

Stellungnahme zum Demenzplan Schleswig-Holstein

I Vorbemerkung

Medien, Wissenschaftler, Fachpolitiker und Praktiker weisen seit Jahren darauf hin, dass unsere Gesellschaft nur unzureichend auf den wachsenden Pflegebedarf vorbereitet ist. Bei Beibehaltung der bisherigen Politiken, Ressourcenallokation und Strukturen wird sich stattdessen ein Pflegenotstand ergeben. Diese Situation betrifft fast alle Industriegesellschaften, die Bundesrepublik, das Land Schleswig-Holstein und alle seine Kommunen.

Vor diesem Hintergrund begrüßt Pflege LebensNah die Initiative des Schleswig-Holsteinischen Landtages, sich mit den Rahmenbedingungen für die Altenpflege sowie mit der aktuellen und zukünftigen Versorgung von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, zu befassen. Ein landesweiter Demenzplan kann hier alle notwendigen Maßnahmen – gestützt auf verlässliches regionales Datenmaterial – bündeln.

Wir betrachten uns als praxiserprobte Experten. Als Anbieter eines umfassenden regionalen Sets unterschiedlichster Pflege- und Betreuungsleistungen sind uns alle mit Demenz verbundenen Fragen aus der Praxis seit Jahren vertraut. Wir selbst treiben das Thema immer wieder voran, beispielsweise durch die gelungene Kampagne „Wir sind Nachbarn – Demenzfreundliche Stadt Rendsburg“ oder durch den Kongress „Zwischen Liebe und Wut – Leben mit Menschen mit Demenz“, den Pflege LebensNah am 1. März 2012 organisiert. Auch außerhalb von Kampagnen und Fachveranstaltungen ist die Arbeit mit und für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen ein fester Bestandteil unseres Alltags.

In den folgenden Ausführungen konzentrieren wir uns auf das Thema Demenz und formulieren aus der kommunalen und der Praktikerperspektive Eckpunkte für einen landesweiten Demenzplan.

II Vernetzung

1. Betroffene beteiligen

Der Demenzplan muss die landesweite und die lokale Vernetzung der relevanten Akteure und Institutionen planen, vorantreiben und evaluieren. Es geht hierbei nicht allein um die Kooperation der professionellen Kräfte, sondern auch um die Aktivierung von Bürgern vor Ort sowie um die Integration von Personen, die an Demenz leiden inklusive ihrer Angehörigen. Die Betroffenen und ihre Angehörigen sowie die Nachbarn sind nicht „Objekte“ einer wie auch immer gestalteten „Demenzpolitik“, sie haben Wünsche und Bedürfnisse zur Gestaltung ihrer Lebensumstände, sie müssen und können das Netzwerk mit knüpfen.

2. Fachlich zentrale Einrichtungen

Unsere Erfahrungen in Rendsburg und im Kreis Rendsburg-Eckernförde zeigen, dass es zentrale Fachinstitutionen gibt, die miteinander in einem finanziell tragfähigen Netzwerk arbeiten müssen. Die Vernetzung dieser von uns als besonders wichtig eingeschätzten Institutionen und Personen trägt wesentlich dazu bei, dass Hilfsangebote vor Ort effektiv bleiben. Zu diesen fachlich zentralen Einrichtungen zählen insbesondere:

- Selbsthilfegruppen der Angehörigen
- Ehrenamtlichengruppen
- lokale Pflege- und Demenzberatungsstellen
- Tagespflegeeinrichtungen
- Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Ambulante Pflegedienste
- Hausgemeinschaften für Menschen mit Demenz

Im Rahmen eines landesweiten Demenzplans müssen diese Akteure finanziell gefördert werden, Lokaldaten liefern sowie landesweit koordinierte Maßnahmen mitformulieren und anschließend vor Ort umsetzen.

