

**„Mit Grenzen leben –
Möglichkeiten durch Grenzen im Pflegealltag“**

Protokoll der 48. Fachtagung
vom 12. Oktober 2023
in Göttingen

Inhaltsverzeichnis

1. Begrüßung und Einstieg ins Thema	1
2. Selbstbestimmung am Lebensende – Über den aktuellen Stand der Suizidhilfe in Deutschland	1
3. Impulsvortrag: „Wie gelingt beziehungsorientierte Pflege? - Anforderungen an die Pflegeorganisation“	15
4. Impulsvortrag: „Das autarke System - Nachhaltigkeit in einer Einrichtung gestalten“	27
5. Neues aus der Szene	35
5.1 Projekt Suchhunde des Bayerischen Roten Kreuzes	35
5.2 Themen & Rückmeldungen der Mitglieder.....	42
6. Verabschiedung und eine Bitte	44
7. Über die DED	44

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.

12. Oktober 2023

1. Begrüßung und Einstieg ins Thema

Heike Schwabe, 1. Vorsitzende der DED, Fintel

Herzlich willkommen zur 48. Fachtagung der DED. Heike Schwabe begrüßt alle Tagungsgäste. Das neue Tagungsformat wird vorgestellt. In diesem finden die Arbeitstagungen nur noch an einem Tag mit gemeinsamem Essen am Vorabend statt. Im Anschluss werden die Rückmeldungen der Teilnehmenden gesammelt und evaluiert, ob dieses Format den Wünschen und Bedarfen der Teilnehmenden entspricht.

Neue (Tagungs-) Gäste stellen sich vor und werden begrüßt.

Eine Kurzgeschichte wird vorgelesen.

Heike Schwabe:

„Grenzen, Grenzverletzungen, Grenzen setzen, Grenzen überschreiten... Das Wort Grenze sollte man im Lexikon einmal nachschlagen, das ist spannend. Heute haben wir ein breitgefächertes Angebot von verschiedenen Sichtweisen zu diesem Thema. Ich wünsche allen Gästen eine spannende und gelungene Tagung.“

2. Selbstbestimmung am Lebensende – Über den aktuellen Stand der Suizidhilfe in Deutschland

Johannes Weinfurter, Geschäftsführer Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V., Berlin

Herr Weinfurter begrüßt die Gäste, bedankt sich für die Einladung (bes. bei Frau Hammerla, DED Vorstand) und stellt sich vor (s. Folien des Vortrages).

„Ich finde es spannend, dass wir mit einem Thema einsteigen, das die Grenzen erweitert und für einige sogar sprengt. Dennoch müssen wir uns diesem Thema stellen. Denn es geht nicht um den Tod, sondern um die Selbstbestimmung am Lebensende! Mein Credo ist, dass am Ende des Lebens jede Person selbst entscheidet, wie das Lebensende gestaltet werden soll und jede Person sollte die Möglichkeit dazu haben.“

Wichtig ist mir noch zu sagen, dass ich Sie informieren und nicht indoktrinieren möchte. Ängste, Vorbehalten und Gegnerschaft zur Suizidhilfe sind völlig in Ordnung. Mir ist wichtig, dass wir, als professionell Handelnde kompetent Auskunft zu dem Thema geben können, wenn wir danach gefragt werden.

Mein persönliches Credo:

Es geht um Selbstbestimmung – nicht um den Tod

- Nur wer alle Optionen am Lebensende kennt, kann sein Selbstbestimmungsrecht in souveräner Art und Weise wahrnehmen.

- Und: Zum Selbstbestimmungsrecht eines Menschen gehört auch seine Eigenverantwortung. Oft haben wir DGHS- Mitglieder, die mit der Erwartung zu uns kommen, eine Freitodbegleitung zu bekommen, wenn sie dement werden. Diesen Zahn möchte ich gleich ziehen! Es ist wichtig, dass die Person den Freitod selbst herbeiführt, sonst wäre es „Tötung auf Verlangen“. Aber dazu später mehr.

Im Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht ein historisches Urteil gesprochen, indem es den §217 des Strafgesetzbuches für nichtig erklärt hat. Der §217 verbot damals die geschäftsmässige Ausübung von Suizidhilfe. Was heißt geschäftsmässig? Darunter ist keine Gewinnerzielungsabsicht zu verstehen, sondern ein Handeln, dass auf Wiederholung angelegt ist.

Der ehemalige Präsident des Bundesverfassungsgerichts, Andreas Voßkuhle, sagte am 26.02.2020 zur Urteilsverkündung:

„Wir mögen seinen Entschluss bedauern, wir dürfen alles versuchen, ihn umzustimmen, wir müssen seine freie Entscheidung in letzter Konsequenz aber akzeptieren.“

Ich finde dies eine wunderbare, ethische Haltung zu diesem Thema. Denn letztlich liegt somit die Entscheidung zu diesem Thema bei der Person selbst und nicht bei Ihnen, Ärzten oder mir.

Der erste zentrale Leitsatz des Urteils lautet:

1. a) Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben.

b) Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.

c) Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.

Wichtig sind hier 2 Dinge:

Zum einen der Hinweis auf die Selbstbestimmung und zum anderen der Hinweis auf die angebotene Hilfe. Es kann also niemand verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten. Der Sterbewunsch allein verpflichtet uns als Organisation und auch einen Arzt zu gar nichts.

Gleichzeitig ist es für Personen, die Suizidhilfe leisten, wichtig, dass sie in einem sicheren, rechtlichen Rahmen agieren. Das Gerücht „Wir befinden uns in einer Grauzone“, ist Unsinn!

Wichtig ist immer die **Freiverantwortlichkeit** einer Person. Diese setzt voraus, dass eine freitodwillige Person

- weiß, was sie tut (Urteils- und Entscheidungsfähigkeit)
- nicht aus einem Affekt heraus handelt und die möglichen Alternativen zu einem Suizid (z.B. Hospiz, Palliativmedizin) kennt (Wohlerwogenheit),
- der Freitodwunsch dauerhaft ist (Konstanz),
- von Dritten nicht beeinflusst wird (Autonomie) und den
- den Freitod eigenhändig ausführt (Tatherrschaft).

Formen der Sterbehilfe

In dem Buch „Wer sterben will, muss sterben dürfen“ beschreibt Dr. Michael de Ridder (Palliativmediziner und einer der damaligen Kläger vor dem Bundesverfassungsgericht) unterschiedliche Formen der Sterbehilfe. Dr. de Ridder beschreibt in diesem Buch auch seine eigene Suizidassistenz. Ein spannendes, informatives Buch.

Sterbebegleitung (legal)

Das gesamte Spektrum menschlicher Zuwendung und Leidenslinderung: Einfühlsame Betreuung, Unterbringung in einer adäquaten Umgebung, Seelsorge und Trost. Darüber hinaus alle palliativmedizinischen Mittel und Maßnahmen, die die vielfältigen Symptome von Sterbenden lindern. Wichtig auch die Behandlung psychischer Symptome: Angst, Verwirrtheit, Depression, Teilnahmslosigkeit, Ruhe- und Schlaflosigkeit, die Sorge um die Familie sowie ungelöste spirituelle Fragen.

Zulassen des Sterbens (legal)

Auch unter dem Begriff ‚passive Sterbehilfe‘ bekannt. Unterlassen oder aktive Beendigung lebensverlängernder und möglicherweise leidensverlängernder Maßnahmen gemäß dem Willen des Patienten. Es kann sich beispielsweise um die Abschaltung einer Beatmungsmaschine, die Beendigung einer Nierendialyse, die Einstellung einer künstlichen Ernährung über eine Sonde oder um den Verzicht auf bestimmte Medikamente handeln (Behandlungsabbruch oder –verzicht). Man überlässt die zum Tode führende Erkrankung ihrem natürlichen Verlauf. Dies bedeutet keine Tötung des Patienten, da dieser an seiner Krankheit stirbt und nicht infolge eines gezielten ärztlichen Eingriffs.

Vielmehr ist das Zulassen des Sterbens *rechtlich geboten*, wenn es dem erklärten Willen des Patienten entspricht. Anderenfalls können lebenserhaltende Maßnahmen eine Form der Körperverletzung darstellen.

Indirekte aktive Sterbehilfe (legal)

Stark wirkende Arzneien (z. B. Morphin), die zur Linderung quälender Symptome eingesetzt werden (Schmerzen, Atemnot), können ein vorzeitiges Sterben herbeiführen. Zwar ist dies vom Arzt nicht unmittelbar beabsichtigt, wird von ihm aber billigend in Kauf genommen, weil eine wirksame Symptombekämpfung (der der Patient zugestimmt haben muss) Vorrang hat vor einer Verlängerung des Lebens.

Eine Sonderform der indirekten (aktiven) Sterbehilfe stellt die *palliative Sedierung* dar. Sie ist gleichzusetzen mit einem künstlichen Koma, das mittels einer gesteuerten intravenösen Gabe sedierender Medikamente einen vorübergehenden oder anhaltenden Zustand der Bewusstseinsdämpfung oder Bewusstlosigkeit herbeiführt. Palliative Sedierung ist indiziert bei schwerster Symptomlast (z. B. Panik, Schmerz, Atemnot) beziehungsweise Leidenszuständen, die auf andere Weise nicht beherrschbar sind.

Wegen der schwierigen Abgrenzung von der aktiven Sterbehilfe ist die palliative Sedierung indes rechtlich und ethisch strittig, denn die Grenze zwischen beiden wird allein durch die Intention (Willensrichtung) des Arztes markiert.

Suizidhilfe (legal)

Suizidhilfe bezeichnet die gezielte Hilfeleistung einer Person (Arzt/Angehöriger), die es einer anderen Person auf deren freiverantwortliches Verlangen hin ermöglicht, von eigener Hand zu sterben (Tatherrschaft beim Patienten!), indem in der Regel eine tödliche Dosis eines Medikaments verschrieben wird. Suizidhilfe war strafrechtlich in Deutschland immer erlaubt. Erst als am 09.12.2015 der neu geschaffene Strafrechtsparagraph 217 StGB in Kraft trat, wurde die geschäftsmäßige, das heißt die auf Wiederholung angelegte Suizidhilfe, unter Strafe gestellt. Dieses Verbot wurde am 26.02.2020 durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts für ‚nichtig‘ erklärt. Suizidhilfe ist also seit dem 26.02.2020 grundsätzlich (wieder) eine legale Hilfeleistung.

Direkte aktive Sterbehilfe (illegal)

Diese ist gleichzusetzen mit der gezielten und vorsätzlichen Tötung eines Menschen durch einen anderen. Nach §212 (Totschlag) und §216 StGB (Tötung auf Verlangen) verboten.

Der Sterbewillige muss den Akt selbst vollziehen, dann darf es (Stand heute) keine Suizidassistenz geben.

Über die DGHS

Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e. V. ist eine Patientenschutz- und Bürgerrechtsorganisation. Gegründet wurde sie 1980 und hat aktuell ca. 28.700 Mitglieder. Sie wird teilweise als „Sterbehilfeorganisation“ verkannt, was sie natürlich nicht ist. Denn die Vermittlung einer ärztlichen Freitodbegleitung ist nur eine unserer Leistungen.

Schluss.PUNKT – eine Beratungshotline

Die DGHS und Dignitas Deutschland gründeten Anfang März 2020 eine kostenfreie niederschwellige Beratungshotline zu Fragen am Lebensende. Unter dem Namen Schluss.PUNKT sollen Menschen, die eine Beendigung des eigenen Lebens in Betracht ziehen, ergebnisoffen und unvoreingenommen umfassende Informationen als Entscheidungsgrundlage zur Gestaltung des weiteren Lebens bis zum Lebensende vermittelt werden.

Ziel der Beratungsstelle ist, kurzschlüssige und riskante Selbsttötungsversuche zu verringern und wohlerrwogene, freiverantwortliche Selbsttötungen zu ermöglichen.

Anfänglich war das Angebot ehrenamtlich und seit Juni 2022 befindet sich Schluss.PUNKT in alleiniger Verantwortung der DGHS.

Brutal-Suizide in Deutschland 2021 (Statistisches Bundesamt)

Man kann sagen, dass sich jedes Jahr ca. 9 000-10 000 Menschen auf brutale Art und Weise das Leben nehmen in ihrer Verzweiflung.

- Im Jahr 2021 starben in Deutschland insgesamt 9 215 Personen durch Suizid – das waren über 25 Personen pro Tag.
 - Männer nahmen sich deutlich häufiger das Leben als Frauen, rund 75 % der Selbsttötungen wurden von Männern begangen.
 - Das durchschnittliche Alter von Männern lag zum Zeitpunkt des Suizides bei 59,3 Jahren. Frauen waren im Durchschnitt 61 Jahre alt.
 - Im Vergleich zum Vorjahr (9 206 Suizide) ist ein minimaler Anstieg zu verzeichnen. Insgesamt ist die Zahl der Suizide jedoch in den vergangenen Jahren deutlich zurückgegangen: 1980 nahmen sich beispielsweise noch rund 50 Personen pro Tag das Leben.
- Die am häufigsten gewählte Suizid-Methode war sowohl bei Frauen als auch bei Männern die Selbsttötung durch "Erhängen, Strangulieren oder Erstickern". Fast die Hälfte aller Männer, die Suizid begingen, starb auf diese Art und Weise (48,4 %). Bei den Frauen waren es 30,8 %, die diese Art der Selbsttötung wählten.

- Innerhalb der Bundesländer lagen deutliche Unterschiede bezüglich der Suizidraten vor: Betrachtet man die Sterberate je 100 000 Einwohner gab es in Nordrhein-Westfalen mit 7,4 Suiziden pro 100 000 Einwohner die wenigsten Selbsttötungen. Am höchsten fiel die Quote mit 16,1 in Sachsen aus.

Nicht jeder harte Suizid wäre für eine Freitodbegleitung geeignet gewesen und ich bin auch großer Befürworter einer guten Suizidprävention. Aber eine Vielzahl dieser Menschen hätte deutlich weniger brutal und menschenwürdiger sterben können. Vielleicht wussten sie es nicht besser? Vielleicht hatten sie keinen Zugang zu diesem Thema?

DGHS-Freitodbegleitung

Die DGHS als gemeinnütziger Verein vermittelt Freitod begleitende Teams, die den DGHS-Standards entsprechen müssen. Ein solches Team setzt sich immer zusammen aus einem Juristen/einer Juristin und einem Arzt/einer Ärztin.

Für die von der DGHS vermittelten Freitodbegleiter haben wir Rahmenbedingungen und Qualitäts- und Sorgfaltskriterien für eine Freitodbegleitung (FTB) entwickelt. Danach wird Mitgliedern eine FTB vermittelt, wenn

- der Sterbewillige i.d.R. seit mindestens sechs Monaten Mitglied der DGHS ist (sog. Wartezeit). Es sei denn, die körperlichen Beschwerden erlauben eine Ausnahme. Warum 6 Monate? Wir müssen prüfen, ob der Sterbewunsch konstant ist. Wir wahren so den Charakter einer Patientenschutz- und Bürgerrechtsorganisation. Professionelles Handeln ist uns wichtig.
- der Sterbewillige seinen Freitodwunsch schriftlich bei der Geschäftsstelle in Berlin eingereicht hat,
- der Sterbewillige freiverantwortlich handelt, d.h. er urteils- und entscheidungsfähig ist, sein Freitodwunsch wohlüberlegt, konstant und frei von äußerem Zwang ist.

Schon bei der Antragsbearbeitung versuchen wir ein Gefühl zu gewinnen, ob die Freiverantwortlichkeit gewährleistet ist, der Wunsch wohlüberlegt ist, Alternativen bekannt sind und der Wunsch konstant und frei von äußerem Zwang ist.

Dann vermitteln wir weiter an die den Freitod begleitenden Teams. Es gibt aktuell 25 Teams in ganz Deutschland. Alle weiteren nun beschriebenen Schritte finden im häuslichen Umfeld des Sterbewilligen statt.

Für die Freitodbegleitung wird das Vier-Augen-Prinzip praktiziert, dies bedeutet:

- Es findet zunächst ein **Erstgespräch** durch einen Juristen mit dem Sterbewilligen statt.
- Danach findet in einem gewissen zeitlichen Abstand, in der Regel nach mindestens 14 Tagen, ein weiteres, **zweites Gespräch** mit dem Arzt statt, der den Freitod begleitet (sog. **Vier-Augen-Prinzip**).
- Erhält der Sterbewillige nach diesen beiden Gesprächen die **Zusage für eine FTB**, kann dieser entscheiden, ob und wann er die FTB tatsächlich in Anspruch nehmen will.
- An einem vereinbarten Termin findet dann die eigentliche **ärztliche FTB** im Beisein eines Juristen statt, der als Zeuge fungiert **und die Kriminalpolizei informiert**.
- Alle Vorbereitungs- und Durchführungsphasen werden umfänglich **dokumentiert**.
- **WICHTIG: Bis zum letzten Lebensmoment kann der Sterbewillige seinen Entschluss rückgängig machen.**

Es gibt ein, wie ich finde, ganz schönes Pradoxon bei dieser ganzen Thematik Suizidhilfe: Die Gewissheit, dass eine Suizidassistenz stattfinden kann, verschafft Menschen eine solche Sicherheit und innere Ruhe, dass sie von ihrem Sterbewunsch wieder ein bisschen zurückgehen. Da gibt es auch Untersuchungen in anderen Ländern, die das bestätigen und ich finde, so muss es auch sein. Es muss auf der einen Seite möglich sein, dass dieser sozusagen „Notausgang“ geöffnet ist,

aber ich finde es auch toll, wenn jemand sagt – Okay, jetzt habe ich das gemacht, der Weg ist beschritten und das gibt mir jetzt so ein Gefühl der Stärkung, dass ich das in eigenen Händen habe, dass ich sage – Okay, ich versuche jetzt noch mal diese Therapie, ich versuche diesen Behandlungsansatz, ich lebe weiter! Und das finde ich persönlich eine sehr schöne Sache.

Am vereinbarten Termin findet dann die eigentliche ärztliche Freitodbegleitung im Beisein eines Juristen statt, der als Zeuge fungiert. Dieser Jurist informiert die Kriminalpolizei.

Frage: **Warum muss nach einer Freitodbegleitung eigentlich die Polizei verständigt werden?**

Antwort: Weil wir beim Suizid von einem unnatürlichen Tod sprechen, laut Gesetz.

Strafprozessordnung (StPO)

§ 159 Anzeigepflicht bei Leichenfund und Verdacht auf unnatürlichen Tod: (1) Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass jemand eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, oder wird der Leichnam eines Unbekannten gefunden, so sind die Polizei- und Gemeindebehörden zur sofortigen Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an das Amtsgericht verpflichtet.

Und deshalb sagen wir schon bei der Antragsbearbeitung – Sie müssen sich im Klaren sein, im Nachgang zur Freitodbegleitung wird die Polizei verständigt. Auch der Jurist und der Arzt betonen das bei ihren Vorab- und Aufklärungsgesprächen natürlich auch.

Alles, was ich Ihnen und Euch jetzt erzähle, wird dokumentiert, schon allein aus Selbstschutz muss alles dokumentiert werden und der Polizei werden die Unterlagen natürlich auch übergeben. Die Polizei befragt die Anwesenden, wenn sie das möchte, als Zeugen. Es ist auch so, das möchte ich auch betonen – sowohl bei den Gesprächen als auch bei der Freitodbegleitung selbst können und sollen Angehörige bzw. Vertraute der sterbewilligen Person mit dabei sein, wenn diese Person es wünscht. Auch das entscheidet der Suizident, die Suizidentin für sich alleine. Und wenn ja, dann kann diese Person einladen zu diesem Gespräch zur Freitodbegleitung, wenn sie möchte. Und – ganz wichtig: bis zum letzten Lebensmoment kann der Freitodwillige seinen Entschluss rückgängig machen.

Wo findet eine von der DGHS vermittelte FTB statt?

- Alle zuvor genannten Schritte, wie etwa das juristische Erstgespräch, das ärztliche Zweitgespräch und die Freitodbegleitung selbst, finden im häuslichen Umfeld des Sterbewilligen statt.
- Dies erspart unzumutbare Reisestrapazen und ermöglicht ein Sterben im Kreis der Familie.
- Angehörige und enge Vertraute können sowohl bei den Vorgesprächen als auch bei der FTB mit dabei sein, wenn der Sterbewillige dies wünscht.

Wir bezeichnen das als **Legislatives Schutzkonzept**, also die Kriterien, die wir erstellt haben, dieses 4-Augen-Prinzip, die seriöse Handhabung des Themas. Mit diesen von der DGHS vorgegebenen Qualitäts- und Sorgfaltskriterien für eine Freitodbegleitung setzt die DGHS einen Standard, der bereits jetzt die Voraussetzungen erfüllt, die das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 26.02.2020 im Hinblick auf ein mögliches, vom Gesetzgeber zu entwickelndes legislatives Schutzkonzept in Betracht gezogen hat. Und wir haben das auch gemerkt bei den beiden auf dem Tisch liegenden Entwürfen, wo wir gesagt haben - mit dem, was wir schon seit Jahren leben und praktizieren als Organisation sind wir ganz einwandfrei und sicher aufgestellt und haben das teilweise, wenn auch hinter der Hand, von Abgeordneten zurückgemeldet bekommen.

Kleines **Zwischenfazit:**

Die DGHS ist eine Bürgerrechts- und Patientenschutzorganisation. Wir sind keine Sterbehilfeorganisation, sondern ein gemeinnütziger Verein. Daher definieren wir Bedingungen, die zu erfüllen sind, ich ging vorhin darauf ein. Wir verstehen uns als Solidargemeinschaft der Mitglieder und vermitteln unter der Prämisse an unsere Mitglieder, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind. Wichtige Frage:

Was kostet eine von der DGHS vermittelte Freitodbegleitung?

Eine Einzelbegleitung kostet 4.000 € und eine Doppelbegleitung, wenn z.B. Ehepaare gemeinsam aus dem Leben scheiden möchten, kostet das für beide gemeinsam 5.000 €.

Bei Nachweis der Bedürftigkeit kann der **DGHS-Solidarfonds** (1.000 € Selbstbehalt) in Anspruch genommen werden, weil wir der Meinung sind, das Selbstbestimmungsrecht am Lebensende darf nicht vom Geldbeutel abhängig gemacht werden. Bei 19 Freitodbegleitungen in 2022 waren das 75.000 €, die aus dem Solidarfonds entzogen wurden, dann war er auch leer und jetzt muss er wieder neu bestückt werden. Wie wird der Solidarfonds bestückt? Zum einen durch Spenden von Leuten, die sagen – Suizidhilfe unterstütze ich, ist eine gute Sache, dafür möchte ich spenden. Oder von Freitodbegleitungen, die weniger als 4000 € kosten, vielleicht nur 3 ½, dann fließt der Rest auch in diesen Solidarfonds.

Wichtig: Die Antragsbearbeitung und Vermittlung sind im Mitgliedsbeitrag (60 €/ Jahr) enthalten und somit kostenlos. Wenn Sie Sozialhilfeempfänger sind und möchten Mitglied bei der DGHS werden, zahlen Sie 25 € im Jahr. Gleichwohl können Sie Ihren Antrag stellen, der wird verarbeitet und weitervermittelt. Die Verarbeitung und Weitervermittlungen machen Psychologinnen und Psychologen mit den entsprechenden Gehältern. Hinzu kommen unsere Telefonberatungen bei Schluss.PUNKT, dort sind eine Psychologin und ein Psychologe aktiv. Wir sprechen von Personalkosten im sechsstelligen Bereich, mit denen wir diese kostenlose Leistung sicherstellen. Soviel zum Thema Geldschneiderei der DGHS oder der Sterbehilfeorganisationen, wobei, wie deren Geschäftsmodell aussieht, weiß ich nicht.

Nochmal zum Thema Geld. Man könnte von Seiten der Politik dem Ganzen sofort den Wind aus den Segeln nehmen. Man könnte sagen – seid Ihr wahnsinnig, 4000 € für eine Freitodbegleitung? Wenn die Politik sagen würde – wir machen diese letzte Hilfe, wir machen daraus eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse. Und das ist unser eigentliches Ziel, auf das wir hinwirken, dass die Krankenkassen, dass die Ärzte das übernehmen, über eine Kennziffer abrechnen können und dann ist das Thema Geld sofort vom Tisch! Und es wäre uns, der DGHS, am liebsten, weil, dann sind auch diese Verdächtigungen – ah, die kriegen Geld noch, das wäre dann sofort vom Tisch!

