

Andrea Schüler
Rödelstr. 20
04229 Leipzig

Pflegeheim Matthias Claudius
Weißenfelser Str. 18
04229 Leipzig

Matthias Steindorf
Kochstr. 33
04275 Leipzig

Fachbereich Altenhilfe
Gneisenastr. 10
04105 Leipzig

**Abschlussbericht über die Fachstudienreise
„Modellhafte Altenpflege in British Columbia und Alberta“
vom 22.05. bis 05.06.2005**

**gefördert durch die Otto und Edith Mühlischlegel-Stiftung
in der Robert Bosch Stiftung**

**Bewilligungsnummern: Frau Schüler 32.4.1365.0040.0
Herr Steindorf 32.4.1265.0008.0**

1. Fachstudienreise Kanada – Rahmen und Verlauf

Die Fachstudienreise mit dem Thema „Modellhafte Altenpflege in British Columbia und Alberta“ fand in der Zeit vom 22.05. bis 05.06.2005 statt. Organisiert wurde die Reise von Alfred T. Hoffmann, dem Leiter des Bildungsinstitutes „IQ – Innovative Qualifikation in der Altenpflege“. Herr Alfred T. Hoffmann ist seit Jahren im Bereich der Arbeit mit Demenzkranken tätig, u.a. mit der Erarbeitung eines Qualitätssystems, mit der Organisation von Studienreisen und im Rahmen der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. (DED). Die Reise war organisatorisch und vor allem inhaltlich hervorragend gestaltet. Das Bildungsinstitut kann uneingeschränkt weiterempfohlen werden.

An der Reise haben insgesamt zehn Personen aus ganz Deutschland teilgenommen. Der überwiegende Teil davon ist als Geschäftsführung, Leitung größerer Bereiche in der Altenhilfe, Heimleitung oder Pflegedienstleitung tätig, die anderen in der Arbeit mit Projekten und der Qualitätssicherung. So war die Reise auch durch den gegenseitigen Erfahrungsaustausch gewinnbringend.

Die Reise begann in Edmonton, der Hauptstadt Albertas. Alberta ist die westlichste der Prärieprovinzen. Die Prärie dominiert die Landschaft. Im Westen erheben sich die Rocky Mountains.

Die zweite Woche der Reise verbrachten wir in British Columbia im Westen Kanadas am Pazifik vor allem in Vancouver. Einen Tag waren wir in Victoria, der Hauptstadt British Columbias auf Vancouver Island.

Im Rahmen der Reise wurden 15 Pflegeeinrichtungen und Kliniken mit den verschiedensten Konzeptionen, Leistungsangeboten und Forschungsschwerpunkten besucht. Der Focus in der überwiegenden Zahl der Einrichtungen lag auf der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Ergänzt wurde das Programm durch Treffen mit der Seniorenvertretung von Alberta und dem Verband der Langzeitpflegeeinrichtungen von Alberta. Vor allem aber Gespräche in den Gesundheits- und Sozialministerien der beiden Provinzen, mit der Gesundheitsbehörde sowie der Abteilung Sozialplanung in Vancouver rundeten das Programm ab. Wir haben mit der Reise ein Gesamtbild erhalten, welches sowohl die politischen Strategien, die Umsetzung durch staatliche Behörden als auch die konzeptionelle und praktische Arbeit in den Pflegeeinrichtungen und aktuelle Forschungsschwerpunkte umfasst.

2. Kanada – Politik und Pflege im Überblick

2.1. Das politische System

Die volle Souveränität besitzt Kanada erst seit 1982. Das Land gehört weiter dem Britischen Commonwealth an. Staatsoberhaupt ist die britische Königin, vertreten wird sie von der Generalgouverneurin. Kanada besteht als föderativer Bundesstaat aus zehn Provinzen und drei von der Regierung verwalteten Territorien. Es ist ein Land mit repräsentativer parlamentarischer Demokratie, einem demokratisch gewähltem Unterhaus und einem Senat, dessen Mitglieder ernannt werden. Die Hauptstadt Kanadas und Sitz der Bundesregierung ist Ottawa. Die Provinzen haben Provinzregierungen. In die politische Zuständigkeit der Provinzen fallen u.a. Erziehung, Kultur, Polizei, Gesundheit, Pflege, Soziales und Wirtschaft.

Die Gesundheits- und Sozialministerien dieser Provinzen sehen als ihre Aufgaben vor allem die strategische Planung der Dienstleistungen im Gesundheits- und Pflegesystem auf hoher qualitativer Ebene, die Entwicklung von Standards und Richtlinien sowie die Förderung und Unterstützung von Forschung. Sie übernehmen auch die Verteilung der Gelder auf die Regionen.

Die Provinzen sind in regionale Gesundheitsämter gegliedert, Alberta in neun und British Columbia in sechs. Die Gesundheitsämter setzen die Politik der Ministerien vor Ort um. Sie schließen Verträge mit Anbietern von Pflegeleistungen und ermitteln regionale Bedarfe. Zu den Aufgaben gehören auch die Datenerfassung und die Kommunikation mit den Ministerien. Vor allem aber erfolgt durch die Gesundheitsämter die Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen des Pflegesystems.

Das Gesundheits- und Pflegesystem ist steuerfinanziert und staatlich reguliert. Es ist bemerkenswert, wie in diesem System übergreifend und im Zusammenhang gedacht, geplant und gehandelt wird. Die Leistungen werden weitgehend aus einer Hand gewährt.

