



NETZWERKMAGAZIN

**Demenz und unser
Gehirn im Fokus**

**Kopf.Sache
Alter**

**Gesundheits-
kompetenz**





Gesundheits-
campus

Klinikum
Ludwigshafen

NETZWERKMAGAZIN

Impressum

Herausgeber:

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH
Bremerstraße 79
67063 Ludwigshafen am Rhein
Internet www.klilu-gesundheitscampus.de
E-Mail gesundheitscampus@klilu.de

Netzwerkmagazin des KliLu-Gesundheitscampus

Redaktion: **Benny Neukamm & Celine Schmitt**
Gestaltung & Layout: **Niko Wingerter, Stabsstelle Kommunikation**
Software: **Canva**
Schlussredaktion: **Stabsstelle Kommunikation**

Anschrift der Redaktion:

KliLu-Gesundheitscampus
Benny Neukamm
Bremerstraße 79, Haus O
67063 Ludwigshafen am Rhein

INHALT

Editorial	04
Grußworte	05
Beiträge	
Ein Überblick über neurodegenerative Erkrankungen	06
Ganzheitlich älter werden – was eine moderne Geriatrie leisten kann	10
Demenz in der Physiotherapie	12
Engagiert für Menschen mit Demenz: Innovative Demenzarbeit im Klinikum Ludwigshafen	14
Das Deutsche Rote Kreuz Ludwigshafen stellt den Hausnotruf vor	16
Zukunftsvision: Akademisierte Pflegefachpersonen an der Seite von Menschen mit Demenz	17
Die Alzheimer Gesellschaft Rheinland-Pfalz und die Prävention der Alzheimer-Demenz	19
Pflege im langzeitstationären Setting	26
Kolumne - zwischen leichtigkeit und ernst	28
Rezepte des Monats	29
Rückblick	30
Anzeigen	31
Unsere Netzwerkpartnerschaften	32



EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

Gesundheit beginnt im Kopf – im wahrsten Sinne des Wortes. Unser Gehirn ist Schaltzentrale, Erinnerungsort und Motor für unser Denken, Fühlen und Handeln. Doch mit dem Älterwerden stellen sich viele Fragen: Wie verändert sich unser Gehirn im Laufe des Lebens? Welche Herausforderungen bringen neurodegenerative Erkrankungen wie Demenz mit sich? Und wie können wir Betroffene und ihre Angehörigen bestmöglich unterstützen?

In der 5. Ausgabe unseres Netzwerkmagazins widmen wir uns dem Thema „Kopf.Sache Alter“ – und rücken damit das Altern und die Vielfalt der damit verbundenen Aspekte in den Mittelpunkt.

In dieser Ausgabe erwarten Sie:

- Fachbeiträge zu neurodegenerativen Erkrankungen
- Einblicke in die Arbeit der Geriatrie
- Informationen zu Unterstützungsangeboten für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen
- Impulse, wie wir gemeinsam Gesundheitskompetenz im Umgang mit dem Thema Altern stärken können.

Unser Ziel bleibt, Gesundheitswissen verständlich und praxisnah zugänglich zu machen. Denn Wissen über das Altern unseres Gehirns bedeutet auch, Möglichkeiten der Prävention, Begleitung und Unterstützung besser zu verstehen – und damit ein selbstbestimmtes Leben im Alter zu fördern.

Wir laden Sie ein, mitzudenken, Erfahrungen zu teilen und Gesundheitswissen weiterzugeben – damit es dort ankommt, wo es am meisten gebraucht wird: im Alltag der Menschen.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Redaktionsteam des
KliLu-Gesundheitscampus Netzwerkmagazins



Benny Neukamm M.A.
Pflege- und Berufspädagoge
Schulmanagement

Projektleiter des KliLu-
Gesundheitscampus

Gesamtschulleiter der Schulen für
Gesundheits- und Pflegeberufe am
Klinikum der Stadt Ludwigshafen
gGmbH



Celine Schmitt M.Sc., M.A.

Pflegewissenschaftlerin
Management von
Gesundheitseinrichtungen
Doktorandin der Pflegewissenschaft

Projektleiterin des KliLu-
Gesundheitscampus

Vertreterin des Gesamtschulleiters
der Schulen für Gesundheits- und
Pflegeberufe am
Klinikum der Stadt Ludwigshafen
gGmbH

Sie benötigen Unterstützung zum Thema Gesundheitskompetenz?

Dann folgen Sie gerne unserem
WhatsApp-Kanal. Hier erhalten Sie
täglich Tipps und Inspirationen, um sich
gesund & fit zu halten. Scannen Sie
hierzu den QR-Code mit Ihrer
Smartphone-Kamera ab.



**KliLu-Gesundheits-
campus**
WhatsApp-Kanal



GRUSSWORTE

**Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Partnerinnen und Partner im Gesundheitscampus-
Netzwerk,**

Altern bedeutet nicht nur das Älterwerden des Körpers – auch unser Kopf, unser Gedächtnis und unsere Persönlichkeit verändern sich im Laufe der Jahre. Mit der Diagnose Demenz sind viele Unsicherheiten verbunden: für die Betroffenen selbst ebenso wie für ihre Angehörigen. Gleichzeitig fordert sie uns als Gesellschaft heraus, neue Wege des Verstehens, Begleitens und Unterstützens zu gehen.

Mit der 5. Ausgabe unseres Netzwerkmagazins „Kopf.Sache Alter“ greifen wir dieses Thema auf. Wir möchten Denkanstöße geben, Wissen teilen und Perspektiven eröffnen. Dabei geht es nicht allein um medizinische Behandlung oder pflegerische Betreuung - es geht ebenso um Wertschätzung, Würde und Teilhabe. Denn Demenz betrifft uns alle: direkt oder indirekt.

Der KliLu-Gesundheitscampus steht dafür, Gesundheitsthemen sichtbar zu machen und über die Grenzen des Krankenhauses hinaus in den Alltag der Menschen zu tragen. Gerade bei Demenz ist Aufklärung ein Schlüssel, um Missverständnisse abzubauen, Verständnis zu schaffen und Netzwerke zu stärken.

Unser Dank gilt allen, die sich an dieser Ausgabe beteiligt haben und damit dazu beitragen, das Thema Demenz stärker in den Blick zu rücken. Wir wünschen Ihnen eine bereichernde Lektüre, die Mut macht, hinschaut und Brücken baut.
Mit herzlichen Grüßen

Ihre KliLu-Krankenhausbetriebsleitung

Jan Stanslowski
Prof. Dr. med. Markus Müller
Alexandra Gräfin von Rex



Jan Stanslowski
Geschäftsführer

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am
Rhein gGmbH



Prof. Dr. med. Markus Müller
Ärztlicher Direktor

Klinikdirektor der Klinik für Urologie

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am
Rhein gGmbH



Alexandra Gräfin von Rex
Pflegedirektorin

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am
Rhein gGmbH



EIN ÜBERBLICK ÜBER NEURODEGENERATIVE ERKRANKUNGEN

Definition und Epidemiologie

Neurodegenerative Erkrankungen sind durch fortschreitenden Nervenzellverlust gekennzeichnet, der zu kognitivem, motorischem oder psychischem Abbau führt. Weltweit sind über 50 Millionen Menschen betroffen, vorwiegend durch Alzheimer und verwandte Demenzerkrankungen. Aufgrund der alternden Bevölkerung könnte sich diese Zahl alle 20 Jahre verdoppeln. Die jährlichen Kosten für die medizinische, soziale und pflegerische Versorgung in Europa belaufen sich auf ca. 370 Milliarden Euro. Neurodegenerative Erkrankungen stellen somit eine wachsende medizinische und sozioökonomische Herausforderung dar. Die multidisziplinäre medizinische Forschung entschlüsselt zunehmend molekulare Mechanismen, während neue Therapien erstmals seit 20 Jahren (Alzheimer-Antikörper) auf den Markt drängen. Internationale Initiativen wie z.B. das EU Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research (JPND) oder das Global Neurodegeneration Proteomics Consortium (GNPC) sind essenziell, um weitere Präzisionsmedizin und Versorgungskonzepte für alle Krankheiten und Krankheitsstadien zu entwickeln. Daneben müssen aber weiterhin insbesondere auch in Deutschland die stationäre und vor allem ambulante wohnortnahe Basisversorgung und Betreuung der Patient*innen verbessert werden.

Hauptkrankheitsbilder

Morbus Alzheimer

Die Alzheimer Erkrankung ist die häufigste Demenzform (60–70 Prozent der Fälle) und die häufigste neurodegenerative Erkrankung; sie verursacht Gedächtnisverlust und kognitive Defizite. Es gibt ca. 1,8 Millionen Betroffene in Deutschland. Die Prävalenz in der Bevölkerung verdoppelt sich ca. alle fünf Jahre ab dem 65. Lebensjahr und erreicht 30–40 Prozent bei über 90-jährigen.



Prof. Dr. med. Simon Nagel

Direktor der Klinik für Neurologie

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH

Die durchschnittliche Krankheitsdauer beträgt 7–10 Jahre, wobei die häufigste unmittelbare Todesursache eine Lungenentzündung durch Aspiration (Verschlucken) darstellt. Es gibt sowohl genetische Risikofaktoren als auch modifizierbare wie z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Adipositas, körperliche Inaktivität, Depression, Schwerhörigkeit, Einschränkung des Sehvermögens und niedrige Bildung. Hier können auch präventive Maßnahmen ansetzen. Die Diagnose wird anhand klinischer, bildgebender Befunde und durch sogenannte Biomarker gestellt. Die Therapie war bisher im Wesentlichen symptomatisch, aber seit kurzem stehen sogenannte monoklonale Antikörper gegen Amyloid zur Verfügung. Amyloid-Plaques sind ein wichtiger Pathomechanismus der Erkrankung. Es sind extrazelluläre Ablagerungen von β -Amyloid ($A\beta_{42}$), welche eine Störung der Kommunikation zwischen Nervenzellen verursachen.



Somit besteht erstmals eine kausale Therapiemöglichkeit. Die Therapie ist jedoch sehr teuer, hat relevante Nebenwirkungen und wird in Deutschland erst ab dem 01.09.2025 erhältlich sowie zunächst an Vorgaben geknüpft sein und in der ersten Phase im Rahmen eines kontrollierten Abgabeprogramms angeboten werden können. Die Neurologie am KliLu bietet sowohl die Möglichkeit zur stationären Demenzdiagnostik, insbesondere bei raschen Verlaufsformen oder zusätzlichen neurologischen Beschwerden als auch die Möglichkeit zur ambulanten Lumbalpunktion zur Diagnosesicherung. Aktuell prüfen wir die Möglichkeit einer Teilnahme am Abgabeprogramm von Lecanemab, dem Antikörper gegen Amyloid, im ambulanten Rahmen. In der geriatrischen Abteilung gibt es zudem die Möglichkeit zur stat. Komplexbehandlung bei älteren Demenzpatientinnen und -patienten. Die Neurologie unterhält eine Arbeitsgruppe Demenz und bietet Patient*innen und Angehörigen Beratungen an. Das KliLu ist zudem ein delirbewusstes Krankenhaus mit einer klinikumsweit geltenden Verfahrensanweisung zu Screening, Prävention und Therapie von (Demenz-) Patient*innenn, die im Rahmen ihres Klinikaufenthaltes delirgefährdet sind.



