



# M.A.S Demenzservicestellen



## Projekt-Endbericht 2010

---

# M.A.S Demenzservicestellen

---

Strukturbildendes Projekt zur Versorgung von Personen mit Demenz und deren Angehörige

Aufbau 3 neuer Demenzservicestellen

Projektnummer 1481/III/2

Dr. Stefanie Auer, Wissenschaftliche Leitung M.A.S  
Mag. FH Edith Span, Organisatorische Leitung M.A.S  
November 2010

*Das Projekt wird finanziert von:*



Fonds Gesundes Österreich



M.A.S Alzheimerhilfe



Land Oberösterreich

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. EINLEITUNG UND ZIELE DES PROJEKTES.....</b>	<b>4</b>
<b>II. THEORETISCHE HINTERGRÜNDE.....</b>	<b>9</b>
2.1. DIE NICHT-PHARMAKOLOGISCHE THERAPIE VON PERSONEN MIT DEMENZ .....	9
2.1.1. GDS Stadium 4 (beginnende Demenz).....	10
2.1.2. GDS Stadium 5 (mittelschwere Demenz).....	11
2.1.3. GDS Stadium 6 (schwere Demenz) .....	13
2.1.4. GDS Stadium 7 (sehr schwere Demenz) .....	14
2.2. DIE BERATUNG UND BEGLEITUNG DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN.....	16
<b>III. ERGEBNISSE.....</b>	<b>17</b>
3.1. ERGEBNISSE AUS DER PROJEKT-VERLAUFSANALYSE .....	17
3.1.1. Sozialarbeit .....	17
3.1.2. Psychologie .....	19
3.1.3. Aus-und Weiterbildung.....	21
3.1.4. Öffentlichkeitsarbeit .....	29
3.1.5. Datenmanagement .....	30
<b>IV. DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....</b>	<b>31</b>
4.1. DISKUSSION DER ERGEBNISSE DER PROJEKT-VERLAUFSANALYSE.....	31
4.1.1. Sozialarbeit .....	31
4.1.2. Psychologie .....	32
4.1.3. Aus- und Weiterbildung.....	32
4.1.4. Öffentlichkeitsarbeit .....	33
4.1.5. Datenmanagement .....	33
<b>V. LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>35</b>
<b>VI. TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS, GRAFIKEN .....</b>	<b>40</b>
<b>VII. ANHANG .....</b>	<b>41</b>

# I. Einleitung und Ziele des Projektes

Personen mit Demenz brauchen medizinische und psychosoziale Angebote, um Lebensqualität in dieser schwierigen Lebensphase erhalten zu können. Betroffene und deren Familien können von der Möglichkeit der Früherkennung profitieren, diese Lebensphase mit Sinn erfüllen und die schweren Formen der Pflege verzögern. Die medizinische Betreuung ist wichtig für die Früherkennung der Krankheit und für die Initiierung und langzeitliche Kontrolle der medikamentösen Therapie. Darüber hinaus sind medizinisch/therapeutische Leistungen nötig, damit die zusätzlich bestehenden Erkrankungen, welche Populationen im höheren Lebensalter betreffen zu erkennen und zu behandeln. Von gleich wichtiger Bedeutung ist die psychosoziale Begleitung der Betroffenen und deren Familien während des Krankheitsprozesses. Weitere Evidenz für nicht-pharmakologische therapeutische Interventionen wurde kürzlich geliefert (Olazaran et al, 2010). Nicht pharmakologische therapeutische Interventionen können aus zeitlichen Gründen nicht von medizinischen Institutionen geleistet werden. Aus diesem Grund müssen neue Strukturen entstehen, welche als zusätzliches Behandlungsangebot den Familien zur Verfügung stehen. In Österreich werden heute noch 80% aller Personen mit Demenz zu Hause gepflegt und nur 20% in Institutionen. In anderen Ländern ist der Anteil von Menschen, welche in Institutionen leben höher, so z.B. in Norwegen (Selbaeck et al, 2007). Sollte sich dieses Verhältnis zugunsten der institutionellen Pflege in Österreich ebenfalls ändern, werden sich auch die vorausgesagten Kosten dramatisch erhöhen. Dies kann unser Gesundheitssystem ernstlich in Gefahr bringen, wenn nicht sofort Maßnahmen gesetzt werden.

Die Schaffung neuer Strukturen, und deren Finanzierung, in denen psychosoziale Therapie/Begleitung möglichst niederschwellig und langfristig angeboten werden können, ist nun die Aufgabe der Gesellschaften auf der ganzen Welt. Diese Bemühungen sind notwendig, damit familiäre Ressourcen aktiviert werden, welche dringend notwendig sein werden, damit medizinische Grundversorgungsstrukturen erhalten werden können. Denn Demenz ist eine Krankheit, welche den Aufgabenbereich, die öffentliche Versicherungsanstalten übernehmen können, weit überschreiten wird.

Die weltweite Vertretung aller Alzheimer Gesellschaften der Welt ADI (Alzheimer's Disease International), hat die Zahlen nach oben korrigiert (siehe ADI 2010 [www.adi2010.org](http://www.adi2010.org)).

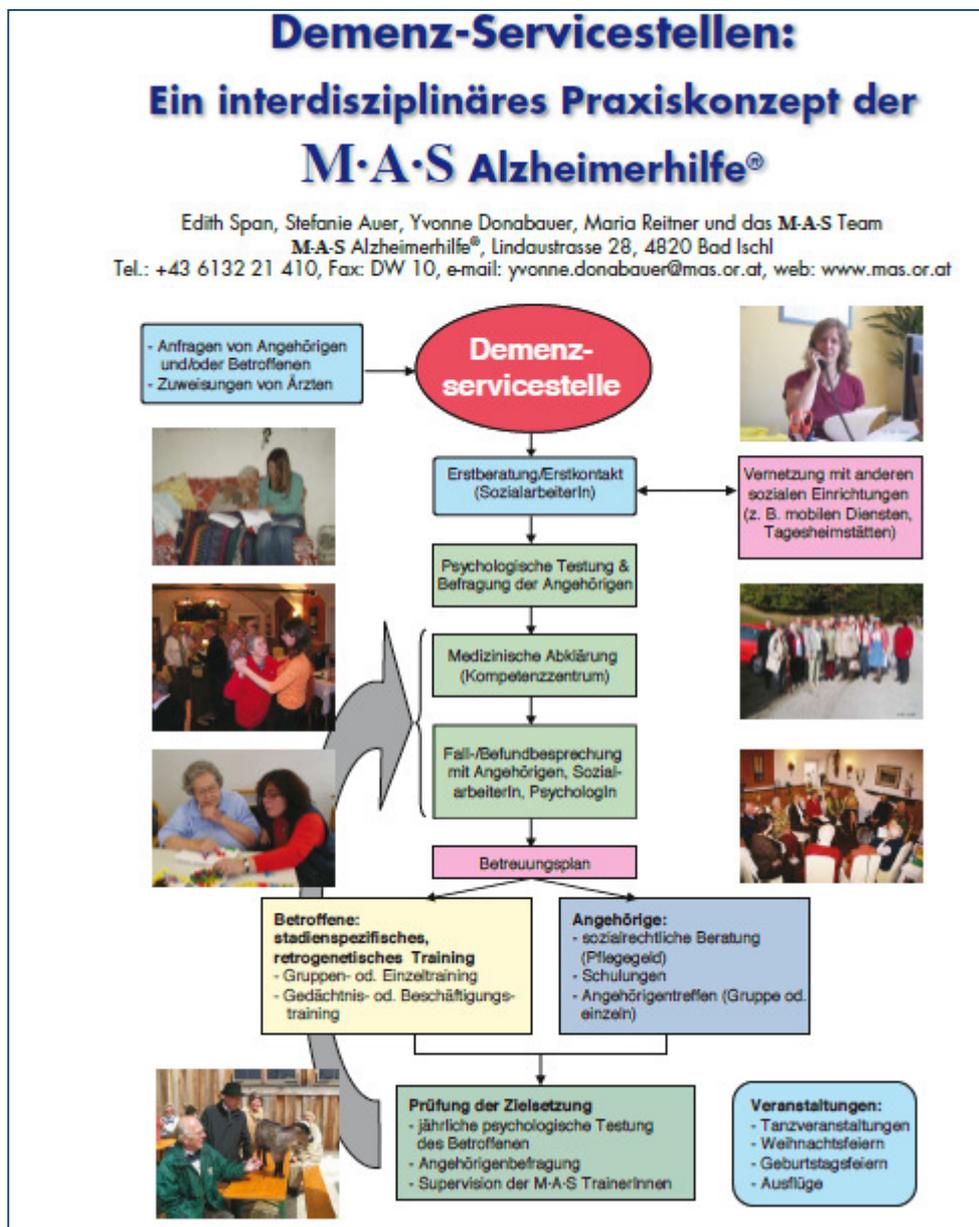
Nach Untersuchungen unter dem Dach von ADI sind aktuell (2010) 35.6 Millionen Menschen weltweit von einer Demenz betroffen. Bis 2030 wird sich diese Zahl verdoppeln und mehr als verdreifachen im Jahr 2050. In einem Bericht von Wimo und Prince (2010) wird die Alzheimer Krankheit als „the single most significant health and social crisis of the 21st century“ bezeichnet. Daisy Acosta, Präsidentin der ADI meint dazu: “World goverments are woefully unprepared for the social and economic disruptions this disease will cause“. Prince: „The care of people with dementia is not just a health issue - it is a massive social issue“ (Publikation ADI). Ergebnisse aus internationalen Forschungen der letzten Jahre zeigen, dass die Förderung von Personen mit Demenz und die gleichzeitige Unterstützung und Ausbildung pflegender Angehöriger zu einer Verzögerung der Institutionalisierung und zu einer Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit von Personen mit Demenz führt, sowie die Belastung der pflegenden Angehörigen reduziert (z. B. Spector, 2003, Olazaran, 2004; Mittelman, 1996). Brodaty et al (1997) konnten darüber hinaus Kosteneinsparungen in Höhe von A\$ 8000 (Australische Dollar), ca. € 5400 pro behandeltes Patienten/Angehörigen Paar für einen Zeitraum von 3 Jahren durch Angehörigenschulungen nachweisen (v. a. Reduktion medizinischer Kosten).

Spezialisierte Strukturen, welche sich dem Phänomen Demenz zuwenden sind dringend notwendig. Der Verein M.A.S Alzheimerhilfe hat seit 2001 eine Struktur zur psychosozialen Betreuung von Personen mit Demenz und deren Angehörige entwickelt, das Modell der M.A.S Demenzservicestelle.

Das Prinzip der Demenzservicestellen wurde im 1. Österreichischen Demenzbericht als Modellprojekt beschrieben (Gleichweit et al., 2009. Demenzservicestellen der österreichischen M.A.S. Alzheimerhilfe in Oberösterreich, S. 194).

Grafik 1 zeigt das Prinzip dieses Modelles (Auer et al., 2007).

Grafik 1: Schematischer Ablauf der Serviceangebote der M.A.S Alzheimerhilfe



Betroffene Personen oder deren Angehörige melden sich telefonisch in der Demenzservicestelle. Es erfolgt ein telefonisches Beratungs- und Informationsgespräch. Die Sozialarbeiterin lädt die Familie zu einem Besuch in der Demenzservicestelle ein.

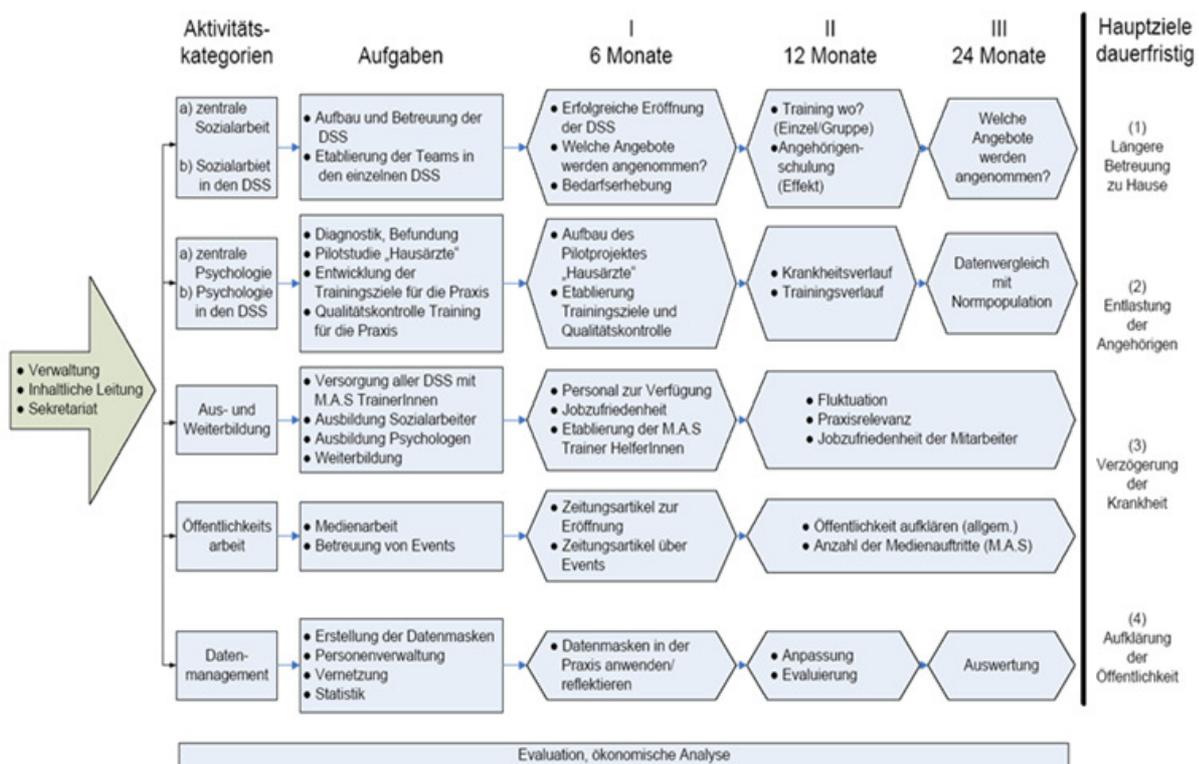
Innerhalb dieser Struktur werden sowohl Angehörige beraten, entlastet und ausgebildet als auch Betroffene früh erkannt, ihre Funktionen trainiert und Personen werden in ihrer Krankheitsbewältigung unterstützt. Alle Konzepte sind stadiengerecht aufgebaut, um den speziellen Bedürfnissen in jeder Krankheitsphase gerecht zu werden.

