

..... Nr. 9 November 2014

transferplus

..... Hinterm Horizont geht's weiter:
erlebt – erfahren – weitergegeben



..... Herausgeber

..... g-plus - Zentrum im internationalen Gesundheitswesen

Inhalt

Editorial	3
Prof. Dr. Elke Donath	
Bewegung der deutschen Pflege durch mit- und voneinander Lernen im internationalen Kontext	5
Prof. Christel Bienstein	
Lernen am Beispiel: Strategisches Bildungsmanagement im LWL-Maßregelvollzug	15
Harald Joachim Kolbe	
Zwei Förderprogramme und ihre Wirksamkeit – Evaluationsergebnisse zu den Hospitationsprogrammen der Robert Bosch Stiftung	23
Lukas Nock und Sabine Kirchen-Peters	
Honigbrot mit Senf – eine Entwicklungschance. Erfahrungen und Ergebnisse aus einem demenzbezogenen Studienaufenthalt in Österreich	28
Monika Hübner	
Generationsbrücke Deutschland	34
Horst Krumbach	
Projektidee: Schnittstellenmanagement SGB IX/XII	41
Stefan Dörle	
Ideen bündeln und Austausch fördern	48
Sebastian Riebandt im Gespräch mit Stefan Schmidt	
Allgemeine Hinweise / Impressum	51

..... Editorial

..... Prof. Dr. Elke Donath, Leitung g-plus, Universität Witten/Herdecke;
Präsidentin Mathias Hochschule Rheine

„Wer an der Küste bleibt, kann keine neuen Ozeane entdecken“. Getreu diesem Zitat von Ferdinand Magellan (1480 – 1521) machten sich in den vergangenen zwölf Jahren mehr als 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des „Internationalen Hospitationsprogramms Pflege und Gesundheit“ sowie des „Internationalen Studien- und Fortbildungsprogramms Demenz“ auf, um im Ausland ihren persönlichen, fachlichen und kulturellen Horizont zu erweitern. Der Drang nach neuem Wissen führte sie dabei in über 20 Länder und auf nahezu alle Kontinente. Ebenso vielfältig wie die bereisten Länder waren auch die Berufsfelder der einzelnen Stipendiaten sowie deren Hospitations- und Fortbildungsthemen und der angepasste Transfer der Ergebnisse an das eigene Tätigkeitsfeld. Eines jedoch war allen gemeinsam: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten das Ziel, die Gesundheitsversorgung in Deutschland im Allgemeinen, und die Versorgung spezifischer Patientengruppen im Besonderen zu verbessern.

Dass dieses Ziel in beiden Programmen erreicht wurde, bestätigt nicht zuletzt auch die Evaluation der Programme durch das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso), auf die unter anderem im vorliegenden Themenheft eingegangen wird. Die Evaluation macht deutlich, wie wirksam und impulsgebend die geförderten Auslandsaufenthalte waren - für die Teilnehmer, deren Arbeitsfelder, aber auch für überinstitutionelle Aktivitäten, wie es beispielsweise an der Generationsbrücke Deutschland sichtbar wird, die von einer Hospitationsidee zu einer deutschlandweiten Organisation anwuchs. Auch von diesem Projekt ist in diesem Heft zu lesen.

Die Auslandserfahrungen, das Engagement und die Motivation, etwas zu verändern und Neues auszuprobieren, verbinden die Teilnehmerinnen und Teilnehmern auch über die einzelnen Programme hinaus. Sie zu vernetzen und den fachlichen Austausch untereinander auch weiterhin zu fördern ist das Ziel des Alumni-Netzwerks, dessen Ausgestaltung nun in die Hände der Alumni gegeben wurde. Den Startschuss für das Netzwerk bildete die symbolische Übergabe des Staffelholzes an einen der Initiatoren, Stefan Schmidt, auf der Abschlussveranstaltung der Förderprogramme im Juni 2014 in Berlin. Im Interview mit Stefan Schmidt in diesem Heft erfahren Sie mehr über seine Motivation und die Hintergründe für das Alumni-Netzwerk.

Das vorliegende 9. Themenheft transferplus dokumentiert einige ausgewählte Beiträge, die auf dem Symposium „Hinterm Horizont geht's weiter. erlebt - erfahren - weiter-



Abb. 1

Übergabe des Staffelhölzes an Stefan Schmidt
(Quelle: g-plus)

gegeben“ am 12. Juni 2014 in der Berliner Repräsentanz der Robert Bosch Stiftung präsentiert wurden.

Gleichzeitig endet mit dieser Ausgabe aber auch die Durchführung der Förderprogramme durch das Institut g-plus, da zum Ende Juni 2014 die beiden von der Robert Bosch Stiftung geförderten Programme „Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit“ und „Internationales Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz“ ausgelaufen sind. Ich möchte daher an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, der Robert Bosch Stiftung noch einmal ganz herzlich für ihre langjährige Unterstützung zu danken. Ohne die kontinuierliche Unterstützung in den letzten zwölf Jahren wäre solch ein Erfolg nicht denkbar gewesen.

Gleichzeitig aber freue ich mich auch, dass uns die Stiftung auch weiterhin ihr Vertrauen schenkt und g-plus mit ihrer Unterstützung ein neues Förderprogramm umsetzen kann: das internationale Hospitationsprogramm zu chronischen Krankheiten und Multimorbidität „Care für Chronic Condition“. Durch die stete Zunahme chronischer Erkrankungen und – vor allem in höherem Alter – Mehrfach-Erkrankungen gilt es, sich dieser Thematik in Zukunft verstärkt zu widmen. Mehr zum neuen Förderprogramm erfahren Sie unter www.g-plus.org.

Ihre Elke Donath



.... Bewegung der deutschen Pflege durch mit- und voneinander Lernen im internationalen Kontext

.... Prof. Christel Bienstein, Leiterin des Departments für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke

Die Pflege in Deutschland steht angesichts einer immer älter werdenden Gesellschaft, einem starken Anstieg chronischer und mehrfach erkrankter Menschen, aber auch angesichts des schon jetzt spürbaren Mangels an Pflegefachpersonen vor großen Herausforderungen. Hier können wir stark von Erfahrungen und Modellen profitieren, die in anderen Ländern bereits erprobt sind. Wie wichtig der Blick ins Ausland ist zeigen Beispiele, die bereits heute Bewegung in die deutsche Pflegelandschaft gebracht haben.

Ausgangssituation

Während vor 30 Jahren in den westlichen Ländern vor allem akute Erkrankungen im Vordergrund standen, hat sich die gesundheitliche Situation der Bevölkerung inzwischen deutlich in Richtung chronischer Erkrankungen verändert. 1990 litten ca. 50% der Patienten weltweit an chronischen Krankheiten, 2020 werden es bereits 70 % sein. Besonders die Mortalität durch Herz-Kreislauferkrankungen und maligne Tumore hat deutlich zugenommen (BMJ, 2002) Waren 1995 weltweit ca. 135 Mill. Menschen von Diabetes betroffen, werden es 2030 ca. 366 Mill. Menschen (Wild et al, 2004) sein. Weiterhin leiden 17 % der Patienten nach cardiochirurgischen Operationen (Evers, 2002) an einer Verwirrtheit. Spirig (2009) ermittelte bis zu 30 % verwirrte Menschen auf internistischen Stationen. Mehr als 50 % der Patienten in deutschen Krankenhäusern sind über 65 Jahre alt, verfügen neben der akuten gesundheitlichen Einschränkung bei Krankenseintritt über mehrere Erkrankungen. Gleichzeitig hat sich die Verweildauer im Krankenhaus seit 1989 fast halbiert - von 13,7 Tagen, auf 7,2 Tage.

Während in den Niederlanden eine Pflegenden für 4,9 Patienten pro Schicht die Verantwortung hat, muss sich in Deutschland eine Pflegenden um 10,3 Patienten kümmern (Kontraste 2013 auf Grundlage von OECD Daten).

Die Herausforderungen an das Gesundheitswesen angesichts der wachsenden Zahl chronischer Erkrankungen sowie der schon jetzt vorhandene Mangel an Pflegefachpersonen, welcher Prognosen zufolge in den kommenden Jahren deutlich zunehmen

wird, macht es erforderlich, Einblick in die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung anderer Länder zu nehmen.

Vorhandenes Wissen in der Pflege

Bisher verfügt die Pflege über wenig evidenzbasiertes Wissen. Weltweit wird davon ausgegangen, dass in der Pflege zur Zeit 0,5 % gesicherten Wissens vorhanden ist, im Vergleich zur Medizin, die über 15 – 20 % evidenzbasiertes Wissen verfügt (Neises & Windeler, 2001). Die Pflegenden haben im Vergleich zu den USA (1907 erste Professur in New York) erst vor 30 Jahren den Zugang zu den Hochschulen in Deutschland eröffnet bekommen. Die Ausbildung ist beruflich dual organisiert, erst seit einigen Jahren verfügen die Schulen der Kranken- und Altenpflege über Pflegefachpersonen mit einer akademischen Qualifizierung. Dieses und die sprachliche Einschränkung auf deutsche Texte haben dazu geführt, dass Deutschland erst sehr spät den Anschluss an die internationalen Standards der pflegerischen Aus- und Weiterbildung erreichte.

In einer neuen Studie (Aiken et al., 2014) konnte ein direkter Zusammenhang zwischen der Anzahl und der Qualifikation der Pflegenden auf die Senkung folgender Risiken nachgewiesen werden:

- Mortalität
- Mortalität bei verspäteter Hilfe im Notfall
- Verweildauer
- Nosokomiale Infektionen
- Dekubitus
- Stürze

Je höher die Anwesenheit von Pflegenden und je umfänglicher deren Qualifikation war, desto geringer war das Risiko für die Patienten.

In Deutschland verfügen wir bisher über wenige Kenntnisse, die systematisch und wissenschaftlich fundiert für alle Pflegefachpersonen Gültigkeit haben. Das Deutsche Netzwerk für Qualität in der Pflege (DNQP) entwickelte ab 2000 Nationale Expertenstandards (inzwischen acht), die sich einzelnen zentralen Fragestellungen der pflegerischen Versorgung widmen und damit Pflegenden eine gemeinsame Wissensbasis zur Verfügung stellen:

- Dekubitusprophylaxe = abgeschlossen (UW/H)
- Entlassungsmanagement = abgeschlossen
- Schmerzmanagement = abgeschlossen (UW/H)

- Sturzprophylaxe = abgeschlossen
- Kontinenzförderung = abgeschlossen (UW/H)
- Wundmanagement = abgeschlossen
- Mangelernährung = abgeschlossen (UWH)
- Mobilität = laufend

Vier dieser Standards wurden unter der Leitung des Departments für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke erarbeitet.

Die Zahl von wissenschaftlichen Publikationen nimmt ständig zu, ebenso die Anzahl der Journals, die Artikel im Reviewverfahren veröffentlichen. Mehr als 40 Studiengänge in Deutschland bieten inzwischen die Ausbildung zur Pflegefachperson als Bachelorprogramm an. Darüber hinaus greifen nun erste ANP-Programme (Advanced nursing practice) neben den Programmen im Bereich Pflegemanagement und Pflegepädagogik. 2012 forderte der Wissenschaftsrat, dass mindestens 10 – 20 % der Pflegefachpersonen über eine akademische Qualifikation verfügen sollten. Diese sehr lebendige Entwicklung wird dazu beitragen, dass auch Deutschland nach und nach der internationale Anschluss gelingen wird.

Lernen durch Austausch

Der Pflegeberuf ist einer der Berufe, der in den unterschiedlichsten Settings benötigt wird. Von der Versorgung Frühgeborener Kinder, der Arbeit in der Notaufnahme und den Intensivstationen, die Versorgung von Menschen mit Krebs oder schweren Herzkreislaufproblemen über die Arbeit mit psychisch kranken Menschen. Aber auch im Arbeitsfeld der ambulanten Versorgung ebenso wie im Hospiz oder in der Arbeit mit behinderten Personen etc. bietet er eine breite Palette. Neben der Face to Face-Pflege nimmt die Bedeutung der Arbeit im Management, der Lehre und Beratung einen immer umfänglicheren Raum ein.

Wie bereits oben geschildert, verfügen wir in der Pflege noch nicht über ausreichend gesichertes Wissen. Umso wichtiger ist es mit Personen und Einrichtungen Kontakt aufzunehmen, welche zu verschiedenen Fragestellungen der pflegerischen Versorgung Lösungen erarbeitet haben.

Hierbei war und ist die Förderung der Robert Bosch Stiftung mit den internationalen Programmen „Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit“ und „Internationales Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz“ besonders wertvoll. Über viele Jahre konnten Pflegefachpersonen im Ausland neue Kenntnisse erwerben und diese in ihr Arbeitsfeld integrieren.

Von besonderer Bedeutung ist aber die Erarbeitung neuer Erkenntnisse, die voraussetzt, dass internationale Recherchen durchgeführt werden und Netzwerke entstehen (z.B. www.en-na.eu).

Familienfreundliche Intensivstationen

Intensivpflichtige Menschen können nicht mehr für sich sprechen. Sie sind zumeist beatmet und sediert und bedürfen einer vertrauensvollen Begleitung durch ihre Angehörigen.

S. Metzing und J. Osarek (2004) führten eine gezielte Analyse der Besuchsregelungen auf Intensivstationen durch und konnten feststellen, dass es in den USA, Kanada, Skandinavien zunehmend Angehörige fest in die Versorgung ihres intensivpflichtigen Angehörigen integriert wurden. Die positiven Auswirkungen wurden dort genutzt und nun auch auf deutsche Intensivstationen übertragen. So konnten in den vergangenen



Abb. 1

Intensivversorgung

*(Quelle: fotolia Tyler
Robinson)*

Jahren u. a. mehr als 140 Intensivstationen mit dem Zertifikat „Familienfreundliche Intensivstation“ ausgezeichnet werden (www.stiftung-pflege.de). Die Zertifizierung erfolgt auf der Grundlage internationaler Studienrecherchen und der Arbeit einer 18-köpfigen Expertengruppe, welche Rechte für Intensivpatienten bzgl. der Begleitung durch ihre Angehörigen festlegt. Jederzeit kann eine Bewerbung eingereicht werden.

Family Health Nurse (Familiengesundheitspflege)

In der Familie werden wichtige Weichen für die gesunde Entwicklung ihrer Mitglieder gestellt. Während im Ausland die Family Health Nurse (FHN) weit verbreitet ist, ist diese Pflegefachperson in Deutschland noch eine Ausnahme. Ihre Aufgabe besteht in der Begleitung von vulnerablen Familien oder Gruppen, die einer gezielten Unterstützung ihrer gesundheitlichen Situation bedürfen. Die Arbeit der FHN zeichnet sich durch ihr präventives Aufsuchen aus. Familiengesundheitspflege arbeitet mit dem familiensystemischen Ansatz, der den Blick auf Ressourcen- und Problemfelder im sozialen Gefüge erschließen lässt. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK, www.dbfk.de) bietet seit einigen Jahren eine Weiterbildung zur FHN an. Inzwischen konnten ca. 100 Pflegefachpersonen weiterqualifiziert werden, die zumeist in ambulanten Pflegediensten arbeiten, dieses häufig in dichter Zusammenarbeit mit den Jugendämtern der Städte. So werden junge Mütter mit kranken Kindern unterstützt oder Familien, in denen sich bestimmte Pflegesituationen häufen.