Morbus Parkinson

Die Parkinsonkrankheit ist die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung und eine der häufigsten Bewegungsstörungen. Es gibt ca. 300.000 Betroffenen in Deutschland. Bis 2050 wird ein Anstieg auf über 25 Mio. Fälle weltweit erwartet. Als sogenannte motorische Kardinalsymptome verursacht sie Bradykinesie bzw. Akinesie (Verlangsamung der Bewegungen), Rigor (Muskelsteifigkeit), Tremor (Zittern) und posturale Instabilität (Sturzneigung). Daneben gibt es viele weitere nicht-motorische Symptome, die zum Teil sehr früh im Krankheitsverlauf auftreten (vor den motorischen Symptome) wie zum Beispiel Riechstörungen, Schlafstörungen und autonome Symptome, allen voran Verstopfung. Eine dementielle Entwicklung im späteren Verlauf ist ebenfalls häufig. Auch bei der Parkinson Erkrankung gibt es genetische Risikofaktoren. Die Diagnose basiert auf der klinischen Untersuchung und dem Ansprechen auf die Therapie mit L-Dopa, einer Dopamin Vorstufe, denn der Dopaminmangel durch Untergang spezifischer Neuronen in der Substantia nigra (schwarze Substanz im Mittelhirn) ist der wesentliche pathophysiologische Mechanismus. Daneben können nuklearmedizinische und ultraschallbasierte Bildgebungen die Diagnosefindung unterstützen.



Neben der medikamentösen Therapie vor allem mit L-Dopa und Dopaminagonisten sowie zum Beispiel sog. MAO- und COMT-Hemmern sind nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Physiotherapie, Ergotherapie und Logotherapie wesentliche Pfeiler in der Therapie. Zudem gibt es minimal invasive operative Verfahren wie die Tiefe Hirnstimulation, die für ausgewählte Patient*innen zur Verfügung steht und sehr gute Behandlungserfolge erzielen kann. Die Erkrankung ist ebenfalls nicht heilbar, aber in der Regel gut behandelbar. Der Verlauf der Erkrankung kann individuell sehr unterschiedlich sein, im Spätstadium häufen sich die motorischen Komplikationen und durch die zunehmende Immobilität und Schluckstörungen besteht auch hier ein hohes Risiko für Lungenentzündungen durch Aspiration.

Die neurologische Klinik am Klinikum Ludwigshafen bietet die Möglichkeit zur stationären Parkinsonkomplexbehandlung an, insbesondere zur Optimierung der medikamentösen Therapie (z.b. Anlage neuer Medikamentenpumpensysteme) und intensivierten nicht medikamentösen Therapie oder zur Überprüfung der Indikation einer tiefen Hirnstimulation. Darüber hinaus haben Patient*innen die Möglichkeit, sich in der Spezialambulanz für Morbus Parkinson vorzustellen. Die Neurologie am KliLu ist Teil des Parkinson Netzwerkes Rhein Neckar Plus.

Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)

Die ALS ist die wohl am dritthäufigsten auftretende, jedoch immer noch seltene, neurodegenerative Erkrankung mit ca. 10.000 Betroffenen in Deutschland. Die Erkrankung zeigt keine klare Altersbindung wie der Morbus Alzheimer oder Parkinson.

Sie ist gekennzeichnet durch eine rasch fortschreitende Muskelschwäche der gesamten Muskulatur, welche zu einer Schluckstörung und letztlich Lähmung der Atemmuskulatur führt. Darüberhinaus sind sog. Faszikulationen (unwillkürliche Zuckungen) der Muskulatur typisch. Die kognitiven Funktionen sind in der Regel intakt, allerdings gibt es einige wenige Verlaufsformen, welche mit der Ausbildung einer sog. frontotemporalen Demenz einhergehen. In der Regel kommt es jedoch zu einer vollständigen Lähmung bei intaktem Geist. Ursache ist ein Abbau der 1. und 2. Motoneurone (Bewegungsnervenzellen) im Gehirn und Rückenmark. Genetische Faktoren spielen auch hier in ca. fünf bis zehn Prozent eine Rolle. Umweltfaktoren wie Nikotinabusus, Schwermetallbelastung und intensiver Leistungssport werden diskutiert als beeinflussbare Risikofaktoren. Die medikamentöse Therapie beschränkt sich bisher im Wesentlichen auf die Gabe von Riluzol, was die schädliche Wirkung von Glutamat an den Nervenzellen positiv beeinflussen kann. Die mittlere Überlebenszeit liegt bei 3-5 Jahren nach Diagnosestellung und kann durch Riluzol im Schnitt um ca. drei Monate verlängert werden.



zertifiziert durch die
DGM | Deutsche Gesellschaft
für Muskelkranke e.V.



Symptomkontrolle kann hierbei erlangt werden durch Physiotherapie und Logopädie. Auch das Legen von Magensonden und die Beatmungsunterstützung sind wesentliche weitere Therapiepeiler. Die Psychosoziale Unterstützung der Patient*innen und der Angehörigen steht ebenfalls im Vordergrund. Moderne Gentherapien bzgl. speziell mutierter Gene wie z.b. SOD1 mit sog. Antisense Oligonukleotide werden intensiv beforscht, stehen aber noch nicht zur klinischen Anwendung zur Verfügung.

In der neurologischen Klinik am KliLu werden ALS-Patient*innen sowohl ambulant (neuromuskuläre Sprechstunde) als auch stationär abgeklärt und betreut. Die neurologische Abteilung des KliLu ist Teil des neuromuskulären Zentrum Rhein-Neckar.

Referenzen

S3-Leitlinie Demenzen_2025-07

S2k-Leitlinie Parkinson-Krankheit_2023-11

S1-Leitlinie Motoneuronerkrankungen_2021-11

Krankheit	Betroffene in Deutschland	Hauptsymptome	Neuropathologie	Therapie
Morbus Alzheimer	Ca. 1,8 Millionen	Kognitive Defizite, Orientierungsstörungen, Verhaltensstörungen, Sprachstörungen	Beta-Amyloid-Plaques, Tau-Fibrillen, Microglia-Aktivierung, Vorwiegend Untergang von Neuronen im Hippocampus	Acetylcholinesterase-Hemmer, Memantin, Ginkgobiloba, monoklonale Antikörper gegen β -Amyloid (z.b. Lecanemab). Kognitives und neuropsychologisches Training
Morbus Parkinson	Ca. 300.000	Rigor, Tremor, Akinese, posturale Instabilität, Schluck- und Sprechstörungen, vegetative Störungen, Schlafstörungen, Affektive Störungen und Störungen der Impulskontrolle, Demenz	Alpha-Synuclein-Aggregate, Untergang dopaminerger Neurone in der Substantia nigra	L-Dopa, Dopaminagonisten, MAO-Hemmer, COMT-Hemmer, Amantadin, tiefe Hirnstimulation, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, neuropsychologisches Training
Amyotrophe Lateralsklerose	Ca. 10.000	Muskuläre Schwäche, Faszikulationen, Spastik, Schluckstörungen, Ateminsuffizienz	Degeneration der 1. und 2. Motoneurone im Gehirn und Rückenmark	Riluzol, Physiotherapie und Logopädie, psychosoziale Unterstützung, Heimbeatmung



GANZHEITLICH ÄLTER WERDEN – WAS EINE MODERNE GERIATRIE LEISTEN KANN

Ein Fachgebiet für ein besseres Leben im Alter

Die Geriatrie – auch Altersmedizin genannt – kümmert sich speziell um ältere Menschen, die häufig mehrere Erkrankungen gleichzeitig haben. Ziel ist nicht nur, Krankheiten zu behandeln, sondern vor allem, die Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alltag so lange wie möglich zu erhalten.

Teamarbeit für den Menschen

Die Versorgung älterer Patient*innen ist komplex. Deshalb arbeiten viele Fachleute Hand in Hand: Ärzt*innen, Pflegekräfte, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie und Sozialdienst. Gemeinsam sorgen sie dafür, dass ältere Menschen nach einer Krankheit oder Operation wieder „auf die Beine kommen“.

Schwindel und Stürze – rechtzeitig erkennen und verhindern

Viele ältere Menschen leiden unter Schwindel oder sind schon einmal gestürzt. Ein Sturz kann für sie schwerwiegende Folgen haben – von Knochenbrüchen bis hin zu einem Verlust an Selbstständigkeit. Stürze sind die häufigste Ursache für Krankenhausaufenthalte im Alter. In der Geriatrie werden die Ursachen von Schwindel genau untersucht: Sind es Kreislaufprobleme? Liegt es an den Augen oder am Gleichgewichtsorgan im Ohr? Oder hängt es mit den eingenommenen Medikamenten zusammen? Durch gezieltes Training, Hilfsmittel und gute Beratung können Stürze oft verhindert werden. Das ist ein wesentlicher Teil der Prävention – also Vorsorge –, um ältere Menschen sicherer durch den Alltag zu begleiten.

Früh beginnen, Komplikationen vermeiden

In der Geriatrie startet Rehabilitation, deshalb Früh-Rehabilitation genannt, schon während der akuten Behandlung. Nach einem Schlaganfall, einer Lungenentzündung oder einer Operation wird sofort damit begonnen, Beweglichkeit, Muskelkraft und Denkfähigkeit zu fördern. So lassen sich



Sabina Funke

Direktorin der Klinik für Geriatrie

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH

Folgeschäden und Pflegebedürftigkeit wirksam reduzieren. Studien zeigen, dass eine frühzeitige geriatrische Behandlung Komplikationen um bis zu 50 Prozent verringern kann.

Medikamente im Alter – weniger ist oft mehr

Ein zentrales Thema in der Altersmedizin ist der Umgang mit Medikamenten. Viele ältere Menschen nehmen täglich fünf, zehn oder noch mehr Präparate ein. Jede*r zweite über 80-Jährige nimmt mehr als fünf Medikamente täglich ein. Doch: Was für Jüngere passt, ist für Ältere nicht automatisch geeignet. Medikamente können im Alter anders wirken – ähnlich wie bei Kindern. Deshalb prüfen Geriater sehr sorgfältig, welche Mittel wirklich nötig sind, welche Kombinationen gefährlich sein können und in welcher Dosierung ein Medikament sinnvoll ist. Hierbei orientieren sie sich an wissenschaftlichen Kriterien des Bundesverbands Geriatrie. Ziel ist immer: So viel wie nötig, so wenig wie möglich.



Der Mensch im Mittelpunkt

In der Geriatrie geht es nicht um „so viel Therapie wie möglich“, sondern um eine Behandlung, die zum Menschen passt. Entscheidend sind der Wille der Patientin oder des Patienten, die erreichbare Lebensqualität und die individuellen Werte. Oft ist es eine Kunst, die richtige Balance zu finden – zwischen moderner Medizin, Rehabilitation und dem, was sich die Betroffenen selbst wünschen.