3. Weitere Akteure

Neben den oben beschriebenen „Knoten in der Netzmitte“ gibt es weitere Akteure, die – in der Regel indirekt und vermittelt – bei der Versorgung von Menschen mit Demenz mitwirken. Sie sollten aus diesem Grund ebenfalls durch einen Demenzplan in ihrer Demenzkompetenz gestärkt werden. Dazu gehören:

- Träger der Pflege- und Altenpflegeausbildung
- Vollstationäre Pflegeeinrichtungen
- Kreisausschüsse der Ärztekammern
- Fachabteilungen (z.B. geriatrische Abteilungen) der Krankenhäuser
- Regionalstellen der Kranken- bzw. Pflegeversicherungen (GKV und PKV)

Anmerkung: Die stationären Pflegeeinrichtungen gehören nach unserer Auffassung nicht zu den fachlich zentralen Einrichtung, weil sie ein elementares Grundbedürfnis der Betroffenen grundsätzlich nicht im gleichen Maß befriedigen können: den Lebensabend in der eigenen Häuslichkeit und im gewohnten Sozialumfeld zu verbringen. Überdies sind stationäre Versorgungsformen immer kostenintensiver als ambulante.

III Prioritäre Handlungsfelder im Demenzplan

Die Vernetzung der Akteure und die Lenkung der Demenzaktivitäten in Schleswig-Holstein über einen Demenzplan werden erfolgreich sein, wenn – ausgehend von den bereits in der Region vorliegenden Erfahrungen – frühzeitig konkrete Handlungsfelder benannt werden, in denen die Stärkung der Demenzkompetenz begonnen bzw. fortgeführt wird. Für den Demenzplan werden zukünftig systematisch und regelmäßig Daten erhoben, ausgewertet und für die die Weiterentwicklung der landesweiten Demenzarbeit genutzt. Dadurch werden sich in den kom-

menden Jahren zwangsläufig weitere und andere Prioritäten ergeben. Folgende Handlungsfelder sind jedoch zunächst zu stärken:

1. Beratung im Sozialraum

Die im Land vorhandenen Beratungseinrichtungen zu Pflege und Demenz müssen so mit Ressourcen ausgestattet werden, dass für Gespräche mit Ratsuchenden Zeit in angemessener Weise zur Verfügung steht. Selbstverständlich erfolgen Gespräche mit Ratsuchenden nach abgestimmten Gesprächsstandards. Das genügt aber nicht. „Beratung mit der Stechuhr“ muss vermieden werden, denn die Ratsuchenden benötigen ihre eigene Zeit, um Informationen aufzunehmen und ihre Situation zusammen mit den Beratungskräften gemeinsam zu reflektieren. Häufig kommen sie erst spät auf Beratungsstellen/-angebote zu, oft wenn die Betroffenen bereits in einem fortgeschrittenen Stadium pflegebedürftig sind. Meist sind auch mehrere Kontakte nötig, bis Hilfe angenommen wird.

Damit Eskalationen im Krankheitsverlauf und in der Beziehung von Angehörigen und Erkrankten möglichst vermieden werden, ist es wichtig, gezielt den Kontakt und ein vertrauensvolles Verhältnis zu betroffenen Personen aufzubauen.

Die Sicherung einer angemessenen Kontaktqualität in den Beratungsstellen spart Folgekosten, die durch die Nichtinanspruchnahme des Hilfesystems entstehen. Aktuell fühlen sich noch immer sehr viele Betroffene von Hausarztpraxen, Facharztpraxen, Kliniken, Krankenhäusern oder Anlaufstellen der Pflegeversicherung allein gelassen.

Zur Qualität der Beratung im Sozialraum gehört, dass sie auch in mutmaßlich ungünstigen Zeiten (Abendstunden) angeboten werden kann. Berufstätige Angehörige finden andernfalls nur schwer Zugang.

2. Niedrigschwelligkeit

Um Hilfe zu bitten bedeutet Hürden zu überwinden. Neben den inneren Hürden sind äußere Hürden hinderlich, die in der „Zugänglichkeit“ der Hilfen liegen. Hilfe muss darum im Nahraum vorhanden sein, sie muss ein Gesicht haben, sie muss zeitlich flexibel sein und sie muss durchgängig vom Hilfesuchenden her strukturiert werden. Diese Grunderkenntnis der Sozialarbeit gilt im hohen Maß für den Umgang mit Demenz, weil hier ein stark tabuisiertes und persönlich oft entmutigendes Erleben prägend ist.