Konzepte zur Begleitung von Menschen mit Demenz in Krankenhäusern

Das erhöhte Alter von Krankenhauspatienten bringt es mit sich, dass auch immer mehr Menschen mit dementiellen Erkrankungen in einem Krankenhaus versorgt werden (Spirig, 2009). Vielfach ist es nicht bekannt, dass dementielle Veränderungsprozesse bereits begonnen haben. Dieses wird dann durch die veränderte und ungewohnte Umgebung offensichtlich. Patienten finden ihr Zimmer nicht mehr, können Aufklärungsgesprächen nicht folgen oder verstehen nicht, warum bestimmte diagnostische Maßnahmen durchgeführt werden müssen. Im Ausland wurden hierzu bereits verschiedene Möglichkeiten erarbeitet, die publiziert auch in Deutschland ihren Eingang gefunden haben. So entstanden Lösungen, wie z.B.

- Demenz Café Gemeinschaftskrankenhaus, Herdecke
- GISAD – Projekt Bethanien Krankenhaus, Heidelberg
- Altenpfleger zur Begleitung von Menschen mit Demenz in St. Franziskus-Krankenhaus, Münster
- Schulungsprogramm für Gesundheits- und KrankenpflegerInnen im Albertinen-Krankenhaus, Hamburg
- Expertenstandard Entlassungsmanagement
- Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten
- Konsiliarischer Liaison-Dienst, Kaufbeuren/Lüdenscheid

All das kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es in der Zukunft noch mehr hochalterige Menschen in Krankenhäusern geben wird, die einer gezielten Unterstüt-

zung bedürfen, weil sie neben ihrer gesundheitlichen Einschränkung kognitiv den Krankenhausalltag nicht verstehen können. Breite Schulungsprogramme werden erforderlich sein, um die Kliniken auf diese zunehmenden Patienten vorzubereiten.

Konzepte zur Unterstützung pflegender Kinder

Sabine Metzing und Wilfried Schnepf erhielten die Anfrage aus Großbritannien (GB), wie viele Kinder in Deutschland die Pflege ihrer eignen Angehörigen übernehmen. In GB existieren bereits 300 Zentren für Kinder (Young Carers) zwischen 3 und 18 Jahren, die diese Kinder, die in die Pflege ihrer Angehörigen einbezogen sind oder sogar alleinverantwortlich versorgen, möglichst umfassend zu unterstützen. Angeregt durch die Nachfrage und die Aktivitäten in GB konnte S. Metzing in einem groß angelegten BMBF-Projekt diese Kinder finden und Interviews mit ihnen durchführen. Ihr Fazit: Sie tun alles, um ihre Angehörigen, die an gesundheitlichen Einschränkungen leiden, zu unterstützen. Sie tun dies allerdings still, ohne dass Lehrer, Ärzte, Häusliche



Abb. 2

*Eine pflegende Tochter
(Quelle: Dr. Jörg große
Schlarmann)*

Pflegedienste diese umfänglichen Aktivitäten bemerkten. Zu groß ist die Angst, dass die Familie auseinander gerissen wird und die Kinder in Pflegefamilien gegeben werden. In einer weiteren Studie in Österreich wurden ähnliche Situationen vorgefunden. Für Deutschland schätzt S. Metzing, dass es sich um ca. 225.000 Kinder zwischen 3 und 18 Jahre handelt, die ihre eigenen Angehörigen pflegen. Kinder, die zu umfänglich oder alleine in die Pflege ihrer Angehörigen eingebunden sind haben schlechtere Chancen einen Schul-oder Berufsabschluss zu erreichen. Mit J. große Schlarmann baute S. Metzing in Zusammenarbeit mit dem DRK in Hamburg ein erstes Angebot für diese

Kinder in Deutschland auf (<http://www.supakids.de/cms/>). Im Austausch mit den KollegInnen im Ausland wird das Projekt nun auch auf die Erfahrungen inzwischen junger Erwachsener ausgedehnt, die über Jahre ihre Angehörigen gepflegt haben.

Entlassmanagement im Altenheim

In Skandinavien, besonders Dänemark, besteht ein großes Interesse, Menschen so lange wie möglich zu Hause wohnen und versorgen zu lassen. Aus diesem Grund wird ein systematisches Entlassungsmanagement in Alteneinrichtungen durchgeführt. Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung und einer bestehenden Pflegebedürftigkeit nicht nach Hause entlassen werden können, da eine ambulante Versorgung nicht ausreicht, ziehen für einen begrenzten Zeitraum in eine Alteneinrichtung ein. Ihre Wohnung wird nicht aufgelöst, sondern man wartet die Entwicklung des alten Menschen in den nächsten Monaten ab, um ihm die Möglichkeit zu bieten, wieder in die eigene Häuslichkeit zurück zu kehren. Die Pflegeeinrichtungen haben damit viel Erfolg und kommen damit den Betroffenen sehr entgegen, da auch die Menschen in Skandinavien lieber in ihren eigenen vier Wänden alt werden.

Nun hat eine Pflegewissenschaftlerin in der Schweiz dieses Konzept aufgegriffen (Allemann, 2010) und im Haus St. Raphael in Luzern Bewohnerzimmer für Patienten einrichten lassen, die spezifische Unterstützung (rehabilitative Maßnahmen) erhalten, um wieder in ihre Wohnung zurückkehren zu können. Die Aufnahmegründe sind wie bei vielen Menschen, die in eine Alteneinrichtung einziehen, die gleichen, z. B. Rekonvaleszenz, instabile Gesundheitslage oder der Zustand nach Frakturen und OP aufgrund von Sturzfolgen. Der Zustand beim Einzug in die Übergangsbewohnerzimmer unterscheidet sich nicht von denen anderer BewohnerInnen (müde und erschöpft, multimorbid, Herzinsuffizienz, Depression, Demenz, o.ä.).

Inzwischen verfügt Frau Allemann über Daten, die belegen, dass ein gezieltes Entlassmanagement sehr erfolgreich sein kann. 70% der aufgenommenen Patienten gingen wieder nach Hause, die Aufenthaltsdauer betrug im Durchschnitt 38 Tage (zwischen 3 – 234 Tage). Ein Drittel kommt sogar mit einem 14 tägigem Aufenthalt aus. Weiterhin kann Sie nachweisen, dass die entlassenen Bewohnerinnen und Bewohner zu 85 % über 1,5 Jahre zu Hause bleiben können, ohne in eine Einrichtung einziehen zu müssen. Allerdings wird ein sehr umfängliches Case Management vor der Entlassung betrieben, so dass eine Entlassung mit ambulanter Versorgung möglich wird.

Akutversorgung im Altenheim

Die Versorgung akut erkrankter Altenheimbewohnerinnen und -bewohner erfolgt im Ausland (z.B. Norwegen) im Altenheim. Sie werden zumeist nur für diagnostische und operative Eingriffe in eine Klinik verlegt, aber möglichst schnell wieder in die gewohnte Umgebung ihrer Einrichtung zurückgeholt. Diese Versorgung gab Anlass ein Forschungsprojekt auf den Weg zu bringen, welches dazu beitragen soll, Krankenhauseinweisungen von Altenheimbewohnerinnen und -bewohnern zu reduzieren. Insgesamt konnten 1.229 Datensätze von Krankenhauseinweisungen in fünf Altenheimen im Zeitraum 2011 – 1.Quartal 2013, erhoben werden. Die häufigsten Gründe für eine Krankenhauseinweisung waren u. a.:

- Sturz
- Synkope
- Somnolenz/Bewusstlosigkeit
- Erbrechen
- Neurologische Symptome
- Verschlechterung des AZ
- Angaben bei Entlassung:
- Frakturen/Prellungen/Wunden
- Osteosynthese
- Exikose

Ziel ist es nun, wie auch in Norwegen, Pflegende spezifisch zu qualifizieren, damit eine Versorgung von Altenheimbewohnerinnen, auch mit akuten Krankheitsverläufen, in der Heimunterbringung möglich wird. Lösungsansätze, die angegangen werden sind, die:

- Medizinisch-pflegerische vertiefte Qualifizierung der Pflegenden in Altenheimen,
- Verbesserung der Zusammenarbeit mit Ärzten und den Krankenhäusern,
- Ausbau der Netzwerke oder
- Festanstellung einer Advanced Nursing Practitioner (ANP) im Altenheim.

Schoolnurse

Während in vielen Staaten (GB, NL, S, N, FL, etc.) die Schoolnurse zum Alltag jeder Schule und der Schülerinnen und Schüler gehört, ist dieses in Deutschland nur an den internationalen und privaten Schulen eine feste Instanz. Schüler der Grund- und weiterführenden Schulen werden in diesen Schulen von einer Schoolnurse begleitet, die eine Eingangserhebung der gesundheitlichen Situation durchführt und die Kinder, besonders Kinder mit chronischen Erkrankungen, zuverlässig begleitet. Eltern können

sich darauf verlassen, dass ihr Kind bei plötzlich auftretenden Beschwerden von der Schoolnurse versorgt wird. Sie müssen nicht plötzlich ihren Arbeitsplatz verlassen, um das Kind von der Schule abzuholen, sondern es wird qualifiziert in der Schule betreut. Wenn die Schoolnurse feststellt, dass ein Arzt hinzugezogen werden muss, übernimmt sie die Weiterleitung und Begleitung des Kindes.

Regelmäßige Gesundheitschecks der Kinder gehören ebenso zu ihren Aufgaben, wie Unterricht zu gesundheitsbezogenen Themen und die Beratung der Lehrer und der Hauswirtschaft bei Fragen einer gesundheitsbewussten Versorgung. Dabei hat sich herausgestellt, dass die Schoolnurses in den Grundschulen mit anderen zentralen Fragen konfrontiert werden, im Vergleich zu denen in den weiterführenden Schulen. Während kleinere Verletzungen, Allergien und Adipositas wichtige Themen in der Grundschule sind, sind in den weiterführenden Schulen Burnout, Magersucht, Bulimie oder Suizidgefährdung wichtige Themen.

Andreas Kocks beschäftigt sich seit einigen Jahren mit dem Thema der Einführung von Schoolnurses an deutschen Schulen. Besonders in der Zeit der Debatte über die Inklusion behinderter Kinder gewinnt das Thema immer mehr Bedeutung.

Ausblick

Zu vielen Fragen der Pflege haben sich Kollegen und Kolleginnen im Ausland schon Gedanken gemacht und Lösungen gefunden. Es lohnt sich, über die eigenen Landesgrenzen hinaus zu blicken und Kontakte zu suchen. Neue Versorgungsformen können



Abb. 3
2.000 Pflegende tanzen
auf der Eröffnungsfeier
der Sommerolympiade
London, 2012 (Quelle:
flickr – Stevie Velvet –
CC BY-SA 2.0)

auf ihre Implementierbarkeit in Deutschland überprüft und angepasst werden. Nicht alles muss neu entwickelt werden.

Pflegende müssen den Mut haben aufzubrechen und sich in anderen Ländern umzusehen. Dies wird nicht nur fachlich, sondern auch persönlich und im Hinblick auf die eigene berufliche Motivation eine große Bereicherung sein. Denn auch vom Image der Pflegenden können wir im Ausland viel lernen. Pflegerische Arbeit wird in vielen Staaten hoch wertgeschätzt, da sie einen bedeutenden Beitrag für die Gesundheit der Bevölkerung leisten. Einen Einblick in die Wertschätzung stellte auch der Einzug von 2.000 Pflegenden in die Arena der Sommerolympiade in London dar. Dass dies auch in Deutschland möglich wird, daran müssen wir weiter arbeiten.



..... Lernen am Beispiel: Strategisches Bildungsmanagement im LWL-Maßregelvollzug

..... Harald Joachim Kolbe, Pflegewissenschaftler (MScN) und Projektleiter
„Modulare Handlungskompetenzen für die Forensische Psychiatrie“
der Maßregelvollzugsabteilung des Landschaftsverbands
Westfalen-Lippe (LWL)

Die hohe fachliche Qualifikation der Beschäftigten stellt eine der wichtigsten Ressourcen dar, um die tägliche Arbeit mit psychisch kranken Rechtsbrechern leisten zu können. Um die Handlungsfähigkeit und die Gesundheit der Beschäftigten in Zeiten des demografischen Wandels und gesundheitsökonomischer Kürzungen zu fördern, wurde im Maßregelvollzug des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) ein strategisches Bildungsmanagement eingeführt. Dessen Entwicklung und Umsetzung waren nur durch die Förderung im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung geförderten „Internationalen Hospitationsprogramms Pflege und Gesundheit“ sowie durch die Zusammenarbeit mit den kanadischen Gastgebern von Correctional Services Canada möglich wurde.

1. Forensisch-psychiatrisches Denken und Handeln

Mit den Begriffen „Besserung“ und „Sicherung“ definiert das Gesetz den Auftrag, den die Kliniken und Mitarbeiter in der Forensischen Psychiatrie, auch Maßregelvollzug genannt, zu leisten haben (Kammeier, 2012). Damit wird der Überzeugung Ausdruck verliehen, dass eine qualifizierte Therapie die beste Möglichkeit ist, die Gesellschaft vor psychisch kranken, persönlichkeitsgestörten, intelligenzgeminderten bzw. abhängigkeitskranken Wiederholungsstraftätern zu schützen (ebd.).

Die am Rehabilitations- und Freiheitsanspruch der Betroffenen orientierte Deliktbeurteilung und die Therapie der psychiatrischen Grunderkrankung mit dem Ziel einer Reduzierung der Gefährlichkeit erfolgt unter Berücksichtigung von Alltagshandlungen innerhalb einer geschlossenen Einrichtung (Kolbe, 2014:37).

Forensisch zu denken und zu handeln besteht darin, sich auf einen Patienten einzulassen und das eigene Handeln so zu bestimmen, dass er oder sie sich angenommen fühlt, die Behandlung sich an seinen Vorstellungen und Wünschen orientiert, aber gleichzeitig auch der übergeordneten Zielsetzung von Therapie, Gefährlichkeitsreduktion und Sicherheit entsprochen wird (Kolbe, 2013:38; Haynert & Prüter, 2010:137).

2. Handlungsfähigkeit fördern – das ESF-Projekt „Kompetenznetz Psychiatrie“

Um die Handlungsfähigkeit und die Gesundheit der Beschäftigten in Zeiten des demografischen Wandels und der gesundheitsökonomischen Veränderungen zu fördern, startete am 01.12.2011 das vom Europäischen Sozialfond im Rahmen der Initiative „weiter bilden“ geförderte Projekt „Modulare Handlungskompetenzen für die Forensische Psychiatrie“. Projektbeteiligte sind die Kliniken des Maßregelvollzugs in Trägerschaft des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) in Dortmund, Herne, Lippstadt, Marsberg, Haldem und Rheine. Ziel des auf drei Jahre angelegten Projektes ist es, den Qualifizierungsbedarf in allen teilnehmenden psychiatrischen Einrichtungen systematisch zu ermitteln und darauf abgestimmte Lern- und Bildungsangebote durchzuführen. Diese sollen insbesondere auf den Transfer in das alltägliche Arbeitshandeln des einzelnen Beschäftigten und des multiprofessionellen Teams ausgerichtet sein. Grundlage dafür bildeten auf die konkreten Bedarfe der Einrichtungen abgestimmte Verfahrensschritte:

- Die Systematische Einführung von Qualifizierungsbedarfsanalysen, um auch über den Projektzeitraum hinaus Bedarfsermittlung und darauf basierende Bildungs- und Lernangebote als Regelsystem in den Kliniken zu verankern.
- Die Entwicklung von Kompetenzprofilen und die Einführung sowie Erprobung unterschiedlicher Instrumente zur Kompetenzdiagnostik in der Personalführung.
- Die Identifikation von übertragbaren „Gute-Praxis-Modellen“ in der Entwicklung, Konzeption und Angebotsform von Fortbildungen.

