

Projektarbeit 2006

Romy Wagner
Tina Günther

Medizinische Berufsfachschule Bad Elster
Kurs: E 9/03

Thema:

„Client centred practice“

~

Qualitätssicherung/-management &
klientenzentriertes Behandeln
in der Ergotherapie in Belgien

Inhalt:

1.) Das belgische Gesundheitssystem

Allgemein

Finanzierung des Gesundheitssystems

Krankenkassen

Ambulante Leistungserbringung

Ambulatorien

Welche Leistungen werden von den belgischen Krankenkassen übernommen?

2.) Die Ausbildung zum Ergotherapeut in Belgien

Allgemein

Lehrfächer mit Stundenzahlen

Praktika

3.) Qualitätssicherung ergotherapeutischer Behandlung in Belgien

Was ist Qualität?

Warum Qualitätssicherung?

Wie wird Qualität in Belgien gesichert?

Instrumente zur Qualitätssicherung

Praktisches Beispiel

Übertragbarkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen ins deutsche Gesundheitssystem

4.) Möglichkeiten einer klientenzentrierten Behandlung

Grundsteine einer klientenzentrierten Behandlung in der Ergotherapie

Werkzeuge einer klientenzentrierten Behandlung

Zusammenfassung von Vor- und Nachteilen klientenzentrierter Behandlung

5.) Bevorzugte Behandlungsstrategien in den jeweiligen Praktikumstellen

Allgemein

Die Universitätsklinik Gent „U.Z. Gent“

Das Seniorenheim „Vzw rustoord Toevlucht van Maria“

Zusatz:

6.) Das belgische Schulsystem

7.) Das Freizeitverhalten der Jugend in Belgien bzw. Gent

1.) Das belgische Gesundheitssystem

Allgemein

In Belgien über nimmt der Staat die Regulierung und teilweise Finanzierung des Gesundheitssystems, indem sieben Ministerien auf nationaler Ebene die Verantwortung für die Gesundheitspolitik tragen sowie deren Regulierung und Überwachung übernehmen.

Sämtliche Sozialversicherungsbeiträge werden zentral an das Ministeriums (Landesamt für soziale Sicherheit) abgeführt und an das nationales Krankenversicherungsamt (INAMI - Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) weitergeleitet. Das INAMI verteilt schließlich die Mittel auf Krankenversicherungsverbände, dadurch erfolgt ein gleichzeitig ein Risikoaustausch zwischen ihnen.

Die größten Probleme des Systems liegen bei der Kosteneindämmung und Erzielung ausreichender Einnahmen, um den öffentlichen Anteil der Gesundheitsausgaben und wirksame Gesundheitsversorgung finanziell abzudecken. Das System hat außerdem eine Überversorgung gefördert.

Finanzierung des Gesundheitssystems

Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt durch Versicherungsbeiträge (36 %), Steuergelder (38 %; wie z.B. Beitrag von 5 - 10% auf KFZ-Versicherungsprämien oder von 10% auf Krankenhausversicherungsprämien), Direktzahlungen (17 %) und 9 % durch Zusatzversicherung und Verbrauchssteuern. Die Ausgaben gesetzlicher Krankenversicherungen werden zusätzlich durch staatliche Subventionen finanziert. Seit 1994 wird den Krankenversicherungen ein festes Budget übertragen, dies dient der Kostenkontrolle, indem auch Gewinne und Verluste ermöglicht werden.

Leistungen des Pflegepersonals und der Ärzte werden durch Kombination aus Tagessätzen und Einzelleistungsvergütungen, zum größten Teil vom Staat, gezahlt.

Die Kosten für Arzneimittel werden entsprechend einer Positivliste rückerstattet und die Preise für die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte sind festgesetzt. Zuzahlungen werden in fünf Kategorien von 0-100 % des Preises zuzüglich einer Pauschale unterteilt. Durchschnittlich werden 29 % des Preises vom Patienten selbst getragen.

