



Toruń, 27.-29. September 2017

**Führung einer Pflegeeinrichtung – heute und morgen.
Stress, Zugeständnisse, Kompromisse und Lösungen.**

Konferenzmaterialien

Organizers:



Together we change
the world



European Association
for Directors and Providers
of Long-Term Care Services
for the Elderly



Polish Association
of Organisers and Managers
of Social Welfare
and Health Protection



Polish Society
of Long-Term Care

Partner:

seni
brand of TZMO SA

27. September 2017 Eröffnungsfeierlichkeit

17:00 - 17:40 ERÖFFNUNGSREDEN

17:40 - 18:40 ERÖFFNUNGSVORTRÄGE

Leiter von Pflegeeinrichtungen – Manager oder Zauberer? Nie zdefiniowano zakładki. <i>Prof. Piotr Błędowski /Poland/</i>	Błąd!
Die Rolle von Pflegeheimen in der Gesellschaft <i>Michael Kirschner /Switzerland/</i>	5

28. September 2017

09:00 - 11:00 SESSION I: LEITUNG VON PFLEGEEINRICHTUNGEN UND KLIENTEN

Moderator: Jiří Horecký /Czech Republic/

Der Kunde ist König! Nie zdefiniowano zakładki. <i>Aad Koster /Netherland/</i>	Błąd!
Pflege von Demenzkranken – im ethischen Kontext <i>Iva Holmerová /Czech Republic/</i>	12
Die Nachfrage nach Pflege und Dienstleistung versus die tatsächlichen Möglichkeiten der Anbieter <i>Sirpa Elisabet Salin /Finland/</i>	16

11:30 - 13:30 SESSION II: PFLEGEHEIMLEITUNG UND MITARBEITER

Moderator: Jiří Horecký /Czech Republic/

Multidisziplinäre Teamkultur – Kunde/Patient/Klient/Mensch <i>Matěj Lejsal /Czech Republic/</i>	19
Gemeinsam sind wir stark - Zufriedenheit durch Team-Entwicklung <i>Artur Kasprowicz /Poland/</i>	22
Erwartungen der Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen vs. Realität <i>Marjo-Riitta Rikala /Finland/</i>	24
ECREAS - Präsentation des EDE & EAHSA Projekts <i>Freek Lapré /Netherland/, Jiří Horecký /Czech Republic/</i>	

14:30 - 16:00 SESSION III: ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN DER LANGZEITPFLEGE

Moderator: Prof. Piotr Błędowski /Poland/

Von öffentlichen Pflegeeinrichtungen zu modernen Service-Anbietern - Wie der Managementprozess von Pflegeeinrichtungen den Wandel von der 1. zur 5. Generation begleitet 25

Martina Pojer /Austria/

Größere Pflegeeinrichtungen = Schlechtere Lebensqualität: Wahrheit oder Mythos? 28

Jiří Horecký /Czech Republic/

Citoyennage: : Ältere Menschen sprechen, das Personal ist ganz Ohr 29

Romain Gizolme /France/

16:30 - 18:00 SESSION IV: NEUE BEDÜRFNISSE IN DER PFLEGE

Moderator: Markus Leser /Switzerland/

“Pflege und Heilung” 32

Prof. Thomas Klie /Germany/

Neue Bedürfnisse der Babyboomer-Generation 35

Anna Jörger /Switzerland/

29. September 2017

09:30 - 11:00 SESSION V: DIE LEITUNG VON PFLEGEEINRICHTUNGEN UND GESELLSCHAFTLICHE WANDEL

Moderator: Prof. Piotr Błędowski /Poland/

Management im Wandel der Zeit 38

Grażyna Wójcik /Poland/

Die Rolle der Leitung einer Pflegeeinrichtung im Wandel 39

Fabio Bonetta /Italy/

Veränderte Erwartungen und Bedingungen in Wohlfahrtseinrichtungen 43

Hubert Perfler /Italy/

11:30 - 13:00 SESSION VI: GUTE PRAXIS IN LANGZEITPFLEGE

Moderator: Markus Leser /Switzerland/

Unterstützung für Menschen mit Demenz in Australien. Unterstützung für Pfleger und Personen mit psychologischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz 45

Prof. Colm Cunningham /Australia/

Herausforderungen und Vorteile von der Sicherstellung multikultureller Pflege für ältere Menschen 49

Peter Hennessy /Australia/

Pflegeheime in Europa: öffentliche und private Dienstleistungen in den letzten zehn Jahren 52

Daniel Molinuevo /Ireland/

Piotr Błędowski

Leiter von Pflegeeinrichtungen – Manager oder Zauberer?



Experte in den Bereichen Wirtschaft, Sozialpolitik und Gerontologie. Direktor des Instituts für Soziale Wirtschaft an der Wirtschaftshochschule Warschau (SGH), Leiter der Abteilung für soziale Gerontologie am Institut für Arbeit und soziale Angelegenheiten.

Seine Forschungsinteressen beinhalten Sozialpolitik, soziale Gerontologie und die Organisation und Finanzierung von Langzeitpflege. Zusätzlich zur Leitung des umfassendsten Forschungsprojekts zur Situation von alten Menschen in Polen ('PolSenior') leitet er das vom Ministerium für Wissenschaft und Informationstechnologie und Entwicklung in Auftrag gegebene Forschungsprojekt 'Langzeitpflege und Sozialhilfe für alte Menschen: Evaluierung und Potentiale zur Erfüllung der Bedürfnisse'. Er ist stellvertretender Vorsitzender der polnischen Gesellschaft für Gerontologie, Mitglied des Komitees für Arbeits- und Sozialpolitikstudien an der polnischen Akademie der Wissenschaften und Autor zahlreicher wissenschaftlicher Forschungsarbeiten zum Thema. Daneben ist er noch Mitglied der Expertenkommission für alte Menschen am Amt des polnischen Ombudsmanns (RPO).

Er hatte Gastprofessuren an den Universitäten Mainz, Duisburg, Köln, Leipzig und Dalian (China).

Das Thema der diesjährigen Konferenz betrifft eine heutzutage durchaus wichtige Frage, die in Zukunft noch mehr an Bedeutung gewinnen wird, nämlich die Lage der Direktoren von Pflegeeinrichtungen. Der Untertitel der Konferenz spricht für sich selbst: **Pressure, Concessions, Compromises and Solutions**. Wobei man den Eindruck hat, dass es viel leichter ist, über Pressure, Concessions and Compromises als über Solutions zu sprechen...

Mittlerweile spricht man immer häufiger von der Deinstitutionalisierung der Pflege. Der Entwicklungsprozess der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen soll durchgeführt werden, obwohl dies keine neue Idee ist. Eine erfolgreiche Deinstitutionalisierung wird jedoch in Praxis bedeuten, dass nicht nur der Anteil von zu Hause bleibenden Pflegebedürftigen steigen wird, sondern auch der Anteil von Personen, die unter den Heimbewohnern am wenigsten selbständig sind. Dies wird zur Folge haben, dass die Heime werden besser ausgestattet werden müssen und das Niveau der Vorbereitung des Personals sowie die Anzahl der Betreuer werden weiterhin erhöht werden müssen, was wiederum höhere Kosten nach sich ziehen wird.

Zusätzlich muss man damit rechnen, dass der Alterungsprozess der Menschen und die begrenzten Möglichkeiten der Familien, Pflegefunktionen zu übernehmen, weiterhin das Durchschnittsalter der Heimbewohner werden steigen lassen. Dies ist mit dem fortschreitenden Prozess des Selbstständigkeitsverlustes verbunden, der einen größeren Zeit- und Arbeitsaufwand der Betreuer fordert.

Die schwierige Lage des Heimdirektors resultiert aus der spezifischen Platzierung der Heime in der Struktur der Langzeitpflege. An den Direktor werden nämlich die Erwartungen und Ansprüche der Heimbewohner und ihrer Familien gerichtet. Gleichzeitig ist er Vorgesetzte seiner Mitarbeiter und trägt Verantwortung für das Handeln seiner Angestellten, die wiederum ihre Erwartungen und Ansprüche an ihn richten. Schließlich ist er Empfänger unterschiedlicher Anweisungen und auch ihm übermitteln die Vertreter des Zahlers bzw. der Gründungsinstitutionen ihre Entscheidungen. In der Mitte dieses Dreiecks steht der Direktor, der dem Druck aus allen Seiten ausgesetzt wird und am Spiel widersprüchlicher Interessen teilnehmen muss...

Bildhaft lässt sich das so beschreiben, dass der Direktor auf einem Pulverfass sitzt und von plötzlich und aus unterschiedlichen Richtungen heranziehenden Hurrikanen hin und her geschleudert wird. Wenn er im Stande ist, seinen Posten lange zu behalten, dann gibt es dafür mindestens zwei Gründe:

Erstens ist es überhaupt nicht leichter, ihn durch einen besseren Direktor zu ersetzen. Der „Neue“ wird zwar weniger ausgebrannt sein, muss aber nicht unbedingt besser auf die Arbeit vorbereitet sein, bei der – neben Know-how im Bereich Management, Psychologie und öffentliche Gesundheit – auch Erfahrung im Kontakt mit schwachen und unselbständigen Menschen unentbehrlich ist, genauso wie die Fähigkeit, sich im Gestrüpp der Paragraphen und Begrenzungen zu bewegen und Kompromisse bei widersprüchlichen Interessen zu finden.

Zweitens wird man Heimdirektor nicht durch Zufall – natürlich abgesehen von den Ausnahmen. Wie keine andere Organisation oder Institution erfordert ein Heim nicht nur Führungsfähigkeiten sondern auch soziales Verständnis und Sensibilität. Heimdirektoren bilden ein einzigartiges Personal – ausgestattet mit Fachwissen, Erfahrung und Verantwortungsgefühl, die einen manchmal gegen jede Logik eines typischen Unternehmens handeln lassen.

Die Logik des Managements ist im Falle einer Heimeinrichtung völlig anders als jene im Falle jegliches Unternehmens. Vor allem kann man hier von einem einzigen Kriterium des Erfolgs nicht sprechen – in der Wirtschaftswelt ist es meistens der Gewinn. Vielmehr wird der Erfolg von allen drei bereits erwähnten Gruppen völlig anders verstanden. Oft ist er schwer messbar, wie z. B. im Falle der Verbesserung der Arbeitsbedingungen oder der Lebensqualität der Heimbewohner. Der finanzielle Erfolg der Einrichtung geht selten mit der Qualität ihrer Arbeit einher. Dafür sind für eine Qualitätsverbesserung nicht immer finanzielle Aufwendungen unbedingt notwendig.

Für mich – einen Laien, der die Einrichtungen von außen her beobachtet, grenzt dies an Zauberei. Direktor – ein leistungsfähiger Manager und talentierter Zauberer? Worin steckt das Geheimnis seines Erfolgs? Sicherlich in der Fähigkeit, die wichtigsten Ziele zu identifizieren, die zum jeweiligen Zeitpunkt zu realisieren sind. Zusätzlich auch darin, vorläufige Konflikte zwischen einzelnen Zielen zu meiden, die mit dem Gedanken an drei vorgenannte Interessengruppen realisiert werden. Dies ist von enormer Bedeutung, der Direktor soll nämlich von keiner dieser drei Gruppen ein „Geisel“ werden. Über die Qualität seiner Arbeit entscheiden seine Selbstständigkeit und das damit verbundene Verantwortungsgefühl.

Zum Schluss möchte ich noch einige Bemerkungen zum letzten Element des Konferenztitels machen, nämlich zu **solutions**. Gerade derartige Treffen, wie das heutige, helfen, Lösungen und gute Praktiken zu finden. Es ist jedoch schwer, von ihnen in der Eröffnungsrede zu sprechen, denn die Lösungen sind oft spezifisch für die einzelnen Länder sowie die Philosophie ihrer Sozialpolitik und Gesetzgebung. Eines scheint aber entscheidend zu sein: der Direktor wird kein Zauberer sein müssen, es werden von ihm keine Wunder erwartet, unter der Bedingung, dass der ganze Bereich der Pflegedienstleistungen aufgewertet und im Allgemeinen als wichtig für die ganze Gesellschaft anerkannt wird.

Michael Kirschner

Die Rolle von Pflegeheimen in der Gesellschaft



Michael Kirschner arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachbereich "Menschen im Alter" bei CURAVIVA, dem Verband für Heime und Institutionen.

Wie man so schön sagt: «Nicht ist für immer, außer die Veränderung». Für die moderne Gesellschaft stellen sich zwei grundlegenden Fragen. Zuerst, wenn Veränderung ständig stattfindet, wie ist etwas wie temporäre Ordnung möglich? Zweitens, wie verändert sich diese Ordnung? Diese beiden Fragen richten sich nicht nur an die Gesellschaft insgesamt, sondern an ihre Institutionen und besonders deren Rollen. Sie sind die beiden grundlegenden Fragen für die diesjährige Konferenz «Führung einer Pflegeeinrichtung – heute und morgen» und leiten ihre Sessions und Vorträge.

Die Rolle der Pflegeheime in der Vergangenheit

Die Rolle der Pflegeheime in der Gesellschaft hat sich in der Vergangenheit signifikant verändert. Die Entwicklung von Langzeitpflegeeinrichtungen kann vereinfacht nach fünf Typen dargestellt werden (vgl. Michell-Auli & Sowinski, 2013).

Generation Typ Institution (1900 bis 1950/60): Pflegeheime, in denen alte, meist einsame und ärmere Menschen («Insassen») in Mehrbettzimmern oder Schlafsälen mit bis zu 8 Betten oder sogar mehr untergebracht wurden.

Generation Typ Krankenhaus (1960 bis 1980): Pflegeheime ähnelten Krankenhäusern; der «Insasse» wurde zum «Patienten», der zu heilen und zu pflegen. Alle zu behandelnden gesundheitlichen Unzulänglichkeiten rückten ins Zentrum der Aufmerksamkeit.

Generation Typ Wohnviertel (seit etwa 1980): Hinsichtlich ihres Designs waren Pflegeheime nach dem Konzept des "Lebensraumes" angeordnet. Der Fokus des Pflege- und Leistungskonzeptes beruhte auf dem Kompetenzmodell (stärken der bestehenden Ressourcen und Fähigkeiten). «Leben» wurde ebenso wichtig wie der Aspekt «Pflege».

Generation Typ Wohngemeinschaft (seit ungefähr 1995): Pflegeheime im Sinne des Wohngemeinschaftsmodells mit eigener Eingangstür. Alle Bewohner haben ein eigenes Zimmer. Große offene Küche und/oder Esszimmer sind von entscheidender Bedeutung. Die «Normalität des Alltags» hat Vorrang für das Leben der Bewohner und die Organisation der Gemeinschaft. Der Fokus liegt auf Assistenz und Unterstützung. Pflegeservice wird «angekauft» (hausinterne oder externe Pflegedienste). Das zentrale Element in dieser Entwicklung ist die Bedeutung von Individualität, Autonomie und die Selbstbestimmung der alten Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind.

Generation hybride Lebensräume (seit etwa 2000): Pflegeanbieter verwandeln sich in dezentralisierte, flexible und streng kundenorientierte Dienstleister. Autonomie, Selbstbestimmung und Normalität des Alltagslebens sind maximiert, trotz der notwendigen Pflege und Unterstützung. Die Lebensqualität des Einzelnen in seiner vertrauten Umgebung oder in seinem neuen, gewählten Umfeld ist der wichtigste Faktor.

Die Rolle von Pflegeheimen für die Gesellschaft

Die Rollen, die Institutionen in der Gesellschaft spielen, unterliegen einer permanenten Entwicklung. Einige Rollen und Institutionen bleiben bestehen, einige verschwinden und andere entwickeln sich neu. In Bezug auf die Rolle von Pflegeheimen in der Gesellschaft wenden wir die bekannte Rollentheorie an. Damit stellt man fest, dass «Akteure» viele verschiedene Rollen innehaben. Pflegeheime sind nicht nur im Sinne von Marketing und öffentlichen Angelegenheiten Akteure. Innerhalb der unterschiedlichen Rollen verhalten sich Pflegeheime auf eine voraussagbare Weise, weil jeder Rolle ein Set an Rechten, Verpflichtungen, Erwartungen und Normen zugeschrieben ist, denen die Pflegeheime gerecht werden müssen. Konflikte innerhalb einer Rolle oder zwischen Rollen sind vorprogrammiert. Um diese unterschiedlichen Rollen zu erläutern, werden exemplarisch vier Rollen erläutert.

Kulturelle Rollen werden von der Gesellschaft vergeben. Selbstverständlich sind sie am stabilsten, weil sie auf fundamentalen Werten gegründet werden (z. Bsp.: Solidarität, Gerechtigkeit). Die Pflege von alten Menschen in der Familie, der Nachbarschaft und der Gemeinschaft gehört zu den zentralen Werten einer Kultur. Kultur konstruiert die menschliche Realität, somit auch die Sichtweise auf die «alternde Gesellschaft», die Sprache und Bilder, die mit Alter und Altern verbunden sind. Welche Bilder von Alter, Altern und Tod dominieren unsere Gesellschaft heute? Was ist mit den Rollen, die unsere Kultur den Pflegeheimen zuteilt? Betrachtet man so starke Megatrends wie Individualisierung, Urbanisierung, Netzwerke, Gesundheit (teilweise verantwortlich für den demographischen Wandel), Geschlechterwandel, Mobilität oder Sicherheit, die in unsere Kultur und Gesellschaft eindringen, so geraten Pflegeheime unter Druck. Die strittige Frage ist, wie fundamental Werte interpretiert und angewendet werden in einer alternden Gesellschaft, in der bald die Mehrheit der alten Wähler die jüngeren Generationen zahlenmäßig übertreffen wird.

In der Schweiz wurden in den 26 Kantonen 3 unterschiedliche LTC Modelle entwickelt (Dutoit et al, 2016). Im Fall der Schweiz scheint es, dass nicht generell kulturelle, sondern sozio-ökonomische Systeme ein starker Prädiktor für die Definition der Rolle von Pflegeheimen in der Gesellschaft ist. Das Modell «Schweiz Zentral» gibt es in 7 deutschsprachigen Kantonen in der Mitte der Schweiz. Dort sind Pflegeheime ein Grundpfeiler der LTC. Pflegeheime sind nicht die letzte Option, sondern eher eine Phase im Leben. Verglichen mit anderen Teilen des Landes sind hier mehr Menschen in Pflegeheimen untergebracht und sie leben dort länger. Im Gegensatz dazu wurde das Modell «Schweiz Latein» gegründet in 5 französisch- und italienischsprachigen Kantonen, LTC wird vor allem von der landesweiten Heimpflegeorganisation (Spitex) durchgeführt. Pflegeheime stehen mit ihrer Rolle an der letzten Stelle im LTC-Kontinuum. Im Vergleich sind Menschen in Pflegeheimen älter, brauchen mehr Pflege und verweilen kürzer. Das Modell «Schweiz Hybrid» existiert in 9 überwiegend deutschsprachigen Kantonen, in denen beide Typen der LTC vorkommen und vermischt sind. Zuletzt gibt es 5 Kantone (darunter 1 französischsprachiger Kanton), die sich keinem der genannten Modelle klar zuordnen lassen.

Allerdings zeigen Umfragen, dass eine zunehmende Mehrheit der Schweizer Bevölkerung in hohem Alter überhaupt nicht in einem Pflegeheim wohnen will. Nur 8% wollen eines Tages in einem Pflegeheim sterben (GfK, 2009). Es scheint, dass obsolekte Sichtweisen der Vergangenheit – ungeachtet wie sehr sich Pflegeheime verändert haben – die Entscheidungsfindung von morgen dominieren. Pflegeheime werden nicht als «gute Alternative» oder als «gutes Zuhause» für alte Menschen und ihre Angehörigen betrachtet, sondern als «letzte Option», die zu vermeiden ist. (vgl. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014).

Sozio-ökonomische Rollen: Eine vergleichende internationale Fakten- und Datenanalyse gibt einen Eindruck von den unterschiedlichen sozio-ökonomischen Rollen, die Pflegeheime in europäischen Gesellschaften haben. Als statistische Werte wird der Anteil der über 80-Jährigen an der Bevölkerung, die Zahl der Betten in der LTC oder die öffentlichen / privaten Ausgaben für die LTC usw. verwendet (cf. Knight Frank, 2014; ECFIN, 2015; Eurostat, 2016; WHO, 2017; OECD, 2017).

Es ist keine Überraschung, dass der Pflegemarkt in Europa auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene extrem variiert. Auf der nationalen Ebene gibt es auf dem Pflegemarkt 3 Haupttypen (cf. Knight Frank, 2014):

- Zulassung: Die Betreiber benötigen eine Genehmigung von den lokalen Behörden, bevor sie ein Pflegeheim bauen, eröffnen oder betreiben dürfen (z. Bsp.: Belgien, Frankreich, Italien).
- freier Markt: Betreiber können Pflegeheime großenteils ohne Beschränkungen durch lokale und nationale Regierungen entwickeln. Allerdings existieren in der Regel einige bestimmte Einschränkungen (z. Bsp. Deutschland, Spanien, Großbritannien).
- ausgegliedert: Lokale Behörden gliedern die operationelle Verantwortlichkeit auf private Unternehmen aus, die gewöhnlich Verträge von 3 bis zu 10 Jahren bekommen (Finnland, Norwegen, Schweden).

Gegenwärtig unterläuft der Pflegeheimmarkt eine Periode der Ausdehnung, großenteils durch den privaten Sektor. Während öffentliche und nicht gewinnorientierte Einrichtungen nach wie vor den europäischen Markt dominieren (z. Bsp. Frankreich, Schweden, Schweiz), hat ihre Rolle in den letzten Jahren abgenommen. Da die meisten europäischen Länder mit budgetären Zwängen konfrontiert sind, haben die öffentlichen und nicht gewinnorientierten Sektoren nicht das notwendige Kapital für die Renovierung ihrer gegenwärtigen Einrichtungen, ganz zu schweigen von Maßnahmen in Hinblick auf die gegenwärtigen und zukünftigen Anforderungen.

Abhängig von den politischen, rechtlichen, ökonomischen, sozialen und gesundheitlichen Systemen spielen Pflegeheime unterschiedliche Rollen. Trotzdem verhalten sie sich auf eine vorhersagbare Weise, weil jeder Rolle eine Reihe von Rechten, Pflichten, Erwartungen und Normen zu geschrieben werden, denen sie gegenüberstehen und die sie zu erfüllen haben. Einige Beispiele:

- Das angesehene Pflegeheim befindet sich in einer ländlichen Gemeinde vs. die konkurrierende Pflegeheimgruppe auf dem nationalen LTC-Markt.
- Der öffentliche oder privat finanzierte Anbieter vs. der Kostenverursacher im (ir)rationalen Wohlfahrtssystem.
- Der rechtlich gesicherte Empfänger von Geldtransfers vs. der wirtschaftliche Erzeuger of ökonomischen Mehrwert (z. Bsp. Arbeitsplätze, Ausbildungsplätze, Investitionen).
- Die LTC-Branche als der zukünftige größte Arbeitgeber im Gesundheits- und Sozialsystem vs. die Pflegeheimbranche, die dringend qualifiziertes und gutbezahltes Personal braucht.
- Von staatlichen Behörden kontrollierte Pflegeheime vs. selbstständige, transparente Pflegeheime, die Daten freiwillig liefern und Qualitätsentwicklungen initiieren um Zertifikate zu erlangen (z. Bsp. als bester Arbeitgeber, pflegebezogene Lebensqualität).