Darüber hinaus wurden folgende Schwerpunkte verfolgt:

- Die Grundlagen des Strategischen Bildungsmanagements wurden verbundweit und klinikspezifisch eingeführt.
- Die Trägerabteilung, die Klinikleitungen und die mittlere Führungsebene wurden bei der klinikspezifischen Implementierung beraten und in den ausgewählten Instrumenten qualifiziert.
- Ein modulares, berufsgruppen- und klinikübergreifendes Fortbildungskonzept wurde entwickelt und angeboten.
- Lernförderliche Arbeitsumgebungen werden entsprechend dem Behandlungsauftrag und der Rahmenbedingungen vor Ort geplant und gestaltet.

Durch diese Maßnahmen konnten die Handlungsfähigkeit und Gesundheit von bisher 478 Beschäftigten gefördert und grundlegende, aufbauende bzw. spezialisierte Qualifikationen und Kompetenzen vermittelt werden. Zudem wurde durch die klinikübergreifende Zusammenarbeit die branchenbezogene Entwicklung von Weiterbildungsangeboten unterstützt, die am Ende des Projekts in dem geplanten Handlungs-

leitfaden „Personalentwicklung in der Psychiatrie“ für psychiatrische Kliniken und Einrichtungen zur Verfügung stehen werden (siehe www.esf.de).

3. Strategisches Bildungsmanagement im LWL-Maßregelvollzug

Das Bildungsmanagement im LWL-Maßregelvollzug strukturiert die Initiierung, Gestaltung und Steuerung von Lehr- und Lernprozessen innerhalb des LWL-Maßregelvollzugs und seiner Einrichtungen für ca. 1200 Beschäftigte unterschiedlicher Berufsgruppen. Die zentralen Bestandteile sind die Bildungsbedarfsanalyse, die Produkt- und Programmplanung, die Durchführung von Veranstaltungen, die Evaluation, die Transfersicherung sowie die abschließende Programmrevision.

- Bei der Bildungsbedarfsanalyse werden sowohl die Bedürfnisse Beschäftigter als auch unternehmensinterne Gegebenheiten berücksichtigt. Dabei können sehr spezifische Bedürfnisse genauso analysiert werden wie ganzheitlich-umfassende Kompetenzprofile.
- Die Produkt- und Programmplanung berücksichtigt das komplexe Zusammenspiel individueller, sozialer und organisationaler Bedingungen. Das Spektrum der Bildungsangebote reicht von der Einarbeitung neuer Mitarbeiter über professions-spezifische Qualifikationsangebote für Beschäftigte aller Berufsgruppen bis hin zur Entwicklung von Hochschulstudiengängen (z.B. Schwerpunktmodul „Forensische Pflege im Studiengang „Psychiatrische Pflege/ Seelische Gesundheit“).
- Die Veranstaltung umfasst alle Aktivitäten zur Durchführung des Programms, zum Beispiel die Beauftragung von Lehrpersonal oder die Auswahl von adäquaten Lehrmitteln sowie die Verantwortung für den planmäßigen Ablauf.
- In der Evaluation wird die erbrachte Leistung, das reproduzierte oder angewendete Wissen eines Lernenden möglichst objektiv und valide bewertet. Eine Prüfung soll eine Bestandsaufnahme dessen darstellen, was der Lernende tatsächlich gelernt bzw. verstanden hat oder was er umsetzen kann. Es soll eine prognostische Aussage über die neu erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen des Lernenden machen können.
- Transfersicherung bezieht sich auf alle Aktivitäten, die dazu beitragen können, die langfristige Beibehaltung, die Umsetzung und Anwendung des Gelernten zu unterstützen. Im Mittelpunkt der Überlegungen steht die Wirksamkeit von Bildungsmaßnahmen. Im Fokus steht, wie man den gesamten Lehr-Lern-Prozess optimieren kann, so dass die Lernenden das Gelernte im Arbeits- oder Lebensalltag umsetzen können.
- Bei der Evaluation und Programmrevision reicht die Bandbreite von der empirischen Prüfung einzelner Veranstaltungen über regelmäßige Weiterbildungsangebote bis hin zu Branchenvergleichen. Die Evaluationsmethoden (z.B. Hospita-

tionen, Test, Selbsteinschätzungen) sowie der Grad ihrer Reichweite können sehr unterschiedlich sein.

4. Strukturen zur Bildungsprozessesteuerung

Um lebenslanges Lernen in der berufsbezogenen Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen und insbesondere die in Fortbildungen unterrepräsentierten Gruppen zu erreichen, wurden folgende Instrumente für eine strukturierte, demografiefeste Personalentwicklung erarbeitet, an die Führungskräfte vermittelt und in der Praxis erprobt (vgl. Erpenbeck & von Rosenstiel, 2003):

- Ein Kompetenzatlas für patientennah arbeitende Beschäftigte im LWL-Maßregelvollzug,
- ein Anforderungskatalog für patientennah arbeitende Beschäftigte im LWL-Maßregelvollzug und
- eine Anleitung für teambezogene Qualifizierungsbedarfsanalysen.
- Ein Leitfaden zur Lernbedarfsermittlung.
- Ein Leitfaden für das Mitarbeitergespräch.

Während die beiden erstgenannten Instrumente im Rahmen des Mitarbeitergesprächs als Leitfaden zum Einsatz kommen, wird die teambezogene Qualifizierungsbedarfsanalyse situationsbezogen, mindestens aber einmal jährlich im multiprofessionellen Behandlungsteam durchgeführt. Sie ist Ausgangspunkt zur Ermittlung der Kompetenz- und Qualifizierungsprofile der Beschäftigten bzw. Teams, die wiederum Grundlage für die Planung prospektiver Bildungsangebote sind.

Leitfäden erläutern die einzelnen Instrumente und leiten die Führungskräfte zur sachgerechten Anwendung an.

4.1 Fortbildungsrahmen für die Forensische Psychiatrie

In Anlehnung an den Deutschen Qualifikationsrahmen (BMBF, 2011) für berufsbezogenes Lernen werden im klinikübergreifenden Fort- und Weiterbildungsprogramm für den LWL-Maßregelvollzug zukünftig fünf Qualifikationsstufen unterschieden. Diese bauen aufeinander auf und unterstützen das persönliche Fortkommen und die Zufriedenheit der Beschäftigten durch ein modulares und kontinuierlich fortgeführtes Qualifizierungs- und Entwicklungsprogramm (vgl. Kent-Wilkinson, 2010).

Die erste Qualifikationsstufe umfasst die Einarbeitung neuer Mitarbeiter „Willkommen im LWL-Maßregelvollzug“. Sie dient dazu, den im Praxisfeld Maßregelvollzug noch unerfahrenen Beschäftigten die täglichen Anforderungen anhand der sieben Themen-

bereiche „Rechtliche Grundlagen“, „Sicherheit und Sicherung“, „Unterbringung, Diagnostik und Therapie“, „Ethik des und Ethik im Maßregelvollzug“, „Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“, „Organisation der multiprofessionellen Zusammenarbeit“ und „Organisation und Selbstmanagement“ nahe zu bringen. Zudem werden im Rahmen der Einarbeitung neuer Mitarbeiter auch Feldkompetenzen und Verantwortlichkeiten vermittelt.

Die Themenbereiche bilden die Grundlage für die Programmbereiche und Qualifizierungsangebote in den nachfolgenden Qualifikationsstufen.

In der zweiten Qualifikationsstufe werden die Beschäftigten dazu angeleitet, in den sieben oben beschriebenen Themenbereichen Fachwissen, Fertigkeiten und Kompetenzen auf einem basalen, regelgeleiteten Niveau zu erwerben und zu trainieren.

Die dritte Qualifikationsstufe baut auf dem bereits erworbenen Fachwissen, d.h. den Fertigkeiten und Kompetenzen der Beschäftigten auf und entwickelt sie im Sinne individualisierten und fallverantwortlichen Handelns kontinuierlich weiter. Sowohl die zweite als auch die dritte Qualifikationsstufe wurden klinikspezifisch als Fortbildungsrahmen konzipiert. Die Konzeption umfasst eine 3 Jahre umfassende Basisqualifizierung, die mindestens 66% aller Beschäftigten einer Abteilung oder Station erreicht, so dass kontinuierliche und flächendeckende Qualitätsverbesserungen durch Bildungsmaßnahmen möglich werden (vgl. Kent-Wilkinson, 2010).

Die vierte Qualifikationsstufe umfasst Expertengespräche und bietet berufserfahrenen Beschäftigten die Möglichkeit, fachlichen Input auf hohem, wissenschaftlich fundiertem Niveau zu erhalten und Fragen aus der Praxis mit einem externen Experten zu diskutieren und gemeinschaftlich Lösungen für Behandlungsfragen zu entwickeln.

Die fünfte Qualifizierungsstufe zielt darauf ab, den Lernerfolg von großen Gruppen vor Ort in der Praxis anhand von praktischen Fragen und Problemen zu entwickeln. Gemeinschaftlich arbeiten Praktiker und externe Experten über einen klar definierten Zeitraum an ausgewählten Fragestellungen, lernen dabei gemeinsam und entwickeln Antworten und Lösungen.

4.2 Kompetenz- und Qualifizierungsbedarfsanalysen

Die Grundlage für die Zuweisung zu den einzelnen Qualifikationsstufen und die Auswahl der passgenauen Angebote daraus bilden die folgenden Instrumente:

4.2.1 Kompetenzanalyse

Das Wissen über die Kompetenzen der Beschäftigten ist eine wichtige Voraussetzung für die persönliche und berufliche Entwicklung, wie auch für die Entwicklung eines Unternehmens. Das Verfahren der Kompetenzanalyse beleuchtet die Kompetenzen der Beschäftigten. Sie erfasst persönliche Fähigkeiten, Stärken und Neigungen, gleicht sie mit erforderlichen Schlüsselkompetenzen ab und gewährleistet so die vertikale und horizontale Laufbahnentwicklung der Beschäftigten und die Zielerreichung der Unternehmensziele. Die Bestimmung der für das alltägliche Arbeiten notwendigen Kompetenzen im Rahmen eines stufenförmigen Kompetenz- und Qualifikationsprofils stellt den Ausgangspunkt jeglichen Bildungsmanagements dar (Gießler, Scharfenorth & Winschuh, 2013).

4.2.2 Qualifizierungsbedarfsanalyse (QBA)

Die QBA ist ein Instrument für die Personalentwicklung, das Beschäftigten und Teams eine aktive Gestaltung ihrer persönlich-beruflichen Entwicklung und der strategischen Veränderungen ihres Arbeitsbereichs ermöglicht (ebd.). Sowohl individuelle, als auch teambezogene Verfahren können angewendet werden. Durch das Verfahren der team- und aufgabenbezogenen Qualifizierungsbedarfsanalyse (QBA) werden die fachlichen, personalen und organisationalen Kompetenzen sichtbar gemacht, Potentiale und Entwicklungsbedarfe systematisch und strategieorientiert erfasst und die Fähigkeit der Selbstbewertung auf individueller und organisationaler Ebene gefördert. Hierauf aufbauend können Lern- und Unterstützungsangebote für die ermittelten Bedarfe durchgeführt werden.

Die Ergebnisse der einzelnen Analysen werden durch die innerbetrieblichen Fortbildungsbeauftragten des ärztlich-therapeutischen Dienstes sowie des Pflege- und Erziehungsdienstes zusammengefasst, an das zentral koordinierte Bildungsmanagement weitergeleitet. Dort wird ein prospektives, klinikübergreifendes Fortbildungsprogramm entwickelt. Im Sinne der Qualitätssicherung und -entwicklung werden die einzelnen Veranstaltungen evaluiert und das Fortbildungsprogramm selbst jährlich überarbeitet.

4.3 Modulare Handlungskompetenzen in der Personalentwicklung

Durch Einführung des strategischen Bildungsmanagements können Synergieeffekte genutzt und Bildungs- und Qualifizierungsangebote passgenau klinikübergreifend sowie klinikintern angeboten werden. Die Organisation und Überprüfung erfolgt zentral koordiniert und in Form modularer Bildungs- und Lernangebote. Sie bieten die Flexibilität, die für eine rasche Anpassung an sich verändernde berufliche Erfordernisse und für eine individuell biografische Lern- und Berufsentwicklung gleichermaßen

gewünscht ist. Mit der Modularisierung von Qualifizierungen werden folgende Ziele verfolgt:

- die Förderung vertikaler und horizontaler Durchlässigkeit,
- die Vergleichbarkeit erworbener Qualifikationen und Kompetenzen auf nationaler und europäischer Ebene,
- der Erwerb von Teilqualifikationen bei gleichzeitiger Ausrichtung der einzelnen Qualifizierungsgänge auf eine Gesamtqualifikation,
- die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenzen und die Persönlichkeitsentwicklung,
- die Anrechnung formal, non-formal und informell erworbener Kompetenzen,
- die schnellere und leichtere curriculare Anpassung an Veränderungen in den beruflichen Handlungsfeldern.

Das Veranstaltungsprogramm erscheint jährlich und wird als gedruckte Ausgabe zur Verfügung gestellt. Zeitgleich werden alle Veranstaltungen auf dem Bildungsportal, einer klinikübergreifenden Intranet-Seite der LWL-Maßregelvollzugsabteilung, veröffentlicht. Die Programmrevision wird ebenfalls jährlich und in Zusammenarbeit mit einem Fachbeirat erfolgen.

4.4 Transfersicherung

Die Anwendung bzw. Nutzung der Lernergebnisse aus Weiterbildungsmaßnahmen in Praxissituationen am Arbeitsplatz ist von immenser Bedeutung für die Optimierung der Behandlungsqualität. Transferwirkungen beziehen sich auf konkret angewendetes Fachwissen, erwünschtes aufgabengebundenes Verhalten und/oder Einstellungen Beschäftigter (Schaeffer, 2006).

Transfersicherung wird in allen Phasen des Bildungsprozessmanagements betrieben. Zur Transfersicherung gehört die Berücksichtigung des Anwendungsbezugs der Lerninhalte bei der Maßnahmenplanung. Lernprozesse werden near-the-job oder on-the-job ermöglicht und die Effektivität von Bildungsmaßnahmen wird überprüft (Behrmann, 2006).