Krankenkassen

Das Gesundheitswesen in Belgien bietet ein Krankenversicherungssystem, durch das die gesamte Bevölkerung gegen größere und kleinere Risiken pflichtversichert ist. Das heißt, es besteht für alle Erwerbstätigen eine Versicherungspflicht. Dabei kennt das Sozialversicherungssystem über 100 Krankenkassen. Neben staatlichen Fonds gliedern sich diese in fünf Krankenkassenverbände: größter Verband ist die „Allianz der christlichen Krankenkassen“ (31 regionalen Kassen; 45 % der Bev.; 4,4 Mio.), zweitgrößter Krankenkassenverband sind die „sozialistischen Krankenkassen“ (21 regionale Kassen, 27 % der Bev.; 2,7 Mio), dann folgt der Verband der „liberalen Krankenkassen“ (11 Kassen, 636.000), der Verband der „Berufskrankenkassen“, (1/6 der Bev.) und die „neutralen Krankenkassenverbände“ mit 18 Kassen. Die Krankenkassen sind an politische oder konfessionelle Institutionen oder Ideologien angebunden.

Der Versicherte kann seine Krankenkasse frei wählen. Das Basisversorgungspaket und die Beitragssätze sind durch eine ministerielle Verordnung für alle Krankenkassen gleich festgesetzt, einkommensbezogen und belaufen sich für Unselbständige auf etwa 7,35% des Einkommens, wobei 3,55% vom Arbeitnehmer und 3,80% vom Arbeitgeber bezahlt werden. Für Selbständige ist ein Fixbeitrag festgesetzt.

In Belgien gibt es, nicht wie in Deutschland, keine Beitragsbemessungsgrenze für

Pflichtversicherung. Auch ist der Markt für private Zusatzversicherungen recht klein, weil große Risiken grundsätzlich durch gesetzliche Krankenversicherungen versichert sind. Unselbständig Beschäftigte sind verpflichtet, die Kosten ambulanter als auch stationärer Behandlungen zu versichern. Selbständige müssen sich nur für Leistungen im stationären Bereich versichern lassen. Jedem ist selbst überlassen, bei welcher der Krankenkassen er sich versichert. Der Versicherte kann jederzeit die Krankenkasse wechseln. Diese dürfen keine Personen abweisen, die sich bei ihnen versichern wollen.

Ambulante Leistungserbringung

Die ambulante Versorgung erfolgt in Belgien, wie auch in Deutschland, durch niedergelassene Ärzte (für sie besteht völlige Niederlassungsfreiheit), Zahnärzte und Apotheken. Jeder niedergelassene Arzt ist berechtigt, am Sozialversicherungssystem teilzunehmen. Umgekehrt kann jeder Patient jeden Allgemeinarzt oder Facharzt direkt aufsuchen. Es besteht auch direkter Zugang zu den Krankenhäusern. Aufgrund der hohen Arztdichte gibt es praktisch keine Wartelisten. Der freie Zugang zu einer Vielzahl von Versorgungsleistungen führt zu einer großer Zufriedenheit der belgischen Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem im Vergleich zu anderen europäischen Mitgliedstaaten.

Jeder Arzt verrechnet das Honorar direkt mit dem Patienten, der wieder die Honorarnote seiner Krankenkasse zur Rückerstattung vorlegt. Die Krankenkasse erstattet dann das Honorar abzüglich des Selbstbehaltes. Auch zahlen die Krankenkassen direkt an den Arzt, falls dieser das wünscht oder Sozialfällen vorliegen.

Die Ärzte verrechnen, wie auch in Deutschland, nach Einzelleistungen (Honorare zentral vereinbart). Ihnen steht es frei, sich dieser vereinbarten Tarifkonvention zu unterwerfen. Die meisten schließen sich jedoch der Konvention an und haben damit neben sozialrechtlichen auch Wettbewerbsvorteile.

