

**Abschlussbericht: Transfer eines Pflegecurriculums und Aufbau
von Ausbildungsstrukturen in Suzhou. Teilvorhaben:**

Bedarfsanalyse und Evaluation des Projektes (TRAPAS)

Auftragsteil Universität Witten/ Herdecke

Förderkennzeichen beim Projektträger: 01BEX08B12

Bundesministerium Für Bildung und Forschung

Zeitraum:

01.04.2013 bis 31.10.2015

Förderer:

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Auftragnehmer:

Department für Pflegewissenschaft

Fakultät für Gesundheit

Alfred-Herrhausen-Str. 50

58448 Witten

Projektleitung:

Prof. Christel Bienstein

Fakultät für Gesundheit

Department für Pflegewissenschaft

Kontakt:

Universität Witten/Herdecke gGmbH

Fakultät für Gesundheit

Department für Pflegewissenschaft

Stockumer Str. 12

58353 Witten

Tel.: +49.2302.926356

Fax: +49.2302.926318

E-Mail: Christel.Bienstein@uni-wh.de

SPONSORED BY THE



Federal Ministry
of Education
and Research



DLR Project Management Agency



Projekt in der Provinz Jiangsu 在江苏省的德国项目

Aufbau von Altenpflegestrukturen

老年护理体系的建立与发展

Training Made in Germany



Weiter- und Ausbildung von Pflegepersonal

专业护理人员的培训与进修

Fortbildung von Dozenten

对教师的继续培训

Entwicklung eines Pflegesystems

护理体系的建立与发展

Das Projekt wird gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und Projektträger (DLR)

该项目得到德国联邦教育与研究部的支持
由德国航空太空中心负责项目管理与监督



Inhalt

Verzeichnis der Abbildungen.....	4
1 Zusammenfassung.....	5
2 Arbeitsauftrag und Fragestellung.....	7
3 Pflegerische Versorgung alter Menschen in China.....	7
3.1 Demographische Entwicklung	8
3.2 Alte Menschen und soziales Umfeld	9
3.3 Gesundheit alter Menschen	11
3.4 Pflegerische Versorgung.....	12
3.4.1 Altenpflege	13
3.4.2 Gutachten Prof. Ma	15
3.5 Soziale Sicherung im Bereich Medizinischer Versorgung und Pflege.....	17
3.6 Ausbildung in der Pflege.....	19
3.7 Vergleich Deutschland /Japan	20
4 Arbeitspaket 2: Wissenschaftliche Begleitung	20
4.1 Wissenschaftliche Ziele	21
4.2 Strukturelle Ziele	22
4.3 Fachliche Ziele	23
5 Arbeitspaket 3: Mitwirkung bei der Entwicklung der Aus- bzw. Weiterbildungsmodule.....	23
5.1 Bedarfsermittlung (Explorationsphase)	24
5.1.1 Literaturanalyse.....	24
5.1.2 Experteninterviews.....	24
5.1.3 Exploration im Feld.....	25
5.1.4 Privathaushalte:.....	26
5.1.5 Einrichtungen der Altenpflege	28
5.1.6 Fazit Explorationsphase.....	32
5.2 Tagungen in Shanghai vom 30.10. - 2.11.2013	33
5.2.1 Evaluation der Tagung.....	34
5.3 Revision des ursprünglichen Projektplan	38
6 Curriculum Entwicklung/ Fortbildungskonzept.....	38
6.1 Ausarbeitung einer Rahmenempfehlung für ein Curriculum „Train the Trainer“ (Multiplikatorenprogramm)	39
7 Evaluation der 1. Fortbildung.....	40
7.1 Evaluationsziele	40

7.2	Ergebnisse der Evaluation	42
7.2.1	Ergebnis des Abschlusstestes	44
7.3	Umsetzung der Inhalte (Praxistransfer) aus der ersten Fortbildung (Abschlussevaluation des 1. Kurses)	44
7.4	Arbeitspaket 4b: Anpassung der Weiterbildungsmodule	46
8	Expertentagung in Witten	47
9	Evaluation der 2. Fortbildung	48
9.1	Evaluationsziele	48
9.2	Ergebnisse der Evaluation der zweiten Fortbildung	48
10	Evaluation des Projektverlaufes	51
10.1	Prozessperspektive	51
10.2	Anmerkungen zum Marketing	52
10.3	Diskussion der Ergebnisse	53
10.4	Empfehlungen	55
11	Anhang 1: Dokumente	57
11.1	Literatur	77
11.2	Internetquellen	78
11.3	Fotodokumentation	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1:	China's Bevölkerung nach Altersgruppen (%), 1964, 2000, 2035 (WHO, 2011)	9
Abbildung 2:	Bewältigung kultureller Differenzen: Lösen westliche Tänze Qi-Gong ab?	10
Abbildung 3:	Krankheit und Morbidität bei Befragten im Alter > 18 Jahren in China, 2003 und 2008 (Sun et al., 2011)	12
Abbildung 4:	Anteil alter Menschen in allen Provinzen Chinas nach Lebensunterhaltsquellen, 1994 (Wu, 2004)	19
Abbildung 5:	Typisches Mehrfamilienwohnhaus in einem großstädtischen Quartier	27
Abbildung 6:	Restaurant / Garküchen	28
Abbildung 7:	Alteneinrichtung mit Senioren Apartments und einem Altenheim	29
Abbildung 8a+b:	30
Abbildung 9:	Übersicht über die geplanten Erhebungszeitpunkte	41
Abbildung 10:	Klassenraum / Unterrichtsszene in der ersten Fortbildung	43
Abbildung 11:	Personalisierung	45
Abbildung 12:	Einladung zur Tagung zwecks Erfahrungsaustausch und Kooperationsanbahnung	74
Abbildung 13:	Vorbereitung der chinesischen Teilnehmer auf die Tagung in Witten	75

1 Zusammenfassung

In dem Projekt wurde der Frage nachgegangen, ob ein Bildungstransfer deutscher Bildungsinhalte in die Versorgung alter pflegebedürftiger chinesischer Menschen hilfreich sein kann, um dem bestehenden Pflegebedarf unterstützend zu begegnen.

