerieren kann - je nachdem, wie stark die Krankheit vorangeschritten ist. Wenn Menschen sich nicht mehr erholen können ist das natürlich erschütternd. Aber wir «Gesunden», sage ich mal, haben diese Fähigkeit das Gehirn zu verändern. Und wir verändern es so, wie wir es nutzen. Ich bin noch mit dem Glaubenssatz gross geworden - «was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmer mehr». Aber so ist es nicht. Falls ihr mal die Möglichkeit habt Gerald Hüter in Eurer Stadt zu sehen, lohnt sich das. Er spricht über Hirnforschung und ist sehr inspirierend und motivierend.

Psychologisch, das heißt auch, dass unser ganzes System sich wieder erholen kann. Besonders in dieser Zeit mit vielen Umbrüchen, viel Ungewissheit und viel Chaos, dass wir da trotzdem die Chancen sehen und Veränderungen zulassen.

Meine Lieblingsdefinition ist diese:

Resilienz beschreibt die Toleranz eines Systems gegenüber Störungen. System kann hierbei das Umfeld sein, die Familie ist ein System, deswegen gefällt mir das sehr gut.

Resilienzforschung hat nach dem 11. September nochmal extra Antrieb bekommen. Das Militär forscht da usw. Das habe ich jetzt nicht explizit aufgeführt, wollte es aber zumindest kurz erwähnen.

Emmy E. Warner war die Begründerin der Resilienz. Als Entwicklungspsychologin hat sie Kinder begleitet und festgestellt, dass resiliente Menschen bzw. Kinder Menschen sind, die über schützende Bedingungen verfügen, die entweder ausserhalb oder innerhalb eines Menschen sind und die helfen, in Krisen Überlebensstrategien zu entwickeln. In der Resilienzförderung geht es immer um den Aufbau dieser Sicherheit.

Innere Sicherheit sind Eigenschaften, die in einem Menschen liegen, in einem Team liegen, Haltung, Einstellung, Glaubenssätze, Überzeugungen, Verhaltensregeln – das kann Sicherheit geben und positive Erfahrungen machen, das Thema der Selbstwirkung.

Vermittelt Aufbau von Kontakt, Gefühl der Zugehörigkeit, Stärkung von Selbstvertrauen, Stärkung der Kompetenz - für Personen unter Euch, die Teams leiten, wäre als gut zu schauen, wie man innere Sicherheit fördern kann, gleiche Werte und Visionen oder diese entwickeln kann, empfinden von Sinnhaftigkeit, und Gemeinsamkeiten entwickeln – durch beispielsweise Rituale.

Es gibt auch eine **resiliente Kommunikation**. Das hat eine andere Qualität. Da geht es viel um eine offene Haltung, aber auch offene Körperhaltung, Augenkontakt, Beweglichkeit, Tonus und Modulation der Stimme. Deswegen machen wir solche Übungen, wie «1,2,3» vorhin. Diese verfolgt dieselben Prinzipien. Und damit trainieren wir offene Kommunikation. Zusätzlich ist das ein «Stress-Breaker» und repräsentiert im Grunde den gesamten Resilienz-Zirkel» den ich Euch vorstellen werde.

Äussere Sicherheit:

Dazu habe ich schon viel gesagt. Das wichtigste waren dazu:

- Stabile Beziehungen zu einer Person. Das ist ein Ergebnis einer Studie aus Maui/ Hawaii. Die hat Kinder von der Geburt bis ins Erwachsenenalter betreut/ begleitet und da war ganz klar zu sehen, dass eine wichtige Person im Umfeld sein musste. Das war manchmal ein Freund oder der Pfarrer, Schule, Lehrer.
- Freundschaften, Schulbildung.
- Resilienz fördernd sind auch die Lebens- und Arbeitskultur. Dazu fällt mir eine Geschichte einer Freundin ein, die ein Resilienz-Training beim RKI hatte. Da war die Stimmung ganz schlimm und irgendwann stellte sich heraus, dass sie sich im Kriegs- bzw. Katastropherraum saßen. Da war kurz vorher Ebola ausgebrochen und die hatten in dem RKI-Raum getagt, da dort immer die Katastrophen besprochen werden. Sie schlug dann vor, den Raum zu wechseln und dann ging es auch mit dem Training. Es geht also auch um Umgebung, die Resilienz fördernd sein kann oder eben auch nicht.
- Feedback und Austausch.
- Routinen, Rituale, Regeln.
- Ressourcen und günstigere Rahmenbedingungen schaffen. Es hat mich eben echt erschüttert, dass ihr keine Unterstützung seitens der Regierung bekommen habt. Ungünstige Rahmenbedingungen hattet ihr wirklich!
- Klare Strukturen, Zuständigkeiten.
- Geschützter Raum.

Generell ist Resilienz ein lebenslanger Lernprozess und beschreibt immer einen Entwicklungsprozess. Es ist auch nicht die eine, sondern es sind mehrere Methoden. Resilienz ist also in jedem Kontext auch verschieden ausgeprägt. Ich kann privat ganz resilient sein aber im Beruf eben nicht. Resilienz ist erlernbar, verlernbar aber auch erneut erlernbar. Wenn diese Fertigkeiten nicht gebraucht werden, dann verkümmern sie, können aber wieder aktiviert werden, beispielsweise durch solch eine Krise. Resilienz basiert immer auf Lebenseinstellung.

«Glaube ans Gelingen oder ans Scheitern – mit beidem wirst Du Recht behalten» (*Henry Ford*).

Es ist keine Methode. Man kann auch nicht sagen – «mach mal schnell mein Team oder mich resilient!» weil es ein Zusammenwirken dieser inneren und äusseren Schutzfaktoren ist.

Resilienzfaktoren, die hierbei günstig unterstützen – laut Resilienzforschung:

- Eine optimistische Weltsicht,
- Selbsteinschätzung und Erwartungshaltung,
- eine realistische Einschätzung der Situation von Zusammenhängen (Akzeptanz der Dinge),
- ziel- und lösungsorientiertes Vorgehen,
- eine gute Selbstfürsorge und Stressbewältigungsstrategien,
- Übernahme von Selbstverantwortung und Eigeninitiative,
- Pflege von Beziehungen und unterstützenden Netzwerken,
- Entwicklung und Verfolgung eigener Zukunftsvisionen, Werte und Ziele,
- Improvisation – der Umgang mit dem Ungewissen; das kann man auch trainieren und Lernfreude entwickeln,
- Fehlerkultur - bei dem Spiel «1, 2, 3» geht es viel um Improvisation und Umgang mit Fehlern. Es wurde viel gelacht und das ist auch gut. Wir lachen, wenn das System verwirrt ist. Das hilft bei der Anpassung.

Wir haben diese Resilienz-Faktoren in einen Resilienz-Zirkel gepackt, weil wir systemisch arbeiten. Analog dazu gibt es auch die sieben Säulen der Resilienz, von denen ihr bestimmt schon gehört habt. Dies mag ganz toll sein. Säulen sind aber für mich genau das Gegenteil von Resilienz, da es für uns um Flexibilität geht. Das sind für uns die Fähigkeiten und Fertigkeiten. Diese haben wir in Lernfelder gepackt und hinter diesen Lernfeldern und Kompetenzfeldern sind die Ressourcen, die wir aktivieren können.

In dieser Übung, wie wir sie vorhin gemacht haben, haben wir quasi alle Lernfelder aktiviert, nämlich:

- den Optimismus - Ihr habt auch etwas gelernt, es wurde viel gelacht, die Stimmung ist gestiegen.
- Akzeptanz - Okay, ich mache einen Fehler.
- Lösungsorientierung – Okay, ich probiere es nochmal aus. Beim Zuhören neue Lösungen finden. Zudem macht Humor/ Lachen kreativ und bringt uns wieder in Aktivierung der Lösungsorientierung.
- Selbstregulation/ Selbstfürsorge – wichtiges Thema!
- Selbstverantwortung/ Selbstwirksamkeit – da geht es auch um Entscheidungen treffen und die Frage, welche Haltung habe ich eigentlich? Bin ich in einer Opfer-Haltung oder gehe ich proaktiv mit Krisen um?
- Beziehungen/ Netzwerke – hier geht es auch viel um Rollenvorbilder und Bezugspersonen.
- Zukunftsgestaltung/ Visionenentwicklung – dazu braucht es natürlich auch wieder die Kreativität und Improvisationsvermögen.
- Lernbereitschaft - es geht also um eine offene Haltung und darum «präsent» zu sein. Dafür gibt es auch Meditationen. Denn wenn ich «präsent» bin, dann kann ich auch improvisieren.

Was passiert in dem Moment, wenn wir in einer Problem-Trance sind?

Wir haben keinen Zugriff auf unsere Ressourcen. Dann verlieren wir unsere Sicherheit und kommen in soziale Isolation. Das finde ich sehr wichtig zum Thema Resilienz, denn zurzeit ist es so, dass in meinen Augen eine globale Traumatisierung stattfindet. Das bekommen wir als erste mit, denn wir sind selber auch traumatisiert. Ich finde diese Kurve ganz gut. Kennt ihr Euch mit «Trauma» aus? Dann brauche ich ja gar nicht so viel zu erklären.

Erläutert Folie 21 (Original PPT U.C. Lichter)



Unten auf der Folie ist der normale Stresslevel, bei dem wir uns selbst wieder regulieren können, wenn wir beispielsweise Tagesstress haben. Wenn wir schlafen und uns entspannen, dann können wir uns wieder regenerieren und sind in diesem unteren Bereich unterwegs, wo diese soziale Anteilnahme stattfindet.

Wenn wir starken Stress haben, dann sind wir in diesem mittleren Bereich. Das heißt, wir haben Mega-Stress, können uns jedoch wieder regenerieren und sind noch immer im Bereich der sozialen Anteilnahme.

Was aber im Moment und bei Trauma passiert ist, dass wir in diesem oberen Bereich sind. Da findet die Selbstregulation nicht mehr statt.

Das heißt, wir sind in dieser Dissoziation, Taubheit, Todesnähe, Depression. Das ist das, was ich momentan zu spüren bekomme, wo Menschen mit ihrer Angst kommen. Da befinden sich momentan viele Menschen in ihrer Angst gefangen.

Wahrscheinlich auch ein alter Hut, aber dennoch wichtig ist es, sich bewusst zu machen, dass wir in Angst und Stress und dieser Problem-Trance unsere Amygdala, unser Angstzentrum, uns regiert und wir keinen Zugang mehr zu dem Teil des Gehirns haben, in dem eine «neutrale Bewertung» stattfinden kann. Warum? Weil die Blutzufuhr dorthin gedrosselt ist. Das kann bis zu 80% verringert sein, wenn wir in Angst und Stress sind, das heißt, die Denkfähigkeit stürzt regelrecht ab. Dann sind wir nicht offen für Argumente. Wenn jemand Angst vor Hunden hat und eine Person sagt -»der tut doch nichts!«, kommt das nicht an. Angst kennt keine Argumente. Das führt dazu, dass wir in Gefühls-Bereichen in einem Angst-Stress-Muster oder einem Trauma gefangen sind. Negative Gedanken und blockiertes Denken überwiegen und wir sind handlungsunfähig, es kommt zu Übersprungshandlungen oder Kompensationen. Der Alkoholkonsum ist beispielsweise in der Pandemie massiv angestiegen.

Damit arbeiten wir in der Resilienzförderung und das sind auch die Ansätze, wo wir selber viel tun können. Dazu kommt, dass diese Mechanismen noch zu 90% unbewusst ablaufen. Das kommt ja noch dazu. **Ziel der Resilienzförderung ist es, eine Kongruenz zwischen Denken, Fühlen und Handeln herzustellen.**

Das kann man auf vielen Bereichen trainieren:

- auf der emotionalen Ebene, wo ich viel unterwegs bin, mit meinen Techniken,
- auf der mentalen Ebene – da geht es um Glaubenssätze, Kommunikationstraining - sage, was du möchtest und nicht, was du nicht möchtest. Besonders im Umgang mit Kindern, was ja jetzt eher nicht so eure Zielgruppe ist, trotzdem sind diese Mechanismen sehr interessant;
- auf der Verhaltensebene und Kompetenz,
- im Arbeitskontext/ Umgebungskontext.

Für mich gibt es drei wichtige Schlüssel:

Selbstregulation und Selbstfürsorge - das ist für mich der wichtigste Schlüssel, denn wenn ich in einer Angst bin, ist auch mein Denken blockiert. Da bin ich einfach zuhause, das ist meine Aufgabe.

Aber ich dachte, wir fangen mal mit dem Optimismus an – der positiven Selbsteinschätzung. Da geht es um die positive Selbst-Sicht, die Selbsteinschätzung und die Erwartungshaltung. Ich komme aus Köln. Sind hier noch Personen aus dem Rheinland? Ah, Rebekka und Rita. Wir Rheinländer haben den Optimismus als Aszendent sozusagen. Ich bin optimistisch. Das heisst, wenn ich in eine schlimme Krise komme, dann weiss ich ganz genau, ich komme dahinten gesund raus und habe noch etwas gelernt. Auch wenn ich das in dem Moment nicht fühle, aber diese Stimme in mir ist da. Wenn ich eine positive Erwartungshaltung habe, suche ich direkt nach Lösungen und schlage einen anderen Weg ein. Darum ist Optimismus wichtig zu trainieren. Unser Gehirn ist nämlich eigentlich nicht auf Optimismus angelegt. Da sage ich gleich noch etwas zu.

Wir haben da so Empowerment-Tools, in denen es um Kraft, aber da geht es auch um die Fremd- und die Eigenbestimmung.

Übung: Power-Posen

Habt ihr das schon mal gehört? Das geht ganz einfach und dauert nur 2 Minuten.

Aufgabe: Wenn Du deprimiert bist, musst Du Deine Haltung verändern. Körperhaltungen sind mit Emotionen verbunden. Dies wurde in einer Studie erprobt. Amy Cuddy aus der Harvard Business School hat festgestellt, dass 2 Minuten in der Power-Pose (Siegerpose) schüttet 90% Testosteron aus und reduziert Cortisol (Stresshormon) zu 25%.

Sagt mal in einer Power-Pose: «Ich bin ein Verlierer»

Sagt mal in einer Loser-Pose (Low-Power-Pose): «Ich bin ein Gewinner»

Beides geht nicht! Das ist Embodiment.

Wir werden durchsetzungsfähiger, selbstbewusster, haben «standing», sind präsenter und denken positiver. In Low-Power-Posen steigt der Cortisolspiegel – was immer schön ist in unserer Handyhaltung. Das bringt uns Stress und wir verschliessen uns.

Power Posing kann man auch bei Tagungen und in Sitzungen machen, zum innerlichen Aufrichten! Zu Beginn einer Teamsitzung ist das auch immer eine gute Übung, 2 Minuten in die Power-Pose zu gehen.

Steigerung der Übung: Da Ihr jetzt so in der Power-Pose seid: Nennt Eurem Nachbarn jetzt mal 5 positive Dinge über Euch, 5 Dinge, die ihr an Euch selbst richtig gut findet.

(viel Gerede, Gelächter, gelöste Stimmung unter den Teilnehmenden)

Wenn Euch das leichtgefallen ist, dann seid Ihr resilient. Das können nicht alle. «Eigenlob stimmt» in einer resilienten Haltung.

Was wir uns bewusst machen sollten, ist, das ergab eine Studie von Bruce Lipton, dass wir pro Tag ca. 60-70.000 Gedanken denken. Die meisten sind unbewusst und negativ. 70% unserer Gedanken sind nebensächlich und flüchtig, 27% negativ oder destruktiv, laut diesen Untersuchungen und nur 3% sind positiv, kreativ und aufbauend. Als Hypnosetherapeutin sage ich da immer – achtet auf Eure Gedanken, weil das, was wir denken, realisiert sich. Wir fokussieren das, was wir denken. Deswegen ist es wichtig darauf zu achten, was wir denken.

Es gibt ein gutes Buch von Rick Hanson «Das Gehirn eines Buddha». Der beschreibt da schön, dass wir evolutionstechnisch so geprägt sind, dass wir auf Gefahren schauen. Das läuft unbewusst ab. Wir scannen also immer die Umgebung ab - bist du mir gefährlich oder nicht?

In der Pandemie fand ich es bezeichnend, dass beispielsweise im Supermarkt sich sofort alle umdrehen, wenn einer hustet. Wir alle scannen die Gefahren. Das nennen wir in der Psychologie «negative Verzerrung». Das heißt, negative Erfahrungen bleiben im Gehirn immer haften und positive Erfahrungen perlen eher von uns ab. Wir versuchen immer mehr Verluste zu vermeiden als einen Gewinn zu erzielen. Das finde ich ganz wichtig, wenn man mit Teams oder Menschen arbeitet. Negative Momente entwerten die positiven Momente immer besonders stark. Ihr kennt das vielleicht - nach einem Vortrag sagen 9 von 10 Personen, dass alles super war. Die eine negative Rückmeldung beschäftigt einen aber dann ewig. Das ist negative Verzerrung. In der Steinzeit war das super und hat uns das Überleben gesichert. Auch heute noch: Ich gehe ja nicht nachts allein durch den Park, weil ich weiss, da könnte jemand sitzen. Das ist der positive Aspekt.

Interessant ist auch, dass es in langanhaltenden Beziehungen 5 bis 7 positive Interaktionen braucht, um eine negative wieder auszubügeln, ein Blumenstrauß reicht da nicht (*Gelächter*). Deswegen kommt nach einer tiefen Verletzung eine einfache Entschuldigung auch nicht an.

Wortmeldung eines Teilnehmers:

«Wenn ich abends im Bett liege und hatte einen negativen Tag, dann versuche ich mich immer an einen schönen Moment vom Tag zu erinnern und kann viel besser einschlafen».

Absolut. Das ist wichtig. Weil wir dazu neigen, das Negative in den Vordergrund zu stellen. Eine andere Möglichkeit ist es, ein Dankbarkeitstagebuch zu führen. Oder 3 getrocknete Bohnen in eine Hosentasche zu stecken und bei jedem schönen Erlebnis eine Bohne in die andere Hosentasche zu stecken und abends dann die positiven Bohnen zu zählen und nochmal an diese Momente zu denken. Oder eine Übung, die man auch mit Teams oder Kindern machen kann ist, dass man drei schöne Momente aufschreibt und in ein Glas steckt und gemeinsam beispielsweise in schweren Zeiten die Zettel im Ressourcenglas liest.

Positive Kommunikation ist auch wichtig. Man ist schnell dabei zu sagen, was man nicht möchte und sagt selten, was man eigentlich möchte. Das ist alles trainierbar.

Es geht um **Selbstregulation und Selbstfürsorge** und wir machen noch eine Übung.

Übung: Berichtet Euch mal gegenseitig, wie Ihr in Momenten hoher Mehrbelastung in dieser Zeit richtig gut entspannen konntet. (*Hintergrundreden, Lachen*)

Also resiliente Menschen verleugnen Gefühle nicht. Das heißt, Wut und Trauer versuchen wir auf angemessene Art und Weise auszudrücken. Dafür gibt es einfache Techniken, wie man sich in eine innere Balance bringen kann. Dadurch erreicht man das innere Ziel, sich in eine gesunde Balance zu bringen und eben über Techniken der Selbstregulation zu verfügen.

Selbstregulation ist die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu lenken, die Emotionen zu regulieren, Impulse und Handlungen zu steuern und wie wir von einem Überlebensmodus eine leistungsfähige Energie bekommen, was eben wichtig ist, wenn wir mit demenzkranken Menschen arbeiten oder allgemein mit Menschen arbeiten.

Das ist die **Fähigkeit der Co-Regulation**. Das heißt, wenn ich in einem guten Zustand bin, gebe ich ihm die Möglichkeit, sich an meinem Nervensystem zu regulieren. Dies geht sogar so weit, dass es ein „**Brain-to-Brain-Coppling**“ gibt. Das heißt, wenn ich mit kreativen Lösungsansätzen unterwegs bin, dass das deine Kreativität auch anregt. Das gibt es bei Demenzkranken, weil diese eine Affekt-Inkontinenz haben. Das heißt, sie nehmen den Affekt auf und spiegeln ihn wider.

Übung: Überlegt Euch – wie gestresst seid Ihr grade? Wie geht es Euch grade? Wie ist Euer Stresslevel? (Skalenabfrage); notiert Euch die Zahl.

0 = mir geht's super

5 = geht so, eher neutral

10 = maximaler Stresslevel

Wo nehmt Ihr den Stress im Körper wahr? Gibt es ein Gefühl oder mehrere dazu? Benennt das Gefühl / die Gefühle. Gibt es einen Stressgedanken dazu? Benennt diesen auch.

Stress-Release: Dafür reibt Ihr die Hände warm, eine Hand legt Ihr auf die Stirn und eine auf den Hinterkopf. Nehmt die Wärme und Energie wahr, die zwischen den Händen fließt und dies im Kontakt mit Eurem Stress. (*einige stumme Minuten des Release*); klopft Euch die Stirnmitte... unter der Nase... Kinngübchen... und mit der flachen Hand auf die Thymus-Drüse. Geht mit Euren Stressgedanken in Kontakt (*erneutes Gesichtsklopfen etc.*) ... „Auch wenn ich das denke, bin ich Okay so“. Geht auch in Kontakt mit dem Stressgefühl (*Gesichtsklopfen etc.*).

Übung Chi Gong: Selbstregulierung der Gefühle durch Atmung beim aufrechten Sitzen. Beim Einatmen heben wir die Hände, drehen sie auf Brusthöhe und beim Ausatmen fahren die Hände ganz langsam nach unten. Je langsamer man die Übung ausführt, desto besser ist sie für einen. Es ist eine Zentrierungsübung, auch gut geeignet vor einem wichtigen Gespräch.

Wu-Übung: Aktivierung des Vagus-Nervs durch Töne, der Vagus wirft die Selbstregulation an; es handelt sich um eine Laut-Übung. Man spricht laut das Wort Wu betont aus (*alle wu-en laut 3x*), horcht dann den Schwingungen nach.

Wuaah-Übung: Aussprache des Wortes „Wuaah“. (*alle wuaahwuaahwuaah-en laut 3x*), dann den Schwingungen nachhorchen.

Italienische Chi Gong Übung: Hände ausschütteln.

Finger Chi Gong Übung: einen Ring, ein O bilden, ein V bilden = V und O und O und V im Wechsel als Stress-Breaker.

Augen Chi Gong: (nicht für Epileptiker geeignet) Kopf bleibt grade, es werden nur die Augen bewegt; man folgt einfach einer Kugel / dem Daumen mit den Augen – die liegende Acht. Das synchronisiert die Gehirnhälften, da sage ich gleich noch etwas dazu. Es ist wichtig, dass die liegende Acht in der Mitte nach oben geht.

Was man auch gegen Stress machen kann, ist **Tapping**. (*Klopfgeräusche durch Abklopfen*)

Jetzt steuert die Aufmerksamkeit nach innen, fühlt nach, ob sich der Stresslevel verändert hat. Wo würdet Ihr ihn jetzt, wenn sich was verändert hat, von Null bis 10 einordnen?... Was nehmt Ihr im Körper wahr?... Möglicherweise gibt es einen neuen Gedanken dazu. Bei einigen Teilnehmer*innen hat sich die ursprüngliche Zahl geändert.

Noch einmal zur Erklärung, was wir hiermit machen – wir aktivieren beide Gehirnhälften mit dieser liegenden Acht und dem Finger Chi Gong. Beim Stress-Release wird die Verbindung zwischen dem frontalen Cortex und der Amygdala wiederhergestellt, dem Angstzentrum und dem denkenden Teil, was sonst im Schlaf passiert. Man kann diese Rem-Phase durch Übungen nachstellen – bilaterale Stimulation.

Wichtig ist dies dafür, dass, wenn die rechte und linke Gehirnhälfte gut miteinander arbeiten, Kreativität entsteht, die man in der Krise braucht. **Ohne Kreativität gibt es keine Lösung.** Wenn man bei Stress EMDR macht oder bilaterale Stimulierung, merkt man, dass man irgendwann Ideen bekommt. Für Kreativität ist nach neuesten Untersuchungen das Zusammenspiel der Gehirnhälften zuständig und nicht mehr nur die rechte Hirnhälfte allein. Kreativität braucht man auch für die Visi-
onsentwicklung.

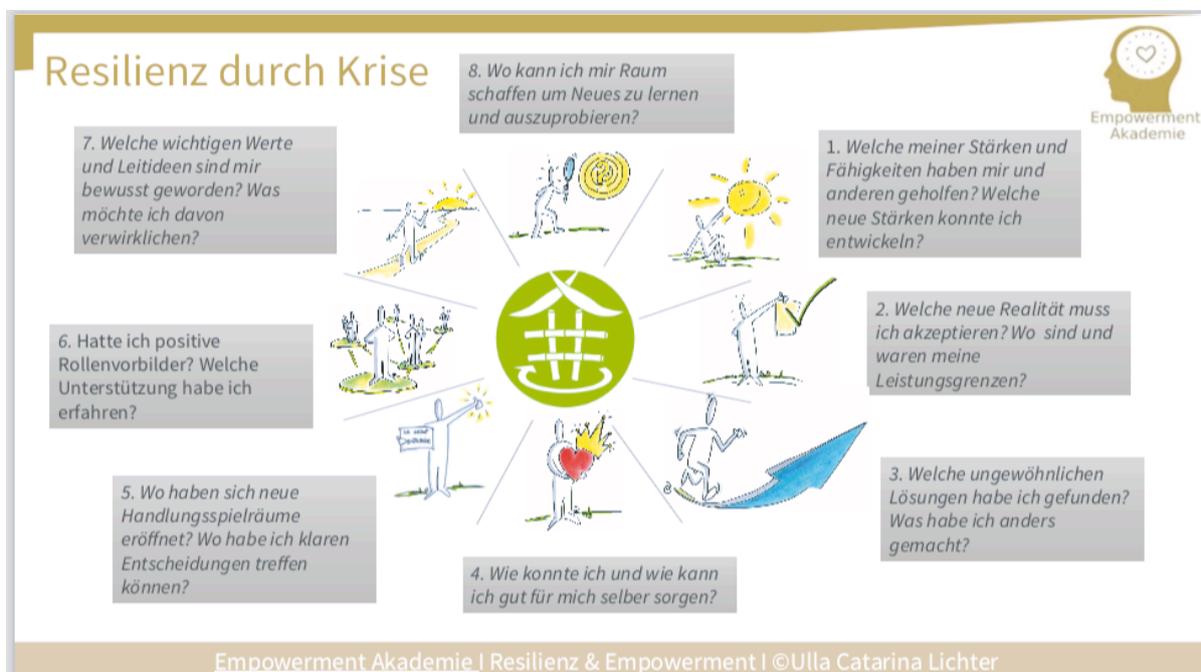
Übung: Geht mal bitte zusammen und berichtet Euch von 3 wichtigen Werten oder Leitideen, die Euch in Eurer Arbeit Orientierung geben oder eine Richtung geben. (*intensive Hintergrundgespräche*)

Selbstregulation gibt es auch auf der Verhaltensebene, das heißt, wenn ich mich „so“ verhalte, dass das im Einklang mit meinen Interessen ist, sich also kongruent zu verhalten. Wichtig ist auch in diesem Kompetenzfeld, bei Überforderung um Hilfe zu bitten. Dazu gehört Unterstützung zu gewährleisten und Gruppenzugehörigkeit gibt Sicherheit. Wichtig ist es auch, Rollenvorbild in der Führungsposition zu sein. Wenn wir Teams resilient machen, arbeiten wir immer zuerst mit der Führungskraft. Wir als Trainer müssen immer resilient sein, etwas Anderes wäre nicht authentisch.

Wir sprechen von **resilienter Kompetenz**, die immer nur durch Verhalten sichtbar ist bzw. vorgelebt wird. Das Verhalten setzt sich zusammen aus Persönlichkeit (Kompetenzprofile), Wissen und Fertigkeiten, die man trainieren kann.

Wenn man die Pandemie betrachtet und im Hier und Jetzt ankommen möchte, macht es durchaus Sinn, sich diese Kompetenzfelder und diese Lernfelder genau anzugucken und die Ressourcen dahinter. Das kann man im Selbst-Coaching machen.

Erläutert Folie 47 (Original PPT U.C. Lichter)



- In der Sonne geht es um die **positive Selbsteinschätzung** – z.B. welche meiner Stärken haben mir und anderen geholfen in der Krise und welche neuen Stärken konnte ich entwickeln? Sich bewusst machen, welche Stärken habe ich generell?
- Welche **neue Realität** muss ich akzeptieren? (*neue Verordnungen z.B.*). In der Akzeptanz geht es um Realitätsbezug und um Leistungsgrenzen (persönliche, die bei kleinen Feedback-Schleifen immer wieder angepasst werden müssen, die kürzer sind in der Resilienzförderung).
- Bei der **Lösungsorientierung** geht es darum – wie mache ich irgendwas anders. „Wenn irgendwas nicht funktioniert, mach es anders.“

- **Selbstfürsorge.** Was habe ich für mich selber getan, was kann ich für mich selber tun, damit es mir gut geht. (*Gesundheitsthemen wie z.B. Schlaf, Ernährung*) Wenn ich das im Team habe – wie kann ich den Mitarbeiter*innen Raum geben, um auch die Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken.
- In der **Selbstwirksamkeit** geht es um die Entscheidungskraft – wie kann ich proaktiv auch diese Prozesse gestalten und wo ich kann ich neue Verantwortungsräume aufmachen oder welche Verantwortung muss ich tragen und welche die anderen. Hier geht es um die Eigenverantwortung – wo hört meine auf und wo fängt die des anderen an?
- **Positives Rollenbild entwickeln.** Was hat mir in der Krise geholfen? Gut ist es zu gucken, was und wie die anderen das in der Krise machen. Dabei kann man sich auch inspirieren lassen.

Wortmeldung Teilnehmer: *Er meint, die Folie sei gut, um das Jahr Revue passieren zu lassen, um festzustellen – wo steht man selbst, wo steht das Team – quasi als Grundlage für das nächste Jahr, ohne Krisenzeiten.*

Das kann man auch mit dem Team zusammen machen, um zu zeigen, welche Unterstützung man von welcher Seite bekommen hat. Positive Erfahrungen stärken einen/ das Team. Das ist Resilienz, dass man das wahrnimmt und nicht als selbstverständlich hinnimmt.

- Ergänzend zu den **Leitideen** hat die Pandemie noch einmal gezeigt, was einem wichtig ist und verdeutlicht, wie die (*sozialen*) Interaktionen mit anderen Menschen nicht möglich waren.
- Bei der **Improvisation** geht es immer um Lernbereitschaft und Offenheit. Und wo kann Raum geschaffen werden, um auch Neues zu lernen und auszuprobieren.

Die Folien werden noch korrigiert, damit die Teilnehmer das mit ihrem Teams durchgehen können:

- was ein Team stark macht,
- wo die Stärken jedes Einzelnen sind,
- wo sind die Leistungsgrenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- wo kann man kreative Räume schaffen, die für Lösungen gebraucht werden.

Und dann, wie bereits gesagt, Verantwortung und Selbstregulation. Rituale zu etablieren hat sich auch bei Netzwerken gut bewährt, dies gibt Sicherheit.

Für die nächste Teamsitzung empfehle ich Finger Chi Gong als Ritual, die Suche nach eigenen Werten und geeigneten Zielen - welche Werte will man leben als Team, was ist dem Team wichtiger. Eine positive, wertschätzende Kommunikation wäre beispielsweise wichtig.

Wie kann man Lernen erfahren, unterstützen, was machen andere. Die DED bietet beispielsweise dazu Weiterbildung an.

Frau Lichter kommt auf das sehr präzente Bambus-Prinzip zurück in Kontakt mit einem schützenden Netzwerk, was vor allem im Lockdown besonders wichtig war:

„Kenne Deinen Standpunkt, sei aber flexibel und gleichzeitig beweglich (Bambus-Pflanze). Geh mit dem Wind, nicht gegen ihn. ... Aber richte Dich selber wieder auf, wenn sich der Sturm gelegt hat.“

Abschließend führt Frau Lichter eine Bewegungsübung mit den Teilnehmer*innen durch.

<https://www.liebscher-bracht.com/wichtigste-uebung-langes-sitzen/#>

1. Oktober 2021

Heike Schwabe begrüßt die ehemalige Vorstandskollegin Astrid Lärm.

3. Nationale Demenzstrategie: Zum aktuellen Stand der Umsetzung Astrid Lärm, Leiterin der Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie

*Astrid Lärm bedankt sich für die Einladung. Inzwischen arbeitet sie beim **Deutschen Zentrum für Altersfragen**, einem Ressortforschungsinstitut des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Das Institut führt sozialwissenschaftliche Forschung zum Thema Alter in Deutschland durch. Die **Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie** ist im Bereich Politikberatung angesiedelt, startete in 2018, hat die Entwicklung der Nationalen Demenzstrategie unterstützt. An der Entwicklung waren mehr als 70 Akteure beteiligt, unter anderem auch die DED. Die Strategie wurde 2020 von der Bundesregierung verabschiedet und wird aktuell durch die beteiligten Akteure umgesetzt. Die Geschäftsstelle begleitet die Umsetzung u.a. durch ein Monitoring. Jedes Jahr wird ein Bericht zum Stand der Umsetzung erstellt. In diesem Jahr hatte er das Schwerpunktthema „Menschen mit Demenz und Angehörige in der Corona-Pandemie“*

Astrid Lärm:

Warum gibt es eigentlich die Nationale Demenzstrategie?

Dies geht zurück auf eine Vereinbarung der großen Koalition. Man hatte ja bereits die „Allianz mit Menschen“, wo sich Akteure zusammengeschlossen hatten, um die Situation für Menschen mit Demenz zu verbessern. Diese Idee des gemeinsamen Handelns wollte man fortsetzen und gleichzeitig eine verbindliche Strategie entwickeln. Außerdem sind die Mitgliedsstaaten der WHO aufgefordert, nationale Strategien zu entwickeln. Mit diesem Projekt kommt die Bundesregierung also auch diesem Aufruf der WHO nach.