Aktuelle Entwicklungen von selbstständigen und transparenten Pflegeheimen indizieren die Entwicklung neuer Rollen für Pflegeheime für die Gesellschaft. In der Schweiz etwa müssen Pflegeheime staatlichen Autoritäten und Versicherungsanstalten durch Bewertungssysteme zahlreiche Daten zur Bewertung ihrer Leistung übertragen. In Zukunft müssen sie sogar noch mehr Daten über die Qualität der Pflege übertragen (z. Bsp. Indikatoren bezüglich Schmerzen, Gewichtsverlust, physische Beschränkungen, Medikation). Auf der anderen Seite sehen wir eine zunehmende Vielfalt an Qualitätskennzeichen und bewährter Praxis für gute Arbeitgeber, Qualität in der Palliativpflege, Swiss care excellence oder barrierefreies und altersgerechtes Leben. Mit einer zunehmenden Rate werden Pflegeheime, um ihre Legitimität zu bewahren, in «kontrollierte Generatoren für qualitätsbezogene Daten» verwandelt, weil eine unkontrollierte Bürokratie die Komplexität der LTC in einer «alternden Gesellschaft» zu managen versucht.

Situationsspezifische Rollen entstehen ad hoc in einer gegebenen Situation. Die ambige Rolle wird am besten wie folgt beschrieben: Kampagnen in Massenmedien oder «Shitstorms» – plötzliche Ausbrüche von Kritik in Social Media – gegen Pflegeheime geschehen. Wenn Medien über Fälle von Fehlverhalten, Gewalt oder Missbrauch berichten, wird das betroffene Pflegeheim in der Öffentlichkeit angeprangert. Konfrontiert mit dem vorgegebenen Set an Rechten, Pflichten, Erwartungen und Normen, hat das Pflegeheim eine situationsspezifisch

zugeschriebene Rolle zu erfüllen. Konflikte zwischen den zuvor erwähnten unterschiedlichen Rollen tauchen auf. Der Leiter des Pflegeheims muss sich entschuldigen, der Vorstand wird den Verantwortlichen entlassen, der Ruf ist beschädigt, aber der Schaden bleibt. Wenn es zu rechtlichen Schritten kommt und ein Freispruch erfolgt, sind die Medien und die Öffentlichkeit an dem Fall nicht mehr interessiert.

Ein anderer situationsspezifischer Rollenkonflikt tritt auf, wenn Pflegeheime als rationale Unternehmen mit irrationalen Situationen im sozioökonomischen System zu tun haben. Wir sprechen hier vor allem über bestimmte falsche Anreize durch das «System». In der Schweiz wurde 2011 ein neues Finanzierungssystem für LTC eingeführt. Demnach wird Pflege nach unterschiedlichen Pflegestufen und Pflegeminuten pro Tag gemessen (zwischen 20 und 220 Minuten), gedeckt durch die Krankenversicherung (zwischen 8 EUR und 95 EUR). Den Rest bezahlen die Kantone, Gemeinden und idealerweise eine weitere Versicherung... Offensichtlich setzt das System einen falschen Anreiz und unterscheidet zwischen Gesundheitspflege und sozialer Pflege. Pflegeheime maximieren in Folge die Minuten für Gesundheitspflege, um die Kosten für die unbezahlte soziale Pflege zu decken. Zusätzlich entsteht der Anreiz entweder Menschen mit höherem Pflegebedarf zu wählen oder sie auf eine höhere Pflegestufe zu setzen.

Selbst zugeschriebene Rollen sind Rollen, die Akteure selbst übernehmen. Viele der zuvor diskutierten Rollen scheinen durch Kultur, Gesellschaft oder das sozioökonomische System geprägt zu sein. Wie formen Pflegeheime aktiv ihre eigene «soziale Rolle», nicht nur als Business Player auf dem Markt, sondern inmitten einer sich kulturell und sozial verändernden Gesellschaft? In der Kommunikation mit potenziellen Kunden bewerben sich Pflegeheime gerne mit «Ihr neues Zuhause in hohem Alter», «Ihr würdevolles Zuhause» oder «Wo das Leben zuhause ist» und so weiter. Obwohl Pflegeheime keine «Warteräume auf den Tod» mehr sind, sind bestimmte Bilder und Vorstellungen tief im Gedächtnis der Gesellschaft verankert.

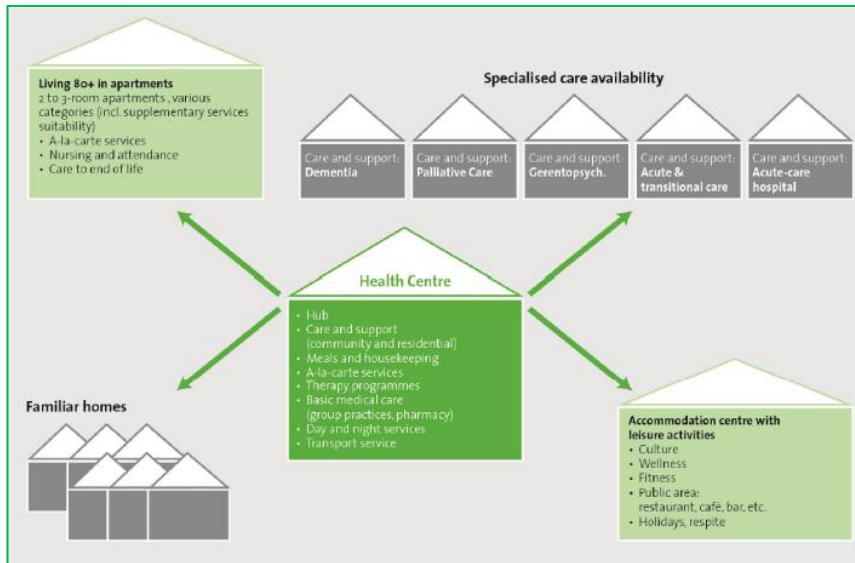
In der Schweiz sterben mehr Menschen in Pflegeeinrichtungen (Krankenhäuser, Pflegeheime) als in jedem anderen Nachbarland (Hedinger et al, 2014). Wie zuvor erwähnt sind Pflegeheime mit einem unlöslichen Widerspruch konfrontiert. Obwohl nur 8% der Bevölkerung in einem Pflegeheim oder Krankenhaus sterben will, sterben mehr als 80% der Menschen über 80 Jahren und 95% der über 90-Jährigen in Pflegeheimen oder Krankenhäusern (Obsan, 2016). Die Kluft wird sich weiten zwischen den permanent steigenden Erwartungen der Klienten und der Bereitschaft dafür zu bezahlen. Die Wünsche sind unbegrenzt, aber die Mittel zu deren Realisierung sind es nicht. Hier lebt die Gesellschaft selbst in einem großen Widerspruch.

Die künftige Rolle von Pflegeheimen in der Gesellschaft

Führen oder geführt werden? Das ist die vielleicht wichtigste Frage, die sich heute der Leiter eines Pflegeheimes stellt. Verwaltungsräte entwickeln gewöhnlich Strategien für die folgenden 5 bis 10 Jahren. Die künftige Forschung fokussiert aber auf längere Zeiträume. Wie wird die Zukunft möglicherweise, im besten Fall oder wahrscheinlich in 20 oder 30 Jahre aussehen? Nicht nur Fragen hinsichtlich Investitionen wie Renovierung oder Neubauten von Pflegeheimen erfordern diese lange Sicht. Auch die Ersetzung von überholten und festgefahrenen Geschäftsmodellen, ganz zu schweigen von den politischen Rahmenbedingungen, erfordern strategisches Denken über einen Zeitraum von 20 bis 30 Jahren voraus.

CURAVIVA Schweiz hat die Veränderungen, die auf uns zukommen, schon vorausgesehen und in der Publikation «2030 Residential and Care Model» herausgegeben. Das Modell bezeichnet die 5. Generation der Pflege für alte Menschen, die auf 4 Säulen gründet. Privatsphäre: Menschen leben ihrem eigenen Zuhause (unterschiedliche Größen), mit bedarfsorientierter Unterstützung und nach persönlichem Wunsch (à-la-carte-Dienstleistungen). Die erwünschten Dienstleistungen werden von externen Anbietern (interne oder externe Pflegeleistungen) geleistet. Leben nach dem gewohnten Lebensstandard: Alte bedürftige Menschen wünschen sich, ihren gewohnten Lebensstandard so weit wie möglich beizubehalten. Leben in einer Gemeinschaft: Um die Privatsphäre zu ergänzen, sind Bereiche und Möglichkeiten für ein Leben innerhalb der Gemeinschaft notwendig (Gemeinschaftsräume und gemeinsame Aktivitäten), um unterschiedliche Bedürfnisse zu befriedigen. Leben in

der Öffentlichkeit: Die Einrichtung ist Teil der Nachbarschaftsgemeinschaft und umgekehrt. Soziale Interaktion ist gesichert. Der Schwerpunkt liegt auf dem Wohngebiet / der Nachbarschaft als Raum, in dem man lebt (die Nachbarschaft kommt in die Wohnanlage - die Wohnanlage geht in die Nachbarschaft).



Fundamental für die Rolle der Pflegeanbieter ist die Lebensqualität des Einzelnen in seinem vertrauten Zuhause oder in seinem neuen, selbst gewählten Lebensbereich. Pflegeanbieter sind dezentralisierte, flexible und kundenorientierte Dienstleister. Sie treten als Player auf dem abwechslungsreichen LTC-Markt auf oder sie liefern Dienstleistungen aus einer Quelle. Die heutigen Pflegeheime müssen die mögliche Zukunft formen, indem sie neue Businessmodelle schaffen, weil öffentliche oder private Interessenvertreter und Investoren eine Vision für ihre Investitionen brauchen.

Die «alternde Gesellschaft» muss nicht nur politische «Lösungen» für das Finanzierungsproblem der «demographischen Falle» zu finden (Menschen werden älter und die Alten werden mehr) und mit der kommenden «Diktatur der Alten» umgehen (junge Wähler sind gegenüber den alten Wählern in der Minderheit). Die «alternde Gesellschaft» muss viele Tabus über Alter, Altern und Tod überwinden. Hier können Pflegeheime ein einzigartiges Verkaufsargument anbieten, indem sie als «Investoren in Menschen» «ein gutes Leben bis zum Ende» ermöglichen.

Quellen

CURAVIVA Switzerland (2016). [The 2030 Residential and Care Model of CURAVIVA Switzerland](#). The future of care for the elderly.

Dutoit, L., Pellegrini, S. & Füglistler-Dousse, S. (2016). [Langzeitpflege in den Kantonen. Drei Betreuungsmodelle](#) (Obsan Bulletin 13/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

European Commission ECFIN (2015). [The 2015 Ageing Report](#). Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060).

European Commission (Directorate-General for Economic and Financial Affairs) & Economic Policy Committee (Ageing Working Group), 2016, Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability, ECFIN, Brussels.

Eurostat (2016). [Healthcare resource statistics – beds](#).

GfK (2009). [Palliative Care 2009](#). Bevölkerungsbefragung im Auftrag vom Bundesamt für Gesundheit.

Hedinger, D. et al (2014). Moving to and dying in a nursing home depends not only on health. An analysis of socio-demographic determinants of place of death in Switzerland. PLoS ONE 9(11): e113236. doi:10.1371/journal.pone.0113236.

Höpfinger, F. & Van Wezemael, J. (Hrsg.). (2014). [Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends](#). Age Report III. Zürich: Seismo.

Knight Frank (2014). [European Healthcare: Care homes report 2014](#). Knight Frank Research Reports.

Michell-Auli, P.; Sowinski, C. (2013). [Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser](#). Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. Kuratorium Deutsche Altershilfe.

OECD (2017). [Long-term Care](#) / [Long-term Care Resources and Utilisation](#). [OECD Health Statistics 2017](#).

Obsan Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2016). [Datensituation zu Palliative Care – Auswertung von Daten zum Sterbeort](#), Analyse im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.

WHO (2017). European Health Information Gateway: [Number of nursing and elderly home beds](#).

Organizers:



Together we change
the world



European Association
for Directors and Providers
of Long-Term Care Services
for the Elderly



Polish Association
of Organisers and Managers
of Social Welfare
and Health Protection



Polish Society
of Long-Term Care

Partner:



Aad Coster

Der Kunde ist König!



Aad Koster ist Präsident des Aussichtsrates des EAHSA, der European Association of Homes and Services for the Ageing. Nach dem Studium der Ökonomie an der Universität von Amsterdam war Aad Koster beim Niederländischen Institut für Arbeitsbedingungen (jetzt eine Abteilung der TNO, der niederländischen Organisation für angewandte wissenschaftliche Forschung) beschäftigt. Von 1990 bis 1994 war er als Politikberater für Wirtschaft und Finanzen im früheren Holländischen Pflegeverband aktiv und neben anderem mit Tarifverhandlungen betraut. Später trat er dem Nationalen Verband für Heimpflege (dem Vorgänger von Z-org) bei, wo er die Abteilung für Arbeitgeberangelegenheit leitete. Später wurde er stellvertretender Direktor und Direktor von Z-org. Koster war von 2008 bis 2015 Geschäftsführer bei ActiZ, einer Organisation von Unternehmern in der Pflege. Er hatte zwischen 1993 und 2002 auch die Position eines Stadtrats inne.

Während dieser Zeit fungierte er beinahe 18 Monate als Stadtrat für Pflege und Wohlfahrt. Daneben engagierte er sich als Verwalter für mehrere Sportorganisationen. Seit Januar 2016 betreut Koster als Unternehmer, Berater und Mitglied von Aussichtsräten von Pflegeorganisationen unterschiedliche Aktivitäten..

Arbeiten wir als Pflegeorganisationen und Pflegeexperten im Sinne unserer Klienten? Oder arbeiten wir eher für die Versicherungsanstalten und die lokalen Regierungen, die in den meisten Fällen die (größten) Kosten der Pflege bezahlen. Nach der Meinung von Koster bedeutet Pflege vor allem Arbeit für den Klienten. Er stellt seine Auffassung dar und erklärt, was das für die Organisationen und Experten im Pflegebereich bedeutet.

Iva Holmerova

Pflege von Demenzkranken – im ethischen Kontext



Öffentliche und wissenschaftliche Aktivitäten: A) national – seit 1997 Gründungsmitglied und Vorsitzende (2003-2014) der tschechischen Alzheimergesellschaft, seit 2005 Mitglied des Regierungskomitees für das Alter. Präsidentin (2007–2011) und Vize- Präsidentin (seit 2011) der tschechischen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. Hauptsächliche Koordinatorin und Betreuerin der Prager Tage der Gerontologie (seit 1996). Mitglied des wissenschaftlichen Komitees der Hradec Geriatric Conference (seit 2002). B) International – Vorstandsmitglied (seit 2008) und Vize-Präsidentin (seit 2010) von Alzheimer Europe. Seit 2008 Präsidentin des International Longevity Centre Czech Republic, Mitglied der ILC Global Alliance. Seit 2012 Vorstandsmitglied des internationalen wissenschaftlichen Netzwerks INTERDEM (Psychosoziale Interventionen bei Demenz). Mitglied der LOC WONCA Weltkonferenz 2014, EAPC European Conference 2014. Mitglied des wissenschaftlichen Komitees der Alzheimer Europa Konferenz 2014.

Mein Vortrag behandelt einige ethische Aspekte von guter Pflege für Demenzkranke: die Wichtigkeit einer zeitnahen Diagnose und anschließende Unterstützung, angemessene Informationen über die Diagnose und innerhalb der Pflgeteams, etc. Der Fokus liegt auf der Pflege bei fortgeschrittener Demenz und seine ethischen Probleme.

Demenz ist unter den Bewohnern von Pflegeheimen sehr verbreitet. Mehreren Studien zufolge schätzt man, dass zwischen 70-90% (und sogar mehr) mit Demenz leben. In unserer Studie in unterschiedlichen Institutionen in Tschechien konnten wir zeigen, dass zwischen circa 66% der Menschen in Seniorenheimen bis zu 95% und mehr der Bewohner in Pflegeheimen davon betroffen sind.

Viele dieser Menschen haben niemals eine Diagnose erhalten – trotz der wohlbekannten Tatsache, dass eine zeitnahe Diagnose (das bedeutet eine Diagnose zu einem Zeitpunkt, an dem ein Demenzkranker und seine Angehörigen sowie Pfleger von Maßnahmen und Unterstützung noch profitieren) die Voraussetzung für eine gute Behandlung der Demenz ist. Die Diagnose ist also wichtig für das Leben der Demenzkranken und für die anzubietende Pflege. Obwohl es gegenwärtig viele technologische und hochentwickelte (und sehr teure) Diagnostikmethoden gibt, die vor allem in der Forschung eingesetzt werden, ist die Diagnose von Demenz nicht teuer. Erforderlich sind eine strukturierte Anamnese, kognitive Tests, Blutuntersuchungen und klinische Untersuchungen durch einen Arzt, der im Fall weitere Untersuchungen anordnet (z.B.: NMR oder ein CT), wenn es für die Situation und die Bedürfnisse des Demenzkranken erforderlich ist. Eine genaue Erhebung der Patientengeschichte und Beschreibung der Demenzsymptome liefern wichtige Daten für den Diagnoseprozess. Professionelle Pfleger und Angehörige sollen mit ihrem Wissen über die Symptome der Demenz ebenfalls dazu beitragen. Auch grundlegende kognitive Tests (z.B. Mini Cog, MMSE – Mini Mental State Examination, Clock-Test oder MoCA – Montreal Cognitive Assessment) sind durchzuführen. Wir müssen uns vor Augen halten, dass die Bewohner von Pflegeheimen eine hohe Prävalenz für Demenz aufweisen, weshalb eine gezielte Suche ratsam ist. Wissenschaftliche Gesellschaften empfehlen zudem, dass die funktionelle Beurteilung von kognitiven Funktionen vor und während des Aufenthalts in einer Pflegeeinrichtung für alle Bewohner zugänglich sein soll (Arbeitsgruppe für Langzeitpflegemedizin der Europäischen Gesellschaft für geriatrische Medizin).

Es ist auch zu beachten, dass es für manche Arten der Demenz Medikamente gibt, die einige Symptome verbessern können, so haben Cholinesterasehemmer für die Alzheimer Krankheit nicht nur positive Effekte auf

die kognitiven Symptome, sondern sie können auch einige neuropsychiatrische und/oder verhaltensbezogene Symptome verbessern. Depression ist eine häufige Krankheit, die einige Demenzsymptome erschweren kann. Antidepressiva lindern die Symptome und verbessern so die Lebensqualität. Auch neuropsychiatrische Symptome, besonders Psychosen, die während der Progression der Demenz auftauchen können, sind behandelbar. Man darf nicht vergessen, dass somatische Zustände die Symptome der Demenz verändern können, indem sie etwa zu akuten Wahnvorstellungen in der Demenz beitragen können, usw. Deshalb ist eine regelmäßige medizinische Supervision und Pflege sicherzustellen.

Zeitnahe Diagnose der Demenz, funktionelle Beurteilung und Erhebung von Pflegeanforderungen sind eine notwendige Grundlage für gute Pflege in Pflegeheimen. Diese Tatsachen müssen allen Mitgliedern eines Pflegeteams zugänglich gemacht werden. Alle Beteiligten müssen nicht nur gut über die individuellen Bedürfnisse des jeweiligen Demenzkranken Bescheid wissen, sondern auch gutes fachliches Wissen über Demenz besitzen. Die Klienten und ihre Bedürfnisse zu verstehen, das Demenzsyndrom und wie es das Verhalten von Demenzkranken verändert sowie ihre Reaktionen auf unterschiedliche Situationen, ist äußerst wichtig. Nach meinem Verständnis gibt es mehrere wichtige Säulen in der Pflege von Demenzkranken, Faktoren, die gute Pflege ermöglichen. Diese sind: die Person und ihre Probleme kennen (das beinhaltet Demenz, dessen Schwere, Verhaltensveränderungen, usw.), empathisches Verstehen ihrer Bedürfnisse, generelle Informationen über Demenz, die Möglichkeit zur Teamarbeit und somit Wissen und Erfahrung zu teilen; diese Faktoren zählen zu den wichtigsten.

Sehr oft taucht die Frage auf, welche Pflege für Demenzkranke die beste, welche Methode die effektivste ist. Es gibt mehrere unterschiedliche Ansätze und "Schulen", die jeweils ihre Methoden als die besten anpreisen oder (was noch schlimmer ist) als die einzig effektiven und notwendigen. Es gibt das "biographische Modell", Validation und andere, die auf kommerzieller Ebene beworben werden und sehr oft mit sehr hohen Kosten verbunden sind. Obwohl einige von ihnen Prinzipien guter Praxis enthalten, gibt es keine wissenschaftliche Bestätigung ihrer Effekte. Gemäß eines kürzlich veröffentlichten Berichts in The Lancet im Juli 2017 heißt es dazu: "Die effektivsten psychosozialen Behandlungen sind gewöhnlich multimodal, sie enthalten individualisierte Pflege und Ausbildung in der Pflege sowie Fähigkeiten wie optimierte Kommunikation, Bewältigungsstrategien und Umweltadaptationen. Für die Behandlung von Demenz gibt es keine Wunderwaffe. Behandlungsmethoden, die sämtliche Symptome mit nur einer einzelnen Maßnahme begegnen, sei sie pharmakologisch oder nicht-pharmakologisch, können nicht funktionieren. Jede Behandlung muss die Zielsymptome definieren und bewerten."

Nach dieser Zusammenfassung kehren wir zurück zu den erwähnten Säulen der guten Pflege: gute Kenntnis des Patienten, Wissen um das Demenzsyndrom, Kommunikation. Als vierte ist zu nennen: die Fähigkeit adäquat zu pflegen. Das beinhaltet eine angemessene Einstellung, eine stimmige Pflegeumgebung und die Wahl von geeigneten Methoden und Aktivitäten entsprechend dem Demenzgrad und den individuellen Bedürfnissen und Wünschen des Patienten.

Unter den faktengestützten Methoden bietet sich die Cognitive Stimulation Therapy (CST) als Methode für eine nachweislich verbesserte Kognition an. Sie wird allgemein in Gruppen verwendet, womit sie in Pflegeheimen, besonders für Personen mit leichter und mittlerer Demenz, gut anwendbar ist. Die Methode besteht aus Gruppensitzungen, die von einem ausgebildeten Coach geleitet werden und umfassend soziale Aktivitäten, Erinnern, Sinnesreize und verschiedene einfache kognitive Übungen. Der Effekt von CST ähnelt dem von Cholinesterasehemmern (auf die Kognition), weshalb sie von mehreren Institutionen wie der NICE in Großbritannien als regulärer Teil der Pflege empfohlen wird.