Was geschieht mit diesen 4.000 €? Davon werden die Kosten der Freitodbegleitenden beglichen, Honorar, jeweils 1.500 € für den Juristen und für den Arzt, gegebenenfalls Reisekosten, gegebenenfalls Übernachtungskosten, wenn es in einer Region ist, wo man an einem Tag nicht hin- und rückreisen kann. Dazu kommen Kosten für Medizinprodukte und Medikamente. Bleibt Geld übrig, fließt es in den DGHS-Solidarfonds. Ich gehe mal kurz ein auf Medizinprodukte und Medikamente und auf die wichtige Frage:

Wie wird denn eigentlich so eine Freitodbegleitung umgesetzt? Welches Verfahren wird denn angegangen? Da geistert immer so etwas herum von „Schierlingsbecher, Natrium-Pentobarbital“. Nein, Natrium-Pentobarbital Stand ist - Stand jetzt - in der Humanmedizin nicht verfügbar, nur in der Tiermedizin.

Es steht am 26. Oktober vom Bundesverwaltungsgericht in Leipzig ein Urteil an, da wird das Bundesverwaltungsgericht sich abschließend zu dieser Frage äußern. Die DGHS tritt als Klägerin auf, auf Wunsch bzw. stellvertretend für 2 Mitglieder von uns. Die sagen - ich will keine Begleitung und ich will das selber machen, ich will das bei mir zuhause haben und ich möchte, wenn der Moment

für mich gekommen ist, das Natrium-Pentobarbital selber nehmen, ich brauche da keinen Arzt oder Juristen!

Das ist eine völlig legitime Haltung zum Thema. Bislang war es so, dass die jeweiligen Bundesgesundheitsminister, ein Herr Gröhe und Herr Spahn von der CDU dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte mehr oder weniger „untersagt“ haben, NAP an Sterbewillige, auch wenn sie schwer, um nicht zu sagen „schwerstkrank“ waren, herauszugeben. Einer hält eisern durch, das ist Herr Mayer, ein ehemaliger Feuerwehrmann aus Rheinland-Pfalz. Er ist an MS erkrankt. Er hat sich dem Kampf um die Herausgabe des NAP verschrieben und wird von unserem Präsidenten, der Jurist ist, vertreten. Am 26. Oktober ist mit einem Urteilsspruch zu rechnen.
(Anm.: Bundesverwaltungsgericht Leipzig: kein Anspruch auf Sterbehilfemedikament vom Staat - AZ: BverwG 3 C 8.22)

Wie wird die Freitodbegleitung durchgeführt?

Ich war noch nie bei einer Freitodbegleitung zugegen und darf es auch gar nicht als Hauptamtlicher, weil, da wirklich diese Trennung erfolgen muss – der Verein, die DGHS, vermittelt die Anträge, umgesetzt wird das Ganze von kooperierenden Ärzten und Juristen.

Wie machen das die Ärzte? Die Ärzte legen einen intravenösen Zugang, eine Infusion und die freitodwillige Person muss diese Infusion mittels eines leicht zu bedienenden Rädchens selbst, ich betone „selbst“, öffnen. Da sind wir wieder bei der Tatherrschaft. Und falls eine Person das nicht macht, nicht tun möchte, dann wird die Infusion wieder entfernt und sie lebt weiter. Es wird ein Narkosemittel in letaler Dosis zur Verfügung gestellt und die Person entscheidet dann für sich, ob sie sich dieses Narkosemittel in dieser deutlichen Überdosis zuführen möchte oder nicht. Wenn sie es tut, stirbt sie nach wenigen Minuten. Nach wenigen Minuten schläft sie ein und kurze Zeit darauf verstirbt sie. Das Verfahren, was wir vermitteln, gilt als sehr sanft und sicher.

Suizidassistent und Demenz

Wir haben ja vorhin gehört, von überragender Bedeutung ist die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit, sprich die Freiverantwortlichkeit eines Menschen und wir alle wissen, bei Demenzerkrankten ist ab einem gewissen Zeitpunkt diese Freiverantwortlichkeit einfach nicht mehr da. Die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit. Das heißt, wenn überhaupt, dann geht die Vermittlung nur in einem sehr frühen Stadium der Demenz und nach Vorlage einer fachärztlichen Stellungnahme zum Tode dieser Person. Und selbst dann, wenn wir zum Schluss kommen in der Geschäftsstelle – ja, das können wir zumindest in der Form weitervermitteln, sagen wir – liebe Freitodbegleitende, guckt Euch das dann, aber guckt Euch das dringend an unter der Prämisse, dass diese Person an Demenz erkrankt ist, wenn auch noch in einem sehr frühen Stadium. Und dann müssen die entscheiden, ob sie den Fall annehmen oder nicht. Von ihrem Schreibtisch aus können sie es nicht immer beurteilen, das wäre unmöglich. Aber je weiter die Demenz fortgeschritten ist, ist eine Vermittlung unmöglich. Zur Erinnerung: Ausschließlich freiverantwortliche Suizide dürfen begleitet werden.

Welche Organisationen bieten aktuell Freitodbegleitungen in Deutschland an?

Es mag irgendwelche Einzelkämpfer in Sachen Suizidhilfe geben, die sich berufen fühlen, da etwas anzubieten, das ist mir nicht bekannt, ich spreche jetzt von den 3 Hauptakteuren. Da haben wir zum einen die Sterbehilfeorganisationen:

Dignitas Deutschland mit Sitz in Hannover, Hauptsitz in der Schweiz. Dignitas ist eine Abspaltung von EXIT Schweiz. Dignitas hat irgendwann begonnen, auch Nichtschweizern Suizidhilfe zu ermöglichen. Deshalb kam es irgendwann auch in Deutschland zum „Sterbetourismus“ in die Schweiz, weil es für Deutsche im Land keine Möglichkeiten gab. EXIT Schweiz bietet nur für Schweizer Suizidassistent an. Wir stehen auch mit EXIT in sehr gutem Austausch. Ebenso gibt es in Hamburg eine Sterbehilfeorganisation, den

Verein Sterbehilfe (Hamburg) unter Führung von Herrn Roger Kusch.

Und dann gibt es uns:

die DGHS in Berlin. Als PATIENTENSCHUTZ- UND BÜRGERRECHTSORGANISATION vermittelt die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e. V. in begründeten Fällen ärztliche Freitodbegleitungen an ihre Mitglieder.

Freitodbegleitungen im Jahr 2022

Herr Weinfurter hatte vor dem Vortrag Informationsdaten zur Anzahl der Freitodbegleitungen 2022 von Dignitas und dem Verein Sterbehilfe erhalten:

- DGHS (Berlin): 229
- Dignitas Deutschland (Hannover): 199
- Verein Sterbehilfe (Hamburg): 139
- Gesamt: 567 (0,05 % aller Todesfälle)

Todesfälle Deutschland 2022: 1.060.000 (Quelle Statistisches Bundesamt 2023)

Die Zahlen werden steigen, weil in der Bevölkerung das Bewusstsein durchdringt. Wir hören immer wieder Leute sagen – ach, ist es möglich in Deutschland, muss ich da nicht mehr in die Schweiz fahren? Nein, müssen sie nicht. Also was ich Ihnen und Euch erzähle ist absolut nicht common sense in der deutschen Bevölkerung, viele wissen es schlichtweg nicht. Und von daher tut Aufklärung not.

Von der DGHS vermittelte ärztliche Freitodbegleitungen: Zahlen & Fakten für das Jahr 2022

- 229 Freitodbegleitungen insgesamt in 2022, davon wurden
- 7 Anträge abgelehnt,
- 19 Antragsteller/innen während des Antragsverfahrens verstorben,
- 11 sogenannte Doppelbegleitungen,
- 9 Freitodbegleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen,
- 19 Antragsteller/innen, die den Solidarfonds in Anspruch genommen haben,
- 40 Jahre (jüngste Suizidentin - rezidives Glioblastom),
- 101 Jahre (älteste Suizidentin - Lebenssattheit).

Die 40jährige Suizidentin ist eine absolute Ausnahme. Das Thema Suizidhilfe ist ein Thema der Alten und Hochaltrigen. Interessant für uns alle sind die 9 Freitodbegleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen. Das kann dann immer zu delikaten Diskussionen führen.

Herr Weinfurter fragt die Veranstaltungsteilnehmer:innen, ob sie schon einmal mit dem Thema Suizidhilfe in ihren Einrichtungen konfrontiert waren. Eine Teilnehmerin hat mit ihrem Träger darüber gesprochen.

Es ist eine wirklich spannende Diskussion, weil, grundsätzlich genießen also stationäre Einrichtungen Hausrecht. Gleichwohl wissen wir alle, dass, wie wir in der stationären Pflege arbeiten und gearbeitet haben, wir Menschen ja immer vermitteln, die zu uns wollen oder zu Ihnen - das ist wie Ihr letztes Zuhause, fühlen Sie sich heimisch, das ist Ihr Zimmer, Ihr persönliches Umfeld. Liebe Angehörige, gestaltet die Zimmer, macht es wohnlich, damit Eure Angehörige sich wie zuhause fühlen. Alles wunderbar. Nur beim Thema Freitodbegleitungen ist das mit dem Zuhause dann nicht mehr so ausgeprägt. Dann heißt es – nein, wir sind eine Institution und wir machen vom Hausrecht Gebrauch und die Person kann keine Suizidhilfe bei uns durchführen oder die Ärzte kommen.

Ich will, und auch das gehört zur ganzen Wahrheit, sagen, dass manche, vor allem Einrichtungen der Diakonie da Offenheit entwickeln, sich bewegen bei dem Thema, wie ich das Gefühl habe, dass überhaupt so die Diakonie als großer Wohlfahrtsverband im Lande sich da sehr differenziert mittlerweile zu dem Thema bewegt und positioniert und das braucht alles seine Zeit. Das verstehe ich allemal, so ein sensibles Thema braucht einfach seine Zeit. Wer sich weniger bewegt ist Caritas, die Katholische Kirche, da ist die Haltung ganz klar. Da kommt auch so diese Forderung nach „Schutzräumen“, wo ich mir denke – wovor wollt ihr die Menschen denn schützen? Vor deren Selbstbestimmungsrecht am Lebensende? Das geht natürlich in der Form nicht, das sage ich in aller Klarheit und bei aller persönlichen Ausgewogenheit zum Thema. Aber es geht nicht, dass eine Einrichtung sagt – lieber Bewohner, liebe Bewohnerin, hier ist die Pforte und hier gibst du dein Selbstbestimmungsrecht am Lebensende ab. Das geht nicht. Und wir werden sehen, ob es auch da eine juristische Entscheidung braucht, um in der stationären Pflege was aufzubrechen.

Wie ist das Geschlechterverhältnis?

Wir haben vorhin gesehen, bei den harten Suiziden waren es 75 % Männer, der Rest Frauen. Bei den Freitodbegleitungen ist es anders, da sind deutlich mehr Frauen (63,44 %) als Männer (36,56 %), die sie in Anspruch nehmen. Hat sicher auch demographische Gründe, dass Frauen einfach ihre Ehemänner überleben und irgendwann so alt sind, dass sie sagen – ich will nicht mehr.

Bei der Gegenüberstellung vom Wohnort geht die Tendenz etwas mehr in Richtung Stadt/ Großstadt mit 55 % der Freitodbegleitungen im Vergleich zur Kleinstadt/ Land mit 45 %.

Was sind die Beweggründe?

Alles was Sie hier sehen oder was Ihr hier seht – schön und gut, aber der Hauptgrund ist, die Leute sagen oftmals – Okay, ich bin schwerkrank, ich habe Schmerzen, ich könnte damit leben, aber die Aussicht meines Autonomieverlustes – mit der Prognose kann ich nicht leben. Ist natürlich auch für uns vielleicht dann schwierig, wie wir an dem Pflegekonzept gearbeitet haben und das tun, sicher mit ganz viel Herzblut. Wenn jemand sagt – nee, ins Heim geh ich nicht, weil, ich will meine Intimpflege noch selbst verrichten können. Wo wir dann sagen, wie Sie sagen – probieren Sie es doch aus! Und wir sagen auch manchmal – probieren Sie es doch erst mal aus für sich! Vielleicht wird es viel schöner, als Sie sich das jetzt vorstellen und viel adäquater für Sie. Und dann kommt natürlich auch – na, wie ist denn das, wenn ich da einziehe in die Pflegeeinrichtung XY, ist da gewährleistet, dass ich die Suizidhilfe dann noch in Anspruch nehmen kann? Sagen wir – keine Ahnung! Es kann sein, es kann aber auch nicht sein und dann sagen die - na, sehen Sie!

Also es ist wirklich ganz wichtig, dass zum stationären Kontext eine Offenheit besteht, damit die Leute wirklich bereit sind, in die Einrichtungen zu gehen unter der Gewissheit, dass am Lebensende immer noch die Möglichkeit zur Suizidassistentz besteht.

Die neurologische Erkrankung liegen bei 13,66 %, bei alten Menschen dominieren multiple Erkrankungen mit 25,99 %, aber auch die Lebenssattheit weist 17,18 % auf. Krebs ist mit 18,50 % vertreten und die Beweggründe bei anderen Erkrankungen liegen bei 24,67 %.

Auch das ist ganz klar, es braucht keine Erkrankung geschweige denn eine tödliche Erkrankung, damit ein Mensch Suizidhilfe in Anspruch nehmen kann. Das hat das Bundesverfassungsgericht klargestellt. Deutschland ist diesbezüglich in Europa das liberalste Land, dass diesen Aspekt betrifft. Andernorts müssen sie erkrankt sein, kurz vor dem Tode stehen, wie auch immer. Hier können sie sagen und punktuell haben wir die Fälle, dass zu uns ein 60zjähriger kommt und sagt – ich habe mein Leben gelebt, ich war erfolgreich, ich hatte ein gutes Leben, ich gehe. Ich hatte auch mal so einen Fall, wo ich mir gesagt habe - Schluck, aber das gilt es zu akzeptieren.

Das ist mir wichtig, dass Sie diese Folie sehen und zur Kenntnis nehmen, das Thema Suizidhilfe ist ein Thema, zumindest was unsere Organisation betrifft, der Alten und Hochaltrigen.

Altersgruppen

40 – 49	1,32 %
50 – 59	7,49 %
60 – 69	11,01 %
70 – 79	24,67 %
80 – 89	37,00 %
90 – 99	18,06 %
101	0,44 %

Sie sehen, relevant geht es erst los ab 70 Jahren und die Hauptaltersgruppe bezieht sich auf die 80 bis 89-jährigen, dann flacht es wieder ein bisschen ab, auch verständlich. Und je jünger die Leute werden, umso genauer gucken wir hin und umso öfter fragen wir nach – gibt es noch einen Therapieansatz, wollen Sie nicht das versuchen? Wir ringen manchmal mit den Menschen, dass sie sich wirklich noch eine Chance geben, im Leben.

Oft wird uns unterstellt – ja, Ihr verkauft die Leute für blöd und es sind die Armen und Dummen, die dann Suizidhilfe in Anspruch nehmen, das Gegenteil ist der Fall. Wir haben so viele Akademiker, die sagen – was wollen Sie von mir? Ich hab mein Leben gelebt, ich war immer autonom, ich war Chef, ich war Macher, Macherin, wie auch immer. Ich lasse mir am Lebensende nicht sagen, was ich zu tun und zu lassen habe. Und wir sagen – Okay!

Bildungsabschluss

Volksschulabschluss	20 %
Realschule	23 %
Keine Angabe	2 %
Kein Schulabschluss	1 %
Hauptschulabschluss	1 %
Hochschule	38 %
Abitur	15 %

Herr Weinfurter bedankt sich für die Aufmerksamkeit und die Einladung!

Herr Jezewski bedankt sich bei Herrn Weinfurter für den spannenden Vortrag und eröffnet die

Diskussionsrunde:

Vera Strech, Bremen, Sozialwerk der freien Christengemeinde (spricht für sich):

Mich würde noch mal der Unterschied zwischen diesen Sterbehilfeorganisationen und Ihrer Organisation etwas klarer interessieren. Die anderen nennen sich ja richtig Sterbehilfeorganisationen, Sie haben einen anderen Schwerpunkt. Könnten Sie das noch mal ein bisschen erläutern?

Antwort Herr Weinfurter: Sehr gerne, ich kann Sie dazu einladen, die Internetseite anzugucken. Wir haben eine Reihe von Services am Lebensende, auch mit dieser Intention - die Menschen sollen eine Patientenverfügung ausfüllen und sollen eine Vorsorgevollmacht erstellen, die soll für den Moment sein, wo sie selbst nicht mehr ihren Willen kundtun können, einfach Vorsorge leisten. Und ich sagte es vorhin, wir kriegen ganz, ganz viele Patientenverfügungen geschickt. Warum kriegen wir die geschickt, weil wir anbieten, diese Patientenverfügungen zu aktivieren und mittels eines persönlichen QR-Codes kann auch im Notfall jeder Arzt über das Smartphone diese Patientenverfügung bei uns abrufen. Wir haben ein „Telefon gegen unbemerktes Sterben“. Wir haben natürlich Mitglieder, die leben alleine und da gibt es den Service, dass die entweder, so wie es vereinbart

ist, wöchentlich bei uns anrufen oder wir rufen sie an, einfach weil uns wichtig ist, dass diese Humanität an dem Punkt des Lebensendes auch gewahrt ist. Wir beraten wirklich breit, wir beraten ergebnisoffen. Wir hatten unlängst einen Pflegestützpunkt aus Kreuzberg Friedrichshain zu Gast, wir hatten den Palliativmediziner Dr. Matthias Gockel, den ich Ihnen sehr, sehr empfehlen würde, auch mal in Ihrem Kontext. Er hat uns über die Möglichkeiten der Palliativmedizin aufgeklärt. Also wir versuchen uns wirklich da freizumachen, zu öffnen und wirklich zu sagen – es geht nicht um den Tod, es geht nicht um die Suizidhilfe, es geht um das Selbstbestimmungsrecht und es geht um Information. Die Menschen müssen einfach informiert sein! Und ich sage mal so – wir sind uns einig, die Palliativmedizin, auch die SAPV- Versorgung (**S**pezialisierte **A**mbulante **P**alliativ **V**ersorgung) im Lande, die muss besser werden. Und die soll aus unserer Sicht auch deutlich besser werden und auch dafür setzen wir uns ein.

Zu den anderen Organisationen kann Herr Weinfurter nichts sagen, weil er da nicht in einem so nahen Austausch steht, um für die sprechen zu können. Es gibt bei manchen relevanten, auch juristisch relevanten Punkten, ich nenne es mal so - eine juristisch-politische Koalition, Zusammenarbeit, aber im Tagesgeschäft macht jeder seines. Und ich weiß nicht, ob es das mit dem Vier-Augen-Prinzip bei Dignitas gibt, ich weiß nicht, ob es andere Kriterien beim Verein Sterbehilfe gibt, ich weiß es schlichtweg nicht.

Martin Gebhardt, Diakonie Weimar-Lobenstein:

Ich möchte das alles bestätigen, was sie sagen, es war total wertvoll und möchte es um einen anderen Aspekt erweitern. Sie haben ja vorhin verschiedene Fragen an uns gestellt - § 132 g, SGB V, Gesprächsbegleitung am Lebensende, seit 5 Jahren. Ich weiß nicht, wie intensiv Sie das Nutzen in Ihren Einrichtungen. Wir haben leider die Evaluation 2/21 nicht gehabt, könnt Ihr Euch denken warum, es wurde einfach fortgesetzt. Wir beschäftigen 6 Mitarbeiterinnen in diesem Bereich und genau das Gleiche, was Sie gesagt haben, passiert. Haben wir diesen Gesprächsprozess abgelegt, beendet, haben wir alle Dokumente geprüft, haben wir die Leute beraten, sterben die Leute ganz friedlich, weil sie jetzt genau wissen, dass sie nicht mehr ins Krankenhaus müssen oder leben weiter, je nach dem, aber insgesamt hat sich die Kultur in unserem Heim total verändert, weil man einfach weiß, was ist denn die rechtliche Struktur. Wir haben uns auch mit dem assistierten Suizid inzwischen beschäftigt, auch das ist ja nur so ein kleines Randthema. Aber dieses Thema der inneren Sicherheit, auch der Mitarbeitenden hat sich also sehr weiterentwickelt. Und ich glaube, das hätten wir schon wieder ein neues Thema, da hätte ich Euch berichten können über die Erfahrungen mit dem 132 g SGB V. Durch die Zusammenarbeit mit Ärzten und Betreuungsbehörden usw. ist da noch ganz viel passiert inzwischen. Wir haben jetzt auch ambulant da angefangen zu beraten, das ist natürlich dann auch kostenpflichtig, weil es dafür keine Leistung gibt, aber ich glaube, da sind wir an der richtigen Stelle und da würde ich mich gerne mit Ihnen verbünden, Herr Weinfurter, und Sie einladen auch zur Weiterbildung, weil, wie gesagt, gerade an der Schnittstelle dann auch zur theologischen Begleitung, gibt es eben noch so viel Unsicherheit und Unklarheiten.

Uwe Lewin, Diakoniewerk Weltersbach, 1. Frage:

Er bedankt sich für den ausgewogenen Vortrag. Ich bin mir nicht immer sicher, es schlägt auch ganz stark mein Heimseelsorgerherz, auch wenn ich im sozialen Dienst bin, ob die Zahlen immer richtig interpretiert werden. Wir haben auf der einen Seite die große Folie der brutalen Suizide aufgebaut, nur ein Bruchteil davon hat sich tatsächlich durch assistierten Suizid umstimmen lassen und einen anderen Weg gewählt. Denn es hat psychische und affektive Gründe, dass man diese Art des Todes wählt und da gibt es ja auch sehr große Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Personen, die einen Suizid in brutalster Weise durchführen, das hat ja seine Hintergründe, das kann man jetzt hier nicht erläutern. Von daher weiß ich nicht, ob diese Folie taugt. Natürlich können wir froh sein über Menschen, die vor allen Dingen, wenn sie dann gerettet werden, sehr schwer wiegende Schäden in ihrem Leben weitertragen müssen, was ihnen dann noch bleibt usw.

Antwort Herr Weinfurter: Es ist eine völlig unzulässige Vereinfachung zu sagen, wir können jeden Brutal-Suizid durch eine Freitodbegleitung ersetzen, das wäre schlichtweg falsch! Es braucht beides! Es braucht die Suizidprävention, und was die Brutal-Suizide betrifft, es braucht wirklich kompetentere Hilfen am Lebensende für die betroffenen Menschen, weil, es rufen so viele bei uns an, die sich allein gelassen fühlen von ihrem Arzt, von ihrem Hilfe-Setting in der Region, wie auch immer, die sagen – „der Arzt sagt, ich bin austherapiert, dies oder jenes, die wollen nichts mehr mit mir zu tun haben, jetzt rufe ich bei Ihnen an, weil, ich will sterben“. Dann erzählt die Person – na ja, Psychosen, Schizophrenie usw. Wir sagen - das ist dann ganz schwierig. Und es gibt viel zu viele Menschen in diesem Lande, die wirklich erkrankt sind, aber allein gelassen werden. Das ist auch Teil der Wahrheit. Also wir würden uns in die eigene Tasche lügen, wenn wir sagen, wir haben für jeden Erkrankten, gleich, ob somatisch oder psychisch erkrankt, bis zum Lebensende die adäquate Begleitung. Auch das wäre eine Lüge, aber ich gebe Ihnen völlig recht, es wäre gleichermaßen eine Lüge zu sagen – Freitodbegleitung ersetzt 1:1. Sie haben Suizide. Von daher braucht man dieses Gemeinsame – wir sind uns da völlig einig!

Uwe Lewin, Diakoniewerk Weltersbach, 2.Frage:

Die zweite Feststellung oder Interpretation ist, die Zahlen werden steigen. Ich sage mal, die Statistiken aus der Schweiz, den Niederlanden und Belgien zeigen eigentlich – nein, die Zahlen werden nicht steigen, sondern da gab es einen Peak und dann hat es auf einen ziemlich gleichbleibendes Niveau dann stattgefunden bis heute, was tatsächlich assistierten Suizid angeht.

Antwort Herr Weinfurter: Da muss man dazusagen, dass die Schweiz und die Niederlande mit dem Thema ja schon viele Jahre Erfahrung haben. Und wenn ich sage, die Zahlen werden steigen, die werden bei uns steigen in Deutschland, das meine ich nämlich.

Uwe Lewin, Diakoniewerk Weltersbach, Anmerkung:

Da bin ich mir nicht so sicher! Also die werden wohl auch so einen Peak haben und dann werden sie ein Niveau haben...