Demenz ist eine gesamtgesellschaftliche und politische Herausforderung, denn sie ist nicht nur ein Problem der Medizin und der Pflege. Dies spiegelt sich auch wieder bei den Akteuren. Man hat versucht, ein breites Bündnis zu schaffen. Initiiert und gesteuert wurde der Prozess dabei von der Bundesregierung, und zwar vom Bundesfamilienministerium und dem Bundesgesundheitsministerium. Die Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie wird von diesen beiden Ministerien als Projekt zu gleichen Teilen gefördert. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung wurde inhaltlich beteiligt.

Unterschiedliche Gruppen von Akteuren waren eingeladen, sich zu beteiligen: Die Kommunen, die Länder, aber auch Akteure der Zivilgesellschaft, z.B. die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, die den Co-Vorsitz inne hat bei diesem ganzen Prozess, Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft, der Leistungserbringer und der Sozialversicherung. Insgesamt waren es 74 Akteure, wie beispielsweise der Deutsche Städte- und Gemeindebund, die Gesundheitsministerkonferenz, das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, die Wohlfahrtsverbände und der GKV-Spitzenverband.

Das übergeordnete, inhaltliche Ziel der Strategie ist, dass man die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und auch ihrer Angehörigen in Deutschland verbessern möchte. Die 74 Akteure, alles Organisationen auf Bundesebene, waren in 4 Arbeitsgruppen aktiv, die sich jetzt in den vier Handlungsfeldern der Strategie widerspiegeln.

Insgesamt wurden 27 Ziele formuliert und 162 Maßnahmen vereinbart, um diese Ziele zu erreichen. Das Ganze wurde am 1. Juli 2020 durch die Bundesregierung beschlossen. Seitdem

befindet sich die Strategie in der Umsetzung, bis Ende 2026 sollen alle Maßnahmen umgesetzt sein. Jede Maßnahme ist mit einem Umsetzungszeitraum versehen und der letztmögliche Zeitraum ist Ende 2026. Die Umsetzung wird durch die Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie begleitet, indem diese ein Monitoring dazu durchführt. Einmal jährlich werden Akteure zur Umsetzung der fälligen Maßnahmen mittels eines Online-Fragebogens befragt.

Ein kurzer Exkurs in die **Situation von Menschen mit Demenz in der Corona Pandemie**. Die Strategie wurde zu einem Zeitpunkt beschlossen, wo sich die Situation schon sehr geändert hatte (07-2020). Die 1. Welle war schon vorbei und es hatte sich gezeigt, dass Menschen mit Demenz in besonderer Weise davon betroffen waren. Sie haben ein erhöhtes Infektions- und Erkrankungsrisiko, das heißt, sie stecken sich leichter an und wenn sie erkranken, erkranken sie auch schwerer als andere Menschen. Dies hat einerseits mit ihrer Demenz zu tun, aber auch mit ihrem meist höheren Lebensalter. Das bedeutet, dass Menschen mit Demenz in besonderem Maße von Schutzmaßnahmen betroffen waren. Es ist natürlich notwendig, Menschen mit Demenz vor einer Infektion zu schützen, aber dieser Schutz hatte für sie auch negative Folgen, führte nämlich zu starken Kontaktbeschränkungen, besonders strengen Hygienemaßnahmen sowie zum Wegfall von Angeboten.

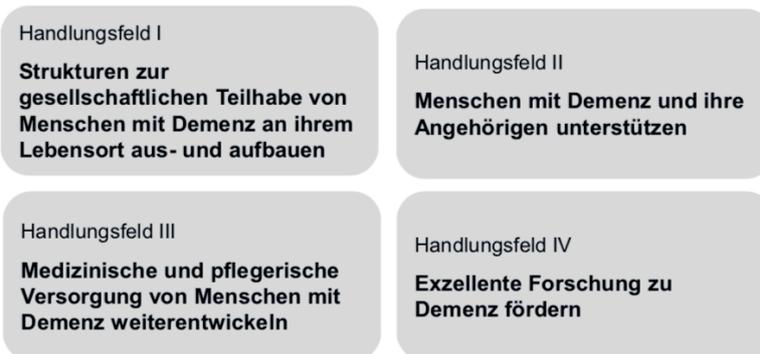
Kontaktbeschränkungen treffen Menschen mit Demenz besonders, weil diese Kontakte für sie eine wichtige integrative Funktion haben und eine Orientierung bieten. Es ist auch mittlerweile durch Studien wissenschaftlich belegt, dass die Schutzmaßnahmen negative Folgen für Menschen mit Demenz haben, wenn sie über einen längeren Zeitraum unter diesen Bedingungen leben. Die demenzielle Symptomatik kann sich verstärken und das Risiko erhöht sich, dass eine Demenz schneller voranschreitet als sie es normalerweise tun würde. Es gibt auch Vermutungen, dass eine COVID 19-Erkrankung die Entwicklung einer Demenz begünstigen kann, wenn sie neurologische Schäden hervorruft.

Die **Situation von Angehörigen** hat sich durch die Corona-Pandemie ebenfalls verschlechtert. Die meisten Menschen mit Demenz werden von ihren Angehörigen betreut und gepflegt. Die meisten Angehörigen bauen sich über die Jahre ein Hilfe- und Unterstützungsnetz auf, das an die Angebote vor Ort und an ihre persönliche Situation angepasst ist und immer wieder angepasst wird. Der Wegfall von Tagespflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeangeboten vor Ort haben diese Hilfenetze gefährdet. Auch die ehrenamtliche Unterstützung sowie die nachbarschaftliche Hilfe waren durch die Pandemie erschwert. Sehr viel mehr Verantwortung lag bei den Angehörigen. Die Besuchseinschränkungen für Pflegeeinrichtungen waren für die Angehörigen auch eine sehr große Belastung. Je nachdem, wie die Pflegeeinrichtungen aufgestellt waren, hat dies teilweise auch zu einer schlechteren Versorgung geführt, wenn Angehörige nicht mehr vorbeikommen und Unterstützung leisten konnten.

Die Pandemie hat die Herausforderungen, die in der **Versorgung von Menschen mit Demenz** ohnehin bestehen, verstärkt. Das zeigt sich in der Situation von beruflich Pflegenden und Pflegeeinrichtungen, oder auch Krankenhäusern. Das Dilemma zwischen dem Schutz der Menschen mit Demenz und der Förderung von Autonomie und Lebensqualität in der Pflege hat sich zugespitzt. Der Personalmangel in der Pflege hat sich verstärkt. Einem erhöhten Betreuungsaufwand steht also ein Mangel an personellen Ressourcen gegenüber.

Die Bundesregierung hat hier mit zahlreichen Maßnahmen Abhilfe geschaffen und sowohl pflegende Angehörige als auch beruflich Pflegenden in der Pandemie entlastet. Gleichzeitig kann man festhalten, dass die Corona Pandemie die bekannten Herausforderungen verstärkt hat, die bei der Teilhabe, der Unterstützung, Versorgung und Pflege von Menschen mit Demenz ohnehin bestehen. Die genannten Themen und Herausforderungen anzugehen ist das Ziel der Nationalen Demenz Strategie. Man hat **vier Handlungsfelder** definiert:

Vier Handlungsfelder



1. **Teilhabe im Sozialraum:** Gestaltung demenzfreundlicher Sozialräume, Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz, passende Wohnformen aber auch die Themen ehrenamtliche und nachbarschaftliche Hilfe.
2. Unter anderem **Angehörige zu unterstützen:** weil sie eine wichtige Rolle spielen und es ein Ziel der Politik ist, diesen Menschen die nötige Beratung, Unterstützung und auch Entlastung zu bieten, die sie brauchen, um diese Aufgabe wahrzunehmen.
3. **Medizinische und pflegerische Versorgung:** diese soll für Menschen mit Demenz in allen Settings weiterentwickelt werden.
4. **Exzellente Forschung fördern zur Demenz:** Die Grundlagenforschung, die klinische und die Versorgungsforschung sollen weiter verbessert werden. Durch die Pandemie ist auch die Forschung etwas zurückgeworfen worden – vor allem Projekte, die Menschen mit Demenz und Angehörige explizit miteinbeziehen.

Wie gesagt, im **Handlungsfeld 1** geht es um die gleichberechtigte, gesellschaftliche Teilhabe, das ist ja ein Recht jedes Menschen. Man will Menschen mit Demenz die Unterstützung geben, die sie auch brauchen, um dieses Recht auszuüben. In diesem Handlungsfeld spielen lokale Akteure und Kommunen eine große Rolle, weil sie auch einen großen Einfluss haben auf die Gestaltung der Lebensverhältnisse vor Ort. Das Ziel 1.1 ist es, Sozialräume für Menschen mit Demenz gestalten. Da ist die kommunale Altenhilfe genannt, die mehr genutzt werden soll, um Menschen mit Demenz vor Ort zu unterstützen, aber auch Dorf- und Entwicklungskonzepte. In den kommunalen Planungsverfahren sollen die Belange von Menschen mit Demenz mehr berücksichtigt werden, auch die digitale Teilhabe soll verbessert werden.

Auf eine Maßnahme im Handlungsfeld 1 möchte ich jetzt als Beispiel etwas genauer eingehen. Hier geht es um die **Öffnung von Kultur-, Sport- und Bildungseinrichtungen für Menschen mit Demenz**, denn zur Idee eines demenz-sensiblen Sozialraums gehört eben auch, dass Einrichtungen wie Sportvereine, Kultureinrichtungen etc. sich auf Menschen mit Demenz einstellen. Dazu gibt es die Maßnahme 1.1.5, wo die Öffnung dieser Einrichtung gefördert werden soll und hier sieht das BMFSFJ eine Fördermöglichkeit vor. Kern der Maßnahme ist, dass haupt- und ehrenamtliche Akteure in den Bereichen Kultur, Bildung und Sport durch Information, Qualifikations- und Transferangebote dabei unterstützt werden sollen, bestehende Angebote zu öffnen und zielgruppenspezifische Angebote zu entwickeln. Ich habe diese Maßnahme deshalb aufgegriffen, weil es bereits ein Beispiel zur Umsetzung gibt. Es ist ein Projekt des Deutschen Olympischen Sportbundes und der Deutschen Alzheimergesellschaft, (die eine Förderung dafür bekommen haben) welches heißt – „Sport bewegt Menschen mit Demenz“. Der Kern ist, dass die Protagonisten eine **Materialbox** entwickelt haben für Übungsleitende in Sportvereinen, damit sie ihre Angebote noch mehr auf Menschen mit Demenz anpassen können. Diese Materialbox kann man kostenlos beim

Deutschen Olympischen Sportbund bestellen. Das ist ein Beispiel für eine Umsetzung, die schon läuft. Ein Bericht über dieses Projekt ist auch der Website der Nationalen Demenzstrategie zu entnehmen (*siehe unten*).

Im **Handlungsfeld 3** geht es darum, die medizinische Versorgung und Pflege so zu verbessern, dass das mehr auf den individuellen und krankheitsbedingten Bedarf von Menschen mit Demenz abgestimmt ist. Voraussetzung ist nicht nur, dass diese Angebote ausgebaut werden und mit Personal angemessen ausgestattet sind, sondern dass sie auch niedrigschwellig gestaltet, zugänglich und untereinander vernetzt sind. Die Idee einer sektorenübergreifenden Vernetzung ist eine Voraussetzung dafür, dass Menschen mit Demenz und ihre meist älteren Angehörigen den Weg durch das Gesundheitssystem finden. Dieses Thema wurde in der AG 3 der Nationalen Demenzstrategie ausführlich diskutiert wurde. Deshalb hat das Ziel, die Zusammenarbeit im Versorgungsnetz zu fördern, auch einen relativ großen Raum bekommen.

Herausgreifen möchte ich die Maßnahme 3.5.3 zum Versorgungspfad. Im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie wird ein Versorgungspfad für Menschen mit Demenz entwickelt. Dabei wirken praktisch alle Akteure der AG 3 mit (BAGFW, BÄK, bpa, DAIZG, BAGSO, DED, DGG, DGGG, DGGPP, DGPPN, DZNE, DKG, DVfR, DEGAM, DPR, GKV-SV, KBV, KDA, SPIZ ZNS und VDAB). Innerhalb eines Versorgungspfades werden die jeweiligen Aufgaben definiert und die erforderlichen Schnittstellen zwischen den Sektoren beschrieben. Das ist auch eine Maßnahme, wo eine Förderung vorgesehen ist. Das BMG und das BMFSFJ setzen dafür ein eigenständiges Projekt auf. Wenn dieser Pfad entwickelt ist, sind auch alle Akteure aufgerufen, die Umsetzung in der Praxis auch zu fördern.

*Die Referentin gibt nach Ende des Vortrages zwei Links zur Webseite, zum **Volltext der Nationalen Demenzstrategie** und dem ergänzenden Bericht zu den von ihr nur kurz angesprochenen Themen mit einer ausführlichen Literaturliste:*

Volltext Nationale Demenzstrategie (2020) https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzstrategie.pdf

Die Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie - Bericht für die Steuerungsgruppe (2021), Schwerpunktthema: Menschen mit Demenz und Angehörige in der Corona-Pandemie

https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2021-06-29_NDS_Bericht_Steuerungsgruppe_2021_Web.pdf

Gern steht Frau Lärm für weitere Nachfragen über die Website zur Verfügung:
www.nationale-demenzstrategie.de

3.1 Diskussion:

Ein **nicht identifizierbarer Teilnehmer** äußert sich im Hintergrund undeutlich zu den Sportverbänden und den Fortbildungsnotwendigkeiten potenzieller Übungsleiter für Menschen mit Demenz. Diese Übungsleiter sollten unterstützt werden, zumal diese oft in geringfügigen Jobs in den Sportanlagen arbeiten. Weil die Bevölkerung immer älter wird, gebe es den Bedarf.

Heike Schwabe, DED Vorstand: Ich habe die Akteursversammlung im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie erlebt. Ich habe die Versammlung nicht als empathische Gruppe wahrgenommen, sondern eher als eine im Kampfmodus, und zwar wer jetzt mit der meisten Lobby was wie durchsetzt. Die Vorschläge eines Protagonisten wurden in einer ziemlich rigiden Art und Weise vom Tisch gefegt. Als Erstgast bei einer solchen Aktion hat es mich sehr erstaunt, wie bei einem so sensiblen Thema, das bearbeitet wird, so unsensibel miteinander umgegangen wurde. Diese Erfahrung möchte ich hier weitergeben. Letztendlich war es ja so, dass die Akteure bei den Maßnahmen dann teilnehmen, die sie auch umsetzen können. Und da fand ich jetzt das Spannungsfeld schwierig. Wir betrachten es auch weiterhin als absolut undiskutierbar, dass es diese Stelle,

diese Ausbildung geben muss, als Stabsstelle weiterhin, was ja auch von einigen, wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft und so weiter, derart als überflüssig empfunden wurde. Wir werden aber ja niemals helfen können, diese Maßnahme umzusetzen. Das heißt letztendlich, dass da 2 Pole sind, die eigentlich gar nicht zueinander passen, obwohl unsere Fachexpertise sagt, es ist nötig, wir brauchen es ganz dringend, weil die Einrichtungen, die es haben, auch zeigen, dass sie sicherlich besser aufgestellt sind mit solchen Fachleuten. Auf der anderen Seite ist die Idee keine Institution, die da etwas machen kann. Und wir haben uns ja im Vorfeld damit auch sehr intensiv ausgetauscht, dass z.B. Niedersachsen es ja aufgenommen hat als Empfehlung, aber anders herum wieder Hamburg es ja, obwohl es ja beim Curriculum dabei war, eigentlich auch völlig als überflüssig gefunden hat. Also diese uneindeutigen Dinge fand ich persönlich sehr, sehr schwierig. Die Frage ist dann für mich nachher, was bleibt dann unterm Strich. Lobbyarbeit, ja klar, immer irgendwie, aber es geht ja auch wirklich um Inhalte und das Ministerium gibt hier auch mit einer Strategie eine Empfehlung, die vielleicht auch eine Bindung haben sollte. Habe ich das jetzt falsch wahrgenommen oder wie siehst Du das? Du hast natürlich da als Leitung eine sehr besondere Position gehabt.

Astrid Lärm: Die Strategie war von Anfang an als ein kooperativer Prozess angelegt. Die Akteure, die zur Entwicklung der Strategie eingeladen wurden, haben auch Verantwortung für die Umsetzung der Maßnahmen – im Rahmen ihrer eigenen Strukturen und vielfach mit eigenen Ressourcen. Die Maßnahmen beinhalten meist eine Kooperation zwischen zwei oder mehreren Akteuren, auf die man sich einigen konnte. Die Arbeitsgruppen waren der Ort der Verhandlungen über die Maßnahmen, ihre Inhalte und die Art der Umsetzung zwischen den Akteuren.

Ich erinnere mich gut an die Diskussion um das Thema **Gerontopsychiatrische Fachkraft**. In der Strategie wurde vereinbart, dass die Verbände der Leistungserbringer dieser Weiterbildung im ambulanten, stationären und teilstationären Setting fördern werden (3.1.12 und 3.2.2). Und es gibt einen Prüfauftrag für das BMG im Rahmen der modellhaften Einführung des Personalbemessungsverfahrens (3.2.2). Dabei wird die Wirkung einer Gerontopsychiatrischen Fachkraft überprüft.

Johannes van Dijk, DED Vorstand: Es gibt auch in dem Expertenstandard Beziehungsgestaltung im Umgang mit Menschen mit Demenz, da steht irgendwo drin, dass jede Einrichtung auch so eine Fachkraft braucht und da wird es auch so ganz eindeutig erwähnt.

Martin Hamborg, Diplompsychologe: Sogar zwei! Da steht zum einen eben, dass eine Fachkraft Gerontopsychiatrie angesiedelt sein soll auf Managementebene und vor Ort aktiv eben auch tätig ist. Also es geht dahin, dass insgesamt eine Abdeckung von Gerontopsychiatrischen Fachkräften notwendig und fachlich erforderlich ist und fachlicher Stand des Wissens ist. Das ist die andere Seite der Medaille.

Monika Hammerla, DED Vorstand: Ja, aber in kleinen Häusern kann aber eine Fachkraft mit Gerontopsychiatrie alles abdecken oder muss abdecken. Also ich bin in der Basis, ich mach meine Struktur, meine Mitarbeiter, ich kenne die Angehörigen, aber in einem großen Haus ist es sinnvoller, das zu teilen. Aber es ist einfach wichtig, weil, das ist Lebensqualität.

Anne Wedlich, Pfeiffersche Stiftungen Magdeburg: Also, was mich daran immer stört, das steht da immer so schön geschrieben und das liest sich alles schön, aber wie wird es denn umgesetzt bzw. finanziert? Also, eine Gerontopsychiatrische Fachkraft, die muss außerhalb der Pflege da sein. Und wenn ich nicht mal mit den Pflegekräften irgendwie hinkomme und das nicht mal auf die Reihe gebracht wird, dass sich das verbessert. Wie soll denn das jemals in Gang kommen, dass eine Gerontopsychiatrische Fachkraft außerhalb der Pflege, wie es nötig wäre, in die Heime kommt, da kann ich eine Nationale Demenz Strategie machen und kann mich hinsetzen und kann diskutieren und machen und tun, aber bei der Basis kommt nichts an. Und das ist das, was frustrierend ist für Pflegekräfte, wenn sie hören – Nationale Demenz Strategie, ist ja alles wunderbar,

da treffen sich alle klugen Leute und reden und reden und treffen sich, aber an der Basis – es kommt nicht an! Spürbar! Gar nichts kommt an.

Astrid Lärm: Zum Stichwort Expertenstandard möchte ich noch ergänzen: Die beteiligten Verbände der Leistungserbringer haben sich im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie verpflichtet, die Umsetzung des Expertenstandards in der pflegerischen Praxis zu fördern (3.1.11, 3.2.6 und 3.3.4) Wenn im Expertenstandard eine bestimmte fachliche Ausstattung vorgesehen ist, ist auch diese zu fördern. Das ist sicher ein Ansatzpunkt für die Praxis, für Einrichtungen vor Ort, die zu diesen Verbänden gehören. Die Nationale Demenzstrategie ist ein Projekt der Bundesebene, das aber vor Ort umgesetzt werden soll.

Martin Hamborg, Diplom Psychologe: Es ist wichtig, dass Du Heike, so gekämpft hast, weil, die Stimme der Praxis ist einfach nicht verortet. Ich war ja damals für die DED in der Vorstudie der Nationalen Demenz Strategie und ich habe oft ein Minderheitenvotum eingebracht, weil ich der Einzige war, der eigentlich direkt mit Menschen mit Demenz arbeitet. Seit wie vielen Jahren ist natürlich ein Stückchen, aber sie ist in einer ganz anderen Position der Alzheimergesellschaft. Genau, das ist die Realität, dass eben die Politik von denen gemacht wird, die eigentlich gar keinen direkten Bezug haben, sondern nur jemanden kennen oder das familiär halt kennen. Und deshalb ist es so wichtig, den Mut zu behalten und die Kraft zu behalten, die Luft zu behalten, da auch weiter zu machen. Und es freut mich, dass das verankert ist und wir können da anknüpfen, aber es ist ein langer Weg. Und einige Themen davon, ich bin ja von Anfang an dabei, die haben wir schon vor über 30 Jahren (*lacht, allgemeines Gemurmel*) diskutiert.

Margret Schleede-Gebert: Ich finde, das fängt schon an bei der Diskussion an, da steht jetzt Fachkraft Gerontopsychiatrie. Dass es bis jetzt keine eindeutige Definition für diese Berufsgruppe gibt, weil da ein Hickhack aufgrund der Länderhoheit Bildung entsteht, dass wir dauernd im Kreis diskutieren. 400, 750, was müssen die für Einsätze haben und so weiter, man sich bis jetzt nicht einigen konnte. Und wir hatten, glaub ich, zwei Bundesländer, die einen staatlichen Abschluss haben und Hamburg schafft den jetzt grade ab. Also es wird jetzt immer von einem Jahr zum anderen gearbeitet, und zwar unter dem Motto der Generalisierung, soll jetzt die Fachkraft Gerontopsychiatrie ausgebildet werden und darunter sollen 80 Stunden Schwerpunkte Gerontopsychiatrie sein. Das ist aber eine Ausbildung, die vermutlich gar nicht nachgefragt wird von SGB11 Einrichtungen. Eine SGB11 Einrichtung braucht keine Fachkraft, die auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Erwachsenenpsychiatrie ausgebildet ist. Die ist so groß angelegt und wieder generalisiert auf der Basis der generalisierten Pflegeausbildung, so dass das eigentlich eher schwieriger wird, die Diskussion. Und wir jetzt alles wieder runterbrechen müssen, sodass wir wieder in der Diskussion sind – Fachkraft 250 Stunden, dass wir vermutlich 400 Stunden nicht durchsetzen können. Und ich weiß gar nicht, wie das die nächsten Jahre laufen soll. Also, es gibt so viel unterschiedliche Sichtweisen. Da mal ein einheitliches Curriculum oder eine einheitliche Erwartungsmatrix, wie der Umfang oder die Inhalte dieser Ausbildung sein soll – da schwimmt im Moment alles.

Anonymer Zuruf: Ja und auch eine Anerkennung!

Margret Schleede-Gebert: Und eine Anerkennung, ja.

Vera Strech, Bremen, Tagespflege Ohlenhof: Also wir haben in unserem Pflegeheim sowohl Gerontopsychiatrie Betreuung nach Eingliederungshilfe, Gerontopsychiatrie Pflege und eine Demenzstation und das ist sehr unterschiedlich. Aber auch in Bremen gibt es kaum Ausbildungsmöglichkeiten für unsere Mitarbeitenden und ich finde, das ist ein ganz großes Problem und ich würde mir so eine Ausbildung sehr wünschen, die eben beide Schwerpunkte hat – Demenz, aber zur Gerontopsychiatrie im Alter gehören auch die klassischen: Depressionen, Schizophrenien, Persönlichkeitsstörungen. Wir haben die ganze Palette bei uns im Haus, und Korsakow und so weiter. Das kennen Sie auch. Das ist eine ganz große Herausforderung und ich würde mir da eben

eine umfangreiche Fortbildung wünschen. Aber in Bremen zum Beispiel gibt es die eigentlich gar nicht. Die wurde abgeschafft, angeblich mangels Interesse. Frage, wo soll man dann diese Leute dann ausbilden? Soll ich die dann alle nach Hamburg schicken? Das ist wieder das Thema – dann habe ich sie nicht. Wer macht das? Das ist wieder Theorie und Praxis. Und ich finde die breitere Ausbildung, fände ich wichtig als Weiterbildung. Und nicht nur Demenz, auch ein bisschen die anderen Krankheitsbilder.

Heike Schwabe, DED Vorstand: Ich denke, es geht da um 2 verschiedene Dinge – gerontopsychiatrische Kompetenzen sind da ja benannt, das ist ein schwammiger Begriff, den per se erstmal sowieso alle haben müssen, die eine grundständige Pflegeausbildung haben. Es geht aber vorwiegend ja um eine Fach-Weiterbildung. Eine Fach-Weiterbildung, die anerkannt ist, hat eben auch zur Folge, dass ich als Einrichtungsträger zumindest sie refinanziert bekomme, zu einem Teil und wir haben diese ganze Situation durch das Hamburger Model ja gehabt. Wir haben um die Hausgemeinschaft, die ich aufgebaut habe, sie war gebunden daran, nach dem Modell, dass eine Gerontopsychiatrische Pflegefachkraft oder Fachkraft vorhanden ist und das auch nachweislich. Und erst dann war eigentlich möglich, diesen Versorgungsvertrag zu erfüllen. Das Ganze ist jetzt runtergebrochen und alles wieder vom Tisch, eigentlich ist es ein Rückschritt, ein großer Rückschritt meiner Meinung nach. Und gerontopsychiatrische Kompetenzen, das ist nicht die Fachweiterbildung, das sind Kernkompetenzen, die jemand in diesem Beruf einfach per se haben muss. Und durch diese schwammige Ausdrucksweise nutzen die Kostenträger es ja auch, um dann nicht zu refinanzieren und darum geht es letztendlich. Dass einfach diese Stellen per se refinanziert werden müssten und natürlich wird alles nicht gleichzeitig passieren, aber das wird erstmal der Türöffner, um überhaupt in die Verhandlung kommen zu können als Einrichtungsträger oder als Leiter. Und wir in Tagespflege haben da sowieso schon gar kein Zugang zu, obwohl ich eine Sondergruppe habe. Also da brauche ich gar nicht kommen. Und es sind die Akteure benannt, aber die Kostenträger, die auf der anderen Seite stehen, das sind diejenigen, die das ja überhaupt in keins-ter Art und Weise irgendwo sinnvoll finden und akzeptieren. Und wenn es da noch steht – naja, dass müssen ja sowieso alle Kompetenzen haben in dem Bereich, was braucht es dann noch eine gerontopsychiatrisch weitergebildete Expertin. Und das ist das große Dilemma letztendlich für die Einrichtung, die dann eigentlich nichts in der Hand haben, um etwas einzufordern, leider!

Johannes van Dijk, DED Vorstand: ... Ich bin ja selbst eine generalisiert ausgebildete Pflegefachkraft vor 40 Jahren in Holland und da war die Psychiatrieausbildung Standard in dieser generalisierten Ausbildung voll mit enthalten. Und da gab es dann auch, wie Du sagst, die Möglichkeit im Altenpflegebereich mit Demenz sich noch einmal gesondert auch zu spezialisieren, wie in Krankenhäusern, wenn man auf spezielle Abteilungen kam, da konnte man sich da noch spezialisieren für diesen Bereich. Da war allerdings schon eine Grundausbildung mit Depressionen und all diesen psychiatrischen Erkrankungen im generalisierte Ausbildungsstandard mit drinnen. Und für mich ist überhaupt nicht klar, was in dieser generalisierten Ausbildung in dem Bereich überhaupt drinnen ist.

Anonymer Einwurf einer Teilnehmerin: ...80 Stunden.

Johannes van Dijk, DED Vorstand: In Psychiatrie?

Anonyme Teilnehmerin: Ja, nee: Demenz.

Johannes van Dijk, DED Vorstand: Naja, aber Demenz ist nur ein Teil. Aber die Psychiatrie, auch die Alterspsychiatrie die muss auch ein Teil sein. Weiß jemand, ob es Klarheit gibt, was da eigentlich in der Fortbildung drinnen ist?

Martin Hamborg, Diplom Psychologe: Ja, ich (*Gelächter*), tatsächlich. Die neue Ausbildung unterscheidet sich wesentlich von dem, was wir vorher kennen. Das eine ist, was Ihr in den Schulen macht, das sind die Basiskompetenzen, die Ihr legt und da wird sozusagen in Krankheitsbilder eingeführt und Lernaufgaben gestellt. Und jetzt sind WIR, die Träger der Einrichtungen dafür verantwortlich, die Auszubildenden in den fachlichen Kompetenzen zu stärken und die sind auch ziemlich genau vorgegeben in dem Rahmenausbildungsplan, den wir umsetzen würden. Das war mein Projekt grade, dass ich mich ganz intensiv damit beschäftigt habe und man kann ganz ganz viel Gerontopsychiatrie, auch echte Gerontopsychiatrie reinbringen, wenn man A die Kompetenz hat und B die Menschen, die damit erkrankt sind. Das Problem ist eher, dass für diesen Pflichteinsatz Gerontopsychiatrie, der ein richtig umfänglichstes Anforderungsprofil stellt, eine 12-Stunden Praxisanleitung schon spannend ist, das alles umsetzen zu wollen, der einfach in jeder Einrichtung, wo ein Mensch mit Demenz ist, umgesetzt werden könnte, theoretisch, also weil die Not in gerontopsychiatrischen Einrichtungen groß ist. Aber nichtsdestotrotz, wir sind in der Verantwortung und wir können nicht sagen: das müssen die anderen machen! Wir können nicht mal sagen – Ihr Schulen. Aber tatsächlich, wir haben den Hut auf! Und sind in der Pflicht.

Rebekka Meier, Diakonie Bethanien, Solingen: Ich habe eine ganz andere Frage, und zwar habe ich beim Durchlesen der Nationalen Demenz Strategie, die auch das vermisst, was Du (*an Astrid Lärm gewandt*) vorhin angesprochen hattest, diese psychosoziale Seite. Weil, vor allem in der exzellenten Forschung geht es überwiegend um's Biomedizinische. Und mein persönliches Steckenpferd ist die Lebensfeldorientierung und dazu gibt es in der ganzen Demenzstrategie, die so gefühlt 5 Zeilen, wo es auch nicht näher definiert ist. Das ist auch etwas, was ich gerne an dem Expertenstandard kritisiere, dass es zwar kurz genannt wird, aber nicht näher ausdeklariert wird, weil es ja eigentlich ein total fettes Thema ist, womit man viel machen könnte. Und wo man sowohl den Pflegekräften ein gutes Handwerkszeug geben kann, um zu verstehen – was passiert da eigentlich? Und gleichzeitig aber tatsächlich auch die Lebenswelt der Menschen mit Demenz noch mal ganz anders beleuchten kann. Und da war meine Frage - gibt es einen Grund dafür, dass ich es da nicht gefunden habe, beziehungsweise ich weiß gar nicht, ob soziale Arbeit oder Pädagogik in den Bereich überhaupt mit aufgenommen wurde? Da einfach mal die Frage, weil das etwas ist, wo grade, wenn wir darüber sprechen, dass diese psychosoziale Sichtweise noch relativ neu ist und wir in dem Bereich eigentlich noch mehr machen sollten. Dann wäre es ja spannend, sowas auch in die Nationale Demenz Strategie aufzunehmen.

Astrid Lärm: Das ist ja eine Maßnahme, wo man vereinbart hat, dass man die Lebenswelt von Menschen mit Demenz stärker erforschen möchte, wo ja diese psychosozialen Faktoren, soziale Ungleichheiten und auch sozioökonomische Faktoren mitspielen.

Rebekka Meier wünscht sich da noch mehr, was Frau Lärm befürwortend unterstützt, aufgrund der Relevanz des Themas.

4. IQM Demenz 4.0 – Auswertung, Entwicklung und Ausblick – eine echte Hilfe für neue und alte Herausforderungen?

Martin Hamborg, Dipl. Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor, Hamburg

Einführung in das Buch „IQM Demenz in der Altenhilfe, vom Pflegeheim zur demenzfreundlichen Magnetereinrichtung

Martin Hamborg bedankt sich erfreut, dass er in dieser ersten Fachtagung nach Corona sein Lebenswerk vorstellen kann.

Anders als früher habe ich mich entschlossen, mich eng an mein Manuskript zu halten. Ich habe Sorge, dass sonst die Zeit nicht ausreicht, weil ich mein Lebenswerk vorstellen möchte. Es hat auch ganz viel mit der DED zu tun, ich werde nachher auch noch ein paar Bezüge machen. Die IQM Demenz hatten wir ja seinerzeit entwickelt. Ich werde viele Themen ansprechen, um sie kleiner zu machen, weil wir Zusammenhänge erkennen und vieles zusammendenken können. Diese Aspekte stehen eben auch für das, was ich jetzt in der Zeit gemacht habe, wo wir das neue System angepasst haben an die neuen Aspekte.