Das Ziel des Projektes war die Optimierung der Strukturabläufe einer Demenzservicestelle und die Evaluierung der einzelnen Strukturteile. Versucht wurden erste Analysen zur Erreichung der Hauptziele der Struktur. Zum Stichtag (1. September 2010) wurden insgesamt 1037 Familien untersucht. Die Analysen, welche in diesem Bericht kommentiert werden, beinhalten definierte Subpopulationen.

**In diesem Bericht werden die Ergebnisse dargestellt:**

## 1. Ergebnisse aus der Projekt-Verlaufsanalyse

**Grafik 2:** Graphische Darstellung des M.A.S Strukturprojektes



Die Logik folgt wie bei dem Projektantrag dem Schema, welches in Grafik 2 abgebildet ist.

## **Teil 1: Ergebnis der Projekt-Verlaufsanalyse**

Durch die Darstellung der Aktivitätskategorien (siehe Grafik 2) ist es uns gelungen, die einzelnen Strukturelemente klarer zu definieren und eine Prozessanalyse während der Projektzeit durchzuführen.

Für die 5 Bereiche der Struktur der Demenzservicestelle: (1) Sozialarbeit, (2) Psychologie, (3) Weiterbildung, (4) Öffentlichkeitsarbeit und (5) Datenmanagement wurden Aufgaben definiert, welche im Projektverlauf evaluiert wurden und in den Zwischenberichten beschrieben wurden.

Den übergeordneten Fragen, ob es Vorteile bringt, wenn mehrere Demenzservicestellen gleichzeitig eröffnet werden in Bezug auf Ersparnis bezüglich Öffentlichkeitsarbeit, Schulung und Teamaustausch nachgegangen.

Das Ziel dieses Projektes war die Erarbeitung weiterer Parameter, welche es ermöglichen, die Organisation von Demenzservicestellen zu optimieren, damit Angebote dieser Art flächendeckend für alle betroffenen Familien zur Verfügung gestellt werden können. Weiters geht es in der Entwicklung der Struktur der Demenzservicestelle um die Erarbeitung einer Wissensbasis und einer wissenschaftlichen Umgebung, damit die gewonnenen Erfahrungen weitergegeben werden können.

## II. Theoretische Hintergründe

### 2.1. Die nicht-pharmakologische Therapie von Personen mit Demenz

Die nicht-pharmakologische Therapie von Personen mit Demenz und deren Angehörigen findet zunehmend Anerkennung in der wissenschaftlichen Literatur. In einer Arbeit von Olazaran et al., 2010 wurde eine umfassende Bewertung der vorliegenden Literatur vorgenommen. Randomisierte und kontrollierte Studien (N=1313) wurden nach folgenden Qualitätskriterien bewertet:

- Parallelisierte randomisierte Kontrollgruppen Untersuchungen mit adäquater Statistik
- Publiziert in einem „Peer Review“ Journal
- Patienten mit Demenz, 80% mit einer Alzheimer Demenz
- Der Einfluss der Intervention musste mindestens auf einer klar definierten Domäne erfolgt sein und standardisierte Messinstrumente mussten verwendet werden

Nach den strengen Einschlusskriterien genügten 364 Studien den Qualitätsansprüchen der Untersuchung. Bei ausreichend vorhandener Datenmenge wurde eine Metaanalyse durchgeführt. Weiters wurde eine klare Definition der Begriffe versucht, um das Feld auf eine gemeinsame Sprache und gemeinsame Kategorien auf dem Gebiet der nicht-pharmakologischen Therapie von Personen mit Demenz einzustimmen.

Aus der Metaanalyse der vorliegenden hochwertigen randomisierten und kontrollierten Studien für den Bereich Entlastung pflegender Angehöriger durch Multikomponentenbehandlung ergibt sich ein wissenschaftlicher Evidenzgrad A nach den Oxford Evidence Based Medicine Kriterien (Evidenzgrad A = Daten aus mehreren ausreichend großen randomisierten Studien oder Metaanalysen; höchster Evidenzgrad). Für kognitives Training ergibt sich derzeit ein wissenschaftlicher Evidenzgrad B (Evidenzgrad B = Daten aus einer randomisierten Studie oder mehreren nicht randomisierten Studien). Dieses Ergebnis liegt eventuell an den derzeit kaum vorhandenen qualitativ hochwertigen wissenschaftlichen Untersuchungen mit großen Stichproben (vergleichbar zu Medikamentenstudien). Die Ergebnisse dieser Publikation liefern nun einen klaren Rahmen

für weitere Forschungen. Die Ergebnisse der Publikation werden in Zukunft die Zusammenarbeit von Zentren erleichtern und den Vergleich der Studien ermöglichen.

Im Rahmen des hier abgehandelten Strukturprojektes wurden die beiden Grundsäulen der Behandlung, das stadiengerechte Training für den Betroffenen und die Begleitung des Angehörigen innerhalb der Demenzservicestellen weiter beschrieben und definiert.

Auer et al. (2009) haben die 4 Krankheitsstadien der Reisberg Skala (GDS 4 bis 7) in Bezug auf das stadiengerechte Training umgearbeitet. Die Ergebnisse sind im Folgenden dargestellt.

### **2.1.1. GDS Stadium 4 (beginnende Demenz)**

Nach der Retrogenese Theorie kann der Leistungsgrad in diesem Stadium mit einem Kind/Jugendlichen von 8-12 Jahren verglichen werden. Es besteht weiterhin ein hoher Kompetenzgrad in Bezug auf die Bewältigung des Alltags, allerdings sind in diesem Stadium erstmals signifikante Hilfestellungen aus der Umgebung notwendig, ohne die der Betroffene Fehler macht, oder in unangenehme Situationen kommt (verirrt sich etwa in einer unbekanntem Umgebung, Fehler bei wichtigen finanziellen Belangen). Diese Leistungseinbuße wird von einer Person als einschneidendes Erlebnis wahrgenommen und ein starker Leidensdruck wird von vielen Betroffenen berichtet (vgl. „Ich spreche für mich selbst“ 2010 - Demenz-Support Stuttgart, Hrsg.). Um dem seelischen Schmerz zu entgehen, dies vor allem wenn der Betroffene kein Verständnis in seiner Umgebung bekommt, wehren Betroffene zum Selbstschutz ab und lehnen die Wahrnehmung der Defizite entschieden ab. Daraus kann sich eine depressiv gestimmte Wahrnehmung ergeben.

Werden jedoch dem Betroffenen statt der Defizite die Ressourcen vor Augen geführt, so kann sich das Stimmungsbild signifikant verbessern, die Abwehr verringert sich und die Person lernt, ihre neue Situation in ihr Weltbild einzubauen, sich trotz der Defizite als wertvolle Person wahrzunehmen und ein neues Identitätsgefühl zu entwickeln. Hier konzentrieren sich vor allem die therapeutischen Strategien. Beispiele für Übungen im Rahmen des stadiengerechten Trainings liefert Tabelle 1.

**Tabelle 1:** Beginnende Demenz

Keine Indexeinträge gefunden. <b>Stadium der GDS*</b>	<b>4 - beginnende Demenz</b>
<b>Retrogenet. Äquivalent</b>	Kind: 8-12
<b>Beschreibung</b>	Eindeutige Defizite werden im klinischen Interview evident. Defizite bezüglich persönlicher Ereignisse, vermindertes Wissen über Alltagsgeschehen. Probleme mit Transport und Finanzen.
<b>Psychologische Merkmale</b>	Leidensdruck stark ausgeprägt, da Umgebung erstmals eingreift, Personen können Abwehr zum Selbstschutz aufbauen. Angst vor Verlust und Veränderung. Die meisten Funktionen sind noch erhalten und trainierbar. <u>Depression/Verleugnung</u>
<b>Therapeutische Strategien</b>	Stützung des Selbstwertes, Krankheitsverarbeitungsstrategien, Betonung der Fähigkeiten, Informationen über die Krankheit, Gruppentraining (bis 10 Personen)
<b>Beispiele für SSRT Aufgaben/Aktivitäten</b>	<u>Gedächtnis:</u> Merkübungen ( Stadtplan ,Wohnungsplan) lernen, abrufen, Einkaufsplanung (merken und abrufen), Langzeitgedächtnisübungen , freie Wiedergabe von Kurz-und Langzeitgedächtnisinhalten, aktuelle Themen bearbeiten, kreatives Schreiben (Briefe schreiben, e-mails), Rechenübungen (Kopfrechnen), kurze Reden (Auswendig lernen) , Vorträge, Fremdsprachübungen, komplexe Konzentrationsübungen (z.B. komplexe Suchbilder), Sämtliche <u>Wahrnehmungsübungen</u> des ganzheitlichen Gedächtnistrainings. <u>IADL:</u> Internet, Telefon (Handy), SMS, Bibliotheksbesuch <u>Körperliches Training:</u> allgemeines Fitnessstraining angepasst an das Fitnessniveau der Teilnehmer (Indoor und Outdoor) <u>Ganzheitliche Methoden:</u> Schach nach klassischer Variante (wenn Interesse besteht), Sudoku.

### 2.1.2. GDS Stadium 5 (mittelschwere Demenz)

Nach der Retrogenese Theorie entspricht das Leistungsniveaus einer Person in diesem Stadium ungefähr dem Niveau eines Kindes zwischen 5 und 7 Jahren.

Personen verlieren die Fähigkeit, ihren Alltag selbstständig zu bewältigen und sind auf ihre Umgebung angewiesen, damit diese selbstwertstützend die Defizite ausgleicht und die Selbstständigkeit maximal unterstützt. Denn Personen in diesem Stadium möchten Dinge selbstständig erledigen damit der Verlust des Selbstwertes minimiert wird. Manchmal reagieren Personen in diesem Stadium mit Unmut, Zorn und Verleugnung der Defizite, dies ist in erster Linie ein Ausdruck der Frustration über den wahrgenommenen Verlust der Selbstständigkeit. Diese Frustration kann nur mit Verständnis der Situation gemildert

werden, der Leidensdruck durch Aufzeigen der Ressourcen im Rahmen eines Trainings vermindert werden. Deutlich sehen wir bereits heute, dass Personen welche in einem früheren Stadium (z.B. GDS 3 oder 4) bereits mit einem Training begonnen haben, wesentlich weniger Frustration und Ärger in den fortgeschrittenen Stadien zeigen (siehe Ergebnisse aus der BEHAVE-AD Analyse S.Fehler! Textmarke nicht definiert. ff).

Die therapeutischen Strategien konzentrieren sich ab diesem Stadium verstärkt auf die emotionalen Lernzugänge und retrogenetische Lern- und Therapiemethoden gewinnen an Bedeutung.

**Tabelle 2:** Mittelschwere Demenz

<b>Stadium der GDS*</b>	<b>5 - mittelschwere Demenz</b>
<b>Retrogenet. Äquivalent</b>	Kind: 5-7
<b>Beschreibung</b>	Selbstständige Bewältigung des Alltags wird schwierig. Schwierigkeiten, wichtige Details aus der persönlichen Geschichte abzurufen, Unterstützung bei ADL's ist notwendig
<b>Psychologische Merkmale</b>	Der Wille zur Erhaltung der Selbstständigkeit, viele erhaltene und trainierbare Funktionen (individuelle Leistungsprofile!) <u>Verleugnung/Zorn</u>
<b>Therapeutische Strategien</b>	Stärkung des emotionalen Zuganges, Phantasie, spielerischer Zugang zum Lernen, Stärkung der Fähigkeiten, Krankheitsverarbeitung, Lob, Elemente des Gedächtnistrainings, retrogenetische Aufgaben, Bewegung. Gruppentraining bis ca. 5 Personen
<b>Beispiele für SSRT Aufgaben/Aktivitäten</b>	<u>Gedächtnis:</u> Merkübungen (Bilder, Geschichten), Wiedererkennungübungen für Kurz- und Langzeitgedächtnisübungen, Konzentrationsübungen auf einfacherem Niveau. Grundrechnungsarten, Positives Tagesgeschehen besprechen. <u>Wahrnehmungstraining:</u> Tastkim (kombiniert mit Merkfunktion) <u>ADL:</u> Kochen, Rezepte, Beschäftigung mit technischen Geräten, Anziehen (theoretisch und technisch), Körperpflege. <u>Körperliches Training:</u> Körperliche Übungen in spielerischer Form, Tanzen, in-oder outdoor <u>Ganzheitliche Methoden:</u> Schach auf reduziertem Niveau („Fressschach“), Domino (klassisch mit Punkten), „Mensch ärgere dich nicht“ (mit verringerter Anzahl an Spielfiguren), Uhrenspiel, Legespiele mit Buchstaben und Zahlen, kreatives Gestalten

### 2.1.3. GDS Stadium 6 (schwere Demenz)

Nach dem retrogenetischen Modell entspricht eine Person in diesem Stadium ihrem Leistungsniveau nach einem 2- 4 jährigen Kind. In diesem Stadium erfährt die Person, dass sie grundlegende Alltagsfähigkeiten wie Anziehen, Baden und die Fähigkeit, selbstständig die Toilette aufzusuchen, verliert. Dies ist ein signifikanter Angriff auf das Selbstwertgefühl einer Person (man vergleiche den Stolz eines Kindes beim Erwerb derselben Fähigkeiten, so kann man sich den Zorn und die Auflehnung beim Verlust dieser Funktionen ausmalen!).