Als Mehrkomponentenbehandlung ist die Standardversion von CST eine Gruppenintervention mit 14 themenbezogenen Sitzungen, die jede ungefähr 45 Minuten dauert und zweimal die Woche stattfindet. Das Programm beinhaltet nonkognitive Aufwärmübungen (z.B. Softballspiele und Lieder), Elemente zur Realitätsorientierung, eine Tafel, die persönliche und orientierungsbezogene Informationen enthält, usw. Die Sitzungen befassen sich mit unterschiedlichen Themen, u.a. Kindheit, Essen, Zeitgeschehen, Verwendung von Geld, Gesichter, Szenen, Rätsel oder Wortspiele. Das CST-Modell umfasst mehrere strukturierte Aktivitäten und ist für unterschiedliche Pflegesettings und für Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz geeignet.

Demenzranke entwickeln oft neuropsychiatrische Symptome (BPSD – verhaltensbezogene und psychologische Symptome der Demenz), als wichtigste darunter sind Psychosen und Agitation zu nennen.

Psychosen und Agitation haben oft behandelbare Ursachen: Verlust des Hörvermögens oder andere sensorische Deprivationen, Unwohlsein, physische Krankheit oder Schmerzen, die eine Behandlung erfordern. Ungeeignete Pflege und eine überstimulierende Umgebung können Psychosen und Agitation zudem verschlechtern. Diese Ursachen müssen in Betracht gezogen werden und wenn sie tatsächlich vorliegen, erfordern sie eine Behandlung. Auch hier ist Teamarbeit sehr wichtig, weil Betreuer die am besten zugänglichen Informationen über die Symptome haben, Pfleger besitzen Informationen über Veränderungen des Gesundheitsstatus, diese Informationen sollen zusammen mit einem Arzt analysiert und beurteilt werden. Ein Behandlungsplan muss angemessene Pflegemaßnahmen und bei Bedarf auch andere Interventionen (Medikamente) enthalten. Es ist absolut notwendig, dass alle Mitglieder des Teams mit dem Behandlungsplan vertraut sind und ihn einhalten sowie auch notwendiges Feedback für weitere Verbesserungsmaßnahmen geben.

Ratsam sind auch positive, angenehme Aktivitäten und Maßnahmen mit sozialem Charakter sowie sensorische Interventionen in den Behandlungsplan zu integrieren zur Vorbeugung von Agitation.

Mit fortschreitender Demenz erfordert ein gutes Leben ein höheres Niveau an Unterstützung und Pflege. Der Verlust an Autonomie, abnehmende physische Gesundheit, zunehmende Anfälligkeit und Gebrechlichkeit signalisieren das Fortschreiten der Demenz, damit geht ein größeres Bedürfnis nach einem komplexeren Zugang zu der Pflege einher. Zu den Anforderungen an die Pflege gehört auch die Beachtung psychosozialer und spiritueller Bedürfnisse.

Trotz der Tatsache, dass Demenz eine fortschreitende und terminale Krankheit ist, deren Ursachen häufig nicht behandelbar sind (wie Alzheimer, frontotemporale Degeneration und andere Arten der Neurodegeneration), wird darüber relativ wenig publiziert und es gibt kaum Aufmerksamkeit für fortgeschrittene Demenz. Das internationale Team des Palliare Projekts (gefördert durch das Erasmus + Programm) machte eine Literaturanalyse, erforschte qualitativ die Erfahrungen von Menschen mit fortgeschrittener Demenz und ihrer pflegenden Angehörigen, analysierte Berichte über Strategiepapiere und nationale wie internationale Dokumente zu den Menschenrechten und den Unterrichtsprogrammen in 7 europäischen Ländern (Schottland, Tschechien, Finnland, Portugal, Slowenien, Spanien, Schweden). Auf der Grundlage dieser Informationen und Erfahrungen wurden in Absprache mit allen Konsortiumsmitgliedern und Teilnehmern von 2 internationalen Konsensuskonferenzen Best Practice Vorschläge erarbeitet. Diese Vorschläge bilden einen Leitfaden für gute Pflegepraxis von Demenzkranken in einem fortgeschrittenen Stadium in 6 zentralen Bereichen: Rechte schützen, Würde und Inklusion fördern. Zukunftsplanung bei fortgeschrittener Demenz. Symptome bewältigen. Das bestmögliche Leben leben. Unterstützung für Familie und Freunde. Verbreitung von guter Praxis.

Wir hoffen, dass diese Empfehlungen als Grundlage für weitere Diskussionen über die Pflege von Menschen in fortgeschrittenen Demenzstadien und für weitere Verbesserungen in der Pflege dienen werden.

Danksagung: mein Vortrag und dieses Abstract wurden mit Hilfe des Forschungsprogrammes „Czech Austrian Long-Term Care Project DEMDATA GF16-34873L of the Charles University Faculty of Humanities“ und PALLIARE Erasmus+ KA 2 Project durchgeführt. Zitate im Text stammen aus: The Lancet Commission on Dementia: Dementia prevention, intervention, and care by *Gill Livingston, Andrew Sommerlad, Vasiliki Orgeta, Sergi G Costafreda, Jonathan Huntley, David Ames, Clive Ballard, Sube Banerjee, Alistair Burns, Jiska Cohen-Mansfield, Claudia Cooper, Nick Fox, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Eric B Larson, Karen Ritchie, Kenneth Rockwood, Elizabeth L Sampson, Quincy Samus, Lon S Schneider, Geir Selbæk, Linda Teri, Naaheed Mukadam*
Veröffentlicht online am 20. Juli 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

Organizers:



Together we change
the world



European Association
for Directors and Providers
of Long-Term Care Services
for the Elderly



Polish Association
of Organisers and Managers
of Social Welfare
and Health Protection



Polish Society
of Long-Term Care

Partner:



Sirpa Elisabet Salin

Die Nachfrage nach Pflege und Dienstleistung versus die tatsächlichen Möglichkeiten der Anbieter



Universität Tampere, Fachhochschule für Gesundheitspflege. Dr. Sirpa Salin ist seit 2011 Studienleiterin (Unterricht und F&E) für Altenpflege an der Hochschule Tampere. Ihre Arbeit umfasst den Unterricht von Pflegestudenten auf unterschiedlichen Stufen, die Entwicklung von Pflegekursen und die Planung sowie Ausführung von kooperativen Projekten mit Krankenhäusern und Gesundheitszentren. Vor ihrem jetzigen Beruf war sie vier Jahre Dozentin an der Universität von Tampere und zwei Jahre Projektmanagerin an der Universitätsklinik in Tampere. Von 1999 bis 2005 hat sie als Direktorin in einer privaten Pflegeeinrichtung gewirkt. 2008 schloss sie ihre Doktorarbeit über Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege von älteren Menschen ab. Ihre anschließende Forschung widmete sich der Partizipation von älteren Menschen in besonderer Pflege und Pflegeverwaltung. Sie hat mehr als zehn wissenschaftliche Beiträge und dutzende andere Veröffentlichungen publiziert. Ihre Forschungsergebnisse hat sie auf wissenschaftlichen Konferenzen auf drei Kontinenten dargestellt. Sie begutachtet auch Manuskripte für finnische und internationale wissenschaftliche Zeitschriften.

Die finnische Gesellschaft altert in einem schnellen Tempo, wodurch sich die gesamte Populationsstruktur verändert. Prognosen zufolge wird die Gruppe der Ältesten besonders wachsen, was mehr Dienstleistungen erforderlich macht, da es sich um Menschen mit der größten Gebrechlichkeit handelt. Die Herausforderungen einer alternden Bevölkerung anzunehmen erfordert entschlossenes Handeln.

Finnland unterläuft gerade eine fundamentale Überarbeitung seines Sozial- und Gesundheitssystems, die darauf abzielt die Kluft zu überbrücken zwischen menschlichem Wohlergehen und Gesundheit, Dienstleistungen vergleichbarer und zugänglicher zu machen und den Kostenanstieg zu kontrollieren. Seit Anfang des 21. Jahrhunderts wurden die Strukturen der Altenpflege reformiert um die nationalen Ziele zu erreichen, nämlich alten Menschen ein Leben zuhause zu ermöglichen, die Zahl der Menschen in institutioneller Pflege zu senken und auf Krankenhausleistungen abzielen in Hinblick auf Menschen, die zuhause wohnen und bald entlassen werden.

Die meisten älteren Menschen benötigen keine ständigen sozialen Dienstleistungen und Gesundheitsfürsorge. Die finnische Regierung hat Grundsätze festgelegt, um alten Menschen solange wie möglich ein Leben zuhause zu ermöglichen. Das Ziel für 2017 lautet, dass 92% der Menschen mit 75 Jahren und darüber unabhängig zuhause wohnen können, entweder unabhängig oder mit der Unterstützung von Dienstleistungen. Von ihnen leben 13% zuhause, wobei sie regelmäßige häusliche Pflege erhalten, 5% leben in betreuten Wohnungen und 3% in Langzeitpflegeheimen. Ende 2015 erhielten 22% der Menschen mit 75 Jahren und darüber häusliche Pflege oder institutionelle und betreute Dienstleistungen im Alltag. Die häusliche Pflege verringerte sich dennoch in den letzten Jahren.

Um für alte Menschen Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen zu sichern, hat das finnische Parlament ein Gesetz zur Altenpflege verabschiedet, das das Wohlbefinden von alten Menschen verbessern und Lücken im Wohlergehen überbrücken soll, ihre Partizipation und ihre Ressource zu unterstützen und ein unabhängiges

Leben durch rechtzeitige Intervention ermöglichen soll, wenn bei einem Menschen seine Selbstständigkeit abnimmt oder bedroht ist. Ein anderes wichtiges Ziel ist die Sicherung des Zugangs zu einer Bewertung der notwendigen Dienstleistungen und eine ausreichende Verfügbarkeit von hochwertiger Dienstleistung. Um die gesetzlich vorgeschriebenen Verpflichtungen zu erreichen, lautet eines der Projekte der aktuellen Regierung die Hauspflege für alte Menschen auszubauen und informelle Pflegeleistungen für alle Altersgruppen zu stärken (Regierungsrat 2015). Das Ziel des Projekts ist die Sicherung eines gesunden und kompetenten Alters und ein Leben zuhause solange wie möglich zu ermöglichen.

Alte Menschen und ihre Angehörigen haben große strukturelle Veränderungen erlebt, wie die Entwicklungen in der Pflege zeigen. Mehr ältere Menschen erhalten Pflege in Krankenhäusern, aber die Krankenhausaufenthalte sind meist nur kurz. Die institutionelle Pflege wurde seit Beginn des Jahrhunderts abgebaut, während die häusliche Pflege abgenommen hat und die Bedeutung von informeller Pflege zugenommen hat. Hilfe zu erhalten ist meist kompliziert und bürokratisch, weil das Dienstleistungssystem sehr fragmentiert ist. Trotz ambitionierter nationaler Ziele wurden die Dienstleistungsstrukturen nicht adäquat erneuert. Integrierte Pflegekonzepte funktionieren nicht immer wie sie sollten, was zu häufigen Transfers von einer Institution in die nächste führt, besonders am Ende des Lebens. Eine punktuelle Optimierung des Pflegesystems schadet den alten Menschen und ihren Familien.

Laut einer 2013 veröffentlichten Studie würden 40% der Menschen zwischen 55 und 70 – die zukünftigen Pflegebezieher – weiterhin zuhause leben, selbst wenn betreutes Wohnen kostenlos wäre. Die signifikantesten Unterschiede bei den Antworten zeigen sich zwischen der Wahl zwischen dem Leben zuhause und dem Leben in einer assistierten Wohnform. Die meisten würden eher Pflege zuhause wählen, auch wenn das assistierte Wohnen stark gefördert würde. Eine signifikante Minderheit würde eher in eine betreute Wohnung ziehen, auch wenn es nur gering subventioniert würde. Generell sind die Babyboomers bereit für Pflege zu bezahlen.

Zwischen 2010 und 2025 werden im Sektor der sozialen und pflegerischen Dienstleistungen 79 000 - 125 000 neue Mitarbeiter notwendig, größtenteils aufgrund der Alterung. Gleichzeitig werden die Babyboomer in Rente gehen. Ausreichend viel und fähiges Pflegepersonal sicherzustellen ist eine umfassende Herausforderung. Die Altenpflege ist leider nicht sehr anziehend, teilweise wegen dem negativen öffentlichen Image des Bereichs. Frisch ausgebildetes Krankenpflegepersonal fühlt sich meist nicht imstande, das eigene Fachwissen in der Pflege von alten Menschen anzuwenden.

Mehr als 40% der Klienten von Pflegeheimen wurden mit Gedächtnisstörungen diagnostiziert und 80% mit kognitiven Einschränkungen. Sie leben häufig alleine und viele leiden unter Einsamkeit und Unsicherheit. Der Mitarbeiter der Hauspflege ist oft die einzige Person, mit der sie täglichen oder wöchentlichen Kontakt haben. Laut eines Berichts des Nationalen Instituts für Gesundheit und Wohlfahrt (2017), hat die Zahl der Klienten der Hauspflege zugenommen, während die Zahl der Mitarbeiter gesunken ist. Die Arbeit ist beschwerlicher als zuvor, was sich in einer Zunahme des Krankenstandes zeigt, der durchschnittlich 30 Tage pro Jahr ausmacht. Wer mit älteren Menschen arbeitet, hat das Gefühl, dass er nicht genug Zeit hat, um die Arbeit so gut zu erledigen, wie er es sich wünscht. Das Verhältnis zwischen Krankenschwestern und Patienten ist niedriger als 1 zu 5 in Heimen, in denen eine 24-Stundenpflege angeboten wird, die Ressourcen sind aber noch knapper an den Wochenenden und Abenden. Hauspflege, die in der Anzahl der Besuche, weniger in ihrer Dauer gemessen wird, ist stressige Arbeit und lässt kaum Raum für Rehabilitation.

Forschungen zeigen, dass die Klienten der Hauspflege mit der psychosozialen Hilfe, die sie erhalten, unzufrieden sind. Beinahe die Hälfte berichtet, dass sie nicht genug Unterstützung für die Bewältigung eines unabhängigen Alltagslebens erhält. Der Dienstleistungssektor ist fragmentiert und wird von unterschiedlichen Parteien angeboten, was sich in Schwierigkeiten bei der Koordinierung der Pflege und der Zuordnung einer

übergreifenden Verantwortlichkeit ausdrückt. Diese Umstände führen sehr leicht zu einer Beeinträchtigung der Funktionstüchtigkeit, auf die die Hauspflege nur insofern reagieren kann, als sie den Klienten in ein Krankenhaus schickt. Die Zahl der Verlegungen variiert im Leben eines Klienten von 0 bis über 100 in den letzten 2 Jahren seines Lebens, zum Lebensende hin steigend. Im gesamten Untersuchungssample erlebten 87% in ihren letzten 2 Lebensjahren eine oder mehrere Verlegungen zwischen ihrem Zuhause und einer Pflegeeinrichtung oder von einer Pflegeeinrichtung in eine andere. (Aaltonen u.a. 2010.)

Kluge Lösungen können viel dazu beitragen, dass eine Gesellschaft ältere Menschen stärker unterstützt. Mit dem Strukturwandel ist es entscheidend, neue Modelle und Handlungspläne zu entwickeln. Die Technologie hat der Altenpflege viele Möglichkeiten eröffnet und viele experimentelle Projekte werden in Finnland aktuell erarbeitet. Gesetze, Qualitätsempfehlungen und nationale Projekte zielen auf eine bessere Zukunft, in der alte Menschen vollwertige Mitglieder der Gesellschaft bleiben.

Literatur:

Aaltonen M, Forma L, Rissanen P, Raitanen J & Jylhä M. 2010. Transitions in health and social service system at the end of life. *Eur J Ageing*, 7:91–100.

Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H. & Routasalo, P. 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* 24 (1), 14–26. Abstract auf Englisch.

Finne-Soveri H., Mäkelä M., Noro A., Nurme P. & Partanen S. 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. *Terveystieteiden tutkimus. Suomen lääkirilehti* 69 (50-52), 3467-3473. Abstract auf Englisch.

Finnish Institute of Occupational Health. <https://www.ttl.fi/>

<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoja-rai-jarjestelmasta>

Lihavainen, K., Sipilä, S., Rantanen, T., Kauppinen, M., Sulkava, R. & Hartikainen, S. 2011. Effects of comprehensive geriatric assessment and targeted intervention on mobility in persons aged 75 years and over: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation* 26 (4), 314-326.

National Institute for Health and Welfare (2015). https://www.thl.fi/thl-liferay-theme/images/thl_common/thl-logo-en.png

Ministry of Social Affairs and Health (2017). [Quality recommendation to guarantee a good quality of life and improved services for older persons 2017–2019](#). Publications of the Ministry of Social Affairs and Health.

Ministry of Social Affairs and Health, 2011. Socially sustainable Finland 2020. Strategy for social and health policy. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3136-7>

Ministry of Social Affairs and Health, 2008. Quality recommendation to guarantee a good quality of life and improved services for older persons 2008–2017. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health.

Pursiainen H. & Seppälä T. 2013. Hoivakodissa vai kotihoivassa? Suurten ikäluokkien halukkuus maksaa vanhuspalveluista. *Tutkimukset* 173, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. (Auf Finnisch).

Suhonen, R., Röberg, S., Hupli, M., Koskeniemi, J., Stolt, M. & Leino-Kilpi, H. 2015. Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. *Hoitotiede* 27 (4), 259-273. Abstract auf Englisch.

Matej Lejsal

Multidisziplinäre Teamkultur – Kunde/Patient/Klient/Mensch



Matěj Lejsal ist seit 2006 Direktor der Domov Sue Ryder, z.u., einer NGO für Pflege und Gesundheitservice für Senioren. Seine primäre Rolle umfasst: strategische Leitung der Organisation, Serviceentwicklung, Innovation und größere Spenden sowie Fundraising. Gleichzeitig ist er Dozent an der Karlsuniversität (Management von Gesundheits- und Sozialpflegeverbänden), wo er Fächer wie Wirtschaft, Wirtschaft des Sozial- und Gesundheitssystems, Systeme des Sozial- und Gesundheitswesens sowie Management von Human Resources unterrichtet. Darüber hinaus ist er seit 2012 Mitglied des Regierungsrates für Non-Governmental Non-Profit Organisationen, weshalb er im Non-Profit Sektor sehr bewandert ist. Last but not least ist er in verschiedene Arbeitsgruppen im Ministerium für soziale Angelegenheiten und auf der Ebene von Lokalregierungen einbezogen.

Kurzfassung:

Der Ansatz des multidisziplinären Teams (MDT) ist eine der effektivsten und effizientesten Methoden zur Pflegeleistung und -planung. Das MDT erarbeitet eine einzigartige Kommunikationsstruktur und spezielle Strategien für Problem- und Konfliktlösung. Eine Fallstudie wird ein Beispiel für eine erfolgreiche Umsetzung der palliativen Pflege in einer Wohneinrichtungen der Langzeitpflege liefern und mögliche Herausforderungen und Vorteile für das MDT-Umfeld schildern. Eine Studie gibt einen tiefen Einblick in die Folgen des MDT-Ansatzes für die Bewohner sowie in die Managementmethoden, die für unterschiedliche Berufskulturen und unterschiedliche Kompetenzen der MDT-Mitglieder wie auch effektive Kommunikationsstrukturen genutzt werden.

Einführung

Steigende Lebenserwartung bedeutet ein längeres Leben. Die Qualität der zusätzlichen Jahre im menschlichen Leben wird aber mit einem längeren Leben mit Krankheit und dem Bedürfnis nach der Betreuung bei Alltagsaktivitäten konfrontiert. Die Wohneinrichtungen der Langzeitpflege in Tschechien berichten von einer wachsenden Anzahl der Menschen mit sehr komplexen Bedürfnissen (Prusa, 2013). Laut neusten Untersuchungen (z. B. Nancarrow et al., 2015) kann die steigende Komplexität der Bedürfnisse mit interdisziplinärer Teamarbeit wirksam adressiert werden. Einige Autoren verstehen multi-/inter-/trans- als eine Fortsetzung einer Zusammenarbeit (Sfectu, 2013) und verwenden den bestimmten Begriff in einem bestimmten Kontext, andere nutzen diese Begriffe dagegen abwechselnd (Wilson, Pirrie, 2000). In diesem Artikel wird die von Nancarrow verwendete Definition genutzt (Nancarrow et al., 2015, S. 438), nämlich das multidisziplinäre Team (MDT). Es handelt sich dabei um ein „Team von Individuen, einschließlich Fachleuten, Hilfspersonen und Verwaltungsmitarbeitern, die häufig unterschiedliche Behörden vertreten sowie gemeinsame Richtlinien und Ansätze verfolgen und dabei auf ein klares Ziel fokussiert sind“.

Die Schlussfolgerungen der Nancarrow's Untersuchungen bestätigen einen wesentlichen positiven Einfluss des MDT-Konzeptes auf die Qualität der in MDT-Pflegeheimen geleisteten Pflege. Die Integration der MDT-Arbeit und des MDT-Konzeptes in Pflegeheimen scheint für die Führungsebene ein klares Ziel zu sein. Zuerst soll man aber die Vermittler und die Hindernisse bei der Umsetzung dieses Konzeptes in Betracht ziehen. Die

nachstehende Fallstudie wird einige Aspekte der Implementierung des MDT-Konzeptes in Pflegeheimen veranschaulichen.

Fallstudie:

Das Sue-Ryder-Pflegeheim (Sue Ryder) bietet 52 älteren Menschen im Durchschnittsalter von 87 stationäre Langzeitpflege. Aus organisatorischen, technischen und administrativen Gründen wurden die Räume und Bewohner in zwei „Stationen“ aufgeteilt. Die Strategie der Einrichtung stützt sich bei der Erbringung von Leistungen auf einen personenzentrierten Ansatz (Hrda, 2016). Die Entscheidung über die Umsetzung des palliativen Ansatzes resultierte aus den Ergebnissen einer 2015 durchgeführten komplexen Leistungsbewertung. Der Veränderungsprozess schloss auch die Entwicklung von MDT-Strukturen, verbundenen Strukturen und Prozessen ein. Palliative Pflege basiert von Natur aus auf dem multidisziplinären Ansatz (Radbruch, 2009). Schon seit Jahren werden bei Sue Ryder Vertreter verschiedener Berufe in den Pflegeprozess integriert (Krankenschwester, Sozialarbeiter, Pfleger sowie Ernährungs-, Physio- und Ergotherapeuten). Die Einführung der palliativen Pflege erforderte nicht nur neue Kompetenzen bei direkter Pflege (Wissen und Fähigkeiten) sondern auch eine neue Herangehensweise beim Entscheidungsprozess, der sich auf einen Konsens aller Akteure stützen muss. Viel gegenseitiges Vertrauen sowie Klarheit und Offenheit in Bezug auf die Einstellung jedes Teammitglieds zu mit Lebensende verbundenen Fragen war auch unentbehrlich. Zusätzlich mussten neue Prozesse und Strukturen für den Informationsaustausch und die Pflegeplanung entwickelt werden. Die originelle lineare hierarchische Struktur wurde zum Hindernis einer effektiven Zusammenarbeit. Daher mussten die Grundsätze der Teamarbeit umgesetzt werden.

