

Demenz: Labrador Jonah hilft Dr. Hoffmann Türen öffnen

Von Ulrich Stoltenberg | Schwedisches „Silviahemmet-Konzept“ steigert Lebensqualität

Eine weißhaarige Seniorin (Name der Redaktion bekannt) sitzt im Garten des Kölner St. Hildegardis-Krankenhauses im Rollstuhl, gibt dem hellwachen Labrador Jonah ein Leckerli. Keine Spur von Distanz. Sie spricht im vertrauten Ton mit dem sympathischen Tier. Doch die Hündin, die ungewöhnlicherweise ins Krankenhaus darf, gehört nicht zu der Patientin. Die beugt sich trotz-

dem so weit es geht, herunter, redet Jonah zu, streichelt sie, klopf ihr sanft und vertraut auf den Hinterkopf, als wollte sie sagen „das wird schon wieder!“. Dabei kann die Seniorin selbst Zuspruch gut gebrauchen. Sie ist an Demenz erkrankt.

Doch nicht wie Rudi Assauer, Ex-Manager von Fußball-Bundesligist Schalke 04 und der derzeit bekannteste der 1,3 Millionen Deut-

schen (2011) mit Demenzerkrankungen, geht sie öffentlich damit um, die leisen Töne sind eher ihre Art. Diese Freude und Innigkeit zwischen Mensch und Tier, der kleine Moment des Glücks freut auch ihren behandelnden Arzt, den Altersmediziner und Chefarzt Dr. Jochen Hoffmann. Hundefreund Hoffmann ist der Arzt, der die Hunde ins Krankenhaus holte für ein „positives, angstfreies Umfeld“. Der 47-jährige Familienvater hat zwei Hunde, schätzt den Einfluss der Helfer auf vier Pfoten: „Sie können Türen öffnen, die uns ohne ihre Hilfe verschlossen blieben.“

Schweden heißt das Vorbild für den wöchentlichen Hundebesuch zu therapeutischen Zwecken. Königin Silvia von Schweden (geb. Sommerlath aus Heidelberg) kam gern nach Köln, als die deutschen Malteser hier die erste Demenz-Station nach dem schwedischen „Silviahemmet-Konzept“ (schwedisch für: Silviaheim) eröffneten.

„Wir sind Modellprojekt für Deutschland“, so der Facharzt für Innere Medizin, Klinische Geriatrie, Palliativmedizin, Physikalische Therapie und Silviahemmet-Trainer Jochen Hoffmann. „Wir akzeptieren, dass Demenz nicht heilbar ist und fortschreitet. Aber wir wissen, dass eine Steigerung der Lebensqualität möglich ist, ohne die betroffenen Menschen zu etwas zu zwingen, was sie nicht wollen.“

Und Hoffmann wird tragischerweise noch mehr unfreiwillige Patienten bekommen: Bis 2030 wird es, der Alterspyramide geschuldet, etwa 1,8 Millionen Erkrankte in Deutschland geben, davon etwa 70 Prozent Frauen, 30 Prozent Männer. Bis zum Jahr 2060 ist mit 2,5 Millionen Demenzen zu rechnen, das wären etwa 3,8 Prozent. Der Anteil der Dementen an der

Bevölkerung verzweieinhalbfacht sich somit in 50 Jahren (Barmer GEK Pflegereport 2010). Bekannte Risikofaktoren sind ein hohes Lebensalter, Depressionen, Herz- und Gefäßerkrankungen, Stoffwechsel-Erkrankungen, Diabetes, Rauchen und Alkoholismus. – Demenz ist logischerweise der Hauptgrund für Pflegebedürftigkeit.

Stürze und Operationen, verbunden mit einem Krankenhausaufenthalt, bedeuten bei leichter bis mittlerer Demenz oft einen fatalen persönlichen Einbruch. Bei vielen leicht Erkrankten fällt die Krankheit oft erst in der Klinik auf. Im Krankenhausbetrieb lässt sich allerdings wegen bitterer Sachzwänge kaum Rücksicht darauf nehmen: Missverständnisse, übles Getuschel unter Mitpatienten und Konflikte sind oft die Folge. Umso wichtiger für Dr. Hoffmann, seine verletzlichen Demenzerkrankten so zu umsorgen, wie es deren sensiblem Gemüt und eingeschränktem Vermögen entspricht.