2.2. Pflege - Politik und Strategien

In beiden Provinzen wurden um die Jahrtausendwende Überprüfungen des bestehenden Pflegesystems und seiner Rahmenbedingungen durchgeführt. Im Ergebnis wurden die Pflegesysteme als unzureichend und die Strategien als nicht mehr zeitgemäß betrachtet. Die Überprüfung brachte folgende Erkenntnisse. Die Zahl der über 65-jährigen steigt an (in Alberta z.B. von gegenwärtig 10 % der Bevölkerung auf über 20 % in den nächsten 20 Jahren.) Die Menschen bleiben länger gesund. Ein höherer Bildungsstand kennzeichnet die jetzt alt werdenden Menschen ebenso wie eine bessere finanzielle Ausstattung. Dennoch gibt es Unterschiede zwischen arm und reich, die zu berücksichtigen sind. Neue Konzepte für Hilfs- und Serviceangebote sind erforderlich, da die Menschen einen anderen Lebensstil entwickelt haben und der Wunsch nach mehr Auswahl und mehr Service besteht. Vor allem möchten sie so lange als möglich zu Hause leben. Etwa 40 % der Plätze in den Heimen wurden im Rahmen der Überprüfung als fehl belegt bezeichnet und zwar deshalb, weil notwendige Dienstleistungen in anderen Wohnformen nicht zur Verfügung standen. Viele Menschen waren nur deshalb im Heim, weil sie

vorgelagerte Angebote nicht in Anspruch nehmen konnten. Zudem wurde festgestellt, dass die Kosten für ältere Menschen im Vergleich zu anderen Politikfeldern zu beachten sind, da 10 % der Bewohner 30 % der öffentlichen Mittel beanspruchen. Notwendig wurde die Konzeption kostengünstigerer Leistungen im Pflegesystem.

Aus den Erkenntnissen der Überprüfung wurden neue Strategien für die Umgestaltung des Pflegesystems entwickelt.

Früher brachte man die Menschen in das Heim. Ziel ist jetzt, die Hilfe in die jeweilige Wohnform zu bringen. Das umfasst medizinische und therapeutische Leistungen, Körperpflege und Hauswirtschaft. Man plant zuerst die notwendigen Dienstleistungen. Dann ergibt sich, wie viel Heimplätze überhaupt noch benötigt werden. Es werden Angebote und Hilfen entwickelt, die eine Aufnahme ins Pflegeheim so lang als möglich oder ganz verhindern. Die Zahl der Heimplätze soll auch bei mehr alten Menschen auf dem jetzigen Stand gehalten oder nach Möglichkeit reduziert werden. Förderprogramme sorgen für eine Umverteilung aus überversorgten in unterversorgte Regionen. Der ganze Prozess wird von der Erkenntnis geleitet, dass die stationäre Pflege die teuerste Form im Pflegesystem ist. Als neuer Baustein im System werden deshalb das sogenannte Assisted und Supportive Living als begleitete Wohnmöglichkeiten mit umfangreichem Leistungsangebot gefördert. In British Columbia beispielsweise werden auch bestehende Pflegeheime in Assisted Living umgewidmet. Stationäre Pflegeplätze werden staatlich gesteuert abgebaut.

Die Pflege wurde früher nach Pflegestufen erbracht. Die Pflegestufen wurden in beiden Provinzen durch die Einführung des Assessmentverfahrens RAI 2.0 ersetzt. RAI 2.0 dient der Feststellung des individuellen Bedarfes sowohl im ambulanten als auch im stationären Pflegebereich. Es bestehen nun Zugangskriterien für Heime. Pflege im Heim erhält nur, wer einen umfassenden Pflegebedarf hat. Es wird vor allem auch gefragt: Was kann der Mensch noch selbst, was kann die Familie (freiwillig) und was kann die Nachbarschaft (freiwillig) leisten? Für die dann noch bestehende Lücke wird Hilfe gewährt.

Es wird ein System geschaffen, das weg sich von der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit auf ein Konzept des Wohlfühlens ausrichtet. Heimversorgung gilt es zu vermeiden und zu reduzieren. Die Hilfe zu Hause oder in begleiteten

Wohnformen so lang als möglich, auch bei hohem Pflegebedarf, hat absoluten Vorrang.

Man geht davon aus, dass mit diesen Strategien das Pflegesystem auch beim genannten Anstieg der Zahl älterer Menschen finanziell gesichert ist.

2.3. Organisation der Pflege – Leben und Wohnen im Alter

In Alberta erfolgt der Zugang zum Pflegesystem ausschließlich über das Assessment. Das Pflegesystem besteht aus individuellem Wohnen mit externen Angeboten von ambulanten Hilfen und Tagespflege. Im Weiteren gibt es Supportive und Assisted Living (Begleitetes Wohnen) welches insgesamt fünf Stufen aus verschiedenen Angeboten umfasst. Und zum Dritten gibt es die Long-Term-Care (Langzeitpflege), traditionelle Pflegeheime für Menschen mit umfassendem Pflegebedarf.

Genauer beschreiben möchten wir das Pflegesystem von British Columbia.

Zugang zum Pflegesystem

Die Vermittlung in das System der Hilfen erfolgt auf Anraten der Ärzte und Krankenhäuser aber auch der Familie oder auf eigenen Wunsch. Die Gesundheitsämter werden aufgesucht. Der Zugang zum Pflegesystem erfolgt ausschließlich über das Assessment mit RAI 2.0. Dieses wird durch Casemanager bei den Gesundheitsbehörden durchgeführt, die den Pflegebedarf feststellen und die einkommensabhängige Zuzahlung klären. Man spricht vom „Single Entree“, dem koordinierten Zugang zum System. Das Assessment beschränkt sich nicht auf die Feststellung eines körperlichen Defizites, sondern legt den Focus stärker auf die Frage, welche Auswirkungen eine körperliche Einschränkung auf das Alltagsgeschehen des Betroffenen unter Berücksichtigung der familiären und sozialen Situation hat. Der Casemanager organisiert und koordiniert im Weiteren die erforderlichen und abgestimmten Leistungen mit den entsprechenden Anbietern. Wünsche des Pflegebedürftigen für eine bestimmte Einrichtung in der vorgesehenen Leistungsform werden berücksichtigt. Aufgabe des Casemanagers ist darüber hinaus, die Wirkung und den Erfolg der Maßnahmen zu beobachten und zu überprüfen und bei Bedarf Änderungen vorzunehmen. Der Casemanager begleitet

den Pflegebedürftigen während der gesamten Zeit der Pflege und Betreuung. Dieses Konzept wird „Continuous Care“ (Konzept der kontinuierlichen Pflege) genannt.