Ambulatorien

In Belgien existiert eine relativ hohe Anzahl von Polikliniken. Die Krankenanstalten werden vor allem von privaten Rechtsträgern, wie Krankenkassen und Religionsgemeinschaften (60 %) betrieben. Es gibt eine kleine Zahl von fachärztlichen Privatkliniken, die übrigen Einrichtungen haben öffentliche Träger. Jedoch liegt die Gewichtung mehr auf der häuslichen Versorgung. Für Belgien ist typisch, daß Fachärzte gleichzeitig in Spitälern und ambulant beschäftigt sind.

Jeder aktive Arzt ist gesetzliches Mitglied der Ärztekammer (Ordre des Médecins). Doch es gibt auch eine ganze Reihe ärztlicher Gewerkschaften mit freiwilliger Mitgliedschaft.

Welche Leistungen werden von den belgischen Krankenkassen übernommen?

Die gesetzliche Krankenversicherung deckt große und kleine Risiken für alle Angestellten, Beamten, Rentner und Behinderte ab, die insgesamt 88 % der Bevölkerung ausmachen. Zu großen Risiken gehören Krankenhausaufenthalte und technische Versorgungsleistungen, zu kleinen Risiken gehören z.B. die ambulante Versorgung, Arzneimittel und zahnärztliche Versorgung. Selbständige und ihre Familien, ca. 12 % der Bevölkerung, sind unter separatem Programm versichert, das lediglich große Risiken abdeckt. Versicherungen für kleine Risiken müssen zusätzlich abgeschlossen und unterliegen strenger Aufsicht von seiten Regierung.

Weiterhin sind die Krankenkassen für die direkt Finanzierung stationärer Versorgung (private o. öffentliche Träger) zuständig.

2.) Die Ausbildung zum Ergotherapeut in Belgien

Allgemein

In Belgien wird die Ausbildung zum Ergotherapeut ausschließlich als Studium angeboten und man schließt dieses Studium generell als „Bachelor“ der Ergotherapie ab.

Das Studium dauert drei Jahre und es finden nach jedem Studienjahr Zwischenprüfungen statt.

Abgeschlossen wird das Studium nach den drei Jahren mit einer Examensprüfung, die sämtliche Lehrinhalte, aus den verschiedenen Fächern der drei Studienjahre, abverlangt.

Lehrfächer mit Stundenzahlen

1. Studienjahr

Anatomie 1	25 Stunden
Anatomie 2	25
Anatomie 3	25
funktionelle Anatomie	54
Psychologie	45
Religion und Soziologie	30
Ergotherapie in der Gerontologie und Geriatrie	33
Ergotherapie im Motorisch-fkt. Bereich	60
Ergotherapie und allgemeine Krankheitslehre	60
Ergotherapie in der Pädiatrie	60
Technische und kreative Verfahren	72
Ergotherapeutische Verfahren	66
Tests/Untersuchungen	24
Praktikum 1	70

2. Studienjahr

Ergotherapie im Motorisch-fkt. Bereich	60
funktionelle Anatomie	38
besondere Pathologie und Neurophysiologie	28
Ergotherapie in der Gerontologie und Geriatrie	60
Ergotherapie und allgemeine Krankheitslehre	60
Psychopathologie	33
Ergotherapie in der Pädiatrie	60
Orthopädie und Neuropsychologie	42
Ergotherapeutische Verfahren	52
Recht und Sozialkunde	30
Tests/Untersuchungen	24
Praktikum 2	189

3. Studienjahr

Ergotherapie im Motorisch-fkt. Bereich	15
Ergotherapie und allgemeine Krankheitslehre	15
Ergotherapie in der Pädiatrie	15
Ergotherapie in der Gerontologie und Geriatrie	15
Ergotherapeutische Verfahren	48
Sozialwissenschaften	30
Tests/Untersuchungen/Verschriftlichung	9
Praktikum 3	280
Praktikum 4	280

Praktika

Das erste Praktikum am Ende des ersten Studienjahres dauert zwei Wochen und dient der Veranschaulichung von gelernten Techniken und Verfahren.

In diesem Praktikum liegt der Bewertungsschwerpunkt in der sozialen Komponente des Praktikanten. Das heißt wie kann der Student Kontakt zu Klienten und Kollegen aufnehmen, wie tritt er im Team und gegenüber den Klienten auf usw.