Die Krankenhaus-Stationen sehen deshalb deutlich anders aus: Die Patientenzimmer haben keine Nummern, sondern sind an Tierfotos zu unterscheiden. Bewegung ist ausdrücklich erlaubt und ärztlich erwünscht. Ein Grund dafür, dass die Betten auf „Station Silvia“ tagsüber meist leer sind: Die Patienten sind stattdessen in Gesellschaft, reden miteinander im hellen Wohnzimmer, das mit roten Sesseln und einer gemütlicher Sitzzecke ausgestattet ist. Damit die Wochentage einen Rhythmus vorgeben, wird jeweils freitags gebacken, dienstags kommt etwa der Besuchshund vom Demenz-Servicezentrum. Seltene Dinge, auf die sich auch Demenz-Patienten freuen können. ■

Das Gegenteil des Alltags in einer Klinik: Königin Silvia von Schweden eröffnet die Demenz-Station nach schwedischem Modell.





Therapiehund hilft Patienten

Der LION im Gespräch mit Altersmediziner und Chefarzt Dr. Jochen Gerd Hoffmann und Änne Türke, Diplom-Sozialarbeiterin und Altenpflegerin, über die bereits gemachten Erfahrungen. Änne Türke leitet am Demenz-Servicezentrum Nordrhein-Westfalen (DSZ) für die Region Köln und das südliche Rheinland das von ihr 2008 mitinitiierte Projekt „4 Pfoten für Sie“. Außerdem schult sie Ehrenamtler mit eigenen geeigneten Hunden für den Besuchsdienst bei Demenzkranken.



LION: Wer sind genau die Träger des Projekts?

Dr. Jochen Gerd Hoffmann: Der Hundebesuchsdienst ist ein gemeinsames Projekt des Malteser Krankenhaus St. Hildegardis mit dem Projekt „4 Pfoten für Sie“, das von Änne Türke geleitet wird.

Änne Türke: Die Idee, das hier auch für das Krankenhaus anzubieten, ist insofern einmalig. **Hoffmann:** Vielleicht erzähle ich noch mal was über die Grundlage, wieso ausgerechnet wir mit einem Hund arbeiten.