Wie Deutschland steht auch die VR China vor der großen Herausforderung, die mit der demographischen und soziokulturellen Entwicklung verbundenen Probleme, der sozialen Sicherung und der Bewältigung der Pflegebedürftigkeit nachhaltig zu lösen. Obwohl insgesamt gesehen in vielen Teilen Chinas kaum vergleichbare Lebensverhältnisse herrschen, zeichnet sich in den Metropolen und industriell entwickelten Gebieten eine analoge, den deutschen Verhältnissen nicht unähnliche Entwicklung ab. Es sprechen keine Gründe dagegen, pflegfachliche Erfahrungen aus Deutschland in Form von systematischer Weiterbildung in China bekannt zu machen. Dies auch deshalb, weil es einen stark wachsenden privatwirtschaftlich organisierten Markt an Anbietern (Leistungserbringern) und eine wachsende Nachfrage höherer Einkommensschichten nach qualitativ guter Pflege gibt. Dieser Nachfrage wird heute vorwiegend durch einzelne private Anbieter in Form stationärer Versorgung entsprochen, wobei es differenzierte und abgestufte Modelle der pflegerischen Versorgung gibt. In der Regel werden diese, sofern sie nicht in Händen von pflegbereiten Familienangehörigen liegen, durch eine 1:1 Versorgung mit meist ungelernten Kräften im Sinne einer 24 h Assistenz abgesichert (sowohl in der häuslichen Umgebung, wie in Pflegeeinrichtungen). Diese Assistenz können sich wiederum nur einkommensstärkere Familien leisten. Zugleich begründen dementsprechende Arbeitsverhältnisse wechselseitige Abhängigkeiten, die weder im Sinne einer guten Pflege noch eines humanen Arbeitsverhältnisse gesehen werden können.

Die Universität Witten/Herdecke übernahm die Aufgabe, den Pflegebedarf alter, pflegebedürftiger Menschen in China zu ermitteln und auf dieser Grundlage bei der Entwicklung von Bildungsprogrammen mitzuwirken sowie die Evaluation durchzuführen.

In einem ersten Schritt wurden die pflegerischen Bedarfe erhoben und Gespräche mit Leistungserbringern und Behörden geführt.

Aus den in China vorgefundenen Ausgangsbedingungen ließ sich mit guten Gründen ein bestimmter Qualifizierungsbedarf ableiten, der neben pflegfachlichen Themen wie z.B. Umgang mit „Herausforderndem Verhalten“ oder „Biografie orientierte Pflege“ auch manageriale Inhalte umfasst, wie z.B. den Aufbau und die Leitung eines ambulanten Pflegebetriebes oder Qualitätssicherung in der stationären Versorgung.

Unzweifelhaft ist der Bildungsbedarf entsprechend groß. Die Zielgruppe des Bildungstransfers waren ursprünglich ungelernte Helfer (die oben genannten 1:1 Assistenten bzw. ungelernte Servicekräfte), die im Rahmen ambulanter Versorgungsstrategien gewonnen werden sollten. Da aber diese Strukturen allenfalls rudimentär entwickelt sind, war es notwendig, Multiplikatoren zu gewinnen, die zugleich als Leistungsanbieter mit dem Aufbau entsprechender Infrastrukturen beginnen und ungelernete Mitarbeiter aus der Zielgruppe der für ihren Betrieb anwerben. In einem weiteren Schritt sollten Multiplikatoren geschult werden, die diese ungelerneten Mitarbeiter in einer Basisqualifizierung, unterhalb eines formalen Berufsabschlusses, für die Versorgung von pflegebedürftigen, alten Chinesen und Chinesinnen in der häuslichen Versorgung qualifizieren.

Deutlich wurde, dass die fehlende Infrastruktur den Markteintritt erschwert. Gleichwohl gelang es über die Teilnahme bzw. die Veranstaltung von Fachtagungen entsprechenden Kontakte herzustellen.

In einem weiteren Schritt wurden Bildungsmaßnahmen durchgeführt, die sich an Personen richteten, die bereits über Grundlagenkenntnisse der pflegerischen Versorgung verfügten.

Die Evaluation der Bildungsmaßnahmen zeigte, dass insgesamt zwar eine kulturelle Differenz im Verständnis bestimmter Konzepte (z.B.: Was ist eine Familie unter der Fragestellung - Wer ist denn im Pflegefall zuständig?) besteht, aber die pflegfachlichen Inhalte sich grundsätzlich, wenn sie mit entsprechenden Methoden und praktischen Übungen verbunden werden, gut unterrichten lassen.