Vor vier Jahren ist mir das passiert, wo von einige vielleicht träumen. Auf einem Vortrag zum Pflegegrademanagement, meine 10 Tipps, sprach mich der Springer-Verlag an und sagte - ich will ein Buch mit Ihnen machen. Und ich sagte – oh, Klasse. Thema konnte ich mir aussuchen, soll einen Projektantrag stellen. Und ich schwankte dann eben zwischen meinen zwei Lebenswerken, dem einen, meinem inklusiven Lebenswerk „Demenzfreundliche Inklusion ist machbar, Frau Nachbar!“ – weil, bei uns in den Einrichtungen sind es hauptsächlich die Frauen, die das tragen, ehrenamtlich und den Erfahrungen, denen wir hier erprobt und entwickelt haben.

Ich wählte das schwierigere, denn es ist auf der einen Seite der Abschluss des DED-Projektes aus dem Jahr 2008. Ich glaube, keiner erinnert sich mehr daran. Wir hatten dort unter der Schirm-“Herr“-schaft von Frau von der Leyen den Auftrag, mit 40 Einrichtungen zu zeigen, dass IQM Demenz eben auch für normale Einrichtungen, also für jeden etwas ist zur Unterstützung der inneren Struktur und der Qualität der Arbeit.

Wir hätten damals diese Zahl sehr schnell erreicht, wenn die Politik nicht kurz danach die Rolle rückwärts gemacht hätte. Sie erinnern sich – aus dem Qualitätssicherungsgesetz, wo es darum ging, eben durch eigene Systeme, also sich selbst zu bewerten, wurde dann ganz schnell diese absolute Fremdkontrolle durch die Transparenzkriterien durch die Benotung der Zensuren, die jetzt ja abgelöst wird durch das neue System. Das war so der Punkt, wo ich dachte – aha, Okay, wir müssen sehen, dass wir es schaffen, das wieder ein Stückchen weiter zusammenzukriegen und trotzdem den Mut behalten. Und es hat mich gefreut, dass eben nicht 40 Einrichtungen, sondern immerhin 30 diesen **IQM Demenz Prozess** durchgemacht haben und ich jetzt so Erfahrungen auswerten konnte und anpassen konnte eben an die neuen Herausforderungen. Und das ist der neue Pflegebegriff, sind die neuen Prüfrichtlinien. Das ist der Expertenstandard der Beziehungsgestaltung Demenz und das ist auch die Generalistik. Die findet sich hier nicht so stark wieder, aber jetzt zurzeit beschäftige ich mich ziemlich häufig damit.

Und ich wollte auch, dass wir möglichst **viele Praxistipps** aus der Erfahrung dann wieder hineinbringen, weil, Theorie ist schwer, aber wir müssen eben auch sehen, dass wir sie umsetzen können.

Ein ganz wesentliches Thema ist – **wie halten wir und gewinnen Fachkräfte** durch Gesundheitsförderung, durch positive Identifikation mit unserer sinnstiftenden Arbeit und ein Management, dass nach den Erkenntnissen der neuen Hirnforschung arbeitet, ohne es vielleicht zu merken.

Es sollte kein philosophisches Werk werden und kein Monster aus erfahrungsbasiertem Lernen. Ich kann kompliziert, das wissen hier alle. Deswegen war es mir wichtig, dass ich einen Leitsatz aus der Psychologie der Problemlösung, mir den Leitsatz auch als 2. Kapitel genommen habe: Komplexe Probleme brauchen einfache Lösungen. Unser Hirn ist so strukturiert.

Und das haben wir seit der Entwicklung von Pflegezeit gesehen, wo wir auf einer Seite mit Papier, mit Bleistift eine handlungsleitende Pflegeplanung erarbeitet und entwickelt haben und auch bei IQM Demenz, wo Milieuthherapie konsequent in handlungsleitende Fragen heruntergebrochen wird. Mich hat nachhaltig ein Satz geprägt - von Dr. Jens Bruder – von dem wir uns leider eben wegen der Corona-Krise nicht verabschieden konnten, er ist ja leider verstorben - er hat zu jeder der 30 ehrenamtlichen Arbeitstagungen unserer Steuerungsgruppe, zu jeder einzelnen Anforderung von IQM Demenz gefragt -“und bitte, was hat der Mensch mit Demenz davon, wenn wir über Managementkonzepte sprechen, wenn wir über unterschiedliche Dinge sprechen?“ Und ich war meistens sozusagen der Gegenpol und war in der Pflicht zu diskutieren, wie kriegen wir das dann eben zusammen, was dann notwendig ist auf den unterschiedlichen Ebenen mit dem, was vor Ort dann auch umgesetzt werden kann.

Mich hat seine Frage tatsächlich nachhaltig beschäftigt, bis hin zu meiner radikalen These „Demenzeinrichtungen werden zum Trendsetter des neuen Managements“. Und eine zweite radikale These, die ich heute nur ganz kurz anklingen lassen möchte, zum Wesen der Demenz versuche ich ein handlungsleitendes, positives Krankheitsverständnis über verschiedene Annäherungen durchzudeklinieren. Weil, wenn wir mit einem negativen Krankheitsbild in die Begegnung gehen, verlieren wir ganz viele Möglichkeiten. Gerald Hüter, der ja gestern schon einmal angesprochen wurde, der hat mich nachhaltig geprägt und ich hatte ihm auch mal mein Manuskript geschrieben, er war begeistert, wollte aber kein Vorwort schreiben.

Und zwar, wenn Mitarbeitende sich konsequent an der Milieuthherapie orientieren, weil Menschen mit Demenz nicht mehr lernen und sich nicht mehr anpassen können. Das ist das, was wir alle wissen, das kleine 1 x 1 der DED. Mit diesen Erkenntnissen berücksichtigen wir automatisch das, was der Expertenstandard Beziehungsgestaltung Demenz mit seinen doch sehr philosophischen Gedanken einbringt und das was Neurowissenschaftler in den Grundlagen der Grundlagenforschung der menschliche Entwicklung eben nachweisen können: Wie entsteht nämlich ein Spannungsfeld zwischen tief erlebter Geborgenheit, also dem Bindungserleben, den Bindungserfahrungen und dem Streben nach Autonomie und dem Ziel, über sich hinauszuwachsen. Diesen zweiten Aspekt, den erleben wir bei Menschen mit Demenz in dem Neugierverhalten, das kennen wir alle und auch ein Stück versteckt in dieser psychomotorischen Unruhe, die ja oft Folge eines tiefen Pflichtgefühls oder Fürsorgeverhaltens ist, wenn sie nicht ganz organisch und krankheitsbedingt oder durch Nebenwirkungen auftritt, bzw. ausgelöst wird.

Gehe ich recht in der Annahme, dass das komplex ist? Deshalb werde ich einige **Praxistipps aus meinem Buch** dann hier auch zufügen. Sie erinnern sich an gestern, da hatten wir dieses ähnliche Bild schon mal. Es geht um den kleinen Mandelkern (*Amygdala*), über den unser Gehirn in wenigen Millisekunden entscheidet - Freund oder Feind? Und bevor überhaupt unser Großhirn anspringt, läuft automatisch bei einem potenziellen Feind eine von drei Reaktionsmustern:

Kampf – Flucht – Totstellen. Das kennen wir alles aus dem Biologie-Unterricht.

Was wir damals aber nicht gelernt haben ist, wie wichtig dieser Aspekt in unserer Arbeit mit Menschen mit Demenz ist: Werde ich als Feind wahrgenommen, wenn sich jemand gegen meine Pflege und Betreuung wehrt, flieht oder in Erstarrung und tiefer Depression verharrt? Da ist es doch viel besser, wenn ich mir diese Millisekunden Zeit nehme, um als Freund wahrgenommen zu werden, und zwar manchmal sogar gegen die Macht der wahnhaften Verkennung.

Deshalb möchte ich mit Ihnen eine erste **kleine Übung** machen: Bitte einmal aufstehen und lockern; gehen Sie in Ihre innere Achtsamkeit, strecken ist auch nicht schlecht. Ich möchte jetzt, dass Sie mir zeigen, dass ich Sie **eindeutig als Freund** wahrnehme, und zwar richtig! Ich zähle bis 3 – bei drei gehen Sie bitte alle in eine Haltung eines Freundes und erstarren. Und lassen Sie mir so viel Zeit, dass ich das Foto machen kann. (*Gelächter*) Lockern noch einmal, jetzt ausatmen, dann einatmen, 1, 2, 3... Okay, Danke!

So viel Freundlichkeit, so viel Präsenz, so viel ausgestrahlte gute Laune! Und das innerhalb von ganz wenigen Sekunden! Ja, nach dieser kleinen Aktivpause möchte ich in die nächsten Themen einführen.

Ein kleiner Rückblick – was hat sich im neuem IQM Demenz verändert?

Ich stelle Ihnen ein kleines Helferlein für die nächste MDK-Prüfung vor, dann folgt eine These zur charismatischen Leitung und eine, wie wir alles im Bereich Führung zusammendenken, wenn wir mit IQM Demenz arbeiten und das umsetzen. Ich schließe mit einem kleinen aktuellen Auszug, der an unser Thema eben auch anknüpft, nämlich neue Perspektiven zu einem alten Thema - Bedarfskonstellation, Pflegegrademanagement oder eben auch Edukation und Intervention als individuelle vergütbare Leistung. Zum Schluss noch eine ähnliche Übung für die Diskussion.

Über IQM Demenz habe ich hier schon viel gesprochen. Ich möchte die einzelnen Aspekte jetzt nicht wiederholen, sondern ein Stückchen in dem „wie deutlich machen, was sich verändert“, was daraus geworden ist.

Rückblick

Zunächst der Rückblick: Sie erinnern sich an den Anfang des Jahrtausends und der Auftrag des Familienministeriums eine Alternative zu den MDK-Prüfungen zu entwickeln. Sie hatten uns dann gefragt und wir hatten gesagt – gern sind wir dabei.

Selbstbewertung statt Fremdkontrolle war der Tenor der damaligen Gesetzgebung und hat uns in der DED beflügelt, etwas zu erarbeiten, was alle Beteiligten mitnimmt und weiterbringt. 12 best-practise-Einrichtungen hatten sich dafür beworben, 8 durften wir nehmen und einige waren lange sauer darüber, dass sie nicht ausgewählt wurden.

Grundlage war ein kanadisches Instrument, das Alfred Hoffmann einbrachte mit seiner Übersetzung und er wurde dann eben auch durch die Projektmittel finanziert. Wir haben aus diesem kanadischen Instrument **30% rausgeschmissen, 30% umformuliert und 30% neu mit unseren Erfahrungen reingebracht, angepasst eben an Demenz**. Kanada hat für die Altenhilfe insgesamt eine Management-Struktur in der Form der Selbstbewertung entwickelt. Und so sah das damals aus: Die Punkte standen für die Erfüllungsgrade und der volle Punkt war der Erfüllungsradius mit 75% bis 100. So ist die erste Gruppe gestartet.

Uns wurde sehr schnell deutlich, dass man mit einer 75% Erfüllung beim Deutschen MDK keinen Schnitt macht. Das heißt, wir haben uns schriftlich was vorgemacht und dass wir relativ schnell anders gefragt haben für die von uns formulierten Anforderungen. „Macht Euch bitte Notizen - wie setzt Ihr das um, was denkt Ihr dann, was macht Ihr da?“ Und dann „wie wichtig ist das für die Arbeit, wie riskant, wie wird umgesetzt?“ In ganz konkreten Prozentzahlen, die auch deutlich unterschiedlich sein können. Dazu ist noch eine zusätzliche Schriftform erforderlich. Wir haben ja ganz viel geschrieben in der Pflege. Wenn hier Stichworte stehen, muss ich das ganz große Konzept noch mal aufmachen.

Die Methode der Selbstbewertung

Damals:

3.0	Zusammenarbeit mit Familien und Bewohnern	⊗ ○ ⊙ ⊕ ●	📄 📁
3.1	Ihr Angebot der Pflege- und Betreuung wird auf die Bedarfe und Wünsche der (zukünftigen) Bewohner und ihrer Familien abgestimmt	□ □ □ □ □ □ □ □	
3.1.1	Wie stellen Sie sicher, dass den Mitarbeitern die individuellen Wünsche und Bedarfe des Bewohners bekannt sind?	□ □ □ □ □ □ □ □	

Das „Helferlein“ heute ist sehr konkret, zu jeder Anforderung fragen wir: Wie stellen wir sicher...

IQM Demenz Schätzen Sie die Wichtigkeit, Bekanntheit und Umsetzung ein (in Prozent)

Was machen wir, was haben wir? Wie setzen wir es um? Notieren Sie Stichworte zur Umsetzung - Geben Sie Hinweise bei unterschiedlichen Einschätzungen in der Gruppe	Wie wichtig ist das? (%)	Wie bekannt? (%)	Wie umgesetzt? (%)	Schriftlich vorhanden?	Schriftform erforderlich?

Martin Hamborg IQM Demenz 5

Aktuell

In der aktuellen Version 4.0 haben Claus (*Appasamy*) und ich ein ganz besonderes Helferlein entwickelt. Im Buch habe ich die Fragen zur Dokumentation dargelegt, heute möchte ich eine der zentralen Prüffragen zu unserem Thema darstellen – **Personen mit herausforderndem Verhalten**. Es geht um unsere Zielgruppe, um die Erfassung von verhaltensrelevanten Faktoren um Risiken und Gefahren der Pflege. Das Kleingedruckte zeigt die Themen, die wir zumindest diskutieren sollten, auch MDK. Und ich habe die zwei von den vielen Themen gebracht und eins davon eben

MDK 4.3 Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen erhalten eine Unterstützung, die darauf abzielt, Risiken zu vermeiden, das herausfordernd erlebte Verhalten einzugrenzen und das Wohlbefinden der Person aktiv zu fördern

Helferlein heute: Wer mag kann sich die 12 Anforderungen zu 4.3 mitnehmen	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Es werden verhaltensrelevante Faktoren identifiziert, die das herausfordernd erlebte Verhalten fördern, kompensieren und begrenzen (z. B. umgebungsbedingte Überforderungen, Tagesstruktur, nächtliche Störungen, biografische Bezüge, Störungen des Wohlbefindens, Änderung der Medikation, Trauer etc.) (wichtig C Kategorie) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Risiken und Gefahren werden erkannt und im Pflegeprozess berücksichtigt (u.a.Einsicht, Verständnis, Auswirkungen anderer kognitiver oder funktioneller Beeinträchtigungen (z.B. Merkfähigkeit, sehen, hören, sich bewegen); gesundheitliche Beeinträchtigungen; verhaltenswirksame Krankheitssymptome (Halluzination, Unruhe, prädelirante Merkmale usw.) (Neu in ambulanter Prüfung) </div>
--	--

auch aus dem ambulanten Bereich, weil, da wird es irgendwann natürlich auch um die Tagespflege gehen, wird es irgendwann die stationäre Pflege betreffen. Risiken und Gefahren im Pflegebereich zu berücksichtigen, das müssten wir eigentlich alle.

Und die Tätigkeitskategorie heißt eben „dass eine Schädigung nicht eingetreten ist, aber bestimmte wichtige Aspekte, genau die, nicht ausreichend erfasst, bekannt und dokumentiert wurden“.

Der Nachteil unserer Arbeit war – es war echt viel Holz! MDK pur auf 23 Seiten. Der Vorteil: Wir konnten ganz viele, eher vage Formulierungen im IQM Demenz ersetzen und die konkreten Anforderungen in MDK-Sprache übersetzen. Weil, genau das ist das, womit sich unsere Mitarbeiter*innen unterschiedlich stark auseinandersetzen. Der MDK Nord ist immer bekannt für sehr kleinteilige Daten-Prüfungen (*lacht*).

So wie ich die Einrichtungen, die IQM Demenz durchgemacht haben, kennengelernt habe, werden sie mit den Prüfer*innen diskutieren und sie nötigen, von einer D auf eine C-Kategorie zu kommen, weil, mit einer D-Kategorie, eine Schädigung und es gilt der pflegfachliche Nachteil, selbst wenn es in der Dokumentation eigentlich nicht richtig erfasst ist. Wenn die Pflegefachkraft gut diskutiert, dann muss der MDK dem folgen und auf eine C-Kategorie werten, die eben dann keine so starke Begutachtung, in der Maßnahmenplanung dann - wie vom Kostenträger ja auch vorgegeben wird - eine Rolle spielt.

Ich bin sicher, die Kolleg*innen werden genauso begeistert sein, wie mich die Qualitäts-Feedbacks überzeugt haben - wir machen gute Arbeit und sind in einer sehr guten Einsicht!

Damit sollte es uns gelingen, dass ein wesentliches Ziel im neuen Prüfkonzept umgesetzt wird: Nicht die Doku ist entscheidend, sondern die pflegfachliche Begründung.

So wie ich unsere Prüfungen im Norden grade erlebe, ist das auch bitter nötig. Pflegefachliche Argumente wurden zu wenig nachgefragt und nicht im Bericht dokumentiert. Im Anhörungsschreiben und im Maßnahmenkatalog lesen sich die C-Kategorien wie eine echte Schädigung, also wie D-Kategorien. So wurde z.B. das Fehlen einer Trinkliste zu einer Nicht-Sicherstellung der Flüssigkeitsversorgung - und das für einen Menschen, bei dem wir nach einer ethischen Fallbesprechung, die eine Woche vorher stattgefunden hatte, festgelegt haben, dass diese Leistung angeboten wird und seine zum Teil gefährliche Abwehr als Zeichen dagegen interpretiert hat. Und trotzdem wurde dieser Mensch geprüft, obwohl auch das nicht in Ordnung ist. **Eigentlich darf der MDK keine Menschen in der palliativen Phase prüfen.**

Also, es ist noch viel Luft nach oben, was das angeht. In den nächsten Tagen werde ich dieses kleine Helferlein mit unseren PDL's erproben und so dann, dass eben möglichst viele der detaillierten Anforderungen in unsere automatischen Prüfroutrinen gehen. Wir arbeiten ja mit Vivendi, dass wir das dann einspeisen und gucken - wie kann man das eigentlich umsetzen.

Aber eigentlich habe ich die Erwartung, dass eine EDV-Planung auch den Planern dient und nicht nur den PDLern Control. Insofern freue ich mich auf den zweiten Schritt, den wir jetzt bei uns in Kiel machen werden, nämlich eine Schulung, wo ganz viele freiwillige Rollenspiele stattfinden. Unsere MDK-Begleiter*innen-Schulung. Wir werden genau das dann üben und in die beiden Rollen gehen und danach werden die Mitarbeiter*innen richtig heiß darauf sein zu beweisen – wir schaffen das! Und das ist das in den neuen Themen, worauf es ankommt.

Das ist ein Beispiel, wie sich im IQM Demenz verändert hat, klarer und präziser geworden ist, aber was wissen wir über das Ausgangsmodell in Kanada?

Das kanadische Ausgangsmodell

In Kanada gibt es keinen deutschen MDK und kein heimliches 0-Fehler-Prinzip. Unser Helferlein wird also kein Exportschlager. Die Formulierungen, die ich im Netz gefunden habe sind deshalb nicht so detailverliebt und allumfassend.

Aber das, was mich bei den Kanadiern beeindruckt hat ist, dass sie sich in ihrem System auch weiterentwickelt haben. Es ist ihnen gelungen, im Rahmen von Qualitätsmanagement alle Bereiche des Gesundheitswesens miteinander zu verzahnen und – auch das ist neu, so ähnlich wie bei uns, nochmal stärker als vorher - dass sie zeitgemäße Managementkonzepte als Qualitätsanforderung formuliert haben. Ich werde das gleich mit den Expertenstandards benennen.

Das heißt, wir brauchen viel mehr **Charisma der Leitung** als die Kanadier. Denn sie haben PLAISIR, ein Personalbemessungsverfahren. Und wir hatten das seinerzeit in einer unserer Einrichtungen ausprobiert. Wir hatten offiziell einen Personalbedarf von 180% errechnet, sodass wir eigentlich doppelt so viele Pflegekräfte haben müssten.

IQM Demenz als modernes Managementinstrument

Was wissen wir über das Ausgangsmodell in Kanada?

Eine gute Demenzeinrichtung braucht eine charismatische Leitung und IQM Demenz unterstützt dies quasi nebenbei.

Denn der Fisch schwimmt mit dem Kopf voran.

Also zusammendenken:

- Gesundheitsförderung
- Anerkennungskultur des Expertenstandards
- verlässlicher Dienstplan
- zeitgemäßes Personalmanagement – und
- Anforderungen der Generalistik

Das heißt, das müssen wir ausgleichen, was eben dort durch wenige Möglichkeiten geht und das geht leider nur über das Charisma. Und IQM Demenz soll Leitungskräfte darin unterstützen, denn „**der Fisch schwimmt mit dem Kopf voran**“, IQM Demenz schwimmt mit und schafft Synergien aus der Selbstbewertung. Dieses „der Fisch schwimmt mit dem Kopf voran“ war einer meiner Lieblingsvortragstitel einer uralten DED Tagung, wo wir uns mit Personalbedarf beschäftigt hatten. Und heute ist es fachlicher Standard, und zwar aus ganz vielen Richtungen wird er eingefordert. Gleich in der nächsten Abbildung wird dies deutlich.

Wir könnten und wir sollten zusammendenken – Gesundheitsförderung, Anerkennungskultur des Expertenstandards Beziehungsgestaltung, verlässlicher Dienstplan, zeitgemäßes Personalmanagement und auch die Anforderungen der Generalistik. Ich sagte es ja eben – wir sind in der Pflicht, zeitgemäße Dinge umzusetzen und werden da auch daran gemessen. Und das habe ich jetzt in diese 4 Kreise gebracht, die Generalistik habe ich nochmal rausgelassen, weil ich dazu kein eigenes Kapitel schreiben konnte. Damit habe ich mich jetzt so intensiv beschäftigt.



Die Anforderungen des Expertenstandards an das Management überschneiden sich mit dem, was z.B. in der Gesundheitsförderung oder beim verlässlichen Dienstplan notwendig ist

Expertenstandard

Dem **Expertenstandard Beziehungsgestaltung Demenz** habe ich dagegen sehr viel Raum gegeben und eine pragmatische IQM Demenz Selbstbewertung daraus erarbeitet, die wir dann auf die Internetseite stellen, mit der Sie arbeiten können und hier ist die Bedienungsanleitung drinnen, also eine Moderator*innenschulung nach Optimalgesichtspunkten. Und das ist ein Ausschnitt der Anforderungen, so wie wir sie dort eben wiederfinden (s. *nächste Abbildung*).

Was macht die Leitung, wie wird der Mitarbeiter wahrgenommen, wie stellen Sie sicher, dass die Arbeit wird als sinnvoll und erfreulich erlebt wird, sie arbeiten selbständig und eigenverantwortlich und so weiter. Das sind alle Aspekte, die wichtig sind, die bekannt sind, die wir vorher auch schon wussten. Die sind jetzt aber fachlicher Standard, egal, wie eng die Personaldecke ist. Weil, die fachlichen Standards gelten eigentlich weiter.

Und das ist genau das, was wir dann in der Diskussion mit der Nationalen Demenz Strategie auch immer wieder deutlich machen müssen. Deshalb ist es gut, was dort steht! Eine Frage ist dann auch die nach der gerontopsychiatrischen Fachkraft. Und die Frage ist dann – wie setzen wir das um, was tun wir dafür?

Managementanforderungen im Expertenstand Beziehungsgestaltung

56 4 Der Expertenstandard Beziehungsgestaltung bei Menschen ...

Selbstbewertung im Austausch: Aspekte zur Umsetzung des Expertenstandards Demenz als Führungsaufgabe IQM DEMENZ	
Ein Ausschnitt Wie stellen wir sicher? ...	1.1 Was macht die Leitung, wie wird es bei den MA angenommen?
	a) Die Arbeit wird sinnvoll und erfreulich erlebt?
	b) Die Mitarbeiter sind selbstständig und eigenverantwortlich in ihrem Arbeitsbereich tätig?
	c) Das Team wird als wichtigste Motivationsquelle erlebt? (Supervision, Besprechungszeiten, Teamdynamiken u.a.)
	d) Mitarbeiter reagieren zeitnah auf die Bedürfnisse des Menschen mit Demenz? (Nachfragen, Zeit, Rückmeldung u.a.)
	e) Pflegende können neue Interventionen in die Ablaufstruktur einbringen (Erkenntnisse aus Fortbildungen und Fallbesprechungen, kreative Ideen usw.)
	f) Pflegende sind soweit wie möglich in wichtige Entscheidungen einbezogen - (Belegung, Einstellung, Ablauforganisation, bauliche Veränderungen)
	g) Schwierigkeiten und Herausforderungen werden lösungsorientiert, offen und ohne Schuldzuweisungen angesprochen
	h) Pflegende sind so qualifiziert und angeleitet, dass sie selbstbewusst und professionell auftreten und sicher argumentieren
	i) Pflegende reagieren in Krisen gelassen, entspannt und zielsicher

Abb. 4.6 Im IQM Demenz werden die Anforderungen wenn möglich direkt in den Worten des Standards formuliert. Die ritualisierte Grundfrage ist immer: „Wie stellen wir sicher?“ Diese Formulierung richtet die Aufmerksamkeit auf das, was ist, und nicht auf das, was fehlt, und fokussiert auf die Kompetenzen und nicht auf die Defizite. MA Mitarbeitende

Gesundheitsförderung

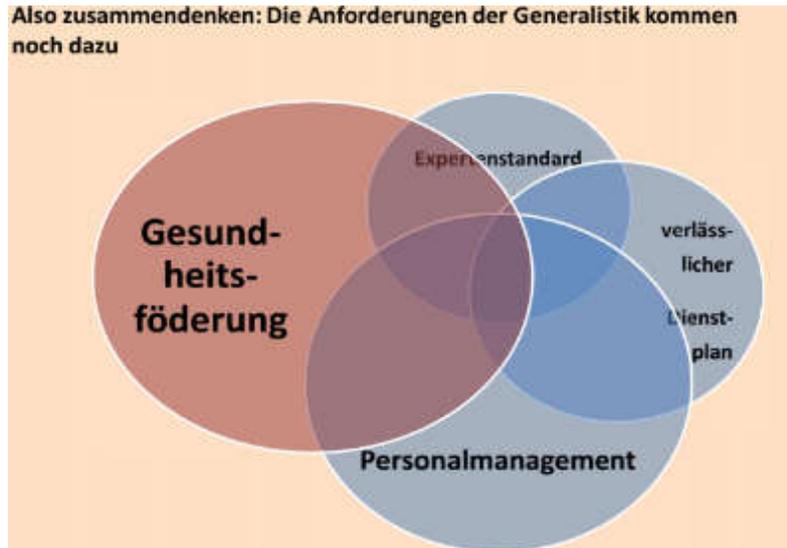
Eine hohe Überschneidung gibt es mit den **Anforderungen an die Gesundheitsförderung**. Das was die Berufsgenossenschaft mit den schnell ausgebuchten Seminaren zur gesundheitsbezogenen Führung macht, hat eine hohe Schnittmenge zu der geforderten Anerkennungskultur des Standards. Und der Begriff steht tatsächlich so im Standard drin.

Wir alle wissen, wie massiv die Krankheitsrate zu Planungsproblemen und zu extremem Frust führt. Nie vergesse ich eine IQM-Demenzeinrichtung in Altenburg, die damals eine 3%tige Krankheitsquote hatten. Und die Mitarbeiter*innen überraschten Ihre Chefin mit dem Zertifikat „Bester Arbeitgeber“ zum Geburtstag.

So habe ich mich mit dem beschäftigt, was wir vermeiden und reduzieren sollten, weil es Pflegende krank macht. All das ist kein Geheimnis, es sind die offiziellen Anforderungen zur Arbeitssicherung und Arbeitssicherheit, die nur etwas mehr Präzisierung brauchen.

Das betrifft besonders die Krankschreibung aus psychischen Gründen, die seit 2006 absolut durch die Decke gehen. Die Pathogenese, also die krankmachenden Faktoren, können wir leider nur sehr bedingt beeinflussen. Aber als Psychologin ist es mir häufiger gelungen, die richtige Unterstützung für Menschen in psychischen Krisen zu finden und entsprechend auch die Mitarbeiter*innen da aufzubauen. Und da gibt es eine wunderbare, sehr konkrete Anregung. Zusammengefasst wird in einer Zitatensammlung, was man alles sagen kann bei uns Menschen mit verschiedenen Krankheitsbildern.

Manches Mal konnte ich sogar verhindern, dass sich Mitarbeiter*innen mit schweren Burnout-Symptomen haben krankschreiben lassen. Denn, wenn die letzte Säule der Identität – die sinnstiftende Arbeit ausfällt, hat dieser Mensch weniger Möglichkeiten eben gegen die Mechanismen der reaktiven Depression.



Und das ist das eigentliche Krankheitsbild, das dann hinter dem Burnout steht. Und diese reaktive Depression ist einer der Spitzenreiter an Krankheitstagen von durchschnittlich 93 Tagen. Das heißt, es ist absolut sinnvoll, da möglichst präventiv und vom Führungsverhalten auch das zu berücksichtigen.

Umso wichtiger ist es, sich auf die andere Seite, nämlich mit den **Mechanismen der Salutogenese**, der wissenschaftlichen Lehre von der Gesundheit, zu beschäftigen. Und da gibt es einiges für den Hausgebrauch und einige Querverbindungen: Das sind diese Mechanismen, die Grundannahmen der Salutogenese – ich verstehe, was um mich herum passiert, mit dem Verstehen kann ich wirksam gestalten. Und das, was ich verstehe und gestalte, das sind 3 Glaubenssätze, die uns gesund machen und gesund halten.

In meinem Kapitel zum **Wesen der Demenz** diskutiere ich die These des Hirnforschers Gerald Hüther, der in seinem Buch „Raus aus der Demenzfalle“ beschrieben hat, warum. Das Interessante, was er formuliert hat, warum in einer Nonnenstudie die Vorhersage der Demenz so schlecht ist. Das hat das Denken ja sehr stark verändert und aufgrund der Strukturen des Klosters war die Neuroplastizität, also die Entwicklung des Gehirns, weitgehend erhalten und pathogene Veränderungen konnten nicht einmal mehr erkannt werden. Also ich glaube, die Übereinstimmung war 10% zwischen Diagnose, dem Verhalten und letztendlich dem pathologischen Befund danach.

Das heißt, wir können tatsächlich **durch unser Verhalten und durch unsere Angebotsstrukturen anti-dementiv** wirken. Das steht leider noch nicht in der WHO-Leitlinie, die jetzt grade zur Prävention von Demenz (*vor 2 Jahren erarbeitet*) formuliert wird. Dort gibt es nur 2 wirksame Faktoren – das erste ist Bewegung und das zweite ist Aufhören mit Rauchen (*leises Lachen der Anwesenden*).

Die Grundlagen der Genese zur Gesundheitshaltung hat auch tatsächlich auch mit IQM Demenz und unserer Methodik zu tun, denn sie knüpft in einfacher Weise daran an. Und deshalb haben wir jetzt konsequent die umfangreichen Anforderungen so fachlich wie nötig und so verständlich und handlungsorientiert wie möglich formuliert – stimmig zu diesem besagten theoretischen Wissen:

- Mitarbeiter*innen verstehen, was sie tun, auch wenn sie es manchmal nicht so nennen.
- Sie erleben sich als Gestaltende und beschreiben, wie sie es umsetzen.
- Sie erkennen die Sinnhaftigkeit, indem sie gemeinsam bewerten, wie wichtig es ist.

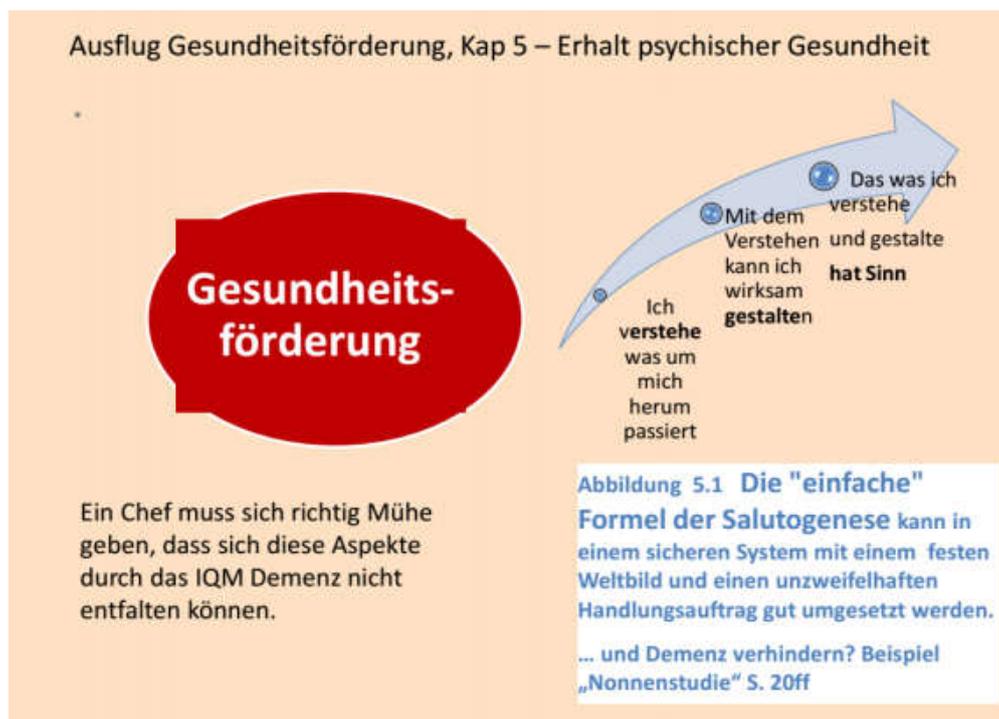
Das sind 3 Aspekte. Vielleicht ist das eine Erklärung, warum ich in unseren Schulungen immer so begeisterte Diskussionen erlebt habe: Die ritualisierte Fragestellung – wie stellen wir sicher (*früher haben wir gesagt – wie stellen Sie sicher*) ist also der salutogenetische Blick auf das, was schon ist und nicht auf den Druck durch ein 0-Fehlerprinzip.