5. Ausblick und Dank

Die positiven Erfahrungen mit den Ergebnissen des Projektes haben dazu geführt, dass zum 01.01.2014 eine LWL-Akademie für Forensische Psychiatrie gegründet wird. Diese soll nicht nur die etablierten Strukturen und Inhalte fortführen. Sie soll im Dreischritt von Versorgungsforschung, Praxisentwicklung und Bildung die gewonnen Erkenntnisse für alle Interessierten bundesweit öffnen.

Literatur

- Kammeier, H. (2012). Das strafrechtliche Sanktionensystem in Deutschland. In: Haynert, H., Kammeier, H. (Hrsg.). Wegschließen für immer? Ethische, rechtliche und soziale Konzepte im Umgang mit gefährlichen Menschen auf dem Prüfstand. Lengerich: Pabst Verlag, S.56-71.
- Kolbe, H.J. (2014). Gestaltung und Nutzung des therapeutischen Milieus im Maßregelvollzug. In: Psychosoziale Umschau, 3/2014:20-22. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Kolbe, H.J. (2013). Forensisch-psychiatrische Pflege im Maßregelvollzug - Motor für gesellschaftliche Innovation. In: Zeitschrift für Pflegewissenschaft, 18(2):101-116.
- Haynert, H. (2012). Das ungenutzte Potential der forensischen Pflege. Der Beitrag der Forensischen Pflege zu Gefährlichkeitsreduktion, Bewältigung der Anlasserkrankung und Wiedereingliederung in die Gesellschaft. In: Haynert, H., Kammeier, H. (Hrsg.): Wegschließen für immer? – Ethische, rechtliche und soziale Konzepte im Umgang mit gefährlichen Menschen auf dem gesellschaftlichen Prüfstand. Lengerich: Pabst-Verlag, S.105-119.
- Haynert, H., Prüter, C. (2010): Wie ich den forensisch untergebrachten Menschen sehe, so pflege ich ihn auch. In: Saimeh, N. (Hrsg.). Kriminalität als biographisches Scheitern – Forensik als Lebenshilfe? 25. Eickelborner Fachtagung. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S.138-147.
- Erpenbeck, J., von Rosenstiel, L. (2003). Handbuch Kompetenzmessung. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und Kultusministerkonferenz (KMK): Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR).
- Kent-Wilkinson, A. (2010). Forensic nursing education in North America: An exploratory study to explore forensic nursing knowledge as a specialty area of study and factors influencing educational development. Winnipeg: LAP Lambert Academic Publishing.
- Gießler, W., Scharfenorth, K., Wünsch, T. (2013). Aktive Personalentwicklung im Krankenhaus. Grundlagen und Praxis der aufgabenbezogenen Qualifizierungsbedarfsanalyse. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schaeffer, D. (Hrsg.) (2006). Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Behrmann, D. (2006). Reflexives Bildungsmanagement. Pädagogische Perspektiven und managementtheoretische Implikationen einer strategischen und entwicklungsorientierten Gestaltung von Transformationsprozessen in Schule und Weiterbildung. Frankfurt a.M.: Peter Lang.



.... Zwei Förderprogramme und ihre Wirksamkeit – Evaluationsergebnisse zu den Hospitationsprogrammen der Robert Bosch Stiftung

.... *Lukas Nock, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso), Saarbrücken*

.... *Sabine Kirchen-Peters, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso), Saarbrücken*

Im vorliegenden Artikel werden die zentralen Ergebnisse der Gesamtevaluation des „Internationalen Hospitationsprogramms Pflege und Gesundheit“ und des „Internationalen Studien- und Fortbildungsprogramms Demenz“ der Robert Bosch Stiftung durch das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) referiert. Die empirischen Befunde der zugrundeliegenden Dokumentenanalyse (n=197), Interviewbefragung (n=15) und standardisierten Teilnehmerbefragung (n=113) attestieren beiden Programmen positive Effekte sowohl hinsichtlich der persönlichen und beruflichen Kompetenzentwicklung der Hospitant/innen als auch bezogen auf die betriebliche Weiterentwicklung der Heimateinrichtungen. Solche institutionellen Lerneffekte reichen dabei von inkrementellen Verbesserungen einzelner Arbeitsprozesse, der dauerhaften Etablierung internationaler Netzwerke, bis hin zur Schaffung gänzlich neuer Angebotsstrukturen.

1. Einleitung

Aktuelle gesellschaftliche Veränderungen stellen das Gesundheits- und Pflegesystem in Deutschland vor zunehmende Herausforderungen. Der demografische Wandel führt einerseits zu einem höheren Anteil älterer Patient/innen und damit verbunden zu einem Anstieg von altersbedingten somatischen und psychischen Erkrankungen. Andererseits zeichnet sich – neben dem Rückgang familiärer Pflegeressourcen – ein Fachkräftemangel in den ärztlichen und pflegerischen Berufen ab. Der mit diesen Entwicklungen assoziierte Handlungsbedarf verstärkt sich zusätzlich durch Qualitätsengpässe, die quer durch alle Versorgungssegmente bestehen. Beispiele hierfür sind Probleme, die im Rahmen von Krankenhausaufenthalten Demenzkranker entstehen, der mangelnde Quartiersbezug von Hilfen oder die bisher unterentwickelten Ansätze für eine kultursensible Ausrichtung von Pflege- und Gesundheitsdienstleitungen.

Mit dem Ziel, innovative Ideen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu befördern, rief die Robert Bosch Stiftung im Jahr 2002 das „Internationale Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit“ (im Folgenden kurz: IHOP) ins Leben. Im Jahr 2007 wurde es durch das „Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz“ (kurz: DEMENZ) ergänzt, das speziell auf die Verbesserung der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz fokussierte. Beide Programme, mit deren Koordination das Institut g-plus betraut war, unterstützten berufsbezogene Praxis- bzw. Bildungsaufenthalte im Ausland durch finanzielle Zuschüsse und inhaltliche sowie organisatorische Leistungen.

In den letzten zwölf Jahren nahmen insgesamt über 220 Leitungs- und Fachkräfte aus den unterschiedlichsten Einrichtungen des Gesundheitswesens an den Hospitationsprogrammen teil, um von den Erfahrungen ihrer Kolleg/innen aus dem Ausland zu profitieren, Einblicke in innovative Konzepte und Projekte zu gewinnen und ihre Lernerfahrungen nutzbringend in die Entwicklung von Lösungen für bestehende Problemfelder in Deutschland einzubringen.

Mit dem Auslaufen beider Programme wurde eine externe Gesamtevaluation initiiert, deren zentrale Ergebnisse im Folgenden verdichtet dargestellt werden.

2. Ziel und methodisches Konzept der Evaluation

Das Ziel der Evaluationsstudie lag in der Beantwortung folgender Leitfragen:

- Ist das Programmangebot von Praxis und Bildungsaufenthalten im Ausland effektiv, effizient und wirksam?
- Wie hoch ist die Effektivität von Auslandshospitationen als Instrument der Personal und Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen?
- Sind die beiden Programme im Hinblick auf Qualitätsverbesserungen in Versorgungsstrukturen und prozessen im Gesundheitswesen bedeutsam?
- Konnte die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Einrichtungen sowie ein internationaler Kontaktaufbau durch die Hospitationen gestärkt werden?

Aus diesen Fragen wurden fünf die Evaluation strukturierende Betrachtungsdimensionen abgeleitet, die mit unterschiedlichen Forschungsmethoden untersucht werden konnten:

- Effekte auf die persönliche und berufliche Weiterentwicklung der Hospitant/innen (persönliches Lernen),
- Effekte auf die Qualitätsentwicklung der Heimateinrichtungen der Hospitant/innen (institutionelles Lernen),

- Effekte auf weitergehende Entwicklungen im Pflege- und Gesundheitswesen (überinstitutionelles Lernen),
- Effekte auf (internationale) Netzwerkbildung,
- Rahmen- und Transferbedingungen für Innovationen.

Zunächst wurde eine qualitative Inhaltsanalyse sämtlicher Abschlussberichte der Programmteilnehmer/innen (n=197) durchgeführt. Parallel dazu lief eine leitfadengestützte Interviewbefragung mit ehemaligen Hospitant/innen aus den beiden Programmen (n=15). Dieser qualitative Erhebungsschritt erlaubte es zum einen, Entstehungszusammenhänge von Lernerfahrungen und Ergebnistransfer zu rekonstruieren. Zum anderen ermöglichten die Interviewgespräche und die Dokumentenanalyse eine gezieltere Herangehensweise bei der abschließenden quantitativen Teilnehmerbefragung (n=113) und statistischen Auswertung.

3. Darstellung der zentralen Ergebnisse

Die Befunde der Dokumentenanalyse, der Interviewbefragung und der standardisierten Teilnehmererhebung zeichneten ein ausgesprochen homogenes Bild von den Programmeffekten auf das persönliche Lernen der Hospitant/innen.

In der Selbsteinschätzung der Teilnehmer/innen hatten beide Programme positive Effekte auf den Ebenen der personalen, der sozialen, der interkulturellen und der Fachkompetenz. Die deutlichsten Auswirkungen fanden sich jeweils bei der Fachkompetenz, wobei das Demenz-Programm hier signifikant stärker das berufliche Fachwissen förderte, wohingegen bei IHOP eher die Entwicklung anwendungsorientierter Handlungs- und Methodenkompetenz in den Vordergrund rückte. Diese Unterschiede korrespondieren mit den Schwerpunkten, die sich aus dem jeweiligen Programmzuschnitt ergeben. Da DEMENZ explizit als Studien- und Fortbildungsprogramm zur Wissensvermittlung und wissenschaftlichen Fundierung der gesundheitsdienstlichen Versorgung von demenziell erkrankten Menschen konzipiert wurde, ist es folgerichtig, dass Wissenserwerb und -erweiterung auch im Vordergrund des Teilnehmeroutputs standen, während IHOP ausdrücklich Praktiker/innen adressierte und dementsprechend lösungsorientierte, anwendungsbezogene Vorhaben förderte, ergo Handlungskompetenzen stärkte.

Im Bereich der „weicheren“ Kompetenzen (Sozialkompetenz, interkulturelle und personale Kompetenz) fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Programmen nur bei der interkulturellen Kompetenz. Hier erzielte IHOP systematisch die stärkeren Effekte. Die Entwicklung solcher social skills und personaler Kompetenzen hing jedoch weniger davon ab, an welchem der beiden Programme teilgenommen

wurde, als vielmehr, wie lange die jeweilige Hospitation dauerte. Hier profitierten die Hospitant/innen in erster Linie von der längeren Kontaktzeit mit der Fremdkultur, die sich aufgrund der durchschnittlich deutlich längeren Aufenthaltszeiten bei IHOP ergaben.

Bezogen auf institutionelle Lerneffekte (den Transfer neuer Methoden/Verfahren/Techniken, die Erweiterung/Erneuerung des Angebotes, Verbesserungen in der Mitarbeiterqualifizierung u.a.) zeigen die Ergebnisse der standardisierten Befragung etwas weniger starke Tendenzen, als dies vor dem Hintergrund der Interviewerhebung und insbesondere der Dokumentenanalyse erwartet werden konnte. Offenbar konnten nicht alle konkreten Transferabsichten der Teilnehmer/innen, die in den Abschlussberichten geäußert wurden, erfolgreich in den Einrichtungen verwirklicht werden, und dies gilt für beide Programme gleichermaßen. Erklärungen hierfür liefern die von den Teilnehmer/innen der schriftlichen Befragung mehrfach geäußerten Transferbarrieren, wie beispielsweise die in den verschiedenen Ländern unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen und Qualifikationsstandards, mangelnde Veränderungsbereitschaft von Kolleg/innen und Vorgesetzten sowie andere betriebliche Hindernisse. Die statistische Untersuchung belegt eindeutig, dass Transfererfolge im Sinne der Entwicklung neuer Angebote und Qualitätsverbesserungen in den Einrichtungen maßgeblich von der aktiven Unterstützung der Hospitant/innen durch deren Betriebe abhängig sind. Dies gilt umso mehr, wenn die Programmteilnehmer/innen selbst nicht als Führungspersonen beschäftigt sind. Insgesamt erschien die Unterstützung durch ihre Heimateinrichtungen aus Sicht der Hospitant/innen im Kontext der standardisierten Befragung als stark verbesserungsfähig.

Was das überinstitutionelle Lernen im Sinne der Netzworkebildung und des Wissenstransfers über das unmittelbare eigene Arbeitsumfeld hinaus angeht, so erzielten beide Programme sehr positive Effekte. Da die Hospitationen zum Zeitpunkt der Erhebung bei über 80 Prozent der Befragten länger als ein Jahr zurücklagen (bei knapp 55 Prozent waren es sogar mindestens drei Jahre), weisen die positiven Befunde bei der internationalen Netzworkebildung darauf hin, dass beide Programme nachhaltig dazu beitragen konnten, die Internationalisierung des Pflege- und Gesundheitswesens weiterzuentwickeln.

Darüber hinaus zeigten Teilnehmer/innen beider Programme in einem ausgeprägten Maße Initiative bei der Weitergabe ihres Wissens auch außerhalb ihrer Heimateinrichtungen. Dokumentieren lässt sich dieser überinstitutionelle Programmeffekt anhand einer Vielzahl unterschiedlicher Aktivitäten, wie die Publikation von Fachartikeln, außerbetriebliche Schulungsmaßnahmen, Vorträge und andere öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen, mittels derer die Hospitationsergebnisse in die Breite getragen wurden.

4. Fazit

Die Leitfragen, denen die vorliegende Evaluation folgte, lassen sich vor dem Hintergrund der Ergebnisse überwiegend positiv beantworten:

- Das Programmangebot von Praxis und Bildungsaufenthalten im Ausland erweist sich im Spiegel der empirischen Untersuchung auf den Ebenen des persönlichen, des institutionellen und des überinstitutionellen Lernens als effektiv, effizient und wirksam.
- Hinsichtlich Qualitätsverbesserungen in Versorgungsstrukturen und -prozessen können IHOP und DEMENZ als Inkubatoren für Innovationen im Gesundheitswesen betrachtet werden, da durch sie generierte neuartige Wissens- und Erfahrungsbestände regelmäßig in breitere Fachöffentlichkeit gelangten. Inwieweit solche Innovationsimpulse schließlich von Dritten aufgegriffen und skaliert wurden bzw. ob eine Diffusion stattgefunden hat, könnte Gegenstand weiterer Forschung sein.
- Die Effektivität von Auslandshospitationen als Instrument der Personalentwicklung wird vor allem durch die ausgeprägten Lernerfolge im Bereich der beruflichen Kernkompetenzen, aber auch bei den immer wichtiger werdenden soft skills belegt. Als Instrument zur Qualitätsverbesserung in den Einrichtungen waren die Auslandshospitationen dann besonders effektiv, wenn sie nicht nur von den einzelnen Teilnehmenden, sondern auch von deren Kolleg/innen und Vorgesetzten als Chance zur Organisationsentwicklung angenommen wurden.
- Wenngleich tradierte Formen der Arbeitsteilung, gestaffelte Hierarchien und die damit einhergehende Reklamation von professioneller Zuständigkeit das Geschehen in den meisten deutschen Einrichtungen nach wie vor zu prägen scheinen, konnte eine Reihe von Programmteilnehmer/innen dennoch von einer Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit in ihren Einrichtungen berichten. Schließlich trugen die Hospitationen in vielen Fällen zur Entstehung von internationalen Netzwerken bei, die bereits über mehrere Jahre Bestand haben. Somit konnte in Hinblick auf die Förderung eines internationalen Kontaktaufbaus gezeigt werden, dass das „Internationale Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit“ und das „Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz“ systematisch nachhaltige Erfolge erzielt haben.

