

Im Heft:

Einführung Seite 3



Pflege in Schweden 4

Austausch mit Stockholm 10

Austausch mit Leksand 16



Pflege in Österreich 24

Austausch mit Linz 29

Austausch mit Innsbruck 37

Summary in English 43

Insights into Swedish and Austrian
compared to German care systems



Pflege in Spanien 45

Austausch mit Madrid

Gabriele Göhring, Lisa Schüler (Hrsg.)

Demografie-angepasste Pflegeausbildung: von EU-Nachbarn lernen



Durch Vergleich der nationalen Pflegeausbildungs-Systeme zu neuen Ideen: Mit diesem Ziel hospitierten Caritas-Expert(inn)en im benachbarten Ausland.



Erasmus+

Demografie
initiative



3	Wozu dieses Projekt? – Einführung	IMPRESSUM	36
4	Erfahrungen aus den Hospitationen in Schweden	SUMMARY IN ENGLISH	43
4	Einführung ins schwedische Gesundheitssystem		
7	Ausbildung in Schweden		
8	Derzeitige Diskussion zur Entwicklung der Pflegeberufe in Schweden		
10	Stockholm: Interprofessionelle Ausbildung auf speziellen Stationen		
13	Universitäre Ausbildung mit <i>Skills labs</i> und <i>Simulations centres</i>		
15	Akademisches Gesundheitszentrum Stockholm-Liljeholmen		
16	Gemeinde Leksand: Pflegeerbringung im ländlichen Raum		
21	Daseinsvorsorge im ländlichen Raum – ambulante Versorgung		
22	Berufliches Selbstverständnis und Rolle der Pflegefachkräfte		
23	Anmerkungen (Schweden)		
24	Erfahrungen aus den Hospitationen in Österreich		
24	Einführung ins österreichische Gesundheitssystem		
25	Gesamtgesellschaftliche Aspekte der Pflege		
27	Daseinsvorsorge in Österreich		
29	Linz: Pflegeausbildung in (Ober-)Österreich		
33	Ambulante Caritas-Pflege in Linz		
34	Stationäre Altenhilfe in Linz		
35	Mäeutik-Konzept wird umgesetzt		
36	Anmerkungen (Öberösterreich)		
37	Innsbruck: Altenhilfe des Landes Tirol		
39	Pflegeassistenten in stationären Tiroler Einrichtungen		
40	Fachschule für Sozialbetreuungsberufe		
41	Daseinsvorsorge am Beispiel der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft		
45	Erfahrungen aus Hospitationen in Spanien		



Wozu dieses Projekt?

Wie müssen die Pflege und die Pflegeausbildung unter den Bedingungen des demografischen Wandels zukünftig aussehen? Diese Frage stellte sich der Deutsche Caritasverband (DCV) im Rahmen seiner Demografie-Initiative (2015–2017, www.caritas.de/initiative). Der demografische Wandel wirkt sich besonders stark auf die Arbeitsgrundlage der Pflegeberufe aus. Neuerungen wie Telemedizin und generalistische Pflegeausbildung kommen hinzu.

Um Anstöße und Erfahrungswerte für die zukünftige Gestaltung zu erhalten, führte der DCV Hospitationen in Partnereinrichtungen der Pflege(-Ausbildung) in Österreich und Schweden durch. Dazu nutzte er Mittel aus dem EU-Programm „Erasmus+“. Der Austausch fand mit zwei Organisationen in Österreich statt, da Österreich ein Deutschland sehr ähnliches System der Pflegeerbringung hat, sowie mit zwei Organisationen in Schweden, das oft als Vorbild für demografie-angepasste Pflege herangezogen wird.

Die Hospitationen erfolgten zwischen November 2016 und März 2017. Bei den 20 Teilnehmenden handelte es sich um Mitarbeiter(innen), die an der Konzeption, Weiterentwicklung und Qualifizierung von Ausbildungsgängen im Pflegesektor beteiligt sind, das heißt um Ausbildungsleiter(innen) und Lehrer(innen) aus allen Bereichen der Pflegeberufe. Aus ganz Deutschland ausgewählt und unterschiedlichen Dienstalters, werden sie künftig als Multiplikator(inn)en die im Ausland erhaltenen Impulse in der Caritas weitergeben. Auf ihren Berichten fußt dieses Heft.

Zur Vor- und Nachbereitung der Hospitation dienten Workshops, die die Teilnehmer(innen) auf den Austausch vorbereiteten beziehungsweise im Nachgang die Reflexion, Evaluation und den Austausch über die Erfahrungen und gewonnenen Erkenntnisse ermöglichten.

Da das Projekt Wirkung über die eigene Einrichtung hinaus zeigen soll und den Anspruch hat, zur politischen und gesellschaftlichen Debatte beizutragen, wurde besonderes Augenmerk auf die Aufarbeitung und Verbreitung der Ergebnisse gelegt: Die Teilnehmenden wirken als Multiplikator(inn)en, die Projektergebnisse werden durch Presse- und Öffentlichkeitsarbeit – wie beispielsweise durch die hier vorliegende Dokumentation – verbreitet und auf Multiplikationsveranstaltungen dargestellt.

Die Erfahrungen, Ideen und Impulse aus der Hospitation sollen zur qualitativen Weiterentwicklung der Pflegeausbildung dienen. Antworten auf folgende Fragen galt es zu finden: Welche innovativen Projekte und welche integrierten und interprofessionellen Ansätze zur Sicherung der Daseinsvorsorge gibt es in europäischen Ländern? Welche Ansätze sind wünschenswert, welche übertragbar, und was müsste sich in Deutschland dafür ändern?

Durch das Mobilitätsprojekt sollen konkret Lernprozesse im Verband angeregt werden, die zum einen die direkt am Austausch beteiligten Organisationen und Einrichtungen betreffen, darüber hinaus aber auch in den gesamten Caritasverband getragen werden sollen.

Gabriele Göhring und Lisa Schüller

Projektleiterinnen



Gabriele Göhring
DCV, Projektleiterin
Demografie-Initiative
E-Mail: gabriele.goehring@caritas.de



Lisa Schüller
DCV, Hauptvertretung
Brüssel, Referentin für
EU-Förderpolitik
E-Mail: lisa.schueler@caritas.de



Das Gruppenbild vom Abschluss-Workshop am 25./26. April 2017 in Frankfurt/M. zeigt die meisten der Teilnehmenden nach dem gemeinsamen Herausarbeiten von Innovationspotenzial für die Pflege(ausbildung) in Deutschland.



Erfahrungen aus den Hospitationen in Schweden

Einführung in das schwedische Gesundheitssystem

In der folgenden Einführung geht es um eine kurze Beschreibung des schwedischen Gesundheitssystems im Allgemeinen und um während der Hospitationen gewonnene Erkenntnisse.

Um den Aufbau der Pflegeausbildung zu verstehen, muss bereits das Schulbildungssystem betrachtet werden. Fast alle Kinder in Schweden absolvieren eine Schule, die ihnen einen Hochschulzugang ermöglicht, und vier von zehn Schüler(inne)n eines Jahrgangs beginnen ein Hochschulstudium. Im Jahr 2012 erreichten 38 Prozent einen Abschluss im Tertiärbereich (Deutschland: 31 Prozent).¹

Bei der Betrachtung des schwedischen Gesundheitssystems sind drei staatliche Ebenen relevant: Die Nationale Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt hat die Funktion einer zentralen Beratungs- und Kontrolleinrichtung im Bereich der Gesundheitsleistungen, des Gesundheitsschutzes und der sozialen Dienste. Sie trägt im eigentlichen Sinne keine Verantwortung für die Angebotsstruktur und die finanzielle Verteilung. Diese Funktionen obliegen der regionalen und der kommunalen Ebene. Die Verantwortung für die Krankenhäuser, Gesundheitszentren und anderen stationäre Einrichtungen liegen in der Regel bei den Bezirken/Landkreisen (*landsting / county*), die der ambulanten Versorgung bei den Gemeinden (*kommun / municipality*).

Wird der/die Patient(in) entlassen, tritt die kommunale Ebene

in die Verantwortung für die Planung und die Leistungserbringung ein. Die Schnittstelle ist so gestaltet, dass das Krankenhaus den/die Verantwortliche(n) in der Kommune über eine bevorstehende Entlassung informiert. Der/die verantwortliche Sozialarbeiter(in) der Kommune berät daraufhin, welche Maßnahmen notwendig sind und von wem sie durchgeführt werden. Entsprechend den Patientenbedürfnissen wird ein Versorgungsnetzwerk aufgebaut. Hierfür gibt es keine Kategorisierung bzw. Einteilung in Pflegegrade, sondern die Maßnahmen sind in den Gesetzen über Gesundheitsdienste und soziale Dienste geregelt und erfolgen entsprechend dem individuellen Bedarf des Patienten / der Patientin. Das kommunale Gesundheitszentrum mit den verschiedenen Professionen entscheidet über den Pflegebedarf. Die Leistungen umfassen das gesamte Spektrum gesundheitsorientierter und sozialer Dienste.

Seit den 1990er Jahren wurden viele Angebote und Dienste privatisiert. Das hatte zur Folge, dass nach und nach auch das Wahlrecht eingeführt wurde, sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Zwischenzeitlich werden rund ein Fünftel der ambulanten wie auch der stationären Leistungen von privaten Anbietern erbracht.² Die Kosten für den Leistungsempfänger werden dabei weiterhin übernommen, sei es durch Gutscheine oder per Übernahme der Kosten durch den Bezirk oder die Kommune.

Der schwedische Local Government Act

Dieses Gesetz regelt die in folgender Übersicht aufgezählten Aufgabenbereiche der Bezirke und der Gemeinden. Es ermöglicht viel Spielraum für die kommunale Autonomie, die ein Grundprinzip der schwedischen Gesellschaft ist.

Stockholms läns landsting (SLL) (Regionalebene)

Gesundheit und Pflege, Öffentlicher Verkehr, Kultur, Regionalentwicklung

Hausärztliche Versorgung

Specialist care

Geriatrische Kliniken

Psychiatrie

Advanced home care

Palliative Care im eigenen Zuhause sowie im Krankenhaus, Pflegeheim und Hospiz

Ausbau von Akutkrankenhäusern und medizinischer Notfallversorgung

Kommun (26 innerhalb SLL) (Kommunale Ebene)

Arbeit, Support Care, Schulbildung, Kultur, Stadt- und Verkehrsplanung, Umwelt

Altenpflege (stationär / ambulant)

Behindertenhilfe

Soziale und wirtschaftliche Unterstützung

Jugendhilfe

Kinder- und Familienhilfe



Die Kosten für die schwedische Gesundheitsversorgung liegen bei circa 9 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (Deutschland: 10,9 Prozent)³. Das schwedische Gesundheitssystem ist weit überwiegend steuerfinanziert, lediglich drei Prozent stammen aus Patientengebühren und weiteren Beiträgen. Interessant war es zu erfahren, dass trotz der Steuerfinanzierung unterschiedliche Zuständigkeiten bzw. Kostenträger existieren und damit auch hier immer wieder Klärungsbedarf besteht. Die Verantwortungs- und Kostenaufteilung ist im „Local Government Act“ (s. Infokasten auf Seite 4) geregelt. Kostenträger für die stationäre Pflege sind in der Regel die Bezirke/Landkreise und für die ambulante Pflege die Gemeinden. Es gibt aber auch in Schweden einen Selbstbehalt, der umgerechnet bei maximal ca. 100 € jährlich für medizinische Behandlungen und bei maximal 180 € für Medikamente liegt. Ausgenommen sind dabei Zahnbehandlungskosten, die komplett eigenfinanziert werden müssen, wobei es eine Unterstützung bis zu einem bestimmten Höchstbetrag aus dem nationalen Versicherungssystem gibt. Unter 20-Jährige müssen generell keinen Eigenanteil bezahlen.

Der Zukauf von Leistungen externer privater Leistungserbringer steigt. Bereits zehn Prozent der von den Provinziallandtagen zu erbringenden Leistungen werden von privaten Gesundheitsversorgern erbracht.

Region Stockholm (SLL)

Stockholm erstreckt sich von Nynäshamn im Süden bis nach Norrtälje im Norden. Es umfasst 26 Gemeinden unterschiedlicher Größe auf einer Fläche von 6519 Quadratkilometern. Ein Teil dieses Gebietes besteht aus 30.000 Inseln und Inselchen.

Stockholm ist die am schnellsten wachsende Region in Schweden. Hier leben mehr als zwei Millionen Menschen, ein Fünftel der Bevölkerung.

Bemerkenswert

🇸🇪 Beeindruckend waren vor allem die flachen Hierarchien. Sie sind gekennzeichnet durch einen Umgang der verschiedenen Professionen auf Augenhöhe und durch erweiterte Kompetenzen der Pflegefachkräfte. Dies spiegelt sich auch in den geringeren Gehaltsunterschieden zwischen Ärzt(inn)en und Pflegefachkräften.

🇸🇪 Überraschend war, dass in Schweden die auf Geriatrie spezialisierten Pflegefachkräfte gegenüber den anderen Fachspezialisierungen am meisten verdienen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass von ihnen eine besonders hohe Kompetenz und breites Wissen erwartet werden. In Schweden ist man der Ansicht, dass in der Geriatrie – über das Wissen in der gesundheitlichen Pflege hinaus – zusätzlich Kenntnisse über die Besonderheiten der Pflege im Alter notwendig sind.

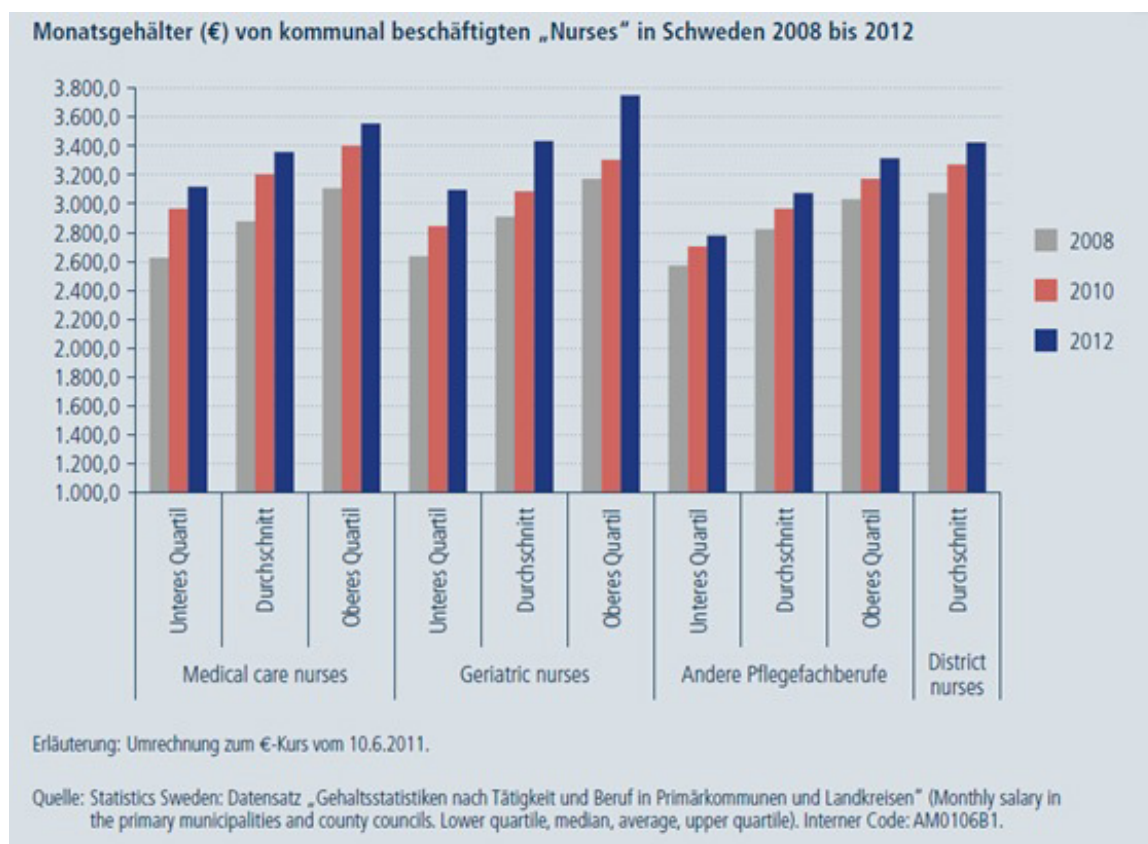


Abb. zit. nach: Heintze, Cornelia: a.a.O., S. 67.

 Wer daraufhin erwartet, dass es ausreichend Pflegepersonal in der Geriatrie gibt, wird jedoch enttäuscht. Nur wenige Pflegefachkräfte streben einen Master in Geriatrie an. Anna Waldhausen et. al. geben an, dass nur 1,6 Prozent der Mitarbeiter(innen) im Bereich der Altenpflege über eine Spezialisierung in der Geriatrie verfügen⁴. Hier hat Schweden mit einem speziellen Problem zu kämpfen. Uns gegenüber wurde als ein Grund erwähnt, dass es keinen Fachkraftschlüssel wie in Deutschland gibt, weshalb oftmals eine Fachkraft für bis zu 50 Assistenzkräfte verantwortlich ist.

 Zusätzlich wurde uns berichtet und auch in die Literatur beschrieben, dass die Weiterbildung schwierig nebenberuflich zu realisieren sei und der persönliche finanzielle Gewinn durch die Spezialisierung unter dem Strich zu gering ausfalle, um einen echten Anreiz darzustellen. Dies führt vor allem in der Geriatrie zu einem Fachkräftemangel.

 Darüber hinaus berichtet das Pflegepersonal von abnehmenden Ressourcen und einer Verdichtung des Arbeitsalltags. Im Vergleich liegt die Zahl der zu betreuenden Patient(inn)en aber immer noch weit unter den Zahlen in Deutschland. Im Jahr 2012 kamen in Deutschland 869 Pflegekräfte auf 100.000 Einwohner und in Schweden 1109.⁵

 Dies führt dazu, dass auch in Schweden eine hohe Personalfuktuation existiert: Pflegepersonal wandert ins Ausland ab (vor allem nach Norwegen) oder arbeitet bei Leihfirmen, bei denen die Konditionen besser sind.

 Als Maßnahme zur Gewinnung von mehr Personal wurde in diesem Jahr die Zahl der Ausbildungsplätze erhöht, und am Karolinska Institut wurde ein zweijähriges Trainee-Programm eingeführt. Um an diesem Angebot teilnehmen zu können, müssen die Trainees sich für eine bestimmte Zeit im Anschluss an das Programm verpflichten.

 Ein spezielles Problem stellt die Zusammenarbeit von Fachkräften und Hilfs- bzw. Assistenzkräften dar: Auch wenn, wie erwähnt, zwischen Ärzt(inn)en und Pflegefachkräften flache Hierarchien existieren, besteht zwischen Fachkräften und Hilfs- bzw. Assistenzkräften ein hierarchisches Gefälle. Um dennoch die Zusammenarbeit zu fördern und dem Ausscheiden von Pflegekräften entgegenzuwirken, gibt es spezielle Workshops.

 Interessant ist, dass es trotz der Probleme anscheinend bisher keine landesweiten größeren Marketingmaßnahmen zur Gewinnung zusätzlicher Pflegekräfte im Lande selber gibt, sondern wie schon seit den 1990er Jahren weiterhin auf die Anwerbung ausgebildeten Personals aus dem Ausland (u.a. auch aus Deutschland) gesetzt wird (s. nebenstehendes Beispiel einer Stellenausschreibung mit Angabe zusätzlicher Leistungen⁶).

 Beim Verständnis der Ausführung von Gesundheitsversorgung und Pflege liegt ein anderer Ansatz vor als in Deutschland. Die medizinische Versorgung erfolgt stationär in Krankenhäusern, die Pflege in der Regel ambulant, zu Hause oder in

Beispiel einer Stellenausschreibung, die sich an ausländische potenzielle Bewerber(innen) richtet

- Bezahlter Schwedisch-Intensivkurs in Deutschland
 - Aufwandsentschädigung während des Sprachkurses
 - Unterstützung bei der Wohnungssuche
 - Festanstellung mit Einführungsprogramm in Schweden
 - Weitere Sprachausbildung in Schweden
 - Ausbildung in Medizinischem Recht
 - Möglichkeit eines Studienbesuches in Stockholm
- Beispiele für weitere Vorteile:
- 38h / Woche, Überstunden werden sehr gut vergütet
 - Kein Nachtdienst!
 - Zuschlag für Wochenenddienste
 - Einarbeitungsprogramm mit Mentor (3 Monate nur 80% der vollen Arbeitszeit bei Vollzeit-Gehalt)
 - Weitere Sprachausbildung in Schweden
 - Umzugskostenzuschuss möglich
 - Weiterentwicklung/Ausbildung in verschiedensten Fachbereichen auf Kosten des Arbeitgebers
 - Möglichkeit zu promovieren, auf Kosten des Arbeitgebers
 - Freie Wahl eines Fitness-Studios – der Arbeitgeber zahlt
 - Eine Stunde Sport pro Arbeitswoche vergütet
 - BAföG für alle Student(inn)en, unabhängig vom Einkommen der Eltern (50% geschenkt)

der Reha. Dies spiegelt sich in der durchschnittlichen Krankenhaus-Verweildauer wider: Sie betrug sechs Tage im Jahr 2012 (Deutschland: 9,3 Tage)⁷.

 Erste Ansprechpartnerin ist in Schweden die *district nurse*/Pflegekraft (und nicht wie in Deutschland der Hausarzt). Sie regelt alles Weitere (s. S. 15). Der Nachteil ist, dass deshalb viele Patient(inn)en direkt in die Notaufnahme gehen.

Es gibt keine freien Fachärzte. Fachmediziner(innen) sind an Polikliniken oder Gesundheitszentren angeschlossen.

 Seit den 1990er Jahren gibt es mehr und mehr Gesundheitszentren in privater Trägerschaft. Stockholmweit existiert hierzu ein gemeinsames Dokumentationssystem – allerdings nicht mit 100-prozentiger Abdeckung, weil nicht alle privaten Anbieter angeschlossen sind. Inzwischen besteht die freie Wahl des Gesundheitszentrums.

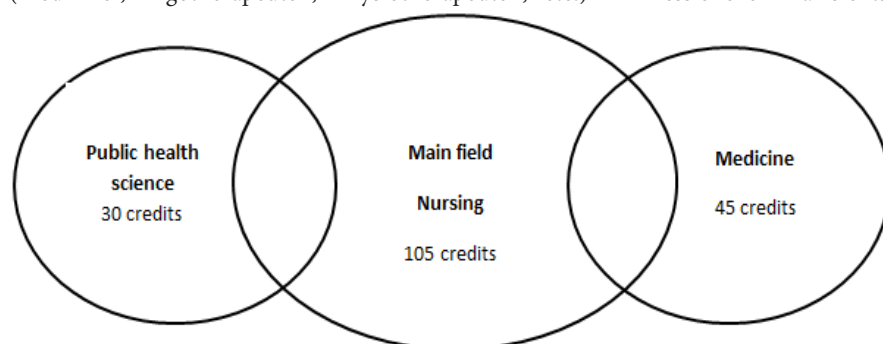
 Das schwedische Gesundheitsministerium hat ein digitales Handbuch zu Gesundheitsversorgung und Pflege erstellt. Sein Nutzwert ist beeindruckend und macht ein solches Werk auch für Deutschland wünschenswert.⁸

 Insgesamt gibt es in der universitären Pflegeausbildung in Schweden nicht so viele Praxiseinsätze wie in der deutschen Pflegeausbildung. Doch gerade die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum (s. S. 15) ermöglicht bei den Praxiseinsätzen der Auszubildenden interdisziplinäres Lernen

Ausbildung in Schweden

Die Ausbildung zur Pflegefachkraft in Schweden erfolgt in einem grundständigen Studium an einer staatlich anerkannten Hochschule, welches mit dem erfolgreichen Bachelorabschluss (Bachelor of Nursing Science Healthcare) die geschützte Berufsbezeichnung *Sjuksköterska* (Krankenpfleger/in) verleiht. Das Studium ist modularisiert über sechs Semester strukturiert – am Wissens- und Kompetenzzuwachs orientiert – und inhaltlich generalistisch auf Pflegesituationen ausgerichtet. Das Ziel des berufsqualifizierenden Studiums besteht in der Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten zur selbstständigen kritischen Beurteilung und Problemlösung von unterschiedlichen Krankheitsverläufen und Pflegesituationen. Hierzu verbindet das Studium drei Schwerpunkte – Pflege, Medizin und Public Health –, die für eine integrierte und holistisch ausgerichtete Arbeitsweise in der zukünftigen beruflichen Tätigkeit qualifizieren sollen.

Im Verlauf absolvieren die Studierenden Teile ihres Studiums gemeinsam mit Studierenden anderer Fachrichtungen (Mediziner, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, etc.) in



Sequenzen von IPE-Plenarveranstaltungen (IPE = interprofessional education) und Lernarrangements im klinischen Umfeld in laborähnlichen Trainingseinheiten (Skills labs), Fallbesprechungen und einer zweiwöchigen Praxisphase mit konkreten Patienten auf einer KUA (clinical education ward / Klinische Ausbildungsstation). Der Schwerpunkt dieser Praxisphase (i.d.R. gegen Ende des Studiums) liegt auf der Reflexion der Erfahrungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit während der Behandlung der Patient(inn)en im klinischen Alltag.

Rund ein Drittel des Studiums – insgesamt ca. 30 Wochen – findet als klinische praktische Aus- und Weiterbildung statt, die in den kooperierenden Universitätskliniken und Pflegeversorgungszentren in zwei bis vier-wöchigen Praktika absolviert werden. Je nach wissenschaftlichem Selbstverständnis einer Hochschule können ebenso Praktika mit transkulturellen Pflegesettings (ggf. auch im Ausland), mit Schwerpunkten der öffentlichen Gesundheitsvorsorge und ähnliche Praxisfelder als Lernorte angeboten und gewählt werden.

Das sechste Semester beinhaltet neben der Bachelorabschlussarbeit eine nationale klinische abschließende Prüfung

(NCFE), bestehend aus einem theoretischen und einem praktischen Teil gemäß den Grundsätzen der *Nursing Practice*.

Nach dem Bachelorstudium ist mittels Weiterqualifizierung eine Spezialisierung möglich. Sie ist auf dem sogenannten fortgeschrittenen Niveau ebenso an den Hochschulen angesiedelt.

Die Studiengänge schließen mit dem *Specialistsjuksköterska*-Examen ab, was einem einjährigen Masterabschluss entspricht. Hiermit erfolgen unter anderem Spezialisierungen in Anästhesiepflege, selbständiger Pflege im Distrikt, in Kinder- und Jugendlichenpflege, Intensivpflege, chirurgischer, medizinischer, psychiatrischer, onkologischer Pflege sowie in Altenpflege. Alle Hochschulqualifizierungen sind akkreditiert und entsprechend dem europäischen Qualifikationsrahmen beschrieben und zertifiziert. Die Finanzierung der Hochschulausbildung erfolgt komplett durch staatliche Mittelzuweisung. Ihre Höhe hängt vom Grad der Vorbereitung auf die Berufspraxis ab. Dabei wird geprüft, ob die Lernergebnisse der interprofessionellen Praxis entsprechen und ob Arbeitgeber qualitativ gut ausgebildetes und zur Teamarbeit befähigtes Personal erhalten.