Während des Projektes wurde deutlich, dass auf der Grundlage bisher kaum vorhandener ambulanter Strukturen zur Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, das Augenmerk auf die bestehenden stationären Einrichtungen gelenkt werden musste. Ausgehend von einer verbesserten Versorgung dieser hier lebenden Menschen, wurde der Aufbau gezielterer ambulanter Versorgungsstrukturen thematisiert. Es zeigte sich, dass hohes Interesse daran besteht, die vorhandenen gesetzlichen Grundlagen aber einer systematischen Entwicklung dieses Bereiches noch entgegenstehen.

Die Bedingungen im stationären Umfeld, unter denen Erkenntnisse aus dem Seminar in die Praxis transferiert werden bzw. dieser Transfer erschwert wird, ähneln deutschen Erfahrungen.

Um einigen Teilnehmern die deutschen Arbeitsbedingungen und Versorgungsmöglichkeiten alter, pflegebedürftiger Menschen erfahrbar zu machen, wurde im Rahmen einer Hospitation in Verbindung mit einer Tagung, ein spezifisches Hospitationsprogramm durchgeführt. Die anschließende Evaluation der Entwicklung der daran teilgenommenen Personen in China (sechs Monate später) an ihrem Arbeitsplatz, zeigte sich, dass dieses Vorgehen erfolgreich war, da bereits Veränderungsprozesse durchgeführt worden waren und weitere Maßnahmen systematisch geplant wurden.

Noch vorhandene fachliche Unsicherheiten, aber auch mangelnde sozial begründete Gestaltungsmacht und anders gelagerte (ökonomische) Interessen der Eigentümer wurden als Transferhindernisse erkannt und ihnen gezielt begegnet.

Als Ergebnis kann konstatiert werden, dass die Nachhaltigkeit von Bildungstransfers zu sichern ist und dass die Bearbeitung von Transferhindernissen unbedingt mit Bedacht werden müssen. Mittelfristig sind chinesische Dozenten notwendig, die entsprechend ausgebildet sind. Multiplikatoren und Multiplikatorinnen sollten die Möglichkeit erhalten, in Deutschland zu hospitieren und neue Versorgungskonzepte kennen zu lernen. Mit diesem Wissen ausgestattet sollten in China niederschwellige Personen qualifiziert werden.

Während in einem ersten Schritt stationäre Einrichtungen im Mittelpunkt des Bildungstransfers stehen sollten, könnte aus den stationären Einrichtungen in einem zweiten Schritt die Versorgung im ambulanten Bereich systematisch angegangen werden.

2 Arbeitsauftrag und Fragestellung

Im Rahmen einer familien- und gemeindeorientierten Versorgungsstrategie war es das Ziel des Projektes, Aus- und Weiterbildungsmodule im Bereich Altenpflege in die Provinz Jiangsu/China zu exportieren und durchzuführen. Zielgruppe waren examinierte Pflegefachkräfte, die als Moderatoren bzw. Multiplikatoren geschult, ungelernete „Arbeiterinnen“ in einem ursprünglich 10-wöchigen, dem chinesischen Kulturraum angepassten, Kurs (6 Wochen praktischer Unterricht und 4 Wochen Praktikum) zu „Altenpflegeassistenten“ ausbilden sollten, um so einerseits dem schnell wachsenden Bedarf im Bereich der der Altenpflege gerecht zu werden und andererseits die Chancen der Teilnehmerinnen auf ein festes Arbeitsverhältnis zu verbessern.

Um adäquate Themen und Inhalte für die Curriculums Entwicklung zu bestimmen, wurde eine Beschreibung und Bedarfsanalyse der Versorgungssituation eingeplant. Begleitet wurde der Bildungstransfer durch eine entsprechende Evaluation und wissenschaftliche Begleitforschung (Teilvorhaben Universität Witten-Herdecke), deren Ziel es war, außer der Qualität und der Effekte des Unterrichts (Umsetzung der Qualifikation in der Praxis) auch die gewählte Export- und Markterschließungsstrategie zu untersuchen und deren Übertragbarkeit auf andere Bildungsprojekte zu prüfen. Insbesondere sollte der Frage der „interkulturellen Transferierbarkeit“ nachgegangen und kulturraumspezifisch und kulturraumunabhängig Bildungselemente des pflegefachlichen Bildungstrfers identifiziert werden.

Eingebettet in die bildungsbezogene Forschung sind Aktivitäten, die dem Aufbau von Netzwerken und dem Zugang zu relevanten Institutionen sowie der Erforschung von Erfolgsfaktoren und Hemmnisse des Bildungstrfers und der Bedingungen der Implementierung von Programmen vor Ort dienen, (siehe Arbeitspaket 2), um auf diese Weise die Nachhaltigkeit des Projektes zu sichern.

3 Pflegerische Versorgung alter Menschen in China

China ist wie Deutschland mit den Problemen einer alternden Gesellschaft konfrontiert. Schon heute gibt es mehr als 185 Millionen über 60-jährige, rund 430 Millionen werden es 2050 sein. Im aktuellen Fünfjahresplan wurden die Ziele neu gesteckt: Ausbau des Rentensystems und Bau von Pflegeheimen. Zurzeit gibt es jedoch weder eine ausreichende Anzahl staatlicher oder privater Pflegeeinrichtungen, noch genügend gut ausgebildetes Personal, um den stetig und schnell wachsenden Bedarf an Fachkräften im Bereich Altenpflege zu decken, der sich unter anderem auch aus den – sich analog zu Deutschland – verändernden familiären und gesellschaftlichen Strukturen ergibt.