Das zweite Praktikum absolvieren die Studenten am Ende des zweiten Studienjahres. Dieses Praktikum dauert sechs Wochen an und die Praktikanten setzen nun Gelerntes praktisch um. Sie befunden Klienten ergotherapeutisch, stellen Therapiepläne auf und evaluieren. Alles wird hierbei in Form eines Berichtes verschriftlicht.

Das dritte und vierte Praktikum stehen am Ende des dritten Studienjahres und dauern je sieben Wochen an. Auch hier liegen die Schwerpunkte auf ergotherapeutischen Gesichtspunkten. Wie im zweiten Praktikum schon, soll der Praktikant selbstständig ergotherapeutisch handeln können und auch wieder seine Arbeit verschriftlichen.

Praktika können z.B. absolviert werden in Einrichtungen, wie:

- allgemeinen Krankenhäusern
- Spezialkliniken/Unikliniken
- psychiatrischen Institutionen
- pädagogischen Institutionen
- Rehabilitationszentren
- Tagesstätten
- beschützte Wohneinrichtungen

Außerdem sind Auslandspraktika möglich, die minimal drei Monate andauern müssen.

Während der Praktika finden regelmäßig Evaluationen zwischen den Anleitern, Praktikanten und den Praktikumbetreuern der Schule statt. Des Weiteren ist jeder Montag nicht zum Arbeiten in der Einrichtung, sondern die Praktikanten kommen wie gewohnt zur Schule und haben dort jede Woche einen Evaluationstag, an welchem sie Fragen stellen können, ihre Arbeit der letzten Woche auswerten und evaluieren.

3.) Qualitätssicherung ergotherapeutischer Behandlung in Belgien

Was ist Qualität?

Was Qualität ist, ist nicht eindeutig definiert.

Qualität lässt sich umschreiben als, verantwortliche Sorge, die an die realen Wünsche und Bedürfnisse des Patienten angepasst ist. Sie ist zweckmäßig, ziel- und Patienten gerichtet sowie Situation-, Persons-, Ort- und zeitabhängig.

Qualitätsfürsorge heißt praktisch formuliert „die richtigen Dinge tun und die Dinge richtig tun“.

Qualität kann nach verschiedenen Gesichtspunkten beurteilt werden, wobei das Zusammenspiel aller Faktoren ausschlaggebend für eine umfassende Sicherung der Qualität ist.

Aus der Sicht eines Ergotherapeuten bedeutet das, Spezialisierung, Verbesserung und Erhalt. Ein Ergotherapeut kann die Qualität seiner Behandlung sichtbar machen, verbessern bzw. erhalten, wenn er sich an diesen Prinzipien orientiert und in die Praxis umsetzt.

Warum Qualitätssicherung?

In den letzten 15 Jahren hat Qualitäts- und Gesundheitsfürsorge in Belgien statistisch zugenommen. Folgende Aspekte liegen diesem Anstieg zu Grunde:

- stärke Individualität und Selbstbestimmung des Klienten
- Veränderungen, Weiterentwicklungen bzw. Professionalisierung der Berufsgruppen
- ökonomische Motive
- zunehmende Komplexität der Versorgung

Gesicherte Qualität wird, wie in Deutschland auch zu einer der Belang reichsten Zielstellungen in der Ergotherapie.

Wie wird Qualität in Belgien gesichert?

Ergotherapeuten sind verpflichtet mit systematisierten Qualitätsvorschriften zu arbeiten, sowie den Patienten ausführlich über Diagnosen und Interventionen zu informieren.

Der Therapeut muss seine Arbeit in Bezug auf ergotherapeutische Befundaufnahme und Behandlung gegenüber dem Patienten, dem interdisziplinären Team und dem Staat transparent machen.

Die Therapie muss an den Patient angepasst sein und sich auch hier, wie in Deutschland an dem Leitsatz „so viel, wie nötig und so wenig, wie möglich“ orientieren.