Unterhalb der Pflegefachkraft ist die *Undersköterska* (Pflegeassistent/in) angesiedelt, die vor allem grundpflegerische Tätigkeiten nach Anweisung der zuständigen Pflegefachkraft erbringt. Diese Qualifikation ist auf verschiedenen Wegen zu erreichen: Nach der neunjährigen Grundschule setzen Schüler(innen) in Schweden in

der Regel ihre Schulbildung mit einer dreijährigen weiterführenden Bildung am Gymnasium fort. Im Rahmen dieser gymnasialen Schulbildung kann die Hochschulzugangsberechtigung genauso wie eine Berufsqualifikation erworben werden. So kann beispielsweise ein Gymnasium gewählt werden, welches ein dreijähriges berufsbezogenes Programm im Gesundheits- und Pflegebereich anbietet und mit dessen Abschluss zur Pflegeassistent/in qualifiziert.

Dieses Qualifikationsniveau kann aber auch durch verschiedene andere Bildungsmaßnahmen erreicht werden.

So gibt es z.T. berufsbegleitende Ausbildungen an Schulen der Erwachsenenbildung oder anderen privaten nicht staatlichen Schulen, oder es findet eine Bewertung und Anerkennung von im Berufsalltag gewonnenen Kompetenzen ohne Teilnahme an einer formalisierten Ausbildung statt. Die Anerkennung dieser Bildungsmaßnahmen und deren Abschlüsse erfolgen auf kommunaler Ebene. Alle diese Helferqualifikationen sind jedoch nicht als Fachkraftausbildung anzusehen, da sie weder staatlich formellen Richtlinien unterliegen, noch dem europäischen Qualifikationsrahmen entsprechen müssen.



Derzeitige Diskussion zur Entwicklung der Pflegeberufe

Obwohl die gesellschaftliche Reputation der Pflegefachkräfte durch die Ausbildungsreform seit den 1970er Jahren deutlich gestiegen ist und man eine tatsächliche Entwicklung im beruflichen habituellen Pflegehandeln in Richtung Professionalisierung erkennen kann, besteht auch in Schweden laut nationaler statistischer Erhebung ein Nachwuchsmangel für die meisten Gesundheitsberufe – sowohl im Bereich der Fachkräfte als auch bei den Helfer(inne)n und Assistent(inne)n (Information von Socialstyrelsen – Nationales Amt für Gesundheit und Wohlfahrt vom Januar 2014 ⁹). Den Behördenangaben zufolge steigt zwar die Zahl der Krankenpfleger(innen) im Verhältnis zur Bevölkerung, aber nicht in ausreichendem Maß. Die Zahl der spezialisierten fachweitergebildeten Krankenpflegekräfte hingegen sinkt den Angaben zufolge im Verhältnis zur Bevölkerung. Auch auf der inhaltlich-fachlichen Vermittlungsebene sind deutliche Schwächen bei angehenden Pflegefachpersonen erkennbar, die sich in einer mangelnden Befähigung, Bedarfe chronisch kranker und alter Menschen wahrzunehmen, ausdrücken.

So wird in Schweden aufgrund des demografischen Wandels verstärkt diskutiert, wie sich Pflegeberufe verändern und weiterentwickeln müssen. Ausgehend von der Feststellung, dass die aktuellen Berufsausbildungen nicht in ausreichendem Maß die Kompetenzen vermitteln, die es für eine alternde Gesellschaft mit Herausforderungen bezüglich chronischer und gerontopsy-

chiatrischer Erkrankungen bräuchte, sehen schwedische Expert(inn)en die Notwendigkeit einer inhaltlichen Reform der Grundausbildung, um eine stärkere thematische Verankerung von Geriatrie und Gerontologie zu erreichen.

Da nur zwei Prozent der Krankenpflegekräfte sich über ein Weiterbildungsstudium zusätzlich spezialisieren, gibt es außerdem Überlegungen, die Attraktivität einer Weiterbildung z.B. zum/zur Fachkrankenpfleger(in) für Geriatrie nach der grundständigen Ausbildung zu erhöhen.

Ausblick für Deutschland

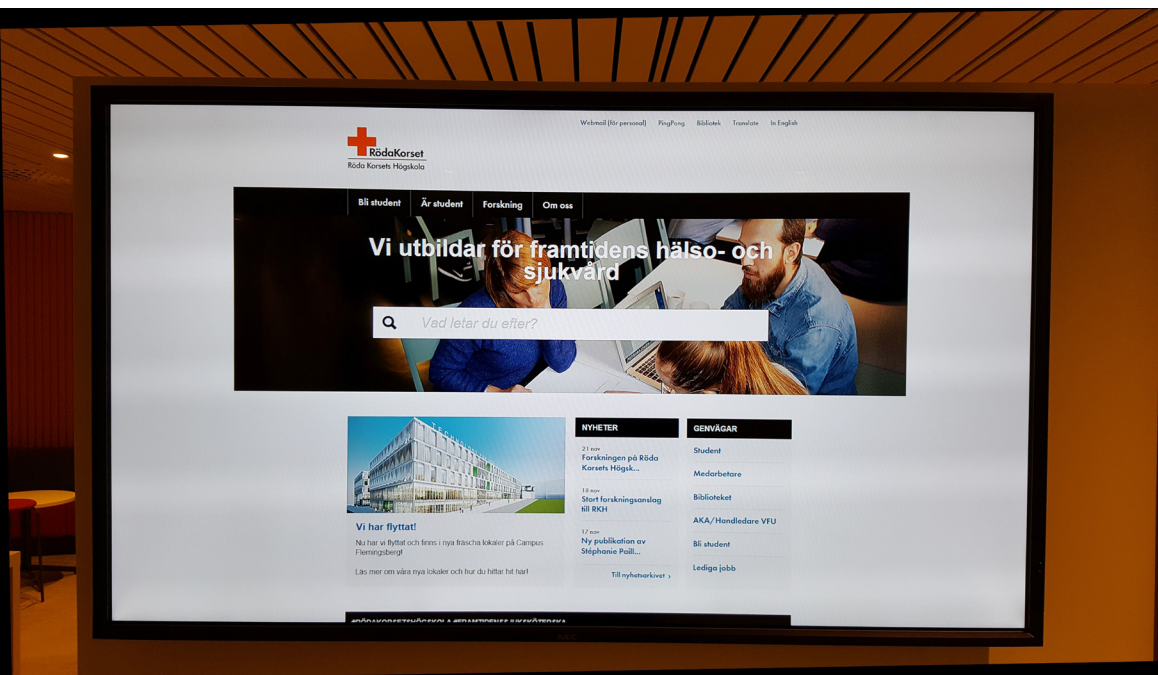
Aus den in Schweden kennengelernten Ausbildungsstrukturen sollte für die Reform der Pflegeberufe in Deutschland der zentrale Fokus „IPE“ ausführlich betrachtet und diskutiert werden. Dieser ist in Schweden als strukturgebende Zielvorgabe für die theoretische wie praktische Handlungsebene der Hochschul- ausbildung zur Pflegefachkraft ausdifferenziert zu Grunde legt. So werden alle Formen von Lehr-Lern-Arrangements bezüglich der erwartbaren Lernergebnisse auf drei Eindringtiefen durchdekliniert. So gibt es Ausbildungsangebote, die

1. dazu dienen, dass Lernende professionsinterne Aufgaben und Interventionen zu identifizieren und zu beschreiben lernen;



Fotos: Gabriele Göhring

Praktischer Unterricht in einer schwedischen KUM (s. S. 10).



Auf einem Großbildschirm stellt das Schwedische Rote Kreuz seine Ausbildungsangebote für „moderne Gesundheits- und Krankenpflege“ internetgestützt vor.

- den Schwerpunkt auf die kooperative Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen legen, so dass es im Ergebnis zu einer effektiveren Behandlung und Rehabilitation des einzelnen Patienten kommt (hier ist methodisch betrachtet das handlungsleitende Lernarrangement auf dem „give and get report“ interprofessionell angelegt),
- im Sinne eines holistischen Ausbildungsmodells – auf die berufsgruppenübergreifende Befähigung zur Analyse und Reflektion von medizinischer und pflegerischer Heilbehandlung mit Fokus Patientengesundheit und -sicherheit zielen.

Bemerkenswert

🇸🇪 Bemerkenswert ist, dass über die Abbildung und Evaluation der Patientenbehandlung eine stetige Reflexion und Weiterentwicklung der Hochschulausbildung erfolgt. Die Hochschullehre selbst erlangt hierüber ihre Akkreditierung und Mittelzuweisung ebenso wie die Kliniken und Versorgungszentren ihre Mittelzuweisung für Ausbildung und qualitativ messbar gelungene Behandlung erlangen.

🇸🇪 In dieser sehr engen Verzahnung zwischen theoretischer Lehre am Hochschulort und einer stringent reflektierten klinischen Handlungspraxis liegt der Schlüssel für die Stärke der schwedischen Pflegeausbildung.

🇸🇪 Dieser Ansatz wäre auch für Deutschland ein geeignetes strukturgebendes Moment für die Reform der Pflegeausbildung. Dabei scheint es notwendig, dass dezidiert die individuellen und gesellschaftlichen Erfordernisse, Bedarfe und Defizite an Pflege für Deutschland analysiert werden. Im Vergleich zum schwedischen Modell liegt der Vorteil der derzeitigen deutschen Pflege-

ausbildung – in der allgemeinen Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege – darin, dass jeweils eine profunde Fachausbildung erfolgt. Wenn auf dieser Basis die drei Fachausbildungen zu einer generalistischen Ausbildung zusammengeführt werden sollen, so wird evident, dass die jeweiligen Beschäftigungsorte für Pflegefachkräfte in ihrer praktischen Ausbildungsverantwortung gefordert sind. So könnten im Praxisfeld – ähnlich wie in Schweden – verschiedene Lehr- und Lernarrangements beschrieben werden, die, wenn sie an das Qualitätsmanagement der einzelnen Einrichtung gekoppelt werden, im Effekt zu einer verbesserten Patientenversorgung führen.

🇸🇪 Mit der Erreichung sogenannter messbarer Erfolgskriterien könnte gleichzeitig eine zusätzliche erfolgsorientierte Ausbildungsfinanzierung der praktischen Ausbildungsorte/Träger erwogen werden. Z.B. könnte man Pflegeeinrichtung mit Lernarrangements - wie z.B. regelhafte Fallbesprechungen zwischen Auszubildenden und Fachpersonal- in Korrelation zu deren messbaren qualitativ guten Patientenversorgung/Zufriedenheit setzen und bewerten und bei nachweisbarem Erfolg eine höhere ausbildungsgebundene Mittelzuweisung vornehmen. Damit hätte man ein wirksames Anreizsystem für Einrichtungen, die sich über die derzeit ausschließlich personelle Vorhaltung von Praxisanleitern ihrer Ausbildungsverantwortung gerecht und inhaltliche Formen des Lernens für die praktische Ausbildung der künftigen Berufskollegen gestalten würden.

🇸🇪 Ein weiterer diskussionswürdiger Aspekt ist die zum Teil gemeinsame Ausbildung von Pflegenden und Ärzt(inn)en, die in Schweden vor allem neben Fachvorlesungen an der Hochschule auf der klinischen Ebene angesiedelt ist. Über dieses gemeinsame Lernen am Modell und in der Praxis wächst das



Verständnis für den gemeinsamen Auftrag der Begleitung, Behandlung und Pflege eines kranken und hilfebedürftigen Menschen. Gerade im gemeinsamen Dialog und den daraus resultierenden kollegialen Entscheidungen erschließt sich der beste Weg zur konkreten Hilfestellung im Genesungsprozess eines Individuums. Auch liegt in einem solch gemeinschaftlichen Lernen die größte Chance, den Pflegeberuf zu professionalisieren und so auch eine Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes für junge Menschen zu erreichen.

Interprofessionelle Ausbildung auf speziellen Stationen: KUA und KUM

In den 1990er Jahren gab es in Bristol (Großbritannien) einen 30-prozentigen Anstieg der Todesfälle bei Herzoperationen. Untersuchungen ergaben, dass mangelnde fachliche Kommunikation der Grund dafür war. Auf der Basis dieser Untersuchung wurde in Schweden am Karolinska Institut 1998 mit der interprofessionellen Ausbildung begonnen.

Schweden ist heute bekannt für seine interprofessionelle Ausbildung. Student(inn)en verschiedenster Studiengänge des Gesundheitswesens sollen bereits während ihres Studiums die enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen kennen lernen und diese auch praktisch umsetzen. Durch interprofessionelles Ausbilden werden nicht nur Fähigkeiten wie Fach- und Methodenkompetenz gefördert; vielmehr stehen Personal- und Sozialkompetenz im Vordergrund. Zum einen geht es darum, die Studierenden praktisch an die klinische Arbeit heranzuführen, selbständiges und eigenverantwortliches Arbeiten zu unterstützen und zu fördern. Andererseits will man den Studierenden im Gesundheitsbereich die Wichtigkeit einer guten Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen nahebringen. Grundanliegen sind:

- Gelegenheiten zu schaffen, bei denen zwei oder mehr Professionen mit-, von und über einander lernen können, um die Zusammenarbeit und die Pflegequalität zu verbessern
- Von anderen zu lernen, erweitert den eigenen Horizont vertikal und horizontal.

Die interprofessionelle Ausbildung findet in Schweden auf speziellen klinischen Ausbildungsstationen statt, die in Krankenhäuser integriert sind. Finanziell werden diese Stationen nicht

>> Alle Aktivitäten stehen unter dem Motto:
Learning together – to be able to work together. <<

vom Krankenhaus selbst getragen, sondern über die Universitäten finanziert. Der Personaleinsatz der Ausbildungsstationen ist deutlich erhöht, da jedem/jeder Studierenden ein(e) eigene(r)

Praxisanleiter(in) zugeteilt wird.

Die Student(inn)en der verschiedenen Fachrichtungen im Gesundheitsbereich wie Pflege, Medizin, Physiotherapie und Ergotherapie absolvieren ihren interprofessionellen Einsatz während des Studiums auf einer solchen klinischen Ausbildungsstation, welche kurz KUA (schwedisch: *klinisk utbildningsavdelning*) genannt wird.

Ein weiterer Einsatz findet im Bereich der Notaufnahme statt, der sogenannten KUM (schwedisch: *klinisk utbildningsmottagning*). Die Voraussetzung für den Einsatz in den Ausbildungsstationen ist ein gewisses Level an Grund- und Fachwissen. Für die Pflegestudenten, die Ergotherapie- und Physiotherapiestudenten erfolgen diese zwei Einsätze deshalb im letzten Semester (6. Semester). Die Medizinstudenten absolvieren ihre Einsätze zwischen dem 5. und 7. Semester. Die Studenten befinden sich im Zeitraum von zwei Wochen, insgesamt acht Tage, jeweils von Montag bis Donnerstag, auf den klinischen Ausbildungsstationen.

Insgesamt gibt es drei KUA-Bereiche in Stockholm, im Söderkrankenhaus, im Karolinska Universitätskrankenhaus in Solna und im Karolinska Universitätskrankenhaus Huddinge. Alle KUA-Stationen haben einen orthopädischen Schwerpunkt. Die Patient(inn)en kommen als geplante Aufnahmen in die Krankenhäuser. Der Fokus liegt im Bereich Knie-, Hüft-, Schulter- bzw. Rückenoperationen mit verhältnismäßig kurzer Aufenthaltsdauer von zwei bis vier Tagen. Die KUM-Ausbildungsstation befindet sich in der Notaufnahme des Karolinska Universitätskrankenhauses. Hier werden alle Patient(inn)en behandelt, die notfallmäßig ins Krankenhaus kommen und nach der Behandlung die Notaufnahme wieder verlassen.

Tagesablauf auf den KUA

Der Einsatz auf einer Ausbildungsstation beginnt mit einem Kennenlernetag aller Student(inn)en der verschiedenen Fachdisziplinen. Dies bildet die Grundlage für die weitere Zusammenarbeit in den Ausbildungszentren. Die klinische Arbeit und das interprofessionelle Lernen umfasst dann weitere sieben Tage auf der jeweiligen Station.

Die Student(inn)en werden in den Ausbildungsstationen in Teams aufgeteilt. Es arbeiten immer zwei bis drei Pflegestudent(inn)en, zwei bis drei Medizinstudent(inn)en, ein bis zwei Physiotherapiestudent(inn)en sowie ein(e) Ergotherapiestudent(in) zusammen in einem Team pro Schicht. Jedem Studenten steht ein(e) erfahrene(r) Praxisanleiter(in) mit der entsprechenden Fachrichtung zur Seite.

Auf allen klinischen Ausbildungsstationen finden regelmäßig sogenannte „Teamrunden“ statt. Diese Teamrunden sind Besprechungen, zu denen sich alle Studenten eines Teams sowie die dazugehörigen Praxisanleiter morgens treffen und gemein-

sam die einzelnen Patienten der Station besprechen. Für die Struktur und den Ablauf der Teamrunden gibt es einen festen Plan (siehe Abb.). Er dient zur Orientierung und klärt, wer welchen Part zu übernehmen hat.

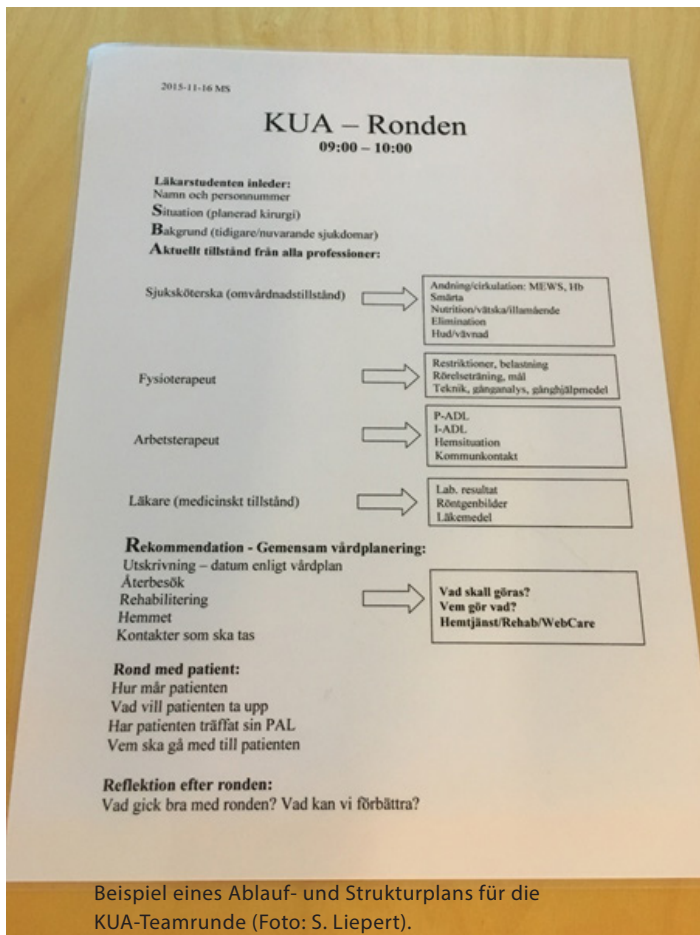
Geführt und moderiert werden die Runden jeweils von den Medizinstudenten, die die Patientenfälle vorstellen und die anderen Studenten mit involvieren. Die visualisierte Darstellung

netztes Denken und den Blick fürs Ganze zu fördern. Darüber hinaus helfen und unterstützen sich die Studenten während der Teamrunden gegenseitig. Für jeden Patienten wird im Anschluss ein Tagesplan erstellt. Am Ende der Teamrunden findet eine Reflexion über den Ablauf und den Inhalt der Besprechung statt. Die Studenten haben so die Möglichkeit, sich über Schwierigkeiten auszutauschen und diese zusammen mit den Praxisanleitern nochmals präziser zu analysieren (s. Abb. Seite 12 oben).

Nach der Teamrunde beginnt für die Student(inn)en die eigentliche klinische Arbeit auf der Ausbildungsstation sowie die Umsetzung des Patientenplans am bzw. mit dem Patienten (s. mittlere Abb. auf Seite 12). Die Praxisanleiter(innen) befinden sich dabei immer in der Nähe der Student(inn)en, um anzuleiten, bei Fragen Hilfestellung geben zu können bzw. um zu intervenieren. Dabei steht interprofessionelles Arbeiten im Vordergrund. Für Recherchen, Dokumentationen, Entlassplanungen und sonstigen Besprechungen haben die Student(inn)en ein eigenes Zimmer, welches mit PCs ausgestattet ist. Die Praxisanleiter stehen auch hier zu jeder Zeit berufsübergreifend zur Seite (s. Abb. Seite 12 unten).

Am Ende jedes Tages findet noch einmal eine gemeinsame Reflexionsrunde statt, in der besprochen wird, wie der Tag und die Zusammenarbeit empfunden wurde bzw. welche Verbesserungen gefunden werden können.

Das Hauptziel der klinischen Ausbildungsstationen besteht darin, dass die Student(inn)en lernen, eigenständig ihr theoretisch erworbenes Fachwissen praktisch im Klinikalltag umzusetzen. Fokussiert wird dabei immer die enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen sowie die enge Zusammenarbeit mit den Patienten. Die Studenten haben so die Möglichkeit miteinander, voneinander und übereinander zu lernen. Die Vermittlung dieser Kompetenzen soll frühzeitig zu einem effizienten und effektiven gemeinsamen Arbeiten verhelfen, fördert automatisch Respekt und Wertschätzung gegenüber den anderen Berufsgruppen und erhöht letztendlich auch maßgeblich die Qualität der gesundheitlichen Versorgung.



jedes Patientenfalls über PC und Beamer unterstützt und erleichtert die Besprechung. Es werden unter anderem Themen dargestellt und besprochen wie: medizinischer Hintergrund des Patienten, aktueller Zustand, Laborwerte, Röntgenbilder, Schmerzmanagement, eventuelle Komplikationen, Mobilisationsstatus, Hilfestellung, Hilfsmittel, Entlassungsplanung, etc. Die Teamrunden werden begleitet von den zugehörigen Praxisanleitern. Diese halten sich im Hintergrund und nehmen zunächst eine Beobachterrolle ein. Interventionen durch die Praxisanleiter finden z.B. bei Fehlen von wichtigen Informationen statt und dann immer in Form von Fragen. Das Ziel ist es so die Studenten selbst auf den richtigen Weg zu bringen, ver-

Bemerkenswert

 Interprofessionelle Ausbildung findet bereits in Ansätzen im deutschen Gesundheitswesen statt. Das Lernen voneinander und miteinander wird auch hier schon während der Ausbildung in den Blickwinkel genommen. Pflege-, Ergotherapie- und Physiotherapieschüler sowie Medizinstudenten arbeiten beispielsweise auf den verschiedenen Krankenhausstationen bereits miteinander. Für mehr Wertschätzung und Respekt gegenüber den einzelnen Berufsgruppen und einen stetigen Austausch untereinander könnten darüber hinaus etwa gemeinsame Pausen etabliert werden.

 Denkbar wäre auch, dass die Schüler(innen) und Studie-



Eine Teamrunde wird an ihrem Ende reflektiert, offene Fragen werden beantwortet. (Fotos: S. Liepert).



Auf der Ausbildungsstation setzen die Studierenden den zuvor erstellten Patientenplan am Patientenbett um – jederzeit unterstützt von ihren Praxisanleiterinnen.

Medizin-, Pflege- und Ergotherapiestudentinnen besprechen sich untereinander.



renden gemeinsame Praxisanleitungen zu bestimmten Themen bekämen. Außerdem könnten Kooperationen zwischen verschiedenen Ausbildungsschulen, wie Pflegeschule und Physiotherapieschule etc., das Voneinander- und Miteinander-Lernen frühzeitig fördern.

 Die Umsetzung kompletter Ausbildungsstationen gestaltet sich in Deutschland aufgrund der Ausbildungssituation eher schwierig. Der Gedanke daran ist jedoch sehr positiv. Ansätze dieses Ausbildungskonzepts in die jeweiligen Ausbildungsberufe zu integrieren, wäre sicherlich möglich und für die Berufsausbildung im Gesundheitswesen ein großer Schritt.

Universitäre Ausbildung mit *Skills labs* und *Simulations centres*

In Stockholm gibt es insgesamt sechs Universitäten, die einen Pflegestudiengang anbieten. Jedes Semester beginnen 180 neue *Nurse students*, davon jeder Fünfte ein Mann.

Für ihre Ausbildung werden unter anderem die beiden innovativen didaktischen Instrumente der *interprofessional clinical training wards* (Ausbildungsstationen) und der *skills labs* (Simulationsräume) eingesetzt. Hier haben Student(inn)en die Möglichkeit, gemeinsam an Simulatoren einzelne Tätigkeiten oder ganze Szenarien einzuüben (s. Titelbild). Der Einsatz dieser hochmodernen Ressourcen findet geplant während des Studiums statt und kann auch jederzeit von Student(inn)en nach vorheriger Terminvereinbarung in Anspruch genommen werden. Auch hier steht das Motto „learning together – to be able to work together“ im Mittelpunkt.

Eine Spezialisierung (Weiterbildung zum/zur Fachkrankenschwefler/in) erfolgt in einem ein- bzw. zweijährigen Masterprogramm (Europäischer Qualifikationsrahmen – EQF 7) an den Hochschulen. Diese Weiterbildungs-Master sind thematisch ähnlich angelegt wie die Weiterbildungen in Deutschland: Pflege in der Psychiatrie, Pädiatrie, Geriatrie, Palliative Care, Operationsdienst, Onkologie etc. Das Spezielle in Schweden ist die unterschiedliche Wertigkeit der Master und somit der erlangten Kompetenzen. So erhält man z.B. mit dem Abschluss des zweijährigen Masters zur *district nurse* automatisch die Qualifikation als Lehrer, als *child nurse* und in *public health*. Die Voraussetzung für eine Weiterqualifikation ist ein Bachelor-Abschluss.