Die MDT-Mitglieder haben diesen Wechsel (von einer linearen zu einer funktionalen Teamstruktur) als einen „viel umfangreicheren“ wahrgenommen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass dieser Wechsel Unterschiede in Berufskulturen offenbarte (Hall, 2005). Die MDT-Mitglieder berichteten vom Gefühl einer „intensiven interprofessionellen Kommunikation“, von einem „mangelnden starken Entscheidungsträger“, von der „Verantwortung für eigene Meinung“ sowie von „viel mehr Diskussionen und Auseinandersetzungen über Kleinigkeiten“. Auf der anderen Seite sprachen sie von „einer tollen Erfahrung des gegenseitigen Verständnisses“ und vom „Teilen und Feiern gelungener Fälle, die sich auf Lebensende bezogen (!)“. Die Personalauswertung von der gesamten Veränderung kann mit den Worten „groß, aber sehr positiv“ zusammengefasst werden. Hall (2005) weist darauf hin, dass ein klares und erkennbares Ziel ein Wegweiser für die MDT-Mitarbeiter sein kann.

Die Integration der palliativen Pflege mit einem klaren Ziel (nämlich, dass die Heimbewohner ihr Lebensende gemäß ihren Präferenzen verbringen) sowie messbare Ergebnisse (Anzahl der Bewohner mit fortgeschrittenen Pflegeplänen, Anzahl der Bewohner, die am gewünschten Ort gestorben sind – „Sterbeort-Übereinstimmungsquote“) unterstützen die Implementierung des MDT-Ansatzes.

Die Natur des Ziels förderte den Umdenkprozess bei jedem MDT-Mitglied, beginnend mit dem Definieren der Grenzen seiner professionellen und individuellen Rolle bis hin zum Einbringen seiner Kompetenzen (Wissen, Fähigkeiten, Haltungen) zugunsten des Erfolgs des ganzen Teams (Lebensqualität der Bewohner).

Das Prinzip eines klaren und erkennbaren Ziels wird durch drei MDT-spezifische Bestandteile gewährt:

- MDT-Management, in dem jeder Beruf vom Manger (oder einem individuellen Fachmann) vertreten wird. Das MDT-Management ist in strategische Planung involviert. Das Team ist zuständig für die Erarbeitung von Grundsätzen und Standards für die Leistungen. Es trifft sich einmal wöchentlich, um sich auf dem Laufenden zu halten. Einmal im Monat wird auf dieser Ebene jeder Fall explizit besprochen.
- MDT-Operational, das aus Vertretern jedes Berufs besteht, die auf Dauer einer „Station“ zugewiesen sind und für den Tagesbetrieb sowie die Zuweisung von verfügbaren Ressourcen (Menschen, Wissen, Zeit, Raum und

technischer Ausstattung) zuständig sind. Das Team trifft sich täglich, um Betriebsinformation auszutauschen und sich auf dem Laufenden zu halten. Einmal pro Woche werden Prioritätsfälle besprochen, auch unter Beteiligung von Ärzten.

- MDT-Fall: jeder Bewohner stellt einen gesonderten Fall dar. Dieses Team ist zuständig für die individuellen Fälle und für die komplexe Pflegeplanung. Es trifft sich mindestens zweimal im Jahr oder falls nötig. Fälle mit hoher Priorität (Menschen am Ende ihres Lebens) werden täglich oder sogar noch häufiger besprochen.

Chancen:

MDT braucht eine laufende Unterstützung sowie Förderung der internen Kultur. Neue Teammitglieder, Teamdynamik und anhaltende Unterschiede in der Berufskultur können zu Spannungen führen, die eine laufende Unterstützung, Kompetenzentwicklung und unterstützende Strukturen brauchen (z. B. Austausch von der Dokumentation). Die Manger, das MDT und seine Mitglieder müssen akzeptieren, dass der MDT-Ansatz braucht einen „kundenzentrierten Ansatz“ und entsprechende Ressourcen im Team.

Literatur:

Borrit et al. Team Working and Effectivness in Health Care. Verfügbar unter: <http://homepages.inf.ed.ac.uk/jeanc/DOH-glossy-brochure.pdf>

HALL, Pippa. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. Journal of Interprofessional care, 2005, 19.sup1: 188-196.

HRDÁ, Karolína. Péče zaměřená na člověka v domově pro seniory.

NANCARROW, Susan A., et al. Qualitative evaluation of the implementation of the Interdisciplinary Management Tool: a reflective tool to enhance interdisciplinary teamwork using Structured, Facilitated Action Research for Implementation. Health & social care in the community, 2015, 23.4: 437-448.

PRŮŠA, Ladislav. Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-120-9, 2013.

RADBRUCH, Lukas; PAYNE, Sheila. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Teil 1. European journal of palliative care, 2009, 16.6: 278-289.

SPECTU, Raluca. Collaborative practices in mental health care: multidisciplinary teamwork or inter-professional collaboration groups? Management in sanatate, 2013, 17.2: 21-24.

WILSON, Valerie; PIRIE, Anne. Multidisciplinary teamworking indicators of good practice. Scottish Council for Research in Education, 2000.

Artur Kasprowicz

Gemeinsam sind wir stark - Zufriedenheit durch Team-Entwicklung



Artur Kasprowicz hat ein Doktorat im Gebiet Unternehmen, Management und Wirtschaft. Er ist erfahren und erfolgreich in unterschiedlichen Geschäftsumgebungen, beispielsweise leitet er eine Vielzahl an Projekten in Bezug auf Qualitätsmanagement, Management von Human Resources, Netzwerken und die Vermarktung von Produkten und Dienstleistungen. Er hat auch mehrere Projekte zur Qualität von Human Resources in kommerziellen und Non-Profit Organisationen durchgeführt. Seine akademische und wissenschaftliche Erfahrung umfasst Zufriedenheit im Beruf in wirtschaftlichen Organisationen, Business-Intelligence und die Analyse von Human Resources in wirtschaftlichen Unternehmen. Er ist Inhaber und Geschäftsführer der Servitour Consulting, Mitinhaber des Gesundheits- und Entwicklungszentrums für Kinder in Bydgoszcz und Gründer der "Papillon"-Stiftung, die Kindern mit Autismus Hilfe und Unterstützung anbietet.

Heutzutage lässt sich feststellen, dass materielle Vorteile keine Schlüsselrolle mehr für die Mitarbeiter spielen, die bei ihren Auswahlen immer mehr die Vorteile psychosozialer Natur in Betracht ziehen, wie zum Beispiel Zufriedenheit am Arbeitsplatz, berufliche Zufriedenheit und persönliches Glück. Der Übergang von homo economicus zu homo satisfactius ist immer deutlicher. Dies führt aber zu neuen Herausforderungen im Bereich der Gestaltung der Beziehungen zwischen den Mitarbeitern und der Realisierung ihrer Karrierewege im Betrieb. Die Analyse des Glückskapitals der Mitarbeiter im Kontext der Organisationsverwaltung offenbart zwei grundlegende Glücksquellen:

- persönlich, resultierend aus der Umsetzung persönlicher Ziele und
- kollektiv, resultierend aus der Zugehörigkeit des Mitarbeiters zu einer Gruppe der Menschen, die bestimmte Ziele realisieren, welche mit den Zielen der Organisation, in der er arbeitet, übereinstimmen

Das Kapital des persönlichen Glücks zu stimulieren, ist wichtig, und zwar aus der Perspektive des Interesses des Individuums und der Rolle, die es in den von sich selbst ausgewählten sozialen und geschäftlichen Beziehungen spielt oder auch spielen möchte. Wenn das Glückskapital aber von der Organisation stimuliert wird, so hat dies einen viel breiteren Kontext und die Weiterentwicklung des Mitarbeiters (in jeder Hinsicht) soll auch in der Perspektive der Entwicklung der ganzen Organisation interpretiert werden. Die Situation ist optimal, wenn sich die Bedürfnisse des Individuums mit den von der Organisation definierten Zielen und Aufgaben decken.

Die Kraft des Geistes ist der wahre Wert des Menschen. Dank ihr kann er unter ständig wechselnden Bedingungen funktionieren und diese Wechselhaftigkeit als Determinante des Glücks zur Umsetzung persönlicher Ziele nutzen. Auch der wahre Wert der Organisation soll auf der Kraft ihrer Mitarbeiter beruhen, und präziser noch – auf der kollektiven Kraft der Gemüter. In der Praxis bestehen oft große Diskrepanzen zwischen dem individuellen Geist des Mitarbeiters und dem kollektiven Geist der Organisation. Dadurch ist es in beiden Fällen schwierig, das ideale Niveau des Glückskapitals zu erreichen, was aber nicht alle verstehen.

Das größte Hindernis auf dem Weg zum Glück bilden beim individuellen Geist der meisten Mitarbeiter die Vergangenheit und die Zukunft. Die früheren Beziehungen, Verhalten oder auch Situationen rufen negative Gefühle hervor, wie Schuld, Bedauern, Unrecht, Trauer, Abneigung, Verbitterung, Eifersucht etc. Gerade diese negativen Emotionen determinieren die aktuelle Verfassung des Mitarbeiters. Zum Beispiel, fühlt sich ein Mitarbeiter, nachdem er ermahnt wurde, beleidigt, so erzeugt er eine negative Stimmung in der Gruppe oder führt seine Pflichten weniger effektiv aus, weil er bereits seinen Arbeitswechsel plant. Diese Emotionen

determinieren auch sein zukünftiges Verhalten, weil ein beleidigter Mitarbeiter zum Beispiel auf einem Teamtreffen zukünftige Vergeltung an einem Kollegen oder Vorgesetzten planen kann. Geringere Zufriedenheit empfindet auch ein Mitarbeiter, dessen Geist sich zu lange mit negativen zukünftigen Situationen befasst, die sich de facto noch nicht ereigneten oder auch nie ereignen werden. Dies generiert solche negativen Emotionen wie: Angst, Anspannung, Stress, Furcht, Befürchtung und Unsicherheit.

Die richtige Einstellung des individuellen Geistes ist in der Gegenwart verankert. Nur das „Hier und Jetzt“ kann für ein optimales Glücksniveau sorgen. Nur ein glücklicher Mensch kann so ein Glückskapital erreichen, dass er dieses Glück und diese Freude mit anderen Menschen teilt und somit:

- interpersonelle Beziehungen auf einem hohen Niveau aufbaut
- ein größeres Engagement (eigenes und jenes der Gruppe) erreicht
- seine Aufgaben effizient und kreativ realisiert und
- Mehrwert kreiert, z. B. eine höhere Qualität der Kundenbeziehungen oder ein positiveres Image der Organisation.

Andernfalls kann er nur negative Emotionen teilen und dadurch das Glücksniveau der ganzen Gruppe senken oder auch sich vom Glück anderer ernähren und ebenfalls das kollektive Glücksniveau herabsetzen.

Zu den Hauptaufgaben jeder Organisation gehört es, effiziente Mitarbeitergruppen zu schaffen. Ende des 20. Jh. wurde die Effizienz beim Personalmanagement u. a. anhand der Effizienz der Arbeitszeit, der Abwesenheit der Mitarbeiter, der Anzahl von Überstunden, der Mitarbeiterfluktuation (Vorteile verloren in Zusammenhang mit Kündigungen und der für die Personalbeschaffung notwendigen Zeit) und des Niveaus der Kundenzufriedenheit etc. gemessen. Der Mitarbeiter wurde auf der Grundlage der realisierten Pläne und Kennziffern ausgewertet und ineffiziente Mitarbeiter wurden entlassen. Heutzutage sind sich Manger immer häufiger dessen bewusst, dass die überwiegende Mehrheit der vorgenannten Faktoren aus einem niedrigen Niveau des individuellen Glücks des Mitarbeiters und aus einem niedrigen Glücksniveau der Mitarbeitergruppen resultiert. Gleichzeitig lässt sich feststellen, dass ein hohes Glücksniveau in Teams (geschaffen durch jeden einzelnen Mitarbeiter) einen direkten Einfluss auf die Effizienz der Handlungen und der Errungenschaften der Organisation hat. Gerade das kollektive Zufriedenheitsniveau beeinflusst die wichtigsten Ebenen der Entwicklung der Organisation. Diese umfassen im Falle:

- der Kunden – die Qualität des Services und der erbrachten Dienste,
- der Eigentümer – dauerhafte Rentabilität, transparente Handlung, langfristige Entwicklungsperspektiven des Unternehmens,
- der Partner und Vertragspartner – Kontinuität der Handlungen, korrekte und berechenbare Beziehungen und gegenseitige Vorteile,
- der Gesellschaft – ethische und moralische Handlungen sowie Image einer sozial verantwortungsvollen Organisation.

Das Glück bringt also nicht nur Gesellschaft – sie schafft es und erweitert es auf einem optimal hohen Niveau der Beziehungen.

Das Achten auf das kollektive Glückskapital der Mitarbeiter determiniert also alle Ergebnisse einer optimal funktionierenden Organisation. Dabei soll man nicht vergessen, dass sich das Glückskapital einer Mitarbeitergruppe aus dem Glücksniveau jedes seiner Mitarbeiter zusammensetzt.

Man hat gemerkt, dass die Zusammenhänge umgekehrt sind, als man vorher dachte. Die Manger sollten deshalb in den Organisationen von heute den Focus auf das Aufbauen, Überwachen und Steigern des Glückskapitals der ihnen unterstellten Mitarbeiterteams legen.

Marjo-Ritta Rikala

Erwartungen der Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen vs. Realität



(Examierte Krankenschwester, MHSc) Tampere, Pflege von älteren Menschen, Finnland

Marjo-Riitta arbeitet in führender Position in der Altenpflege. Zusätzlich zu ihrer Arbeit koordiniert sie die Entwicklung einer Software für das Wohlbefinden von älteren Menschen. Zuvor war sie tätig als Projektmanagerin für Wohlfühlservice, als Stationsmanagerin in einer Operationsabteilung und als Wissenschaftlerin an der Universität von Tampere.

Finnland gehört zu den am schnellsten alternden Ländern Europas. Erhöhte Lebenserwartung und niedrige Geburtenrate führen dazu, dass sich die Altersstruktur der Bevölkerung auf Dauer ändern wird. Die Anzahl der älteren Menschen wird steigen. Die Anzahl der Kinder und jungen Menschen wird dagegen schrumpfen, ähnlich wie die erwerbsfähige Bevölkerung. Die Änderungen an der Altersstruktur werden sich auf die ganze Gesellschaft auswirken. Der Rückgang der auf dem Arbeitsmarkt tätigen Mitarbeiter macht die Organisation von Dienstleistungen zu einer Herausforderung.

Ungefähr 16 % der Beschäftigten in Finnland arbeiten im Bereich der Sozial- und Gesundheitspflege. Die Arbeitskraft ist überwiegend weiblich. Der Anteil der Männer liegt lediglich bei 12 %. Das Ausscheiden dieser Arbeitskräfte aus dem Arbeitsleben wird in absehbarer Zukunft eine Herausforderung darstellen. In Folge dieses Prozesses wird der Bedarf an Arbeitskräften in den kommenden Jahren hauptsächlich die institutionelle und die häusliche Pflege betreffen.

Studien zeigen, dass die Erwartungen der Mitarbeiter in Bezug auf ihre Arbeit vergleichbar sind. Die Menschen, die in diesem Bereich arbeiten, sind ihrer beruflichen Berufung gefolgt, motiviert durch den Wunsch, mit älteren Menschen zu arbeiten und ihnen zu helfen. Gleichzeitig erwarten sie eine interaktive und menschliche Arbeit. Der Inhalt der Arbeit soll zusätzlich noch ihre Wichtigkeit erhöhen. Die Erwartungen, die an das Management gestellt werden, beziehen sich auf gerechte und gleiche Behandlung, Engagement und Rückmeldung.

Laut einer Gemeindebefragung glauben die Mitarbeiter, dass sie mehr Unterstützung von ihren Vorgesetzten denn je bekommen. Sie erfahren auch mehr faires Management. Faires Management wird mit weniger Krankschreibungen assoziiert. In Finnland gibt es ziemlich viele Abwesenheiten wegen Krankheiten. Der Gemeindebefragung und anderen Untersuchungen zufolge ist die Arbeit in diesem Sektor geistig und körperlich anstrengend. Das Arbeitstempo und -aufwand sind gestiegen, ähnlich wie die Anzahl von Gewalterfahrungen. Gleichzeitig finden immer mehr Mitarbeiter, dass sich die Arbeit deutlicher denn je ändert. Die Mitarbeiter wünschen sich ein gutes Management, offene Interaktion und mehr geschultes Personal in den Einheiten. Ein guter und offener Arbeitsplatz sowie Unterstützung seitens der Vorgesetzten sind für sie auch von Bedeutung. Der Inhalt der Arbeit und die Möglichkeit, sie zu beeinflussen, erhöhen die Zufriedenheit der Mitarbeiter, was zu ihrer Entwicklung und zur Verbesserung der Qualität der Fürsorgearbeit führt.

Ständige Veränderungen sind für das Management eine Herausforderung. Die Daten, die uns zur Verfügung stellen, sollten in den Arbeitsgemeinschaften genutzt werden, um entsprechende Maßnahmen zu entwickeln.

Martina Pojer

Von öffentlichen Pflegeeinrichtungen zu modernen Service-Anbietern - Wie der Managementprozess von Pflegeeinrichtungen den Wandel von der 1. zur 5. Generation begleitet



Verantwortlich für Pflegeeinrichtungen und Tagespflegezentren am Geriatriischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ). Wir leiten 4 Pflegeheime mit 406 Bewohnern und 2 Tagespflegezentren (eines davon spezialisiert auf Menschen mit Demenz)

ABSTRACT

In den Pflegeheimen hat in den letzten 50 Jahren ein massiver Paradigmenwechsel stattgefunden. Das KDA (Kuratorium Deutscher Altershilfe) beschreibt 5 Generationen von Pflegeheimen. Sprach man früher von „Insassen, die verwahrt wurden“, so orientieren sich moderne Konzepte an der Alltagsnormalität und fokussieren die Einbindung im Quartier. Um zukunftsfit zu bleiben, verstehen sich moderne Pflegeheime als Dienstleister. Denn die Bedürfnisse und Pflegebedürftigkeit der BewohnerInnen nehmen zu, Erwartungen der Angehörigen steigen, der Kostendruck und Wettbewerb werden stärker und gleichzeitig verschärft sich die Situation am Arbeitsmarkt. Wurden Pflegeheime früher verwaltet, sind nun Managementkompetenzen der Heimleitungen gefragt.

Die Geriatriischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ) arbeiten seit mehr als 15 Jahren konsequent daran, das Leistungsportfolio bedarfsgerecht auszubauen. Sie sind ein Kompetenzzentrum für Altersmedizin und Pflege – heute bieten die GGZ ein abgestuftes geriatrisches Versorgungssystem, das kontinuierlich an die sich verändernden Bedürfnissen von älteren Menschen und gesellschaftlichen Bedarfen angepasst wird. Die GGZ betreiben 4 Pflegeheime und haben den Paradigmenwechsel von der Eröffnung des 1. Pflegewohnheims in den 1960er bis zu den Neueröffnungen 2015 miterlebt.

SUMMARY

Die Geriatriischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ) arbeiten seit mehr als 15 Jahren konsequent daran, das Leistungsportfolio bedarfsgerecht auszubauen. Sie sind ein Kompetenzzentrum für Altersmedizin und Pflege. Das Unternehmen gliedert sich in drei Geschäftsbereiche: Krankenhaus, Pflegewohnheime und Tageszentren sowie alternative Wohnformen. Getreu dem Slogan „Bei uns sind Menschen in den besten Händen“ reicht das abgestufte geriatrische Versorgungssystem der GGZ von stationärer über teilstationäre bis hin zu ambulanten Angeboten, die sich sowohl über kürzere Zeiträume als auch Jahre erstrecken kann. Das Leistungsangebot wird kontinuierlich an die sich verändernden Bedürfnissen von älteren Menschen und gesellschaftliche Bedarfe angepasst. Dazu nutzen wir in enger Kooperation mit Hochschulen und Institutionen der öffentlichen Gesundheitsplanung wissenschaftliche Forschungsergebnisse.

Parallel zur Entwicklung zum Kompetenzzentrum vollzog sich innerhalb der GGZ ein Changemanagementprozess: Projekt-, Qualitäts- und Risikomanagement sowie Controlling und strukturierte Befragungen wurden sukzessive eingeführt und ausgebaut. 2010 und 2013 haben die GGZ erfolgreich die vernetzte Verbundzertifizierung nach KTQ durchgeführt. 2014 erhielten wir den Staatspreis für Unternehmensqualität und 2015 wurden die GGZ von der EFQM mit einem EEA-Finalistenpreis ausgezeichnet. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor sind die innovativen Mitarbeiter.

Auf Grund des differenzierten Versorgungsangebotes agieren die GGZ sowohl im Gesundheitswesen als auch Sozialwesen. Die Vernetzung dieser beiden Systeme mit ihren unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen, Finanzierungsformen und Verantwortlichkeiten stellt eine große Herausforderung dar.

In Österreich und insbesondere im Bundesland Steiermark besteht eine Überkapazität an Pflegeheimbetten. Die Anzahl der Betten übertrifft bereits jetzt den Bedarf im Jahr 2025. Es kommt daher zu einem permanenten Verdrängungswettbewerb und die Betreiber stehen vor der Herausforderung eine hohe Auslastung sicherzustellen, um wirtschaftlich überleben zu können. Mehrere Pflegeheimkonkurse in der Steiermark sind Folge dieser Entwicklung. Des weiteren sind wir mit der Novellierung des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes und der Migration von Pflegekräften, Therapeuten und Ärzten in Länder mit höheren Lohnniveaus konfrontiert. Gleichzeitig nehmen die Bedürfnisse und Pflegebedürftigkeit der Bewohner zu und steigen die Erwartungen der Angehörigen.

Das KDA (Kuratorium Deutscher Altershilfe) beschreibt 5 Generationen von Pflegeheimen. Sprach man früher von „Insassen, die verwahrt wurden“, so orientieren sich moderne Konzepte an der Alltagsnormalität und fokussieren die Einbindung im Quartier:

1. Generation bis Anfang der 60er Jahre

Der pflegebedürftige „Insasse“ wird „verwahrt“ (Leitbild – Verwahranstalt).

2. Generation 60er und 70er Jahre

Der pflegebedürftige „Patient“ wird „behandelt“ (Leitbild: Krankenhaus).