In diesem Kapitel werden die wesentlichen, selbst erhobenen sowie die sich aus der Literatur ergebenden empirischen Befunde zusammengefasst, die der Konzeption der Fortbildung zugrunde gelegt wurden. Es hat sich herausgestellt, dass die Versorgungssituation in China sehr vielgestaltig ist und es im Rahmen des Projektes nicht möglich war, die für eine langfristige Planung nötigen Daten in ausreichendem Umfang und mit der nötigen Validität zu erheben. Die im Verlauf des Projektes mehrmals notwendige Anpassung der Projektziele an die Gegebenheiten des chinesischen Marktes, an das Systems der sozialen Sicherung und an die wechselnden lokalen politischen Verhältnisse hatte seine Ursache auch darin, dass der Zugang zur Zielgruppe bzw. zu einem Bildungsmarkt im Wesentlichen nur

über Akteure möglich ist, die privatwirtschaftlich agieren und zum größten Teil für sozial- ökonomisch privilegierte ältere Menschen eine pflegerische Versorgung anbieten, gleichwohl aber mehr oder weniger unmittelbar von politischen Strukturen und Vorgaben abhängig sind. Trotzdem hat es von Beginn an nicht an Versuchen gemangelt, auch mit staatlichen Stellen zu kooperieren. Es gab eine Reihe von entsprechenden Gesprächen, die zum Teil auch von den staatlichen (kommunalen) Behörden selbst ausgingen und die ein deutlich hohes Interesse an dem Projekt signalisiert haben. Allerdings war es nicht möglich, konkrete Maßnahmen der Zusammenarbeit zu verabreden.

Die nachfolgenden Schilderungen der pflegerischen Versorgung alter Menschen liefern daher Mosaik-Steine des Bildes einer komplexen Lage Chinas, wie Sie in der Literatur diskutiert wird und durch eigene Untersuchungen vor Ort ergänzt bzw. konkretisiert wurde. Insgesamt muss von einer zunehmend problematisch werdenden Lage in China ausgegangen werden. Anzumerken ist, dass das Problem der Versorgung von der chinesischen Regierung erkannt wird, doch stehen dieses Problem und sein Lösung in einer starken Konkurrenz mit anderen sozialen Problemen, etwa dem der Wanderarbeiter. Dieses Problem bindet nicht nur viele Ressourcen, die sonst möglicher Weise dem Pflegesektor zur Verfügung stünden, sondern ist zugleich selbst ein Teilproblem der Versorgung. Die in den Metropolen lebenden Wanderarbeiter fehlen nicht nur auf dem Land zur Aufrechterhaltung einer auf dem klassischen Generationenvertrag beruhenden Sicherung familiärer Pflegearrangements, sondern belasten im Falle von Alter und Pflegebedürftigkeit auch das sich entwickelnde soziale Netz Chinas.

Weiter zu beachten ist, dass die konkrete Umsetzung zentraler Beschlüsse in den kommunalen Organisationen erfolgt: *„Die Wirkung nationaler Politik zeigt sich jedoch erst in der Umsetzung seitens kommunaler Verwaltungen vor Ort.“* (Ahlers, Anna L.: 6/2014). Generalisierte Schlussfolgerungen sind daher so gut wie nicht möglich. In diesem Sinne kommt dem Gutachten von Frau Prof. Dr. Ma vom Department of Child and Adolescent and social medicine;Public health school, Soochow University in Suzhou für die Analyse der lokalen Situation eine besondere Bedeutung zu (siehe Kapitel 3.4.2.).

3.1 Demographische Entwicklung

China weist 2005 einen Bevölkerungsanteil von 11% der über 60-Jährigen auf. Es wird daher von einer alternden Gesellschaft gesprochen. Experten rechnen bis zum Jahr 2020 mit einem Anstieg auf 17,2% und 2035 auf 24% (Abb. 1). Jährlich steigt die Zahl der Hochbetagten (der über 80 Jährigen) um 5,4% an (Ungemach, 2007). Der Alterungsprozess in der chinesischen Gesellschaft verläuft im Vergleich mit anderen Ländern deutlich schneller. Es gibt allerdings regionale Unterschiede bezogen auf die Alterung. Im Osten Chinas lag der Anteil der alten Bevölkerung ab 60 im Jahr 1990 schon bei über 10% einschließlich der Provinz Jiangsu. (Li, 2007). Die 1979 eingeführte Ein-Kind-Politik trug im erheblichen Maß zur aktuellen demographischen Entwicklung bei. Sie führt zu einer 4-2-1 Familienstruktur, d.h. jedes jüngere Paar muss möglicherweise die Versorgung von vier Elternteilen und eines Kindes gewährleisten (Sandwich-Position).