Der Gesamtbericht der Evaluation ist in der Reihe „iso-Report. Berichte aus Forschung und Praxis“ erhältlich:

Nock, L. & Kirchen-Peters, S. (2014). Evaluation der Programme „Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit“ und „Internationales Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz“. iso-Report Nr. 2, September 2014. Verfügbar unter: <http://www.iso-institut.de>



:::: Honigbrot mit Senf – eine Entwicklungchance. Erfahrungen und Ergebnisse aus einem demenzbezogenen Studienaufenthalt in Österreich.

:::: *Monika Hübner (M.Sc. / Demenzstudien), Logopädin, Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg*

Die Behandlung von Menschen mit Demenz, die an einer Schluckstörung leiden, gehört immer häufiger zum Aufgabenbereich von Logopäden, die im akutgeriatrischen Bereich arbeiten. Allerdings scheint die multimorbide Patientengruppe weiterhin ein „logopädischer Exot“ zu sein: aktuell fehlen grundlegendes logopädisches Wissen über das Krankheitsbild Demenz und seinen Verlauf sowie wirksame klinische Behandlungsoptionen für Patienten mit demenzieller Erkrankung und gleichzeitig bestehender Schluckstörung. Im folgenden Artikel berichtet die Autorin über ihre Ergebnisse zum Thema „Schlucken bei Demenz“ während ihres Studiengangs „Demenzstudien“ in Österreich – und über die Erfahrungen, die sie im Rahmen des dreijährigen, berufsbegleitenden Studiums gemacht hat.

1. Berufsbegleitendes Studium

Im Rahmen dieses Artikels beschreibe ich die Erfahrungen, die ich während meines 3-jährigen berufsbegleitenden Studienaufenthaltes an der Donau-Universität Krems (DUK) in Österreich sammeln durfte. Ich habe dort von Oktober 2010 bis 2013 am Department für Klinische Medizin und Präventionsmedizin am Zentrum für Klinische Neurowissenschaften den interdisziplinären Universitätslehrgang „Demenzstudien – medizinisches und soziales Management von Personen mit Demenz“ absolviert, der in Kooperation mit der M.A.S. Alzheimerhilfe angeboten wird, und welchen ich mit dem Master of Science im Bereich „Demenzstudien“ abgeschlossen habe.

Zur Aufnahme des Studiums hat mich unter anderem motiviert, dass ich in meiner Tätigkeit als Logopädin in einem akutgeriatrischen Krankenhaus immer mehr mit der Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen und demenziellen Entwicklungen konfrontiert wurde, ohne Genaueres über diese Krankheitsbilder und ihre Verläufe zu wissen. Erste logopädische Forschungsansätze zur Diagnostik und Therapie von demenziell bedingten Sprach- und Kommunikationsstörungen existieren zwar, die

Behandlung von Schluckstörungen, den sogenannten Dysphagien, stellt jedoch eher eine Ausnahme des logopädischen Repertoires dar.

Der interdisziplinäre Studiengang „Demenzstudien“ an der DUK in Österreich erschien mir eine Möglichkeit, mich ausführlich mit dem Thema „Demenz“ auseinanderzusetzen und mein Wissen in Bezug auf das Krankheitsbild Demenz erweitern zu können. Darüber hinaus wollte ich allgemeine diagnostische und medizinisch-therapeutische Optionen kennenlernen und mich nicht nur logopädienspezifisch weiterbilden, sondern war vor allem gespannt auf den interdisziplinären Austausch. Die Aufnahme des Studiums steht laut Ausschreibung Kollegen aus dem medizinischen, pädagogischen, pflegerischen, sozialen oder therapeutischen Bereich ebenso wie Bewohnervertretern oder Juristen offen.

Im Rahmen der akademischen Weiterqualifikation wurden nicht nur Basiskompetenzen, unterschiedliche medizinische und nicht-medizinische Behandlungskonzepte oder ethische und rechtliche Grundlagen gelehrt, sondern auch wissenschaftliche Methodik, empirische Sozialforschung und pädagogische und didaktische Grundlagen vermittelt. Als Absolventen des Universitätslehrgangs „Demenzstudien“ haben wir neben unserer Berufstätigkeit ein wissenschaftliches Grundinstrumentarium erworben und sind in der Lage, uns mit wissenschaftlich fundierten Konzepten für die optimale Versorgung von Menschen mit Demenz auseinanderzusetzen bzw. neue Konzepte zu entwickeln und zu evaluieren.

2. Menschen mit demenzieller Erkrankung und Schluckstörung

Es liegen unterschiedliche Daten zur Prävalenz von Schluckstörungen bei Menschen mit Demenz vor. Dementsprechend wird die Häufigkeit des Auftretens von Dysphagien bei Menschen mit Demenz je nach Setting und Schweregrad zwischen 7% und 84% angegeben (Chouinard et al., 1998; Horner et al., 1994, zitiert nach Easterling & Robbins, 2008; Ikeda et al., 2002; Rittig et al., 2009; vgl. Rofes et al., 2011). Eine Übersichtsarbeit führt unter anderem eine Kombination aus altersbedingten sensorischen, motorischen und neuropathologischen Veränderungen ursächlich auf eine Dysphagie bei Demenz zurück (Easterling & Robbins, 2008). Bereits in den frühen Phasen des Krankheitsverlaufs können beispielsweise ein ungünstiges Essverhalten oder Würge- und Aspirationszeichen¹ bei Menschen mit demenzieller Erkrankung beobachtet werden, welche ebenfalls frühzeitig mit einem Gewichtsverlust und einer Mangelernährung einhergehen (Suh et al., 2009). Darüber hinaus unterscheiden sich Patienten mit einer Alzheimer Demenz von denen mit einer vaskulären Demenz bezüglich ihres Schluckverhaltens im Verlauf der Erkrankung so voneinander, dass bei ersteren sensorische Beeinträchtigungen im

¹ Definition Aspiration: Eindringen von Flüssigkeiten oder Festkörpern in die Luftwege unterhalb der Stimmlippen mit oder ohne Auslösung des Hustenreflexes

Vordergrund stehen, bei letztgenannten jedoch die motorische Steuerung des Schluckvorgangs vorrangig beeinträchtigt ist (Suh et al., 2009). Aufgrund des Fortschreitens der Erkrankung ist bei Patienten mit einer Demenz vom Typ Alzheimer „eine Lungenentzündung aufgrund allgemeiner Schwäche, erhöhter Infektanfälligkeit, Ernährungsstörungen und Schluckschwierigkeiten“ sogar die „häufigste Todesursache“ (Alzheimer Europe, 2005:2). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz im Gegensatz zu jenen mit stark fortgeschrittener Demenz die Sterblichkeitsrate am höchsten ist, wenn eine Aspiration mit einem gleichzeitigen Gewichtsverlust einhergeht (Kalia, 2003).

Weitere dysphagie-assoziierte Komplikationen können bei Patienten mit demenzieller Entwicklung auftreten. So gehen Dysphagien bei Patienten mit einer Alzheimer Erkrankung beispielsweise mit einer signifikant höheren Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsangebote und höheren Kosten im Gegensatz zu Patienten mit einer Alzheimer Demenz ohne Dysphagie einher, zudem wurde bei ersteren eine fast doppelt so lange Krankenhausliegedauer bei erhöhter Mortalitätsrate beobachtet (Tian et al., 2013). Des Weiteren bestehen bei diesen Patienten Schwierigkeiten mit der oralen Einnahme von Medikamenten (Tian et al., 2013), was in Konsequenz das Behandlungsergebnis insofern beeinflussen kann, dass Medikamente nur unregelmäßig oder gar nicht eingenommen werden können.

Überwiegend werden Dysphagien im Spätstadium einer demenziellen Erkrankung beschrieben (Chouinard et al., 1998; Kalia, 2003; World Health Organization and Alzheimer's Disease International, 2012:7). Der Gedanke liegt nahe, Menschen, die sich nicht mehr ausreichend oder aspirationsfrei ernähren können, künstlich zu ernähren. Das operative Legen einer Magensonde, der sogenannten perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) bei Menschen mit Demenz wird jedoch kontrovers diskutiert und wirft ethische Fragestellungen auf (Pivi et al., 2012; Stach, 2000). Aktuell liegen „keine randomisierten, plazebo-kontrollierten Studien zur Verwendung von PEG-Sonden zur enteralen Ernährung im Stadium der schweren Demenz vor“ (DGPPN: S3-Leitlinie „Demenzen“, S. 245). Folglich existiert darüber auch keine Evidenz. Das Legen einer PEG-Sonde bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz verlängert nicht ihre Überlebenszeit, steigert nicht ihre Lebensqualität, verhindert nicht das Entstehen von Aspirationspneumonien, mindert nicht das Entstehen oder Vorhandensein einer Mangelernährung und beugt Druckulzera nicht vor. Sie kann aber zu Komplikationen wie lokalen Infektionen und Abszessen oder zu Übelkeit und Diarrhöen führen. Allerdings werden Menschen mit Demenz, die mit einer Ernährungssonde versorgt sind, häufiger fixiert und der soziale und kommunikative Akt des „Essen-Anreichens“ sowie ein Geschmacks- und Geruchsanreiz durch das Anbieten von Essen oder Trinken nehmen ab oder werden gänzlich eingestellt (Synofzik, 2007).

3. Die Masterthese

Das übergeordnete Ziel meines Studiums war die Verbesserung und Optimierung der Versorgungsqualität demenziell erkrankter Patienten in Bezug auf die logopädisch wichtigen Bereiche Schlucken, Essen und Trinken. Ich wollte ursprünglich ein Schulungsprogramm erarbeiten, welches Angehörige von Menschen mit Demenz in Bezug auf das Thema Schluckstörungen sensibilisiert und ihnen konkrete Hilfestellungen bei der Vermeidung von Komplikationen bietet und die Nahrungsaufnahme erleichtert. Mir bot sich jedoch die großartige Möglichkeit, im Rahmen des Modellprojektes „Geriatrische Rehabilitation bei Demenz (GREDE)“ (Dutzi et al, 2013) unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Hauer mitarbeiten zu dürfen. So verfasste ich schließlich meine Masterthese zu dem Thema „Die Dysphagie als Einflussfaktor auf den Ernährungsstatus geriatrischer Reha-Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz: Ergebnisse einer Beobachtungsstudie“. Bei insgesamt 77 Studienteilnehmern mit leichter bis mittelschwerer Demenz konnte ich den Ernährungsstatus erheben, das Schluckvermögen klinisch überprüfen und den Zahnstatus einschätzen. Anhand der Ergebnisse konnten wir belegen, dass eine mittels klinischem Schluckscreening diagnostizierte Dysphagie neben dem Demenztyp und den Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens ein signifikanter Einflussfaktor für das Entstehen einer Mangelernährung bei leichter bis mittelschwerer Demenz ist.

4. Mein Honigbrot mit Senf oder Was es bedeutet, berufsbegleitend zu studieren

Die unten dargestellte Waage verdeutlicht das Spannungsfeld, in welchem ich mich über den gesamten Studienzeitraum bewegt habe. Meine Studienjahre in Österreich sind eine Kombination aus „Süßem“ und „Bitterem“ gewesen, wobei im Rückblick das Süße und Schöne, nämlich die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz, der gewonnene Wissenszuwachs, der interdisziplinäre Austausch mit Dozenten und Kommilitonen sowie die vielen privaten Begegnungen überwogen.

Studieren neben einer beruflichen Tätigkeit ist jedoch anstrengend, bedarf einer zeitlichen und strukturellen Organisation und erfordert Konzentration und Fokussierung. Praktisch bedeutet dies, dass beispielsweise Hausarbeiten pünktlich abgegeben oder Prüfungen vorbereitet, Anreisen und Unterkunft geplant und Urlaub für die Präsenzphasen vor Ort eingereicht oder mit Kollegen angestimmt werden mussten.

Außerdem konnte ich auf verschiedenen Kongressen in Deutschland und auch in Österreich für Kollegen aus Pflege, Medizin und Logopädie zum Thema Demenz und Schluckstörungen sprechen, was allerdings neben meiner Berufstätigkeit und dem

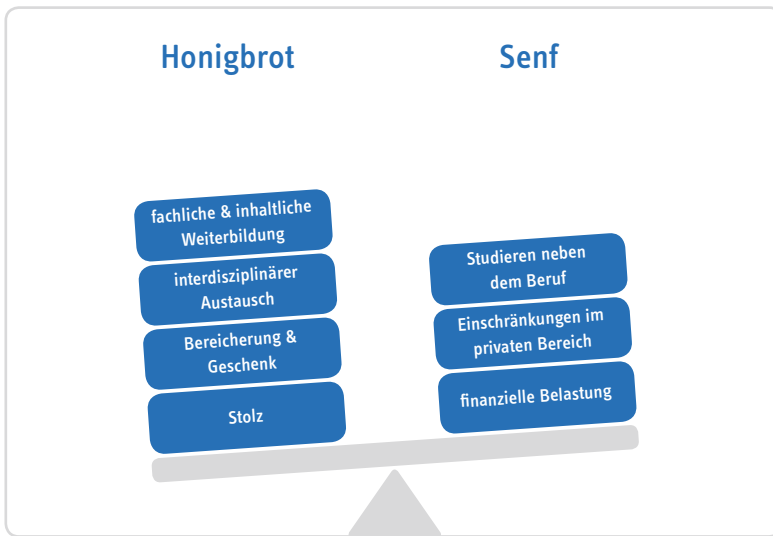


Abb. 1
Waage

Studium eine weitere große zeitliche und inhaltliche Investition bedeutete, mich aber stetig wachsen ließ. Zudem stellt die Verschriftlichung und Einreichung meiner Studienergebnisse zur Publikation eine weitere Herausforderung dar.

5. Und so komme ich abschließend zu der Frage: Was habe ich gelernt?

Ich konnte mein Wissen in Bezug auf das Thema Demenz erweitern, meinen ersten wissenschaftlichen Weg beschreiten, im Rahmen eines Forschungsprojektes mitarbeiten und diverse Vorträge zum Thema „Dysphagie und Demenz“ halten. Ich bin sicherer im Umgang mit Präsentationen und Vorträgen, ihrer optischen Gestaltung und inhaltlichen Aufbereitung geworden.

Ich habe mich zudem nicht nur fachlich sondern auch persönlich weiterentwickelt, konnte schwierige Situationen dank der Unterstützung meiner Familie, Freunde und Kollegen meistern und mir beweisen, dass ich mich eines Projektes annehmen, dieses strukturiert durchführen und erfolgreich abschließen kann.

6. Dank

Ein berufsbegleitendes Studium ist mit einem hohen Arbeitsaufwand, hoher zeitlicher und finanzieller Investition, einer hohen emotionalen Belastung und einer Zeit der privaten Entbehrung verbunden. Sicherlich ist es umso schwerer, wenn gleichzeitig in Vollzeit gearbeitet werden muss. Die enorme finanzielle und inhaltliche Unterstützung durch das Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz der

Robert Bosch Stiftung hat mir den Luxus entscheidend ermöglicht, in Teilzeit arbeiten zu können. Dafür bin ich sehr dankbar.

