

carestyle

DIE THEMEN DES DVLAB 2014/2015 | DOKUMENTATION

MIT
HÖHEPUNKTEN
VOM BUNDES-
KONGRESS
2014

JETZT DEN UMBAU UND AUSBAU GESTALTEN:

ALTENPFLEGE IM AUFBRUCH

■ NEUORIENTIERUNG

Bringt viele Chancen und ein paar Stolpersteine

■ GENERALISTIK

Hände weg von der Altenpflege!

■ PFLEGEKAMMERN

Ohne Einfluss auf drängende Probleme

■ MENSCHEN MIT DEMENZ

Ernst nehmen und Schmerzen behandeln

■ MOBILE REHA

Muss endlich stattfinden!

AUSSERDEM IN DIESEM HEFT:

Die DVLAB-Mitgliederversammlung





Der DVLAB dankt

ALLEN UNTERNEHMEN FÜR DIE PRÄSENTATION IHRER
PRODUKTE UND LEISTUNGEN AUF DEM 20. BUNDESKONGRESS





Peter Dürrmann,
Bundesvorsitzender des DVLAB

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hiermit überreichen wir Ihnen die Jahreschronik 2014 des DVLAB mit den Schwerpunkten Bundeskongress, geplantes Pflegeberufegesetz und mobile Reha.

Unser 20. Bundeskongress hat gezeigt: Wir leisten einen Mehrwert für die Kultur im ganzen Land und sind daher mehr als „nur“ Leitungskräfte von Einrichtungen. Wir sind auch Entwickler von neuen Angeboten, wir bringen als Netzwerker die Versorgung ins Quartier, wir treiben die Qualität der Altenhilfe voran, wir engagieren uns für die Würde, Selbstbestimmung und Teilhabe von Pflegebedürftigen mit und ohne Demenz. Wir kämpfen auch für den Erhalt der Altenpflegeausbildung, weil unser Berufsfeld gesamtgesellschaftlich wichtig ist und noch wichtiger wird. Und wir stehen ebenso gegen Pflegekammern auf, weil sie kein einziges Problem in der Altenpflege lösen.

Diese Arbeitsschwerpunkte werden uns auch in 2015 beschäftigen. Die Themen Pflegeberufegesetz und Pflegekammer müssen wir weiter kritisch begleiten, ebenso werden wir dafür eintreten, dass der Anspruch pflegebedürftiger Menschen auf mobile Rehabilitation endlich realisiert wird. Intensiv werden wir uns mit der Entwicklung der Altenhilfelandchaft im Quartier befassen müssen, und dies insbesondere mit Blick auf die Risiken und Chancen für stationäre Einrichtungen sowie die Rolle der Kommunen. Darüber hinaus sorgen die länderspezifischen Anforderungen an Leitungskräfte für Irritationen, sodass wir derzeit alle Landesregelungen auf Übereinstimmung bzw. Abweichung prüfen lassen, um ggf. berufspolitisch Einfluss zu nehmen.

Wir versprechen Ihnen, dass Sie auf dem nächsten Bundeskongress am 19./20. November 2015 in Berlin zu all diesen Themen noch sehr viel mehr erfahren werden!

Ihr Peter Dürrmann



HERAUSGEBER:

DVLAB Bundesverband e.V.
Bahnhofsallee 16, 31134 Hildesheim
Tel: 05121 - 289 2872
E-Mail: info@dvlab.de
Internet: www.dvlab.de
Der DVLAB ist Mitglied im E.D.E.

KONZEPT, TEXTE & REDAKTION:

Swaantje Düsenberg
Hainhölzer Str. 13, 30159 Hannover
Tel: 0511 - 64 61 633
E-Mail: carestyle@duenberg-kontext.de

GESTALTUNG:

www.schwanke-raasch.de
(Titelfoto & Illustrationen: retrostar
Fotos im Heft: sd)

BESTELLUNGEN:

über den Herausgeber (s.o.)

ERSCHEINUNGSWEISE:

jährlich jeweils im 1. Quartal



Die Fernsehjournalistin...

...Brigitte Büscher ist als „Zuschaueranwältin“ aus der WDR-Sendung „Hart aber fair“ bekannt. Sie moderierte den 20. Bundeskongress des DVLAB in Berlin und gab auch Fragen aus dem Publikum an die Referentinnen und Referenten Raum.

Ein pralles Programm...

...präsentierte der 20. Bundeskongress seinen Gästen: 14 Vorträge, zwei Diskussionsrunden mit Experten und eine Schlussbetrachtung mit Ausblick forderten die ganze Aufmerksamkeit der Leitungskräfte. Die Pausen nutzten sie zwischendurch zum fachlichen Austausch und zum Besuch der Fachaussstellung.

Traditionell beliebt:

die Einladung des DVLAB zum „Berliner Abend“ als Ausklang des ersten Kongresstages. Hier wurde weder an knackiger Currywurst noch an frischem Fingerfood gespart. Dazu gab's kühle Getränke für durstige Kehlen, damit der Fluss der Gespräche nicht versiegte.



Chancen entdecken, STOLPERSTEINE UMGEHEN



„Die Altenhilfe steht vor gravierenden Herausforderungen“, stellt Ministerialrat Dr. Martin Schölkopf vom Bundesgesundheitsministerium auf dem 20. Bundeskongress fest. Zumindest darin ist er sich mit dem DVLAB einig: „Jedes Jahr 40.000 Neuerkrankungen an Demenz, außerdem der steigende

Pflegebedarf bei den Menschen. Bis 2030 erwarten wir ein Plus von 40%. Zusätzlich droht uns der Fachkräftemangel. Weitere Probleme liegen in der Versorgung des ländlichen Raums und im Erhalt der familiären Pflegekapazitäten.“ Insgesamt braucht die Altenhilfe also eine umfassende und konsequente Neuorientierung – und zwar jetzt!

Genau das ist das Thema am ersten Kongresstag: der Um- und Ausbau der Altenhilfe. Hierzu decken namhafte Expertinnen und Experten für die 340 Kongressgäste versteckte Chancen auf, führen die anwesenden Leitungskräfte auf neue Lösungswege, machen sie aber auch auf Stolpersteine aufmerksam.

AMBULANTEN HILFEBEDARF FRÜHZEITIG ERKENNEN

Ein wirkungsvoller Chancenaufdecker ist Stephan Dzulko, der zunächst über die Auswirkungen der Pflegereformen auf die Altenhilfe referiert. Heißt: Der Autor und Berater von Einrichtungen setzt auf moderne Wohnformen, zieht dafür als profunder Kenner der Materie das reformierte Leistungsrecht heran und marschiert damit Richtung Ambulantisierung. „Bauen Sie um!“, lautet sein Rat an die stationäre Altenhilfe. „Die neuen leistungsrechtlichen Regelungen des Pflegeleistungsgesetzes I kommen Ihnen da sehr entgegen.“ Dabei denkt Dzulko z.B. an die Umwidmung von Sachleistungen in Betreuungs- und Entlassungsleistungen nach § 45 b SGB XI.

Auch die deutliche Erhöhung der ambulanten Pflegesätze sorgt für neue Möglichkeiten, wie Dzulko eindrucksvoll anhand einer Tabelle belegt. Die finanziellen Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sind eklatant! So stehen z.B. einem Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III bei stationärer Versorgung insgesamt rund 1.750 Euro zu. Bei ambulanter Versorgung rechnet Dzulko summa summarum einen leistungsrechtlichen Anspruch von ca. 3.500 Euro vor. Und der kann sich sogar noch um die Leistungen aus der Behandlungspflege erhöhen. „Der ambulante Hilfebedarf beginnt in der Hauswirtschaft. Er sollte möglichst frühzeitig erkannt werden“, sagt er u.a.