Eine weitere und zahlenmäßig häufiger vertretene Berufsgruppe im Bereich Pflege stellt die *Undersköterska* (Pflegeassistentin) dar (zum Bildungsgang vgl. S. 7). Im Anschluss an die Ausbildung zum/zur Pflegeassistent(in) können Weiterbildungen an Fachhochschulen besucht werden, die je nach Inhalten und Vorkenntnissen zwischen ein und zwei Jahren dauern. Die Weiterbildung zum/zur sogenannten Fachpflegeassistent(in)

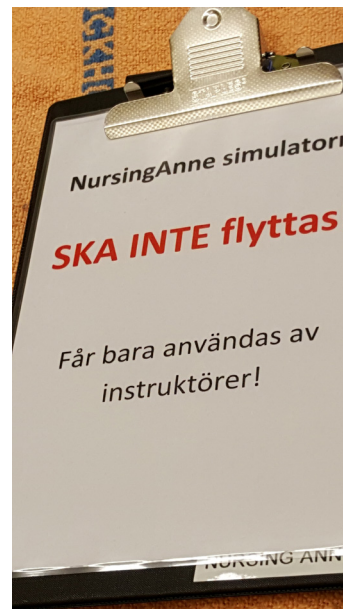
Schlüsselperson der Interprofessionalität

Die Idee der interprofessionellen Arbeit voranzutreiben und auf ihre hohe Bedeutung hinzuweisen, hatte in Stockholm Herr René Ballnus übernommen. Seine Aufgabe ist es, zwischen den einzelnen Kliniken und Universitäten das Konzept der Interprofessionalität zu fördern. Aus diesem Grund übernahm er auch die Koordination unseres Erasmus-Austausches in Stockholm, um die Idee des interprofessionellen Lernens und Arbeitens, in dem Schweden führend ist, in das europäische Ausland weiterzugeben.

kann zu den Schwerpunkten Geriatrie, *dementia care* und *stroke* abgelegt werden. Bei alledem handelt es sich nicht um eine Fachkraftausbildung, diese erfolgt einzig im Rahmen eines Hochschulstudiums.

Des weiteren gibt es die Möglichkeit zu berufsbegleitenden Ausbildungen an Schulen der Erwachsenenbildung, die zwischen ein und zwei Jahren dauern.

Der Beruf der *Vardbiträde* (Pflegehelfer/in) ist gesetzlich nicht geschützt und verfügt über keine formelle Ausbildung, die



Behütetes Gut: Das Hinweisschild besagt, dass der Simulator „NursingAnne“ (Trainingsmodell, s. Titelbild) nicht weggebracht werden sowie nur von den Praxisanleiter(inne)n bedient werden darf.

auch landesweit nicht geregelt ist. Meist liegt die Dauer der Ausbildung bei unter einem Jahr.

Insgesamt erfolgt die Versorgung von Patient(inn)en im schwedischen Gesundheitssystem von sehr unterschiedlich ausgebildeten Pflegekräften. Die sehr hoch qualifizierten Pflegefachkräfte (Universitätsabschluss) stellen jedoch prozentual die Minderheit dar. Laut einer Veröffentlichung von SALAR (dem schwedischen Verband der Lokalverwaltungen und Regionen)



verfügten im Jahr 2007 10,6% aller Beschäftigten über einen Hochschulabschluss. Der Rest verteilt sich etwa hälftig auf Pflegeassistent(inn)en und Pflegehelfer(innen). Fachkräftemangel stellt also auch in Schweden die Gesellschaft und die Politik vor große Herausforderungen.

Bemerkenswert

 Übertragen auf unser Ausbildungssystem in Deutschland lässt sich sagen, dass eine Akademisierung des Pflegeberufes weiter voranschreiten sollte. Die Kompetenz der Pflegekräfte und ihr weites Spektrum an Entscheidungsfreiheiten lässt sie deutlich mehr auf Augenhöhe mit Ärzt(inn)en und anderen akademischen Berufsgruppen stehen, als dies in Deutschland der Fall ist.

 In Schweden ist aufgefallen, dass Ärztinnen und Ärzte keine akademischen Titel sichtbar tragen und sich auch nicht durch die Berufskleidung von anderen Gruppen im Gesundheitssektor unterscheiden. Dies zu übernehmen, wäre für Deutschland eine erste einfache und sofort umsetzbare Möglichkeit, die hierarchische Kluft zu reduzieren.

Ebenso das Arbeiten mit einem starken Schwerpunkt auf der kommunikativen Ebene in interprofessionellen Teams von Beginn der Ausbildung an: Es könnte in Deutschland durch Kooperationen mit Physiotherapieschulen, Ergotherapieschulen und Medizinstudent(inn)en erfolgen.

 Die Idee der Ausbildungsstationen ist auch in Deutschland nicht neu, scheitert jedoch häufig an finanziellen Mitteln beziehungsweise am Personalnotstand. Sollte es langfristig gelingen, Auszubildende in der Pflege als zusätzliche Kräfte einzuplanen, könnten Ausbildungsstationen eine hervorragende Möglichkeit sein, um früh selbstverantwortliches Arbeiten im Team zu erlernen. Solche Angebote würden auch Bildungsanbieter am Markt konkurrenzfähig machen.

 Am Ende lässt sich sagen, dass besonders ein von deutlich mehr Ruhe und Gemeinsamkeit geprägtes Arbeiten aufgefallen ist. Dies wurde besonders deutlich an der Wichtigkeit einer gemeinsamen Pause in gemütlich gestalteten Pausenräumen.

Generalistische Ausbildung

Generalistische Ausbildung gilt in Schweden als Gewinn, da sich Absolvent(inn)en erst nach der Ausbildung für ein Arbeitsfeld entscheiden müssen.

Insgesamt kann man sagen, dass sich der Pflegeberuf in Schweden aufgrund der Hochschulausbildung und der damit wesentlich höheren Kompetenzen und stärkerer Eigenverantwortung mehr auf Augenhöhe mit Ärzt(inn)en und anderen akademischen Berufsgruppen befindet als beispielsweise in Deutschland oder Österreich.

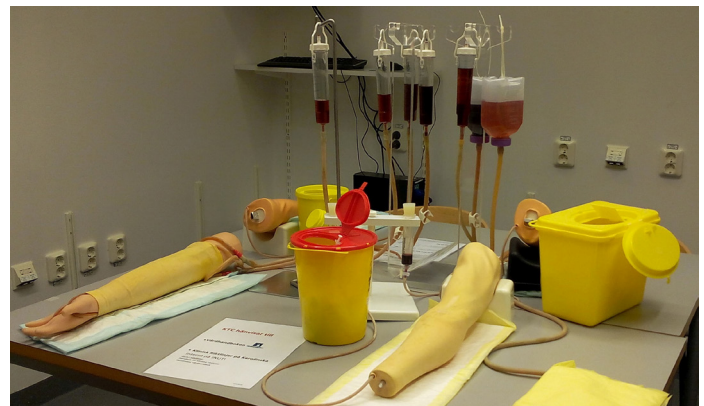
Die Altenpflege in Schweden unterliegt momentan einem Wandel. Es ist schwer, hier Vergleiche zu ziehen. Wichtig für die Entwicklung hin zu einer generalistischen Entwicklung erscheint, nach den Beobachtungen in Schweden, dass das in Deutschland entwickelte hohe spezifische Ausbildungsniveau der Altenpflege in die generalistische Ausbildung integriert wird bzw. durch spezifizierte Weiterbildungen für Geriatrie erhalten bleibt. Ebenso erscheint eine Festlegung von Personalstandards notwendig, um für die zukünftigen Herausforderungen in der Altenpflege gewappnet zu sein.

Deutschland sollte aus den schwedischen Erfahrungen lernen, dass es keinen Sinn macht, überwiegend mit Assistenzkräften zu arbeiten, sondern dass ein bestimmter Fachkraftschlüssel nötig ist, um Fachkräfte für die Geriatrie zu gewinnen und damit eine qualitativ hochwertige Pflege sicherstellen zu können.

Wissenschaftliche Verortung der Pflege

In Deutschland ist die Pflegewissenschaft in den Gesellschafts- und Sozialwissenschaften angesiedelt, in Schweden in den Naturwissenschaften. Es gibt in Schweden Stimmen, die sich mehr Nähe zu den Gesellschaftswissenschaften wünschen. In Deutschland sollte beim Ausbau der akademischen Ausbildung über die Zugehörigkeit und Kooperationen der verschiedenen Wissenschaftsbereiche nachgedacht werden.

Immer wieder trifft man auf das digitale Handbuch (s. S. 6, Fußnote 8): Hier nimmt ein Hinweiszettel bei den Übungsmodellen auf die entsprechende Stelle im Handbuch Bezug (Foto: M. Hutwelker).





Besuch im akademischen Gesundheitszentrum Stockholm-Liljeholmen

In Schweden sind die Versorgung Kranker und Verletzter, die ambulante häusliche Pflege alter Menschen, das Betreiben stationärer Pflegeeinrichtungen sowie die Versorgung von Menschen mit Behinderung kommunale Aufgaben. In den 21 Bezirken Schwedens ist die ambulante Versorgung je unterschiedlich geregelt.¹⁰ In Stockholm gibt es acht akademische und 78 weitere Gesundheitszentren. Akademische Gesundheitszentren sind fachlich sehr breit aufgestellt. Außerdem beteiligen sie sich an der praktischen Ausbildung von Ärzt(inn)en, Pflegenden, Ergo- sowie Physiotherapeut(inn)en. Das akademische Gesundheitszentrum Liljeholmen ist für ca. 29.000 Einwohner(innen) des gleichnamigen Stadtbezirks zuständig. Das Gesundheitszentrum hat folgende Schwerpunkte: *Healthcare Center, Children's Healthcare Center, Midwifery Center* sowie ein großes *Rehabilitation Center*. Neben der hausärztlichen Versorgung gibt es beim akademischen Gesundheitszentrum Liljeholmen 18 spezialisierte Fachärztinnen und -ärzte. Der Großteil der häuslichen Pflege im Bezirk Liljeholmen wird vom Gesundheitszentrum übernommen.

Die Finanzierung der Gesundheitszentren erfolgt in erster Linie aus Steuern; die Patient(inn)en haben gegebenenfalls Selbstbehalte zu zahlen. Deren Höhe legt die Kommune fest. Für Facharzt- und Hausarztbesuche beispielsweise werden Gebühren zwischen umgerechnet 9 und 20 Euro erhoben. Die nationale Obergrenze dieser Kosten liegt bei ca. 100 Euro im Jahr; Kinder und Jugendliche sind von diesen Zahlungen befreit.

Seit einigen Jahren werden Gesundheitszentren auch privat betrieben (in Stockholm mittlerweile rund 60 Prozent). Aber auch in diesen Zentren bestehen Ausbildungsverträge mit den Universitäten. Die Stockholmer Patient(inn)en haben nun auch die Möglichkeit, sich das Gesundheitszentrum selbst auszuwählen. Noch bis vor einigen Jahren war der Patient an das Gesundheitszentrum gebunden, welchem er vom Wohnort her zugeordnet wurde. Diese Bindung greift heute nur noch in dem Fall, dass der Patient das Gesundheitszentrum selbst nicht besuchen kann und Hausbesuche notwendig werden.

Rolle der Pflege im Gesundheitszentrum

Die *district nurse* im Gesundheitszentrum hat in erster Linie eine steuernde Funktion. Dies beginnt schon mit dem ersten Kontakt: Der Patient kommt in der Regel zuerst telefonisch mit dem Gesundheitszentrum in Berührung. Zu den Geschäftszeiten des Zentrums sitzen ständig zwei Pflegekräfte in einem separaten Telefonraum und nehmen die Anrufe der Patient(inn)en an. Die Pflegekräfte entscheiden über den weiteren Weg des Patienten. Die erste Anamnese läuft also schon am Telefon. Die Pflegekräfte koordinieren dann Termine bei Ärzt(inn)en bezie-

District nurse

In Schweden gibt es 17 verschiedene Fachweiterbildungen (Master) für Pflegekräfte. Am häufigsten wird die Fachweiterbildung zur *district nurse* absolviert, am wenigsten die Fachweiterbildung Geriatrie (s. S. 4 f.). Mit der Fachweiterbildung zur *disitric nurse* kann man nicht nur im Bereich der Gesundheitszentren und der ambulanten Pflege in verantwortlichen Positionen arbeiten, sondern auch in der Ausbildung. Ihre Vielfältigkeit macht diese Fachweiterbildung bei Pflegenden so beliebt. Insgesamt muss allerdings festgehalten werden, dass sich nicht allzu viele Pflegende für eine Fachweiterbildung entscheiden, da das Gehalt nicht entsprechend steigt. Die beiden häufigsten Fachweiterbildungen im Gesundheitszentrum sind die zur *district nurse* sowie die zur Kinderkrankenschwester. Die meisten Pflegenden arbeiten ohne Fachweiterbildung in der Pflege.

ungsweise Sprechstunden, außerdem entscheiden sie über die Dringlichkeit.

Viele Aufgaben, die wir in Deutschland als rein ärztlich kennen, sind im Gesundheitszentrum an die Pflege delegiert. So führen fachweitergebildete Pflegekräfte Sprechstunden durch, wie zum Beispiel eine Diabetes- und eine Demenz- sowie eine Marcumar-Sprechstunde. Auch die Gripeschutzimpfung für Menschen ab dem 65. Lebensjahr leisten sie am Gesundheitszentrum selbständig ohne Beteiligung eines Arztes. Und so läuft auch die Versorgung der Kinder im Bezirk hauptsächlich über die *district nurse*. Ihre Aufgaben sind hier zum Beispiel Elternsprechstunden, Schulbesuche oder Impfungen.

Stockholm setzte schon seit vielen Jahren auf *ambulante vor stationärer* Pflege. Aus diesem Grund gibt es in Stockholm sehr wenige stationäre Einrichtungen für Senior(inn)en und pflegebedürftige Menschen. Die Bedarfe der Klienten in der ambulanten Pflege werden meist durch ein Team aus *district nurse* und Ergotherapeut festgestellt, auch hier ist die Begutachtung eine hauptsächlich verantwortet durch die *district nurse*. Der Ergotherapeut ist in diesem Fall auch Maßnahmen wie z.B. der Umbauplanung und -beantragung nach z.B. einem Schlaganfall zuständig, übernimmt also vergleichbare Tätigkeiten eines Sozialarbeiters. Es finden mehrfach am Tag geplante Pflege-Touren statt. Den Pflegenden im Außeneinsatz stehen zu Geschäftszeiten des Gesundheitszentrums zwei Ärzte jederzeit telefonisch zur Verfügung. In besonderen Fällen finden auch Hausbesuche mit den Ärzten zusammen statt. Die Nurse ist wie in Deutschland im Außeneinsatz auf sich gestellt, ärztliche Aufgaben können allerdings durch den ständigen Kontakt zum zuständigen Arzt schneller und einfacher delegiert werden und so z.B. Verordnungen ohne großen Aufwand zeitnah geändert werden.

Pflegeerbringung im ländlichen Raum

Die Hospitation in Leksand (*Provinz Dalarnas län*) vom 13. bis 17. März 2017 konzentrierte sich thematisch auf die Erbringung von Pflegedienstleistungen und auf die Organisation von Pflege in einem stark ländlich geprägten Gebiet. In der Gemeinde Leksand ist der demografische Wandel bereits deutlich zu spüren. Organisiert wurde der Austausch vor Ort von der Gemeindeverwaltung Leksand. Neben der Arbeit der Gemeinde konnte die vierte der Hospitationsgruppen auch eine Pflegeschule besuchen und stationäre Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe sowie die ambulante Versorgung kennenlernen. Im folgenden Bericht werden die Grundlagen des Pflegesystems dargestellt, *safe care* als Aufgabe der Kommune erläutert, das Pflegemanagement und die Daseinsvorsorge im ländlichen Raum erklärt sowie Ausbildung und Rolle der Pflegeberufe aufgezeigt. Zum Schluss wird ein allgemeines Fazit aus der Hospitation gezogen und die Frage der Übertragbarkeit auf Deutschland gestellt.

Grundlagen des Pflegesystems in Leksand

Leksand ist eine Gemeinde südlich des Siljan-Sees in der schwedischen Provinz Dalarna. 15.507 Einwohner wohnen in der weitläufigen Gemeinde (Einwohnerdichte: 10,9 Einwohner/km²), wobei 27 Prozent der Einwohner älter als 65 Jahre sind. Im schwedischen Durchschnitt sind knapp 20 Prozent über 65 Jahre alt, in Deutschland liegt dieser Wert bei circa 17 Prozent.¹¹ Dieser hohe Anteil an älteren Menschen ist damit zu erklären, dass viele ehemalige Bewohner mit Eintritt in das Rentenalter in die Heimat zurückkehren, während gleichzeitig junge Menschen zur Ausbildung und Arbeitssuche in die Städte ziehen. Ziel der Gemeinde Leksand ist es, die Bevölkerungszahl auf 18.000 zu erhöhen – dafür arbeitet sie mit ihrer Vision „*Det är lätt att leva i Leksand*“, in etwa: „Es muss einfach sein, in Leksand zu leben“.

Aufgabenteilung des schwedischen Pflegesystems

Verantwortlich für die Erbringung von Pflege in Schweden ist der Staat. Dieser finanziert nicht nur die Pflegedienstleistungen, sondern entscheidet auch über die Art der Pflege für jede Person und führt diese zum größten Teil auch selbst durch. Dabei ist die nationale Ebene für die (Rahmen-) Gesetzgebung verantwortlich, die Region (*landsting*) für Gesundheitsversorgung und Krankentransport, während die Pflege von der Gemeinde verantwortet wird. Die Aufgabenteilung und Finanzierung der verschiedenen Ebenen ist im *Local Government Act* (s. S. 4) festgelegt. Krankenhäuser sind häufig stark spezialisiert, so dass für bestimmte Behandlungen teilweise weite Strecken zurückgelegt werden müssen. Wird ein Patient aus dem Krankenhaus entlassen, übernimmt die Gemeinde die Verantwortung für die Weiterversorgung und Pflege. Innerhalb weniger Tage organi-

siert sie eine ambulante Versorgung oder einen Platz in einem Pflegeheim. Wird diese Frist überschritten, muss die Gemeinde eine Entschädigung an den Landkreis zahlen, der für die Krankenhausbehandlung zuständig ist. In einigen Gemeinden, auch in Leksand, kann der Patient entscheiden, ob die Pflege von der Gemeinde oder von einer privaten Organisation übernommen werden soll. Die allgemeine Verantwortung und die Entscheidung über Art und Grad der Pflege bleibt aber bei der Gemeinde.



Zentrales Kommunalgebäude (Foto: I. Marschalek)

Die Pflegeberufe in Schweden

Wie auf S. 12 ff. bereits ausführlich dargestellt, untergliedern sich die Pflegeberufe in Krankenpfleger(in) (*Sjuksköterska*), Pflegeassistent(in) (*Undersköterska*) und Pflegehelfer(in) (*Vårdbiträde*). Krankenpfleger(inn)en haben ein mindestens dreijähriges Hochschulstudium absolviert, während Pflegeassistent(inn)en entweder ein dreijähriges berufsbezogenes Programm am Gymnasium abgeleistet oder eine berufsbegleitende Ausbildung an Schulen der Erwachsenenbildung absolviert haben. Circa 30 Prozent der Pflegeassistent(inn)en erlangen die Qualifikation auf dem zweiten Bildungsweg.¹² Pflegehelfer(inn)en haben oftmals keine oder nur eine sehr kurze Ausbildung, das Berufsbild ist nicht landesweit geregelt. Zahlenmäßig sind die meisten der in der Pflege Beschäftigten Pflegeassistent(inn)en oder Pflegehelfer(innen). Knapp zwei Drittel der Pflegefachkräfte in der stationären Versorgung sind Pflegeassistent(inn)en, circa 10 Prozent haben einen Hochschulabschluss.

Gesetzliche Grundlagen der Pflegeerbringung

Grundlage der Pflege sind zwei Gesetze: der *Health and Medical Service Act* und der *Social Services Act*. Im ersten Gesetz ist sichergestellt, dass jede(r) in Schweden Lebende Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung hat. Dabei haben die Regionen und Gemeinden einen erheblichen Spielraum bei der Ausgestaltung ihres Gesundheitssystems. Das zweite Gesetz



verpflichtet die Gemeinden dazu, soziale Dienstleistungen bereitzustellen. Die Gemeindeverwaltung hat eine besondere Verantwortung gegenüber bestimmten Gruppen, wie Kinder und Heranwachsende, Drogenabhängige, Ältere Menschen, Menschen mit Beeinträchtigungen, oder pflegende Angehörige und muss sicherstellen, dass diese Menschen die von ihnen benötigte Unterstützung erhalten. Die genaue Ausgestaltung und Organisation der Sozialpflege kann von Gemeinde zu Gemeinde variieren, solange die Bürger(inn)en die nötige Unterstützung erhalten. In der Praxis arbeiten die Krankenpfleger (*Sjuksköterska*) vor allem mit dem *Health and Medical Services Act*, indem sie, in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt, für die medizinische Verantwortung und die Gesundheit der Bevölkerung zuständig sind. Die Sozialarbeit(innen) der Gemeindeverwaltung arbeiten eher mit dem *Social Services Act*, indem sie, beispielsweise durch die Bereitstellung ambulanter Hilfen, für die Sicherheit und das Wohlergehen der Bevölkerung sorgen.

Finanzierung

Wie bereits erwähnt, ist das schwedische Pflege- und Gesundheitssystem im Wesentlichen steuerfinanziert. Die Altenpflege kostete Schweden im Jahr 2014 insgesamt 11,7 Milliarden Euro, wovon jedoch nur vier Prozent durch Eigenbeiträge finanziert wurde.¹³ Innerhalb gewisser Grenzen können die Regionen und Kommunen Einkommenssteuern festlegen, um soziale Dienstleistungen zu finanzieren. Dementsprechend variieren die Steuern und Gebühren zwischen ihnen. Die weiteren Kosten werden vom schwedischen Staat durch Transfers zu den Regionen und Gemeinden finanziert. Durch diese Transfers können regionale Unterschiede in der ökonomischen Leistungsfähigkeit und dem Versorgungsbedarf ausgeglichen werden.¹⁴

Bemerkenswert

 Das schwedische Pflegesystem unterliegt einer komplizierten Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen staatlichen Ebenen – dies ist der Tradition des schwedischen Dezentralismus und der starken Stellung der Regionen sowie der kommunalen Selbstverwaltung geschuldet. Durch den starken Sozialstaat, der sich für das Wohlergehen seiner Bürger(innen) verantwortlich fühlt, werden Familien und pflegende Angehörige entlastet. Gleichzeitig kommt es jedoch zu einer Anspruchshaltung gegenüber dem allgegenwärtigen Staat – diese wurde bei unserem Besuch von der Leiterin der Abteilung Gesundheit und Pflege der Gemeinde Leksand, Katja Vestling, mehrfach betont.

Safe Care – eine Aufgabe der Kommune

In Schweden liegt die Verantwortung für die pflegerische Versorgung älterer Menschen und für Menschen mit körperlicher und psychischer Behinderung bei der Kommune. Sie hat Sorge zu tragen, dass Menschen mit Hilfebedarf, so lange wie möglich im häuslichen Bereich verbleiben können.

Im Rahmen der Hospitation in der Abteilung Gesundheit und Pflege der Kommune Leksand in Mittelschweden wurde sehr deutlich, dass die Kommune diese Verantwortung nicht nur zugewiesen bekommt, sondern auch für sich beansprucht, gestaltet und umsetzt. „Es ist nicht die Pflicht der Angehörigen, die Pflege innerhalb der Familie sicherzustellen. Es ist unsere Aufgabe, sichere Pflege zu garantieren“ sagt die Leiterin der Abteilung Gesundheit und Pflege, Katja Vestling. „Safe Care“ und „Social Care“ sind Begriffe, welche die Ausrichtung der Unterstützung verdeutlichen. Damit kommt die Zielsetzung der Versorgung insbesondere dem Verständnis der Altenpflege in Deutschland nahe.

In Leksand benötigen ca. 500 Menschen Pflege und Fürsorge. Zur Sicherstellung der Pflege stehen der Kommune ca. 280 Mio. Euro (2,69 Mrd. SEK) zur Verfügung, die aus Steuermitteln und zu kleinen Teilen durch Gebühren der Nutzer aufgebracht werden. Der Anteil der für Pflege zur Verfügung stehenden Mittel beträgt ca. 1/3 des kommunalen Haushalts.

Zur Gewährleistung einer sicheren Versorgung betreibt die Kommune u.a. einen eigenen Pflegedienst, eine Kurzzeitpflege sowie eine Einrichtung der Behindertenhilfe und fünf stationäre Altenhilfeeinrichtungen mit insges. 179 Plätzen, davon 71 Plätze für dementiell veränderte Menschen. Allerdings wird der ambulanten Pflege Vorrang eingeräumt, die Bewohner(inn)en dürfen erst in ein Heim einziehen, wenn eine engmaschige ambulante Tag- und Nachtbetreuung nicht mehr ausreicht. Die Entscheidung, ob ein Heimplatz zur Verfügung gestellt wird, liegt bei der Kommune. Seit einiger Zeit gibt es auch einen privaten Anbieter für häusliche Pflege. Leksand will damit die Wahlmöglichkeit des Kunden ermöglichen.

Seit kurzem bietet die Kommune kostenlose präventive Hausbesuche für Menschen an, die älter als 85 Jahre sind. Auch hier steht im Vordergrund, ein sicheres Leben zu Hause zu ermöglichen, indem Stolperfallen entfernt werden, Handläufe angebracht oder auch Gehhilfen verordnet werden und ein evtl. pflegerischer Unterstützungsbedarf erkannt wird.

An der pflegerischen Versorgung beteiligen sich unterschiedliche Berufsgruppen, überwiegend Pflegeassistent(inn)en (*Undersköterska*) mit ein- bis drei-jähriger Ausbildung, daneben auch Physio- oder Ergotherapeut(inn)en. Krankenpfleger(innen) mit Hochschulabschluss (*Sjuksköterska*) übernehmen überwiegend die Leitungspositionen in der Altenpflege oder sie arbeiten im Krankenhaus.

Bedarfserhebung – individuelle Umsetzungsplanung

Zeichnet sich ab, dass jemand nicht mehr ohne Unterstützung allein zu Hause leben kann, wenden sich die Betroffenen, Angehörige oder aber auch das Krankenhaus an die Kommune.

Zur Erhebung des tatsächlichen Unterstützungsbedarfs nimmt ein(e) Mitarbeiter(in) direkt Kontakt mit dem Kunden (es wird immer vom Kunden, nicht vom Patienten gesprochen) zu Hause oder im Krankenhaus auf. Mit dem Kunden wird erörtert, welche Unterstützung er wünscht und welche Anpassungsmaßnahmen innerhalb der Wohnung erforderlich sind, damit er weiterhin sicher zu Hause leben kann. Angehörige werden in den Prozess einbezogen, haben allerdings kein Entscheidungsrecht, welche Versorgungsform gewählt wird.

Bei Entlassungen aus dem Krankenhaus ist ein bis zu fünf Tage dauernder Aufenthalt in der Kurzzeitpflege möglich, um die notwendigen Anpassungen im häuslichen Bereich vorzunehmen.

Stationäre Pflege wird erst genehmigt, wenn eine sichere Versorgung im häuslichen Bereich nicht mehr gewährleistet werden

dem/der verantwortlichen Krankenpfleger(in) delegiert werden. Die Pflegeassistent(inn)en müssen dann entsprechend geschult sein.

Monatlich wird die Planung auf Angemessenheit und Wirksamkeit überprüft. Sind pflegerische Leistungen wie z. B. Stützstrümpfe anziehen, über den Genehmigungszeitraum hinaus erforderlich, erfolgt die Verlängerung durch die Kommune.

Im Vergleich zum deutschen Pflegesystem wird den Pflegekräften mehr Zeit für die Aufgaben eingeräumt als in Deutschland. Die Maßnahmenplanung ist nicht dadurch begrenzt, dass dem Kunden nur ein bestimmtes Budget zusteht, sondern richtet sich nach dem tatsächlichen Bedarf. Aufgabe der Leitung der Abteilung Gesundheit und Pflege der Gemeindeverwaltung ist es, die notwendigen (Steuer-)Mittel für die Erbringung der Leistungen zu erhalten.