Bereiche im Pflegesystem

In British Columbia ist das Pflegesystem grundsätzlich in drei Bereiche zu unterscheiden

- **Home and Community Care**

Dieses umfasst Hilfen, Pflege und Betreuung zu Hause und im Wohnumfeld. Angeboten werden hauswirtschaftliche Dienste, Mahlzeiten, Grund- und Behandlungspflege sowie allgemeine Unterstützung zu Hause z.B. beim Baden, Kleiden und Bewegen. Sicherheit und Selbständigkeit werden vermittelt. Die Zuzahlung ist einkommensabhängig, bei niedrigem Einkommen erfolgt keine Zuzahlung. Nur ein Drittel der Leistungsempfänger zahlt zu. Die Behandlungspflege wird grundsätzlich voll bezahlt

Zum Bereich der Home and Community Care gehört auch das Persönliche Pflegebudget im ambulanten Bereich. Die Leistungen können selbständig eingekauft werden. Durch die Casemanager erfolgt die Überwachung und zentrale Steuerung. Zwischen Casemanager und Familie besteht ein enger Kontakt. Für die Leistungserbringung gibt es keine festen Kriterien und Qualitätsmerkmale. Damit sollen Flexibilität und Experimentieren ermöglicht werden. Der Pflegebedarf wird grundsätzlich nach Stunden ermittelt. Es gibt weder einen Mindestpflegebedarf noch eine Obergrenze. Der durchschnittliche monatliche Pflegebedarf, der über das Budget finanziert wird, liegt bei 120 bis 200 Stunden, Höchstwerte bei 600 Stunden. Berechnungsgrundlage sind 25 \$ je Stunde. Finanziell liegt der Durchschnitt bei 2000 bis 4000 \$ im Monat. Bisher nutzen nur etwa 20% derer, die häusliche Leistungen in Anspruch nehmen, das persönliche Budget. Im Ministerium begründet man dies mit einem noch zu hohen Verwaltungsaufwand, den es zu minimieren gilt. Neu im Pflegebudget ist, dass fünf Pflegebedürftige gemeinsam eine eigene Pflegekraft anstellen dürfen. Darüber hinaus gibt es Entlastungsangebote für pflegende Angehörige oder Freunde. Zeitlich befristet werden Alltagsbegleiter zur Verfügung gestellt,

Kurzzeitpflege angeboten oder vorübergehend eine andere der Wohnformen genutzt. Auch Tages- und Nachtpflege wird angeboten.

Ein besonderes Programm ist die ambulante Palliativpflege. Sie soll das Sterben zu Hause ermöglichen. Einbezogen in das Programm wird, wer eine Lebenserwartung von noch höchstens sechs Monaten hat. Es werden auch die vollen Kosten für Medikamente und Hilfsmittel übernommen. Die letzten 72 Stunden vor dem Tod steht eine Krankenschwester zu Hause zur Verfügung.

- **Supported und Assisted Living – Begleitetes Wohnen**

Die Menschen wohnen in altersgerechten Appartements und Wohnungen. Manche Häuser gleichen einer großen Wohnanlage, manche haben einen Fitnessraum, ein Computerkabinett, eine Cafeteria und sogar ein Theater. Der Service umfasst zwei Mahlzeiten am Tag, Reinigung, Wäscheversorgung (Flachwäsche), soziale und gesellschaftliche Angebote, Freizeit und Beschäftigung, ein 24-h Notrufsystem, persönliche Hilfen beim Baden, Pflegen, Bewegen und Medikamente einnehmen. Voraussetzungen für den Einzug in die Wohnform sind, noch selbständig Entscheidungen treffen und einen Notruf bedienen zu können. Behandlungspflege im notwendigen Umfang wird geleistet. Pflegebedarf rund um die Uhr darf jedoch nicht vorliegen. Vom Nutzer sind 70 % des Einkommens nach Abzug der Steuern als Zuzahlung zu leisten. Der durchschnittliche Eigenanteil liegt bei 840 \$ monatlich in staatlichen und gemeinnützigen Einrichtungen.

- **Residential Care**

Darunter versteht man die vollstationären Pflegeheime. Innerhalb des Bereiches Residential Care gibt es differenzierte Angebote und Konzepte, z.B. für dementiell erkrankte Menschen, für Menschen, die komplexe pflegerische Leistungen benötigen und Hospize. Es besteht Pflege- und Betreuungsbedarf rund um die Uhr. Ein Leben zu Hause ist nicht länger möglich. Die Leistungen umfassen Hilfe beim Essen, Medikamente, Grundpflege, Behandlungspflege, Beschäftigung und soziale Betreuung. Neben klassischen vollstationären Pflegeheimen gibt es weitere interessante Varianten, z.B. das Gruppenpflegeheim. Dieses ist für jüngere Pflegebedürftige. Vier bis sechs Personen mit entsprechendem Pflegebedarf leben in Gruppen. Eine andere

Form sind die Familienpflegeheime. Hier erfolgt die Pflege von Personen in der Häuslichkeit. Es handelt sich meist um zwei Pflegebedürftige, da ab drei Personen eine Lizenz für ein Heim erforderlich ist. Für die verschiedenen Heimtypen gibt es verschiedene Standards. Kontrolliert werden diese in der Regel durch die Assessments der Casemanager. Die Zuzahlung für die Pflegebedürftigen im Residential Care ist einkommensabhängig, auch vom Einkommen des Ehepartners. Sie erfolgt im Paket ohne Trennung zwischen Pflege und Wohnen. Es gibt gegenwärtig Zuzahlungen in 11 Stufen zwischen 28,10 \$ und 67,50 \$. Das Vermögen wird nicht herangezogen. Kinder sind nicht zum Unterhalt verpflichtet. Jährlich erfolgt eine Anpassung der Kosten an den Preisindex. In Hospizen erfolgt die Zuzahlung nur nach der niedrigsten Stufe.