Wiederum ist hier das adäquate Verständnis der Umgebung mit entsprechenden Selbstwert stützenden Maßnahmen erforderlich, damit die betroffene Person in diesem Stadium ihren Platz im Leben findet und eine vorwiegend positive Identität finden kann welche es ihr erlaubt, sich als wertvoller Teil der Gemeinschaft zu empfinden. Im Gruppentraining von ungefähr 4 Teilnehmern kann dies sehr gut gelingen. Beispiele von Trainingsaufgaben sind in Tabelle 3 zu finden.

**Tabelle 3:** Schwere Demenz

Stadium der GDS*	6 - schwere Demenz
<b>Retrogenet. Äquivalent</b>	Kind: 4-2
<b>Beschreibung</b>	Grundlegende ADL Fähigkeiten gehen verloren (Anziehen, Baden, Toilette, Inkontinenz)
<b>Psychologische Merkmale</b>	Grundlegende ADL Fähigkeiten gehen verloren <u>Zorn/Auflehnung</u>
<b>Therapeutische Strategien</b>	Zunehmend spielerischer Zugang, retrogenetische Aufgaben, Stärke der Emotionalität und der sinnlichen Wahrnehmung, therapeutische Umgebung , Bewegung, positive Verstärkung Gruppentraining bis 4 Personen oder Einzel
<b>Beispiele für SSRT Aufgaben/Aktivitäten</b>	<u>Gedächtnis (Aktivierung des Altgedächtnisses):</u> Buchstaben (z.B. einfache Wörter aus Buchstaben bilden), Bilderkarten (Schreiben) Zählen (Würfel), einfache Rechnungen, Suchbilder, leichte Konzentrationsübungen (z.B. Zählen von 10 rückwärts, Labyrinth), Ordnungsübungen (Knöpfe, Nägel), Kinderbücher besprechen. <u>Wahrnehmung:</u> Riech-, Tast- Seh-Hörkim <u>ADL:</u> Anziehen, Kekse backen, Haushaltsfunktionen, Feinmotorik (Reißverschlüsse, Knöpfe) <u>Körperliches Training:</u> Natürliche Bewegungstendenz zulassen, Übungen einbauen, Tanzen in-und outdoor, passive Bewegung. <u>Ganzheitliche Methoden:</u> Domino (mit Tieren, Gegenständen des Alltags, Farben), Gruppenspiele erhalten, handwerkliche Tätigkeiten, Collagen

#### 2.1.4. GDS Stadium 7 (sehr schwere Demenz)

In diesem letzten GDS Stadium ist die Leistungsfähigkeit des Betroffenen nach der Retrogenesetheorie vergleichbar einem Kleinkind von 12 Monaten bis hin zur Geburt. Personen in diesem Stadium sind von ihrer Umgebung vollständig abhängig um zu überleben. Im Rahmen dieses Stadiums gehen die psychomotorischen Fähigkeiten verloren und auch die sprachliche Ausdrucksfähigkeit verringert sich zunehmend. Personen sind sehr harmoniebedürftig und fürchten sich in stressgeladenen Situationen. Auf positive Gefühle wird sehr oft positiv zurück reagiert, allerdings kann bei nicht Beachtung der momentanen Situation der Person (Umgebung geht nicht auf die Gefühle der Person ein), negativ und agitiert reagiert werden. Pflgeteams oder Angehörige, welche eine Person in diesem Stadium begleiten sollen spezielle Fähigkeiten besitzen, welche die nonverbalen Kommunikationsfähigkeiten von Personen in diesem letzten Stadium optimal unterstützen. Mit dieser Technik können erstaunliche Fähigkeiten identifiziert werden und Menschen in diesem letzten Stadium können ihre Lebensqualität wesentlich verbessern. Einsamkeitsgefühle und Ignorieren der Person haben mit großer Wahrscheinlichkeit ähnliche Auswirkungen wie bei Kindern, welche dieser wichtigen Lebenselement beraubt werden, zeigen (anaklitische Depression, Spitz, 1976). Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, Menschen in diesem Stadium optimal zu stimulieren und zu aktivieren (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Sehr schwere Demenz

<b>Stadium der GDS*</b>	<b>7 - sehr schwere Demenz</b>
<b>Retrogenet. Äquivalent</b>	Kleinkind: 12 Monate - Geburt
<b>Beschreibung</b>	Abhängigkeit von der Umgebung (Unterstützung bei allen ADL's) Verlust der Sprache und der Motorik
<b>Psychologische Merkmale</b>	Harmoniebedürfnis, Zuneigung, positive Gefühle erwecken <u>Erschöpfung/Akzeptanz</u>
<b>Therapeutische Strategien</b>	Jemand freut sich, dass ich da bin , retrogenetische Methoden der Stimulierung, Spiegelung der erhaltenen Funktionen, Interpretation der gezeigten Verhaltensweisen, Lob und Zuneigung Gruppentraining bis max. 3 Personen oder einzeln,
<b>Beispiele für SSRT Aufgaben/Aktivitäten</b>	<u>Gedächtnis</u> (Aktivierung des Altgedächtnisses): Liedertexte, Objekt <b>Permanenz</b> , einfache Zusammenhänge, Sprache (Bilder benennen), sprachliche Äußerungen spiegeln, <u>Wahrnehmung</u> : Fühlmemory, Fühldomino, Bücher vorlesen, Bücher anschauen, Musik hören und spielen, singen, Verschiedene Geschmacksrichtungen präsentieren, Mobile, Spieluhr zur Aktivierung und Beruhigung in der Abwesenheit anderer Menschen. Mimische Ausdrucksweise spiegeln. <u>ADL</u> : Waschen und Anziehen , einfache Haushaltsfunktionen, selbstständiges Essen , Zähneputzen <u>Körperliches Training</u> : neben aktiver Bewegung auch passive körperliche Übungen, Gehtraining <u>Ganzheitliche Methoden</u> : Ball, Kinderspiele zur Aktivierung und Beruhigung.

## 2.2. Die Beratung und Begleitung der pflegenden Angehörigen

Die stadiengerechte Beratungstechnik für pflegende Angehörige orientiert sich an der von Mittelman et al (Mittelman & Epstein, 2003) präsentierten Technik.

In dieser Technik geht es vor allem auch darum, die Merkmale der Krankheit genau zu kennen, um den Bedürfnissen des pflegenden Angehörigen weder vorzugreifen, noch Dinge zu behandeln, welche schon bewältigt wurden. Die Beratungstechnik hat zum Ziel, Verständnis für die Symptome der Krankheit zu entwickeln um die Krankheit akzeptieren zu können, Raum und Zeit dafür anzubieten und die Bereitschaft, entlastende Angebote anzunehmen, zu entwickeln. Der Angehörige muss lernen, seine Bedürfnisse von denen des zu Pflegenden zu unterscheiden und konsequent die eigenen Bedürfnisse auch zu befriedigen.

Der beratende Psychologe oder Sozialarbeiter sollte die Unterschiede der Familiensituation in Bezug auf die Belastungsfaktoren kennen und entsprechende Beratungsstrategien verfolgen.

Im Modell der Demenzservicestelle ist der Sozialarbeiter die erste Anlaufstelle und er/sie ist jene Person, die vor allem die Beratungseinheit am Beginn der Behandlung vornimmt. Aus diesem Grund ist die Ausbildung dieser Berufsgruppe von größter Wichtigkeit. Sozialarbeiter müssen speziell für diese Tätigkeit ausgebildet/weitergebildet werden. Einige der Grundprinzipien aus der Sozialarbeiterausbildung müssen für diese Tätigkeit hinterfragt werden (z.B. aktives Herangehen an die Familien ist ein wichtiges Behandlungselement.)

## III. Ergebnisse

### 3.1. Ergebnisse aus der Projekt-Verlaufsanalyse

Die Analyse wurde nach den vorher definierten Kriterien: Sozialarbeit, Psychologie, Aus- und Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit und Datenmanagement vorgenommen (siehe Grafik 2, S. Fehler! Textmarke nicht definiert.).

Insgesamt wurde als Vorteil des Eröffnens von 3 Stellen eine gemeinsame Ausbildung der Mitarbeiter, gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und somit schnellere Erfassung größerer Bevölkerungsteile gesehen.

Die Struktur der Demenzservicestelle wurde in den einzelnen Regionen von den verschiedenen Ebenen sehr stark wahrgenommen und die Akzeptanz bei Gemeinden und medizinischer Versorgung ist durchwegs positiv, was sich in der Zuweisungszahl von betroffenen Familien zeigte. Die Struktur hatte kaum Personalfuktuation zu verzeichnen und aus den Mitarbeitergesprächen ist zu ersehen, dass die Mitarbeiter mit ihrer Tätigkeit zufrieden sind.

Um Standards zu entwickeln ist es zu empfehlen, dass ein Träger die Versorgung eines Bundeslandes übernimmt. Datensammlung und Optimierung der Abläufe, Zufriedenheit und Effekte der Interventionen zu dokumentieren und zu reflektieren ist zum momentanen Zeitpunkt von größter Wichtigkeit, sodass eine derartige neue Struktur, welche zwischen Medizin und sozialer Betreuung optimal vermitteln soll, in das übrige System der Gesundheitsversorgung integriert werden kann.

#### 3.1.1. Sozialarbeit

##### **Welche Angebote wurden angenommen?**

Die Sozialarbeiter bemühen sich in erster Linie um die Anliegen der Angehörigen. Die Organisation und Abhaltung von Angehörigenschulungen und -treffen obliegt dem Verantwortungsbereich der Sozialarbeit. Tabelle 10 und 11 listen die Anzahl der Teilnehmer der jeweiligen Angebote auf.

## Angehörigenschulungen

Im gesamten Projektzeitraum (September 2008 bis September 2010) nahmen insgesamt 1.355 mal Angehörige von Personen mit Demenz an unseren Schulungsangeboten teil. Die Angehörigenschulungen sind als Ergänzung zu den Beratungsangeboten gedacht und stärken die Angehörigen zusätzlich durch Wissensvermittlung in der Begleitung ihres erkrankten Familienmitgliedes.

Tabelle 5: Angehörigenschulungen

Ort	Frühjahr 08	Herbst 08	Frühjahr 09	Herbst 09	Frühjahr 10	Herbst 10
Bad Ischl	Modul 1	7	3	3	13	
	Modul 2	6	4	4	13	
	Modul 3	7	6	6	8	
	Modul 4	3	8	8	10	
	Modul 5	3	6	6	10	
Regau	Modul 1		13	8	5	8
	Modul 2		12	9	3	13
	Modul 3		10	7	5	8
	Modul 4		12	9	6	9
	Modul 5		8	8	6	10
Ottensheim	Modul 1	6	18	5	15	15
	Modul 2	9	24	11	14	11
	Modul 3	7	18	10	14	13
	Modul 4	6	18	8	9	15
	Modul 5	5	21	4	12	11
Pregarten	Modul 1				12	31
	Modul 2				12	32
	Modul 3				10	17
	Modul 4				11	20
	Modul 5				11	18
Micheldorf	Modul 1			9	4	23
	Modul 2			5	6	22
	Modul 3			5	8	23
	Modul 4			5	3	12
	Modul 5			8	8	15
Ried im Innkreis	Modul 1			21		20
	Modul 2			22		24
	Modul 3			19		16
	Modul 4			22		22
	Modul 5			17		19

## Angehörigentreffen

In Tabelle 11 sind die Termine und die Anzahl der Teilnehmer der Angehörigentreffen aufgelistet, welche im Projektzeitraum (September 2008 bis September 2010) stattfanden. Das Angebot der Angehörigentreffen wird von einigen Angehörigen sehr gerne und vor allem regelmäßig genutzt.

**Tabelle 6: Angehörigentreffen**

Demenzservice- stelle:	September.08	Oktober.08	November.08	Dezember.08	Jänner.09	Februar.09	März.09	April.09	Mai.09	Juni.09	Juli.09	August.09
Bad Ischl	17	6	5	9	5	7	6	6	6	19	4	
Regau	5	13	8	13	4	7	9	4	9	11	10	0
Ottensheim	-	-	-	-	-	-	9	4	7	6	6	5
Pregarten												
Micheldorf	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ried im Innkreis												10

Demenzservice- stelle:	September.09	Oktober.09	November.09	Dezember.09	Jänner.10	Februar.10	März.10	April.10	Mai.10	Juni.10	Juli.10	Aug.10	Sep.10
Bad Ischl	23	6	4	10	7	5	7	4	6	8	16		31
Regau	8	7	5	7	8	8	7	6	6	8	5	3	4
Ottensheim		5	5	3	9	6	5	4	4	6	5	2	3
Pregarten	1	2	2	1	2	0	2						
Micheldorf	-	8	3	2	12	9	9	7	5	5	4	10	11
Ried im Innkreis	7	7	6	0	2	7	3	2	2	1			4

### 3.1.2. Psychologie

#### Entwicklung der Therapieziele für die Praxis

Die Psychologen für die Entwicklung der Therapieziele verantwortlich und werden konsultierend zur Definition und Festlegung der Trainingsinhalte regelmäßig von den M.A.S Trainerinnen herangezogen. Bevor die ersten Trainingsstunden stattfinden, wird der Psychologe beauftragt, den Inhalt des Trainings mit der TrainerIn zu diskutieren.

#### Qualitätskontrolle des Trainings für die Praxis

Die Psychologen diskutieren die Dokumentationsblätter der Trainingseinheiten regelmäßig mit den Trainern (E-Mail, persönlich, Teamsitzungen). Die Psychologen begleiten die Trainer auch regelmäßig zu den Trainings, um die Trainingsatmosphäre und den Inhalt der Übungen mit der TrainerIn zu diskutieren und zu supervidieren.

An den Teamsitzungen nehmen DSA, Psychologen und M.A.S Trainerinnen teil. Ziel der Teamsitzungen ist es, die optimale Koordination aller Dienstleitungen zu ermöglichen, den nötigen Informationsaustausch, die gegenseitige Entlastung und die Zieldefinition der

einzelnen Serviceanteile in den Gruppen bzw. Einzelbetreuungen zu gewährleisten. Es ist vor allem auch wichtig, die Therapieziele regelmäßig zu überprüfen und je nach Krankheitsfortschritt zu adaptieren. Vor allem, wenn in der psychologischen Testung ein Übergang von einer GDS-Stufe zur nächsten verzeichnet wurde, bedarf es einer neuen Zieldefinition und einer Anpassung der Trainingsmethodik (stadienspezifisches Training).