Blick nach vorn

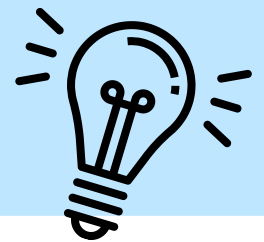
Im Klinikum Ludwigshafen ist die geriatrische Abteilung Teil eines großen Netzwerks. Sie arbeitet eng mit anderen Kliniken, Hausärzten und Pflegediensten zusammen. Ziel ist es, dass ältere Menschen nach ihrem Krankenhausaufenthalt nicht nur medizinisch stabil sind, sondern auch wieder in ihren Alltag zurückfinden – sei es in der eigenen Wohnung oder in einer betreuten Einrichtung.

Fazit

Geriatrie bedeutet mehr als Altersmedizin: Sie steht für ein ganzheitliches Konzept, das Körper, Geist und Seele berücksichtigt. Wer älter wird, soll nicht nur länger, sondern vor allem besser leben. Medikamente, Prävention von Stürzen, gezielte Rehabilitation – all das gehört dazu. So schließt sich der Kreis des Lebens: vom Kind, das sorgsam behandelt werden muss, bis zum hochbetagten Menschen, der genauso sorgfältige Aufmerksamkeit verdient.

Tipps zur Sturzprävention

- Gute Beleuchtung zu Hause
- Bequeme, rutschfeste Schuhe
- Regelmäßiges Gleichgewichtstraining
- Medikamente überprüfen lassen





DEMENZ IN DER PHYSIOTHERAPIE

Was ist Demenz?

Demenz ist ein Oberbegriff für eine Gruppe von Erkrankungen, die gekennzeichnet sind durch einen fortschreitenden Verlust kognitiver Fähigkeiten. Dies geschieht im Bereich des Gedächtnisses, des Denkens, der Orientierung und der Sprache. Demenz betrifft in Deutschland ca. 1,8 Millionen Menschen. Die häufigste Form ist die Alzheimer-Krankheit.

Rolle der Physiotherapie bei Demenz

Die Physiotherapie hat verschiedene Aufgaben bei Demenzpatient*innen. Sie spielt eine wichtige unterstützende Rolle, nicht zur Heilung, aber zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Verlangsamung des funktionellen Abbaus. Die Physiotherapie hilft, sowohl körperliche als auch kognitive Fähigkeiten möglichst lange zu Erhalten.



Julia Wolf

Physiotherapeutin

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH

Therapeutische Schwerpunkte sind:

Erhalt der kognitiven Fähigkeiten durch:

- Koordinationstraining
- Förderung der Aufmerksamkeit, Konzentration und Orientierung
- Reduktion von Unruhe und herausforderndem Verhalten

Erhalt der Mobilität durch:

- gezielte Bewegungsübungen zum Erhalt der Muskelkraft
- Unterstützung bei Alltagsbewegungen zum Beispiel Treppe steigen
- Gangsicherheitstraining

Sturzprävention durch:

- Gangsicherheitstraining ggf. mit Hilfsmitteln
- Gleichgewichtsschulung
- Anpassung der häuslichen Umgebung

Sensorische Stimulation durch:

- Taktile, auditive und visuelle Reize können die Wahrnehmung und Orientierung verbessern

Teilhabe am Leben durch:

- Reduktion von Angst und Depression
- Stärkung des Körpergefühls und des Selbstwertes
- Soziale Teilhabe durch Gruppenaktivität



Herausforderungen im Umgang mit Demenzpatient*innen

- Schwankende Tagesform der Patient*innen
- Kurze Konzentrationsfähigkeit
- Verlust des Zeit- und Orientierungsgefühls
- Wortfindungsstörungen und Sprachprobleme
- Eingeschränkte Motivation
- Scham und Frustration bei Überforderung
- Misstrauen und Angst

Wichtige Prinzipien in der Physiotherapie im Umgang mit Demenzpatient*innen

- Viele Wiederholungen und klare Routinen
- Individuelle Therapieanpassung je nach Stadium der Demenz
- Klare und einfache Sprache
- Einbindung der Angehörigen
- Positive Verstärkung durch Lob
- Geduld und Flexibilität

Fazit

Physiotherapie ist ein wichtiger Bestandteil der interdisziplinären Versorgung von Menschen mit Demenz. Sie fördert nicht nur körperliche Fähigkeiten, sondern auch das emotionale Wohlbefinden und die soziale Integration. Mit einem angepassten Therapieansatz und empathischer Haltung können Physiotherapeut*innen einen wertvollen Beitrag zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz leisten.





ENGAGIERT FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ: INNOVATIVE DEMENZARBEIT IM KLINIKUM LUDWIGSHAFEN

Das Demenz-Team im KliLu gehört zum Demenzverbund Ludwigshafen, ist Teil des Demenznetzwerkwerkes Rheinland-Pfalz und arbeitet sowohl intern als auch bei klinikübergreifenden Projekten mit. Gemeinsam trifft man sich regelmäßig und entwickelt Strategien zur optimierten Versorgung demenziell erkrankter Menschen im Krankenhaus.

Unsere interdisziplinär besetzte Demenzgruppe setzt sich aus Mitarbeitenden verschiedener Fachbereiche zusammen. Dazu zählen Pflegefachkräfte und Mitarbeitende des Sozialdienstes und der Seelsorge genauso wie Ärzt*innen der Neurologie und Geriatrie, (Neuro-) Psycholog*innen und Mitarbeitende aus der Physio- und Ergotherapie und auch grüne Damen und Herren.

In den regelmäßigen Treffen werden Ideen gesammelt, Erfahrungen ausgetauscht und gemeinsam praxisnahe Konzepte entwickelt. Es wird aktiv daran gearbeitet, die Versorgung und Betreuung von Patient*innen mit demenziellen Veränderungen in ihrer spezifischen Situation im Krankenhaus kontinuierlich zu verbessern.

Ziel ist es, ein demenzsensibles Umfeld zu schaffen, das sowohl den Bedürfnissen der Betroffenen als auch denen ihrer Angehörigen gerecht wird. Auch wird jährlich eine Reihe demenzspezifischer Fortbildungen für die Mitarbeiter entwickelt und angeboten, um Praxiswissen zu erhöhen und somit die Versorgung dementer Patient*innen zu verbessern. Infostände zu verschiedenen Anlässen, etwa am Tag der offenen Tür, sorgen für einen angemessenen Austausch zum Thema Demenz.

Ein zentraler Bestandteil der Demenzarbeit ist die Umsetzung neuer Maßnahmen in der klinischen Praxis. Besonders auf den geriatrischen und neurologischen Stationen zeigen sich die positiven Auswirkungen der entwickelten Konzepte. Dazu zählen unter anderem:



Claudia Edel

Pflegedienstleiterin

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH

Demenzfreundliche Gestaltung der Station:

Orientierungshilfen; gut erkennbare Beschilderungen und beruhigende Farben tragen dazu bei, den Alltag für Menschen mit Demenz überschaubarer zu gestalten.

Spezielle Schulungen für Mitarbeitende:

Pflegekräfte und andere Berufsgruppen werden regelmäßig im Umgang mit demenziell veränderten Patient*innen geschult. Der Fokus liegt dabei auf Kommunikation, Validation und deeskalierenden Maßnahmen.

Förderung von Alltagskompetenzen:

Aktivierungsangebote wie Gedächtnistraining, Musik- und Bewegungseinheiten oder biografisch orientierte Gespräche helfen, vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und die Lebensqualität zu verbessern.



Auf fast allen Stationen gibt es eine „Demenz-Box“, ein Sortiment an Spielen wie z.B. Memory und anderen aktivierenden Beschäftigungsmaterialien, um sowohl kognitive als auch motorische Ressourcen der Patienten zu fördern.

Besonders zu erwähnen sind die farbenfrohen Nesteldecken, die den Patient*innen zur Verfügung gestellt werden. Diese werden mit viel Liebe zum Details von einer eigens gegründeten, seit fast acht Jahren bestehenden, ehrenamtlichen Nähgruppe aus verschiedenen Materialien hergestellt. Die Nesteldecken fördern die Wahrnehmung, laden zum Erkunden, Kuscheln und Rascheln ein.

Angehörigenarbeit und Beratung:

Auch die Einbindung und Unterstützung von Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil der Demenzarbeit. Regelmäßige Gespräche und Informationsangebote sorgen für Transparenz und Vertrauen. Auch nach der Diagnosestellung und dem Krankenhausaufenthalt gibt es psychologische Beratungsangebote des KliLu. Wir gehören zum Demenzverbund Ludwigshafen, Teil des Demenznetzwerkwerkes Rheinland-Pfalz, und arbeiten auch bei klinikübergreifenden Projekten mit. Seit fast zehn Jahren gibt es eine Angehörigengruppe, die sowohl Fachwissen als auch Praxistipps vermittelt.

Übrigens gibt es seit 2024 eine eigens eingerichtete Kompetenzstelle für Demenz der Stadt Ludwigshafen, in der sich viele Einrichtungen, Pflegestützpunkte und Vereine engagieren und so als zentrale Anlaufstelle die Kontaktaufnahme für Betroffene vereinfacht. Erstmals gab es im letzten Jahr eine Aktionswoche zum Welt-Alzheimer-Tag, bei der sich viele Einrichtungen beteiligten, auch das KliLu.

Zukunftsorientiert und praxisnah

Die Demenzgruppe des Klinikums Ludwigshafen versteht sich als dynamisches Forum, das aktuelle Entwicklungen aufgreift und in den Klinikalltag überträgt. Dabei ist es besonders wichtig, nah an der Praxis zu bleiben. Rückmeldungen aus den Stationen fließen direkt in die Arbeit ein und werden bei der Weiterentwicklung der Maßnahmen und Versorgungsstandards berücksichtigt.

Die Demenzarbeit am Klinikum Ludwigshafen zeigt, wie wichtig es ist, gemeinsam an einem Strang zu ziehen: für eine empathische, würdige und qualitativ hochwertige Betreuung von Menschen mit Demenz.



Lisa Pröstler von der Kompetenzstelle Demenz der Stadt Ludwigshafen und Claudia Edel (PDL)

Hausnotruf- Hilfe auf Knopfdruck

DAS DEUTSCHE ROTE KREUZ LUDWIGSHAFEN STELLT DEN HAUSNOTRUF VOR

Was ist ein Hausnotruf?

Der Hausnotruf ist ein technisches System, das vor allem für ältere, alleinlebende oder pflegebedürftige Menschen entwickelt wurde. Ziel ist es, diesen Menschen ein selbstbestimmtes Leben in ihrer häuslichen Umgebung zu ermöglichen, mit der Sicherheit, im Notfall schnell Hilfe rufen zu können.

Ein typisches Hausnotrufsystem besteht aus:

- einer Basisstation, die an einer Steckdose über GSM/LTE angeschlossen wird.
- einem Mikrofon und Lautsprecher für die Sprachverbindung zur Notrufzentrale
- einer Notruftaste am Gerät
- einem Funksender, der als Halskette oder am Handgelenk getragen wird. Der Funksender ermöglicht es, per Knopfdruck einen Notruf auszulösen, auch wenn man sich nicht direkt bei der Basisstation befindet (Notruf ohne Sprechkontakt).