3. Generation 80er und 90er Jahre

Der pflegebedürftige „Bewohner“ wird „aktiviert“ (Leitbild: Wohnheim/Wohnhaus).

4. Generation

Die „alten Menschen erleben Geborgenheit und Normalität“ (Leitbild: Familie).

5. Generation

Alte pflegebedürftige Menschen werden in die Wohnumgebung eingebunden (Quartiersbildung).

Die GGZ betreiben 4 Pflegeheime und haben den Paradigmenwechsel von der Eröffnung des 1. Pflegewohnheims in den 1960er, über zahlreiche Umbauten bis hin zu den Neueröffnungen miterlebt. Wir haben über die Jahre die Veränderung der Zielgruppe von Senioren mit geringem Unterstützungsbedarf hinzu pflegebedürftigen Bewohner in ihrer letzten Lebensphase erlebt.

2013 haben die GGZ ihr ältestes Pflegeheim generalsaniert und ausgeweitet und in den darauffolgenden beiden Jahren zwei neue Pflegeheime gebaut und in Betrieb genommen. Für die Neukonzeption der Pflegeheime haben wir umfangreiche Marktrecherchen und Besichtigungen durchgeführt sowie wissenschaftliche Arbeiten vergeben und begleitet. Wesentliche Erfolgsfaktoren waren die Einbindung von internationalen Experten für Architektur und Demenz- und Lichtforschung sowie die Einbindung der Mitarbeiter und Bewohner. Während des gesamten Projektes waren Vertreter der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie Fachexperten (wie Hygiene, Technik, Arbeitsmedizin) Teil des Projektteams und haben ihr Wissen eingebracht. Dadurch wurde die

Architektur bestmöglich auf das Arbeitsumfeld und die Prozesse abgestimmt, um eine optimale Betreuung der Bewohner zu ermöglichen. Dies spiegelt sich auch in der Zufriedenheit der Bewohner wider.

Die GGZ haben in ihren Pflegewohnheimen das Wohngemeinschaftsmodell umgesetzt. Maximal 15 Bewohner leben gemeinsam in einer Wohngemeinschaft, deren Mittelpunkt ein zentraler Wohn- und Essbereich bildet. Die gemeinsame Gestaltung des Alltags nimmt einen hohen Stellenwert ein. Die Bewohner werden entsprechend ihrer Vorlieben und Fähigkeiten in den Alltag eingebunden. Die Pflege wird in den Alltag integriert. Das Leben in der Gemeinschaft vermittelt Sicherheit, Geborgenheit und Schutz (insbesondere für Menschen mit Demenz).

Um Quartierslösungen erfolgreich umsetzen zu können, braucht es nicht nur innovative Betreiber sondern auch eine entsprechende Raum- und Sozialplanung. Gleichzeitig stehen wir vor der Herausforderung einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit der Bewohner. Medizin und palliative Betreuung rücken zunehmend in den Fokus. Pflegeheime müssen sich zukünftig mehr denn je als Dienstleister positionieren, um zukunftsfit zu bleiben. Wurden Pflegeheime früher verwaltet, sind nun Managementkompetenzen der Heimleitungen gefragt.

Literatur:

Das Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet vom Kuratorium Deutscher Altershilfe, „Hausgemeinschaften. Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus“, Köln 2000

Organizers:



Partner:



Jiri Horecky

Größere Pflegeeinrichtungen = Schlechtere Lebensqualität: Wahrheit oder Mythos?



Jiří Horecký begann seine Arbeit als Direktor der Caritas in Tabor, später arbeitete er als Direktor eines Pflegeheimes in derselben Stadt. Heute ist er als Präsident der Union der Arbeitgebervereinigungen in der Tschechischen Republik und gleichzeitig als Präsident des Verbandes für Sozialpflegeanbieter in der Tschechischen Republik aktiv. Er ist Mitglied des Regierungsrates für Senioren, des Regierungsrates für Suchtpolitik und Mitglied des Regierungsrates für öffentliche Verwaltung. Zudem fungiert er auch als Berater des Ministers für Arbeit und soziale Angelegenheiten. Auf europäischer Ebene ist er Mitglied der Geschäftsleitung der European Association EAHSA. 2016 wurde er zum Präsidenten des E.D.E. (European Association for Directors and Providers of Long-Term Care Services for the Elderly) gewählt. Jiří Horecký hat insgesamt Bachelor, zwei Mastertitel und einen Dokortitel in wissenschaftlichen Bereichen der Verwaltung und der Wirtschaft.

Langzeitpflege für ältere Menschen erlebt wesentliche Veränderungen in ganz Europa. In diesem Bereich werden wir mit Arbeitskräftemangel und mangelnden finanziellen Ressourcen konfrontiert. Gleichzeitig spüren wir Qualitätserhöhung, aber auch den Druck, immer besser zu werden.

Wir führen eine Fachdebatte darüber, wie Pflege zu leisten ist, sowie Diskussionen über integrierte Pflege, Desinstitutionalisierung, spezielle Zielgruppen wie Demenzerkrankte, Engagement von Familienmitgliedern, soziale Dienste, ethische Fragen etc.

Unter den Themen, die diskutiert werden (in einigen europäischen Ländern intensiver, in anderen wiederum weniger intensiv), taucht die Frage nach der Kapazität der Pflegeheime auf oder auch im Allgemeinen danach, wie ein „gutes und richtiges“ Pflegeheim für ältere Menschen aussehen sollte, was die ideale Größe ist oder auch ob es sie überhaupt gibt? In einigen EU-Mitgliedstaaten wird die Größe der Pflegeheime reduziert. In anderen bleibt sie stabil. Wie ist die aktuelle Lage in Europa in diesem Kontext? Wie sind die Kapazitäten und die Größen der Pflegeheime in bestimmten EU-Staaten?

Es gibt Pflegeheime mit Hunderten von Betten, sowie kleinere mit beispielsweise nur zehn Betten. In einigen Ländern wird zusätzlich eine andere wichtige Debatte geführt: Sollte der Staat oder die Europäische Kommission die maximale Pflegeheimkapazität bestimmen?

Wenn man vor der Entscheidung steht, wie groß ein Pflegeheim sein sollte, muss man sich zuerst, unter anderen Fragen, zwei Kernfragen stellen, oder besser noch zwei grundlegende Tatsachen bedenken. Wie wird es mit der wirtschaftlichen Effizienz stehen sowie wie soll und kann die Größe des Pflegeheims die Qualität der erbrachten Dienste und somit die Lebensqualität der Pflegeheimbewohner beeinflussen? Was sind die entscheidenden Qualitätsdeterminanten und -indikatoren, die beachtet werden müssen?

Und schließlich sollen und müssen wir uns auch selbst fragen, ob es nur ein universelles Modell einer stationären Langzeitpflege gibt, das für alle passend und am besten ist.

Romain Gizolme

Citoyennage: : Ältere Menschen sprechen, das Personal ist ganz Ohr



Direktor von AD-PA, Projektmanager von Citoyennage, Psychologe und Ethnologe

Dank regelmäßig organisierten Treffen und alljährlichen Konferenzen gibt die Initiative AD-PA den älteren, pflegebedürftigen Menschen die Gelegenheit, ihre Überlegungen und Bedürfnisse zu teilen sowie ihr eigenes alltägliches Leben zu beeinflussen.

AUSGANGSPUNKT

Trotz Schwierigkeiten, die mit dem Alterungsprozess und oft auch mit Behinderung verbunden sind, können gerade die älteren Menschen, die Pflege in speziellen Einrichtungen oder zu Hause bedürfen, am besten über hohes Alter sprechen, den Alltag der Senioren und darüber, wie man seine Qualität verbessern kann. Oft sprechen jedoch Pflegemitarbeiter oder Familienmitglieder im Namen der älteren Personen, was das Risiko beinhaltet, dass ihre wahren Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche nicht berücksichtigt werden. Um den Senioren das Wort zu übergeben und ihnen erlauben, ihre Bürgerrechte vollständig zu nutzen, leitete der Verein der Direktoren der Seniorenpflegeeinrichtungen (L'Association des Directeurs au service des Personnes Agées – AD-PA) das Projekt Citoyennage ein.

HANDLUNGSUMFANG

Das Projekt Citoyennage wurde 1996 von AD-PA ins Leben gerufen, das 2000 Direktoren von Seniorenpflegeeinrichtungen oder Einrichtungen, die häusliche Pflege anbieten, zusammenschließt.

Bei seinen Aktivitäten vor Ort stützt sich Citoyennage auf lokale Vertreter in den einzelnen Regionen und Departements und nimmt dabei auch die Unterstützung seiner Mitglieder in Anspruch. Seit seiner Entstehung entwickelte sich Citoyennage in vier Regionen: Auvergne, Bretagne, Île-de-France und Rhone-Alpen. Das Projekt umfasst Gruppen von freiwilligen Senioren aus etwa 50 Einrichtungen. Insgesamt, je nach dem Jahr, nahmen an ihm zwischen 250 und 300 Personen pro Jahr teil.

HANDLUNGSBEREICH

Die Mission von Citoyennage (der Name des Projektes rührt aus den Abkürzungen der Wörter „citoyenneté“ – Bürgerschaft und „grand âge“ – hohes Alter her) besteht darin, den Senioren die Chance zu geben, zu den für sie wichtigen Fragen ihres Alltags das Wort zu ergreifen, was dank regelmäßigen Treffen im Laufe des ganzen Jahres möglich ist.

Jedes Jahr umfasst das Projekt Citoyennage drei Etappen:

- Im regionalen Seminar entscheiden sich die freiwilligen älteren Menschen, die sich unter der Obhut von den sich am Projekt beteiligenden Einrichtungen und Zentren der häuslichen Pflege befinden, für ein Thema zu Erwägungen für das jeweilige Jahr.
Bisher wurden u. a. folgende Fragen aufgeworfen:
 - Gestaltung und Sozialleben
 - Rolle und Beteiligung der Familie, Verhältnisse mit dem Umfeld
 - Wie bleibt man Bürger in einem Pflegeheim
 - Wie bleibt man ein aufgeschlossener Mensch...um sich weiter zu entfalten
 - Solidarität zwischen Generationen
- Einige Wochen lang arbeiten die Teilnehmer an gegebenen Fragen und treffen sich dabei in ihren Einrichtungen sowie nehmen an Treffen von Personen aus unterschiedlichen Zentren teil.
- Es werden auch 2- bis 3-tägige regionale Konferenzen organisiert, die in gemütlichen Orten außerhalb der Pflegeeinrichtungen stattfinden, damit die Teilnehmer die Diskussion zum ausgewählten Thema vertiefen können.

Als Ergebnis dieser jährlichen Treffen entstehen Berichte mit konkreten Empfehlungen und Vorschlägen, die dann von den Citoyennage-Mitgliedern in den einzelnen Einrichtungen und Zentren, die häusliche Pflege bieten, umgesetzt werden können.

KONKRETE MAßNAHMEN

- Einrichtungen, die sich am Projekt beteiligen: Organisation von einführenden Treffen, Konferenzfinanzierung (Miete, Übernachtungen, etc.) und Auswahl der für das Projekt verantwortlichen Person
- Weiterbildung von Fachleuten: während der Seminare werden 2- bis 3-tägige Schulungen für Altenpfleger organisiert
- Zuschüsse: finanzielle Unterstützung von lokalen Organisationen, Stiftungen, etc.

ERGEBNISSE UND WEITERE PERSPEKTIVEN

- Für Senioren ist Citoyennage ein Weg zur Steigerung ihrer Autonomie und Aktivität, wobei sie auch einen direkten Einfluss auf ihre Lebensqualität haben können. Das Projekt schafft ein Forum, wo die Senioren das Wort ergreifen und ihre Erfahrungen austauschen können. Gleichzeitig stärkt es soziale Beziehungen und Kontakte zwischen einzelnen Pflegeeinrichtungen und Zentren der häuslichen Pflege sowie befördert gute Praktiken. Dank Citoyennage kann man in den einzelnen Strukturen auch potenzielle Kandidaten für CVS (Räte für das Sozialleben) auswählen.
- Vor den Betreuern eröffnet Citoyennage die Chance, die zweite Seite zu hören und Distanz zu nehmen sowie regt zur Reflexion über die eigene Berufspraxis an. Dies ist auch ein alternativer Weg, engere Beziehungen mit eigenen Schützlingen herzustellen.
- Den Direktoren von den Pflegeeinrichtungen erlaubt das Projekt, die Qualität der Maßnahmen zu erhöhen, und ermöglicht es, den Senioren den ihnen zustehenden Platz wieder einzuräumen.

MAßNAHMEN ZUR ENTWICKLUNG DES PROJEKTES

- Sicherstellung der bestmöglichen Werbung für das Projekt, um möglichst viele Menschen zu mobilisieren
- Sorge dafür, dass das Projekt in den einzelnen Einrichtungen eine konkrete Form annimmt und eigene Dynamik entwickelt
- Erstellen von Berichten aus den alljährlichen Konferenzen, die konkrete Vorschläge beinhalten, die für Senioren und entsprechende Einrichtungen umsetzbar sind.

ZUSAMMENFASSUNG

Dank Citoyennage können wir die Rollen gewissermaßen umdrehen: diesmal sprechen die älteren Menschen und ihre Betreuer hören ihnen zu. Dieses Projekt ist jedoch für alle von Nutzen. Die Senioren bekommen die Möglichkeit zurück, zu handeln, die Betreuer erfahren eine neue Art der Beziehungen mit den Schützlingen, die oft anregend ist, und die Direktoren bekommen einen Anstoß zu neuen Aktivitäten in ihren Einrichtungen.

Organizers:



Together we change
the world



European Association
for Directors and Providers
of Long-Term Care Services
for the Elderly



Polish Association
of Organisers and Managers
of Social Welfare
and Health Protection



Polish Society
of Long-Term Care

Partner:



Thomas Klie

“Pflege und Heilung”



Thomas Klie, PhD, Rechtsanwalt und Professor für Gerontologie an der Universität Klagenfurt (Österreich) und der Evangelischen Hochschule in Freiburg (Deutschland). Seine hauptsächlichen Themen in seiner wissenschaftlichen Arbeit am Institut für Sozialforschung (AGP) sind demographische und soziale Veränderungen in der modernen Gesellschaft, Gewalt gegen ältere Menschen und Sozialplanung für ältere Menschen auf der kommunalen Ebene. Seit 2013 ist er Vorsitzender des zweiten Verpflichtungs-Berichts der Kommission der Bundesregierung für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Pflege in Cure und Care „zerlegen“, medizinischen Sichtweise wieder Eingang gewähren in die Pflegediskussion, die endlich ein ganzheitliches Verständnis von Pflege hat entwickeln und pflegewissenschaftlich etablieren können? In verschiedenen Zusammenhängen – etwa im Rahmen der Diskussion um eine Strukturreform Pflege und Teilhabe¹ oder dem Projekt Herausforderung Pflege² wird zur Profilierung des Verständnisses von Pflege, von Aufgabenbereichen und Verantwortungsfeldern, aber auch der im Bereich der Langzeitpflege tätigen Berufsgruppen wird mit einer Differenzierung in Care und Cure gearbeitet. Die Differenzierung ist in der anglo-amerikanischen Sprache eingeführt, kennt aber im Deutschen keine Entsprechung. Ob die Differenzierung taugt, bedarf der ausführlichen Diskussion. Es kann eingewandt werden, dass eine (künstliche) Trennung zwischen und in Care und Cure einem ganzheitlichen Pflegeverständnis, das sich in den letzten Jahren mühsam etabliert hat, zuwiderläuft. Diesem Einwand läge ein Missverständnis zugrunde, denn die Differenzierung in Care und Cure soll weder ein ganzheitliches Menschenbild noch ein ganzheitliches Verständnis von Pflege und Versorgung infrage stellen. Die Differenzierung knüpft vielmehr an der häuslichen Pflegesituation an. Hier übernehmen die Aufgaben der Sorge, der Fürsorge, der Besorgung, der Versorgung – also Care oder das Caring – in aller Regel die Familienangehörigen, Freunde und zum Teil auch Nachbarn im Sinne eines „Unterhaltsverbandes“. Die Fachpflege hat bei ihrem Tätigwerden zwar die gesamte „Sorgesituation“ im Blick, beschränkt sich aber in ihrem Handeln auf bestimmte Aufgaben, die unter dem Terminus Cure subsumiert werden können. Diese Konzentration auf Cure Aufgaben entsteht nicht nur, weil die Fachpflege nicht für alle Aufgaben bezahlt wird, sondern weil die Sorge, also Care, im Kern Aufgabe des jeweiligen „Unterhaltsverbandes“ ist und bleibt³.

Erweitert auf ein modernes Verständnis von Pflege, im Sinne von Cure, übernimmt die in der häuslichen Versorgung tätige Fachpflegekraft ganz wesentlich die Planung, Aushandlung und Steuerung des Pflegeprozesses. Ein solches aus der häuslichen Versorgungssituation entwickeltes Rollenkonzept und Aufgabenprofil der Fachpflege lässt sich weniger auf den klinischen dafür, in jedem Fall auf den Bereich

¹ Hoberg/Klie/ Künzel 2013 Strukturreform Pflege und Teilhabe Freiburg

² AGP Freiburg (Hg.) (2014): Herausforderung Pflege – Modelle und Strategien zur Stärkung des Berufsfeldes Altenpflege. Abschlussbericht. www.agp-freiburg.de

³ Vgl. zur Sorgediskussion: Klie, Thomas (2014): Sorgende Gemeinschaft- Blick zurück oder nach vorne? Geteilte Verantwortung oder Deprofessionalisierung? Was steckt hinter den Caring Communities? In: Praxis PalliativeCare; demenz; Praxis Pflegen (23), S. 20–22. Kellehear, Allan (2005) Compassionate Cities, Public health and end of life care. New York, London

kollektiver Versorgungsformen in Wohngruppen oder Heimen übertragen. Auch hier lässt sich der Kern professionellen Pflegehandelns auf die Steuerung des Pflegeprozesses beziehen und auf die Übernahme von anspruchsvollen handwerklichen Tätigkeiten, die in der pflegewissenschaftlich überkommenen Differenzierung zwischen Grund- und Behandlungspflege⁴, im Sozialrecht aber eingeführten Begriffen, letzterer zuzuordnen wäre.

Das Caring, im Sinne der Sorge für das Wohlergehen eines Menschen, obliegt im häuslichen Bereich zunächst einmal den Angehörigen und anderen für die betroffene Person bedeutsamen Menschen, die Verantwortung (Sorge) für ihn tragen. Die Verantwortung für das Caring in diesem Sinne gehört nicht zu den Kernaufgaben der Professionellen in der Pflege, der Blick auf das Caring allerdings. Bisweilen liegt die Care Verantwortung auch in den Händen anderer Professionen, beispielsweise der Sozialen Arbeit, wenn es im Wesentlichen um die Bewältigung komplexer sozialer Krisensituationen geht.

Die Sorge das Sorgetragen, gehört keinesfalls allein in den Verantwortungsbereich der Pflege gehören. Deutlich wird aber auch, dass gerade in der Langzeitpflege, Cure immer eingebunden ist in die ganze die Person einbeziehende Interaktion und das Caring, als das Sorgetragen, für das Wohlbefinden eines Menschen in einer schwierigen, durch Krankheit oder Pflegebedürftigkeit geprägten Lebenssituation, zentral ist.

Angesichts der knappen Ressource der Fachkräfte wird man in der Zukunft– auf den aufgaben- und kompetenzbezogenen Einsatz von Fachkräften der Pflege achten müssen. Eine Vorstellung, dass Fachkräfte der Pflege insgesamt, vorrangig oder ausschließlich für die gesamte Sorge der auf Pflege angewiesenen Menschen zuständig sind, ist nicht nur unrealistisch und unfinanzierbar: Eine solche Vorstellung entspricht auch nicht einem aufeinander abgestimmten Verständnis von Professionen, die die Sorgefähigkeit des Einzelnen, von Familien, von Lebens- und Wohngemeinschaften in ihrer jeweiligen Lebensweise und Kultur stützen sollen⁵.

Das Füreinander-Sorgen ist und bleibt eine zentrale Äußerung menschlicher Solidarität in wie auch immer gearteten Formen des Zusammenlebens und Unterhaltsverbänden. Die Differenzierung in Care und Cure leitet sich also zum einen aus einem konsequenten Anknüpfen an häusliche Versorgungssituationen von auf Pflege angewiesenen Menschen her. Hier haben Fachpflegekräfte regelhaft nur eine Unterstützungsfunktion. Sie leitet sich auch aus dem Respekt vor der Lebenswelt eines Menschen ab, die in ihrer eigenen Wirklichkeit geachtet werden will und in ihrer Selbstsorgefähigkeit zu stärken ist.

Die Unterscheidung von Care und Cure reflektiert ebenso, inwieweit das Sorgetragen mit und ohne sogenannte Pflegebedürftigkeit in den Aufgabenbereich von Pflegefachkräften fällt; andere Berufsgruppen tragen ebenso dazu bei, wie etwa informelle Helfer und Ehrenamtliche. Schließlich reflektiert die Unterscheidung zwischen Care und Cure die knappe Ressource qualifizierter Fachkräfte der Pflege im Zusammenhang mit der Notwendigkeit, die Gesundheitsberufe neu zu ordnen und in den ihnen übertragenen Funktionen und zugeordneten Kompetenzen durchlässiger zu machen⁶.

Die Differenzierung in Care und Cure dient u.a. einer besseren Strukturierung des Aufgaben- und Verantwortungsfeldes in der Langzeitpflege, der Gewinnung von Rollenklarheit und Aufgabendifferenzierung zwischen unterschiedlichen Professionen, Berufsgruppen sowie Ehrenamtlichen und informellen Helfern. Der Fachpflege werden in diesem Zusammenhang zentrale Steuerungs- und Verantwortungsaufgaben, zugeordnet.

⁴ Vgl. zur Abgrenzungsproblematik: Klie, Thomas (2014): LPK SGB XI vor §§ 14 ff Rz .8, in: Klie/Krahmer/ Plantholz (Hg.): Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. 4. Aufl., Baden-Baden, 231-279

⁵ Klie, Thomas (2014): Wen kümmern die Alten, München

⁶ vgl. Robert Bosch Stiftung(Hg.) (2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven, eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart

Dabei tragen sie Mitverantwortung für das Care, für die Sorge um das Wohlbefinden, für den gelingenden Alltag, die Bewirtschaftung des Lebens. Sie betten ihre pflegfachliche Tätigkeit ein in die gesamte Sorge und unterstützen diese. In der pflegewissenschaftlichen Literatur heißt es: „The essence of nursing is care“. Dieser Satz ist ein Schlüsselsatz zur Bestimmung des Verhältnisses von Care und Cure.⁷

Nursing im Sinne der beruflichen Pflege zielt auf Caring, wie es auch Leiningers Theorie der kulturspezifischen Fürsorge betont,⁸. Sie beschreibt Care als Kern von Heilung, Gesundheit und menschlichem Wachstum, Entwicklung, Überleben und Umgang mit dem Tod. Fürsorge wird pflegetheoretisch zum Kern und Mittelpunkt der Pflege, allerdings nicht unbedingt im Handeln, sondern in ihrer Ausrichtung auf die Wiederherstellung der Selbstpflege bzw. auf die Autonomie des Individuums durch die Unterstützung von Pflege. Orem spricht in diesem Zusammenhang von drei Handlungsdimensionen: edukativ, teilkompensatorisch und vollkompensatorisch⁹). An der Handlung selbst, also am sorgenden Tun, werden in vielfältiger Weise auch andere Personen und Rollenträger beteiligt.