Die Angebote für Demenzerkrankte als differenzierte „Komm-Struktur“ vor Ort müssen sowohl stunden- als auch tageweise Betreuung beinhalten. Beratung muss zugleich in verschiedenen personellen Settings möglich sein (Beratung und Information in und für Gruppen; Beratung von und für Einzelpersonen; Beratung von Paaren etc.).

3. Nachhaltigkeit der Informationsweitergabe

Informationen über mögliche Hilfen zu transportieren ist wichtig, aber nicht ausreichend. Den Informationsübermittlern muss stets klar sein, wo welche Hilfe

durch wen erhältlich ist. Im Rahmen eines Demenzplanes gilt es, die Informationsvermittler mit einer jeweils aktuellen, vorzugsweise internetbasierten Plattform zu stärken, die diese zentralen Informationen bereitstellt.

Die Informationsweitergabe muss außerdem in ihrer Nachhaltigkeit gestärkt werden. Die Adressaten der Informationen fühlen sich durch die Vielfalt der Hilfen sowie durch das Nicht-Kennen der dahinter stehenden Akteure oft überfordert. Beratung von Betroffenen sollte darum regelhaft nachfassen, ob die entsprechenden Hilfen tatsächlich angefragt wurden und wie sie gewirkt haben. Auf diese Weise lassen sich Daten zur Reichweite, Wirkung und Servicequalität sowohl von Beratungs- als auch von Hilfsangeboten generieren.

4. Öffentlichkeitsarbeit

Um dem Thema Demenz in Schleswig-Holstein angemessen zu begegnen, sind auch PR-Kampagnen notwendig. Denn nur so lässt sich in der Bevölkerung eine Grundaufmerksamkeit für dieses Thema erzeugen.

Ohne Einbindung der räumlichen Bezüge bleiben solche Kampagnen jedoch abstrakt. Aus der Erfahrung in Rendsburg und im Kreis Rendsburg-Eckernförde empfehlen wir darum, in diese Kampagnen klar umrissene örtliche Zielgruppen einzubinden. Das ist vor allem das Personal von Rettungsdiensten, Polizeidienststellen, Geschäften (vorzugsweise des Lebensmittelhandels), Banken und Sparkassen und ambulanten Pflegediensten. Vereine mit Angeboten für Senioren gehören ebenfalls dazu. Eine solche Einbindung sichert nicht nur die Konkretisierung und Lokalisierung des Themas, sie stärkt zugleich die Demenzkompetenz der genannten Zielgruppen.

5. Fort- und Weiterbildung

Um eine umfassende und angemessene Betreuung und Pflege für die Betroffenen zu ermöglichen, sind Fort- und Weiterbildungen für alle in die Betreuung eingebundenen Personen nötig.

Dazu gehören neben dem Fachpersonal auch betroffene Angehörige, die zum Beispiel mit Haushaltspflegekursen ausgebildet werden, außerdem Ehrenamtliche sowie speziell betroffene Berufsgruppen, die in dieser Stellungnahme unter Punkt II.4 genannt werden.

In der Fortbildung hauptamtlich Pflegenden sind insbesondere die Themen Krankheitsbilder, Validation, Medikation, Diagnostik, nichtmedizinische Pflege und Gewalt in der Pflege zu berücksichtigen. Ziel ist hier unter anderem die Sicherstellung von Kooperationsfähigkeit und Multiprofessionalität.

Die Bildungsangebote müssen darum differenziert über den medizinisch-pflegerischen Sektor für den Sozialraum entwickelt und vorgehalten werden. Sie betreffen ausdrücklich auch die in dieser Stellungnahme unter Punkt II.3 genannten weiteren Akteure.

Um die pflegenden Angehörigen und Nachbarn mit Hilfe von Bildungsmaßnahmen

zu stärken, sollten entsprechende Maßnahmen altersübergreifend und möglichst ortsnah angeboten werden. Bildungsorte sind darum Allgemeinbildende Schulen, Volkshochschulen, Beratungsstellen für Pflege und Demenz, Seniorentreffpunkte etc.