Menschen mit Demenz

In allen Bestandteilen des beschriebenen Systems der Pflege gibt es Angebote für Menschen mit Demenz. Es wird spezieller Bedarf berücksichtigt. Unterschieden wird bei Demenz grundsätzlich in die drei Phasen leicht, mittel und schwer. Nach dem Motto: „Fühle Dich frei“, wird der Alltag so normal wie möglich gestaltet.

Spezielle multifunktionale Mitarbeiter („Multi-skilled Worker“ im Sinne von Alltagsbegleitern) sind in Einrichtungen für dementiell Erkrankte tätig. Dagegen ist weniger Pflegefachpersonal beschäftigt und das ausschließlich für behandlungspflegerische und pflegeplanerische Aufgaben. Biographiearbeit, Milieugestaltung und das Normalitätsprinzip sind selbstverständlich.

Ein wichtiges Kriterium ist die Sicherheit. Betreuungsbereiche für demenzkranke Menschen sind abgeschlossen und können nur über ein Zahlenschloss verlassen werden. Allerdings gibt es keine spezielle Gesetzlichkeit, um eine Einrichtung zu einer geschlossenen zu machen. Nötig ist dafür lediglich eine Lizenz der Gesundheitsbehörde. Die Familien entscheiden über die Unterbringung in einem geschlossenen Bereich. Der Sicherheitsaspekt (Schutz vor Selbstgefährdung) hat Vorrang vor der Gewährung verbriefter Freiheitsrechte. Fixierungen werden jedoch grundsätzlich abgelehnt.

2.4. RAI 2.0 - das Assessment

Das international anerkannte Verfahren findet sowohl ambulant als auch stationär Anwendung. RAI 2.0 wird zur Zeit in vier kanadischen Provinzen angewendet, außerdem u.a. in Japan, Italien, Australien, USA, Schweden und Hongkong. RAI 2.0 dient zur individuellen Feststellung des Hilfebedarfs und als Grundlage für den staatlich gesteuerten Zugang in Hilfs- und Pflegeangebote ebenso wie zur regelmäßigen Überprüfung von Qualität, Leistung und Bedarf nach den gleichen Maßstäben für alle Pflegebedürftigen. Es wird bei der Aufnahme in das Pflegesystem, danach mindestens einmal jährlich, stationär vierteljährlich in eingeschränktem Umfang sowie bei Veränderungen in der Situation des Pflegebedürftigen durchgeführt.

Instrumente des Assessment

Das **Minimum Data Set 2. (MDS)** ist ein Satz von Begutachtungs- und Überprüfungsinstrumenten. Es erfolgt damit die Feststellung der Probleme, Stärken und Vorlieben. Das MDS umfasst insgesamt 16 Bereiche, die wiederum in Unterpunkte gegliedert sind: Biographische Informationen, Hintergrund, Persönliches, Kognitive Fähigkeiten, Kommunikation und Hören, Sehvermögen, Stimmungs- und Verhaltensmuster, Psychosoziales Befinden, Körperliche Funktionen und Strukturelle Probleme, Kontinenzverhalten während der letzten zwei Wochen, Krankheitsdiagnosen, Gesundheitszustand, Ernährungszustand, Zahnzustand, Hautzustand, Aktivitäten, Aktionsmuster, Medikamente, Spezielle Behandlungen und Prozeduren.

Daraus entwickelt werden die **Resident Assessment Protocols RAP (Personenbezogene Assessment Protokolle)**. Aus den Protokollen werden die Problembereiche festgestellt und der Hilfebedarf festgelegt. Es gibt 18 Problembereiche: Delirium, Verlust kognitiver Fähigkeiten, Sehfunktionen, Kommunikation, Rehabilitationspotential, Kontinenz, Psychosoziales Befinden, Stimmungszustand, Verhaltensauffälligkeiten, Aktivitäten, Sturzgefährdung, Ernährung, Sondennahrung, Trinkverhalten, Zahnpflege, Dekubiti, Psychopharmaka, Körperliche Einschränkungen.

Qualitätsindikatoren werden für die Pflege aufgestellt. Es stehen fünf Qualitätskomplexe zu Auswahl, hinter diesen es insgesamt 40 Kriterien gibt. Die fünf Qualitätskomplexe sind Unfälle und Stürze, Verhalten und Empfinden, Pflegemanagement, Kognitive Fähigkeiten, Kontinenz.

Mit Hilfe dieser Qualitätskriterien werden die Bewohner in die **RUG's – Resident Utilization Groups (Bewohner-Bewertungs-Gruppen)** eingeteilt. Nach dieser Einteilung erfolgt die Finanzierung der Hilfebedarfe. Es gibt sieben Gruppen: Rehabilitation, Weitergehende Dienstleistungen, Spezielle Hilfe, Klinische Bedarfe, Einschränkung der Gehirnfähigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten, Beeinträchtigung der Körperfunktionen.

2.5. Konzepte und Beispiele

Alzheimer – Forschung und Behandlung

Alzheimer wurde ganz besonders in British Columbia schon sehr früh als Herausforderung erkannt. So gründete sich hier auch die weltweit erste Alzheimergesellschaft.

Besonders zu erwähnen ist die **Clinic for Alzheimer Disease and Related Disorders**. Sie gehört zur Universität von British Columbia in Vancouver. Es war die weltweit erste Klinik, die sich auf die Frühdiagnose von Gedächtnisproblemen spezialisierte. Ziel und Erkenntnis ist, je eher Alzheimer erkannt wird, umso größer sind die Chancen, den Verlauf der Krankheit positiv zu beeinflussen. Aufgaben der Klinik sind Diagnose, Forschung und Ausbildung. Die Arbeit erfolgt in Kooperation und mit Unterstützung der Familienärzte (Hausärzte) der Patienten. Die Diagnostik erfolgt durch ein multiprofessionelles Team aus Geriatern, Gerontopsychiatern, Neurologen, Sozialarbeitern und den in Deutschland unbekanntem Genetikberater. Genetikberater forschen in der Familiengeschichte nach Anzeichen, die auf eine Erkrankungsmöglichkeit mit Alzheimer hindeuten und beraten die Patienten und deren Familien entsprechend. Sie gehen bis zu drei Generationen zurück, fragen nach Krankheiten, Todesursachen und Diagnosen, forschen mit Erlaubnis der Familie in ärztlichen Unterlagen und schätzen das genetische Risiko für die Alzheimererkrankung ein.

Die Tests auf Alzheimer werden bei Personen durchgeführt, die vom Facharzt überwiesen werden oder auf eigenen Wunsch den Test wollen. Trend ist, dass das Klientel immer jünger wird. Der Test erstreckt sich über 6 Stunden, beinhaltet z.B. Wortfindung, Erinnerung und Konzentrationsübungen sowie parallel dazu auch ein Persönlichkeits- und Gefühlswelt-Screening. Ein Familienmitglied soll zur Fremdwahrnehmung immer mit dabei sein.

Der neueste Stand der Forschung der Klinik besagt, dass Alzheimer noch immer eine Ausschlussdiagnose ist. Lediglich 5 bis 10 % aller Fälle sind auf eine genetische Disposition zurückzuführen. Durch die Arbeit der Klinik wird die Krankheit Alzheimer in der Öffentlichkeit verstärkt wahrgenommen und akzeptiert.

Segregative Betreuung von Menschen mit Demenz in milieuorientierten Wohnbereichen

- **Oak Bay Kiwanis Pavillion** ist eine Pflegeeinrichtung in Victoria, der Hauptstadt von British Columbia. Sie konzipierte und realisierte weltweit erstmalig im Jahr 1990 eine segregative Betreuung in milieuorientierten Wohnbereichen für dementiell erkrankte Menschen. Die Bewohner leben in Wohngruppen zu je acht bis achtzehn Personen, unterteilt nach unterschiedlichen Schweregraden der Demenz und Verhaltensauffälligkeiten. Bei Fortschreiten der Demenz erfolgt nach Bedarf ein Umzug innerhalb der Einrichtung. Im Zuge des Umbaus und der Renovierung der Einrichtung wurde auf Dienstzimmer verzichtet. Das „Dienstzimmer“ befindet sich in einem Einbauschränk je Wohngruppe (Dokumentation, Computer, Medikamente). Die Idee ist, dass die Beschäftigten nicht ihren Dienst tun, sondern mit den Bewohnern den Alltag leben. Die Ausstattung der Räume ist spärlich, da nach kanadischem Verständnis eine zu reiche Ausstattung als Reizüberflutung der Dementen gesehen wird. Türen und Fluchtwege sind als Regale und grüne Ecken bemalt und somit nicht als Fluchtweg erkennbar. Wunderbare für Menschen mit Demenz gestaltete Gärten umrahmen das Gebäude. Die Erfahrungen in dieser Einrichtung belegen eindrucksvoll die Erfolge und Notwendigkeit einer segregativen Betreuung dementer Menschen.
- Das **Wedman House and Village** in Edmonton in Alberta ist eine interessante Einrichtung für die Pflege und Betreuung dementer Menschen. Auf dem

Grundstück befinden sich neben dem Hauptgebäude drei Häuser für je zehn dementiell erkrankte Menschen. Diese Häuser, eingeschossig, werden mit einem innovativen Konzept betrieben.

Je Haus gibt es zwei Wohngruppen mit je fünf Personen. Die sparsam eingerichteten Bewohnerzimmer regen zum Aufenthalt in den Gemeinschaftsbereichen an. Die Gemeinschaftsbereiche bestehen aus einem Wohnzimmer je Wohngruppe und einer gemeinsamen Wohnküche je Haus. Die Lebensbereiche der Gruppen sind im Haus spiegelbildlich angeordnet und ermöglichen einen Rundweg durch die Gemeinschaftsräume und die Flure, an denen sich die Bewohnerzimmer, die Bäder und Pflegearbeitsräume befinden. Die Häuser verfügen über interessante Details wie spezielle Schlösser, Herdsicherungen und minimale Dienstplätze. Die Häuser haben jeweils einen eingezäunten Garten mit Rundweg.

Bemerkenswert ist der Dienstplan in dieser Einrichtung. Es wird in 12-Stunden-Schichten gearbeitet. Tagsüber sind je zwei Beschäftigte für je fünf Bewohner, nachts eine Beschäftigte für alle 10 Personen in einem Haus anwesend. Das Personal ist fachübergreifend ausgebildet bzw. zusammengesetzt. Der Zugang in die Einrichtung erfolgt nur nach ärztlich bescheinigter Demenz für mobile Menschen, Ziel ist aber das Leben bis zum Tod im jeweiligen Haus.

Ungewöhnlich ist auch der Umfang und die Aufbringung der Investitionskosten für diese Häuser. Ein Haus kostete 250.000 \$. Das sind 25.000 \$ je Platz, etwa 17.000 €. Finanziert wurden die Investitionen aus Spenden.

- **Musiktherapie** spielt bei der Betreuung von dementiell erkrankten Menschen eine wichtige Rolle. Im St. Michels Centre in Vancouver, einem Pflegeheim und Hospiz, ist Susan Summers, die Vorsitzende des Musiktherapeutenverbandes in British Columbia tätig. Eine Session mit ihr ist ein beeindruckendes Beispiel für die Wirkung von Musiktherapie bei schwerstdementiell erkrankten Menschen.

Respite Care – Entlastungs- und Erholungspflege für Angehörige von Demenzkranken

Die Kombination und flexible Nutzung von Angeboten wird besonders am Konzept des Respite Care in Form eines kombinierten Angebotes an Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege deutlich.

Beispiel ist hier die Einrichtung **V.O.N. Family Respite Centre** in Vancouver. Die Einrichtung ist vor allem auf mittel- bis schwerstdeemente Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten spezialisiert. Angeboten werden in dieser Einrichtung Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege. Angehörige buchen kurzfristig zur Entlastung ein Hilfspaket, z.B. Kurzzeitpflege für einige Tage, oder über das Wochenende bis hin zu mehreren Wochen. Die Gäste der Kurzzeitpflege können an den Angeboten der Tagespflege teilnehmen, so dass diese Ressourcen mit genutzt werden. Für Familien gibt es Gruppenangebote und Kurse über das Krankheitsbild Demenz.

Die Tagespflege wird als geschlossener Bereich geführt. Wenn das Weglaufen verhindert wird, werden Verletzungen vermieden und somit ein eventuell notwendiger Einzug in eine stationäre Einrichtung. Die Sicherheitsstandards sind Bestandteil des Vertrages mit der Gesundheitsbehörde. Zu Beginn sind oft die Angehörigen mit in der Tagespflege, um die Veränderungen zu erleichtern, bis Kontakte zu anderen Besuchern entstanden sind. Es werden auch Betreuungsgruppen für bestimmte Nationalitäten angeboten, z.B. Italiener, Ukrainer und Chinesen. Die Alzheimergesellschaft ist aktiv in der Einrichtung tätig. Zur Polizei gibt es Kontakte an eine spezielle Abteilung, damit diese im Fall schwieriger, aggressiver, verhaltensauffälliger Senioren eingreifen kann. Eine Registered Nurse (Registrierte Krankenschwester) ist 24 Stunden in der Einrichtung und koordiniert die medizinische Betreuung. In der Einrichtung gibt es keine Fixierungen. Die Medikation wird von geschulten Kräften beobachtet, überprüft und bei Bedarf zur Veränderung angeregt, um auch falsche Medikationen zu Hause wieder zu korrigieren. Das Sturzrisiko wird durch die Auswahl entsprechender Angebote minimiert.

In der Nachtpflege erfolgt eine Begrenzung auf 30 Übernachtungen pro Jahr und Person wegen zu großer Nachfrage. Bei der Nachtpflege erweist es sich als stressvermeidend, wenn der Gast bereits vor dem Abendessen kommt und am nächsten Tag erst gegen Mittag abgeholt wird.

Ein spezielles Angebot ist ein Badeprogramm für die, wo Angehörige es nicht schaffen, ihre Pflegebedürftigen zu Hause zu baden oder zu duschen. Man muss nicht unbedingt Nutzer der Tages- oder Nachtpflege sein, um zu baden.

Eden-Alternative

Das Konzept der Eden-Alternative wendet sich gegen das in traditionellen Pflegeheimen noch häufig anzutreffende klinische Milieu. Es wendet sich gegen die als Seuchen bezeichneten Merkmale Einsamkeit, Hilflosigkeit und Monotonie. Die Eden-Alternative legt ein ganzheitlich lebensweltorientiertes Alltagsmodell zugrunde. Dieses ist gekennzeichnet durch Kontakt mit Kindern, Tieren und Pflanzen. Die Gemeinschaft soll menschliche Freundschaften erleichtern und fördern, es geht um gegenseitige Unterstützung in der menschlichen Gemeinschaft, Geben und Nehmen sowie die spontane und abwechslungsreiche Gestaltung des Alltags und der Lebenswelt. Besonders auch bei Menschen mit Demenz wird die Eden-Alternative als Konzept für die Gestaltung der Einrichtung und für die Pflege und Betreuung zugrunde gelegt.

Campus of Care

Das Konzept des Campus of Care hat zum Ziel, verschiedene Leistungen auf räumlich engem Gebiet zu konzentrieren, auch stadtteilbezogen eine Kombination von Pflege und Betreuungsmöglichkeiten anzubieten. Das soll bei einem Umzug des Pflegebedürftigen weite Wege und neue Umgebungen vermeiden. Außerdem führt es zu einem effektiven Einsatz von Ressourcen. Beispielhaft ist aus Vancouver eine Einrichtung zu nennen, die sich mitten im Zentrum befindet. In einem Gebäude befinden sich 28 Altenwohnungen, deren Belegung durch den Hausmanager erfolgt. Es gibt 36 Wohneinheiten im Assisted Living und 154 Pflegeheimplätze im traditionellen Sinn, von denen 34 für mobile demente Bewohner in einer segregativen Betreuung als geschlossener Bereich konzipiert sind. Die Belegung dieser Bereiche erfolgt durch die Gesundheitsbehörde. Außerdem gibt es ambulante Dienste. 200 Ehrenamtliche sind unterstützend tätig.

3. Zurück in Deutschland - Erfahrungen, Erkenntnisse, Umsetzungen

3.1. Erfahrungen und Erkenntnisse

Eine Studienreise in ein anderes Land eröffnet völlig neue Sichtweisen, erweitert den eigenen Horizont und gibt, auch wenn nicht alles übertragbar ist, interessante Anregungen für die eigene Tätigkeit. Die Erfahrungen aus dieser Reise waren vielfältig und umfassend. Es ist allerdings zwischen verschiedenen Bereichen zu differenzieren.

Politische Strategien

Das politisch gewollte und praktisch umgesetzte Pflegesystem in Kanada unterscheidet sich von dem deutschen Ansatz grundlegend. Keinesfalls kann man nach einer Studienreise das kanadische System auf Deutschland übertragen. Auch ist nicht alles einfach zu übernehmen, selbst wenn dies politisch gewollt und praktisch möglich wäre. Dennoch möchten wir einige interessante und nach unserer Auffassung überlegenswerte Ansätze herausstellen.

Die Leistungen im kanadischen Gesundheits- und Pflegesystem werden aus einer Hand gewährt. Dies ist auf allen Ebenen spürbar. Es gibt keine Rechtsstreitigkeiten zwischen verschiedenen Kostenträgern, die Leistungen für ein und denselben Menschen erbringen. Auch das Prüfen von Zuständigkeiten, Finanzierungsträgern usw. entfällt. Das spart nach unserer Erkenntnis auf den beteiligten Ebenen Zeit und Mühe.

Damit einher geht ein deutlich sichtbares Denken im Zusammenhang und übergreifendes Handeln. Es wird nicht jeweils ein „Ausschnitt“ aus der Sicht einer bestimmten Zuständigkeit oder Finanzierung betrachtet, sondern das Problem bzw. die Aufgabe mit einer komplexen Lösung angegangen. Innerhalb eines zu lösenden Komplexes gibt es eine Vielfalt an Handlungs- und Kombinationsmöglichkeiten (vgl. die Anmerkungen zu Konzeptionen und Einrichtungen). Beispielhaft möchten wir auch folgendes Projekt benennen: Eines der besichtigten Heime war komplett mit Deckenliftern ausgestattet. Die Provinzregierung hatte ein Förderprogramm zur Unterstützung des Einbaus von Deckenliftern aufgelegt (60 Mill. \$) um Behandlungskosten für das Pflegepersonal zu sparen, da dieses durch die Deckenlifter entlastet wird.

Der Grundsatz ambulant vor stationär wird in Kanada staatlich gesteuert konsequent umgesetzt.

Forschung

Die Forschung spielt eine wesentliche Rolle. Gerade auch Träger von Einrichtungen initiieren Forschungsprojekte mit Universitäten und privaten Sponsoren, um bestehende Leistungsangebote zu evaluieren und neue zu entwickeln.

Konzeptionen und Einrichtungen

Die konzeptionellen Denkansätze und die pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse in Kanada und kanadischen Einrichtungen sind aus fachlicher Sicht durchaus mit denen in Deutschland vergleichbar. Allerdings ist an vielen Stellen, anders als in Deutschland, die Akzeptanz differenzierter Leistungsangebote im politischen und Finanzierungssystem vorhanden und damit eine Umsetzung überhaupt möglich. Das betrifft vor allem auch die segregative und selbst hier wieder differenzierte Betreuung von Menschen mit Demenz. Die Milieuthérapie ist allgemein akzeptiert. Der sich daraus ergebende höhere personelle Bedarf, insbesondere zur Gestaltung von Beziehungen zwischen Bewohnern und Beschäftigten, wird anerkannt. Auffällig ist auch, dass es keine Einrichtung für dementiell Erkrankte ohne Musiktherapie gibt. Auf Musiktherapie wird sehr viel Wert gelegt. In Deutschland steht dagegen die Ergotherapie im Vordergrund. Aus der praktischen Umsetzung der innovativen Konzepte lassen sich viele Anregungen für die eigene Arbeit gewinnen. So nehmen wir insbesondere aus den auch im Bericht beschriebenen Einrichtungen der segregativen, milieuorientierten Betreuung von Menschen mit Demenz Anregungen in unseren Arbeitsalltag mit. Das betrifft z.B. die Dienstzimmer im Schrank, bemalte Türen, farbliche Gestaltungen, Beleuchtungen sowie Gärten und Dachterrassen.

Bemerkens- und wünschenswert auch für Deutschland war aus unserer Sicht die Vielfalt an unterschiedlichen Leistungen sowie die recht freie Möglichkeit der Kombination von Leistungsangeboten in einer Einrichtung und bei der Inanspruchnahme durch den Pflegebedürftigen. Hier möchten wir insbesondere auf die oben genannten Beispiele in der segregativen Betreuung von Menschen mit Demenz und die Einrichtung des Respite Care verweisen. Hier gilt es, sich auch mit Wissen um die Praxis in anderen Ländern auf die in Deutschland mit Sicherheit zu erwartenden Änderungen im Pflegesystem vorzubereiten.

Assessment RAI 2.0

Als ideal betrachten wir die Ermittlung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfes durch ein differenziertes Assessment, hier RAI 2.0. Dieses stellt nach unserer Auffassung viel stärker den einzelnen Menschen und seinen speziellen Bedarf in den Mittelpunkt, als die in Deutschland praktizierte Begutachtung und Einteilung in lediglich drei Pflegestufen. Vor allem die Demenz findet eine stärkere Beachtung.

3.2. Umsetzung und Weitergabe der Erkenntnisse

Projekte und praktische Umsetzung

In unserem Pflegeheim Matthias Claudius werden wir die segregative Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz mit neuen Bausteinen weiter entwickeln. Im einzelnen werden dies sein:

- Wir möchten die Dachterrasse des Hauses mit Pflanzen und Blumen, Pavillion und Wintergarten sowie Rundwegen und Sitzgelegenheiten gestalten. Vergleichbares haben wir in Kanada in Einrichtungen für Menschen mit Demenz gesehen. Wir werden ein Projekt von Studenten einer Hochschule nach unseren Vorstellungen erarbeiten lassen. Zur Finanzierung der Gestaltung der Dachterrasse werden wir öffentlichkeitswirksam Sponsoren suchen.
- Die Wohnbereiche des Pflegeheimes werden wir weiter gestalten. Konkret wird dies vor allem der Einbau eines anderen Beleuchtungssystems sein, das der speziellen Betreuung von Menschen mit Demenz gerechter wird.
- Wir werden Veränderungen in der Personalbe- und -zusammensetzung vornehmen. Wir möchten den Fachkraftschlüssel in Absprache mit der Heimaufsicht des Regierungsbezirkes Leipzig modellhaft auf unter 50 % senken und verstärkt mit Alltagsbegleitern arbeiten.
- Wir beabsichtigen darüber hinaus, auch den Dienstplan umzugestalten. Wir wollen uns an dem Modell der beschriebenen 12-Stunden-Schichten orientieren, um dementen Menschen in unserer Einrichtung feste Bezugspersonen zu ermöglichen.

- Die Musiktherapeutin des Pflegeheimes Matthias Claudius wird im Herbst 2005 an einem dreitägigen in Deutschland stattfindenden Seminar der Vorsitzenden des Verbandes der Musiktherapeuten von British Columbia, Susan Summers, die wir auf der Reise erleben konnten, teilnehmen.
- Wir wollen für das Pflegeheim Matthias Claudius für die besondere stationäre Betreuung von Menschen mit Demenz mit den Verhandlungspartnern nach SGB XI eine gesonderte Leistungs- und Qualitätsvereinbarung mit einer besonderen Personalausstattung sowie besonderen Qualitätskriterien einschließlich einer differenzierten Vergütungsvereinbarung abschließen. Das wäre zum ersten Mal, dass in Sachsen solche Vereinbarungen abgeschlossen werden, wenn es denn gelingt, die Verhandlungspartner von der Notwendigkeit dieser Konzeption zu überzeugen oder unsere Vorstellung auf rechtlichem Weg durchzusetzen.

Das Assessment RAI 2.0 hat uns in seiner praktischen Anwendung in Kanada überzeugt. Wir haben uns mit unserem Pflegeheim Matthias Claudius sowie einer weiteren stationären Pflegeeinrichtung in unserer Trägerschaft zur Teilnahme an der Studie „Implementierung des Resident Assessment Instruments (RAI) als Qualitätsentwicklungs- und Steuerungsinstrument in der stationären Pflege“ der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg angemeldet.

Weitergabe der Erkenntnisse

Wir werden die Erkenntnisse und Erfahrungen der Studienreise bei den uns zur Verfügung stehenden Gelegenheiten weitergeben. Das erfolgt insbesondere durch Vorträge an folgenden Stellen, mit denen wir bereits begonnen haben und die wir im Laufe des Jahres fortsetzen werden:

- Vortrag in der Fachschule der Arbeiterwohlfahrt in Leipzig im Qualifikationskurs zu Gerontopsychiatrischen Fachkraft in der Altenpflege (Juni 2005)
- Vortrag zum monatlichen Arbeitstreffen der diakonischen Pflegeeinrichtungen in Leipzig (10 Pflegeeinrichtungen, Juli 2005)
- Vortrag im Arbeitsausschuss Stationäre Pflege im Fachverband Evangelische Altenhilfe Sachsen (September 2005)

- Vortrag in der Arbeitsgemeinschaft Besondere Stationäre Dementenbetreuung Sachsen (September 2005)
- Vortrag im Fachausschuss Altenhilfe und Pflege des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (17. November 2005)
- Vortrag zum Fachtag für Heim und Pflegedienstleistungen der Diakonie Sachsen (1. und 2. Dezember 2005)
- Vortrag beim Pflegestammtisch in Leipzig, der aus Vertretern von Verbänden und Pflegeeinrichtungen sowie Behörden, Ämtern und Kostenträgern besteht
- Vorträge wurden außerdem dem Deutschen Evangelischen Verband für Altenhilfe und Pflege (DEVAP) sowie der Stadt Leipzig, Sozialplanung und Seniorenbeauftragte angeboten.

Veröffentlichungen von Artikeln beabsichtigen wir zunächst in der Zeitschrift DEVAP Aktuell und im Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

Eine Weitergabe der Erfahrungen erfolgt vor allem auch im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Besondere Stationäre Dementenbetreuung in Sachsen. Dort werden wir nicht nur einen Vortrag halten. Wir sitzen dieser Arbeitsgemeinschaft und dem gleichnamigen gemeinnützigen Verein vor. Die Arbeitsgemeinschaft hat sich zum Ziel gestellt, die besondere stationäre Betreuung von Menschen mit Demenz in den beteiligten Einrichtungen konzeptionell vorzubereiten, umzusetzen und mit den Verhandlungspartnern zu vereinbaren. Bisher arbeiten als Kern der Arbeitsgemeinschaft fünf Pflegeeinrichtungen. Im Ergebnis einer Fachtagung zum Thema „Besondere stationäre Dementenbetreuung“, die wir im März 2005 in Dresden veranstaltet hatten, wird sich die Zahl der mitarbeitenden Einrichtungen auf ca. 15 aus ganz Sachsen erhöhen.

Andrea Schüler

Matthias Steindorf