„Fixar Malte“ – der kommunale Hausmeister

Eine besondere Dienstleistung der Kommune Leksand für ältere Menschen und Menschen mit Behinderung ist „Fixar Malte“,



In einem
Bücherregal
in der Kom-
munalverwal-
tung spiegeln
sich die
gesetzlichen
Grundlagen
(Foto: I. Mar-
schalek)

kann. Die Entscheidung, ob häusliche oder stationäre Pflege erforderlich ist, liegt bei der Kommune.

Die individuellen Lebensbedingungen des Kunden und Art und Umfang der Unterstützungsleistungen werden in einer Vereinbarung mit dem Kunden aufgenommen. Diese ist Grundlage der individuellen Umsetzungsplanung. Konkret festgelegt wird, welche Maßnahmen wie oft erfolgen und welche Zeiten dafür angesetzt werden. Wenn erforderlich, finden diese auch nachts statt. Die Unterstützungsleistungen reichen von der Körperpflege über Haushaltsarbeiten bis zu Spaziergängen und einfachen Behandlungspflegen (z. B. Medikamentengabe, Augentropfen, Stützstrümpfe anziehen). Werden spezifische medizinische Behandlungspflegen erforderlich, kann diese von

der „schnelle Helfer“ oder eine Art kommunaler Hausmeister. Seine Aufgabe ist es, Arbeiten zu übernehmen, die insbesondere mit Sturzrisiken verbunden sind. *Fixar Malte* übernimmt u.a. den Wechsel von Birnen, Abnehmen und Aufhängen von Gardinen, Anbringen von Rauchmeldern. Der Dienst ist bis auf die Materialkosten kostenlos.

Zusammenarbeit von Krankenhaus und Kommune

Während die Kommune für die allgemeine und soziale Pflege vor Ort verantwortlich ist, liegt die Verantwortung für die medizinische Versorgung bei den Provinzen. Damit diese Trennung der Verantwortungsbereiche nicht zu Versorgungsbrüchen führt, erprobt Leksand die Entwicklung einer „E-Akte“. Die Mit-



arbeiterinnen der Kommune haben Zugang zu den Patientendaten, die für die weitere Versorgung relevant sind. Im Gegenzug hat das Krankenhaus Einsicht in die Informationen der Kommune zur pflegerischen Versorgung des Patienten, die sie für eine nahtlose Behandlung benötigen.

Kostenerstattung für die Dienstleistungen

Die Kosten werden überwiegend von der Kommune getragen. Je nach Einkommen bezahlen die Kunden eine begrenzte Gebühr. Sie liegt bei max. 185 € (1772 SEK) im Monat für häusliche Pflege oder Pflege in stat. Einrichtungen. Sind Hausbesuche vereinbart und der Kunde ist nicht zu erreichen, werden Gebühren von ca. 30 € erhoben. So wird deutlich gemacht, dass die Kommune zwar ihrer Verantwortung nachkommt, der Kunde allerdings auch die Pflicht zur Mitwirkung hat.

Qualitätssicherung

Für die kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung der Dienstleistungen in der pflegerischen Versorgung ist eine Stabsstelle Geschäftsfeld- und Qualitätsentwicklung in der Abteilung zuständig. Externe Qualitätssicherung findet durch jährliche Befragung der Kunden nach ihrer Zufriedenheit statt. Hier steht die Kommune Leksand im Benchmark mit anderen Kommunen immer unter den ersten Plätzen.

Bemerkenswert

 Die Sicherstellung der Unterstützung von Menschen mit pflegerischem Unterstützungsbedarf ist in Schweden Aufgabe der Kommune. Sie hat eine sichere Versorgung zu gewährleisten, nicht die Familie. Ziel ist es, den Menschen möglichst lange ein sicheres und gutes Leben im häuslichen Bereich zu ermöglichen. Sowohl die häusliche als auch die stationäre Pflege richtet sich im Wesentlichen auf eine sichere Pflege und gute soziale Betreuung. Damit hat Schweden schon früh und konsequent den Weg „ambulant vor stationär“ beschritten, der in Deutschland erst verstärkt in den letzten Jahren von zunehmender Bedeutung ist.

Pflegemanagement

Personelle Struktur, Fachkraftquote

Die zahlenmäßig am häufigsten vertretenen Berufsgruppen in der Altenpflege sind die ungelernten *Vårdbiträde* (Pflegehelfer/in) und die über eine zweijährige Ausbildung verfügenden *Undersköterska* (Pflegeassistent/in) mit rund 90 Prozent.

In der **ambulanten** Versorgung sind laut der repräsentativen Studie von Theobald¹⁵ Pflegehelfer/innen mit rund 46 Prozent zahlenmäßig am häufigsten vertreten. Es folgen die Pflegeassistent(inn)en mit rund 44 Prozent.

In der **stationären** Versorgung stellen die ungelernten Pflegehelfer(innen) knapp ein Drittel der Beschäftigten, die zweijährig ausgebildeten Pflegeassistent(inn)en zwei Drittel. Es wird in der stationären Versorgung demnach ein höheres fachspezifisches Ausbildungsniveau als in der ambulanten Versorgung erkennbar. Ambulant wie stationär verfügen nur rund 10,6 Prozent der Beschäftigten über einen Hochschulabschluss, zumeist in der Krankenpflege. Diese sind innerhalb der Altenpflege hauptsächlich in Experten- oder Leitungspositionen tätig. Dieser Anteil ist relativ konstant. Nur rund zwei Prozent der in der kommunalen Pflege tätigen Pflegekräfte sind ausgebildete Fachkrankenpfleger/innen, was der schwedische Verband für Gesundheitsberufe und der schwedische Pflegeverband als katastrophal bezeichnen.¹⁶ Als Gründe für die geringe Anzahl von weiterqualifizierten und spezialisierten Fachkräften wird genannt, dass sich die Ausbildung nicht ausreichend rentiere und die Weiterbildung / Spezialisierung nur sehr schwer mit Vollzeitstätigkeit und Familienleben zu kombinieren sei.

Auch das Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt (*Socialstyrelsen*) diagnostiziert bei den Arbeitskräften in der Altenpflege einen Kompetenzmangel. Geriatrie und Gerontologie seien in der Grundausbildung u.a. von Krankenpfleger(inne)n nicht ausreichend verankert. Nur 1,6 Prozent der Angestellten, im Bereich der Altenpflege, haben eine Spezialausbildung für diesen Bereich. Eine größere Anzahl von Fachkrankenpfleger(inne)n in der Altenpflege soll angestrebt werden. Die Vergütung von Spezialisierungen, die Möglichkeit der Freistellung für die Ausbildung oder der Vorschlag des schwedischen Verbands für Gesundheitsberufe (*Vårdförbundets*) vermehrt eine Spezialisierung im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses mit Ausbildungslohn zu ermöglichen, werden diskutiert.

Auswirkungen der personellen Struktur auf die Organisation in der stationären und ambulanten Pflege

Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung in den fünf Einrichtungen ist mit den deutschen Wohngruppenkonzepten durchaus vergleichbar. Die Wohnbereiche sind überschaubar mit max. 25 Plätzen, die dann



nochmals in bis zu drei Untergruppen unterteilt sein können, so dass einige „Wohngruppen“ aus nur acht Bewohnern bestehen. Dies ist insbesondere im Bereich der Pflege demenziell veränderter Menschen der Fall. Diese Einheiten werden ausschließlich von Pflegeassistent(inn)en und ungelernten Pflegehelfern sozial und pflegerisch betreut, es ist keine Fachkraft vor Ort. Auch leichtere Behandlungspflegen werden von den gelernten Pflegeassistentinnen übernommen (BZ-Messungen, Medikamentengabe, Insulingabe, Bedarfsmedikation, usw.). Die Zuständigkeitsbereiche der Pflegefachkräfte sind stationär ein bis zwei Wohnbereiche (1 Pflegefachkraft : 35 Klienten), ambulant ist das Zuständigkeitsgebiet der Gemeinde in Bezirke eingeteilt.

Ambulante Versorgung

Im Unterschied zum deutschen Gesundheitssystem findet der Erstkontakt häufig mit einer Distriktpflegekraft (District-nurse) statt. Diese Pflegekräfte führen insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten Hausbesuche durch, schätzen die Lage ein, können in bestimmten Fällen Medikamente verordnen und verweisen die Patientinnen und Patienten bei Bedarf an Allgemeinärztinnen und -ärzte oder Krankenhäuser. Dabei stehen sie unter ärztlicher Aufsicht. In Absprache mit der kommunalen Leiterin der Abteilung Gesundheit und Pflege wird ein Versorgungsplan erstellt. Dieser wird wiederum hauptsächlich von Pflegehelfern und Pflegeassistenten ausgeführt.

Ärztliche Versorgung

Die fachärztliche Versorgung erfolgt überwiegend über ambulante Versorgung beteiligte Krankenhausabteilungen. Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit, diese direkt in Anspruch zu nehmen. Im internationalen Vergleich ist die Anzahl der Arztkontakte pro Einwohner und Jahr in Schweden mit 2,8 (2003) gering. Die Hälfte der Arztkontakte in der ambulanten Versorgung entfällt auf Spezialistinnen und Spezialisten in Krankenhauseinrichtungen.

Die Primärversorgung wird ferner von Ärzten – meist Praxisgemeinschaften – übernommen, die mit den Provinziallandtagen Verträge abschließen. Diese Verträge sehen in der Regel keine Abrechnung von Einzelleistungen, sondern eine Gesamtvergütung vor. Die Anzahl der Privatärzte ohne solche Verträge nimmt kontinuierlich ab, da ihnen immer seltener eine Niederlassungsgenehmigung erteilt wird. Abgesehen von wenigen Ausnahmen findet die ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung ausschließlich in Kliniken statt. Um die Wartezeiten zu verkürzen, können Patienten mittlerweile auch Krankenhäuser aufsuchen, die sich außerhalb ihres Provinziallandtages befinden. Hierzu ist jedoch eine Überweisung nötig.

Pflegemanagement

Die akademischen Fachkräfte erstellen Maßnahmenpläne, Verfahrensanleitungen, pflegen den Kontakt mit den behandelnden Ärzten und geben den Pflegehilfskräften handlungsleitende Anweisungen. Bei Besonderheiten, Abweichungen oder nicht beherrschbaren Zwischenfällen wird die Fachkraft vom Pflegeassistenten informiert. Die Fachkraft ist in den Kernarbeitszeiten stationär vor Ort, außerhalb dieser Zeit gibt es eine zentrale Notfallnummer unter der sie erreichbar ist. Falls die Probleme nicht telefonisch zu lösen sind, macht sie einen Hausbesuch. Auch Laboruntersuchungen, Wundmanagement, zum Teil auch Verordnungen und Medikationsanpassungen fallen in ihren Zuständigkeitsbereich. In den Bereitschaftszeiten ist eine Fachkraft für mehrere Einrichtungen und Bezirke zuständig (1 Pflegefachkraft : bis zu 200 Klienten). Diese im hohen Maße von organisatorischen und administrativen Leitungsaufgaben geprägte Tätigkeit, in Kombination mit dem ausschließlich durch kurze Visiten geprägten Kontakten zum Bewohner/Klienten ergibt ein völlig anderes Berufsbild und Verständnis von dem uns in Deutschland Bekannten.

Die Einrichtungseleitungen der stationären und teilstationären Häuser verfügen über einen Hochschulabschluss im Bereich der sozialen Arbeit, teilweise mit einer betriebswirtschaftlichen Zusatzqualifikation. Sie arbeiten eng mit den Pflegefachkräften zusammen, nehmen jedoch kaum Einfluss auf das Pflegemanagement. Im Organigramm sind diese Ebenen gleichgestellt, beide sind dem leitenden Mitarbeiter in der Kommune unterstellt.

Bemerkenswert

 Zwischen behandelnden Ärzt(inn)en und Fachkräften herrschen flache Hierarchien. Die Befugnisse der Fachkräfte gehen weit über die uns bekannten hinaus. Auch den gelernten Pflegeassistent(inn)en werden von den Fachkräften erhebliche Entscheidungsspielräume gewährt. Dies ist in einem System mit einer derart geringen Fachkraftquote von rund 10 Prozent auch dringend erforderlich.

 Im Gegensatz zu unseren Strukturen erleben wir in Schweden eine auf allen Ebenen wirkende Vertrauenskultur. Angehörige, Patienten, Ärzte und Pflegekräfte arbeiten vertrauensvoll miteinander, ohne bei Konflikten jedweder Art in erster Linie die Schuldfrage klären zu wollen. Dies kennen wir aus Amerika, aber inzwischen auch aus Deutschland anders. Hier herrscht zunehmend eine Misstrauenskultur, die Klärung der Schuldfrage steht häufig vor der Suche nach Lösungen und Hilfen.



Daseinsvorsorge im ländlichen Raum – ambulante Versorgung

Schweden zählt mit 20 Einwohnern/km² zu den dünnsten besiedelten Gebieten in Europa (vgl. Deutschland: 231Einw./km²). Hier findet man eine geringe Geburtenquote, alternde Bevölkerung und eine verstärkte Abwanderung von jungen Menschen. Die Daseinsvorsorge umfasst die technische (Wasser, Energie, etc.) und soziale Infrastruktur (Kinder-, Alten- und Krankenenbetreuung) und liegt im Verantwortungsbereich des Staates.

Die Kommunen erhalten zur Gestaltung der Daseinsvorsorge ein einwohnerzahlabhängiges Budget. Die Kommune Leksand hat ca. 15.500 Einwohner; 4210 Personen (27,5%) sind über 65 Jahre. Ein kostendeckendes Budget zur Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen erfordert eine Einwohnerzahl von 18.000, so die Leiterin der Abteilung Gesundheit und Pflege, Katja Vestling.

Um die Region bzw. Kommune für Familien und junge Menschen attraktiv zu gestalten, gibt es ein breitgefächertes Angebot an Schulen mit verschiedenen Fachbereichen (auch Erwachsenenbildung), ein breites Sportangebot (Eishockey, Basketball, Ski- und Langlauf, etc.), gute Verkehrsanbindung (z.B. Bahn) und gute Einkaufsmöglichkeiten, um den täglichen Bedarf zu decken.

Rund 500 Personen, die durch Erkrankung, Alter oder Behinderung in ihrer selbstständigen Lebensführung beeinträchtigt sind, erhalten in Leksand Unterstützungsleistungen wie Pflege, medizinische Versorgung und hauswirtschaftliche Unterstützung.

Primärversorgung

Das Gesundheitszentrum (Vårdcentral) ist für die Primärversorgung zuständig. Hier werden Menschen mit Erkrankungen und Verletzungen, die keinen Krankenhausaufenthalt erfordern, behandelt. Ärzte, Krankenpfleger(innen), Hilfspfleger(innen) und Krankengymnast(inn)en stehen hier zur Verfügung. In dem Gesundheitszentrum werden auch Impfprogramme für Kinder, Schwangerschaftsuntersuchungen, medizinische Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen durchgeführt.

Ambulante Versorgung

Die *district nurse* organisiert und überwacht die ambulante pflegerische, medizinische und hauswirtschaftliche Versorgung. Die pflegerische Versorgung wird überwiegend durch Hilfsschwwestern und ungelernte Kräfte erbracht. Die medizinische Versorgung obliegt der Pflegefachkraft. Bei Problemen oder Schwierigkeiten wird die *district nurse* per Handy informiert,

die dann entsprechende Maßnahmen einleitet und delegiert. Ein(e) Krankenpfleger(in), die rund um die Uhr erreichbar ist, unterstützt Hilfsschwwestern und angelernte pflegerische Kräfte vor Ort (häusliches Umfeld/Altenheime).

Krankenpfleger(innen) und andere Pflegekräfte erhalten durch verschriftliche Standards (Einsatz von Medikamenten, Wirkungsweise verschied. Insuline) mehr Kompetenzen vor Ort. Checklisten und Handlungsanweisungen geben den Hilfskräften fachpflegerische Orientierung. Diese können im Anhang eingesehen werden.

Neben dem hauswirtschaftlichen Angeboten der Kommune (Reinigung, Essen), besteht auch die Möglichkeit private Anbieter in Anspruch zu nehmen.

Provinzialkrankenhaus und Regionalkrankenhaus

Das nächste Provinzialkrankenhaus befindet sich in Mora (58 km) oder in Falun (50km). Insgesamt stehen in Schweden 80 Provinzialkrankenhäuser bereit. Die neun schwedischen Regionalkrankenhäuser haben spezielle Fachrichtungen. Eine Einweisung erfolgt, wenn die Behandlung in einem Gesundheitszentrum nicht mehr ausreichend ist. Ärzte, aber auch Krankenpfleger(inn)en können eine Einweisung anordnen.

Altenheime/ Kurzzeitpflege

Die Kommune Leksand unterhält drei Altenheime. Liegt der von der Kommune festgestellte Hilfebedarf eines Menschen über 120 Stunden pro Monat, kann er frei entscheiden, ob er in ein Altenheim gehen kann. Bei weniger als 120 Stunden gilt der Grundsatz ambulant vor stationär.

Behindertenhilfe

Zur Beaufsichtigung, Betreuung und Beschäftigung stehen in der Kommune Leksand folgende Einrichtungen zur Verfügung:

- eine Werkstatt, in der Holzarbeiten gefertigt werden
- eine Einrichtung zur Betreuung und Beaufsichtigung
- ein Laden, in dem die gefertigten Waren zum Verkauf angeboten werden

Kommunikation

Die nationale *e-Health*-Strategie hat zum Ziel, die Informations- und Kommunikationstechnologie besser zu nutzen um die medizinische Versorgung effizienter zu gestalten. Beispiele dafür sind elektronische Patientenakten und E-Rezepte.

Der Patientendaten-Akt (Patientdatalagen) ermöglicht es den Mitarbeitern im Gesundheitswesen mit Zustimmung des Patienten krankheits- und versorgungsrelevante Daten untereinander auszutauschen.



Telemedizin, virtuelle Praxisräume oder Arztbesuche per Video werden in Schweden eingeführt. In Leksand werden diese Ansätze bisher jedoch noch nicht genutzt, so dass im Rahmen der Hospitation leider keine Erfahrungswerte gesammelt werden konnten.

Berufliches Selbstverständnis und Rolle der Pflegefachkräfte

Während der Hospitation konnten wir konkrete Einblicke in die Tätigkeitsfelder und Aufgaben der Pflegefachkräfte bekommen. Die Pflegefachkraft (*Sjuksköterska*) in Schweden verfügt über eine dreijährige generalistische Pflegeausbildung auf akademischem Niveau¹⁷. Eine neuere Entwicklung in der Ausbildung ist das gemeinsame Lernen in interprofessionellen Teams. Medizin- und Pflegestudenten sowie Studierende aus Ergo- und Physiotherapie lernen Teile der theoretischen und praktischen Inhalte gleichberechtigt miteinander. Die Pflege verfügt über eine berufliche Selbstverwaltung in Form einer Kammer.

In Leksand ist die *Sjuksköterska* bei der Kommunalverwaltung beschäftigt. Ihr Arbeitsplatz ist i.d.R. ein Büro, von dem aus sie den Pflegeprozess für eine gewisse Anzahl von Pflegebedürftigen in der Gemeinde koordiniert und steuert. Die Pflegebedürftigen sind dabei sowohl Patienten, die noch in ihrem häuslichen Umfeld wohnen, aber auch Bewohner(innen) der Pflegeheime oder Wohngruppen bzw. der Kurzzeitpflegeabteilung. In einigen Senioren- und Pflegeheimen haben Pflegefachkräfte ebenfalls ihren Arbeitsplatz.

Pflegefachkräfte in Leksand arbeiten in einem interdisziplinären Team bestehend aus einer Vielzahl von Pflegehilfskräften unterschiedlicher Qualifikationsniveaus, Sozialarbeitern, Physio- und Ergotherapeuten und Medizinerinnen, wobei die Pflegefachkraft die Schlüsselrolle in der Kommunikation im Team und der Koordination der Versorgung, aber auch in der Sicherung der pflegerischen Qualität zu haben scheint.

Bei der Kommunalverwaltung sind tagsüber mehrere Pflegefachkräfte anwesend, die sich um eine gewisse Anzahl von Patienten kümmern. Nachmittags und nachts sind Pflegefachkräfte der Gemeinde ebenfalls in ihren jeweiligen Büros und sind für die Hilfskräfte in Pflegeheimen oder Patienten, die ambulant versorgt werden, telefonisch erreichbar (z.B. bei Notfällen oder Schwierigkeiten in der pflegerischen Versorgung).

Die Tätigkeit der Pflegefachkraft in Leksand ist durch ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Eigenverantwortung gekennzeichnet. Eine wichtige Aufgabe der Pflegefachkraft ist die Beratung und Anleitung der Pflegehilfskräfte in Bezug auf die Durchführung der Pflegemaßnahmen bei den Pflegebedürftigen. Dabei verfügt die Fachkraft über ein Tool von Hilfsinstrumenten, die sie in der Anleitung der Hilfskräfte einsetzt. Dies sind in der Regel strukturierte Fragebögen oder Tests, mit denen pfle-

gerische Fachkompetenz der Hilfskraft in regelmäßigen Abständen überprüft wird (z.B. Kenntnisse über die Technik der subkutanen Injektion, Symptome bei Diabetes mellitus, Komplikationen bei oder nach einer Insulininjektion usw.). Da die patientennahen Pflegetätigkeiten wie Unterstützung bei der Körperpflege, Mobilität oder Ausscheidung größtenteils von Pflegehilfskräften durchgeführt werden, werden sie von der Pflegefachkraft auch in Bezug auf wichtige Aspekte der Krankenbeobachtung (z.B. Haut, Vitalzeichen, psychische Verfassung, Wirkungen und Nebenwirkungen von bestimmten Medikamenten usw.) geschult. Die Schulungen, aber auch kleinere „ad hoc“ Anleitungen werden dokumentiert und müssen in definierten Zeitabständen wiederholt werden. Es besteht eine sehr intensive Kommunikation zwischen den Hilfskräften und der verantwortlichen Pflegefachkraft. So berichten beispielsweise Hilfskräfte, die einen schwerpflegebedürftigen Bewohner einer Wohngruppe pflegen, über die Wirkung der neuen Medikation. Die Pflegefachkraft sammelt alle Informationen, stellt gezielt Fragen und macht die Hilfskräfte darauf aufmerksam, was aus fachlicher Sicht besonders zu beachten ist. Dies geschieht in der Form einer Pflegevisite. Die Fachkraft dokumentiert dabei eigene und die Beobachtungen der Hilfskräfte und kommuniziert diese mit dem zuständigen Arzt, der dann eine Medikamentenänderung anordnet. Alle weiteren Schritte wie Dokumentation, Organisation der Lieferung von Medikamenten, Änderungen in den Krankenakten usw. werden von der Pflegefachkraft übernommen.

Im Gegensatz zu einer Pflegefachkraft in Deutschland kann eine *Sjuksköterska* in Schweden eine Reihe von Medikamenten eigenverantwortlich verordnen, wobei alle Verordnungen mit dem Arzt, wenn auch im Nachhinein, abgesprochen werden. Dazu existieren Medikamentenlisten, die bspw. Wirkungen, Nebenwirkungen, Indikationen und Kontraindikationen beinhalten und regelmäßig in Absprache mit Ärzt(inn)en aktualisiert werden.

Bemerkenswert

 Es ist während der Hospitation der Eindruck entstanden, dass die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege durch eine sehr gut organisierte Kooperation und Kommunikation „auf Augenhöhe“ zwischen den verschiedenen Akteuren und Professionen gewährleistet wird. Pflegefachkräfte scheinen ein hohes gesellschaftliches Ansehen zu genießen und die Zusammenarbeit verschiedener Professionen zeichnet sich, so unser Eindruck, durch flache Hierarchien aus.

 Als besonders bemerkenswert ist uns während der Hospitation in Leksand die Gelassenheit des Pflege- und Gesundheitssystems in Schweden aufgefallen. Statt sich auf Aktivierung der



Patient(inn)en und Kunden und die Leistung des Pflegepersonals zu konzentrieren, ist in Leksand Ziel der Pflege die Zufriedenheit der Patient(inn)en und Kunden. „We want to have them safe“ wurde von der Leiterin der Abteilung Gesundheit und Pflege, Katja Vestling, mehrfach als Ziel der Pflegedienstleistungen formuliert. Der staatliche Auftrag ist es, die Menschen so lange wie möglich zu unterstützen, sicher im eigenen Zuhause zu sein.

Da die individuelle Zufriedenheit der Person im Mittelpunkt der Pflege steht, sind jedoch auch allgemeine Verfahrensvorgaben oder überprüfbare Kriterien der Qualitätssicherung der Pflege nicht in dem Maße zu finden, wie wir sie in Deutschland gewohnt sind. Selbst bei der staatlich organisierten Vergleichsstudie der Gemeinden und Heime werden die Bewohner(inn)en über ihre subjektive Zufriedenheit befragt, wissenschaftlich-medizinische Qualitätskriterien der Pflege werden nicht untersucht.

Sowohl in der stationären wie in der ambulanten Pflege ist ein im Vergleich zu Deutschland exorbitanter Personalschlüssel zu finden, was auch zur Zufriedenheit des Pflegepersonals beiträgt. Anstatt wie in Deutschland eine Fachkraftquote von 50 Prozent vorzubehalten, wird in Leksand die eigentliche Pflege von Pflegeassistent(inn)en und Pflegehelfer(inn)en erledigt. Die eigentliche Pflegefachkraft hat die medizinisch-pflegerische Verantwortung für eine Station/ein Heim, delegiert die Pflegeerbringung aber an die Assistent(inn)en und Helfer(inn)en. Für Deutschland werden wir uns langfristig mit der Frage beschäftigen müssen, ob mit Fortschreiten des demografischen Wandels weiterhin eine so hohe Fachkraftquote zu halten ist, oder ob und wenn ja welche Aufgaben delegiert werden können.

Gesellschaftlich-soziologische und kulturelle Unterschiede spielen in der Organisation und Erbringung von Pflege eine größere Rolle im Vergleich Deutschland-Schweden, als wir erwartet haben. Während wir in Deutschland eher eine Leistungsgesellschaft sind und somit die Aktivierung der Patient(inn)en und Kunden im Mittelpunkt der Pflege steht, herrscht in Schweden stattdessen eine „Vollkaskomentalität“. Die Bewohner(inn)en verlassen sich darauf, dass die Kommune die Verantwortung für sie übernimmt.

In Deutschland werden wir uns im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel und dem demografischen Wandel fragen müssen, was wir gesellschaftlich langfristig wollen: Führt der starke Fokus auf die Aktivierung und Selbstverantwortung pflegebedürftiger Menschen tatsächlich zu einem besseren Leben, oder sollte mehr auf die individuelle Zufriedenheit geschaut werden? Brauchen wir weiterhin die hohen Qualitätsstandards in der Pflege, oder sollen wir den Fokus mehr auf den tatsächlichen Bedarf des Patienten ausrichten? Wie können wir weiterhin eine qualitativ hochwertige Pflege gewährleisten, die auch ökonomisch tragbar ist?