Rückblickend verbinde ich mit dem Studium in Österreich nur positive Erfahrungen im Sinne eines fachlichen und persönlichen Wachstums. Meine Erkenntnisse hoffe ich den Betroffenen und ihren Angehörigen zu Gute kommen zu lassen.

Literatur

Alzheimer Europe (2005): Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten (2. Aufl., S. 2). Stuttgart, New York: Thieme.

Chouinard, J., Lavigne, E. und Villeneuve, C. (1998). Weight Loss, Dysphagia, and Outcome in Advanced Dementia. In: Dysphagia, 13, 151-155.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. (2009). S3Leitlinie "Demenzen" <[http:// www.dggpp.de/documents/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf](http://www.dggpp.de/documents/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf)> [2013-03-25].

Dutzi, I., Schwenk, M., Micol, W. und Hauer, K. (2013). Patienten mit Begleitdiagnose Demenz. Versorgung in der stationären geriatrischen Rehabilitation. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46 (3), 208-213.

Easterling, C. S. und Robbins, E. (2008). Dementia and Dysphagia. In: Geriatric Nursing, 29 (4), 275-285.

Ikedai, M., Brown, J., Holland, A. J., Fukuhara, R. und Hodges, J. R. (2002). Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. In: Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 73, 371-376.

Kalia, M. (2003). Dysphagia and Aspiration Pneumonia in Patients With Alzheimer's Disease. In: Metabolism, 52 (10), 36-38.

Pivi, G. A. K., Ferreira Bertolucci, P. H. und Schultz, R. R. (2012). In: Nutrition in Severe Dementia. Current Gerontology and Geriatrics Research, 2012, 1-7.

Stach, C. B. (2000). Vascular Dementia and Dysphagia. In: Topics in Stroke Rehabilitation, 7 (3), 1-10.

Synofzik, M. (2007). PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz. In: Der Nervenarzt, 4, 418-428.

Rittig, T., Jäger M. und Füsgen, I. (2009). Prävalenz und Bedeutung von Schluckstörungen bei Patienten in geriatrischen Einrichtungen – eine biometrische Multicenter-Erhebung (Teil I). In: European Journal of Geriatrics, 11 (2), 69-78.

Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J., Cabré, M., Campins, L., Garcia-Peris, P., Speyer, R. und Clavé, P. (2011). Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. In: Gastroenterology Research and Practice, 2011, 1-13.

Suh, M., Kim, H. H. und Na, D. L. (2009). Dysphagia in Patients With Dementia. Alzheimer Versus Vascular. In: Alzheimer Disease & Associated Disorders, 23 (2), 178-184.

Tian, H., Abouzaid, S., Sabbagh, M. N., Chen, W., Gabriel, S., Kahler, K. H. und Kim, E. (2013). Health Care Utilization and Costs Among Patients With AD With and Without Dysphagia. In: Alzheimer Disease & Associated Disorders, 27 (2), 138-144.

World Health Organisation (2012). Electronic Reference Formats Recommended by the World Health Organisation<[http:// www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012)> [Stand 2013-01-12].



:::: Generationsbrücke Deutschland

:::: *Horst Krumbach, Gründer und Vorstand der Generationsbrücke
Deutschland, Katholische Stiftung Marienheim Aachen-Brand, Aachen*

Inspiziert von seinem Hospitationsaufenthalt bei „Bessie’s Hope“ in Denver/Colorado, hat Horst Krumbach 2009 die „Generationsbrücke Aachen“ ins Leben gerufen. 2012 wurde daraus die „Generationsbrücke Deutschland“, in der sich Krumbach mit seinem mittlerweile siebenköpfigen Team die bundesweite Skalierung seines generationenübergreifenden Konzeptes zur Aufgabe gemacht hat.

1. Das gesellschaftliche Problem

1.1. Gesellschaftliche Ausgangslage

Pflegebedürftige alte Menschen in Heimen sind eine sozial benachteiligte gesellschaftliche Gruppe. Weil sie in der Regel keine Verantwortung mehr für sich und andere übernehmen oder Wissen weitergeben können, werden sie auch in senior-fokussierten gesellschaftlich-integrierenden Bemühungen nicht mehr berücksichtigt. Sie leben häufig isoliert und haben ausgenommen von wenigen Angehörigen kaum Kontakt zu ihrem lokalen kommunalen Lebensumfeld, sind in dieses nicht integriert und werden kaum wahrgenommen. Pflege und Versorgung als zentrale Alltagsstrukturelemente im Heimleben haben in Deutschland mittlerweile durch gesetzliche Vorgaben und entsprechende Kontrollmechanismen ein meist gutes Niveau erreicht. Doch liegt der Fokus dabei recht einseitig auf den körperlichen und geistigen Einschränkungen der dort lebenden Menschen und dem formalen Ablauf der professionellen Versorgung – das seelische und psychische Wohlbefinden werden viel zu wenig berücksichtigt. Darüber hinausgehende soziale Aktivitäten im Heim finden meist in der immer selben Gruppe mit den Pflegefachkräften, Sozialdienstmitarbeitern, Ehrenamtlichen und anderen Bewohnern des Heimes statt. Doch dies allein wird den viel weitreichenderen Grundbedürfnissen der Altenpflegeheimbewohner noch nicht gerecht, denn zu einem Leben und Altern in Würde gehört wesentlich mehr. Soziale Beziehungs- und Betreuungsangebote, die Wertschätzung, Zuneigung und Herzenswärme zum Ausdruck bringen, stillen die menschlichen Grundbedürfnisse nach Verbundenheit und sozialer Anerkennung. Werden diese nicht erfüllt, können Vereinsamung, Verarmung im Gefühlsleben und Depression die Folge sein, was eine Minderung der Lebensqualität und psychischen Gesundheit bedeutet. Was die Lebensqualität der Pflegeheimbewohner wesentlich

positiv beeinflusst, sind echte, nahe, herzenswarme Beziehungs- und Begegnungsmöglichkeiten, in deren Gestaltung sie sich aktiv erleben können. Der regelmäßige Kontakt mit Kindern und Jugendlichen ermöglicht dies auf besonders intensive Weise.

Kinder, die in Kleinstfamilien und immer öfter ohne enge familiäre intergenerative Beziehungen aufwachsen, können wiederum ebenso an einem Mangel an engen sozialen Beziehungen und sozialer Anerkennung leiden. Das Zusammenleben in Familien- und Nachbarschaftsverbänden, die über die Kernfamilie weit hinausgehen und generationenübergreifend sind, ist kaum noch üblich. Für Kinder reduzieren sich Erlebens- und Erfahrungsmöglichkeiten mit den Themen Pflegebedürftigkeit, Alterserscheinungen, Sterben und Tod damit erheblich. In zudem gestörten Sozialmilieus haben Kinder manchmal keinen bis nur geringen Interaktionsradius außerhalb von Schule und Familie, also auch in ihrem mittelbaren Lebensumfeld kaum Berührungen mit pflegebedürftigen alten Menschen. Das kann zu Einschränkungen in der Entwicklung der Beziehungsfähigkeit, des Mitgefühls, der Toleranz und der Hilfsbereitschaft im Zusammenleben mit der immer älter werdenden Gesellschaft führen, und birgt Konfliktpotential in der Generationenbeziehung und -verantwortung.

1.2. Ausmaß des Problems

Der demographische Wandel entwickelt sich zunehmend zu einer unserer größten gesellschaftlichen Herausforderungen: Im Jahr 2050 wird es mehr Personen über 60 Jahre als Kinder unter 18 Jahren geben. Ein Aspekt davon ist die kontinuierlich steigende Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland: Ende 2011 belief sich die Anzahl der Pflegebedürftigen auf rund 2,5 Millionen, von denen rund 30 Prozent vollstationär in Pflegeheimen versorgt wurden. Bis 2030 wird ein Anstieg der Pflegebedürftigen auf 3,4 Millionen erwartet. Entsprechend ist die Zahl der Pflegeheime in Deutschland zwischen 1999 und 2011 um rund 30 Prozent auf 12.534 gewachsen. Dem gegenüber steht eine immer kleiner werdende Zahl jüngerer Menschen, die sich um die alten Generationen kümmern kann und will. Sich verändernde Ansprüche und Bedürfnisse unterschiedlichster gesellschaftlicher Gruppen führen zu einer Erosion und Modifikation von Werten, die Einfluss auf den Zusammenhalt der Gesellschaft haben. Die leistungsorientierte Gesellschaft betont insbesondere die Fähigkeiten, Ressourcen und Potentiale aller Altersgruppen und fordert entsprechende Verantwortungsübernahme auch im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements ein. Übersehen wird dabei eines leicht: Die emotionalen menschlichen Bedürfnisse, deren Erfüllung maßgeblich für Gesundheit und Lebensqualität stehen, sind ein bedingungsloser Wert und nicht als Gegenleistung verhandelbar. Das gilt für alle gesellschaftlichen Gruppen langfristig in Deutschland und hat besonders auch für pflegebedürftige alte Menschen in Heimen Relevanz.

2. Der Lösungsansatz

2.1. Vision und Mission

Die Generationsbrücke Deutschland ist das erste generationenverbindende Sozialunternehmen Deutschlands. Unsere Vision ist eine Gesellschaft, in der das Zusammenleben zwischen pflegebedürftigen alten Menschen und Kindern in struktureller und emotionaler Weise dauerhaft gelingt. Wir gestalten eine aktive generationenverbindende Gemeinschaft, welche die emotionale Lebensqualität aller Generationen als zentrales Gut achtet und durch konkrete Beziehungs- und Begegnungsangebote stärkt. Dafür bringen wir Institutionen und Menschen in ihren Nachbarschaften langfristig zusammen und unterstützen sie mit Know-How.

2.2. Strategie

Die Generationsbrücke Deutschland initiiert, leitet und begleitet regelmäßige, langfristige Begegnungen zwischen Bewohnern von Altenpflegeeinrichtungen und Kindergartenkindern sowie Schülern. Ziel ist es, durch die Beschäftigung MITEINANDER die Lebensqualität und -freude aller Beteiligten nachhaltig zu erhöhen. Es entsteht eine klassische Win-Win-Situation: Für die alten und pflegebedürftigen Menschen bringt keine andere soziale Aktivität so viel positive Abwechslung und Freude in den oftmals tristen und einsamen Heimaltag. Gleichzeitig werden sie wieder stärker in unsere Gesellschaft integriert. Die Kinder und Jugendlichen wiederum erleben Wertschätzung, Herzenswärme und besondere Zuneigung. Sie können von der Lebensweisheit und -erfahrung der alten Menschen profitieren und lernen frühzeitig, Alterungsprozess, Pflegebedürftigkeit, Demenz und letztlich auch den Tod als normale Lebensumstände zu erkennen. Gerade Kinder und Jugendliche aus gestörtem Sozialmilieu erleben durch ihr intergeneratives Engagement oftmals ein ganz neues Selbstwertgefühl und die Vermittlung echter menschlicher Werte.

Auf diese Weise erfreuen wir nicht nur die Teilnehmer beider Generationen, sondern sensibilisieren vor allem auch die Kinder und Jugendlichen für die Bedürfnisse, Einschränkungen und Lebenssituation pflegebedürftiger alter Menschen. Und so erreichen wir letztlich sogar eine Win-Win-Win-Situation, denn der dritte Gewinner ist unsere gesamte Gesellschaft, in dem wir den jungen und jugendlichen Teilnehmern eine veränderte Sichtweise auf alte Menschen vermitteln und ihre Sozialkompetenz im Umgang mit ihnen auf eine neue Ebene bringen.

Die Generationsbrücke Deutschland arbeitet mit klaren Strukturen und verbindlichen Standards. Regelmäßig und langfristig (monatlich oder vierzehntägig über mindestens ein Schuljahr) besuchen die Schüler bzw. Kindergartenkinder in Gruppen von 8-12 die

jeweils selben Bewohner einer Altenpflegeeinrichtung. Kindergartenkinder werden häufig mit dementiell veränderten Menschen, und Schüler verstärkt mit den geistig noch etwas fitteren Bewohnern zusammengebracht, damit sich die jeweiligen Potentiale annähern und Über- oder Unterforderung auf beiden Seiten vermieden wird.

Wir legen besonderen Wert auf die gründliche Vorbereitung der Kindergartenkinder und Schüler sowie auf die fachliche Beratung und Begleitung zur Implementierung der Generationsbrücke-Begegnungen in Heimen. Die teilnehmenden Kinder erhalten in einer interaktiven ca. einstündigen Vorbereitung altersgerecht aufbereitete Informationen über Pflegeheime, Alterserscheinungen wie insbesondere auch Demenz und Pflegebedürftigkeit. Mit praktischen Übungen werden sie für die Begegnungen in den



Abb. 1
gemeinsames Spielen
(Quelle: Generations-
brücke Deutschland)

Altenpflegeeinrichtungen sensibilisiert und ihre Neugier geweckt. Inhalt der Generationsbrücke-Begegnungen im Altenpflegeheim sind gemeinsame Aktivitäten wie Singen, Erzählen, Lesen, Raten, Tanzen, Basteln, Spielen etc. Wichtiger Bestandteil unseres Konzeptes ist dabei die feste Paarbildung zwischen den Kindern/Jugendlichen und ihren „Bewohnerpartnern“, denn gerade dadurch entstehen häufig langfristige und enge Beziehungen zwischen den Teilnehmern beider Generationen. Die Generationsbrücke-Begegnungen sind in einen gleichbleibenden rituellen Begrüßungs- und Verabschiedungsrahmen eingebunden, der beiden Generationen Sicherheit und Geborgenheit vermittelt.

2.3. Zielgruppen

Die direkten Zielgruppen der Generationsbrücke Deutschland sind alle Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen (Pflegeheime und Betreutes Wohnen), deren körperliche und geistige Restpotentiale für Freude- und sinnstiftende Begegnungen mit der zweiten direkten Zielgruppe, den Kindern und Jugendlichen aus Kindertagesstätten und Schulen (Grund- und weiterführende Schulen) ausreichen. Das bedeutet, dass nur diejenigen pflegebedürftigen Bewohner für das Angebot nicht in Frage kommen, die dauerhaft bettlägerig bzw. höchstgradig dementiell verändert sind.

Die teilnehmenden Kita-Kinder sollen ein Mindestalter von fünf Jahren haben, sich also im ca. letzten Kita-Jahr befinden. Bei den Schülern gibt es keine altersmäßigen Einschränkungen. Sekundäre Zielgruppe sind Ehrenamtliche, die auf vielfältige Weise



Abb. 4-6

*gemeinsames Malen
(Quelle: Generations-
brücke Deutschland)*

in das Projekt einbezogen werden, beginnend bei der Begleitung der Kinder und Jugendlichen von ihren Einrichtungen zu den Besuchen im Pflegeheim bis hin zu aktiver Unterstützung der Projektkoordinatoren der Generationsbrücke Deutschland bei den intergenerativen Begegnungen.