Der Ergotherapeut muss verantworten können, dass das was er tut auch gut und hilfreich für den jeweiligen Klienten ist.

Um der Qualitätssicherung der ergotherapeutischen Behandlung eine einheitliche Form zu geben, sind diverse Instrumente entwickelt und eingeführt worden.

Zusätzlich sichern folgende Kriterien die ergotherapeutische Qualität in der Praxis:

- Wissen über Berufsprofil und Berufskodex
- Teilnahme an Kursen, Weiterbildungen und Schulungen
- Besprechungen von Vorgehensweisen
- Teambesprechungen
- Interkollegiale Überprüfungen
- Transparenz gegenüber Klienten

Bei einer eigens dafür eingerichteten Kommission können Patienten Klagen bezüglich ihrer Behandlungen einreichen. Diese werden daraufhin überprüft und kontrolliert. Dieses System trägt, durch die darauffolgende eventuelle Weiterentwicklung, ebenfalls zur Sicherung der Qualität bei.

Instrumente zur Qualitätssicherung

Standardisierungen

... dienen dazu die explizite und rehabilitative Behandlungsweise des Ergotherapeuten für alle außenstehenden sichtbar und nachvollziehbar zu machen.

... mit Standardisierungen können Ergotherapeuten dem Klienten offen legen und erklären, was sie tun.

Zu standardisierten Instrumenten zählen z.B., wie in Deutschland auch, bestimmte Tests und Modelle.

Interkollegiale Überprüfungen

... ist ein Anbringen von Veränderungen durch systematische Evaluierung nach selbst aufgestellten Kriterien

... bestehen aus sechs wichtigen Stufen:

1. Themenwahl (aktuelles Thema)
2. Analyse (Betrachtung des Themas von allen Seiten mit abschließender Festlegung der Ziele)
3. Aufstellen von Kriterien (theoretischer Plan über Vorgehensweisen zur Zielerreichung)
4. Sammeln und Dokumentieren von Tatsachen über eine vorher festgelegte Zeitspanne
5. Evaluation (Vergleich zwischen theoretischem Plan und tatsächlichem Verlauf)
6. Aufstellen eines Standardformulars zur Verbesserung und Veränderung

Fort- und Weiterbildung

... ist ein Belang reiches Instrument, um die Sachkundigkeit von Ergotherapeuten zu vergrößern, vertiefen oder zu bewahren.

... dient zum bewusst machen von Wissenslücken und daraus folgend, Teilnahme an zielgerichteten Schulungen.

Abschließend lässt sich sagen, dass umfassende Qualitätssicherung eine erhöhte Zeitinvestition fordert. Daher wollen wir nun folgend aufzeigen, wie die Sicherung der Qualität vor Ort, am Bsp. einer Seniorenresidenz, organisiert wurde:

Praktisches Beispiel

In Flandern existiert, ähnlich wie in Deutschland, ein Dachverband für Ergotherapie. Dieser Verband nennt sich „Vlaams ergotherapeuten verband“ und ist einerseits für die Öffentlichkeitsarbeit zuständig, um das Berufsbild des Ergotherapeuten zu repräsentieren. Zum anderen sichert er die Qualität der therapeutischen Arbeit in Flandern durch regelmäßige Ausgaben von Zeitschriften, die die neuesten Behandlungsverfahren vorstellen, sowie Fort- und Weiterbildungen anbieten. An diesen Fort- und Weiterbildungen können dann alle interessierten Therapeuten teilnehmen. Die Teilnahme wird meist vom jeweiligen Arbeitgeber übernommen und der Therapeut kann so auf dem aktuellen Stand der Ergotherapie bleiben und arbeiten.

Die Ergotherapeuten sichern die Qualität ihrer Arbeit weiterhin durch standardisierte Tests und Aufnahmebefunde, sie müssen die Verläufe ihrer Klienten dokumentieren und vorweisen können. Durch stichartige Proben wird diese Dokumentation durch Inspektoren einer höheren Instanz kontrolliert und gesichert. Des Weiteren nutzen sie auch wissenschaftlich anerkannte Modelle, wie das COMP oder MOHO.