Die Ausrichtung des Nursing auf Care ist auch im Zusammenhang mit der Emanzipation der Pflegeberufe aus der (lange Zeit männlich) dominierten Medizin zu sehen. Im Cure-System, gerade bezogen auf die Langzeitpflege, sind die Theorien zum Caring aus der Pflegewissenschaft bereichernd und in der Lage, substantielle Fragen des auf Pflege angewiesenen Menschen besser aufzugreifen, als eine kurative Medizin es kann. Dies ändert aber nichts daran, dass die Fachpflege, mit ihrer Care-Orientierung auf ein bestimmtes Funktions-, Kompetenz- und Rollenkonzept verwiesen ist, dass sie nicht in der alltäglichen Sorge verortet, sondern in der spezifisch fachpflegerischen Sorge.

Leistungsrechtlich bietet die Differenzierung in Cure und Care die Möglichkeit, die Diskussion um die Finanzierung von fachpflegerischen Leistungen aus dem im Detail weithin intransparenten Leistungsgeschehen in der Langzeitpflege zu holen: Einen Anspruch auf fachpflegerische Begleitung muss jedem auf Pflege angewiesenen zustehen, unabhängig des von ihm gewählten Regimes häuslicher Pflege (Pflegegeld, Sachleistungen oder Kombileistung). So sollte der Anspruch auf fachpflegefrische Begleitung aus dem SGB XI in das SGB V verlagert werden. Die Care Leistungen könnten sodann wesentlich flexibler als Sachleistungsbudget gewährt und den lebensweltlichen Ressourcen und Präferenzen entsprechend eingesetzt werden¹⁰. So kommt der Unterscheidung zwischen Cure und Care eine nicht zu unterschätzende politische Bedeutung zu, die in der pflegewissenschaftlichen Diskussion bislang noch nicht wirklich erkannt wurde.

Am Ende der Diskussion wird nicht Cure und Care in die deutschen Gesetzbücher Eingang finden, sondern eine belastbare Profilierung professioneller Pflege stehen, das wäre zu hoffen. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, der weiterhin hauswirtschaftliche und auch Ausschnitte von Teilhabebedarfe(n) aufnehmen soll, kann und darf keineswegs als Beschreibung der Domäne von Fachpflege dienen. Darum verlangt auch einer Pflegebedürftigkeitsbegriff nach Profilierung der professionellen Pflege – egal in welcher Begrifflichkeit.

⁷ vgl. Leininger (1984): Care – The Essence of Nursing and Health. Detroit

⁸ vgl. Leininger (2002): Cultural Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. In: Journal of Transcultural Nursing 13 (3), S. 189–192

⁹ vgl. Orem, Dorothea.E. (1995): Nursing: concepts of practice. 5th. edition. St. Louis, MO: Mosby

¹⁰ Vgl. Heinze/Klie/Kruse (2015): Neuinterpretation des Subsidiaritätsprinzips und wohlfahrtsstaatliche Herausforderungen im demographischen und sozialen Wandel in: Sozialer Fortschritt (i.E.).

Anna Jorger

Neue Bedürfnisse der Babyboomer-Generation



Anna Jorger ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich „Menschen im Alter“ beim Verband CURAVIVA, der Schweizer Organisation für Pflegeeinrichtungen und soziale Institutionen.

Die Generation der Babyboomer hat sowohl mit Blick auf ihre zahlenmässige Stärke als auch hinsichtlich der Werte, Einstellungen und Lebensstile, die sie mitprägten, eine grosse gesellschaftliche Bedeutung. Entsprechend wichtig sind die Bedürfnisse dieser Generation für die Gestaltung von Strukturen und Dienstleistungen für die ältere Generation von morgen. Der Vortrag möchte der Frage nachgehen, wie künftige Strukturen und Dienstleistungen für das Wohnen und Leben mit Unterstützungsbedarf aussehen müssen, damit ein erfolgreiches Altern der Babyboomer möglich wird. In der vorliegenden Zusammenfassung wird der Blick auf die Situation in der Schweiz gerichtet, es bleibt aber im Rahmen des Referats zu diskutieren, wo Parallelen oder Divergenzen auf internationaler Ebene zu finden sind.

Wer sind die Babyboomer?

Der Begriff der Babyboomer bezeichnet die Generation der geburtenstarken Jahrgänge in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg bis etwa Mitte der 1960er-Jahre. Dabei lassen sich in den einzelnen Ländern zu verschiedenen Zeitpunkten und in unterschiedlichem Ausmass Geburtenspitzen aufzeigen (siehe im Detail Menning & Hoffmann, 2009, insb. S. 6ff.). In der Schweiz kam es zu einem ersten Geburtenanstieg noch während des Krieges, namentlich zwischen 1943 und 1950, gefolgt von einem zweiten Anstieg zwischen 1957 und 1966 (vgl. Höpfinger & Van Wezemaal, 2014, S. 35f.).

Diese heute 50- bis 75-jährigen Babyboomer erlebten ihre Sozialisations- und Erwerbsphase im Kontext spezifischer sozialer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, die sich jedoch national auch unterschiedlich ausgestaltet haben können. Zu denken ist etwa an die Expansion des Bildungssystems, die Friedensbewegung und an die Entstandardisierung vieler Lebensbereiche, was grössere Wahlmöglichkeiten z.B. in Bezug auf Beruf und Beziehung entstehen liess (vgl. Bachmaier, 2015, S. 24).¹¹ Solche Rahmenbedingungen prägten die Lebensbiografien, aber auch die Werthaltung und Einstellung dieser Babyboomer-Generation. Zudem haben die Babyboomer auch in demografischer Hinsicht einen Einfluss auf die Gesellschaft: Aktuell kommt diese zahlenmässig bedeutsame Gruppe der Babyboomer allmählich ins Alter, parallel dazu haben diese selber weniger Kinder zur Welt gebracht als ihre Eltern. Zusammen mit dem Anstieg der Lebenserwartung – insbesondere älterer Menschen – ergibt sich daraus eine «doppelte demografische Alterung» (vgl. Höpfinger & Van Wezemaal, 2014, S. 31f.; Höpfinger & Perrig-Chiello, 2009, S. 13ff.).

¹¹ Für die Schweizer Babyboomer siehe im Detail Höpfinger & Van Wezemaal (2014, S. 18). Zu den Besonderheiten der Nachkriegsjahre insgesamt siehe Menning & Hoffmann (2009, S. 6).

Anforderungen der Babyboomer an das Leben und Wohnen im Alter

Im Folgenden werden einige für den schweizerischen Kontext relevante Aspekte beispielhaft herausgegriffen, die für die ältere Generation von morgen und die Anforderungen an ein Leben und Wohnen im Alter in Zukunft wichtig sein könnten.¹²

Aufgrund der allgemeinen steigenden Lebenserwartung werden die späten Lebensjahre der Babyboomer an Dauer zunehmen (vgl. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, S. 23). Die nachberufliche Lebensphase wird zudem durch einen vermehrt aktiven Lebensstil geprägt sein, begünstigt durch die steigende behinderungsfreie Lebenserwartung, aber auch durch die gute wirtschaftliche Situation zumindest eines Teils der älterwerdenden Babyboomer (vgl. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, 18 & 38; Höpflinger & Perrig-Chiello, 2009, S. 19f. & 63). Das Leben in einer mobilen und sich verändernden Gesellschaft hat die Babyboomer zu einer innovativen und lernbereiten, aber auch gegenüber technischen Neuerungen offenen Generation werden lassen, ebenso wie Verkehrsmobilität ein Thema der jüngeren älteren Generation ist (vgl. Höpflinger & Perrig-Chiello, 2009, S. 20, 42 & 76). Andererseits zeigt sich in den letzten Jahren eine Zunahme von Einpersonenhaushalten, was im Zusammenhang steht «(...) mit einer verbesserten wirtschaftlichen und sozialen Selbstständigkeit, mit der erhöhten Scheidungshäufigkeit im höheren Alter sowie einer verstärkten Individualisierung neuer Rentnergenerationen – vor allem älterer Frauen (...)» (Höpflinger & Perrig-Chiello, 2009, S.114).

Seit einigen Jahrzehnten zeichnet sich in der Schweiz der Wandel weg von Altersheimen hin zu Pflegeheimen mit einem zunehmend höheren durchschnittlichen Eintrittsalter ab, während parallel dazu ambulante Dienstleistungen sowie alternative Wohnformen für Menschen im Alter ausgebaut werden (vgl. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, 144f.). Dies entspricht dem Bedürfnis vieler älterer Menschen, möglichst lange im eigenen Zuhause leben zu können, auch dann, wenn Unterstützung oder gar Pflegeleistungen nötig werden (vgl. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, S. 147). Dennoch ist dieser Wunsch danach, zu Hause alt werden zu können, wie Van Wezemaal (2014, S. 211 & 213f.) feststellt, noch immer mehr «Votum statt Datum». Mit den Babyboomern, die künftig vermehrt auf Unterstützung angewiesen sein werden, ergibt sich eine neue Dringlichkeit, bedürfnis- und altersgerechte Wohnsituationen zu schaffen. Im Folgenden soll das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA Schweiz vorgestellt werden. Dieses Modell ist eine Vision, in welche Richtung sich die Alterspflege entwickeln muss, um ein erfolgreiches Altern der älteren Generation von morgen ermöglichen zu können.

Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA Schweiz

Im Wohn- und Pflegemodell 2030 wird die Alterspflege nicht mehr als ein «Gebäude» verstanden, sondern als ein Dienstleistungsunternehmen, das dezentral, also vor Ort im Daheim funktioniert: Unterstützungsbedürftige Menschen erhalten sowohl Pflege als auch Unterstützung im Haushalt oder bei alltäglichen Aktivitäten in ihrer bevorzugten Wohnumgebung. Diese Wohnumgebung kann eine Alterswohnung oder aber die angestammte Wohnung sein. Für Menschen mit besonderen Pflegebedürfnissen, etwa aufgrund einer Demenzerkrankung oder am Lebensende (Palliative Care), stehen spezialisierte Pflegeangebote zur Verfügung. Stationäre und ambulante Angebote stehen also gleichberechtigt nebeneinander und ergänzen sich, wo immer möglich.

Mit der Rückführung des Wohnens und Lebens von älteren Menschen in grundsätzlich jeder Altersphase in den Sozialraum wird auch die niederschwellige Unterstützung im Rahmen des Quartiers und der Nachbarschaft einbezogen. Parallel dazu bestehen professionelle Dienstleistungen (Gesundheit und Hotellerie), die je nach

¹² Diese verallgemeinerte Darstellung soll nicht implizieren, es handle sich bei den Babyboomern um eine heterogene Gruppe. Vielmehr handelt es sich um eine sowohl in demografischer als auch in soziologischer Hinsicht facettenreiche Generation (vgl. Guberman et al. 2011, S. 1143).

Bedürfnissen und Situation abgerufen werden können. So sollen jeder Altersphase, aber letztlich jeder Bedürfnislage entsprechende und damit verhältnismässige Unterstützungsleistungen zugänglich sein. Damit werden die bestehenden Ressourcen älterer Menschen gefördert, während die fehlenden Fähigkeiten mittels Unterstützungsleistungen formell und informell kompensiert werden.

Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA Schweiz knüpft an die Erfahrungen und Entwicklungen innerhalb der Branche der Schweizer Alters- und Pflegeheime der letzten Jahrzehnte an und führt diese unter Berücksichtigung von insbesondere zwei gerontologischen Ansätzen zu einem kohärenten Ganzen, zu einer Vision zusammen. Dabei ist einerseits die psychologische Theorie zum «erfolgreichen» oder «guten Altern» nach Baltes & Baltes (1992, insb. S. 28ff.) von Bedeutung. Erfolgreiches Altern bezieht sich dabei auf die gelungene Adaption an die im Alter auftretenden biologischen, psychologischen und sozialen Veränderungen mittels dreier unterschiedlicher Strategien. Bei der «Optimierung durch Selektion und Kompensation» werden Kapazitätsreserven gestärkt (Optimierung), während gewisse Lebensbereiche und -ziele den veränderten Gegebenheiten angepasst werden (Selektion) und Kompensationsprozesse betreffend Funktionseinschränkungen einsetzen. Beim zweiten theoretischen Anknüpfungspunkt wird die Übereinstimmung oder «Passung» zwischen Mensch und Umwelt (engl. «Person-Environment-Fit») nach Kahana et al. (2003) als ausschlaggebend für die Befriedigung der Bedürfnisse älterer Menschen gesehen. Den beiden Ansätzen gemeinsam ist die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen älterer Menschen und an der Bereitstellung einer Umwelt, welche die Befriedigung der Bedürfnisse bei gleichzeitiger Berücksichtigung und Förderung bestehender Ressourcen ermöglicht. Das Alter wird dabei als ein gestaltbarer Lebensabschnitt betrachtet.

Quellenangaben:

Bachmaier, H. (2015). Lektionen des Alters. Kulturhistorische Betrachtungen. Göttingen: Wallstein.

Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1992). Problem «Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung». In Baltes P. B. & J. Mittelstrass (Hrsg.), Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, Berlin: Walter de Gruyter, 1–34.

CURAVIVA Schweiz (2016): Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA Schweiz. Die Zukunft der Alterspflege. Besucht am 02.08.2017 auf:

<https://www.curaviva.ch/files/O4TWKFK/fact sheet das wohn und pflegemodell 2030 von curaviva schweiz mai 2016.pdf>

Guberman, N., Lavoie, J.-P., & Olazabal, I. (2011). Baby-boomers and the 'denaturalisation' of care-giving in Quebec. In Ageing and Society, 31(7), 1141–1158.

Höpflinger, F. & Perrig-Chiello, P. (2009). Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.

Höpflinger, F. & Van Wezemael, J. (Hrsg.) (2014). Age Report III: Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Zürich & Genf: Seismo.

Kahana, B., Kahana, M., Kahana, E. & Lovegreen, L. (2003): Person, Environment, and Person-Environment Fit as Influences on Residential Satisfaction of Elders. In Environment and Behavior, 35(3), Thousand Oaks: Sage Publications, 434–445.

Menning, S. & Hoffmann, E. (2009). Die Babyboomer – ein demografisches Porträt. Report Altersdaten 2. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.

Van Wezemael, J. (2014). Über Massstäbe und Ideologien – Gedanken zum privaten Wohnen im Alter. In F. Höpflinger & J. Van Wezemael (Hrsg.), Age Report III: Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends. Zürich & Genf: Seismo, S. 211–222.

Zimmerli, J. (2014). Räumliche Entwicklung und Umzugsbereitschaft der Babyboomer. In F. Höpflinger & J. Van Wezemael (Hrsg.), Age Report III: Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends. Zürich & Genf: Seismo, S. 179–187.

Grażyna Wójcik

Management im Wandel der Zeit



Medizinische Universität der Universität Warschau, Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Direktorin von Home Health Care Ltd,
Präsidentin der Polnischen Pflege-Vereinigung.

Grażyna Wójcik hat viel Erfahrung in der Entwicklung von Pflege- und Gesundheitseinrichtungen auf nationaler wie regionaler Ebene. Im Laufe ihrer Karriere war sie Direktorin für Pflegedienste in einem Nationalen Institut, hauptverantwortliche Pflegebeamtin im polnischen Ministerium für Gesundheit und Leiterin der Postgradualen Pflegeausbildung an der Medizinische Schule in Warschau. Sie ist auch eine bekannte Expertin für Pflege auf europäischer Ebene (WHO, EFN). Seit 2004 ist sie Inhaberin und Managerin der Home Health Care Ltd., die häusliche Pflege in vier Regionen in Polen anbietet.

Fabio Bonetta

Die Rolle der Leitung einer Pflegeeinrichtung im Wandel



Fabio Bonetta arbeitet als Geschäftsführer einer öffentlichen Einrichtung, die Dienstleistungen für ältere Menschen anbietet. Er hat einen Abschluss in Recht und war 30 Jahre lang im Dienstleistungsbereich für ältere Menschen wie auch für Menschen mit Beeinträchtigungen (besonders mit visuellen Beeinträchtigungen) tätig. Er arbeitet mit verschiedenen Einrichtungen für soziale Dienstleistungen, Gesundheitsdienstleistungen und Langzeitpflegeanbietern zusammen. Bonetta hat unterschiedliche Artikel über Themen wie Wohlfahrt und die Organisation von Langzeitpflegeangeboten publiziert. In letzter Zeit arbeitete er auch mit großem Erfolg an der Verbindung von kulturellen Themen mit den Angeboten für Langzeitpflege.

Zu Beginn möchte ich gerne feststellen, dass das Management von sozialen Strukturen eine großartige Aufgabe ist, die es mir in erster Linie erlaubt, meine eigenen ethischen Werte und meine Fähigkeiten im Bereich der Verwaltung dafür anzuwenden, im Rahmen einer umfassenden Vision der Gesellschaft Qualität für das Leben von Menschen zu schaffen. Um das zu erreichen, muss man den Willen haben, in die Zukunft zu blicken und nach innovativen Prozessen und Zielen zu trachten.

Nach diesen Worten möchte ich mich nun vorstellen: ich lebe und arbeite in Triest, Italien. Diese Stadt hält einen europäischen Rekord, nämlich als eine der Städte mit dem höchsten Anteil an BewohnerInnen über 65 Jahren, es sind beinahe 30%. Seit 2003 bin ich Direktor eines öffentlichen Unternehmens, das persönliche Dienstleistung anbietet. Es wurde gegründet im Jahr 1818 und trägt den Namen Itis. Wir bieten Dienstleistungen für zuhause, halbstationär sowie stationär an, unsere Zielgruppe sind alte Menschen, die sich in einem gebrechlichen und unselbstständigen Zustand befinden. Unsere Einrichtung umfasst 441 Betten, ebenso Tageszentren für soziale Kontakte, betreute Tageszentren, eine Wohnanlage mit 20 Wohnungen und eine betreute Einheit mit 18 Wohnungen. Darüber hinaus unterstützen wir Familien durch Hausbesuche und bieten Gesundheitspflege nach einer akuten Phase für die Rehabilitation. Für unser Unternehmen arbeiten 450 MitarbeiterInnen.

Das Management ist sehr komplex, es beinhaltet sämtliche verwaltungstechnischen, finanziellen und rechtlichen Aspekte, wie auch die Sphäre der sozialen Wohlfahrt: das Unternehmen ist völlig autonom von öffentlichen Geldern. Unsere Mittel stammen ausschließlich von den angebotenen Dienstleistungen und Vermögenserträgen. Über die letzten 20 Jahren haben sich Unternehmen wie Itis radikal verändert: von fast undifferenzierten Containern, die als Ghettos betrachtet wurden, von totalen Institutionen, die von den Stadtbewohnern wie mysteriöse Objekte beinahe ängstlich gemieden wurden, zu modernen Dienstleistungszentren, in denen Menschen ganz normal leben, arbeiten und Besuche abstatten. Sie sind heute ein Bestandteil der Stadtstruktur, junge Menschen besuchen darin ihre Großeltern und Urgroßeltern ohne Hemmungen oder negative Gefühle, zudem werden kulturelle und künstlerische Veranstaltungen für die gesamte Stadt angeboten.

Es war schwierig, die soziale Anerkennung der Stadtbevölkerung zu erhalten, aber heute ist gerade das unser eigentlicher Reichtum, der auch die volle Auslastung unserer angebotenen Betten und Dienstleistungen bedeutet, weil uns die Menschen vertrauen und von der Qualität unserer Arbeit überzeugt sind, was sie auch zum Ausdruck bringen. Das ist unser unschätzbare immaterielles Vermögen. Als Direktor ist man ein Manager, ein Coach für ein Team von MitarbeiterInnen, das schrittweise ein Bewusstsein von dem Wert ihrer Arbeit und

dem großen Effekt auf Menschen erlangt, die uns nach effizienten und nachhaltigen Lebensprojekten fragen, in denen die persönliche Würde respektiert und verwirklicht wird. Der Weg der Veränderung war radikal, denn es ist immer sehr schwierig, die Routinen und Gewohnheiten, an die man schon jeher gewöhnt ist, zu verändern. An dieser Stelle kommt die Rolle des Direktors zum Tragen: er muss in der Lage sein, die sozialen Bedürfnisse zu erkennen, er muss die Demut und Ausdauer haben um kontinuierlich zu lernen, herausragende Beispiele zu studieren und erfolgreich ein umfassendes Managementmodell für den Kontext zu schaffen, in dem er lebt und arbeitet. Neugier und Liebe für die Arbeit sowie starke ethische Werte sind fundamental für seine Arbeit. Er muss sich um alle Rollen und Funktionen kümmern, als Haupt der Familie einen Stil bewahren und die Verantwortung für die Gemeinschaft tragen. Das Bewusstsein, dass meine Arbeit entscheidend für das Leben vieler gebrechlicher Menschen und ihre Familien ist, ist die wichtigste Grundlage. Das ermöglicht mir, Entscheidungen und Vorschläge zu machen, die in Qualität und Effizienz resultieren.

Heute stellt die italienische Gesellschaft noch sicher, dass alte Menschen Zugang zu Renten in einer bestimmten Höhe haben, was es den Familien ermöglicht, die Kosten zu tragen und Verpflichtungen einzugehen, die aus der Unselbstständigkeit resultieren. Das ist eine Tatsache, aber in Zukunft wird sie nicht mehr gesichert sein, weil die durchschnittliche Lebenserwartung ansteigt und die Anzahl der alten Menschen einen immer größeren Anteil der Bevölkerung ausmachen wird. Aus diesen einfachen Gründen ist es noch wichtiger an die Zukunft zu denken. Die Zukunft gründet auf Wissen und der gewonnenen Erfahrung, in der aufmerksamen Interpretation der Gegenwart, aber auch auf dem Bewusstsein von der Notwendigkeit, die Zukunft der persönlichen Dienstleistung zu gestalten. Wir dürfen nicht aufhören, sonst sind wir verloren. Es ist manchmal außerordentlich schwierig politischen Entscheidungsträgern diese Tatsachen zu vermitteln. Es herrscht die Gewohnheit vor, auf das Heute zu blicken, ohne eine Perspektive über die nächsten Wahlen hinaus. Jeder Manager weiß, dass die Erfordernisse und Ziele des Managements in öffentlichen Einheiten oft von den politischen Entscheidungen bzw. in privaten Einheiten von den Zielen der Eigentümer abhängen. Der Direktor ist in der Rolle eines Bindegliedes zwischen den operativen Tatsachen, den Bedürfnissen der Menschen und Mitarbeiter sowie zwischen den Entscheidungen und Zielen von jenen, die den Manager berufen. Dieser Faktor ist nicht einfach zu handhaben. Das Gleichgewicht ist ein schmaler Grat: in vielen Fällen sind die Ziele unterschiedlich und die Fähigkeit zu vermitteln muss hoch entwickelt sein, mit einem hohen Level an menschlichen und professionellen Kompetenzen. Aber das ist eine entscheidende Eigenschaft der Rolle des Direktors.