3. Bisherige Verbreitung des Lösungsansatzes

3.1. Gegenstand der Verbreitung

Gegenstand der Verbreitung ist ein Konzept, das wir den kooperierenden Einrichtungen mit der Zielsetzung anbieten, langfristige und regelmäßige Begegnungen mit gemeinsamen Aktivitäten zwischen Kindern und Jugendlichen einerseits und Bewohnern von

Altenpflegeeinrichtungen andererseits nach den Qualitätsstandards der Generationsbrücke Deutschland durchzuführen. Die Verbreitung ist gekoppelt an ein Servicemodell, dessen wesentlicher Bestandteil das Handbuch der Generationsbrücke Deutschland ist, in dem die Tätigkeiten und Rahmenbedingungen sowie das zugrunde liegende Know-How beschrieben werden, welche zum Gelingen der Generationsbrücke-Begegnungen notwendig sind.

Neben diesem Handbuch beinhaltet das Servicemodell folgende Module:

- Halbtägige konzeptbezogene Fortbildung für die beteiligten haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter der kooperierenden Einrichtungen zu folgenden Themen: Zusammenfassung der Generationsbrücke-Entwicklung und -Ziele; Ablauf der intergenerativen Begegnungen; Abklärung der Rahmendaten für die Durchführung (Festlegung von Wochentagen, Uhrzeiten, Räumlichkeiten etc.); Inhalt und Terminierung der Vorbereitungsveranstaltung mit den Kindern/Jugendlichen; Einholung von Erlaubnissen für Veröffentlichung von Foto- und Videomaterial; Informationsveranstaltung für Angehörige; Abklärung von Verantwortlichkeiten
- auf Wunsch Informationsveranstaltung für Angehörige, z.B. im Rahmen von Elternabenden der Kinder/Schüler bzw. Angehörigenabenden der Pflegeheimbewohner
- Vorbereitungsveranstaltung für die teilnehmenden Kinder/Schüler in der Kindertagesstätte/Schule: fachliche, pädagogische, praktische und organisatorische Vorbereitung der Kinder/Schüler auf die Begegnungen mit den Altenpflegeheimbewohnern
- Durchführung der ersten Generationsbrücke-Begegnung in der Altenpflegeeinrichtung und Anleitung der damit zukünftig betrauten Sozialdienstmitarbeiter
- Durchführung von Reflexionstreffen mit den Schülern
- jährliche Fachtagung der Generationsbrücke Deutschland für die hauptamtlichen Fachkräfte der kooperierenden Einrichtungen, welche die Generationsbrücke-Begegnungen durchführen
- kontinuierliche Erweiterung / Aktualisierung des Handbuchs
- kontinuierliche bedarfsorientierte Fachberatung durch hauptamtliche Mitarbeiter der Generationsbrücke Deutschland

3.2. Bisherige Verbreitungsmethode

Bisher wurde die Verbreitung unseres Konzeptes grundsätzlich zentral aus Aachen gesteuert. Beratung und Schulung wurden dann durch Mitarbeiter der Generationsbrücke Deutschland lokal durchgeführt. Eine Ausnahme hiervon gibt es in Berlin, wo aufgrund der Anzahl der Einrichtungen ein nebenberuflicher Regionalkoordinator eingesetzt worden ist, der die teilnehmenden Einrichtungen vor Ort betreut.

3.3. Stand der Verbreitung

Zurzeit arbeitet die Generationsbrücke Deutschland mit insgesamt 30 kooperierenden Altenpflegeheimen, 19 Kindertagesstätten und 11 Schulen in 8 Bundesländern an folgenden Standorten:

Nordrhein-Westfalen	Aachen, Alsdorf, Stolberg, Herzogenrath, Simmerath, Niederzier, Hückelhoven, Monheim, Krefeld
Baden-Württemberg	Sipplingen
Bayern	Nürnberg
Sachsen-Anhalt	Stendal
Schleswig-Holstein	Geesthacht
Rheinland-Pfalz	Alzey
Berlin	
Hamburg	

4. Unterstützung und Auszeichnungen

4.1. Unterstützung

Ende 2011 gelang es, mit dem Journalisten-Ehepaar Tom Buhrow und Sabine Stamer zwei engagierte Schirmherren für die Generationsbrücke Deutschland zu gewinnen, die sich bereits auf vielfältige Weise für ihre intergenerativen Belange eingesetzt haben. Seit 2013 wird die Generationsbrücke Deutschland darüber hinaus fachlich von einem Beirat unterstützt, dem neben den Gerontologen Prof. Dr. Andreas Kruse (Direktor des Instituts für Gerontologie an der Universität Heidelberg), Prof. Dr. Ursula Lehr (Bundesfamilienministerin a.D., Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen) unter anderem auch der Hirnforscher Prof. Dr. Gerald Hüther (Leiter der Zentralstelle für Neurobiologische Präventionsforschung in Göttingen) und die Leiterin des Instituts g-Plus, Prof. Dr. Elke Donath (Präsidentin der Mathias Hochschule in Rheine) angehören.

4.2. Auszeichnungen

Seit 2010 wurde die Generationsbrücke Deutschland zahlreich ausgezeichnet, u.a. als Bundessieger von „start social“, mit 1. Preisen beim „Aspirin Sozial Preis“ und bei „Erfahrung entdeckt Entdecker“ sowie als Preisträger beim „Transatlantischen Ideenwettbewerb der Körber-Stiftung“ und als Gewinner des „Young Leaders Awards der BMW Stiftung Herbert Quandt“.



:::: Projektidee: Schnittstellenmanagement SGB IX / XII

:::: nachklinische Neuro-Reha für Menschen mit
erworbener Schädel-Hirn-Verletzung

:::: *Stefan Dörle, Bereichsleiter, Regens Wagner Holzhausen*

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, 2013) hat Rahmenempfehlungen für die nachklinische Reha für Menschen mit erworbener Schädel-Hirn-Verletzung formuliert. Diese werden als Phasen E und F bezeichnet. Während in der Phase E der deutliche Fokus auf einer ambulanten Struktur (institutionalisiert) zur beruflichen Reintegration auf den ersten Arbeitsmarkt mit fundierten Methoden aus dem Case-Management liegt, beinhaltet die Phase F in stationärer/teilstationärer Version Formen der Langzeitversorgung mit ausgeprägtem tagesstrukturierendem Beschäftigungscharakter. Da die Schweiz über ein gut ausgebautes Strukturnetz – vor allem im ambulanten Sektor – verfügt, wurde im Rahmen einer Hospitation der Frage nachgegangen, wie Optimierungsmodelle in der Schweiz in der nachklinischen Struktur bedarfsorientiert dargestellt und konzeptuell auch in Deutschland implementiert werden können.

1. Aktueller Stand der neurologischen Rehabilitation in Deutschland 2014

In der neurologischen Rehabilitation zeichnet sich eine eklatante Versorgungslücke im Anschluss an die Rehabilitationsphasen A/B/C/D in Deutschland ab, welche die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in einer Empfehlung „Phase E der neurologischen Rehabilitation“ (Frankfurt/Main, Dezember 2013) zum Ausdruck bringt. Aufgrund des medizinischen Fortschritts in der Akut- und Intensivmedizin sowie den multiprofessionellen und rehabilitationswissenschaftlichen Entwicklungen aller beteiligten Disziplinen ist davon auszugehen, dass „in Deutschland ungefähr 800.000 Menschen mit den Folgen einer Hirnschädigung unterschiedlichsten Schweregrades leben (ebd.:10)“.

In diesem Zusammenhang wurde das Phasenmodell zunächst beschreibend um die Graduierungen E und F erweitert (ebd.:11):

Phase E: Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation; Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise zur Teilhabe an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft.

Phase F: Behandlungsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind (Langzeitpflege).

Um diesem Bedarf gerecht zu werden, entwickeln derzeit sowohl Institutionen aus dem rehabilitativen Kontext (Einrichtungen der Phasen C und D, SGB IX) als auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe (SGB XII) unabhängig voneinander Wohn- und Betreuungsangebote, die im Schwerpunkt tendenziell der Phase F zuzuordnen sind.

Im aktuellen Diskurs scheint es im Hinblick auf die Forderungen von wohnortnaher Rehabilitation, wichtiger Aspekte der Inklusion, individualisierter Leistungen ambulant vor stationär sowie einem trägerübergreifenden Zusammenwirken unumgänglich, beide Zugangsdimensionen (Rehabilitation und Eingliederungshilfe) im Sinne einer gesamtstrategischen Ausrichtung in Modellvorhaben und Projektgruppen verschiedener Designs zusammen zu führen.

2. Fragestellung

Im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung geförderten „Internationalen Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit“ wurde ein qualitativer Gesprächsleitfaden entwickelt, der während der Hospitation vor Ort (Zielland Schweiz) als Grundlage für themenzentrierte Interviews mit Experten der neurologischen Rehabilitation diente.

Die leitende Fragestellung für die Entwicklung der Projektidee „Schnittstellenmanagement SGB IX / XII“ (nachklinische Neuro-Reha für Menschen mit erworbener Schädel-Hirn-Verletzung) lautete: „Wie können Optimierungsmodelle in der nachklinischen Struktur bedarfsorientiert dargestellt und konzeptuell implementiert werden?“

3. Ergebnisse der qualitativen Erhebung

Für die Darstellung der Untersuchungsergebnisse bietet sich die Unterscheidung zweier Ebenen an, in erster Linie die sozialwissenschaftliche Auswertung der qualitativen Interviews und weiterführend die konzeptuelle Ableitung sowie Umsetzungsideen in der Praxis.

4.1 Auswertungen (Kategorienmatrix) der qualitativen Interviews

4.1.1 Versorgungslandschaft

Das Vergleichsland Schweiz verfügt über ein hochgradig ausgebautes Strukturnetz, vor allem im ambulanten Sektor existiert ein großes Angebotsspektrum. Bei komplexen Fallverläufen treten unmittelbare, neutrale Ansprechpartner in der Qualität eines Case-Managements auf (z.B. Fragile Suisse). Die primäre Orientierung an ambulanter Versorgung (Reintegration in familiäre Strukturen) sowie eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt stellen wohl die bedeutendsten und signifikantesten Wesensmerkmale des Versorgungssystems dar: Möglichkeiten von kombinierten Leistungen (Spitex übernimmt sowohl pflegerische als auch betreuungsrelevante Aufgaben wie Einkaufen, Haushalt) mit Formen begleiteten Wohnens (BEWO).

4.1.2 Arbeit und Beschäftigung

Dieser Schwerpunkt wird sowohl aufgrund einer gesellschaftlichen Kodierung als auch vor dem Hintergrund etablierter Kostenträger sehr stark fokussiert. In der methodischen Umsetzung fungieren eigens konzipierte, intensive Trainingsmaßnahmen mit der Zielsetzung einer beruflichen Integration (Inklusion). Bei der Möglichkeit von Umschulungs- und Weiterqualifikationen, dem Erlernen auch branchenfremder Tätigkeiten (Ziel: erster Arbeitsmarkt) bestehen extrem hohe Umsetzungs kreativität und institutioneller Gestaltungsspielraum. Voraussetzungen hierfür sind starke Kooperationspartner, Netzwerk- und Lobbyarbeit sowie vielseitige Kontaktvarianten.

4.1.3 Finanzierung

Als Kostenträger tritt in einer absoluten Mehrzahl der Fälle die IV (Invalidenversicherung) auf, deren Kapitalvolumen sich aus Pauschalabgaben jedes Arbeitnehmers mit derzeit 1,4% generiert. Die IV arbeitet auch nach strikten Methoden der Früherfassung und Frühintervention (2008). Zusätzlich verfügt die Schweiz über ein umfassendes Netz an privaten Stiftungen, die auch mit finanzieller Unterstützung nach staatlichem Auftrag Institutionen im Sozial- und Gesundheitswesen unterstützen. Die sozial-finanzielle Absicherung wird durch eine mögliche Hilflosenentschädigung (kantonal) und Ergänzungsleistungen (Sozialhilfe, kommunal) komplettiert.

4.1.4 Hilfebedarfsermittlung

Im klinisch-stationären Bereich wird eine Bedarfseinschätzung im Rahmen der Visitenvorbesprechungen festgelegt sowie durch eine entsprechend multiprofessionelle Dokumentation ausformuliert, die an Anschlusseinrichtungen weitergegeben wird.

Im ambulanten Setting erfolgt die Ermittlung ohne Standards und formlos (maximal drei Betreuungsstunden in der Woche). Stationär kann das IBB-System (Individueller Betreuungsbedarf, vier Hilfebedarfsgruppen) mit dem HMB-W Verfahren nach Metzler verglichen werden, kein direkter Bezug von individuellen Eingruppierungen zum vorgegebenen Stellenschlüssel.

4.1.5 Fachkraftdimension

Sowohl im ambulanten als auch stationären Rahmen von Betreuungseinrichtungen (auch Wohngruppen) können folgende Berufsgruppen eingesetzt werden: Pflegefachkräfte (HF = Höhere Fachschule), Assistenten in der Pflege, Fachpersonal Betreuung und Fachpersonal Gesundheit, Psychologen (z.B. BEWO), Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, angelerntes Personal und Praktikanten (individuelle Regelungen und Kompetenznachweise).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Stärke des neurologischen Rehabilitationssystems in der Schweiz geprägt ist von einer komplexen einrichtungs- und phasenübergreifenden Form der Vernetzung und Zusammenarbeit sowie einem professionell und inhaltlich hoch qualitativen, flächendeckend ausgebauten Beratungsangebot (institutionalisiert), das im Sinne des Case-Management („over time“ – „across services“) agiert und oftmals in der Zusammenschau mit individuell geplanten Maßnahmen anderer Einrichtungen als koordinierende Grundvoraussetzung für erfolgreiche, ambulant gewichtete Rehabilitationserfolge steht.

In der Vision zukünftiger Aufgaben und Handlungsfelder wird einerseits die Notwendigkeit eines erweiterten Leistungsspektrums (doppeldiagnostisch) für Menschen mit erworbener Schädel-Hirn-Verletzung zusammen mit einer psychischen Erkrankung (auch reaktiv) gesehen sowie ein epistemisch soziologisch-sozialpädagogischer Handlungsansatz für junge Rehabilitanden, mit altersbezogenen und individuell varianten Lebens- und Entwicklungsbiographien.

4.2 Konzeptuelle Ableitung und Umsetzungsideen

4.2.1 Konkretisierung der Phasen E und F (Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation, BAR 2013)

Phase E oder EF 1: „Berufliche Reintegration“ (Case Management)

Phase F oder EF 2: „Beschäftigung“ (stationär/teilstationär)

4.2.2 Adaptierte Hilfebedarfsermittlung (Basis: standardisiertes Verfahren)

In Zusammenschau beider Verfahren, HMB-W Verfahren nach Metzler in Deutschland sowie dem IBB (Individueller Betreuungsbedarf, Version 2014) in der Schweiz, kann bei der Personengruppe „Menschen mit erworbener Schädel-Hirn-Verletzung“ aufgrund mangelnder Übertrag- und Vergleichbarkeit zu den Kategorien G, K oder P (geistige, körperliche oder psychische Behinderung) der Behindertenhilfe eine Idee zur weiteren Individualisierung des Hilfebedarfs diskutiert werden. Der etablierte Erhebungsbogen HMB-W nach Metzler stellt nach aktuellem Orientierungsleitfaden in der Ermittlung nach sieben Lebensbereichen in 34 Items zunächst die evaluative Grundlage dar.