Einwurf Herr Weinfurter: Die Zahlen werden Jahr für Jahr für Jahr steigen, das meine ich nicht. Die werden steigen, das ist demographischen Aspekten geschuldet, das ist aber wirklich dem Umstand geschuldet, dass dieses Bewusstsein – es wird was möglich, das dringt allmählich durch. Das ist doch eigentlich auch ein gutes Zeichen, wenn die Zahlen, ich sage es mit anderem Wort, irgendwann bei uns nicht ins Unermessliche steigen – das ist doch wunderbar!

Uwe Lewin, Diakoniewerk Weltersbach, 3.Frage:

Ich habe eine noch weitere Anfrage an die Statistik zur Interpretation einer Zahl. Sie haben sehr stark aufgebaut: da gibt es die Träger, die verhindern und, ich sag mal, die die Bewohner und Bewohnerinnen „entmündigt“, die ihnen diese Freiheiten nimmt. Also, das erste ist ja, vom Wohn- und Teilhabegesetz her hat kein Träger in Deutschland die Möglichkeit, tatsächlich juristisch wasserdicht das zu verhindern. Vom Wohn- und Teilhabegesetz her ist das Zimmer des Bewohners, der Bewohnerin, auch wenn es nicht jedem bewusst ist, Hoheitsgebiet. Da gibt es auch keinen Vertrag und keine Hausordnung, die das verhindern könnte und hinterher juristisch haltbar wäre. Aber, meine Beobachtung als Heimseelsorger ist, diese Zahl kann man auch anders interpretieren. Da ist die Angst davor in eine Einrichtung gehen zu müssen. In der Einrichtung selbst habe ich die Beobachtung gemacht, wir haben etwa 90 Prozent unserer Bewohner- und Bewohnerinnen, die sehr frustriert sind, die sich allein gelassen fühlen, die sich dahinversetzt fühlen. Und nach etwa einem dreiviertel bis zu einem Jahr haben wir von diesen 90 Prozent etwa 80 Prozent, die sagen – ich bin dankbar, dass ich hier sein darf. Das heißt, es ist eine Zahl, die auch die gute Arbeit, auch wenn sie immer wieder anders dargestellt wird, vieler Altenhilfeeinrichtungen widerspiegelt. Und ich persönlich glaube, wenn wir noch mehr uns konzentrieren, und das ist ja auch Ansatz dieses Vereins hier, person-zentriert zu pflegen, dann ist das die beste Prävention im Bereich Suizidalität im Alter.

Antwort Herr Weinfurter: Da sind wir uns einig, aber da wird es immer wieder diesen selbstbestimmten Einzelfall geben, wenn jemand sagt – „ich erkenne das alles an, was ihr für mich tut und macht, aber Danke, ich will es nicht!“ Und auch dieses Recht am Lebensende gilt es einfach zu würdigen.

Rüdiger Jezewski, DED und Diakonie Werk:

Bei der Recherche für die Vorbereitung habe ich auch gesehen, dass Sie einen DGHS-Brief an die Bundesregierung verfasst haben, in dem es sinngemäß ja auch darum geht, „bitte die bestehende Rechtslage beizubehalten“. So habe ich es verstanden. Aber parallel, so habe ich Sie vorhin verstanden, gibt es ja den Auftrag an die Regierung, an die Gesetzesvorschläge, weitere einzubringen. Und da ist ja in dem einen, der eine ist ja sehr liberal und der andere eher konservativ, und da spielt ja das Thema Beratung eine Rolle. Und ich habe das so interpretiert, dass jede – ich verkürze das mal – Beratung in dem Sinne ist eigentlich so gar nicht vorgesehen, sondern so, wie Sie es gerade dargestellt haben. Und grad eben haben wir ja gehört, es gibt ja rechtliche Möglichkeiten, die jetzt nicht mit dem Ziel assistierter Suizid, aber mit dem Ziel Begleitung auch wahrgenommen werden. Vielleicht können Sie den Aspekt, das würde mir helfen, Beratung und Beratung in Bezug auf Ihren e.V., Ihre Positionierung, da noch mal darstellen.

Antwort Herr Weinfurter: Also, zum einen gebe ich Ihnen Recht und da ist man tatsächlich der Auffassung – es braucht kein Gesetz! Gleichwohl bin ich persönlich überzeugt, am Ende des Tages wird es kommen, weil ich auch im Bundestag war, an diesem 6. Juli. Und es gibt schon Fraktionen oder auch zwischen den Fraktionen Gruppen, denen das wichtig ist und dass am Ende des Tages das Gesetz dasteht. Mag so sein, aber es muss auch klar sein und das hat auch das Bundesverfassungsgericht explizit ermöglicht, diese Variante. Es hat aber auch gesagt – „es darf nicht sein, dass der Gesetzgeber Regelungen schafft, die es verunmöglichen, Suizität in Anspruch zu nehmen“. Und was das Thema Beratung angeht: Wir haben zum einen viele langjährige Mitglieder, die DGHS gibt es seit 1980, die sagen – ich setze mich seit Jahren, seit Jahrzehnten mit dem Thema des selbstbestimmten Sterbens auseinander. Gleichwohl kommen wir mit den Leuten ins Gespräch und beraten sie dann auch in dieser Richtung oder suchen im Internet Beratungsmöglichkeiten, wo sie sich hinwenden können, wenn wir das Gefühl haben, das der Aspekt der Wohlerwogenheit nicht erfüllt ist. Und Wohlerwogenheit bedeutet – ich als Antragstellender weiß um die möglichen Alternativen. Und wenn wir das Gefühl haben - nein, die Person weiß das eigentlich so sehr und hat sich damit noch nicht auseinandergesetzt, dann verweisen wir ganz klar in diese Richtung.

Rüdiger Jezewski, DED und Diakonie Werk, Anmerkung:

Welche Möglichkeiten zum assistierten Suizid gibt es und da ist ja eher die Beratung, so verstehe ich Sie jedenfalls - wie können wir im Leben weiterhelfen, in der sehr schwierigen Situation. Und das finde ich, ist ja ein Unterschied.

Antwort Herr Weinfurter: Ja, auch das ist Teil unseres Auftrages oder unseres Ethos, sage ich mal, wenn wir das Gefühl haben, da will jemand aus dem Leben scheiden, weil er Schulden hat, dann sagen wir – gehen Sie zu einer Schuldnerberatung, wenden Sie sich dahin, machen Sie dieses und jenes. Auch darüber sind wir uns einig. Aber, was wir nicht tun ist, wir reden den Leuten ihren Wunsch nicht aus. Wenn wir das Gefühl haben, es fühlt sich stimmig an, es ist wohlerwogen, das ist ein mündiger aufrechter Mensch, dann haben wir nicht das Recht zu sagen – nein, das machen wir nicht. Das würde auch der DNA der DGHS nicht entsprechen.

Rüdiger Jezewski, DED und Diakonie Werk, Ergänzung 1:

Nachdem, was ich gehört habe, sind ja Menschen mit Demenz sehr leicht Betroffene. Gesetzeslage usw. Sie haben ja vorhin gesagt, Menschen mit einer leichten, sehr leichten Demenz, können unter Umständen fachärztlich usw., könnten begleitet werden.

Antwort Herr Weinfurter: Wenn ich freitodbegleite, dann, weil sie sich so entscheiden. Wobei, ich neige da zu großer Vorsicht bei dem Thema.

Rüdiger Jezewski, DED und Diakonie Werk, Ergänzung 2:

Ich persönlich auch, aber mein Gedanke ist jetzt eher noch mal ein anderer. Alle anderen sind ausgeschlossen, das ist also eine elitäre Geschichte.

Antwort Herr Weinfurter: Nein, das ist einfach, es gibt das Bundesverfassungsgericht und wir kommen einfach nicht drumherum, irgendwann ab einem gewissen Stadium der Demenz, ist die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit eine andere, als wenn man im Vollbesitz der geistigen Kräfte ist, da brauchen wir uns auch nichts vorzumachen. Das bedeutet, dass die Menschen, die sagen, dass sie gesund sind – ja, auch wenn ich Demenz habe, sagen die, dass die wirklich sich ehrlich machen zu dem Zeitpunkt, wo sie die Diagnose haben und für sich dann und das mag eine harte, schwierige, individuelle Entscheidung sein, dass die sagen – ich wähle den Weg der Suizidassistenz oder ich vertraue darauf, dass ich kompetent und liebevoll betreut werde, in welchen Kontexten auch immer, bis zu meinem Lebensende. Und die Entscheidung können Sie der Person nicht abnehmen und ich auch nicht.

Heike Schade, DED:

Ich würde vielleicht abschließend eine Sache sagen. Wir hatten vor vielen Jahren einen Referenten zum Thema Sterbefasten, sicherlich gibt es da auch eine Kooperation, der hat auch ein Buch geschrieben. Nach dem Vortrag hatten wir eine Riesendiskussion, korrelierend, weil, da ging es genau darum, ja, Sterbefasten selbstbestimmt. Sind nicht Symptome der Demenz auch ursächlich Grund, weil zum Beispiel Essen verweigert wird usw.? Da ist man ja in einem Bereich, der unheimlich fragil ist und der ganz viel Auslegungsdinge auch ermöglicht. Da ging es hoch her. Im Gegensatz dazu ist das jetzt für mich sehr beruhigend und eine sehr klare Message, ein klarer Rahmen, dass genau Ihre Gesellschaft, Ihr Verein, genau diese empfindsame und diese wirklich gefährliche Situation sehr, sehr wohl wahrnimmt und sich da auch positioniert. Und das war bei dem Thema Sterbefasten eben nicht so, denn wir haben immer mit Problemen zu tun gehabt im Pflegebereich, und da sind ja die Pflegekräfte auch die, die diese Dinge aushalten müssen und auch Lösungen finden müssen – warum wird Essen abgelehnt und so weiter. Und das ist jetzt hier eine ganz andere Sache und das empfinde ich gerade für mich als sehr stärkend.

3. Impulsvortrag: „Wie gelingt beziehungsorientierte Pflege? - Anforderungen an die Pflegeorganisation“

Johannes van Dijk, Vorstandsmitglied DED, Hamburg

Johannes van Dijk, Vorstandsmitglied DED, Hamburg, kommt zu Beginn auf das heute übergeordnete Hauptthema zu sprechen „Mit Grenzen leben – Möglichkeiten durch Grenzen im Pflegealltag“. Sein Unterthema ist die Pflegeorganisation. (s. Folien des Vortrages) Die haben auch schon ihre Grenzen und Möglichkeiten.

Und dann denke ich mal an unsere Expertenstandards, „Beziehungsgestaltung - das Leben von Menschen mit Demenz“ aus 2019. Da standen ganz tolle Sachen drin, was man da alles machen sollte und müsste. Und da gab es ganz oft die Rückmeldung aus dem Kollegenkreis – „wie soll man denn das alles noch machen? Wie soll man dann auch noch Beziehungen gestalten, in der Coronazeit und wie kommt man da wieder raus, dass es mehr ist als „Sicher, sauber und satt“ in der Pflege und wie soll das auch noch mit Beziehungen und so weiterlaufen?“ Das ist schon Thema.

Ich bin der Meinung, ich bin 40 Jahre in der Pflege und gerade in Rente, aber ich habe irgendwie in den letzten 10 Jahren vor meiner Rente langsam wiederentdeckt, dass es auch so etwas gibt wie einen gesunden Menschenverstand. Erich Kästner hat gesagt „Es gibt nichts Gutes, außer man tut es“. Man muss gewisse Dinge einfach tun, nicht zu viel darüber nachdenken und erstaunlicherweise klappt dann eine ganze Menge, wenn man es einfach tut. Und hinterher merkt man – ach, es geht doch! In bin in diesen 40 Jahren in allen möglichen Pflegeeinrichtungen gewesen. Mit 25 Jahren habe ich der Psychiatrie angefangen, habe dann 1988 die generalisierte Pflegeausbildung in Holland gemacht, die ist gerade jetzt auch in Deutschland angekommen. In Holland ist es völlig normal, dass man generalisiert in der Pflege ausgebildet wird und keiner meint, dass eine generalisiert ausgebildete Pflegekraft nicht gut mit alten Menschen umgehen kann. Also, die können auch erstaunlicherweise Altenpflege in Holland und hier, glaube ich, auch. Dann habe ich noch in der ambulanten Pflege gearbeitet in einem normalen Krankenhaus und auch sehr bereichernd 4 Jahre mit Flüchtlingen und Asylanten aus dem Jugoslawienkrieg in den 90ziger Jahren, da war ich in Holland auch tätig. Davon habe ich unglaublich viel gelernt über traumatische Erlebnisse. Und hinterher habe ich gemerkt - Demenz ist ja auch nicht ohne Trauma. Also, auch die Erkenntnisse haben immer gut geholfen, wenn man darüber redet.

Und dann war ich irgendwann mal Wohnbereichsleiter und Fachkraft für Gerontopsychiatrie und irgendwann habe ich dann gelernt, Dementia Care Mapping (DCM) zu machen, zusammen mit Frau Heike Schwabe. Da habe ich dann gelernt, wie man Lebensqualität bei Menschen mit Demenz beobachten kann und wie man das gewissermaßen ablesen kann. Und dann habe ich das im Laufe meines Lebens, in meinem Arbeitsleben, 300 mal 5 bis 6 Stunden 300 Tage in die Wohnzimmer gebracht. Und einfach ohne zu pflegen, einfach gesessen und geguckt, wie die Kollegen arbeiten und wie das den Bewohnern gut oder nicht guttut. Das war sehr aufschlussreich! Dann merkt man – aha, wenn man so Kontakt aufnimmt, dann ist das gut und wenn man es so tut, dann kommt es nicht so gut an. Und da komme ich zu dem Thema Selbstbestimmung, das ist auch mein Thema inzwischen geworden, dass auch demenzerkrankte Menschen bis zum Lebensende noch in der Lage sind, selbst zu bestimmen. Thema – nicht mehr essen wollen. Ob jemand essen will oder nicht, da zeigt er mir manchmal – nein, ich will nicht und wer nicht reden kann, dreht den Kopf weg oder macht den Mund nicht auf und das heißt auch – nein, ich will nicht! Das kann ich auch respektieren. Ich bin der Meinung, das sollte man bitte auch! Aber wenn man dann weitermacht, dann ist das laut unserem Grundgesetz, Artikel 1, 2, irgendwie ein Angriff auf die Freiheitsrechte des Menschen, wenn jemanden mit Gewalt zu etwas zwingt, was er nicht will und das ist eine Straftat. Also mit anderen Worten, man darf Leute nicht gegen deren Willen etwas in den Mund hineinpressen.

Und dann habe ich die Diskussion mit Kollegen über Fürsorgepflicht geführt. Ich habe gefragt – für wen ist diese Fürsorgepflicht eigentlich gedacht? „Ja, für die Bewohner“. Ich sag - nein, die ist für die Mitarbeiter, die müssen eine Fürsorgepflicht haben. Die müssen etwas anbieten, wenn sie sehen, jemand braucht das. Aufgrund von fachlich professionellen Überlegungen, aber die müssen das dann anbieten. Und dann gehört das auch zur Fürsorgepflicht - ein Bewohner muss nicht unbedingt diese Fürsorgepflicht annehmen. Der Bewohner hat nicht die Pflicht, meine Fürsorge anzunehmen, er ist frei zu sagen – ja oder nein! Und da sieht man ein bisschen wieder die Parallelen auch mit dem Lebensende. Und das musste ich vielen Kollegen erklären, weil sie das nicht verstanden haben. Die wollen noch immer alles Gute für die Bewohner tun, ohne zu fragen, ob die das auch möchten.

Dann ist dieses Thema heute „Beziehungsorientierte Pflege in der Pflegeorganisation“. Ich komme aus der stationären Pflege, also ich beziehe mich auch da drauf, aber ich glaube, die Pläne sind auch übergeordnet in andere Bereiche zu übertragen.

Zunächst einmal die Beziehungsgestaltung. Demenz hat eine Auswirkung auf Beziehungen. Das ist eigentlich deutlich. Wenn man an Demenz erkrankt, kann man nicht mehr so gut reden, man fühlt sich nicht mehr so wohl, ist desorientiert, kann psychische Probleme bekommen. Und es wird

ein bisschen schwieriger, von sich aus noch eine Beziehung adäquat aufzubauen, anzugehen und vor allem dann ist es ein Problem, wenn ich diesen Menschen dabei nicht begleite. Also, wenn man in Altenpflegeeinrichtungen, so wie ich früher mal 6 Stunden im Wohnzimmer saß und dann 3 Stunden in einem Wohnzimmer sitzt, dann sitzen dort demenzerkrankte Bewohner mit mir alleine und ich pflege ja nicht, dann kann man sich vorstellen, dass da nicht viel los ist. Da frage ich meinen Kollegen – was sieht man am meisten, wenn man durch den Flur läuft und man guckt in das Wohnzimmer? Ja, dann schlafen die alle. Ja, klar. Und wenn man das dann 7 Tage die Woche und an 365 Tagen im Jahr so macht, da muss man sich nicht wundern, dass man dann immer weiter in die Demenz abbaut, weil, da ist ja keine Aktivierung und irgendwas mehr. Beziehungen werden dann auch nicht mehr gut. Und leben Demenzerkrankte in einem Wohnbereich mit anderen Demenzerkrankten zusammen, die noch sehr beziehungsfreudig sind, aber in einer Art, die bedrohlich und unangenehm ist, was tut man dann, dann geht man weg oder man macht die Augen zu. Mit anderen Worten, Demenz ist eine Gefahr für die Beziehungsgestaltung, das brauche ich Euch ja nicht zu erklären.

Da komme ich gleich zu den Beziehungen der Expertenstandards. Da steht so ganz viel Schönes drin. Da sind (s. Folie) 260 Seiten auf einer Seite zusammengefasst. Dort steht am Anfang – für Lebensqualität sind Beziehungen wichtig. Da heißt es – „Wo kommt Lebensqualität her?“ Die bekommt man, wenn man in einer Beziehung auch noch das Gefühl hat, dass man gehört wird, dass jemand zuhört, jemand nimmt mich an, so wie ich bin und versucht mich zu verstehen, so gut er kann. Und wenn die das dann oft genug machen, dann lerne ich die kennen und dann fühlt man sich, weil man sich kennenlernt, auch vertraut. Und dann hat man auch das Gefühl – „mit denen bin ich verbunden“. Also, das ist ein bisschen so. Allerdings muss man dazu sagen, dass das nur dann funktioniert, wenn die Beziehung auch so ist, dass es Lebensqualität gibt. Und da kommt wieder meine Dementia Care Mapping Beobachtung in den Wohnzimmern. Es gibt erstaunlicherweise auch Beziehungen, wo das nicht so klappt, wo man als Bewohner nicht das Gefühl hat, dass jemand zuhört. „Ich werde nicht gefragt, die machen einfach die Fürsorgepflicht, was sie meinen, dass ich an Fürsorge brauche. Und dann muss ich mich einfach (dreinfinden). Die machen mit mir was sie wollen. Und da fühle ich mich eben nicht gut, dann ist das natürlich nichts“. Also, es geht nur in diesem Fall bei Beziehungen, die auch gut sind.

Unterstützung bei der Beziehungsgestaltung, das war auch interessant – viele Mitarbeiterinnen in den Altenpflegeeinrichtungen, die fragen gleich – „oh Gott, wie soll man denn das auch noch machen?“ Und ich versuche denen dann immer klarzumachen – liebe Leute, benutzt doch mal Euren gesunden Menschenverstand, Beziehungen macht man, ob es einem gefällt oder nicht sowieso, weil, sobald man jemandem begegnet im Flur oder sonst wo und man sagt – Guten Tag! Dann hat man schon den Anfang einer Beziehung. Ja, das ist auch schon Beziehung, dass man sich regelmäßig miteinander unterhält. Man begrüßt jemanden, man nimmt sich ein bisschen Zeit, man zeigt Interesse und dahinter steht auch noch ein ganz wichtiges „Es hilft ungemein“. Die Menschen mit Demenz spüren, dass ich nicht nur Interesse zeige und merken, ob ich das wirklich meine. Und dann fühlen sie sich ernst genommen und dann tut das ihnen gut. Aber wenn ich sage – Guten Tag, wie geht's Dir? Und dann bin ich schon wieder weg, dann fühlen sie sich verarscht. Ich sag es mal so (drastisch) und mit solchen Kollegen wollen sie dann nichts mehr zu tun haben.

„Wie geht es?“ Auch die Frage in Altenpflegeeinrichtungen, die habe ich sehr häufig den ganzen Tag vermisst. Die Kollegen haben nur über Essen, Trinken, Toilettengang und Bett und ich weiß nicht über was alles gesprochen, aber nicht einmal am ganzen Tag wurde ein Bewohner gefragt, wie es ihm geht. Und da habe ich gedacht – sehr interessant! Morgens komme ich aus der Tür, gesunder Menschenverstand, ich sehe meinen Nachbarn, da sage ich doch selbstverständlich – Du, Hallo Heinz, wie geht es Dir? Da kommt keiner auf die Idee, so etwas nicht zu tun. Also im Altenheim ist diese Normalität irgendwie plötzlich verschwunden. Wenn man dann fragt, wie es geht und nimmt sich auch noch ein bisschen Zeit und wartet auf eine Antwort, und wenn die nicht reden, gibt es auch noch nonverbale Ausdrucksformen. Man sieht auch, wie die vielleicht drauf sind, da muss man sich ein bisschen Zeit nehmen und man versucht das zu verstehen. Wenn die

Bewohner nicht reden können und ich habe auch wirklich nicht so viel Zeit, weil es ja auch viel zu tun gibt, kann ich sagen – „Mensch, Klaus, ich habe den Eindruck, es geht Dir nicht so gut, aber ich habe leider keine Zeit, ich geh jetzt weiter, aber ich komme nachher nochmal wieder“ und dann bin ich wieder weg. Das kostet alles nicht so ganz viel Zeit. Und wenn ich das über Wochen, Monate, Jahre tue, dann lernen die mich kennen und dann wissen sie – „ah, wenn der kommt, der hat wirklich Interesse für mich, der ist nett, der ist sympathisch, das ist dann meine Vertrauensperson. Und wenn was ist, der kümmert sich um mich, wunderbar. Und dann fühle ich mich auch verbunden“. Und dann sieht man hier die lila Worte (Folie 4) und da ist dann wieder der Expertenstandard Demenz zusammengefasst. Wenn man also das macht, dann hat man eigentlich schon ganz viel davon umgesetzt. Und dann sage ich zu den Kollegen – macht Euch doch keine Sorgen über den Expertenstandard, Ihr tut das doch schon! Alles schon da! Wir müssen das auch umsetzen. Wenn Ihr das tut, ist es schon gut!

Um zusammenzufassen, wir brauchen kleine Interaktionen, das ist auch schon eine Beziehung. Und wenn man die regelmäßig macht, lernt man sich kennen und dann entstehen die Vertrauensbeziehungen. Und das ist Lebensqualität vor allem bei Menschen mit einer Demenz, die an sich viel Angst haben. Und das ist zu der Zeit unglaublich wichtig, das ist das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit als Grundlage für Lebensqualität. Und das entsteht, wenn ich weiß, dass ich demenzkrank werde und ich habe mich noch nicht entschieden – will ich noch weiterleben mit Demenz oder nicht? Zum Beispiel – jetzt werde ich dement, dass ich dann in dem Moment schon mal irgendwie so im Gefühl habe, mich darauf einlassen zu können. „In dieser Einrichtung achten die auf mich, kümmern sich die um mich. Und wenn ich weiß, da sind Leute, die sich um mich kümmern, dann brauche ich mir keine Sorgen zu machen“.

Kleiner Ausflug: Ich bin 1993 aus Holland nach Hamburg gekommen. Dort habe ich erst im Krankenhaus gearbeitet und dann irgendwann in einer Altenpflegeeinrichtung eines städtischen Trägers, das war ein grausames Arbeiten in Hamburg, funktionale Pflege: „Sicher, sauber, satt“. So habe ich angefangen. Ich wusste nichts von Altenpflege und habe gedacht – so läuft das hier in Deutschland. Grausam, aber alle tun das und wer bin ich dann. Ich war in der Wohnbereichsleitung tätig, aber die haben alle so „Sicher, sauber, satt“ gearbeitet und nicht mehr. Und dann habe ich gedacht – Okay, ich muss irgendwie dieses „Sicher, sauber, satt“ versuchen zu verwalten. Das hat mir irgendwie nicht gutgetan. Ich wurde dann krank und habe gemerkt, dass es auch damals schon einen Pflegenotstand-hoch-3 gab. Viele Leute, die in so einem System dort arbeiteten waren nämlich krank und haben sich dann eine andere Arbeit gesucht. Keiner wollte dableiben, in so einer schrecklichen Umgebung. Ich habe dann versucht das aufzufangen, viel gepflegt, jeden Tag von 6 bis 18 Uhr in der Pflege und meinen Aufgaben als Führungskraft. Und nach 2 Jahren war man unten, komplett durch. Dann habe ich auf Empfehlung meines Osteopathen den Job gewechselt. Durch Glück habe ich einen anderen Arbeitgeber gefunden, wo dann auch schon personenzentriert gedacht wurde. Und da bin ich immer noch, heute.