Durch regelmäßige Besprechungen im interdisziplinären und multidisziplinären Team, innerhalb der Einrichtungen, können Verläufe und Ziele sowie Probleme angesprochen werden, was eine weitere Komponente der umfassenden Qualitätssicherung darstellt.

Übertragbarkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen ins deutsche Gesundheitssystem

Die oben genannten Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechen den deutschen in gleicher Weise, allerdings müssten diese Maßnahmen in Deutschland mehr Beachtung, sowie kontrolliertere Anwendung in der Praxis finden.

Des Weiteren sollte der Berufsstatus eines Ergotherapeuten in Deutschland mehr Ansehen beigemessen werden um so, wie hier in Belgien, ein transparenteres Bild darzustellen. Dies würde ein professionelleres und qualitativ besseres Arbeiten für die Therapeuten in Deutschland ermöglichen.

4.) Möglichkeiten einer klientenzentrierten Behandlung

Im Rahmen einer klientenzentrierten Behandlung wird der Klient als wichtigste Komponente einer interdisziplinären Intervention angesehen.

Grundsteine einer klientenzentrierten Behandlung in der Ergotherapie

- den Klienten mit seinen Problemen, Ideen , Erwartungen ernst zu nehmen und zu respektieren
- ihn bei Entscheidungen mit einzubeziehen
- ihn darüber zu informieren bzw. ihm zu verdeutlichen, dass er die Verantwortung für seine Gesundheit und die nicht medizinischen Aspekte des aktuellen Problems selbst trägt und somit die wichtigste Person des Prozesses ist

Des Weiteren arbeitet der Ergotherapeut bei einer klientenzentrierten Behandlung weitestgehend individuell und geht auf die Wünsche und Bedürfnisse des Klienten ein.

Der Therapeut fokussiert gemeinsam mit dem Klienten reelle und erreichbare Ziele an und bezieht dabei die Umwelt, die Gewohnheiten und die Interessen des Klienten in die Planung und Durchführung mit ein.

Die Ergotherapie basiert im Zuge einer klientenzentrierten Behandlung stets auf den Ressourcen des Klienten und nicht auf den Defiziten. Der Therapeut sollte sich fragen: Was kann der Klient? Auf dieser Grundlage kann er dem Klienten Hilfe zur Selbsthilfe geben, was als oberstes Ziel der Ergotherapie steht.

Werkzeuge einer klientenzentrierten Behandlung

...sind verschiedene Modelle an denen sich die Therapeuten orientieren. So z.B.:

- das Model of human Occupation
- das Adaptive skills model
- das Cognitive disability model
- das Activity health model
- das Canadian model of occupational performance

Zusammenfassung von Vor- und Nachteilen klientenzentrierter Behandlung

Sehr positiv am klientenzentrierten Arbeiten ist die Sicherung einer erhöhten Individualität in der Therapie, durch differenzierteres Arbeiten und näheres Eingehen auf die Klienten. Dadurch lassen sich auch Verläufe gezielter dokumentieren und Behandlungsziele reeller festlegen.

Allerdings lassen sich auch negativere Aspekte in der klientenzentrierten Arbeit finden. Durch das intensive Eingehen auf den Einzelnen verringert sich parallel dazu der soziale Kontakt des Klienten zu anderen (da bevorzugt Einzeltherapie). Weiterhin ist die Durchführung einer so speziellen Behandlung in der Praxis kaum umsetzbar, da sie einen sehr hohen Zeitaufwand bedarf.

5.) Bevorzugte Behandlungsstrategien in den jeweiligen Praktikumsstellen

Allgemein

Während unseres 12 wöchigen Auslandsaufenthaltes lernten wir zwei verschiedene Institutionen in Gent kennen. Zum einen das Universitätsklinikum (U.Z. Gent) der Stadt und zum anderen eine Seniorenresidenz in Gent (Vzw rustoord Toevlucht van Maria).