Die Aufgabe des Psychologen ist es, die Testergebnisse zu erklären und jene Aspekte, welche für das Training von Bedeutung sind, mit dem Trainer zu besprechen. Die Zieldefinition erfolgt gemeinsam mit dem Trainer. So entwickelt der M.A.S Trainer gemeinsam mit dem Psychologen seine Expertise konstant weiter.

Beispiele für spezielle psychologische Trainingskorrekturen:

- Wenn der Verlauf des kognitiven Abbaus nicht parallel zum funktionellen Abbau verläuft, muß der Trainer darauf hingewiesen werden und spezielle Therapieziele müssen entwickelt werden.
- Sind aufgrund der Testungsergebnisse in Folge weitere medizinische Abklärungen notwendig oder nicht? Wie verläuft die Krankheit? In der Norm, außerhalb der Norm (schneller, langsamer)?

Die Psychologen diskutieren die Dokumentationsblätter der Trainingseinheiten regelmäßig auch außerhalb der Teamsitzungen mit den Trainern, begleiten diese gelegentlich zu den Trainings, um die Trainingsatmosphäre und den Inhalt mit der TrainerIn zu diskutieren.

### 3.1.3. Aus-und Weiterbildung

Für die Ausbildung zum M.A.S Trainer wurde eine Praxisevaluierung vorgenommen, die im Folgenden beschrieben wird.

Das Schulungskonzept zum/zur M.A.S TrainerIn wurde seit 2002 im Rahmen des Projektes „Gesund länger Pflegen“ des Vereins M.A.S Alzheimerhilfe Bad Ischl entwickelt.

Die Grundlagen bilden das stadienspezifische Training und die Theorie der Retrogenese nach Reisberg. Innerhalb eines Jahres werden in modulärer Form Kenntnisse über die Erkrankung Demenz, Techniken der Kommunikation, stadienspezifisches retrogenetisches Training (zwei Module) (vgl. Auer et al. 2007), Bewegungstechniken/-möglichkeiten für ältere Menschen und Strategien und Techniken im Umgang mit betroffenen Angehörigen vermittelt. Ein weiteres Modul ist verpflichtend für Nicht-Pflegekräfte und behandelt den Umgang mit Inkontinenz. Innerhalb des Zeitraums, in dem Modul 1-4 erbracht werden, müssen die Auszubildenden Praktikum 1 ableisten. Dieses umfasst 15 Hospitationsstunden. Für Praktikum zwei müssen 35 Stunden erbracht werden. Dieses wird ab Modul 4-7 abgeleistet und erfordert von den Auszubildenden das selbständige Erarbeiten, Ausarbeiten, Durchführen und Reflektieren von Trainingseinheiten. Die Trainer lernen, jede Trainingseinheit auf speziellen Formularen vorzubereiten und im Anschluss an das Training zu reflektieren. Das letzte Modul dient dem Erfahrungsaustausch, der Reflexion des Praktikums 2 und der Prüfungsvorbereitung.

**Tabelle 7:** Ausbildungsinhalte zur M.A.S Trainerausbildung

<b>Ausbildungsinhalte</b>	
Modul 1 Grundlagen der Demenz	Modul 5 Bewegung für ältere Menschen
Modul 2 Kommunikation mit Personen mit D.	Modul 6 Begleitung pflegender Angehöriger
Praktikum 1	Modul 7 Prüfungsvorbereitung und Reflexion des Praktikums 2
Praktikum 2	Modul 8 Pflegerischer Umgang mit Inkontinenz
Modul 3 SSRT 1	Modul 9 Abschluss und Evaluation
Modul 4 SSRT 2	

Die Ausbildung endet mit einer Abschlussprüfung und der Aushändigung des Zertifikates zum/zur M.A.S TrainerIn bei erfolgreichem Bestehen. Die Ausbildungsinhalte werden je nach Fachgebiet von speziell geschulten Personen mit Expertise auf dem jeweiligen Gebiet

vermittelt. Das Ausbildungsteam besteht aus vier Psychologinnen, einer Diplompädagogin, einer Physiotherapeutin, einer DGKS und einer diplomierten Sozialarbeiterin. Die Gesamtdauer der theoretischen Module umfasst 120 Unterrichtseinheiten à 45 min. Hinzu kommen 100 Stunden ergänzendes Selbststudium zur Vor- und Nachbereitung der Module und der Trainingseinheiten. Für die Abschlussarbeit werden 50 Stunden berechnet. Das Ausbildungskonzept und die einzelnen Module werden in der Praxis kontinuierlich holistisch evaluiert und weiterentwickelt (Auer et al., 2007). Die Ausbildung zum/zur M.A.S TrainerIn ist bewusst so gestaltet, dass auch Menschen ohne pflegerischen oder medizinischen Hintergrund diese absolvieren können.

### **Das stadienspezifische retrogenetische Training (SSRT)**

Das stadienspezifische retrogenetische Training (SSRT) wird von den ausgebildeten Trainern durchgeführt. Diesem Training liegt die Theorie der Retrogenese (vgl. Reisberg et al., 1999; Reisberg et al. 2002) zu Grunde. Das Training besteht aus vielfältigen Komponenten, welche die kognitiven und körperlichen Fähigkeiten der an Demenz erkrankten Menschen erhalten und fördern sollen. Es beinhaltet Übungen um das Gedächtnis zu trainieren als auch sinnvolle individuelle Beschäftigungsmöglichkeiten und Training zur Erhaltung der Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Grundphilosophie, die dahinter steht, versteht die an Demenz erkrankte Person als Menschen, der Ressourcen und Fähigkeiten hat, die es zu erhalten gilt. Immobilität soll solange als möglich vermieden, das Sturzrisiko minimiert und der Klient aktiviert werden. Die Wirkung von Trainings mit Personen mit Demenz wurde in Studien belegt (vgl. Auer et al., 2005; Auer et al., 2007; Auer et al., 2010).

### **Methodik der Befragung**

Die Grundgesamtheit betrug N = 279 Personen, welche seit Bestehen der Ausbildung im Jahr 2002 bis Herbst 2010 ihre Ausbildung zum/zur M.A.S TrainerIn erfolgreich absolviert haben. Das Spektrum der Menschen, die bisher die Ausbildung durchlaufen haben, reicht über vielfältige Berufskategorien. Es konnten für alle 279 TrainerInnen, die die Ausbildung absolviert haben vier Kategorien gebildet werden. Durchschnittlich waren 41,57 % in der Pflege tätig bevor sie die Ausbildung begonnen haben, 49,1 % kamen aus vielfältigen anderen Berufsfeldern, 7,9 % gaben an, einen akademischen Abschluss in den Bereichen Jura, Psychologie, Medizin, Pädagogik oder Sozialarbeit zu haben und drei Personen äußerten, keinen Beruf erlernt zu haben.

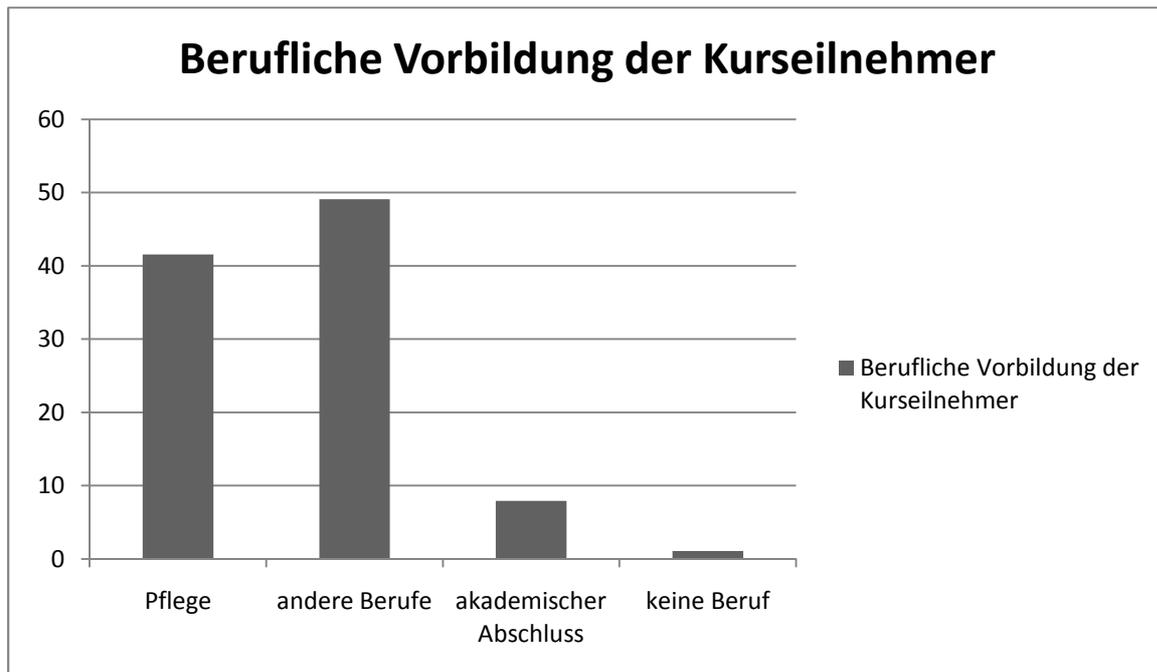


Abbildung 1: berufliche Vorbildung der Kursteilnehmer

Das Durchschnittsalter der Ausbildungsabsolventen beträgt durchschnittlich 46,5 Jahre. Die jüngste Person, die bisher die Ausbildung absolviert hat, wurde 1988 geboren, die älteste Person 1940.

### Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte vom 01.10.2010 bis zum 01.11.2010, bis zur Sättigung der Stichprobe, mittels eines Fragebogens mit vier Items:

1. Sind sie noch als M.A.S TrainerIn tätig? Ja oder Nein. Wenn Ja, weiter mit Frage 3. Wenn Nein, warum nicht?
2. Wenden Sie die in der Ausbildung erworbenen Fähigkeiten an? Ja oder Nein. Wenn Nein, warum nicht?
3. Wo hätten Sie sich gewünscht, dass die Ausbildung Ihnen mehr Hilfestellung für die Praxis gibt?
4. Welche Weiterbildungsthemen wünschen Sie sich?

Die vorhandenen Kontaktdaten wurden gesichtet und danach zunächst eine Telefonliste derer angelegt, die keine E-Mail Adresse hinterlegt hatten. Bei diesen Personen wurde mit

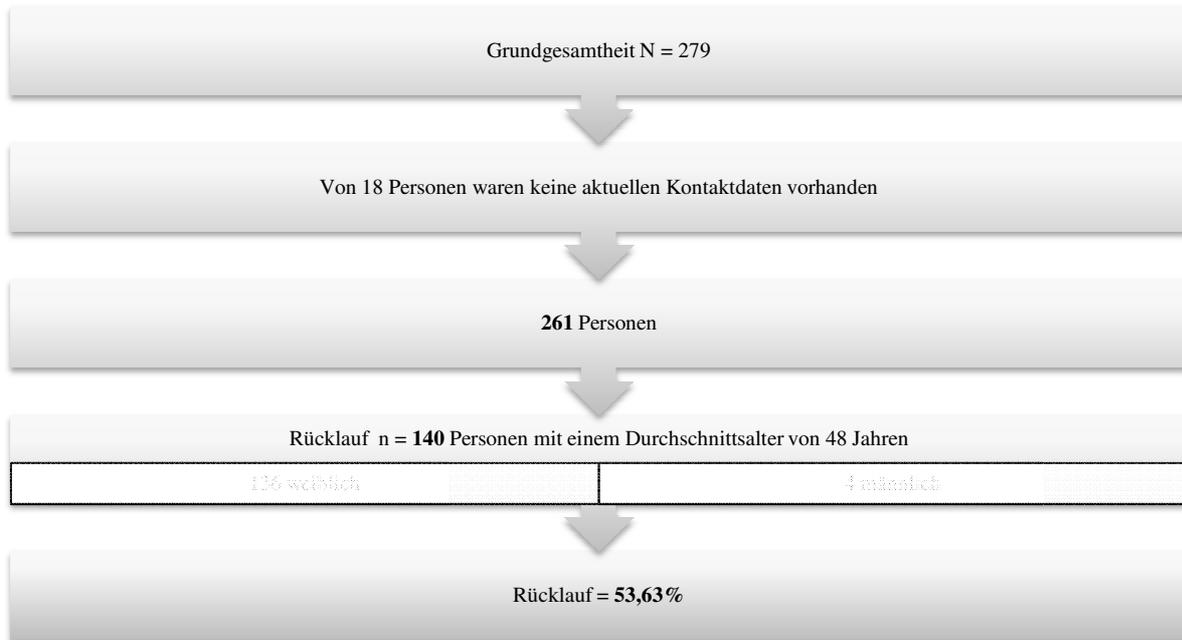
den strukturierten, leitfadengestützten Telefoninterviews begonnen. Allen weiteren Personen, bei denen eine E-Mail Adresse vorlag, wurde der Fragebogen gemeinsam mit einem kurzen Begleitschreiben zugesendet. Eine zweite Telefonliste entstand nachdem die Rückmeldungen eintrafen, die die Information vermittelten, dass einige E-Mail Adressen ungültig waren. Im Erhebungszeitraum wurden zwei weitere E-Mails versendet, in denen nochmals darum gebeten wurde, den Fragebogen ausgefüllt zurück zu senden. Schließlich sind im Zeitraum der Datenerhebung 63 strukturierte, leitfadengestützte Telefoninterviews geführt worden und 77 Fragebögen per E-Mail eingegangen.