Steigende Lebenshaltungskosten, eine teurer werdende Ausbildung und ein zunehmender Wertewandel sind weitere Gründe für Eltern sich gegen ein zweites Kind zu entscheiden. Zur Überalterung trägt zudem die steigende Lebenserwartung bei. Die "leeren Nester" - wie Chinesen ihre Dörfer mit zurückgebliebenen Alten nennen - weisen eine Zahl von über 60% von über 60-Jährigen auf (Ungemach,

2007). China hat mindestens 23.4 Millionen dieser "leeren Nester" und die Zahl steigt weiter an (Dong & Wu, 2010). Etwa 40 % der alten Menschen in den ländlichen Regionen leben in Singlehaushalten. Die abgewanderte Jugend wohnt und arbeitet nun in den Städten (Ding, 2010; Ungemach, 2007). In China gibt es 160 Millionenstädte, d.h. mehr als doppelt so viele wie in Europa und Amerika zusammen. Bis 2030 könnten es 230 werden (Geinitz, 2013). Laut Geinitz hat Chinas neue Führung aktuell beschlossen, die Urbanisierung noch zu beschleunigen, um den Binnenkonsum anzukurbeln und unabhängiger vom Export zu werden. Aus Chinas Bevölkerungspolitik entwickelte sich als weiteres Problem – ein Ungleichgewicht der Geschlechter. Der Durchschnitt der Jungen liegt weit über dem weltweiten Durchschnitt. Frauen sorgen traditionell für die Pflege in der Familie und sind daher nur eingeschränkt erwerbsfähig. Ein Nachkomme muss für seine Familie aufkommen und zudem für seine finanzielle Absicherung für die Zukunft sorgen. Auf dem Land haben nur 11% der Bevölkerung eine soziale Absicherung. Die ländliche Bevölkerung ist von Altersarmut betroffen oder bedroht, da die traditionelle Versorgung durch die Nachkommen wegfällt (Ding, 2010; Ungemach, 2007).

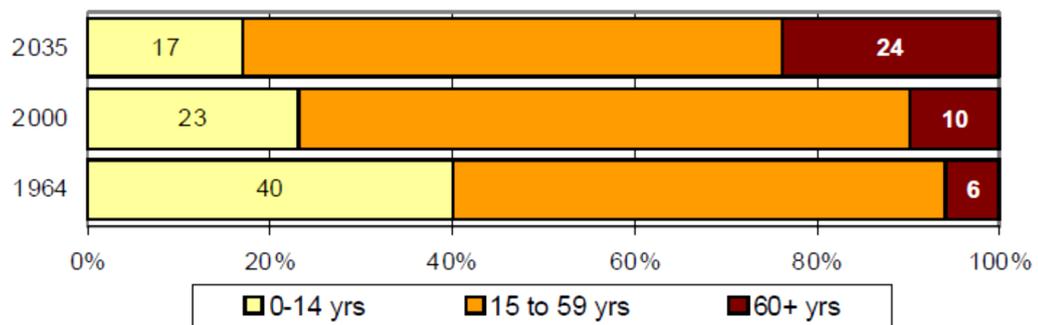


Abbildung 1: Chinas Bevölkerung nach Altersgruppen (%), 1964, 2000, 2035 (WHO, 2011)

3.2 Alte Menschen und soziales Umfeld

Die strukturelle Anlage der Gesundheitsversorgung mit gemeindenahen Gesundheitszentren und spezialisierten Zentren ist in der untersuchten Region (Suzhou) im Prinzip vorbildlich, auch wenn sie noch nicht allen Bevölkerungsteilen zur Verfügung steht. Außer fehlenden Einrichtungen stellen die oft hohen Kosten bzw. die fehlende Refinanzierung durch ein Sozialversicherungssystem eine Barriere für die Inanspruchnahme dar. Im ambulanten Sektor der chinesischen Gesundheitsversorgung entsteht daher objektiv gesehen ein sehr großer Bedarf an bedarfsgerechten, vorhandenen Restressourcen nutzenden, ambulanten, niedrighschwelligten und damit auch preiswerten Versorgungsleistungen.

Mit dem Verlust der traditionellen sozialen Struktur geht auch eine Erosion der traditionellen und durchaus auch als salutogenetische wirksam einzuschätzender Lebensstile einher (z.B. Tai Chi, Chi Qong, Diätetik). Dieser Lebensstil weist im Wesentlichen folgende Komponenten (Li, 2007) auf:

1. Geregeltes Alltagsleben, früh ins Bett und früh aufstehen
2. Wenig Habsucht und mehr Freude
3. Harmonie der Bewegung und Ruhe
4. Wenig, aber passende Nahrung
5. Harmonie der Familienbeziehungen und zwischen den Generationen

6. Anpassung an die Jahreszeit und an die Natur
7. Trainieren zur Erhaltung von Energie und Vitalität
8. Enge Familienbindung und Kontakt zum Verwandtenkreis (S. 70)

Streben nach Harmonie und Einheitlichkeit ist ein wichtiges Merkmal der chinesischen Kultur. Einheit von Körper und Seele, Sittenlehre und Bescheidenheit beim sozialen Kontakt sowie Harmonie von Mensch und Natur zeigt diese alte Kultur und führt die Menschen diesen Verhaltensformen und diesem Lebensstil zu." (derselbe S. 77).

Dieser Lebensstil, ausgerichtet auf Gesunderhaltung, Philosophie, Kultur und Tradition, findet laut Li (2007) immer weniger Beachtung. Es entstehen unterschiedliche Lebensstile, je nach Gesellschaftsschicht. Für den zukünftigen Lebensstil hält er Alter mit sozialer Altersversorgung, Alter gestützt auf einer staatliche Krankenkasse, Alter in Gesundheit und Lebensfreude sowie Alter unter lebenswerten Bedingungen kombiniert mit traditionellen Lebensstilelementen (s.o.) für wünschenswert. Vorangig werden, bezogen auf den Lebensstil, von älteren Chinesen Werte wie Freiwilligkeit, Wohlbefinden und Zufriedenheit angestrebt (Li, 2007).



Abbildung 2: Bewältigung kultureller Differenzen: Lösen westliche Tänze Qi-Gong ab?