Also, um diese Sicherheit und Geborgenheit in einer Altenpflegeeinrichtung zu bekommen und auch zu halten, brauchen die Menschen positive Erfahrungen. Die brauchen dann Mitarbeiter, die so arbeiten: „die sind zuverlässig, die wertschätzen mich, die sind ehrlich, authentisch und die machen auch mal mit mir etwas zusammen, weil, das ist auch schön, da lernt man sich kennen“. Und wenn man das gut macht, dann hat man Bewohner, die in einem Wohnzimmer sitzen, wo man merkt - Mensch, die sind gut drauf, die sind offen, die haben die Augen auf und man kommt rein, ich sage - Guten Morgen, dann kommt eine Antwort. Und da ist irgendwie eine nette Atmosphäre.

Die Atmosphäre fehlt allerdings, wenn die Mitarbeiter nicht so vorsichtig sind, aber dann ist es schrecklich: Nur „Sicher, sauber, satt“, Essen, Trinken, Aufstehen, Toilette und so weiter und nicht fragen, einfach tun, dann kriegen die Bewohner Angst und ziehen sich zurück, machen die Augen zu. Und dann kommt man in die Wohnzimmer und die Bewohner, was tun die da? Dann kommt mein Satz – was ist denn hier los? Da merkt man gleich irgendwie, die haben wirklich Angst, wenn man kommt, Kontaktangst. Und wenn ich das jetzt in meiner jetzigen Aufgabe immer sehe, dann

sehe ich – oh, oh, hier ist noch viel zu tun, wenn ich solches erlebe. Und das ist oft die Folge, wenn man negativ auf die (Bewohner) eingeht.

Ich erzähle wahrscheinlich nichts Neues. Es gibt viele Dinge, die man tun kann, um diese Beziehungen in einer Altenpflegeeinrichtung zu fördern. Man kann sich selbst mal vorstellen – wer bin ich, was habe ich vor, die Leute informieren über das, was wir tun, neue Bewohner in der Gruppe vorstellen mit Namensrunde, eine Aktivität immer anfangen mit einer freundlichen Begrüßung und vielleicht einmal herumgucken - Guten Tag, Frau Müller, Frau Meier, wie geht's Ihnen? Und dann legt man los. Auch wenn einige nicht mitmachen bei einer Aktivität, das sind nämlich die Bewohner, die es auch oft am meisten brauchen, die in der Ecke sitzen und nicht reden. Das sind doch eigentlich diese Bewohner, die in diesen Expertenstandards hauptsächlich gemeint werden, weil diese Unterstützungsangebote für eine Beziehungsgestaltung, die werden nicht von demenzerkrankten Menschen gebraucht, die die ganze Zeit hinterherlaufen – „Hallo, können Sie mir mal sagen, wo ist meine Mutter“? Die suchen ständig Kontakt, die haben Beziehungen genug.

Einwurf Veranstaltungsteilnehmer: Und wenn die Mitarbeiter ständig weglaufen?

Antwort van Dijk: Na ja, dann laufen die hinterher. Die suchen, die sind noch aktiv, dann muss ich nicht so viel tun, da muss ich nur antworten. Das ist doch schön. (Gelächter)

Aber die Bewohner, die nicht hinterherlaufen, die in der Ecke sitzen und untergehen, die brauchen eine aktive Beteiligung von uns, um auch diese Menschen in den Genuß einer Beziehung kommen zu lassen. Und das ist nach meiner Meinung diese Gruppe. Expertenstandard Demenz heißt - noch nicht „für alle“ Bewohner und ist jetzt ganz aktiv bei jedem. Da steht auch drin „bei Bedarf“. Wer es braucht, bekommt Unterstützung. Und wer es braucht und die, die es von sich aus nicht mehr können, nicht tun, sich nicht mehr trauen – das ist diese Gruppe.

Der letzte Punkt zum Schluss – was braucht man für Beziehungen? Da braucht man irgendwie Mitarbeiter. Also leere Wohnzimmer, wo keiner ist und die Bewohner reden auch nicht miteinander, dann ist es schon ein bisschen schwierig. Aber es braucht Mitarbeiterpräsenz, das steht auch sogar in den Expertenstandards drin - „im Erlebnis nach sichtbar, hörbar und spürbar für diese Menschen“, an jedem Tag. Und die Mitarbeiterpräsenz kommt ja auch nicht vom Himmel gefallen, die kriegt man dann, wenn man als Einrichtung öfter guckt – was brauchen Pflegeeinrichtungen? Die brauchen eine bewusste Organisation und Planung und Präsenzmitarbeiter in den Gemeinschaftsbereichen. Das kann man planen. Und man kann natürlich sagen – Okay, alle Mitarbeiter morgens um ½ 8, 8 in der Pflege, die Bewohner wollen alle gerne aufstehen und die Mitarbeiter wollen gerne, dass sie schnell fertig sind, damit man schnell das Frühstück fertig hat und so weiter, das ist so das Fertig-werden-Denken. Und da sind alle in der Pflege und sitzen alle alleine beim Frühstückstisch und kommen nicht klar mit ihren Brötchen. Und was macht man dann? Dann schmirt man halt die Brötchen morgens um 7 und dann kriegen die alle geschmierte Brote, weil keiner zur Anleitung mehr übrig ist, weil, die pflegen ja alle. Man kann auch sagen – wollen wir nicht! Viele dürfen pflegen aber mindestens ein und wenn nötig sogar mehr (Mitarbeiter) bleiben beim Frühstück im Gemeinschaftsraum und dann dauert das Pflegen halt ein bisschen länger. Dann ist es nicht um 10 fertig, dann ist man vielleicht um 11 fertig, vielleicht wird es auch mal 2 Uhr nachmittags, weil die (Bewohner) sowieso nicht gerne aufstehen morgens. Das muss man planen und dann funktioniert das auch! Ich habe mich dafür eingesetzt und ich weiß aus Erfahrung, das geht wunderbar, man muss es nur wieder tun. Und die Führungskräfte müssen sagen – so geht das, die müssen auch kontrollieren, dass die Mitarbeiter das umsetzen. Und irgendwann sitzt es dann in Fleisch und Blut und dann tun die das halt. Dann ist das normal.

Ich habe mal Kollegen gefragt – was steht dem denn im Weg, so beziehungsorientiert zu arbeiten? Ja, da ist doch eine richtig berechnete Anmerkung dabei, die hatten ganz viel Krankheitsfälle und Mitarbeiter aus einer Zeitarbeitsfirma, die die Bewohner nicht kennen. Da ist es schwierig mit der Beziehungsgestaltung, die Bewohner trauen sich nicht, weil sie diese Mitarbeiter ja nicht kennen. Zeitdruck, gestresste, frustrierte Mitarbeiter. Dann sind da auch noch die Angehörigen, das wurde

mehrfach gesagt, weil, wenn es nicht läuft mit der Einrichtung und die Angehörigen sind kritisch und kritisieren dann noch oben drauf und ich steh mit dem Rücken zur Wand als Mitarbeiter und ich weiß nicht, wo vorne und hinten ist und dann kommen die Angehörigen und gehen zur Heimleitung und beschweren sich dauernd über mich – auch nicht schön!

Dann gibt es Menschen, die sind überfordert, weil sie nicht mit Demenz umgehen können, weil sie es nicht gelernt haben. Das ist in vielen Einrichtungen gewesen, die haben nie gelernt mit Demenz umzugehen und plötzlich kommen immer mehr Menschen mit Demenz. Und was macht man dann?

Ja, und da gibt es das funktionale Denken, da komme ich gleich noch drauf. Man hat so eine Vorgabe, der Frühdienst macht die Grundpflege und im Spätdienst sagen die Kollegen – warum hast Du im Frühdienst Frau Müller nicht gewaschen? Guck mal, hier steht es, das ist eine Aufgabe im Frühdienst, im Spätdienst bin ich nicht zuständig. Und warum, Du fauler irgendwas, hast Du das nicht gemacht? Hast Du wieder zu viel geraucht oder so? Und dann kriegt man irgendwie (zu hören) – „nein, Klaus, ich habe nur Johannes liegengelassen, weil der nicht aufstehen wollte und Klaus wollte mich nicht gegen meinen Willen unter die Dusche schleifen“. Und dann beschweren sich die Spätdienstler, weil sie mich dann unter die Dusche setzen müssen.

Und dann gibt es noch die Kollegen, die arbeiten 30 Jahre „Sicher, sauber, satt“, und da kommt der Johannes und sagt ‚person-zentrierte Beziehung‘. „Ja, ja, wir machen das schon 30 Jahre und das ist gut so, hör auf mit dem Quatsch!“ Und die sind nicht bereit das zu tun, das ist auch nicht schön. Allerdings, als ich noch in der Pflege war, inzwischen sind die da ein bisschen anders, die kennen mich schon, weil ich nicht loslasse und die wissen - „na, wenn man sich mit dem anlegt, dann könnte es unangenehm werden. Dann hört man doch besser mal zu“.

Nun zu den Baulichkeiten. Es ist ganz unangenehm, wenn man schön beziehungsorientiert pflegen will und gerne die Bewohner auch in Gruppen zusammenbringen will, aber man hat nicht mal ein Wohnzimmer. Es gibt nur Einzelzimmer und einen Flur und vielleicht eine kleine Nische. 45 Bewohner leben beispielsweise in einem Wohnbereich und es gibt ein Wohnzimmer, da passen 15 Bewohner hinein. Und was macht man mit den anderen 30? Und in diesem Wohnzimmer sitzt auch alles, was nicht zusammenpasst. Sie hauen sich ständig auf den Kopf. Und weil es so voll ist, ist es heiß, stickig und laut. Und was wollen die Leute dann? Nur raus! Und wer dann laufen kann rennt weg und was bleibt da übrig, die Rollstuhlfahrer, die sich selbst nicht mehr hinausbewegen können. Eigentlich grausam!

Jetzt komme ich zum Expertenstandard. Was sagt dieser Expertenstandard so Schönes über Pflegeeinrichtungen? Ganz tolle Sachen! Jetzt komme ich auf den Punkt - welche Anforderungen gibt es. Jede Einrichtung sollte dafür sorgen, dass ihre Mitarbeiter am besten nach Tom Kitwood lernen, was person-zentrierte Pflege ist und person-zentrierte Haltung entwickeln, das braucht Fortbildung und so weiter. Das ist Entwicklung, da sollte man hin, damit man auch eine beziehungs gestaltende und fördernde Pflege von Bewohnern und Angehörigen machen kann.

Das muss auch in dem eigentlichen Konzept drinstehen, dass man das vorhat. Und die Mitarbeiter müssen geschult werden und zwar alle – Reinigung, Wäschereien, Küche, Pflege, Betreuung. Und ich höre da nicht auf: Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung, Direktion. Die letzten 3 werden oft vergessen in der Fortbildungshierarchie, weil sie meinen, alles schon zu wissen. Aber ich bin der Meinung, sie bräuchten das sogar noch ein bisschen mehr, weil sie nämlich für den nächsten Schritt zuständig sind, dass das in den Einrichtungen auch alles umgesetzt wird. Und wenn man nicht versteht, was es ist, dann kann man es auch nicht umsetzen. Deshalb gibt es viele Einrichtungen, wo nichts umgesetzt wird, weil die Führung nicht einmal weiß, was es ist. Und dann hat man ein Problem. Und dann nicht nur die Arbeitsorganisation, wie ich schon sagte, dass morgens zum Frühstück jemand in dem Gemeinschaftsraum bleibt und nicht alle zum Pflegen gehen, einfach dieses Wissen.

Und auch die Kultur, da können wir keine Leute gebrauchen, die seit 30 Jahren „Sicher, sauber, satt“ (gearbeitet haben), das muss man anders (gestalten), dafür muss man auch irgendwie Strategien entwickeln, wie man da dran geht, damit man das wegstreift, in eine andere Kultur kommt.

Der Expertenstandard sagt dann auch noch, das finde ich einen ganz tollen Satz, ich glaube, der kommt von Christian Müller-Hergl, der hat nämlich maßgeblich daran mitgeschrieben. „Eine Abkehr von verrichtungs- oder funktionsbezogener Pflege, die auf Kompensation kleinteiliger Pflegemaßnahmen ausgelegt ist“. Wenn man sich damit beschäftigt - mit Essen, Pflege, Toilette und jeder macht etwas anderes. „Ja, ich mache dann die Pflege, morgens die Grundpflege, der Kollege macht das Frühstück, der nächste bringt ihn zur Toilette und so weiter. Und man hat dann, wenn man Glück hat oder Pech, 3 bis 4 verschiedene Mitarbeiter, die im Laufe des Vormittags mit einem was machen, und wenn dann noch ein paar von der Zeitarbeitsfirma dabei sind, dann kann man sich vorstellen, wie unangenehm das ist. Aber hier wird etwas dazugeschrieben - man soll ja bitte nicht nur die körperlichen Bedürfnisse befriedigen, es gibt auch noch die emotionalen. Subjektiv oder eher Gefühl. Darüber sollte man sich auch einmal Gedanken machen. Und der nächste Satz, der ist dann ganz schön, aber sehr unklar, aber andererseits auch sehr deutlich „Das Wie, wie man das macht, ist genauso wichtig, wie das Was“. Also es ist wichtig, dass jemand Essen bekommt, aber die Art und Weise, wie er sein Essen kriegt, ist genauso wichtig! Denn, wenn ich das Essen schön gestalte, dann isst er auch mit Freude und hat morgen auch noch Lust zu essen, aber wenn ich das Essen nicht schön mache, dann kriegt er am nächsten Tag schon Angst beim Frühstück und – „da kommt der Johannes wieder, oh Gott, jetzt, der fragt nicht, der steckt und oh oh oh“. Dann habe ich erstmal keine Lust mehr. Und die Folge ist, ein paar Tage später mache ich meinen Mund nicht mehr auf. Und dann haben wir die Situation, dass Leute nicht mehr essen wollen, weil, die haben keine Lust mehr. Und die Lust nicht mehr essen zu wollen, ist auch oft verbunden mit „ich möchte gar nicht mehr leben, ich werde depressiv, ich will nicht mehr, ich gebe auf, ich ziehe mich zurück“. Und dann hat man die Voraussetzung, wie die Demenz ganz schnell fortschreiten kann. Also einfach durch solche Unsensibilität, wenn man das „Wie“ nicht beachtet und mit den Leuten das macht, was wir unter Fürsorgepflicht meinen machen zu müssen, ohne die (Bewohner) zu fragen. Ich mache mit den Leuten, was ich will und die haben das Gefühl – „die machen mit mir, was sie wollen, ich habe nichts zu sagen, ich gebe auf“. Und dann fragen sie am nächsten Morgen den Johannes, wenn er dann Grundpflege macht - „lieber Johannes, kannst Du mir bitte eine Spritze geben, ich mag nicht mehr!“ Oder – „warum hat mich der liebe Gott heute Nacht nicht abgeholt?“. Solche Fragen habe ich sehr häufig gehört!

Wie setzt man das nun um? Das ist ja nicht so ganz einfach, alles aus den Expertenstandards. Man muss Dinge tun mit den Menschen, die auch kennen, die auch zu denen passen. Bei der Demenz wissen wir, nicht jeder Demenzerkrankte ist in der Lage, noch die gleiche Aktivität zu tun. Ein schwersterkrankter Mensch, der nichts mehr versteht - Gedächtnistraining ist immer ein bisschen schwierig, da könnte man vielleicht besser „Basale Stimulation“ für die Lebensqualität nehmen. Aber fitte Leute kann man auch ein bisschen fordern. Da kann man auch mal ein schönes Gedächtnistraining machen.

Und dann komme ich wieder auf das Thema Mitarbeiterpräsenz. Das wird in den Expertenstandards unglaublich deutlich formuliert. Was ich vorhin sagte – man muss das organisieren, man muss das bei der Dienstplanungs-Arbeitseinteilung berücksichtigen, um überhaupt den Mitarbeitern die Möglichkeiten zu geben, auch Beziehungen im Alltag haben zu können. Sie haben gewissermaßen die Fürsorgepflicht. Und die Mitarbeiter müssen ja alle geschult sein und nicht nur einmal, auch fortdauernd und immer mal wieder. Und es bräuchte, und da wird es auch wieder interessant, auch Menschen, die Ahnung haben von Demenz und von Gerontopsychiatrie. Und ich war ja als Fachkraft in unseren Einrichtungen tätig, oft übergeordnet und ich glaube, das war auch gut so, weil ich dadurch auch gewisse Dinge anregen konnte, Themen feststellen, die bearbeitet werden mußten und dann mit meinem Chef überlegt habe – wie setzt man das um. Die Kollegin hatte auch Erfahrungen damit. Ich denke, wenn es so jemanden nicht gibt und dann gucke ich

nach Hamburg, ich hatte ja eine freie Stelle für 8 Einrichtungen, wo ich Fortbildung, Beratung und auch noch Dementia Care Mapping gemacht habe. Aber ich war komplett dafür freigestellt und habe auch meine Kollegen dort beraten und immer wieder unterstützen können. Aber es gab in Hamburg ausser meiner Person kaum Einrichtungen, auch nicht größere Träger, die sich so jemand geleistet haben. Da habe ich immer gedacht – ach, aus Holland kenn ich, da gibt es sogar auch Stabsstellen, das heißt dann Wohlfühl-Manager. Das ist jemand, der den ganzen Tag nichts anderes macht als nur durch eine Einrichtung zu laufen, zu gucken, wo gibt es Probleme mit der Lebensqualität und der geht dann zu den Kollegen und bittet sie, da etwas zu tun. Und das ist sein Job, der passt einfach auf, dass es den Menschen gut geht. Welche Einrichtungen kennt Ihr, die so etwas haben, in Deutschland? Gut, ich muss auch sagen, das Geld ist hier auch ein bisschen anders. In Holland gibt es Geld. Ich habe letztes Mal eine Statistik gesehen, hier ist so ganz grob durchschnittlich für 10 pflegebedürftige Menschen eine Pflegekraft finanziert. In Holland liegt es bei 6 Bewohnern mit einer Pflegekraft, in Norwegen ist es noch schlimmer – auf 3 Bewohner eine Pflegekraft, die Norweger haben vielleicht auch mehr Geld. Und da ist nicht Deutschland mit diesen 10 pflegebedürftigen Menschen pro Pflegekraft ganz weit hinten in Europa im Vergleich. Also auch deshalb ist es nicht überall möglich solche freien Stellen für Menschen wie mich (zu schaffen).

Da gibt es auch noch die Teams, das steht auch im Pflege-Expertenstandard drin. Man kann nicht davon ausgehen, dass die gut zusammenarbeiten, aber ein gut zusammenarbeitendes Team ist auch gut für die Bewohner. Gute Laune im Team tut allen gut. Und wenn die Mitarbeiter sich nur gegenseitig bekämpfen, dann tragen auch die Bewohner die negativen Folgen.

Zu guter Letzt, man sollte sich vielleicht auch bei den Baulichkeiten, am besten, wenn man neu baut, gleich mal überlegen – wie wollen wir das eigentlich gestalten.

Es gibt die Einrichtung in Deutschland „Sicher, sauber, satt, funktional“ und es gibt die Einrichtung „Glücklich“ auch schon. van Dijk berichtet von einer Einrichtung in Weimar, die person-zentriert arbeitet. „Mustergültig, weil die Personen mitspielen“ berichtet Herr Martin Gebhardt auf Anfrage aus dem Auditorium.

Einschub von Herrn Martin Gebhardt aus dem Auditorium:

„Also, ein gewagte These - je schwächer die Menschen sind, die wir beschäftigen und denen wir helfen einen Sinn im Leben in dieser Aufgabe zu finden, desto erfolgreicher kann das manchmal sein. Also, es braucht sowohl die, die sich nicht zu schade sind, solidarisch mit den Menschen zu sein als auch die wirklich fähigen Leute, die dazu anleiten und begleiten. Und dazwischen ist so ein bisschen diese schwierige Personengruppe, die das selbst an sich noch nicht erlebt hat, wie stark ich abrutschen kann. Du hast es ja vorhin gesagt – dieses Mitgefühl mit einem Menschen mit Demenz, der irgendwo in einer Beziehung nicht mehr kann. Und leider können wir nicht lauter studierte Leute oder sehr hoch Ausgebildete (haben), aber ich kann mit einem Menschen, der selber so sensibel ist für die Schwere des Lebens, unter Umständen viel erreichen in einer guten Begleitung, sodass das ein Sternchen wird in der Demenzbegleitung.“

van Dijk: Es gibt die beiden, und ich habe die auch beide erlebt. Meine erste Einrichtung, von wo ich berichtete „Sicher, sauer, satt“, das war nur funktional. Und wir haben gedacht, wenn man alles gut plant – Effizienz - da kann man mit weniger Mitarbeitern mehr Pflege leisten. Das ist so ganz wirtschaftlich aus einer normalen Organisationsstruktur gedacht. Wenn man alles gut plant, dann läuft es einfach besser und schneller. Da kann man mit weniger Geld mehr schaffen und am Ende des Monats ist mehr Geld da. Weniger Ausgaben für die gleiche Arbeit war die Idee. Aber, da wurde dann geplant und ich hatte dann den Auftrag, die Bewohner in diesem Plan nach diesem Plan zu versorgen.

Dann kam die person-zentrierte Pflege, die ich dann irgendwie entdeckt hatte, da durfte man das nicht so weitermachen. Die Menschen fragen, was sie möchten. Wünsche und Bedürfnisse, das steht ja überall in jedem Konzept, glaube ich, drin und Selbstbestimmung erhalten steht da noch

nebenbei. Wie finde ich nun die Wünsche und Bedürfnisse heraus, das geht nur, wenn ich die Menschen frage. Ohne Fragen finde ich das nicht heraus.

Die Pflegekunden/ Bewohner (Folie 11, rechts, funktionale Pflege) wurden durch den Tag gepflegt. Und die hatten keine Wahl – um 8 wird gewaschen und um ½ 9 gibt es Frühstück und der ganze Tag war vorprogrammiert. Bei der person-zentrierten Pflege (Folie 11, linke Seite) habe ich ein Problem. Wenn ich so gewohnt war funktional zu arbeiten und plötzlich musste ich dann person-zentriert arbeiten, da will ich jemanden waschen und dann sagt der - „nein, ich will nicht“. Oh Gott, jetzt muss ich meinen Plan umstellen. Erstmal. Wenn man das übt, wird es immer besser. Bei der funktionalen Pflege waren die Pflegekunden in einer großen Gefahr. Nicht nur Gefahr, das war tatsächlich so, die wurden fremdbestimmt. Und wenn ich jemanden gefragt habe und der sagte immer – „nein!“, dann kriegte ich von den Kollegen die Bemerkung – „warum bist Du so blöd zu fragen, mach doch einfach, selbst schuld, wenn Du fragst“. Ich habe dann irgendwann nicht aufgehört zu fragen. Bei der person-zentrierten Pflege ist es so, ich muss flexibel sein als Mitarbeiter-Pflegepersonal, aber ich habe auch viel mehr Freiraum. Ich habe auch die Möglichkeit jemanden im Bett liegen zu lassen und gehe dann zum Nächsten und kann in Ruhe entscheiden, was ich dann wann mache. Bei der funktionalen Pflege steht der Arbeitsdruck in direkter Verbindung zu dem Plan. Wenn ich nach Plan arbeite, dann muss ich irgendwann fertig sein. Zum Beispiel müssen bis um 10 (Uhr) alle Bewohner gewaschen, angezogen usw. sein, weil es dann mit dem Frühstück weitergeht. Und ich setze alles daran und ich „fremdbestimme“ bis zum Umfallen, damit ich auch alle um 10 am Tisch sitzen habe.

Bei der person-zentrierten Pflege habe ich diesen Stress nicht, weil, wenn man person-zentriert arbeitet, dann sage ich jetzt schon mal, da gibt es keine Festlegung – um 10 müssen alle frühstücken. Nein, die frühstücken dann, wenn sie möchten und das kann auch mal um ½ 2 sein. Gut, es ist ein bisschen logistisch natürlich die Frage, wie kriegt man das hin, aber ich als Pflegeperson habe nicht den Stress bis 10 Uhr fertig sein zu müssen. Ich arbeite in Ruhe und ich tu dann das, was ansteht.