### **Datenauswertung**

Die Auswertung der gewonnenen Daten erfolgte ab Mitte Oktober 2010. Die Rohdaten wurden zunächst in EDV übertragen und in einer Datei zusammengefügt. Anschließend erfolgte die Daten- und Textanalyse, die es möglich machte verschiedene Kategorien zu bilden und die große Menge an Daten auszuwerten und zu interpretieren. Erste Ergebnisse konnten Anfang November 2010 nachgewiesen werden.

### **Ergebnisse**

Bis zum Herbst 2010 haben 279 TrainerInnen in 19 Kursen ihr Zertifikat zum/zur M.A.S TrainerIn erworben. Die Befragungspopulation betrug  $n = 140$ . Von 279 Personen waren bei 18 Personen keine aktuellen Kontaktdaten mehr vorhanden. 190 Personen konnten per E-Mail erreicht werden. 63 Befragungen wurden als strukturiertes, leitfadengestütztes Telefoninterview durchgeführt, acht der angerufenen Personen gaben an, nicht an der Untersuchung teilnehmen zu wollen und 77 Fragebögen wurden per E-Mail zurück gesendet. Die Rücklaufquote der Befragung entsprach einem Prozentsatz von 53,63 %. Von den 140 Befragten waren 136 weiblich und vier männlich. Das Durchschnittsalter der befragten Personen betrug 48 Jahre. Das Alter der jüngsten Person betrug 27 Jahre und die älteste Person war 70 Jahre alt. Die Befragten beendeten ihre Ausbildung vor durchschnittlich 2,69 Jahren, frühestens vor vier Monaten und spätestens vor 6 Jahren. Die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung bestand zu jedem Zeitpunkt.



**Abbildung 2:** Rekrutierung der Untersuchungsstichprobe

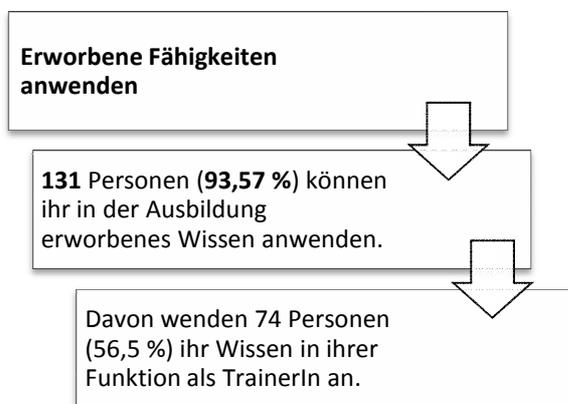
In Tabelle 16 ist beschrieben, wie sich die Untersuchungsteilnehmer zu den jeweiligen Kursen zuordnen lassen. Bisher haben 19 Kurse stattgefunden.

**Tabelle 8:** Kursteilnehmer, die an der Befragung teilgenommen haben / Kurs

Kurs Nr.	Anzahl derer, die die Ausbildung abgeschlossen haben/Kurs	Anzahl derer, die an der Befragung teilgenommen haben	Relativer Anteil an der Befragung/Kurs
Kurs 0	16	8	50%
Kurs 1	18	8	44,44%
Kurs 2	12	7	58,33%
Kurs 3	16	9	56,25%
Kurs 4	16	6	37,50%
Kurs 5	14	7	50%
Kurs 6	16	10	62,50%
Kurs 7	13	9	69,23%
Kurs 8	16	7	43,75%

<b>Kurs 9</b>	15	4	26,66%
<b>Kurs 10</b>	18	8	44,44%
<b>Kurs 11</b>	12	5	41,66%
<b>Kurs 12</b>	10	3	33%
<b>Kurs 13</b>	13	5	38,46%
<b>Kurs 14</b>	12	7	58,33%
<b>Kurs 15</b>	11	8	72,72%
<b>Kurs 16</b>	17	7	41,17%
<b>Kurs 17</b>	18	13	72,22%
<b>Kurs 18</b>	16	9	56,25%

Von 140 Befragten antworteten 131 Personen auf die Frage, ob sie die in der Ausbildung erworbenen Fähigkeiten noch anwenden können mit ja. Das entspricht einem Prozentsatz von 93,57 %. Zwei Personen, machten keine Angaben zu diesem Punkt. Sieben Personen, also 5 % antworteten, ihre erworbenen Fähigkeiten aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr anwenden zu können. Eine Person benannte keinen Grund, zwei Personen arbeiten zurzeit in anderen Bereichen, eine Person kann krankheitsbedingt ihre erworbenen Fähigkeiten nicht mehr anwenden und weitere zwei Personen äußerten, keine Gelegenheit zu haben, um die erworbenen Fähigkeiten anwenden zu können. Von den 131 Befragten, die die erworbenen Fähigkeiten anwenden, tun dies 74 Personen, also 56,5 % beruflich. 57 Personen wenden ihr Wissen zwar nicht in direkter Trainertätigkeit an, aber im privaten oder auch im pflegerischen Bereich in der Arbeit mit an Demenz erkrankten Menschen.



**Abbildung 3:** Erworbene Fähigkeiten anwenden

Von den 131 Personen, die ihre in der Ausbildung zum/zur M.A.S TrainerIn erworbenen Fähigkeiten anwenden können, sind zwei Personen, die antworteten, am Burn Out Syndrom zu leiden. Eine Pflegende erzählte: „...das ist sehr traurig. Ich habe in einem Heim gearbeitet, gemeinsam mit einer Kollegin die Ausbildung gemacht und war danach als Trainerin im Heim tätig. Das Problem war, dass uns eine Neidfront entgegen schlug und wir gemobbt wurden bis wir schließlich das Haus verließen. Ich bin jetzt in Pension, da ich ins Burn Out gefallen bin. Im privaten Bereich, bei Bekannten, kann ich meine erworbenen Fähigkeiten anwenden. Alles was an Betreuung anfällt mache ich.“ Eine weitere Person erzählte, dass sie als ASB tätig war: „...bin dann ins Burn Out gefallen, war körperlich angeschlagen und bin jetzt in Pension. Der Beruf der Pflege ist gesundheitsschädlich. Meine in der Ausbildung erworbenen Fähigkeiten wende ich privat bei meiner Mutter an.“ Eine Person gab an, am Burn Out Syndrom zu leiden und ihr Wissen auch nicht mehr anzuwenden: „Ich bin im Burn Out. Wende das Wissen aus der Ausbildung nicht mehr an.“

Zur ersten Frage, ob die Trainertätigkeit beruflich ausgeübt wird, gaben von den 140 Befragten 52,85 % zur Antwort, die Trainertätigkeit beruflich auszuüben. Von 139 Befragten sind 47 Personen beim Verein M.A.S Alzheimerhilfe als TrainerIn angestellt, zwei der Befragten sind bei M.A.S in weiteren Funktionen angestellt. 91 der befragten Personen sind nicht beim Verein M.A.S Alzheimerhilfe angestellt. Davon arbeiten 27 Personen in anderen Einrichtungen oder selbständig als TrainerIn und 64 Personen arbeiten nicht in direkter Trainertätigkeit.

Die Antworten auf die nächste Frage, warum man nicht mehr als TrainerIn tätig ist, konnten in elf Kategorien eingestuft werden.

**Tabelle 9:** Gründe der Befragungsteilnehmer für Nicht-Ausüben der Trainertätigkeit

Als TrainerIn tätig, aber nicht beim Verein M.A.S angestellt:	Dies war bei 27 der Befragten der Fall.
Beruf Pflege:	18 Personen antworteten, beruflich in der Pflege tätig zu sein.
Selbständig:	Eine Person antwortete, ab und an freiberuflich für den Verein tätig zu sein und eine Person schrieb, dass sie sich selbständig eine Gruppe aufbauen wolle.
Keine zeitlichen Ressourcen:	15 der Befragten antworteten, dass ihnen die zeitlichen Ressourcen, um Trainings durchzuführen fehlten.

Keine Angabe:	Drei Personen wollten keine Angaben zu diesem Punkt machen.
Keine Anstellung bekommen:	Elf der Befragten antworteten, keine Anstellung gefunden zu haben.
Andere Berufswahl:	13 Personen entschieden sich für einen anderen Berufszweig.
Krankheit:	Vier Personen können zurzeit aus gesundheitlichen Gründen die Tätigkeit als M.A.S TrainerIn nicht ausüben.
Private Anwendung:	Drei der Befragten sind privat durch zu pflegende Angehörige sehr eingespannt und wenden ihre Fähigkeiten an.
Finanzierung:	Sechs der Befragten bemängelten den finanziellen Aspekt.

Aus unterschiedlichen Gesichtspunkten wurde der finanzielle Aspekt angesprochen. Eine der Befragten antwortete, dass *„das System in Niederösterreich nicht so durchführbar sei. Das Interesse der Menschen für Demenz und Training ist zwar da, aber es gibt keine Finanzierungsmöglichkeiten. Das wird dann für die Leute zu teuer.“* Eine weitere Person sagte, dass die Arbeit als M.A.S Trainerin *„...viel Verantwortung, wenig Geld“* beinhalte *„und mit der Versicherung auch manchmal schwierig.“* sei. Eine andere Befragte antwortete, dass man *„bei den momentanen Preisen für ein Training man beim besten Willen niemanden[...]findet, der so viel Geld ausgeben mag.“*

Zu Frage drei, in welchen Bereichen sich die Befragten mehr Hilfestellung für die Praxis gewünscht hätten, konnten 14 Kategorien gebildet werden. Aus den Antworten auf die Frage nach bestehenden Weiterbildungswünschen wurden 16 Kategorien gebildet. Viele antworteten ähnlich wie auf Frage drei. Daher wurden die gebildeten Antwortkategorien beider Fragen zusammengefasst.

**Tabelle 10:** Themenwünsche für Weiterbildungen und Ausbildung

Keine Hilfestellung	Kommunikation
Keine Weiterbildungswünsche	Prophylaxe
Wissen über die Erkrankung	Wahrnehmung
Rechtliche Aspekte	Bewegung
Training	Materialbezug
Angehörige	Validation

Change/Austausch von Wissen, Erfahrung und Material	Praktikum
Höhere Stadien der Demenz	Klienten
Abschied und Tod	Einzelantworten

### 3.1.4. Öffentlichkeitsarbeit

- Anzahl der Publikationen (2008 - 2010) – siehe Anhang Nr. 1

#### Andere Methoden zur Öffentlichkeitsarbeit

- Zum Weltalzheimerntag 2010 wurde der Film „An ihrer Seite“ in allen Demenzservicestellen gezeigt. Damit konnten wir viel Interesse erregen und Menschen, welche sich sonst nicht öffentlich deklarieren wurden auf das Service der M.A.S Alzheimerhilfe aufmerksam gemacht.
- Die M.A.S Alzheimerhilfe Homepage wurde erweitert und neue Inhalte wurden entwickelt
- Informationsbroschüren und der Jahresendbericht (2010) zum Auflegen in Arztpraxen und anderen öffentlichen Bereichen wurden entwickelt – siehe Anhang Nr. 2
- Im September 2010 wurde der Gedächtnisparcours in Zusammenarbeit mit der Gemeinde Bad Ischl entwickelt und erfreut sich großer Beliebtheit. In einem Bad Ischler Park wurden 8 Tafeln aufgestellt, auf denen sich theoretische Erklärungen zu den Funktionen des Gedächtnisses und entsprechende Übungen zur Erhaltung der Gedächtnisleistungen befinden. Die Übungen werden in Zukunft regelmäßig ausgetauscht.

### **3.1.5. Datenmanagement**

In der Projektphase wurde ein professionelles Datenbanksystem entwickelt. Dieses ist nun abgeschlossen und geht in den Regelbetrieb über. Schulungsinitiativen haben bereits begonnen. Durch unsere kontinuierliche Projektarbeit und ständige Evaluation der Praxis haben wir nun eine Datenbank entwickelt, welche sowohl den Alltag unterstützt als auch wichtige Daten für den Erkenntnisgewinn mit dieser Population erlaubt.

Durch die Professionalisierung unserer Datenbank können wir eine solide Entscheidungsbasis zur Planung und Optimierung von Versorgungsstrukturen für Personen mit Demenz und deren Familien in Österreich liefern.

Die beiden, ursprünglich getrennten Datenbanken für die psychologisch/medizinischen Verlaufsdaten und die Daten der Sozialarbeiter wurden nun in eine übersichtlich gestaltete und leicht zu bedienende Datenbank übergeführt, wo alle Berufsgruppen profitieren können, Doppeleingaben vermieden werden und eine leichte Auswertbarkeit der Daten vorliegt.

## **IV. Diskussion der Ergebnisse**

Seit Beginn der Modellentwicklung der Demenzservicestelle (2002) wurden 1037 Familien untersucht (Stichtag 1.9.2010) und betreut. Interessant ist, dass relativ viele betroffene Personen in einem frühen Stadium in der Demenzservicestelle vorstellig werden. Dies ist ein Erfolg der Struktur, welche als eine ihrer Hauptziele die Früherkennung definiert hat.

### **4.1. Diskussion der Ergebnisse der Projekt-Verlaufsanalyse**

#### **4.1.1. Sozialarbeit**

In zunehmendem Ausmaß wurden die Angebote der M.A.S Alzheimerhilfe von der Bevölkerung und von anderen Berufsgruppen angenommen. Mit der Zunahme der Standorte in Oberösterreich konnte die Akzeptanz dieser neuen Struktur noch weiter erhöht werden. Der spezielle sozialarbeiterische Zugang, pflegende Angehörige stadiengerecht und konstant zu unterstützen ist ein Zugang der speziell in jedem Team entwickelt werden muss und derzeit nicht in der Ausbildung dieser Berufsgruppe gelehrt wird. Die M.A.S Alzheimerhilfe beschäftigt derzeit 6 Sozialarbeiter, welche dieses spezifische Praxiskonzept der Angehörigenbegleitung entwickeln. Die interne Kommunikation zwischen den verschiedenen Teams hat sich durch die Hinterfragung der Organisationsstrukturen stark intensiviert. Dies ist durch gemeinsame Klausuren und Arbeitsgruppen geschehen, in denen verschiedene Themen bearbeitet wurden und die Kommunikationsstrukturen ständig hinterfragt wurden. Die gemeinsame Eröffnung von 3 neuen Demenzservicestellen nach den 3 bereits etablierten Stellen hat Vorteile gebracht, jedoch wurde die Gleichzeitigkeit nicht nur positiv erlebt. So haben sich eigene Dynamiken durch die Gleichzeitigkeit der Eröffnung entwickelt. Eine Vereinheitlichung der Strukturen war relativ schwierig zu verwirklichen und hat einige Monate gedauert. Unsere Erfahrung hat uns gezeigt, dass es vorteilhafter ist, neue Stellen entweder in einem Bundesland gleichzeitig vorzunehmen oder eine kontinuierliche sequenzielle Eröffnung vorzunehmen. Die sequenzielle Eröffnung hätte den Vorteil, dass neue Mitarbeiter in bereits etablierten Servicestellen praxisorientiert eingeschult werden, indem sie in den Regelbetrieb eingebunden werden. Dies könnte zu einer stärkeren Vereinheitlichung des Arbeitsstiles führen und die Kommunikation wesentlich vereinfachen.