Abendliches Tanzen auf einen öffentlichen Platz in einem Vorort von Shanghai. Ca. 200 Menschen versammeln sich allabendlich zum gemeinsam Tanz westlicher Standardtänze. Es wird sowohl einzeln, wie paarweise oder in großen Gruppen getanzt. Die Musik ist eine Mischung aus chinesischen und westlichen Elementen.

Quelle: UW/H 2015

Am Beispiel der Chinesischen Bewegungskultur, die in einem engen Zusammenhang mit chinesischer Geschichte, Philosophie und chinesischer Medizin steht, werden auch kulturelle Differenzen deutlich. Denn die traditionelle chinesische Bewegung zielt nicht auf die körperliche Entwicklung im Sinne von gutem Aussehen, Ausdauer und Kraft, sondern sie beschäftigt sich mit Erholung, Entspannung, mit dem Einklang von Emotionen und gesunder Lebensführung, Prävention, Rehabilitation und Verlängerung des Lebens. Nach Li seien im Gegensatz zum Sport westliche Ideen, der Zusammenhang zwischen

Bewegung, Organen und deren Funktion. Die chinesische Bewegungskultur betrachte das Gleichgewicht zwischen Innen und Außen, mit der Harmonie von Körper und Seele.

Die Rolle des Sports bleibt auch bei älteren Chinesen unter dem Gesichtspunkt Gesunderhaltung von Bedeutung. Immer mehr ältere Menschen würden sich beispielsweise nach traditionellen Mustern mit Tai Chi, Qi Gong sowie Gymnastik unter dem Motto "Lebenspflege" beschäftigen. Diese sähen hier zudem eine vorteilhafte Methode, angesichts der ständig steigenden medizinischen Kosten und des niedrigen Einkommensstandards, Krankheit zu vermeiden (Li, 2007).

3.3 Gesundheit alter Menschen

Gesundheit und Fitness sind, wie in anderen Ländern auch, in China kostbare Güter. Die Menschen versuchen oft durch traditionelle chinesische Bewegungsformen ihre Gesundheit und Fitness zu erhalten. Vitalität und Gesundheit, körperliche, psychische und soziale Funktionsfähigkeit sind in der traditionellen chinesischen Medizin nur möglich wenn Qi (Qi wird oft mit Energie übersetzt) und Blut im Gleichgewicht sind und harmonisch durch den Körper fließen. Eine Abweichung davon bedeutet Krankheit. Einen besonderen Einfluss auf das Gleichgewicht hat neben der Lebensweise, aber auch die Ernährung. Jeder muss hier seine individuelle Harmonie finden (Li, 2007).

Die Alterung der Bevölkerung führt zu einer Verschiebung der Krankheitsbilder. Es gibt mehr chronische Krankheiten und Behinderungen und immer komplexere Erkrankungen, die großen Druck auf das Gesundheitssystem ausüben und hohe Kosten verursachen (WHO, 2011). Im Jahr 2008 waren die führenden Ursachen von Morbidität Erkrankungen des Kreislaufsystems, Erkrankungen der Atemwege, Erkrankungen des Verdauungssystems, Erkrankungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, Verletzungen und Vergiftungen, cerebrovaskuläre Erkrankungen, Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane, Bluthochdruck, bösartige Neubildungen und Erkrankungen des Bewegungsapparats. Die häufigsten Todesursachen im Jahr 2009 waren: bösartige Neubildungen, Herzkrankheiten, cerebrovaskuläre Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystems, Verletzungen und Vergiftungen, endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Erkrankungen des Verdauungssystems, Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane, Krankheiten des Nervensystems und psychische Störungen. 80% der Todesfälle in China haben ihren Grund in nichtübertragbaren Krankheiten (non-communicable diseases NCD) und Verletzungen. Der Anteil der Todesfälle durch NCD ist während des Zeitraums von 1973 bis 2009 von 53% auf 85% gestiegen. Behinderung und Tod sind zum Großteil durch chronische Erkrankungen verursacht (WHO, 2011). Es ist eine deutliche Zunahme von chronischen Erkrankungen zu beobachten. So hat sich die Prävalenz von Hypertonie und Diabetes von 2003 bis 2008 fast verdoppelt (s. Abb. 2) (Sun et al., 2011). Die Krankheiten variieren je nach Altersgruppe (WHO, 2011). Durch die rasante Alterung der chinesischen Bevölkerung wird eine höhere Zahl (absolut und relativ) von pflegeabhängigen Menschen und von Menschen mit Demenz prognostiziert, wie für keine andere Region der Welt (Liu et al., 2009).

