Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Demenz

Aufgaben der Pflege in der professionsübergreifenden Zusammenarbeit

Kerstin Menker, Birgit Leuderalbert, Matthias Wittland

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) hat das Thema Inklusion und Teilhabe auch für Menschen mit Demenz an Bedeutung gewonnen. Die BRK fordert gleiche Rechte, einen würdevollen Umgang sowie die Selbstbestimmung und Teilhabe an der Gesellschaft. Sie bietet Menschen mit Behinderung und Demenz damit eine rechtliche Grundlage, Stigmatisierung und Ausgrenzung entgegenzuwirken und therapeutisch-pflegerische Interventionen mitzugestalten. Diese Forderung wird auch durch die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen unterstützt. Für Menschen mit Demenz, insbesondere zum Zeitpunkt eines Hilfe- oder Pflegebedarfs, wird es krankheitsbedingt immer schwieriger, für ihre Rechte auf Teilhabe und Selbstbestimmung selbst einzutreten. Von Seiten professionell Versorgender erfordert dies ein verändertes Rollenverständnis der bedürfnis- und teilhabeorientierten Versorgung, das im Folgenden vor allem mit Blick auf die Pflege sowie die professionsübergreifende Zusammenarbeit skizziert wird.

Derzeit ist die deutsche Pflegeversicherung noch auf einen somatischen Ansatz ausgerichtet anstatt auf einen, der – wie beispielsweise im Rehabilitationsgesetz – die Themen Selbstbestimmung, Teilhabe und Inklusion fokussiert. Im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes II wird aber momentan ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren, orientiert an den Fähigkeiten der Hilfebedürftigen, entwickelt und evaluiert. Das Neue Begutachtungsassessment (NBA) berücksichtigt dabei den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen. Per se ist also künftig die Gestaltung von Teilhabe und Inklusion auch Aufgabe der Pflege.

Wünschenswert wäre eine durchgängige Orientierung des Leistungsgeschehens an individuellen Lebenssituationen, Ressourcen und Bedarfslagen des Menschen, was ein Zusammenspiel der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen erfordert. Bisher sind Leistungsvielfalt und Leistungserbringer für betroffene Menschen eher unüberschaubar, was zur Folge hat, dass Leistungen unkoordiniert nebeneinander her oder auch gar nicht erbracht werden. Um dieses Problem zu lösen, müsste das gegliederte System der sozialen Sicherung (Pflegeversicherung, Krankenversicherung, Eingliederungshilfe) überarbeitet und mit Hilfe von Schnittstellenlösungen ein funktionierendes Koordinierungssystem geschaffen werden.

Eine Idee hierzu ist die Differenzierung der Gesundheitsversorgung in CURE und CARE (vgl. Hoberg, Klie & Künzel, 2013). Dabei werden unter CURE alle medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen verstanden, die der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation dienen, unter CARE alle Formen der Sorge und Versorgung, also die (unterstützende) Alltagsgestaltung, hauswirtschaftliche Basisversorgung, Grundpflege und Förderung der sozialen Teilhabe. Die Steuerung von CURE und das Zusammenwirken von CARE übernehmen die im CURE-Sektor tätigen Personen. Mediziner und Fachpflegende verantworten Diagnose und Therapie, erarbeiten gleichberechtigt Behandlungs- und Pflegepläne und steuern den Behandlungs- und Pflegeprozess. Um hierbei strukturelle Probleme zu überwinden, bedarf es eines gut aufgestellten Care- und Case-Managements. Vorgeschlagen wird hier die Einrichtung von Servicestellen für Pflege und Teilhabe, die nach einem Assessment zu einer Beratung, Einzelfallbegleitung (Piloten) oder einem umfassenden Case-Management vermitteln und weiterleiten.

Für die Rolle der Pflege im Rahmen von Inklusion und Teilhabe bedeutet dies ein Umdenken – weg von (ver-)sorgenden Aufgaben hin zur Übernahme von Verantwortung bereits bei der Feststellung von Diagnostik und der Therapieplanung, um auf dieser Basis fallbegleitend Teilhabe sichern zu können. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit bildet hierbei ein zentrales Element.