#### **4.1.2. Psychologie**

Die Aussagen welche durch die Verlaufstestungen gemacht werden können sind bereits beeindruckend und wir haben Datenmaterial aus 9 Jahren Arbeit vorliegen. Das größte Problem in der Interpretation unserer Daten ist das Fehlen einer Kontrollbedingung. Aus finanziellen Gründen können wir auch jene Personen, welche kein Training haben, nicht in Folge testen. Wir werden nun in Zukunft als „Mindesttestung“ von jeder Person jährlich eine FAST Skala erheben. Dies kann auch von der Sozialarbeit durchgeführt werden und liefert ein Mindestmaß an Krankheitsprogression. Damit stünden für jede Person Lebensstatus und Krankheitsprogression zur Analyse zur Verfügung. Dieses Vorgehen wird die Datenlage weiter verbessern.

#### **4.1.3. Aus- und Weiterbildung**

Die Praxistauglichkeit des Curriculums der M.A.S Trainerausbildung wurde untersucht. 93,57% der bisher ausgebildeten Personen wenden das in der Ausbildung erworbene Wissen, ob beruflich oder privat, nachhaltig über Jahre hinweg erfolgreich an. Bisher wird diese Ausbildung aber nicht als Beruf anerkannt. Die M.A.S TrainerInnen finden außerhalb des Vereins kaum eine Anstellung als TrainerIn und arbeiten in ihren Berufen weiter mit der Zusatzausbildung M.A.S Trainer. Außer in pflegerischen Institutionen, wo die erworbenen Fähigkeiten meist in den beruflichen Alltag einfließen oder der privaten Anwendung dieser, gibt es keine gesetzgebenden strukturellen Möglichkeiten, das in dieser Trainerausbildung erworbene Wissen anzuwenden.

Der Unterschied der Ausbildung zum M.A.S Trainer zu anderen, speziell für Pflegekräfte ausgerichteten Ausbildungen liegt darin, dass der soziale Aspekt im Vordergrund steht. Im Vergleich mit den Empfehlungen für ein Ausbildungscurriculum von Hyer et al., erfüllt das Curriculum zur Ausbildung des M.A.S Trainers die meisten dieser Kriterien durchaus. Nicht enthalten ist die Komponente der Stressbewältigung für Pflegende. Da aber immer mehr Pflegende die Ausbildung zum/zur M.A.S TrainerIn absolvieren, gilt es zu überlegen, diese Thematik ebenfalls im Curriculum aufzunehmen.

Mehrere Studien belegen, dass Interventionen mit Inhalten, die denen des Curriculums der M.A.S Trainerausbildung ähnlich sind, eine Verbesserung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz aufweisen, auch wenn unterschiedliche Parameter zur Messung dieser herangezogen wurden. Insbesondere in dem Bereich der Verhaltensauffälligkeiten und im Umgang mit diesen konnten in stationären Einrichtungen international durch Schulung des Pflegepersonals Verbesserungen erzielt werden (vgl. Testad et al., 2005; Teri et al., 2010; Hobday et al., 2010).

Zwei von drei Personen, die angaben, am Burn Out Syndrom zu leiden, begründeten dies damit, im Pflegeheim keine Strukturen gefunden zu haben, um Trainings durchführen oder etwas verändern zu können, was schließlich zum Burn Out Syndrom geführt hätte. Kolanowski et al. leiten aus einer Untersuchung über den Einsatz von Medikamenten bei Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz ab, dass Pflegepersonal ohne spezielle Weiterbildung bei Verhaltensauffälligkeiten nach dem „*trial and error*“-Prinzip interveniere. Vieles sei allerdings auch darauf zurück zu führen, dass die strukturellen Bedingungen im Pflegeheim nicht so gestaltet sind, dass auch in speziellen Ausbildungen erworbenes Wissen nicht angewendet werden kann (Kolanowski et al., 2010). Testad et al. konnten in einer Untersuchung belegen, dass eher organisatorisch, strukturelle und psychosoziale Bedingungen in Pflegeheimen einen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Pflegeteams haben (Testad et al., 2009).

#### **4.1.4. Öffentlichkeitsarbeit**

Das wichtigste in der Medienarbeit ist der ständige Kontakt mit den Zeitungen und anderen Medien. Die Versorgungsstruktur muss sich in ständiger Evidenz in der Öffentlichkeit halten, denn nur wenn der unmittelbare Bedarf in einer Familie besteht wird das Angebot wahrgenommen.

#### **4.1.5. Datenmanagement**

Die Neuorganisation der Datenbank wird es in Zukunft ermöglichen, zunehmend mehr Daten zur täglichen Begleitung von Personen mit Demenz und deren Familien direkt aus der Praxis

heraus zu ermöglichen, da eine kontinuierliche Erhebung der Daten vorgenommen wird (nicht nur einmal pro Jahr anlässlich der Folgetestung) und Angaben zum Statuswechsel kontinuierlich erhoben werden. Die Erhebung der Fragen im Fragebogen wird im Rahmen dieser Datenbankerneuerung vereinfacht und Datenverlust soll damit minimiert werden. Damit erwarten wir einen besseren Einblick in die familiäre Situation und eine lückenlosere Datensituation.

## V. Literaturverzeichnis

- Alzheimer's Disease International (2009). Annual Report 2008-2009, London: Author, 1-16.  
ADI
- Auer, S. (2007). Demenzservicestellen der österreichischen M.A.S. Alzheimerhilfe in Oberösterreich: eine neue Struktur zur pharmakologischen Behandlung von Personen mit Demenz und deren Angehörige. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*. 20(2008), H. 4, S. 257-263
- Auer, S. (2010). Empowering and supporting persons with memory problems and their families in a rural area: evaluation of the Dementia Service Centres (DSC) of Upper Austria. International Psychosocial Research Award 2010.
- Auer, S., Donabauer, Y., Zehentner, F., Span, E. (2007). Entlastung pflegender Angehöriger. Ein Programm der M.A.S Alzheimerhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 20 (2/3), 169-174.
- Auer S., Gamsjäger M., Donabauer Y. & Span, E. (2010). Stadienspezifisches retrogenetisches Training für Personen mit Demenz: Wichtigkeit der psychologischen Merkmale der einzelnen Stadien. In H. Schloffer, E. Prang & A. Frick-Salzmann (Hrsg.), Gedächtnistraining. Theoretische und praktische Grundlagen (S. 181 – 187). Berlin: Springer.
- Auer, S., Span, E., Donabauer, Y., Reitner, M., Helm, G. (2007). Demenzservicestellen der M.A.S Alzheimerhilfe Österreich. Eine neue Struktur zur nicht-pharmakologischen Behandlung von Personen mit Demenz und deren Angehörige. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 20 (4), 257-263.
- Auer, S., Donabauer, Y., Reitner, M., Binder, F., Zehetner, F. & Span, E. 2005. Project „Gesund Länger Pflegen“. FGÖ, Land OÖ, Nr. 599/III/83
- Auer, S., Donabauer, Y., Zehetner, F. & Span, E. (2007). Entlastung pflegender Angehöriger. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 20 (2/3), 169-176.
- Belle SH, Burgio L., Burns R., et al, (2006): Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups. *Ann Intern Med*, 145: 727-738.
- Berg L., Miller JP., Storandt M., (1988) Mild senile dementia of the Alzheimer typw, 2: longitudinal assessment. *Ann Neurol*, 23, 477-448.
- Brodsky, H., Gresham, M. & Luscombe, G. (1997). The Prince Henry Hospital dementia caregivers' training programme. *Int J Geriatr Psychiatry*, 12(2), 183-92.

- Cohen-Mansfield J, Marx MS. (1988). Relationship between depression and agitation in nursing home residents. Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington, Compr Gerontol B. 2(3):141-6.
- Demenz-Support Stuttgart (Hrsg) 2010. Ich spreche für mich selbst. Mabuse: Frankfurt.
- Gallagher, D., Rose, J., Rivera, P., Lovett, S., Thompson, L.W., (1989). Prevalence of depression in family caregivers. *Gerontologist*. 29(4):449-56.
- Hobday, J.V., Savik, S., Gaugler, J.E. (2010). Feasibility of Internet Training for Care Staff of Residents with Dementia. The CARES Programm. *Journal of Gerontological Nursing* 36 (4), 13-21.
- Hyer, K., Molinari, V., Kaplan, M., Jones, S. (2010). Credentialing dementia training: the Florida experience. *International Psychogeriatrics* 22(suppl.6), 864-873. Richtig?
- Kolanowski, A., Fick, D., Frazer, C., Penrod, J. (2010). It's about Time: Use of Nonpharmacological Interventions in the Nursing Home. *Journal of Nursing Scholarship* (42), 214-222.
- Lawton MP., Brody EM., Saperstain AR. (1989): A controlled study of respite service for caregivers of Alzheimer's patients. *Gerontologist*, 29: 8-16.
- LoGiudice, D., Kerse, N., Brown, K., Gibson, S.J., Burrows, C., Ames, D., Young, D., Flicker, L. (1998). The psychosocial health status of carers of persons with dementia: a comparison with the chronically ill. *Qual Life Res.*, 7(4):345-51.
- Mace, N. L. & Rebins, P. V. (1981). *The 36 hour day*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Mechtler, R., Pass, C. & Roth, P. (2008). *Evaluierung der M.A.S Demenz-Servicestellen in Bad Ischl, Regau und Ottensheim*. Linz: Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung, Johannes Kepler Universität, Projektendbericht.
- Mittelman MS; Epstein C New York, (2003) New York: Avalon Publishing Group, Inc. Marlowe & Company, ID: B0001584, year: 2003, Vol: , page: 196, stat: Book, review: ?,
- Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Shulman, E., Steinberg, G. & Levin, B. A. (1996). Family intervention to delay home placement of patients with Alzheimer' disease. *JAMA*, 1725-1731.
- Mittelman MS., Ferris FH., Steinberg G., Shulman E., Mackell JA., Ambinder A., Cohen J. (1993): An intervention that delays institutionalization of Alzheimer's disease patients: treatment of spouse-caregivers. *Gerontologist*, 33: 730-740.
- Norton M, et al. (2010). Greater Risk of Dementia when spouse has Dementia? The Cache County study. *JAGS* 58:895-900

- Olazaran, J., Muniz, R., Reisberg, B., Pena-Casanova, J., del Ser, T., Cruz-Jentoft, A.J., Serrano, P., Navarro, E., Garcia de la Rocha, M. L., Frank, A., Galiano, M., Fernandez-Bullido, Y., Serra, J. A., Gonzalez-Salvador, M. T. & Sevilla, C. (2004). Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer Disease. *Neurology*, 63 (12), 2348-5.
- Olazaran J., Reisberg B., Clare L., Cruz I., Pena-Casanova J., del Ser T., Woods B., Beck C., Auer S., Lai C., Spector A, et al. (2010) Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30:161-178.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects. *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577 – 595.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., De Leon, M.J., Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 39(9):1136-9.
- Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S.P., Ferris, S.H., Franssen, E., Georgotas, A. (1987) Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*, 48 Suppl: 9-15.
- Reisberg B, Ferris SH, Kluger A, Fransen E et al. (1989). Symptomatic Changes in CNS Aging and Dementia of the Alzheimer Type: Cross-sectional, Temporal, and Remediable Concomitants, in: Bergener M & Reisberg B (Eds). *Diagnosis and Treatment of Senile Dementia*. Berlin, Heidelberg: Springer. 193-223.
- Reisberg B, Fransen E, Sclan SG et al. (1989). Stage Specific Incidence of Potentially Remediable Behaviorable Symptoms in Aging and Alzheimer Disease. A Study of 120 Patients Using the BEHAVE-AD. *Bulletin of Clinical Neuroscience*, 54. 95-112
- Reisberg, B., Fransen, E.H., Hasan, S.M., Monteiro, I., Boksay, I., Souren, L.E.M. et al. (1999). Retrogenesis: Clinical, physiologic and pathologic mechanisms in brain ageing. Alzheimer's and other dementing processes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(suppl. 3), 28-36.
- Reisberg, B., Fransen, E.H., Souren, L.E.M., Auer, S.R., Akram, I., Kenowsky, S. (2002). Evidence and mechanisms of retrogenesis in Alzheimer's and other dementias: Management and treatment import. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 17, 2002-2012.
- Reisberg, B. (2005) Commentary on "Diagnosis of Alzheimer's disease: two decades of progress." Symptomatology and biomolecular basis of Alzheimer's: a synthesis, *Alzheimer's Dement*, 1(2):102-6.
- Reisberg B., Ferris S.H., Torossian C., Kluger A. & Monteiro I. (1992). Pharmacologic treatment of AD. *International Psychogeriatrics*, 4(1), 9-42

- Reisberg B, Javed A, Kenowsky S, Auer S (2005). Alzheimer's Disease, in: Zaretsky et al. (Eds). Medical Aspects of Disability. 3rd Edition, Springer Pub. Co. 79-118.
- Roselli, F., Pisciotto, N.M., Pernecky, R., Pennelli, M., Aniello, M.S., De Caro, M.F., Ferrannini, E., Tartaglione, B., Defazio, G., Rubini, G., Livrea, P. (2009). Severity of neuropsychiatric symptoms and dopamine transporter levels in dementia with Lewy bodies: a 123I-FP-CIT SPECT study. *Mov Disord.* 24(14):2097-103.
- Roselli F., Tartaglione B., Federico F., Lepore V., Defazio G. & Livrea P. (2009). Rate of MMSE score change in Alzheimer's disease. Influence of education and vascular risk factors, *Clin Neurol Neurosurg.* 2009 May; 111(4):327-30.
- Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry;* 22(9):843-849.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M. & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-base cognitive stimulation therapy program for people with dementia. *The British Journal of Psychiatry* 183, 248 – 254.
- Spitz, R. (1976). Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr, Klett-Verlag, 5.Auflage, p.15
- Teri, L., McKenzie, G.L., Pike, K.C., Farran, C.J., Beck, C., Paun, O., LaFazia, D. (2010). Staff Training in Assisted Living: Evaluating Treatment Fidelity. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18 (6), 502-509.
- Testad, I., Aasland, A.M., Aarsland, D. (2005). The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20, 587-590.
- Testad, I., Mikkelsen, A., Ballard, C., Aarsland, D. (2009). Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25 (issue 8), 789-797.
- Wimo, A., Prince, M., (2010). The global economic impact of dementia. Alzheimer's Disease. *International World Alzheimer Report 2010.* Retrieved November 17, 2010, from <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010ExecutiveSummary.pdf>
- Winkler, S. M., Auer, S., Affenzeller, M., Donabauer, Y. & Reisberg, B. (2009). Heuristic modeling of the mental progress of persons with normal brain aging, subjective cognitive impairment, mild cognitive impairment, Alzheimer's Disease and related dementia disorders. *Proceedings of the 20th European Modeling and Simulation Symposium (EMSS2009).* Puerto de la Cruz, Tenerife, Spain. September 2009.