	Men		Women		Urban		Rural		Total	
	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003
N	66801	70541	69570	71386	38996	40620	97375	101307	136371	141927
Presence of illness in the last 2 weeks before the survey*	11869 (17.8)	9960 (14.1)	15237 (21.9)	12383 (17.4)	8282 (21.2)	6438 (15.9)	18824 (19.3)	15905 (15.7)	27106 (19.9)	22343 (15.7)
Presence of physician diagnosed chronic disease in the last 6 months before the survey*	15321 (22.93)	12661 (18.0)	19388 (27.86)	15778 (22.1)	12966 (33.3)	11768 (29.0)	21743 (22.3)	16671 (16.5)	34709 (25.5)	28439 (20.0)
Infectious and parasitic disease	305 (0.5)	305 (0.4)	158 (0.2)	186 (0.3)	79 (0.2)	125 (0.3)	384 (0.4)	366 (0.4)	463 (0.3)	491 (0.3)
Cancer	184 (0.3)	125 (0.2)	164 (0.2)	113 (0.2)	151 (0.4)	121 (0.3)	197 (0.2)	117 (0.1)*	348 (0.3)	238 (0.2)*
Diabetes	866 (1.3)	476 (0.7) *	1017 (1.5)	598 (0.8) *	1263 (3.2)	476 (1.2) *	620 (0.6)	598 (0.6) *	1883 (1.4)	1074 (0.8) *
Heart disease	1193 (1.8)	1013 (1.4) *	1895 (2.7) *	1672 (2.3) *	1584 (4.1)	1613 (4.0) *	1504 (1.5)	1072 (1.1) *	3088 (2.3)	2685 (1.9) *
Stroke	899 (1.4)	702 (1.0) *	799 (1.2)	574 (0.8) *	627 (1.6)	702 (1.7)	1071 (1.1)	574 (0.6) *	1698 (1.3)	1276 (0.9) *
Chronic pulmonary disease	990 (1.5)	1174 (1.7) *	766 (1.1)	814 (1.1)	480 (1.2)	611 (1.5)*	1276 (1.3)	1377 (1.4)*	1756 (1.3)	1988 (1.4) *
Hypertension	4289 (6.4)	2215 (3.1) *	5369 (7.7)	2834 4.0) *	4646 (11.9)	2215 (5.5) *	5012 (5.2)	2834 (2.8) *	9658 (7.1)	5049 (3.6) *
Peptic ulcer	355 (0.5)	448 (0.6) *	226 (0.3)	266 (0.4)	129 (0.3)	170 (0.4)*	452 (0.5)	544 (0.5)	581 (0.4)	714 (0.5) *
Chronic liver disease	131 (0.2)	128 (0.2)	66 (0.1)	71 (0.1)	69 (0.2)	128 (0.3)	128 (0.1)	71 (0.1)	197 (0.1)	199 (0.1)
Chronic renal disease	106 (0.2)	85 (0.1)	165 (0.2)	177 (0.3)	96 (0.3)	85 (0.2)	175 (0.2)	177 (0.2)	271 (0.2)	262 (0.2)
Rheumatologic arthritis	570 (0.9)	540 (0.8)	1216 (1.8)	1084 (1.5)	332 (0.9)	540 (1.3)	1454 (1.5)	1084 (1.1) *	1786 (1.3)	1624 (1.1)

Abbildung 3: Krankheit und Morbidität bei Befragten im Alter > 18 Jahren in China, 2003 und 2008 (Sun et al., 2011) Suizid: Im Jahr 2007 wurden die meisten verletzungsbedingten Todesfälle mit 28% auf den Selbstmord zurückgeführt, wobei der Anteil der Frauen deutlich über dem Anteil der Männer liegt. Psychische und neurologische Erkrankungen sind verantwortlich für etwa 20% der gesamten Krankheitslast in China. Ein Großteil dieser bleibt unbehandelt (WHO, 2011).

3.4 Pflegerische Versorgung

Insgesamt leben in China über 20 Mio. Einwohner die pflegerischer Hilfe bedürfen. Die Pflegebedürftigkeit ist mit 20% auf dem Land gegenüber den Städten mit 14,6% deutlich höher (Ding, 2010). Die Gesellschaft übernimmt immer mehr die Verantwortung für die Pflege. Damit steigt auch der Bedarf an Pflegeleistungen.

In Shanghai (ca. 8.Millionen Einwohner) steht der Aufbau einer langfristigen Struktur pflegerischer Versorgung der alten Menschen schon lange auf der Agenda. Laut Ding (2010) gibt es in Shanghai ca. 582 Altenpflegeeinrichtungen, davon 287 in der Trägerschaft der Regierung und 295 in der Trägerschaft von privaten bzw. nicht staatlichen Akteuren. Im Großraum Shanghai stehen über 80.000 Betten zur Verfügung, was etwa 2,8% der Menschen über 60 Jahren entspricht. Hinzu kommen über 230 ambulante Pflegedienste in Nachbarschaften¹. So werden weitere 177.000 Pflegebedürftige in Shanghai versorgt. Außerdem gibt es ca. 230 Tagesstätte und 71 ärztliche Behandlungseinrichtungen für alte Menschen (die Zahlen sind vermutlich von ca. 2009). Ding (2010) kommt dennoch zum Schluss, dass Shanghai unter Berücksichtigung der zukünftigen Entwicklung der Bevölkerung bezüglich langfristiger Angebote und Sicherstellung pflegerischer Leistungen unterentwickelt ist. Unter Anderem ist er der

¹ ... deren Leistungsangebot mit den deutschen nicht vergleichbar ist.

Auffassung, dass die ambulante Versorgung nicht den Bedürfnissen nach individuell zugeschnittenen Pflegediensten gerecht wird (Ungemach, 2007).

Durch die lange Tradition, nach der alte Menschen durch Familienangehörige versorgt werden, ist die Akzeptanz von Leistungen der ambulanten und stationären Pflege ein Problem. Der Bedarf an ambulanter pflegerischer Versorgung besteht bei ca. 16,2 % der alten Menschen. Tatsächlich nachgefragt werden hingegen nur 1,1%. Hohe Kosten für professionelle Pflege und unzureichenden Versorgungsmöglichkeiten sind weitere Gründe warum der Bedarf nicht gedeckt werden kann. So stehen für 1000 pflegebedürftige Menschen lediglich 15 Betten zur Verfügung, in den entwickelten Ländern ca. 70 Betten.