Anmerkungen

1. Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung – OECD: *Bildung auf einen Blick*. 2014, S.5. Download: www.oecd.org/berlin/publikationen/bildung-auf-einen-blick-2014-deutschland.pdf
2. Heintze, Cornelia: *Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland*. Bonn, 2015.
3. Download am 8.2.17 von Eurostat Statistics explained von 2012: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Current_healthcare_expenditure,_2012_YB15-de.png
4. Waldhausen, Anna et.al.: *(Alten-)Pflegeausbildungen in Europa. Ein Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Altenpflege in ausgewählten Ländern der EU*, Frankfurt, 2014.
5. <http://ec.europa.eu/eurostat/> (Suchworte: „hlth_rs_prsns“ und „demo_pjan“).
6. <http://btc-rostock.de/home-minimal/medizinisches-fachpersonal/> (Download: 31.1.2017).
7. <http://ec.europa.eu/eurostat/> (Suchwort: hlth_co_inpst)
8. www.vardhandboken.se/Dokument/Informationleaflet_handbook_for_healthcare2011.pdf sowie in englischer Sprache: [www.vardhandboken.se/In-English/Das Handbuch enthält Handlungsanweisungen u.a. zu Untersuchungsmethoden, zu Hygienevorschriften, zu medizinischer Hilfe und zu technischen Hilfsmitteln. Dies könnte auch für einzelne Bereiche in Deutschland interessant sein](http://www.vardhandboken.se/In-English/Das_Handbuch_enthaelt_Handlungsanweisungen_u.a._zu_Untersuchungsmethoden,_zu_Hygienevorschriften,_zu_medizinischer_Hilfe_und_zu_technischen_Hilfsmitteln._Dies_koennte_auch_fuer_einzelne_Bereiche_in_Deutschland_interessant_sein).
9. Socialstyrelsen (Nationales Amt für Gesundheit und Wohlfahrt) (31.1.2014): *Fortsatt brist på läkare och specialistsjuksköterskor* (Weiterhin Mangel an Ärzten und Fachpflegekräften). Online verfügbar unter www.socialstyrelsen.se/nyheter/2014januari/fortsattbrist-palakareochspecialistsjukskoterskor, zuletzt geprüft am 02.11.2017.
10. Alle Fakten in diesem Hospitationsbericht stammen aus unserem Gespräch mit der pflegerischen und der ärztlichen Leiterin des akademischen Gesundheitszentrums Liljeholmen am 22. November 2016. Die Angaben können aufgrund fehlender Fachliteratur für den Bereich Stockholm nicht weiter belegt werden.
11. Quelle: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/257587/umfrage/altersstruktur-in-schweden/> (Schweden); <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1365/umfrage/bevoelkerung-deutschlands-nach-altersgruppen/> (Deutschland); letzter Abruf am 3.4.2017.
12. Vgl. Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa: *(Alten-)Pflegeausbildungen in Europa. Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Altenpflege in ausgewählten Ländern der EU*. August 2014.
13. Vgl. <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>
14. Vgl. www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72913/finanzierung?p=all (letzter Abruf am 4.4.2017).
15. „Schweden – ein Vorbild für Deutschland?“ Vortrag von Prof. Hildgard Theobald, Universität Vechta (persönliche Mitschrift).
16. Quelle: Staatliches Institut für Volksgesundheit, Statens folkhälsoinstitut (www.fhi.se); Zentralamt für Gesundheits- und Sozialwesen, Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se).
17. Nähere Informationen bspw. auf <http://sahlgrenska.gu.se/english/education/degree/nursing-programme/?r=ss>

Das österreichische Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem in Österreich ist öffentlich organisiert. Die Verantwortung für verschiedene Teilbereiche des Gesundheitswesens – Gesetzgebung, Verwaltung, Finanzierung, Leistungserbringung, Qualitätskontrolle, Ausbildung u.a. – liegt bei Bund, Ländern, Gemeinden, Sozialversicherung und gesetzlichen Interessenvertretungen (Kammern, Patientenrechtskommission etc.). Die Gesundheitsleistungen werden sowohl von öffentlichen als auch von privaten Einrichtungen erbracht.

In Österreich haben alle Bürger(innen) Zugang zu allen Sozial- und Gesundheitsleistungen, unabhängig von Alter, Wohnort, Herkunft und sozialem Status. Das Sozialversicherungssystem umfasst die Bereiche Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung. Eine Pflegeversicherung wie in Deutschland existiert nicht. Es gibt jedoch ein zentrales System für die Pflegevorsorge – gestützt durch das Bundespflegegeldgesetz¹.

Das Pflegegeld 2017 in Österreich (s. Kasten auf S. 5) ist als Unterstützung zur Organisation der Pflege nach den eigenen Bedürfnissen gedacht und gilt als zweckgebundene Leistung, um Mehraufwendungen durch die Pflege abzudecken. Aktuell liegt der Bedarf für konstante Pflege in Österreich bei ca 440.000 Personen.

Nach dem Solidaritätsprinzip besteht eine Pflichtversicherung für alle Erwerbstätigen. Familienangehörige sind mitversichert. Für Pensionist(inn)en und arbeitslose Menschen gelten besondere Regelungen. Personen ohne Krankenversicherung müssen für die Kosten der Gesundheitsleistungen selbst aufkommen (außer für Erste-Hilfe-Leistungen). Die meisten Arbeitnehmer(innen) sind beim größten Kostenträger versichert, der Gebietskrankenkasse. Ferner existieren Krankenkassen, in denen nur die Angehörigen der jeweiligen Berufsgruppe versichert sein dürfen, zum Beispiel Landwirte, Bauhandwerker, Freiberufler. Knapp ein Drittel der österreichischen Bevölkerung ist privat *zusatz-*versichert (30 Prozent).

Die Finanzierung der Sozialversicherung erfolgt durch Beiträge der Versicherten, bei nicht selbstständig Erwerbstätigen zahlen auch die Dienstgeber Beiträge. Die Gesundheitsausgaben werden überwiegend aus Sozialversicherungsbeiträgen, Steuergeldern sowie aus privaten Beiträgen finanziert. Hinzu kommen Selbstbehalte durch die Kund(inn)en², unter anderem Rezeptgebühren oder Tagesgeld bei Klinikaufenthalten.

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wird über die soziale Kranken- und Unfallversicherung abgedeckt. Ihre Leistungen umfassen ambulante und stationäre Versorgung, medizinische Rehabilitation, Medikamente und Zuschüsse für Hilfsmittel, medizinische Hauskrankenpflege und Leistungen von Hebammen, Psychotherapie und klinisch-psychologische Diagnostik, Behandlungen durch medizinisch-technische Dienste, zudem Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Gesunden- und Vorsorgeuntersuchungen, Krankentransporte/ Reisen, Krankengeld und Wochengeld bei einer Geburt (sogenannte Karenz) sowie Unfall-Heilbehandlungen.

Die Zuständigkeiten innerhalb des Gesundheitssystems sind überwiegend zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherung aufgeteilt. Die Bundesebene ist beispielsweise im Spitalsbereich für die Grundsatzgesetzgebung, für die Gesundheitsberufe, für das öffentliche Gesundheits- und Arzneimittelwesen, für die Verbrauchergesundheit (z. B. Lebensmittelsicherheit, Gentechnik) und andere überregional wahrzunehmende Angelegenheiten zuständig. Ländersache sind beispielsweise die Ausführungsgesetzgebung oder die Sicherstellung der stationären Versorgung. Die Gesundheitsverwaltung wird weitgehend von den Ländern und Gemeinden wahrgenommen. Die Sozialversicherung regelt beispielsweise gemeinsam mit der Ärztekammer die Versorgung mit niedergelassenen Ärzt(inn)en. Auch die Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsversorgung ist zwischen Sozialversicherung sowie Bund, Ländern und Gemeinden geregelt.

Die Verteilung der Zuständigkeiten im Gesundheitssystem erfordert bei wichtigen Entscheidungen eine Abstimmung der verantwortlichen Ebenen. Dazu werden zwischen dem Bund und den neun Bundesländern innerstaatliche und befristete Vereinbarungen und Verträge geschlossen.

Die Gemeinden sind auch zuständig für die Planung der stationären Altenheimplätze. In Tirol werden die Altenheime durch die Gemeinden bzw. Gemeindeverbünde gebaut. In der Regel werden sie auch durch diese betrieben. Es gibt aber auch private Heimbetreiber (z.B. Senecura, ein privater europäischer Anbieter); diese dürfen aber nicht selbst Heime bauen.

Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung

Die ambulante medizinische Versorgung wird von niedergelassenen Allgemeinmediziner(inn)en, Fachärzt(inn)en und Zahnärzt(inn)en in ihren Praxen geleistet. Etwa die Hälfte der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verfügt über Verträge mit einer oder mehreren Krankenkassen. Zur ambulanten Versorgung der Bevölkerung zählen auch die Ambulanzen der Krankenhäuser sowie die Ambulatorien der Krankenkassen und private selbstständige Ambulatorien. Die Sozialversicherung bezeichnet die Leistungen der ambulanten Versorgung auch als ärztliche Hilfe.

Die stationäre medizinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung wird von öffentlichen, privat-gemeinnützigen und privaten Kliniken bereitgestellt. Zu den Betreibern bzw. Trägern der Krankenhäuser zählen die Länder mit ihren Landesgesellschaften, Gemeinden bzw. Gemeindeverbände, konfessionelle Träger, Sozialversicherungs- sowie private Träger.

Gesundheitsförderung und Prävention

Der demografische Wandel führt zu einem Mehr an Krankenversorgung. Gleichzeitig ist eine wirkungsvolle Gesundheitsförderung und Prävention unabdingbar, um die Gesamtkosten im Gesundheitswesen unter Kontrolle halten zu können. In diesem Zusammenhang

wurde Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe der sozialen Krankenversicherung verankert. Ziel der Sozialversicherung ist es, die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensräume zu fördern und gesunde Verhaltensweisen zu unterstützen. Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind in Österreich seit 1998 im Gesundheitsförderungsgesetz fixiert. Der Fonds Gesundes Österreich³ ist die bundesweite Kontaktstelle für Gesundheitsförderung und Prävention. Er fördert Projekte und führt Informationskampagnen in diesen Bereichen durch. Die Entwicklung von Projekten der Gesundheitsförderung ist auch eine Aufgabe der Länder.

Gesamtgesellschaftliche Aspekte der Pflege

Der gesellschaftliche Status der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe ist ähnlich wie in Deutschland. Professionelle Pflege als gesellschaftlich relevante Aufgabe wird nicht ihrer Bedeutung entsprechend wahrgenommen, gewürdigt und honoriert. Bisher ist die hierarchische Struktur zwischen Ärzt(inn)en und Pflegenden in Österreich ähnlich ausgeprägt wie in Deutschland.

Die im August 2016 eingeführte Neuordnung, verbunden mit einer Akademisierung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, lässt noch keine Rückschlüsse auf den künftigen gesellschaftlichen Status zu. Bemerkenswert ist jedoch, dass es vorbehaltliche Aufgaben für Diplom-Gesundheits- und Krankenpfleger(innen) bzw. für Fachassistent(inn)en und Assistent(inn)en gibt. Diese werden dem Eindruck nach konsequent umgesetzt.

Seit einiger Zeit gibt es erhebliche Anstrengungen, das Image der professionellen Pflegeleistung zu steigern, vor allem in den Sozialbetreuungsberufen (Altenarbeit, Familienarbeit, Behindertenarbeit, Behindertenbegleitung). Zu dieser Image-Steigerung sollen informative und ansprechende, auf die Zielgruppe ausgerichtete Internetauftritte sowie Informationsveranstaltungen beitragen. Da die Neuordnung für die Gesundheitsberufe erst kürzlich in Kraft gesetzt worden ist, kann zu künftigen Bewerberzahlen noch keine Aussage gemacht werden.

Bemerkenswert

In Österreich sind im Wesentlichen die Gebietskrankenkassen für die Versicherungsleistungen zuständig. Berufsbezogene und private Krankenkassen haben nur einen geringen Anteil.

 Bemerkenswert ist das Prinzip der Pflichtversicherung für alle Bürger(innen). Das bedeutet, dass weniger Kosten für die Verwaltung anfallen, zumindest theoretisch. Wer dann noch Zusatzleistungen in Anspruch nehmen möchte, kann sich – zusätzlich – privat versichern.

Fotos auf S. 4f.:

Die „Hospitationsgruppe Linz“ besuchte unter anderem auch das ländlich gelegene Klosterareal Engelhartzell, auf dem das Caritas-Projekt „invita“ und der Pamingerhof Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bieten.





Die „Hospitationsgruppe Linz“ war vom 14. bis 18. November 2016 zu Gast beim Caritasverband der Diözese Linz.



Interessantes Detail im Küchenbereich: Zeichnungen zu den einzelnen Lebensmitteln helfen Bewohnern bei der Orientierung.

■ Gleichwohl sind angesichts hohen Kostendrucks in den nächsten Jahren Einsparungen in Milliardenhöhe geplant.

■ In Österreich gibt es seit 1. August 2016 eine novellierte Pflegeausbildung mit einer generalistischen, akademischen Ausrichtung. Im Gegensatz zu deutschen Bestrebungen, wonach alle pflegerischen Berufe zusammengeführt werden sollen, wurde in Österreich einige Jahre zuvor eine Trennung von Pflegeberufen und Sozialbetreuungsberufen implementiert. Die Aufgaben, inklusive vorbehaltlicher Tätigkeiten, sind klar definiert und festgelegt. Näheres wird dazu in den folgenden Abschnitten beschrieben.

Das Pflegegeld 2017 in Österreich

In Österreich gibt es im Gegensatz zu Deutschland ausschließlich Pflegegeld. Diese finanzielle Unterstützung ermöglicht pflegebedürftigen Menschen ein größeres Maß an Unabhängigkeit und, wenn möglich, einen längeren Verbleib zu Hause. Das Pflegegeld stellt keine Einkommenserhöhung dar und gilt als pauschalierter Beitrag zu den Kosten für die erforderliche Pflege. Die Höhe richtet sich nach der notwendigen Stundenzahl, die durch Begutachtung durch Arzt/Ärztin bzw. einer Pflegefachkraft festgelegt wird.

Für einen Anspruch auf die Auszahlung des Geldes werden bestimmte Voraussetzungen geprüft:

■ Ständiger Hilfsbedarf und Betreuungsbedarf aufgrund einer geistigen, körperlichen, psychischen oder Sinnesbehinderung mit einer voraussichtlichen Dauer von mindestens sechs Monaten;

■ Ständiger Bedarf an Pflege von mehr als 60 Stunden monatlich: Dieser Mindestbedarf ist gesetzlich dann gegeben, wenn bei Maßnahmen für die Betreuung und auch bei Hilfsverrichtungen im persönlichen Bereich (Kochen, Einnahme von Medikamenten, Körperpflege oder Fortbewegung in der Wohnung) Unterstützung notwendig ist.

Die Beurteilung des Pflegebedarfs erfolgt über fünf Verrichtungsgebiete:

- Medikamente, Nahrungsmittel und Bedarfsgüter holen,
- Wohnumgebung und Gebrauchsgegenstände reinigen,
- Bettwäsche/Leibwäsche reinigen,
- Heizmaterial herbeischaffen und heizen,
- Mobilitätshilfe/Begleitung bei Amtswegen oder Arztbesuchen.

Hierbei werden Zeitwerte berücksichtigt und zu einer Gesamtbeurteilung zusammengefasst. Zusätzlich ist ein Erschwerenzuschlag geltend zu machen, wenn pflegeerschwerende Faktoren eintreten.

Daseinsvorsorge in Österreich

Unter dem Begriff „Daseinsvorsorge“ werden verschiedene öffentliche und private Dienstleistungen zusammengefasst, unter anderem Nahversorgung, Bildung, Kinderbetreuung, Gesundheits- und Pflegedienste, Kultur oder Gastronomie. Schon seit vielen Jahren gibt es Veränderungen besonders im ländlichen Raum, wo gewachsene Strukturen durch einen Bevölkerungsrückgang verändert werden.⁴

Die infrastrukturelle Gestaltung tendiert in Richtung Dezentralisierung. Damit einhergehend liegt das Augenmerk auf dem Ausbau ambulanter Angebote und deren Strukturen. Die Organisation der Pflege- und Altenbetreuung liegt innerhalb der Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer. Der Ausbau der mobilen Dienste hat zu einer flächendeckenden Versorgung geführt. Pflegeleistungen werden zu einem Großteil von Angehörigen erbracht, welche die Pflegebedürftigen zu Hause versorgen.⁵

Obwohl der Ausbau der ambulanten Dienste im Fokus steht, ist absehbar, dass ebenfalls ein erhöhter Bedarf an stationären Pflegeeinrichtungen aufkommen wird. Dies hängt mit der demografischen Entwicklung in Österreich zusammen und mit der dadurch steigenden Anzahl Pflegebedürftiger. Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Zahl pflegender Angehöriger reduzieren wird.⁶

Die Herausforderung besteht also darin, die Sicherstellung pflegerischer Leistungen zu gewährleisten und gleichzeitig vermehrt Angebote und Dienstleistungen zu schaffen, um der Isolation und Vereinsamung alter Menschen vorzubeugen. Neben der freien Wohlfahrtspflege werden auch Gemeinden und Kommunen gefragt sein, sich dieser Herausforderung zu stellen.⁷

Beratungsstellen in Oberösterreich

Um Betroffenen oder Angehörigen einen Überblick über die diversen Angebote und Leistungen zu geben, sind sogenannte Sozialberatungsstellen eingerichtet worden. Struktur und Aufbau werden im Sozialhilfegesetz geregelt und durch die oberösterreichische Landesregierung und vom jeweils zuständigen Sozialhilfeverband des Bezir-

kes aus finanziert. Das Beratungsspektrum umfasst einen großflächigen Bereich, der von der Hilfestellung bei finanziellen Notlagen bis hin zu Informationen über pflegerische Leistungen und Angeboten reicht (Land Oberösterreich, Abteilung Presse, o. J.).

■ **Angehörigenberatung / BürgerInnenservice:** Hier können sich pflegende Angehörige austauschen und Erfahrungswissen vergleichen. Desweiteren wird Beratung durch fachlich geschultes Personal angeboten.⁸

■ **Peerberatung:** Hier findet Beratung durch beeinträchtigte Menschen statt, die Mitbürger(innen) mit Beeinträchtigungen beraten.⁹

Unterstützungsmöglichkeiten

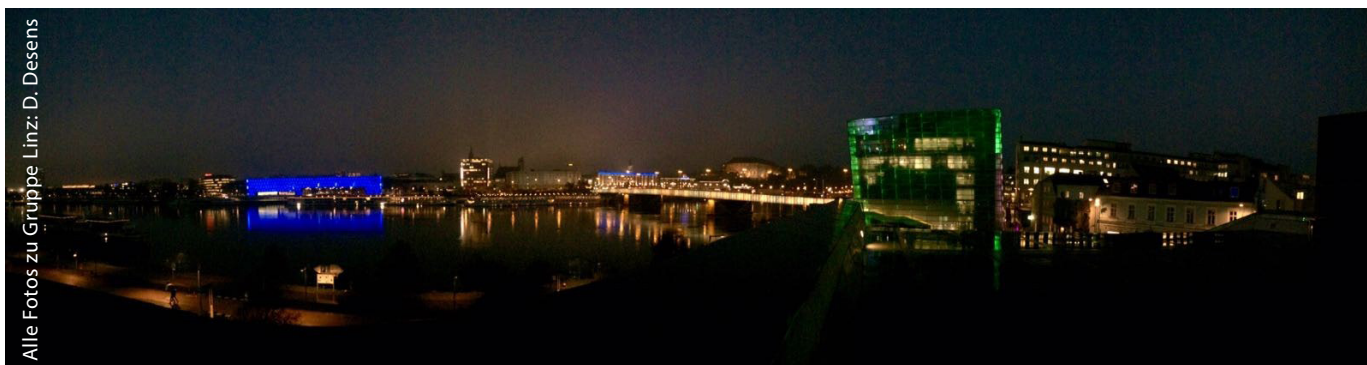
■ **Fördermittel für Umbaumaßnahmen:** Es gibt diverse Subventionsformen und Fördermittel, deren jeweilige Konditionen sich von Bundesland zu Bundesland unterscheiden. Die Fördermittel reichen von Direktdarlehen bis hin zur Kostenübernahme für Sanierungen und zum Umbau. Da die Förderung Ländersache ist, sind die Betroffenen angehalten, sich an eine Beratungsstelle zu wenden, die sie bei der Bauförderung unterstützt.¹⁰ Dies kann z. B. die Beratungsstelle für barrierefreies Bauen oder eine unabhängige Beratungsstelle sein.

■ **Rufhilfe:** Um im Sinne der Wohnraumgestaltung und Sicherheit ein Wohnen zu Hause zu gewährleisten, kann auch auf ein Rufhilfsystem zurückgegriffen werden, das wiederum an das Notrufsystem der Rufhilfe für Oberösterreich angeschlossen ist. Die monatliche Gebühr beträgt ca. 18,70 Euro.¹¹

■ **Verleih von Pflegebehelfen:** Betroffene und Angehörige, die Unterstützung bei der Verrichtung alltäglicher Abläufe brauchen, können sich sogenannte Pflegebehelfe wie z. B. Rollatoren und Greifhilfen ausleihen.¹²

■ **Ambulante Dienste:** Es gibt eine Vielzahl ambulanter Dienste, die unterschiedliche Dienstleistungen anbieten. Dazu gehören zum Beispiel Mahlzeiten-, Reinigungs-, Wäsche-, Reparatur- und Fahrten-

Linz, die Landeshauptstadt von Oberösterreich, bei Nacht.



Alle Fotos zu Gruppe Linz: D. Desens

dienste. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt unterschiedlich. Betroffene können sich über die Sozialabteilungen der zuständigen Magistrate, die Sozialberatungsstellen oder bei der Gemeinde informieren.¹³

Abgerundet wird das Angebot ambulanter Dienste durch therapeutische Dienste in Form von Physio-, Logo- und Ergotherapie-Behandlungen im direkten Wohnumfeld.

■ **Besuchsdienst, organisierte Nachbarschaftshilfe und Personenbetreuer (persönliche Assistenz):** Das Ziel des Besuchsdienstes ist die gemeinsame Durchführung sozialer Aktivitäten. Die Koordination der (ehrenamtlichen) Helfer(innen) erfolgt durch Fachpersonal. Ergänzend dazu können Hilfsangebote durch ehrenamtliche Strukturen wie die der Nachbarschaftshilfe wahrgenommen werden.¹⁴

Personenbetreuer(innen) geben individuelle Hilfestellung in diversen Bereichen wie z. B. bei Behörden- und Arztbesuchen. In Einzelfällen und nach Koordination durch den behandelnden Arzt und einer Unterweisung durch diplomiertes Fachpersonal dürfen sie auch bestimmte pflegerische Tätigkeiten durchführen.¹⁵

■ **Heimhilfen:** Der Bereich der Heimhilfen dient ebenfalls der Unterstützung bei diversen Themen der alltäglichen Haushaltsführung. Außerdem führen die fachlich qualifizierten Heimhilfen niedrigschwellige pflegerische Tätigkeiten durch.¹⁶

■ **Ambulante Pflege / Hauskrankenpflege:** Die ambulante Pflege wird von mobilen Pflegediensten durchgeführt (s. S. 10), auf Veranlassung des behandelnden Arztes. Um ambulante Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen, ist in der Regel die Einstufung in eine Pflegestufe notwendig.¹⁷

■ **Die 24-Stunden-Betreuung** wird von selbstständigen oder festangestellten Betreuungs- bzw. Pflegefachkräften durchgeführt. Für eine finanzielle Förderung ist nachzuweisen, dass eine Betreuung rund um die Uhr erforderlich ist. Außerdem muss Pflegegeld der Stufe 3 bezogen werden. Die fachliche Qualifikation muss mindestens auf der Ebene einer Heimhilfe liegen, oder es muss eine dementsprechende Ermächtigung vorliegen.¹⁸

Bei der 24-Stunden-Betreuung handelt es sich in der Regel um osteuropäische Betreuungskräfte. Dieses System gibt es auch in großer Zahl in Deutschland, allerdings nicht legalisiert. In Österreich ist dieses Angebot legal. Insbesondere beim Caritasverband und in der ambulanten Pflege hat die Tiroler Gruppe mit vielen Akteuren die ethisch bedenkliche Lage dieser Kräfte („modernes Sklaventum“) thematisiert – hier herrschte ein großes Problembewusstsein.

■ **Mobile Hospiz- und Palliativdienste** bieten interdisziplinär vernetzte Angebote. Sie bestehen aus multiprofessionellen Teams, die eine kostenlose Inanspruchnahme anbieten. Die Deckung der Kosten wird aus Mitteln des Sozialbudgets und durch Spenden gewährleistet. Die Hospizbewegungen sind in Oberösterreich auf die einzelnen Bezirke aufgeteilt.¹⁹

Für pflegende Angehörige besteht weiterhin die Möglichkeit der

Familienhospizkarenz. Die Dauer beträgt drei bis sechs Monate. Während der Versicherungsschutz des Familienangehörigen während der Zeit weiter besteht, erhält er in der Regel keine finanzielle Vergütung.

Weitere Angebote und besondere Wohnformen

■ **Senioren-Erholungs- oder Kurzuschuss:** Senior(inn)en mit geringem Einkommen bekommen vom Land Oberösterreich einen Zuschuss zu den Kosten eines Erholungs- bzw. Kuraufenthaltes (in der Regel die Hälfte der Kosten). Die Antragsstellung erfolgt an die Abteilung für Soziales.²⁰

■ **Wohngemeinschaften für Senior(inn)en:** Als innovative Wohnform stellt sich die „Senioren-WG“ dar, in der sich mehrere Senior(inn)en Wohnraum teilen. Die Wohngemeinschaften tragen dabei nicht nur zur Kostenteilung der beteiligten Personen bei, sondern dienen auch präventiv dazu, dem Gefühl der Vereinsamung und der Isolation vorzubeugen. Vereinzelt Anbieter bieten begleitete Senioren-Wohngemeinschaften an.²¹

■ **Das Mehr-Generationen-Wohnen** lässt in einem Gebäude Personen mehrerer Generationen zusammenleben. Ein weiterer Vorteil liegt in der niedrigschwelligen Unterstützung, die Senior(inn)en bei der Verrichtung alltäglicher Dinge erhalten können.