- Yesavage J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V.O. (1983) Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17
- Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, J. (1980) Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*; 20 (6): 649-655
- Zarit, S., Ory, M.G., Williams, T.F., Emr, M., Lebowitz, B., Rabins, P., Salloway, J., Sluss-Radbaugh, T., Wolff, E. (1985). Families, informal supports, and Alzheimer's disease. Current research and future agendas. *Res Aging*. 7(4): 623-44.

## VI. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis, Grafiken

Tabelle 1: Beginnende Demenz .....	11
Tabelle 2: Mittelschwere Demenz .....	12
Tabelle 3: Schwere Demenz.....	13
Tabelle 4: Sehr schwere Demenz.....	15
Tabelle 5: Angehörigenschulungen .....	18
Tabelle 6: Angehörigentreffen.....	19
Tabelle 7: Ausbildungsinhalte zur M.A.S Trainerausbildung .....	21
Tabelle 8: Kursteilnehmer, die an der Befragung teilgenommen haben / Kurs.....	25
Tabelle 9: Gründe der Befragungsteilnehmer für Nicht-Ausüben der Trainertätigkeit .....	27
Tabelle 10: Themenwünsche für Weiterbildungen und Ausbildung .....	28
Grafik 1: Schematischer Ablauf der Serviceangebote der M.A.S Alzheimerhilfe .....	6
Grafik 2: Graphische Darstellung des M.A.S Strukturprojektes.....	7
Abbildung 1: berufliche Vorbildung der Kursteilnehmer .....	23
Abbildung 3: Rekrutierung der Untersuchungsstichprobe .....	25
Abbildung 4: Erworbene Fähigkeiten anwenden .....	26

## VII. Anhang

### Anhang 1: Presseausschnitte

## GRUPPE FÜR DEMENZKRANKE MENSCHEN

Im Juli startete in Schärding eine Trainingsgruppe für demenzkranke Menschen. Das Training wird von einer speziell ausgebildeten Trainerin der MAS-Alzheimerhilfe durchgeführt. Dabei werden neben Gedächtnisübungen auch Spiele und körperliche Aktivitäten einbezogen. Da das Training vom Land Oberösterreich und vom Fond Gesundes Österreich gefördert wird, können die Kosten

niedrig gehalten werden (10 Euro pro Stunde).

Das Treffend dieser Trainingsgruppe findet immer **dienstags von 10.00 bis 12.00 Uhr im Familienzentrum Schärding** statt. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an Maria Murauder oder Ronny Lindner von der Demenzservicestelle der MAS-Alzheimerhilfe Ried



Kontakt: Demenzservicestelle Ried im Innkreis  
Bahnhofstraße 38/1, 4910 Ried, Tel: 0664/8546692,  
07752/81371, [ronny.lindner@mas.or.at](mailto:ronny.lindner@mas.or.at),  
[maria.murauder@mas.or.at](mailto:maria.murauder@mas.or.at), [www.mas.or.at](http://www.mas.or.at)



### Presseausschnitt 1: Schärdingler Bürger-Info, 3/2010

Ab 30. Juni im Freien Radio Salzkammergut:

#### Radioreihe zum Thema Demenz



DSA Cornelia Mikenda (vorne) und DSA Petra Gschwendtner gestalten die Sendungen.

**BAD ISCHL.** Eine fünfteilige Sendereihe der M.A.S Alzheimerhilfe im Freien Radio Salzkammergut versucht, Angehörigen von Demenzpatienten auf verständliche Weise Antworten zu geben. Start der Reihe mit dem Modul 1, „Demenz - eine Krankheit verstehen“, ist am Mittwoch, 30. Juni, um 9 Uhr.

Die meisten Menschen haben den Wunsch, trotz ihrer (altersbedingten) Erkrankungen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben. Die Angehörigen, die sie be-

gleiten, stellt diese Aufgabe jedoch vor eine große Herausforderung und führt sie rasch an die Grenzen ihrer Belastbarkeit.

Deshalb bietet die M.A.S Alzheimerhilfe Bad Ischl verschiedenste Formen der Hilfeleistung an. Ein Ansatz erfolgreicher Unterstützung ist die Wissensvermittlung. Dadurch sollen die Angehörigen Entlastung erfahren, das Krankheitsverständnis stärken und Strategien für die Bewältigung der schwierigen Situation vermittelt bekommen. Zum nunmehr zweiten Mal stellen Mitarbeiter der M.A.S Alzheimerhilfe den Angehörigen ihr Wissen via Radio zur Verfügung. Die Sendungen sind wöchentlich, jeweils mittwochs, um 9 Uhr zu hören. Das Thema des ersten Moduls heißt „Demenz - eine Krankheit verstehen“ und wird am 30. Juni um 9 Uhr gesendet. Diese erste Sendung behandelt die Grundlagen der Demenzerkrankung. Es werden Fragen behandelt wie „Was bedeutet Demenz?“ „Was versteht man unter Alzheimer-Krankheit?“ „Was geschieht bei der Alzheimer-Krankheit im Gehirn?“ „Weshalb ist eine frühe Diagnose so wichtig?“ „Wie verläuft die Krankheit?“ sowie „Gibt es eine wirksame Behandlung?“ Die weiteren Sendungen werden die Themen Früherkennung bzw. Behandlungsmöglichkeiten bei Demenz, für Sicherheit sorgen und Prävention beleuchten.

### Presseausschnitt 2: Ischler Woche, 23. Juni 2010



**Gedächtnisparcours eröffnet.** Anlässlich des Weltalzheimertages eröffnete Bürgermeister Hannes Heide zu den Klängen des Jugendorchesters der Salinenmusik auf der Hasnerallee an der Esplanade einen Gedächtnisparcours des Vereins M.A.S. Dieser setzt unter seiner Obfrau Felicitas Zehetner einen weiteren wichtigen Schritt im Sinne der Alzheimerhilfe.

Presseausschnitt 3: Ischler Woche, 29. September 2010

Bezirksrundschau Nr. 39, 30. September 2010

17 GM

## Gedächtnis-Parcours soll Öffentlichkeit sensibilisieren

Bürgermeister Heide eröffnete Einrichtung in Ischl



Eröffnung des Parcours in der Hasnerallee.

Foto: K. Reisenauer

BAD ISCHL (red). Am 21. September war Weltalzheimertag. Immer noch existiert der Mythos, dass man gegen eine fortschreitende Vergesslichkeit im Alter nichts tun kann. Doch das stimmt nicht: die „grauen Zellen“ können wie Muskeln trainiert werden und auf diese Weise wirkt man einem geistigen Abbau entgegen. Die M.A.S Alzheimerhilfe hat in Zusammenarbeit mit der

Stadtgemeinde Bad Ischl aus diesem Grund einen Gedächtnis-Parcours gestaltet: Passanten jeder Altersgruppe können bei den sieben Schwerpunkt-Tafeln ihre geistige Fitness überprüfen und fördern. Dazu enthält jede Tafel Übungen und Tipps zu unterschiedlichen Bereichen. Gedächtnistraining ist mittlerweile ein gefragtes Instrument der Gesunderhaltung.

Presseausschnitt 3: Bezirksrundschau Nr.39, 30. September 2010

## ALZHEIMERHILFE

# Radio-Reihe zum Thema Demenz

**BAD ISCHL.** Die M.A.S. Alzheimerhilfe startet am Mittwoch, 30. Juni, um 9 Uhr im Freien Radio Salzkammergut mit einer fünfteiligen Sendereihe zum Thema Demenz.

Mitarbeiter der Alzheimerhilfe wollen übers Radio mit ihrem Wissen betroffenen Angehörigen Antworten auf wichtige Fragen geben. Das Thema des ersten Moduls „Demenz – eine Krankheit verstehen“ behandelt die Grundlagen der Demenzerkrankung. Cornelia Mikenda und Petra Gschwendtner geben Antworten auf Fragen wie: Was bedeutet Demenz? Was geschieht bei der Krankheit im Gehirn? Wie verläuft die Krankheit, und gibt es eine wirksame Behandlung? Die weiteren Sendungen



Cornelia Mikenda (li.) und Petra Gschwendtner informieren über die Krankheit Demenz.

beleuchten Themen wie Früherkennung, Behandlungsmöglichkeiten oder Prävention. ■

### **i** DEMENZ-SENDUNG

Mi., 30. 6., 9 Uhr  
Freies Radio Salzkammergut

Presseausschnitt 3: Tips Gmunden, 2010

21 | 30. WOCHE 2010

Leben

Gmunden Tips

Leben

## ALZHEIMER-HILFE

# Gemeinsamer Kampf gegen Vergessen und Hilflosigkeit

**BAD ISCHL.** Demenzerkrankungen stellen Menschen, die Betroffene begleiten, vor viele Probleme. Hilflosigkeit und heillose Überforderung sind an der Tagesordnung. Eine Ausbildung der M.A.S Alzheimerhilfe bietet eine Fülle von Infos und Techniken, um stadiengerecht mit der Krankheit umgehen zu können – und dabei selber nicht auf der Strecke zu bleiben: für Angehörige, aber auch für jene, die von Berufs wegen mit Demenz und Alzheimer konfrontiert sind. Der gemeinnützige Verein bietet auch eine Ausbildung zum/zur M.A.S-Trainer/in, bei der die Absolventen einerseits viel über die Krankheit lernen, zum anderen zeigen die Ausbilder, wie noch



M.A.S.-Ausbildnerin Christine Adler (1. v. r.) mit den Kursabsolventinnen

vorhandene Fähigkeiten der Betroffenen gefördert werden können. Der Kurs ist vor allem für Menschen aus pflegenden Berufen gedacht, die sich immer mehr mit Demenzerkrankungen auseinandersetzen müssen – aber ebenso für Angehörige, die für den Umgang mit der Krankheit des Vergessens besser gerüstet

sein wollen. 51 Damen und Herren aus ganz Österreich haben soeben in Bad Ischl, Linz und Ried die jüngsten Kurse abgeschlossen. In Bad Ischl startet am 21. 10. ein neuer Kurs. Die verpflichtende Infoveranstaltung findet am 9. 9., um 17 Uhr im Büro der Alzheimerhilfe (Lindaustraße 28, Bad Ischl) statt. ■

Presseausschnitt 3: Tips Gmunden, Woche 30, 2010



Im Gedächtnis-Parcours in der Hasneralle kann jeder seine grauen Zellen trainieren.

**ALZHEIMER-HILFE**

**M.A.S. errichtet Gedächtnis-Parcours**

**BAD ISCHL.** Anlässlich des Welt-Alzheimer-Tags errichtete das M.A.S. in der Hasnerallee einen Gedächtnis-Parcours, um auf das Thema Demenz aufmerksam zu machen. Denn gegen fortschreitende Vergesslichkeit kann jeder etwas tun: Das Gehirn kann wie Muskeln

trainiert werden, um geistigem Abbau entgegenzuwirken. Beim Gedächtnis-Parcours in der Hasner-Allee kann jeder Passant bei den sieben Schwerpunkt-Tafeln seine geistige Fitness überprüfen und fördern. Jede Tafel enthält Tipps und Übungen zu verschiedenen Bereichen. ■

Presseauschnitt 3: Tips Gmunden, Woche 39, 2010



ALZHEIMERHILFE

Jahresbericht 2010

## Liebe Mitglieder, liebe SpenderInnen, liebe FreundInnen,

viel zu schnell ist dieses für uns intensive Arbeitsjahr zu Ende gegangen. Wir konnten weitere Meilensteine setzen, unsere Angebote ausbauen und noch mehr Familien beratend zur Seite stehen.

Mit unseren sechs Demenzservicestellen (DSS) in Bad Ischl, Regau, Ottensheim, Pregarten, Micheldorf und Ried/Innkreis können wir betroffene Familien in ganz Oberösterreich unterstützen und begleiten. Insgesamt nahmen mehr als 900 Familien in diesem Jahr unsere Servicestellen in Anspruch.

Die Ausbildungskurse für M-A-S TrainerInnen erfreuten sich auch in diesem Jahr einer großen Nachfrage. Im Herbst 2010 wurde nun der bereits 22. Ausbildungskurs gestartet.