Die Zukunft ist in der Gegenwart verankert und ein Referenzpunkt für sämtliche Bedürfnisbereiche, die sich aus dem fortschreitenden Alter ergeben. In den Dienstleistungszentren sollen Familien und alte Menschen Aufmerksamkeit erfahren und jemanden finden, der ihnen zuhört, aber auch Kompetenz und qualifizierten, wirksamen Rat. Die Angebote müssen alle Optionen umfassen, von der Unterstützung eines unabhängigen Lebens bis hin zur Unterbringung im Falle von Unselbstständigkeit, die nicht zuhause gemeistert werden kann. Die ideologische Opposition zwischen Hauspflege und Heimpflege ist dabei endlich zu eliminieren. Die beiden Formen erfordern einfach Professionalismus und Sozialkompetenz, sie müssen mit der Unterstützung von technologischen Innovationen in die Gesundheitsbetriebe integriert werden. Menschen, die sich an ein Dienstleistungszentrum für alte Menschen wenden, müssen wissen, dass sie angemessene Antworten für ihre Bedürfnisse finden werden, materieller und immaterieller Natur. Um diese Ziele zu erreichen ist es notwendig, die Logik des Managements mit einer neuen Mentalität anzugehen. Der Manager muss die mentale und physische Öffnung von Menschen und Räumen fördern, die soziale Wohlfahrt in eine normale soziale Situation überführen sowie neue Brücken und Wege errichten. In diesem Kontext ist die Bildung multi-professioneller Teams essentiell, in denen die unterschiedlichen Fähigkeiten einen integralen Bestandteil darstellen, um gute Lebensumstände für Menschen zu konstruieren und zu realisieren. Bis jetzt finden Dienstleistungen an alten Menschen im Verborgenen statt, sie sind nur fragmentarisch mit anderen gesellschaftlichen Lebensbereichen verbunden. Sie müssen aber einen aktiven Teil in der modernen Gesellschaft spielen, ihre Position einfordern,

die nötig ist um die Probleme zu lösen, die mit der menschlichen Gebrechlichkeit einhergehen. Um dieses Ziel zu erreichen ist die Entwicklung strategischer Kooperationen mit weiteren Gesellschaftsbereichen unumgänglich. Wichtig ist dabei die verwaltende Funktion, die von den politischen und administrativen Sektoren ausgeführt werden. Das Wohlfahrtssystem ist an Forschung, Technologie und Ausbildung sowie als Konsequenz auch an die Welt der Wirtschaft anzuschließen, denn der Dialog mit der Wirtschaft und qualifizierte Partnerschaften, die auf gegenseitigem Respekt beruhen, sind fundamental. Das wiederum erlaubt eine Qualifizierung der Dienstleistungen, eine Verbesserung der Lebensbedingungen für die Menschen, die Dienstleistungen erhalten, aber auch jener, die dafür arbeiten. Insgesamt erhöht das den sozialen Reichtum. Eine Möglichkeit ist die Ausstattung der Wohnumgebung der Menschen mit technologischer Infrastruktur und die Anwendung von Heimautomatisierung, die einen hohen Grad an Autonomie bewahrt. Eine Rolle spielt auch die Anerkennung der Arbeit im Gesundheitswesen, die heute oft mit der sogenannten Pflege verwechselt wird, in einer Zeit, in der es besonders unter jungen Menschen einen Arbeitsplatzmangel gibt.

Es ist auch an die Entwicklung von Versicherungsformen für die Langzeitpflege zu denken. Dadurch werden reichere Gruppen, die die Kosten tragen können, abgesichert und die öffentlichen Systemen können Menschen mit niedrigerem Einkommen unterstützen. Ich habe in meinem Arbeitssektor eine Erfahrung gemacht: das System reagiert, wenn es entsprechend angeregt wird, aber es müssen Kompetenz und Innovation eingebracht werden und man muss fähig sein ganze Projekte durchzuführen. Triest wurde zur Europäischen Hauptstadt der Wissenschaft 2020 erwählt. Wir haben über mehrere Jahre intensiv mit der Forschung und unternehmerischen Anwendungen gearbeitet, stets mit dem Gedanken daran, dass wir für erfolgreiche Arbeit technologische Innovationen nützen müssen, was wir erreichen können, wenn soziale Experten zu dem Prozess beitragen und anerkannt werden. Die Rolle des Direktors ist hierbei fundamental, denn er ist derjenige, der den Wagen lenken muss. Er muss sich als kompetenter Gesprächspartner zu erkennen geben, innovative Wege fördern und ausführen. Die Funktion des Direktors ist in Veränderung begriffen, seine Rolle ist die eigentliche Form der Akkreditierung.

Die Nachhaltigkeit der persönlichen Dienstleistungen in Italien ist prekär, denn die öffentlichen Mittel können den Familien nicht die enormen Kosten ersparen, um die notwendigen Dienstleistungen im Umgang mit gebrechlichen und unselbstständigen Menschen zu ermöglichen. Viele haben Theorien für strukturelle Veränderungen der Wohlfahrt und der Pflege vorgebracht. Die Hoffnung lebt, aber die Theorien sind letztlich utopisch. Folglich muss der Direktor wissen, wie er weitere Ressourcen finden kann. Wir denken an europäische Förderungen, weil wir qualifizierte Partnerschaften und Kooperationen schaffen zu Themen, mit denen wir die Anforderungen für Förderungen durch die Europäische Kommission erfüllen. Ebenso gibt es Stiftungen von Banken, Finanzierungskanäle und Förderungen, die man aufgrund der Wichtigkeit und der sozialen Auswirkungen des Anliegens erlangen kann. Eine weitere Fördermöglichkeit, besonders in der Entwicklung von innovativen Wegen, liegt in den Synergien mit der Wirtschaft und Unternehmen, die häufig qualifizierte Personen suchen für die professionelle Anwendung ihrer Produkte oder Prozesse und dafür Feedback sowie ein positives Image befördern. Weitere Beispiele sind auch Fundraising und Crowdfunding, Ansätze, die noch nicht sehr verbreitet sind, aber die Beziehungen zwischen der Welt der persönlichen Dienstleistungen und der Zivilgesellschaft, Bürgern und Unternehmen, stärken können. In der Praxis muss das Wohlfahrtssystem die Art von Ghetto verlassen, in der es viele belassen wollen. Die umfassenden Fähigkeiten der Organisationsleiter, die sich als Interpreten des Systems verstehen, sind eine treibende Kraft primär für die soziale, aber auch ökonomische, unternehmerische und technologische Entwicklung der sozialen Organisation. Diesen Wegen zu folgen ist kompliziert und erfordert Anstrengung, Kompetenz und moralische Werte, die in den strukturierten Organisationen entwickelt werden können, in denen professionelle Fähigkeiten wie in jedem anderen Bereich der Gesellschaft existieren. Aus diesem Grund, obwohl es wahr ist, dass die Schönheit im Kleinen liegt, glaube ich persönlich nicht, dass die Managementfähigkeiten von Direktoren ausreichend entwickelt werden können in

Organisationen, die begrenzten Service anbieten, also in Einheiten mit nur wenigen Betten. Im Gegenteil sollten unterschiedliche Strukturen geschaffen werden, geleitet von einer einzelnen Einheit unter einem Management.

Neben diesen Erfordernissen an die Verwaltung dürfen wir niemals den zugrundeliegenden Wert der Menschen vergessen, ihre Seele und ihren Geist, sie müssen Beachtung finden und gefördert werden. Ich glaube, dass die soziale Dienstleistung, also Einrichtungen für alte Menschen und für unterschiedliche Kategorien von gebrechlichen Personen, kulturelle und künstlerische Wege einladen und bewerben soll, d.h. die zentrale Natur des Menschen erfassen, mit all seinen oder ihren Wünschen, Hoffnungen und Interessen. Kultur ist die Grundlage der menschlichen Würde, es ist undenkbar auszublenden, auch in einer Zeit der Not, dass eine Person in ihrem Geist gefördert werden muss. Welches bessere Instrument können wir verwenden, wenn nicht Kunst, Kultur, Schönheit als einen therapeutischen Weg, eine Prothese für materielle Bedürfnisse. Wenn wir diese Wege in das Management von Einrichtungen einfügen, wird die Effektivität unserer Arbeit verbessert und wir verbessern uns ebenfalls.

Im Anschluss an diese Betrachtungen sind einige Vorschläge aufzustellen. Die Rolle des Direktors muss Anerkennung finden, nicht nur wegen der Tatsache seiner Ernennung, sondern wegen seiner Kompetenz, seinem Management und seinen ethischen Fähigkeiten. Deshalb sollte man eine Hochschule errichten für Menschen, die diese Arbeit machen wollen. Es muss kein formaler Prozess sein, aber es muss Organisationen und Unternehmen erlauben, Zugang zu Experten zu bekommen, die den Kontext erfassen können, in dem sie leben und arbeiten, die greifbare und effektive Wege einschlagen dank qualifizierter Synergien mit der politischen, professionellen, administrativen und wirtschaftlichen Welt wie auch mit dem sozialen System. Die Beziehungen zur Außenwelt erlauben es, das interne Management an den jeweiligen Kontext anzupassen, Prozesse zu verifizieren und sie auf die reale Situation zu übertragen.

Vielleicht ist der Punkt gekommen, an dem eine Veränderung der Direktorenfunktion in einer Einrichtung für alte Menschen zu bewerten ist. Nach der aktuellen Form ist die Funktion des Managements bedingt durch mehrere Faktoren, und einige Themen könnten besser eingepackt werden, wenn sich die Direktoren als Manager einer Einrichtung sehen würden. Es gibt bestimmt einen Bedarf an einem größeren Bewusstsein bezüglich des umfassenden Wertes unserer Arbeit, die, nach meiner Meinung, unterstützt werden sollte durch die Verbreitung von Fähigkeiten und Wissen, beispielsweise durch innovative digitale Plattformen und aktive, teilhabende Communities. Das Ziel all dessen ist die weitere Verbesserung des Managements unserer Dienstleistungen, die wir anbieten.

Organizers:



Partner:



Hubert Perfler

Veränderte Erwartungen und Bedingungen in Wohlfahrtseinrichtungen



Hubert Perfler ist der Präsident des Istituto Regionale Rittmeyer per i Ciechi. Er ist zudem Präsident von Friuli Venezia Giulia Branch und des Nationalkomitees der Italienischen Blindenunion, wo er am Anfang seiner Karriere zu arbeiten begonnen hatte. Zur Zeit ist er der Präsident des Goethe-Zentrums in Triest.

Zu diesem Zeitpunkt muss der soziale Dienst einen anderen Weg finden, um Menschen zu betreuen: Finanzkrise, schwierige Lebensbedingungen und ein Mangel an spezifischen Dienstleistungen erlauben uns nicht, für unsere Klienten in einer angemessenen Weise zu arbeiten. Wir müssen neue Möglichkeiten und Aktivitäten schaffen, die wir alten Menschen und Menschen mit Behinderungen anbieten können. Auch das zunehmende Alter unserer Klienten stellt eine Herausforderung für unsere angebotenen Dienstleistungen dar.

Die Themen, an denen sich mein Vortrag orientiert, ergeben sich aus den folgenden Grundlagen:

- meine persönlichen Erfahrungen mit den Strukturen einer Langzeitpflegeeinrichtung einerseits,
- den Dienstleistungen und Aktivitäten, die Istituto, die Einrichtung, als deren Direktor ich arbeite, älteren Menschen und Menschen mit Beeinträchtigungen, auch mit Mehrfachbehinderungen und zusätzlichen Behinderungen, bietet.

Mein Vortrag bezieht sich auf eine Analyse der aktuellen Situation: die Finanzkrise, der Mangel an qualitativen Dienstleistungen, der Mangel an Dienstleistungen allgemein, unsere isolierte Lebensweise; das sind alles Faktoren, die es uns erschweren, Menschen mit besonderen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Am Beginn steht eine strategische Analyse der speziellen demographischen Situation unserer Zeit. Anschließend werde ich den aktuellen Stand des derzeitigen Betriebs illustrieren: welche Projekte gibt es, die uns die Aufrechterhaltung einer kosteneffiziente Beziehung erlauben, um die Existenz unseres aktuellen Sozialsystems zu sichern? Für diese Frage versuche ich eine Antwort zu liefern.

Meine Analyse bezieht sich auf die Umgebung, in der ich lebe und arbeite: somit berücksichtigt es auch gesetzliche und systemische Beschränkungen meines eigenen Bereiches. Diese Möglichkeiten können meiner Meinung nach als Beispiele für unterschiedliche Kontexte dienen.

Ich beende meinen Vortrag mit einer Analyse der möglichen Dienstleistungen, wobei ich besonderes Augenmerk auf die Wirklichkeit von alten Menschen und Menschen mit Behinderungen legen möchte.

Ich hoffe, dass in Zukunft unsere Dienstleistungen der Tatsache gerecht werden, dass sich die Bedürfnisse alter Menschen von denen der Gesellschaft im Allgemeinen unterscheiden und dass alte Menschen mit Behinderungen noch spezifischere Probleme und Bedürfnisse haben.

Ich will keine Subkategorien zwischen Senioren mit Behinderungen (vielleicht auch mit Mehrfachbehinderungen) und ohne Behinderungen (aber vielleicht mit mehrfachen Erkrankungen) aufstellen, ich möchte vielmehr

hervorheben, dass Menschen mit Behinderungen, wenn sie älter werden, das Recht auf spezifische Dienstleistungen haben, die nicht zu verallgemeinern sind.

Dank der medizinischen Errungenschaften und der Verbesserungen in der sozial-pädagogischen Betreuung erreichen Menschen mit Behinderungen ein höheres Alter und wir müssen die Probleme von alternden Menschen verifizieren.

Ich gebe ihnen noch einen letzten Gedanken mit: Ich möchte uns alle, die mit und für Menschen in der Langzeitpflege arbeiten, daran erinnern, dass gemäß der AGE-Plattform bereits Personen mit 50 Jahren und darüber alt sind. Deshalb müssen auch wir uns das vor Augen halten: Wir sind die Alten!

Organizers:



Together we change
the world



European Association
for Directors and Providers
of Long-Term Care Services
for the Elderly



Polish Association
of Organisers and Managers
of Social Welfare
and Health Protection



Polish Society
of Long-Term Care

Partner:



Colm Cunningham

Unterstützung für Menschen mit Demenz in Australien.

Unterstützung für Pfleger und Personen mit psychologischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz



Dementia Support Australia (DSA) ist eine durch HammondCare geführte, staatliche finanzierte und landesweit agierende Partnerschaft, die das Dementia Behaviour Management Advisory Service (DBMAS) und die Severe Behaviour Response Teams (SBRT) in sich vereint. Das DSA liefert umfangreiche Demenz-Expertise aus sämtlichen Altenpflegebereichen über ein Netzwerk von 24 Dienststellen in das ganze Land. Berater von DSA helfen zeitgerecht vor Ort und pflegen die örtlichen Wissensvorräte und Beziehungen.

Von den 24 Millionen Australiern leiden derzeit schätzungsweise mehr als 350000 Menschen unter Demenz, diese Zahl wird bis zum Jahr 2050 auf 900000 ansteigen. Die Aufgabe von DSA besteht darin, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihrer Betreuer zu verbessern. Das DSA arbeitet an diesem Ziel, indem es die Ursachen von Verhaltensänderungen bei Demenzkranken zu verstehen versucht und das Pflegepersonal, Betreuer und die Dienstleistungsanbieter bei ihrer Arbeit unterstützt.

Das DSA ist die Zugangspforte zu den beiden Organisationen DBMAS und SBRT und ein landesweiter Service. Das bedeutet, dass genau die richtige Fachkraft zur richtigen Zeit auf den jeweiligen Bedarf vor Ort reagiert und die Versorgung mit der erforderlichen Dienstleistung sicherstellt.

Das DBMAS unterstützt das Pflegepersonal und Betreuungsmitarbeiter in kommunalen Einrichtungen, Heimpflege, Akutversorgung und Erstversorgung mit Informationen, Rat, Gutachten sowie kurzfristigem Fallmanagement.

Die nationalen Severe Behaviour Response Teams (SBRT) sind mobile Arbeitskräfte bzw. Fachkräfte wie Krankenpfleger, Krankenschwestern, Experten aus verwandten Gesundheitsbereichen und Spezialisten – sie bieten zeitgerechte Expertise und Rat in staatlich anerkannten Heimbetreuungseinrichtungen, wenn sie Hilfe bei ihrer Arbeit mit Demenzkranken, die schwere und sehr schwere verhaltensbezogene und psychologische Symptome der Demenz (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia - BPSD) aufweisen, benötigen.

Die hauptsächlichen Einheiten der SBRT bestehen aus multidisziplinären Spezialistenteams aus dem Gesundheitsbereich. Ihre Fachleute reagieren prompt und mobil, wenn ihnen Fälle von Demenzkranken in stationären Pflegeeinrichtungen wegen großer Verhaltensprobleme gemeldet werden.

Die Idee der sogenannten “fliegenden Demenztruppen” ist nicht neu. Einige erfolgreiche Pilotprogramme stammen aus Großbritannien, den USA und Australien. Sie weisen Ähnlichkeiten zu SBRT auf, ebenso in ihrem

Einsatz von multidisziplinären Teams. Diese Programme bieten ebenfalls fachmedizinische Hilfe und Unterstützung, wobei der Fokus auf der anfänglichen Erhebung des Verhaltens und dem Verhaltensmanagement liegt, ergänzt durch Trainings und Unterstützung der Betreuer.

Zu den bekannteren dieser Programme zählen das Kansas Bridge Project und das Care Home In reach Programme (CHIP). Beide zeigen in ihren Ergebnissen eine Abnahme von neuropsychiatrischen Symptomen, geringeren Quoten von 2-monatigen Wiedereinweisungen ins Krankenhaus und niedrigerer Belastung bei den Betreuern. Sie sind bzw. waren aber lokale und kurzlebige Programme, während das Modell von SBRT landesweit und langfristig ausgelegt ist.

Da das DBMAS und die SBRT unter dem Dach von DSA agieren, ist ein lückenloses Service mit einem einfachen (und einzigen) Zugang zum Programm gewährleistet. Das DSA ist durch eine nationale telefonische Beratungsstelle 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche und 365 Tage im Jahr erreichbar.

Das DSA verpflichtet sich als landesweites Service, dass es sichtbar und zugänglich ist:

- Einsatz von "Bodentruppen", nicht bloß Stimmen am Ende der Telefonleitung. Es werden Beziehungen zu den Menschen aufgebaut
- die landesweiten Büros in jedem Bundesstaat und Bezirk stellen eine sichtbare lokale Präsenz sicher
- Schnelle Reaktion, Anreise vor Ort, auch in ländliche und abgelegene Gegenden
- Maßgeschneidertes Service für die individuellen, aber auch die umgebungsspezifischen Bedürfnisse, je nach kommunaler Pflege, Heim oder Akutversorgung
- Fachliche Unterstützung, die sich an Pflege und verwandter Gesundheits- und medizinischer Expertise ausrichtet.
- Initiativ, nach außen fokussiert und transparent in der Verantwortung

Während manche komplexe Fälle über das Telefon gelöst werden können, sichert der Einsatz von DSA-Betreuern vor Ort eine echte Auseinandersetzung mit der demenzkranken Person und eröffnet einen holistischen Zugang. Seit März 2017 unternahm das DSA im gesamten Land mehr als 1985 Interventionen vor Ort.

Der "Hubschrauberblick" auf die Demenz in ganz Australien, den das DSA einnimmt, liefert eine einzigartige Chance, Daten und Erkenntnisse über Häufigkeiten, Typen und Auslöser von Verhaltensveränderungen bei Personen mit Demenz zu erhalten, die unser Denken und Verständnis global verändern kann.

Eine wesentliche Einsicht der Daten ist die, dass Schmerzen unter der älteren Population oft schlecht dokumentiert sind, obwohl mehr als 70% der Anfragen, die das DSA erreichen, einen Zusammenhang damit aufweisen. Besonders problematisch ist das für Demenzkranke, deren Kommunikationsfähigkeiten eingeschränkt sind. Eine genaue Identifizierung und Behandlung der Schmerzen ist daher eine Herausforderung.

Die unten angeführte Fallstudie demonstriert einen an die SBRT übermittelten Fall und zeigt Vorschläge des Teams für den Umgang mit Triggern, hier Schmerzen und akustische Belastung, die ein bestimmtes Verhalten auslösen, auf.

'John ist auf einer Farm aufgewachsen und liebte es draußen zu sein, Sport zu treiben, im Garten zu arbeiten und genoss es für Familie und Freunde zu kochen. Er war ein ruhiger und netter Mann mit einer positiven Lebenseinstellung.

Nach der Diagnose einer frontotemporalen Demenz wurde John zuhause von seiner Frau Tammy unterstützt und verbrachte den Tag in einem Tageszentrum, wenn sie in der Arbeit war. Mit fortschreitender Demenz wurde John ängstlicher und begann andere physisch zu attackieren. Für das Tageszentrum war John nicht länger tragbar und so Tammy traf die schwere Entscheidung, John stationär unterzubringen.

Im Heim zeigte sich John in ständiger Bewegung und war physisch aggressiv. Mit nur 56 Jahren war er ein körperlich fitter und aktiver Mann, sodass die Betreuer in Sorge waren, dass er andere Bewohner oder Betreuer verletzen könnte.

John konnte nicht mehr verbal kommunizieren und wurde den SBRT wegen der Schwere seines Verhaltens überwiesen. Die SBRT Fachkräfte besuchten die Einrichtung und verbrachten mehrere Tage vor Ort, um John und das Personal bei ihren Interaktionen zu beobachten. Es gelang ihnen, mögliche Auslöser für Johns Verhalten zu identifizieren, da sie beobachteten, dass Johns Ängstlichkeit in Agitation und Unruhe führte, wenn er sich durch laute Geräusche überreizt (akustische Störung) oder wenn er sich von Aktivitäten ausgeschlossen fühlte.'