Verlässlicher Dienstplan

Im **dritten Kreis** geht es um das Leib- und Magenthema von Claus Appasamy. Dazu habe ich kein Kapitel geschrieben. Aber die Anforderungen an den attraktiven vorhersehbaren und sicheren Dienstplan sind natürlich alle in das IQM Demenz eingegangen. Viele Einrichtungen haben einen Beratungstag bei Claus dazu genutzt, um ein Qualitätsverbesserungsprojekt zu diesem Thema zu machen und so viel Zeit und Geld gespart, denn die Vorarbeit zum verlässlichen Dienstplan und die Sammlung von Informationen finden wir in der Sammlung der Profilerhebung. Und in der Selbstbewertung gibt es die erste Reflexion dazu. Und dann reicht oft ein einziger Tag, um etwas in Bewegung zu setzen, also das Projekt sozusagen noch einmal zu unterstützen.

Eine Schnittmenge möchte ich mit dem folgenden Gedanken erläutern: Auch für den verlässlichen Dienstplan sollten sich unsere Mitarbeitenden gesundheitsbewusst verhalten und auch Aspekte ins Privatleben übertragen. Dafür braucht es entsprechende Strukturen und eine Leitung, die dafür Vorbild ist.

Eine Kernaussage einer AOK-Studie kann ich mir nicht verkneifen: Ob ein Betrieb durchschnittlich 10 oder 20 Krankheitstage im Jahr hat, ist davon abhängig, ob die Mitarbeiter*innen ihre Arbeit als sinnstiftend wahrnehmen. Nicht schlecht habe ich gestaunt darüber, dass dies mit zwei Aspekten definiert werden konnte. Das erste war die Selbstwirksamkeit, also die Gestaltungsmöglichkeiten – das wissen wir auch. Das zweite ist die Loyalität, und zwar die Loyalität des Vorgesetzten, des Mitarbeiters. Das heißt, es ist enorm wertvoll, dass die Vorgesetzten hinter mir stehen, Vertrauen haben.



Die Kernaussage zur Gesunderhaltung finden wir in der einfachen Formel der Salutogenese: Verstehen – Gestalten – Sinn erleben. Gerald Hüther hat unter diesem Aspekt die Ergebnisse der Nonnenstudie diskutiert. In meinem zweiten Kapitel geht dieser Gedanke als siebte Annäherung an ein positives Krankheitsverständnis der Demenz mit ein.

Hätten Sie das gedacht, dass Ihnen die Mitarbeiter*innen 2 Wochen im Jahr schenken, nur weil sie genau da das Gefühl hatten – halt, Du stehst hinter uns! Die Berichte von gestern waren ja sehr deutlich, wie wichtig das ist und wie das eben auch ankommt und wie das zusammenhält.

Im Werbeteil für IQM Demenz müsste ich jetzt sagen: Ein Chef müsste sich richtig Mühe geben, dass sich diese beiden Aspekte nicht entfalten können. Eine Einrichtung hatte es uns mal bewiesen. Da waren die Selbstbewertungsgruppen in einem kleinen ausgewählten Kreis um den Chef herum. Und erst im Qualitätsfeedback nach 3 Jahren hatten die Mitarbeiter*innen überhaupt gemerkt, worum es geht.

Personalmanagement

Den **vierten Kreis** möchte ich der Vollständigkeit halber noch erwähnen. Gutes Personalmanagement umfasst natürlich mehr als das Führungsverhalten von dem, was ich eben genannt habe.

Ein fünfter Kreis - Generalistik

Und wir müssten eigentlich den **fünften Kreis** noch einfügen, eben die Anforderungen an die generalistische Ausbildung. Auch hier werden wir und die Kliniken in die Pflicht genommen, damit Auszubildende modernes Management miterleben können. Und dazu sollen sie ihre Einsätze vergleichen. Also ein ganz zentraler Punkt, der in jedem Einsatz von uns erwartet, dass wir das mit den Anleitungen der Auszubildenden durchgehen.

Ich sagte ja eben schon, dass ich gerade ein Projekt abgeschlossen habe, wo wir die Anforderungen an die Träger umformuliert haben, ein Einrichtungskonzept mit ganz vielen Lernpaketen und sehr konkreten Fragestellungen, denn ich wollte die Praxisleiterin nicht alleine lassen. Wir haben so viel zu bedenken und das ist ein so hohes pädagogisches Niveau, dass ich dachte, die „haun uns in‘ Sack“ oder legen es weg. Und deshalb hatte ich mir die Arbeit gemacht, das alles sehr detailliert runterzubrechen.

Es lohnt sich da eben in gute Lernaufgaben und Lernprojekte zu investieren, weil, je mehr wir unsere Ausbildung mit unserem QM abstimmen, das ist zum Besten und das ist genau das, was ich zurzeit mache. Und IQM Demenz hilft dabei sehr!

An dieser Stelle möchte ich zwei Kreise zeigen. Den ersten kennen Sie vielleicht aus den Vorträgen zur Generalistik. Er zeigt, wie hoch der Stundenanteile für die Kompetenzen auf den unterschiedlichen Ebenen sind. Die **Mikroebene**, das ist bei uns Pflege und Betreuung.

Die Mesoebene, das ist die multiprofessionelle Zusammenarbeit auf Einrichtungsebene. Bei uns heißt das Unterstützung und Sicherheit, die Selbstbewertungen zu Risikomanagement, Informationsmanagement und Personalmanagement. Und das findet sich hier in vielen Facetten im Rahmenausbildungsplan für den die Träger, und zwar nur für den Träger, nicht die Schulen.

Die dritte Ebene, die **Makroebene** entspricht unserem Bereich Führung und Vernetzung mit den Qualitätsbereichen Alltagsmanagement und Strategisches Management. Und da sind ganz viele Fragen, die sozusagen ähnlich wie auch der Profilerhebung mit den Hausaufgaben dann eben in dieser Ausbildung besonders. Denn sie sollen ja die Einrichtung, die Strukturen, die Zusammenhänge umsetzen und auch die ethischen Anforderungen.

Generalistik: Der Lehrplan hat eine ähnliche Systematik

Bei IQM Demenz ist die **Mikroebene**, Pflege und Betreuung

Die **Mesoebene**: **Unterstützung und Sicherheit**: Risikomanagement, Informationsmanagement und Personalmanagement

Makroebene entspricht unserem Bereich **Führung und Vernetzung**, mit den Qualitätsbereichen Alltagsmanagement und Strategisches Management

Ökosystemischer Ansatz nach Bronfenbrenner

Aus: Präsentation der Fachberatung Pflege, Niedersachsen im MHH am 21.8.19.
 Die Zahlen stehen für die Stunden für die Kompetenzen im Rahmenlehrplan für die Einsätze in der Einrichtung

In den Ergebnissen der Profilerhebung und der Selbstbewertung finden Auszubildende viel von dem, was Sie lernen sollen. Diese Vorarbeit ist ideal für einrichtungsbezogene Lernaufgaben, besonders in der Meso- und Makroebene.

IQM Demenz als Blaupause für den Ausbildungsplan?

Abbildung 3.1: Die 6 Qualitätsbereiche im IQM Demenz.
 Im Mittelpunkt steht die praktische Arbeit vor Ort, der Qualitätsbereich Pflege und Betreuung. Diese Arbeit wird durch das Management durch Unterstützung und Sicherung, Führung und Vernetzung gestärkt.

Viele Anforderungen im IQM Demenz lassen sich mit Lernaufgaben verknüpfen

Die neue generalistische Pflegeausbildung erwartet Kompetenzen auf drei Ebenen. Dies entspricht der Systematik von IQM Demenz. Auch hier finden sich die Anforderungen an neuste Managementkonzepte wieder.

Den zweiten Kreis habe ich hier schon oft gezeigt, das ist der Kreis von IQM Demenz. Und wir hatten uns damals nicht getraut, dass so Mikro-, Meso- und Makroebene zu nennen, sondern wir haben das inhaltlich benannt, wie ich das eben hier bereits gesagt habe.

Wir sind also gut beraten, wenn wir unsere **Hoffungsträger** schnell in unsere Qualitätsentwicklung einbeziehen. Unsere Praxisanleiter*innen können dies unterstützen, denn sie werden dafür bezahlt freigestellt. Wenn wir jetzt noch genug Fachkräfte hätten (*leises Lachen im Plenum*), dann wäre das so richtig gut (*amüsiert*), aber als Musiker würde ich mal so sagen - Luft nach oben hilft beim Improvisieren.

Die **Gewinnung neuer Fachkräfte** ist und bleibt das zentrale Thema der Pflege und natürlich auch das, was uns beschäftigt hat, um Anforderungen zu formulieren. Mitarbeiterbindung, da ist das gute Team die viel größere Motivation als die 3000 Argumente, mit denen ALLOHEIM damals geworben hatte. Jetzt sind es, glaub ich, ein bisschen mehr.

Teamentwicklung und der gute Ruf leben von der Anerkennungskultur, der Einrichtungskultur, die vom Charisma des Leitungsteams geprägt wird. Und da wollen wir heute hin:

Praxistipp 40: Da träumen andere davon ...

Der Teresienhof in Hildesheim hat im Konzept einen wertschätzenden Umgang untereinander formuliert, so wie es der Expertenstandard mit der Anerkennungskultur wünscht. Auch in dem zweiten Qualitätsfeedback 2017 wurde deutlich, wie das Leitungsteam (fast alle) Mitarbeiter*innen mitnimmt, durch eine „ansteckende“ Offenheit, Präsenz, Unterstützung und Charisma. In den Interviews war mehrfach der Klausurtag mit einem Supervisor Thema, in dem diese Kultur reflektiert wurde. Mitarbeitende erleben Rückendeckung und Loyalität durch die Leitung, sie können Belastungsfaktoren ansprechen und ethische Fragen thematisieren.

Krankheit und Dienstplanprobleme waren im Qualitätsfeedback nur ein Randthema. Sicher war auch eine Folge davon, dass Mitarbeitende nur wenig einspringen müssen, dieses dann sehr anerkannt werde und für die Wochenenden ein Mitarbeiterpool zur Verfügung steht.

Zitat aus dem abschließenden Qualitätsfeedback habe ich hier als Praxistipp dokumentiert. (Hamborg 2020, S. 217):
Das Qualitätsverbesserungsprojekt „Mitarbeiterpool“.

Dass das tatsächlich auch erlebbar war, diese Theorie, die ich beschrieben habe, zeigen einige Beispiele, die ich dokumentiert und dann zum Teil als Praxistipps formuliert habe. Hier aus Hildesheim und die haben eben schon vor dem Expertenstandard eine Anerkennungskultur umgesetzt und haben damit gearbeitet, wie mit Supervisions-Tag gehabt und sind so richtig „geflasht“ daraus hervorgegangen. Und sie haben daraus auch diesen Anforderungen einen Mitarbeiter*innen-Pool besetzt, so, dass eben auch am Wochenende viel weniger Mitarbeiter*innen einspringen. Ob das heute noch ist, weiß ich nicht.

Und ein anderes Haus, das „Utspann“, will den Prozess alleine gemacht haben, da hatten wir ein Qualitätsfeedback danach. Angehörige haben gesagt – „sie haben das ganze Haus zu Oma's Welt gemacht“. Und auch da die Kultur ein Bilderbuchkonzept. Sie beschreiben also alles mit Bildern, (*um*) deutlich zu machen, dass fand ich sehr beeindruckend.

Praxistipp 42: „Die haben das ganze Haus zu Omas Welt gemacht“

Die Demenzeinrichtung Utspann verbindet in der Milieugestaltung, vorbildlich die Atmosphäre des niedersächsischen Bauernhofs mit den Anforderungen einer Demenzeinrichtung. Es gibt dunkle Bereiche mit alten Stilmöbeln, Puppen und anderen Requisiten zum Rückzug und für Menschen, die eher passiv am Geschehen teilhaben. Es gibt eine Auswahl „sicherer Plätze“ in den halbprivaten Ecken, die zum Ausruhen, zur Begegnung oder zum Fernsehen einladen. Kommunikationsfördernd gestaltet sind z. B. die Tischgruppen in der Diele.

Der gewährende und validierende Umgang mit dem Menschen mit Demenz war bei den Hospitationen durchgängig zu beobachten. Mitarbeitende strahlten weitgehend Ruhe aus, setzten sich zur Essenshilfe dazu und arbeiteten respektvoll mit Berührungen und persönlicher Zuwendung. Das häufig verwendete „Du“ in der Ansprache wirkte nicht übergreifend und nur selten beschäftigten sich Mitarbeitende mit sich selbst. Insgesamt spiegelte sich die persönliche Haltung in den Begegnungen und der Körperhaltung wieder.

Im Qualitätsfeedback wurde deutlich, dass die Verknüpfung der Konzepte mit dem Alltag gelungen ist. Im Abschlussgespräch wurde die Möglichkeit der Präsentation in einem „Bilderbuchkonzept“ angesprochen. Die mit Fotos dokumentierten eine besondere Kreativität (auch mal Nutella am Nuckel) und die Wirksamkeit des pflegerischen Handelns ganz ohne Worte.

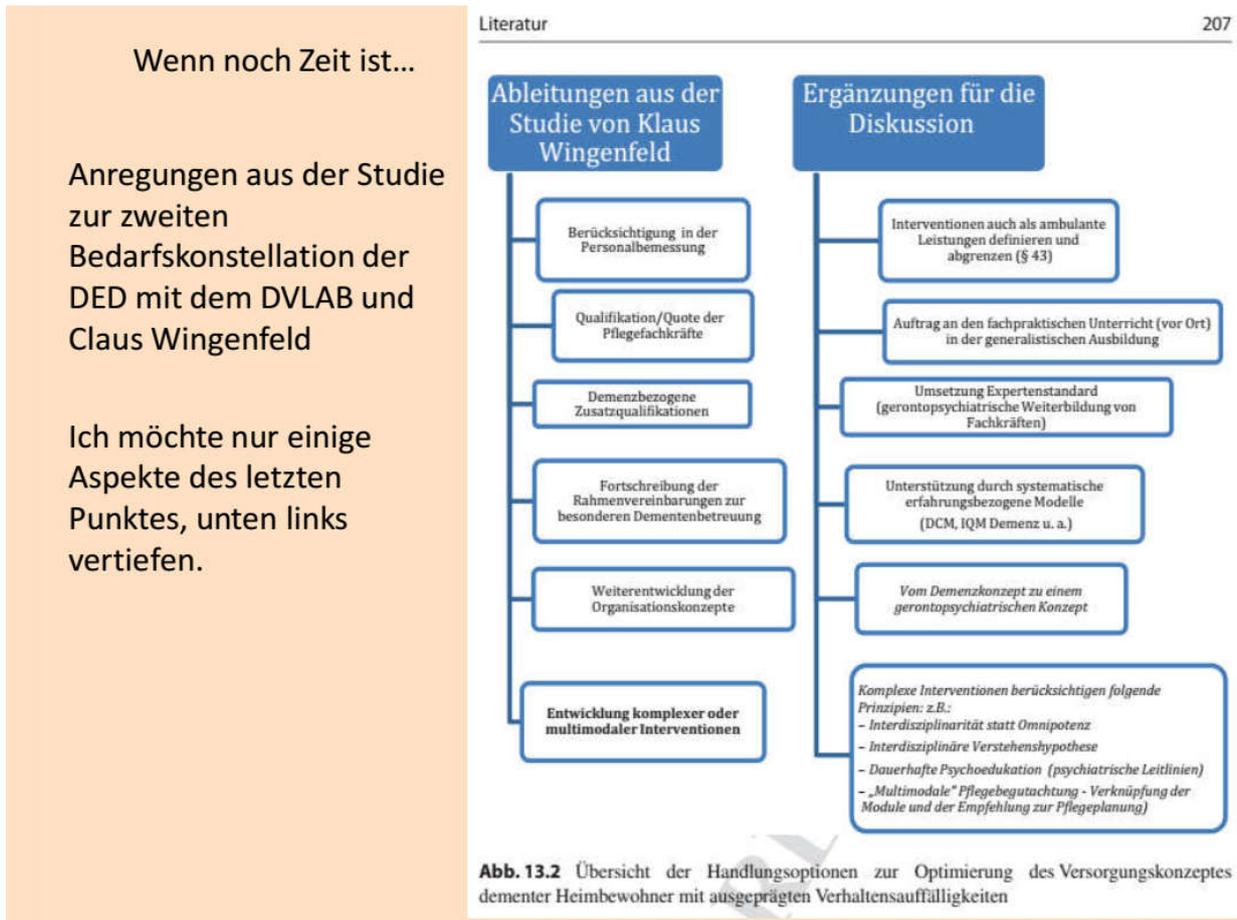
Eine Tochter bringt es auf den Punkt: „Die haben das ganze Haus zu Omas Welt gemacht.“ Mitarbeitende und Angehörige zitierten während des Qualitätsfeedbacks häufig die Leitsprüche des Hauses, „ein Leben so normal wie möglich“, „dem Leben nicht mehr Tage, sondern den Tagen mehr Leben geben“ oder auch in eigenen Worten: „Es wird so mit den Demenzkranken geredet, als wären die mitten im Leben.“ Ein Satz aus dem Konzept „wir irren allesamt, nur jeder irrt anders“ steht dabei für die innere Haltung.

DED-DVLAB-Projekt Bedarfskonstellations-Projekt

Jetzt würde ich gerne noch kurz etwas zu unserem großen Thema sagen, was wir eben schon einmal angesprochen hatten, nämlich unser **DED-DVLAB-Projekt Bedarfskonstellations-Projekt** mit Claus Wingefeld. Es hat mich riesig gefreut, dass von den 38 Einrichtungen, die bundesweit teilgenommen hatten, 10 den IQM Demenz Prozess durchlaufen hatten. Das war also sozusagen ein Heimspiel.

Ich hatte mir in einem Kapitel die Mühe gemacht, dies nochmal zu skizzieren und meine Position, meine Sichtweise zusammenzutragen, weil das, was mir bei Claus Wingefeld viel zu kurz kommt auf der Folie und diskutiert am Rande, sind Menschen, die eine Doppeldiagnose haben, nämlich psychische Erkrankungen und Demenz.

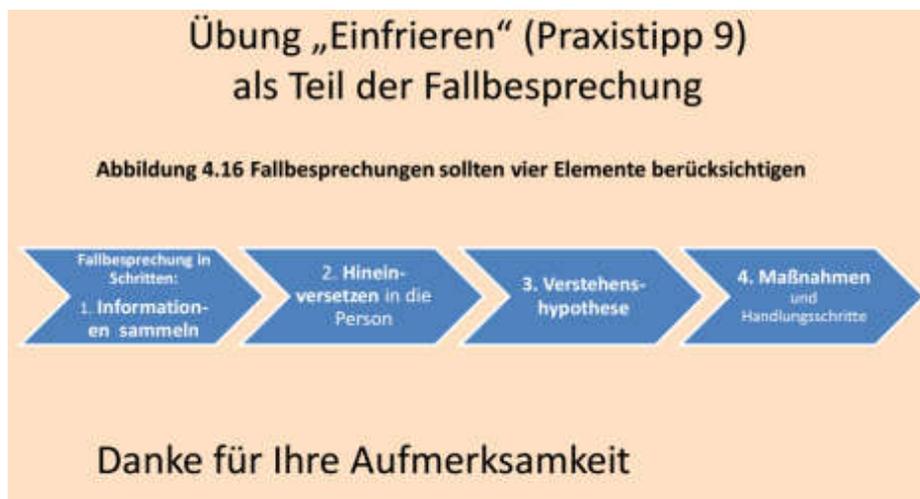
Das hatte die Studie gezeigt, das ist leider nicht veröffentlicht worden, dass die einen viel viel höheren Personalbedarf haben und viel viel höhere Anforderungen an Leistungen haben. Ich erzähle nichts Neues. Und deswegen ist der Punkt unten so wichtig, diese komplexen Interventionen, wo wir in der Steuerungsgruppe 2 unterschiedliche Strategien verfolgt haben. Das eine war das, was Peter Dürrman immer wieder gesagt hat in den „Holler Runden“ – wir stehen unmittelbar davor, einen gerontopsychiatrischen Zuschlag für die Einrichtung zu verhandeln. Es ist leider immer noch nicht so, dass ich jetzt langsam mit meiner Strategie durchstarten könnte, nämlich dass eine Pflegekraft, die das verknüpft über das Modul 5, in dem wir Intervention beschreiben und von da aus in einen fachlichen Dialog treten. Und ich bin zum Glück grade in einem Sozialdienst-Prozess mit einer Stellungnahme eingebunden, wo es darum geht, dass eben auch Tagesstrukturierung und emotionale Teilhabe auch im ambulanten Bereich in neuen Wohnformen finanziert werden muss.



Die Tabelle zeigt Kernaussagen, die sich aus der gemeinsamen Studie ergeben haben. In der rechten Seite mache ich Vorschläge, wie wir daran anknüpfen können (Hamburg 2020, S. 207).

Und ich hoffe, dass das Gericht das dann so unterstützt, weil, die Faktenlage ist eindeutig. Viel mehr dazu sage ich jetzt nicht.

Jetzt meine **Übung** zum Schluss. Genau für diesen Aspekt brauchen Sie die **Verstehenshypothese**, weil das, was praktische Instrumentarien sind, mit denen wir Intervention und Abgleiten können, indem wir deutlich machen können, was gerontopsychiatrische Pflege ist.



Die Übung „Einfrieren“ gibt wertvolle Hinweise in Fallbesprechungen, - die Mitarbeitenden erleben sprichwörtlich Verständnis für den Menschen durch das Hineinversetzen in die Person. (Hamburg 2020, S. 66)

Ich bitte Sie alle aufzustehen. Es geht hier um den 2. Schritt einer sinnvollen Teilbesprechung, die ist jetzt intensiv und wird kurz im Rahmen der Expertenstandards umgesetzt. Nochmal so ein bisschen locker machen und jetzt bitte ich Sie, einen Menschen sich vor Augen zu holen mit einer schweren Problemlage. ... Okay, wieder lockern und ich zähle jetzt ich bis drei und dann gehen Sie bitte in die typische Haltung oder ein typisches Bewegungsmuster dieses Menschen. Bleiben Sie bitte bei sich und „frieren ein“. 1, 2, 3.

*(fotografiert mehrfach das Auditorium, während die Teilnehmer*innen der Aufforderung folgen).*

H. bedankt sich; lockern, bitte abschütteln. So, jetzt bitte ich Sie ganz kurz, dass, was Sie an Gefühlen, an Bildern, an Eindrücken in dieser Haltung erlebt haben, das aufzuschreiben. (...)

Ja, Okay, Danke! Das heißt übrigens **leibliche Resonanz** im Expertenstandard. Und der macht keinen Vorschlag, wie man es umsetzt und die Ideen haben Sie jetzt. Und bewährt sich total! Also das macht wirklich Spaß, das können Sie jetzt, glaub ich, nicht machen, dass diese Erfahrung jetzt ausfällt. Das ist ganz oft in Supervisionen, zum Beispiel bei uns in der Gerontopsychiatrie in der Klinik-Supervision, die tun sich schwer, auch die Ärzte, aber mittlerweile meinen sie - ja, macht total viel Sinn, wenn ich nicht weiterkomme.

Ich habe noch einige Thesen zu diesem System zusammengefasst und bin für Fragen offen. Man findet sie aber auch auf der Website <https://www.iqm-demenz.de>

Grade, was ich eben gesagt habe, bildet nochmal eine nächste Gruppe und ich hoffe, dass das eben Gesagte auch ein Startschuss für neue Gruppen ist und ist die Super-Möglichkeit, auch an einem Projekt weiterzuarbeiten, was ich eben beschrieben habe, weil, in unserer Profilerhebung erfassen wir genau diese Fragen.

M. Hamborg möchte an ein durch Corona unterbrochenes Projekt anknüpfen und hofft, dann aus der Praxis immer wieder auch valide Daten einspeisen zu können, grade zu den Themen, die wissenschaftlich unterrepräsentiert sind. Die Einrichtung war ganz begeistert von den Möglichkeiten.

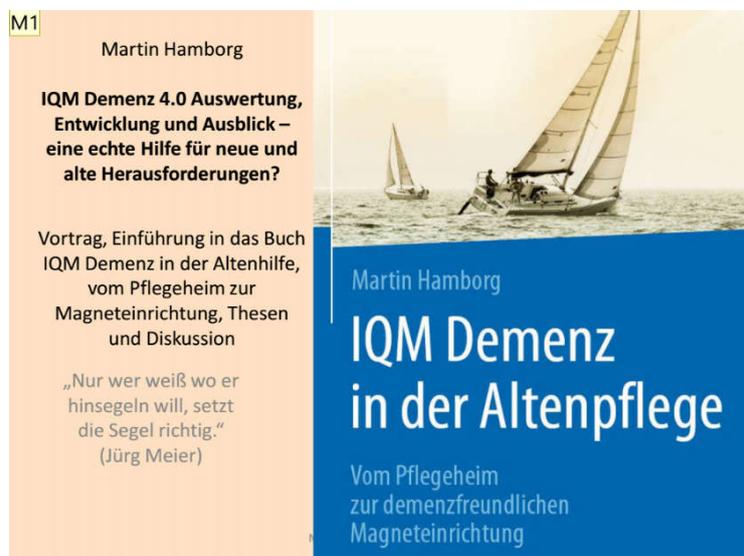
4.1 Diskussion:

Maik Rudolph-Geibel, Residenza München Sozialbetriebe GmbH, hat eine Frage zu den neuen MDK-Kontrollen, wo die Mitarbeiter wirklich geschult sein müssen, um gut diskutieren zu können. Er findet eine Diskussion mit dem MDK einzugehen recht schwierig. „Man muss die Mitarbeiter ganz intensiv darauf vorbereiten, dass sie gut in diese Gespräche gehen. Wie ist es, wenn der MDK auf diese Argumente NICHT eingeht, so gut sie auch sind? Berichtet über eine Kontrolle im Frühjahr, wo seine Einrichtung sehr gut abgeschnitten hat, aber bei einem Fall nicht. Gewichtsverlust einer Bewohnerin von BMI von 28 auf 26. Dies wurde wegen nicht ausreichender Dokumentation als Mangel gewertet. Es wurde gefragt, was für Gegenmaßnahmen die Einrichtung machen würde, obwohl es kein gefährlicher Gewichtsverlust für die Bewohnerin gewesen ist, sondern eher ein guter Gewichtsverlust, sie würde gern noch etwas mehr abnehmen wollen. Trotzdem - Nichtakzeptanz seitens des MDK, wegen nicht ausreichender Dokumentation“.

Martin Hamborg: *(an Herrn Geibel gewandt) zitiert ein zuvor gezeigtes Beispiel, was bei dem herausforderndem Verhalten vom MDK geprüft werden soll, dieser mache es aber noch nicht so wirklich, denn sie kennen das in der Praxis noch nicht so gut. „Aber das ist sozusagen das Gesamtpaket für diese einzelne Fragestellung, das können Sie sich mitnehmen, mal ausprobieren und das üben. Und tatsächlich gibt es 2 Ebenen, das eine ist die Diskussion vor Ort und Mitarbeitern Mut zu machen. Drängt darauf, dass das dokumentiert wird! Dass aufgeschrieben wird – ich habe ihm*

das und das und das gesagt. Und wir tun es, auch wenn es vergessen wurde in der Dokumentation. Der 2. Schritt ist, der Widerspruch, ich hatte ja von diesen Anhörungsschreiben und Maßnahmenkatalogen gesehen - ich war wirklich erschüttert! Denn eine Einrichtung, da fehlten nur 2 Punkte (*in dem Bereich insgesamt 4*) und die Anhörungsschreiben lasen sich wie ein blauer Brief. Also absolut 1+ eigentlich und trotzdem, man liest, wie eine 4 minus! Das ist wirklich fatal! Der 3. Schritt ist tatsächlich auf Trägerebene oder auch beim Fachverband zu sagen – so geht es NICHT!

Und ich konnte mich da auch nicht zurückhalten in meinem Buch. Ich finde es wahnsinnig unverschämt, was sich dort die Politik oder die Wissenschaft herausgenommen hat. Bisher war die Benotung mit 1 sehr gut, das alles auf ein Gefühl rauskommt – wir sind gut oder sehr gut. Jetzt ist die Benotung 1, das heißt, die besten Einrichtungen haben geringe oder keine Qualitätsdefizite, die aufgefallen sind. Also wir kriegen Unterstellungen – Ihr könnt doch gar nicht mit dem Personalbedarf, den Ihr jetzt verhandelt habt mit uns, könnt Ihr doch gar nicht gute Arbeit leisten! Es ist wirklich Gesundheit. Und das, obwohl Pflege so wertgeschätzt wird, beklatscht wird und so weiter, hier kriegen wir die volle Kanne. Und die Prüfung bei uns, da spielt Corona keine Rolle. Das wollen die gar nicht wissen! (*zustimmendes Gemurmel*). Deshalb müssen wir über die Pflegeverbände, über die Fachverbände gucken, dass wir Position noch beziehen und ich weiß nicht, ob es Sinn macht, dass die DED wieder Herrn Fleer einlädt. Er ist uns zwar sehr wohlgesonnen, der ist für den Bereich Demenz auch verantwortlich und ist offen für Argumente. Das macht im jeden Fall Sinn, die Erfahrung halt mal auszuwerten, ob es tatsächlich bei der Ebene bleibt. Das Thema von eben sollte man da nicht zu sehr diskutieren, dafür kann er nichts. Und ewig kommt auf, was wir vom letzten Mal in Kiel vor 2 Jahren diskutiert haben, dieses Einübungsprogramm, um im Bereich von gerontopsychiatrischen Interventionen und Psychoedukation letztendlich auch einen Mehrbedarf auch im Pflegegrad zu verankern bei Menschen, die psychische Erkrankungen haben oder Demenzen, die sehr stark das Verhalten auch prägen. Auch da, der MDK Magdeburg hat das abgelehnt, ich habe mit denen gesprochen, hatte das denen auch geschickt und die sagten dann - natürlich ist das so, da gibt es keine Verneinung. Das ist gewollt. Den zweiten Teil, den ich hier auch diskutiere, nämlich, dass wir verhaltens- und therapierelevante Interventionen, die ärztlich angeordnet sind, dass die auch pflegegradrelevant sind. Darauf haben sie sich leider nicht eingelassen. Er hat es verstanden, worum es hier geht, aber da konnte er sich nicht gegen die Kassen durchsetzen. Das ist schon auch ein Politikum, nach wie vor. Wir brauchen ganz viel Langmut“!



Hamborg, Martin, 2020, IQM Demenz in der Altenhilfe ISBN 978-3-662-61311-5

5. Die aktuellen therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung neurokognitiver Störungen“ Neues aus der Forschung

Prof. Dr. rer. nat. Lars-Ove Brandenburg, Institut für Anatomie, Universitätsmedizin Rostock

Die **Entzündung** ist ein wichtiger Punkt von neurodegenerativen Erkrankungen, der Alzheimer-Demenz, aber auch anderer neurodegenerativer Erkrankungen. Das ist es, was mich hier interessiert.

Ich werde Ihnen etwas zu **aktuell therapeutischen Möglichkeiten von neurokognitiven Störungen** erzählen, die Sie auch kennen. Das sind Erkrankungen, deren Hauptmerkmale diese kognitiven Einbußen sind, die diese Betroffenen zeigen oder den Phänotyp, wo Aufmerksamkeitsstörungen, Exekutivstörungen und Lernstörungen vorhanden sind sowie Gedächtnis-, Sprach- und Orientierungsstörungen. Das brauche ich Ihnen her nicht unbedingt zu erzählen.

Also in meinem Vortrag möchte ich mich auf die tatsächlich **medikamentöse Therapie** konzentrieren. In Pflegedingen wissen Sie natürlich viel besser Bescheid als ich.

Die **neurokognitiven Störungen (NCD)** werden nach ihrem Schweregrad eingeteilt. Es gibt Patienten mit nur sehr leichten Einbußen bis hin zu Personen, die dann letztendlich schwerste Einbußen haben in diesen ganzen kognitiven Fähigkeiten, sozialen Fähigkeiten und so weiter. Es gibt eine Bandbreite an Erkrankungen, die diesen neurokognitiven Erkrankungen zugerechnet werden, beispielsweise die Alzheimer-Demenz, aber, wie Sie wissen, gibt es auch viele andere Demenzen, die abgestuft werden in ihrem Vorhandensein. Die **Alzheimer-Demenz (1)** ist das, was sicherlich den Hauptanteil ausmacht, was die meisten Erkrankten vorweisen werden, die **Lewy-Körper Demenz (2)** ist die zweithäufigste, neurokognitive Erkrankung.

Ich wurde gebeten, mich auf diese 3 Demenzformen zu konzentrieren. Einmal natürlich die Alzheimer-Demenz, zu der ich am meisten erzählen werde oder ja, eigentlich sagen muss, erzählen kann, weil da ja überhaupt tatsächliche Medikamente schon vorhanden sind. Prinzipiell sind bei Lewy-Körper Demenzen die Behandlungsmöglichkeiten eigentlich noch eingeschränkter und bei **Frontotemporalen-Demenzen (3)** gibt es noch weniger Behandlungsmöglichkeiten als es jetzt bei den anderen Formen der Fall ist. Eine vaskuläre Demenz hat oftmals einen anderen Hintergrund, das heißt, dort würde man das vaskuläre Problem versuchen zu therapieren, um darüber die Demenz zu behandeln.

Da ich aus der Wissenschaft komme, erzähle ich noch kurz etwas zu Alzheimer. Ein klares Charakteristikum, wenn man sich das Ganze diagnostisch betrachtet, ist, dass das Gehirn geschrumpft ist im Vergleich zu einem entsprechenden gesunden Patienten. Nur dass man hier ein gesundes Gehirn hat (s. *Abbildung*), wo der **Frontalschnitt**, der hier gemacht wurde, zu sehen ist mit entsprechend außen grauer Substanz und weißer Substanz innen.