Kerstin Menker, Birgit Leuderalbert, Matthias Wittland

Da gleichzeitig zu dieser Entwicklung Abschied genommen werden muss von einer Wachstumslogik in der Pflege (immer mehr Pflegebedürftige bei immer weniger Pflegepersonal), muss im operativen Bereich vorrangiges Ziel und Aufgabe der Servicestellen für Teilhabe und Pflege vor allem die Pflegevermeidung und Rehabilitation sein. Bereits jetzt nimmt die Beratung einen großen Teil pflegerischer Arbeit – vor allem im ambulanten Bereich – ein. Pflegende sind mitverantwortlich für Prävention (z.B. Verhaltensprävention und Verhältnisprävention) sowie die Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen, Angehörigen und dem sozialen Umfeld.

Doch nicht nur bei der Umsetzung zukunftsweisender Ideen, sondern bereits jetzt gilt es, ein erweitertes Verständnis von Pflege und eine teilhabegerichtete Haltung gegenüber den Pflegebedürftigen zu entwickeln. Betroffene zeichnen sich durch unterschiedliche Lebenslagen und Handlungsspielräume mit einer hohen Variationsbreite aus. Die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen müssen zum Ausgangspunkt aller Vorhaben gemacht werden, wobei die Steuerungsfunktion von teilhabegerichteter Versorgung den Betroffenen obliegt und sich an ihren Ressourcen und Bewältigungsstilen orientiert. Nur unter Berücksichtigung dieser Differenzen kann Versorgung auf qualitativ hohem Niveau geschehen. Nicht zuletzt hat Pflege hier die Aufgabe, edukativ zu wirken (vgl. Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, 2011). Pflegebedürftige, An- und Zugehörige müssen in umfassenden Beratungen in die Lage versetzt werden, eigenverantwortlich und selbstbestimmt über das Vorgehen in der versorgenden Situation zu entscheiden.

In Betrachtung multiprofessioneller Zusammenarbeit erfordert teilhabegerichtete Gesundheitsversorgung folglich nicht nur von Pflegenden, sondern von allen Gesundheitsberufen ein neues Selbstverständnis. Wenn allein die Betroffenen entscheiden, wie viel und welche Hilfe sie benötigen, setzt dies voraus, dass Mitarbeitende der Professionen im Gesundheitssystem absehen von eigenen Auslegungen und Interpretationen der Situation Pflegebedürftiger, sondern mit einem hohen Grad an Kompetenzen wie Bedürfnisfeststellung, Bedarfserhebung, Wahrnehmung, Kommunikation und Selbstreflexion dem Menschen in seiner individuellen Persönlichkeit begegnen.

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (2011). Teilhabe und Pflege alter Menschen – Professionalität im Wandel. Positionspapier der Sektion IV – Soziale Gerontologie und Altenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. Berlin.

Hoberg, R., Klie, T. & Künzel, G. (2013). Eckpunktepapier – Strukturreform PFLEGE und TEILHABE (Kurzfassung).

Die Autorinnen, der Autor

Kerstin Menker, Dipl.-Pflegewirtin, ist Projektmitarbeiterin beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus und Vreden e.V. Im Rahmen verschiedener Modellprojekte arbeitet sie seit mehreren Jahren an der Unterstützung von Familien und sozialen Netzwerken Pflegebedürftiger.

Birgit Leuderalbert, Dipl.-Sozpäd. und Dipl.-Geront., ist Koordinatorin für den Bereich Qualitäts- und Projektmanagement beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus und Vreden e.V. Sie beschäftigt sich intensiv mit den Themen Demenz, Versorgungs- und Wohnformen im Alter sowie bürgerschaftliches Engagement.

Matthias Wittland ist ausgebildeter Altenpfleger und nach Tätigkeiten als Pflegedienst- und Heimleitung im stationären und ambulanten Altenhilfebereich seit 1999 als Geschäftsbereichsleiter beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus und Vreden e.V. tätig.

CARITASVERBAND
Dekanate Ahaus · Vreden
...der Mensch im Mittelpunkt!

Gemeinsam