Wir konnten feststellen, dass in beiden Einrichtungen der Bezug zu ADL-Aktivitäten im Vordergrund steht. Die Therapeuten versuchen Hilfe zur Selbsthilfe zu geben, den Patienten zu reaktivieren und mit ihm gemeinsam Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Hierbei ist eine intensive klientenzentrierte Behandlung für die Therapeuten prioritär. Sie arbeiten gemeinsam mit dem Patienten und stellen ihn in den Mittelpunkt ihrer Arbeit. Es werden Ressourcen genutzt, um Basisfähigkeiten zu erhalten, zu fördern oder sogar zu verbessern. Dafür arbeiten die Therapeuten interdisziplinär zusammen. Sehr wenig kamen in beiden Einrichtungen kreative Arbeiten zum Einsatz.

Die Universitätsklinik Gent „U.Z. Gent“

Die Therapeuten des Klinikums arbeiteten auf das Ziel der weitestgehenden Selbständigkeit im ADL-Bereich hin. Dafür nutzten sie bevorzugt Therapiegeräte, wie z.B. Therabänder oder Therapiespiele, wie z.B. Solitär. Des Weiteren arbeiteten die Therapeuten mit den Angehörigen und Familienmitgliedern zusammen, um so die Biographie des Einzelnen miteinbeziehen zu können. Mit Hilfe von persönlichen Gegenständen oder Fotos konnten so z.B. neurologische Akutpatienten stimuliert und aktiviert werden. Auch lernten wir in der Klinik Therapien mit praktischen ADL-Übungsinhalten, wie waschen, essen, gehen, kennen. Nicht relevant waren für die Therapeuten handwerklich-gestalterische Therapien, da diese nicht die Möglichkeiten zur Erreichung der weitestgehenden Selbstständigkeit von ADL-Fähigkeiten ausgeschöpft hätten bzw. aufgrund des Akutpatientenkreises nur schwer in den Klinikalltag hätten eingebunden werden können.

Das Seniorenheim „Vzw rustoord Toevlucht van Maria“

In der Seniorenresidenz bevorzugten die Therapeuten ebenso die Arbeit mit praktischen Fähigkeiten, angepasst ihrem Klientel. Das heißt sie versuchten noch vorhandene Fähigkeiten zu erhalten bzw. das Fortschreiten einer Verschlechterung zu verlangsamen. Viel eingesetzt wurden hier Gruppentherapien und -Aktivitäten, wie z.B. regelmäßige Kaffeetafeln, Spielnachmittage oder Zeitungsrunden. Aufgegriffen wurden stets aktuelle Feiertage, Jahreszeiten oder Feste. Durch diese Gruppenveranstaltungen wurden soziale Kontakte gefördert, Alterseinsamkeit verhindert und die Patienten wurden zur Kommunikation und Interaktion angeregt, was auch eine kognitive Förderung bedeutet. Auch hier kamen fast keine handwerklich-gestalterischen Tätigkeiten zum Einsatz, da diese von den Bewohnern nicht gut angenommen wurden.

Weiterhin wurde auch auf den Einbezug der individuellen Biographie geachtet, um auf Gewohnheiten und Interessen einzugehen.

Mit demenztem Klientel wurde das Hilfsmittel der Validation angewandt.

Mit bettlägerigen Klienten arbeiteten die Therapeuten mit Hilfe des PDL-Programmes.

6.) Das belgische Schulsystem

Der Schulbesuch in Belgien ist im Prinzip *kostenfrei*. Jedes belgische Kind wird mit sechs Jahren schulpflichtig und bleibt es bis zum 18. Geburtstag. Seit dem Gesetz vom 29. Juni 1983 ist die *Schulpflicht* nicht mit der *Lehrpflicht* gleichzustellen. Das bedeutet, ein Kind muss zwar lernen, dafür aber nicht unbedingt zur Schule gehen. Es ist möglich, dass Eltern ihr Kind zu Hause unterrichten. Ist aber eher selten.