Und dann gibt es im Hirn solche Hohlräume, sogenannte **Liquorräume**, die für die Aufrechterhaltung des Milieus wichtig sind und für die Lagerung des Gehirns. Aufgrund der Abnahme des Hirnvolumens, des Hirngewebes, vergrößern sie sich. Das ist das eine Charakteristikum, wo man sieht, dass das Gehirnvolumen abgenommen hat. Und das andere wichtige Charakteristikum wird deutlich, wenn man das Gehirn nach dem Tod analysiert und histologisch betrachtet: Man kann dann Ansammlungen von fehlgebildeten Proteinen im Gewebe finden. Das heißt, man kann sowohl innerhalb (*intrazellulär*) der Zellen Ablagerungen finden, die dort normalerweise nicht vorhanden sind als auch im extrazellulären Raum, also außerhalb der Zellen. Man spricht hier von den sogenannten **senilen Plaques** und den **fibrillären Ablagerungen**.

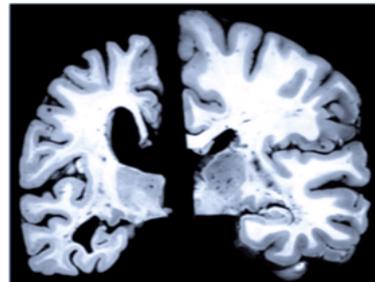
Und das ist es ja auch, was **Alois Alzheimer** bei dieser ersten Patientin, die er gefunden hatte, und deren Gehirn er nach ihrem Tod untersucht hat. Bereits damals hat er diese Ablagerungen

entdeckt und sie in einen Zusammenhang mit der Erkrankung gebracht. Diese Schnitte hat man vor ein paar Jahren wiedergefunden und hat sie nachträglich untersucht und ebenfalls versucht, den Hintergrund herauszufinden, inwieweit z.B. familiäre Vererbung mit hineinspielt und ob irgendwelche Mutationen bei dieser Patientin vorhanden sind. Es war schon interessant, dass man diese Schnitte nach dieser langen Zeit überhaupt noch wiederentdeckt hat.

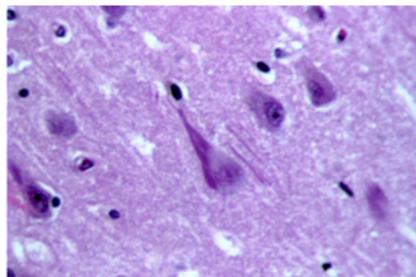
Alzheimer-Demenz

Charakteristika:

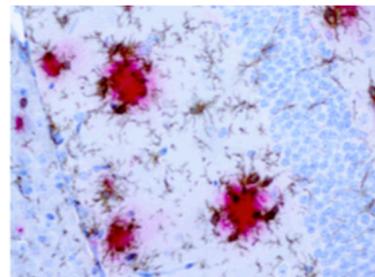
- Erweiterung Liquorräume aufgrund Hirnparenchymatrophie
- Ansammlungen fehlgebildeter Proteine im intra- und im extrazellulären Raum → senile Plaques und fibrilläre Ablagerungen
- Plaques → **β-Amyloid-Peptide**
- Neurofibrillen → **Tau-Protein**
- Starker Entzündungsprozeß



Schrumpfendes Hirn: Normales Gehirn eines 70jährigen (rechts) und eines gleichaltrigen Alzheimer-Patienten.



Fibrilläre Ablagerungen - Neurofibrillen



Senile Plaques (rot)

Universitätsmedizin
Rostock

Das sind diese typischen 2 Formen. Das heißt, die Plaques sind im Prinzip der Hintergrund, sogenannte **β-Amyloid-Peptide**. Das heißt, es gibt ein sogenanntes **Amyloid-Precursor-Protein**, was normal in unserem Körper, in den Zellen, in der Plasma-Membran vorhanden ist. Dieses Protein, man weiß bis heute nicht so recht, was die Funktion ist von diesem Protein, wird letztendlich durch bestimmte Enzyme geschnitten und diese Stücke können entweder gut oder schlecht geschnitten sein.

Die schlecht geschnittenen Stücke, die daraus entstehen, sind die sogenannten β-Amyloid-Peptide, die dann ungünstigerweise die Eigenschaft haben, sich zusammenzulagern zu sogenannten Plaques, die sich dann im Gehirn ablagern (*in obiger Abbildung rot gekennzeichnet*). Drum herum sind entsprechende Immunzellen, die versuchen, diese Plaques abzubauen, diese Peptide abzubauen, was sie leider nur in einem bestimmten Maß können, und was dann zu einer starken Entzündungsreaktion auch im Gehirn führt. Und das andere sind die sogenannten **Tau-Proteine** auf der anderen Seite, die sich **intrazellulär** ablagern und, in der Summe zusammengefasst, auch zum Untergang der Nervenzellen führen, was diesen Verlust an Hirngewebe ausmacht.

Wenn man auf die Therapeutika zu sprechen kommt, das macht ja diese Komplexität dieser Erkrankung aus, das heißt, man hat die Nervenzelle, dann hat man letztendlich schon 2 Wege. Das heißt, es gibt einmal Ablagerungen extrazellulär (*auf der linken Seite*), diese β-Amyloid-Peptide, die sich als Plaques bilden und man hat auf der anderen Seite die sogenannten Tau-Proteine. Man hat ja diese Nervenzelle mit verschiedenen Fortsätzen, und zwar einen langen Fortsatz, der sogenannte Axon, wo hinten die Synapsen sich bewegen und in diesem Axon werden bestimmte

Stoffe, Substanzen transportiert über Wege, vergleichbar mit Autobahnen. Und diese Autobahnen werden durch Mikrotubuli gebildet, wo es mikrotubuliassoziierte Proteine gibt und diese stellen die sogenannten Tau-Proteine dar.

In dem Prozess der Alzheimer Entwicklung werden diese Tau-Proteine durch Hyperphosphorylierung in ihrer Struktur verändert, so dass die Transportvorgänge nicht mehr richtig funktionieren können. Das Axon geht letztendlich unter, wird geschädigt in seiner Funktion, dadurch wird wiederum die Nervenzelle geschädigt und geht dann ebenfalls irgendwann zugrunde. Das heißt, wir haben 2 Felder – einmal diese β -Amyloid-Peptide, die falsch geschnitten werden, wir haben die Tau-Proteine, die geschädigt sind bzw. gestört sind. Dies sind auch schon zwei Punkte, das macht es nicht ganz einfach. Und wenn man jetzt noch weiter in die Komplexität des Gehirns hineingeht, dann kommen noch weitere Zellen hinzu. Das heißt, wir haben nicht nur die Nervenzellen im Hirn, sondern wir haben auch die sogenannten Gliazellen (*Leimzellen, wie man sie früher bezeichnet hat*). Das sind Zellen, die zwischen den Nervenzellen liegen und die die Nervenzellen in ihrer Funktion unterstützen und die an Immun/ Abwehrvorgängen beteiligt sind. Auch die spielen natürlich eine Rolle in dieser Alzheimer-Demenz. Das heißt, dass diese versuchen, in Mikro-Gliazellen die Plaques abzubauen und diesen Prozess aufzuhalten, was aber letztlich wieder zu einer Fortführung der Erkrankung führt, weil diese Zellen jetzt einen Entzündungsprozess induzieren, der sich quasi chronisch weiterentwickelt.

Das heißt, wir haben hier viele, viele verschiedene Prozesse, was Ihnen schon zeigt, wie komplex diese Erkrankung ist. Was es in meinen Augen auch wirklich sehr schwierig macht, ist zu sagen – wir wollen jetzt irgendwann die Alzheimer Erkrankung tatsächlich medikamentös heilen. Denn das bedeutet, alles, was ich Ihnen jetzt über die Therapie erzähle mit Medikamenten, ist nur ein Aufhalten, wenn überhaupt ein Aufhalten, vielleicht ein Verzögern der Erkrankung. Bisher ist keine Heilung der Alzheimer Erkrankung möglich und ich muss sagen - ich bin da eher weniger optimistisch, dass das wirklich mal tatsächlich medikamentös gelingen wird, allein aufgrund der Komplexität.

Es gibt ja auch Erkrankte, die haben z.B. keine Plaques, die haben z.B. nur Tau, anders herum genauso, bei einigen Erkrankten ist gar nichts histologisch Ersichtliches festzustellen und sie haben trotzdem eine Demenz. Da gibt es viele verschiedene Punkte, wo wir wahrscheinlich noch gar nicht genau wissen, was die Prozesse exakt sind. Dann dieser langwierige Prozess. Das heißt, auch die Diagnostik ist noch nicht optimal. Bei vielen Patienten wird ja gar nicht festgestellt, ob sie wirklich Alzheimer-Demenz haben, oder es wird zu einem Zeitpunkt festgestellt, wo die Erkrankung schon sehr weit fortgeschritten ist.

Das heißt, ohne vielleicht jetzt jemandem zu nahe zu treten, wer weiß, bei wie vielen Menschen, ich bin auch nicht mehr der Jüngste, im jüngeren Alter schon Anzeichen der Alzheimer Erkrankung vorhanden sind? Haben sie sie möglicherweise schon, oder ob der Prozess der Alzheimer-Demenz, ohne dass wir das vielleicht wissen, beginnt? Und die Erkrankung bricht dann erst in 10, 15, 20 Jahren aus. Und das ist es, denke ich, was es so schwierig macht, diese Erkrankung dann zu behandeln.

Man hat 2002 versucht, die Alzheimer-Demenz wie eine Immunisierung über ein Vakzin zu behandeln. Das haben sicher viele von Ihnen mitbekommen, dass damals eine Studie gelaufen ist mit einem Vakzin, was man Erkrankten verabreicht hat. Ich glaube, in England war das gewesen, wo dann die Studie abgebrochen werden musste, weil diese Vakzinierung zu einem massiven Entzündungsprozess im Gehirn geführt hat. 35 Leute sind daran fast gestorben über eine Meningoenzephalitis, einer starken Entzündung des Hirns, so dass man diese Entwicklung abbrechen musste. Man hatte sich über die passive Immunisierung erhofft, diese Erkrankung beseitigen zu können, was sich leider nicht bewahrheitet hat.

Nun zum jetzigen Stand. Die Ätiologie ist, wie gesagt, der Komplex ist jetzt nicht wirklich geklärt. Was wir wissen ist, es gibt zwei Formen. Das eine ist die sogenannte, häufiger vorkommende

Sporadische Form, wo man verschiedenste Faktoren vermutet, die Ursachen sein können. Und dass eine genetische Komponente wahrscheinlich eine Rolle spielt, wo man vielleicht die genetischen Komponenten noch gar nicht kennt, dann Umwelteinflüsse, die Ernährung, das soziale Umfeld, sportliche Betätigung. Auch das kann natürlich hierbei eine Rolle spielen. Eine weniger vorkommende Form sind die **Familiären Formen**, auch das ist Ihnen sicher bekannt. Es gibt hier bestimmte **Mutationen**, die man mit dieser Erkrankung in Verbindung bringt, dass diese möglicherweise dazu beitragen, dass Menschen mit Mutationen diese Erkrankung später mit erhöhter Wahrscheinlichkeit bekommen. **Präsinilin** ist ein Gen, was z.B. in diesem Schneideprozess des β -Amyloid-Peptids, also an der Amyloid-Seite eine Rolle spielt, dass dieses mutiert ist, genauso wie das Amyloid-Precursor Protein selbst. Es gibt hier Mutationen, die dazu führen, dass man vermehrt dieses β -Amyloid im Gehirn hat. Es gibt auch noch andere Mutationen, die man damit in Verbindung gebracht hat, auch die **Apolipoprotein E Mutation** in einem Allel, wo man festgestellt hat, dass diese Träger vermehrt Alzheimer bekommen. Ähnlich wie vielleicht auch bei Trisomie 21. Viele Trisomie 21 Erkrankte bekommen im späteren Alter Alzheimer, weil sich genau auf deren Chromosom 21 das Amyloid-Precursor Protein befindet. Daher ist bei ihnen die Wahrscheinlichkeit Ablagerungen im Gehirn zu bekommen sehr viel größer.

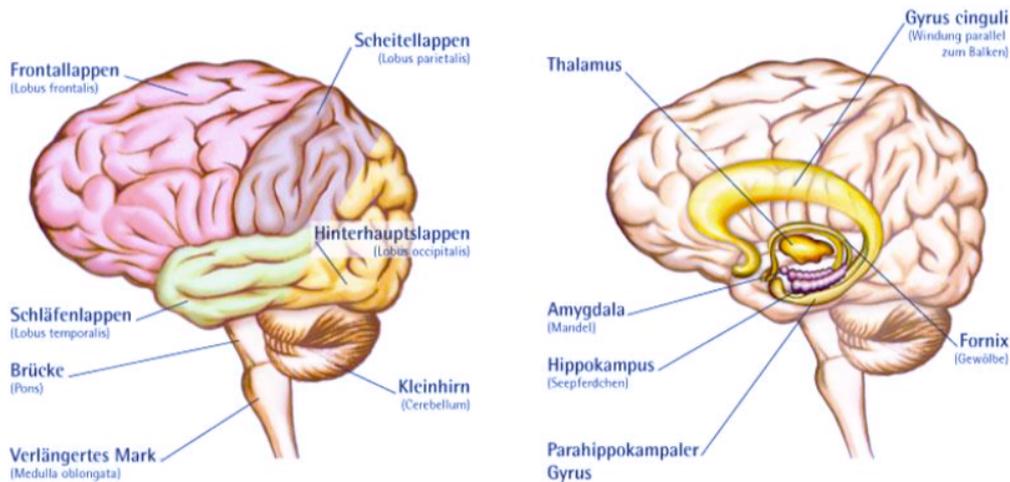
Weiterhin werden Bluthochdruck diskutiert und das immer noch aktuelle Infektionsgeschehen. Man vermutet, dass man in seinem Leben irgendwann mal eine Infektion gehabt hat, durch die möglicherweise diese Krankheit induziert wird. Das wird auch bei anderen neurodegenerativen Erkrankungen vermutet. Auch bei Multipler Sklerose wird angenommen, dass man vielleicht eine Virusinfektion gehabt hat in seinem Leben, die dann möglicherweise zu der Erkrankung geführt hat.

Da sind eben viele verschiedene Faktoren. Das, denke ich, macht es schwierig, tatsächlich irgendwann ein **Target** (*Biomolekül*) zu finden, wo man sagen kann – mit diesem einen Target können wir jetzt diese Erkrankung behandeln oder therapieren, weil sie ja nicht ganz eindeutig ist. Das, was wir sehen, ist ja schon im Prinzip das Ergebnis des Ganzen.

Und jetzt noch etwas Anatomie, es sei mir erlaubt, kurz etwas darüber zu erzählen. Wenn man sich die **Neuro-Anatomie** anschaut – wir haben das Großhirn, den Hirnstamm und das Kleinhirn. Das Großhirn kann man noch weiter unterteilen in sogenannte Lappen, die auch tatsächlich unterschiedliche Funktionen beinhalten. Im Frontalhirn, im Frontallappen, sitzt unsere Persönlichkeit. In den Scheitellappen, dort wo die ganze Sensitivität liegt, enthalten diese unterschiedlichen Lappen unterschiedliche Funktionen. Dann tritt zum Beispiel bei der Alzheimer-Demenz vor allem ein Untergang der Neurone im Scheitel- und im Schläfenlappen auf und deswegen ergeben sich logischerweise auch diese Konsequenzen, wie z.B. eine Orientierungsschädigung, weil die Orientierung an diesen Orten vermittelt wird.

Und eine andere Struktur, die sich unter anderem im Inneren des Gehirns befindet, ist das sogenannte **Limbische System**. Es ist wichtig für Emotionen, für das Gedächtnis, für das Lernen und ist eine Struktur, insbesondere im Temporallappen, dem sogenannte **Hippocampus**, was die Anatomien an ein Seepferdchen erinnert hat. Deswegen dieser Begriff des Hippocampus. Dieser ist sehr früh einer der ersten befallenen Areale in der Alzheimer Erkrankung. Und der Hippocampus ist sehr, sehr wichtig für Lernprozesse, für Erinnerungen, für Emotionen. Und wenn diese Strukturen geschädigt sind, kann man sich vorstellen, dass als entsprechende Wirkung Ausfallserscheinungen auftreten, die Sie vor allem an Alzheimer Patienten beobachten können.

Anatomie des Gehirns



Untergang vor allem Neurone im Scheitel- und Schläfenlappen

Limbisches System → Hippocampus einer der ersten befallenen Areale der Alzheimer-Krankheit

Wenn man sich jetzt mal die **Therapie** anschaut, das ist eigentlich relativ zügig abgearbeitet. Es gibt 2 Klassen, die aktuell tatsächlich in Deutschland zugelassen sind. Das sind die

- **Acetylcholinesterase-Hemmer**, die werden eingesetzt bei leichten bis mittelschweren Demenzen und der sogenannte
- **Nichtkompetitive NMDA-Antagonist Memantin**, der allerdings auch bei mittelschwer bis schweren Alzheimer-Demenzen eingesetzt werden kann.

Das sind die 2 Klassen, die man tatsächlich an Medikamenten zur Verfügung hat. Dann gibt es auch noch das zugelassene **Gingko biloba**, ein pflanzliches Produkt, das bei leichten mit mittelschweren Demenzen eingesetzt wird. Und da kann beispielsweise bereits jetzt beim Gingko biloba gesagt werden, dass die bisherigen Studien keine deutliche Aussage über einen positiven Effekt hatten auf z.B. Kognition. Aber man ist letztendlich doch schon zu dem Schluss gekommen, dass das Produkt tatsächlich wirklich, auch an Hand von Studien belegbar, einen positiven Effekt hat auf den entsprechenden Patienten, die Erkrankung zumindest in gewissem Maße zu verlangsamen.

Wenn ich jetzt auf andere Möglichkeiten der **Therapie** kurz zu sprechen komme - das Problem oftmals bei diesen Studien ist gewesen oder ist wohl immer noch ein Problem, dass diese Kollektive, die dort untersucht werden, nicht immer genau 100%-ig klar differenziert wurden. Das heißt, da waren dann Patienten, die eine Alzheimer-Demenz haben, solche, die eine vaskuläre Demenz haben und und und, so dass man nicht genau durch diese Vermischung der Patienten sagen konnte, ob es tatsächlich einen etwas positiven Effekt auf die Alzheimer-Demenz gab. Das scheint ein großes Problem zu sein, dass diese Studien nicht immer ganz sauber geführt wurden und nicht sauber differenziert wurden, und zwar die Patienten, die da eingeschlossen wurden. Warum das auch prinzipiell ein Problem ist, warum das nicht 100%-ig getrennt wurde, kann ich nicht sagen, weil ich für solche Studien nicht zuständig bin. Dafür gibt es wahrscheinlich diagnostische Gründe,

dass man nicht genau vorher diagnostiziert hat, was die Protagonisten wirklich für eine Demenzform hatten, so würde ich mal vermuten.

Dann zu den **Therapieformen**:

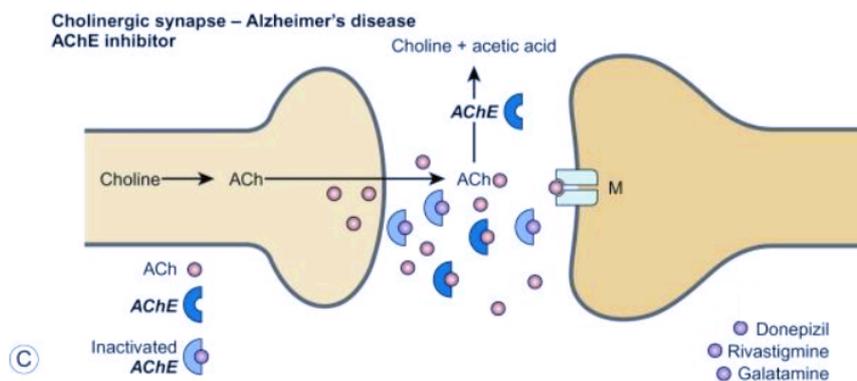
Acetylcholinesterase-Hemmer

Alzheimer-Demenz - Therapie

Acetylcholinesterase-Hemmer

→ Donepezil, Galantamin und Rivastigmin

ACh - beteiligt an Lern- und Denkprozessen / steuert gewollte Bewegungen der Muskulatur



Während Alzheimer synaptische Übertragung nimmt ab → Hemmung Acetylcholinesterase (AChE) → Zunahme kognitiver und neuronaler Zellfunktion

Acetylcholinesterase-Hemmer – warum? Acetylcholin ist ein wichtiger Neurotransmitter, ein wichtiger Überträger in der Nervenzelle. Wir haben das Axon, wir haben die Synapse. An der Synapse findet ja letztendlich eine entsprechende Erregungsübertragung statt und hier ist Acetylcholin einer der Überträgerstoffe. Man unterscheidet immer eine Präsynapse, dort sozusagen, wo das Signal ankommt, dann wird es über einen synaptischen Spalt auf eine andere Nervenzelle übertragen, die Postsynapse. Und hier wird das Acetylcholin sehr sehr wichtig und ist beteiligt an entsprechendem Lernen, an entsprechenden Denkprozessen und steuert die Bewegung von Muskulatur. Und in Zellen, die frühzeitig geschädigt werden, werden Neurone geschädigt, die dieses Acetylcholin als Überträgerstoff verwenden. Und das heißt, wenn jetzt diese Synapsen oder die Nerven dadurch untergehen, bedeutet das, sie haben kein Acetylcholin mehr, dann nimmt schließlich diese Übertragung ab und die Prozesse manifestieren sich. Das Acetylcholin wird ja letztendlich ausgeschüttet und abgebaut durch die Acetylcholinesterase, einem Enzym. Und dann hat man einen Ansatz gefunden und Stoffe entwickelt, wie DONEPEZIL und so weiter, die diese Esterase hemmen, so dass im Endeffekt mehr Acetylcholin zur Verfügung steht. Zusammengefasst kann man sagen, wir haben mehr Acetylcholin im Hirn oder längerfristig Acetylcholin, so dass die Übertragung längerfristig noch gewährleistet wird. Das heißt, wir haben hier eine Zunahme tatsächlich über Studien auch belegt, eine Zunahme an kognitiver und neuronaler Funktion mit Patienten, die bei leichter und mittelschwerer Demenz mit diesen Acetylcholinesterase-Hemmern behandelt wurden. Das hört sich erstmal wieder gut an, aber bei der Alzheimer-Demenz hatte man auch viele Probleme damit. Nebenwirkungen, denk ich mal, wie Übelkeit, Erbrechen, das gibt es wahrscheinlich so bei jedem Medikament. Ein Problem ist aber zum Beispiel auch das Auftreten von vermehrten Herzrhythmusstörungen. Man weiß nicht, warum es dazu kommt. Schlaflosigkeit und

Erregungszustände sind ja auch nicht das, was man unbedingt beim Alzheimer Patienten haben will, also das Ganze ist schon nicht besonders günstig.

Es wird beispielsweise empfohlen, dass man mit einer niedrigen Dosis anfängt und das Ganze langsam mit Bedacht halt steigert. Ein weiteres Problem - die Wirkungsdauer von Acetylcholinesterase-Hemmern ist begrenzt. Das heißt, man kann sie vielleicht für **maximal 1 Jahr** den Patienten verabreichen. Da weiß man zum Beispiel auch nicht genau, warum das so ist. Man hat bisher nicht so wirklich eine Erklärung für diese Begrenzung, aber eigentlich ist es ja klar. Die Neurone gehen ja trotzdem unter. Das heißt, wir haben natürlich immer weniger Neurone und auch immer weniger Rezeptoren auf dieser Postsynapse, die überhaupt in der Lage sind, dieses Acetylcholin noch zu detektieren. Das bedeutet, dieser Prozeß kann dadurch vielleicht verlangsamt werden in einem gewissen Maße, über einen gewissen Zeitraum, aber auf keinen Fall gestoppt werden.

Auch aus bisher unerklärlichen Gründen zeigen diese Hemmer nicht bei jedem an Demenz Erkrankten, also auch nicht bei Alzheimer Dementen, eine positive Wirkung. Auch das ist wahrscheinlich ein Grund, dass in meinen Augen diese Alzheimer-Demenz nicht aus einer einzigen Erkrankung besteht, sondern es Patienten gibt – die einen haben erst mehr dieses β -Amyloid, die anderen haben eher dieses Tau oder haben Mischformen davon. Das ist möglicherweise auch ein Grund dafür, dass diese Hemmer nicht bei jedem Patienten gleich wirken.

Man kann vielleicht sagen, dass im besten Fall diese AChE Hemmer den Zustand so ungefähr für 1 Jahr verbessern, beziehungsweise stabilisieren (Stabilisierungseffekt).

NMDA-Rezeptor (N-Methyl-D-Aspartat) Antagonisten

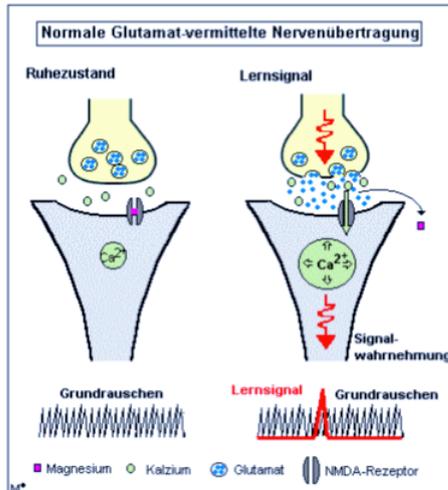
Dann die Alzheimer Therapie mit **NMDA-Rezeptor (N-Methyl-D-Aspartat) Antagonisten**. NMDA sind grundsätzlich auch Rezeptoren, wo Neurotransmitter dran aktivieren. Und hier ist der entscheidende Neurotransmitter im Gehirn das Glutamat als wichtiger, erregender Neurotransmitter. Im Prinzip eigentlich auch wieder ähnlich, das heißt, wir haben hier einen Neurotransmitter, der an entsprechende Synapsen die Übertragung überträgt. Wichtige Rezeptoren sind auch hier für die Sinneswahrnehmung, an Bewegungen, aber vor allem am Lernen und Gedächtnis beteiligt und haben ihre entsprechenden Effekte. Um das vielleicht ganz einfach zu illustrieren (*s. Abbildung*). Wir haben hier wieder eine Synapse, die Präsynapse und diese Postsynapse mit dem entsprechenden Spalt dazwischen. Wenn man das jetzt erstmal so vergleicht, das reagiert gesund beim ganz normalen Übertragen, Glutamat, das heißt, wir haben hier entsprechend dann im gesunden Zustand logischerweise keine Erregung, wir haben wenig Kalziumionen, das heißt, hier ist ein entsprechender Kalziumspeicher. Das bedeutet, wir haben auch einen synaptischen Spalt, wenig Kalzium und diese NMDA- Rezeptoren sind jetzt blockiert durch ein Magnesiumion.

Bei einem Gesunden haben wir einen Erreger, es kommt eine Sinneswahrnehmung, ein Gedächtnisprozess muss übertragen werden, dann wird jetzt an der Präsynapse Glutamat aus den entsprechenden Speichern ausgeschüttet. Diese verdrängen jetzt das Magnesium aus dem Rezeptorkanal, der dann nicht mehr blockiert ist und dann kann jetzt entsprechend Kalzium einströmen in diese Postsynapse und kann darüber dann ein Aktionspotenzial, also eine Erregung im Prinzip an der Postsynapse auslösen. Diese Erregung, die übersteigt ein gewisses Grundrauschen (= *die Schwelle, die bei der Übertragung überwunden werden muss*) und wird damit sozusagen dann detektiert, kann also jetzt wahrgenommen werden. So würde das beim Gesunden funktionieren.

Alzheimer-Demenz - Therapie

NMDA-Rezeptor (N-Methyl-D-Aspartat)

- Rezeptor durch Neurotransmitter Glutamat erregt
- Unverzichtbar für Vermittlung von Sinneswahrnehmungen, an der Ausführung von Bewegungen und an höheren Gehirnfunktionen wie Lernen und Gedächtnis.



1. Ruhezustand beim Gesunden

Keine Aktionspotentiale; wenige Kalzium-Ionen; Rezeptor blockiert durch Magnesium-Ionen

2. Aktionszustand beim Gesunden

- Sinneswahrnehmung oder Gedächtnisprozess
 → präsynaptisch Glutamat ausgeschüttet
- Glutamat verdrängt Magnesium aus Rezeptorkanal der zweiten Nervenzelle und öffnet diesen

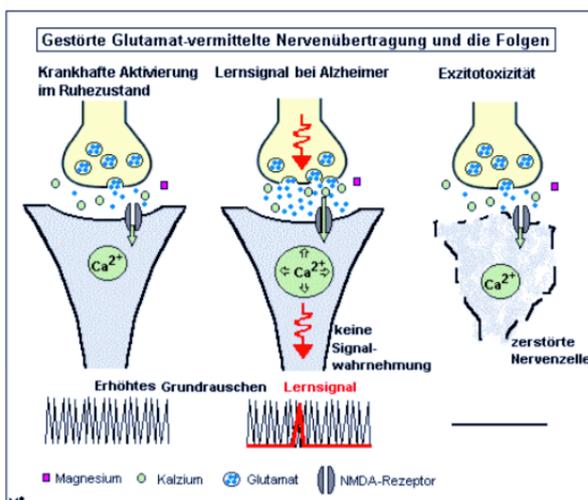
→ Einstrom Kalzium in postsynaptische Nervenzelle; Signal übersteigt Grundrauschen

Beim Alzheimer-Erkrankten funktioniert das leider nicht mehr so. Hier ist diese Freisetzung, diese Aufnahme von Glutamat entsprechend gestört. Das heißt, wir haben immer eine gewisse Menge an Glutamat im synaptischen Spalt, so dass letztendlich diese Blockade durch das Magnesium gestört ist. Das bedeutet, Magnesium wird verdrängt durch diese Aktivierung des Rezeptors durch Glutamat und es strömt permanent quasi Kalzium in die Postsynapse, dadurch wird das Grundrauschen erhöht. Und wenn mal ein Signal ankommt, übersteigt dieses Aktionspotenzial nicht mehr das Grundrauschen, kann also nicht mehr wahrgenommen werden. Das heißt, wir können keine Zunahme, letztendlich keine Erregung mehr übertragen, weil das einfach im Grundrauschen übersteuert oder nicht detektiert wird. Hier wird sozusagen keine Erregung mehr übertragen werden.

3. Funktion beim Alzheimer-Kranken

→ Freisetzung und Aufnahme von Glutamat gestört

Immer geringe Menge Glutamat im synaptischen Spalt → Blockade des NMDA-Rezeptors durch Magnesium aufgehoben



- dauerhafter leichter Einstrom von Kalzium in Postsynapse
- krankhafte Erhöhung Kalzium in Nervenzelle
- Grundrauschen erhöht und Lernsignale gehen im erhöhten Grundrauschen unter
- Nervenzelle letztendlich zerstört "Exzitotoxizität,"

Verlust von Erinnerungen und Informationen (Krankheitsbild Alzheimer!)

Auch durch diese hohe Kalzium-Konzentration in der Postsynapse wird diese Nervenzelle am Ende zerstört, das heißt, das Kalzium macht sozusagen diese postsynaptische Nervenzelle kaputt. Man spricht hierbei von Exitotoxizität und das bedeutet, diese Nervenzellen gehen unter und damit verlieren die Patienten Erinnerungen, diese Informationen, die ja über diese Übertragung auch gespeichert werden. Das ist auch das, was sich bei der Alzheimer-Demenz als Krankheitsbild abzeichnet – die Nervenzellen gehen mit den gewonnenen Informationen unter und sind nicht mehr vorhanden, können nicht mehr repariert werden und können nicht mehr ersetzt werden.

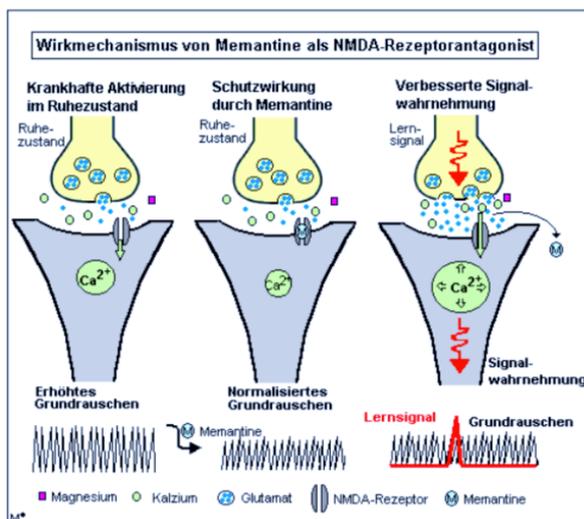
Memantin

Und wenn jetzt **Memantin** dazukommt (= nicht kompetitiver NMDA Antagonist), kann es nicht verdrängt werden, das heißt, es gibt einmal den Rezeptor und es bleibt dort auch kleben. Das Memantion blockiert diesen NMDA-Rezeptorkanal, aber kann sozusagen nicht durch das Glutamat aufgehoben werden. Das bedeutet egal, ob Glutamat im synaptischen Spalt vorhanden ist, Memantin hemmt jetzt diesen Rezeptorkanal im Prinzip noch viel viel stärker als beispielsweise Magnesium.

4. Funktion unter Memantine beim Alzheimer-Kranken

Memantine blockiert NMDA-Rezeptorkanal

ABER im Gegensatz zu Mg auch Blockade in Anwesenheit von Glutamat!



- schützt Postsynapse vor andauernden krankhaften Kalzium-Einstrom
- Grundrauschen normalisiert sich
- Lernsignal wieder überschwellig

→ kann wieder erkannt und weiter geleitet werden!