6. Ehrenamtlichkeit

Im Rahmen des Demenzplans muss und kann die kontinuierliche Ehrenamtlichkeit im Themenfeld Demenz gestärkt werden. Die Ehrenamtlichen sollten systematisch rekrutiert, für ihre Aufgaben geschult, sinnvoll in ihren Einsätzen koordiniert und dauerhaft begleitet werden. Sie besuchen Demenzkranke und ihre Angehörigen in der Häuslichkeit und tragen durch Gespräche und Hilfe bei der Alltagsbewältigung wesentlich zur temporären Entlastung der Pflegenden bei.

Das Fortbildungsprogramm für die an diesem Ehrenamt Interessierten sollte theoretisch-fachliche Inputs und Lerneinheiten in Kleingruppen sowie Praxiseinsätze und deren Reflexion beinhalten. Hilfreich ist zudem, bereits ehrenamtlich Tätige in diese Bildungsveranstaltungen einzubinden.

7. Tagespflege

Die zeitlichen Angebote müssen ausgebaut und damit an den tatsächlichen Bedarf der Betroffenen angepasst werden. Bislang kaum abgedeckte Betreuungszeiten (Abend- und Nachtstunden, Wochenende und Feiertage) müssen im größeren Ausmaß angeboten werden. Bei der landesweiten Planung der Angebotsstruktur sind die erheblichen Schwankungen in der Belegung zu berücksichtigen. Sie sind ein starkes Indiz dafür, dass der tatsächliche Krankheits- und Pflegeverlauf nicht nach starren Formeln zu berechnen und zu planen ist.

Wichtig ist zudem das Sicherstellen kurzer Wege in die Tagespflegeeinrichtung. Dies hilft auch den Trägern, denn hohe Fahrtkosten könnten nicht auf die nachfragenden Tagesgäste abgewälzt werden.

Bundesweit sollte das Land Schleswig-Holstein daran mitwirken, institutionelle Behinderungen abzubauen. Die Vorgaben für Tagespflegeeinrichtungen orientieren sich an vollstationären Pflegeeinrichtungen, obgleich in Tagespflegeeinrichtungen die Betreuung im Mittelpunkt steht und die somatische Pflege nachrangig ist. Dies führt zu inadäquaten Vorgaben in den Bereichen Personal und Sachmittel.

Tagespflegestätten sollten landesweit auch zu Anlaufstellen für Angehörigen-gruppen weiterentwickelt werden, denn die Tagespflegeeinrichtungen sind bereits jetzt regelmäßige Bezugsinstitutionen für die Pflegenden – allerdings sind diese Bezüge derzeit häufig nur individuell. Würden die Bezüge auch den systematischen Austausch mit anderen Angehörigen einschließen, würden Selbsthilfefähigkeiten, Stabilität, Solidarität und lokale Vernetzung verbessert werden.

8. Kurzzeitpflege

Grundsätzlich sollte – gemäß den Vorgaben im Pflegeversicherungsgesetz – Kurzzeitpflege von Demenzerkrankten nur in Solitäreinrichtungen umgesetzt werden. Die „Einstreuung“ in vollstationäre Einrichtungen bewährt sich aufgrund der zeitlichen und sozialen Integrationsbarrieren kaum.

Die Kurzzeitpflege muss zugleich ergebnisoffen sein, sie soll Information, Mobilisation und Rehabilitation ermöglichen. Auch soll sie Angehörigenberatung bieten, sowohl einzeln als auch für Familien und Gruppen. Derzeit wird „Magneteffekten“ der stationären Pflegeeinrichtungen noch allzu oft nachgegeben – der Wunsch nach einer Rückkehr in die eigene Häuslichkeit wird häufig „weggepflegt“.

Die Kurzzeitpflege dient der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten. Ein solcher kann zum Beispiel vermieden werden, wenn die Diagnose keinen Krankenhausaufenthalt erzwingt, zum Beispiel bei psychosozialen Krisen, bei Pflegeproblemen oder bei medizinisch intensiverer Begleitung.

Bedingung für eine adäquate Betreuung in der Kurzzeitpflege sind medizinisch-fachlich geschulte Mitarbeiter, eine intensivere Kooperation mit medizinischen Partnern sowie mit Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie. Friktionen durch fachliche Differenzierungen können durch ein „integriertes Personalbudget“ des dementiell Erkrankten vermieden werden.