» WICHTIG FÜR DIE LIQUIDITÄTSPLANUNG: DAS GELD KOMMT NACH DER ARBEIT.«

„2017 soll ein zweites
Pflegestärkungsgesetz
in Kraft treten. Damit kommt
auch ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff.“

MINISTERIALRAT DR. MARTIN SCHÖLKOPF, BMG



mit Verweis auf die neuen Entlastungsleistungen, die Unterstützung für Versorgung und Organisation des Haushalts vorsehen. Der Pluspunkt aus Sicht des Experten: „Auch geistig noch Rüstige können davon profitieren und somit länger in ihrem Quartier bleiben.“

Stationäre Träger, die künftig auch den ambulanten Bereich abdecken wollen, müssen sich also auch mit Entlastungsdiensten befassen. Ein Nachteil ist laut Dzulko allerdings der deutlich höhere Verwaltungsaufwand u.a. bei der Abrechnung von Leistungen. Und: „Bei der ambulanten Versorgung kommt erst die Arbeit und dann das Geld. Das müssen Sie bei Ihrer Liquiditätsplanung unbedingt beachten.“

GUTE ANSÄTZE, DIE VERKOMPLIZIERT WURDEN

Einfacher gesagt als getan. Denn in der ambulanten Versorgung gibt es einige ordnungs- und leistungsrechtliche Hindernisse, wie Dr. Markus Plantholz weiß. Der Hamburger Fachanwalt für Medizinrecht knüpft direkt an Dzulko an, stellt nochmals detailliert die Leistungsverbesserungen durch das PSG I vor und kommt zu ähnlichen Schlüssen. Allerdings bezeichnet er die Leistungsansprüche im ambulanten Bereich als „zerfasert“. Denn durch die zahlreichen Kombinationsmöglichkeiten hat der Gesetzgeber zwar eine Flexibilisierung ermöglicht – „aber wenn Sie die Leistungsansprüche umfänglich realisieren wollen, müssen Sie ganz schön heftig jonglieren.“ Plantholz fordert daher nicht nur einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, sondern auch mehr Transparenz.

» PRÜFEN SIE VERTRAGSRECHTLICHE ASPEKTE VOR DER AMBULANTISIERUNG. «



Dann begibt er sich auf sein Spezialgebiet: Auslegungsprobleme, etwa am Beispiel der neuen Anspruchsvoraussetzungen für einen Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI. „Die Definition des gemeinschaftlichen Wohnens in einer gemeinsamen Wohnung ändert sich durch das PSG I nicht. Aber um Leistungen zu erhalten, muss sich Ihr ambulantes Angebot jetzt deutlich vom stationären unterscheiden.“ Dafür habe der Gesetzgeber die bisher freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen als Anspruchsvoraussetzung abgeschafft. Jetzt stelle er auf die Sicherstellung der Versorgung durch das Einbinden des sozialen Umfeldes der Wohngruppen-Bewohner/innen ab. Doch da dieses Tatbestandsmerkmal in sich widersprüchlich sei (die Sicherstellung durch Einbindung des Umfeldes schließt umfassendes ambulantes Versorgungsangebot nicht aus!) und der Auslegung bedürfe, könne es letztlich dazu führen, dass je nach Kasse keine einheitlichen Leistungen gewährt werden würden.

Sein Fazit: „Sie sehen, wie der ganze Ambulantisierungsgedanke durch gute Ansätze, aber schlechte gesetzliche Ausführungen verkompliziert worden ist.“ Deshalb empfiehlt Plantholz dringend, die vertragsrechtlichen Aspekte zu prüfen, bevor die Ambulantisierung umgesetzt wird.

DIE ZUKUNFT DER PFLEGE LIEGT IM SOZIALRAUM

Der Vorsitzende des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe, Dr. Jürgen Gohde, stellt anschließend die Frage: „Wie kann eine quartiersbezogene Versorgung gelingen?“ Er nennt entsprechende Dienstleistungen „Kulturgestaltung“, die auch ethische Aspekte wie Würde, Schutz und Geborgenheit berücksichtigen muss. „Lebensdienliche Ökonomie“ heißt das bei ihm.

Gohde sieht die Zukunft der Pflege nicht in „Altenquartieren“, sondern im Sozialraum. Ihm geht es um die Gestaltung von Wohnen, Gesundheit, Partizipation und Kultur. „Menschen brauchen Begegnungsstrukturen, Vielfalt und Inklusion“, sagt er, gefragt sei also eine neue „Architektur von Quartierskonzepten“.



» ALTENHILFE IST VOR ORT MIT VERANT- WORTLICH. DESHALB: BETEILIGEN SIE SICH! «

„Dann geht er noch einmal auf die so wichtige Beteiligung ein, die bei der Analyse von Bedarfen und Strukturen mitgedacht werden muss. „Denn auch sie gehört zu Inklusion.“ Die klassische Unterteilung von ambulant und stationär hält Gohde mittlerweile für überholt. Er betont das insbesondere vor dem Hintergrund großer Veränderungen und neuer Herausforderungen, die der Experte mit Individualisierung, demografischer Entwicklung, Altersarmut und Fachkräftemangel beschreibt. „Und das bei wachsendem Bedarf an Gleichem wie an Vielfalt.“

Als Akteure für neue gelingende Quartiersarbeit benennt er Staat und Markt gleichermaßen, wobei die Altenhilfe als Teil der lokalen Verantwortungsgemeinschaft fungiert. „Hier sind jetzt neue Strategien und Umverteilung gefragt – und zwar nicht mehr zentral, sondern lokal in Netzwerkarbeit.“

Aus dem Publikum kommt die Frage, wie man denn die Kommunen dazu bringen könne, diese Aufgabe zu übernehmen. Gohde gibt zurück: „Die Altenhilfe muss vor Ort reflektieren, sich beteiligen und anstoßen.“

QUELLEN MANGELHAFTER VERSORGUNG

Gohde will Qualität im Quartier, der Diplom-Soziologe Klaus Pawletko auch. Er beleuchtet sie im Hinblick auf ambulant betreute Wohngemeinschaften und macht hier ein qualitatives Spannungsfeld aus.

„Wenn alte Menschen nicht erleben, was wir als normal empfinden, sinkt ihre Lebensqualität“, sagt er und übersetzt: „Wenn sie ungewollt isoliert sind, keine Gewohnheiten mehr pflegen können, keine Privatsphäre haben oder mit ihren Ängsten allein bleiben.“ Gute ambulante Wohngemeinschaften bieten ihren BewohnerInnen dagegen Gelegenheit, sich sowohl in der Gruppe aufzuhalten als auch sich zurückziehen zu können; sich zu bewegen, etwas Sinnvolles zu tun, alten Gewohnheiten nachzugehen und einen Ansprechpartner bei Ängsten zu haben. „Sie können also all das erleben, was wir als normal empfinden.“

Das schreitet nach guten Rahmenbedingungen wie überschaubare Gruppengrößen, selbst eingerichtete Einzelzimmer, ein vernünftiges Alltagskonzept, die Einbindung der „normalen“ Nachbarn. „Und nicht zuletzt qualifizierte Mitarbeiter in ausreichender Besetzung“, betont Pawletko und weist darauf hin, dass bei den momentan zahlreichen Neugründungen von Wohngemeinschaften viel falsch gemacht werden kann. Das beginnt bei einer nicht geeigneten Immobilie und nicht geeigneten

» WER KEINE NORMALITÄT ERLEBT, EMPFINDET WENIGER LEBENSQUALITÄT.«



Mitarbeitern, geht über ein fehlendes Betreuungskonzept und hört beim nicht tragfähigen betriebswirtschaftlichen Konzept immer noch nicht auf. Denn eine wesentliche Rolle spielt auch das häufig fehlende Bewusstsein, dass man in einer Wohngemeinschaft auch als Dienstleister zu Gast ist. „Pflegedienste führen sich dagegen manchmal so auf als würde ihnen der Laden gehören“, kritisiert Pawletko. „Und meistens ist das ja auch der Fall...“ Er blickt mit Sorge auf bestimmte Entwicklungen, z.B. dass ambulante Wohngemeinschaften in Händen von Diensten, die allein auf den Profit schießen, wie Pilze aus dem Boden schießen.

„Und auch das Leistungsgeschehen wird immer undurchsichtiger“, so der Soziologe weiter und prangert hier die Regelungen in den einzelnen Bundesländern an, die grundlegende Unterschiede in der Qualitätssicherung beinhalten. „Das kann eine Quelle mangelhafter Versorgung sein und muss dringend bundeseinheitlich geregelt werden.“ Hier sind ihm Mindeststandards bei der Anzahl und Qualifizierung des Personals wichtig. Trotzdem solle für die Länder die Flexibilität „nach oben“ hin zu mehr Qualität erhalten bleiben. Aus Sicht der Träger würde das allerdings mehr Leistung für's gleiche Geld bedeuten und wäre daher eine Verschärfung.

DREHSCHIBE DER VERSORGUNGSSTRUKTUR

Wer jetzt am Kauf oder der Neugründung eines ambulanten Pflegedienstes interessiert ist, wird gespannt dem Vortrag von Martin Hölscher folgen. Er fragt: „Ist das ein Muss für stationäre Anbieter?“ Auch der Pflegemarkt-Analyst bei der IS Immobilien-Service Gesellschaft, einer Tochter der Bank für Sozialwirtschaft, sieht ambulante Pflegedienste als „Drehscheibe der künftigen Versorgungsstruktur“. Sie zeige in vier Richtungen: zu ambulanten Wohngemeinschaften, zum Betreuten Wohnen, zur Tagespflege und zur vollstationären Kurz- und Dauerpflege.



» MIT DER PDL STEHT UND FÄLLT DIE GANZE AUSSENWIRKUNG.«

Hier nennt Hölscher fünf Triebfedern, die Veränderungen notwendig machen: „Einmal die Finanzlage der Kommunen – hier wird pro Kopf fast achtmal so viel für stationäre Pflege ausgegeben wie für ambulante Pflege. Dazu kommen die ständig steigenden Eigenanteile in der stationären Pflege sowie der demografische Wandel, verknüpft mit immer mehr demenziell erkrankten Menschen.“ Weitere Triebfedern erblickt Hölscher im Fachkräftemangel sowie in den Wünschen der Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind.

Zu den größten Herausforderungen bei der Gründung eines ambulanten Pflegedienstes zählt der Experte, eine geeignete PDL zu finden und zu binden. „Mit ihr steht und fällt die Außenwirkung.“ Außerdem müssen die Vorfinanzierung und Anlaufkosten, der intensive Wettbewerb und ein intelligentes Marketing bedacht werden.

Eine gute Alternative zur Gründung ist der Kauf eines ambulanten Pflegedienstes. „Aber woher nehmen, wenn nicht stehlen?“. Für ein infrage kommendes Objekt sind neben betriebswirtschaftlichen Auswertungen noch die Plausibilität des Abgabegrundes zu prüfen sowie Wettbewerbsklauseln oder bestehende Verpflichtungen zu berücksichtigen. All in all: Aus Sicht von Hölscher erscheint der Kauf eines ambulanten Dienstes mehr Vorteile auf sich zu vereinen als eine eigene Neugründung – „beides ist für stationäre Träger aber kein Muss“. ■

(K)eine Chance für PLAISIR



Was wäre, wenn das PLAISIR-Verfahren vor gut 10 Jahren den Siegeszug in Deutschland angetreten hätte? „Dann würden wir heute über Daten von allen Bewohnern in deutschen Pflegeheimen verfügen“, sagt Rolf Gennrich mit Wehmut. Der Dipl. Sozialgerontologe meint damit:

Wäre PLAISIR im Jahre 2004 nicht sang- und klanglos eingestellt worden, würden wir heute den tatsächlichen Pflegebedarf in den Pflegeheimen zuverlässig kennen und vor Ort endlich eine vernünftige Pflegeplanung und eine sinnvolle Personalmessung vornehmen können.

Rolf Gennrich leitete in den Jahren um die Jahrtausendwende das Forschungsprojekt PLAISIR. Dieses Verfahren zur Ermittlung von konkretem Pflegezeitbedarf und erforderlicher personeller Ausstattung in stationären Heimen kam ursprünglich aus Kanada und wurde in Deutschland zwischen 1999 und 2002 an über 10.000 Bewohnern in norddeutschen Heimen erprobt. Dazu erfasste man den bio-psycho-sozialen Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen und ermittelte so die erforderlichen Leistungen, um die individuellen Bedürfnisse zu befriedigen. Das Ergebnis zeigte anschließend die in Pflegeminuten und entsprechender Personalmenge ausgedrückten notwendigen Ressourcen. Nach Gennrich beantwortete es die Frage: Wieviel Zeit braucht gute, würdevolle Pflege? Nämlich durchschnittlich 131 Nettopflegeminuten pro Bewohner/Tag, aufgeteilt in 71 Frühminuten, 44 Spätminuten und 16 Nachtminuten.

Rolf Gennrich bedauert, dass Deutschland seine mit PLAISIR verbundene Chance vertan hat, „sonst hätten wir endlich eine transparente Basis für unsere Verhandlungen“. Und als bedeutsamen Nebeneffekt in jeder Einrichtung konkrete Erkenntnisse darüber, wann wer zur falschen Zeit die falsche Leistung am Bewohner erbringe. Die Lösung, in Pflegestufen zu kategorisieren, funktioniert aus Sicht des Sozialgerontologen wegen zu großer individueller Abweichungen jedenfalls nicht. Die Kongressteilnehmer waren sich mit ihm einig, dass ein transparentes, abgestimmtes System überfällig ist. Die Politik ist jetzt gefordert, endlich ein Verfahren für bundeseinheitliche Regelungen zur Personalausstattung in Heimen zu etablieren. ■

Nicht nur die Zahl der Pflegebedürftigen nimmt kontinuierlich zu.
Auch der Anstieg demenzieller Erkrankungen fordert die Gesellschaft allgemein
und die Altenhilfe speziell zu angemessenem Umgang heraus.

MENSCHEN
MIT DEMENZ

Ernst nehmen

Zwei Schwierigkeiten in diesem Zusammenhang thematisieren zwei Expertinnen auf dem 20. Bundeskongress: den unerkannten bzw. unbehandelten Schmerz als Ursache für herausforderndes Verhalten sowie die Frage, ob Scheinwelten demenziell Erkrankten tatsächlich dienen – oder nicht eher nur der Einrichtung, in der sie leben.

PLÄDOYER FÜR SENSIBLE AUFMERKSAMKEIT

Die Medizinerin Dr. Bettina S. Husebø forscht und lehrt in Norwegen an der Universität Bergen über Menschen in der letzten Lebensphase.

Die überwältigende Mehrheit sind Frauen mit komplexen Problemen, sagt sie: 80% leiden an Demenz, davon 60% an degenerativen Substanzveränderungen (Alzheimer, Parkinson) und 35% an vaskulär bedingter Demenz (Hirnfarkt, Schlaganfall). Alle Hochaltrigen seien zudem multimorbide, pro Person sind sieben Diagnosen der norwegische Durchschnitt. Entsprechend schlucken die Betroffenen jede Menge Medikamenten. „Acht bis 10 Präparate pro Tag sind keine Seltenheit, dazu noch drei bis vier nach Bedarf“, kritisiert Husebø und warnt hier vor verhängnisvollen Kombinationen, die demenzähnliche Symptome produzieren sowie eine vorliegende Demenz verstärken und bis zum Delir führen können.

Nach Husebøs Erkenntnis zeigen bis zu 90% der Menschen mit Demenz herausforderndes Verhalten, was sie einerseits auf psychiatrische Ursachen, andererseits aber auch auf nicht erkannten resp. nicht behandelten Schmerz zurückführt. Als gesichert gilt, dass über 80% der Betroffenen in Pflegeheimen unter meist chronischen Schmerzen leiden, aber drei-

» DER SCHMERZ
MUSS ERKANNT
UND BEHANDELT
WERDEN.«



mal seltener Schmerzmittel erhalten als nicht an Demenz Erkrankte. Dabei sei insbesondere der neuropathische Schmerz für die Bewohner eine große Belastung. „Aber es ist tatsächlich schwierig, das Leid zu erkennen.“ Die Gründe: Der Schmerz kann von den Betroffenen kaum kommuniziert und lokalisiert werden, außerdem kennen sie kein Gestern und Heute und können deshalb die Schmerzqualität auch nicht zeitlich vergleichen. Viele Schmerzarten z.B. an inneren Organen, Kopf oder Haut sind mit bildgebenden Verfahren zudem nicht sichtbar zu machen, andere sind nicht wahrnehmbar, weil Patienten auf überwältigenden Schmerz oft auch mit einem „Totstellreflex“ reagieren. Und: „Leider wird der Betroffene von den Fachkräften auch viel zu oft nicht ernst genommen“, sagt Husebø. „Oder sein typisches Schmerzverhalten wird mit Demenzverhalten verwechselt, auch das geschieht häufig.“ Sie stellt weiter fest: „Bleibt der Schmerz unbehandelt, kann er zum Trigger für Agitation, Depression und Aggression werden.“ In der Erken-

nung komme dem Pflegeheimpersonal also eine besondere Verantwortung zu. Es müsse daher geschult werden, um z.B. hinter Falten auf der Stirn, am Luft anhalten, an aggressivem, abwehrendem oder apathischem Verhalten und an Schmerzlauten Leid wahrnehmen und für ärztliche Hilfe sorgen zu können. Sonst könne der Patient in Folge der Gewöhnung an die Qual eine große „Schmerzverzweiflung“ entwickeln. Nach diesem Plädoyer für sensible Aufmerksamkeit und angemessene Behandlung von Schmerz bei Menschen mit Demenz weist Husebø aber ebenso darauf hin: „Herausforderndes Verhalten wie lautes Schreien, Spucken oder Kratzen, das psychiatrische Ursachen hat, ändert sich durch eine Schmerzmedikation allerdings nicht.“

GEGEN SCHEINWELTEN IN HEIMEN

Auch Beate Radzey positioniert sich in ihrem Vortrag für mehr Lebensqualität von Menschen mit Demenz. Genau deshalb spricht sie sich auch gegen Scheinwelten in Heimen aus. „Die berühmte Bushaltestelle, an der der Bus nie ankommt, ist ein typisches Beispiel für eine Scheinwelt“, so die wissenschaftliche Mitarbeiterin der Demenz Support Stuttgart Gesellschaft. Sie kritisiert, dass in vielen Heimen statt der Personen ihre Behinderung im Vordergrund steht. „Immer dann wird der Mensch zum Problem.“



» SCHLÜPFEN
SIE VIEL HÄUFIGER
IN DIE HAUT DER
BETROFFENEN.«

Um eine angemessene Umwelt für Menschen mit Demenz gestalten zu können, sollten Akteure und Entscheider nach Radzey daher viel häufiger in die Haut von Betroffenen schlüpfen. Dieser Perspektivwechsel sensibilisiere für die Notwendigkeiten im Alltag der demenziell Erkrankten. „Anschließend können Sie kleine Welten mit Qualität erschaffen, die Halt geben, durchschaubar sind, das Alltagsleben erleichtern und Begegnung ermöglichen“, sagt sie. Das fördere die Autonomie ebenso wie die Identität bei den Betroffenen und schaltet Stressoren aus. Radzey bringt es auf den Punkt: „Menschen mit Demenz brauchen keine besonderen Umwelten, aber eine nach räumlichen wie sozialen Gesichtspunkten sorgfältig geplante Umgebung.“ ■

„Am 15. September 2014 unterzeichneten Länder,
Kommunen und Verbände die Allianz für
Menschen mit Demenz. Ziel ist es,
aufzuklären und die Teilhabe zu sichern.“

MINISTERIALRAT DR. MARTIN SCHÖLKOPF, BMG

GENERALISTISCHE
PFLEGEAUSBILDUNG

DEUTSCHLAND OHNE Altenhilfe?

Auf dem 20. Bundeskongress tritt nun Peter Dürrmann ans Rednerpult und spricht für das „Bündnis für Altenpflege“ zur Frage, wer künftig die Arbeit in der Altenhilfe leisten soll. Der ehrenamtliche Bündnissprecher, DVLAB-Bundesvorsitzende und Kongress-Verantwortliche bekommt schon nach dem ersten Satz Beifall: „Die Altenhilfe braucht die Altenpflege!“

Nach diesem plakativen Einstieg ins Referat zeigt sich Peter Dürrmann, der hauptberuflich spezialisierte Angebote für Menschen mit Demenz leitet, gewohnt differenziert. Denn genau genommen bedarf die älter und pflegebedürftiger werdende Gesellschaft in Deutschland der Altenhilfe dringender als je zuvor. Und die Altenhilfe ihrerseits braucht die moderne Altenpflege, deren Erfolgsgeschichte in den 1980er Jahren mit der Emanzipation von der Krankenpflege begann. 2002 wurde sie folgerichtig als Heilberuf anerkannt, hat ihre Eigenständigkeit seitdem verstetigt und sich eine spezifische Wissensbasis in Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie geschaffen.



Diese geballte Kompetenz soll nun durch eine Generalistische Pflegeausbildung ins Abseits gestellt werden. Denn die Bundesregierung will die derzeitigen drei Ausbildungsgänge Altenpflege, Krankenpflege und Kinderkrankenpflege zu einer Ausbildung einschmelzen – bei weiterhin nur dreijähriger Ausbildungszeit. „Eine solche Zusammenlegung dürfte zu einem Breiten- statt Tiefenwissen in allen drei Feldern führen“, sagt Dürrmann. „Alle bisherigen Ausbildungsgänge werden verlieren – aber die Altenpflege am meisten.“ Denn erstens werde ihr spezifisches Wissen unwiederbringlich ver-

loren gehen, obwohl es in der Versorgung und Begleitung von pflegebedürftigen alten Menschen mit und ohne Demenz dringend vonnöten ist. Zweitens würde die Pflege durch die Zusammenlegung der drei Ausbildungen und die folgende Zentralisierung der Ausbildungsstätten Auszubildende verlieren, „denn für junge Menschen ist auch die Länge der Anfahrtswege zum Ausbildungsplatz entscheidend“, führt Dürrmann aus. „Darüber hinaus wird die Altenhilfe auch nach erfolgter Ausbildung den Kürzeren ziehen. Denn nach allen nationalen und internationalen Erfahrungen mit der Generalistik entscheiden sich die meisten nach dem Examen für die Krankenpflege.“

Es geht jedoch nicht nur um die Verluste für die Pflegebranche, sondern um Verluste für die gesamte Gesellschaft. Sie muss schon heute 2,4 Millionen Pflegebedürftige versorgen. Erschwerend hinzu tritt die wachsende Zahl der derzeit 1,2 Millionen Menschen mit Demenz. In 2030 werden es schon 3,4 Millionen Pflegebedürftige sein, davon mindestens 2,2 Millionen Menschen mit Demenz. „Diese Fakten lassen nur einen Schluss zu: Wir müssen die Altenpflege und ihre Ausbildung weiterentwickeln“, fordert Dürrmann. „Wer sie dagegen abwickeln will und fahrlässig auf die Generalistik setzt, handelt verantwortungslos!“

Gegen die generalistischen Pläne hat sich mittlerweile ein breiter Widerstand formiert (ab S. 9), dessen Beteiligte allerdings auch schon mal als „ewig Gestrige“ abgetan wurden. Dürrmann bringt das in Rage. „Die Unterstellung, dass wir unsere Altenpflegeausbildung, um die uns ganz Europa beneidet, nur wegen der guten alten Zeit erhalten wollen, ist eine glatte Unverschämtheit“, wettet er von der Bühne der Bundeskongresses und setzt nach: „Dabei war es die Altenpflege, die die ausdifferenzierte Versorgungslandschaft geschaffen und die Zunahme demenzkranker Menschen von Null auf jetzt 1,25 Millionen bewältigt hat! Wir begleiten Menschen rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche über 15, manchmal 20 Jahre – und ihre Pflege ist dabei nur ein kleiner Teil der Arbeit.“

Dürrmanns Fazit: „Die Altenpflege krankt nicht an ihrer Ausbildung, sondern an schlechten Arbeitsbedingungen, überbordender Bürokratie, magerer Bezahlung und viel zu knappen Personalschlüsseln. Diese Probleme kann eine Zusammenlegung der Pflegeausbildungen nicht lösen. Im Gegenteil – die Generalistik würde zu bedrohlichen Defiziten in allen Versorgungsbereichen führen und nur neue Probleme schaffen!“ Daher fordere das Bündnis: „Die Altenpflegeausbildung muss analog der Krankenpflegeausbildung finanziert werden und der Altenpflegeberuf muss weiterentwickelt werden!“ ■

DRAN bleiben

Das „Bündnis für Altenpflege“ repräsentiert heute die deutliche Mehrheit aller Dienstleister aus der Altenhilfe. Seit 2012 kämpft es gegen die Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung, für den Erhalt des Altenpflegeberufes sowie für bessere Rahmenbedingungen.

Auch in 2014 hat das Bündnis für Altenpflege aktiv gewirkt:

Frühjahr 2014: Das Bündnis für Altenpflege organisiert die Kampagne „Hände weg von der Altenpflege!“ Diese Aufforderung an die Politik soll auf der Altenpflegemesse in Hannover viele Unterstützer finden. Der DVLAB übernimmt die Steuerung.



25.-27. März 2014: Das Bündnis für Altenpflege ist auf der Altenpflegemesse überall präsent: an den eigenen Ständen, in den Messehallen, als „wandelnde menschliche Litfassäulen“, an allen Ein- und Ausgängen. 35 Bündnis-Vertreter/innen, darunter viele Mitglieder des DVLAB, sowie annähernd 100 Auszubildende in der Altenpflege verteilen 22.000 Aktionskarten „Hände weg von der Altenpflege!“. Darauf sollen die Messegäste mit ihrer Unterschrift für den Erhalt des Altenpflegeberufs votieren. Innerhalb von drei Tagen unterschreiben über 10.000 Menschen diesen Aufruf an die Politik.

7. Mai 2014: Das Frankfurter Forum für Altenpflege tritt dem Bündnis bei; das appelliert an Bundesministerin Manuela Schwesig in einem Schreiben, am „Erfolgsmodell Altenpflege“ festzuhalten. Gleichzeitig lädt es zum Dialog ein: „Sprechen Sie zuerst mit der Mehrheit der Altenpflege, für deren Beruf Ihr Haus zuständig ist, bevor Sie das Vorhaben weiterverfolgen, den Beruf abzuschaffen und damit hunderttausende Altenpflegekräfte und den Nachwuchs demotivieren. Setzen Sie sich für den Beruf und die Weiterentwicklung der Altenpflege ein und verhindern Sie die Gefährdung der Versorgung!“

12. Mai 2014: Das Bündnis für Altenpflege übergibt an Staatssekretär Dr. Ralf Kleindiek im BMFSFJ über 10.000 unterschriebene Aktionskarten mit dem Appell: „Hände weg von der Altenpflege!“ Anwesend sind Bündnispartner aus dem VDAB, dem bpa, dem DBVA und dem AAA. Thomas Knieling (VDAB) spricht allen aus der Seele: „Frau Schwesig sollte (...) nicht als Chefin eines Ministeriums in die Geschichte eingehen, das (...) diesen Beruf abgeschafft statt weiterentwickelt hat.“ Die Presse berichtet umfassend.

20. Juni 2014: Das Bundesfamilienministerium lädt zu einem Workshop ein. Hauptsächlich Befürworter der Generalistik sollen mit Staatssekretär Kleindiek die altenpflegerische Perspektive für ein künftiges Pflegeberufegesetz diskutieren. Das Bündnis für Altenpflege ist nicht geladen. Nach Intervention der Bündnispartner kommt es im BMFSFJ später zu einem gesonderten Gespräch. Staatssekretär Kleindiek ist nicht zugegen.

Die BÜNDNISpartner

- Arbeitskreis Ausbildungsstätten Altenpflege (AAA) ■ Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt (AWO) ■ Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e.V. (BKSB) ■ Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) ■ Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. ■ Deutscher Berufsverband für Altenpflege e.V. (DBVA) ■ Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. (DED) ■ Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) ■ Deutscher Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen (DVLAB) ■ Frankfurter Forum für Altenpflege (FFA-Netzwerk) ■ Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) ■ Wohnstifte im Paritätischen (WiP)

10. November 2014: Der Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen tritt dem Bündnis bei. ►►

2. Januar 2015: Die Zeitschrift CARE konkret vermutet, dass die Generalistik nicht mehr zu stoppen sei. Bündnissprecher Dürrmann antwortet darauf im Heft: „Bisher liegt kein Gesetzentwurf vor, die Finanzierung über Länderfonds ist mehr als ungewiss – und das Bündnis für Altenpflege wächst.“

8. Januar 2015: Der Zwischenbericht zur „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ zeigt: Mit 26.740 Eintritten in eine Altenpflegeausbildung im Schuljahr 2013/2014 wurde bundesweit ein neuer Spitzenwert erzielt. Steigerungsrate: 14,2 Prozent statt der vereinbarten 10 Prozent. Das Kuratorium Wohnen im Alter hält es für einen „Treppenwitz der Sozialpolitik“, dass die Altenpflegeausbildung trotzdem abgeschafft werden soll.

12. Januar 2015: Das Bündnis für Altenpflege erklärt öffentlich: „Der Altenpflegeberuf ist so attraktiv wie nie zuvor und muss bleiben. Erforderlich ist jetzt seine Weiterentwicklung und überall die Abschaffung des Schulgeldes.“

Stand Frühjahr 2015: Von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Staatssekretär Karl-Josef Laumann ist weiterhin zu hören, dass verbesserte Rahmenbedingungen nur durch die Umsetzung einer generalistischen Pflegeausbildung zu erreichen sind. Bündnissprecher Peter Dürrmann hält dagegen: „Für die heutigen Rahmenbedingungen der Altenpflegeausbildung trägt einzig und allein die Politik die Verantwortung – und das sowohl auf Landes- wie auf Bundesebene. Dieser Sachverhalt kann nicht durch die Generalistik behoben werden.“

Das Bündnis für Altenpflege steht deshalb auch für die Einführung eines Personalbemessungssystems, um zu bundeseinheitlichen Regelungen für die Personalausstattungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu kommen. Darüber hinaus fordert das Bündnis eine gesicherte Finanzierung der Altenpflegeausbildung, wie sie für die Krankenpflegeausbildung schon seit langem gilt. In diesem Zusammenhang sieht das Bündnis auch die Abschaffung des Schulgeldes in der Altenpflegeausbildung als überfällig an. Außerdem setzt sich das Bündnis für eine bessere Vergütung von Pflegekräften ein. ■

Wahnsinnige „Tiefe“



Für einen heiteren Ausklang des ersten Kongresstages sorgt Dr. Manfred Lütz mit seinem Vortrag „Irre – Wir behandeln die Falschen“. Wie in seinem gleichnamigen Buch klärt der Psychiater, Theologe und Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie im Alexianer-Krankenhaus Köln

sein Publikum über Diagnosen und Therapien psychischer Erkrankungen auf. Hier muss jeder mehr wissen, findet der begnadete Redner, blinzelt ins Publikum und vermutet, dass jetzt so mancher wohl auf ein gerüttelt Maß an Unverständlichkeit hoffe. „Sie wollen ja hinterher sagen können, dass mein Vortrag wahnsinnig tief war...“ Lütz grinst und enttäuscht seine Zuhörer in diesem Punkt. Denn seine „heitere Seelenkunde“ ist ausgesprochen verständlich. Dabei jongliert er so virtuos mit den Begriffen „irre“ und „normal“, dass er wahre Lachsalven erntet. Übrigens auch mit dem Bandwurm, der nach Lütz Höhepunkt der Evolution ist. „Er hat nämlich erkannt, dass Probleme mit dem Gehirn nicht zu lösen sind, die man ohne Gehirn gar nicht hätte. Deshalb hat er sein Gehirn gleich ganz abgeschafft.“ Probleme machen nach Lütz eher die Normalen, die „wahnsinnig Normalen, die sich zwischen linker CDU und rechter SPD bewegen“. Darf man mit solch provozierendem Humor über Psychiatrie sprechen? Man darf durchaus, findet der Experte, lockt sein Publikum mit bewussten Unkorrektheiten aus der Reserve, beherrscht auch das Spiel mit Vorurteilen exzellent – und bewirkt damit mehr Aufklärung als jeder bierernste Fachkollege. Manfred Lütz ist fraglos ein Highlight auf jeder Veranstaltung!

Von seinen neuen Perspektiven auf psychiatrische Auffälligkeiten angeheitert, starten die Teilnehmer/innen anschließend beschwingt in den „Berliner Abend“. Hier hat der DVALB traditionell zu zünftiger Currywurst, knackigem Salat, Fingerfood und Getränken eingeladen. Bei fachlichem Austausch und anregenden Gesprächen klingt der erste Kongresstag aus. ■

Die Seele putzen

„Die Welt ist ein permanenter Veränderungs- und Schöpfungsprozess, an dem auch Sie jeden Tag mitwirken“, sagt Dr. Matthias Lauterbach den Leitungskräften zum Ende des zweiten Kongresstages. Der Psychotherapeut und Gesundheitscoach appelliert deshalb an alle Anwesenden, auch für die eigene Gesundheit zu sorgen. Seine Empfehlung: Persönlich wie beruflich



überlebe man am besten, wenn man sich „miteinander passend macht“ durch gegenseitige soziale, emotionale und fachliche Unterstützung. „Jede Maßnahme zur Gesundheitserhaltung ist ein Teamprozess – und gerade in Ihrem schwierigen Arbeitsfeld brauchen Sie Verbindung zu anderen und sich selbst“, so Lauterbach. Das gehe ganz einfach: „Gönnen Sie sich jeden Morgen fünf Minuten Stille.“ Nicht Ruhe, sondern Stille, in der man seine Achtsamkeit nach innen richte und gleichsam „die Seele putzt“. Lauterbach nennt das „aufrecht sitzen in Würde zu sich selbst“ und verspricht durch diese kleine, aber regelmäßige Übung mehr Gesundheit und Energie. ■



Auf dem Bundeskongress wird sehr deutlich, dass alle diese Aufgaben längst geregelt sind. Marion Goldschmidt, Martin Petzold vom DBVA und Herbert Weisbrod-Frey von VERDI sollen auf dem Podium trotzdem diskutieren, ob die Altenhilfe eine Pflegekammer braucht. Ihre Antwort: Nein! „In Hamburg waren weit über die Hälfte der Befragten aus allen Pflegeberufen dagegen“, präzisiert Goldschmidt. Gar 70% fanden: „Wenn jede Pflegekraft einer Pflichtmitgliedschaft unterworfen wird und Beitrag zahlen muss, lehne ich die Pflegekammer ab.“

So ein Ergebnis fällt aber nicht vom Himmel, sondern kommt nur auf gut informiertem Boden zustande, gibt Goldschmidt zu Bedenken. Hier sieht sie die anwesenden Leitungskräfte gegenüber ihren Beschäftigten genau so in der Informationspflicht wie die Mitglieder des DVLAB. „Bündeln wir unsere Kräfte! Und überlassen wir das Feld nicht den krankheitslastigen Pflegeräten, die auf die Errichtung von Kammern genauso drängen wie auf eine generalistische Ausbildung!“

Martin Petzold und Herbert Weisbrod-Frey stoßen hier ins gleiche Horn wie der DVLAB: Eine Pflegekammer löst kein einziges Problem in der Altenpflege. „Schauen Sie sich einfach nur an, vor welchen Herausforderungen die Altenhilfe steht – und was die Kammern machen sollen. Das klappt weit auseinander!“, betont der VERDI-Vertreter. Und sein Kollege vom DBVA prophezeit: „Pflegekammern werden sich sowieso nur zu reinen Kontrollinstrumenten entwickeln.“ ■

PFLEGEKAMMERN

Dringend verhindern!

„In Hamburg wird es keine Pflegekammer geben“, verkündet Dr. Marion Goldschmidt, Sprecherin des DVLAB Hamburg, auf dem 20. Bundeskongress. Applaus aus dem Publikum! Ist er unangebracht? Schließlich sollen Pflegekammern doch die Qualität der Pflege voranbringen und den Pflegekräften (endlich?) eine Stimme geben...

Pflegekammern sind Ländersache. In Rheinland-Pfalz kommt die bundesweit erste ganz sicher noch in 2015, Schleswig-Holstein und Niedersachsen wollen bald nachziehen. In Hamburg haben die Pflegekräfte der Kammer nach einer repräsentativen Umfrage des Senats eine deutliche Absage erteilt. Baden-Württemberg und Bayern hoffen jeweils demnächst auf ein gegenteiliges Votum. Mecklenburg-Vorpommern studiert die Stimmung gerade und muss sich mit den Ergebnissen bis Herbst gedulden. In verschiedenen Ländern plädieren die Landespflegeräte für Pflegekammern und betätigen sich als Dirigenten zur Einführung des neuen Instruments.

Welche Aufgaben sollen Pflegekammern übernehmen? Sie sollen u.a.

- ▶ den Gesetzgeber beraten und sich an gesetzgebenden Verfahren beteiligen;
- ▶ als Schiedsstelle tätig sein;
- ▶ Pflegenden eine Berufsethik geben;
- ▶ ihre berufliche Aus- und Weiterbildung organisieren und Prüfungen abnehmen;
- ▶ über die Zulassung der Pflegekräfte bestimmen – und insgesamt die Qualität der Pflege hüten.

Risiken & Nebenwirkungen

Der DVLAB hat sich zusammen mit anderen Verbänden und Organisationen in einer „Koalition der Vernunft“ gegen die Errichtung von Pflegekammern eingebracht.

Denn:

- ▶ **Pflegekammern zwingen Pflegekräfte zur Mitgliedschaft**, obwohl sie zumeist abhängig beschäftigt sind. Pflegehilfskräfte dürfen dagegen nicht Mitglied werden, was die Beschäftigten in den Einrichtungen spalten wird.
- ▶ **Pflegekammern vertreten nicht die Interessen ihrer Mitglieder**, obwohl diese den teuren Beitrag aus eigener Tasche zahlen sollen.
- ▶ **Pflegekammern leisten keinen Beitrag zur Gewinnung von Fachkräften**. Denn sie können weder über Arbeitsbedingungen und Tarifverträge noch über die Höhe der Pflegesätze oder den Personalschlüssel verhandeln.

FAZIT: Pflegekammern tragen nichts zur Steuerung und Entwicklung der Pflege bei. Sie bleiben wirkungslose, künstliche, aber teure Behörden ohne Einfluss auf die Pflegequalität und die drängenden Probleme in der Altenpflege. ■



MOBILE REHA

Muss endlich STATTFINDEN

Wer wegen Pflegebedürftigkeit ambulant oder stationär versorgt wird, braucht keine Reha, glauben viele. Und demenziell veränderte Menschen schon mal gar nicht. Das sind gleich zwei Irrtümer! Der 20. Bundeskongress räumt mit beiden auf und rückt den Anspruch auf mobile Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit ins Bewusstsein der Führungskräfte.

Die Altenhilfe muss alles tun, damit sich der Gesundheitszustand der ihr anvertrauten Menschen nicht verschlechtert und Pflege vermieden wird. Dazu gehört auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit die mobile Reha im Heim oder in der eigenen Wohnung. „In der Praxis findet sie aber kaum statt“, rüttelt DVLAB-Chef Peter Dürrmann die Führungskräfte auf dem 20. Bundeskongress wach. Mit guten Informationen und praktischen Umsetzungsstrategien zeigen drei Experten auf dem Bundeskongress, worum es geht.

» ES GEHT IMMER
UM DEN BLICK AUF
MEHR TEILHABE.«



VERBESSERTE SELBSTVERSORGUNG REICHT

Uwe Brucker verantwortet den Bereich Pflege beim MDS. Er unterstreicht noch einmal das Prinzip „Reha vor Pflege und auch bei Pflege“ auf der Grundlage des SGB IX und SGB V. Eine Reha-Indikation liegt vor, wenn der Betroffene nicht nur vorübergehend beeinträchtigt ist. Ein Kriterium ist dabei seine Bedürftigkeit (z.B. in der Kommunikation, Selbstversorgung oder Mobilität), außerdem muss er der Belastung einer Reha und der Mitwirkung gewachsen sein. Nach Brucker schätzen Gutachter vor allem Reha-Anträge mit individuellen, realistischen und alltagsbezogenen Ziele. Also nicht „Steigerung der Mobilität“, sondern „damit nachts der Toilettensstuhl genutzt werden kann“. Eine verbesserte Selbstversorgung reiche, so Brucker, eine vollständige Selbstversorgung sei nicht gefordert. „Es geht auch um Linderung von Krankheitsfolgen und Beeinträchtigungen – und das immer mit Blick auf Teilhabe!“ Ganz wichtig dabei: Eine leichte oder mittlere Demenz ist kein Ausschlusskriterium für eine Reha. Hier verweist Brucker auf die Möglichkeit der mobilen geriatrischen Reha, die auch im Heim resp. in der eigenen Wohnung durchgeführt werden kann und sich an den Erfordernissen des All-

tags orientiert. „Sie kann sich auf die Minderung oder Kompensation des Handicaps, aber auch auf Anpassung ans Umfeld richten“, sagt er. In allen Fällen sei es Aufgabe der Pflegekräfte, Informationen zur Beeinträchtigung und zu möglichen Reha-Zielen zu sammeln.

REHA VOR UND AUCH BEI PFLEGE FUNKTIONIERT

Eigentlich ist die Reha-Verordnung ja Sache der Ärzte. Die halten sich hier laut Dr. Michael Jamour, Chefarzt an der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Ehingen, aber stark zurück. „Eher landet der geriatrische Patient im teuren Krankenhaus, wo man ihn jedoch schnellstens wieder loswerden will“, sagt er. Die schockierenden Fakten: Von 2005 bis 2012 sind die Krankenhausentlassungen direkt ins Pflegeheim um 135 Pro-



» IMMER VORAUS-
GESETZT, WIR TUN
STETS DAS RICHTIGE
IN DER REHA.«

zent gestiegen – normal wären 20 Prozent. „Dann hat ein Patient endlich ein schönes neues Knigelenk und keine Schmerzen mehr – aber findet sich anschließend leider im Pflegeheim wieder.“ Dabei erhalte der Mensch seine Funktionen in gewohnter Umgebung immer noch am besten. Deshalb setzt sich Jamour besonders für die geriatrische Reha ein und belegt für diesen spezialisierten Zweig mit Studien die Chancen für die Betroffenen. „Immer vorausgesetzt, wir tun das Richtige in der Reha!“ Heißt bei vorliegender Reha-Fähigkeit des Patienten: Festlegung der alltagsrelevanten individuellen Ziele, die in erster Linie der Patient bestimmt. Frau A. möchte ihr Kaffeekränzchen bei den Landfrauen wieder aufnehmen und muss dafür ins Auto rein- und rauskommen. Herr B. will sonntags wieder in die Kirche gehen und die 500 Meter mit dem Rollator selbst bewältigen können. Frau C. wünscht sich, dass sie sich

„Für die medizinische Reha ist die Krankenkasse zuständig. Nur weil es da nicht läuft, können wir das ja jetzt nicht noch bezuschussen. Aber letztlich muss ich feststellen: In der Reha-Frage passiert viel zu wenig.“

MINISTERIALRAT DR. MARTIN SCHÖLKOPF, BMG

wieder selbständig an- und auskleiden kann. Andere Patienten brauchen das Training, um wieder selber essen, trinken oder sich waschen und kämmen zu können. „Solche Ziele sind nachvollziehbar und messbar. Werden Kraft, Ausdauer, Balance, Koordination und Beweglichkeit gefördert, führt das für die Betroffenen zu deutlich mehr Lebensqualität und Teilhabe – und für Ihr Personal in den Heimen und ambulant in Wohngemeinschaften zu erheblich weniger Arbeitsaufwand“, betont Jamour. „Das gelingt jedoch nur durch Training, Training, Training unter Begleitung eines interdisziplinären, geriatrisch kompetenten Teams!“ Apropos: Nach erfolgreicher Reha sinkt laut Studien die Mortalität um 22 %, das kognitive Leistungsvermögen verbessert sich um 79%. In der Mobilität steigt die Rate des selbständigen Transfers von 35 auf 72% und beim selbständigen Treppensteigen von 7,7 auf 35,5%. „Immer vorausgesetzt, wir tun das Richtige in der Reha!“, sagt Jamour noch einmal. „Reha vor und auch bei Pflege funktioniert also!“ Übrigens auch bei rehafähigen Menschen mit Demenz, die etwa im sprachlichen, sensorischen oder Verhaltensbereich beeinträchtigt sind. Jamour fasst zusammen: „Schluss mit unseren negativen Bildern vom Alter. Platzieren wir die alten Menschen künftig lieber am richtigen Ort – und eröffnen wir ihnen mit der geriatrischen Reha den Zugang zu mehr Teilhabe!“



» DAS TRAINING KANN IM VORSTADIUM VON DEMENZ VIEL BEWIRKEN.«

MIT FREUDE TRAINIEREN

Über Menschen mit Demenz spricht auch Prof. Dr. Martina Piefke von der Universität Witten/Herdecke, genau gesagt über die alltagsnahe neuropsychologische Reha. Es geht um den Nachweis, wie sich kognitive Leistungen und dadurch der Alltag verbessern lassen. „Tests im Labor zeigen zwar positive Ergebnisse. Aber der Alltagstransfer gelingt trotzdem nicht“, sagt sie. Das bedeutet: „Der Mensch kann hinterher nicht besser Kaffee kochen.“ Gleiches gilt für Gedächtnistests, z.B. dem Lernen von Einkaufslisten. „Das macht den Testpersonen Stress und nützt ihnen in der realen Situation z.B. im Supermarkt gar nichts.“ Deshalb wird an ihrer Fakultät nun das Trainingsgerät „OktaVis“ erprobt. Dieser „virtuelle Supermarkt“ stellt visuell und auditiv einen tatsächlichen Einkauf nach und führt bei Menschen mit Depression zu überraschend gutem Lernverhalten. Jetzt hält Piefke das Szenario möglicherweise auch auf Menschen mit Demenz für übertragbar. „Auch für sie macht neuropsychologisches Training Sinn, denn das Gehirn besitzt hohe Plastizität und kann immer noch verändert werden“, sagt sie. Wichtig sei dabei das erfolgsorientierte, alltagsnahe Lernen mit Freude und ohne Angst. „So könnte die neuropsychologische Reha gerade im Vorstadium der Demenz viel bewirken“, resümiert die Wissenschaftlerin. ■

Konkrete Tipps der Experten

Uwe Brucker, Peter Dürrmann und Michael Jamour (v.l.n.r.) geben anschließend Tipps zur Umsetzung der mobilen Reha. Ihr Fazit: Die Altenpflege muss das Thema aktiv selbst aufgreifen.



Reha-Formen: Die klassische *stationäre Reha* können Pflegebedürftige mit und ohne Demenz oft nicht in Anspruch nehmen. Die *ambulante Reha* bietet ihnen dagegen eine wohnortnahe Behandlung, sie kann auch als ambulante geriatrische Maßnahme durchgeführt werden. Die *ambulante mobile Reha* bringt entsprechende Reha-Leistungen (etwa Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) direkt zum Patienten in seine vertraute Wohnumgebung, wodurch schwierige Gewöhnungs- und Transferprozesse entfallen. Die *ambulante mobile geriatrische Reha* ist geeignet bei erheblicher Schädigung kognitiver Funktionen oder bei stark eingeschränkter Handlungsfähigkeit durch fortgeschrittene Demenz.

Ziele: Die mobile Reha soll die Basisaktivitäten des täglichen Lebens verbessern. Indikatoren liegen in allen Alltagsverrichtungen wie Nahrungsaufnahme, Körperpflege etc. Selbst Menschen mit mittelschwerer Demenz erzielen nachweislich bei der mobilen Reha den gleichen Erfolg wie orientierte pflegebedürftige Personen. Die Ziele der mobilen Reha sind nach der SMART-Regel zu formulieren:

S = spezifisch	M = messbar	A = akzeptiert
R = realistisch	T = terminierbar	

Beantragung: Die Krankenkassen tragen die Kosten für ambulante bzw. ambulante mobile Reha-Maßnahmen und ambulante Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 1 und 6 SGB V), wenn Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose vorliegen. Für den Reha-Antrag ist der Hausarzt wichtigster Partner. Seine Grundlage ist die Pflegedokumentation, die darlegen sollte, dass der Einsatz von Heil- und Hilfsmitteln für einen Patienten nicht ausreicht. Die Stoffsammlung der Fachkräfte ist also wesentlich. Übrigens: Der MDK muss bei der Pflegebegutachtung verpflichtend den Hinweis auf Reha-Bedarf dokumentieren.

PROBLEM & LÖSUNG

Sind keine Angebote für eine ambulante/mobile Reha vor Ort, sollten Leitungskräfte zusammen mit dem Hausarzt und der PDL bei der Krankenkasse wirksame Ersatzmaßnahmen erstreiten, die durch Dienstleister vor Ort umsetzbar sind (z.B. 3x täglich Physiotherapie im Heim und später in größeren Abständen als erhaltende Therapie). ■

DVLAB ist voll da!



Zur Begrüßung der Delegierten auf der DVLAB-Bundesmitgliederversammlung 2014 kündigt Verbandschef Peter Dürrmann gleich eine Neuerung an: „Ab 2015 werden wir an dieser Stelle auch einen Fachvortrag hören und unserer Mitgliederversammlung so weiter aufwerten.“

Anschließend gibt der Bundesvorsitzende einen Überblick über die Entwicklung und Aktionen des DVLAB. Zum Schlaglicht Generalistik hebt Dürrmann hervor: „Zusammen mit unseren Partnern im Bündnis für Alt- und Pflege sind wir im letzten März auf der Altenpflegemesse in Hannover deutlich in Erscheinung getreten.“ Die Postkartenaktion „Hände weg von der Altenpflege!“ habe großes Aufsehen erregt und sei mit den erzielten 10.000 Unterschriften ein voller Erfolg gewesen. „Seit unserem Engagement für den Erhalt der Altenpflegeausbildung wird der DVLAB noch stärker als aktiver Ver-

band für Führungskräfte wahrgenommen“, so Dürrmann. „Unsere ehrenamtliche Leistungsfähigkeit haben wir auch im Bündnis bewiesen. Hier wie anderswo profitieren wir von unserer geballten Fachlichkeit, die unseren Verband für inhaltliche Auseinandersetzungen stärkt.“

Aktuell argumentiere der DVLAB auch gegen die Errichtung von Pflegekammern (S.11 in diesem Heft). „Hier treffen wir auf die selben Pro-Generalistik-Akteure“, sagt der Bundesvorsitzende. Der gesamte Vorstand habe bereits im Frühjahr 2014 gegen Pflegekammern votiert und im Mai die entsprechende Postkartenaktion „Achtung vor der 8“ aufgelegt. Ebenso engagiert nehme der Verband nun die mobile Reha für Pflegebedürftige im Heim in den Blick. „Denn die findet so gut wie nirgends statt!“ (S.12 in diesem Heft) Auch hierzu will der DVLAB eine Postkartenaktion auflegen.

Dürrmann stellt auch dar, dass derartige Aktionen dem DVLAB immer wieder enorme Energieleistung abverlangen und gut geplant sein müssen. Entsprechend tagte der Geschäftsführende Bundesvorstand im Berichtszeitraum viermal im erweiterten Kreis und siebenmal

allein. Die Delegierten erfahren auch, dass ein Umbruch im Vorstand ansteht: Die stellvertretende Bundesvorsitzende Christine Becker sowie Schriftführerin Irene Lamm werden Ende 2015 ausscheiden. Zwar stehen mit Stephan Dzulko und Sebastian Thieswald zwei engagierte und kompetente mögliche Nachrücker bereit – „aber wir suchen auch noch motivierte Frauen“, sagt Dürrmann mit Blick in die Versammlung.

Anschließend lässt der Bundesvorsitzende die erfolgreiche Klausurtagung des Verbandes Revue passieren, bei der es zentral um den Wesenskern der Altenhilfe ging. Dieser spiegelt sich auch in den Managementseminaren des DVLAB wider. 32 neue Veranstaltungen werden bereits durchgeführt, weitere Themenvorschläge von Mitgliedern sind willkommen. „Frau Vornkahl, die sich in unserer neuen Geschäftsstelle in Hildesheim bestens eingearbeitet hat, wird Ihre Vorschläge gerne ans Planungsteam weiterleiten!“, verspricht Dürrmann.

Zufrieden zeigt er sich auch mit der internen Verbandsentwicklung: „Trotz Beitragserhöhung in 2013 ist unsere Mitgliederanzahl konstant geblieben.“ Dazu weist der DVLAB einen stabilen Haushalt auf, was Schatzmeister Karsten Stiernerling im Anschluss mit guten Zahlen belegen kann. Bevor sich Peter Dürrmann dann den künftigen Aufgaben des DVLAB zuwendet, berichtet er noch vom wachsenden Erfolg des Bundeskongresses: „Vor sieben Jahren verzeichneten wir nur noch 167 Teilnehmer, in 2013 waren es dann schon 285 und in diesem Jahr haben wir bereits 340 Kongressbesucher. Das nenne ich einen Grund zum Feiern!“

Ein weiterer Grund zum Feiern war in 2014 das 20. Jubiläum des Bundeskongresses, zu dem der DVLAB seine Mitglieder am Abend vor Kongressbeginn zum Dinner mit Tanz eingeladen hat. Doch erstmal folgen noch die Berichte aus den Landesverbänden:

Für **Niedersachsen** spricht Mark Stiernerling von Aktionen zu den Themen Generalistik und Pflegekammer. „Dabei konnten wir unsere Mitglieder gegen die generalistische Pflegeausbildung noch stärker mobilisieren als gegen die Errichtung einer Pflegekammer“, berichtet er. Dennoch hätten alle Maßnahmen auch den positiven Nebeneffekt der Mitgliederpflege gehabt. In 2015 wollen die Nieder-



Bevor sich die Delegierten anschließend zum festlichen Abendessen im Hotel Berlin Berlin zusammensetzen und danach zur Musik von DJ Michael tanzen, greift Peter Dürrmann noch einmal zum Mikrofon: „Was wir ehrenamtlich alles auf die Beine gestellt haben, hat sogar unsere eigenen Erwartungen übertroffen!“ Der Applaus der Mitglieder zeugt davon, dass der DVLAB so weitermachen wird. ■





Weiterbildung:

Fachwirt für Seniorenverpflegung

Nächster Kurs startet im Mai 2015 in Berlin



Neugierig?

Ziel

Der Fachwirt für Seniorenverpflegung erarbeitet sich mit der vorliegenden Ausbildung ein umfassendes Verständnis für die pflegerelevanten und ernährungsphysiologischen Bedürfnisse und Bedarfe von Senioren als wesentliches Element von Lebensqualität.



Seniorenverpflegung
in Bewegung

**Gleich
buchen!**

Kosten

EURO 3.450 *

Für
DVLAB Mitglieder
EURO 2.950 *

* inkl. Mittagessen,
Seminargetränke,
Seminarunterlagen

Weiterbildung in Zahlen

- 320 Präsenzstunden, unterrichtet in Lehrgangswochenblöcken
- zzgl. 80 Stunden Projektarbeit
- 15 Teilnehmer (maximal)
- fachkompetente Referenten, u. a. Sascha Kühnau, Dipl.-Oec.-troph. (FH); Melanie Müller, Diätassistentin DKL/DGE; Christian Pinkert, social BBA

Veranstalter:



www.dvlab.de

**Für weitere
Informationen
kontaktieren
Sie uns bitte
unter:**

DVLAB e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Bahnhofsallee 16
31134 Hildesheim
Telefon: 05121/289 28 72
Fax: 05121/289 28 79
E-Mail: info@dvlab.de