→ Memantin stellt synaptische Plastizität wieder her und verhindert Synaptotoxizität bzw. Absterben Neurone

Der Rezeptor kann hier nicht permanent offengehalten werden, es kommt nicht permanent Kalzium in die Zelle hinein. Es kommt wirklich nur permanent hinein, wenn sich das Grundrauschen wieder normalisiert. Das heißt, dass eine ganz normal Signalübertragung stattfinden kann und die Übertragung kann in der Synapse wiederhergestellt werden, kann also wieder ganz normal erkannt werden. Wir haben eine Wiederherstellung der synaptischen Funktion und dass wir dann wieder das Absterben der Neuronen verhindern.

Das ist das Prinzip des Ganzen, das heißt, die Signalübertragung wird hier wieder verbessert. Auch hier gibt es natürlich Probleme. Logischerweise haben wir auch hier entsprechende Nebenwirkungen – Halluzinationen, Verwirrtheit, Schwindel, Kopfschmerzen, Müdigkeit. Auch das ist natürlich jetzt hier vorhanden.

Es gibt auch Studien, die eine Kombination untersucht haben, dabei hat sich anscheinend nicht gezeigt, dass eine **Kombination aus AChE-Hemmern plus Memantin** einen Vorteil darstellt. Dies wird also nicht empfohlen. Aber - vielleicht auch ein positives Aber – man muss sagen, dass

man hier wirklich moderate und schwere Demenzen mit dieser Substanz behandeln kann. Es hat sich in Studien bestätigt, dass sich tatsächlich eine Verbesserung der Orientierung und des Sprachverständnisses der Patienten gezeigt hat. Das ist natürlich wichtig. Das heißt, wir verfügen hier schon tatsächlich über einen Faktor, mit dem die Erkrankung verlangsamt werden kann, mit dem Gedächtnisleistung verbessert werden kann. Das darf man auf jeden Fall schon als positiv ansehen.

Zwischenfrage anonyme Teilnehmerin: Wonach entscheidet man, welches Medikament man nimmt?

Prof. Brandenburg: Das Entscheidende sind diese Punkte: in welchem Zustand sich die an Demenz Erkrankten befinden, ist es eine leichte, mittelschwere oder schwere Form, wie weit ist die Demenz fortgeschritten, wie verträglich der Patient das Medikament, das würde jetzt auch ein wichtiger Punkt sein. Wir sehen oft Patienten, die das halt nicht vertragen. Das sind Entscheidungen, wie man die Erkrankten therapiert.

Die Ärzte sind (*auch*) mit dem Thema überfordert und beschäftigen sich wenig damit, die Patienten werden nicht vernünftig therapiert. Abgesehen von den Problemen, die es da natürlich trotzdem gibt. Dass diese AChE-Hemmer natürlich nur maximal 1 Jahr etwas bringen und eine weitere Verabreichung eigentlich sinnlos ist. Dann ergibt sich für uns auch wieder die Frage – welche Nebenwirkungen bei dem Demenz-Patienten dann auftreten. Für diesen gibt es ja kein ausreichendes Monitoring, um das dann wirklich alles zu untersuchen.

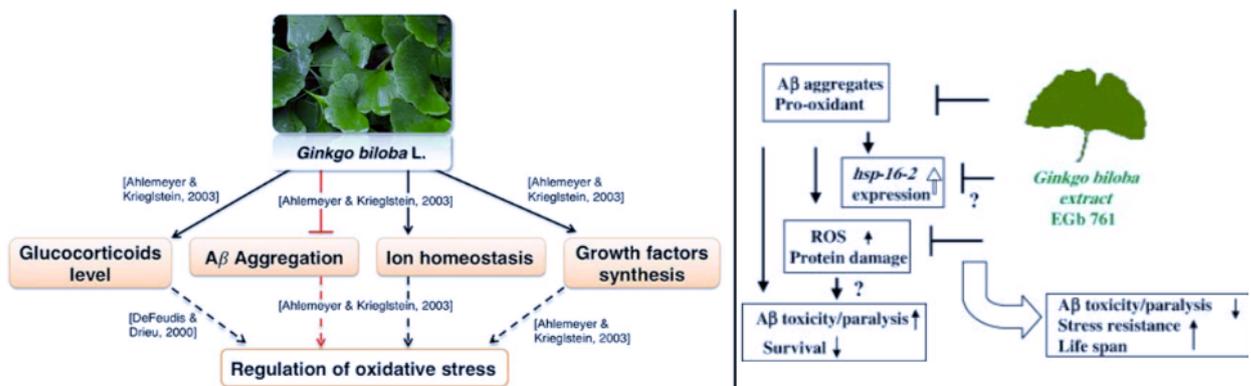
Ginkgo-biloba

Nun zu **Ginkgo biloba**, was auch für vaskuläre Demenz geeignet ist, weil es nachweislich auch die Durchblutung fördert.

Alzheimer-Demenz - Therapie

Ginkgo biloba (pflanzlich)

→ auch für vaskuläre Demenz geeignet (fördert Durchblutung)



Es gibt Hinweise für die Wirksamkeit von Ginkgo Biloba EGb 761 auf Kognition bei Patienten mit leichter bis mittelgradiger Alzheimer-Demenz oder vaskulärer Demenz und nicht-psychotischen Verhaltenssymptomen. Eine Behandlung kann erwogen werden.

1.

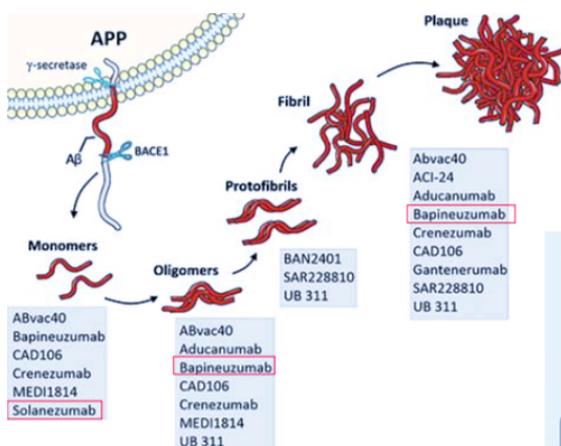
https://dgn.org/wp-content/uploads/2012/12/038013_LL_Demenzen_2016.pdf

Ich brauche hier nicht weiter ins Detail zu gehen, man kann es vielleicht so zusammenfassen, dass man den Gingko biloba- Extrakt – was ich eben erzählt habe, wie mit Glutamat und so weiter – dass es darüber eine Erregungsübertragung im Gehirn gibt, das heißt, da sind auch Zellbestandteile daran beteiligt, wie zum Beispiel Mitochondrien etc., wo Energie produziert wird. Das führt ja letztendlich immer dazu, dass wir Stress in den Zellen haben. Das bedeutet, die Zellen müssen Energie zur Verfügung stellen und dass in diesem Prozess entsprechende Produkte anfallen, die die Zelle schädigen. Diese Bestandteile müssen abgebaut werden und je mehr Stress so eine Zelle hat, desto mehr muss abgebaut werden. Der Abbau dieser Stressfaktoren in der Zelle ist naturgemäß limitiert, das heißt, sie können nur in einem bestimmten Maße abgebaut werden und wenn diese Schädigungen, diese störenden Faktoren irgendwann ein bestimmtes Maß überschreiten, dann geht die Nervenzelle letztendlich ja unter. Und hier kommt dann der Gingko biloba beziehungsweise der verwendete Extrakt ins Spiel, das heißt, hier kann man zusammenfassen, dass dieses pflanzliche Extrakt das Maß der Zelle, mit diesen Stressfaktoren umzugehen, erhöht. Das heißt, er verbessert sozusagen den Abbau der oxidativen Bestandteile, die die Zelle schädigen.

Man hat in Studien festgestellt, dass die Kognition bei Patienten mit leichter und mittelgradiger Alzheimer-Demenz als auch der vaskulären Demenz durch Gingko biloba als Behandlungstherapeutikum verbessert wird. Daher kann Gingko biloba als dritte, tatsächlich zugelassene Behandlungsmöglichkeit in Betracht gezogen werden.

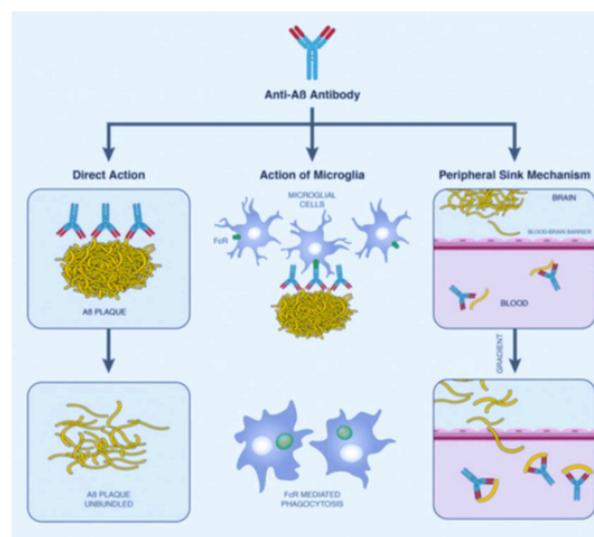
Antikörper-Präparat Aducanumab

Dann komme ich jetzt zu **neuen Entwicklungen**, wie dem **Antikörper-Präparat Aducanumab**, was in den USA im Juni 2021 zugelassen wurde, als erster **monoklonaler Antikörper**. Das heißt, es ist ein Antikörper, der an einem bestimmten Bestandteil dieses β -Amyloid-Peptids dieses Peptid bindet, was dazu führt, dass unsere Immunabwehr aktiv wird. Es werden Immunzellen aktiviert über diese Markierung durch diesen Antikörper, dass dieses β -Amyloid-Peptid vermehrt abgebaut wird, durch diese Immunzellen und auch das Komplementsystem, das für eine Markierung wichtig ist, dieses β -Amyloid, so dass dann darüber das Ganze abgebaut wird.



Aducanumab Nebenwirkungen:
 Häufigsten → Hirnschwellungen und kleine Hirnblutungen
 Auch Kopfschmerzen, Stürze, Durchfall und Verwirrung

Antikörper-Therapien



Das heißt, Aducanumab ist jetzt in den USA zugelassen. Wann es in Europa und in Deutschland zugelassen wird, ist noch offen, weil dafür bestimmte Prozedere durchlaufen werden müssen. Auf jeden Fall kann man sagen, dass Zulassungen auch nicht ganz ohne Probleme abgehen. Das heißt, die ersten Studien waren für das Medikament nicht so besonders positiv, da konnte man keine Verbesserung feststellen. Man war kurz davor, Aducanumab zu stoppen. Dann hat man die Ergebnisse noch einmal neu evaluiert, wie auch immer. Aufgrund der Verwendung neuer Biostatistiken mit anderen Kriterien hat man letztendlich festgestellt, dass tatsächlich eine Verbesserung vorliegt, also konnte das Präparat zugelassen werden. Das ist nun endlich mal etwas Neues, dass man über diese Antikörperpräparate anscheinend schon jetzt versucht, einen Weg zu finden, der eine deutliche Verbesserung nach sich zieht.

Allerdings ist es auch wieder nicht so, dass man sagen kann – Okay, wir haben jetzt ein Präparat und dann ist die Alzheimer Erkrankung demnächst geheilt. So ist es auch nicht und über dieses Präparat Aducanumab wird man die Alzheimer Erkrankung letztendlich nicht wirklich heilen können. Man kann eben auch wieder nur eine Verbesserung und eine Verzögerung induzieren.

Es gibt natürlich schon viele, **viele weitere Präparate**, die jetzt sozusagen in der Therapie sind. Phase 3 ist dann die letzte Stufe, bevor das Präparat zugelassen wird. Auch gibt es diverse Entwicklungen, die jetzt wirklich schon in Phase 3 (aktuell) sind. Man kann das vielleicht so zusammenfassen – dass man auch andere entsprechende Präparate hat, wie zum Beispiel dieses Präparat, wo der Antikörper auf das β -Amyloid-Peptid zielt. Es gibt jetzt aber auch Inhibitoren, die man für das Tau-Protein dabei ist zu entwickeln. Das kann man vielleicht zusammenfassen. Dann gibt es eben weitere Präparate, auch Antikörper natur, weil, Sie können sich ja vorstellen, wenn man jetzt dieses Peptid oder dieses Protein hat, dann ist es natürlich interessant - wo zielt jetzt dieser Antikörper hin? Da versucht man eben zu spielen, bessere Abschnitte des Peptids zu finden, um vielleicht diese Aggregation noch optimaler zu verhindern. Ein wichtiger Punkt, dazu komme ich gleich noch, ist, dass z.B. von dem zugelassenen Antikörper Präparat nur 1,5% in das Gehirn gelangen. Das heißt, letztendlich wird darüber nur das β -Amyloid in der Peripherie, also alles außerhalb des Hirns, im Prinzip dadurch weggefahren. Im Hirn macht das eigentlich relativ wenig. Das heißt, man versucht jetzt durch Modifikationen dieser Antikörper diese so zu verändern, dass sie besser in das Gehirn hineinkommen. Wobei man dann natürlich wieder die Gefahr hat, dass man zum Beispiel vermehrt Entzündungsreaktionen im Hirn auslöst. Sie können sich ja vorstellen, im Gehirn ist jetzt schon sehr, sehr viel β -Amyloid. Wenn man da jetzt Antikörper hineingibt, die die Phagozytose (...), die die Entfernung dieser Peptide induziert, führt das natürlich zu einem verstärkten Entzündungsprozess im Gehirn mit wiederum Schwierigkeiten, die sich daran anschließen können.

Dann vielleicht noch andere Punkte. Auch andere Ziele werden hier zum Beispiel angegangen. Dieser **RAGE** (receptor for advanced glycation endproducts) ist auch ganz interessant. Das hat etwas mit dem Zuckerhaushalt zu tun. Ein Rezeptor, der, wie man vermutet, zum Beispiel für den Transport dieses β -Amyloids in die Zelle und für den Entzündungsprozess in den Immunzellen verantwortlich ist. Man versucht die zu hemmen, so dass es zu einem geringeren Entzündungsprozess in den Zellen kommt. Das ist eine weitere Möglichkeit, die man versucht anzugehen.

Und noch andere Ziele diverser Natur, die man hier versucht in Angriff zu nehmen. Ich habe jetzt 3 noch mal herausgenommen. Auch dieses Tau-Protein, dieses **TRx0237**, was man sozusagen als Inhibitor dieses Tauproteins versucht einzusetzen. Das Tauprotein, was eben in diesem Alzheimer Prozess verändert wird in seiner Struktur und das dann dazu neigt, dass es solche Aggregate intrazellulär bildet. Und da hat man versucht diese Substanz, oder ist man dabei fortzuführen bzw. zu entwickeln und möglicherweise einzusetzen, so dass diese pathologische Aggregation verhindert wird. Das ist ein Produkt, was in Phase 3 ist.

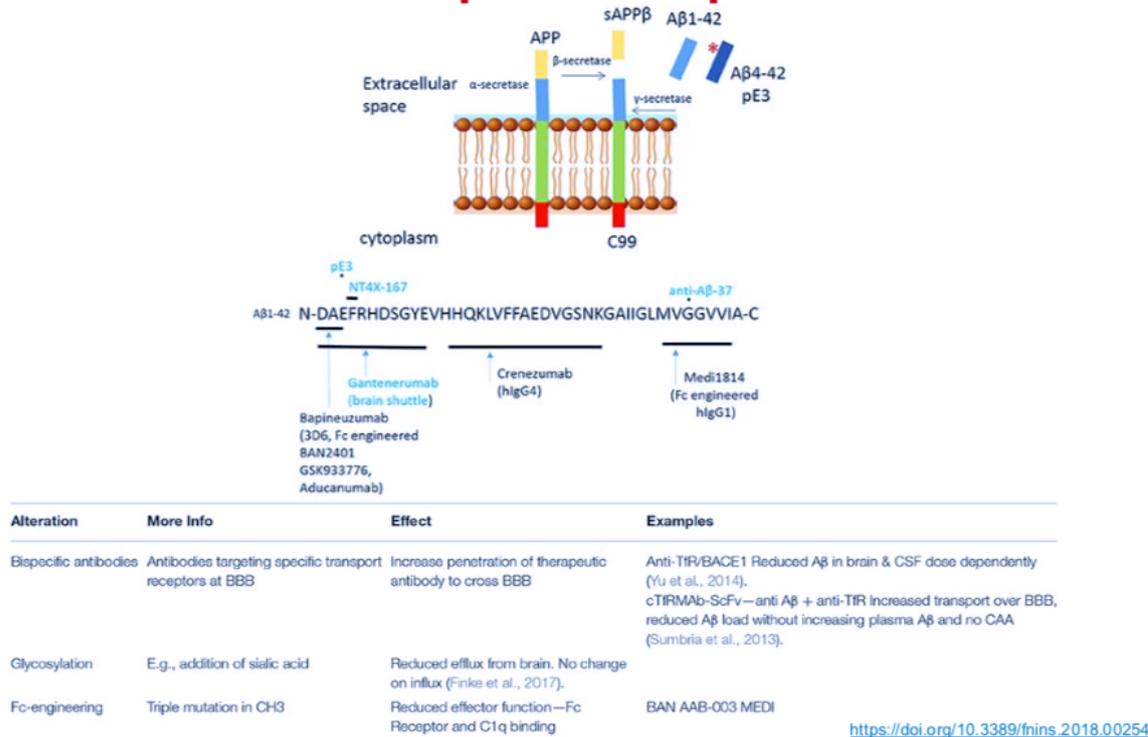
Dann z.B. diese Kombination aus diesem **Chromolyn-Ibuprofen**, das kennt jetzt jeder, Ibuprofen, also das neue Kombinationspräparat. Man hat festgestellt, dass Chromolyn-Ibuprofen diese Konjugation des β -Amyloids deutlich reduziert und dass es zum Beispiel die Phagozytose dieser Aggregate verbessert. Also jetzt auch ein Produkt, was sich jetzt in Phase 3 befindet.

Eine interessante Entwicklung ist dann in diesem RAGE Rezeptor, der als Signalvermittler von dem β -Amyloid vermutet wird, dass dieser Rezeptor an der entsprechenden Immunzellen-Aktivierung, an dem Zusammenbau beteiligt ist. Letztendlich ist ja noch nicht klar, wer den Zusammenbau dieser Plaques im Gehirn induziert und dass dies über diesen Rezeptor möglicherweise gehemmt werden kann. Also auch ein interessantes Produkt, was hier entwickelt wird, aber, wie gesagt, sich immer noch in Phase 3 befindet.

Noch einmal kurz zu diesen Antikörper Therapien. Das Amyloid-Cursor-Protein wird jetzt falsch geschnitten. Da gibt es entsprechende Monomere, Oligomere. Das heißt, diese kleinen Partikel lagern sich immer weiter zusammen. Und jetzt ist natürlich sehr interessant, wo greife ich mit dem Antikörper ein, in welchen Prozess oder wo versuche ich was zu verhindern? An welcher Stelle versuche ich in diesen Prozess einzugreifen? Und das macht es, denke ich, so kompliziert. Dieses Aducanumab hat natürlich auch Nebenwirkungen, es kann hier schon zu einer gewissen Hirnschwellung (*am häufigsten*) und zu Hirnblutungen führen, das darf man nicht vergessen. Und jetzt hat man versucht, in diesen Prozess mit unterschiedlichen Antikörpern einzugreifen (*in Abbildung rot ummantelt*). Deshalb hat man beispielsweise Studien abgebrochen, weil man festgestellt hat, dass die Ergebnisse eher desaströs waren bzw. nicht das gezeigt haben, was gewollt ist. Es ist schon relativ komplex, den Prozess, den man hier versucht zu bewerkstelligen, dass man diese Antikörper, die einerseits direkt die Plaques angreifen und die dann vereinzeln, dass man diese Plaques auflöst und dass man auf der anderen Seite die Mikro-Glia aktiviert, das heißt, die Immunzellen aktiviert, die dann vermehrt dieses β -Amyloid abbauen. Und der 3. Prozess ist der, dass man verhindert, dass dieses β -Amyloid ins Blut kommt und sich dies im Körper verteilt. Wir finden ja diese Plaques oder diese β -Amyloide im Prinzip im ganzen Körper. Also das ist schon ein sehr komplexer Prozess.

Man kann diese Antikörper beispielsweise über bestimmte Strukturen auch so verändern, dass verhindert wird, dass sie wieder aus dem Gehirn herauskommen. So versucht man diese Antikörper jetzt zu verändern und darüber Substanzen zu entwickeln, die möglicherweise noch bessere Ergebnisse liefern als dieser bisher zugelassene Antikörper. Da wird die Reise, denke ich mal, hingehen, das jetzt vermehrt noch weitere da sind. In der folgenden Abbildung oben, dieses "1-42" ist ein bestimmter Bestandteil dieses β -Amyloids, wo man versucht, verschiedene Antikörper für verschiedene Teile zu entwickeln, um bessere Ergebnisse zu bekommen.

Antikörper-Therapien



Aber das ist Zukunftsmusik, das sind alles nur Substanzen, die aktuell irgendwo in der Planung sind, von Phase 1 bis Phase 3 - wie viele das sind! Aber das schrumpft sich immer weiter, wie man den Medien (*Wirkstoffe erst gehypt, dann weg vom Fenster*) oft entnehmen kann. Warum ist das so? Das ist natürlich PR, die da gemacht wird. Letztendlich ist ein Problem, dass die ganzen Strukturen, wie ich ja auch, an der Maus arbeiten. Das heißt, wir arbeiten ja mit Organismen, die nicht der Mensch sind, das heißt, die Maus kann kein Alzheimer bekommen. Das bedeutet, die Maus, mit der wir arbeiten, die ist so genetisch verändert, die hat menschliche Gene bekommen, damit sie Alzheimer bekommt. Das ist allein schon, muss man sagen, ziemlich artifiziell, das System. Und da jetzt Sachen zu entwickeln und auf den Menschen zu übertragen ist ein schwieriger Prozess. Da bleiben einfach viele, viele von diesen Substanzen irgendwann hängen, weil der Mensch einfach komplexer oder anders gebaut ist in seinem Immunsystem als die Maus. Das kann man so zusammenfassen und das macht es einfach schwierig und warum – weil diese Erkrankung einfach, wie ich denke, sehr vielschichtig ist. **Es gibt nicht DIE Alzheimer Erkrankung, sondern es gibt wahrscheinlich verschiedene Alzheimer Erkrankungen bzw. verschiedene Formen der Alzheimer Erkrankung.** Und das macht es so schwierig, irgendwas zu entwickeln.

Was nicht empfohlen wird:

ist z.B. **Vitamin E**. Hier hat man in Studien festgestellt, dass es sich nicht positiv auf die Alzheimer-Demenz auswirkt. Im Gegenteil, man hat festgestellt, dass es bei Vitamin E Präparaten zu einer höheren Sterblichkeit der Patienten kommt und auch zu kardiovaskulären Problematiken.

Das ist ein Punkt, der immer diskutiert wird – **nichtsteroidale Antiphlogistika**. Auch da konnte man in Studien nicht feststellen, dass es tatsächlich eine bessere Kognition in den Patienten gegeben hat.

Auch ein Punkt ist die **Hormonersatztherapie**, hier hat man auch keinen Hinweis auf Verbesserung festgestellt.

Dann das, was ich jetzt nicht genannt hatte – **Nootropika**, auch da hat man nicht festgestellt, dass da irgendeine Verbesserung erfolgte. Also für nichts, was an Memantin oder Acetylcholinesterase-Hemmer und allen anderen Substanzen diskutiert wurde, konnte von einer anderen Substanz bisher dahingehend eine Wirksamkeit nachgewiesen werden.

Ganz kurz noch zur **Lewy-Körper Demenz**. Dies ist die zweithäufigste Demenz. Das heißt, hier haben wir wieder Aggregate, sogenannte Lewy-Körperchen, die aus bestimmten Proteinen bestehen, die sich zusammenlagern und die Nervenzelle zum Untergang führen. Der Erkrankte hat letztendlich eine Demenz. Bei **Parkinson** tritt das auch auf. Das heißt, man vermutet, dass das eher zu Morbus Parkinson gehört, und zwar diese Erkrankung vor dem Hintergrund, dass das vielleicht eine gemeinsame Form der Erkrankung ist, aber so genau weiß man das auch wieder so recht, weil z.B. Morbus Parkinson mit der Zeit auch zu einer Demenz führt. Deswegen vermutet man, dass diese Erkrankung eher auch zu dieser Klasse gehört, aber eben auch in eine Demenz führt. Das heißt, wir haben es hier einfach mit Varianten der Erkrankung zu tun, so ist jedenfalls die Vermutung.

Was kann man hier zusammenfassen: Die entsprechende Richtlinie der (*Deutschen*) Neurologischen Gesellschaft ist hier - es existiert keine richtig zugelassene, ausreichende belegte Medikation. Allerdings befürworten sie die **Acetylcholinesterase-Hemmer** entsprechend, weil diese sich hier wirksam oder gut auswirken und auch das **Memantin**, dass das hier auf den klinischen Gesamteindruck sich positiv auswirkt, aber beispielsweise nicht auf die Kognition in diesem Falle. Diese zwei Klassen können als Behandlungsversuch in Erwägung gezogen werden.

Bei dem **Parkinson Hintergrund** ist bei den Erkrankten **L-Dopa** als Parkinson Syndrom Behandlung induziert.

Lewy-Körper-Demenz

2. häufigste neurodegenerative Erkrankung

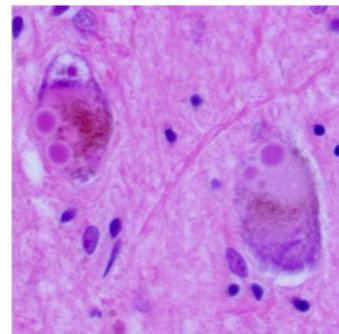
Lewy-Körperchen im Gehirn (Großhirnrinde und Hirnstamm; Aggregate aus α -Synuclein, Ubiquitin, Neurofilamentproteine, Tau-Proteine; gelegentlich Neurofibrillenbündeln umgeben

→ Demenz, Parkinson-Syndrom, Vigilanz- und Kognitionsstörungen sowie visuelle Halluzinatione

→ bei Morbus Parkinson vor allem in Substantia nigra

→ Morbus Parkinson → ebenfalls Demenz mit der Zeit

→ **Vermutung, dass Morbus Parkinson und Lewy-Body-Demenz Varianten einer Erkrankung**



Lewy-Körper (Substantia nigra)

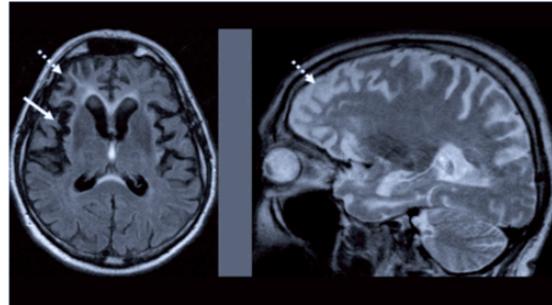
Die **Frontotemporale Demenz oder auch Pick-Krankheit** betrifft vor allem das Frontalhirn als auch den Temporallappen, also Kortex und das limbische System. Das liegt ja im Frontalhirn, wo sich unser Bewusstsein und unsere Persönlichkeit befindet.

Frontotemporale Demenz (Pick-Krankheit)

betrifft hauptsächlich das Frontal- und Temporallappen (Kortex und limbisches System → Affektstörungen)

- Schwund an Nervenparenchym bei gleichzeitig bestehenden silbrigen Einschlüssen (Pick-Körper) in Ganglienzellen
- Plaques oder Alzheimer-Fibrillen sind nicht nachweisbar
- Früh Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit; Persönlichkeitsveränderung
- später Affektarmut, Enthemmung, Störungen
- Gedächtnis, Orientierung und Kognition und Ausbildung akinetischen Parkinson-Syndroms

→ **Familiäre Vererbung häufig, Ursache unklar, Gendefekte vermutet**



Im Temporallappen ist natürlich auch Orientierung, Hören und so weiter lokalisiert. Sprache wird gleichermaßen für die Erkrankung dann der Untergang dieser Hirnareale zu den entsprechenden Affektstörungen. Das heißt, wir haben dann hier im Vorderhirn und im Temporallappen einen Untergang von Nervengewebe. Dort gibt es auch solche Einschlüsse, auch wieder solche Pick-Körperchen, in den Zellen. Plaques/ Alzheimer Fibrillen sind hier nicht nachweisbar bei dieser Erkrankung.

Man hat hier früh eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, entsprechende Enthemmung, Affektarmut und so weiter. Hier ist eigentlich wiederum nicht so richtig klar, was die Ursache ist. Man vermutet familiäre Vererbung und übereinstimmende Gene, die möglicherweise in diesen Familien mutiert sind. Es werden hier verschiedenste Proteine detektiert, auch zum Beispiel das Tau-Protein in einer entsprechenden mutierten Form hat man hier identifiziert, dass es möglicherweise mit der Erkrankung etwas zu tun hat. Dann auch TDP-43. Das sind entsprechende Proteine, die im Zellkern an dem Ablesen an der RNA oder Funktion der RNA Bildung bzw. an der mRNA-Bildung beteiligt sind. Diese sind sozusagen durch Mutation verändert und lagern sich zu Konglomeraten im Zytoplasma zusammen, schädigen damit die Nervenzelle und führen zu ihrem Untergang.

Hier kann man das Ganze zusammenfassen: Die Patienten kann man leider nicht so wirklich behandeln. Man hat keine positiven Effekte feststellen können durch die Alzheimer Präparate, es ist also keine überzeugende Evidenz, irgendeine Behandlung dieser Symptome mit eben diesen Präparaten.

Anonymer Teilnehmer: Vielleicht spielen Sportarten bei dieser Demenz eine Rolle, vielleicht Fußball?

Prof. Jens-Ove Brandenburg: Dass dies dadurch induziert wird, das weiß ich nicht, das kann ich nicht sagen.

Dann lassen Sie mich ganz **kurz zusammenfassen**, was bis jetzt vorhanden ist, nämlich dass man die Neurotransmitter behandelt oder verbessert. Kernpunkt in den neuen Therapieformen ist, dass man immer noch **versucht diesen Nervenzellenuntergang aufzuhalten**, indem man die Synapsenfunktion verbessert. Das heißt, man hat versucht, die Hemmung der β -Amyloid-Bildung aufzuhalten, das ist ein wichtiger Punkt. Auch dass man diese **Verklumpungen von A β und Tau versucht zu verhindern**. Man verändert die intrazellulären Depots und dass man als 3. Punkt, was ich bereits genannt habe, den **Rücktransport von A β aus dem Blut wieder ins Hirn zurück versucht zu verhindern**. Dass man das A β aus der Peripherie, das ins Blut gelangt, aus dem System nimmt und dann darüber diese A β Spiegel versucht zu verhindern. Das sind, denk ich mal, die 3 Punkte, die man versucht anzugehen.

Lewy-Körper-Demenz hatte ich bereits, eben nur symptomatisch (*dargestellt*). Hier scheinen AChE-Hemmer schon positiv zu wirken, wobei man sich vielleicht noch vorsichtig ausdrücken muss, ebenso bei Memantin, dass möglicherweise einen positiven Einfluss hat, allerdings nicht in dem Fall die Kognition betreffend. Die Frontotemporale Demenz, so muss man leider sagen, kann man nicht medikamentös mit den Demenz-Präparaten behandeln. Man kann höchstens eine medikamentöse Therapie durchführen – bei Verhaltensauffälligkeiten hat man die Antidepressiva und auch mit Neuroleptika hat man da scheinbar Vorteile bzw. Verbesserungen festgestellt.

Also man kann sagen, es zwar viel im Fluss und die Alzheimer Forschung geht jetzt seit 30, 40 Jahren, aber der Durchbruch ist da immer noch nicht getan. Ich bin da auch skeptisch, dass hier wirklich mal ein Durchbruch kommen wird. Vielleicht mal eine Verbesserung, eine Verlangsamung, aber bestimmt nicht in der Art, dass die Alzheimer Erkrankung auf einmal kein Problem mehr spielt.

5.1 Diskussion

Johannes van Dijk, DED Vorstand, Stadtdomizil Hamburg: Zu dem Thema Alzheimer und Diagnostik. Ich habe mich in der letzten Zeit mit dem Thema Biomarker in der Fachliteratur befasst. Forscher versuchen in frühen Jahren festzustellen anhand von allen möglichen Biomarkern, ob man eine erhöhte Chance hat auf Alzheimer oder irgendwie eine Demenz zu entwickeln. Und die haben bei der Gelegenheit auch mal untersucht, ob Menschen mit einer Alzheimer Diagnose, ob sie diese Biomarker auch haben. Und dann haben sie festgestellt und geschätzt, dass mindestens 30% aller Alzheimer Diagnosen nicht stimmen, weil man da irgendwie doch andere Ursachen hat. Und das ist natürlich das Problem, wenn man solche Menschen in der Alzheimer Forschung dann mitnimmt und die haben sie gar nicht. Ich finde, das passt ein bisschen dazu, was Sie angedeutet haben und das kommt jetzt mit der Biomarker Forschung langsam zu Tage, dass es ganz schön schwierig ist, eine richtige Diagnose zu stellen. Das war nur so eine kleine Ergänzung.

Margret Schleede-Gerbert, Hamburg: Wie hilfreich finden Sie Lumbal-Punktionen bei der Diagnostik?