Zusatzgeräte wie Sturzsensoren, Bewegungsmelder, Rauchmelder sind optional buchbar.

Ablauf eines Notrufs

Notrufauslösung: Der Nutzer drückt auf den Funksender oder die Taste der Basisstation.

Eine Sprechverbindung zur Notrufzentrale wird automatisch aufgebaut. Die Mitarbeitenden in der 24/7-besetzten Notrufzentrale nehmen Kontakt mit den Nutzer*innen auf.

Einschätzung der Lage durch Mitarbeitende in der Zentrale:

- Kann die Person sprechen, schildert sie, was passiert ist?
- Wenn keine Kommunikation möglich ist, wird anhand der hinterlegten Daten entschieden, wie zu handeln ist.
- Hilfeleistung wird organisiert
- Angehörige, Nachbarn oder ein Pflegedienst werden informiert
- Schlüsselhinterleger können bei Notfall kontaktiert werden und Zugang zur Wohnung ermöglichen (DRK)
- Im Ernstfall: Rettungsdienst (112) wird alarmiert



DRK-Kreisverband Vorderpfalz e. V.

Pflegegrad vorhanden

Voraussetzungen für die Kostenübernahme ist mindestens der Pflegegrad 1.

- Die Person lebt allein oder mit gleich hilfebedürftiger Person
- Eine Kostenbezuschussung von der Pflegekasse (i. d. R. ca. 25,50 €/Monat) erfolgt
- Antragstellung bei der Pflegekasse notwendig (durch das DRK)

Vorteile des Hausnotrufs

- Erhöhtes Sicherheitsgefühl für Nutzer*innen und Angehörige
- Schnelle Hilfe im Notfall
- Erhalt der Selbstständigkeit

Kontakt für weitere Informationen:

DRK Vorderpfalz
Tanja Babelotzky
Tel: 0621 5703163
Mail: t.babelotzky@kv-vorderpfalz.drk.de



ZUKUNFTSVISION: AKADEMISIERTE PFLEGEFACHPERSONEN AN DER SEITE VON MENSCHEN MIT DEMENZ

Wie Community Health Nursing die Versorgungslücke schließen und Lebensqualität sichern kann

Die Zahl der Menschen mit Demenz nimmt in Deutschland stetig zu und mit ihr wächst der Bedarf an einer kontinuierlichen, ganzheitlichen und wohnortnahen Versorgung. Der demografische Wandel, die steigende Lebenserwartung und die Zunahme chronischer Erkrankungen führen dazu, dass immer mehr Menschen im Verlauf ihres Lebens von einer Demenz betroffen sind. Für Betroffene und ihre Angehörigen bedeutet das häufig eine große Belastung: lange Wartezeiten, weite Wege zu Fachärzt*innen und eine begrenzte Zahl spezialisierter Angebote erschweren die rechtzeitige und bedarfsgerechte Unterstützung - insbesondere in ländlichen Regionen [1, S. 6f; 3].

Eine zukunftsweisende Antwort auf diese Versorgungslücke könnte das Modell „Community Health Nursing (CHN)“ bieten. In diesem Konzept übernehmen hochqualifizierte Pflegefachpersonen, häufig mit Masterabschluss als Advanced Practice Nurses (APN), sowie gezielt weitergebildete Pflegefachpersonen erweiterte Aufgaben in Prävention, Beratung, Behandlung und Koordination. Ziel ist es, gesundheitliche Probleme frühzeitig zu erkennen, passgenaue Hilfen einzuleiten und die Versorgung über verschiedene Sektoren hinweg zu koordinieren [1, S. 8]. Gerade für Menschen mit Demenz kann dieses Modell deutliche Vorteile bringen. CHNs können die Betroffenen dort erreichen, wo sie leben - sei es im eigenen Zuhause, in ambulant betreuten Wohngemeinschaften oder in Pflegeeinrichtungen. Durch ihre erweiterte klinische Kompetenz sind sie in der Lage, kognitive Veränderungen mittels standardisierter Assessments frühzeitig zu erfassen und den Krankheitsverlauf kontinuierlich zu beobachten. Sie beraten Angehörige im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, vermitteln Strategien zur Alltagsgestaltung und schaffen so Sicherheit im häuslichen Umfeld. Ein zentrales Element ihrer Tätigkeit ist die Koordination der Versorgung: CHNs vernetzen Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Therapeut*innen, ambulante Pflegedienste und soziale Dienste, um eine lückenlose Betreuung zu gewährleisten.



Celine Schmitt

**M.Sc. Pflegewissenschaftlerin
M.A. Management von Gesundheitseinrichtungen
Doktorandin der Pflegewissenschaft**

Darüber hinaus setzen CHNs gezielte aktivierende Maßnahmen ein, um die Selbstständigkeit und Lebensqualität der Betroffenen so lange wie möglich zu erhalten. Sie sind in der Lage, bei akuten Krisen schnell zu intervenieren, um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und die Versorgung in vertrauter Umgebung zu sichern. Weitergebildete Pflegefachpersonen, beispielsweise mit einer Qualifikation in gerontopsychiatrischer Pflege oder Demenzbegleitung, bringen dabei spezifische Expertise ein, die den Versorgungsprozess zusätzlich stärkt [2].

Internationale Erfahrungen zeigen, dass Community Health Nursing nicht nur die individuelle Versorgung verbessert, sondern auch Angehörige entlastet und die Effizienz im Gesundheitssystem erhöht [1, S. 6f]. In Ländern wie Kanada, den USA oder den Niederlanden übernehmen CHNs bereits seit Jahren Schlüsselrollen in der Primärversorgung, auch im Bereich Demenz. Sie sind dort integraler Bestandteil interdisziplinärer Teams und wirken auf kommunaler Ebene an Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention mit [2].

In Deutschland steckt das Modell noch in den Anfängen, doch der aktuelle Koalitionsvertrag 2021–2025 sieht die Einführung von Community Health Nursing ausdrücklich vor [3]. Einen wichtigen Schritt in diese Richtung stellt das Pflegestudiumstärkungsgesetz dar, das ab 2025 die Übertragung bestimmter heilkundlicher Aufgaben an akademisierte Pflegefachpersonen ermöglicht [4].



Damit eröffnet sich die Chance, dass Pflegefachpersonen in Zukunft eigenverantwortlich Diagnostik, Beratung und Behandlung im Bereich Demenz übernehmen können und so eine bestehende Versorgungslücke schließen. Auch wir am Klinikum Ludwigshafen arbeiten gezielt daran, diese Zukunftsvision vorzubereiten. In Kooperation mit der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen bieten wir das primärqualifizierende duale Studium Pflege B.Sc. an. Neben der beruflichen Ausbildung zur Pflegefachperson erhalten Interessierte bei uns die Möglichkeit, Pflege auf akademischem Niveau zu studieren. Als Praxispartner begleiten wir sie durch die gesamte Ausbildungs- und Studienzeit. Innerhalb von vier Jahren erwerben sie sowohl den Bachelorabschluss als auch die Berufszulassung. Durch den Erwerb von Heilkundemodulen werden die Absolvent*innenn befähigt, Menschen mit Demenz kompetent und evidenzbasiert zu versorgen. Das Studium ist anschlussfähig an das CHN-Modell, sodass unsere Absolvent*innen im Anschluss ein Masterstudium aufnehmen können, um später auch im erweiterten Verantwortungsbereich einer Advanced Practice Nurse tätig zu werden.

Damit aus dieser Vision Realität wird, braucht es jedoch klare Rahmenbedingungen. Dazu zählen einheitliche Rollen- und Aufgabenprofile für akademisierte und weitergebildete Pflegefachpersonen, verbindliche Qualifizierungsstandards, eine gesicherte Finanzierung, beispielsweise über kommunale Budgets oder Krankenkassen, sowie eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit Ärzt*innen sowie weiteren Gesundheitsberufen [1, S. 6f; 14; 15].

Community Health Nursing hat das Potenzial, ein wesentlicher Baustein einer demenzfreundlichen Gesellschaft zu werden: nah an den Menschen, flexibel in den Angeboten und mit dem Ziel, die Lebensqualität von Betroffenen und Angehörigen nachhaltig zu sichern.

Es ist ein Ansatz, der nicht nur auf die medizinische Versorgung zielt, sondern auch auf soziale Teilhabe, Prävention und die Stärkung der Selbstbestimmung. Werte, die für Menschen mit Demenz und ihre Familien von unschätzbarem Wert sind.

Literatur

- 1 Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Hrsg. Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. Berlin: DBfK; 2018
- 2 Scheydt S, Hegedüs A. Dimensionen und konzeptuelle Merkmale des Community Health Nursing. HeilberufeScience 2023; 14 1–2 9-18
- 3 Sozialdemokratische Partei Deutschlands, Bündnis 90/Die Grünen, Freie Demokratische Partei, Hrsg. Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025. Kapitel VI: Respekt, Chancen und soziale Sicherheit in der modernen Arbeitswelt, Unterpunkt „Pflege und Gesundheit“; 2021: 80–88
- 4 Wissenschaftsrat. Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe | Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. Köln: Wissenschaftsrat; 2023. doi:10.57674/6exf-am35

Hilfe bei Alzheimer Krankheit



DIE ALZHEIMER GESELLSCHAFT RHEINLAND-PFALZ UND DIE PRÄVENTION DER ALZHEIMER-DEMENTZ

Die Alzheimer Gesellschaft Rheinland-Pfalz wurde am 22. April 1992 in Ludwigshafen auf Initiative von Dr. Heinz Bille und Gudrun Andres gegründet und setzt sich seither für die Interessen von Demenz-Patient*innen und ihren Angehörigen in Rheinland-Pfalz ein. Sie ist gemeinnützig und wird ganz überwiegend von ehrenamtlich Tätigen betrieben. Sie finanziert sich nahezu ausschließlich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden und ist politisch unabhängig.

In etwa 30 Selbsthilfegruppen in Rheinland-Pfalz werden die Angehörigen von Demenz-Patient*innen durch Mitglieder der Alzheimer Gesellschaft Rheinland-Pfalz unterstützt und beraten. Die aktuellen Adressen und Kontakte dieser Selbsthilfegruppen finden Sie auf der Webseite der Alzheimer Gesellschaft Rheinland-Pfalz. Eine der Selbsthilfegruppen wurde speziell für die Angehörigen von Patient*innen mit Frontotemporaler Demenz eingerichtet. Sie findet online statt. Zudem richten wir an verschiedenen Orten Stammtische und Tanzcafés für Demenz-Patient*innen und ihre Angehörigen aus. Beratungen für verschiedene Aspekte der Erkrankung findet auch nach Terminvereinbarung in unserer Geschäftsstelle statt.

Außerdem bieten wir verschiedenartige, mehr oder weniger umfangreiche Kurse und Schulungen für die Angehörigen von Demenz-Patient*innen an, in denen Wissenswertes über die Erkrankung, den Umgang mit den Erkrankten, aber auch über finanzielle und rechtliche Gesichtspunkte vermittelt wird. Diese Schulungen finden auch online statt.