Tipps für den Umgang mit akustischer Störung:

- Bewusstseinsförderung des Personals hinsichtlich ruhiger Mahlzeiten, Vermeidung von multiplen Lärmquellen und bedachtsamer Umgang mit Küchengeräuschen, zum Beispiel beim Befüllen des Geschirrspülers
- Möglichkeit für Ruheräume in der Einrichtung schaffen
- Unnötige Reize reduzieren, auch Zerstreuung durch Fernsehen und Telefon vermeiden

Die SBRT unterwies das Personal im Umgang mit Demenz und engagierten einen Life Engagement Spezialisten, der dem Personal dabei half, für John sinnvolle Aktivitäten zu finden. Die SBRT- Betreuer suchten auch nach einem demenzerfahrenen Personal Trainer aus der Umgebung, um John mehr Bewegung zu ermöglichen, und nach einem Chiropraktiker, um eine Linderung der möglichen Rückenschmerzen zu erzielen. Zusätzlich überprüfte ein Psychogeriatler des SBRT Johns Medikation und empfahl eine Reduktion von Antipsychotika und den Einsatz von Paracetamol, um Schmerzen als Trigger zu minimieren.'

Tipps für das Schmerzmanagement:

- Vollständige und regelmäßige Erhebung der Schmerzen durch nonverbale Schmerzskalen wie die Abbey Pain Scale
- Non-pharmakologische Eingriffe, ebenso Massagen, Anwendung von Wärme- oder Kältepackungen, Physiotherapie und Entspannung zur Schmerzlinderung
- Pharmakologische Interventionen – es gibt Belege, dass für Demenzkranke der Einsatz von regulären Analgetika besser geeignet ist als der von Analgetika bei Bedarf.

Da das Programm im Jahr 2016 gestartet wurde, ist seine Effektivität zur Reduzierung von auffälligem Verhalten noch weiter zu untersuchen. Die Analyse konzentriert sich auf die Werte gemäß der NPI-Skala (Neuropsychiatric Inventory) vor Behandlungsbeginn und nach den Interventionen hinsichtlich der Bereiche Gültigkeit, Testsensitivität, Zuverlässigkeit und Einfachheit der Anwendung; ebenso in Betracht gezogen werden Behandlungsmaßnahmen mit psychotropen Medikamenten zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten (ausgenommen sind Patienten in akuten Pflegephasen).

Frühe Ergebnisse der Lyketsos Studie legen eine Prävalenzrate für diese Verhaltensbereiche nahe.

Das DSA erhebt die klinische Effektivität des Angebots auf individueller Ebene des einzelnen Klienten und auf der Ebene des Programmes. Die Ergebnisse der Tabelle zeigen die durchschnittlichen Werte der NPI-Messungen bei Aufnahme und Entlassung. Eine Abnahme von 4 Punkten (oder 30% Reduktion vom Ausgangswert) wird als klinisch aussagekräftig betrachtet.

	Durchschnittlicher Aufnahmewert	Durchschnittlicher Entlassungswert	Durchschnittliche Wertveränderung (Aufnahme - Entlassung)	Durchschnittliche % Reduktion des Werts
Bereiche Total	4.7	2.7	2.0	43%

Schweregrad Total	9.8	4.4	5.4	55%
Häufigkeit Total (NPI-NH)	16.6	1.4	15.2	92%
Disstress/Störung Total	13.7	5.0	8.7	64%
NPI Punktezahl (NPI-NH) Total	39.3	4.8	34.5	88%

*Eine Abnahme von 4 Punkten oder von 30% vom Ausgangswert wird als klinisch aussagekräftig erachtet

Zusätzlich kann man den NPI heranziehen, um die Häufigkeit der Überweisungen bezüglich bestimmten Verhaltens zu vergleichen. Obwohl es sich dabei um frühe und damit nicht eindeutige Ergebnisse handelt, weisen sie darauf hin, dass bestimmtes problematisches Verhalten öfter als anderes berichtet wird. Agitation und Aggression verursachen eher Disstress für die Betreuer, sie erscheinen überrepräsentativ als berufsbezogene Belastungen. Umgekehrt werden Verhaltensweisen wie Apathie/Gleichgültigkeit kaum berichtet, was nahelegt, dass Klienten mit diesem Verhalten mit geringerer Wahrscheinlichkeit Unterstützung erhalten, ungeachtet der signifikanten Auswirkungen auf ihre Lebensqualität. Eine Analyse ermöglicht Erkenntnisse über Unterschiede zwischen berichtetem Verhalten und nicht-berichtetem Verhalten und folgert daraus Gründe für die Zuweisungen.

Das DSA ist ein einzigartiges Service und wird wegen seines Angebotsumfangs für eine so vielfältige Nation wie Australien signifikante Ergebnisse und Erkenntnisse über die eigentlichen Ursachen dessen liefern, was häufig bloß als "Demenzverhalten" etikettiert wird. Die Finanzierung des DSA ist bis Juni 2019 gesichert und eines seiner Kernziele ist es, durch entsprechendes Denken, Sprache und ebensolche Dienstleistungen Menschen mit Demenz besser zu helfen. Zu oft werden Sachverhalte als Demenzverhalten abgestempelt, die vielmehr in der Gesundheit der demenzkranken Person, ihren Lebensumständen oder der Pflege und der Art der Hilfe, die sie erhält, begründet sind. Wir wollen durch unser Programm Kapazitäten, Fähigkeiten, Expertenwissen und angewandtes Wissen über sogenanntes "Demenzverhalten", d.h. den Verhaltensweisen, die in der Altenpflege häufig vorkommen, schaffen..

Peter Hennessy

Herausforderungen und Vorteile von der Sicherstellung multikultureller Pflege für ältere Menschen



In den letzten vierzig Jahren hat sich Australien kulturell von einem asiatischen, eurozentrischen Nest in eine dynamische, multikulturelle Gesellschaft entwickelt. Die Notwendigkeit radikaler Veränderungen war offensichtlich, weshalb auch mehrere australische Regierungen Strategien zur Förderung der kulturellen Diversität und ökonomische sowie soziale Maßnahmen in der aufstrebenden asiatischen Hemisphäre ergriffen haben.

Beinahe 50% der Australier, laut der Volkszählung im Jahre 2016, waren im Ausland geboren oder hatten zumindest einen Elternteil, der im Ausland zur Welt kam. Die Diaspora der Chinesen hat über die letzten zwei Jahrzehnte am stärksten zu Australiens Immigration beigetragen, dicht gefolgt von dem Zuzug indisch stämmiger Menschen aus dem Subkontinent.

Leider hat es die australische Altenpflegebranche verabsäumt, auf diese sozialen Veränderungen zu reagieren, ungeachtet der rapide steigenden Zahl betagter Asiaten, für die Australien ihre Heimat geworden ist. Der Volkszählung von 2016 zeigte überdies, dass die asiatische Community in einem schnelleren Tempo altert als die restliche Bevölkerung.

Der Direktor der Jeta Group, Peter Hennessy, findet dazu folgende Worte: „Wir haben eine Branche, dominiert von einer reaktionsschwachen Kirche und karitativen Organisationen, die nicht fähig ist, sich veränderten kulturellen Praktiken und religiöser Vielfalt anzupassen“.

Peter fügt hinzu, dass „effektive Veränderungen von der asiatischen Community in Australien stammten, nicht von den etablierten Anwendern und Gesetzgebern. Es musste also eine Vermischung von asiatischen Kulturwerten mit westlichen Pflegestandards und Dienstleistungsprotokollen stattfinden“.

Diese Herausforderung wurde noch erschwert durch einen kulturellen Wertewandel unter der jüngeren, in Australien geborenen asiatischen Bevölkerung. Diese Gruppe hatte sich zunehmend verwestlicht und lehnt die asiatischen Werte von kindlicher Pietät, erweiterter Familie und Respekt vor alten Menschen ab. Familiärer Aufruhr und soziale Isolierung unter den älteren asiatischen Australiern war die Folge.

Aber dank der Leistungen eines malaysisch-chinesischen Australiers fand sich dafür eine Lösung. Aus seinem beruflichen Werdegang und der lebensverändernden Erfahrung, seinen siechen Vater zu pflegen, wusste der

visionäre Gründer und Geschäftsführer der Jeta Group, TAN Choe Lam, dass es einen signifikant besseren, weniger aufopfernden Weg geben müsse, sich um alte Menschen zu kümmern.

Er suchte nach einer Lösung, die zukünftige Generationen von Asiaten von den kulturellen Bürden der kindlichen Pietät erlösen würde, ohne dass die Angehörigen ihren Lebenskomfort aufgeben müssten oder der sozialen Isolation geopfert würden.

Tan Choe Lam untersuchte gewissenhaft etablierte Pflegemodelle auf der ganzen Welt, um sämtlichen Anforderungen hinsichtlich der Zulassung gemäß Pflegestandards, Dienstleistungen, sozialer Verantwortung und kommerzieller Lebensfähigkeit gerecht werden zu können.

In seinen Recherchen zeigte sich das lange etablierte australische Pflegemodell als am besten geeignet. Aber es fehlten fundamentale Elemente: Liebe, Zuwendung, Freude, Familie und die Begeisterung, die den asiatischen Kulturen innewohnen.

Aber anstatt dem Status Quo zu erliegen, verbesserte Tan Choe Lam das anerkannte australische Modell und erweiterte es um asiatische Werte, die für unzählige Menschen der letzten Generationen einen hohen Stellenwert hatten und haben.

Durch seine visionären Forschungen und die Leidenschaft für Veränderung entstand das international anerkannte und mehrfach ausgezeichnete „Jeta 4H“ Pflegemodell.

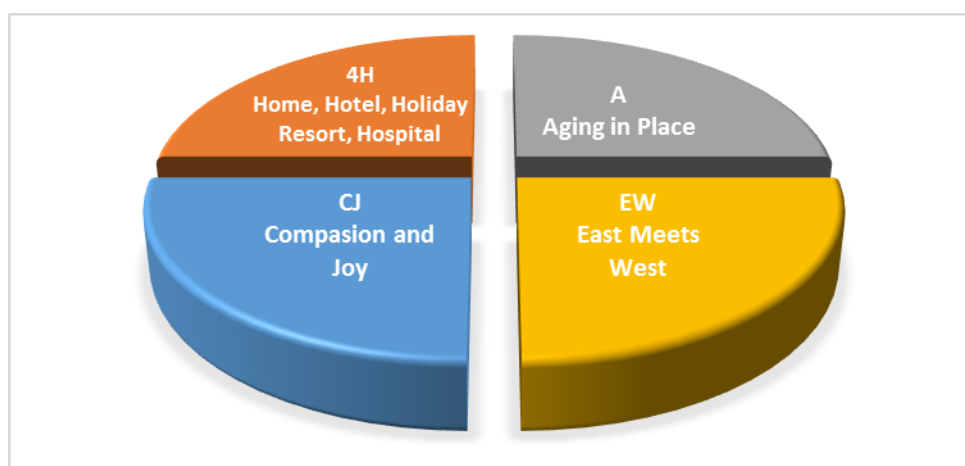
Die Kombination von etablierten Pflegestandards mit asiatischen Werten, das 4H- Phänomen, spricht Menschen mit unterschiedlichstem kulturellen Background an und stellt somit eine wirkliche multikulturelle Lösung dar.

Jeta Gardens ist heute bekannt als die größte und kulturell stimmigste asiatische Seniorenwohnanlage Australiens und der südlichen Hemisphäre.

DAS 4H MODELL

Die Erfolge von Jeta in der Entwicklung und Anwendung des 4H Pflegemodells wurde in Australien und auch international ausgezeichnet. Seine innerste Kernphilosophie kreiert ein einzigartiges Lebensumfeld, das den Bewohnern ein Leben inmitten einer Kultur der Fürsorge und des Mitgefühls garantiert.

DAS 4H- MODELL



4H (LEGENDE)

1. H = Home (es muss aussehen und sich so anfühlen wie Zuhause)

2. H = Hotel (eher gastfreundliches als klinisches Konzept)
3. H = Holiday Resort (ausreichend Platz und Annehmlichkeiten eines Club Med)
4. H = Hospital (eingebettete) Dienstleistungen von Ärzten, eingetragenen Krankenpflegern und Krankenschwestern, Betreuern, Fachleuten von verwandten Gesundheitsberufen in einer gastfreundlichen Umgebung.

A – AGING IN PLACE (Zuhause älter werden)

Konzeptuell: Ein Servicezentrum, in dem Senioren zwischen 50 bis 100 Jahren in einer funktionalen, inklusiven Umgebung, die nach außen geöffnet ist, ihr Alter verleben können.

1. Unabhängiges und betreutes Wohnen, Pflege wird lückenlos angeboten, wenn und wie sie erforderlich ist.
2. Hauspflege oder Gemeinschaftspflege
3. 24/7 stationäre Pflege (Pflegeheim) bietet intensive und normale Pflege, rehabilitative und therapeutische Pflege, Demenz-, palliative und Kurzzeitpflege sowie Telemedizin.

E W – EAST MEETS WEST

Eine Fusion der besten Elemente der östlichen Werte (Eastern Values), die kindliche Pietät beinhalten, und der westlichen Werte, der in Australien etablierten Altenpflege.

JETA ERRUNGENSCHAFTEN

Als Pionier in der asiatischen Altenbetreuungsbranche seit mehr als 20 Jahren und Gründer von 2 ausgezeichneten Einrichtungen in Australien und Malaysia gilt Tan Choe Lam als international anerkannte Autorität in der Branche.

Seit ihrem Beginn im Jahre 2002, wurde die Vision von Jeta in Australien, Malaysia und China verwirklicht.

Organizers:



Partner:



Daniel Molinuevo

Pflegeheime in Europa: öffentliche und private Dienstleistungen in den letzten zehn Jahren



Die Pflegekosten für eine immer älter werdende Bevölkerung stellt eine zukunftsweisende Sorge für die Europäische Union dar. Im Jahreswachstumsbericht 2017, der das Europäische Semester einläutet, forderte die Europäische Kommission weitere Investitionen in der Langzeitpflege um die Pflegelast für Privatpersonen zu verringern. Sie unterstrich auch die Notwendigkeit, die Effizienz von und den Zugang zur Langzeitpflege zu erhöhen, vor allem in Anbetracht des zu erwartenden Ausgabenanstiegs in Folge von steigendem Alter und neuer Technologien. In den jährlichen Empfehlungen der Europäischen Kommission und des Europäischen Rats an die Mitgliedstaaten, wie eine solide öffentliche Finanzierung zu sichern und exzessive Verschuldung zu vermeiden ist, entwickelte sich die Frage nach der Eindämmung der Kosten für die Langzeitpflege zu einer grundlegenden. Die spezifischen Empfehlungen für die Länder konzentrieren sich tendenziell auf Wirtschaftlichkeit und Kostenoptimierung bei den Ausgaben für Langzeitpflege, den Zugang zu den Dienstleistungen zu sichern sowie die Qualität der Dienstleistung und Versorgung zu verbessern. Darüber hinaus empfahl die Europäische Kommission in ihrer Bewertung der strukturellen finanzpolitischen Herausforderungen des Jahres 2016 den Ländern Tschechien, Estland, Lettland, den Niederlanden und Polen, die Effizienz ihrer Ausgaben teilweise zu erhöhen durch eine Verlagerung von institutioneller Pflege hin zu häuslicher Pflege.

Obwohl die Langzeitpflege auf der Ebene der EU sehr wichtig ist, sind die betreffenden offiziellen Daten von Eurostat nicht nach Eigentumsform (obwohl das für andere Dienstleistungen wie Krankenhäuser möglich ist) aufgeteilt. Der neue Bericht von Eurofound über Pflegeheime für ältere Europäer stellt aktuell die umfangreichste Anstrengung zur Bereitstellung von Daten über öffentliche, gewinnorientierte und nicht gewinnorientierte Pflegeheimen für ältere Menschen dar. Die Arbeit liefert auch Informationen über Studien, Evaluierungen und Umfragen über Unterschiede in der Zugänglichkeit, Qualität und Effizienz der angebotenen Dienstleistungen in öffentlichen und privaten Pflegeheimen. Die Informationen wurden überwiegend durch das Korrespondentennetzwerk von Eurofound gewonnen, die Daten aus den nationalen Statistikämtern und Studien zur Verfügung stellten.

In den letzten 10 Jahren nahm die Anzahl der Pflegeheime in fast allen Ländern, für die Daten vorliegen, zu. In Rumänien, der Slowakei und Slowenien hat sich die Zahl der privaten Pflegeheime verdoppelt (wenn auch von einem sehr niedrigen Ausgangspunkt). Gleichzeitig nahm die Zahl der öffentlichen Pflegeheime entweder ab (Kroatien, Tschechien, Frankreich, Deutschland, Norwegen, Slowenien und Großbritannien (Scotland)), oder stieg langsamer als private Pflegeheime (Zypern, Litauen, Rumänien und die Slowakei). Malta und Spanien bilden zu diesem Trend eine Ausnahme, den die Zahl der öffentlichen Pflegeheime in diesen beiden Ländern wächst

stärker als jene der privaten. Als Ergebnis dieser Entwicklungen zeigen die aktuellen Zahlen, dass in Deutschland, Griechenland und den Niederlanden fast alle Pflegeheime von privaten Anbietern geführt werden, in Großbritannien, Irland und Italien mehr als 3 Viertel. Öffentliche Pflegeheime stellen etwa ein Drittel in Spanien, Malta, Frankreich, Kroatien und Zypern. Der Anteil an öffentlichen und privaten Pflegeheimen ist in Rumänien, in der Slowakei, Österreich und Slowenien ausgewogener. In Norwegen, Litauen und Dänemark sind beinahe 90% der Pflegeheime öffentlich.

Die Anzahl und der Anteil der Plätze nahm in allen Ländern, für die Daten vorliegen, mit der Ausnahme Spanien, in privaten Heimen stärker zu als in öffentlichen Heimen. In Belgien und Norwegen wuchsen die Plätze in nicht gewinnorientierten Pflegeheimen stärker als in Heimen, die von gewinnorientierten Anbietern geführt werden, während in Großbritannien (Schottland) das Gegenteil der Fall ist. Die aktuellen Zahlen zeigen, dass private Anbieter mehr als 2 Drittel der gesamten Plätze in Griechenland, den Niederlanden (wo beinahe sämtliche Plätze nicht-gewinnorientiert sind), Großbritannien (Schottland), Irland, Spanien und Belgien bereitstellen. Der Anteil an öffentlichen und privaten Plätzen ist in Frankreich, Österreich, Malta, Litauen und Rumänien mehr oder weniger ähnlich. Öffentliche Anbieter stellen in Tschechien, Litauen, Polen, Slowakei und Slowenien etwa 70% des gesamten Angebots und in Norwegen beinahe 90%.

In einigen Ländern zeigen sich deutliche Größenunterschiede zwischen öffentlichen und privaten Pflegeheimen. In Slowenien und Malta haben öffentliche Pflegeheime die doppelte Anzahl an Plätzen als durchschnittliche private Anbieter. In den letzten 10 Jahren hat sich die durchschnittliche Größe von privaten Pflegeheimen in Tschechien, Malta, Litauen und Spanien beträchtlich vergrößert, während die Größe von öffentlichen Pflegeheimen gleich geblieben ist oder sogar abgenommen hat.

Das Ergebnis dieser Veränderungen ist, dass beinahe alle Dienstleistungsbezieher in Griechenland, den Niederlanden, Deutschland und Schottland in privaten Heimen untergebracht sind. Der Anteil der Bewohnern von öffentlichen und privaten Pflegeheimen ist vergleichbar in Zypern, Litauen, Frankreich, Rumänien, Finnland, Ungarn und der Slowakei. In Kroatien und Schweden beläuft sich die Anzahl der Bewohner von öffentlichen Heimen auf über 70% aller Pflegeheimbewohner.

Was sind die Auswirkungen dieser Zunahme von privaten Anbietern auf die Dienstleistungen, die sie bereitstellen? In einigen Ländern bieten private Pflegeheime weniger fachmedizinische Dienstleistungen an als dies in öffentlichen Heimen der Fall ist. Da private Anbieter zunehmen, werden Kostenfragen ein maßgeblicheres Thema, zumindest solange die Öffentlichkeit keine Unterstützung leistet. Als Unterschied in den Standorten zeigt sich, dass private Heime sich eher in wohlhabenden urbanen Gegenden befinden. Unterschiede zwischen den Bewohnern sind durch die Rentabilität der Dienstleistungen, die sie benötigen, bedingt: in den meisten Ländern, für die Informationen über die Betreuungsquote von Personal und Bewohnern zugänglich waren, zeigte sich in den öffentlichen Pflegeheimen eine höhere Quote.

Zu bemängeln sind die fehlenden gemeinsamen Qualitätsindikatoren, besonders hinsichtlich der Lebensqualität von Bewohnern in der Langzeitpflege. Die Qualität der Dienstleistung in öffentlichen und privaten Pflegeheimen unterscheidet sich von Land zu Land, Studien konzentrieren sich folglich eher auf Qualitätsaspekte, die einfacher zu erheben sind. Es werden Einzelzimmer, Hygienestandards, die Auswahl an Essen und Aktivitäten, die Einstellung des Personals, Ernährung, Kontinuität in der Pflege, präventive Gesundheitspflege und Pflegepraxis als Indikatoren herangezogen.

Unterschiede in der Kosteneffizienz von öffentlichen und privaten Pflegeheimen werden größtenteils von den Personalkosten und Unterschieden bei den Bewohnern selbst beeinflusst. Öffentliche Pflegeheime haben meist einen höheren Anteil an Bewohnern mit Gesundheitsproblemen oder Bewohner, die weniger profitabel sind.

Mehrere Studien unterstreichen, dass private Anbieter diesem Umstand dadurch begegnen, indem sie entweder ihre Kosten senken und damit die Pflegequalität oder ihre Preise anheben und dadurch an Wettbewerbsfähigkeit

und/oder Profitabilität verlieren. Studien, die unterschiedliche Anbieter erheben, sollen auch dokumentieren, ob Verbesserungen in einem Bereich auf Kosten in einem anderen Bereich gehen.

Um den Umfang der öffentlichen und privaten Anbieter besser zu überblicken, sind klare gemeinsame Definitionen notwendig, die die Sammlung von Daten über die unterschiedlichen Typen von Dienstleistungen und Anbietern von Langzeitpflege hinweg ermöglicht. Definitionen und Zahlen über öffentliche, gewinnorientierte und nicht-gewinnorientierte Angebote müssen den rechtlichen Status, die Eigentumsverhältnisse und die wirtschaftlichen Aktivitäten der Anbieter in Betracht ziehen.

Die gesichteten Studien in unserer Untersuchung liefern Hinweise für Unterschiede in der Zugänglichkeit, Qualität und Effizienz der Dienstleistungen. Hinsichtlich der unterschiedlichen Ergebnisse zwischen den Studien und den Ländern ist es ratsam, auf nationaler und europäischer Ebene Studien zusammenzuführen und systematisch zu analysieren, um Ergebnisse über die Unterschiede in der Dienstleistungsbereitstellung zu erhalten. Diese Ergebnisse und Zahlen können auf europäischer Ebene (besonders für das europäische Semester) Aufschluss über den Umfang der unterschiedlichen Arten von Anbietern geben.

Organizers:



Partner:

