



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Mobile gerontologische Pflege zu Hause in Niederösterreich

Verfasserin

Bettina Wölfel

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, Oktober 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Univ.-Doz. Dr. Vlastimil KOZON PhD.

Danksagung

Ich bedanke mich bei all jenen Menschen, die es mir ermöglicht haben diese Arbeit zu schreiben und schlussendlich auch abzuschließen.

Mein Dank gilt zuerst meinem Diplomarbeitsbetreuer Univ.-Doz. Dr. Vlastimil Kozon PhD., der mich während des Prozesses der Themenfindung immer wieder auf den richtigen Weg geleitet und mit seiner fachlichen Kompetenz bei der Umsetzung unterstützt hat. Vielen Dank für die konstruktiven Ratschläge und die wertschätzende Betreuung der Arbeit.

Ein herzliches Dankeschön richtet sich an meine Eltern Herbert und Gabriele Wölfel für deren Unterstützung und Vertrauen während meines gesamten Bildungsweges.

Für informative Gespräche vor Beginn der eigentlichen Arbeit möchte ich mich bei Frau Martina Zobl (Volkshilfe, Regionalleitung Weinviertel/Bezirksleitung Mistelbach) bedanken. Außerdem geht mein Dank an alle BefragungspartnerInnen für ihre Teilnahme. Stellvertretend dafür möchte ich Herrn Hannes Faber (Caritas, Regionalleitung Korneuburg/Hollabrunn) nennen, durch dessen organisatorische Hilfe der Großteil der Befragungen stattfinden konnte.

Bei meiner Studienkollegin und Freundin Mag. Nicole Orischnig bedanke ich mich für ihren Zuspruch und dafür, dass sie immer ein offenes Ohr für mich hatte während des gesamten Studiums, vor allem aber in der Zeit des Schreibens dieser Arbeit.

Schließlich möchte ich mich bei Karl Hammer für die emotionale Stütze in der Zeit der Doppelbelastung Schule und Endphase meines Studiums bedanken.

Inhaltsverzeichnis

0. Zusammenfassung	7
0.1. Abstract	9
1. Einleitung	11
1.1. Fragestellungen der Arbeit	11
1.2. Methode	11
I Theoretischer Teil	
2. Professionelle Pflege und Laienpflege in Österreich	12
2.1. Vergleich mit anderen europäischen Ländern	14
3. Mobile gerontologischen Pflege zu Hause	15
3.1. Mobile Pflege	15
3.2. Gerontologische Pflege	17
4. Organisation der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause in Niederösterreich	22
4.1. Finanzierung der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause	23
4.1.1. Pflegegeldreformgesetz 2012	24
4.1.2. Bundespflegegeldgesetz	24
4.1.3. Kosten der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause für Hilfsbedürftige in Niederösterreich	27
4.1.4. Pflegegeldeinstufung	30
4.1.5. Leistbarkeit sozialer Dienste	32
5. Bildung in der Gesundheits- und Krankenpflege unter dem Aspekt der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause	33
5.1. Erste Krankenpflegeverordnung, BGBl. Nr. 643/1973	34
5.2. Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung, BGBl.II Nr. 179/1999	37
5.3. Fort- und Weiterbildung im Bereich mobile gerontologische Pflege zu Hause	40
5.4. Gerontologische Pflege auf universitärer Ebene – Entwicklungen in Österreich	43

II Empirischer Teil

6. Ausgangslage und Fragestellung	44
6.1. Ausgangslage	44
6.2. Fragestellung	45
7. Methodisches Vorgehen	45
7.1. Planung der Befragungen	45
7.1.1. Befragungsleitfaden	45
7.1.2. Auswahl der BefragungspartnerInnen	46
7.2. Durchführung der Befragungen	47
7.3. Auswertung der Befragungen	48
8. Ergebnisse	56
8.1. Darstellung der Ergebnisse nach Themenschwerpunkt	56
8.1.1. Ausbildung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause	56
8.1.2. Fort- und Weiterbildung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause	58
8.1.3. Benötigte Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause	59
8.2. Interpretation der Ergebnisse	60
8.3. Zusammenfassung der Ergebnisse	68
9. Diskussion und Schlussfolgerungen	70
9.1. Beantwortung der Forschungsfragen	70
9.2. Empfehlungen für die Praxis	72
10. Literaturverzeichnis	74
11. Curriculum Vitae	79

0. Zusammenfassung

Ausgangslage

Aufgrund von derzeitigen Entwicklungen gewinnt die mobile gerontologische Pflege zu Hause in Österreich immer mehr an Bedeutung. Das hat eine größere finanzielle Belastung für Bund, Länder, Gemeinden und natürlich auch den Familien zur Folge. Hinzu kommt, dass in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung erst seit der Ausbildungsverordnung von 1999 mehr auf mobile gerontologische Pflege zu Hause eingegangen wird. Vorher lag der Fokus nicht so sehr auf diesem Thema. Allerdings arbeiten in diesem Berufsfeld sehr viele Pflegepersonen, die nach der „alten“ Ausbildungsverordnung von 1973 diplomiert haben.

Forschungsfragen

In Anbetracht dieser Tatsachen ergeben sich folgende zwei Forschungsfragen:

Wie ist die mobile gerontologische Pflege zu Hause in Niederösterreich organisiert?

Wie sehen diplomierte Pflegepersonen die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause und welche Fähigkeiten benötigt man für die Arbeit in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause?

Methode

Für den theoretischen Teil der Arbeit wurde unter anderem geeignete Literatur von verschiedenen Universitätsbibliotheken in Wien herangezogen. Der empirische Teil beinhaltet die Auswertung der qualitativen ExpertInnenbefragungen nach der zusammenfassenden Methode von Mayring.

Ergebnisse

Die Aufgaben der Sozial- und Gesundheitssprengel übernehmen in Niederösterreich die Bezirksverwaltungsbehörden (vgl. Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH, 2007, 21). Mobile Dienste werden von dem Hilfswerk, der Volkshilfe, der Caritas und dem Roten Kreuz angeboten. Finanziert können pflegebedingte Mehraufwendungen zum Teil mittels des Pflegegeldes werden,

welches im Bundespflegegeldgesetz geregelt ist. Außerdem gibt es für mobile Dienste im Land Niederösterreich einen geförderten Tarif.

Viele Pflegepersonen, die in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause arbeiten, haben nach der „alten“ Ausbildungsverordnung von 1973 diplomiert. Diese hätten sich Praktika und mehr theoretischen Unterricht gewünscht. Die Mehrheit findet nicht, dass eine gesonderte Ausbildung für die Altenpflege nötig ist. Mit dem Angebot an Fort- und Weiterbildung für dieses Berufsfeld sind alle BefragungspartnerInnen zufrieden. Man benötigt verschiedene Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause wie zum Beispiel: Geduld, Einfühlungsvermögen und Selbstständigkeit.

Empfehlungen für die Praxis

Ich bin der Meinung, dass keine gesonderte Ausbildung für die gerontologische Pflege nötig ist. Es sind jedoch die Angebote an Weiterbildungen im Bereich Altenpflege auszubauen und diese müssen auch vermehrt genutzt werden. Ziel sollte es sein, dass es in jeder Organisation pro Bezirk unter den MitarbeiterInnen eine ExpertIn für gerontologische Pflege gibt, welche erste AnsprechpartnerIn für Fragen der KollegInnen ist und interne Schulungen abhält.

0.1. Abstract

Current situation

Mobile gerontological home care services in Austria gain increasing attention due to the current developments. This results in increased financial burdens for the country, the provinces, the municipalities, as well as for the families themselves. Furthermore, mobile gerontological home care was implemented in nursing education only by the new training regulations of 1999 adequately. In previous regulations the focus was more on other subjects. Anyway, plenty care workers who finished their education based on the “old” training regulations of 1973 are currently working within this field.

Research questions

Considering those facts, two research questions have to be addressed:

How is mobile gerontological home care organized in Lower Austria?

What is the opinion of graduate care workers about the education, basic-, and further training possibilities within mobile gerontological home care and what are the most important skills required for working within mobile gerontological home care?

Methods

For the theoretical part of this work appropriate literature was taken from different sources including various university libraries. The empirical part includes the evaluation of an expert survey based on the qualitative content analysis of Mayring.

Results

The responsibilities for social- and health care in Lower Austria are managed by regional agencies (see Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH, 2007, 21). Mobile services are provided by Hilfswerk, Volkshilfe, Caritas, and Rotes Kreuz. The extra costs for care services can partly be covered by care allowances, which are regulated in the federal law of Austria. Additionally, there is a promoted charge for mobile services in Lower Austria.

Many care workers dealing with mobile gerontological home care have graduated according the training regulations of 1973. Those people would have appreciated

practical course and more theoretical lectures. Nevertheless, the majority does not see the necessity for introducing a specialized education for nursing care of older people. All of the interviewed experts are satisfied with the provided possibilities for basic- and further training. Different personal skills are required for working within mobile gerontological home care. Examples are patience, empathy, and self-reliance.

Practical recommendations

In my opinion, there is no need for a specialized education for gerontological care. Anyway, there should be more courses provided on this topic and those training possibilities should be used more frequently. The aim should be to have one expert for gerontological care in each organization per district among the employees. This expert can answer questions of other colleagues and give internal courses.

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Besonderheiten der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause und deren Organisation sowie Finanzierung in Niederösterreich. Weiters wird auf die Bildung der diplomierten Pflegepersonen in der Gesundheits- und Krankenpflege unter dem Aspekt der mobilen gerontologischen Pflege eingegangen.

1.1. Fragestellungen der Arbeit

Aufgrund der Ausgangslage und der nachfolgenden Literaturrecherche ergaben sich folgende zwei Forschungsfragen:

Wie ist die mobile gerontologische Pflege zu Hause in Niederösterreich organisiert?

Wie sehen diplomierte Pflegepersonen die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause und welche Fähigkeiten benötigt man für die Arbeit in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause?

1.2. Methode

Für den theoretischen Teil der Arbeit wurde geeignete Literatur an der Hauptbibliothek der Universität Wien, der Fachbereichsbibliothek Soziologie und Politikwissenschaft, der Bibliothek der Medizinischen Universität Wien sowie an der Bibliothek der Wirtschaftsuniversität Wien gesucht. Durch Internetrecherche konnte auf sehr relevante Berichte unter anderem des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz in der Arbeit eingegangen werden. Weiters wurde das online zugängliche Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem genutzt und Datenbanken nach Artikel und Studien durchsucht. Zugang auf die in der Arbeit eingegangenen Curricula war durch die Schule für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am AKH Wien sowie mit Hilfe der Gesundheit Österreich GmbH gegeben. Mittels einer Expertinnenbefragung konnte die Organisation der Fortbildung am Beispiel der Volkshilfe Niederösterreich näher beschrieben werden. Der empirische Teil beinhaltet die Auswertung der qualitativen ExpertInnenbefragungen nach der

zusammenfassenden Methode von Mayring. Außerdem werden die zwei Forschungsfragen beantwortet und Empfehlungen für die Praxis ausgesprochen.

I Theoretischer Teil

2. Professionelle Pflege und Laienpflege in Österreich

Es werden drei Formen der Pflege unterschieden:

- Selbstpflege
- Informelle Pflege oder Laienpflege
- Professionelle Pflege

Selbstpflege

„Bereitschaft, Verantwortung für die eigene Gesunderhaltung zu übernehmen. Diese umfasst zielgerichtete Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der eigenen körperlichen und psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens.“ (Menche, 2011, 30).

Diese Form der Pflege wird von jedem Menschen für sich selbst übernommen. Die Betonung liegt hier auf der Bereitschaft Verantwortung für sich selbst zu übernehmen.

Informelle Pflege oder Laienpflege

„Übernahme von Tätigkeiten, die der Pflegebedürftige allein nicht mehr ausüben kann, und die durch direkte Bezugspersonen ohne pflegerische Ausbildung, z. B. Angehörige, Nachbarn oder Freunde geleistet werden.“ (Menche, 2011, 30).

Zu diesen Tätigkeiten zählen zum Beispiel das Einkaufen, das Zubereiten von Mahlzeiten, die Körperpflege oder das Vorbereiten der Medikamente.

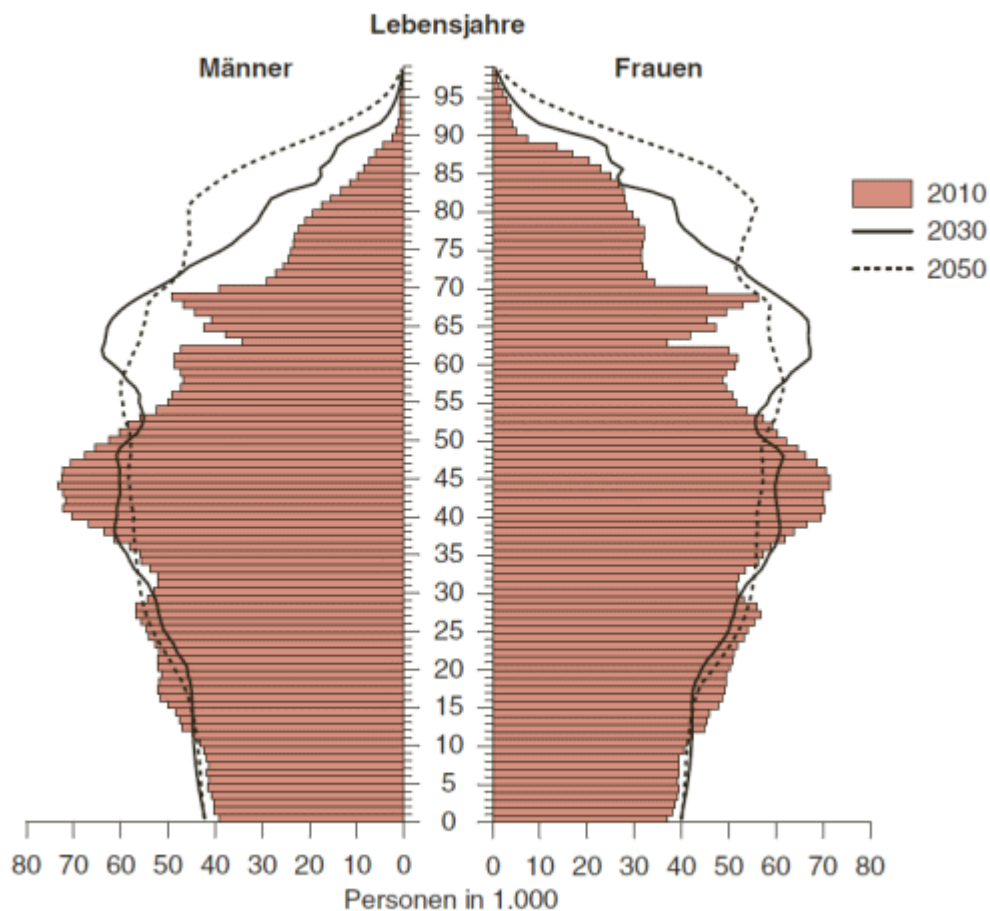
Professionelle Pflege

„Die Professionalität der Pflege lässt sich sicher an unterschiedlichsten Merkmalen erkennen. Sie basiert einerseits auf der wissenschaftlichen Entwicklung der Pflege und andererseits auf der Entwicklung der Pflege in der gesellschaftlichen Praxis, die insbesondere durch die Pflegeleistungen von kompetenten Pflegepersonen erkennbar ist. Die Entwicklungen müssen darauf ausgerichtet werden, dass Pflege auf einer wissenschaftlich gesicherten Basis erfolgt.“ (Kozon/Fortner, 2010, 7).

Professionelle Pflege basiert auf Grundlagen aktueller wissenschaftlicher Forschungsergebnisse und wird von ausgebildeten Pflegepersonen in der Praxis durchgeführt.

Der Großteil der Pflege in Österreich erfolgt informell und wird von nahen Angehörigen durchgeführt. Aufgrund von den derzeitigen Entwicklungen (weniger Eheschließungen, mehr Scheidungen, geringere Kinderzahl pro Familie) gewinnt jedoch die professionelle Pflege in Österreich immer mehr an Bedeutung. Die Kinder der Pflegebedürftigen können aufgrund von Berufstätigkeit oder weil sie nicht wie früher im selben Haus oder zumindest in der Nähe wohnen die Pflege oft nicht übernehmen. Schneider *et al.* (2006, 20) nennen zwei weitere wichtige Punkte: Steigende Lebenserwartung und Zunahme der Zahl älterer Menschen sowie des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung. Menschen werden zwar durchschnittlich älter, was auf Fortschritte in der Medizin zurückzuführen ist, leiden aber oft an chronischen Erkrankungen. Wenn mehr professionelle Pflege in Anspruch genommen wird, bedeutet dies auch eine größere finanzielle Belastung für den Bund, die Länder, die Gemeinden und natürlich auch die Familien. Erschwerend hinzu kommen nach Schneider *et al.* (2006, 20) die Abnahme des Anteils der erwerbstätigen Personen an der Gesamtbevölkerung und eine geringere staatliche Pension.

Bevölkerungspyramide 2010, 2030 und 2050 (mittlere Variante)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsprognose 2011. Erstellt am: 25.08.2011.

Abb.1: Bevölkerungspyramide von Österreich (Statistik Austria, 2011)

Abbildung 1 zeigt, dass in den nächsten Jahren ein starker Anstieg der über 70 Jährigen zu erwarten ist. Gleichzeitig geht die Zahl derer, die im erwerbsfähigen Alter sind zurück.

2.1. Vergleich mit anderen europäischen Ländern

Einige Länder (vor allem die Mittelmeerländer) überlassen den Großteil der Pflege den Familien. Hier steht daher die informelle Pflege im Mittelpunkt. Bei der Kinderbetreuung wird in Großbritannien Wert auf informelle Pflege gelegt, wobei der Großteil der Altenarbeit durch professionelle Pflegekräfte erfolgt. In Österreich und Deutschland wird der hohe Anteil an informeller Pflege zum Teil mit Geldleistungen ausgeglichen. In Belgien, Frankreich und den skandinavischen Ländern herrscht professionelle Pflege vor (vgl. Streissler, 2004, 4).

Dänemark, Schweden, Finnland, Irland, Großbritannien, Griechenland, Portugal, Italien und Spanien sind Länder mit nationalen Gesundheitsdiensten. Diese werden

durch Steuermittel finanziert und trennen nicht sehr genau zwischen medizinischer Behandlung und Langzeitpflege. Belgien und Frankreich haben für diese Leistungen eine Krankenversicherung. Zusätzlich dazu gibt es in Deutschland und den Niederlanden eine eigene Pflegeversicherung (vgl. Streissler, 2004, 4).

Aufgrund der bereits erwähnten Entwicklungen wird in den nächsten Jahren auch in Österreich ein Trend zur professionellen Pflege erkennbar sein. Nicht alle können sich mit dem Pflegegeld, auf welches später in der Arbeit näher eingegangen wird, professionelle Pflege leisten und sind daher zum Teil auf die informelle Pflege angewiesen. Fällt die Pflege und Betreuung durch die Familie und Bekannte weg, stehen die Pflegebedürftigen oft vor einem finanziellen Problem. Eine Möglichkeit um diesem Problem vorzubeugen wäre die vermehrte Nutzung der in Österreich, im Gegensatz zu Deutschland, freiwilligen Pflegeversicherung.

3. Mobile gerontologische Pflege zu Hause

Im nachfolgenden Kapitel werden die Besonderheiten in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause sowie der Unterschied zur akutmedizinisch orientierten Versorgung näher erläutert.

3.1. Mobile Pflege

Viele ältere Menschen möchten so lange es ihnen möglich ist im eigenen Zuhause bleiben und seitens der Krankenhäuser wird versucht die Aufenthalte so kurz wie möglich zu halten, weshalb teilweise zu Hause noch ein Pflegebedarf gegeben ist (vgl. Matolycz, 2011, 92-93).

Der Verbleib im eigenen Zuhause bedeutet für viele Pflegebedürftige das eigene Leben soweit es ihnen möglich ist selbstbestimmt gestalten zu können. Hingegen kann ein Wechsel in eine stationäre Pflegeeinrichtung einhergehen mit Autonomieverlust und Manifestation der Gebrechlichkeit (vgl. Schneekloth/Wahl, 2006, 231).

Mit Hilfe der mobilen Dienste haben hilf- und/oder pflegebedürftige Personen die Chance so lange wie möglich zuhause zu wohnen. Angehörige oder andere Betreuungspersonen können entlastet und soziale Kontakte aufrecht erhalten

werden (vgl. Schaffenberger/Pochobradsky, 2004, 6). Aufgabe der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause ist es, der KlientIn in ihren eigenen vier Wänden professionelle Pflege zu gewährleisten.

Diese Art der Pflege wird auch als extramurale Pflege bezeichnet, welche im Gegensatz zur stationären Pflege steht, wo Pflege etwa in einem Krankenhaus, einer Kurklinik oder in einem Pflegeheim stattfindet. Eine weitere Form der extramuralen Pflege ist das betreute Wohnen.

Hier bleiben die hilfsbedürftigen Menschen nicht in ihrem Haus oder ihrer Wohnung, sondern ziehen auf Dauer in altersgerechte, barrierefreie Wohnungen oder Appartements um. Dort können sie verschiedene Betreuungs- und Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Die Bewohner leben soweit es ihnen möglich ist selbständig, dennoch kann in Notfallsituationen rasch gehandelt werden. Dadurch, dass hier viele alte Menschen in unmittelbarer Umgebung wohnen, sowie durch verschiedene Aktivitäten kann der sozialen Isolation vorgebeugt werden. Betreutes Wohnen unterliegt keinem gesetzlichen Rahmen. Dadurch gibt es große Unterschiede in der Organisationsform sowie in der Art und dem Umfang der Leistungen (vgl. Bundeskanzleramt Österreich, o.J.).

Unterschiede zur akutmedizinischen und pflegerischen Versorgung

Baumgartner *et al.* (2003) nennen 2 große Unterschiede zur akutmedizinisch orientierten Versorgung:

- langjährige Betreuung und Pflege meist älterer Menschen
- höhere Verantwortung – bei Problemen sind Pflegepersonen in der mobilen Pflege in einem stärkeren Ausmaß auf sich gestellt und können nicht so leicht Kollegen um Rat fragen (vgl. Baumgartner et al, 2003, Vorwort S.1).

Ein weiterer Unterschied ist die Gastrolle der Pflegeperson im Zuhause des älteren Menschen. Es kann ein engerer Kontakt zu Angehörigen oder Bezugspersonen bestehen, was die Pflege und Betreuung einfacher gestaltet, aber es können auch Probleme aufgrund von unterschiedlichen Ansichten auftreten (vgl. Matolycz, 2011, 93). Um Konflikten vorzubeugen müssen sich die Pflegepersonen darüber informieren ob die KlientIn noch von anderen Personen (Angehörigen) gepflegt wird und wer von ihnen die Hauptverantwortung trägt. Bei einem sehr gutem Verhältnis

zwischen professionellen Pflegepersonen und Angehörigen ist darauf zu achten, dass die KlientInnen nicht übergangen werden und nur zu „Besprochenen“ werden (vgl. Matolycz, 2011, 97).

Gertrude Aschauer beschreibt die Problematik der Wohnsituation der KlientInnen: „Nur wenige konventionelle Wohnungen sind für die beruflichen Erfordernisse der Hauskrankenschwestern ausgestattet und es bedarf kreativer Ideen um mit unmöglichen Arbeitsplatzbedingungen eine sichere Arbeitsleistung zu erbringen.“ (Aschauer, 2007, 50).

Die Gestaltung eines Pflegezimmers und deren funktionelle Einrichtung sind nicht nur für die Pflegepersonen von großem Vorteil. Pflegebedürftige, die viel Zeit im Bett verbringen sollen sich hier wohlfühlen. Wenn diese nicht mehr in der Lage sind ihre Meinungen und Wünsche zur Gestaltung zu äußern, ist es wichtig sich zu überlegen, welche Farben, Pflanzen oder Bilder zum Beispiel bevorzugt werden. Das Zimmer sollte hell, möglichst lärmfrei und in unmittelbarer Nähe zu Bad und Toilette sein, um unnötig lange Wege zu vermeiden. Die Lufttemperatur sollte ca. 21-23°C betragen. Manche Pflegebedürftige schauen gerne fern oder hören Radio. Außerdem kann ein bequemer Stuhl sowie eine Leselampe und ein höhenverstellbarer Beistelltisch in das Zimmer integriert werden. Sinnvoll sind eine Kommode für die Pflegeutensilien und ein geschlossener Abfalleimer (vgl. Martina Döbele, 2008, 23).

3.2. Gerontologische Pflege

Je älter die Menschen, desto höher ist der Grad der Pflegeabhängigkeit. Auffällig dabei ist der Anstieg der Pflegeabhängigkeit ab einem Alter von 80 Jahren, wobei es keinen klinisch relevanten Unterschied zwischen Frauen und Männer gibt. Es ist hier allerdings anzumerken, dass mit steigendem Alter die Unterschiede in dem Grad der Pflegeabhängigkeit ebenfalls ansteigen. Viele über 80 Jährige benötigen keinerlei Pflege und Betreuung. Es gibt aber auch viele die gänzlich auf die Hilfe von anderen Menschen angewiesen sind. Der Grad der Pflegeabhängigkeit im Alter variiert also sehr stark (vgl. Mertens et al, 2002, 200).

Begriffsklärung:

„Unter Gerontologie verstehen wir die Lehre von den Alternsvorgängen, also die Grundlagenforschung über die Prozesse des Alterns insgesamt, unter Geriatrie die Lehre von den Besonderheiten der Krankheiten des höheren Lebensalters und ihrer Behandlung.“ (Böger, 1980, 13).

„Gerontologie im engeren Sinn leitet sich aus dem Griechischen ab (geron = Greis) und meint die Wissenschaft vom Altern und vom Alter. Sie dient der Erforschung körperlichen, psychischen und sozialen Situation alter Menschen in der Gesellschaft.“ (Charlier, 2007, 4).

Diese Zitate wurden gewählt weil hier klar ersichtlich ist, dass es dabei um die Forschung des Alterns und den damit verbunden Prozessen geht.

Körperliche Entwicklung im Alter

Am sichtbarsten sind die Altersveränderungen an der Haut durch Pigmentstörungen und den Elastizitätsverlust, sowie an den Haaren durch deren ergrauen. Jedoch sind alle Organsysteme von den Altersveränderungen betroffen. Pflegerisch aber auch medizinisch besonders bedeutsam sind die Veränderungen von:

- Bewegungsapparat und Knochen: Die Muskelkraft sinkt, die Knochendichte nimmt ab und es kommt zu einer Abnutzung der Gelenkknorpel.
- Herz- und Kreislaufsystem: Der Blutdruck steigt an und die Herzleistung nimmt ab.
- Nieren: Die glomeruläre Filtrationsrate (wichtig bei der Harnbildung) nimmt um etwa ein Drittel ab.
- Abwehrsystem: Es kommt zu einem veränderten klinischen Bild bei Infektionen, was eine Mitursache der im Alter häufiger werdenden bösartigen Tumoren ist.
- Sinnesorgane: Bei fast allen Sinnesorgane ist ein nachlassen der Leistung bemerkbar (vgl. Menche, 2011, 142).

Geistige Entwicklung im Alter

Das Zentralnervensystem ist ebenfalls von Altersveränderungen betroffen. Als Folge dessen ist eine verlangsamte Orientierung in, für die Betroffenen, schwierigen Situationen und ein allgemein schlechteres Gedächtnis zu nennen (vgl. Menche, 2011, 142).

Drei häufige Erkrankungen im Alter:

- Demenz: Wörtlich bedeutet Demenz der Verlust der kognitiven Fähigkeiten. Die Leistungsfähigkeit des Gehirns ist eingeschränkt.
- Depression: Eine Depression hat eine starke Veränderung der Stimmung zur Folge. Eine niedergedrückte Stimmung ist im Vordergrund. Durch belastende Lebensereignisse im Zusammenhang mit steigendem Lebensalter oder dem Verlust naher Angehöriger wird die Entstehung von Depressionen bei alten Menschen begünstigt.
- Wahnhafte Störungen: Unter einem Wahn versteht man eine fehlerhafte Überzeugung. Betroffene befinden sich in einem Zustand geänderten Erlebens, man kann sie nicht von ihren fehlerhaften Überzeugungen abbringen, da sie nicht als solche wahrgenommen werden (vgl. Matolycz, 2011, 56-76).

Multimorbidität als häufiges Gesundheitsproblem der gerontologischen KlientIn

Das bedeutet die gleichzeitige Anwesenheit verschiedener Erkrankungen. Hierbei muss besonderes auf die Wahl der Arzneimittel und deren Nebenwirkungen geachtet werden. Das Risiko von intra- und postoperativen Komplikationen ist bei multimorbiden PatientInnen höher (vgl. Menche, 2011, 143).

Hauptpflegezustände der gerontologischen KlientIn

„Ess- und Trinkprobleme, Kontinenz und Inkontinenz, Beweglichkeit und Immobilität, Hautpflege und chronische Wunden, Sinnesempfindungs- und Kommunikationsprobleme, psychische Fähigkeiten und Demenz, Selbstbild und Sozialisation, Trauer und Hoffnung.“ (Kozon/Hanzlikova, 2003, 23).

Besonderheiten bei der Pflege der gerontologischen KlientIn

1. Sozialisierung – oft findet im Alter ein Wohnortwechsel statt und/oder Bezugspersonen sterben (vgl. Kozon/Hanzlikova, 2003, 31). Dem kann man durch die Nutzung lokaler Angebote von Institutionen (z. B. Veranstaltungen wie Spielenachmittage) entgegenwirken.
2. Therapeutische Kommunikation – wichtig sind das Verstehen und auch das Akzeptieren der Persönlichkeit des alten Menschen (vgl. Kozon/Hanzlikova, 2003, 31). Kennt man die Biografie, fällt einem dies manchmal leichter. Oft pflegen junge Menschen die älteren. Ansichten und Werte können hier sehr weit auseinandergehen. Alte Menschen sind auch viel öfter mit dem Thema des Todes konfrontiert.
3. Berührung – eine Berührung vermittelt das Gefühl von Nähe und Geborgenheit (vgl. Kozon/Hanzlikova, 2003, 32).
4. Orientierung in der Wirklichkeit – bei einer schnellen Umgebungsveränderung ist die örtliche, zeitliche und die Personenorientierung sehr wichtig (vgl. Kozon/Hanzlikova, 2003, 32). Es braucht Zeit, bis sich der ältere Mensch an die Pflegeperson gewöhnt hat.
5. Erinnerung – sich an Erlebtes, das für die Gegenwart Bedeutung hat zu erinnern (vgl. Kozon/Hanzlikova, 2003, 32). Zum Beispiel die Erinnerung an den Tod des Partners oder Verstehen warum die Pflegeperson jetzt da ist.
6. Annahme des körperlichen Selbstbildes – Hilfestellungen bieten um den Reiz in z. B. grauen Haaren zu finden (vgl. Kozon/Hanzlikova, 2003, 32).

Die Bedürfnisse eines alten Menschen unterscheiden sich von denen eines jungen. Darauf muss in der gerontologischen Pflege geachtet werden. Pflegeprobleme sollen nicht einfach nur gelöst werden sondern ihre Ursachen sind zu suchen und diese nach Möglichkeiten zu beheben. Pflegestandards der professionellen Pflegepraxis sind an die Besonderheiten der gerontologischen Pflege anzupassen (vgl. Weigert 1996 in Kozon/Hanzlikova, 2003, 32).

Prinzipien der gerontologischen Pflege:

1. Die Alterung betrifft alle lebenden Organismen. Sie ist ein natürlicher Prozess.
2. Erbllichkeit, Nahrung, Gesundheitszustand, Lebenserfahrung, Umwelt, Aktivität und Stress sind Faktoren, die Einfluss auf die Entwicklung des Alterungsprozesses ausüben, welche sich von KlientIn zu KlientIn unterschiedlich auswirken.
3. Alte Menschen haben das gleiche Recht der Selbstfürsorge wie alle anderen Menschen. Das gilt es zu respektieren und soweit es geht ihnen zu ermöglichen (vgl. Kozon/Hanzlikova, 2003, 32-33).

„Die gerontologische Pflege können wir im Allgemeinen als wissenschaftliche und praktische Disziplin definieren, die sich auf die Hilfe bei der Ausübung der Aktivitäten und der Befriedigung der Bedürfnisse orientiert, die zur Festigung der Gesundheit, zur Milderung der Krankheit und zum Erreichen der Selbstständigkeit führen. Gerontologische Pflege ist also die Hilfe bei der Bewältigung der Tätigkeiten, die der ältere Mensch nicht selbst ausführen kann.“ (Kozon/Hanzlikova 2003, 28-29).

Gerontologische Pflege soll die KlientIn bei den Tätigkeiten unterstützen, die sie nicht mehr selbstständig durchführen kann. Gleichzeitig muss auf eine ressourcenorientierte Arbeitsweise geachtet werden. Damit sind die physischen und psychischen Ressourcen der KlientIn gemeint. Den Pflegebedürftigen darf keine Arbeit abgenommen werden, weil es schneller erledigt ist, wenn sie von der Pflegeperson durchgeführt werden. Je nach Zustand der KlientIn können die aus verschiedenen Gründen nicht mehr selbstständig durchgeführten Tätigkeiten wieder eingeübt und selbstständig ausgeführt werden.

Ziel der gerontologischen Pflege nach der deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie ist, die Förderung des Wohlbefindens und des Gesundheitszustandes sowie die pflegerische Begleitung bis zum Tod (vgl. DGGG, 1996, 210).

„Der alte, pflegebedürftige Mensch soll auch in seiner letzten Lebensphase begleitet werden und sich geborgen fühlen.“ (Wallner, 2007, 52).

4. Organisation der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause in Niederösterreich

„Aufgrund einer Art 15a-Vereinbarung haben sich 1994 die Länder verpflichtet, für einen dezentralen und flächendeckenden Auf- und Ausbau der ambulanten, teilstationären und stationären Dienste zu sorgen. (...) Die Zielsetzungen sind dabei neben der Entlastung der pflegenden Angehörigen die Wahlfreiheit der Pflegefälle zwischen den angebotenen Diensten, eine Priorisierung der ambulanten Versorgung und eine deutliche Qualitätsverbesserung der stationären Einrichtungen.“ (Streissler 2004, 14).

In Niederösterreich gibt es keine Sozial- und Gesundheitssprengel wie in anderen Bundesländern. Deren Aufgaben übernehmen die Bezirksverwaltungsbehörden. Außerdem gibt es keine Sozialhilfeverbände. Um Fragen von Angehörigen und PatientInnen schnell beantworten zu können, wurde seitens des Landes eine Pflegehotline eingerichtet. Hier können die ersten Fragen geklärt werden (vgl. Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH, 2007, 21).

Niederösterreichisches (NÖ) Pflegeservicezentrum

„Das „NÖ Pflegeservicezentrum“ bietet pflegebedürftigen Menschen, deren Angehörigen und allen Personen, die mit Problemen der Pflege befasst sind, umfassende und kompetente Beratung an. Die Beratung durch die Mitarbeiter findet in Form von telefonischen Beratungen, mobilen Beratungen (auf Wunsch besuchen Mitarbeiter der Pflegehotline auch Haushalte) und Büroberatungen statt. Daneben werden auch Vorträge (z.B. bei Gemeinden zur Information der Bediensteten) gehalten. Im Jahr 2009 wurden insgesamt 16.436 telefonische Anfragen beantwortet und 266 Büro bzw. mobile Beratungen geleistet.“ (BMASK, 2010, 22).

Mobile Dienste werden von dem Hilfswerk, der Volkshilfe, der Caritas und dem Roten Kreuz angeboten. Durch deren ausgebautes Netz sollte es jedem Pflegebedürftigen möglich sein die Dienste in Anspruch zu nehmen (vgl. Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH, 2007, 22-23).

Essen auf Rädern

Diese Leistung umfasst die Zubereitung und Zustellung von warmen Mahlzeiten und wird von 149 Rechtsträgern (u.a. Hilfswerk, Volkshilfe, Rotes Kreuz, Pfarren, Arbeiter-Samariter Bund) angeboten. In 129 Gemeinden wird der Dienst von der jeweiligen Gemeinde selbst durchgeführt. Damit ist ein flächendeckendes Angebot gegeben. Das Land Niederösterreich fördert die damit verbundenen Kosten für die Hilfeempfänger mit € 0,76 pro Portion, ab der 7.000 Portion mit € 0,55 pro Portion. Im Jahr 2010 wurden 2.664.024 Portionen zugestellt. Insgesamt hat das Land € 1.744.376,91 an Fördermitteln ausbezahlt (vgl. Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, o.J., 90).

Notruftelefon

Mithilfe des Notruftelefons kann allein lebenden älteren, pflegebedürftigen Personen rund um die Uhr Sicherheit gegeben werden. Durch einen Druck am Knopf des Funksenders kann im Notfall ein Notruf getätigt werden. Dieses Telefon kann über die verschiedenen Organisationen welche soziale Dienste anbieten angemietet werden. Unter bestimmten Voraussetzungen

- Einkommensnachweis,
- Bescheinigung der HausärztIn,
- ev. Nachweis über außerordentliche Ausgaben,
- das Haushaltseinkommen darf die Einkommensgrenzen für die Fernsprechgrundgebühren der Post (2010: Nettohaushaltseinkommen für Alleinstehende € 878,07 und für Ehepaare € 1.316,50) nicht überschreiten,

betrug die monatliche Förderung für das Notruftelefon im Jahr 2010 € 21,03. Im Jahr 2010 wurden € 438.244,17 an Fördermitteln für 20.839 Anschlüsse ausgegeben (vgl. Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, o.J., 90-91).

4.1. Finanzierung der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause

Vor dem Pflegegeldreformgesetz 2012 hatten pflegebedürftige Personen Anspruch auf Bundespflegegeld, wenn sie eine gesetzliche Pension, Rente oder Beihilfen aus der Kriegsopferversorgung, der Heeresversorgung sowie nach dem Opferfürsorge-, Verbrechenopfer- oder Impfschadengesetz bezogen haben. War dies nicht der Fall,

zum Beispiel bei Berufstätigen, mitversicherten Angehörigen, BezieherInnen einer Beamtenpension oder von Sozialhilfe, konnte das Landespflegegeld beantragt werden (vgl. Mühlberger *et al.*, 2008, 26).

BundespflegegeldbezieherInnen und Ausgaben für das Bundespflegegeld 1998-2008

1998 bezogen 273.020 Personen Bundespflegegeld, 2008 waren es 358.545 Personen. Der Großteil davon befand sich in Pflegestufe zwei. Die Ausgaben für das Bundespflegegeld betragen 1998 1.299,536 Mio. Euro. 2008 waren es 1.744,300 Mio. Euro (vgl. Statistik Austria, o.J.a).

LandespflegegeldbezieherInnen 1998-2008 und Ausgaben für das Landespflegegeld 2008

1998 bezogen 50.508 Personen Landespflegegeld, 2008 waren es 64.936. Die Ausgaben für das Landespflegegeld betragen 2008 326,788 Euro (vgl. Statistik Austria, o.J.b).

4.1.1. Pflegegeldreformgesetz 2012

Das Pflegegeldreformgesetz wurde am 8. Juli 2011 im Nationalrat gleichzeitig mit dem Pflegefondsgesetz beschlossen und ist mit 1. Jänner 2012 in Kraft getreten. Die wesentliche Neuerung des Reformgesetzes ist die Übertragung der Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz der Länder an den Bund. Die Landespflegegeldgesetze treten damit außer Kraft. Somit fallen nun 74.000 BezieherInnen von Landespflegegeld in den Zuständigkeitsbereich der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) bzw. der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter (vgl. BMASK o.J.a).

4.1.2. Bundespflegegeldgesetz

Zweck des Pflegegeldes

„Das Pflegegeld hat den Zweck, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu

verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen.“ (§1 BPGG).

Die Idee dahinter ist, dass Pflegebedürftige selbst darüber entscheiden können, welche Leistungen sie von den verschiedenen Organisationen in Anspruch nehmen möchten. Weiters besteht durch die finanzielle Unterstützung auch die Möglichkeit, dass ein Familienmitglied längerfristig die Pflege und Betreuung übernimmt (vgl. Prochazkova/Schmid, 2007, 144).

Anspruchsvoraussetzungen (Auswahl)

„(1) Das Pflegegeld gebührt bei Zutreffen der übrigen Anspruchsvoraussetzungen, wenn auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde.

(2) Anspruch auf Pflegegeld besteht in Höhe der Stufe 1:

für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 60 Stunden monatlich beträgt;

Stufe 2:

für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 85 Stunden monatlich beträgt;

Stufe 3:

für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 120 Stunden monatlich beträgt;

Stufe 4:

für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 160 Stunden monatlich beträgt;

Stufe 5:

für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist;

Stufe 6:

für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt wenn

1. zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder
2. die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist;

Stufe 7:

für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn

1. keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder
2. ein gleichzuachtender Zustand vorliegt.“ (§4 BPGG).

Höhe des Pflegegeldes

„Das Pflegegeld gebührt zwölf Mal jährlich und beträgt monatlich

in Stufe 1: 154,20 Euro

in Stufe 2: 284,30 Euro

in Stufe 3: 442,90 Euro

in Stufe 4: 664,30 Euro

in Stufe 5: 902,30 Euro

in Stufe 6: 1 260,00 Euro und

in Stufe 7: 1 655,80 Euro.“ (§5 BPGG).

4.1.3. Kosten der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause für Hilfsbedürftige in Niederösterreich

Förderung des Landes Niederösterreich

Für mobile Dienste gibt es einen geförderten Tarif. Dieser wird anhand des Familieneinkommens von den jeweiligen Organisationen berechnet. Voraussetzung dafür ist der Bezug von Pflegegeld sowie der ordentliche Wohnsitz in Niederösterreich (vgl. Jaidhauser-Schuster, 2010, 1).

„Der Kostenbeitrag pro Einsatzstunde ergibt sich aus einem Einkommensanteil (1% der Bemessungsgrundlage) und einem Pflegegeldanteil von € 6,00 für 2010. Die Bemessungsgrundlage errechnet sich daher wie folgt:

(Einkommen des Hilfeempfängers + Einkommen des Ehepartners/Lebensgefährten) – eventuelle Absetzbeträge = Bemessungsgrundlage.“ (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, o.J., 87).

Bis zu einem Einkommen von € 1.454,00 sind folgende Absetzbeträge zu berücksichtigen:

€ 204,00 Absetzbeitrag für den Hilfeempfänger,

€ 160,00 für jedes weitere Familienmitglied, welches von diesem Einkommen lebt.

Hilfeempfängern mit einem Einkommen in der Höhe oder unter dem Ausgleichszulagenrichtsatz:

2010 netto: Alleinstehende: € 744,01; Ehepaare: € 1.115,50

wird ein Mindestkostenbeitrag von € 9,15 für 2010 berechnet.

An Sonn- und Feiertagen sowie in der Nacht wird ein Zuschlag von 100% berechnet.

Maximaler Kostenbeitrag pro Einsatzstunde (Wert 2010)

DGKP	€ 28,33
FachsozialbetreuerIn Altenarbeit/PflegehelferIn	€ 23,26
Heimhilfe	€ 20,21

Maximaler monatlicher Kostenbeitrag:

Geleistete Stunden mal errechneter Beitrag pro Stunde

(vgl. Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, o.J., 88).

„Der Hilfe empfangenden Person müssen die Mindestpension (gemäß geltenden Ausgleichszulagenrichtsatzes) und ein „Mindestrest vom Pflegegeld“ zur Deckung seines Lebensunterhaltes und der Kosten der weiteren Pflege und Betreuung, sowie etwaiger Pflegehilfsmittel verbleiben. Nach Abzug des Kostenbeitrages muss zumindest ein Einkommen in der Höhe des Ausgleichszulagenrichtsatzes (2010: Alleinstehende: € 744,01, Ehepaare € 1.115,50; beide Beträge sind Nettobeträge) zur Deckung des Lebensunterhaltes verbleiben. Vom Pflegegeld muss zumindest ein Beitrag in der Höhe des gemäß §11 Abs. 6 des NÖ Pflegegeldgesetzes, LGI.9220 (in der jeweils geltenden Fassung), festgelegten Taschengeldes (die entspricht 10% der Pflegegeldstufe 3: € 44,30) der Hilfe empfangenden Person zur Deckung des weiteren Pflegebedarfs verbleiben. Pflegegeldbeziehern der Stufen 3, 4 und 5 müssen zumindest 20% des Pflegegeldes verbleiben, Pflegegeldbeziehern der Stufen 6 und 7 zumindest 30% des Pflegegeldes. Die zu verbleibenden Reste vom Pflegegeld betragen ab 1.1.2010:

bei Pflegegeld der Stufe 1	€ 44,30
bei Pflegegeld der Stufe 2	€ 44,30
bei Pflegegeld der Stufe 3	€ 88,60
bei Pflegegeld der Stufe 4	€ 132,90
bei Pflegegeld der Stufe 5	€ 180,50
bei Pflegegeld der Stufe 6	€ 378,00
bei Pflegegeld der Stufe 7	€ 496,70.“

(Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, o.J., 88-89).

Beispiel (für 2010):

Alleinstehende Person, monatliches Einkommen (Pension) von € 1.000,- netto, Pflegegeldbescheid über die Stufe 2 (€ 284,30), Mindestrest vom Pflegegeld der Stufe 2 (€ 44,30):

Rechnung:

Kostenbeitrag pro Stunde:

€ 1.000,- Einkommen

€ -204,- Absetzbeitrag für Alleinstehende

€ 796,-

€ 7,96 = 1%

€ 6,00 = Pflegegeldanteil

€ 13,96 = Kostenbeitrag pro Stunde

Maximale Kostenbelastung pro Monat

€ 1.000,00 Einkommen

€ - 744,01 Ausgleichszulage für Alleinstehende

€ 255,99

€ 284,30 PG

€ - 44,30 PG Rest

€ 240,00

€ 255,99

€ 240,00

€ 495,99 maximaler Kostenbeitrag pro Monat

(vgl. Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, o.J., 89).

4.1.4. Pflegegeldeinstufung

Bis zum 31.12.2011 erfolgte in Österreich die Pflegegeldeinstufung alleine durch ärztliche Gutachten von Sachverständigern.

Ausgehend vom Sozialministerium unter der Mitarbeit vom ÖGKV (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband), der PVA (Pensionsversicherungsanstalt) und mit der wissenschaftlichen Begleitung des FH Campus Wien, lief vom Oktober 2010 bis März 2011 ein Pilotprojekt zur Pflegegeldeinstufung. Eine ÄrztIn und eine diplomierte Pflegeperson suchten gemeinsam die hilfe- und betreuungsbedürftigen Menschen auf und führten die Pflegegeldeinstufung mit demselben Formular allerdings getrennt voneinander durch. Aufgrund des Projektes wurde die große fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte besonders bei der Einstufung in den höheren Pflegegeldstufen deutlich. Im Rahmen des Pflegegeldreformgesetzes sind folgedessen diplomierte Pflegepersonen seit 1. Jänner 2012 bei Anträgen auf Erhöhung des Pflegegeldes ab der Stufe 4 bei mehr als 180 Stunden bereits festgestellten monatlichen Pflegebedarf mit der Begutachtung befasst. Gleichzeitig findet bei der Begutachtung eine Beratung der pflegebedürftigen Menschen statt (vgl. BMASK, o.J.b).

„Ziel ist es, professionelles Wissen für Pflegebedürftige und deren Angehörige für die Bewältigung des Alltages und krankheitsbezogener Defizite zur Verfügung zu stellen. Begleitung, Information, Unterstützung und Anleitung liegen in der Fachkompetenz des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Pflegefachberatung erfolgt unter den Gesichtspunkten

- der Hilfe zur Selbsthilfe
- individuell abgestimmt
- strukturiert und klientenzentriert

- zur möglichst langen Erhaltung der weitgehenden Unabhängigkeit, trotz krankheitsbedingter Einschränkungen
- die Beratung ist als Informationsgrundlage schriftlich zusammenzufassen.“ (ÖGKV, o.J.a, 2).

Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband beschreibt als weiteres Ziel der Begutachtung, die Fachexpertise der diplomierten Pflegepersonen fundiert und nachhaltig argumentiert in den Gutachten abzubilden. Es wird von einer kritischen Beobachtung von ÄrztInnen und der Öffentlichkeit in Bezug auf die erstellten Pflegegutachten ausgegangen (vgl. ÖGKV, o.J.b, 1).

„Jene Stimmen, welche diese Aufgabe für den Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege als zu wenig weit reichend sehen, haben möglicherweise einige wesentliche Punkte nicht beachtet. Derzeit besteht in der Berufsgruppe selbst noch keine Einigkeit darüber welche Kriterien und Kompetenzen zur Erstellung von Pflegegutachten durch DGKP zu erfüllen sind, welche Qualifikation dafür ausreichend ist und ob die Verantwortung dafür mit allen damit verbundenen Konsequenzen durch PflegegutachterInnen übernommen werden kann. Darüber hinaus ist der bereits jetzt bestehende Personalmangel am Sektor Pflege eine Tatsache. Momentan ist es daher höchst sinnvoll, vorerst das vorhandene Wissen der Pflege in den hohen Pflegestufen einzusetzen – und zwar in erster Linie im Sinne der betroffenen Antragsteller.“ (ÖGKV, o.J.b, 1).

Die Begutachtung zur Grundeinstufung wird nach wie vor von den ÄrztInnen durchgeführt (vgl. BMASK, o.J.b).

„Eine Oberbegutachtung der Gutachten durch den chefärztlichen Dienst der Pensionsversicherungsanstalten erfolgt sowohl für die ärztlichen, als auch für die pflegerischen Gutachten.“ (ÖGKV o.J.b, 1).

Voraussetzungen für die Gutachtertätigkeit durch diplomierte Pflegepersonen sind nun drei Jahre praktische Berufserfahrung in der Pflege von chronisch kranken Menschen und ein Besuch von Informationsveranstaltungen zur Pflegegeldeinstufung (vgl. ÖGKV, o.J.a, 1).

Es wird zum Beispiel ein zweitägiges Trainingsseminar angeboten. Dort werden besondere Kenntnisse und Fertigkeiten für die Befundnahme und Feststellung des

Pflegebedarfs im Gutachten gelehrt. Es ist nicht zwingend notwendig, dass die diplomierten Pflegepersonen, welche zukünftig in der Pflegegeldeinstufung tätig werden möchten, in der Liste der allgemeinen beeideten und gerichtlich zertifizierten Sachverständigen im Fachgebiet Gesundheits- und Krankenpflege eingetragen sind (vgl. ProPraxis Graz GmbH, o.J.).

„PVA und BVA richten einen GutachterInnenpool für alle Entscheidungsträger ein. Die Beauftragung zur Erstellung eines Gutachtens erfolgt durch die jeweilige Landesgeschäftsstelle von PVA/BVA, wo die Kontakte zu den Gutachtern aufliegen. Das Honorar für Pflegesachverständige beträgt Brutto € 65,-, plus amtliches Kilometergeld.“ (ÖGKV, o.J.a, 1).

Diese Reform ist bestimmt ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Wünschenswert wäre mit dieser Entwicklung auch ein Rückgang der Einsprüche gegen die Einstufungen.

4.1.5. Leistbarkeit sozialer Dienste

Nach einer qualitativen Befragung von Badelt *et al* (1997, 90) können sich nicht alle Pflegegeldbezieher (überwiegend Personen, die über keine informellen Betreuungsressourcen verfügen) mit dem Pflegegeld so viele Dienste leisten, wie sie gebraucht hätten.

7,1 % konnten sich immer schon alle sozialen Dienste leisten, 47,2 % erst seit Bezug des Pflegegeldes. 33,5 % können sich nicht alle notwendigen sozialen Dienste leisten, aber mehr als vor dem Bezug des Pflegegeldes, 1,1 % weniger als vor Bezug des Pflegegeldes. 11,1 % der Befragten gaben an, sich noch nie genug soziale Dienste leisten können zu haben (vgl. Badelt et al 1997, 200).

37,4 % der befragten Pflegegeldbezieher bekommen mehr Pflegegeld als sie zu dem Zeitpunkt für die Pflege und Betreuung ausgeben. Jedoch bei 62,6% deckt das Pflegegeld nicht die pflege- und betreuungsbedingten Ausgaben (vgl. Badelt et al 1997, 94).

Auffällig dabei ist, dass besonders in den niedrigen Pflegegeldstufen das Geld oft nicht ausreicht, wobei dies in den höheren Stufen weniger der Fall ist (vgl. Badelt et al 1997, 95).

In Stufe eins konnten sich 39,5 % der Befragten seit Einführung des Pflegegeldes alle notwendigen sozialen Dienste leisten. In Stufe sieben waren es immerhin 67,6 % (vgl. Badelt et al 1997, 201).

Je höher die Pflegestufe, desto eher können sich die Bezieher des Pflegegeldes alle notwendigen Sozialen Dienste leisten.

„Wirtschaftliche und persönliche Auswirkungen des Pflegegeldes:

56,5 % Der Bezug des Pflegegeldes erlaubt es mir, weniger von unbezahlter Hilfe abhängig zu sein und mehr soziale Dienste in Anspruch zu nehmen.

64,9 % Der Bezug des Pflegegeldes erlaubt es mir, leichter auszuwählen, von wem ich mir helfen lasse.

82,6 % Das Pflegegeld deckt einen deutlich spürbaren Teil der Kosten ab, die mir anlässlich der Pflege entstehen.

81,2 % Das Pflegegeld macht es mir möglich, mich bei meinen Angehörigen für ihren Einsatz in der Pflege erkenntlich zu zeigen.

71 % Ich habe den Eindruck, mit den alltäglichen Belastungen jetzt besser umgehen zu können als vor dem Bezug des Pflegegeldes

9,5 % Seit dem Bezug des Pflegegeldes werde ich häufiger von Verwandten, Freunden und Bekannten besucht.“ (Badelt et al 1997, 99).

An dieser Stelle ist anzumerken, dass sich die Auszahlungsbeiträge, sowie die Einstufung seit der Befragung von Badelt verändert haben. Dennoch wird davon ausgegangen, dass sich bei den Ergebnissen, würde man heute diese Befragung machen, nicht viel ändern würde.

5. Bildung in der Gesundheits- und Krankenpflege unter dem Aspekt der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause

Ist gibt keine gesonderte Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege und gerontologische Pflege. Es gibt aber eigene Unterrichtsfächer für die Pflege alter Menschen, sowie spezielle Fort- und Weiterbildungen. Ein Teil der praktischen Ausbildung bezieht sich auch auf gerontologische Pflege. Bei den

Sozialbetreuungsberufen hat die Pflege und Betreuung alter Menschen mit der Ausbildung zur SozialfachbetreuerIn Altenarbeit ihren Platz gefunden (vgl. Matolycz 2011, 5).

Im nachfolgenden Abschnitt wurde auf die theoretische und praktische Ausbildung der diplomierten Pflegepersonen in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause näher eingegangen. Dazu folgt ein Überblick über die theoretische und praktische Ausbildung nach der Ersten Krankenpflegeverordnung, BGBl. Nr. 643/1973 und der Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 179/1999. An dieser Stelle ist anzumerken, dass jene Pflegepersonen, welche im empirischen Teil befragt wurden, zwischen 1976 und 2002 diplomiert haben.

5.1. Erste Krankenpflegeverordnung, BGBl. Nr. 643/1973

1972 wurde die allgemeine Krankenpflegeausbildung auf vier Jahre ausgedehnt. Das erste Ausbildungsjahr diente der Vertiefung der Allgemeinbildung. Danach folgte eine 3-jährige Fachausbildung (vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, o.J.).

Praktische Ausbildung

Im zweiten Ausbildungsjahr waren Praktika in mindestens drei aus folgenden Fächern im Gesamtausmaß von 600 Stunden zu absolvieren:

Beschäftigung mit gesunden Kindern, Milch-, Diätküche (Lehrküche), Schul- und Internatsbetrieb, Laboratorium, Blutbank, Apothekenbetrieb (Depot), Einführung in die Verwaltungsarbeiten des leitenden Pflegepersonals, Sterilisation, Schularzt und einschlägige Exkursionen (vgl. GuK-AV/BGBl. Nr. 643/1973, §10.(1) a).

Im dritten und vierten Ausbildungsjahr waren folgende Praktika in der allgemeinen Krankenpflege vorgesehen:

Interne Abteilung	600 Stunden
Chirurgische Abteilung (einschließlich Operationssaal)	600 Stunden
Kinderabteilung	400 Stunden
Gynäkologie und Geburtshilfe mit Wochenbett- und Neugeborenenpflege	440 Stunden
Öffentlicher Gesundheitsdienst	160 Stunden
Spezialfach nach Wahl	

(vgl. GuK-AV/BGBl. Nr. 643/1973, §10.(1) b)

Theoretische Ausbildung

2. Ausbildungsjahr

Geschichte und Ethik in der Krankenpflege	20 Stunden
Grundpflege und Verbandslehre, Allgemeine Krankenpflegetechnik, Gerätekunde, einschließlich Einführung in die Medikamentenlehre	180 Stunden
Anatomie	40 Stunden
Physiologie	60 Stunden
Pathologie	40 Stunden
Allgemeine und Umwelthygiene, Mikrobiologie, Krankenhaushygiene, Infektionslehre, Sterilisation und Desinfektion	60 Stunden
Ernährungslehre, Kranken- und Diät Kost	40 Stunden
Einführung in die medizinische Terminologie	20 Stunden
Laboratoriumstechnik	20 Stunden
Erste Hilfe mit Übungen	20 Stunden
Einführung in die Psychologie	30 Stunden
Einführung in die Pädagogik	20 Stunden
Einführung in die Sozialhygiene	15 Stunden
Entwicklungspsychologie – Der gesunde Mensch	30 Stunden
Grundzüge der Krankenhausbetriebsführung	15 Stunden
Grundzüge des Sanitätsrechtes	15 Stunden
Grundzüge des Sozialversicherungs- und Arbeitsrechtes	15 Stunden
Grundzüge des Fürsorgewesens	20 Stunden
Grundzüge der physikalischen Therapie	20 Stunden
Englisch für Krankenpflege	70 Stunden
Leibesübungen	80 Stunden
SUMME:	830 Stunden
Freigegegenstände: Leibesübungen, Musische Übungen	

3. Ausbildungsjahr

Kinderheilkunde, Ernährung des kranken Kindes, 1. Teil	30 Stunden
Pflege bei Erkrankungen im Kindesalter, 1. Teil	30 Stunden
Innere Medizin, 1. Teil	30 Stunden
Pflege bei inneren Erkrankungen, 1. Teil	30 Stunden
Infektionskrankheiten	20 Stunden
Pflege bei Infektionskrankheiten	20 Stunden
Chirurgie, 1. Teil (allgemeine)	30 Stunden
Pflege auf chirurgischen Stationen, 1. Teil	30 Stunden
Gynäkologie und Geburtshilfe	30 Stunden
Pflege bei Frauenkrankheiten und Wochenbettpflege	30 Stunden
Neurologie, 1. Teil	20 Stunden
Pflege bei Nervenkrankheiten, 1. Teil	20 Stunden
Psychiatrie, 1. Teil	20 Stunden
Psychiatrische Pflege, 1. Teil	20 Stunden
Pharmakologie und Toxikologie	30 Stunden
Röntgen- und Isotopenkunde	10 Stunden
Strahlenschutz	10 Stunden
Geriatrische Pflege	20 Stunden
Öffentlicher Gesundheitsdienst	30 Stunden
Psychologie des kranken Menschen	30 Stunden

Pädagogik	10 Stunden
Sozialhygiene	10 Stunden
Berufskunde, 1. Teil	10 Stunden
Leibesübungen	80 Stunden
SUMME:	600 Stunden
Freigegenstände: Englisch für die Krankenpflege, Leibesübungen, Musische Übungen	

4. Ausbildungsjahr

Innere Medizin, 2. Teil	30 Stunden
Pflege bei inneren Erkrankungen, 2. Teil	30 Stunden
Chirurgie, 2. Teil (spezielle)	30 Stunden
Pflege bei chirurgischen Stationen, 2. Teil	20 Stunden
Haut- und Geschlechtskrankheiten	20 Stunden
Pflege Haut- und Geschlechtskranker	20 Stunden
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Einführung in die Logopädie	25 Stunden
Pflege Hals-, Nasen-, Ohrenkranker	15 Stunden
Augenkrankheiten	15 Stunden
Pflege Augenkranker	15 Stunden
Einführung in die Rehabilitation	20 Stunden
Psychologie	10 Stunden
Pädagogik, Menschenführung	10 Stunden
Soziologie, Psychohygiene	10 Stunden
Psychologie des behinderten Menschen	10 Stunden
Einführung in die Psychosomatik	30 Stunden
Berufskunde (Organisation des Pflegedienstes)	20 Stunden
Leibesübungen	80 Stunden
SUMME:	420 Stunden
Freigegenstände: Englisch für die Krankenpflege, Leibesübungen, Musische Übungen	

(vgl. GuK-AV/BGBl. Nr. 643/1973, Anlage 1)

Auf Basis dieser Ausbildungsverordnung ist 1982 am österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen im Auftrag des Bundeskanzleramtes erstmals ein umfassendes Curriculum entstanden. Diese Fassung ging als Probelauf an die Schulen und wurde dann auf Grundlage der neugewonnenen Erkenntnisse 1989 durch die revidierte Fassung abgelöst (vgl. ÖBIG, 1989, VII).

1982 lag der Fokus der Ausbildung bestimmt nicht auf der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause. Mobile Pflege und deren Aufgabe wurde im Rahmen anderer Unterrichtsfächer im 2. Ausbildungsjahr kurz beschrieben. Im 3. Ausbildungsjahr gab es ein eigenes Fach „Geriatrische Pflege“ im Ausmaß von 20 Stunden (vgl. ÖBIG, 1982). 1989 wurde in den einzelnen Fächern etwas mehr auf die Hauskrankenpflege eingegangen. Zum Beispiel erfolgte im Rahmen des Unterrichtes eine Stellen- und

Arbeitsplatzbeschreibung intramural, extramural. Außerdem wurde das Thema Hauskrankenpflege und Ausscheiden in der Grundpflege behandelt. Geriatrische Pflege als Fach im 3. Ausbildungsjahr wurde in der revidierten Fassung überarbeitet. Neu war die Unterscheidung zwischen dem gesunden alten Menschen und dem kranken alten Menschen. Auf den alten Menschen im Pflegeheim wurde nun intensiver eingegangen.

5.2. Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung, BGBl.II Nr. 179/1999

„Praktische Ausbildung

Ausbildungseinrichtung	Fachbereich	Stunden
Abteilungen einer Krankenanstalt	Akutpflege im operativen Bereich	600
Abteilungen einer Krankenanstalt	Akutpflege im konservativen Bereich	600
Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen	Langzeitpflege / rehabilitative Pflege	400
Einrichtungen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten	Extramurale Pflege, Betreuung und Beratung	160
Nach Wahl des Schülers	Wahlpraktikum	200
Nach Wahl der Schule: - Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten einer Krankenanstalt - Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen - Einrichtungen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten	Akutpflege / Langzeitpflege / rehabilitative Pflege / extramurale Pflege	360
Nach Wahl der Schule	Diplomprüfungsbezogenes Praktikum	160
SUMME:		2 480“

(GuK-AV/BGBl.II Nr. 179/1999, Anlage 1)

Theoretische Ausbildung

Angaben in Stunden

Unterrichtsfach	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Berufsethik und Berufskunde der Gesundheits- und Krankenpflege	40	20	20
Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung	40	20	20
Gesundheits- und Krankenpflege	240	130	130
Pflege von alten Menschen	30	20	-
Palliativpflege	20	20	20
Hauskrankenpflege	-	20	20
Hygiene und Infektionslehre	60	-	-
Ernährung, Kranken- und Diätkost	30	-	-
Biologie, Anatomie, Physiologie	100	-	-
Allgemeine und spezielle Pathologie, Diagnose und Therapie einschließlich komplementärmedizinische Methoden	120	130	110
Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie	-	30	-
Pharmakologie	20	20	-
Erste Hilfe, Katastrophen- und Strahlenschutz	30	-	10
Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen der Pflege, Arbeitsmedizin	20	-	20
Berufsspezifische Ergonomie und Körperarbeit	40	30	20
Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene	50	20	20
Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining	40	40	40
Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, Organisationslehre	10	-	20
Elektronische Datenverarbeitung, fachspezifische Informatik, Statistik und Dokumentation	20	20	-
Berufsspezifische Rechtsgrundlagen	20	20	-
Fachspezifisches Englisch	40	20	20
SUMME:	970	560	470

(vgl. GuK-AV/BGBl.II Nr. 179/1999, Anlage 1)

1998-2003 wurde vom ÖBIG ein neues Curriculum auf Basis des GUKG, BGBl.Nr.108/1997 und der GUK-AV, BGBl.II Nr.179/1999 erarbeitet (vgl. ÖBIG, 2003, 1). Sowohl in der theoretischen als auch in der praktischen Ausbildung wird nun mehr auf das Thema mobile gerontologische Pflege zu Hause eingegangen. Zum Beispiel sind im Rahmen der praktischen Ausbildung jetzt 160 Stunden in Einrichtungen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten zu absolvieren. Ebenso kann das Praktikum nach Wahl der Schule im Gesamtausmaß von 360 Stunden aus diesem Bereich sein.

Neu ist, dass Pflegefächer wie zum Beispiel „Gesundheits- und Krankenpflege“, „Pflege alter Menschen“, „Palliativpflege“ und „Hauskrankenpflege“ eigenständig definiert sind und nicht mehr an medizinischen Fachdisziplinen wie zum Beispiel

„Pflege bei inneren Erkrankungen“ orientiert sind. Der Ausbildungsschwerpunkt liegt nun auf den pflegerischen Unterrichtsfächern, nicht auf den medizinischen. Die inhaltlichen Schwerpunkte sind nun nicht mehr im Bereich der kurativen Pflege, sondern in der gesundheitsfördernden und präventiven Pflege (vgl. ÖBIG, 2003, 5).

1973 gab es nur ein eigenständiges Fach „Geriatrische Pflege“ in Bezug auf mobile gerontologische Pflege zu Hause, im 3. Ausbildungsjahr im Ausmaß von 20 Stunden. In der Ausbildungsverordnung von 1999 wird auf die Thematik näher eingegangen. Unterrichtsfächer wie „Pflege von alten Menschen“, „Hauskrankenpflege“, „Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie“ werden verteilt auf die drei Ausbildungsjahre gesamt 120 Stunden unterrichtet.

Doris Stelzhammer beschreibt als Ergebnis von qualitativen Expertenbefragungen (befragt wurden diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die als Funktionsträger innerhalb eines organisatorischen oder institutionellen Kontexts tätig sind), dass aus deren Sicht die Auszubildenden im Bereich der Grundausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen nicht ausreichend auf die Aufgabenstellungen in der Hauskrankenpflege vorbereitet werden. Vor allem sollte auf die Beratungskompetenz in der Ausbildung mehr Wert gelegt werden. Außerdem fehlen teilweise immer noch Praktikumsplätze im extramuralen Bereich für die Schüler (vgl. Stelzhammer, 2010, 21-22).

Wie die diplomierten Pflegepersonen in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause ihre Ausbildung einschätzen wird unter anderem im empirischen Teil dieser Arbeit beschrieben.

Fakt ist, dass viele Pflegepersonen in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause arbeiten, in deren Ausbildung nicht viel Wert auf diesen Bereich gelegt wurde. Man darf aber nicht vergessen, warum in der Ausbildung damals der Fokus nicht auf diesen Themen lag.

1973 betrug die Lebenserwartung bei der Geburt bei den Männern 67,5 Jahre. Bei den Frauen waren es 74,6 Jahre.

1999 stieg die Lebenserwartung bei den Männern auf 74,8 Jahre und bei den Frauen auf 80,9 Jahre.

2011 betrug die Lebenserwartung bei den Männern schon 78,1 Jahre und bei den Frauen 83,4 Jahre (vgl. Statistik Austria 2012).

Mit höherem Lebensalter steigt die Zahl der chronischen Erkrankungen und natürlich auch die Nachfrage an mobiler gerontologischer Pflege zu Hause. 1973 war ganz einfach der Bedarf an diesen Themen noch nicht so gegeben. Glücklicherweise hat man aber 1999 in der Ausbildungsverordnung auf den demographischen Wandel reagiert. Sodass den SchülerInnen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege heute viel Wissen im Bereich der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause gelehrt wird.

5. 3. Fort- und Weiterbildung im Bereich mobile gerontologische Pflege zu Hause

Gesetzesgrundlage zum Thema Fort- und Weiterbildung

Fortbildung

„(1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind verpflichtet, zur

1. Information über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse insbesondere der Pflegewissenschaft sowie der medizinischen Wissenschaft oder
2. Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten innerhalb von jeweils fünf Jahren Fortbildungen in der Dauer von mindestens 40 Stunden zu besuchen.

(2) Über den Besuch einer Fortbildung ist eine Bestätigung auszustellen.“ (§63 GuKG).

Weiterbildung

„(1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind berechtigt, Weiterbildungen zur Erweiterung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten zu absolvieren. Diese haben mindestens vier Wochen zu umfassen.

(2) Weiterbildungen gemäß Abs. 1 können im Rahmen eines Dienstverhältnisses erfolgen.

(3) Die Abhaltung von Weiterbildungen gemäß Abs. 1 bedarf der Bewilligung des Landeshauptmannes. Die Bewilligung ist zu erteilen, wenn die organisatorischen und fachlichen Voraussetzungen für die Vermittlung der den Berufserfordernissen entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten gewährleistet sind.

(4) Gegen Bescheide des Landeshauptmannes gemäß Abs. 3 ist eine Berufung nicht zulässig.

(5) Nach Abschluß einer Weiterbildung gemäß Abs. 1 ist eine Prüfung abzulegen. Über die erfolgreich abgelegte Prüfung ist ein Zeugnis auszustellen.

(6) Die erfolgreiche Absolvierung einer Weiterbildung berechtigt zur Führung einer Zusatzbezeichnung gemäß § 12 Abs. 4.“ (§64 GuKG).

Organisation der Fortbildung am Beispiel der Volkshilfe Niederösterreich

Fortbildungen werden in der Volkshilfeakademie in der Zentrale in Wiener Neustadt angeboten. Dort wird jährlich ein neues Programm erstellt. Gibt es genügend Anmeldungen besteht auch die Möglichkeit, dass die Vortragenden die verschiedenen Stützpunkte besuchen und die Fortbildungen dort abgehalten werden. Dieses Angebot wird gerne genutzt, da der Zeitaufwand für die MitarbeiterInnen viel geringer ist. Es können natürlich nicht alle MitarbeiterInnen von einem Stützpunkt gleichzeitig Fortbildungen besuchen, weil die KlientInnen versorgt werden müssen. Um dennoch die Mindestteilnehmerzahl zu erreichen besteht die Möglichkeit, dass MitarbeiterInnen aus nahegelegenen Stützpunkten an den Fortbildungen teilnehmen.

Das Angebot an Fortbildungen ist sehr breit gefächert. Im Bereich gerontologische Pflege werden vermehrt Kurse in Bezug auf den Umgang mit Demenzkranken angeboten. Weiters werden Fortbildungen u.a. zu folgenden Themen angeboten: Bewegungstherapie, Kinästhetik, Wunden und Kompressionen, Dekubitusmanagement, Betreuung und Begleitung psychisch erkrankter Menschen, Begleitung von Sterbenden und Schwerstkranken, Validation, wohltuende Wickel, Aromapflege und Gewalt in der Pflege. Es wird zwischen verpflichtenden und freiwilligen Fortbildungen unterschieden. Es gibt eine verpflichtende Fortbildung wo unter anderem Rechtsfragen in der Hauskrankenpflege geklärt werden, die von neuen MitarbeiterInnen während der Dienstzeit absolviert werden muss. Alle anderen Fortbildungen sind freiwillig, es muss allerdings die vom Gesetzgeber

vorgeschriebene Mindeststundenanzahl erreicht werden. Freiwillige Fortbildungen absolvieren die MitarbeiterInnen in deren Freizeit. Die Kosten werden egal ob freiwillige oder verpflichtende Fortbildungen von der Volkshilfe übernommen. Die Angebote werden unterschiedlich angenommen. Einige MitarbeiterInnen absolvieren nur so viele Fortbildungen wie sie dem Gesetz nach benötigen. Andere sind sehr interessiert und bilden sich von sich aus gerne weiter und nehmen an sehr vielen Fortbildungen teil (vgl. Zobl, 2010).

Weiterbildungen für diplomierte Pflegepersonen in der mobile gerontologische Pflege zu Hause

Sucht man online (gesucht wurde in der Internetsuchmaschine Google mit den Schlagwörtern: Gerontologische Pflege, Weiterbildung Gerontologie, Weiterbildung Geriatrie Pflege) nach Angeboten an Weiterbildungen in diesem Bereich findet man folgende Möglichkeiten für diplomierte Pflegepersonen:

- Weiterbildung „Gerontologische Pflege“ – Akademie für Gesundheit und Bildung in Wels, Beginn: Jänner 2013,
- Weiterbildung „Gerontologische Pflege“ – Connexia, Gesellschaft für Gesundheit und Pflege in Vorarlberg, Beginn: Herbst 2013,
- Weiterbildung „Gerontologisch – geriatrische Pflege“ – FA8A – Referat Gesundheitsberufe in Graz, Beginn Jänner 2013,
- Weiterbildung „Spezielle geriatrische Pflege“ – Akademie für Fort- und Sonderausbildungen in Wien, derzeit laufend,
- Weiterbildung „Geriatrische Pflege“ für den Akut- und Langzeitbereich – Akademie für Gesundheitsberufe in Linz, Beginn: Herbst 2013,
- Weiterbildung „Akutgeriatrie – Schwerpunkt Alterstraumatologie“ – AZW in Innsbruck, Beginn Mai 2013,
- Weiterbildung „Lehrgang für fachliche Kompetenz in der geriatrischen Pflege, Schwerpunkt Demenz“ – DGKS Brigitte Scharb in Wien, derzeit laufend.

Zwar gibt es einige Möglichkeiten an Weiterbildungen, generell kann aber nicht von einem übermäßigen Angebot an Weiterbildungen in diesem Bereich gesprochen werden.

5.4. Gerontologische Pflege auf universitärer Ebene – Entwicklungen in Österreich

1955 wurde die „Österreichische Gesellschaft für Geriatrie“, in der zunächst Mediziner, Biologen und Physiologen tätig waren, gegründet. Es entstanden die Fortbildungstagungen in Bad Gastein. Die „Ludwig Boltzmann Gesellschaft“ richtete 1972 das „Institut für Altersforschung“ ein. Das Institut war sehr medizinisch ausgerichtet, verfügte aber über eine sozialwissenschaftliche Abteilung. 1980 wurde aus dieser Abteilung das „Ludwig-Boltzmann-Institut für Sozialgerontologie und Lebenslaufforschung“. 1991 wurde in St. Pölten in Kooperation mit dem Institut für Psychologie der Universität Wien das „Zentrum für Alternswissenschaften“ gegründet. Ein Jahr später folgte in Innsbruck die Errichtung des „Instituts für Biomedizinische Alternsforschung“. Seit 1999 besteht die Möglichkeit einen 4 - semestrigen Universitätslehrgang „Interdisziplinäre Gerontologie“ an der Karl-Franzens-Universität in Graz zu besuchen (vgl. Kolland, 2007, 433-434). Aktuell wird dieser Lehrgang für die Dauer von 6 Semestern berufsbegleitend angeboten (vgl. Universität Graz, o.J.). Im August 2004 schlossen die ersten Absolventen den 3 - semestrigen Universitätslehrgang für Gerontologische Pflege an der Donau-Universität in Krems ab. Dieser Lehrgang wurde nur einmalig ausgeführt und in den nächsten drei Jahren ist auch nicht geplant, den Lehrgang wieder anzubieten (vgl. Kuttig, 2012, 1). Erst seit Oktober 2012 kann Gerontologie als eigenes Studienfach an der privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik (UMIT) studiert werden (vgl. UMIT, 2012, 1).

II Empirischer Teil

6. Ausgangslage und Fragestellung

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Ausgangslage der Untersuchung sowie die daraus resultierende Fragestellung näher beschrieben.

6.1. Ausgangslage

Wie bereits im theoretischen Teil beschrieben gibt es keine gesonderte Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege und gerontologische Pflege in Österreich. Außerdem wird in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung erst seit der Ausbildungsverordnung von 1999 mehr auf das Thema mobile gerontologische Pflege zu Hause eingegangen. In der Ausbildungsverordnung von 1973 und den damit einhergehenden Curricula von 1982 und 1989 lag der Fokus nicht so sehr auf diesem Thema, da zum Einen die Lebenserwartung und die damit verbundenen Anzahl an chronischen Erkrankungen noch nicht so hoch war, und zum Anderen war die mobile gerontologische Pflege zu Hause damals lange noch nicht so verbreitet im Einsatz. Trotzdem gibt es sehr viele Pflegepersonen, die nach der Ausbildungsverordnung von 1973 diplomiert haben und jetzt in genau diesem Bereich arbeiten.

Es gibt wegen des problematischen Image der mobilen Pflege und ungünstigen finanziellen Bedingungen, Schwierigkeiten Stellen für diplomiertes Pflegepersonal adäquat zu besetzen. Außerdem geht die Aus- und Weiterbildungslandschaft für diplomiertes Pflegepersonal an den Bedürfnissen des Sektors vorbei (vgl. Rogner, 2010, 234).

6.2. Fragestellung

Aufgrund dieser Erkenntnisse ergab sich nachstehende Forschungsfrage:

Wie sehen diplomierte Pflegepersonen die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause und welche Fähigkeiten benötigt man für die Arbeit in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause?

7. Methodisches Vorgehen

Die oben genannte Forschungsfrage wurde durch qualitative ExpertInnenbefragungen beantwortet.

Man unterscheidet zwischen verschiedenen Typen der Befragung. Qualitative ExpertInnenbefragungen kennzeichnen sich durch eine teilstrukturierte Kommunikationsform. Die Kommunikationsart kann mündlich oder schriftlich sein (vgl. Atteslander 2008, 123). Bei der vorliegenden Arbeit wurde ein teilstrukturierter Befragungsbogen verwendet. Im Rahmen einer Gelegenheitsstichprobe wurden 8 mündliche Befragungen im Weinviertel in Niederösterreich durchgeführt.

7.1. Planung der Befragungen

Im nachfolgenden Abschnitt werden der Befragungsleitfaden sowie die Auswahl der BefragungspartnerInnen kurz dargestellt.

7.1.1. Befragungsleitfaden

Um die Forschungsfrage beantworten zu können wurden den BefragungspartnerInnen Fragen aus den Bereichen eigene Ausbildung, Fort- oder Weiterbildungen, gesonderte Ausbildung für die Altenpflege und benötigte Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause gestellt.

Zu Beginn möchte ich Ihnen einige Fragen zu Ihrer Ausbildung stellen:

1. Seit wann arbeiten Sie in der mobilen Pflege?
2. Wann haben Sie diplomiert?

3. Wie viel Wert wurde damals auf die Altenpflege in der Ausbildung gelegt?

4. Im Nachhinein gesehen: Sind Sie zufrieden mit der Ausbildung im Bereich Altenpflege, die Sie während der Grundausbildung erhalten haben?

Wenn nein: was würden Sie ändern?

5. Haben Sie Fort- oder Weiterbildungen im Bereich Altenpflege absolviert?

Wenn ja, welche?

6. Wie schätzen Sie das aktuelle Fort- und Weiterbildungsangebot in Bezug auf Altenpflege ein?

7. Was halten Sie von einer gesonderten Ausbildung für Altenpflege in Anlehnung an die Ausbildung für Kinder- und Jugendlichenpflege bzw. psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege?

8. Welche Fähigkeiten benötigt man für die Arbeit in der mobilen Altenpflege?

7.1.2. Auswahl der BefragungspartnerInnen

Vorab wurde eine ExpertInnendefinition festgelegt. Die an der Befragung teilnehmenden ExpertInnen sollen diplomierte Pflegepersonen mit mindestens 5 Jahren Berufserfahrung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause sein und das letzte Jahr bei den KundInnen gearbeitet haben. Anschließend begann die Kontaktaufnahme mit möglichen BefragungspartnerInnen.

Da eine mögliche Befragungspartnerin erst seit 4 Jahren in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause arbeitete, die Befragung aber als sehr wertvoll, und das Jahr weniger Berufserfahrung für diese Befragung als nicht relevant zu beurteilen war, wurde die ExpertInnendefinition auf 4 Jahre Berufserfahrung herabgesetzt.

Daraus ergibt sich die letztendliche ExpertInnendefinition:

Diplomierte Pflegepersonen mit mindestens 4 Jahren Berufserfahrung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause, die das letzte Jahr bei den KundInnen gearbeitet haben.

Insgesamt wurden 8 Pflegepersonen befragt. Es wurden ausschließlich Mitarbeiter der Caritas befragt. Die Auswahl der BefragungspartnerInnen ist eine Gelegenheitsstichprobe.

7.2. Durchführung der Befragungen

BefragungspartnerIn	Geschlecht	Datum	Ort der Befragung	Befragungsdauer
1	Weiblich	19.07.2011	Caritas Zistersdorf	16min 21sek
2	Weiblich	29.07.2011	Privatwohnhaus Prinzendorf	08min 48sek
3	Weiblich	03.08.2011	Caritas Oberrohrbach	12min 59sek
4	Weiblich	03.08.2011	Caritas Oberrohrbach	10min 19sek
5	Weiblich	18.08.2011	Caritas Klosterneuburg	07min 58sek
6	Weiblich	18.08.2011	Caritas Klosterneuburg	05min 14sek
7	Männlich	14.09.2011	Caritas Hohenau	13min 55sek
8	Weiblich	14.09.2011	Caritas Hohenau	16min 57sek

Bis auf eine Befragung wurden alle in den Räumen der jeweiligen Sozialstation der Caritas durchgeführt. Eine Befragung fand im Wohnhaus einer der Befragungspartnerin und mir vertrauten Familie statt. Die Befragungen waren eher kurz und sehr informativ gehalten. Das lässt sich auf den Zeitdruck der BefragungspartnerInnen zurückführen, da die Befragungen alle nach der Versorgung der Klienten, also entweder nach Dienstschluss oder in der Pause der BefragungspartnerInnen stattfanden.

7.3. Auswertung der Befragungen

Alle Befragungen wurden mittels Diktiergerät aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach der zusammenfassenden Methode von Mayring.

„Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.“ (Mayring 2010, 65).

Für die Auswertung beschreibt Mayring ein Ablaufmodell für zusammenfassende Inhaltsanalyse welches in 7 Schritte gegliedert ist (siehe Abb. 2).

Dieses Modell diente als Grundlage für die Auswertung der vorliegenden Arbeit.

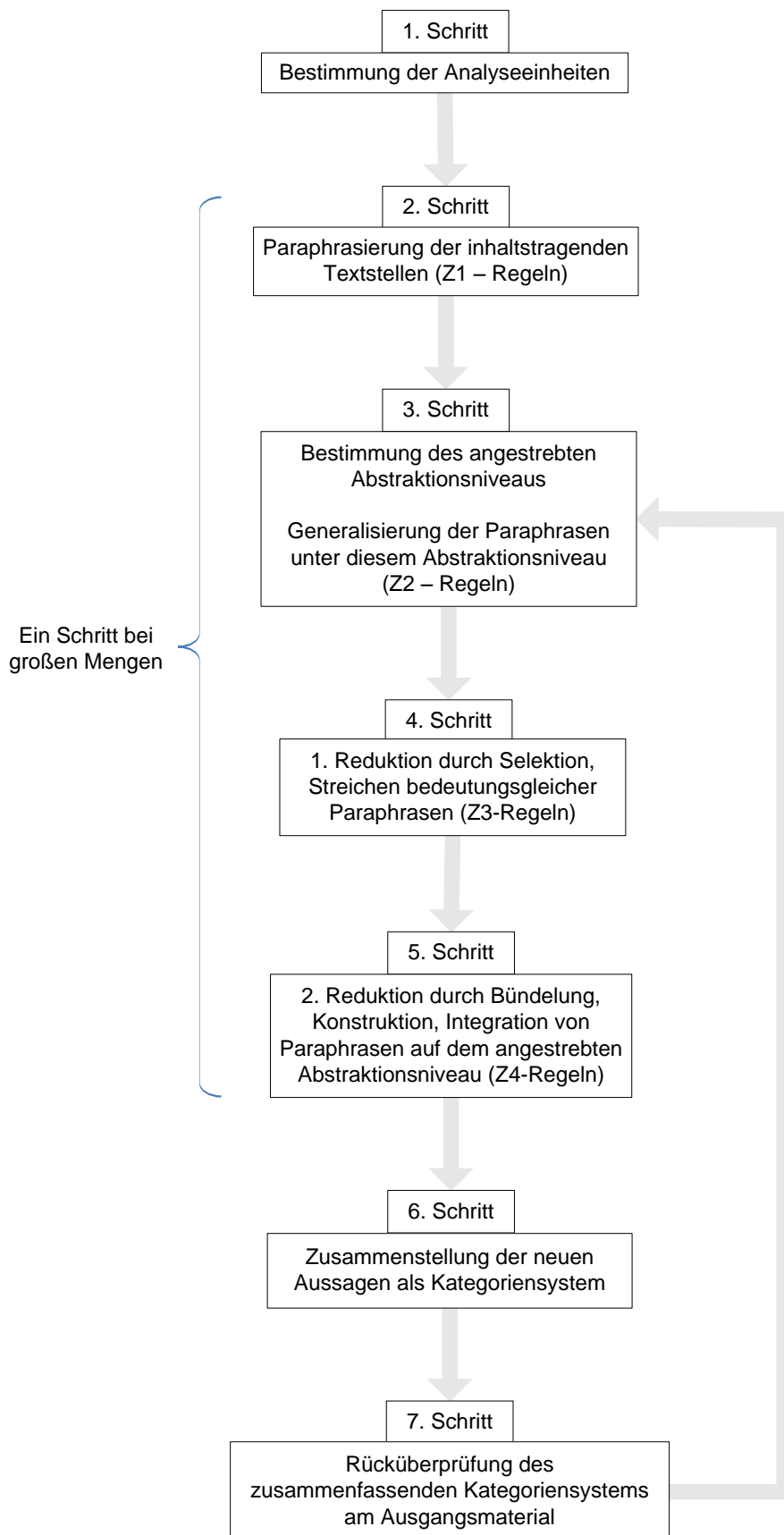


Abb. 2: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Mayring, 2010, 68; eigene Darstellung)

„Z1: Paraphrasierung

Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!

Z1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!

Z1.3: Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau

Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in die neu formulierten impliziert sind!

Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!

Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!

Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z3: Erste Reduktion

Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!

Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!

Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!

Z3.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z4: Zweite Reduktion

Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!

Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/Integration)!

Z4.3: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/Integration)!

Z4.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!“ (Mayring 2010, 70).

Nun wird auf die einzelnen Schritte der Auswertung für die vorliegende Arbeit näher eingegangen. Nach vollständiger Transkription aller Befragungen, wurden alle nicht relevanten Textstellen gestrichen. Als nächstes wurden die inhaltstragenden Textstellen paraphrasiert:

BP: BefragungspartnerIn, Z.: Zeilennummer in transkribiertem Text, Nr.: Laufnummer

BP	Z.	Nr.	Paraphrase
1	9	1	Arbeitet seit 1998 in der mobilen Pflege
1	14	2	Hat 1996 diplomiert
1	17-20	3	Die gesamte Krankenpflege dreht sich um die Altenpflege, mit mobiler Pflege hat das alles nichts zu tun gehabt
1	22-25	4	Keine Praktika in der Hauskrankenpflege, erst ein paar Jahre später gekommen, nur ein Vortrag über Hauskrankenpflege
1	26-27	5	Unterrichtsfach Gerontologie hat es noch nicht gegeben
1	31-45	6	Es wurde allgemeine Krankenpflege unterrichtet, aber der Unterricht richtete sich nicht speziell an ältere Menschen, im letzten Jahr Geriatrie als Unterrichtsgegenstand
1	51-65	7	Zufrieden mit der Bildung im Bereich Altenpflege während der Grundausbildung
1	66-112	8	Ausbildungslücken bei den Schülern die heute Praktikum machen
1	115-120	9	Fort- und Weiterbildungen absolviert, speziell mit dem Titel nicht, bezieht sich aber auf alte Leute
1	124-139	10	Fort- und Weiterbildungsangebot ist um vieles mehr geworden, Bewusstsein in der Bevölkerung gegenüber alten Menschen besser geworden
1	149-158	11	Es gehört mehr Gerontopsychiatrie in die Ausbildung
1	159-163	12	Eigene Schule für Altenpflege nicht sinnvoll
1	164-171	13	In der allgemeinen Pflegeausbildung mehr auf den Umgang mit alten Menschen eingehen
1	219-251	14	Benötigte Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen Altenpflege: Flexibel, geduldig, hohe Belastungsgrenze, Liebe zum Beruf und zu den Menschen, Bedürfnis etwas zu tun, mit offenen Augen wo reingehen, multifunktional (jeder muss überall hinfahren können), Fingerspitzengefühl

1	259-291	15	Angehörige sind oft wichtiger, Umgang mit dem Tod erleichtern
1	296-308	16	Humor und Abgrenzung sind ebenso wichtig
1	310-312	17	Jede Familie hat ihre eigene Geschichte, wir können sie nicht retten, nur helfen, dass sie besser damit umgehen können
1	313-314	18	Vermittlungsrolle und Vermittlungsarbeit sind wichtig in der Arbeit
2	9	19	Arbeitet seit 14 Jahren in der mobilen Pflege
2	14	20	Hat 1985 diplomiert
2	15-21	21	Während der Grundausbildung wurde kein Wert auf die Ausbildung in Altenpflege gelegt, nur etwas Geriatrie, mobile Hauskrankenpflege war ein Fremdwort
2	30-34	22	Bildung im Bereich Altenpflege während der Grundausbildung hätte mehr sein können, denkt heute wird schon viel mehr gemacht
2	35-39	23	Fort- und Weiterbildung speziell im Bereich Altenpflege nicht gemacht, nur die normalen Kinästhetik usw.
2	40-49	24	In der Fort- und Weiterbildung wird viel Wert auf die Betreuung alter Menschen gelegt
2	50-58	25	Gesonderte Ausbildung für die Altenpflege wäre wichtig, weil die Leute immer mehr Forderungen stellen
2	64-68	26	Eigene Schule würde nicht von so vielen in Anspruch genommen werden, weil junge Leute erst einmal was anderes sehen wollen
2	69-91	27	Benötigte Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen Altenpflege: Gesunder Hausverstand, Erfahrung im haushaltstechnischen Bereich, fachliche Kompetenz, gesundes robustes Auftreten, Selbstvertrauen
2	106-111	28	Leute die die Ausbildung im 2. Bildungsweg machen nehmen die Sache ernster und sind den alten Leuten anders eingestellt als ein 18 jähriges Mädchen
3	6	29	Arbeitet seit 1995 in der mobilen Pflege
3	10	30	Hat 1976 diplomiert
3	11-17	31	In der Grundausbildung wurde nicht sehr viel Wert auf die Ausbildung in der Altenpflege gelegt, kein Prüfungsfach
3	18-26	32	Zufrieden mit der Ausbildung im Bezug auf die Altenpflege, selbst in nachgehender Arbeit mit Altenpflege beschäftigt
3	31-35	33	Praktika in der mobilen Pflege wären gut gewesen
3	35-39	34	Mobile Pflege war zu Beginn der Arbeit unter den Kollegen nicht angesehen als diplomierte Krankenschwester
3	56-70	35	Fort- und Weiterbildungen unter anderem im Bereich Altenpflege absolviert
3	83-94	36	Zufrieden mit dem Fort- und Weiterbildungsangebot im Bereich Altenpflege
3	100-105	37	Gerontologie sollte in der Grundausbildung als Unterrichtsfach integriert werden
3	106-108	38	Weiß nicht ob eine eigene Grundausbildung für Altenpflege notwendig ist
3	124-125	39	Vielleicht wäre eine Aufschulung für Altenpflege gut

3	133-198	40	Benötigte Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen Altenpflege: Selbstständig, den Leuten nichts neues lernen nur unterstützend helfen, Einfühlungsvermögen, ältere Pflegepersonen, ruhig, für ländliche Bevölkerung ländlicher Typ
3	210-212	41	Erfreut über die Entwicklung, dass mobile Pflege mehr in Ausbildung einbezogen wird
3	217-244	42	Großer Unterschied zwischen Patienten und Kunden, brauchen nur ein bisschen Unterstützung, schaffen selbst mehr an, Pflegeperson muss sich umstellen
4	7	43	Arbeitet seit 9 Jahren in der mobilen Pflege
4	11	44	Hat 1987 diplomiert
4	12-17	45	Altenpflege in der Ausbildung kein großes Thema, war fachbezogener auf die allgemeine Pflege
4	18-25	46	Kommt gut zurecht mit der damaligen Ausbildung
4	27-35	47	Jetzt ist die Ausbildung mehr auf Alten und weniger auf die Arbeit im Krankenhaus ausgerichtet, sieht das nicht so positiv
4	48-53	48	Keine Fortbildungen im Bereich Altenpflege, arbeitet zusätzlich im Krankenhaus, Arbeit in der Hauskrankenpflege nur nebenbei
4	70-83	49	Gesonderte Ausbildung für die Altenpflege, Krankenpflege für das Spital sollte wieder mehr fachbezogener sein
4	101-103	50	Kann Schüler von der Schule weg nicht für eine Intensivstation nehmen, weil das Wissen fehlt
4	117-177	51	Benötigte Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen Altenpflege: Körperlich gute Verfassung, darauf schauen, dass beim Patienten alles gemacht wird (Nägel schneiden, Zähne putzen), man muss die Leute so nehmen wie sie sind, Pflegeperson muss sich an die Leute anpassen, nicht umgekehrt
5	8	52	Arbeitet seit 7 Jahren in der mobilen Pflege
5	16	53	Hat 1981 diplomiert
5	17-20	54	In der Grundausbildung wurde kein Wert auf die Ausbildung in der Altenpflege gelegt, kein Unterrichtsfach, kein Praktikum
5	25-27	55	Es gehöre ein eigenes Fach Gerontologie und ein Praktikum im Pflegeheim und in der mobilen Pflege in die Grundausbildung
5	46-55	56	Fort- und Weiterbildung im Bereich Altenpflege absolviert
5	68-73	57	Fort- und Weiterbildungsangebot im Bereich Altenpflege sehr gut
5	78-97	58	Gesonderte Ausbildung eine gute Idee um vor allem im Bereich Demenz und Alzheimer intensiver zu lernen und verstehen
5	111-116	59	Für die Arbeit in der Hauskrankenpflege benötigt man enorme Nerven und Idealismus, sollen nur diejenigen machen, die sich berufen fühlen
5	117-119	60	Aufschulung für Altenpflege wäre auch eine Möglichkeit
5	139-155	61	Benötigte Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen Altenpflege: Flexibel, tolerant, Eigenart des jeweiligen Menschen akzeptieren, Fingerspitzengefühl, Geduld
6	7	62	Arbeitet seit 4 Jahren in der mobilen Pflege
6	16	63	Hat 2002 diplomiert

6	17-31	64	In der Grundausbildung wurde sehr viel Wert auf Altenpflege gelegt, Praktika und Unterrichtsfach hat es schon gegeben
6	32-34	65	Zufrieden mit der Bildung im Bereich Altenpflege während der Grundausbildung
6	53-56	66	Eher allgemeine Fortbildungen absolviert, nicht ganz speziell auf alte Menschen
6	57-59	67	Gutes Fort- und Weiterbildungsangebot im Bereich auf Altenpflege
6	60-85	68	Keine gesonderte Ausbildung für Altenpflege notwendig, sonst zu spezialisiert, war ein gesundes Mittelmaß
6	89-104	69	Benötigte Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen Altenpflege: Flexibel, geduldig, Ruhe, tatkräftig, viel Akzeptanz dem Anderen gegenüber, man muss sich in die Familie einfinden
7	6	70	Arbeitet seit 2002 in der mobilen Pflege
7	14	71	Hat 2001 diplomiert
7	17-39	72	Im theoretischen Unterricht wurde nicht so viel Wert auf die Altenpflege gelegt, es wurde nicht geprüft, im Praktikum mehr mitbekommen, Praktika in der mobilen Pflege hat es schon gegeben
7	41-65	73	Schule sehr grobspezifisch, man wurde nicht wirklich vorbereitet für die Arbeit in der mobilen Altenpflege, wäre von Vorteil wenn man über das Organisatorische (z. B. das man am Wochenende schwer einen Arzt erreicht, was mache ich wenn ein spezieller Akutfall eintritt) in der Schule hören würde
7	66-74	74	Fort- und Weiterbildung absolviert, nicht direkt in Bezug auf Altenpflege
7	75-95	75	Zufrieden mit dem Fort- und Weiterbildungsangebot in Bezug auf Altenpflege
7	96-145	76	Gesonderte Ausbildung nicht notwendig, aber es muss ein Umdenken zumindest vom Pflegepersonal stattfinden, Kunden stellen immer höhere Ansprüche, manche bräuchten noch gar keine Pflege, nehmen sich das aber als Luxus heraus und sehen die Pflege als Dienstleistung an, Kommunikation ist sehr wichtig zwischen Pflegenden und Kunden, Pflegenden müssen dabei auch Grenzen aufzeigen um nicht in das Bett zu pflegen
7	146-185	77	Benötigte Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen Altenpflege: Kommunikation ist sehr wichtig, logistische und organisatorische Fähigkeiten, logisches Denken
7	191-205	78	Es wäre wichtig die Hemmschwelle einen Sprengelarzt am Wochenende anzurufen schon in der Schule zu senken
8	9	79	Arbeitet seit 20 Jahren in der mobilen Altenpflege
8	16	80	Hat 1996 diplomiert
8	17-35	81	Bei der Heimhilfe und beim Pflegehelfer wird sehr viel im Bereich Altenpflege gelehrt, überhaupt beim Pflegehelfer, bei der Ausbildung zur diplomierten Krankenschwester war der Fokus nicht auf der Altenpflege
8	35-37	82	Hat kein Praktikum in der Hauskrankenpflege gemacht
8	41-86	83	Es hätte mehr Bildung im Bereich Altenpflege während der Diplomausbildung geben sollen, Behinderte Alte wird gar nicht gestreift, sollte in Ausbildung drinnen sein, es gibt jetzt mehr behinderte Alte wie früher

8	88-108	84	Ratet ab gleich nach dem Diplom in der Hauskrankenpflege zu gehen, als frisch Diplomierte hat man ein breites medizinisches Wissen aber in der Hauskrankenpflege liegt der Fokus ganz wo anders
8	109-120	85	Dokumentation erst bei der Caritas in der Hauskrankenpflege durch Fortbildungen gelernt, war in der Schule nicht so ein Thema, in der Hauskrankenpflege aber sehr wichtig
8	122-145	86	Als frisch diplomierte Schwester ist man relativ frustriert, weil man in der Altenbetreuung nicht so gut ausgebildet wurde und man sich viel erst aneignen muss
8	146-163	87	Sehr viel Fort- und Weiterbildungen im Bereich Altenpflege absolviert, Stationsleiterausbildung richtet sich stark nach der Altenpflege
8	164-178	88	Zufrieden mit dem Fort- und Weiterbildungsangebot in Bezug auf Altenpflege
8	179-212	89	Haltet nichts von einer gesonderten Ausbildung, Pflegehelfer sind sehr gut ausgebildet, Krankenschwester braucht auch ein breites medizinisches Wissen, sollte im Bereich Altenpflege einfach mehr lernen
8	215-274	90	Benötigte Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen Altenpflege: stabile Persönlichkeit, guten Hausverstand, Hausfrauentätigkeiten intus haben, ältere Mitarbeiter lieber, junge Mädchen werden von Kunden nicht so gerne angenommen, nicht frisch diplomiert

Anschließend wurden Paraphrasen mit gleichem Inhalt zusammengefasst, bedeutungslose Paraphrasen gestrichen und aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst. Daraus ergaben sich 4 Zwischenkategorien:

K1: Mobile gerontologische Pflege zu Hause in der Grundausbildung

K2: Fort- und Weiterbildung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause

K3: Gesonderte Ausbildung für die gerontologische Pflege in Anlehnung an die Ausbildung für Kinder- und Jugendlichenpflege bzw. die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege

K4: Benötigte Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause

Diese Zwischenkategorien wurden im letzten Schritt zu 3 Endkategorien zusammengefasst:

- Ausbildung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause
- Fort- und Weiterbildung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause
- Benötigte Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause

8. Ergebnisse

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Befragungen die anschließend interpretiert wurden.

8.1. Darstellung der Ergebnisse nach Themenschwerpunkten

Nachfolgend werden die Ergebnisse nach Schwerpunkten, welche gleichzeitig die 3 Endkategorien sind, dargestellt.

8.1.1. Ausbildung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause

Da die Aussagen der BefragungspartnerInnen stark davon abhängen, wann diese diplomiert haben, ist in Klammer das jeweilige Jahr der Diplomprüfung angegeben.

BP: 3 (1976)

Es wurde nicht viel Wert auf die Altenpflege während der Grundausbildung gelegt. Dennoch zufrieden mit der Ausbildung, habe mich selbst in nachgehender Arbeit damit beschäftigt. Praktika wären gut gewesen in der Ausbildung.

Eigene Ausbildung vielleicht nicht notwendig, vielleicht eine Aufschulung für die Altenpflege. Gerontologie sollte in der Grundausbildung als Fach integriert werden.

BP: 5 (1981)

Es wurde kein Wert auf die Altenpflege während der Grundausbildung gelegt, es gehöre Gerontologie als Unterrichtsfach und Praktika in der mobilen Pflege und im Pflegeheim in die Grundausbildung.

Gesonderte Ausbildung ist eine gute Idee um vor allem im Bereich Demenz und Alzheimer intensiver zu lernen und zu verstehen. Eine Aufschulung wäre auch eine Möglichkeit.

BP: 2 (1985)

Es wurde kein Wert auf die Altenpflege während der Grundausbildung gelegt, es hätte mehr sein können. Es wurde nur Geriatrie unterrichtet, mobile Hauskrankenpflege wurde nicht angesprochen.

Gesonderte Ausbildung wäre wichtig, weil Leute immer mehr Forderungen stellen, würde allerdings von jungen Menschen nicht in Anspruch genommen werden.

BP: 4 (1987)

Altenpflege war kein großes Thema in der Ausbildung. Ich bin trotzdem zufrieden, weil ich fachbezogene Ausbildung für das Krankenhaus erhalten habe, jetzt ist die Ausbildung zu sehr auf die Alten bezogen.

Gesonderte Ausbildung für Altenpflege ist wichtig, weil die Krankenpflege für das Spital wieder mehr fachbezogener sein sollte.

BP: 1 (1996)

Die gesamte Krankenpflege dreht sich um Altenpflege. Mobile Pflege war nicht in der Ausbildung enthalten, wir hatten nur einen Vortrag über Hauskrankenpflege. Unterrichtsfach Gerontologie hat es noch nicht gegeben, Geriatrie schon. Ich bin mit der Ausbildung zufrieden.

Eigene Schule ist nicht sinnvoll, es sollte mehr Gerontopsychiatrie in der allgemeinen Ausbildung enthalten sein und es sollte mehr auf den Umgang mit alten Menschen eingegangen werden.

BP: 8 (1996)

Fokus in der Grundausbildung war nicht auf der Altenpflege, es gab kein Praktikum. Es hätte mehr Bildung im Bereich Altenpflege sein sollen während der Grundausbildung. Behinderte Alten sollten gelehrt werden. Dokumentation habe ich erst durch Fortbildungen gelernt, sollte auch in der Schule gelehrt werden.

Es ist keine gesonderte Ausbildung für Altenpflege notwendig. Pflegehelfer sind sehr gut ausgebildet. Eine Krankenschwester braucht auch ein breites medizinisches Wissen. Im Bereich Altenpflege sollte man in der allgemeinen Ausbildung einfach mehr lernen.

BP: 7 (2001)

Im theoretischen Unterricht wurde nicht sehr viel Wert auf die Altenpflege gelegt, es wurde nicht geprüft. Praktika hat es schon gegeben. Die Schule bereitete einen nicht auf die Arbeit in der mobilen Pflege vor. Ich hätte gerne mehr über Organisatorisches (z.B. Arzt am Wochenende) erfahren, und dadurch die Hemmschwelle einen Sprengelarzt am Wochenende anzurufen schon in der Schule senken.

Gesonderte Ausbildung ist nicht notwendig, aber es muss ein Umdenken stattfinden. Die Ansprüche der KundInnen werden immer höher, sie sehen Pflege als Luxus an, den sie sich leisten. Pflegepersonen müssen hier Grenzen aufzeigen um nicht ins Bett zu pflegen.

BP: 6 (2002)

Sehr viel Wert auf die Altenpflege während der Grundausbildung gelegt. Es gab Praktika und es wurde im theoretischen Unterricht gelehrt.

Es ist keine gesonderte Ausbildung für Altenpflege notwendig, sonst ist man zu spezialisiert.

8.1.2. Fort- und Weiterbildung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause

BP: 1, 3, 5, 8

Es wurden Fort- und Weiterbildungen im Bereich Altenpflege absolviert und man ist zufrieden mit Angebot in Bezug auf mobile gerontologische Pflege zu Hause.

BP: 4

Keine Fort- und Weiterbildungen im Bereich Altenpflege absolviert, da ich im Krankenhaus arbeite. Die Arbeit in der Hauskrankenpflege mache ich nur nebenbei.

BP: 2, 6, 7

Es wurden eher allgemeine Fort- und Weiterbildungen absolviert, nicht ganz speziell auf Altenpflege und man ist zufrieden mit dem Angebot in Bezug auf mobile gerontologische Pflege zu Hause.

8.1.3. Benötigte Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause

Bei der Darstellung der Ergebnisse bezüglich der benötigten Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause wurde auf eine Aufgliederung nach Befragungspartnern bewusst verzichtet, und die Antworten zusammengefasst um eine gute Übersicht der Antworten zu geben.

Persönliche Fähigkeiten:

- Flexibilität
- Geduld
- hohe Belastungsgrenze
- Idealismus
- Fingerspitzengefühl
- Einfühlungsvermögen
- Humor
- Abgrenzung
- Vermittlungsrolle gerecht werden
- Fähigkeit zur Kommunikation mit den Angehörigen, Umgang mit Tod erleichtern
- Hausverstand
- hauswirtschaftliche Tätigkeiten verrichten können
- fachliche Kompetenz
- Selbstvertrauen
- Selbstständigkeit
- ruhig
- körperlich gute Verfassung
- Toleranz
- Akzeptanz

- logistische und organisatorische Fähigkeiten
- logisches Denken

Speziell im Umgang mit KundInnen:

- den KundInnen nichts neues lernen
- unterstützend helfen,
- KundInnen schaffen zu Hause mehr an als im Krankenhaus, damit muss eine Pflegeperson umgehen können und sich danach richten
- Pflegeperson muss sich an die KundInnen anpassen und nicht umgekehrt

Generell zur PP:

- Leute die die Ausbildung im 2. Bildungsweg machen nehmen die Sache ernster und sind den alten Leuten anders eingestellt als zum Beispiel ein 18 jähriges Mädchen
- Pflegeperson sollte schon etwas älter sein (Scham vor Jungen, lassen sich nicht so viel sagen von Jungen)
- für ländliche Bevölkerung ländlicher Typ (nicht so fremd)
- nicht gleich nach dem Diplom in die Hauskrankenpflege, als frisch Diplomierte hat man ein breites medizinisches Wissen aber in der Hauskrankenpflege liegt der Fokus ganz wo anders, man ist relativ frustriert, weil man in der Altenbetreuung nicht so gut ausgebildet wurde und man sich viel erst aneignen muss.

8.2. Interpretation der Ergebnisse

Ausbildung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause

Hier sind die Antworten stark abhängig davon, nach welcher Ausbildungsverordnung die BefragungspartnerInnen diplomiert haben.

Die BefragungspartnerInnen 3, 5, 2, 4, 1, 8 und 7 haben in dieser Reihenfolge nach der Ausbildungsverordnung von 1973 diplomiert.

Zusammenfassend gaben diese BefragungspartnerInnen an, dass der Fokus in der Ausbildung nicht im Bereich Altenpflege war.

„Also wir haben es weder als Fach gehabt noch als Praktikum, also eigentlich gar nicht.“ (BP 5)

„Es hat ein bisschen eine Geriatrie gegeben aber nicht wirklich in dem Ausmaß und mobile Hauskrankenpflege war ein Fremdwort, das hat man gewusst, dass es irgendwo gibt, aber dass das bei uns so groß wird, kein Gedanke.“ (BP 2)

„Die diplomierte Krankenschwester da ist der Fokus nicht auf der Altenpflege, also zumindest von 93 bis 96 während ich diplomiert habe, sondern da ist mehr der Fokus auf die medizinischen Richtlinien also eher so, Pflege nach Operation und verschiedene Krebserkrankungen (...) wir haben zwar die Lehre des alten Menschen auch gehabt also in der Diplomkrankenpflegeschule, aber das ist eher nur kurz gestreift worden.“ (BP 8)

Blickt man auf die Ausbildungsverordnung von 1973 verwundern die Aussagen nicht. Lediglich im 3. Ausbildungsjahr gibt es das Fach „Geriatrische Pflege“ im Ausmaß von 20 Stunden.

Befragungspartnerin 1 ist der Meinung, die gesamte Krankenpflege dreht sich um Altenpflege.

„Im Prinzip dreht sich die gesamte Krankenpflege eigentlich um die Altenpflege, ein ganz geringer Teil, was die chirurgischen Sachen sind, was anderes ist, sonst ist eigentlich der Hauptteil alles mit Geriatrie, nur mit mobiler Pflege hat das alles nichts zu tun gehabt.“ (BP 1)

Praktika im Bereich mobile Pflege zu Hause sind 1973 noch nicht vorgesehen.