Der Vorstand der Alzheimer Gesellschaft Rheinland-Pfalz koordiniert die Arbeit der Gesellschaft, auch die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, zum Beispiel Demenz-Netzwerken, und plant Aktivitäten und Veranstaltungen. Die finanzielle Unabhängigkeit von öffentlichen Mitteln erlaubt uns auch politisch unabhängige Stellungnahmen zu kontroversen politischen Fragen - etwa dem Pflegeberufegesetz (PflBG), das durch die Abschaffung der bis 2019 durchgeführten Altenpflege-Ausbildung die pflegerische Versorgung von Demenz-Patienten nicht verbessert hat.



Prof. Dr. med. Georg Adler

Vorsitzender der Alzheimer Gesellschaft Rheinland-Pfalz

Leiter des Instituts für Studien zur Psychischen Gesundheit, Mannheim

Ein Schwerpunkt der Arbeit der Alzheimer Gesellschaft Rheinland-Pfalz ist die Früherkennung und Prävention von Demenzerkrankungen. Neben Informationsveranstaltungen führen wir in Zusammenarbeit mit dem Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit in Mannheim ein Früherkennungs- und Präventionsprojekt durch, bei dem Personen in erhöhtem Risiko für die Entwicklung einer Demenzerkrankung über einen Zeitraum von zwei Jahren bei der Behandlung von Risikofaktoren, Ernährung, körperlicher und geistiger Aktivierung unterstützt werden. Dieses Projekt wird ausschließlich durch Spenden finanziert.

Die Alzheimer-Demenz kann bislang durch Medikamente nur sehr eingeschränkt ursächlich behandelt werden. Lediglich ihr Verlauf kann verzögert werden. Aufgrund dieser eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten ist die Vorbeugung und Früherkennung der Alzheimer-Demenz für Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko von großer Bedeutung.

Eine wirksame Vorbeugung basiert in erster Linie auf Maßnahmen, die das eigene Erkrankungsrisiko reduzieren. Zwar konnten bislang die Ursachen der Alzheimer-Demenz noch nicht vollständig geklärt werden, jedoch ist eine Reihe von Faktoren bekannt, die das Erkrankungsrisiko beeinflussen.

Hilfe bei Alzheimer Krankheit



Hierzu zählen genetische Risikofaktoren, die sich in einer familiären Häufung von Alzheimer-Demenz widerspiegeln. Insbesondere die Kinder von Alzheimer-Patienten haben ein erhöhtes Risiko, selbst diese Erkrankung zu entwickeln: Während das Erkrankungsrisiko in der Allgemeinbevölkerung bei etwa zehn bis 15 Prozent liegt, erkranken Kinder von Alzheimer-Patient*innen mit einer Wahrscheinlichkeit von 30 bis 40 Prozent, was einem zwei- bis dreifach erhöhten Risiko entspricht.

Dieses erhöhte Risiko wird – mindestens teilweise – durch Gefäßrisikofaktoren vermittelt, wobei insbesondere ein erhöhter Blutdruck oder erhöhter Cholesterinspiegel hier eine Rolle spielt. Besteht zudem noch eine bestimmte genetische Konstellation (Vorliegen des epsilon4-Allels des Gens für das Apolipoprotein E) ist die Wirksamkeit dieser Gefäßrisikofaktoren verstärkt.

Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit für eine Alzheimer-Demenz bestimmen, sind:

- genetische Faktoren (familiäre Belastung, Apolipoprotein E-Genotyp)
- Stoffwechselstörungen (erhöhter Cholesterinspiegel, erhöhter Blutzuckerspiegel, erhöhter Harnsäurespiegel, erhöhter Homocysteinspiegel, Übergewicht)
- andere Gefäßrisikofaktoren (Bluthochdruck, körperliche Inaktivität)
- passiver Lebensstil (wenig geistige und körperliche Aktivität)

Ein Großteil dieser Risikofaktoren ist prinzipiell beeinflussbar – dies bedeutet, dass sich durch eine gezielte Einflussnahme auf diese Faktoren das Erkrankungsrisiko deutlich reduzieren lässt. Hierdurch könnte ein erheblicher Anteil der Erkrankungsfälle vermieden werden – manche Studien kommen zu der Einschätzung, dass etwa die Hälfte aller Erkrankungsfälle primär auf beeinflussbare Risikofaktoren zurückzuführen ist.

Zur Vorbeugung empfiehlt es sich daher, die eigenen Risikofaktoren zu kennen und frühzeitig gezielte präventive Maßnahmen zu ergreifen. Solche Präventionsmöglichkeiten sind vor allem für Menschen interessant, die in einem erhöhtem Erkrankungsrisiko stehen. Hierzu zählen an erster Stelle Kinder von Alzheimer-Patient*innen im sechsten und siebten Lebensjahrzehnt, die sich um ihre zwanzig bis dreißig Jahre älteren Eltern kümmern. Sie sind oft belastet durch die Pflege und angesichts der Erkrankung ihrer Eltern besorgt um die eigene geistige Leistungsfähigkeit. Von ihrer Seite besteht daher ein besonderer Bedarf an Aufklärung, Vorsorge und Therapie. Im Folgenden soll kurz auf die häufigsten beeinflussbaren Risikofaktoren der Alzheimer-Krankheit eingegangen werden.

Übergewicht

Unter Übergewicht versteht man in Bezug auf die Körpergröße ein zu hohes Körpergewicht. Das gebräuchlichste Maß dafür ist der sogenannte Body Mass Index (BMI), der Quotient aus Körpergewicht (in kg) und Körpergröße (in m) im Quadrat. So wird z. B. für ein Körpergewicht von 75 kg bei einer Körpergröße von 1,75 m ein BMI von 24,5 berechnet. Von Übergewicht spricht man bei einem BMI von ≥ 25 , von starkem Übergewicht oder Adipositas bei einem BMI von ≥ 30 . Bei der vom Robert Koch-Institut zwischen 2008 und 2011 durchgeführten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS-Studie) hatten 67,1 % der Männer und 53,0 % der Frauen einen BMI von ≥ 25 ; 23,3 % der Männer und 23,9 % der Frauen hatten einen BMI von ≥ 30 . Auch von den von uns untersuchten über 50-jährigen Teilnehmern eines Demenz-Präventionsprogramms hatten 61,7 % einen BMI von ≥ 25 und 24,4 % einen BMI von ≥ 30 .

In verschiedenen epidemiologischen Studien zeigte sich, dass die Adipositas im mittleren Lebensalter und die mit der Adipositas verbundenen Begleiterkrankungen wie Insulinresistenz, Typ 2-Diabetes mellitus oder arterielle Hypertonie Risikofaktoren für die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz sind.

Hilfe bei Alzheimer Krankheit



Der Zusammenhang zwischen Übergewicht und Alzheimer-Demenz kann zum einen durch die mit dem Übergewicht verbundenen Begleiterkrankungen, insbesondere Typ 2-Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen, vermittelt werden. Andererseits gibt es auch Mechanismen, die eine Rolle bei der Genese der Alzheimer-Demenz spielen und von diesen Begleiterkrankungen unabhängig sind. Dies sind direkt mit dem Übergewicht assoziierte Entzündungsprozesse und mitochondriale Funktionsstörungen. Die bei der Adipositas bestehenden chronischen systemischen Entzündungsprozesse führen dazu, dass vom Fettgewebe entzündungsfördernde Zytokine ausgeschüttet werden, die zu einer Aktivierung von Makrophagen und Lymphozyten führen. Die in der Peripherie erhöhten Zytokine können die Blut-Hirn-Schranke passieren und im Gehirn entzündliche Prozesse auslösen und verstärken, mit der Folge einer Verminderung von synaptischer Plastizität und Neurogenese.

Der erhöhte Energieumsatz bei Adipositas ist mit einer vermehrten Produktion von Sauerstoffradikalen und erhöhtem oxidativem Stress verbunden. Im Gehirn führen die dadurch ausgelösten Entzündungsprozesse zu einer vermehrten Ablagerung von Beta-Amyloid und schließlich zum Zelluntergang.

Daher ist Übergewicht auch im höheren Lebensalter kein protektiv wirksamer Faktor hinsichtlich der Alzheimer-Demenz, sondern kann lediglich als Hinweis dafür gelten, dass sich die betreffende Person noch nicht in einem frühen Stadium der Erkrankung befindet. Die gegenläufigen Zusammenhänge zwischen dem durch das Übergewicht bedingten erhöhten Krankheitsrisiko und dem Gewichtsverlust als frühes Krankheitssymptom führen im höheren Lebensalter zu einer Abschwächung der statistischen Korrelation zwischen Übergewicht und Alzheimer-Risiko.

Diabetes mellitus

Das wichtigste gemeinsame Merkmal des Typ 1- wie auch des Typ 2-Diabetes (T2D) mellitus ist die erhöhte Konzentration von Glukose im Serum. Ansonsten unterscheiden sich die beiden Erkrankungen jedoch erheblich. Beim Typ 1-Diabetes mellitus besteht ein Insulinmangel, beim Typ 2-Diabetes mellitus hingegen ein Hyperinsulinismus mit Insulinresistenz. Etwa 95 Prozent aller Patient*innen mit Diabetes mellitus sind an einem Typ 2-Diabetes mellitus (T2D) erkrankt.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf den T2D, an dem das Gros der Patient*innen erkrankt ist. Die Übertragung der dargestellten Befunde und Zusammenhänge auf Patient*innen mit einem Typ 1-Diabetes mellitus ist nur teilweise möglich. In Deutschland sind etwa sieben bis zehn Prozent der Erwachsenen an einem T2D erkrankt, in den letzten Jahren mit deutlich zunehmender Tendenz. Die Ursachen des T2D sind – neben Lebensalter und genetischer Disposition – Lebensgewohnheiten, insbesondere eine hyperkalorische Ernährung und Bewegungsmangel. Etwa 80 Prozent aller neu diagnostizierten Diabetiker*innen sind übergewichtig. Bevor ein manifester T2D festgestellt wird, besteht – häufig über viele Jahre – schon ein Vorstadium, der sogenannte Prädiabetes, in dem sich bereits Insulinresistenz und ein relativer Insulinmangel nachweisen lassen, so dass die Langzeitblutzuckerwerte schon etwas erhöht sind und sich auch bereits diabetische Komplikationen wie Neuropathie, Retinopathie oder Nephropathie entwickeln können. Mit dem glykosylierten Hämoglobin (HbA1c) steht ein ausgezeichneter Parameter zur Verfügung, der die mittlere Glukose-Serumkonzentration in den zwei bis drei Monaten vor der Blutentnahme abbildet. HbA1c-Werte von 5,7 bis 6,5 Prozent sprechen für eine prädiabetische Stoffwechsellage; Werte von über 6,5 Prozent sind charakteristisch für einen Diabetes mellitus. In unserem Demenzpräventionsprojekt wurden bei 16,4 Prozent der nicht dementen Teilnehmenden Werte zwischen 5,7 Prozent und 6,5 Prozent gefunden, bei 4,3 Prozent der Teilnehmenden lag der HbA1c-Wert sogar über 6,5 Prozent.

Hilfe bei Alzheimer Krankheit



Patient*innen mit einem T2D tragen ein erhöhtes Risiko für ein Nachlassen der geistigen Leistungsfähigkeit, für die Entwicklung einer leichten kognitiven Beeinträchtigung und für die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz. Es konnte auch gezeigt werden, dass erhöhte HbA1c-Werte mit Hirnatrophie und kognitiver Leistungsinderung korrelieren und zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer leichten kognitiven Beeinträchtigung und einer Demenz führen.

Aber auch schon die Vorstadien des T2D, Prädiabetes und Insulinresistenz, sind bereits mit einem erhöhten Risiko für ein Nachlassen der kognitiven Leistungsfähigkeit und einer Hirnatrophie verbunden. In einer Querschnittstudie bei älteren Personen war bei einem HbA1c von 6,5 Prozent oder mehr das Risiko für das Bestehen einer Alzheimer-Demenz um das 2,8-fache erhöht, bei einem HbA1c von 7,0 Prozent oder mehr um das 4,7-fache.

Ein T2D kann die geistige Leistungsfähigkeit durch verschiedene Mechanismen beeinträchtigen, zum Beispiel durch vaskuläre Läsionen, oxidativen Stress, Entzündungsprozesse, die Akkumulation von Glykationsendprodukten, durch die toxischen Effekte hoher Glukosekonzentrationen und Störungen des Lipidstoffwechsels. Unter den Bedingungen von Insulinresistenz und Hyperinsulinismus beim T2D ist der Transport von Insulin durch die Blut-Hirn-Schranke vermindert, was zu einer verminderten Insulinkonzentration im Gehirn führt. In der Folge nimmt auch die Konzentration des insulin degrading enzyme (IDE) im Gehirn ab, wodurch wiederum auch die Elimination von Beta-Amyloid beeinträchtigt wird.

Es gibt auch Hinweise dafür, dass eine gute Behandlung des T2D das Risiko für die Entwicklung einer kognitiven Beeinträchtigung oder einer Demenz vermindert. Bislang gelang es allerdings in großen kontrollierten Studien zur Behandlung des T2D mit medikamentösen oder verhaltensmedizinischen Methoden noch nicht, eine protektive Wirkung für die kognitive Leistungsfähigkeit nachzuweisen.

Hypercholesterinämie

Bei der Hypercholesterinämie sind das Gesamt-Cholesterin und das LDL (low density lipoprotein)-Cholesterin im Serum erhöht. Die Häufigkeit der Hypercholesterinämie ist in Deutschland hoch. Bei der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des Robert Koch-Instituts wurde bei 56,6 Prozent der Männer und bei 60,5 Prozent der Frauen ein erhöhtes Gesamtcholesterin (über 190 mg/dl) festgestellt; bei 17,9 Prozent der Männer und bei 20,3 Prozent der Frauen lag das Gesamtcholesterin sogar über 240 mg/dl. Wenn man sich am LDL-Wert orientiert, so fanden wir bei 38,9 Prozent der über 50-jährigen Teilnehmer unseres Demenz-Präventionsprogramms einen erhöhten Wert (über 130 mg/dl).

Eine Reihe von prospektiven Beobachtungsstudien zeigt, dass ein hoher Gesamtcholesterin-Spiegel im mittleren Lebensalter mit einem etwa doppelt so hohen Risiko verbunden ist, im höheren Lebensalter an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken.

Cholesterin ist im Gehirn für die Bildung von Synapsen und Dendriten sowie für das Wachstum der Axone erforderlich. Der Cholesterinstoffwechsel im Gehirn ist von dem in der Peripherie durch die Blut-Hirn-Schranke getrennt. Unter physiologischen Bedingungen wird das Cholesterin im Gehirn ausschließlich lokal durch Neurone und Astrozyten synthetisiert. Oxidiertes Cholesterin kann allerdings die Blut-Hirn-Schranke passieren. Tierexperimentelle Befunde sprechen außerdem dafür, dass erhöhte periphere Cholesterinwerte infolge fettreicher Ernährung zur Ausschüttung von Entzündungsmediatoren und zu einer vermehrten Durchlässigkeit der Blut-Hirn-Schranke führen.

Ein erhöhter Cholesterin-Spiegel im Gehirn verursacht Schädigungen der Neurone und oxidativen Stress. Außerdem fördert er die Produktion von Beta-Amyloid und die Hyperphosphorylierung des Tau-Proteins. Die Spaltung des Amyloid-Präkursor-Proteins (APP) durch die Beta-Sekretase findet vor allem in den

Hilfe bei Alzheimer Krankheit



sogenannten „lipid rafts“, Cholesterin-reichen Bereichen der Nervenzellmembranen, statt und wird daher durch hohe Cholesterin-Konzentrationen gefördert. Tierexperimentelle Studien zeigen, dass eine Ernährung mit hohem Cholesterin-Anteil zu erhöhtem oxidativem Stress, zu erhöhter Amyloid-Konzentration im Hippokampus und zu Gedächtnisstörungen führt.

Die medikamentöse Behandlung eines erhöhten Serumcholesterinspiegels erfolgt am häufigsten mit Statinen. Statine sind Inhibitoren der 3-Hydroxy-3-Methylglutaryl-Coenzym A-Reduktase und führen zu einer Abnahme der Synthese von LDL und Triglyceriden sowie zu einer Zunahme von HDL (high density lipoprotein). Nach ihrer Löslichkeit unterscheidet man lipophile Statine (Simvastatin, Atorvastatin, Lovastatin, Fluvastatin und Pitavastatin) und hydrophile Statine (Rosuvastatin und Pravastatin). Neben der lipidsenkenden Wirkung fördern die Statine die Durchblutung durch die Freisetzung von Vasodilatoren wie Prostaglandin I₂ und Stickstoffmonoxid (NO) und vermindern den oxidativen Stress. Außerdem hemmen sie die Freisetzung von proinflammatorischen Zytokinen wie TNF-alpha, IL-1-beta und IL-6, wirken so chronischen Entzündungsprozessen entgegen und schützen die Endothelien. Es gibt auch Hinweise dafür, dass Statine im Gehirn die Produktion von Beta-Amyloid vermindern und zu einer Verminderung der Freisetzung von Tau-Protein führen.

Hyperhomocysteinämie

Homocystein ist eine Aminosäure, die im Eiweißstoffwechsel durch Demethylierung von Methionin entsteht. Homocystein wird mit Unterstützung von B-Vitaminen in Cystein umgewandelt, das zur Eiweißsynthese verwendet werden kann. Ein erhöhter Serumspiegel von Homocystein ist meistens die Folge eines Mangels von B-Vitaminen und ist mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre, peripher-vaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen verbunden. Zusätzlich hat Homocystein auch neurotoxische Eigenschaften.

Von einer Hyperhomocysteinämie spricht man bei Serumspiegeln des Homocysteins von über zwölf µmol/l. Der Serumspiegel von Homocystein steigt im Allgemeinen mit zunehmendem Lebensalter und abnehmender Nierenfunktion an. Er wird stark durch die Aufnahme von B-Vitaminen mit der Nahrung beeinflusst. Eine ausreichende Zufuhr von Vitamin B₆, B₁₂ und Folsäure ist nämlich erforderlich, um Homocystein durch Methylierung in Methionin und Cystein umzuwandeln. In unserem Demenz-Präventionsprojekt wurde bei 24,1 Prozent der kognitiv unbeeinträchtigten über 50-jährigen Teilnehmer eine Hyperhomocysteinämie festgestellt; von den Personen, bei denen eine leichte kognitive Beeinträchtigung festgestellt wurde, hatten signifikant mehr, nämlich 36,4 Prozent einen erhöhten Homocysteinspiegel.

Erhöhte Serumspiegel von Homocystein sind mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz verbunden. Bei einer Meta-Analyse von fünf Beobachtungsstudien wurde eine Erhöhung des Erkrankungsrisikos bei erhöhtem Homocysteinspiegel um den Faktor 1,93 gefunden. In Zellkulturen erhöht Homocystein die Neurotoxizität von Beta-Amyloid. In einem Tiermodell der Alzheimer-Demenz führte ein erhöhter Homocysteinspiegel zu einer erheblichen Zunahme der Beta-Amyloid- und Tau-Pathologie sowie zu einer Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit. Auch beim Menschen konnte ein Zusammenhang zwischen erhöhtem Homocysteinspiegel und Veränderungen der Liquor-Konzentrationen von Tau-Protein und Beta-Amyloid gezeigt werden.

Der Homocysteinspiegel lässt sich durch die Zufuhr von B-Vitaminen senken. Dass dies vor einer Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit schützt, konnte für Folsäure und für Vitamin B₁₂ nachgewiesen werden. Zwei der Studien, in denen die demenzpräventive Wirkung von B-Vitaminen untersucht wurde, erscheinen besonders aussagekräftig

Hilfe bei Alzheimer Krankheit



In der niederländischen FACIT-Studie wurden 818 Personen im Alter von 50–70 Jahren, bei denen ein erhöhter Homocysteinspiegel ($>13 \mu\text{mol/l}$) festgestellt wurde, drei Jahre lang doppelblind mit 0,8 mg Folsäure pro Tag behandelt. Dies führte zu einer Senkung des Homocysteinspiegels um 26 Prozent. Bei den mit Folsäure behandelten Personen zeigte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe eine Verlangsamung des Nachlassens der kognitiven Leistungsfähigkeit. In der britischen VITACOG-Studie wurden 168 Personen in einem mittleren Alter von 77 Jahren mit leichter kognitiver Beeinträchtigung zwei Jahre lang doppelblind mit B-Vitaminen (0,8 mg Folsäure, 0,5 mg B₁₂, 20 mg B₆) behandelt. Durch diese Behandlung wurde der Homocysteinspiegel um 30,2 Prozent gesenkt und das Fortschreiten der Hirnatrophie im MRT um 29,6 Prozent verlangsamt. Bei den Personen, bei denen der Homocysteinspiegel vor Behandlungsbeginn erhöht war, führte die Behandlung zu einer Verlangsamung des Nachlassens von Gedächtnisleistung und kognitiver Leistungsfähigkeit.

Daher erscheint die demenzpräventive Wirkung der Senkung eines erhöhten Homocysteinspiegels durch Gabe von B-Vitaminen gut belegt. Ob es sinnvoller ist, dies durch Zufuhr von Folsäure allein oder durch eine Kombination von Folsäure, Vitamin B₁₂ und Vitamin B₆ zu tun, lässt sich nicht grundsätzlich entscheiden. Der Nutzen beider Vorgehensweisen ist nachgewiesen.

Arterielle Hypertonie

Der Bluthochdruck, die arterielle Hypertonie, ist eine der häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Die Häufigkeit der arteriellen Hypertonie nimmt mit dem Lebensalter zu. Bei der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) wurden hypertone Blutdruckwerte (systolisch $> 140 \text{ mm Hg}$ oder diastolisch $> 90 \text{ mm Hg}$) bei 29,9 Prozent der Frauen und 33,3 Prozent der Männer festgestellt; von den über 70-Jährigen hatten fast 75 Prozent hypertone Blutdruckwerte. Auch in unserem Demenzpräventionsprojekt wurden bei 22,5 Prozent der über 50-jährigen Teilnehmer Blutdruckwerte von systolisch $> 160 \text{ mm Hg}$ oder diastolisch von $> 100 \text{ mm Hg}$ festgestellt.

Bluthochdruck ist mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Demenz verbunden. Am deutlichsten zeigt sich dies in der linearen Korrelation zwischen dem Blutdruck im mittleren Lebensalter und dem Ausmaß der kognitiven Leistungsminderung im höheren Lebensalter. Im höheren Lebensalter ist der querschnittliche Zusammenhang zwischen Bluthochdruck und kognitiver Leistungsminderung schwächer, aber dennoch nachweisbar, insbesondere für stark erhöhte Blutdruckwerte.

Beginnende Demenzerkrankungen führen andererseits häufig zu einer Abnahme des Blutdrucks. Es bestehen also gegenläufige Zusammenhänge zwischen einerseits dem durch den Bluthochdruck bedingten erhöhten Krankheitsrisiko und andererseits der Blutdruckabnahme als Symptom einer beginnenden Demenzerkrankung. Dies führt bei Querschnittuntersuchungen von Personen im höheren Lebensalter zu einer Abschwächung der statistischen Korrelation zwischen Bluthochdruck und Demenzrisiko, ähnlich wie beim Übergewicht. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass sich Bluthochdruck im höheren Lebensalter in vergleichbarer Weise ungünstig auf das Demenzrisiko auswirkt wie im mittleren Lebensalter.

In MRT-Untersuchungen des Gehirns zeigt sich bei Bluthochdruck im Quer- und im Längsschnitt eine Verminderung des gesamten Hirnvolumens, der grauen Substanz und des Hippokampus. Diese Verminderung der grauen Substanz ist wahrscheinlich Folge der durch den Bluthochdruck bedingten Abnahme des zerebralen Blutflusses. Im Marklager führt der Bluthochdruck zu einer Schädigung der kleinen Gefäße mit der Folge von Hyperintensitäten, Mikroblutungen und kleinen Infarkten.

Bei älteren Personen mit Bluthochdruck werden auch häufiger die typischen neuropathologischen Veränderungen der Alzheimer-Krankheit, nämlich Plaques und Fibrillen, gefunden. Bei Amyloid-PET-Untersuchungen fand sich eine positive Korrelation zwischen der Erhöhung des Blutdrucks und dem Ausmaß der Amyloid-Ablagerungen.

Hilfe bei Alzheimer Krankheit



Diese Korrelation zeigte sich auch schon bei Personen ohne kognitive Einschränkungen oder bei Personen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung. Auch im Liquor wurden bei kognitiv unbeeinträchtigten älteren Personen mit erhöhtem Blutdruck gehäuft Alzheimer-typische Veränderungen, nämlich eine Erhöhung von Phospho-Tau und eine Verminderung von Beta-Amyloid gefunden. Insbesondere bei Personen mit erhöhtem Pulsdruck, also einer größeren Differenz zwischen systolischem und diastolischem Blutdruck, ist das Risiko für ein Fortschreiten dieser neuropathologischen Veränderungen und für die Entwicklung einer Demenz erhöht. Dabei spielt möglicherweise das Renin-Angiotensin-System eine Rolle, da im Liquor eine Erhöhung des Angiotensin Converting Enzyme (ACE) mit einer Erhöhung von Phospho-Tau und einer Erniedrigung von Beta-Amyloid verbunden ist.

Diese Befunde lassen erwarten, dass die Senkung eines erhöhten Blutdrucks zu einer Verminderung des Risikos für ein Nachlassen der kognitiven Leistungsfähigkeit oder für die Entwicklung einer Demenz führen kann. Diese Vermutung wird durch die Ergebnisse der bislang durchgeführten kontrollierten Studien allerdings nur teilweise bestätigt. Die Gründe dafür können mindestens teilweise in der Methodik dieser Studien liegen. Die Fallzahl der Studien ist für kardiovaskuläre Ereignisse oder Schlaganfälle ausgelegt, nicht für die Entwicklung einer Demenz. Für den letzteren Zweck ist die verwendete Fallzahl im Allgemeinen zu gering. Außerdem wirken sich die zur Blutdrucksenkung verwendeten Medikamente möglicherweise unterschiedlich auf die kognitive Leistungsfähigkeit aus. Zudem ist die Dauer der Zeit, in der ein nicht oder nicht ausreichend behandelter Bluthochdruck bestand, von großer Bedeutung für das Risiko einer kognitiven Leistungsminderung. Zusammengefasst erscheint, trotz des bislang unbefriedigenden Nachweises in kontrollierten Studien, die Behandlung des Bluthochdrucks ein geeignetes Mittel zur Prävention der Alzheimer-Demenz zu sein. Besonders überzeugend sind in dieser Hinsicht die eindeutigen Zusammenhänge zwischen Bluthochdruck und spezifischer Alzheimer-Pathologie.

Ihre Spende hilft uns zu helfen:

Mit großem (ehrenamtlichen) Engagement setzen wir uns dafür ein, die schwierige Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern: wir beraten, informieren für mehr Akzeptanz in der Bevölkerung, fördern den Erfahrungsaustausch und den Aufbau von Selbsthilfegruppen, wir bieten Schulungen, Tanzcafés und Stammtische an, wir helfen Netzwerke zu gründen und kooperieren mit Forschern.

Damit wir uns weiterhin für ein besseres Leben mit Demenz einsetzen können, sind wir auf Spenden angewiesen. Sie können uns auf vielerlei Weise helfen:

- Mit Geldspenden
- Durch Ihre Mitgliedschaft
- Durch ehrenamtliche Mitarbeit
- Durch Organisation von Spendenaktionen zu Gunsten der Alzheimer Gesellschaft Rheinland-Pfalz
- Durch Trauerspenden

Unser Spendenkonto:

VR Bank Rhein-Neckar eG

IBAN: DE15 6709 0000 0002 4210 38

BIC: GENODE61MA2

Bitte geben Sie im Verwendungszweck Ihre komplette Anschrift an, damit wir Ihnen eine Spendenquittung zusenden können.



PFLEGE IM LANGZEITSTATIONÄREN SETTING

Pflege mit Haltung, Herz und Beziehung

Wenn das Gedächtnis nachlässt, vertraute Gesichter verschwimmen und der Alltag zur Herausforderung wird, verändert sich nicht nur der Mensch – sondern auch sein Umfeld. Als Pflegedienstleitungen in einem Alten- und Pflegeheim wissen wir, was diese Veränderungen bedeuten. Und als ehemalige Angehörige habe ich selbst erlebt, wie wichtig Vertrauen, Nähe und gute Begleitung in dieser Lebensphase sind. Es bedarf verschiedener Konzepte um eine Basis für eine professionelle Pflege zu schaffen.

Ein Pflegeheim als Zuhause – geht das?

Ja - wenn wir es schaffen, den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. In den beiden Alten- und Pflegeheimen des Klinikums der Stadt Ludwigshafen begleiten wir täglich rund 310 Bewohner*innen. Viele von ihnen leben mit einer demenziellen Erkrankung. Unser Anspruch ist klar: ein Ort der Sicherheit, der Orientierung und des persönlichen Angenommenseins. Der Einzug in ein Pflegeheim ist ein großer Schritt - für die Betroffenen wie für ihre Familien. Umso wichtiger ist es, diesen Schritt gut zu begleiten. Dabei steht für uns nicht die Diagnose im Vordergrund, sondern der Mensch mit seiner Biografie, seinen Bedürfnissen und seiner Geschichte.

Bezugspflege als Schlüssel zu echter Beziehung

Besonders am Herzen liegt uns unser Konzept der Bezugspflege. Das bedeutet: Jede Bewohnerin und jeder Bewohner hat feste Ansprechpersonen im Team, die nicht nur für die Pflege zuständig sind, sondern auch für Nähe, Vertrauen und Kontinuität sorgen. So entstehen Beziehungen - keine wechselnden Kontakte, sondern verlässliche Bindungen, die Sicherheit und Würde geben. Gerade Menschen mit Demenz profitieren enorm von festen Bezugspersonen. Kleine Rituale, bekannte Stimmen, vertraute Gesten - das sind oft die einzigen Anker, die Orientierung geben. Beziehung ist hier kein „Extra“, sondern das Fundament professioneller Pflege.



Viola Eschenbacher
Pflegedienstleitung
Dr. Hans Bardens Haus Ludwigshafen



Stanka Nikolic
Pflegedienstleitung
Haus Friesenheim Ludwigshafen

Struktur gibt Halt – Freiraum lässt atmen

Ein strukturierter Tagesablauf mit vertrauten Abläufen bietet Orientierung. Vom Frühstück über Beschäftigungsangebote bis zu kreativen oder musikalischen Nachmittagen gestalten wir den Alltag gemeinsam. Dabei achten wir auf ausreichend Freiräume, in denen Bewohner*innen ihre Persönlichkeit leben können – sei es beim Singen, im Garten oder einfach bei einer Tasse Kaffee auf dem Balkon.

Ein starkes Team mit einem Ziel

Hinter jeder professionellen Pflege steht ein engagiertes Team. Pflegekräfte, soziale Betreuung, Alltagsbegleiter, Hauswirtschaft und Verwaltung arbeiten Hand in Hand - mit hoher fachlicher Kompetenz und einer gemeinsamen Haltung: Jeder Mensch verdient Zuwendung, Respekt und individuelle Begleitung. Das hilft auch die Probleme und Ressourcen unserer Bewohner gut im Blick zu haben und daraus eine fachliche Risikoeinschätzung mit entsprechendem Maßnahmenplan abzuleiten.



Regelmäßige Schulungen und kollegialer Austausch sorgen dafür, dass wir auch in schwierigen Situationen sicher und wertschätzend handeln - besonders im Umgang mit kognitiven Veränderungen oder herausfordernden Pflegesituationen.

Fachlichkeit und die Einhaltung verbindlicher Richtlinien

Expertenstandards in der Pflege sind Instrumente zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungen basieren. Selbstverständlich begleiten uns die Inhalte dieser Expertenstandards in der täglichen Arbeit und bieten den Pflegekräften klare Leitlinien und Handlungsspielräume um die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Zudem haben wir viele Konzepte, die uns dabei unterstützen Abläufe und Prozesse zu steuern und zu vereinheitlichen. Beispiele dafür sind Heimeinzug, Behandlungspflege, Einarbeitung neuer Mitarbeiter und viele mehr.

Digitale Lösungen wie elektronische Dokumentation und eine strukturierte Informationssammlung zur Steuerung des Pflegeprozesses erleichtern die Arbeit und verbessern die Kommunikation - ohne den persönlichen Kontakt zu ersetzen. Denn: Keine Technik der Welt kann ein echtes Gespräch oder eine liebevolle Geste ersetzen.