Im Besonderen möchte ich auf die Wichtigkeit der Wissensvermittlung hinweisen. Das Wissen, das sich der Verein M-A-S Alzheimerhilfe und M-A-S Forschung in den vergangenen Jahren aneignen konnte, fließt mittlerweile in viele Richtungen:

Angehörigen kann durch Einschulung in die Grundlagen der Krankheit und Umgangsmöglichkeiten Sicherheit vermittelt und Angst genommen werden.

Das Experten-Wissen der M-A-S Alzheimerhilfe wird derzeit auch in die Planung von neuen Pflegeheimen eingebracht. Die wissenschaftliche Forschung wird vom Verein weiter vorangetrieben und findet in dem Postgradualen Universitätslehrgang „Demenzstudien“ seine Fortsetzung.

Ich bedanke mich bei Ihnen und bei den verantwortlichen Politikern für die gezeigte Solidarität. Gemeinsam können wir auf ein erfolgreiches Jahr zurückblicken, in dem wir unserem Ziel, Verständnis und Akzeptanz für von Demenz betroffene Familien zu schaffen und zu stärken, wieder ein Stück näher gerückt sind.



Angehörigenausflug



Training und Beschäftigung

### Therapie- und Förderungsaufenthalt (TuF)

Unser „TuF“ in einem Bad Ischler Hotel wird als Insel der Erholung und des Wohlfühlens von Menschen mit Demenz/Alzheimer und ihrem Partner erlebt. Gerne lassen wir TeilnehmerInnen mit einigen Ausschnitten aus Rückmeldungen zu Wort kommen.

Besser kann man den „TuF“ nicht beschreiben:

*(...) Wir sind nun seit dem 10. Oktober in Bad Ischl beim „TuF“ und genießen es beide sehr. Mein Mann wird tagsüber von kompetenten M-A-S TrainerInnen liebevoll betreut und er fühlt sich sehr wohl. Wir Angehörige können froh und gestärkt in den Alltag starten.*

*Für meine Frau wie für mich waren die Tage beim Therapie- und Förderungsaufenthalt erfreulich, erholsam und im Gespräch mit den anderen Teilnehmern auch lehrreich, Grund genug an den nächsten Aufenthalt zu denken. (...)*

*Wir genießen den „TuF“ seit 5 Jahren jetzt zum 13. Mal. Ich kann den guten Geist von Bad Ischl mit all seinen motivierten und engagierten MitarbeiterInnen nur jedem wärmstens empfehlen. (...)*



Angehörigentreffen in einer Demenzservicestelle

### Demenzservicestellen

In den Demenzservicestellen der M-A-S Alzheimerhilfe finden Betroffene und Angehörige zahlreiche Angebote zur Entlastung und Förderung, Beratung, Schulung und angeleitete Treffen für Angehörige als auch Trainings für Personen mit Demenz. Die steigende Nachfrage von betroffenen Familien spiegelt sich in den Statistiken der Servicestellen wieder. Die Zahl der betreuten Familien nimmt stetig zu. Ebenso steigt das Interesse der Angehörigen für die 5-teiligen Vortragsreihen um dadurch besser und manchmal auch leichter den Alltag bewältigen zu können.



Weltalzheimerntag  
Eröffnung Gedächtnis-Parcours

### Öffentlichkeitsarbeit

Ein wesentliches Ziel der M-A-S Alzheimerhilfe ist seit Gründung der Einrichtung das Wachrütteln der Bevölkerung und die Enttabuisierung des Themas „Demenz“ / „Alzheimer“.

Am 21. September 2010, dem Weltalzheimerntag, hat die M-A-S Alzheimerhilfe in Bad Ischl in der Kaltenbachau einen „Gedächtnis-Parcours“ errichtet. Passanten jeder Altersgruppe können so das ganze Jahr über bei den sieben mit besonderen Schwerpunkten versehenen Tafeln ihre geistige Fitness überprüfen und fördern.



Prophylaxetraining

### Prophylaxe

Immer mehr Menschen erkennen, wie wichtig gerade bei diesem Thema Früherkennung und Vorbeugung sind. Aufgrund vermehrter Nachfrage bieten fast alle M-A-S Demenzservicestellen mittlerweile Trainingsgruppen zur Vorbeugung an, die sogenannten Prophylaxegruppen. In Bad Ischl und Umgebung laufen bereits 3 Gruppen mit großem Erfolg.

### Ausbildung

Im Herbst 2010 konnte die M-A-S Alzheimerhilfe den zweiten Universitätslehrgang Demenzstudien an der Donauuniversität Krems starten.

Die M-A-S TrainerInnen Ausbildung erfreut sich großer Nachfrage als Weiterbildungsangebot für Pflegeberufe und obliegt der Weiterentwicklung durch die M-A-S Forschung.

Ebenfalls stark frequentiert ist das Angebot der Pflegeheimschulungen. In diesem Jahr wurden Schulungen in Pflegeheimen in Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Burgenland durchgeführt.

Unser spezielles Heimangebot, bei außergewöhnlichen Situationen mit einer Fallsupervision eine gemeinsame Lösung zu suchen und zu finden, wird immer mehr von Heimleitungen genutzt.



#### Demenzservicestellen in Oberösterreich:

Demenzservicestelle Bad Ischl	Tel. +43 (0) 6132 21410-16
Demenzservicestelle Regau	Tel. +43 (0) 664 85 894 85
Demenzservicestelle Ottensheim	Tel. +43 (0) 664 85 466 99
Demenzservicestelle Micheldorf	Tel. +43 (0) 664 85 466 94
Demenzservicestelle Ried/Innkreis	Tel. +43 (0) 664 85 466 92
Demenzservicestelle Pregarten	Tel. +43 (0) 664 85 466 95

Bankverbindung:  
Oberbank Bad Ischl  
BLZ 15030  
Kto. Nr. 161.0311.41  
ZVR 633486648 | BIC OBKLAT2L  
IBAN AT041503000161031141



## ALZHEIMERHILFE

Lindaustraße 28 • 4820 Bad Ischl  
Tel. +43 (0) 6132 21410 • Fax: DW 10  
[www.mas.or.at](http://www.mas.or.at) • [verein@mas.or.at](mailto:verein@mas.or.at)

### Früherkennung · Förderung · Entlastung · Aus- und Weiterbildung

#### In eigener Sache

Vieles haben wir in den 13 Jahren des Bestehens der M·A·S Alzheimerhilfe erreicht und voran getrieben. Durch die veränderten finanziellen öffentlichen Gelder werden unsere Anstrengungen und Bemühungen unsere Ziele zu verwirklichen immer mehr an Innovation von neuen, Familien entlastenden Konzepten einerseits, aber auch mehr spürbare Solidarität unserer Gesellschaft andererseits, notwendig sein. Denn wir wollen, dass die für uns so selbstverständlich gewordene Lebensqualität auch für Menschen mit Demenz und ihren Familien Gültigkeit hat. Bedanken möchte ich mich sehr herzlich bei allen Spendern und Mitgliedern, die unsere Arbeit finanziell unterstützt haben. Ihre Unterstützung ist uns Auftrag und Motivation neue Wege in der Betreuung und Begleitung von Betroffenen und deren Familien zu entwickeln. Mein Dank gilt auch allen Freunden und Mitgliedern, die anstelle von Geburtstagsgeschenken oder anderen festlichen Anlässen die M·A·S Alzheimerhilfe unterstützt haben. Bedanken möchte ich mich auch bei allen Familien, die an Stelle von Kranz- und Blumenspenden M·A·S Alzheimerhilfe und M·A·S Forschung bedacht haben.

Bitte helfen Sie uns weiterhin mit Ihrer Mitgliedschaft oder durch Mitgliederwerbung, dass wir den betroffenen Familien in unseren sechs Demenzservicestellen helfen können. Vieles an Veränderung ist uns in der Gesellschaft durch unermüdliche Aufklärung und dank Ihrer Hilfe zur Enttabuisierung schon gelungen. Vieles ist aber noch zu tun um Verbesserungen für die betroffenen Familien zu erreichen.

Für die bereits eingezahlten Mitgliedsbeiträge 2010 bedanke ich mich. Die beigelegten Erlagscheine können für die ausstehenden Mitgliedsbeiträge 2010 oder aber für die Mitgliedsbeiträge 2011 verwendet werden.

Mit den besten Wünschen für die bevorstehenden Feiertage und den Jahreswechsel 2011 verbleibe ich mit herzlichen Grüßen.

*Felicitas Zehetner*

Ihre Felicitas Zehetner, Obfrau



Fonds Gesundes  
Österreich

### **Herzlich Willkommen bei M·A·S-Alzheimerhilfe!**

M·A·S Alzheimerhilfe wurde 1997 als gemeinnütziger Verein für interdisziplinäre Gerontologie zur Unterstützung und Begleitung von Personen mit Demenz-Erkrankung und ihren Familien gegründet.

M·A·S sieht sich als Impulsgeber für eine fortschrittliche und bedürfnisgerechte Begleitung von Personen mit Demenz unter Einbeziehung der Familien und des Umfeldes, sowie als kompetenter Ansprechpartner. M·A·S entwickelt praxisorientierte Konzepte, die Personen mit Demenz und ihren Angehörigen wieder Lebensqualität und Lebensfreude erleben lassen.

Fortwährende Wissensweiterung durch innovative, wissenschaftliche Studien und Weiterentwicklungsprojekte ermöglichen uns, unser Wissen und das Niveau der M·A·S Alzheimerhilfe auf dem neuesten und höchsten Stand zu halten.

### **Wissen ist eines unserer höchsten Güter**

Das Ziel der **Alzheimer Akademie** ist es, Wissen zu sammeln und weiterzugeben: an betroffene Personen selbst, ihre Angehörigen und an professionelle Betreuungsteams.

Durch unsere Aus- und Weiterbildungsangebote wie zum Beispiel die Demenzfortbildung für Pflege-, Sozial- und Gesundheitsbereich wird dieses Ziel auf praktischer und theoretischer Ebene erreicht.

*Der höchste Lohn für unsere Bemühungen  
ist nicht das, was wir dafür bekommen,  
sondern das, was wir dadurch werden.*

John Ruskin (1819-1900)



*Für Fragen stehen*

*wir Ihnen gerne zur Verfügung!*



## **Demenzfortbildung für Pflege-, Sozial- und Gesundheitsbereich**

### **Ausbildungsleitung und Organisation:**

Christine Adler

Tel.: 06132/21410-15

e-Mail: [christine.adler@mas.or.at](mailto:christine.adler@mas.or.at)

M·A·S Alzheimerhilfe  
Lindaustraße 28 | 4820 Bad Ischl

**[www.mas.or.at](http://www.mas.or.at)**  
**[verein@mas.or.at](mailto:verein@mas.or.at)**

Informieren Sie sich auch auf unserer Homepage  
[www.mas.or.at](http://www.mas.or.at)



Fonds Gesundes  
Österreich

# MAS

**Motivieren** Wissen um die Thematik Demenz ist die Grundlage für eine optimale Gestaltung des Lebensumfeldes für Menschen mit Demenz und ihre Betreuer.

**Aktivieren**

**Stärken**

## Personen mit Demenz haben Fähigkeiten!

Diese Fähigkeiten werden gefördert, damit sie so lange wie möglich erhalten bleiben.

### Preis und Organisatorisches:

**Gesamtpreis: € 1.100,00 pro Modul und Tag ( 9 UE)**  
Excl. Fahrtkosten des Trainers

Inkl. Schulungsunterlagen

**Veranstaltungsort:**

- In Ihrer Institution

**Teilnehmeranzahl:**

- Bis 20 Personen

**Termine:**

- Nach Vereinbarung

Es gelten unsere Bedingungen zur Stornierung, Ausschluss, Verschwiegenheitspflicht, etc. gemäß unserer Homepage unter [www.mas.or.at](http://www.mas.or.at)

### Ziele der Demenzfortbildung :

Die Anzahl von Personen mit Demenz in den verschiedenen Institutionen nimmt stetig zu und stellt damit enorme Anforderungen an das Pflegepersonal.

- Spezielles Wissen im Bereich der Begleitung von Personen mit Demenz ist essentiell um MitarbeiterInnen ein „Hardwerkszeug“ zur Erleichterung der täglichen Aufgaben zu liefern und sie somit zu entlasten.

- Die emotionalen Bedürfnisse von Personen mit



- Demenz in verschiedenen Stadien der Erkrankung zu erkennen ist wichtig, damit entsprechende Methoden und Hilfestellungen angeboten werden können und somit die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert werden kann.

- Ein wichtiger Teil der Fortbildung ist der Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen und die Interaktion zwischen Betroffenen und Betreuern.

**Aufbauend auf die beiden Basismodule 1 und 2 könne Sie aus drei Wahlmodulen auswählen und einen auf Ihre Einrichtung zugeschnittenen Fortbildungsplan zusammenstellen.**

### Zielgruppe:

MitarbeiterInnen von verschiedenen Institutionen im Pflege-, Sozial- und Gesundheitsbereich

## Inhalte der Demenzfortbildung

### Basismodul 1— Grundlagen der Demenz

- medizinische Grundlagen und Verlauf der Erkrankung; verschiedene Stadien und erste Anzeichen der Krankheit

### Basismodul 2— Verhaltensauffälligkeiten

- Häufig auftretende Veränderungen im Verhalten von Personen mit Demenz; hilfreiche Umgangsmethoden dafür; Fall- und Filmbeispiele

### Wahlmodul 3— Kommunikation mit Personen mit Demenz

- Ursachen der sprachlichen Veränderungen und Auswirkungen auf Kommunikation; stadiengerechte Kommunikation mit Personen mit Demenz

### Wahlmodul 4— Stadtienspezifisches retrogenetisches Training

- Methoden und Materialien zum stadtienspezifischen retrogenetischen Training; Planung und Durchführung einer Trainingseinheit

### Wahlmodul 5— Zusammenarbeit mit Angehörigen

- Praktische Kommunikationstechniken und Methoden für eine gute Zusammenarbeit mit den Angehörigen