■ **Betreubares Wohnen:** Diese Wohnform können Personen ab 60 Jahren in Anspruch nehmen. Grundsätzlich sind die Wohnungen behindertengerecht ausgestattet. Der Schwerpunkt liegt jedoch klar auf Bewohner(inne)n mit einem leichten bis mittleren Pflegebedarf. Die Wohnanlagen bieten Grundleistungen an, die im Einzelnen vertraglich festgelegt werden (Betreuung, Essensdienst usw.)²² und können individuell eingerichtet werden²³. Die Kosten sind individuell und setzen sich aus dem Mietpreis der jeweiligen Wohnung und der Betreuungspauschale zusammen. Je nach Einkommen kann Wohnbeihilfe beantragt werden.²⁴

Sollte Pflege zu Hause nicht mehr möglich sein, gibt es weiterführend die Möglichkeiten, Tagespflege und (teil-)stationäre Angebote wahrzunehmen.²⁵

Bemerkenswert

Die Pflege durch Angehörige ist in Österreich ein wesentlicher Bestandteil und bildet somit einen Kern der Versorgung hilfsbedürftiger Menschen. Flankiert wird sie durch ein breites ehrenamtliches Spektrum, dass in einem weiteren Schritt durch professionelle Unterstützungsangebote abgesichert wird. Der Grundsatz *ambulant vor stationär* ist deutlich sichtbar. Der Ausbau von ambulanten Anbietern und Strukturen schreitet im Zuge der demografischen Entwicklung weiter voran.

Pflegeausbildung in (Ober-)Österreich

Im Folgenden werden exemplarisch Ausbildungsberufe im Pflegebereich betrachtet, außerdem geht es um den Stand der Generalisierung und Akademisierung der Pflegeausbildung nach der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflege-Gesetzes (GuKG) vom 1. September 2016 (s. S. 31).

Während der Hospitation in Linz konnten unter anderem Schulen der Caritas, die für Berufe wie Pflegeassistent, Pflegefachassistent, Alten-, Familien-, Behindertenarbeit²⁶ sowie Behindertenbegleitung ausbilden, besucht werden. Die Schule im Linzer Salesianumweg hat 278 Schüler(innen), zwölf von ihnen mit Migrationshintergrund, und bietet zwei Kurse in Tagesform und neun Kurse berufsbegleitend. Angeboten werden unterschiedliche Qualifikationen mit unterschiedlicher Ausbildungsdauer. Ein Beispiel ist die einjährige Ausbildung zur Pflegeassistent (Aufbau in Tagesform: je 800 Stunden Theorie und Praxis im Wechsel). Zudem gibt es im berufsbegleitenden Ausbildungsgang innerhalb einiger Praxisphasen zweimal pro Woche Unterricht (16.30–21.30Uhr) und zusätzlich zehnmal samstags Ganztagsunterricht. Die Schüler(innen) werden je 160 Stunden im Krankenhaus, 160 Stunden in der Langzeitpflege und 480 Stunden extramural²⁷ eingesetzt. Nach jedem Semester gibt es ein Zeugnis, dessen Resultat nicht mit in die Endnote einfließt.

Die Praktika werden durch Praxisanleiter(innen) der Schule begleitet mit einem Zeitkontingent von acht Stunden je Praxiseinsatz. Telefonische Kontakte im Regelfall und persönliche Termine bei Problemen runden die praktische Begleitung seitens der Schule ab. Die Kooperation zwischen Theorie und Praxis wird auch durch regelmäßige Einladungen der Pflegedienstleitungen, der Praxisanleiter(innen) und durch Workshops zu aktuellen Themen realisiert.

Die Abschlussprüfung erfolgt mündlich und praktisch in der Schule – basierend auf Fällen, die vom Lehrerteam konzipiert sind – zu vier unterschiedlichen Themen²⁸. Der Prüfling muss sein Wissen vor einem Mitglied der Prüfungskommission²⁹ und einem Lehrer unter Beweis stellen. Als „Modelle“ für den praktischen Prüfungsanteil agieren Schüler(innen) höherer Semester.

Im Schulteam arbeiten 44 Lehrende unterschiedlicher Profession und Qualifikation, zum Beispiel Pädagog(inn)en, Jurist(inn)en, Ärzte/Ärztinnen, DGKP mit Weiterqualifikation, Psycholog(inn)en. Viele der Lehrenden arbeiten nebenbei in der (Pflege-) Praxis, was auch gewünscht ist, da sie dadurch immer aktuell bleiben und den fachpraktischen Unterricht praxisnah und zeitgemäß und nach dem neuesten Wissenstand gestalten können.³⁰

Am Beispiel des Berufes *Sozialbetreuung Altenarbeit* soll hier eine zweijährige Ausbildung vorgestellt werden. Will man *Fach-Sozialbetreuer(in) Altenarbeit* werden, benötigt man als Zugangsvoraussetzung mindestens einen mittleren Schulabschluss (zum Beispiel Volksschulabschluss) oder eine abgeschlossene Berufsausbildung. Zudem muss, wenn die Ausbildung in

Tagesform geplant ist, das 17. Lebensjahr – bei berufsbegleitender Ausbildung das 19. Lebensjahr – vollendet sein bzw. dieses Alter im Kalenderjahr des Ausbildungsbeginns erreicht werden.³¹ Gute Deutschkenntnisse sind erforderlich. Ist die körperliche und psychische Eignung attestiert und das Aufnahmegespräch bestanden, kann die Ausbildung beginnen.

In Tagesform verteilt sich die Ausbildung auf 1580 Theorie- und 1200 Praxisstunden an unterschiedlichen Praxisorten. Sie enthält einen hohen Anteil pflegerischer Inhalte, so dass bereits nach zwei Semestern der Status *Pflegehelfer* erreicht werden kann.

Am Ende des zweiten Ausbildungsjahres stehen die Prüfungen an. Die Fachprüfung umfasst ein Fachprojekt³² in der Praxis (inkl. schriftlicher Planung, Durchführung, Dokumentation) und eine mündliche Prüfung. Letztere nehmen zwei Lehrer(innen) ab; sie besteht aus der Präsentationsleistung über das Fachprojekt und Fragen zum fachlichen Umfeld. Nach der zweijährigen Ausbildung besteht die Möglichkeit, den Diplomausbildungsgang anzuschließen, der weitere zwei Semester beansprucht.

Diplom- bzw. Fach-Sozialbetreuer Altenarbeit können in folgenden Beschäftigungsbereichen arbeiten: Alten- und Pflegeheime, Mobile Betreuung und Pflege, Betreubare Wohnformen, Tagesbetreuung, Krankenhäuser.

Ausbildung der Lehrenden

■ **Bisherige Lehrerausbildung:** Zugangsvoraussetzungen waren bis September 2016 ein Abschluss in einem Pflegeberuf und die Bereitschaft, das Studium an einer Fachhochschule zu finanzieren. Das Studium umfasste bis dahin 1150 Stunden Theorie in sechs Lernfeldern, 300 Stunden Praktikum in einer Bildungseinrichtung sowie eine Abschlussarbeit zu einem pädagogischen Thema.³³

■ **Mit der Gesetzesnovelle** gibt es die universitäre Lehrerausbildung verpflichtend an zwei Bildungsorten: Hochschule und Universität. Zugangsvoraussetzung wird in Zukunft der Bachelor of Science in Nursing (BScN) sein.

■ **Praxisanleiter-Ausbildung:** Wer Angehörige(r) des gehobenen Dienstes in der GuKP oder Fach- oder Diplom-Sozialbetreuer(in) ist und Praxisanleiter(in) werden will, muss eine Weiterbildung machen, die berufsbegleitend zwei Semester dauert. Sie umfasst 215 Unterrichtseinheiten in zwei- bis dreitägigen Seminarblöcken, und zusätzlich sind 45 Stunden Praxis veranschlagt.³⁴

Akademisierung der Pflege

Seit September 2016 gibt es ein neues GuK-Gesetz, das die Gesundheitsberufe neu regelt. Während einer Übergangsfrist bis zum Jahr 2024 sollen die Neuregelungen einheitlich in allen öster-



reichischen Bundesländern umgesetzt werden. Zu beachten ist aus deutscher Sicht, dass es in Österreich auch zuvor keine grundständige Ausbildung eigens für die Altenpflege gab. Da das GuKG sehr neu ist, gibt es noch keine Erfahrungen zur Umsetzung der Neuordnung. Die Schulen hoffen auf eine baldige Verabschiedung der Curricula.

■ **Gesundheits- und Pflegelandschaft bis dato:** Als nieder-schwelligste Qualifikation in der Pflege galt die *Heimhilfe*, gefolgt von der *Pflegehilfe*. Als am höchsten qualifiziert galten nach alter Gesetzesregelung *diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP)* bzw. *diplomierte Kinder- und Jugendkrankenpfleger* oder *Psychiatriepfleger* mit ihren jeweiligen Vorbehaltsbereichen.

■ **Zukünftig** wird es nur noch drei Gesundheits- und Krankenpflegeberufe geben (s. folgenden Abschnitt). Die Bereitstellung von Curricula für die neuregelten Ausbildungen ist für den Jahresverlauf 2017 geplant.

Kompetenzen und Kompetenzerweiterungen

Die **Pflegeassistent** (bisher Pflegehilfe) kann jetzt Aufgaben wie z.B. venöse Blutabnahmen oder beim Erwachsenen die Medikamentenverabreichung übernehmen. Die Ausbildung dauert ein Jahr.

Die **Pflegefachassistent** soll die Stellung und Aufgaben der bisherigen DGKP einnehmen (z.B. das Legen/Entfernen transnasaler Sonden oder das EKG-Schreiben). Diese Ausbildung dauert zwei Jahre.

Beide Berufe werden in diversen Einrichtungen/Schulen der Gesundheits- und Krankenpflege, der Langzeitpflege, der Alten- und Pflegeheime sowie der Tagesbetreuungs-Einrichtungen ausgebildet.

Der bisherige DGKP soll auf Bachelor-Niveau (neu: Zugangs-

voraussetzung Matura/Abitur oder Studienreifeprüfung) angehoben und an Fachhochschulen in sechs Semestern studiert werden.³⁵ Dieser zukünftige **Bachelor of Science in Nursing** soll über vielfältiges Wissen in verschiedenen Fachgebieten verfügen; damit erfolgt eine Auflösung der Vorbehaltsbereiche. Je nach Bedarf kann sich eine Spezialisierung anschließen. Die Absolvent(inn)en sollen vor allem Pflege planen und organisieren, delegieren und teilweise ärztliche Tätigkeiten übernehmen (z.B. die Durchführung eines Bedside-Tests oder das Wechseln eines supra-pubischen Katheters).³⁶

Finanzierung der Pflegeausbildung

Vor der aktuellen Gesetzesnovelle gab es ein „Taschengeld“ für die Auszubildenden in den Pflegeberufen. Dieses wurde für die Gesundheits- und Krankenpflege (GuK) mit dem neuen Gesetz abgeschafft. Stattdessen wird von den zukünftigen Bachelor-Studierenden eine Studiengebühr erhoben (z.B. kostet das Vollzeitstudium im Vinzentinum Linz derzeit pro Semester 363,36 Euro).

Da die Pflege- und Assistenzberufe auch in Österreich ein Mangelberuf sind, unterstützt der Arbeitsmarktservice im Einzelfall den Einstieg in diese Berufe finanziell.

Die Lehrer(innen) an den Fachschulen werden durch den jeweiligen Landesschulrat eingestellt und bezahlt. Je mehr ein Lehrer unterrichtet, desto mehr kann er verdienen. Wir erfahren, dass die meisten Lehrer(innen) befristete Arbeitsverträge haben.

Bemerkenswert

■ Österreich wagt den Schritt einer grundsätzlichen Reform zur Akademisierung der Pflegeausbildung und Kompetenzerweiterung in den Pflegeberufen.

■ Die Frage nach der Qualifikation zukünftig Lehrender lässt sich noch nicht beantworten; der Unterrichtsalltag wird den Bedarf zeigen.

■ Dass viele Lehrer(innen) noch in ihren Herkunftsberufen arbeiten, ist sicherlich fachlich vorteilhaft, lässt aber vermuten, dass sie sich „zerrissen“ fühlen zwischen zwei Berufen und den jeweiligen Arbeitgebern.

■ Für Deutschland wäre wünschenswert, dass – wenn die Generalistik kommt – die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben genau formuliert und klar getrennt von Aufgaben anderer Berufsqualifikationen durchgeführt werden. Dies scheint in Österreich konsequent gelebt zu werden.



Theorie und Praxis im Wechsel: Jetzt steht gerade ein Praxisabschnitt auf dem Stundenplan.



Kompetenzen je Ausbildungsstufe im GuKG

Aus dem GuK-Gesetzestext sollen hier die jeweils zu erwerbenden Kompetenzen der drei Ausbildungsstufen zitiert werden³⁷, wobei eine Anhebung der Ausbildungsniveaus deutlich zu erkennen ist. Hier ist allerdings kritisch anzumerken, dass die Ausbildungsdauer dadurch eigentlich verkürzt wurde, da die dreijährige Ausbildung einen Zuwachs an Kompetenzen erfahren hat und die nun zweijährige Fachausbildung sozusagen den Kompetenzrahmen der vormals dreijährigen Ausbildung umfasst.

■ Pflegeassistent:

§ 83. (1) Der Tätigkeitsbereich der Pflegeassistent umfasst

1. Mitwirkung an und Durchführung der ihnen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen Pflegemaßnahmen (Abs. 2)
2. Handeln in Notfällen (Abs. 3)
3. Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie (Abs. 4)

(2) Die Pflegemaßnahmen gemäß Abs. 1 Z 1 umfassen:

1. Mitwirkung beim Pflegeassessment
2. Beobachtung des Gesundheitszustands
3. Durchführung der ihnen entsprechend ihrem Qualifikationsprofil von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen Pflegemaßnahmen
4. Information, Kommunikation und Begleitung
5. Mitwirkung an der praktischen Ausbildung in der Pflegeassistent.

Die Durchführung von Pflegemaßnahmen darf nur nach Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen. Im extramuralen Bereich haben Anordnungen schriftlich zu erfolgen.

...

(4) Die Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie gemäß Abs. 1 Z 3 umfasst:

1. Verabreichung von lokal, transdermal sowie über Gastrointestinal- und/oder Respirationstrakt zu verabreichenden Arzneimitteln
2. Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln
3. standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen sowie Blutentnahme aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und Durchführung von Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Tests)
4. Blutentnahme aus der Vene, ausgenommen bei Kindern
5. Durchführung von Mikro- und Einmalklistieren
6. Durchführung einfacher Wundversorgung, einschließ-

lich Anlegen von Verbänden, Wickeln und Bandagen

7. Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden

8. Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma in stabilen Pflegesituationen

9. Erhebung und Überwachung von medizinischen Basisdaten (Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Bewusstseinslage, Gewicht, Größe, Ausscheidungen) sowie

10. einfache Wärme-, Kälte- und Lichtenwendungen

Im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie hat die Durchführung der Tätigkeiten im Einzelfall nach schriftlicher ärztlicher Anordnung und unter Aufsicht von Ärzten oder Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu erfolgen. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 5 kann die Anordnung auch durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen.

Die Finanzierung während der Assistenzausbildung erfolgt über ein Taschengeld, es besteht kein Anspruch auf das Taschengeld bei verkürzter Ausbildung. Die Dauer der Ausbildung beträgt 4600 Stunden, von denen mindestens ein Drittel Theorie und die Hälfte Praxis sein sollen.

■ Pflegefachassistent:

§ 83a. (1) Der Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistent umfasst

1. die eigenverantwortliche Durchführung der ihnen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder Ärzten übertragenen Aufgaben der Pflegeassistent gemäß § 83 Abs. 2 und 4
2. das Handeln in Notfällen gemäß § 83 Abs. 3
3. die eigenverantwortliche Durchführung der ihnen von Ärzten übertragenen weiteren Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie gemäß Abs. 2 und

4. die Anleitung und Unterweisung von Auszubildenden der Pflegeassistentenberufe

(2) Weitere Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie gemäß Abs. 1 Z 3 sind:

1. Durchführung standardisierter diagnostischer Programme, wie EKG, EEG, BIA, Lungenfunktionstest
2. Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden
3. Setzen und Entfernen von transurethralen Kathetern bei der Frau, ausgenommen bei Kindern
4. Ab- und Anschluss laufender Infusionen, ausgenommen Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut und/oder Blutbestandteilen, bei liegendem peripherenö-

sen Gefäßzugang, die Aufrechterhaltung dessen Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls die Entfernung desselben

5. Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung

(3) Die Durchführung der Pflegemaßnahmen gemäß § 83 Abs. 2 und der Anleitung und Unterweisung von Auszubildenden der Pflegeassistentenberufe hat nach Anordnung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu erfolgen. Im extramuralen Bereich haben Anordnungen schriftlich zu erfolgen.

(4) Die Durchführung der Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie gemäß § 83 Abs. 4 und § 83a Abs. 2 hat im Einzelfall nach schriftlicher ärztlicher Anordnung zu erfolgen. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 5 kann die Anordnung auch durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen.

■ Dreijährige diplomierte Pflegekräfte:

§ 13. Der Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst

1. die pflegerischen Kernkompetenzen (§ 14),
2. Kompetenz bei Notfällen (§ 14a),
3. Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie (§ 15),
4. Weiterverordnung von Medizinprodukten (§ 15a),
5. Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam (§ 16),
6. Spezialisierungen (§ 17).

§ 14. (1) Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen die eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfes sowie Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess) in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen, die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege sowie die Pflegeforschung.

§ 41. (1) Die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege dauert drei Jahre und dient der Vermittlung der zur Ausübung des Berufes erforderlichen theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten.

(1a) Im Rahmen der Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege sind die in der Verordnung gemäß § 28 Abs. 3 festgelegten Fachkompetenzen, sozi-

alkommunikativen Kompetenzen und Selbstkompetenzen zu vermitteln.

(2) Die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege hat mindestens 4 600 Stunden in Theorie und Praxis zu enthalten, wobei mindestens die Hälfte auf die praktische Ausbildung und mindestens ein Drittel auf die theoretische Ausbildung zu entfallen hat.

(3) Die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt an Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege.

(4) An oder in Verbindung mit einer Krankenanstalt kann für Personen, die die neunte Schulstufe erfolgreich abgeschlossen haben, eine Vorbereitungsausbildung abgehalten werden, die der Vertiefung der Allgemeinbildung und der Vorbereitung auf die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege dient und nach den schulrechtlichen Vorschriften zu führen ist.

(5) Die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege kann auch in Form einer Teilzeitausbildung absolviert werden, sofern die Qualität und Kontinuität der Ausbildung gewährleistet ist.

Verkürzungen sind möglich bei vorherigen Assistenzbildungen bzw. Medizinischen Ausbildungen
Zehnjährige Schulbildung ist Voraussetzung bzw. Aufnahmeprüfung:

(2) Vom Nachweis gemäß Abs. 1 Z 3 kann die Aufnahmekommission (§ 55) in Einzelfällen absehen, wenn die Person, die sich um die Aufnahme bewirbt, das 18. Lebensjahr vollendet hat und ein solches Maß an Allgemeinbildung nachweist, das erwarten läßt, daß sie dem theoretischen und praktischen Unterricht zu folgen vermag.



Ambulante Caritas-Pflege in Linz

Wie in Deutschland gilt auch in Österreich der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Ziel der mobilen Dienste ist es somit, hilfs- und pflegebedürftigen Menschen ein weitestgehend selbstständiges Leben daheim zu ermöglichen. Die mobilen Dienste zählen zu den sozialen Diensten im Sinne des oberösterreichischen Sozialhilfegesetzes. Sie fallen in den Zuständigkeitsbereich der Regionalen Träger Sozialer Hilfe und finanzieren sich weit überwiegend aus öffentlichen Mitteln.

Die Beiträge für die Hauskrankenpflege und für die Betreuung und Hilfe werden nach dem Einkommen gestaffelt. Kund(inn)en mit einer Pflegestufe zahlen einen Aufschlag je nach Einkommensgruppe (Tarifgruppe). Der Antrag auf Zuteilung einer Pflegestufe wird beim jeweils zuständigen Sozialversicherungsträger eingereicht. Die Begutachtung erfolgt durch einen Arzt oder eine diplomierte Pflegefachkraft. Die abschließende Entscheidung auf Zuteilung einer Pflegestufe trifft der/die jeweils zuständige Richter(in) bzw. Jurist(in) oder die Behörde auf Grundlage des Sachverständigengutachtens. Die ambulante Pflege im Bundesland Oberösterreich erbringen 14 Anbieter. Es existiert eine Gebietszuweisung der einzelnen Leistungserbringer; die Versorgung deckt den Großraum Oberösterreich ab. Die mobilen Dienste bieten keine 24-Stunden-Rufbereitschaft und kein Notfalltelefon an (vgl. S. 7), stehen jedoch den Kund(inn)en am Wochenende und an Feiertagen zur Verfügung. Im Notfall wird auf die Rufhilfe – vergleichbar mit dem Hausnotruf in Deutschland – zurückgegriffen.

Mobiler Pflegedienst der Caritas

Die Caritas in Oberösterreich gliedert sich in vier Institute: Caritas für Menschen in Not, Caritas für Kinder und Jugendliche, Caritas für Betreuung und Pflege und Caritas für Menschen mit Behinderung. Im Institut Betreuung und Pflege sind rund 1000 Mitarbeitende beschäftigt, ca. 730 von ihnen in mobilen Diensten. Im mobilen Pflegedienst betreuen rund 420 Mitarbeitende 7300 Patient(inn)en. Er besteht aus 14 Stützpunkten und 18 Teams. Es sind multidisziplinäre Teams, denen diplomiertes Pflegepersonal, Fachsozialbetreuer(innen) für Altenarbeit, Heimhilfen, Zivildienstleistende, Ehrenamtliche und Mitarbeitende für die 24-Stunden-Betreuung und Alltagsbegleitung angehören. In Zusammenarbeit mit dem Land haben die mobilen Dienste einen Tätigkeitskatalog der einzelnen Berufsgruppen erarbeitet.³⁸

Zu den Angeboten der mobilen Pflegedienste zählen: Hauskrankenpflege, Fachsozialbetreuung Altenarbeit, Heimhilfe, Angehörigen-Entlastungs-Dienst, 24-Stunden-Betreuung, Alltagsbesuchsdienst und der Besuchsdienst durch Ehrenamtliche.

Die Hauskrankenpflege stellt die medizinische Betreuung der Kund(inn)en sicher, zu denen auch Menschen mit Beeinträchtigungen sowie Kinder zählen. Wie in Deutschland wird sie von einem Arzt/einer Ärztin verordnet und durch diplomiertes Pflegepersonal durchgeführt. Zu den weiteren Aufgaben der Hauskrankenpflege gehören fachkundige Beratung und die Organisation von Heilbehelfen und Pflegematerial. Das Tätigkeitsspektrum der Fachsozialbetreuer(innen) für Altenarbeit beinhaltet die Unterstützung der Kund(inn)en im psycho-sozialen Bereich, die Förderung des körperlichen Befindens (Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens) sowie die Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen nach Anweisung des diplomierten Pflegepersonals oder des Arztes.

Aufgabe der Heimhilfe ist die Unterstützung der Kund(inn)en im Haushalt und die Mithilfe bei ihrer persönlichen Lebensgestaltung und Selbstständigkeit im eigenen Zuhause.

Die Alltagsbegleitung wird nur im Großraum Linz angeboten und durch Zivildienstleistende erbracht. Diese unterstützen Kund(inn)en bei alltäglichen Erledigungen.

Der Besuchsdienst befindet sich noch im Aufbau und ist noch nicht flächendeckend. Er wird durch Ehrenamtliche geleistet.

In der 24-Stunden-Betreuung unterstützt die Caritas Familien bei der Vermittlung der Betreuungskräfte (s. S. 7). Sie unterstützt in administrativen Angelegenheiten, bietet regelmäßige Qualitätskontrollen an und fördert die Zusammenarbeit mit dem mobilen Dienst. Besitzt der Kunde mindestens die Pflegestufe 3, besteht die Möglichkeit einer zusätzlichen finanziellen Förderung zur 24-Stunden-Betreuung über einen Antrag beim Sozialministerium.

Regelmäßige Vernetzungstreffen der Professionen und Organisationen

Ein ständiger Austausch und die Bearbeitung von Schnittstellenproblematiken im ambulanten und stationären Sektor erfolgt viermal pro Jahr in einem Gremium aus Apotheker(inne)n, Krankenhaus- sowie Hausarzt(inn)en, Rettungsorganisationen, Leitungen der mobilen Dienste und weiteren Akteuren. Diese Treffen können als Nahtstellen-Management verstanden werden. Sie sollen die Vernetzung der einzelnen Organisationen und Einrichtungen unterstützen und Versorgungslücken schließen helfen. Zudem existiert im Land Oberösterreich durch Kooperation des ambulanten mit dem stationären Sektor die Koordination für Betreuung und Pflege. Diese dient der Organisation und Planung einer dem Bedarf entsprechenden Pflege und Betreuung. Zu deren Aufgabe gehören beispielsweise die

Sicherstellung des Zugangs Hilfs- und Pflegebedürftiger zu bedarfsgerechten Leistungen, die Mitwirkung bei der Sozialplanung, Prozessoptimierung und Netzwerkarbeit.

Betreubares Wohnen

Im Betreubaren Wohnen (s. S. 7) sollten die Bewohner(innen) sich und ihre Wohnung zum Zeitpunkt des Einzugs selbstständig versorgen können. Zeichnet sich im Verlauf ein Hilfs- und Betreuungsbedarf ab, kann zusätzlich ein mobiler Pflegedienst eingeschaltet werden. Ist diese Versorgungsart nicht mehr ausreichend, ist meist ein Umzug in ein angrenzendes Seniorenheim organisierbar.

Jede Wohnanlage des Betreubaren Wohnens verfügt über einen festen Ansprechpartner. Dieser informiert zu weiteren Serviceleistungen (z.B. Essens-Service, Reinigungsdienst, Organisation mobiler Pflegedienste) und pflegt die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte sowie das Miteinander der Mieter(innen) beispielsweise durch Organisation kleinerer Feiern.

Bei Einzug ist die Anmeldung einer Rufhilfe verpflichtend. Die Kosten für das betreubare Wohnen setzen sich aus der Betreuungspauschale für den Ansprechpartner, Rufhilfe, Miete und den einzelnen, individuell benötigten Service-Leistungen zusammen. Je nach Einkommenssituation des Bewohners ist es möglich, Wohnbeihilfe zu beziehen.

Bemerkenswert

■ Die Arbeit der Caritas in der 24-Stunden Pflege erweist sich als sehr erfolgreich. Sie erhöht die Sicherheit für den Kunden in seinen Alltagsvollzügen und verbessert die ambulante Versorgung.

■ Von Vorteil ist die finanzielle Förderung der 24-Stunden-Hilfe. Sie unterstützt den Vorsatz „ambulant vor stationär“. Eine kritische Betrachtung der Regelung sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden (mögliche Sprachbarriere der Betreuungskräfte, Trennung der ausländischen Betreuungskräfte von der eigenen Familie, mögliche Missachtung der Arbeitszeiten, Deprofessionalisierung der Pflege).

■ Die Vielzahl an ambulanten Pflegediensten in Deutschland – ohne die in Österreich existierende Gebietszuteilung – erschwert oftmals die Suche für die Kund(inn)en. Andererseits haben die deutschen Kund(inn)en im Gegensatz zu den Pflegebedürftigen in Österreich und ihren Angehörigen somit volle Freiheit in der Wahl ihres ambulanten Pflegedienstes, was ihre Eigenständigkeit begünstigt.