Prof. Jens-Ove Brandenburg: Ja gut, eine Lumbal-Punktion ist ein Risiko, wenn die Leute z.B. eine Meningitis davon bekommen, was gar nicht so selten ist. Das ist jetzt die Frage - ist es ethisch vertretbar, dass man diese Patienten tatsächlich lumbal punktiert, um dann vielleicht dann eine Alzheimer Erkrankung festzustellen oder auszuschließen? Wenn das Amyloid β jetzt ins Blut gelangt, ist es natürlich auch im Liquor. Klar ist das auch eine diagnostische Möglichkeit, ausschließen würde ich es nicht. Aber dass man wirklich jemanden nur, um das festzustellen, punktiert, da glaube ich nicht, dass das ethisch so einfach umsetzbar ist. Um dann festzustellen – ja, tut uns leid, sie haben jetzt halt Alzheimer, aber können jetzt nichts machen.

Prof. Jens-Ove Brandenburg: (*an van Dijk gewandt*) Du hast das ja schon angesprochen, das diagnostische Problem ist, das finde ich auch, dass man da keine richtigen Biomarker hat, dass man einfach sagt – Okay, das ist ja wie Vorsorge für Darmkrebs. Man lässt sich halt im 30-zigsten, 40-zigsten Lebensjahr, 50-zigsten letztlich einmal durch einen Automaten schieben, dann gucken wir – Okay, die Sachen sind noch nicht da, Sie kriegen kein Alzheimer oder bei Ihnen ist das schon da, Sie haben hier ein Präparat, das wird jetzt aufgehalten und Sie brauchen keine Angst haben, Sie kriegen kein Alzheimer. Das wäre ja so die Idealvorstellung der ganzen Geschichte, aber irgendwie funktioniert das dann immer nicht! Biomarkerforschung ist ja auch ein langes Thema, aber so der richtige Durchbruch ist irgendwie auch nicht so richtig ersichtlich bisher, für mich jedenfalls. Da wird immer viel erzählt, aber es kommt nichts rum, muss man sagen.

Martin Hamborg, Diplom Psychologe, Hamburg: Ich habe vor einigen Jahren gelesen von einer ersten Studie, dass Betreuung, also die psychosoziale Zuwendung, genauso wirksam ist wie Donepezil. Also grade im Anfang der Demenz. Gibt es in Ihrem Kontext - es ist jetzt ja auch ganz viel Geld in die Forschung geflossen - das öffentliche Interesse, genau das, was uns hier eben ausmacht, unsere Erfahrung, dass wir sehr oft erleben, dass sich Demenzen - in Führungsstrichen - verbessern, weil die Menschen plötzlich einen ruhigen, geordneten, übersichtlichen, geborgenen Rahmen haben und die richtige Ansprache haben, richtige therapeutische Interventionen haben. Gibt es dazu Forschung? (*Durcheinanderreden, Technikgeräusche*)

Anonymer Teilnehmer: Ich weiß, es gibt Forschung!

Prof. Jen-Ove Brandenburg: Es gibt schon Forschung!

Martin Hamborg, Diplom Psychologe, Hamburg: Aber es fehlt noch ein Punkt, wenn Sie forschen in einer Einrichtung, wo Betreuung stattfindet, parallel, haben Sie eine Störvariable, die nicht erforscht werden muss, die müssen Sie rausnehmen. Ich meine, Sie haben eigentlich die ethische Pflicht, dass dort auch Unterstützung, auch ambulante, auch teilstationäre und stationäre stattfindet. Ganz kurz - gibt es bei Ihnen im DZNE (Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen) entsprechend grade Forschungsprojekte, die da diesen Aspekt berücksichtigen?

Prof. Jen-Ove Brandenburg: Also ich bin ja nicht im DZNE, aber ich weiß, dass Kollegen in Rostock solche Sachen tatsächlich auch betrachten. Das ist auch immer so ein Punkt, bei neuen Therapien müsste man ja eigentlich auch den Aspekt in die Studien mit aufnehmen, weil die Erkrankten betreut werden, weil ja bei uns auch das Bild so ein bisschen verschwimmt. Das ist ja auch – wie viele Punkte vielleicht das Ergebnis nachher gar nicht positiv machen, möglicherweise! Dass man feststellt, dass die Betreuung der Leute viel besser ist als, was weiß ich, mit Medikamenten und die werden da alleine gelassen in ihrem Raum, davon habe ich keine Ahnung.

Christina Singer, Ergotherapeutin, Demenz-Zentrum Magdeburg: Die Uni Magdeburg hat da ein Projekt gemacht, ich glaube, die Studie ist noch nicht beendet. Die haben untersucht, wie Tanzen sich auswirkt und Tanzen auch in Begleitung von Angehörigen.

Anonymer Teilnehmer: Kann man jetzt sagen, dass eigentlich Prävention das erste Mittel der Wahl wäre, oder, wenn ich das jetzt richtig verstanden habe? Alles andere ist wohl nur irgendwie Symptome lindernd und aufhaltend.

Prof. Jens-Ove Brandenburg: Bei Krankheitsdiagnose - ja, im Prinzip klar, der hat jetzt eine Alzheimer-Demenz. Dann ist ja die Krankheit schon so schwer ausgebrochen.

Anonymer Teilnehmer: Gibt es denn Präventivmaßnahmen?

Prof. Jens-Ove Brandenburg: Ja, natürlich. Es gibt Therapien, wo die Leute sich bewegen, damit das wahrscheinlich im frühen Stadium möglichst schnell ersichtlich wird, vielleicht noch wichtiger

als tatsächlich die medikamentöse Therapie, in meinen Augen. Und dass man eben, was wir jetzt hatten, viel viel früher die Leute diagnostiziert. Und dass man dann weiß - da ist jetzt die Alzheimer-Demenz, vielleicht die Pick-Krankheit, die Lewy-Körper- oder Frontotemporale-Demenz und dass man das wirklich sicher detektiert, rechtzeitig, um dann einzugreifen und nicht erst mit 60, 70, 80 Jahren.

Martin Hamborg, Diplom Psychologe Hamburg: berichtet über Erfolge durch mRNA-Impfstoffe und dass diese auch in der Krebsforschung in Versuchen eingesetzt werden sollen, auch für Demenz, HIV, alles Mögliche.

Prof. Jens-Ove Brandenburg: Also auch dieses ist wieder eher PR als Allheilmittel anzusehen. Ich glaube, die Alzheimer Erkrankung ist schon relativ komplex, allein die Zellen, die da eine Rolle spielen, die Entwicklung, dass es verschiedene Formen gibt. Und was bringt es, wenn man jetzt einen mRNA-Impfstoff hat, die Zelle produziert irgendein Protein, ja Okay, aber das ist vielleicht gar nicht die Ursache bei dem Patienten für dessen Alzheimer Erkrankung. Also ich bin da mittlerweile relativ skeptisch muss ich sagen. So interessant der Ansatz ist, aber es wird auch nicht das Allheilmittel sein. Man sieht aber schon sehr viel Ansätze, die da verfolgt werden und warum kann das nicht auch ein interessanter Ansatz sein. Es geht ja auch darum, dass man es billig produzieren kann, dass man es einfach herstellen kann und so weiter. Die Antikörper-Therapie Patienten bekommen das Präparat monatlich intravenös verabreicht, das ist ja auch meistens ziemlich aufwändig, muss man ja sagen. Auch das ist ja ein Punkt, den man einfach noch deutlich verbessern muss.

Martha Kröger, Bühnentänzerin, Berlin: Zu diesem Thema gibt es Studien und so weiter. Da würde ich gerne sagen, dass es immer mehr Studien gibt, gerade im Bereich Tanz- und Bewegungstherapie und Bewegungstherapie und so weiter. Die werden körperlichen Kontakt, nonverbale Kommunikation, zwischenmenschlichen Kontakt, Empathie, was ist Empathie überhaupt und so weiter auswerten, tatsächlich, und empirische Studien machen dazu an den Betroffenen, die Menschen, die mit ihnen arbeiten und mit den Angehörigen. Also da gibt's immer mehr.

Prof. Jens-Ove Brandenburg: Das ist eben auch das Glutamat zum Beispiel, die ganzen Neurotransmitter, das ist ja immer nur ein Aspekt, den man da betrachtet. Eine Nervenzelle, die ist ja schon relativ kompliziert und das Überleben der Nervenzelle ist ja auch zum Beispiel ein Punkt, den man versucht zu verbessern. Wenn es den Nervenzellen gut geht, schütten sie Überlebenssignale aus, die anderen Nervenzellen eben sagen – Okay, ihr könnt mal weiterleben, ist alles soweit in Ordnung, wir kriegen das schon hin. Und wenn man das induziert durch solche Wohlfühl-Mechanismen, werden die dazu führen, das auf jeden Fall, denke ich mal. Das ist ein wichtiger Aspekt dabei. Man betrachtet aber immer nur diesen einen Punkt und das ist das, was ich bei Alzheimer so schwierig finde. Man muss das schon ganzheitlich sehen und das passiert halt ja nicht.

Sylvia Bogdanowa, DED Vorstand, Seniorenheim Franz-Lenzner, Gera: Ich will noch etwas anderes aus der Praxis sagen. Also, wir schauen immer sehr genau, wie lange werden diese Medikamente alle schon genommen und beobachten, dass die in der Häuslichkeit über Jahre hinweg diese Präparate nehmen, mit sehr hohen Nebenwirkungen. Das Erste, was wir machen, wenn die einziehen, ist, dass wir die Neurologen überreden, diese ganzen Medikamente abzusetzen und dann beobachten wir eine Verbesserung bei allen diesen neuen Situationen des Bewohners. Ja, das ist vielleicht das Erste, was wir machen sollten, weil in unseren Einrichtungen, in den Stadien der Demenz, wo wir die Bewohner auffangen, sind diese medikamentösen Sachen eigentlich nur noch eine Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes. Meine persönliche Meinung.

Johannes van Dijk, DED Vorstand, Stadtdomizil, Hamburg: Also da sind die 12 Monate auch schon um.

Sylvia Bogdanowa, DED Vorstand, Seniorenheim Franz-Lenzner, Gera: Ja. Sag ich ja. Die nehmen das zuhause jahrelang. (*Hintergrundreden*) Ja so ist das, die haben das irgendwann mal von den Neurologen bekommen und teilweise von den Hausärzten über Jahre immer weiter verschrieben. Und die Nebenwirkungen, sag ich mal, sind dementsprechend hoch. Von Verstopfung über alle möglichen Sachen. Wir hatten darüber auch schon Vorträge hier gehört. Und wenn man das absetzt, auf einmal ist eine Erholung da, man merkt das direkt.

6. Die verbindende Kraft von Tanztheater

Laura Saumweber, Martha Kröger, professionelle Bühnentänzerinnen

Einblick in ein im 1. Lockdown gestartetes Projekt, das Tanztheater in Senioren- und Pflegeeinrichtungen bringt. Es ermöglicht den Menschen somit Kultur direkt vor der Haustür. Eine Kombination aus Vorstellung und aktiver, tänzerischer Interaktion mit den Bewohner*innen. „Tanzen sollte für Alle zugänglich sein“

<https://contweedancecollective.com>

Heike Schwabe kündigt die im Programm stehende Tanz-Theatervorführung nach der Pause an und begrüsst Laura Saumweber und Martha Kröger vom Tanzkollektiv „Contweedance“ (Bamberg), Martha ist aus Berlin und Laura kommt aus München. Die Teilnehmer*innen können sich draußen vor dem Tagungsgebäude „bewegen“ lassen.

7. Trotzdem Allein

Ruth Müller, Diplom-Psychologin, Ethikberaterin - Alzheimer Gesellschaft Frankfurt a.M.; Selbsthilfe Demenz e.V., Hannelore Schüssler, Vorstandsmitglied DED

Zuspitzung von Betreuungs- und Abschiedssituationen in und nach beispiellosen Zeiten. „Gut, dass die Großeltern das nicht mehr erlebten“. Erfahrungen aus der Demenzberatung einer Alzheimer Gesellschaft

Frau Schüssler stellt sich vor. Sie ist Vorstandsmitglied des DED, hat die Tagespflege „TrotzDemAktiv“ aufgebaut, ist dort Geschäftsführerin und ehrenamtlich ist sie im Sozialverband VDK in Thüringen tätig. Sie stellt anschließend Beispiele aus ihrem Arbeitsfeld vor.

Ruth Müller:

Das Thema steht nicht in einem Lehrbuch, sondern sind meine Erfahrungen aus der Beratungsarbeit innerhalb einer Alzheimer Gesellschaft. Ich bin Diplompsychologin und bin als approbierte Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Alzheimer bei der Alzheimer Gesellschaft Frankfurt. Ich bin da seit 16 Jahren dabei im Rahmen vom Frankfurter Programm „Würde im Alter“.

Ich nehme Sie mal mit auf eine „Reise in und durch beispielelose Zeiten“.

Meine Tochter sagt – gut, dass die Großeltern nicht mehr erlebten. Bei ihrer Großmutter wurde eine gemischte Form der Demenz diagnostiziert. Die Paarbeziehung ihrer Großeltern entwickelte sich zu einer Pflegebeziehung. Der Großvater betreute und pflegte. Fast alles spielte sich zuhause ab. Die Herausforderung der Pflege und Betreuung wurde viele Jahre gestemmt ohne externe Hilfen anzunehmen. Schließlich habe man sich ja einmal da Ja-Wort gegeben „bis dass der Tod uns scheidet“. Corona hätte vieles verändert. Eingespielte gemeinsame Aktivitäten, die dem Paar Halt gaben, wären nicht mehr realisierbar gewesen. Gemeinsam in die Kirche gehen, Bekannte treffen, mit Enkeln zusammensein, Singen gehen oder im Café einen Cappuccino trinken. Corona hätte diese gelungenen Momente nicht ermöglicht. Auch blieben den Großeltern Masken und Kontakteinschränkungen erspart. Im Fernsehen sahen sie die gestapelten Särge nicht. Das eingespielte aber fragile Betreuungs- und Pflege-Setting hätte völlig neu organisiert werden müssen. „Gut, dass sie das nicht mehr erlebten“ sagt die Enkelin.

Was sind **Alzheimer Gesellschaften**? Da möchte ich gleich einen Ausflug machen - und was halten sie vor? Die Alzheimer Gesellschaften **vertreten ausschließlich die Interessen der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen**. Die Gesellschaften sind nur den Betroffenen verpflichtet und stellen sicher, dass sie in ihrer inhaltlichen Arbeit unabhängig sind. Auf lokaler Ebene halten alle Alzheimer Gesellschaften 3 Basisbausteine vor: **Information und Beratung, Förderung von Austausch in Gruppen und Öffentlichkeitsarbeit**.

Die Frankfurter Alzheimer Gesellschaft wurde vor 15 Jahren innerhalb des Universitätsklinikums gegründet und noch heute besteht zur Gedächtnis-Sprechstunde des Klinikums eine räumliche und personelle Nähe. Mit **TrotzDemAktiv** haben wir seit einigen Jahren eine intensive Zusammenarbeit.

Pflegende Angehörige machen in der Zeit von Corona folgende Angaben zum Einfluss der Pandemie auf die häusliche Pflegesituation. 32% geben an, dass sich die Pflegesituation angesichts der Pandemie verschlechtert hat. 24% sind besorgt, die häusliche Pflege nicht mehr zu schaffen. 25% geben an, dass sie diese Situation überfordert. Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz

berichten noch häufiger von einer Zunahme belastender Gefühle als die übrigen Befragten - so eine Studie vom Zentrum für Qualität in der Pflege und von der Charité.

Die Pandemie verursacht gravierende Einschränkungen in der Betreuung und Pflege. Viele Kontakte werden abgebrochen, Entlastungen brechen weg, Besuche in Pflegeheimen fallen aus, mitunter wird Sterbebegleitung verunmöglicht. In der Demenzberatung der Alzheimer Gesellschaft Frankfurt zeigte sich in der Zeit der Pandemie eine Zunahme der Krisenberatungen von etwa 150%.

Nicht nur der Einzelne verändert sich durch die Demenz, sondern auch seine Beziehungen. Ehepartner, Kinder, Freunde sind mitbetroffen von der Erkrankung einer Person. Die Veränderung des sozialen Gefüges durch die Demenz möchte ich anhand von 3 Prozessen beschreiben.

Die Veränderungen in den sozialen Rollen, einer Liebesbeziehung entwickelt sich zu einer Pflegebeziehung. Es kommt zum Verlust der Beziehung auf Augenhöhe. Eine Person übernimmt zunehmend die Verantwortung über alle Lebensbereiche, während die andere Kontrolle und Selbstwirksamkeit verliert. Auch die eingespielten Rollen von Eltern und Kindern, Freunden und Bekannten verändern sich fundamental. Die Veränderung in der Kommunikation erfolgt zunehmend auf der emotionalen Ebene. Nicht was geschieht ist entscheidend, sondern wie es gesagt wird. Nicht der logische Inhalt, sondern die Atmosphäre, das empathische Erfassen der Emotionalität des anderen, das Halten und das Vertrauen, entscheidet über ein Gelingen der Kommunikation. Schließlich verursacht die Demenz einen Prozess der Trauer. Gelingen die Veränderungen in den sozialen Rollen und in der Kommunikation, so kann die demenzielle Entwicklung im sozialen Gefüge ausgehalten, ja, getragen werden. Dennoch bleiben gravierende Verlusterfahrungen bestimmend. Kompetenzen und Aspekte von Beziehungen gehen verloren. Dieser Verlust löst Trauer aus. Der Mensch mit Demenz ist da und doch so fern. Ein Prozess der unbestimmten Trauer geschieht. Die Auswirkung der Coronapandemie für von Demenz betroffene Partnerschaften und Familien lassen sich in meinen Augen als **Zuspitzung der 3 Prozesse** skizzieren:

Die Veränderung in dem Rollengefüge und in der Kommunikation erscheinen in der Zeit der Covid 19 Pandemie deutlich gravierender und belasten Familien und Partnerschaften aufs Äußerste. Die Trauer droht überhand zu nehmen, Krisen entstehen schneller, tiefer und schärfer durch die Pandemie.

Zuspitzungen bei Verlusterfahrungen im Trauerprozess: Covid 19 Infektionen führen zunächst vor allem bei älteren und alten Menschen zu einer hohen Sterberate. Diese Tatsache für sich allein löst bereits vielfältige Ängste vor Verlust aus. Die Angst mit der eigenen Nähe, den Menschen mit Demenz zu infizieren und somit zu schädigen, führt zu umfassenden Einschränkungen in den Kontakten. Enkelkinder, Freunde kamen nicht mehr oder kaum zu Besuch. Alle im Beziehungsgefüge litten unter diesen Verlusterfahrungen. Angehörige, die einen Menschen mit Demenz zuhause betreuten, verloren oftmals über Monate die Entlastungsangebote. Tagespflegeeinrichtungen konnten laut der eben erwähnten Studie in 81% der Fälle nicht mehr benutzt werden. Durch den Verlust von Entlastungsmöglichkeiten blieben die pflegenden Angehörigen immer mehr auf sich alleine gestellt. Heime führten flächendeckend Besuchsverbote ein. Teils wurde selbst der Besuch von Sterbenden untersagt oder eingeschränkt. Persönliche Kontakte wurden abgebrochen und Verabschiedungen verunmöglicht. Trauerprozesse geschehen im sozialen Umfeld eines Menschen mit Demenz, weil der Mensch, dem man sich freundlich zuwendet -Trauer passiert in der Liebe – verblasst. Er ist da und doch so fern. Dies wird in unbestimmter Weise betrauert. Die Pandemie spitzt oftmals diese Trauer nochmals zu. Der Mensch mit Demenz rückt in doppelter Weise in die Ferne - die Person wird fremd und die Person ist mitunter räumlich nicht erreichbar. Rituale des Abschieds konnten nicht gelebt werden.

Zuspitzungen in den Rollenveränderungen: Im Zuge der Pandemie haben betreuende Angehörige zusätzlich Verantwortung zu übernehmen. Der Schutz vor Infektionen erforderte eine Reihe

von Verhaltensmaßnahmen, die von Menschen mit Demenz nicht oder nur ansatzweise in ihrem Sinn erfasst werden können. Auch das Wegbrechen von Unterstützungsangeboten weist dem pflegenden Angehörigen nochmals stärker die Rolle der Verantwortung zu. Die Rollen-Kollision innerhalb der Paarbeziehung – Betreuer zur betreuenden Person - erfährt somit in der Pandemie die eine zusätzliche Zuspitzung. Auf sich selbst zurückgeworfen fehlen den Paaren und Familien oftmals die Beziehungen nach außen. Die starren Rollenvorgaben können kaum unterbrochen und aufgelockert werden. Die Zuspitzung in der Rollenfestlegung bedeutet auch, dass die Gleichgewichtsverschiebung nochmals größer wird. Die eine Seite, die noch stärker in die progressive Position gedrängt wird, wird noch stärker in die progressive Position gedrängt, während die andere Seite stärker auf die Regression festgelegt wird. Fehlende Unterbrechungen dieses Rollengefüges durch externe Impulse und Hilfen in der Zeit der Pandemie führen oftmals zu einer Erstarrung mit gravierenden Folgen. Für Angehörige gehen Möglichkeiten einer persönlichen Entfaltung von Interessen und gewünschten Beschäftigungen nochmals stärker verloren, mitunter gar vollständig. Dies betrifft insbesondere pflegende Ehepartner. Eine Angehörige war am Telefon praktisch so erstarrt und auch frustriert, sie hat gesagt, sie konnte nur noch schreien und hat auch zu ihrem Herrgott gebetet und gerufen – Oh, mein Gott, gib mir endlich mein Leben zurück! Das fand ich schon sehr deutlich, diese Aussage. Und dies wirkt auf den Menschen mit Demenz zurück. Mit der Erstarrung in der Rollenfestlegung gehen auch für ihn Anregungen, Freiräume und Entspannungsmöglichkeiten verloren, sowohl bei der Person bei der progressiven Rolle, als auch bei denen in der krankheitsbedingten, regressiven Rolle kommt es aufgrund der Zuspitzung zur Überforderung. Diese Überforderung lässt auch unter anderem die Gefahr von häuslicher Gewalt größer werden.

Zuspitzung in der Veränderung der Kommunikation: Schleicht sich die Demenz in die Liebe, so sind beide Partner betroffen und manchmal wird der Angehörige kränker als der Betroffene. Wollen wir mal das Experiment und stellen uns vor, wir hätten die Wahl. Wollen wir die Person sein, die Demenz bekommt oder die, deren Partner Demenz bekommt? Wir merken, beide Positionen verunsichern und machen vielleicht auch traurig. Bei diesem Gedankenspiel wird auch deutlich, dass auf beiden Seiten kongruente Empfindungen entwickelt werden. Und gerade die gelungene Kommunikation auf der emotionalen Ebene begünstigt dies. Das aber das heißt, die Anpassung, die Sorgen und die Angst des Angehörigen in der Pandemie nimmt der Mensch mit Demenz sehr genau wahr. Und dies versetzt ihn wiederum in Angst und Unsicherheit, zumal er kaum rationale Modelle entwickelt, ein Pandemiegeschehen sachlich zu erfassen.

In der Beratung war zu beobachten, dass am Anfang der ersten Welle der Pandemie zunächst die Beratungsanfragen spürbar zurückgingen, um dann im weiteren Verlauf umso dringlicher anzusteigen. Ich vermute, dass hier durch das Wegfallen der Routinen und dem Fehlen von Alternativen oftmals so etwas wie eine Traumatisierung geschah.

Durch das Überschwemmtwerden von Nachrichten, Meinungen und Meldungen wurden zunächst kaum Handlungsmöglichkeiten wahrgenommen und sei es nur die Hilfe der Beratung aufzusuchen. Das Wegbrechen der gewohnten Struktur und damit von Handlungskompetenzen bleibt nicht folgenlos. Überforderungen, in die Angehörige dadurch geraten, wird auch von Menschen mit Demenz wahrgenommen und verunsichert. Insgesamt verstärken Kontaktabbrüche nach außen die Verunsicherung und belasten die Pflegebeziehung massiv. Fehlt der direkte, persönliche Austausch mit Menschen außerhalb der Pflegebeziehung, so fehlen auch notwendige Anregungen, Impulse und Ablenkungen. Sensorische Deprivation führt häufig zu Halluzinationen und soziale Deprivation fördert die Sucht, Resignation und Depression. Im Kontext der Pandemie wächst auch die Belastung in der stationären Pflege durch die Ausweitung von Aufgaben. Insbesondere bei chronischer Unterbesetzung kann das Personal den Bewohnern nicht mehr gerecht werden. Fällt dazu der Support der Angehörigen weg, entsteht ein Circulus vitiosus. Nicht Wenige in der Pflege sind körperlich und psychisch so erschöpft, dass sie den Beruf aufgeben möchten.

Das Zentrum für Qualität in der Pflege befragte bundesweit Pflegedienstleitungen, Beauftragte der Qualitätssicherung und Geschäftsführer und kommt zu folgendem Ergebnis:

- **Stimmung und Lebensfreude** haben sich bei Bewohnern mit Demenz nach Einschätzung von 53% verschlechtert und in Bezug auf
- **Kognition und Orientierung** geben 43% eine Verschlechterung an.

In der Pandemie erleben Menschen mit Demenz sehr zugespitzt die Verletzlichkeit ihrer Person und ihres Lebens. Und das gilt auch für die Angehörigen.

Hannelore Schüssler:

TrotzDemAktiv hat **3 Angehörigengruppen**, die zum Teil mit der Alzheimer Gesellschaft zusammenlaufen, wo sie nicht immer da ist, aber einen bestimmten Zeitrahmen dafür hat oder zu Schwerpunktthemen eingeladen wird. Und ich werde in Zukunft nur noch **TDA** sagen, weil, das ist der liebevolle Name, den man der Einrichtung gegeben hat. Also es sind 3 Angehörigengruppen und davon habe ich eine im ländlichen Bereich. Die stammt aus meinem Leben vorher, da gehe ich weiter hin.

Das Erste war, als die Pandemie ausgebrochen ist, wurden sämtliche Angehörigengruppen eingestellt. Es wurde an der Einrichtung ein großes Schild hingehängt – Nur in Ausnahmefällen betreten, ansonsten Maske, Hände desinfizieren. Das heißt, die Angehörigen haben vor der Tür abgegeben und ihren Betroffenen allein reingelassen. Vorher war, wenn die morgens kamen, immer noch ein Wortwechsel, ein bisschen Kommunikation, dann sind die wieder weg. Wurde alles eingestellt, ging nicht mehr. In der ländlichen Region, das war auch Hochinzidenz-Gebiet, der Wetterau Kreis, der lag immer extrem hoch, da durfte ich nicht einmal hinfahren, selbst wenn wir uns im Freien auf dem Feld getroffen hätten, mit Riesenabstand. Aber schon allein die Grenzüberschreitung von Frankfurt in den Wetterau Kreis war nicht machbar, wurde von oben vorgegeben. Die einzige Möglichkeit, die uns dann geblieben ist, wir haben Telefonkontakte aufgebaut. Also mit den Frankfurter Gruppen, mit der Wetterau Gruppe und das ist zeitaufwändig. Weil, wenn man zusätzlich eine Einrichtung hat, wo 10 Leute täglich kommen und 6 Mitarbeiter drinnen aktiv sind und die hängen dann von früh um 9 bis nachmittags 16 Uhr am Telefon, um wenigstens ein Minimum der Leute zu befriedigen, das war schon sehr anstrengend und war in der Zeit auf Dauer nicht machbar.

Ich kann mich da an ein Telefonat erinnern, mit einem Betroffenen, der noch recht gut vom Gedächtnis her drauf war. Der hat zu mir am Telefon gesagt „Du, ich weiß nicht, was schlimmer ist, im goldenen Käfig an Einsamkeit zu sterben oder an Corona zu erkranken und eventuell zu sterben“. Es war ja nicht sicher, ob man stirbt.

Dann haben wir als nächstes mit der Alzheimer Gesellschaft zusammen überlegt, wir könnten Online-Treffen planen, über ZOOM. Dann haben wir ganz schnell alles akquiriert, Anträge gestellt, dass Gelder eingehen. Damit wir das tun konnten, mussten wir bei ZOOM auch einen Vertrag abschließen, sonst ist man nach 40 Minuten draußen und muss neu einsteigen, das hat funktioniert. Im Hintergrund habe ich aber nicht beachtet, dass die Angehörigen 70, 75, 80, 90 sind und dass das mit ZOOM so ein Problem wird. Also hatte ich mir wieder Arbeit aufgehalst, weil ich die Leute per Telefon eingewiesen habe, wie sie über ZOOM hereinkommen. Es gab dann auch schöne Erlebnisse, man hat bei einem nur die Haare gesehen, den anderen hat man nur sprechen gehört. Aber mit jedem Mal, wo man eine Anleitung gegeben hat, sind die Leute sichtbarer geworden und haben sich riesig gefreut - ich kann das ja doch, ich krieg das ja doch hin! Und dann konnten wir über die anstehenden Probleme und Sorgen reden, nur ist der ZOOM, das war nicht so das Persönliche. Auch da braucht man Zeit, um reinzukommen. Aber wir haben es kontinuierlich durchgeführt, haben dann sogar die eine Gruppe trennen müssen, weil Angehörige, die dienstags, wo die Gruppe stattfindet, ihre Betroffenen zuhause hatten, die konnten ja nicht reden. Dann kam immer im Hintergrund einer und hat gesagt – lass mich mal gucken. Also haben wir die Dienstagsgruppe geteilt, Dienstag und Mittwoch, weil mittwochs dann der andere Teil reden konnte. Dann hatten wir also statt drei 4 Gruppen.

Wir haben es gemeistert, Angehörige haben sich auch ausgesprochen, es lief dann auch recht gut. Im ländlichen Bereich konnte ich das überhaupt nicht machen. Die haben weder einen W-LAN Zugang, da ist noch nichts ausgebaut (*lacht*), da haben wir dann über Whatsapp und SMS und Telefonate kommuniziert. Kontakt hatte ich dann immer in den Wetterau Kreis noch, wenn es „gebrannt“ hat und hab immer gesagt – ruft an! Ich sehe nicht, wenn da oben was ist, ruft an, meldet Euch.

Angehörige haben am Anfang immer noch gesagt – wir schaffen das, wir schaffen das! Das ist mehr Achtsamkeit von beiden Seiten, wobei ich mich dann immer gefragt hab – wer achtet jetzt auf wen mehr? Der Demente auf den Angehörigen oder umgedreht? Das ist ja das, was nicht beantwortet wurde. In einem Haus übernehmen die Nachbarn, weil, es durfte ja kein Dienst mehr kommen, es war wirklich alles eingestellt worden. Und im Wetterau Kreis, wie gesagt, war das ja noch ein bisschen schlimmer. Und dann haben sie immer gesagt – noch ist die Einsamkeit zu ertragen und in der ländlichen Region sagte die eine – Du, ich setze mich früh um 9 vor dem Haus auf die Stufen, es kommt kein Mensch vorbei! Früher ist immer einer vorbeigekommen, da hat man immer auf die Ferne schwätzen können. Nix! Sie sagt - ich sitz den ganzen Tag hier, kommt nicht einmal ein Hund! Als wenn die auch nicht mehr ausgeführt werden, so nach dem Motto.

Es gab dann viele Fragen zu den Verordnungen. Die haben nach den Hygienevorschriften gefragt, die haben sich mit der Maskenpflicht auseinandergesetzt, es ging um Arztbesuche. Die wurden ja nur noch telefonisch, die Ärzte sind ja so gut wie nicht mehr ins Haus gekommen. Das heißt, es gab dann auch Probleme, weil die Medikamenteneinstellung nicht mehr gestimmt hatte. Wenn man gesagt hat - man muss Kontakt aufnehmen, man muss versuchen hinzugehen, das war schon problematisch.

Die Hilfe der Pflegedienste und Hauswirtschaftlichen Dienste, die wurden auf ein Minimum reduziert. In der Wetterau kam kein Pflegedienst, kein hauswirtschaftlicher Dienst mehr, weil, ja, die Leute haben auch nur die Notversorgung gemacht. Hier in Frankfurt unser Hauswirtschaftlicher Dienst ist noch raus, aber die hatten immer einen Rucksack voll Gepäck dabei, weil Überziehschuhe, Einmal-Handschuhe, Maske. Weil, wenn ich hier rausgehe, muss ich in der nächsten Wohnung ja eine neue Maske anziehen. Das heißt, ich sag mal, mit dem Rucksack voll Gepäck ohne Händedesinfektion, ging das schon. Dann habe ich am Telefon von Angehörigen gehört – also die Krankenseinweisungen haben zugenommen. Aber auch nur im Notfall. Die sind oft hingefahren, man hat sich's angeguckt und hat gesagt – nee, nehmen sie ihn wieder mit, das ist gar nicht so schlimm. Schlimmer wäre es, wenn er hierbleibt und... Also haben ihn die Angehörigen wieder mitgenommen, aber Kinder, Enkelkinder - alle kamen ja nicht.

Wenn wirklich einer in der Klinik drin war, dann wurde ein Zeitfenster vorgegeben, dass zu buchen war. Wenn man das per online nicht buchen kann, es sei denn, es hilft wieder einer im Hintergrund, der sagt, wir machen das zusammen. Dann standen die vor der Klinik, haben gewartet, bis sie in dieser einen Stunde, wo sie reindurften noch 20 Minuten in der Warteschlange standen, bis sie dann reindurften, bis sie im Zimmer waren, hatten sie allenfalls noch eine halbe Stunde. Und dann immer die Angst, wenn sie gehen, wenn ich wiederkomme, wann werde ich überhaupt wiederkommen? Am nächsten Tag sowieso nicht, weil, es waren ja Hunderte, die in die Klinik wollen. Es hat schon sehr belastet und hat dann auch, ja, auch immer wieder zu neuen Telefonaten geführt, wo ich den richtigen Frust von dem Angehörigen am Telefon abbekommen hab, was dann aber eigentlich mein Auftrag war. Ich habe zugehört, ich hab versucht, jetzt vermitteln kann man nicht, man kann zuhören und Verständnis signalisieren und gucken, wie es weitergeht. Bei einigen war es dann der Fall, dass die vom Krankenhaus jetzt direkt in ein Pflegeheim kamen, weil die Versorgung zuhause nicht mehr sicherzustellen war. Das heißt, vom Krankenhaus, ohne dass der Angehörige da war, ins Pflegeheim, da ist 4 Wochen Besuchsverbot, weil, er könnte ja irgendwas mitgebracht haben, ist 4 Wochen isoliert im Pflegeheim in einem Zimmer, da ist er in Einzelbezug gekommen und es durfte keiner rein. Wenn die Angehörigen angerufen haben, man hört ja, wie

die im Krankenhaus immer sagen „den Umständen entsprechend gut!“ Das ist diese Allgemein-
aussage, da kann der Angehörige nichts mit anfangen.