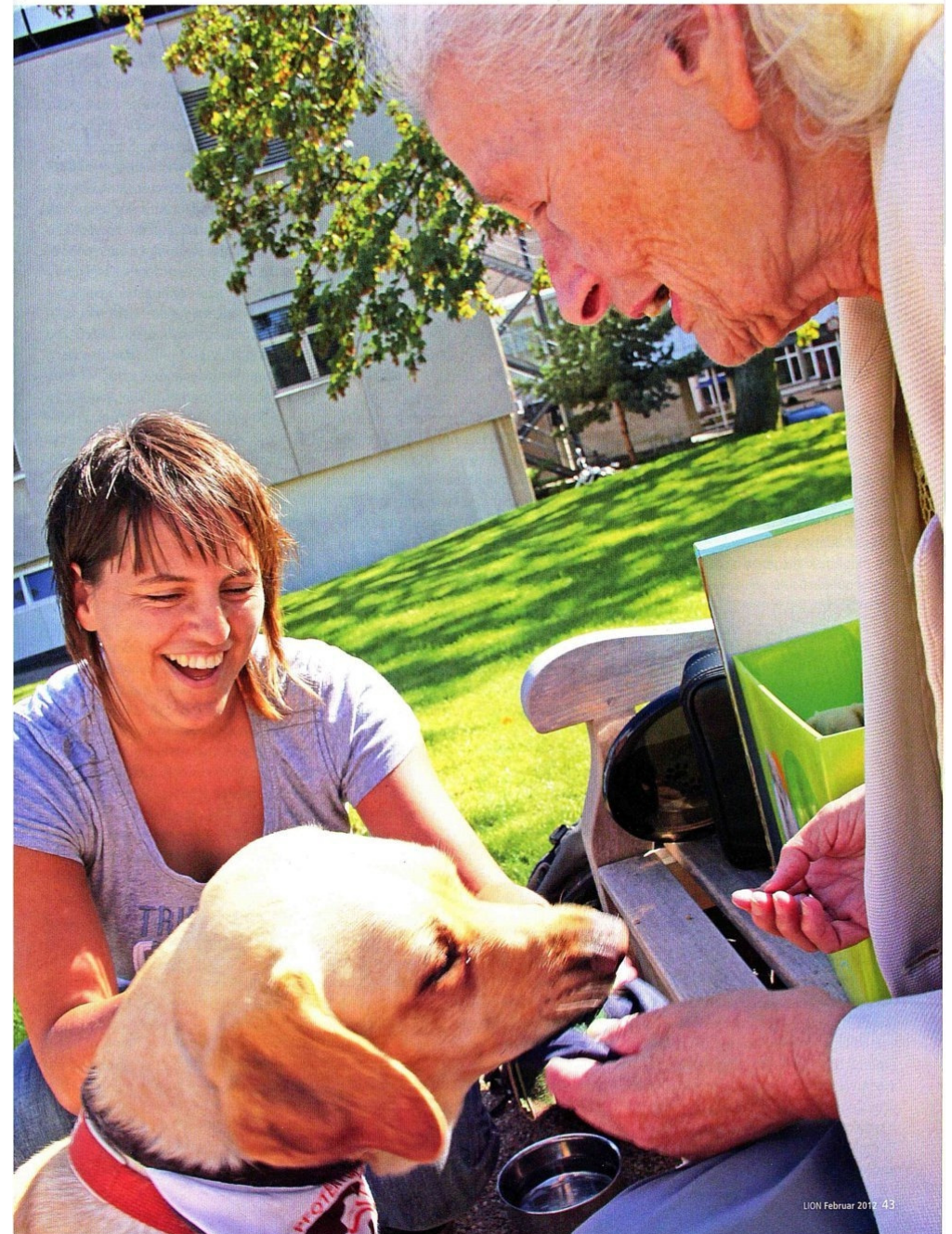
LION: Eine Steigerung der Lebensqualität, haben Sie gesagt, sei möglich, ohne die betroffenen Menschen zu etwas zu zwingen, was sie nicht wollen: Wir sorgen für ein positives, angstfreies Umfeld.“ Wie kann man sich vorstellen, wo die Ängste liegen, wie man die Patienten nicht überfordert, wo die zusätzliche Chance ist? Vielleicht kann man das so gliedern?

Hoffmann: Man muss ja sagen, demenziell erkrankte Menschen tun sich schwer mit neuen Umgebungen, das heißt, wenn sie ein bestimmtes Stadium an Demenz erreicht haben, ist jeder Umgebungswechsel mit Stress verbunden. Das heißt, sie kommen in eine Umgebung, die sie in der Regel nicht kennen, das löst Angst aus, das löst Stress aus, und diese Faktoren können auch bei einem Demenzkranken Aggressivität, Unruhe, Weglauftendenzen und ähnliches auslösen. Und da sind wir natürlich bemüht,

mit unserem Konzept möglichst eine vertraute Umgebung zu schaffen. Und wenn wir einen Blick auf Station Silvia werfen, haben wir beispielsweise ein Ess-Wohnzimmer eingerichtet, das gemütlich ist und möglichst wenig Krankenhausatmosphäre ausstrahlt. So dass also diese Fremdheit, dieses Neue gar nicht so ausgeprägt ist bei dem Patienten. Der zweite Punkt ist das Tempo. Demenziell erkrankte Menschen kommen mit hohem Tempo nicht zurecht, und ein Krankenhaus ist eine Institution, wo mit einer hohen Schlagzahl normal gearbeitet wird. Das fängt damit an, dass der Krankenhausaufenthalt heutzutage in der Regel kurz ist, aber auch die ganzen Prozeduren. Die Tage sind vollgepackt mit Diagnostik, mit Untersuchungen, mit Technik, die auch unangenehm sein kann, beispielsweise eine Röntgenuntersuchung: harte Unterlage, kalt, eventuell ist dann auch keine Begleitperson dabei. So was verschreckt, so was ängstigt und man weiß also, wenn man diese von vorne herein schon fremde, ungewohnte und unangenehme Situation gut verpackt, also durch eine freundliche Umgebung, durch freundliche Farben, durch Personen, die Wärme ausstrahlen, die Verständnis und Empathie ausstrahlen, dass man eben diesen Stressfaktor deutlich senken kann.