Die Befragungspartnerinnen 3 und 5 hätten sich hier Praktika gewünscht. Außerdem sind beide der Meinung, es gehöre das Fach „Gerontologie“ in die Ausbildung hinein.

„Also es gehöre auf alle Fälle ein eigenes Fach Gerontologie und ein Praktikum in einem Pflegeheim bzw. für die die später dann in die Mobile denken wäre das auch als Praktikum ideal.“ (BP 5)

Befragungspartnerin 1 ist der Meinung, es sollte mehr Gerontopsychiatrie in der Ausbildung enthalten sein und es sollte mehr auf den Umgang mit alten Menschen eingegangen werden.

„Und was ich sehr wichtig fände was mehr noch hineingehören würde in die Ausbildung ist die Gerontopsychiatrie, weil das wird irgendwo so ganz am Rande gestreift, man weiß ja das gibt es, und das ist ja schon bekannt, dass sehr viele demente Leute oder eben auch durch das Älterwerden die Menschen sehr viele psychische Erkrankungen haben, und auf das wird überhaupt nicht eingegangen, also, die Psychiatrie wird irgendwo so am Rande gestreift im allgemeinen Diplom, aber was dann im Bezug auf alte Menschen zu tun hat, das erfährt man nicht, so war es damals, vielleicht hat sich das schon gebessert und verändert.“ (BP 1)

„Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie“ wurde mit der Ausbildungsverordnung von 1999 in den Unterricht mit 30 Unterrichtsstunden im 2. Ausbildungsjahr integriert.

Befragungspartnerin 8 spricht das Thema behinderte Alte in der Ausbildung an. Zur Zeit der Ausbildung der Befragungspartnerin war die Lebenserwartung von behinderten Menschen nicht so hoch wie dies heute der Fall ist. Dementsprechend wurde in der Ausbildung auch nicht darauf eingegangen.

„Ja da haben wir uns dann selber angeeignet wie man halt am besten umgeht es sind auch dann Erfahrungswerte gewesen, ja aber das ist in der Ausbildung überhaupt nicht drinnen, wo ich mir denk das fehlt weil es wären früher sind die Behinderten halt alle relativ jung gestorben, ja auch so von 45 her noch und so da sind nicht so viele alt geworden ja, aber jetzt werden die Behinderten auch alt aufgrund der medizinischen Betreuung und die ganzen Vorsorgesachen was es gibt und, weil einfach die Behinderten jetzt einen anderen Status haben als früher. (...) Aber das man in dem Bereich vielleicht auch in der Krankenpflegeschule schon was dazu lernt, ich will jetzt nicht sagen vielleicht ist es eh schon drinnen, ich weiß es nicht, wie gesagt, ich habe 1996 diplomiert.“ (BP8)

Befragungspartner 7 findet, dass die Schule nicht auf die Arbeit in der mobilen Pflege vorbereitet. Außerdem geht er darauf ein, dass man meist alleine bei den KundInnen ist und niemand so schnell zu Hilfe kommt wie im Spital, wenn ein Problem eintritt.

„Wirklich die Schule bildet einen nicht, man hört der hygienische Standard ist nicht so hoch wie im Spital mit den Ärzten ist es nicht so wie im Spital, wie schwierig es wirklich dann wird hat man nicht gewusst, dass man am Wochenende keinen Arzt eigentlich schwer erreicht zum Erreichen hat und solche Sachen, das sind halt

Organisatorische wenn man das in der Schule hören würde, wäre es sicherlich noch ein bisschen von Vorteil, man hört zwar direkt wie man beim Kunden arbeitet, aber das ganze Organisatorische wo ich jetzt einen Hausarzt her kriege, was ich mach wenn das passiert also das im Spital in Pflegeheimen hat man halt immer einen Arzt oder einen Therapeuten oder auch einen Zweiten wenn mal wer stürzt, eine zweite Pflegeperson bei der Hand, was man halt in der Hauskrankenpflege nicht so hat und im Prinzip da das Organisatorische kommt vielleicht ein bisschen zu kurz.“ (BP 7)

BefragungspartnerInnen 3, 1, 8 und 7 sprechen sich für keine gesonderte Ausbildung für die Altenpflege aus.

„Nein, das davon halte ich eigentlich nichts weil es gibt den Alten und Pflegehelfer das dauert zwei Jahre in der Abendschule, die sind sehr gut ausgebildet, und eine Krankenschwester muss schon auch viele andere Sachen wissen ja also jetzt nicht nur den Fokus auf die alten Leute sondern die braucht, eine diplomierte Schwester braucht eine irrsinnig breites Grundwissen weil ja schon der medizinische Aspekt auch ein wichtiger ist. (...) Die Diplomierte sollte eher im Bereich Altenpflege mehr lernen.“ (BP 8)

Die Befragungspartnerinnen 3 und 5 können sich eine Aufschulung für die Altenpflege vorstellen.

Die Befragungspartnerinnen 5, 2, 4 sind für eine gesonderte Ausbildung für die Altenpflege

„Ja, wäre sicher eine gute Idee vor allem im Bereich der Demenz und Alzheimer intensiver zu lernen und zu verstehen, weil das ist manchmal wirklich sehr schwierig, das man das auch selber aushält.“ (BP 5)

„Ich denke, dass es ganz wichtig wäre, weil einfach die Leute immer älter werden und die Ansprüche, die Leute auch immer mündiger werden, immer, ja mehr Forderungen stellen oder einfach mehr haben wollen, und da ist es sicher gut wenn man eine gute Ausbildung hat. (...) ich glaube nur nicht, dass es so viel in Anspruch genommen würde, weil einfach Kinder ist ja ganz was anderes und ich denke, dass die meisten jungen Leute, die jetzt die Ausbildung machen einmal ganz was anderes sehen wollen von der großen Welt und nicht nur alte Leute.“ (BP 2)

Befragungspartnerin 4 arbeitet hauptberuflich im Krankenhaus und nebenberuflich in der mobilen Pflege. Sie wünscht sich deshalb eine gesonderte Ausbildung, weil für sie die derzeitige Ausbildung zu sehr auf alte Menschen bezogen ist, auf Kosten der Ausbildung für das Krankenhaus.

„Ich finde, dass das wirklich gesondert gehört, dass die Krankenpflege für das Spital mehr fachbezogener sein sollte, das muss ich schon sagen. (...) zwei Schulen sein müssten eigentlich oder eine Sonderausbildung dann für die Altenpflege gemacht gehört. Ich finde es so nicht in Ordnung. (...) weil die Fachausbildung zu wenig ist, wenn ich dann am Bett stehe, es ist nicht so einfach, mit der Ausbildung was jetzt ist finde ich. (...) Und wir sehen das auch so, wenn wir jetzt auf der Intensiv jetzt Schüler brauchen, wir können sie nicht nehmen von der Schule weg weil das Wissen einfach nicht da ist ja, das ist alles altenbezogen ja und irgendwo gehört da jetzt eine bessere Ausbildung, teilweise für das Spital, es gehört gesondert, meine Meinung.“
(BP 4)

Befragungspartnerin 6 hat 2002 und somit nach der Ausbildungsverordnung von 1999 diplomiert. Seit Inkrafttreten dieser Verordnung wird in der Ausbildung viel mehr Wert auf Altenpflege gelegt. Sie ist der Meinung, dass keine gesonderte Ausbildung für Altenpflege notwendig ist.

„Also ich bin sehr froh, dass ich so viele Möglichkeiten habe. (...) Und bei mir war es ein gesundes Mittelmaß. (...) Also ich würde es nicht gut empfinden, dass man sich so spezialisiert, weil wir haben auch manchmal 40, 50 Jährige und wenn man jetzt nur noch fixiert ist auf den Bereich zwischen 70 und 90, das ist nicht gut.“ (BP 6)

Fort- und Weiterbildung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause

Mit dem Angebot an Fort- und Weiterbildungen im Bereich der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause sind die BefragungspartnerInnen zufrieden. Es werden von den BefragungspartnerInnen entweder speziell aus diesem Bereich oder eher allgemeine Fort- und Weiterbildungen besucht. Man kann aus den Befragungen schließen, dass es genügend Angebot in diesem Bereich gibt.

„Das Angebot ist auf alle Fälle um vieles mehr geworden auch so Spezialschulungen was Demenz angeht, was geriatrische Leute angeht, einfach wie man, wie man besser damit umgehen kann, wie man den Angehörigen was vermitteln kann, wie sie

mit ihren alten Leuten umgehen, also da wird schon sehr viel angeboten auch von Selbsthilfegruppen her, da tut sich, tut sich viel auch in puncto Angehörigen.“ (BP 1)

„Ich habe Basale Stimulation, dann Wund, also eher was Allgemeineres, jetzt ganz speziell auf alte Menschen nicht.“ (BP 6)

„Also die Stationsleiterausbildung richtet sich irrsinnig nach der nach der Altenpflege. (...) Ja also die die Fortbildungen seitens der Caritas richten sich voll in die Richtung ja. (...) Und da schaut auch die Caritas sehr man muss drei Fortbildungstage im Jahr bestreiten. Und da wird sehr viel Wert darauf gelegt dass man eben einmal in diesem Fokus alles abdeckt, ja so Demenz und Lagerungen und Verwirrtheit.“ (BP 8)

Benötigte Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause

Hier wurden von den BefragungspartnerInnen viele persönliche Fähigkeiten genannt.

„Man muss sehr flexibel sein, viel Geduld aufbringen, man braucht eine hohe Belastungsgrenze. (...) einfach auch die Liebe zum Beruf und die Liebe zu den Menschen und auch das Bedürfnis was zu tun, und eine Umsicht, ja, ich muss mit offenen Augen wo reingehen und ohne dass mir wer lang ansagt was ist zu tun, dass ich einfach sehe was Sache ist. (...) Und das ist halt so, ja, viel Fingerspitzengefühl. (...) Weil jede Familie hat ihre eigene Geschichte wir können sie nicht retten, und man kann die Menschen nur helfen wie können sie besser damit umgehen, oder wie kann ich mir helfen, dass ich das Problem lösen kann einfach, so diese Vermittlungsrolle und Vermittlungsarbeit, das sind die Hauptdinge.“ (BP 1)

Außerdem wurde auf den Unterschied zwischen der KundIn in der mobile Pflege zu Hause und der PatientIn im Krankenhaus und der damit verbunden Rolle der Pflegeperson als Gast in der mobilen Pflege eingegangen.

„Ja es ist, weil wir haben dann auch nämlich die, die Leute die wir betreuen sind dann bei uns Kunden und im Krankenhaus sind es Patienten. Das ist alleine einmal ein ganz ein großer Unterschied weißt. (...) Ja die zahlen auch dafür ja und dann sind sie auch soweit entlassen vom Krankenhaus dass sie nicht mehr so krank sind sondern sie dürfen doch alleine zu Hause sein, brauchen nur ein bisschen Unterstützung, jetzt sind sie dann auch nur Kunden, und das ist ein anderer Wert weißt, im Krankenhaus dürfen sie sich viel mehr fallen lassen, viel mehr irgendwie machen lassen und zu Hause nicht, zu Hause unterstützt man sie, und das ist der

Unterschied, und da schaffen sie auch selbst mehr an. Im Spital sagt die Schwester so Sie stehen jetzt auf und Sie gehen jetzt ins Bad und dann muss der aufstehen und ins Bad gehen, wenn ich das daheim sage, nein ich will heut nicht nein ich tu zuerst frühstücken, dann tut er zuerst frühstücken egal.(...) heute bestimmt er zu Hause, und die Umstellung von den Schwestern ist dann das auch zu akzeptieren, weißt, das war auch nicht immer so einfach (...),(...) haben gesagt, der hat heute gar nicht wollen aber dann habe ich gesagt nein das muss sein, das geht nicht.“ (BP 3)

„Die Umgebung einmal schauen, wie sie leben und so man muss sich halt da, man muss sich, man muss sich an Denen anpassen nicht die an die Pfleger, sondern die Pfleger an die Leute wie sie sind, das ist schon sehr wichtig.“ (BP 4)

„Also man muss fähig sein, die Eigenart des jeweiligen Menschen viel mehr zu akzeptieren, als das in einem Spital ist. Weil man ist eigentlich Besuch bei denen zu Hause und nicht umgekehrt. Und es ist schon ein riesen Eingriff, schon alleine in fremde Kästen ran zu gehen, geschweige denn sich von einem Fremden im eigenen Badezimmer waschen zu lassen, das erfordert schon ein gewisses Fingerspitzengefühl.“ (BP5)

Interessant war, dass einige BefragungspartnerInnen auf das Alter der Pflegeperson eingegangen sind. Ältere Pflegepersonen werden in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause bevorzugt.

„Grundsätzlich glaube ich ja dass es immer ganz gut ist wenn man schon ein bisschen Erfahrung hat im haushaltstechnischen Bereich, das sehe ich immer wieder, wenn wir so junge Mädchen kriegen, die neu anfangen, die einfach nicht einmal eine Waschmaschine oder irgendwas einschalten können (...). Und wenn ich mit 30 oder 40 eine neue Ausbildung anfangen, nehmen die das einfach viel ernster oder sind einfach auch den alten Leuten schon ganz anders gegenüber eingestellt wie a 17, 18 jähriges Mädchen.“ (BP 2)

„Sagen die Leute wirklich zu mir immer wenn ich zu die Älteren komme, gell haben sie ein bisschen eine ältere Person, also sie wollen wirklich nicht von einer Zwanzigjährigen gewaschen werden, das ist schon irgendwie ganz eigen, haben Sie eh immer ein bisschen Ältere sagen sie immer gleich zu mir ja.“ (BP 3)

„Und ich habe auch sehr gerne Mitarbeiter die schon etwas älter sind, ja also so junge Mädchen haben wir oft das Problem dass die oft von den Kunden nicht so

gerne angenommen werden weil sie einfach die Enkeltochter sein könnte und von so einem jungen Mädchen lasse ich mir nichts sagen, ja und da tun sich Frauen was weiß ich ab 30 oder so, ein bisschen leichter. (...) Wenn ich jetzt rein gehe und ich sage das ist jetzt so und so und so und wir machen das gemeinsam und dann passiert das eher als wenn da jetzt so ein junges Mädchen dort ist und darf ich sie jetzt duschen, nein von Ihnen lass ich mich nicht duschen, ja. (...) also da ist es mir immer sehr recht wenn die wenn die Mitarbeiter schon ein bisschen älter sind und auch so diese Hausfrauentätigkeiten auch automatisch mitbringen ja, die hat man auch eher wenn man jetzt 30 ist und vielleicht schon Kinder hat als wenn man jetzt ein 18 jähriges Mädchen ist was vielleicht von daheim ausgezogen ist. (...) Frauen die schon älter sind und, die oft auch im zweiten Bildungsweg diese Ausbildungen machen, die wissen auch auf was sie sich da einlassen.“ (BP8)

Befragungspartnerin 8 beschreibt unabhängig vom Alter ihre Frustration als frisch Diplomierte in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause:

„Also gleich nach dem Diplom rate ich eigentlich ab in die Hauskrankenpflege zu gehen, ja das passt überhaupt nicht, ich habe es so gemacht (...). Und wenn ich ehrlich bin damals war ich totunglücklich, weil man ist so angestrebert mit medizinischem Know How ja man kennt sich super aus was Medikamente, Infusionen, die ganzen Operationsarten ja, die Pflege nach verschiedenen Operationsarten, die ganzen Krebserkrankungen und ja, das weiß man als diplomierte als frischdiplomierte Schwester supertoll also man kennt sich ganz toll aus ja und dann kommst du in die Hauskrankenpflege und der Fokus liegt ganz wo anders ja, also man hat Medikamente einschlichten so diese eher 0815 Medikamente was die alten Leute haben, vielleicht einmal eine Kanüle, eher sehr selten, wir haben von 120 Patienten einen Kanülenpatienten ja im Moment, zwei Sondenpatienten, Becksondenpatienten ja, der Großteil liegt beim Windel wechseln (...). Und man ist als Schwester wenn man jetzt frisch diplomiert hat relativ frustriert in der Hauskrankenpflege am Anfang muss ich sagen.“ (BP 8)

8.3. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Tabelle zeigt die wichtigsten Ergebnisse der Befragungen.

Kategorie	Inhalt
Ausbildung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause	<p>Abhängig vom Jahr indem diplomiert wurde:</p> <p>Meist wurde nicht viel Wert auf die Altenpflege gelegt während der Grundausbildung.</p> <p>Großteil hätte sich Praktika und mehr theoretischen Unterricht in dem Bereich gewünscht.</p> <p>Mehrheit spricht sich für keine gesonderte Ausbildung für die Altenpflege aus, aber es gehöre z.B. mehr Gerontopsychiatrie, Umgang mit alten Menschen, Behinderte Alte, Dokumentation und Organisatorisches in die allgemeine Ausbildung hinein.</p>
Fort- und Weiterbildungen in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause	<p>Alle BefragungspartnerInnen die hauptberuflich in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause arbeiten absolvieren Fort- und Weiterbildungen entweder im Bereich Altenpflege oder eher allgemein gehaltene Fort- und Weiterbildungen. Mit dem Angebot in Bezug auf mobile gerontologische Pflege zu Hause sind alle zufrieden.</p>
Benötigte Fähigkeiten für die Arbeit in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause	<p>Persönliche:</p> <p>Flexibilität</p> <p>Geduld</p> <p>hohe Belastungsgrenze</p>

	<p>Idealismus</p> <p>Einfühlungsvermögen</p> <p>Abgrenzung</p> <p>Humor</p> <p>Hausverstand</p> <p>Fähigkeit zur Kommunikation mit den Angehörigen, Umgang mit Tod erleichtern</p> <p>Selbstvertrauen</p> <p>Selbstständigkeit</p> <p>Akzeptanz</p> <p>logistische und organisatorische Fähigkeiten</p> <p>Speziell im Umgang mit KundInnen: KundInnen schaffen zu Hause mehr an als im Krankenhaus, damit muss die Pflegeperson umgehen können und sich danach richten</p> <p>Pflegeperson muss sich an die KundInnen anpassen und nicht umgekehrt</p> <p>Generell zur Pflegeperson: Ältere Personen werden von KundInnen eher angenommen</p>
--	--

9. Diskussion und Schlussfolgerungen

Im nachfolgenden Kapitel werden zuerst die zwei Forschungsfragen beantwortet und anschließend Empfehlungen für die Praxis beschrieben.

9.1. Beantwortung der Forschungsfragen

Zunächst werden die zwei Forschungsfragen beantwortet.

- Wie ist die mobile gerontologische Pflege zu Hause in Niederösterreich organisiert?