In Belgien besuchen Kinder, sobald sie sechs Jahre alt sind, eine sechsjährige Primarschule. Anschließend gehen sie auf eine Sekundarschule, die in drei je zwei Jahre umfassenden Zyklen geteilt ist. Der Schulbesuch ist im Prinzip kostenfrei.

Es gibt sowohl öffentliche als auch private Schulen, die von der römisch- katholischen Kirche getragen werden.

Der Unterricht wird in Sprache abgehalten, die in der jeweiligen Region gesprochen wird. In Brüssel werden die Kinder deshalb je nach ihrer Muttersprache in verschiedenen Klassen unterrichtet.

Jede Gemeinschaft hat ihre *eigene Unterrichtspolitik*. Die Unterschiede zwischen Flamen, Wallonen und Deutschsprachigen sind deshalb relativ groß.

Flandern investiert 45% seines Haushalt in das Unterrichtswesen und widmet dabei Lernschwierigkeiten von Kindern aus sozialschwachen Gebieten, der Weiterbildung und Entlohnung der Lehrkräfte und der Synergie zwischen Schulen besondere Aufmerksamkeit.

Der Vorschul-/Schulbesuch gliedert sich nach Altersstufen wie folgt:

2,5 - 6 Jahre: Kindergarten

6 - 12 Jahre: Primarschule

12 - 18 Jahre: Sekundarschule mit Profilen:

ASO (allgemeinbildender Unterricht - entspricht etwa dem Gymnasium)

TSO (technischer Befähigungsunterricht)

BSO (berufsbildender Unterricht)

Kunstunterricht.

Alle Formen der Sekundarschule führen zum Abitur, gegebenenfalls durch Anfügen eines siebten Schuljahres. Das *berufliche* Abitur berechtigt lediglich zu einem Hochschulstudium von drei Jahren. Ergänzt werden diese Ausbildungen nach einem dualen System durch eine Ausbildung im Betrieb. Diese Form der Ausbildung steht aber erst ab dem 15. Lebensjahr zur Verfügung und reicht bis zum 18. Lebensjahr.

7.) Das Freizeitverhalten der Jugend in Belgien bzw. Gent

Die Jugend in Gent ist national und kulturell sehr verschieden. Durch den hohen Studentenanteil in der Stadt, lassen sich verschiedenste Nationalitäten wiederfinden.

Auf Grund dessen gibt es in Gent eine Vielzahl an Cafe´s, Pubs und Discotheken, in denen sich die Jugendlichen sehr gern am Abend mit Freunden treffen. Besonders am Donnerstag Abend werden diese Lokalitäten stark besucht, da dieser Tag der letzte vor dem eigentlichen Wochenende ist, denn Freitags fahren die meisten der Jugendlichen nach Hause. Genossen werden in dann die berühmten und zahlreichen belgischen Biere oder Cocktails.

Des weiteren werden auch die Kinos gern und zahlreich aufgesucht, vor allem auch von jungen Liebespaaren. Die Filme werden dann in englischer Sprache gezeigt, aber laufen mit flämischen oder französischem Untertitel.

Auch besuchen viele Jugendliche gerne Abendkurse, um sich z.B. Sprachen anzueignen, kochen zu lernen oder Sport zu treiben.

Weiterhin nehmen manche Jugendliche am Wochenende an öffentlichen Ausflugs- und Wochenendnachmittagen teil, die über verschiedene Freizeitorganisationen für Jugendliche veranstaltet werden. Hier treffen sich Jugendliche und Kinder der verschiedensten Altersgruppen und verbringen gemeinsame Spielnachmittage, unternehmen verschiedene Aktivitäten (z.B. schwimmen gehen) oder starten kleine Ausflüge in die Umgebung. Dadurch sollen soziale Kontakte den Jugendlichen ermöglicht werden und auch der Umgang mit Kindern und Jugendlichen aus anderen Altersgruppen.

Natürlich hält auch bei der belgischen Jugend die Computertechnik prägend Einzug. Viele Jugendliche verbringen viel Zeit im Internet oder chatten. In Gent kann man daher sehr viele Internetcafe´s finden, die auch sehr gut und ständig besucht sind.