Und wenn man dann auch noch das Tempo ein bisschen drosselt und sagt, ich mach' ein

Foto: St. Hildegardis Krankenhaus und Ulrich Stoltenberg





Tagesprogramm mit den Patienten, das genügend Aktivität, aber auch genügend Pausen enthält und reserviere für die notwendigen Untersuchungen nur bestimmte Zeitfenster, so haben wir das auch auf Station Silvia gemacht. Das heißt, wir haben gesagt, Untersuchungen sind nur von der bis zu der Zeit möglich. Manches ist nicht zu umgehen, Röntgenuntersuchungen etwa müssen stattfinden, aber die übrige Zeit ist eben ein patientengerechtes Tagesprogramm mit viel Struktur, ob das Bewegungseinheiten sind oder gemeinsame Mahlzeiten oder eben Spiele oder Musik. Zwischendurch aber auch Ruhephasen, und da zeichnet es sich ab, dass das eben den Stress, die Unruhe deutlich vermindern kann.

LION: Kann man das so verstehen wie ein Krankenhaus, das keins sein darf? Das nicht so aussehen darf?

Hoffmann: Es ist natürlich im Grunde genommen die Kopplung von Hightech-Medizin und häuslicher, heimartiger Umgebung, es soll nicht so aussehen und nicht so ticken.

Änne Türke: Also es muss natürlich funktional sein in einem Krankenhaus, aber funktionieren tun Demenzerkrankte in der Regel nicht, und die Frage hier ist, wer sich auf wen einstellen kann. Und da ist es das Krankenhaus, das dann den ersten Schritt macht mit so einen Konzept, zu sagen, wir versuchen es wenigstens und haben ja auch gute Erfahrungen, dass man sich ein bisschen drauf einstellen kann.

Hoffmann: Es gibt ja auch den Satz „der Patient hat sich nicht an die Institution anzupassen“, wie es leider normalerweise ist, sondern die Institution muss sich an Patienten anpassen.

LION: Wie sind die bisherigen Erfahrungen?

Hoffmann: Die sind sehr positiv, es ist so, dass es sich abzeichnet, dass wir mit weniger Beruhigungsmitteln, mit weniger Psychopharmaka auskommen. Dass auch die Tendenz, die Weglauftendenz, die ja bei demenzerkrankten Menschen teils ausgeprägt ist, geringer ist und dass beispielweise auch die Sturzgefahr relativ gering ist auf der Station.

Änne Türke: Ich würde einen Aspekt gerne nochmal auf die Station lenken: Ich arbeite im Demenz-Servicezentrum, und wir haben viele Anrufe auch von Angehörigen, die sagen: „Meine Mutter, mein Vater muss ins Krankenhaus oder war im Krankenhaus, wir machen uns Sorgen“, oder es ist sogar der Fall eingetreten, dass durch diese Stresssituation – ich weiß nicht, wie lange die Verweildauer jetzt normal üblich ist, zwei, drei Wochen oder weniger.

Hoffmann: Etwa vierzehn Tage.

Änne Türke: Wenn jemand mit der Nebendiagnose Demenz in ein Krankenhaus kommt, dann ist das häufig auch der Moment, wo die Versorgung zuhause nicht mehr funktioniert. Also die Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder der kognitiven Leistungsfähigkeit. Wenn zum Beispiel jemand stürzt und hat dann einen Oberschenkelhalsbruch oder eine Infektion, ist das der Grund, warum er ins Krankenhaus muss. Dann können diese zwei, drei Wochen entscheidend sein für das Weiterleben zuhause.

Und wenn er im Krankenhaus eben nicht gut aufgefangen wird, dann ist das ganz häufig ein Einzugsgrund in ein Heim, weil dann die Verschlechterung einfach so offensichtlich ist, dass die Versorgung zuhause nicht mehr möglich ist. Und das find' ich auch nochmal entscheidend, dass die Versorgung im Krankenhaus so gut wie möglich sein soll. Im besten Falle soll der Patient auch danach gut weiter versorgt werden, mit mehr oder weniger starken Einschränkungen oder Veränderungen. Wenn das so gelingt, dann reden wir noch nicht mal über eingesparte Kosten, sondern das hat ja ganz viel mit Lebensqualität zu tun und wie sich die Menschen, wieder in ihrem gewohnten Verhältnissen zurecht finden.