Die Angstzustände bei den Einzelnen haben zugenommen und grad bei den Angehörigen. Haben
wir auch versucht telefonisch immer zu regeln. Wenn ich dann merke, ich komm an die Grenzen,
rufe ich immer die Alzheimer Gesellschaft an – jetzt bist Du mal notwendig, jetzt musst Du Dich
mal drum kümmern, weil, das überschreitet meine Kompetenzen.

Es gab sogar Fälle, die von der Tagespflege, vom Krankenhaus in die Tagespflege, weil dann
diese 4 Wochen Einsamkeit waren, kamen sie von der Tagespflege in die Psychiatrie ohne Beglei-
tung, ohne irgendjemand, weil, geht ja nicht, ist ja nicht machbar. Und dann wieder zurück ins Pfl-
geheim. Und dann wieder 4 Wochen. Das sind dann schon 12 Wochen sozusagen. 4 Wochen vom
Krankenhaus ins Pflegeheim, in die Psychiatrie und wieder zurück, dann hat man locker 12 Wo-
chen, wo ich meine Angehörigen nicht sehen konnte. Und auf der anderen Seite hat sich das Bild
verfärbt, weil, Demenz ist Demenz. Telefonisch kommen die sowieso nicht durch, das war nicht
machbar. Im ländlichen Bereich war es bei einer Angehörigen so, als der von der Psychiatrie wie-
der zurück ins Pflegeheim kam, war er auf dem letzten Weg. Das ist jetzt nur die kurze Strecke
von hier ins Krankenhaus, in die Psychiatrie und wieder zurück, war der letzte Weg beschritten
und das stand fest. Und sie durfte nicht rein. Dann hat sie sich mit dem Heimbetreiber immer wie-
der unterhalten, hat immer wieder angerufen, immer und immer wieder. Dann hat der nachgege-
ben und gesagt - sie kann kommen, täglich 2 Stunden. Und da er ja wirklich auf dem Weg des Ge-
hens war, wären ja auch gerne die Kinder gekommen, der Bruder, die Schwester, die einfach Ab-
schied nehmen wollten. Und dann sind täglich 2 Stunden, das heißt, wenn ich heute die 2 Stunden
nehme und morgen meinem Sohn das Recht gebe zu gehen und übermorgen meinem Schwager,
bin ich nach 3 Tagen wieder da. Was passiert in den 3 Tagen? Diese Angehörige war zum
Schluss so fertig, psychisch am Ende, weil sie immer – jetzt noch – das schlechte Gewissen trägt
– ich hätte, wenn ich länger dort gewesen wäre, ganz bestimmt einiges noch verändern können.
Ich denke, es stimmt nicht, wenn er den Weg beschritten hat, aber einfach dieses schlechte Ge-
fühl, was Angehörige dann im Nachgang noch tragen. Wie er dann eingeschlafen ist, durfte sie
auch nicht ins Beerdigungsinstitut, weil, geht nicht. Er durfte nicht mehr aufgebahrt werden, das
heißt, er kam im geschlossenen Sarg, man durfte ihn dann nicht mehr sehen und ist dann beerdigt
worden. Also dieses Abschiednehmen, diese Rituale, die man ganz neu eingeführt hat mit Trauer-
häusern und so, es war einfach nicht machbar. Diese Frau hat sehr gelitten, hat sich wahnsinnige
Selbstvorwürfe gemacht.

Wir haben in der Wetterau wieder angefangen mit persönlichen Angehörigengruppen und haben
auch in Frankfurt am Welt-Alzheimer-Tag die ersten persönlichen Angehörigengruppe im Freien
gemacht, nicht im Raum, im Freien. In der Wetterau auch und da hat sie mir auch wieder erzählt
und hat gesagt – mein Gewissen, ich werd einfach nicht fertig damit. Und dann sagte sie aber zu
mir – jedenfalls habe ich am Sonntag, mein Mann hätte Geburtstag gehabt, und da haben wir ei-
nen alten Freund von ihm besucht. Und dieser alte Freund hat mir jetzt nach 65 Jahren endlich
eine Antwort auf die Frage von der WG gegeben, als sie ihren Mann kennengelernt hat. Sie ist im-
mer abend um 1/2 7 in diese WG gekommen und dann sind anderen WG-Bewohner sofort weg, die
haben fluchtartig die WG verlassen. Und sie hat dann immer gesagt – die brauchen doch vor mir
keine Angst haben und er hat nie gesagt, warum. Der Freund hat jetzt gesagt - er hatte panische
Angst, dass wir Dich ausspannen und er dann alleine ist. Das war jetzt wieder so ein Aha-Erlebnis,
wo sie sich dran hochzieht, was in 4 Wochen ist, weiß ich nicht.

Also das hat die Angehörigen schon ganz stark mitgenommen, auch dass man Kinder, Enkelkin-
der dann so bald nicht sehen kann. Und ich hoffe jetzt, dass wir keinen Lockdown mehr kriegen,
weil, ich möchte wieder in die Präsenzberatung, das über ZOOM finde ich anstrengender als per-
sönlich. Dankeschön!

7.1 Diskussion

Heike Schwabe, DED Vorstand, Landpartie Tagespflege, Fintel: Haben Sie Erfahrungen oder haben Sie Erlebnisse, wo Angehörige tatsächlich derart verzweifelt waren, dass sie eben gesagt haben – ich bin so an der Grenze, dass ich eben wirklich Gewalt ausübe oder schon passiert ist oder ich eine große Angst davor habe, dass es mir passiert?

Ruth Müller: Ja. Letztlich brauchen Sie die Sicherheit, das ist ein anonymisiertes Gespräch, dass es nicht rauskommt, aber das wird ganz häufig geäußert, nicht nur zu Zeiten von Corona. Das Thema Gewalt, die Macht ausnutzen, die ich über die andere Person habe, das ist ein riesiges Thema.

Hannelore Schüssler: Also, das hatten wir beim ersten Lockdown eine Gruppe, da hat die eine Angehörige mich von Gründonnerstag an jeden Tag angerufen und hat gesagt – Frau Schüssler, bei uns zuhause, die Mutter war 88 und der Vater 92, die hat gesagt – Frau Schüssler, das eskaliert und hat mir dann geschildert, die Mutter muss abends den Herd angemacht haben und wusste das nicht mehr und ist ins Bett. Und die Mutter schläft einen Stock höher. Und weil der Ehemann sich ja Sorgen gemacht hat, dass das Haus brennen könnte, hat er die Wohnungstür von innen abgeschlossen und den Schlüssel stecken lassen. Und als sie morgens aufgewacht ist und wieder runter ist, konnte sie nicht mehr rein. Dann hat sie randaliert, dann hat der Mieter unten die Tochter angerufen und die Tochter ist dann hin und das hat er schon nicht verstanden, dass er den Schlüssel wenigstens abziehen soll, damit sie von außen reinkommt. Es war dann Gründonnerstag, Karfreitag, Samstag. Als sie Montag wieder anruft, wir mussten schließen, es gab keinen anderen Weg zu der Zeit, dann habe ich montags zu ihr gesagt – wir fangen morgen wieder an mit einer Notbesetzung. Dann hatten wir eine und meine Wenigkeit, mehr nicht. Ich habe das Gesundheitsamt informiert, ich hab den Parität, ich hab das Rathaus, ich hab alle informiert, damit die wissen – 130 m², 2 Personen, eigentlich darf da nichts passieren. Das ging 3 Tage gut und dann ging's weiter. Dann kam so nach und nach, also diese Gewalt ist nachvollziehbar. Und man braucht sich nicht wundern, wenn dann einer kommt, ein blaues Auge hat und man fragt und er sagt - ich weiß nicht, von was es ist – kann ich verstehen, ich wüsste es auch nicht. Aber es ist Realität, ja.

Ruth Müller: Und ist ja auch nicht unbedingt ein Thema, über das gesprochen wird.

Anonyme Teilnehmerin: Häusliche Gewalt war vor 30 Jahren schon ein Tabu-Thema.

Ruth Müller: Ja.

Anonyme Teilnehmerin: Bei den stationären Einrichtungen, da redet man eher darüber, aber alles, was im Häuslichen, was auch schon mit freiheitsentziehenden Maßnahmen zusammenhängt, das wird gar nicht wahrgenommen, dass es schon ein Teil der Gewalt ist.

Martin Hamborg, Diplom Psychologe, Hamburg: Mit der neuen MDK Prüfung Ambulanz im nächsten Jahr gibt es eine Frage, wo offensichtlich Hinweise auf Gewalt erfasst werden sollen und wo auch die Einrichtung, also der ambulante Dienst oder die Tagespflege dann ähnlich in die Pflicht genommen werden, das aufzugreifen mit den Möglichkeiten, die dort sind. Also es ist zumindest dann raus aus der Tabuzone. Das ist noch keine Lösung, aber zumindest ENDLICH, ENDLICH nach 20 Jahren Debatte um dieses Thema auch angekommen. Es ist schon breiter gefasst und es geht eben um „offensichtlich“. Und in der Regel ist es offensichtlich, weil, werden ja von ambulanten Diensten immer wieder auch angesprochen, in der Not, die da ist, die sie mitkriegen.

Anonyme Teilnehmerin: Aber das neue Assessment für Tagespflege hat so eine Frage nicht? (Durcheinanderreden)

Martin Hamborg, Diplom Psychologe, Hamburg: Aber, ich erwarte, dass das dann irgendwann für die Tagespflege umgesetzt wird, aber wenn die das ambulant neu entdecken sozusagen, dass das schon möglich ist und in der Tagespflege erleb ich das ja auch immer wieder.

Anonyme Teilnehmerin: Aber die ganze Sache ist doch absurd. Wenn ich einmal im Jahr eine Prüfung habe und da wird man dann irgendwann zum Polizisten degradiert, dass ich also die Dokumentation und was weiß ich wie so erstellen muss und dann zum Tag der Prüfung, lass es 9 Monate später sein, da wird es dann ein Thema. Auch wir als Einrichtung brauchen einen Ort, eine Stelle, wo wir, wenn wir Gewalt wahrnehmen, egal wie. Wir hatten eine Frau vor vielen Jahren, das hat mit Corona nichts zu tun, die ganz massiv von ihrem Ehepartner mißbraucht worden ist, blaue Flecke hatte an den Oberschenkeln. Ich habe einen Weg: ich hab die Heimaufsicht, ich hab Betreuer, ich hab den Landkreis angerufen, ich habe wirklich versucht, an welcher Stelle können wir hier irgendetwas in Gang bringen, das war nicht möglich, weil es einfach heißt, es gibt keine Stelle jetzt wie Jugendamt zum Beispiel, die da eine Zuständigkeit hat und das findet halt im privaten Bereich statt. Und die Familie hat es mehrere Jahre gedeckt. Und wir sind letztendlich mit dem verdammt Gefühl alleine gewesen und waren insofern etwas stabil, weil eine betroffene Ärztin, die wir herangezogen haben, gesagt hat – sie ist 5 Tage die Woche bei Euch, sie hat 5 Tage mal 8 Stunden, wo ihr nichts passiert. Aber aushalten konnte man das als Team auch schlecht, aber es gab keine Stelle. Und ich denke mir, auch bei einer Prüfung, die Pflichtprüfung, die im Januar ist und irgendwann und ich brauche jetzt was, wenn ich diesen Fall sehe, damit es aufhört. Und da gibt es nichts.

Ruth Müller: Die Hochschule Fulda hat da auch Handlungsempfehlungen gegeben im Bezug auf den häuslichen Bereich, auch gegenüber älteren Menschen. Ich hab oft auch Anrufe, das ist noch gar nicht so lange her, noch keine 3 Tage, da ist eine Nachbarin, die sagt, sie hält das Schreien nicht mehr aus. Läden sind unten, es wird geschrien und geschrien. Und sie geht aber auch nicht hin und klingelt und sagt – was ist? Und hast jetzt noch Erkundigungen eingezogen von jemand, der unten drunter wohnt und dann heißt es - na ja, das ist ein Ehepaar, die wohnen da schon lange und der Mann hat Demenz, Aber ist das ein Grund zum Schreien? Auch Läden unten, man weiß, ja, also da ist oft so eine Unsicherheit – wohin, was tun. Ja, wenn ich ein Mann wäre, dann hätte ich die Polizei gerufen halt!

Martin Hamborg, Diplom Psychologe, Hamburg: Aber das ist einfach der Weg, den wir gehen müssen, weil, die Polizei muss handeln, egal, was ist. Und dann wird die den sozial-psychiatrischen Dienst holen, wenn da Gefahr in Verzug ist. Ich glaube, bei uns im Arbeitskreis Geronto-Psychiatrie in Kiel steht das seit 25 Jahren auf der Liste, der To-do-Liste für die Stadt: einen Fachdienst Geronto-Psychiatrischen Krisendienst zu füllen, wo Mitarbeiter eben dann auch aufsuchende Arbeit machen können, unterstützen können. Wie oft habe ich vor weinenden Angehörigen gesessen, weil die gesagt haben – ich konnte nicht mehr und ich habe geschlagen und das tut mir so unendlich leid! Es ist ja ganz oft die Überforderung, das wissen wir ja.

Anonyme Teilnehmerin: Es ist aber noch ein Unterschied, ob es zu so einer Gewalterfahrung kommt oder zum Beispiel zu einem sexuellen Missbrauch. Und da ist es völlig schwierig, weil es geschützter, privater Bereich ist. Na ja, es sind dann die Fragen - ist gestürzt worden in der Dusche? und und und. Also, das sind natürlich, vielleicht sogar ähnlich wie, was auch Kindergärten haben, Schulen haben, die den Stein ins Rollen bringen, aber letztendlich haben die halt einen Ansprechpartner und wir haben definitiv... gut, Polizei vielleicht. Aber es ist unheimlich belastend, wir empfinden das wahnsinnig belastend und das war eigentlich gar nicht auszuhalten.

Martin Hamborg, Diplom Psychologe, Hamburg: Da wird jetzt grade eine Studie gezeigt, ich habe da auch ein Interview gemacht, die wird jetzt grade herausgegeben, im November vielleicht. Und dort habe ich das auch gesagt, wie groß die Not da ist. Und ich erwarte schon, dass wir im Laufe der Zeit, ähnlich wie bei Kindesmißbrauch, wir uns um alte Menschen kümmern müssen.

Anonyme Teilnehmerin: Also, ich möchte noch eines nachfügen. Das geht jetzt noch weiter, wir haben bei uns im ländlichen Bereich natürlich ganz viel Settings, wo osteuropäische Betreuungs..., ich sag mal jetzt, wo auch teilweise sehr prekäre Arbeitszeiten eine Rolle spielen. Ich red jetzt mal nicht von Fachkräften, sondern tatsächlich von Menschen und auch da erleben wir von Pflegefehlern, die wir alle dokumentieren, natürlich, wir kontrollieren bei 2 Gästen schon, wenn sie reinkommen, wie als Bodycheck. Was für eine Zeit, was für eine Arbeitsleistung auch, das ist gar nicht wirklich so unser Job. Aber auch, um uns abzusichern, dass es tatsächlich nicht bei uns passiert ist. Man nimmt dann Gespräche mit den Angehörigen auf, die derart verzweifelt sind, das gar nicht hören wollen – was rufst Du schon wieder an, ja ja, ich guck ja, ich hab es ihr ja erklärt, was weiß ich wie. Orthesen falsch angelegt usw., auch blaue Flecken, das findet statt und da gibt es auch keinen Ansprechpartner, wie man das Ganze vernünftig regeln könnte, definitiv. Weil auch die anderen in ihrer Not verständlich dieses Setting natürlich als einzig vielleicht mögliches aushalten können oder auch finanzieren können. Ich hab mir ja auch etwas davon versprochen, dass sich dieses Gesetz jetzt mit den Stundenlöhnen vielleicht verändert und da vielleicht mal ein bisschen was ist. Aber es scheint ja – wo kein Kläger ist, ist auch kein Richter.

Martin Hamborg, Diplom Psychologe, Hamburg: Ich hatte irgendwo gelesen, dass wir verpflichtet sind, jetzt als Einrichtung eine Evaluation zu machen und dass die Politik auch Interesse hat. Ich weiß nicht mehr, wo das war. Irgendeine Richtlinie, wo ich dachte: oh, guck mal, jetzt müssen sie auch das noch! war mein erster Gedanke (*lacht*). Der zweite ist aber schon – **eigentlich muss die Pandemie ausgewertet werden, denn es wurden so viele handwerkliche Fehler gemacht.** Und was wir hier jetzt auch diskutiert haben, braucht eigentlich auch eine Auswertung. Und eigentlich wäre es gut, wenn in der alten DED-Tradition eine Arbeitsgruppe etwas vorbereiten würde, an das sich andere auch anknüpfen könnten. Auch als Position für die nächste Pandemie. Also, es wäre gut, wenn der Vorstand das noch mal überlegt.

Thomas Bommer: Ich glaube, da wäre es ganz gut gewesen so im Nachhinein, das hätte ich mir vom MDK gewünscht. Auch, dass die nicht zur Tagesordnung übergehen, sondern, dass die einfach mal ein Feedback holen – wie erging es uns. Das hätte man das wunderbar nutzen können und hätte eigentlich schon das Feedback gehabt.

8. Buchvorstellungen

Monika Hammerla, DED Vorstand, Coburg

Monika Hammerla möchte etwas über den **neuen Expertenstandard** erzählen. Das Original von 2018 hat sie beim ersten Lesen als viel zu abstrakt und komplex empfunden – das würde kein Mensch verstehen. In Verbindung mit ihrer Lektorin Frau Heide empfahl ihr diese letztendlich, den Expertenstandard 2018 in die Praxis zu bringen, was sie sehr gern gemacht habe. Das Thema Qualitätsmanagement und FQA Heimaufsicht hat Rainer Klein (FQA Bayern) fachlich „übersetzt“ und in den Prüfungsmodus des MDK und der Fachstelle für pflegende Angehörige gebracht.



ISBN 978 - 3 - 8426 - 0850 – 4 (Print) und ISBN 978 - 3 - 8426 - 9090 – 5 (PDF)
Abbildung: Screenshot <https://buecher.schlutersche.de/de/qualitaetsmerkmal-beziehung1,572968987.html>

Qualitätsmerkmal Beziehung.

Die Situation der Menschen mit Demenz ist noch verbesserungswürdig. Wir haben viel über Pandemie gehört, das war eine Katastrophe. Ich habe viel mit Angehörigen gesprochen. Und ja, bei fortschreitender Demenz, wenn immer weniger Worte ankommen, dann ist die Nähe wichtig. Die Nähe, und das wissen wir alle, brauchen wir hier nicht zu vertiefen. Viele Menschen sind gestorben und im Umgang mit einer personen-zentrierten Haltung ist einfach noch Luft nach oben, auch das haben wir gehört. Mehr dazu im Vortrag.

Der neue Expertenstandard ist sehr komplex. Es wird von einer veränderten Haltung der Pflegekräfte gegenüber den Menschen mit Demenz gesprochen, die Struktur spielt aber auch eine Rolle, und zwar keine unwesentliche. Die Struktur muss da sein. Entscheidend bei der Implementierung des Expertenstandards ist IMMER die Heimleitung. Sie sehen dieses Heim, das strahlt, weil die Leitung alles im Blick hat. Und die Leitung, die segnet das ab. Die Leitung sagt – jawoll, wir wollen was ändern! Ja, das kann keine Beziehungs-, keine Betreuungskraft, die sich unterrichtet, das geht immer von oben aus. Auch das ist bekannt. Auf die Fachkraft für Geronto-Psychiatrie kommt eine verantwortungsvolle Aufgabe zu, sie muss einfach die fachlichen Kenntnisse besitzen, Diagnosen, ALLE Expertenstandards müssen bekannt sein. Den **Expertenstandard „Decubitus“** gibt es seit 2001, es gibt trotzdem noch Decubiti.

Und ich frage mich, **Expertenstandard „Ernährung“**, diese Umsetzung, die miteinander verschmelzen muss, da würde ich mir einfach immer wieder Fachlichkeit, Fachlichkeit (*wünschen*). Das ist wichtig, das ist unser Handwerkszeug. **Expertenstandard „Mobilität“** fördern, es ist immer einer Ortsfixierung, Bett, Rollstuhl (*markiert stimmlich Elektro-Fahrgeräusche*). Die Leute ziehen ins Altenheim ein, das hat mich immer so geärgert, zuhause laufen sie Treppe. Ja im

Altenheim (*markiert stimmlich Elektro-Fahrgeräusche*), da wird Lift gefahren! Da sag ich - was ist denn hier los? Wir machen eine Bewegungsgruppe Ausdauer Kraft – Treppe, ist das keine große Arbeit? Ich frag natürlich erst den Arzt – ist das kardial möglich? Ist möglich! Gut, die Expertenstandards muss ich kennen. Es kommt der neue **Expertenstandard „Mundgesundheit“**, da bin ich gespannt, ich beschäftige mich damit, vielleicht sehen wir uns in 2 Jahren mit dem Thema wieder.

Die **Angebote** muss eine Fachkraft für Geronto-Psychiatrie kennen, die muss wissen, was im Quartier läuft, die muss aber auch wissen – was gibt es denn im Haus für Angebote? Und das war mein täglich Brot. Ich habe meine Gruppen gekannt, ich habe die Standards erstellt, ich hab Veranstaltungen mitgeplant. Ich habe aber auch geguckt, dass die Maßnahmenplanung läuft. Es war schön! Die Mitarbeiter schulen und auf den neuesten Stand bringen und die pflegenden Angehörigen.

Die **Diagnose** muss bekannt sein. „Die Oma ist halt alt“ reicht nicht. „Für Beziehung hab ich keine Zeit“ – das höre ich sehr oft in Schulungen. Vor 35 Jahren war ich in der Ambulanz tätig, ich hatte 20, 25 Patienten vormittags, ich hatte auch keine Zeit. Zeit hatten wir nie! Aber professionelles Arbeiten hat für mich bedeutet – ich hab die Frau Müller besucht und klopf klopf und ich hab der Frau Müller eine Lüge aufgetischt, ich hab gesagt – Frau Müller, ich bin jetzt nur für Sie da! Und das macht was mit uns, ja. Hier, wenn ich sage – Frau Müller ... (*Einwurf – Viertelstunde*), Blockaden. Gut, und da einfach mehr aufklären.

Wir können aber durch Schulungen für uns und für den Menschen mit Demenz etwas verändern. Zugänge zu dem Bewohner mit Demenz finden wir – Tom Kitwood – mit einer personen-zentrierten Haltung, die muss bekannt sein. Da sind die Punkte aufgelistet, die kennen Sie. Dann meine Haltung zum Menschen mit Demenz, wie kann ich Wohlbefinden messen? Es reicht nicht, wenn ich sage – Frau Meier ist wieder gut drauf. Ja, da genau gucken und da bediene ich mich wirklich, da hab ich Assessments. Also wirklich anders einschätzen, ohne Bewertung, sachlich, immer wirklich sachlich. Und das muss ich draufhaben.

Emotionales Gedächtnis: Menschen mit Demenz haben ihre Lebensthemen, die sind geprägt und das Gefühl wird nicht dement. Meine Haltung kann ich mit einer gelungenen Kommunikationstechnik verändern, die **integrative Validation** ist ein gutes Instrument bei Menschen, die auf keine Fragen mehr antworten können, um Einfluss und Beruhigung auszuüben. Dazu ein Beispiel: Also das habe ich wirklich in meiner Einrichtung beobachtet. Da sitzt die Mutter und da sitzt die Tochter und dann sagt die Tochter „na, Mutti, was gab's denn heute zum Mittagessen? War es gut? Ja Mutti, was war das denn genau? (Antwort:) Na ja, gut, das war eben gut. Ja Mutti, waren das Nudeln oder was oder waren das Kartoffeln? (Antwort:) Bist Du heute wieder böse, geh nachhause!“ Das eskalierte, so läuft's! Da hab ich dann die Tochter genommen, in meiner alten Einrichtung, und gesagt - kommen Sie mal bitte mit und dann bin ich mit der Angehörigen in unsere Kapelle gegangen, ruhig abgeschlossen, hab der Dame einschlägige Literatur an die Hand gegeben und gesagt – bitte lesen Sie das bis nächste Woche. (*großes Gelächter*). Und dann unterhalten wir uns wieder. (*Gelächter*). Wenn ich das sage, dann verpufft es, aber was da steht, ja, geschriebene Worte, die wiegen mehr.

Die integrative Validation brauche ich hier auch nicht erläutern, hier ist alles bekannt. Die **Biographie**, die muss ich immer parat haben und brauche ich hier auch nicht sagen.

Anonymer Teilnehmer: Das ist aber noch nicht flächendeckend bekannt.

Monika Hammerla: Ich weiß, deswegen bin ich ja hier und mach's bekannt.

Lebensweltorientierung: Was ist Lebensweltorientierung? Das ist das gesamte Leben im Heim, das ist der abgeschlossene Raum für Menschen, die keine Worte mehr finden. Das ist der Raum für die Fitten, das ist die Interaktion, wie sprechen wir miteinander, nonverbal oder verbal. Die Milieugestaltung, mit dem Ruheeckchen, ja, es gibt so viele Möglichkeiten. Und Inhalt der Biographie: Gestaltung des Alltags, die ist am Anfang anders, die verändert sich. Bis hin zur letzten Lebensphase ist das einfach ein Prozess und das muss ich kennen und begleiten.

Struktur: Die Struktur ist genauso wichtig. Das Konzept – hier steht alles drin! Die Angebote sind segregativ, die sind für mich einfach gut durchführbar und bekommen den Menschen mit Demenz einfach besser. Und diese wirken sich auf die Stimmung im Haus aus. Wenn Sie heute besuchen – ich war 17 Jahre bei der Heimaufsicht. Sie sind in Häuser gekommen, da hat man genau gemerkt (*pustende Irritationsgeräusche*), wenn (*pustende Irritationsgeräusche*) 20 Leute früh im Aufenthaltssaal saßen in den Mobil-Stühlen, da hab ich gewusst - das ist heute Schaulaufen, das machen die für mich, ja. Die **Angebote werden segregativ angeboten für fitte Bewohner**, die unterscheiden sich. Das ist alles im Buch aufgeführt.

Wir hatten bei uns im Haus dieses segregative Angebot und wir sind keine Einrichtung mit einem beschützenden Bereich gewesen, aber wir haben es hingekriegt.

Bei **Menschen, die in einer Demenz versunken sind, sind andere Angebote**. Im Konzept sind die gesamten Angebote verzeichnet, die als Standards aufgeführt sind und diese können in der Tagesstruktur ausgewiesen werden, das ist eine Arbeitserleichterung. Wenn ich das immer so mache, dann ist die **Kleingruppe** ausgewiesen, die **Einzelbetreuung** oder die **Wandergruppe**, ja. Für die motorisch Unruhigen Hinläufe, die mittags nach dem Mittagessen richtig mobil werden. Da nützt es nichts, wenn ich sage – Frau Müller, ruhen Sie sich mal schön aus! Wir hatten eine Wandergruppe, das waren manchmal eine, zwei Personen, waren aber auch 8 Personen und da sind wir gemäßigten Schrittes im Rundgang oder draußen spazieren gegangen. Wir haben uns bewegt, geschaut. Diese Wandergruppe ist nicht lustig. Ich hab da auch regelmäßig mitgemacht, meine Mitarbeiter und ich, aber die war sinnvoll. Und dann kam der Kaffee und meine Bewohner waren entspannt.

Seit September 20 gibt es einen **Corona Standard**, den habe ich einfach aus der Not heraus entwickelt mit diesem **Corona Täschchen**. Das ist alles waschbar und desinfizierbar. Und den Standard habe ich auf der Website hinterlegt. Und der Standard greift auch bei Noroviren.
(Hinweis: <https://monika-hammerla.de/produkte/standard-einzelbetreuung-corona/>)

Jetzt ein paar Eindrücke, ein paar Bilder. Und die **Zeitungsrunde**, meine Damen und Herren, reicht nicht! Da stellen sich mir immer die Nackenhaare hoch, wenn die Betreuungsleute sagen – wir machen die Zeitungsrunde! Ich frage – wie lang geht denn Ihre Zeitungsrunde? „Na ja, die geht schon ganz schön lang“. Sag ich – und wie viel schlafen dann? „Naja, die da hinten, die schlafen schon...“. Aber da wirklich GENAU schauen.

Die **Kleingruppe greift mit einem reduzierten Angebot**, also mehr Musik, einfache Bewegungsübungen und Redewendungen; dem Bewohner ein Gefühl der Wertschätzung geben und das Ganze kann nach Standard durchgeführt werden.

Pflege und Betreuung arbeiten zusammen, das ist mein großer Auftrag! Das gehört zusammen! Das ist nicht die Pflege – hier, wir sind die Kings oder die Betreuung – hier, was machen denn die, na, was machen denn die? Sagt der eine Pflegedienstleiter – Frau Hammerla, ich weiß nicht, aber ich seh die Betreuungskräfte immer nur mit Körbchen durchs Haus gehen. Und dann hab ich gesagt – na, das können wir uns mal genau anschauen. Dazu Konzept. Am Anfang überwiegt die Betreuung, wissen Sie alles, später nimmt die Pflege wieder einen großen Teil ein und die sollte gut sein!

Anonymer Teilnehmer: Ich möchte noch ergänzen bei Pflege und Betreuung. Ich finde das auch wichtig, dass Hauswirtschaft und die Haustechnik mit einbezogen werden, ganz wichtig! Und die Angehörigen.

Monika Hammerla: Ich nehm es mit auf. Helfer vom Hospiz sind wichtig. Gut, jetzt läuft es auch wieder an, wie gesagt, Corona hat alles durcheinandergewirbelt und das war die allergrößte Einschränkung. Wir haben die Pandemie, wir haben es in der Ausbildung gelernt und jetzt weiß ich praktisch ja, was es ist.

In der letzten Lebensphase ist die SAPV (*Spezialisierte ambulante Palliativversorgung*) auch für Häuser und Privatbereiche.

Frau Hammerla zeigt verschiedene Bilder, um den Teilnehmern Eindrücke zu vermitteln.

Ja, am Lebensende, kleine Zeitfenster, die Pflege wird immer wichtiger, das müssen wir auch nicht vertiefen. Die Fallbesprechungen immer wieder und wenn es sich ergibt, möglichst draußen an der frischen Luft, das Laufen, die Bewegung.

Abschließend überreicht Frau Hammerla ein Präsent an die 1.Vorsitzende Heike Schwabe als großes Dankeschön von Reiner Klein und meint, dass die ganzen Akteure, die (*an dem Buch*) mitgewirkt haben, eigentlich hier mit in Potsdam stehen müssten. Es würde weitergehen

Seit 50 Jahren sei sie im sozialen Bereich tätig. Als sie anfing, gab es Menschen mit Demenz. HALDOL ist großzügig verabreicht worden. Sie hat zu ihrem Chef als Lehrlin gesagt – Herr Doktor, was ist denn mit den Leuten? „Die sind schon alt, da kann man nichts machen!“ Die haben HALDOL bekommen. Das hat sich alles entwickelt. Man hat den Verlauf miterlebt.

„Und Menschen mit Demenz – wir sind dran! Wir wissen, dass es geht!“

Monika Hammerla ergänzt: Auch das Thema Tanz ist in dem Buch aufgeführt, wir hatten ein Tanzcafé. Und das Faszinierende bei Angehörigen mit stärker betroffenen Menschen mit Demenz,

die sind zum Tanzcafé gekommen, die Angehörigen. Und solange das Tanzen noch ging, haben sie beide noch zusammen getanzt. Und hier war mal ein Vortrag in der DED auch über das Tanzcafé. Wenn das Tanzen nicht mehr funktioniert, dann ist es genauso tröstend, wenn der Angehörige kommt und die Frau im Rollstuhl begleitet. Ja, diese Musik, das wissen Sie alle. Sie bedankt sich.

9. Über die DED

Die DED ist eine seit 1995 existierende Vereinigung von Angehörigen aller Berufsgruppen, die in der Betreuung Demenzkranker engagiert sind und nach Verbesserungen suchen. Sie bündelt aktuelles Erfahrungswissen. Auf den halbjährlichen Fachtagungen geht es in erster Linie um praxisnahen Austausch, der umfangreich dokumentiert wird. Aus einzelnen Problemlösungen des Alltags können so neue Konzepte werden.

Die DED hat bisher eine Reihe von Schriften (Handreichungen) erarbeitet, u. a. zu den Themen Freiräume und ihre Beschränkungen, Umgang mit Risiken, medikamentöse Therapie, Fixierung, Ernährung, Hygiene und Brandschutz. Sie bieten wertvolle Anregungen für die Milieuthherapie Demenzkranker.

Wenn Sie in der Pflege oder Betreuung von Menschen mit Demenz tätig sind und Interesse an einer Mitarbeit haben, können Sie sich auf unserer Website www.demenz-ded.de über eine Mitgliedschaft informieren.

Kontakt

Tel: 032 21 - 105 69 79; E-Mail: info@demenz-ded.de