Bei der funktionalen Pflege war dann die Belohnung, wenn ich um 10 alles fertig hatte, da bekam ich ein Schulterklopfen vom meinem Pflegedienstleiter, meinem Wohnbereichsleiter – „Johannes, Klasse! Du bist ja ein toller Mitarbeiter! Um 10 Uhr geh ich durch den Wohnbereich als Pflegedienstleitung und alles ist ordentlich, Superwohnbereich“!

Bei der person-zentrierten Pflege sieht es schon mal anders aus. Da kommt um 10 dann der Pflegedienstleiter und sagt – was ist denn hier los? Da rennen die ganzen Leute noch mit Unterhosen, noch im Nachthemd oder sitzen mit der Windelhose im Frühstückszimmer und trinken Kaffee. Und er will gerade einem Angehörigen zeigen, wie schön die Einrichtung ist und dann guckt er einmal und denkt – oh, schnell wieder weg! Weil die Angehörigen fragen – „was, sind die Leute noch immer nicht gewaschen, was ist das für eine Einrichtung? Grausam“! Inzwischen sind wir so weit, wir nehmen das positiv, wir gehen trotzdem da hinüber und erklären dann den Angehörigen – „ja, wir fragen hier die Bewohner, Ihr Vater wird hier nicht gezwungen, etwas zu tun, wenn er nicht möchte. Und wenn er nicht gewaschen werden möchte, dann machen wir das auch später“. Und wenn man den Angehörigen das gut erklärt, dann sind die meisten sehr angetan und dann ist das gerade der Grund, warum sie Ihre Eltern hier bei uns dann gerne wohnen lassen wollen.

Bei der funktionalen Pflege kriegt man Mitarbeiter, die werden krank, die wollen dann irgendwann nicht mehr in der Einrichtung arbeiten, weil es grausam ist. Natürlich merken sie, wenn sie fremdbestimmen, dass die Leute da drunter leiden. Und abends zuhause denken sie – „oh Gott, muss ich morgen wieder hin? Da habe ich ein bisschen Schnupfen, da melde ich mich mal krank, ich bin erkältet, ich komme nicht“. Die haben keine Lust jeden Tag in diesem Hamsterrad zu arbeiten. Das habe ich auch schon erlebt, das ist wirklich grausam!

Und bei der person-zentrierten Arbeit – wenn man einmal so arbeitet, dass man das tut dann, wenn es ansteht und man pflegt Bewohner, die auch gerne gepflegt werden möchten, die sagen – ja, ich möchte jetzt gerne aufstehen, das ist doch schön! Dann macht es Freude und Spaß und dann gehe ich auch mit einem guten Gewissen nachhause und am nächsten Tag komme ich auch gerne wieder. Und die Krankenraten von Mitarbeitern sind bei der person-zentrierten Arbeit deutlich geringer, das kann ich Euch wirklich versichern, aus der Erkenntnis von 40 Jahre Pflegeerfahrung: das ist wirklich großartig!

Ich habe 2 **Beispiele aus dem Dementia Care Mapping**, einmal aus der Mikro-Ebene, wie das so läuft mit der Selbstbestimmung – s. Folien 12 und 13. (*kursiv: Ergänzungen durch Herrn van Dijk*)

Situation 1: (Fremdbestimmung durch PK)

PK betritt Wohnzimmer. Geht zu Fr.M., 90 Jahre alt, die seit 15 Min. im Wohnzimmer im Rollstuhl sitzt und noch nicht getrunken hat.

PK: „Ich mach dir Mal das Lätzchen um“ (ohne Gruß + ohne zu fragen) - „jetzt gibt es zu trinken“ (PK setzt Fr.M. Becher an Mund)

Fr.M. spuckt Kaffee aus, über Kleidungschutz auf die Hose. PK hört auf, nimmt sie mit und zieht Fr.M. eine neue Hose an. Nach 10 Min. ist Fr.M. zurück. Hat nicht getrunken. PK geht raus. War mehr als 10 Min. beschäftigt. Ohne Erfolg. Nur zusätzliche Arbeit erledigt.

Beide Personen wahrscheinlich unzufrieden....

Die eine hat nichts getrunken und ist irgendwie ein bisschen überrumpelt und der andere hat Zeitstress, weil er plötzlich noch mehr Arbeit hat und der Plan noch weiter geht. Da denke ich - ich muss da ran und dann kommt die Belohnung:

Praxisbeispiel: (aus DCM-Beobachtung in 2017)

Situation 2: (Selbstbestimmung von Bewohnern durch PK ermöglicht)

5 Minuten später kommt andere PK. Begrüßt Fr.M. freundlich, unterhält sich kurz mit ihr, fragt dann, ob sie etwas trinken möchte. Fr.M. nickt „ja“. PK fragt, ob sie den Kleidungschutz ummachen darf, um die schöne Kleidung zu schützen. Fr.M. nickt „einverstanden“.

PK reicht Fr.M. den Becher, sie fasst den mit an, gemeinsam bringen sie den Becher zum Mund. Fr.M. hat Durst, trinkt den Becher in ca. 1 Min. leer.

Ca. 3 Min. nach Eintreffen dieser PK ist der Becher leer.

Erkenntnis: Selbstbestimmung der Bewohner ermöglichen: Arbeitszeit gespart! Und unnötige zusätzliche Arbeit vermieden. Beide Personen sind zufrieden!!

Und da habe ich auf die Uhr geguckt – 3 Minuten Arbeit, der Becher ist leer, das ist doch deutlich effektiver als 10, 15 Minuten Arbeit und Null Milliliter getrunken. Da braucht man nicht lange darüber zu reden, was im effizienzwirtschaftlichen Sinne vernünftiger ist. Und was hat die Pflegekraft in Beispiel 2 gemacht? Sie hat die Bewohnerin gefragt und das dauert nicht unbedingt länger, im Gegenteil – 30 Prozent und noch weniger an Arbeitszeit (wurde aufgewendet). Und beide sind zufrieden, weil es natürlich schön ist so zu arbeiten.

Noch einmal zusammengefasst:

Funktionale Pflege, bin ich der Meinung, verursacht wirklich mehr Arbeit. Weil, wenn man Leute pflegt, die nicht wollen, gegen deren Willen, dann werden die ablehnend und dann wird es alles länger dauern. Da gibt es auch noch die Annahme in der funktionalen Denkweise, dass es mit Effizienz schneller geht, das ist Humbug! Ich würde sagen, „**bei der Demenzbetreuung - langsam geht schneller**“. Und ich glaube, das ist ein guter Satz. Was den auch noch verursacht, das sind diese wunderschönen Arbeitsablaufpläne für Frühdienst, Spätdienst und alles, wo drinsteht, wo ich was zu machen habe, dass die Leute alle irgendwie danach arbeiten und sich unter unglaublichen Druck setzen, um das dann fertig zu bekommen. Den Bewohnern tut es nicht gut, die wollen nicht mehr, die werden depressiv, die resignieren und die Mitarbeiter werden krank oder steigen aus dem Beruf aus. Das habe ich mit letzten beiden Beispielen versucht klarzumachen.

Man sieht, wenn man **person-zentriert** arbeitet und das auch richtig in jeder Arbeitssituation macht, dann muss man nicht unbedingt Angst haben, dass da mehr Zeit draufgeht. Im Gegenteil und es tut einem auch gut, sowohl als Mitarbeiter als auch den Bewohnern.

In der Anfangsphase habe ich dieses funktionale Arbeiten gesehen und mitgemacht, weil ich es auch nicht besser wusste. Also, ich habe so blöd gearbeitet und gemerkt, was es mit mir macht und bin dann auch irgendwie zum **Dementia Care Mapping** gekommen, wo man dasitzt und guckt, was das mit den Leuten macht, wenn man so schrecklich arbeitet. Da habe ich gedacht – mein Gott, wie ein Spiegel, so habe ich auch immer gearbeitet, mein Gott, was habe ich da gemacht. Und da habe ich mich irgendwie ein bisschen hinterfragt und dann angefangen, es nicht mehr zu tun. Und das war so ein bisschen der Motor, in die person-zentrierte Pflege hineinzukommen, das war der Anfang. Auch mit dem Anspruch, es den anderen Leuten zu sagen, dass sie person-zentriert arbeiten müssen. Mit Dementia Care Mapping versucht man, das den Leuten beizubringen. Dann habe ich immer gedacht – ich muss es wenigstens selbst auch mal tun, sonst ist es unglaublich.

Ich habe dann irgendwann gelernt, aus diesem planmäßigen Arbeiten, wie schön es ist, wenn man einfach flexibel ist. Dann kann alles passieren, egal was passiert, es macht keinen Stress. Ich muss ja nicht um 10 fertig sein, weil jemand plötzlich 2 Stunden Arbeit braucht, weil er von oben bis unten voll Stuhlgang ist und ich muss ihn duschen und das zwei-, dreimal. Das passiert manchmal im dementen Bereich und dann muss ich nicht gleich Angst haben, dass ich dann meine ganze Arbeit nicht mehr schaffe. Ich habe ja Kollegen und wir können uns absprechen und gemeinsam (arbeiten) und auch im Spätdienst kann noch etwas gemacht werden. In einem guten Team mit einer guten Kommunikation, guter Zusammenarbeit und einer guten Haltung ist das überhaupt kein Thema. Also, dann hat man keinen Stress mehr, wenn man so arbeitet.

Ich habe es eigentlich schon ein bisschen angedeutet, wenn ich Einrichtungen begutachte, auch aus dem eigenen Unternehmen - ich gucke mir dann die Konzepte an. Da sehe ich meistens schon die Ursachen für dieses funktionale Arbeiten in solchen Konzepten. Wenn da ganz klar drinnen steht – „die gesamte Grundpflege muss im Frühdienst erfolgen und die Abendversorgung inklusive ins Bett (bringen) muss in den Spätdienst“, heißt das, dass die Nachtwache erwartet, dass es auch (so gemacht wurde). Also das erste, was ich da tue ist, dass ich die Pflegedienstleitung dazu bitte und mehr oder weniger unter Druck setze, diese Passagen aus dem Konzept zu entfernen. Ich sage – „das hat da nichts zu suchen, weil jede Festlegung Zwang ist“. Die Mitarbeiter setzen das um, dazu fordere ich sie mehr oder weniger auf. Solche Zwangsausübungen soll man einfach nicht mehr hineinschreiben. Person-zentrierte Pflege heißt einfach - man fragt und man tut, wenn die wollen.

Um die Arbeitskultur, das ist meine Erfahrung, habe ich am meisten gekämpft, wenn Leute über Jahre so „Sicher, sauber, satt“ nach Plan arbeiten und meinen, das ist das einzig Richtige. Da sind manche Kollegen so verbohrte und nicht bereit, daran etwas zu ändern, dann ist es sehr schwierig. Und wenn man so eine Kultur hat, dann ist es richtig viel Arbeit, da irgendwie (etwas zu ändern).

Heute hat hier jemand gesagt – „in so einem Team, wo viele eine solche Einstellung haben, müsste man alle irgendwie ersetzen und neu anfangen“.

Ich wurde mal in meinem Pflegeleben von einem Kollegen gewarnt – „Johannes, mach das bitte nicht nochmal, wenn die Kollegen das sehen, das zwei Bewohner im Bademantel frühstücken, dann bekommst Du richtig Riesenprobleme! Weil, hier werden Bewohner erst gewaschen und angezogen, dann darf man das“. Und ich fand das so schön, weil die wollten nicht gewaschen werden, aber hatten Hunger. „Hab‘ ich doch auch, dann bringen Sie das doch mal, ich komme erbarungslos, wie ich bin. Bringen sie einfach mal ein bisschen was zu Essen“. Und die sitzen da, noch nicht gewaschen, die haben gestrahlt und haben gelacht, waren glücklich, es war wunderbar und die Pflege macht man dann hinterher.

Das ist eigentlich person-zentriert pflegen, dass man mal solche Vorstellungen loslässt, dass man zum Frühstück gewaschen sein muss. Wieso? Steht es im Grundgesetz irgendwo? Oder dass um 10 Uhr alle (Bewohner) Frühstück haben müssen steht auch nicht im Grundgesetz.

Diese abschließende Folie (17) hängt in vielen Wohnbereichen in unseren Pflegeeinrichtungen auf Bitte von Mitarbeitern, die person-zentriert arbeiten und die noch Kollegen haben, die es nicht tun und das dann jeden Tag lesen. (*kursiv: Ergänzungen durch Herrn van Dijk*):

Wir richten unsere Arbeit aus an den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der zu betreuenden Personen.

Die Bewohner sind in einer Wohneinrichtung, obwohl wir das immer Pflegeeinrichtung nennen. Die wohnen da am Lebensende. Deren Zimmer ist deren Heiligtum. Das ist wichtig, die wohnen hier und wir richten uns nach deren Wünschen. Und wir machen nicht die Pflege als Grundlage für die Tagesgestaltung – nein, nach deren Wünschen!

Der Tagesablauf wird nicht primär bestimmt durch Routinen der körperlichen Versorgung.

Hier werden keine Personen „fertiggemacht“ bis 10.00 Uhr oder bis zum Frühstück.

Wir machen Kollegen nicht fertig, wenn nicht alle zu betreuenden Personen bis zum Spätdienst / Nachtdienst versorgt sind.

Das gleiche gilt, wenn die Nachtschicht kommt, dann dürfen Bewohner auch noch rumlaufen. Im Sommer bei 30 Grad muss ja nicht jeder um ½ 7, 7 im Bett liegen. IN vielen Alteinrichtungen wird nach dem Abendbrot irgendwie der Knopf umgelegt – schnell Abendbrot und dann fertig werden.

Der Weg ist das Ziel!

Was ist gut, was ist person-zentriert pflegen, wenn wir gemeinsam jeden Tag so schön wie möglich machen, Mitarbeiter und Bewohner.

Mitarbeiter*innen gestalten für sich - zusammen mit den Kollegen - und zusammen mit den zu betreuenden Personen, jeden neuen Tag gemeinsam so schön wie möglich und:

Wir Mitarbeiter*innen unterstützen uns gegenseitig und lassen auch die zu betreuenden Personen soviel helfen (und Verantwortung übernehmen!) wie möglich! Wir lassen ihnen dafür, wenn möglich, so viel Zeit, wie sie brauchen. Ohne (unseren) Zeitdruck, Dank, unsere Ruhe und Geduld werden sie ihre noch vorhandenen Fähigkeiten besser nutzen können.

Ich rege immer mal an, dass auch Bewohner noch etwas machen dürfen/ müssen/ können. Die dürfen auch mal den Tisch abräumen, auch wenn sie das ein bisschen anders tun als wir. Und, wenn ich mal faul bin und sitze und da ist eine alte Dame, die das noch gut kann und ich sie bitte mir eine Tasse Kaffee zu bringen. Dann holt sie mir Kaffee und ist so glücklich, dass sie mir mal einen Kaffee bringt.

Das ist es, was ich meine – dass es uns gut geht!

4. Impulsvortrag: „Das autarke System - Nachhaltigkeit in einer Einrichtung gestalten“

Wiebke Buchinger, EL, Seniorenstift Regensburg gGmbH

Frau Buchinger wird aus terminlichen Gründen online aus Regensburg zugeschaltet.

Sie begrüßt die Anwesenden und gibt ihrer Freude Ausdruck, dass sie an der Veranstaltung teilnehmen darf und dass das Thema der Nachhaltigkeit in der stationären Altenhilfe Interesse findet. Sie bedankt sich für die Einladung, besonders bei Frau Hammerla.

Mein Thema für heute ist „Bereit für die Zukunft – Nachhaltigkeit ganzheitlich gedacht“. Ich möchte gerne zeigen, wie wir in unserer stationären Pflegeeinrichtung versuchen, dieses Nachhaltigkeitskonzept zu erarbeiten, zu implementieren und auch zu leben. <https://rsg-regensburg.de/>

Frau Buchinger stellt ihre Kollegin mittels einer Folie (3) vor. Christina Scheffczyk ist die betriebswirtschaftliche Hausleitung und seit vielen Jahren im „Bürgerheim Kumpfmühl“ tätig. Kumpfmühl ist ein Stadtteil von Regensburg, wo sich unser Pflegeheim befindet. Frau Scheffczyk und ich haben uns dieser Nachhaltigkeit in der stationären Altenhilfe verschrieben und ohne sie wäre das hier alles nicht möglich gewesen. Das ist mir sehr wichtig, dass wir sie jetzt auch einfach mal sehen, wenn auch nicht echt am Bildschirm, aber trotzdem ist sie einfach auch federführend beteiligt gewesen, das Konzept hier einzuführen.

Zu meiner Person – mein Name ist Wiebke Buchinger, ich bin 47 Jahre alt, verheiratet und habe 3 Kinder. Meine berufliche Laufbahn hat vor 30 Jahren angefangen. Ich habe Krankenschwester gelernt in meinem ersten Leben und habe im ambulanten Pflegedienst gearbeitet und anschliessend das Studium für Pflege und Gesundheit absolviert, ich bin also Diplom-Pflegewirtin und seit 21 Jahren jetzt in der stationären Altenhilfe tätig. Davon 11 Jahre in Baden-Württemberg, war dort im Roten Kreuz tätig, da habe ich sozusagen von der Pike auf gelernt, das Baden-Württemberger Heimgesetz, dann in Freiburg im Breisgau und durfte da Häuser mitkonzeptionieren und mitgestalten, führen und leiten. Seit 10 Jahren bin ich in Bayern, wir sind mit der Familie hergezogen und bin jetzt mit dem Bayerischen Heimgesetz vertraut, arbeite in Regensburg als Geschäftsführerin und Heimleiterin der Regensburg Seniorenstift gemeinnützigen gGmbH.

Wir sind ein städtisches Unternehmen und 100-prozentige Tochter der Stadt Regensburg. Der Stadtteil Kumpfmühl, in dem sich unser Haus befindet, liegt ganz nah an der Altstadt. Wir sind zu Fuß in 15 bis 20 Minuten in der Stadt und aus diesem Grund hat das Haus aus seinen Namen – Bürgerheim Kumpfmühl. Das Bürgerheim Kumpfmühl hat eine lange Tradition (Folie 3). 1892 begann die **1. Generation der Pflege**, das Haus hieß damals auch „Armen- und Krankenanstalt“ und betreute Bürgerinnen und Bürger aus diesem Stadtteil. Sozialschwache wurden mit Essen und Trinken versorgt und auch die Kranken und Alten wurden in diesem Haus damals versorgt.

Es entstand dann in den 1950er Jahren die **2. Generation der Pflege** mit Mehrbettzimmern. Das war auch ein relativ großes Haus, was dann nochmals in den 80er Jahren umgebaut wurde. Dort fand die **3. Generation der Pflege** statt, da gab es im Haus überwiegend Doppelzimmer. Es war eher verwinkelt gebaut, es war noch Teppichboden drin, es war dunkel, wie Bilder von damals zeigen. Die 3. Generation der Pflege hat lange angedauert. Schon in dieser Zeit wurde die stationäre Altenhilfe etabliert. In 2023 gibt es einen Neubau, der 2008 geplant und von 2013 bis 2015 entstand – die **4. Generation Pflegeheim**.

Ein wunderschönes Haus, ganz im Zentrum. Wir haben vorne an der Straße einige Geschäfte, wir haben Ärzte, Apotheken. Das ist behindertengerecht hier so gebaut, dass unsere Bewohnerinnen und Bewohner mit ihrem Rollator einfach auf den Bürgersteig kommen und auch die Geschäfte besuchen können. Und wir haben zur anderen Seite hin einen Stadtpark, den die Menschen von uns aus auch gut mit ihrem Rollator erreichen können, zum Spaziergang, zum Verweilen im Grünen mit Schatten im Sommer. So haben wir eigentlich einen schönen Mix an Stadt und Natur.

Zur besseren Veranschaulichung hat Frau Buchinger **Zahlen, Daten und Fakten** aufgelistet (Folie 7): Im Haus der 4. Generation leben wir mit unseren Menschen zusammen in familienähnlichen Strukturen. Insgesamt haben wir 143 Bewohnerinnen und Bewohner, das ist eins der größten Häuser in Regensburg mit Aufteilung in 10 Hausgemeinschaften. Eine Hausgemeinschaft beinhaltet 14 Zimmer, in der 14 Bewohnerinnen und Bewohner wie in einer Familie zusammenleben. Jeder hat sein eigenes Zimmer mit einem kleinen Bad, Dusche, WC und Waschbecken. Der Gemeinschaftsraum ist der Aufenthaltsraum, ist der Raum für die Gemütlichkeit, ist der Raum, wo Essen und Trinken eingenommen wird. Diese Hausgemeinschaften sind in sich sehr geschlossen. Die Bewohner kennen sich natürlich am Anfang nicht, aber im Laufe der Zeit lernen sie sich richtig gut kennen und teilen eben Vieles miteinander. 2 Hausgemeinschaften führen wir strukturell für uns in der Planung immer zusammen, das heißt also 2 Hausgemeinschaften werden von einem Team betreut, dass konstant nur diese Bewohner betreut. Dazu gehört das Team der Pflege, das Team Betreuung und das Team der Hauswirtschaft. Diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in Gruppen eingeteilt und betreuen eben immer 2 Hausgemeinschaften.

Zusätzlich haben wir hier im Haus noch eine „**Pflegeoase**“. Dort werden unsere Menschen mit demenziellen Veränderungen betreut und versorgt, die sich in der letzten Phase der Krankheit befinden, also die schwer- und schwerstpflegebedürftig sind, die sich überwiegend im Bett, im Cosy-Chair aufhalten, die sich nicht mehr eigenständig fortbewegen können. Da habe ich zwar keinen speziellen Vertrag mit den Kassen verhandelt, aber wir geben sehr Obacht, dass in diesem Bereich sehr gut ausgebildetes, gerontopsychiatrisches Fachpersonal eingesetzt wird, bei der Pflege und natürlich auch bei der Betreuung. Die Angehörigen werden stark mit eingebunden, weil das doch für die oft eine schwere Situation ist und auch unsere Angehörigen in dem Sinne dazugehören, mit zu der Betreuung, weil doch die Kommunikation auf der verbalen Ebene nicht mehr so möglich ist.

Insgesamt arbeiten hier im Haus 140 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ich habe jetzt von der Pflege, der Betreuung und der Hauswirtschaft gesprochen, aber wir haben noch eine Küche im Haus, die alle Bewohner versorgt zu den großen Mahlzeiten und auch zu den Zwischenmahlzeiten. Und in den Küchen in den Hausgemeinschaften werden auch zusätzlich noch Angebote gemacht von der Sozialbetreuung, wo einfach gebacken wird, wo auch mal ein Salat gemacht wird, wo gekocht wird. Aber die Hauptversorgung findet bei uns durch die Küche statt. Dann haben wir noch eine eigene Wäscherei im Haus, wo die gesamte Wäsche versorgt wird. Dazu zählen wir die Dienstkleidung, die komplett von uns gestellt, gewaschen und versorgt wird. Die Bewohnerwäsche wird komplett versorgt, auch die Flachwäsche, wie Handtücher, Tischwäsche, Bettwäsche usw. wird auch alles von uns selbst gewaschen und versorgt.

Die Verwaltung ist auch hier im Haus und somit kann ich sagen, dass wir alles unter einem Dach angehen, also wir sind ein **kleines, autarkes System** und brauchen nicht so ganz viel von außen. Wir versuchen, uns weitestgehend selbst zu versorgen.

Zusätzlich haben wir hier im Haus noch ein eine kleine Begegnungsstätte, das nennt sich das „Kneitinger Stüberl“, das ist ein Café für unsere Bewohnerinnen und Bewohner, für ihre Angehörigen, für Freunde des Hauses. Und in diese Begegnungsstätte dürfen alle Menschen auch aus dem Stadtteil kommen und teilhaben an unserem Leben und auch andersrum. So möchten wir das gerne, dass sich da einfach eine Schnittstelle vergrößert und wir Teil des Quartiers sind, also die sogenannte Quartiersarbeit machen. Kneitinger ist übrigens eine Brauerei in Regensburg, wir verkaufen das Bier, die Firma war Namensgeber für das Café. In diesem Stüberl findet täglich der **„offene Mittagstisch“** statt. Da dürfen alle Seniorinnen und Senioren aus unserem Stadtteil oder auch aus anderen Stadtteilen hinkommen, wenn es gewünscht ist. Es gibt Mittagessen mit Vorspeise, Hauptmahlzeit, Nachtisch und ein Getränk dazu. Man darf auch länger sitzen bleiben, einen Kaffee trinken oder eben noch etwas Anderes zu sich nehmen. Kuchen haben wir da. Und das soll sozusagen uns noch mal öffnen für die Menschen, die alleine sind, einsam sind, Kontakte suchen und die sich vielleicht auch nicht mehr jeden Tag alleine ein Mittagessen kochen können. So ist der erste Schritt für die in unser Haus getan, wir lernen uns kennen und diese Hemmungen fallen oft. Viele Menschen, die bei uns beim offenen Mittagstisch sind, werden später dann unsere Bewohner sein und ziehen bei uns ein, relativ leicht, weil wir uns auch alle kennen. So ist die Struktur für dieses Haus angelegt.