Stationäre Altenhilfe in Linz

Mit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ im österreichischen Pflegesystem geht lässt sich auch die Anzahl und Verteilung der Mitarbeiter(innen) der Caritas Oberösterreich erklären. Im Bereich der mobilen Familien- und Pflegedienste sind 728 Mitarbeitende beschäftigt. Sie versorgen insgesamt rund 7300 Menschen. Im Vergleich hierzu werden durch die 339 Mitarbeiter(innen) in den vier Seniorenwohnhäusern der Caritas rund 360 Menschen pflegerisch versorgt. Diese Zahlen belegen, dass durch ambulante Pflege insgesamt mehr Personen versorgt werden können. Trotzdem besteht bei einigen Personen aufgrund ihrer sehr starken Pflegebedürftigkeit und fehlender Unterstützungen aus familiären Strukturen zum Teil der Bedarf an einem stationären Heimplatz.

Im Folgenden werden ausgewählte Grundstrukturen der stationären Altenhilfe vorgestellt, ebenso das Konzept der Mäeutik und deren Einsatz in der Pflege.

Stationäre Einrichtungen

Die stationäre Altenhilfe in Linz wird hauptsächlich durch kirchliche Anbieter betrieben. Erst in der letzten Zeit fassen auch private Anbieter Fuß. Der pflegerische Alltag läuft in Österreich und in Deutschland in den gleichen Grundstrukturen für die Bewohner(innen) ab; die Tagesstruktur ist sehr ähnlich. Wie in Deutschland verfügen einige Linzer Einrichtungen über eine integrierte Tagespflege für interne und externe Pflegebedürftige. Außerdem gibt es in einem Seniorenwohnhaus einen Wohnbereich, der ausschließlich auf die Versorgung von Beatmungspatient(inn)en ausgelegt ist. Dieses Altenheim verfügt zusätzlich über einen Wohnbereich, der speziell für Menschen mit Demenz eingerichtet ist.

Momentan ist der Personalschlüssel in den Altenpflege-Einrichtungen besser als in Deutschland. Dies liegt an der hohen Kostenübernahme durch die öffentliche Hand. Jedoch sind in diesem Bereich deutliche Kürzungen geplant, die zum Zeitpunkt der Hospitation für die Heimleitungen noch nicht abzu-sehen waren. In einem der Altenheime wurde berichtet, dass es eine Möglichkeit gibt, die Arbeitszeiten individuell zu gestalten und damit auch für eine Entlastung der Mitarbeiter(innen) zu sorgen. Dieses Altenheim bietet beispielsweise Dienste an, die um 7.00 Uhr beginnen und um 20.30 Uhr enden. In dieser Zeit ist eine Mittagspause von 1,5 Stunden enthalten, welche die Mitarbeiter(innen) im stationären Ruhezimmer bzw. Pausenraum verbringen können; sie können aber auch das Altenheim für diesen Zeitraum verlassen. Durch diese langen Schichten wird erreicht, dass Pflegekräfte in Vollzeit nur vier Tage in der Woche arbeiten müssen. Dadurch ergibt sich eine längere freie Zeit, die



dem Ausgleich zum Beruf dienen kann. Ist es Mitarbeitenden nicht möglich, so lange am Stück zu arbeiten, werden sie in normalen Früh- und Spätschichten eingeplant.

In Oberösterreich gibt es eine Vielzahl von Ehrenamtlichen, die in allen sozialen Bereichen eine große Unterstützung für die professionell Pflegenden darstellen. Sie können unter anderem die Pflegekräfte in den Seniorenwohnhäusern durch Besuchsdienste und damit Beschäftigung für die Bewohner(innen) entlasten. Besonders intensiv werden auch Jugendliche für einen Freiwilligen-Pool geworben. Diese übernehmen ehrenamtlich beispielsweise in Wohngruppen für Menschen mit psychischen Erkrankungen Nachtdienste und entlasten somit das dortige Pflegepersonal. Dieser Bereich sollte im deutschen Gesundheitssystem unter anderem über eine vermehrte Öffentlichkeitsarbeit ausgebaut werden, um die verfügbaren Ressourcen besser zu nutzen. Dies könnte zum Beispiel im Rahmen gezielter Projekte zur Gewinnung Ehrenamtlicher beworben werden.

Mäeutik-Konzept wird umgesetzt

Insbesondere in den stationären Altenhilfeeinrichtungen Oberösterreichs kommt das Konzept der *Mäeutik* intensiv zum Einsatz. Der Begriff Mäeutik bedeutet Hebammenkunst.

In den 1990er Jahren wurde das dazugehörige „Mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell“ von der niederländischen Pflegewissenschaftlerin Cora von der Kooij besonders für die Arbeit mit Menschen mit Demenz entwickelt. In diesem Modell steht der Bewohner mit seinem Erleben, seinen Gefühlen, Bedürfnissen, Ängsten und Anforderungen im Vordergrund. Der Schwerpunkt liegt darauf, die Ressourcen der Bewohner(innen) zu erkennen und zielgerichtet für ihr Wohlbefinden einzusetzen. Als besonders positiv sind folgende Instrumente hervorzuheben: die Zielvereinbarungsgespräche, der Beobachtungsbogen und die Bewohnerbesprechungen.

Die **Zielvereinbarungsgespräche** werden mit jedem Bewohner mindestens einmal im Jahr geführt. In diesem Rahmen können die Bewohner(innen) äußern, welche Ziele sie selber verfolgen, und es können gemeinsam Überlegungen zum Erreichen der Ziele angestellt werden.

Der **Beobachtungsbogen** wird nach dem Einzug des Bewohners im Wohnbereich ausgelegt. Dadurch haben alle Pflegekräfte die Möglichkeit, ihre Beobachtungen zum Bewohner, seinem Verhalten und auch seinen Ressourcen einzutragen. Außerdem wird ein großer Schwerpunkt auf die positiven Kontaktmomente gelegt, die zwischen Bewohner(in) und Pflegepersonal stattfinden.

Eine **Bewohnerbesprechung** auf Basis der Informationen aus Zielvereinbarungsgespräch und Beobachtungsbogen organi-

siert die jeweilige Bezugspflegekraft mindestens einmal im Jahr und zusätzlich bei starken Veränderungen des Allgemeinzustandes. Sie lädt ungefähr fünf Pflegekräfte aus dem Wohnbereich ein, um gemeinsam die gewonnenen Erkenntnisse zu besprechen und pflegerische Handlungsempfehlungen abzuleiten. Diese werden für die weitere Planung schriftlich festgehalten.

Insgesamt werden mit Hilfe dieses Modells positive Ergebnisse für die Bewohner(innen) erreicht, da deren Ressourcen und nicht ihre Probleme im Mittelpunkt stehen. Der Personalaufwand ist höher als nach dem deutschen System, aber es wird ein Schwerpunkt auf den Austausch über und mit den Bewohnern gelegt – das ist besonders positiv für die Zufriedenheit von beiden Seiten hervorzuheben.

Bemerkenswert

- == Individuellere Arbeitszeitmodelle (wie beispielsweise 10-Stunden-Dienste) für die Mitarbeiter in den stationären Altenhilfeeinrichtungen zur Personalgewinnung und zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit.
- == Zu empfehlen ist die Förderung des Ehrenamtes in Deutschland insbesondere für den Einsatz in der stationären Altenhilfe durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit, sowohl übergreifend als auch auf Ebene der einzelnen Altenhilfe-Einrichtung.
- == Ansätze des Mäeutik-Konzepts sollten in den Pflegealltag und die Pflegeausbildung in Deutschland integriert werden, um dessen positive Auswirkungen auf die Bewohner(innen) und die Pflegekräfte zu erzielen.

>> Im weithin umgesetzten mäeutischen Konzept steht der einzelne Bewohner mit seinen Gefühlen und Bedürfnissen im Vordergrund. <<

Anmerkungen

1. www.foerderportal.at/pflegegeld-oesterreich/
2. In Österreich wird aufgrund eines Antidiskriminierungsgesetzes nicht mehr von Patienten, Bewohnern, Klienten, sondern von Kunden gesprochen.
3. www.fgoe.org
4. Vgl. z.B. Favry, E., Hiess, H. et al.: Daseinsvorsorge im ländlichen Raum. Erkenntnisse aus einem Forschungsprojekt in der burgenländischen Gemeinde Markt Neuhodis. Wien, 2006, S. 5; Download: http://epub.wu.ac.at/3665/1/npo-institut_daseinsvorsorge_im_laendlichen-raum.pdf
5. Favry E., Hiess H. (2008): Informationen zur Raumentwicklung. Infrastrukturen der Daseinsvorsorge in Österreichs ländlichen Gebieten, 2008, S. 64–68. Download: www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/IzR/2008/1_2/Inhalt/DL_favryhiess.pdf?__blob=publicationFile&v=2
6. Favry E., Hiess H. (2008): a.a.O.
7. Ebd.
8. www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/360/Seite.360594.html
9. www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/360/Seite.1210100.html
10. www.50plus.at/aph/wohnen-im-alter.htm
11. www.land-oberoesterreich.gv.at/18786.htm
12. www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/360/Seite.1210100.html
13. www.land-oberoesterreich.gv.at/22928.htm
14. www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/360/Seite.1210100.html
15. www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/24_Stunden_Betreuung/
16. www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/360/Seite.360595
17. www.land-oberoesterreich.gv.at/22982.htm
18. www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/24_Stunden_Betreuung/
19. www.land-oberoesterreich.gv.at/127782.htm
20. www.land-oberoesterreich.gv.at/27238.htm
21. www.50plus.at/aph/wohnen-im-alter.htm
22. <http://portal.linz.gv.at/Serviceguide/viewChapter.html?chapterid=121515>
23. www.land-oberoesterreich.gv.at/18783.htm
24. www.caritas-linz.at/fileadmin/storage/oberoesterreich/seniorinnen/informationsblatt_betreibbare_wohnformen.pdf
25. www.land-oberoesterreich.gv.at/18783.htm
26. In allen Qualifikationen, in denen das Wort „Arbeit“ vorkommt, ist die Qualifikation zur Pflegeassistentin inkludiert.
27. Zum Beispiel Einsätze in der Hauskrankenpflege, im Sanitätsdienst oder in Behindertenwerkstätten.
28. Gesundheits- und Krankenpflege, Palliativpflege, Pflege alter Menschen und Hauskrankenpflege.
29. Bestehend aus einem/einer Vertreter(in) der Landessanitätsbehörde, der Leitung der Ausbildung, einer medizinisch-wissenschaftlichen Begleitung (in der Regel Arzt oder Ärztin), einem/einer Vertreter(in) der Personalvertretung und einem/einer Vertreter(in) des Rechtsträgers. Zukünftig entfällt die medizinisch-wissenschaftliche Begleitung.
30. Allerdings sorgt dieser Vorteil für eine erschwerte Stundenplanung, da die Lehrenden auch im Dienstplan der jeweiligen Arbeitgeber eingeplant sind. Somit müssen nicht nur die Schulleitungen, sondern auch die Lehrer(innen) und die Arbeitgeber in der Praxis flexibel sein.
31. BMUKK-21.635/0008-III/3a/2012, PrivSchG, BGBl. Nr. 244/1962 idgF, in: Schule für Sozialbetreuungsberufe, Organisationsstatut – Neufassung 2012. Download: www.bmb.gv.at (Suchbegriff: sob_neufassung).
32. Für die Begleitung des Fachprojektes wählt der/die Schüler(in) eine(n) Lehrer(in) aus dem Kreis jener, die in der Klasse unterrichtet haben. Es gilt das Prinzip der Einvernehmlichkeit. Können sich der Schüler und der Begleiter über das Fachprojekt nicht einigen, entscheidet die Schulleitung. Siehe Prüfungsordnung Anlage 3, 1. Abschnitt, §§ 2,3, in: Schule für Sozialbetreuungsberufe Organisationsstatut, a.a.O.
33. Vgl. Sonderausbildung Lehraufgaben gem. §71GuKG, BGBl. 108/1997.
34. Siehe GuK-WV, BGBl. 11 Nr. 453/2006.
35. www.fhv.at/studium/gesundheits-und-pflege/pflegeausbildung-neu-in-oesterreich/
36. Alle beispielhaft aufgeführten Tätigkeiten der drei Pflegeberufe entstammen dem „Pocketguide zu den Neuerungen in der Pflege – Wer darf was?“, herausgegeben vom Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband.
37. www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026
38. Vgl. Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Sozialabteilung (Hg.): Richtlinien zur Förderung professioneller sozialer Dienste in Oberösterreich. Hauskrankenpflege – mobile Betreuung und Hilfe. Linz, 2006, S. 10ff. Download: www.land-oberoesterreich.gv.at (Suchbegriff: 01.05.2006).

IMPRESSUM

Redaktion und Satz: Projektbüro Demografie-Initiative
Klemens Bögner (verantwortlich)

Deutscher Caritasverband e.V.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg,
E-Mail: initiative@caritas.de,
Tel. 07 61/2 00-668

Altenhilfe des Landes Tirol

Der demografische Wandel, eine Herausforderung der westlichen Staaten, macht auch vor der Alpenrepublik Österreich nicht halt. Statistische Hochrechnungen zeigen dort die gleiche Entwicklung wie beispielsweise in Deutschland. Das Erasmus+ Projekt machte erfahrbar, wie Politik und Gesellschaft sich auf gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen einstellen.

Bei unserem Hospitationsbesuch bekamen wir Gelegenheit, in die verschiedenen Bereiche der Altenhilfe des Landes Tirol

Die Kommunalstruktur erstreckt sich in diesem Teil von Tirol über das gesamte Ötztal, von Haiming bis Sölden. Die erwähnte Prognoserechnung ergab in diesem Gebiet einen Gesamtbedarf von 80 Pflegeheimplätzen. Die politischen Gemeinden entschieden sich dafür, die Plätze zu teilen und zwei Seniorenheime zu errichten: eines in Haiming und eines in Ötz. Damit ist die Einbindung der Bewohner in ihr geografisches und soziales Umfeld auch nach dem Heimeinzug besser zu gewährleisten. Es



Eine Hospitationsgruppe besuchte vom 20. bis 24. Februar 2017 die Caritas der Diözese Innsbruck (Caritas Tirol) und einige ihrer Vernetzungspartner.

>> Der demografische Wandel macht auch vor Österreich nicht halt. Wie die dortigen KollegInnen damit umgehen, ließ Erasmus+ für uns greifbar werden. <<

Einblick zu nehmen. Dabei zeigten sich einige Parallelen zu uns Bekanntem, aber auch Verschiedenheiten.

Wie wir vor Ort erfuhren, sieht es der Staat Österreich als primäre Aufgabe, die Versorgung von alten und pflegebedürftigen Menschen jetzt und in der Zukunft zu sichern. Dies tut er durch Hochrechnungen über die zu erwartende Bedarfsentwicklung für einen Zeitraum von 10 Jahren: Diese Zahlen dienen als Grundlage für die Planungs- und Versorgungsstruktur im Altenhilfe-Sektor. Die Umsetzung verantwortet die jeweilige Kommune: Sie hat die Pflicht, die Versorgung der Bürger in Wohnortnähe zu organisieren. Dies betrifft sowohl den stationären als auch den ambulanten Bereich der Altenhilfe.

Während unseres Aufenthalts hatten wir Gelegenheit, verschiedene Senioreneinrichtungen kennenzulernen. Am Beispiel des vollstationären Seniorenheims in Ötz lässt sich die Reichweite der Umsetzung und Handhabung der Versorgungsvorgänge gut aufzeigen.

entstanden also zwei Einrichtungen mit jeweils 40 Heimplätzen. Das Haus in Ötz liegt etwas abseits der Hauptstraße, ein zweistöckiger moderner Bau, der sich gut in den Ortsteil einfügt. Eingebunden ist er in ein Schulzentrum mit angeschlossenem Kindergarten. Die räumliche Nähe zwischen Alt und Jung ist eine Beobachtung, die wir bei fast allen besuchten Einrichtungen machen konnten. Betreiber der Einrichtung ist SeneCura, ein privater Anbieter mit insgesamt 59 Pflegeeinrichtungen in Österreich. Die Ausstattung entspricht neuesten Anforderungen und vermittelt eine überaus wohnliche Atmosphäre. Die Bewohnerzimmer sind über die zwei Stockwerke in zwei Stationen unterteilt.

Das Personal setzt sich aus der Gruppe der Krankenschwestern/-pfleger und Pflegehelfer(inne)n zusammen. Anders als in Deutschland gibt es keine zwingend vorgegebene Fachkraftquote. Deshalb kann man die prozentuale Verteilung der Professionen durchaus als Qualitätsmerkmal dieses Hauses betrachten.

Insgesamt vermittelte das Haus einen sehr offenen und ruhigen Charakter. Ein Haus zum Wohlfühlen.

Ältere Bewohner mit und ohne Pflegebedarf

Das Seniorenheim Nothburga in Innsbruck ging aus einem vormals von einem Orden geführten Wohnheim für ältere Dienstmädchen hervor. Das Haus bezeichnet sich selbst als Altenwohn-/Pflegeheim mit betreutem Wohnen. Diese Mischung aus Bewohner(inne)n mit und ohne Pflegebedarf war bereits beim Betreten der Eingangshalle augenscheinlich, denn es gab hier regen Publikumsverkehr. Auch der im Erdgeschoss liegende große, gemütliche Speisesaal trägt dem Rechnung. Bei unserer Führung durch das Haus zeigte sich uns auch hier ein sehr geschmackvoll eingerichtetes modernes Pflegeheim.

Anders als in Deutschland üblich, gibt es hier keine festen Tagesgruppen mit ganztägigem Programm. Täglich werden stationsübergreifend Aktivitäten wie Singen, Vorträge etc. angeboten. Eine Besonderheit dieses Hauses ist die integrierte Tagespflege in der „Nothburgastube“.

Hier werden an fünf Tagen in der Woche tagsüber maximal acht Gäste betreut. Die Bedürfnisse der Gäste stehen hier in vorderster Linie, d.h. das Tagesprogramm wird täglich neu ausgehandelt. Grundsätzlich können die Gäste auch an den Angeboten des Hauses teilnehmen.

Sozialzentrum mit breiter Angebotspalette

Eine konzeptionelle Besonderheit stellt das Sozialzentrum in Schwaz dar, mit seiner Vielschichtigkeit der Angebote:

- altersgerechte Wohnungen mit betreutem Wohnen
- Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderung
- Wohnraum für junge Familien
- Sprengel
- Familienpflege
- Tagespflege
- Mittagstisch in der Gaststätte
- Kindergarten.

Es gibt viele Berührungspunkte unter den Bewohner(inne)n des Hauses – dies fördert auch die halbtags angestellte Hausleiterin. Auch bestehen rege Kontakte nach außen mit gemeinsamen Aktionen. Der große Mehrzweckraum wird von Vereinen aus dem Ort mit benützt.

In den Räumen des *Sprengels* gaben uns die Geschäftsführung und die Pflegedienstleitung einen kurzen Einblick in ihren Arbeitsbereich. Die Bezeichnung *Sprengel* ist dem uns bekannten Begriff Sozialstation gleichzusetzen. Der Betreiber eines

Sprengels ist jedoch immer die Kommune. Das Aufgabengebiet ist identisch mit der ambulanten Pflege in Deutschland. Die erbrachten Leistungen werden über die Krankenkassen oder privat über das Pflegegeld mit den Klient(inn)en abgerechnet. Als besondere Herausforderung ist deren oftmals sehr abgelegene Wohnlage in Bergdörfern oder auf Einzelhöfen zu sehen.

Bemerkenswert

■ Insgesamt lässt sich sagen, dass die verschiedenen Bereiche der Altenhilfe auch in unserem Nachbarland vertreten sind. Den größten Dienstleister stellt dabei die ambulante Versorgung dar. Im stationären Bereich gibt es durch die klaren Vorgaben der Behörden eine wesentlich überschaubarere Angebotslandschaft als hier in Deutschland.

■ Die Problematik der Personalgewinnung ist hier wie dort die gleiche. Wobei die Situation in Österreich sich dadurch unterscheidet, dass es zu wenig ausgebildete Pflegehelfer(innen) gibt und zu wenig Pflegefachpersonal in die Altenpflege möchte.

■ Auch die Finanzierung von Leistungen der Langzeitpflege stellt sich ähnlich defizitär dar. Das Pflegegeld (s. S. 5) reicht in der Regel nicht aus für die Heimkosten bzw. um sich die nötigen Leistungen der ambulanten Pflege zu kaufen. In diesen Fällen muss der/die Betroffene privat zuzahlen. Sollte dies nicht möglich sein, übernimmt das Land die Differenz.

■ Insgesamt ergab sich der Eindruck, dass die Rahmenbedingungen bezüglich externer Prüfungen weiter gefasst sind als in Deutschland. Somit haben die Akteure einen größeren Gestaltungsspielraum. Das Bild des „alten Menschen“ ist hier auch noch mehr von Theorien des Rückzugs und dem Wunsch nach Ruhe geprägt.

■ Eine Erkenntnis, die uns durch die Gespräche mit den Verantwortlichen vor Ort kam, war der hohe Stellenwert des Berufes *Altenpfleger(in)*. Während dieser für uns eine Selbstverständlichkeit darstellt, ist er in Österreich unbekannt und ruft Erstaunen und Bewunderung hervor. Dieser speziell auf die Erfordernisse des Alters und der Langzeitpflege ausgerichtete Beruf trägt den Bedürfnissen der Klient(inn)en und der zu erwartenden gesellschaftlichen Entwicklung in besonderer Weise Rechnung. Wir wurden gefragt, warum unser Land diese Qualifikation nicht weiter bei behalten wolle.



Pflegeassistenten in stationären Tiroler Einrichtungen

Grundprinzip sollte es sein, dass Beschäftigte in der Alltagsbegleitung die Mitarbeitenden in der Pflege entlasten und sie unterstützen. Die Berufsgruppe der Alltagsbegleiter(innen) führt keine pflegerischen Tätigkeiten aus. In Österreich gibt es das in Deutschland geläufige „Berufsbild“ des Alltagsbegleiters nicht.

Das entsprechende Arbeitsfeld in stationären Einrichtungen der Altenpflege gestaltet sich in Deutschland völlig unterschiedlich; vor allem unterscheidet sich die Ausbildung von Bundesland zu Bundesland. An einer einheitlichen Ausbildung mit dementsprechend gleichwertigen Qualifikationsabschlüssen sollte in Deutschland gearbeitet werden. Es gibt dort Ausbildungen bzw. Kurse zum Alltagsbegleiter, die mit einem Zertifikat nach sechs Wochen abschließen, aber ebenso auch Ausbildungen/Kurse, die nach sechs Monaten mit einer Prüfung enden. Diese Ausbildungen befähigen dazu, vor allem ältere, hilfebedürftige, insbesondere am demenziellen Syndrom erkrankte Menschen in ihrer Tagesstruktur bzw. Beschäftigung tagsüber zu begleiten. Sicher kann man aber in ein paar Wochen nicht den richtigen Umgang mit Menschen erlernen, die an einem demenziellen Syndrom erkrankt sind. Meist sind Mitarbeitende der Alltagsbegleitung im Rahmen einer Umschulung aus völlig anderen Berufsbildern gekommen.

Im Gegensatz zu Deutschland gibt es in Österreich die Ausbildung zum *Pflegeassistenten*. Sie umfasst vier Semester an einer Schule für Pflegeberufe und beinhaltet pflegerische sowie Sozialbetreuungselemente. Ihr Abschluss befähigt zur Durchführung von Sozialbetreuungselementen wie z.B. Beschäftigungsangeboten sowie von grundpflegerischen Tätigkeiten wie z.B. Unterstützung bei der Körperpflege oder Anreichen von Speisen und Getränken. Nicht erworben wird hingegen die Qualifikation für behandlungspflegerische Tätigkeiten wie z.B. Wundversorgungen, Medikamente reichen etc.

In den von uns besuchten Einrichtungen der stationären Altenhilfe ließen sich nur wenige geplante aktivierende / tagesstrukturierende Angebote für die Bewohner(innen) feststellen. Oftmals waren die Pflegeassistent(inn)en, die eigentlich für diese Aufgabe da sein sollten, von Dienstbeginn bis Dienstende mit pflegerischen Tätigkeiten beschäftigt.

Im Gegensatz dazu gibt es auch in stationären Einrichtungen Abteilungen, die Tagesbetreuung für ältere Menschen anbieten, welche einen besonderen Betreuungsbedarf haben, jedoch zu Hause leben und meist von ihren Angehörigen versorgt werden. Diese Abteilungen der Tagespflege arbeiten autonom, d.h. sie werden unabhängig von der Organisation

„Wegbegleiter“ für pflegende Angehörige

Im Rahmen der Hospitation in Tirol wurde immer wieder der Begriff „Wegbegleiter“ genannt, der nicht mit dem deutschen „Alltagsbegleiter“ zu verwechseln ist. Eine Koordinatorin von Wegbegleiter(inne)n machte die grundsätzlichen Unterschiede klar: Wegbegleiter arbeiten grundsätzlich ehrenamtlich. Sie führen keine pflegerischen Tätigkeiten durch, sondern begleiten pflegende Angehörige im häuslichen Bereich, schenken ihnen Entlastungszeiten und informieren über Entlastungsangebote. Sie organisieren zudem Austauschtreffen für pflegende Angehörige und nicht zuletzt: können sie ihnen einfach mal zuhören.

Da 80 bis 85 Prozent aller pflegebedürftigen Menschen in Tirol noch zu Hause oder bei den Angehörigen leben, ist diese Form von Hilfe wichtig und sinnvoll.

der Einrichtung geführt und auch finanziert. Die Einrichtungen stellen lediglich die Räumlichkeiten zur Verfügung. Die Finanzierung läuft über die jeweiligen Pflegestufen, ergänzt um einen Eigenanteil sowie eventuell Zuschüsse des Landes Tirol.

Die Tagespflege ist sehr beliebt, da pflegende Angehörige entlastet werden und die pflegebedürftigen Menschen noch zu Hause leben können. Die Mitarbeitenden der Tagespflege sind meist diplomierte Pflegeassistent(inn)en mit Zusatzausbildung Sozialpädagogik; sie sind nicht für pflegerische Tätigkeiten zuständig.

Benötigen pflegende Angehörige Hilfe in Bezug auf grund- bzw. behandlungspflegerische Tätigkeiten, können sie mobiles Fachpersonal von einem sogenannten Sprengel – vergleichbar der deutschen Sozialstation – hinzuziehen.

Offensichtlich ist das Ehrenamt im ländlichen Tirol, zumindest in der älteren Bevölkerungsgruppe, noch sehr stark – es gehört zum guten Ton. Jedoch sind der Koordinatorin des Ehrenamtes zufolge auch dort die Zahlen der ehrenamtlich Tätigen sehr rückläufig.

Bemerkenswert

 Positiv am *Pflegeassistenten* ist die intensive und längere Ausbildung in Pflege und Sozialbetreuung. Allerdings fehlt in der Praxis oft die Zeit für Sozialbetreuungsaufgaben.

Alltagsbegleiter in Deutschland hingegen sind nur für Sozialbetreuung / tagesstrukturierende Maßnahmen zuständig, aber oft unzureichend ausgebildet.