Lebensbereiche: Alltägliche Lebensführung, individuelle Basisversorgung, Gestaltung sozialer Beziehungen, Teilnahme am kulturellen Leben, Kommunikation und Orientierung, Emotionale/psychische Entwicklung, Gesundheitsförderung.

In einer zweiten Bewertung können die verschiedenen Lebensbereiche einem Gewichtungsfaktor (5/4/3/2/1/1/1) unterzogen werden nach folgender Graduierung:

- | | |
|--|----------|
| • Lebensbereich mit absolut höchster Bedeutung | Faktor 5 |
| • Lebensbereich mit sehr hoher Bedeutung | Faktor 4 |
| • Lebensbereich mit hoher Bedeutung | Faktor 3 |
| • Lebensbereich mit leicht erhöhter Bedeutung | Faktor 2 |
| • Lebensbereiche ohne erhöhte Bedeutung (Rest 3) | Faktor 1 |

Die beschriebene Graduierung kann generell nach folgenden vier Kriterien vorgenommen werden:

- Faktorbildung automatisch nach primär höchstem Wert
- Faktorbildung nach höchstem Wert sekundär (im Verhältnis zum Lebensbereich)
- Faktorbildung nach pädagogischer Einschätzung der Institution
- Faktorbildung nach persönlicher Schwerpunktsetzung des Klienten

Im Anschluss an die Faktorbildung erfolgt rechnerisch die erhöhende Anpassung der grundlegenden Punktzahl (Multiplikation der Gesamtpunktzahl der einzelnen Lebensbereiche nach der Faktorzuweisung 5/4/3/2/1/1/1) sowie die analoge Berechnung der individuellen Eingruppierung. Die daraus letztendlich resultierende Hilfebedarfsgruppe (5 Hilfebedarfsgruppen nach Metzler) wird abschließend durch eine prozentuale Einstufung (standardisiert im HMB-W Verfahren) in Anlehnung an die adaptierte Höchstpunktzahl vorgenommen.

4.2.3 Fachkraftausrichtung

Die in der Schweiz etablierte Zuschreibung des Status Fachkraft für Mitarbeiter aus pflegenden, pädagogischen und therapeutischen Disziplinen stellt einen weiteren We-sens Kern des dortigen Rehabilitationssystems dar. Vor dem Hintergrund geforderter und bewährter Teams in interdisziplinär multiprofessioneller Struktur ist gerade im Setting von Wohngruppen (stationär: Phase F) vom Bedarf an alltagsorientierten, tagesstruk-turierenden Angeboten auszugehen. Methoden und Maßnahmen mit entsprechendem Beschäftigungs- und Fördercharakter erfordern auch die Berücksichtigung eines therapeutischen Ansatzes. Darüber hinaus implizieren mittlerweile gemachte Erfah-rungen aus Verlaufsbeobachtungen zwar kleinschrittige, oftmals aber noch individuell markante Rehabilitationserfolge auch bei lang zurück liegendem Schädigungs- oder Erkrankungsdatum deutlich einen Förderansatz versus ausschließlich zustandserhalten-den Pflegekonzepten.

Trotz der Unterschiede im Bildungs- und Ausbildungssystem beider Vergleichsländer ist weiterführend die Diskussion von Zulassungsmodellen für therapeutische Berufe (Ergotherapeuten, Physiotherapeuten) als Fachkräfte auch in der Eingliederungshilfe für eigens konzipierte Wohngruppen und -formen im Bereich „Menschen mit erwor-bener Schädel-Hirn-Verletzung“ unumgänglich. Für eine diesbezügliche Anerkennung können Zusatzmodalitäten wie akademischer Abschluss mit Bachelor-Grad (und somit Verlängerung der regulären Ausbildungszeit auf etwa fünf Jahre) oder eine analoge Zeit einschlägiger Berufserfahrung (drei Jahre Vollzeit im Tätigkeitsfeld der neurologischen Rehabilitation) als standardisierte Kompetenznachweise ausschlaggebend sein.

4.3 Transferprojekte nach der Rückkehr

4.3.1 Trägerintern

Trägerintern ist die Installation einer einrichtungsübergreifenden Projektgruppe vor dem Hintergrund der Differenzierung bei bereits bestehenden Angebotsstrukturen in aktuell vier Einrichtungen von Regens Wagner (Glött, Absberg, Lautrach, Lauterhofen) vorgesehen.

Ein Ziel der Projektgruppe wäre die institutionsübergreifende Form der Zusammenar-beit („virtuelle Einrichtung“), eine möglich weiterführende Spezialisierung der einzel-nen Standorte, Kooperationen mit einrichtungsnahen Rehabilitationseinrichtungen und Kliniken, auszubauende Synergien im Hinblick auf die Personalentwicklung (modulares Schulungskonzept, Weiterbildung und Weiterqualifikation, organisierte Hospitations-möglichkeiten, Auswertung und Evaluation) sowie die Entwicklung innovativer Ansätze

im Case-Management, der Angehörigenarbeit sowie in Beratungsmodellen Anfrage- oder Aufnahmemodalitäten.

Der entsprechende Steuerkreis wäre die Gesamtleiterkonferenz (14 Einrichtungen unter Verantwortung der Direktion) in Begleitung durch das Referat der Direktion „Organisationsentwicklung“.

4.3.2 Trägerübergreifend

Für den Vertreter dieser Projektgruppe bzw. für die Stiftung Regens Wagner soll ein fester Sitz in der BAG NNR („Bayerische Arbeitsgemeinschaft der Nachklinischen Neurorehabilitation“) angefragt werden, um im Rahmen der Organisationsentwicklung wichtige und wertvolle Beiträge für Menschen mit erworbener Schädel-Hirn-Verletzung zu leisten sowie bedeutsame Synergieeffekte mit Rehabilitationseinrichtungen zu formulieren.

5. Fazit

Die Hospitation war sowohl in persönlichen Belangen, durch den Kontakt und Austausch mit Kollegen in der Schweiz, als auch in fachlicher Hinsicht eine wichtige und wertvolle Bereicherung. Gerade die damit verbundenen inhaltlichen und strategischen Kompetenzerweiterungen spiegeln den aktuell theoretischen Diskurs in der neurologischen Rehabilitationsforschung wieder.

Aus den praktischen Erfahrungen der Hospitation in der Schweiz zum Thema „Schnittstellenmanagement SGB IX und XII“ (nachklinische Neurorehabilitation), den Vor- und Nachbereitungsinhalten sowie aus den Transferideen und Umsetzungsimpulsen sind durchaus persönliche Arbeitsschwerpunkte und –perspektiven abzuleiten als fachlich-strategische Beiträge zur optimierten Versorgungsstruktur für Menschen mit erworbener Schädel-Hirn-Verletzung.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2013): Phase E der neurologischen Rehabilitation – Empfehlungen, Frankfurt/Main.



.... Ideen bündeln und Austausch fördern

.... Sebastian Riebandt, Projektkoordinator am Institut g-plus in Witten,
im Gespräch mit Stefan Schmidt

Stefan Schmidt (M. Sc.) ist Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. Er arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule Neubrandenburg und ist Lehrbeauftragter an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind das Care und Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und die Arbeit der Pflegestützpunkte.

Sebastian Riebandt: Herr Schmidt, Sie wurden selbst zweimal im Rahmen der Programme gefördert. Was hat Sie dazu bewegt, sich für eine Förderung zu bewerben?

Stefan Schmidt: Es ging mir vor allem darum, eine Möglichkeit des Austauschs mit Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland zu erhalten, um mit ihnen über Fragen der Versorgung und Pflege von älteren Menschen sprechen zu können. Da wir mit zunehmendem Alter mit Mehrfacherkrankungen zu tun haben, die in unübersichtlichen Versorgungslagen bewältigt werden müssen, braucht es auf einander abgestimmte Angebote. Diese müssen koordiniert werden. Wie wir von Erfahrungen aus dem Ausland profitieren können und welche Voraussetzung es für einen gelingenden Transfer braucht, dazu wollte ich meine Hospitationen nutzen.

In welchen Ländern und Einrichtungen waren Sie und zu welchen Themen haben Sie hospitiert?

Meine erste Hospitation habe ich 2008 im Case Management Programm „Lively“ des Gesundheitsamtes in Lawrence im US-Bundestaat Kansas durchgeführt. In Deutschland wurde zu der Zeit mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ein Rechtsanspruch auf eine am Case Management orientierte Pflegeberatung gesetzlich verankert. Diese Pflegeberatung ist bundeslandunabhängig. Für dessen Umsetzung werden in den meisten Bundesländern Pflegestützpunkte aufgebaut. Die Entscheidung darüber, ob es Pflegestützpunkte gibt oder nicht, treffen die Bundesländer selbst. In den USA gibt es seit vielen Jahren bundesweit vergleichbare Angebote eines Case Managements und an Einrichtungen, die die Koordination von Hilfen übernehmen. Dazu habe ich dann auch noch einmal während meiner zweiten Hospitation im Frühjahr 2014 in Kalifornien gearbeitet.

Welche Erkenntnisse konnten Sie in den Zielländern gewinnen?

Für mich war es sehr spannend, in unterschiedlichen Case Management Einrichtungen zu hospitieren und zu sehen, mit welcher Professionalität eine gute Koordination und Steuerung von Hilfen stattfindet. Als Case Manager alles dafür zu tun, Klientinnen und Klienten in ihrer Lebenssituation besser verstehen zu können und auf dessen Grundlage und unter ihrer Regie Hilfen zu organisieren, das ist eine zentrale Idee des Case Managements. Für eine gute Organisation von Hilfen braucht es auch Netzwerke, in denen Ansprechpartner und Angebote bekannt sind. Beides habe ich sehr gut erleben können.

War es gut möglich, das gewonnene Wissen in der Heimateinrichtung zum Einsatz zu bringen?

Wir arbeiten an der Hochschule intensiv zu den Themen Case Management, Pflegeberatung und Pflegestützpunkte. Da gibt es zum Beispiel ein Forschungsprojekt, in dem es darum geht, wie durch Akteure des Gesundheitswesens wie bspw. der Pflegestützpunkte ein guter Kontakt zu mehrfacherkrankten Klientinnen und Klienten gehalten werden kann und welchen Beitrag interaktive Videokonferenzen haben können. Da spielt das Case Management eine große Rolle, weil Case Managerinnen und Case Manager organisierte Hilfen mit dem Klienten gemeinsam überprüfen, ob die Angebote richtig sind, um die Ziele des Klienten erreichen zu können. In Case Management Lehrveranstaltungen und in Weiterbildungen arbeiten wir dazu, wie eine gelingende Umsetzung von Case Management stattfinden kann und welche Rahmenbedingungen es braucht, damit Klientinnen und Klienten und alle Akteure am meisten profitieren können. Wir arbeiten auch zu Erfolgsbewertung des Case Managements. Gemeint ist damit, wie ein Wirkungsnachweis von Case Management aus Sicht der Klienten und Geldgeber aussehen kann. Meine Hospitationen habe ich da als einen großen Gewinn erlebt.

Welche Erfahrung im Ausland hat Sie am meisten beeindruckt?

Case Management als Haltung zu verstehen. Da geht es darum, den Klienten in seiner Lebenssituation ernst zu nehmen und mit ihm gemeinsam nach den richtigen Lösungen zu suchen. Es hat mich sehr beeindruckt, weil ich erlebt habe, wie wichtig es ist als Klient, jemanden an seiner Seite zu haben, der den Überblick behält, unterstützt und als Fürsprecher auftritt, wenn es notwendig ist. Diese Überzeugung eines professionellen Case Managements habe ich während meinen Hospitationen erfahren.

Herr Schmidt, Sie möchten gemeinsam mit anderen Alumni ein Netzwerk gründen, das allen ehemaligen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der beiden abgeschlossenen Programme („Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit“ und

„Internationales Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz“) und den Teilnehmern des neuen Förderprogramms „Care für Chronic Condition“ offen steht. Welche Idee steckt dahinter?

Die hohe Anzahl derjenigen, die sich letztendlich auf den Weg gemacht haben und zu unterschiedlichen Themenstellungen aus Bereichen wie der Alten- und Krankenpflege, der Kunstpädagogik und der Architektur in Ländern wie Argentinien, Ecuador, Japan, Oman und USA hospitiert haben, ist beeindruckend und zeigt den Erfolg der Programme der Robert Bosch Stiftung. Die Idee ist, vor allem einen Austausch von ehemaligen und zukünftigen Stipendiatinnen und Stipendiaten zu fördern. Ich habe auf den Vor- und Nachbereitungstreffen und den Symposien von g-plus gemerkt, dass sich jeder Hospitant mit einer hohen Motivation zu seinem Auslandsaufenthalt auf dem Weg macht und mit sehr vielen Ideen für einen Transfer zurückkommt. Die Motivation und die Ideen zu bündeln und in einem Alumni-Netzwerk zusammenzuführen, darum geht es. Ich denke, dass wir alle von den Erfahrungen profitieren und dadurch für das eigene Handlungsfeld neue Impulse erhalten können.

Haben Sie schon Ideen, wie Sie und die anderen Alumni Ihre Erfahrungen weitergeben wollen?

Ich denke, dass regelmäßige Treffen wichtig sind, um in den direkten Austausch zu kommen. Da sind zum Beispiel die Symposien von g-plus denkbar, dessen Rahmen ich gerne nutzen würde. Zweitens finde ich einen Blog gut, in dem Stipendiatinnen und Stipendiaten während ihrer Aufenthalte Erlebnisse schreiben können. Der Blog kann durch Alumni begleitet werden und sie können bei Fragen unterstützen. Weiterhin können wir Interviews mit Alumni führen, die von ihren Erfahrungen berichten und ein Forum aufbauen, das den Transfer der Ergebnisse begleitet und unterstützt. Auch Hospitationen in den Einrichtungen der Alumni können dabei helfen, ein gegenseitiges Verständnis für die Arbeit der anderen zu erhalten.

Gibt es schon konkrete Ideen, wann Sie sich wieder treffen wollen?

Ja, ein erstes Alumni-Netzwerktreffen ist geplant im Rahmen der Konferenz „Von den Besten lernen: Erfolgsprojekt in den USA als eine (neue) Chance für Deutschland?“, die am 9. und 10. Juli 2015 an der Uniklinik Ulm stattfindet.

Herr Schmidt, ich danke Ihnen für das Gespräch.

Allgemeine Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise für die entsprechenden Beiträge gemeint ist.

Impressum

Herausgeber

g-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten

Leitung: Prof. Dr. Elke Donath

g-plus gehört zum Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke:
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten

Kontakt: g-plus@uni-wh.de
Internet: www.g-plus.org

Koordination des Bandes

Sebastian Riebandt

Redaktion

Sebastian Riebandt, Monika Hörr

Konzeption und Gestaltung

Axel Boesten, Köln
www.axel-boesten-plus-x.de

Bildnachweis

Abbildung Titel: ©catolla - Fotolia.com

November 2014

Diese Publikation wurde im Rahmen des Projektes Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