Fazit: Pflege ist Beziehungsarbeit

Für uns ist Pflege nicht nur ein Beruf, sondern eine Haltung. Ich durfte es als Angehörige selbst erleben: Was zählt, sind nicht nur Medikamente oder Mahlzeiten – sondern das Gefühl, gesehen und verstanden zu werden.

In unseren Pflegeheimen möchten wir genau das bieten: Beziehung, Sicherheit und ein neues Zuhause – auch bei Demenz, auch im hohen Alter.





KOLUMNE - ZWISCHEN LEICHTIGKEIT UND ERNST

Vergessen für Fortgeschrittene oder: Wie man würdevoll verschwindet

Altern ist die Kunst, Dinge loszulassen: Haare, Gelenkigkeit, Namen von entfernten Cousins – und irgendwann das Passwort für den E-Mail-Account. Wer besonders engagiert altert, bekommt früher oder später das Premium-Paket: Demenz. Eine Art mentales Detox – alles muss raus.

Natürlich wird über Demenz oft sehr ernst gesprochen und das soll auch so sein. Aber vielleicht lohnt sich ein alternativer Blickwinkel.

Vielleicht ist es nicht nur Verlust, sondern auch Befreiung. Wer nicht mehr weiß, was gestern war, hat immerhin keine Schuldgefühle mehr über das dritte Stück Kuchen. Wer sich nicht mehr erinnert, was er sagen wollte, kann es auch nicht bereuen.

Demenz als Reise – nicht zurück, sondern quer. Weg von der Effizienz, hin zur Existenz. Gespräche werden zu Improvisationen, Zeit zu einem vagen Vorschlag.

Wer genau hinsieht, entdeckt oft etwas sehr Zartes. Ein Blick. Ein Lächeln. Ein Moment reiner Gegenwart – frei von Plänen, Kontext und Karriere.

Altern heißt nicht, weniger zu werden. Es heißt, anders zu werden.



Marion Dietrich

Stellvertretende Pflegedirektorin

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein
gGmbH





REZEPTE DES MONATS

SPÄTZLE-PFANNE MIT CHINAKOHL & HACKBÄLLCHEN

Zutaten (ergibt 4 Portionen):

1	Chinakohl (klein)
1	rote Paprikaschote
2	Zwiebeln
400 g	Hackfleisch
1	Ei (Zimmertemperatur)
1 EL	Semmelbrösel
1 EL	Tomatenmark
1 TL	Paprikapulver edelsüß
2 EL	Rapsöl
600 g	Eierspätzle (Kühlregal)
200 ml	Gemüsebrühe
Salz	
Pfeffer	

Zubereitung:

Chinakohl putzen, waschen und die Blätter in Streifen schneiden. Paprika waschen, Kerne entfernen und in Streifen schneiden. Zwiebeln schälen und fein hacken.

Die Hälfte der Zwiebeln mit dem Hackfleisch, dem Ei, Semmelbröseln und dem Tomatenmark vermengen. Mit Salz, Pfeffer und Paprikapulver würzen und mit feuchten Händen zu Bällchen formen.

1 EL Öl in der Pfanne erhitzen und die Hackbällchen darin bei mittlerer Hitze braten. Aus der Pfanne nehmen und beiseitestellen.

1 EL Öl in die Pfanne geben und die restliche Zwiebel und Paprika anschwitzen. Spätzle und Chinakohl zugeben, kurz anschwitzen und dann mit Gemüsebrühe ablöschen. Bei schwacher Hitze ca. fünf Minuten köcheln. Zwei Minuten vor Garzeitende die Hackbällchen zugeben.

Mit Salz und Pfeffer abschmecken.

Natalie Bayer

Ökotrophologin

Wirtschaftsgesellschaft des Klinikums der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH

KOPFSALATSUPPE MIT KNOBLAUCHCROÛTONS

Zutaten (ergibt 4 Portionen):

2	Kopfsalate
2	Schalotten
2 EL	Butter
1 EL	Weizenmehl Type 405
750 ml	Gemüsebrühe
200 ml	Sahne
2 Scheibe(n)	Bauernbrot
2 EL	Rapsöl
2 Zehe(n)	Knoblauch
Salz	
Pfeffer	

Zubereitung:

Kopfsalat waschen, trockenschütteln und in Streifen schneiden, eine Handvoll beiseitelegen. Schalotten schälen und fein würfeln.

Butter in einem Topf schmelzen, Schalotten zugeben, anschwitzen und mit Mehl bestäuben. Kurz anschwitzen, dann mit Brühe ablöschen und zehn bis 15 Minuten köcheln.

Kopfsalatstreifen zusammen mit der Sahne zugeben, weitere fünf Minuten köcheln.

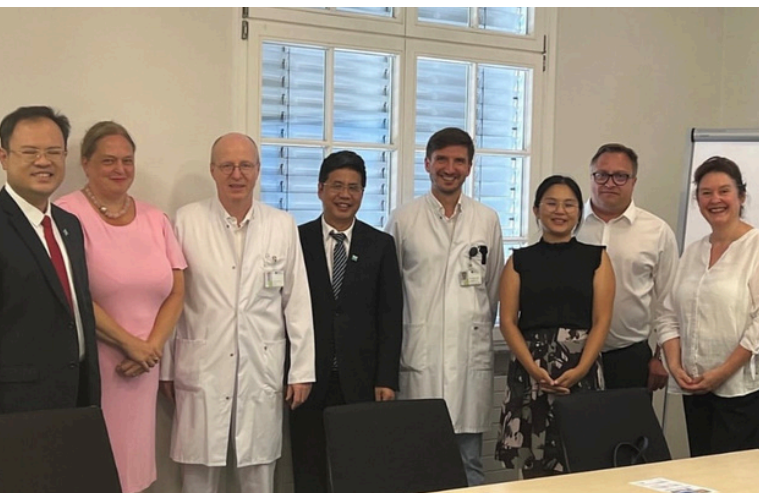
Suppe fein pürieren und mit Salz und Pfeffer abschmecken.

Für die Croûtons Brot in kleine Würfel schneiden - Rinde am besten vorher entfernen.

Öl in einer Pfanne erhitzen und die Brotwürfel von allen Seiten knusprigbraten. Knoblauch dazupressen und kurz mitbraten.

Die Suppe mit den Croûtons und den beiseitegelegten Salatstreifen servieren.

RÜCKBLICK



Internationale Delegation zu Gast am KliLu

Medizin lebt von Teamarbeit – und diese hört nicht an Ländergrenzen auf. Auf Einladung und Vermittlung der BASF durfte das Klinikum Ludwigshafen kürzlich eine Delegation der Guangdong Medical University aus China empfangen. Im Rahmen des Besuchs stand ein abwechslungsreiches Programm auf dem Plan: Neben einem Rundgang durch die Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP) erhielten die Gäste spannende Einblicke in den neuen Bereich der Dialyse. Dieser war erst wenige Tage zuvor in den Neubau Haus D umgezogen und bietet nun mit 24 modernen Behandlungsplätzen optimale Voraussetzungen für die Versorgung von Dialyse-Patient*innen.

Ein weiterer Höhepunkt war die Vorstellung des Hybrid-Operationssaals, der durch die Kombination modernster bildgebender Verfahren und chirurgischer Technik neue Dimensionen in der präzisen und sicheren Patientenversorgung eröffnet. Die Begegnung zeigte eindrucksvoll, wie wertvoll internationale Kooperationen im Gesundheitswesen sind. Der Austausch über medizinische Innovationen und Organisationsstrukturen fördert nicht nur das gegenseitige Verständnis, sondern eröffnet auch neue Perspektiven für die Weiterentwicklung der Medizin – über Kontinente hinweg. Das Klinikum Ludwigshafen dankt der BASF für die Unterstützung und die Möglichkeit, diesen internationalen Austausch zu realisieren.



Hier finden Sie weitere
Pressemitteilungen des
KliLu

Sommerfest im KliLu – Begegnungen in entspannter Atmosphäre

Am 21. August lud das Klinikum Ludwigshafen zum jährlichen Sommerfest ein. Bei sommerlichen Temperaturen kamen Mitarbeitende und Partner*innen des KliLu-Gesundheitscampus-Netzwerks sowie viele Gäste zusammen, um in entspannter Atmosphäre zu feiern.

Unter dem Motto "Beachparty" bot das Fest Urlaubsstimmung mitten in Ludwigshafen: Pools sorgten für Erfrischung, dazu gab es vielfältige kulinarische Angebote und kühle Getränke. Das Fest war nicht nur eine Gelegenheit, gemeinsam zu genießen, sondern auch ein Raum für gute Gespräche, Begegnungen und Austausch über Klinik- und Netzwerkgrenzen hinweg.

Ein besonderer Dank gilt allen Partner*innen des KliLu-Gesundheitscampus-Netzwerks, die das Sommerfest mit ihrer Anwesenheit bereichert haben.

Ebenso danken wir allen Helfenden, die durch ihr Engagement die reibungslose Umsetzung des Festes ermöglicht haben.

Das Sommerfest hat erneut gezeigt, wie wertvoll gemeinsame Zeit abseits des Arbeitsalltags ist. Schon heute freuen wir uns auf das nächste Jahr, wenn das KliLu-Team wieder zum Feiern zusammenkommt.



ANZEIGEN

**Das zweite Mal in Folge:
#TeamKliLu ist ausgezeichnet.**



Wir sagen von Herzen Danke - an die Patient*innen, die unsere Arbeit wertschätzen, und an alle Mitarbeitenden des KliLu, die daran mitwirken, unsere Pflege und Behandlung laufend zu optimieren sowie an Stern und das MINQ Institut für die Analyse sowie Auszeichnung.

**„Sehr gut“ in
allen Kategorien**



Überzeugen Sie sich selbst
und kommen Sie ins
#TeamKliLu

Der Veranstaltungskalender des KliLu-Gesundheitscampus



Entdecken Sie im Veranstaltungskalender des KliLu-Gesundheitscampus ein vielseitiges Angebot an Seminaren, Webinaren und Workshops rund um die Themen Gesundheit und Prävention.

Ob für niedergelassene Ärzt*innen und medizinisches Fachpersonal, Unternehmen, Schulen oder Privatpersonen - unser Programm bietet für alle Zielgruppen passende Veranstaltungen.

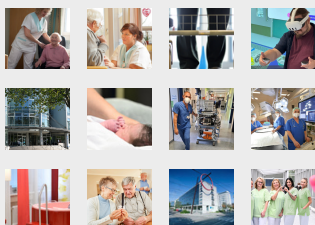
Hier könnte Ihre Anzeige stehen!

Erreichen Sie Ihre Zielgruppe genau dort, wo Gesundheit, Bildung und Regionalität aufeinandertreffen:

Im Netzwerkmagazin des KliLu-Gesundheitscampus.

- Sichtbarkeit in einem starken Gesundheitsnetzwerk
- Platz für Ihre Botschaft, Ihr Angebot oder Ihr Engagement
- Print & digital: regional verbreitet – aufmerksam gelesen

Jetzt Werbepplatz sichern unter: gesundheitscampus@kiliu.de



Thema der kommenden Ausgabe:

**Im Fokus:
Pflege**

UNSERE NETZWERKPARTNER*INNEN