SOB Tirol: Fachschule für Sozialbetreuungsberufe

Am letzten Tag der Hospitation stand der Besuch der Schule für Sozialbetreuungsberufe auf dem Programm. Die SOB ist eine Schule des Landes Tirol, die Lehrergehälter werden allerdings über den Bund finanziert. Die Schule bietet Ausbildungen auf dem Niveau der Fachausbildung und der Diplombildung in Sozialbetreuungsberufen an. Diese Berufe ergänzen das Angebot der GuK. Absolventen der Ausbildungen arbeiten mit der GuK gemeinsam in den Bereichen der Alten- und Behindertenarbeit. Einrichtungen, in denen Absolventen der SOB Tirol arbeiten, waren Thema der Hospitationen an den vorhergehenden Tagen.

Die Ausbildung in den Betreuungsberufen scheint nach dem oben Gesagten modularisiert zu sein – dem ist aber nicht so. Sie ist durchlässig nur innerhalb einer Spezifikation, das heißt, die Auszubildenden müssen sich gleich zu Beginn entscheiden, in welche Richtung sie gehen und welchen Abschluss sie erwerben wollen.

Die Ausbildung wird in Voll- oder in Teilzeit berufsbegleitend mit zwei Schultagen in der Woche angeboten. Insgesamt sind fünf Praktika zu absolvieren. Die Auszubildenden der SOB erhalten kein Ausbildungsentgelt; die Semestergebühr beträgt 180 Euro, darin sind alle Schulungsunterlagen und Bücher enthalten. Die Förderung über eine Stiftung kann beantragt werden. Es gibt folgende Ausbildungsinhalte, die die möglichen Tätigkeitsbereiche abdecken:

- Altenarbeit
- Behindertenarbeit
- Behindertenbegleitung
- Familienarbeit

Der theoretische Ausbildungsanteil des Fachabschlusses beträgt 800 Stunden, hinzu kommt der gleiche zeitliche Aufwand für Praktika. Erfolgt die Ausbildung mit dem Diplommodul im fünften und sechsten Semester, kommen nochmals 800 Stunden theoretische Ausbildung in Sozialbetreuung hinzu.

Es handelt sich um eine staatlich anerkannte Ausbildung.

Die Fachausbildung in den Betreuungsberufen wird nach vier Semestern mit einer Prüfung abgeschlossen. In den Bereichen Altenarbeit, Behindertenarbeit und Familienarbeit ist in den Fachabschlüssen das Modul der Pflegeassistenz enthalten.

Arbeitsbereiche für Diplom Sozialbetreuer sind z. B. Leitungsfunktionen in Tagesstätten, etwa für Menschen, die an Demenz erkrankt sind, wie die von uns besuchte Nothburgastube in Innsbruck.

Bemerkenswert

■ Seit Einführung der Stufung der Ausbildung in ein-, zwei- und dreijährige Abschlüsse ist eine Anhebung der Kompetenzen zu beobachten.

■ Fraglich ist allerdings, wie viele dreijährig Diplomierte pro Einrichtung eingestellt werden, da sehr viele Positionen auf die zweijährig Ausgebildeten übertragen wurden. In Gesprächen wurden Bedenken geäußert, die Arbeitsmöglichkeiten für diplomiertes Pflegepersonal und diplomierte Betreuungsassistent(inn)en könnten abnehmen, was wiederum eine Absenkung des Niveaus der diplomierten Ausbildung bedingen könnte.

■ An der SOB wurde erwähnt, dass die Unterstützung der Auszubildenden durch die Praxiseinrichtungen oft nur die (Fach-)



Beim Besuch des Mehrgenerationenhauses in Flintsbach am Inn kamen die Besucherinnen aus Deutschland auch mit den Senior(inn)en des Hauses ins Gespräch.



Assistenzausbildung betrifft. Eine Unterstützung bis zum Diplom sei teilweise schwierig.

■ Wünschenswert wäre neben der Perspektive der Praktiker(innen) in den Einrichtungen auch ein wissenschaftlich-kritischer Vergleich – seitens Pflegepädagog(inn)en und Didaktiker(inne)n an Hochschulen – zwischen Absichten und ihrer Umsetzung.

Daseinsvorsorge am Beispiel der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft

Im Jahr 1992 wurde die „Tiroler Hospiz-Gemeinschaft“ (THG) als Tochterverein der Tiroler Caritas offiziell gegründet. Die Arbeit begann mit einem kleinen mobilen Hospizteam für die Betreuung und Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen zu Hause. Von Beginn an war ein wichtiger Grundgedanke, eine Kombination aus hauptamtlichen Mitarbeiter(inne)n aus Pflege und Medizin und ehrenamtlich Mitarbeitenden einzusetzen. Im Jahr 1998 eröffnete die THG die Hospiz- und Palliativstation in Innsbruck mit acht Betten. Die Bettenzahl stieg bis 2007 auf 14. Heute ist die THG ein eigenständiger Verein mit 69 hauptamtlich und 226 ehrenamtlich Mitarbeitenden (www.hospiz-tirol.at und THG-Jahresbericht 2015).

Ein herausragendes Merkmal der THG ist, dass die gesamte Palliativ- und Hospizversorgung in Tirol durch einen Anbieter erfolgt. Somit kommt es zu einer sehr professionellen Dienstleistung mit sehr breiten Unterstützungsangeboten, darunter:

Hospiz-Palliativstation

Mobiles Palliativteam (Großraum Innsbruck)

Ehrenamtliche Hospizgruppen

Bildungsangebote für Hospiz- und Palliativpflege.

Hospiz-Palliativstation: Umfasst wie oben beschrieben 14 Betten auf zwei Etagen. Von Beginn an wurden die Bereiche Palliativ und Hospiz nicht getrennt. Dies ist in Tirol einfacher als in Deutschland, da es für die Bereiche keine unterschiedlichen Kostenträger gibt.

Mobiles Palliativteam: Das mobile Palliativteam betreut die Patienten im ambulanten Bereich, aber auch in Einrichtungen und zum Überleitungsmanagement im Krankenhaus. Es besteht aus sechs Vollzeitstellen im Pflegebereich, 1,2 ärztlichen Stellen sowie Sozialarbeitern und Seelsorge. Ihre Aufgaben sind:

- Brückengespräche mit Patient und Arzt bzw. Krankenhaus
- Bedienung von Schmerzpumpen
- Behandlung schwieriger Symptome
- Beratung bei schwierigen Entscheidungen, bei Organisation und Planung der Betreuung
- Begleitung der Angehörigen und Trauernden
- 24 Stunden Rufbereitschaft für Innsbruck durch das mobile

Team und für die Region durch die Versorger vor Ort. Es gibt aber einheitliche Telefonnummern für alle Belange. Die Mitarbeiter koordinieren die Anfragen zentral.

Ehrenamtliche Hospizgruppen: In Tirol gibt es eine hohe Rate an ehrenamtlichem Engagement. Verschiedenste Akteure, u.a. der Caritasdirektor, berichteten von einer Quote von über 50 Prozent der Erwachsenen, die sich in Tirol ehrenamtlich engagieren. So gibt es in Tirol 19 ehrenamtliche Hospizgruppen verteilt über ganz Tirol. Im Jahr 2016 wurden so 34.000 Stunden Ehrenamt erbracht. Alle Ehrenamtlichen werden geschult (s. Punkt d.). Ihre Aufgaben sind:

- Begleitung und Betreuung von Betroffenen
- Begleitung und Betreuung von Angehörigen
- Trauerbegleitung

Die Betreuung erfolgt in den unterschiedlichsten Settings: ambulant, im Heim, im Krankenhaus und auf der Palliativ- und Hospizstation.

Bildungsangebote für Hospiz- und Palliativpflege: Das Bildungsangebot besteht aus mehreren Säulen, die von dem Bildungsreferat der THG und anderen externen und internen Dozenten der verschiedensten Professionen erbracht werden. Das Angebot hat im Jahr 2015 2.888 unterschiedliche Teilnehmer erreicht. Für diese wurden über 1000 Unterrichtsstunden durchgeführt. Hierzu gehören:

- Veranstaltungen für die Öffentlichkeit: z.B. sogenannte „Letzte Hilfe Kurse“, modulare Kurse, die interessierten Laien Hilfe zur Begleitung Sterbender geben.
- Veranstaltungen für hauptamtlich in Palliativ Care Tätige: Hierzu gehören interprofessionelle Palliativ Care Lehrgänge, Palliativforen und -tage, Inhouse-Schulungen für Einrichtungen wie Heime oder Krankenhäuser sowie diverse Einzelveranstaltungen.
- Ausbildung für Ehrenamtliche: Alle ehrenamtlichen Mitarbeiter(innen) müssen diese Weiterbildung absolvieren. Sie umfasst 95 Unterrichtsstunden und 80 Stunden Praktikum. Die Ehrenamtler bezahlen nur einen geringen Anteil der Weiterbildung selbst, die restlichen Kosten trägt das THG. Für die zurzeit laufenden Kurse gab es 80 Bewerbungen für 18 Plätze. In der Regel werden nach der Weiterbildung zwei Drittel der Geschulten ehrenamtlich tätig.
- Weiterbildung für Ehrenamtliche: Jeder Ehrenamtlicher kann an Veranstaltungen des THG teilnehmen; hierzu gehören auch Themen wie Demenz, kultursensible Begleitung oder Biografiearbeit. Zusätzlich steht den Mitarbeitenden ein Fortbildungsbudget von 100 € pro Jahr zu.

Dieses breite Angebot wird ermöglicht durch die Einnahmen des THG. Diese betrugen 2015 mehr als 1,7 Millionen Euro. Diese Höhe erklärt sich u.a. durch eine Besonderheit in der Diözese Innsbruck, die sogenannte Zweckwidmung. Darunter ver-



steht man, dass die Hälfte der Kirchensteuer einer bestimmten sozialen Organisation gewidmet werden kann. Hierzu gehören u.a. auch die Caritas und der Hospizverein.

Zukünftige Projekte

Der Tiroler Hospizverein hat sich mit anderen Gesellschaftern entschlossen, ein sogenanntes Hospizhaus zu schaffen. Hierbei geht es um die Bündelung des großen Angebotes in Tirol. Das Hospizhaus soll als Knotenpunkt für alle Bereiche dienen. Nach der Entscheidung für dieses Projekt gab es einen EU-weiten offenen Architektenwettbewerb. Hier wurden 119 Projekte aus ganz Europa eingereicht. Der ausgewählte Entwurf ist unter www.hospiz-tirol.at/tagebuch/2015/10/hospizhaus-tirol-in-hall-in-tirol/ einsehbar und sehr beeindruckend.

Alle oben dargestellten Bereiche werden in dem Hospizhaus ab 2018 gebündelt angeboten und somit Synergieeffekte genutzt. Zusätzlich gibt es dann ein Tageshospiz. Als Vorbild dient das bereits lange bestehende Tageshospiz in Salzburg. Bei Tageshospizen handelt es sich um unterstützende Einrichtungen, die bieten auch Entlastung für die Angehörigen. An einem oder mehreren Tagen in der Woche treffen sich Betroffene in einer Tagesstätte. Die Angebote dort variieren; es geht zum einen darum, konkrete Hilfen angeboten zu bekommen (z.B. palliativmedizinische Beratung), zum anderen aber auch darum, trotz Krankheit einen angenehmen Tag zu verbringen. Ziel ist es, Tage zu schaffen, auf die sich die Betroffenen freuen, und während derer die Angehörigen Zeit zur Regeneration haben.

Bemerkenswert

Die dargestellten Angebote der Palliativ- und Hospizversorgung bestehen grundsätzlich auch in Deutschland. Besonders bemerkenswert in Tirol war aber die hohe Professionalität. Dies betrifft nicht die direkte Patientenversorgung, sondern ergänzende bzw. unterstützende Abteilungen. Hier sind beispielhaft die hauptamtlich Mitarbeitenden in Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie das Bildungsreferat zu nennen. Durch diese Abteilungen werden maßgeblich Spendengelder gewonnen.

Möglich wird dies durch die Bündelung des Angebots bei einem Anbieter. Ein Aspekt, der auch in Deutschland bei der Vielzahl der Anbieter Vorbild sein könnte.

Nachahmenswert ist sicherlich die hohe Quote ehrenamtlich Engagierter – dies bezieht sich nicht nur auf den Palliativ- und Hospizbereich. Hierbei fällt der wertschätzende und professionelle Umgang der Verantwortlichen mit den Ehrenamtlern auf. Viele Akteure berichteten uns, dass es in Tirol geradezu „schick und in“ ist, sich zu engagieren. Hier lohnt es sich zu überlegen, wie diese Stimmung auf Deutschland zu übertragen ist.

Tackling demographic change: how our EU neighbours are training care professionals

Finding new ideas by comparing national systems of carer training: this was the aim of four groups of Caritas experts who visited neighbouring countries. The success of the Erasmus+ exchange has resulted in a new trip being planned for 2018/2019.²

By Lisa Schöler ¹

Germany is ageing, shrinking and becoming more heterogeneous due to immigration. The basic way of working in care professions in particular is undergoing transformation due to demographic changes: the number of elderly people and people needing care is constantly rising, and there is a lack of qualified staff. Many people with a migrant background are also going to be in need of care in the future, which will bring its own challenges. This situation will be compounded further by political developments, such as the introduction of telemedicine and a more general focus in carer training.

Caritas wants to help direct these demographic changes and is using the Demography Initiative (2015–2017) to find innovative approaches, both for society and its work. Care professions and shaping training for carers will play an important part: in the medium term, training courses must be adapted in such a way that our future care professionals will be well qualified and prepared to deal with the challenges that they will face.

Learning from our EU neighbours

While we're still thinking about the future development of care professions in Germany, other EU countries have already developed specific solutions, or are going through similar processes. We at Caritas in Germany can therefore learn from our neighbours. However, theoretical information alone is not enough to help us understand how care services and carer training actually work in other countries, or what difficulties they face.

The Demography Initiative project office and the German Caritas Association (DCV) office in Brussels therefore organised a year-long project in 2016/2017, with 20 full-time Caritas employees from around Germany who each spent five days observing the care system and carer training in a neighbouring EU country. During their study trips to Austria and Sweden, the participants were able to talk with politicians and experts, visited numerous training facilities, and inpatient and outpatient services. The project was funded by the EU programme Erasmus+, which provides financial support for European exchange programmes for general and vocational education, youths and sports.

Our Austrian and Swedish partners

Our partners in this project were the Caritas associations from the Linz and Innsbruck dioceses, and the Södersjukhuset (Stockholm South General Hospital) in Stockholm and the municipality of Lek-

sand in the very rural county of Dalarna in Sweden. The study trip allowed us to gather a wealth of impressions, as Austria and Germany provide very similar care services and Sweden is often considered a role model for care practices that has adapted well to demographic changes. During their time abroad, the participants focussed on discovering innovative projects and approaches, which services or general systems were comparable, and how new approaches could be adopted in Germany.

The results of the project were discussed at an open specialist conference in Frankfurt am Main in April 2017 and will be integrated into the political process by the DCV offices in Berlin and Brussels.



Insights from the trip to Austria

The healthcare system is publicly organised in Austria – responsibilities are primarily divided between the federal government, states and municipalities. Social healthcare and accident insurance covers the population's healthcare. Healthcare services are provided by both public and private providers.

The Austrian system has been undergoing a number of changes for many years now, particularly in rural areas: established structures are changing due to population decline. The infrastructure is becoming more decentralised. Although there is a clear focus on the expansion of outpatient services, it is foreseeable that demographic developments will also result in increased demand for inpatient care facilities. The challenge that the country therefore faces is securing care services while also creating more offers to prevent the isolation and loneliness that the elderly are at risk of. The participants especially noticed that the care provided by family members is a vital component and forms the core of care for people in need in Austria. This is accompanied by a broad spectrum of voluntary work that is secured by professional support services.

Since mid-2016 carer training in Austria has shifted towards having a more general, academic focus. A few years ago a division was implemented between the carer and social care professions. Based on the insights gained from the trip, our participants would like carer tasks to be clearly defined when the general focus is introduced in Germany, and a clear separation from the tasks of other professionals.

Something that really stood out for the participants was the fact

that carers were very proud of their profession. They also reported that gerontological nursing as a profession was relatively unknown in Austria, but that descriptions of this profession were met with rather positive reactions. The government is responsible for providing care services in Sweden: it not only finances care services, but also decides on the level of care for each person and largely provides these services, too. The (general) regulations are decided at national level, healthcare and ambulance services are dealt with at regional level, and care is the responsibility of the municipality. The Swedish care system is funded by taxes, although a small deductible is payable.



Discoveries from the exchange in Sweden

Swedish nursing training has been carried out at universities since 1993. The three-year bachelor's degree course is general in nature. Students can subsequently complete a specific master's degree course. The profession *Sjuksköterska* (nurse) is a profession that can only be carried out by a person with a recognised qualification.

Undersköterska (care assistant) is a profession with lower qualification criteria. Qualification for this profession can be attained in a number of ways, such as through a vocational secondary educational institution or through a work-study programme at an adult educational institution.

The practical side of the training is completed in hospitals in special training stations and through in-depth discussions of many case studies. Many care tasks are completed by care assistants and occupational and physical therapists, while the academically trained nurses with bachelor's or master's degrees are responsible for the medical care decisions and management tasks. The participants in Sweden noticed a clear difference in the staffing ratio: due to the high numbers of care assistants with secondary education there is often just one nurse for up to 50 patients (or even 200 at night).

Another aspect that stood out to the participants during the visit to Sweden was the flat organisation structure. This was most noticeable through the respect that the people in different professions showed to one another and the extended skill range of the nurses. And it was also reflected in the rather low difference in salaries between doctors and nurses. This was contrary to the cooperation between doctors and nurses and assistants and auxiliary staff, where the hierarchical gap was more noticeable.

High levels of satisfaction with the project

In the rural areas, the participants noticed the laid-back attitude within the care and healthcare system in Sweden. Instead of pushing patient involvement and concentrating on the performance of care professionals, as is the case in Germany, the focus

is more on the satisfaction level of the person receiving care. That is why you will not find, at least not to the same extent, the general procedural regulations or verifiable quality assurance criteria in care that we are used to seeing in Germany.

All participants were highly motivated and committed and they all considered this EU mobility measure and the set-up and topic coverage of the project in the final evaluation very rewarding both at a personal and vocational level. In order to build on this success and the new networks in the neighbouring EU countries, the German Caritas Association in the Munich-Freising diocese will continue the project in 2017/2018 for the DCV. The mobility measure will be open to applications from Caritas care professionals (training) from anywhere in the country.

If you are planning a similar European exchange for your association or institute, the DCV EU representatives are happy to help with applications for European funding and the search for partners in the EU.

1. This summary was first published in the German Caritas journal *neue caritas*, issue 14/2017. Translated into English by: www.die-schreibstatt.de
2. More information via e-mail: Andrea.Bruewer@caritasmuenchen.de



Erfahrungen aus Hospitationen in Spanien

Der Landescaritasverband Bayern organisierte vom 14. bis 18. November 2016 ein Mobilitätsprojekt Erasmus+ unter dem Titel „Lernen in und von Spanien – Internationalisierung der beruflichen Pflege-Bildung“. Seine spanischen Austauschpartner waren

- die Päpstliche Universität Comillas, Madrid
- die San Juan de Dios' University School of Nursing and Physical Therapy, Ciempozuelos sowie das
- San Juan de Dios Zentrum für psychische Gesundheit.

Das Kennenlernen des spanischen Systems der Pflegebildung hat den Blick auf das eigene bayerische und deutsche System geschärft und zu folgenden Erkenntnissen geführt:

■ Das Ausbildungssystem für Pflege- und Gesundheitsberufe ist zergliedert; eine Durchlässigkeit der Ausbildungsrichtungen (s. Grafik) und Interdisziplinarität finden sich kaum. Es braucht Kooperationsformen wie z. B. Schulverbände „Gesundheit“, an denen z. B. Arzthelfer(innen), Operationstechnische Assistent(inn)en, Hebammen, Praxisanleitende, Altenpflegende, Gesundheits- und Krankenpflegende und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende ausgebildet werden, schaffen Durchlässigkeit, Vernetzung und Interdisziplinarität.

■ Die Trennung der verschiedenen Qualifikationsstufen mindert die Attraktivität von Pflegeberufen. Eine Durchlässigkeit zwischen den Qualifikationsstufen und eine allgemeinbildende Ausrichtung (einschließlich Englischunterricht) ermöglichen Beschäftigten in der Pflege vielseitige Karrieremöglichkeiten, was wiederum zur Steigerung der Attraktivität von Pflegeberufen führt.

■ Das Niveau der Beschäftigten in der Pflege und damit das Ansehen der Pflege-Berufe in der Gesellschaft hängen entscheidend von der Qualität des Lehrpersonals in allen Qualifikationsstufen ab. Zur Qualitätssteigerung der Pflege-Bildung sind folgende Dinge notwendig:

- In allen Qualifikationsstufen braucht es akademisches Lehrpersonal.
- „Evidence-basiertes“ Lernen und Arbeiten muss ver-

pflichtend implementiert werden – sowohl im klinischen als auch im schulischen Bereich.

- Für die Praxisanleitung muss es eine verbindliche, refinanzierte Stundenzahl geben; Schüler(innen) dürfen nicht auf den Dienstplan bzw. Stellenschlüssel angerechnet werden.
- Interkulturelle Kompetenz soll fester Bestandteil aller Pflegeausbildungen sein. Sie erleichtert Beschäftigten die berufliche Mobilität, erhöht die Zufriedenheit in der Arbeit, befähigt zur ganzheitlichen und individuellen Pflege mit einer kulturell heterogenen Klientel und befördert die persönliche Entwicklung.
- Es braucht eine verpflichtende Mitgliedschaft aller Pflegefachkräfte bei einer Pflegekammer, um für die Pflege eine starke Lobby schaffen und den Beschäftigten in der Pflege ein starkes berufliches Selbstverständnis vermitteln zu können. Für eine zeitgemäße Ansprache der Beschäftigten und Angebote der Kammer braucht es ausreichend Ressourcen. Berufsverbände müssen die Arbeit der Kammer um die spezifischen Belange von Beschäftigten ergänzen.

■ Das Pflege-Bildungssystem in Spanien zeigt, dass es gelingt, Lebensalter-übergreifende Inhalte in einer Ausbildung zu vermitteln.

■ In Spanien finden sich mehr als ausreichend Bewerber(innen) für das Pflegestudium, trotz hoher Zugangshürden zur Ausbildung und zur Ausübung des Berufs. Stolz, Eigenmotivation und ein großes Interesse an der Ausbildung sind wahrnehmbar. Das in der deutschen Diskussion angeführte Argument, durch höhere Zugangshürden zur Ausbildung würde die Pflege keine Bewerber(innen) mehr bekommen, wird durch das spanische Beispiel nicht bestätigt.



Die Expert(inn)engruppe des Landescaritasverbandes Bayern erlebte in Spanien eine hohe Wertschätzung für Pflegeberufe.

Berufsfachschule

- Pflegehelfer 2-jährig
- Fachkraft 3-jährig

Fachhochschule/ Universität

- Bachelor (grundständig + aufbauend)
- Master
- Promotion
- Habilitation



Die Gemeinsame oder „generalistische“ Ausbildung von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern ist von der Bundesregierung beschlossen.

Unser Fachverband begrüßt das sehr – zusammen mit vielen Akteur(inn)en innerhalb der konfessionellen Fachverbände, der Diakonie Deutschland und des Deutschen Caritasverbandes.

Der VKAD setzt sich dafür ein, dass die generalistische Pflegeausbildung in der Praxis der Altenhilfe auf breiter Basis Eingang findet. Er unterstützt seine Mitgliedseinrichtungen intensiv im Prozess der Umsetzung der generalistischen Ausbildung.



Foto: Bernd Schuhmacher

Sechs zentrale Argumente für die Generalistik als ein Beitrag zur Sicherstellung der Pflege und der Versorgung aller Generationen im Sozialraum

- Die Dynamiken der Gesundheits- und Pflegeversorgung bedingen die Entwicklung vielfältiger Angebotsformen. Eine generalistische Pflegeausbildung gewährleistet die grundlegenden Handlungskompetenzen zur Pflege von Menschen aller Altersstufen in der Vielfalt der Angebotsformen.
- Die generalistische Ausbildung eröffnet in *einem* System vielfältige Entwicklungs- und Karrierechancen.
- Die generalistische Ausbildung ist die Basis für lebenslanges Lernen und hohe Professionalität.
- Sie begründet und eröffnet die Neuordnung der Qualifizierungsebenen unterhalb und oberhalb der dreijährigen Ausbildung. Vertikale Durchlässigkeit eröffnet auch formal geringer Qualifizierten den Zugang zum Berufsfeld.
- Die generalistische Ausbildung verschafft den Pflegenden die Anerkennung des Berufsabschlusses im europäischen Arbeitsrecht und leistet damit einen Beitrag zur Attraktivitätssteigerung für Mitarbeitende in und aus Europa.

Der Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) ist ein bundesweit tätiger und selbstständiger Fachverband für Altenhilfe und ambulante Pflege innerhalb des Deutschen Caritasverbands mit Sitz in Freiburg i. Br.

Der VKAD vertritt die Interessen seiner über 1200 Mitgliedseinrichtungen durch politische Lobbyarbeit, Öffentlichkeitsarbeit und fachliche Expertise.

Zu den Mitgliedern des VKAD gehören 940 Alten- und Pflegeheime, die rund 88.000 Pflegeplätze anbieten.

In den 150 im VKAD organisierten Sozialstationen/ambulanten Pflegediensten sind 3116 Mitarbeitende (Zahl der Vollzeitäquivalenzstellen) beschäftigt.

Ebenso sind im VKAD 70 Fachschulen für Altenpflege organisiert, die insgesamt ca. 9000 Schüler(innen) ausbilden.

www.vkad.de



- Wir informieren die Caritas in Deutschland über aktuelle europäische Entwicklungen.
- Wir informieren über die EU-Förderpolitik und bieten eine erste Beratung zu EU-Fördermöglichkeiten.
- Wir unterstützen die Europäisierung der Facharbeit im Deutschen Caritasverband.
- Wir stehen im regelmäßigen Austausch mit den EU-Referent(inn)en der Diözesancaritasverbände, um Fragen und Anliegen der regionalen Ebene in die Arbeit einfließen zu lassen.
- Wir unterstützen Besuchergruppen, die sich in der EU-Vertretung zum Austausch oder für Veranstaltungen treffen.



Die EU-Vertretung des Deutschen Caritasverbandes

Wer wir sind und was wir tun

- Wir vertreten die europapolitischen Interessen der Caritas in Deutschland, insbesondere die Belange von benachteiligten Menschen und von Diensten und Einrichtungen der Caritas.
- Wir bringen Caritas-Positionen in die Institutionen der Europäischen Union und in unterschiedliche Netzwerke ein.
- Wir analysieren und kommentieren die europäische Sozialpolitik.



Kontakt:

Deutscher Caritasverband
EU-Vertretung
Rue de Pascale 4-6, B-1040 Brüssel
+49 761 200 700
euvertretung@caritas.de
www.caritas.de/europa