Hoffmann: Und deswegen ist es wichtig, Kooperationspartner zu haben, von denen man weiß, dass sie eben auch eine gute Demenzarbeit leisten. Dabei kommt es gar nicht darauf an, dass sie haargenau dasselbe Konzept haben, das wird man selten finden. Aber eben dass man weiß, das sind Leute, die eben auch wertschätzend, symptomlindernd und die Angehörigen einbeziehend mit den Patienten umgehen.

LION: Danke, sie haben meine Frage zur Nebendiagnose bereits beantwortet. – Wenn wir aber noch mal ein Schritt zurückgehen, vielleicht zum Ausgangspunkt des Konzeptes.

Hoffmann: Gut, der Ausgangspunkt ist ja der, dass der demenzerkrankte Mensch leidet, eine unheilbare Erkrankung zum heutigen Zeitpunkt. Unheilbar und fortschreitend, kontinuierlich fortschreitend. Das heißt, wir haben also keine Möglichkeit einer kausalen Therapie, sondern wir müssen uns heutzutage beschränken auf symptomlindernde Maßnahmen. Also Demenzbehandlung ist eigentlich immer symptomorientierte Therapie, und jetzt ist es ja so, dass Erkrankungen, die unheilbar und fortschreitend sind, sehr häufig von palliativmedizinischen Konzepten abgedeckt werden. Also, wenn Sie an böse Erkrankungen denken, onkologische Erkrankungen, da ruft man sehr bald Palliativmedizin, auch zu Recht. Und das Konzept, das wir betreuen, das „Silviahemmet-Konzept“, ist ein palliativorientiertes Konzept aus den genannten Gründen. Sie haben eine unheilbare Erkrankung, Sie wollen symptomlindernd arbeiten, das erreichen Sie aber nur, wenn Sie eine gute Beziehung zum Patienten aufbauen, sagt das „Silviahemmet-Konzept“.

Das heißt, ich muss Techniken erlernen, das kann zum Beispiel Validation sein, wie ich eine gute Beziehung zum Patienten aufbaue und lerne, mit dem Demenzerkrankten zu kommunizieren. Das ist ja durchaus, gerade im fortgeschrittenen Stadium, sehr schwierig, weil beispielsweise auch die Sprache zerfallen, und ein richtiger Sprachverlust auftreten kann. Und wichtig ist auch, dass eben dieses nur gelingt, wenn Sie in einem Team arbeiten. Das wäre also die dritte Säule, also Symptomkontrolle, Beziehungen und Kommunikation zählen zur zweiten Säule. Dritte Säule Teamarbeit, das heißt, keine Berufsgruppe alleine schafft das, sie brauchen also Experten beim Pflegedienst, ärztlichen Dienst, Therapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorger und so weiter. Alternativen, Richtungen, Psychologen beispielsweise und last not least, und das ist ganz entscheidend, also unser „Silviahemmet-Konzept“ arbeitet mit den Angehörigen, das heißt, wir schulen nicht nur unsere Mitarbeiter in diesem Konzept: Wir müssen vermitteln, wie man diese Kommunikation, diese Beziehung aufbaut, führen deshalb mit Angehörigen Schulungen durch.

LION: Das scheint mir ganz wichtig zu sein?

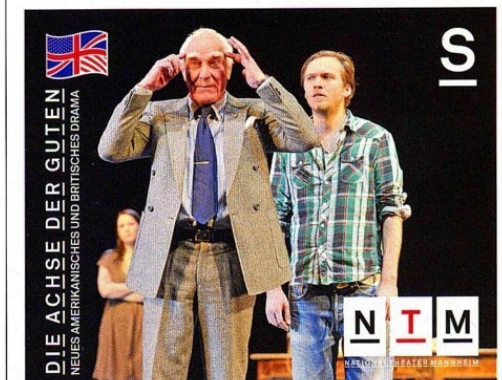
Hoffmann: Das ist die vierte und auch genau so wichtige Säule wie alle andern bei „Silviahemmet“. Der Angehörige ist praktisch Teammitglied, er gehört zum Behandlungsteam essenziell dazu. Siebzeh bis achtzig Prozent der demenziell erkrankten Menschen werden zuhause versorgt und nicht im Heim. Und wie Frau Türke sagte: „Nur vierzehn Tage sind die bei uns auf der Station und die ganze übrige Zeit muss das überwiegend der Angehörige schaffen.“ Und deswegen ist diese Schulung wichtig, das ist jetzt in Kürze der Ansatz: Es gibt eben Studien, vor allen Dingen aus dem angelsächsischen und skandinavischen