In Niederösterreich gibt es keine Sozial- und Gesundheitssprengel. Deren Aufgaben übernehmen die Bezirksverwaltungsbehörden. Außerdem gibt es keine Sozialhilfeverbände. Um Fragen von Angehörigen und PatientInnen schnell beantworten zu können, wurde seitens des Landes eine Pflegehotline eingerichtet. Hier können die ersten Fragen geklärt werden (vgl. Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH, 2007, 21).

Mobile Dienste werden vom Hilfswerk, der Volkshilfe, der Caritas und dem Roten Kreuz angeboten. Weiters ist es möglich Essen auf Rädern und ein Notruftelefon in Anspruch zu nehmen. Finanziert können pflegebedingte Mehraufwendungen zum Teil mittels des Pflegegeldes werden, welches im Bundespflegegeldgesetz geregelt ist.

Außerdem gibt es für mobile Dienste im Land Niederösterreich einen geförderten Tarif, welcher anhand des Familieneinkommens von den jeweiligen Organisationen berechnet wird. Voraussetzung dafür ist der Bezug von Pflegegeld sowie der ordentliche Wohnsitz in Niederösterreich (vgl. Jaidhauser-Schuster, 2010, 1).

- Wie sehen diplomierte Pflegepersonen die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause und welche Fähigkeiten benötigt man für die Arbeit in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause?

Viele Pflegepersonen, die in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause arbeiten, haben nach der „alten“ Ausbildungsverordnung von 1973 diplomiert. Hier wurde in der Grundausbildung nicht viel Wert auf Altenpflege gelegt, man hätte sich Praktika und mehr theoretischen Unterricht wie zum Beispiel Gerontopsychiatrie, Umgang mit alten Menschen, Behinderte Alte, Dokumentation und Organisatorisches gewünscht.

Jene Pflegeperson, die nach der Ausbildungsverordnung von 1999 diplomiert hat, ist zufrieden mit der Bildung im Bereich mobile gerontologische Pflege zu Hause.

Trotzdem findet die Mehrheit nicht, dass eine gesonderte Ausbildung für die Altenpflege nötig ist.

Mit dem Angebot an Fort- und Weiterbildung für dieses Berufsfeld sind alle BefragungspartnerInnen zufrieden.

Folgende Fähigkeiten benötigt man für die Arbeit in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause: Flexibilität, Geduld, Idealismus, Einfühlungsvermögen, Abgrenzung, Humor, Hausverstand, Selbstvertrauen, Selbstständigkeit, Akzeptanz, logistische und organisatorische Fähigkeiten, sowie eine hohe Belastungsgrenze und die Fähigkeit zur Kommunikation auch mit den Angehörigen.

Speziell im Umgang mit den KundInnen ist es wichtig, dass sich die Pflegeperson an die KundInnen anpassen muss und nicht umgekehrt. Die Pflegeperson ist Gast bei den KundInnen. Diese schaffen zu Hause mehr an als im Krankenhaus und damit muss die Pflegeperson umgehen können und sich danach richten. Generell ist es immer besser, wenn erfahrene Pflegepersonen in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause arbeiten, da diese vom den KundInnen eher angenommen werden, als jüngere Pflegepersonen.

Die wichtigsten Fähigkeiten, die eine MitarbeiterIn in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause mitbringen sollte, sind meiner Meinung nach die Flexibilität und die Selbstständigkeit. Wie schon im theoretischen Teil beschrieben, findet man in der mobilen Pflege oft unmöglich erscheinende Arbeitsbedingungen vor. Die hygienischen Bedingungen sind nicht die gleichen wie in einem Krankenhaus. Genauso hat man nicht so ein breites Spektrum an Utensilien (z.B. Lagerungskissen oder höhenverstellbare Beistelltische zum Einnehmen von Mahlzeiten im Bett) für die Pflege zur Verfügung. Die Selbstständigkeit in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause ist auch ein sehr wichtiger Punkt. Meistens ist man alleine bei den Klienten, es ist keine weitere Pflegeperson hier, die einem sagt was zu tun ist, oder bei Entscheidungen hilft. Man ist in der Zeit, die man bei den Klienten ist auf sich alleine gestellt.

9.2. Empfehlungen für die Praxis

Nun, da ich mich eingehend mit den Themen der Organisation der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause in Niederösterreich sowie deren Finanzierung und der Bildung in diesem Bereich beschäftigt habe komme ich zu folgendem Entschluss:

Ich spreche mich genauso wie der Großteil der BefragungspartnerInnen für keine gesonderte Ausbildung für Altenpflege aus. Allerdings muss ich an dieser Stelle zugeben, dass ich bevor ich mich intensiv mit diesem Thema auseinandergesetzt habe, anderer Meinung war. Im vergangenen Jahr durfte ich die Ausbildung als Schülerin im ersten Ausbildungsjahr einer allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschule genießen. Meiner Erfahrung nach wird ein breites Wissen im Bereich der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause vermittelt. Trotzdem kommt die fachspezifische und medizinische Ausbildung nicht zu kurz. Man darf auch nicht vergessen, dass gerontologische Pflege auch im Spital immer mehr an Bedeutung gewinnen wird, da hier die PatientInnen, auch wenn sie in der Regel nicht so lange zu pflegen sind, trotzdem immer älter werden.

Als Problem sehe ich die Fort- und Weiterbildung in diesem Berufsfeld.

Zwar sind die BefragungspartnerInnen alle mit dem Angebot zufrieden und gaben an entweder allgemeine Fort- und Weiterbildungen oder speziell aus dem Bereich der gerontologischen Pflege absolviert zu haben, dennoch gibt es hier noch keine ExpertInnen für Altenpflege, wie es diese für andere Bereiche z. B. die WundmanagerIn gibt.

Ich denke das Angebot an Bildung in der Altenpflege sollte um vieles mehr sein. Gerade im Bereich der Weiterbildung nach §64 GuKG aber auch auf der universitären Ebene wäre ein Ausbau der Angebote nicht nur in Niederösterreich, sondern in ganz Österreich sinnvoll.

Die Kompetenzen der Pflegepersonen müssen ständig weiter entwickelt werden um dem Anspruch der professionellen Pflege gerecht zu werden. Aus den Befragungen ging hervor, dass es in letzter Zeit vermehrt KundInnen in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause gibt, welche die Pflege und Betreuung noch gar nicht benötigen würden, aber sie nehmen die Leistungen der Organisationen als eine Form von Luxus in Anspruch. Damit steigt natürlich auch der Anspruch der

KundenInnen. Pflegepersonen müssen klar Grenzen aufzeigen und sind hier besonders gefordert.

Natürlich reicht es nicht aus Bildungsmöglichkeiten nur anzubieten. Die Pflegepersonen in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause sollen vermehrt die Angebote nutzen. An dieser Stelle werden auch die Arbeitgeber aufgefordert Anreize zu schaffen und die Mitarbeiter in der Zeit der Weiterbildung zu unterstützen. Höhere Entlohnung kann zum Beispiel ein Anreiz sein.

Ziel sollte es sein, dass es in jeder Organisation pro Bezirk unter den MitarbeiterInnen eine ExpertIn für Altenpflege gibt. Im Sinne der Akademisierung der Pflege wäre es der Idealfall, wenn von der ExpertIn für Altenpflege ein Gerontologie Studium oder ein Universitätslehrgang absolviert wird. Die ExpertIn soll erste AnsprechpartnerIn für Fragen der KollegInnen sein, um Probleme rasch lösen zu können. Ebenso ist die ExpertIn in der Lage interne Schulungen abzuhalten und so ihr Wissen den KollegInnen weiter zu geben.

Abschließend möchte ich anmerken, dass der Bedarf an Bildung im Bereich gerontologische Pflege bereits erkannt wurde. Es gibt einige wenige Schulen (z.B. in Kirchdorf und Gmunden in Oberösterreich sowie in Innsbruck) für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege mit gerontologischem bzw. geriatrischem Schwerpunkt im schulautonomen Bereich (120 Stunden in drei Jahren). Positiv zu erwähnen ist, dass seit diesem Oktober die Möglichkeit besteht Gerontologie an einer Privaten Universität zu studieren. Dennoch ist in diesem Bereich auch in Bezug auf das Angebot an Weiterbildungen noch viel zu tun. Erstrebenswert wäre die Etablierung eines Gerontologie Studiums an den öffentlichen Universitäten in Österreich.

10. Literaturverzeichnis

Amt der Niederösterreichischen Landesregierung (o.J.): NÖ Sozialbericht 2010.

<http://www.landtag-noe.at/service/politik/landtag/LVXVII/09/964/964B.pdf> (26.4.2012).

Aschauer G. (2007): Zusatzqualifikation für das Arbeitsfeld Hauskrankenpflege:

Welche zusätzlichen Qualifikationen brauchen diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern um im Arbeitsfeld Hauskrankenpflege zu arbeiten?
Diplomarbeit der Universität Wien.

Atteslander P. (2008): Methoden der empirischen Sozialforschung. Erich Schmidt Verlag, Berlin.

Badelt Ch., Holzmann-Jenkins A., Matul Ch., Österle A. (1997): Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien.

Baumgartner L., Kirstein R., Möllmann R. (Hrsg.)(2003): Häusliche Pflege heute. Urban und Fischer, München.

Böger J. (1980): Gerontologie und Geriatrie für Krankenpflegeberufe. Thieme, Stuttgart.

Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe - GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997, Wien.

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10011026/GuKG%2c%20Fassung%20vom%2010.05.2011.pdf> (10.5.2011).

Bundeskanzleramt Österreich (o.J.): Betreutes Wohnen.

<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/204/Seite.2040030.html>
(30.4.2012).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz – BMASK (2010): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009.

<https://broschuerenservice.bmask.gv.at/PubAttachments/Pflegevorsorgebericht%202009-Inter.pdf> (17.3.2011).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz – BMASK (o.J.a): Wichtige Neuerungen zum Pflegegeld im Nationalrat beschlossen.

<http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/dokument.html?channel=CH1693&document=CMS1311778944721> (20.4.2012).

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz – BMASK (o.J.b):
Neue Regelung bei Pflegegeldeinstufung.
<http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/dokument.html?channel=CH1693&document=CMS1324637964936> (10.10.2012).
- Bundespflegegeldgesetz – BPGG, BGBl. Nr. 110/1993, Änderung BGBl. Nr. 58/2011,
Wien.
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859> (22.8.2012).
- Charlier S. (2007): Soziale Gerontologie. Thieme, Stuttgart.
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie – DGGG (1996):
Positionspapier – Professionelle Pflege alter Menschen. In: Klie T.,
Brandenburg H. (Hrsg.)(2003): Gerontologie und Pflege. Vincentz Network,
Hannover, 210-212.
- Döbele M. (2008): Pflegegerecht wohnen. Heilberufe, 60, 2, 22-23.
- Erste Krankenpflegeverordnung – GuK-AV, BGBl. Nr. 643/1973, Wien.
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010357&FassungVom=2002-02-28> (22.8.2012).
- Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV, BGBl. II, Nr.
179/1999. Wien.
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1999_179_2/1999_179_2.pdf (22.8.2012).
- Jaidhauser-Schuster S. (2010): Informationen zu Förderungen des Landes
Niederösterreich. Vermittelt per E-Mail am 4.11.2010 an Bettina Wölfel
- Kolland F. (2007): Gerontologie- und Geriatriebildung in Österreich. Zeitschrift für
Gerontologie und Geriatrie, 40, 6, 433-437.
- Kozon V., Fortner N. (Hrsg.) (2010): Wundmanagement und Pflegeentwicklungen.
ÖGVP Verlag, Wien.
- Kozon V., Hanzlikova A. (2003): Gerontologische Pflege – Pflegeberatung vaskulärer
Patienten. In: Kozon V., Fortner N. (Hrsg.): Gerontologische Pflege –
Pflegeberatung. ÖGVP Verlag, Wien, 27-41.
- Kuttig M. (2012): Informationen über den Universitätslehrgang Gerontologische
Pflege an der Donau-Universität Krems. Vermittelt per E-Mail am 17.10.2012
an Bettina Wölfel.
- Matolycz E. (2011): Pflege von alten Menschen. Springer Verlag, Wien.
- Mayring P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz,
Weinheim und Basel.

- Menche N. (2011): Pflege Heute. Urban und Fischer, München.
- Mertens E., Tannen A., Lohrmann Ch., Dassen T. (2002): Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus. Pflege, 15, 5, 195-201.
- Mühlberger U., Knittler K., Guger A. (2008): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge.
<http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/5/0/4/CH2094/CMS1313493260454/studie.pdf>
 (10.4.2010).
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen – ÖBIG (1982): Curriculum Allgemeine Krankenpflege Grundausbildung, Wien.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen – ÖBIG (1989): Curriculum Allgemeine Krankenpflege Grundausbildung - Revidierte Fassung, Wien.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen – ÖBIG (2003): Offenes Curriculum Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Wien.
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband – ÖGKV (o.J.a):
 Information zur Umsetzung des Pflegegeldreformgesetzes.
http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Pflegegeld/Pflegeberatung_02112011.pdf
 (10.10.2012).
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband – ÖGKV (o.J.b):
 Information zum Thema Pflegegeldeinstufung durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege.
http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Pflegegeld/2011_09_11_Pflegegeldinfo.pdf
 (10.10.2012).
- Private Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik – UMIT (2012): Kurzinformationen zum Studium.
http://www.umat.at/page.cfm?vpath=studien/master_programs/gerontologie (31.8.2012).
- Prochazkova L., Schmid T. (2007): Pflege und Betreuung zu Hause. In: Pfeil W. (Hrsg.): Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich. MANZ, Wien, 139-161.
- ProPraxis Graz GmbH (o.J.): Die Pflegegeldeinstufung durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – ein Trainingsseminar.
<http://www.propraxis.at/seminare-und-lehrgaenge/business-area/uebersicht/kurs/die-pflegegeldeinstufung-durch-den-gehobenen-dienst-fuer-gesundheits-und-krankenpflege-ein-traini.html> (10.10.2012).

- Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH (2007): Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich.
[http://www.bmask.gv.at/cms/site2/attachments/4/6/5/CH2247/CMS1218535307863/organisation_u_finanzierung_der_pflegevorsorge_in_oesterreich_endversion_2007-08-06\[1\].pdf](http://www.bmask.gv.at/cms/site2/attachments/4/6/5/CH2247/CMS1218535307863/organisation_u_finanzierung_der_pflegevorsorge_in_oesterreich_endversion_2007-08-06[1].pdf)
 (18.3.2010).
- Rogner M. (2010): Professionalität in der häuslichen Pflege – Primary Nursing in Österreich. In: Kozon V., Fortner N. (Hrsg.): Wundmanagement und Pflegeentwicklungen. ÖGVP Verlag, Wien, 229-244.
- Schaffenberger E., Pochobradsky E. (2004): Ausbau der Dienste und Einrichtungen für Pflegebedürftige Menschen in Österreich – Zwischenbilanz.
http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/attachments/7/8/3/CH1690/CMS1308577521270/ausbau_der_dienste_und_einrichtungen.pdf (10.3.2010).
- Schneekloth U., Wahl H. (2006): Möglichkeit und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten im Lichte der Ergebnisse von MuG III. In: Schneekloth U. (Hrsg.): Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten: Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Kohlhammer, Stuttgart, 229-242.
- Schneider U., Österle A., Schober D., Schober C. (2006): Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung.
<http://epub.wu.ac.at/1538/1/document.pdf> (18.3.2010).
- Statistik Austria (2011): Bevölkerungspyramide 2010, 2030 und 2050.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html (25.9.2012).
- Statistik Austria (2012): Indikatoren zur Sterblichkeit und Lebenserwartung (inkl. Säuglingssterblichkeit) seit 1961.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/demographische_indikatoren/index.html (31.8.2012).
- Statistik Austria (o.J.a): Bundespflegegeld.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html (3.1.2011).
- Statistik Austria (o.J.b): Landespflegegeld.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/landespflegegeld/index.html (3.1.2011).
- Stelzhammer D. (2010): Hauskrankenpflege – Status quo und Perspektiven. Pro Care, 15, 10, 20-23.

Streissler A. (2004): Geriatrische Langzeitpflege. Situation und Entwicklungsperspektiven.

<http://www.arbeiterkammer.at/bilder/d9/MuG87.pdf> (20.3.2010).

Universität Graz (o.J.): Interdisziplinäre Gerontologie.

<http://www.uniforlife.at/index.php?lang=de&page=content/mlehr-gerontologie-de.html>
(21.10.2012).

Wallner S. (2007): Eine Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich – Bausteine einer kleinen sozialpolitischen Realutopie. In: Pfeil W. (Hrsg.): Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich. MANZ, Wien, 51-64.

Wiener Krankenanstaltenverbund (o.J.): Geschichte.

http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/allgemein/khl/texte_anzeigen.asp?id=3544
(19.5.2012).

Zobl, M. (2010): Expertinnenbefragung zum Thema Organisation der Fortbildungen in der mobilen gerontologischen Pflege zu Hause am Beispiel der Volkshilfe in Niederösterreich. Durchgeführt am 1.6.2010 von Wölfel Bettina.

11. Curriculum Vitae



Persönliche Daten

Geburtsdatum: 07.09.1988
Geburtsort: 2130 Mistelbach
Staatsbürgerschaft: Österreich
Familienstand: ledig
Eltern: Herbert und Gabriele Wölfel

Ausbildung

1994 – 1998: Volksschule in Altlichtenwarth
1998 – 2002: Hauptschule in Hausbrunn - Großkrut mit sprachlichen Schwerpunkt: Englisch als Arbeitssprache in 5 Nebenfächern
2002 – 2006: Bundesoberstufenrealgymnasium in Mistelbach mit musischen Schwerpunkt
seit 2006: Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien mit Wahlfach Pädagogik
seit 2011: Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Schule im AKH Wien

Praktika

07/2007: Pflegepraktikum in der Kur- und Rehabilitationsklinik Bad Pirawarth
06/2009: Ehrenamtliche Mitarbeit beim Aton Anti Aging Seminar, Hausbrunn

01/2011-02/2011: Praktikum beim ÖGKV, 1160 Wien
02/2012-03/2012: Pflegepraktikum in der Seniorenresidenz am Kurpark Wien
 Oberlaa

Nebentätigkeiten

2006-2012: Diverse Nebentätigkeiten in den Bereichen: Verkauf,
 Gastronomie, Befragung und Marketing

Weitere Qualifikationen

Sprachkenntnisse: Englisch, Latein

EDV – Kenntnisse: Europäischer Computerführerschein (MS-Office),
 SPSS Grundkenntnisse

Sonstige: Grundkurs Kinaesthetics in der Pflege