Der Demenzplan hätte die Kooperation in der Kurzzeitpflege sowie deren Ergebnisoffenheit zu fördern.

9. Ambulante Pflegedienste

Aufgrund des ernstzunehmenden Wunsches der Betroffenen nach Verbleib in der Häuslichkeit sowie der günstigeren Kostensituation von ambulanter Versorgung sollten ambulante Pflegeeinrichtungen in ihrer Demenzkompetenz weiter gestärkt werden.

Das Personal muss kontinuierlich fachlich geschult werden. Dabei sind gerontopsychiatrische Schwerpunkte zu setzen. Die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten stärken das Personal, um vor Ort frühzeitig Krisen zu erkennen und in Kenntnis der Vielfalt des regionalen Hilfesystems angemessen zu intervenieren. Auf diese Weise können unnötige und kostspielige Krankenhausaufenthalte vermieden werden.

10. Förderung neuer Angebotsformen

Der Demenzplan muss Möglichkeiten der Förderung neuer Angebotsformen sichern, damit vielversprechende Projekte auch in Schleswig-Holstein eine Chance bekommen. Aktuell sind hier insbesondere zwei Angebotsformen zu stärken: Hausgemeinschaften für Menschen mit Demenz einerseits und „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ andererseits.

Ist ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit trotz aller Anstrengungen nicht mehr

möglich, muss nicht automatisch die Einweisung in vollstationäre Einrichtungen erfolgen. In Schleswig-Holstein gibt es bereits positive Erfahrungen mit Hausgemeinschaften für Menschen mit Demenz. Es gilt hier, diese bereits erfolgreiche Angebotsform nicht durch Auflagen zu behindern, die eindeutig stationär geprägt sind.

Andere Bundesländer wie etwa Nordrhein-Westfalen haben vorgemacht, dass auch das „Betreute Wohnen in Gastfamilien“ eine Lebensform ermöglicht, die dem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit nahe kommt. Solche Angebote können auch in Schleswig-Holstein etabliert werden und müssen auch für Menschen mit Demenzerkrankungen geöffnet werden. Hier wird es darauf ankommen, die ersten Erfahrungen von Personen auszuwerten, die in Gastfamilien leben, ohne an Demenz erkrankt zu sein. Zugleich gilt es, die Fähigkeiten interessierter Familien zu stärken, auch Menschen mit Demenz eine familienähnliche Lebensform anzubieten.

IV Fazit

Es gibt keinen Königsweg, der zur Lösung aller Probleme einer alternden Gesellschaft führt. Auch für den Umgang mit der wachsenden Zahl von demenzerkrankten Personen fehlt eine solche Perspektive.

Dies muss kein Manko sein, denn wie in anderen Gesellschafts- und Politikbereichen sichert eine Pluralität von Gestaltungsmöglichkeiten die Realisierung der besten Ideen und Lösungen im Sinne der Betroffenen.

Dem Demenzplan kommt hier die Aufgabe zu, diese Pluralität zu systematisieren. Er kann ein wichtiges Instrument zur Mobilisierung des bürgerschaftlichen Engagements, der Fachlichkeit, der Vernetzung und der Innovation sein. Sofern der Demenzplan auf die übergreifende Evaluation aller örtlichen Maßnahmen beinhaltet, kann es gelingen, die knappen Ressourcen in die richtigen Bahnen zu lenken.

In Schleswig-Holstein, im Land der Horizonte, lässt es sich gut leben. Mit Hilfe der hier skizzierten Dimensionen des landesweiten Demenzplans gilt dies auch für Menschen mit Demenz, ihre Angehörigen und ihre Nachbarn. Schleswig-Holstein wird so zum demenzfreundlichen Bundesland.

Absender und Kontaktdaten:

Pflege LebensNah
Norbert Schmelter
Prinzenstraße 8
24768 Rendsburg
Telefon: 0 43 31 / 33894-11
Telefax: 0 43 31 / 33894-13
E-Mail: schmelter@pln-netz.de

19. Januar 2012

7