Raum, die zeigen ein palliatives Konzept wie „Silviahemmet“, es kann die Lebensqualität demenziell erkrankter Menschen steigern, das ist die erste Feststellung. Die zweite Feststellung ist, dass das nicht unbedingt viel kosten muss. Es ist mehr so eine, im Grunde genommen eine Philosophie, eine Herangehensweise.

LION: Und jetzt ist bei Palliativmedizin aber immer das Problem, dass zusätzliche Räume bereitgestellt werden müssen, wie gelingt das?

Hoffmann: Also das betrifft ja die Frage der Kosten, das ist natürlich im Grunde genommen gar nicht so einfach. Wir haben jetzt das Glück, dass wir eine altersmedizinische, geriatrische Klinik sind und auch bestimmte Ver-



BUNNY (DSE)
von Jack Thorne
26. und 29. Februar 2012,
9. und 17. März 2012

DER ANDERE ORT (DSE)
von Sharr White
1. März 2012

**EINE ENTHANDUNG
IN SPOKANE (DSE)**
von Martin McDonagh
22. und 27. Februar 2012

**RATGEBER FÜR DEN
INTELLIGENTEN
HOMOSEXUELLEN ZU
KAPITALISMUS UND
SOZIALISMUS MIT
SCHLÜSSEL ZUR
HEILIGEN SCHRIFT (DSE)**
von Tony Kushner
28. Februar 2012,
18., 29. und 30. März 2012

TINY KUSHNER (DSE)
von Tony Kushner
Premiere im Juli 2012

KARTEN UNTER TEL. 0621 1680 150 UND WWW.NATIONALTHEATER.DE



gütungsmöglichkeiten haben. Wir können als geriatrische Klinik eine sogenannte geriatrische Komplexbehandlung abrechnen, die uns in eine höhere DRG, also Fallpauschale katapultiert. Und das ist sicherlich eine Möglichkeit, diesen zusätzlichen Aufwand, den ich durch diese Maßnahmen habe, also erhöhter Personalschlüssel, Schulungsaufwand und Konzept der Altersbegleiter, zu begleichen. Wir haben zusätzlich zum klassischen Personal Altersbegleiter zu finanzieren. Schwieriger wird es dann an Häusern, die keine geriatrische Klinik haben und nicht die Möglichkeit der geriatrischen Komplexpauschale. Das Problem ist noch nicht gelöst, und da wird aber auch auf eine

andere Ebene geschaut. Der paritätische Wohlfahrtsverband, insbesondere die Gesellschaft für soziale Projekte, Dr. Susanne Angerhausen ist da die Vorsitzende. Sie ist sehr damit befasst, wie man so was etablieren kann, dass sich im Grunde genommen in jedem Krankenhaus so etwas durchsetzt.

Änne Türke: Auch in allgemeinmedizinischen Krankenhäusern. Ich kenne jetzt hier aus Köln eigentlich nur das Krankenhaus in Porz, die haben zumindest Demenzbeauftragte, die dann auch schon mal Mitarbeiter schulen oder die informieren, wenn Patienten mit der Nebendiagnose Demenz ins Krankenhaus kommen.



LION: Also da bleibt nur, weil bisher keine Lösung in Sicht ist, der Weg in die entsprechenden geriatrischen Abteilungen, um den passenden Abrechnungsschlüssel zu haben?

Hoffmann: Genau.

Änne Türke: Hier noch mal die Besonderheit, dass auch in dieser geriatrischen Abteilung nochmal eine spezielle Station geschaffen worden ist und die ja nochmal anders abrechenbar ist. Aber wo es eben auch noch vom Wohnumfeld lebenswert ist.

Hoffmann: Es gibt ja in Köln drei geriatrische Kliniken, wir sind aber die einzige, die so eine Spezialstation hat, aber auch das würde gar nicht ausreichen. Also, nach unserer Auffassung im Projekt, aber ich denke Frau Angerhausen von der GSP denkt nicht so sehr viel anders, müsste jedes Krankenhaus so eine Station haben und man schätzt, mindestens zehn Prozent der Krankenhausbetten müssten eigentlich Demenzspezialbetten sein.

LION: Und das große soziologische Phänomen des Altersbaums, das kommt ja noch an Ihnen vorbei, also bei der Demenz. Wie lange dauert das, zehn, fünfzehn Jahre?

Hoffmann: Also die nächsten zehn bis fünfzehn Jahre tut sich da noch gewaltig was, es können auch noch zwanzig Jahre sein, bis dann nur die Absolutzahl nachlassen wird durch die Bevölkerungsgrundlage.

Änne Türke: Ich würde fast sagen, wir sind jetzt mittendrin, weil die Diskussionen gab es auch schon in den Neunzigern, also diese Hochrechnung und so weiter, jetzt kann man sein eigenes Alter damit verbinden, aber im Prinzip sind wir schon in dieser Spirale.

LION: Gibt es weiterhin noch eine Verbindung nach Schweden?

Hoffmann: Die gibt es. Zunächst ging das „Silviahemmet-Projekt“ bis Ende 2010, also von Anfang 2009 bis Ende 2010, zwei Jahre. Das ist verlängert worden bis Ende 2012, nochmal für zwei Jahre. Und diese Kooperation sieht vor, sah auch in der ersten Phase vor, dass Trainer ausgebildet wurden, sogenannte „Silviahemmet-Instruktoren“, ich selber bin auch einer von diesen 25, die bundesweit von den Maltesern ausgebildet wurden. In der ersten Tranche waren es mit mir zehn und nachher noch mal fünfzehn. Und diese „Silviahemmet-Trainer“ sollen an ihren Einrichtungen dann als Multiplikatoren fungieren und in Form von Kursen und

Schulungen das Wissen weitergeben. Jetzt in der zweiten Phase, nachdem auch die Station eröffnet wurde und wir auch eine Evaluation der Schulung haben, haben wir die auch schon durchgeführt.

Es wird jetzt so sein, dass wir natürlich auch den Schweden regelmäßig Bericht zu erstatten haben. Das mussten wir auch schon in den ersten zwei Jahren, regelmäßig Bericht erstatten, wie es sich bei uns weiter entwickelt, wie viele Mitarbeiter und Angehörige wir schulen. Ja und natürlich dürfen wir auch offiziell den Namen „Silviahemmet-Konzept“ verwenden, was dann nach den zwei weiteren Jahren ist, das muss man sehen. Ziel ist sicherlich, dass die Malteser eine eigene Marke haben. Wir werden also nicht ewig sagen, wir machen „Silviahemmet“, sondern wir werden dann irgendwas Neues, eine neue Malteser-Marke für Demenz entwickelt haben.

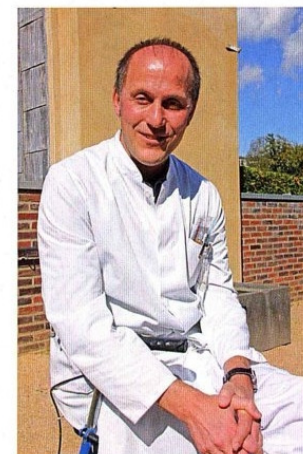
Es wird eine Fachstelle Demenz eröffnet, Leiterin wird Dr. Ursula Sottong sein, die auch das „Silviahemmet-Projekt“ der Malteser leitet. Und diese Fachstelle wird dann quasi für den Träger Malteser darüber wachen, dass in sämtlichen Einrichtungen und Diensten der Malteser nach diesen Prinzipien gearbeitet wird. Denn natürlich gab es bei den Maltesern bisher auch Konzepte wie das von Erwin Böhm oder Tom Kitwood („Dementia Care Mapping“, die Redaktion). Pflegekonzepte, die sollen natürlich integriert werden, weil eine ganze Generation an Pflegekräften daran ausgebildet wird. Die sind dann auch gut, das Besondere von „Silviahemmet“ ist – ich hoffe ich habe es eben rausgestellt – dass es eben versucht, alle Berufsgruppen zu integrieren und auch den Aspekt der Angehörigen-Schulung sehr hervorhebt. Also „Silviahemmet“ ist kein neues Validationsverfahren, sondern vereinigt verschiedene Elemente miteinander und ist ein palliatives Konzept.

LION: Und ein Teil des Konzeptes sind die Besuchshunde?

Änne Türke: Also „Silviahemmet“ hier im Malteser-Krankenhaus an der Akutgeriatrie ist völlig eigenständig. Wenn es die Hunde nicht gäbe, gäbe es irgendwas anders. Im Rahmen unserer Arbeit ist das Projekt „4 Pfoten für Sie“ entstanden. Das ist auch autonom, also auch ohne das Krankenhaus hier, würde es „4 Pfoten für Sie“ geben. Wir sind ein ehrenamtlicher Hundebesitzerdienst hier in Köln, das heißt, ich suche Kölner Hundebesitzer. Ich rufe dazu auf, wer sich beteiligen möchte,

außerdem arbeiten wir mit einer Hundeschule zusammen. Die Hunde werden auf ihre Eignung hin getestet, dann werden auch diese ehrenamtlichen Hundebesitzer ausgebildet für die Begleitung von Menschen mit Demenz und werden dann – und das ist unser Hauptkonzept – nach Hause zu den Leuten gebracht.

Dr. Hoffmann sagte es gerade, siebzig bis achtzig Prozent der Menschen werden zuhause versorgt, werden auch nach Hause vermittelt. Das heißt, wir haben jetzt ungefähr so dreißig Besuchsteams hier in Köln, mit unterschiedlichsten Hunden, die zu den Familien nach Hause gehen. Und immer auch zu denselben Menschen, die dann einmal die Woche oder alle zwei Wochen besucht werden. Wir haben auch Anfragen



von Heimen, auch da gehen wir ab und zu hin, auch zu kleineren Gruppen. Und im Rahmen dieser Besuchsdienstarbeit hat uns Dr. Hoffmann für das Krankenhaus angefragt.

LION: Seit wann?

Änne Türke: Eigentlich seit September 2010. Und ich hatte gesagt, grundsätzlich kann ich mir das vorstellen. Die Patienten erkennen dann nach drei, vier, fünfmal: Das ist der Theo, und da hängt noch ein Mensch dran, und den kenn ich auch irgendwie. Wir haben Besuchsteams, die über ein Jahr schon zu Familien gehen, dort spazieren gehen, tiergestützte Aktivitäten in der Wohnung durchführen und so weiter. Im Krankenhaus hier haben wir einen kleinen Kreis, da würden wir das ausprobieren. Hier geht's auch darum,

dass die Patienten ein wenig Abwechslung vom Krankenhausalltag haben, Tagesstruktur erleben, begleitende Maßnahmen bekommen. Herr Dr. Hoffmann hört oft...

Hoffmann: ...wie geht's denn jetzt weiter?

Änne Türke: Jetzt sind wir hier gut behandelt worden, jetzt ist die Verletzung ausgestanden, jetzt kommen wir wieder nachhause. Wie geht's dann weiter?

LION: Wird auch nach Hunden gefragt?

Änne Türke: Der Hund kann ja ein Element sein, wir können natürlich über den Hundebesuchsdienst eine Brücke schlagen und zu den Angehörigen sagen: Ihre Mutter reagiert so super hier, das wäre auch was für zuhause. Oder aber, eine Sensibilität zu schaffen, dadurch, dass es noch weitere Angebote



gibt, die im ambulanten Bereich stattfinden. Es gibt auch ehrenamtliche Dienste ohne Hund, es gibt zum Beispiel Tanzangebote, es gibt Bewegungsangebote. Wir kriegen hier die Brücke hin, schon im Krankenhaus, um Angehörigen Ideen zu geben, was sie denn von zuhause tun können. Da ist der Hundebesuchsdienst hier ein Türöffner.

Auch Frau Granderath von der Ergotherapie und ich arbeiten eng zusammen, sprechen jeden Fall durch. Frau Granderath sagt auch oft: Mensch, die hab' ich die ganze Woche nicht auf der Station gesehen, wie sie jetzt hier aufblüht. Viele gehen aus dem Krankenhaus wieder nach Hause und tauchen irgendwann wieder im Krankenhaus auf.

LION: Vielen herzlichen Dank an Sie beide!