Im nächsten Bild sehen Sie eine Hausgemeinschaft (Folie 8) mit einem kleinen Balkon dahinter, das hat jede Hausgemeinschaft, wo man ein bisschen draußen sitzen kann, gerade auch abends ist das ganz schön, aber auch am Morgen. Dort ist jetzt eingedeckt für den Nachmittagstee. Das „L“ des erweiterten Tisches sieht man hier nicht und auch nicht die kleine Küche, wo man dann auch die Mahlzeiten, die zwischendurch gemacht werden, zubereiten kann. Hier auf diesem Bild sieht man den Gemeinschaftsraum, wo auch am Vormittag und am Nachmittag die Veranstaltungen stattfinden, die unsere Betreuungsgruppe anbietet.

Über die 4. Generation Pflege hatte ich schon gesprochen, also hier leben die Familien. Unsere Bewohnerinnen und Bewohner (Folie 9) fühlen sich als Familie und wir bieten demenziell veränderten Menschen und auch nicht demenziell veränderten Menschen eine Heimat an. Und wir sind hier im Haus von der Struktur her so aufgestellt, dass wir verschiedene Bereiche haben, wo die Menschen zusammenkommen, die sich gut verstehen. Aber, Sie wissen selbst, dass das in der reinen Form nicht immer so möglich ist, denn das vermischt sich ja auch gerne. Also die, die eine demenzielle Erkrankung haben, in einer Hausgemeinschaft gut leben und Kontakte und gute Bekannte haben, das wird auch so bleiben, bis zum Schluss. Auf dem Bild sieht man eine Kinderhand, das soll einfach nochmal darauf hinweisen, dass wir generationenübergreifende Angebote mal auch gestalten. Wir haben hier eine Kooperation mit der Familienwerkstatt, die hier im Stadtteil aktiv mit Familien mit Kindern arbeitet. Diese Familien und Kinder kommen regelmäßig zu uns und da gibt es Puppenangebote für alle unsere Bewohnerinnen und Bewohner, egal, ob jetzt ein Mensch mit Demenz oder ohne Demenz da ist – jeder ist da herzlich willkommen.

Frau Buchinger zeigt ein Bild (Folie 10) einer anderen Hausgemeinschaft: ein Ehepaar, die spielen mit anderen zusammen, die beiden wohnen bei uns, haben sich hier kennengelernt und geheiratet, das ist eine ganz nette Geschichte. Sie wohnen jetzt im Doppelzimmer und treffen sich dann regelmäßig in der Hausgemeinschaft zum Spielen. Und da darf auch gelacht und gemalt werden, also, da finden verschiedene Angebote statt. Daran sieht man einfach nochmal ganz schön, dass wir zusammengehören und das sie aus ihren Zimmern rauskommen und uns einfach in der Küche treffen, so wie das viele auch kennen, von zuhause.

Was wir noch anbieten ist die MAKS®-Therapie. Ich habe in den letzten 3 Jahren zwei Sozialbetreuerinnen ausbilden lassen als MAKS®-Therapeutinnen, und die betreuen jeweils eine Gruppe und die findet immer Donnerstagsmorgen statt. Heute morgen war es zum Beispiel das Thema Gemüse und dann wurde Salat gemacht. Wir sind sehr überzeugt und sehr begeistert von dieser MAKS®-Therapie und würden sie nicht mehr eintauschen wollen. Und unsere Bewohnerinnen und

Bewohner, die teilnehmen und auch wir anderen sind wirklich hochbegeistert und sehr, sehr zufrieden. Macht auf beiden Seiten eine sehr hohe Zufriedenheit!

Frau Buchinger zeigt eine Gruppe von Bewohnern (Folie 11), die eine tiergestützte Therapie in Anspruch nimmt. Das ist der Hund Malki, der kommt regelmäßig, entweder in die Gruppe oder macht auch Einzelbesuche auf den Zimmern. Alle Hunde, die zu uns kommen, sind ausgebildete Therapie-Hunde und das wird sehr, sehr gerne angenommen und da sind auch wieder alle Bewohner, alle Menschen mit oder ohne Demenz zusammen. Und das bringt einfach sehr viel Freude und Zufriedenheit bei den Bewohnern.

Was wir im letzten Jahr noch für unsere Menschen hier angeboten haben, ist ein **Präventionsprogramm vom LDV**, dem Landesbund für Vogelschutz in Bayern. Der hat speziell für Pflegeeinrichtungen ein Präventionsprogramm entwickelt und macht sich stark für die Vogelbeobachtung und sagt – Vogelbeobachtung macht glücklich. Wir haben das Programm gerne angenommen, wir sind ausgestattet worden in unserem geschützten Demenzgarten mit Vogelfutterstationen, wir sind für das Personal geschult worden vom LDV. Und unsere Bewohnerinnen und Bewohner haben regelmäßig dann ihre Stunde, wo sie Vögel beobachten, wo sie Vögel zählen, wo sie Erinnerungsarbeit machen und das geht auch wunderbar alleine mit den Angehörigen zum Beispiel oder in Einzeltherapiestunden. Wir sind sehr begeistert und froh, dass es dieses Programm gibt und dass wir uns da angeschlossen haben. Dieses Präventionsprogramm ist für uns als Einrichtung kostenfrei. Frau Buchinger empfiehlt es wärmstens.

Was wir noch mit Tieren machen – und nächstes Jahr wollen wir unseren eigenen Honig produzieren und das ist der erste Schritt in Richtung Nachhaltigkeit. Wir wollen die **Bienen** retten und wir wollen gerne Honig essen. Wir haben für 2024 geplant, 2 Bienenstöcke in unserem Demenz-Garten aufzustellen. Die Stöcke sind auch schon gekauft, die Bienen schlafen jetzt, sind bereits für die Überwinterung vorbereitet und kommen dann im März zu uns. Die Stelle ist auch schon perfekt und es wird eine Projektgruppe geben, die nennen wir die „Fleißigen Bienchen“ und da wird eine Mitarbeiterin, die selbst Imkerin ist, mit unseren Bewohnerinnen und Bewohnern diese Bienenstöcke betreuen und dann auch den Honig schleudern. Und für unseren Weihnachtsmarkt, der dann nächstes Jahr wie regelmäßig einmal im Jahr stattfindet, wollen wir dann den Honig gerne präsentieren.

Ab nächstem Jahr kommen **Alpakas** zu uns, dann werden wir eine kleine Wanderung durch unseren Park anbieten, der im Nachbargelände ist. Und das sind auch Tiere, die im Pflegeheim laufen dürfen, die sich auch auskennen in Häusern, die geführt werden, die eben auch zu unseren Bewohnerinnen und Bewohnern kommen, die nicht mehr aus dem Bett aufstehen können oder dann nicht mehr aktiv teilnehmen können. Das wird noch eine tiergestützte Therapie sein.

Jetzt gehen wir ein bisschen tiefer in die Systeme Nachhaltigkeit und Sie sehen hier im Bild von dem Team der Hauswirtschaft (Folien 12 und 13), dem Team von Frau Scheffczyk, die ich Ihnen eben schon vorgestellt habe. Ohne diese Person hätten wir das nicht geschafft, sie waren sehr motiviert und haben wirklich ganz gut mitgearbeitet und geholfen, dass wir die ersten Schritte in Richtung Nachhaltigkeit gehen konnten.

Wie kam es an, dass wir **Nachhaltigkeit in einer stationären Pflegeeinrichtung** machen? Das ist ja in aller Munde und auch im privaten Bereich kommen wir immer mehr dazu unsere Umwelt zu schonen, die Ressourcen zu schützen, dass wir diese eine Welt, die wir haben, so hinterlassen und für die nachfolgenden Generationen eben haben, hinterlassen, wie wir sie auch vorgefunden haben. Ich habe in meinem Gepäck einfach dieses Nachhaltigkeitsthema schon immer, auch wegen meiner Familie und weil mir das einfach wichtig ist, dass wir sorgsam mit den Ressourcen, die wir haben, umgehen. Und ich habe das Thema in meinem Rucksack nach Regensburg mitgebracht. Ich wollte von Anfang an schon immer auch vermitteln, wir sind halt eine Gesellschaft als Pflegeheim und wir sind auch dafür verantwortlich, dass wir als Pflegeheim diese Nachhaltigkeit leben, die Umwelt schonen und einfach mal unter die Lupe nehmen, was wir denn dazu beitragen

können, dass unsere eine Welt so bleibt, wie wir uns das wünschen. Das ist mein Thema und das konnte ich eben mit Frau Scheffczyk wunderbar machen. Sie hat ähnliche Ansichten wie ich, wir konnten uns da gut austauschen und wir haben eben im ganz Kleinen versucht, mit uns das abzusprechen, da haben wir gemerkt – nein, im Kleinen können wir das nicht machen, wir brauchen alle dazu und müssen einfach das ganze Team miteinbeziehen. Und am Anfang war es schon so, dass ich die Leitungskräfte der Einrichtung erst auch mal sensibilisieren musste für dieses Thema – was ist das überhaupt, warum brauchen wir das, das können doch auch die anderen machen. Diese Themen mussten schon in einem Workshop nochmal bearbeitet werden und das ist auch ein stetiger Prozess. Also, der hört nicht auf, den habe ich angeschubst und wir sind sehr zufrieden mit dem was wir jetzt machen, aber man muss natürlich immer wieder auch dranbleiben, nachbessern, Gespräche führen, das ist einfach ein laufender Prozess, der immer wieder mitbearbeitet wird.

Auf der nächsten Folie (14) habe ich alle, Ihnen sicherlich bekannten **17 UN-Nachhaltigkeitsziele** aufgezeigt und wir haben dann in unserer ersten Arbeitsgruppe sozusagen mit den Leitungskräften, nachdem wir schon Einblick in Nachhaltigkeit bekommen haben, überlegt – wie geht das denn eigentlich in Pflegeheimen? Also, kann man das überhaupt machen, wie groß ist unser Ziel CO₂-Fußabdruck, machen wir eigentlich schon was oder machen wir noch gar nicht? Wir haben uns eben anhand unserer Nachhaltigkeitsziele dann ein Konzept erarbeitet und uns viele Ziele herausgesucht, die uns sehr wichtig erschienen, umzusetzen im Haus, die man fassen kann und die man transportieren kann. Wir sind auf 5 Ziele gekommen, die wir für uns rausgekriegt haben, die jetzt im Konzept verankert sind und das sind 5 Stück. Frau Buchinger verweist auf Folie 16.

Das erste Ziel ist die Nummer 3 „**Gesundheit und Wohlergehen**“. Das ist das, was uns besonders wichtig ist, was auch mir als Leitungskraft besonders wichtig ist, weil ich denke, dass die Zufriedenheit, die Gesundheit, das Wohlergehen von Mitarbeiterinnen und Bewohnern an oberster Stelle steht. Wenn es den Mitarbeitenden aus meiner Sicht gut geht, wenn die zufrieden sind, mit dem was sie bekommen und mit dem was sie geben, dann ist ganz viel erreicht und dann kann eine Einrichtung, eine stationäre Altenpflegeeinrichtung, wie wir das sind, gut laufen. Mir hat das gefallen, dass Mitarbeiter zufrieden sind. Und wir haben das alles ganz genau unter die Lupe genommen und haben auch einige Veränderungen vorgenommen, damit es so wird. Für uns war wichtig, dass die Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter gut sind. Gut heißt, dass sie einen klaren Dienstplan haben im Monat, für den nächsten Monat, dass sie nicht aus dem „Frei“ geholt werden, dass sie ihren Urlaub nehmen können, wenn sie ihn geplant haben. Und so haben wir entschieden, dieses Hauswirtschaftsteam - damit haben wir eben - so aufzustellen, dass jeder hauswirtschaftliche Mitarbeiter in allen Bereichen, die die Hauswirtschaft in unserem Haus hergibt, dass die in allen Bereichen eingesetzt werden. Das bedeutet, wir haben ein **rollierendes System** eingeführt. Jeder Mitarbeiter in der Hauswirtschaft arbeitet wechselweise in der Wäscherei, im Service in den Hausgemeinschaften und in der Reinigung. Das sind die drei großen Bereiche und entsprechend werden die Mitarbeiter im Dienstplan so geplant. Frau Scheffczyk berücksichtigt da auch immer die Stärken und Schwächen des Personals, es wird niemand genötigt, Tätigkeiten machen zu müssen, wo es wirklich schwierig ist. Wir wollen die Stärken stärken und die Schwächen schwächen und haben versucht, dieses rollierende System so umzusetzen. Das hat etwa ein Jahr gedauert, bis wir das besprochen und installiert haben. Aber jetzt ist es so, dass alle in diesem System arbeiten und dass es auch alle gerne machen und davon profitieren, dass sie einen vielfältigen Arbeitsplatz haben und dass es nicht mehr monoton ist. Also so bringt schon jeder auch nochmal etwas Anderes mit, wenn er anders gefordert ist. Die Routine haben wir da so ein bisschen durchbrochen und wir können mit unterschiedlichen Schicht- und Arbeitsmodellen das gut schaffen, dass wir die Dienste ordentlich abdecken.

Wir haben hier **im Haus eine Kinderkrippe**, die hat die Regensburg Seniorenstift, also wir als Betrieb, an die Johanniter vermietet. Hier werden 25 Plätze angeboten für 0 bis 3-jährige Kinder. Und unsere Mitarbeiter aus allen Bereichen haben da eben die Möglichkeit, ihre Kinder betreuen zu lassen, während sie hier arbeiten. Das System hat sich auch als sehr sehr gut bewiesen und die

Zufriedenheit ist enorm gestiegen. Ich kann ganz das gut nachempfinden, wenn die Kinder klein sind und man weiß sie gut versorgt und weiß auch - es ist nicht weit, wenn was sein sollte, bin ich schnell da, das macht einfach ein gutes und zufriedenes Gefühl. Aus dem hohen Maß an Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen folgt, dass wir eine lange Bindung haben. Das Personal, was hier arbeitet, arbeitet lange hier und da gibt es für viele keinen Grund, die Einrichtung zu wechseln, weil einfach die Rahmenbedingungen so passen, wie wir sie anbieten. Das wäre ein Ziel von uns und das haben wir gut geschafft.

Für die Bewohnerinnen und Bewohner ist natürlich auch die Gesundheit, die Zufriedenheit und das Wohlergehen das Ziel. Da habe ich jetzt schon ganz viele Aspekte genannt. Für unser abwechslungsreiches Veranstaltungsprogramm ist natürlich enorm wichtig, dass ich als Einrichtungsleitung auch immer den Heimleiter mit involviere. Die haben auch immer das Mitspracherecht und dürfen mitdenken und mitgestalten. Auch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist extrem wichtig, weil die ja doch auch mit Argusaugen auf ihre Lieben schauen, dass es denen gutgeht, sie geben sie ja sozusagen aus ihren Händen und wollen sie bestmöglich versorgt wissen. Von dem her ist völlig klar, dass es extrem wichtig ist, die Angehörigen miteinzubeziehen. So haben wir das Ziel Gesundheit und Wohlergehen in unserem Konzept verankert. Und auch da gilt es immer wieder evaluierend zu justieren, zu verbessern und auszuloten, weil so, wie wir es jetzt haben, bekomme ich sehr sehr oft die Rückmeldung – so ist das gut und ich könnte mir nichts Anderes vorstellen.

Das Ziel „**Hochwertige Bildung**“ (Folie 17) ist die Nummer 4. Die haben wir uns auf die Fahne geschrieben. Seit 2020 gibt es die generalistische Pflegeausbildung in Deutschland und wir haben uns entschieden, Ausbildungsbetrieb für die Pflege zu sein. Wir haben jetzt insgesamt 11 Auszubildende in der Einrichtung, die werden durch eine Koordinatorin, eine Fachkraft betreut, die hat Management- und Organisationsaufgaben. Insgesamt habe ich 8 Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter in der Einrichtung in den verschiedenen Hausgemeinschaften eingesetzt, die dann die praktische Ausbildung vor Ort mit den Auszubildenden machen. Dieses Jahr sind die ersten fertig geworden, haben ihr Examen bestanden. Die Sorge war ja in der Praxis immer, dass diese Generalisten in der Pflege in die Krankenhäuser abwandern. Und das ist natürlich hier in Regensburg auch nicht so ganz einfach, weil wir hier eine große Universitätsklinik haben, die Barmherzigen Brüder mit dem großen Krankenhaus und das St. Josephs-Krankenhaus. Die ziehen natürlich schon viel auch an Pflegepersonal ab und bieten auch attraktive Arbeitsplätze an. Aber ich bin stolz, dass wir das geschafft haben hier in unserer Einrichtung, den generalistischen Pflegefachkräften - Pflegekraft Frauen, Pflegekraft Männer - halten wir jetzt mit ihrem Abschluss, dass wir ihnen einen Arbeitsplatz anbieten, wo sie sich wohlfühlen und wo sie gerne auch bleiben möchten. Das war auch das Ziel.

Wir sind des weiteren ein anerkannter Ausbildungsbetrieb für die Hauswirtschaft, arbeiten hier mit der Hauswirtschaftsschule zusammen. Das ist eine duale Ausbildung. Die Auszubildenden machen hier ihre Praxiseinsätze bei uns im Haus. Da wir eben alles unter einem Dach haben, können wir die Bereiche Service, Reinigung und Küche anbieten, sodass die Praktikum-Einsätze relativ lang sind von 10, die diese Ausbildung machen.

Und zum Dritten ist es mir wichtig, dass die Mitarbeiter in allen Bereichen regelmäßig auch mit Fort- und Weiterbildung versorgt sind, dass sie sich stetig auf den neuesten Stand bringen, dass sie ihr Wissen erweitern, dass sie es konservieren und erweitern und am besten auch noch weitergeben in der Einrichtung. Das sind so die drei großen Säulen, die wir uns vorstellen für das Ziel Nummer 4 - Hochwertige Bildung.

Das Ziel Nummer 5 „**Geschlechtergleichstellung**“ (Folie 18) ist uns wichtig. Da gibt es nicht ganz so viel zu sagen, das mache ich kurz und knackig. Sie wissen alle, der Hauswirtschaftsbereich wie auch der Pflegebereich ist ein sehr frauenlastiger Bereich. Und wir sind stolz, in unserem Team der Hauswirtschaft einen Mann eingestellt zu haben. Der ist Hauswirtschaftler, hat auch die Leitungsausbildung gemacht, arbeitet aber im normalen Team und ich kann mich nur dafür

aussprechen, die Geschlechter nicht zu berücksichtigen, weil, Männer tun in diesem Bereich einfach gut! Da ist einfach eine große Bereicherung für die Hausgemeinschaften, für unsere Bewohnerinnen und Bewohner. Aber auch für das Team ist das einfach eine ganz schöne Geschichte. Das Ziel haben wir erreicht.

Dem Ziel Nummer 8 „**Menschenwürdige Arbeit und Wirtschaftswachstum**“ (Folie 19) haben wir uns verschrieben. Uns ist es wichtig, dass wir zukunftsfähige Jobs für Erwachsene anbieten, dass wir keine Kinderarbeit auch in unseren Lieferketten haben und dass wir Produkte aus fairem Handel anbieten. Wir möchten, dass die Produkte, die wir anbieten, möglichst ökozertifiziert sind, dass wir wissen, wo sie herkommen und dass sie aus der Region kommen – kurze Transportwege schonen die Umwelt. Das ist einfach das, was uns wichtig ist und was uns auch gelungen ist. Wirtschaftlich gesehen kommt dann immer die Frage – ja, wenn Sie umgestellt haben auf ökozertifizierte Reinigungsmittel oder auch Hauptverbrauchsmittel, wie Toilettenpapier gibt's bei uns nicht mehr vierlagig, die sind dreilagig und Umweltpapier. Es ist nicht viel teurer als das Herkömmliche. Also, es ist einmal eine minimale Steigerung, hat aber zum Zweck, dass wir die Umwelt schonen und dass wir nachhaltig denken und wirtschaften. Das ist uns einfach wichtig!

Das „**Insourcing statt Outsourcing**“ (Folie 19) gehört einfach bei uns zu diesem Ziel dazu, das ist das, was ich eben beschrieben habe – alles unter einem Dach. Wir bieten alles unter einem Dach an und kaufen uns zwar noch kleine Dinge ein, versuchen das in der Region einzukaufen, dass die Transportwege kurz sind, aber wir profitieren immer nur vom Insourcing und nicht vom Outsourcing. Ein schönes Beispiel ist immer die verloren gegangene Socke. Wenn ein Bewohner ein Kleidungsstück vermisst, Socken, Unterhosen oder ein Shirt, dann ist es der Weg bei uns in die Wäscherei im Erdgeschoss zu gehen und zu fragen – was ist passiert, ich vermisste meinen Socken, bitte können Sie nachschauen? Und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind immer sehr bemüht und fühlen auch verantwortlich dafür. Hat man sowas outgesourct, ist es oftmals schwierig an verloren gegangene Kleidungsstücke wieder heranzukommen. Die werden zwar finanziell ersetzt, aber oft gibt es einen Mehrwert, der dahintersteht.

Die „**Maßnahmen zum Klimaschutz**“ sind die Nummer 13 (Folie 20). Da haben wir kleine Ziele, kleine Maßnahmen gemacht. Wir haben alle Reinigungsprodukte in den letzten 2 Jahren eben umgestellt auf ökozertifizierte Reinigungsprodukte, die auch alle gelistet sind und anwendbar sind, außer den Desinfektionsmitteln, da gibt es noch eine Grenze, da geht die Sicherheit vor, da müssen die verwendet werden, die auch wirklich wirken. Die Hauptverbrauchsmittel, wie ich schon angedeutet habe, wie Toilettenpapier oder Abfallsäcke, Küchenrollen und solche Dinge, die sind alle in den letzten 2 Jahren durch uns getauscht worden und die sind somit eben die ganz kleinen Maßnahmen, um Klimaschutz zu erreichen und das umzustellen.

Große Maßnahmen sind bei uns im Haus das BHKW, das Blockheizkraftwerk, mit dem wir Energie erzeugen für unser Warmwasser. Und für die Heizung zusätzlich haben wir noch Solarthermie auf dem Dach. Eine ganz große Maßnahme, die jetzt dieses Jahr noch ansteht, wo ich gerade dabei bin die zu planen mit dem Energieberater, ist eine PV-Dachanlage, um einfach da noch autarker zu werden. Alles insgesamt sind große und kleine Maßnahmen, die wir zusammengefasst haben und aufgeschrieben haben in diesem Konzept und die wir immer wieder versuchen hochzuhalten, und ins Bewusstsein zu holen. Sie haben jetzt einen kleinen Eindruck bekommen, welche Ziele uns wichtig sind und wie wir das umsetzen können. Das ist ein erster Schritt in der stationären Altenhilfe, dieses Thema zu leben und auch einzusetzen und zu fördern. Wir sind da ganz am Anfang, ich bin da gerne dabei da vorne wegzulaufen und bin gerne bereit, da jetzt noch mehr umzusetzen, aber der erste Schritt ist getan.

Die vorletzte Seite zeigt drei Damen (Folie 21), vielleicht bin ja eine von denen in vielen vielen Jahren und hoffe, dass es uns genauso gut geht, wie es unseren Kindern jetzt gut geht. Frau Buchinger lädt die Veranstaltungsteilnehmerinnen und -Teilnehmer abschließend in das Bürgerheim Kumpfmühl ein, wenn sie in der Nähe oder von Regensburg sein sollten. Sie können sich die

Einrichtung anschauen. Sie würde sie gerne persönlich kennenlernen und mit ihnen ins Gespräch kommen. Frau Buchinger bedankt sich herzlich für die Aufmerksamkeit und beendet ihren Vortrag.

Herr Appasamy möchte gerne die Runde für Fragen eröffnen, die jedoch aufgrund der großen Überwältigung der Zuhörer:innen zunächst ausbleibt und weiteren Applaus hervorruft.

Frau Buchinger möchte noch dazusagen, dass sie eine ganz normale vollstationäre Pflegeeinrichtung sind, weil sie das oft gefragt wird, was bei ihnen anders sei als bei anderen. Ihre Motivation und der Antrieb das zu machen, ist für sie extrem wichtig. Sie verhandelt wie alle anderen Pflegeeinrichtungen auch mit den Kassen über ihre Pflegesätze. Sie muss darlegen, welches Personal sie hat, sie wird geprüft vom MDB, dem Medizinischen Dienst Bayern, das ist der MDK wie im restlichen Deutschland. Sie wird regelmäßig von der Fachstelle für Heimaufsicht geprüft. Wie in allen Einrichtungen auch, gibt es einige Menschen, die vom Bezirk mitfinanziert werden.

Anmerkung von Herrn Appasamy:

Sie zeigen eine tolle Normalität, wo viele Einrichtungen noch hingehen sollten. Ich finde, was Sie unterscheidet – Sie sind eine kommunale gGmbH, das finde ich, macht einen großen Unterschied aus. Ich habe in meiner beruflichen Vergangenheit mit den großen europäischen Playern zu tun gehabt, die haben einfach eine andere Ausrichtung. Und da ist die Frage – was ist normal? Da würde ich mir viel mehr solche „normalen“ Einrichtungen, wie Sie das sind, wünschen und weniger andere, wo die Ziele, die Sie genannt haben, einfach nicht im Vordergrund stehen.

Antwort Frau Buchinger: Das ist richtig, das kann ich bestätigen. Pflegeheime in der Privatwirtschaft haben eine andere Ausrichtung und da geht es um Marge und Gewinn, das muss man einfach so sagen. Ich kenne diese Einrichtungen, habe da auch mal gearbeitet und kann mich damit nicht identifizieren. Und das ist, glaube ich, auch nicht das, was wir wollen. Alle, die das wissen und ich auch nicht, wie wir mit unseren älteren Menschen umgehen, das wollen wir nicht. Wir wollen liebevolle Betreuung, wir wollen Fürsorge, wir wollen die in ihrer Lebenswelt lassen und das versuche ich hier umzusetzen. Und das geht auch und das ist auch gewünscht! Da ist mir die Stadt Regensburg auch sehr verbunden und die stärkt mir auch wirklich den Rücken und unterstützt mich da in jeder Hinsicht. Wir zahlen Tarif, vielleicht ist das auch ganz interessant, das ist eine feine Sache, weil die mittlerweile einfach dann auch in einer Tarifgruppe eingruppiert sind und das ist ja auch nicht zu unterschätzen. Es ist eine anspruchsvolle Arbeit, die wir hier machen und die muss entsprechend entlohnt werden und das wird sie ja auch, also da ist auch die monetäre Wertschätzung einfach da. Und das ist auch wichtig.

Frage aus dem Auditorium, Teilnehmer:

Ich habe das so verstanden, dass Sie über das Hauswirtschaftsteam, also die Profession Hauswirtschaft begonnen haben, denn es gab ja sicherlich Hausgemeinschaftskonzepte, die schon existierten. Dann haben Sie quasi als zweiten Schwerpunkt das Thema Nachhaltigkeit. Wie haben Sie das zusammengebracht?

Antwort Frau Buchinger: Ich mag es praktische Wege zu gehen. Ich wollte jetzt natürlich hier nicht alles über einen Haufen werfen und komplett neu anfangen, sondern das, was wir schon haben, möglichst weiterführen. Und im Bereich Hauswirtschaft war es relativ einfach, diese UN-Nachhaltigkeitsziele umzusetzen. Toilettenpapier auszutauschen oder Küchenrollen auszutauschen ist leichter als in der Pflege diese Latexhandschuhe wegzunehmen. Da muss man ehrlicherweise auch sagen, die sind noch nicht so weit, dass man da so viel schaffen kann. Und in diesem hauswirtschaftlichen Bereich ist das möglich und so ging das einfach auch relativ schnell zusammen. Dann habe ich die Küche noch mit dazu genommen und habe den Chefkoch noch involviert. Wir haben den Speiseplan unter anderem unter die Lupe genommen und haben zum Beispiel einen vegetarischen Tag eingeführt, um einfach auch den Fleischkonsum etwas zu reduzieren, um die Umwelt zu schonen. Das hat auch mindestens auch 1 ½ Jahre gedauert. Das kann man nicht von heute auf morgen machen und man muss ja auch immer die Bewohner und die Angehörigen

mitnehmen. Das war nicht so ganz einfach, aber wir haben es jetzt nach 1 ½ Jahren geschafft, einen vegetarischen Tag zu haben, wo es auch selbst abends keine Wurst mehr gibt. Das war schwer. Ich selbst esse zuhause vegetarisch, mein Mann ist Flexitarier und ich konnte das gut vorleben. Und die Wurst am Abend bei der Brotzeit in Bayern ist extrem wichtig, die gehört dazu und die kann man nicht einfach wegnemen. So kommt eins nach dem anderen praktisch mit diesem Nachhaltigkeitsthema zusammen.

Frage aus dem Auditorium, Teilnehmer:

Es gibt immer noch den Trend, Dinge zusammenzulegen beziehungsweise outzusourcen. Und Sie sprachen ja davon, dass es einmal viel besser ist und dass Ihnen vor allem auch gelungen ist In-sourcing umzusetzen. Und da ist die Frage - wie ist es Ihnen gelungen?

Antwort Frau Buchinger:

Ich glaube, das gibt es schon seit ich da bin, dass die Struktur hier vorgegeben war und ich die Wäscherei im Haus hatte. Ich konnte einfach sagen, dass ich z.B. die Dienstkleidung und die Flachwäsche nicht von einer Fremdwäscherei waschen lasse, sondern dass wir die wieder zurück zu uns holen. Wir mussten auch da einiges umstellen, aber wir haben das geschafft. Die Maschinen sind jetzt da und auch die hygienischen Vorgaben können erfüllt werden, dass wir alles im Haus waschen. Ich bin jetzt im 5. Jahr hier tätig und das hat schon diese Zeit gedauert, das mal zu analysieren und dann auch hier reinzuholen. Aber das ist auch von der Struktur des Hauses so, dass ich das gut schaffen konnte. Ich habe die Wäscherei erweitert, sodass wir jetzt die gesamte Wäsche, auch die Wäsche der Bewohner im Haus waschen. Das ist jetzt so ein Beispiel für dieses Insourcing. Die Verantwortlichkeit bleibt im Haus. Und es ist einfach ein riesengroßer Vorteil, wenn ich alle Prozesse in der Hand habe und selbst steuern kann, als die Wäsche rauszugeben. Dann gibt es viele Schnittstellen, dann gibt es viele Personen, die sich nicht so verantwortlich fühlen und auch das kenne ich aus anderen Einrichtungen, das macht es halt extrem schwer. Und man kann es sich leichter machen, indem man alles im Hause hält.

Herr Appasamy bedankt sich bei Frau Buchinger im Namen aller für den sehr wertvollen Vortrag, für die vielen Impulse, für Dinge die selbst verständlich sind, aber eben in Einrichtungen nicht. Auch bedankt er sich für die vielen Informationen, die er erfahren durfte.

5. Neues aus der Szene

5.1 Projekt Suchhunde des Bayerischen Roten Kreuzes

Daniel Lorz, Bayrisches Rotes Kreuz KV Coburg, Hundestaffel

„Was kann getan werden, wenn Menschen aus Pflegeeinrichtungen vermisst werden?“ und übergibt das Wort an Daniel Lorz vom Bayerischen Roten Kreuz. Herr Daniel Lorz stellt sich vor (s. auch Vortragsfolien). Er ist hauptberuflich Notfallsanitäter beim Roten Kreuz und ehrenamtlich zuständiger Leiter aller 12 Hunde-Staffeln für die gesamte Region Ober- und Mittelfranken.

In Bayern gibt es die meisten Hundestaffeln in Deutschland, davon werden 73 vom Bayerischen Roten Kreuz betrieben. Herr Lorz berichtet, dass es keinen Winkel in Bayern gibt, wo sie binnen unter 60 Minuten nicht mit einem Hundeführer vor Ort sein können, um nach Vermissten zu suchen. Das Suchsystem wurde in den letzten 25 Jahren aufgebaut und funktioniert sehr gut, da sie überall unterwegs sein können. Statistisch gesehen sind pro Tag in der Bundesrepublik Deutschland ca. 2,9 Vermisste zu suchen, die auch von Hundestaffeln durchgeführt werden. Ländermäßig wird das sehr unterschiedlich gehandhabt. 80 Prozent der Vermisstenfälle kommen nicht bis zur

Hundestaffel, weil sie vorher schon in deren Bereich oder auch in der Pflegeeinrichtung gefunden werden.

Lorz führt aus, dass es zwei Arten von Hund-Verbunden gibt, und zwar einmal die Flächensuchhunde, die eine Fläche absuchen. Er habe diesen Hundetypus zuhause, zwei Labradore, zwei und neun Jahre alt. Ziel sei es, irgendeine Person in der Fläche aufzuspüren, dort zu bleiben und zu bellen, bis der Hundeführer da ist. Das heißt, wir können knapp 50 000 Quadratmeter in unter einer Stunde absuchen. Die Suchgeschwindigkeit von uns lenkt suchhundfrei ohne Leine. Im Waldgebiet sind das zwischen 20 und 50 Km/ h. Das heißt, wir sind wesentlich schneller und effektiver als eine Hundertschaft, die da durchläuft oder auch als die Feuerwehr, die das Ganze einfach durchkämmt. Das hat natürlich Grenzen, wir können nicht an der Straße suchen, wir können nicht am Bahndamm suchen, sondern irgendwo anders. Meistens dann in der Nähe der Pflegeeinrichtung und allen dementsprechenden urbanen Gebieten, die jetzt nicht für unsere Hunde gefährlich sind.

Die andere Hundeart, womit Ihr im Pflegeheim als allererstes in Berührung kommt, weil der im Pflegeheim direkt oder an der Tür angesetzt wird, ist der sogenannte Mantrailer oder Personensuchhund, der dem Individualgeruch des abgängigen Menschen versucht nachzugehen.

Lorz schildert den Ablauf der Geruchsentstehung. Im menschlichen Körper gibt es das sogenannte MHC Protein, die eigene von fremden Zellen unterscheiden kann und das macht den Individualgeruch aus, der unterschieden wird in schwere und leichte Geruchspartikel, die dann die Hunde aufnehmen können. Jeder, der einen Hund daheim hat, hat vielleicht auch schon mal erkannt, dass der, wenn man zu festen Zeiten immer nachhause kommt, schon vorher an der Tür steht. In Studien stellte man fest, dass Hunde irgendwie die Zeit erfassen können. Sie wissen ganz genau, wenn man in 10 Minuten nachhause kommt, da stell ich mich schon mal an die Tür und freu mich. Man hat festgestellt, dass Hunde das Alter der Verwesung der Hautpartikel am Geruch feststellen können und dadurch Zeit einfach für sich in den Alltag hin aufnehmen können.

Pro Minute verliert jeder Mensch 40 000 Hautzellen mit einer ungefähren Größe von 0,014 Millimetern. Das heißt, wenn wir heute schon den ganzen Tag in diesem Raum sind, wissen wir, was geruchsmäßig für den Hund hier im Raum ganz spannend unterwegs ist. Haut enthält Talg und Schweißdrüsen. Und jede menschliche Hautzelle hat eine individuelle Mikroflora, die der Hund einfach für sich festlegt und der er versucht nachzugehen. Wo ist dieses Ganze verteilt? An jedem menschlichen Körper sind Luftströme mit einer Geschwindigkeit von bis 35 Metern pro Minute, das heißt, auch wenn ich jetzt hier vorne stehe, man sieht es zwar nicht, aber nach oben bis zu 40, 50 cm hoch werden jetzt meine Hautpartikel jetzt überall durch die Gegend verteilt und kommen dann dementsprechend zu Boden. Je niedriger die Aussentemperatur, mit desto mehr Geschwindigkeit geht das Ganze dann vom Körper weg nach oben.

Lorz erklärt den Ablauf der Fortbewegung. Die Person, die wir für das Training der Personensuchhunde verwenden, ist der „Runner“, der Läufer, und dann ist es natürlich davon abhängig, wie schnell er sich bewegt. Wenn der jetzt geht oder wenn der jetzt auf dem Rollator sitzt, ist das eine relativ angenehme Geschwindigkeit. Wenn der joggt, wenn der mit dem Fahrrad fährt, wenn der reitet, ist das dementsprechend natürlich einfach schneller und mehr. Und die Ausbreitung ist immer so röhrenförmig nach hinten und es fallen dann diese Hautzellen zu Boden. Wenn sich jemand sehr lange an einem Ort aufhält, wie wir jetzt hier, bildet sich um solche Orte ein sogenannter Geruchspool. Das heisst, hier überall, da drüben an der Bahn, auf der anderen Straßenseite bis zu 50 und 100 Meter entfernt, sind noch meine Hautzellen, weil ich mich jetzt relativ lang hier bewegt habe. Und wenn wir jetzt in die Pflegeeinrichtung gehen, weshalb wir ja heute hier sind, da sind wir über Jahre, Jahrzehnte immer wieder an der gleichen Stelle unterwegs und wenn (die Menschen) auch wirklich das Haus nicht verlassen, werden die Hautzellen trotzdem bis zu 2 Kilometer um diese Pflegeeinrichtung herum verteilt, durch die Lüftungsanlagen. Und zwar dadurch, dass man trotzdem mal das Fenster aufmacht und sonstige Dinge dann einfach passieren. Das

muss der Hund praktisch detektieren und schauen, welche Hautzelle ist frischer verwest als die anderen. Das wird ihm beigebracht, das dauert so pro Hund auf Flächen- oder beim Personensuchhund immer 2 bis zu 4 Jahre. Wir haben das bei uns in Bayern so gelöst, dass wir eine Trainingspflicht haben. Jeder Hundeführer, der wirklich Rettungshundeführer werden möchte, muss sich das aktiv vornehmen. Das heisst, sie müssen zweimal pro Woche zum Training kommen, machen sie dies nicht und fallen unter gewisse Prozentzahlen an Anwesenheiten, sind sie raus, weil wir es uns nicht leisten können, ein Team auszubilden, dass dann nicht mit dem gleichen Ehrgeiz mehr dabei ist, um uns als Hundeführer dann nicht zur Verfügung zu stehen nach 2 bis 3 Jahren, weil wir sehr viel Zeit investieren. Wir haben 76 Trainingstermine im Jahr für uns als Staffel in Coburg und davon müssen wir 80 Prozent anwesend sein. Sonst sind die einfach raus, weil auch die Hunde das ständige Training brauchen, um immer auf dem hohen Level zu sein, um wirklich den (Vermissten) zu finden. In den meisten Fällen sind wir die letzte Instanz, das heißt die Rettungshundestaffel kommt dann, die habt ihr bestimmt auch schon mal bei Euch gehabt in der Einrichtung. Es wäre schön, wenn wir die ersten wären, aber meistens sind wir die letzten, und danach wird dann aufgehört zu suchen. Wir gucken, dass wir die Qualität so hoch wie möglich halten.

Die Beeinflussung der einzelnen Faktoren des Geruchs sind Temperatur, Feuchtigkeit, Alter des Trails. Man sagt, die ersten 12 bis 24 Stunden, die kann der Hund noch genau detektieren, was alte Hautzellen sind und was Neue sind. Je länger das braucht, desto schwieriger wird es für den Hund dann einen Unterschied festzustellen, einfach weil auch die Witterungseinflüsse das Ganze ein wenig schwieriger machen.

Lorz zeigt auf ein Bild der Präsentation: Wir haben hier eigentlich die Laufrichtung des Jeweiligen, der hier entlangläuft, aber der Geruch geht natürlich nicht da entlang, weil der ja praktisch oben aus dem Kopf heraus wie eine Fontäne sprudelt und sich dann dementsprechend hier durch die Wiese verteilt. Und das ist ja der Weg, den der Hund auch entlang geht. Das heißt, der Hund läuft nie auf dem direkten Weg, wo die Person entlanggelaufen ist. Die Pflegeheime haben wir ja meistens irgendwo im städtischen Bereich und da haben wir es jetzt hier auf der Wiese, da ist die Verteilung der Hautzellen natürlich sehr groß. Und im ländlichen Bereich haben wir auch Pflegeheime, die direkt am Wald sind. Da sind Personensuchhunde am ineffektivsten, weil sich die Hautzellen überall sehr weit verteilt haben und nicht wirklich vom Hund aufgenommen werden können. In der Stadt haben wir den Vorteil, dass spätestens nach 100 Metern die nächste Hauswand aufragt. Da kommt es nicht oben drüber und da setzt sich der Geruch dann fest. Das heißt auch hier, der Geruch, der jetzt von mir hier überall unterwegs ist, ist an den Häuserwänden und da geht dann hier der Personensuchhund entlang und versucht praktisch, die Richtung festzulegen, in die der Vermisste gegangen ist.

In Stadt und Gelände haben wir, wie gesagt, verschiedene Ausbreitungsmöglichkeiten. Bei den Freiflächen ist es so, ab dem Moment, wo der Geruch eventuell an der Freifläche endet und der Personensuchhund dann die Spur nicht mehr aufnehmen kann, übernehmen unsere Flächensuchhunde und suchen einfach alle Flächen dementsprechend ab.

Wie bekommen die Hunde das nun erklärt? Ganz einfach - Menschen sind für die Rettungshunde immer toll. Es ist für die Hunde immer das Schönste, dass die Arbeit wird immer mit Futter interessant gemacht wird. Wir bringen die Hunde dazu, eigentlich ein ganz normales Verhalten zu machen, weil der Hund ursprünglich für die Jagd da ist. Wir ersetzen praktisch das Wild bei einem Flächen- oder bei einem Personensuchhund durch menschlichen Geruch, entweder dem menschlichen Individualgeruch oder irgendeinem menschlichen Geruch. Also der Flächensuchhund, der geht ganz klar – wo es nach Mensch riecht, da geh ich hin. Und dann muss der Gesuchte auch noch ein gewisses Opferschema haben. Das heißt, wenn er herumläuft, zeigt dieser Hund nicht an. Das funktioniert nicht. Wir sind ja immer dabei, dass wir hilfsbedürftige Personen haben. Das heißt, er zeigt alles Wichtige für uns an - der liegt, der kniet, der hockt, der hängt - wenn man einen Suizid hat, was dann so ungefähr 10 bis 20 Prozent unserer Vermisstensuchen ausmacht.

Deswegen sind wir auch immer so ein bisschen im Hintergrund, weil wir den Vermissten suchen. Wenn wir einen Vermissten finden, lebend oder tot, kommt es natürlich in die Zeitung und das ist natürlich eine schlechte Werbung für uns, da hat es die Feuerwehr einfacher. Der Hund hat also gelernt - wenn ich diesem Geruch von dem Menschen folge, dann bekomme ich mein Futter. Und das ist genau unser Problem. Wir brauchen für den Mantrailer, um eine Richtung festzulegen, einen ordentlich sauberen Geruchsträger. Das heißt, es kommt dann der Hundeführer in die Pflegeeinrichtung und sagt „ich brauche einen Gegenstand, wo zu 100, wenn nicht sogar zu 1000 Prozent nur der Geruch des Bewohners dran ist“. Was die Polizei sehr häufig macht, was wir aber in Bayern nicht annehmen, ist deren Verwendung von ganz normalen Handschuhen oder manchmal auch nicht, sie nimmt einen Gegenstand, packt ihn in die Plastiktüte und gibt ihn uns. Unsere Trailer werden damit nicht suchen, weil die Wahrscheinlichkeit, dass er den richtigen Geruch nimmt, ist einfach viel zu unwahrscheinlich, denn den Gegenstand hat der Polizist angefasst, auch wenn es die Unterhose von dem Bewohner ist. Der Hund nimmt ja immer den frischesten Geruch, der ist ja auch nicht dumm. Er möchte so schnell wie möglich ans Ziel und nimmt nicht den alten (Geruch), wo er weiß – „och, das ist ja richtige Arbeit für mich, wo ich 2 Kilometer Arbeit habe, sondern er möchte das frisch, da riecht es unten, das habe ich mir schon gemerkt, am Eingang steht das Polizeiauto, das riecht nach dem, super, einwandfrei, ist gleich Feierabend“. Der Hund hat dann einfach den Nachteil, wir können nicht mit ihm sprechen. Wenn wir ihm sagen könnten – bitte jetzt nicht den Herrn Müller, den suche ich nicht, sondern bitte den anderen - dann wäre das viel einfacher. Rund 80 Prozent der Einsätze von unseren Mantrailern sind nicht effektiv, weil wir keinen anständigen Geruchsträger haben. Und wir nehmen deshalb auch keine mehr von der Polizei an. Wir wollen die Verantwortung nur dann annehmen, wenn ein anständiger Geruchsträger zur Verfügung steht.

Der Hundeführer braucht immer das, was er auch mitnehmen kann. Weil, der Hund signalisiert auch auf dem Trail, auf dem Weg, dass er die Spur verliert oder dass er einfach nochmal schnüffeln muss – lass mich nochmal kurz nachschnüffeln. Wenn man merkt, er tut sich ganz schwer an einer Kreuzung, bricht man die Suche kurz ab, macht eine kurze Pause, dann riecht er kurz und der Hund nimmt erneut Geruchsstoff auf, damit er sich einfach besser und schneller dran erinnern kann. Bekleidung ist immer gut, hat natürlich den Nachteil, wenn das jetzt die Jacke ist, die Innenseite der Jacke würde funktionieren, dort wo die Achseln sind ist relativ viel Geruchsstoff, hat aber natürlich den Nachteil für den Hundeführer, der ist auf dem Weg und die sind meistens 3 bis 4 Kilometer zu Fuß unterwegs mit nicht wenig Geschwindigkeit. Das ist sozusagen der Hinweis, da bleibt die Bettwäsche übrig. Die Bettwäsche aber auch nur, wenn sie wirklich sicher sind, die Pflegekraft hat sie nicht nochmal aufgeschüttelt, hat niemand anderer angefasst, und da haben wir in den Pflegeheimen vielleicht doch mal jemanden, der im anderen Bett liegt, schon das Problem. Da bleiben nicht mehr viel Sachen übrig. Wir brauchen einen frischen Geruch, und zwar den frischesten Geruch, der eigentlich da ist, und zu 1 000 Prozent nur den von dem jeweiligen (Vermissten). Auch wenn die Polizei mit Handschuhen arbeitet ist das so, dadurch, dass wir das ja anfassen, Ihr habt das ja vorhin gesehen (Folie 4 Mantrailing) - 35 Meter ist die Geschwindigkeit der Luftströme. Das heißt, ab dem Moment, wo ich an dem Bett oder an irgendetwas vorbeilaufe, hinterlasse ich da ja auch Spuren. Die sind zwar wenige, aber die sind da. Deswegen brauchen wir wirklich Tempotaschentücher, Bettwäsche, Zahnbürsten, sonstige Sachen, auch wenn es irgendwelche Einlagen sind, ist das vollkommen in Ordnung, weil der Hund wirklich nur den Geruch ausmacht und dann er dem hinterher geht.

Am effektivsten ist das Ganze, wenn wir binnen der ersten 12 bis 24 Stunden alarmiert werden. Die Erfahrung zeigt aber, dass wir erst nach den ersten 24 Stunden in den Einsatz kommen, das ist so der Bayernstandard. Das Spannende an der Geschichte ist, was und wie können wir es uns in den Pflegeeinrichtungen leichter für uns machen? Wenn die Person weg ist, gehen keine 5 Leute mehr in dieses Zimmer. Wir gucken einmal ins Bad, wir gucken einmal unter das Bett, wir gucken einmal in den Schrank. Dass sich die Person oben auf den Schrank gelegt hat, ist sehr unwahrscheinlich, aber wir können wenigstens einmal draufgucken. Und dann ist es natürlich beim Zweibettzimmer auch sehr schwierig, dort haben wir eine Mischung von Gerüchen.

Da haben wir einfach das Problem, dass wir eigentlich dieses Zimmer zuschließen, dass da keiner noch mal hineingeht. Der Mensch, der den Geruch entnimmt, sagt meistens – „bitte bleiben Sie in der Tür stehen und beschreiben Sie mir, wo was ist“. Auch Schuhinnensohlen funktionieren, da diese auch von der Pflegekraft nicht berührt werden. Was wir sehr häufig haben ist, bevor wir da sind, dass die Pflegekraft sagt – „ich mach noch schnell mal das Bett neu, ich mach nochmal das neu. Und dann auch noch sagt – na ja, das können wir ja aus dem Wäschesack nehmen“.

Nein, das funktioniert nicht! Also, wir müssen das so dreckig lassen wie es ist, desto mehr Schmutz, desto einfacher ist es für den Hund und den Hundeführer, den wichtigen Geruchsstoff zu nehmen. Man kann auch von losen Geruchsträgern mit einer sterilen Kompresse einen Abstrich nehmen, was der Hundeführer macht. Aber da weiß man, dass die Übertragung von den wichtigsten Hautzellen, wo sich dann der Geruch beim Hund ins Gehirn einprägt, während der Suche auch wirklich noch mal wesentlich geringer ist. Das ist so die letzte Möglichkeit. Ja, wir können es vielleicht mal probieren, aber wir wissen, die wirkliche Richtung können wir damit nicht in Betracht ziehen.

Und wenn wir dann in der Pflegeeinrichtung sind, hat sich ja um den Bereich des Pflegeheims herum ein riesengroßer Pool an Geruch gebildet, das heißt, wir wissen, dass unser Personensuchhund nicht den Bewohner im Altenheim finden wird. Das ist für ihn nicht möglich. Wenn der zwei Zimmer weiter liegt, schafft der Hund das nicht. Er geht einfach diesen Geruchspool entlang, weil er ja gelernt hat – ich muss diese „Dunstglocke“ entlanggehen, bis ich irgendwo den Weg nach außen finde, den einzigen, wo dann kein anderer Geruch mehr da ist. Aber wenn der (Vermisste) sich noch im Gebäude befindet, ist es für den Hund unmöglich, das Ganze herauszufinden.

Lorz verweist auf die eigene Pflegeeinrichtung. Er fragt „müssen wir, bevor wir der Polizei Bescheid sagen, auch in der Pflegeeinrichtung ein eigenes System haben?“ Einmal das Abschließen des Zimmers, das allererste, wenn das funktioniert, wenn ich das machen kann. Dafür sind die Schlüssel wichtig und dann auch der Polizei sagen – ja, wir haben geguckt, Sie können gerne noch einmal schauen, aber bitte fassen Sie nichts an. Auch die Polizisten gucken überall noch mal hinein, machen alles noch mal auf, ohne Handschuhe, ohne alles und sagen - ja ja, das passt, Ihr könnt ruhig rein. Und dann haben wir schon wieder das Problem. Hier bei unserer eigenen Pflegeeinrichtung mit insgesamt 4 Stationen ist es so, dass wir definiert haben, wie sie suchen sollen.

Suchen muss immer nach einer Struktur passieren. Das ist, wie wenn ich den Geldbeutel verliere. Ich verliere meinen Geldbeutel und irgendwann, weil da 1 000 € drinnen sind, werde ich nach spätestens 10 Minuten nervös – habe ich es hier vergessen, da vergessen und höre auf strukturiert zu suchen. Wir haben es für unseren Bereich so gemacht, dass immer am Haupteingang zur Station man links im Uhrzeigersinn anfängt und es werden immer alle Türen geöffnet. Dann kommt man automatisch auch bei dieser sehr schwierigen Architektur immer am Ende raus und habe keine Tür und nichts vergessen. Und es guckt die Pflege durch und dann auch noch mal, wenn wir kommen, zwei Helfer von uns, die dann wirklich nachschauen - ist der wirklich nicht in dem Bereich von der Pflegeeinrichtung. Wir haben nach 25 Jahren Rettungshundearbeit in Bayern das statistisch erhoben und 80 Prozent der Vermissten sind im 500-Meter-Radius zu finden. Und das ist alles ganz nah an der Pflegeeinrichtung. Und 60 Prozent sind im 1-Kilometer-Radius zu finden. Die Restlichen sind dann die „Läufer“. Da müssen wir dann auch wirklich mit der Pflege gut arbeiten, damit wir wissen, ist das wirklich einer, der laufend unterwegs ist oder ist der immer nur zum Essen und ist dann zurückgelaufen. Aber auch dann haben wir ja in der Demenz immer Momente, wo die dann nochmal ihren zweiten Frühling kriegen und noch mal ein eine andere Richtung abhauen und dann ein ganz anderes Verhalten zeigen. Das heißt, einmal ist das System für die Pflegeeinrichtung wichtig, dass ich wirklich alle Türen aufmache und wir haben das in diesem Pflegeheim gezählt. Es sind 81 Türen, die geöffnet werden müssen. Darin eingeschlossen sind immer alle Technikräume, auch alle eingeschlossenen Räume, also alle zugeschlossenen Räume und auch nachts um 3 Uhr. Und das ist schon ein Problem. Weil nachts um 3 Uhr hat die Nachschwester nicht den Schlüssel für die Werkstatt vom Hausmeister. Aber der Patient war vielleicht jahrelang

Schreiner und hat sich da unten wohlfühlt und abends hat er (Hausmeister) auch einfach abgeschlossen wie immer und hat nicht noch mal hineingeguckt. Wir hatten den Fall erst in einem Krankenhaus, dass eine Person im Technikraum von dem Hausmeister war und nach 3 Wochen haben sie ihn gefunden. Er war natürlich nicht mehr lebendig. Und das Problem ist, wir stehen da immer am anderen Ende, die Polizei hat alles Sagen und wir können nur beraten bei der ganzen Sache. Und wenn die Einsatzleiter sagen - wir haben durchgesucht, das glauben wir dann in den meisten Fällen, überzeugen sie aber davon, die Suche noch einmal zu machen. Und zwar einfach, weil wir mit einem anderen Auge gucken und weil man aber trotzdem in seiner eigenen Pflegeeinrichtung, wenn wir das täglich sehen, immer ein bisschen betriebsblind wird. Es ist wie das schwarze Brett – wenn da mal etwas Neues dranhängt, dann liest es niemand, außer es sind 1000 Post-ist dran, die leuchten.

Es ist ein Problem, dass wir diese Struktur immer im Uhrzeigersinn auch beibehalten haben. Wenn wir als Hundeführer mit unseren Flächensuchhunden, die können wir im Pflegeheim einsetzen, die zeigen alle Personen an, die liegen, sitzen, knien und stehen, das ist natürlich schwierig. Das heißt, es bellt dann nachts in jedem Zimmer. Das können wir auch wirklich nur zu Fuß machen und wirklich in alle Betten schauen und vor allem auch dann ist es wichtig – gehört der Bewohner auch wirklich in dieses Bett? Und die letzten 5 Einsätze haben wir dadurch beendet, als wir dann als Hundestaffel kamen, dass wir in der Pflegeeinrichtung noch einmal anständig geguckt haben, und uns auch einen Generalschlüssel haben holen lassen, dass wir dann in Räume hineinkamen, die normalerweise nicht offen sind.

Also man braucht prinzipiell in der eigenen Pflegeeinrichtung ein eigenes System, da können Sie auch gerne jederzeit auf mich zukommen, wie man so etwas macht. Die Suche allein für sich im Pflegeheim ist das Allererste und Allerwichtigste – das muss aber nach einer Struktur passieren. Und das macht einer oder machen zwei Personen und das wird nicht gewechselt. Die fangen mit ihrer Suche im Keller an und gehen durch bis unters Dach. Sie halten sich immer an ihre Struktur. Und es gibt nicht – „da habe ich schon geguckt, da ist er nicht, also ich mache auch mein eigenes Pflegedienstzimmer, wo ich mich den ganzen Abend aufgehalten hab, einfach mit, damit wir die Routine haben und einfach nichts vergessen“. Wir hatten das zum letzten Mal in Coburg, wo wir auch eine Pflegeeinrichtung haben, die eine Person vermisst hat. Wir haben die Flächen außen herum abgesucht. In 500 Metern hatten wir mit Flächensuchhunden gesucht und anderen Möglichkeiten, die wir mit unserem Einsatzkonzept noch haben. Und der Mantrailer läuft immer im großen Kreis um dieses Pflegeheim herum, der verlässt es nicht. Dann haben wir einen zweiten und dritten Hund eingesetzt und der verlässt dieses Pflegeheim auch nicht. Also der ist immer im 100-, 200-Meter-Bereich einfach immer außen herumgelaufen und hat keinen Weg nach außen gefunden. Das haben wir der Polizei mitgeteilt – „der muss hier sein! Wir gucken jetzt noch einmal durch alle Gärten und Ihr guckt bitte im Haus“. Und dann haben sie noch einmal ins Haus geguckt – nein, da ist er nicht. Dann haben 2 ehrenamtliche Hundeführer im Pflegeheim noch einmal nachgeschaut. Und sie fanden den Vermissten in einem Raum bei einem Verstorbenen. Das war der einzige Raum, der eigentlich tagsüber abgeschlossen war. Und da war die vermisste Person drinnen. Er lag unter dem Bett, es ging ihm gut. Das Problem bei der Sache ist – wenn jemand vermisst wird, hat man als Suchender relativ schnell immer einen Findexdruck, wird nervös und hat dann kein System mehr. Was wir einfach radikal machen, ist von innen nach außen schneckenförmig absuchen. Also wir machen das ja parallel, das heißt, der Mantrailer schaut, in welche Richtung ist er (der Vermisste) gelaufen, wenn er irgendwo hingelaufen ist. Die Flächensuchhunde suchen die Flächen ausserhalb ab und wir gehen alles noch einmal durch. Und damit ist man bis zu 90 Prozent effektiv. Wenn man das aber strikt so durchzieht, muss natürlich auch die Polizei mitmachen und da ist das Potpourrie der Polizeidienststellen auch in Bayern ganz bunt. Wir haben welche, die rufen uns schon nach ein, zwei Stunden schon an, dann gibt es welche, die rufen nach 48 Stunden an und sagen – da müsste man mal suchen. Und dann ist für uns halt der Einsatzwert nicht mehr da, weil, nach 48 Stunden im Winter – die Person zeigen meine Hunde nicht mehr an. Die können nur lebende Personen finden. Leichensuche ist der Polizei vorbehalten. Das machen

wir nicht und können es auch nicht, weil dann ist der Geruch so verändert, dass es überhaupt gar nicht mehr auf den ganzen Proteinaufbau (passt), was wir den Hunden beibringen.

Frage aus dem Auditorium: Wie lange können die Hunde im Einsatz sein?

Antwort Lorz: Im Schnitt gehen die Suchhunde mit 10 Jahren in Rente. Seine alte Hündin ist mit 8 Wochen in die Staffel gekommen, war mit 2 Jahren geprüft und jetzt nach 8 Jahren Einsatzfähigkeit geht sie mit 10 jetzt nächstes Jahr in den Ruhestand.

Frage aus dem Auditorium: Gibt es in jedem Bundesland solche Hundestaffeln?

Antwort Lorz: Er bejaht. In den anderen Bundesländern gibt es auch viele Privatorganisationen, die dann mit den Hilfsorganisationen zusammenarbeiten, um zu suchen. Die bilden dann meistens Zweckverbände, in Sachsen ist das zum Beispiel so, dass sie Zweckverbände haben. In Nordrhein-Westfalen haben sie Zweckverbände, wo sich dann alle zusammentun, ein gemeinsames Konzept haben und gemeinsam in den Einsatz gehen.

Frage aus dem Auditorium: Gibt es spezielle Hunderassen, die Sie ausbilden oder ist das egal?

Antwort Lorz: Das ist egal, alle Hunderassen, die wir nicht nehmen können, also alle, die hier auf der Liste stehen, also aus Vorbildzwecken und die schaffen es auch nicht, weil sie einfach so hochtriebig sind, dass sie diese ganzen menschenfreundlichen Übungen nicht schaffen, die wir machen und der Hund muss ja funktionieren. Ich habe zwei Labradore und das Schlimmste, was die machen, ist die vermisste Person, die sie finden sollen, mal anschlecken aus Liebe. Mehr machen sie nicht, aber sie dürfen die versteckte oder vermisste Person einfach nicht beschädigen. In Bayern haben wir eine Statistik. Die Retriever sind eigentlich die häufigsten geprüften Rettungshunde, danach kommen die Mischlinge, danach Hütehunde und ganz am Schluss die Jagdhunde. In der Fläche ist das so – in der Personensuche sind eigentlich immer die Jagdhunde, die man direkt vorn hat. Sowohl die Bloodhounds, die eigentlich eher für die Nachsuche sind oder halt sonstige Mischlinge. Aber ich habe immer einen großen jagdlichen Stöber- oder Stellwert in der Hundezucht gehabt. Dann können sie das schon, dann sind die schon spurtreu. Da muss man ihnen nur noch beibringen – „Reh ist Scheisse, Mensch ist toll!“ (*Gelächter*).

Während der Suche macht jedes Hundeteam so ungefähr 5 bis 20 Kilometer, die sie da laufen und der Hund dementsprechend leicht das Vierfache, weil er ja frei durch den Wald läuft. Und bei den Personensuchhunden ist das so, sie haben eine gewisse Zuggeschwindigkeit, wenn die dann wirklich auf der Spur und spurtreu sind und das gut funktioniert, von bis zu 20 Km/ h. Das nicht ganz entspannend hinterherzulaufen, das ist schon Sport. Und da sieht man auch das Problem, wir können keine große Jacke mitnehmen oder etwa eine Matratze, das geht nicht (*Gelächter*). Funktioniert nicht. Es kann klein sein und es muss stinken, nach der Person.

Zusatz-Frage aus dem Auditorium: Was kriegen die als Belohnung?

Antwort Lorz: Futter funktioniert immer. Entweder Futter oder dann das Lieblingsspielzeug. Die Polizei baut da auch immer drauf. Oder die Hunde finden immer heraus, wie sie einen Snack kriegen können. Und bei mir ist das inzwischen Käse, Weißwurst, Würstchen. Meine Hunde sind verfressen, für die ist Futter alles, Spielzeug ist egal! Ansonsten gibt es manchmal viele Hunde, die auf Bälle stehen, dann ist halt der Ball immer bei der Respektperson im Training und dann ist es klar - da muss ich hin, da muss ich bleiben und da bekomme ich den Ball, weil, für die Hunde ist es nur ein Spiel.

Die 3. Kategorie, die wir an Hunden haben, sind Trümmersuchhunde dann für den Auslandseinsatz oder für den Inlandseinsatz, wenn das Gebäude eingestürzt ist. Das Prinzip ist das gleiche, mit dem gleichen Geruchsfeld, aber ist dann speziell nur dafür geeignet.

Herr Lorz bedankt sich bei den Zuhörer:innen.

5.2 Themen & Rückmeldungen der Mitglieder

Filmtip:

Eine Teilnehmende legt den Anwesenden den dänischen Film „Mitgefühl“ nahe. „Mitgefühl“ ist person-zentriertes Arbeiten. Der Film ist in Dänemark entstanden. Das ist ein anderes System, aber dieses personenzentrierte im Zusammenleben kommt bei dem Film unheimlich gut raus, bis hin zu einer Sterbebegleitung, wo sich das Team findet und in der Fallbesprechung berät – wir müssen jetzt zum Wohl in die andere Richtung gehen, alle zusammen. Dieser Film ist wirklich empfehlenswert!

<https://www.3sat.de/film/dokumentarfilm/mitgefuehl---pflege-neu-denken-100.html> (Dauer: 1h 35).

Spielerisches:

Eine Teilnehmende hat in eigener Sache für die Firma Wehrfritz (www.haba-pro.com) gearbeitet, Produkte entwickelt und die Firma Wehrfritz hat 10 Jahre diese Produkte bauen lassen. Vor 3 Monaten hat die Firma Wehrfritz ihr mitgeteilt, dass sie sich von der Altenpflegeabteilung trennt, ihre Produkte werden „ausgeschlichen“, die wird es nicht mehr geben. Sie hat eine Behindertenwerkstatt bei Ravensburg aufgetan, die diese Produkte auf Wunsch herstellen können. Es wurden auch die Lebensfragen gecancelt.

Bücher-Tipps:

Eine Teilnehmerin hat auf der Altenpflegemesse das Pixibuch „**Lilly und ihre vergessliche Oma**“ gefunden, das den Eltern oder Großeltern mitgegeben werden kann, es sei allerliebst gemacht und gut für Kinder aufbereitet. Sie gibt dies Buch auch vergrößert in Präsentationen weiter. Erhältlich ist das Buch bei www.Pixie.de oder <https://www.mydealz.de/deals/bmfsfj-pixi-buch-lilli-und-ihre-vergessliche-oma-kostenlos-bestellbar-animationsfilm-lernspiel-weiteres-nutzliches-material-freebie-2234400>

Eine Teilnehmerin: Ich habe **hier ein Buch**, das ist so ein Gegenstück zu Monika, das heißt „**Opa, vergisst du mich?**“ Das hat mir eine Verlegerin zugeschickt mit der Bitte es zu lesen, weil sie das Buch überarbeiten möchte. Das habe ich gemacht, Ich fand das ganz einfach geschrieben von einem Mädchen, das immer ihren Opa besucht und dann irgendwann feststellt, dass das mit dem Opa nicht mehr so klappt. (Mehr Info hier: <https://www.lovelybooks.de/autor/Anika-Biel/Opa-vergisst-du-mich-2998394782-w>). Das Buch ist gerade in der Überarbeitung, da kam Frau Biel (Autorin) auf mich zu, ob ich nicht ein kleines Nachwort dazu schreiben könnte. Das habe ich getan und habe drunter geschrieben – Mitglied der DED.

Und dann habe in der letzten Zeit, ich bin ja beruflich nicht mehr aktiv, habe mehr Freizeit, arbeite ehrenamtlich und habe mich dem Thema „Demenz in jungen Jahren“ ein bisschen gewidmet und bin auf Yasemin Aicher gestoßen, die 42 war, als sie die Diagnose Demenz bekommen hatte. Bei ihr ist halt noch Parkinson dabei und sie hat dieses Familiäre Mittelmeerfieber (Anm: FMF) zusätzlich, wo sie permanent auf Medikamente angewiesen ist. Sie ist in zweiter Ehe verheiratet, hat einen lieben netten Mann, da habe ich erst das Buch gelesen. Ich fand es sehr interessant, sie wusste, dass sie beginnende Demenz hat, und ist zu Untersuchungen geschickt worden von ihrem Hausarzt. Der untersuchende Professor hatte das Ergebnis in der Hand und sagt ihr – „Sie bilden sich das alles nur ein, Sie sind kerngesund!“ Das fand ich einen so tollen Satz und sie ist zu ihrem Hausarzt und der hat nur gesagt – „nein, die Diagnose ist (eindeutig)!“. Die Frau ist jetzt fast 60, hat schon viele Jahre Demenz und ihr Mann hat angefangen ein Buch zu schreiben, (https://www.buecher.de/shop/fachbuecher/meine-frau-hat-demenz-na-und/aicher-frank/products_products/detail/prod_id/64258482/) „**Meine Frau hat Demenz... Na und?**“, weil er

seine Frau begleitet hat und das jetzt schon seit 14, 15 Jahren. Hier tue ich mich sehr schwer, weil er 14 Tage bei der Begleitung seiner Frau beschreibt. Ich bin jetzt am Tag 10 und man kann von dem Buch immer nur so ein Stück lesen, weil ja ganz viel Liebe drinsteckt und ich spür das immer wieder – er hat kein eigenes Leben mehr, weil er sich voll und ganz auf das Leben seiner Frau einstellt, vom Tagesablauf, von allem. Dadurch, dass sie ja erkrankt ist, bleibt ihm kaum noch Zeit. Und da schreibt er:

“Ich nehme ihr die Brille vom Kopf und die Fernbedienung aus der Hand, schalte den Fernseher aus, decke sie zu, gebe ihr einen Gute-Nacht-Kuss und sage ihr leise, dass ich sie liebe. Dann be-gebe auch ich mich in mein Bett. Während ich darauf warte, dass mich der Schlaf übermannt, gehen mir verschiedene Gedanken durch den Kopf. Wieder einmal muss ich daran denken, dass mir die Zukunft schon eine gewisse Angst macht. Wie wird es werden mit Yasemin? Wie wird sich ihre Demenz entwickeln? Schließlich lebt sie mit der Diagnose mittlerweile knapp 14 Jahre. Werde ich ihr dann noch gerecht werden können, so viele Fragen, aber keine Antwort, zumindest nicht in diesem Moment, da mich der Schlaf endlich übermannt.“

Und so kommt immer wieder so ein Zitat von ihm, wo er spürt, er ist krank, irgendwas stimmt nicht, aber er muss ja funktionieren. Und das liest sich eben nicht so schnell. Sie wird nach dem Buch gefragt und nennt zunächst das Buch von Yasemin Aicher, das im Eigenverlag erstellt wurde: (<https://www.lovelybooks.de/autor/Yasemin-Aicher/>) **„Ich habe Demenz – keine Angst, ist nicht ansteckend“**. Jemand nennt die ISBN-Nummern: 9783756228591 und das erste Buch ISBN: 9783754339657. Viel Info gibt es von Yasemin Aicher auch im Internet. Die hat noch immer eine wahnsinnige Power.

Ratgeber:

DED Mitglied: Jetzt gibt es ja relativ neu einen **„Ratgeber in rechtlichen und finanziellen Fragen“** von der Deutschen Alzheimergesellschaft zum Thema Demenz, den kann man sich auch bestellen: (<https://www.deutschealzheimer.de/artikel/rechtliche-und-finanzielle-fragen-bei-demenz-ratgeber-der-deutschen-alzheimer-gesellschaft-erklaert-was-zu-tun-ist>) 11. Auflage, 07/ 2023. Es lohnt auch bei bestehendem Wissen, dort einmal hineinzugucken und man kann es auch wirklich guten Gewissens mitgeben. Das Buch ist ein wenig fordernd und man muss ein wenig vorarbeiten, wenn es um Beratung oder um ein Gespräch geht. Aber hier ist alles gut zusammengefasst.

Ich bin auch Mitglied bei der Zeitschrift, der Herausgeber-Runde **„pflegen:Demenz“** und in Kürze findet die Abstimmung für die Themen 2024 statt. Ich wollte hier in der Expertenrunde noch einmal fragen, was sind denn - Ihrer/ Eurer Meinung nach - wichtige Themen, die einfach hier in so einem Heft mal behandelt werden sollten?

Offener Austausch:

Teilnehmerin: Bei uns ist jetzt die jüngste Bewohnerin eingezogen, mit 50, die noch in der Familienphase ist, wo der Ehemann und die Tochter sehr große Probleme haben sich damit auseinanderzusetzen, dass die Mutter eben schon länger an Demenz erkrankt ist und einfach aus der Familie jetzt auch rausgegangen ist, weil die beiden das nicht mehr geschafft haben, sie zu betreuen. Und für die Frau, die auch noch mitkriegt, ist es sehr schwierig, sich in so einem Altenheim wiederzufinden. Und da habe ich viel mit den Angehörigen gesprochen und hab gedacht – was kann ich ihm und seiner Tochter, die ist 16, an die Hand geben an Tipps, wo können sie Hilfe finden. Wenn man da etwas hätte, das wäre eine wichtige Geschichte.

A. Wedlich, Magdeburg: Es gibt ja dieses Modellprojekt jetzt von der Bundesregierung, an dem 10 Einrichtungen in Deutschland teilnehmen zur Personalbemessung und wir sind eine davon. Vielleicht kann man ja beim nächsten Mal ein bisschen darüber berichten. Mal gucken, aber das geht jetzt erst los, das geht also bis Ende September nächsten Jahres. Und das ist einfach noch mal eine Erhebung, ja, also so richtig wissen wir noch nicht, wie es weitergeht, also es hat jetzt erst angefangen. Aber wir können vielleicht dann irgendwas darüber berichten.

6. Verabschiedung und eine Bitte

Heike Schwabe, 1. Vorstandsvorsitzende der DED: Gut, es war ja jetzt das erste Mal, dass wir in dieser Weise uns getroffen haben und es ist vieles im Umbruch, vieles im Aufbruch, ich hoffe, nicht alles im Abbruch. Und wir müssen daraus ja auch irgendwelche Konsequenzen ziehen – wir im Vorstand werden uns im November treffen, dann 1 ½ oder 2 Tage oder einen Tag und eine Nacht und auch Vieles aufarbeiten. Und ich möchte Euch ganz herzlich bitten, uns bitte eine Rückmeldung zu geben. Entweder tatsächlich ins Wünsche-Buch zu schreiben, das liegt vorne, aber genauso auch sacken lassen und auch per E-Mail uns irgendwie rückzumelden, wie das jetzt so war. Also auch ruhig die neueren Gäste, die eigentlich die Alternative ja gar nicht kennen – einfach bitte, bitte zurückmelden!

Heike Schwabe liest noch eine Abschiedsgeschichte vor, wünscht allen ein gutes Nachhausekommen und verabschiedet die Teilnehmenden.

7. 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: 04265 / 954 98 40; E-Mail: info@demenz-ded.de