Auch in der personellen Ausstattung gibt es ein großes Defizit. Es werden für ganz China ca. 9,9 Mio. Pflegekräfte benötigt, zur Verfügung stehen dagegen 1 Mio. – davon 20.000 mit einer beruflichen Ausbildung. Auch in den Kliniken wird die Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen zu 95% durch die Familie und durch Pflegehilfskräfte gewährleistet (Ding, 2010).

Bei dem Vergleich einer ländlichen und städtischen Region stellt Liu (2009) fest, dass die Versorgung von Pflegebedürftigen auf dem Land hauptsächlich von Angehörigen übernommen wird, wo hingegen in der Stadt die Priorität auf die eigenen Berufstätigkeit gelegt wird. Hier übernehmen häufig Betreuungskräfte, welche aus weniger entwickelten Provinzen in die Stadt kommen, die Versorgung. Auch Liu et al. (2009) spricht von hohen Kosten und Stigmatisierung als Probleme bei Nutzung von stationären Pflegeeinrichtungen. Die Belastung von Pflegenden scheint in der Stadt allerdings höher als in ländlicheren Gebieten. In der Stadt gibt es vermutlich Konflikte der verschiedenen Rollen (Arbeitnehmer, Eltern und Betreuungsaufgaben bei der älteren Generation). Auf dem Land dagegen gibt es weiterhin traditionelle Wohnformen in Großfamilien und informelle Hilfe durch Verwandte und Nachbarn (Liu et al., 2009).

3.4.1 Altenpflege

Das Altwerden im Schoß der Familie ist die traditionelle Art und Weise der Versorgung in China, die auch weitgehend ohne professionelle Hilfe geleistet wird. Neben der traditionellen intergenerativen Verpflichtung spielen finanzielle Gründe (mangelnde Refinanzierung durch eine soziale Versicherung und ein mangelhaftes Angebot bei dem Umzug in eine Alteneinrichtung) eine Rolle. In den jüngeren Familien arbeiten Mann und Frau in Vollzeit, um den aktuellen Unterhalt und eine gute Ausbildung ihrer Kinder zu sichern und für den Lebensabend vorzusorgen. Vor diesem Hintergrund und der Zunahme älterer, hilfsbedürftiger Menschen entsteht ein riesiger Bedarf an Pflegeinstitutionen, dem beispielsweise durch große Unternehmen wie Pinetree Senior Care Services (siehe <http://www.pinetreecare.com/aboutus/en/>) zu begegnen versucht wird. Dieses bietet Dienstleistungen für Personen an, die zuhause Schwierigkeiten haben, für sich selbst zu sorgen oder diejenigen, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden, aber immer noch eine spezielle Pflege brauchen. Laut china.org vermietet das Unternehmen auf Anfrage Pflegekräfte für ältere Menschen zu Hause. Die Zeiten und Preise seien hier flexibel und es würden nur ausgebildete Krankenschwestern beschäftigt (china.org, 2011a).

3.4.1.1 Pflegeheime

Über 5,8 % der älteren Menschen in den Städten würden in ein Altenheim einziehen. Allerdings hat China lediglich eine Bettenkapazität von 1,497 Millionen Betten. Das sind ca. 0.84% der Gesamtbevöl-

kerung, also ein viel geringerer Anteil als das internationale Level mit 5% (Dong & Wu, 2010). Dabei gibt es verschiedenen Formen von Pflegeheimen, die sich in drei Typen unterteilen lassen:

- durch die Regierung geführte Sozialeinrichtungen und Wohnungen für ältere Menschen (verwaltet von Provinz-, Kommunal- und Bezirksregierung)
- durch Kollektive geführte Pflegeheime in ländlichen Townships
- private Pflegeheime

Die ersten beiden nehmen vor Allem die älteren Menschen auf, die keine Kinder oder eigene Mittel zu Verfügung haben (Dong & Wu, 2010).

In einer Umfrage von Dong & Wu 2010 variiert die Größe zwischen 20 und 300 Betten. 58,7% der Bewohner sind 80 Jahre und älter. Die Belegungsrate der staatlichen Einrichtung und kollektiv geführten Heime liegt bei 92,7% und es gibt lange Wartelisten. Bei privaten Einrichtungen schwankt die Auslastung zwischen 30-70%. Einflussfaktoren sind mit 50% die Kosten, mit 24% die Qualität der Pflege, mit 18% schlagen die Lebensbedingungen und mit 8% der Distanz von Zuhause zu Buche.

Ein weiteres Problem ist, das fast die Hälfte von Chinas Pflegeheimen die Aufnahme älterer Menschen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen ablehnen (china.org, 2011). Die Aussage wird durch eine Untersuchung von Dong & Wu 2010 bestätigt. In zehn Pflegeheimen der Umfrage verweigerten fünf Einrichtungen die Aufnahme älterer Menschen mit Demenz, drei weitere lehnen überwiegend abhängige Menschen ab. Die Gründe hierfür lägen hauptsächlich am Personalmangel und fehlenden medizinischen Einrichtungen (china.org, 2011).

Die in den Heimen angebotene Grundversorgung beinhaltet Körperpflege, Reinigung der Zimmer, Verpflegung, Waschen der Kleidung und medizinische Basisversorgung. Zu den animierten Aktivitäten gehören vor allem Fernsehen sowie Mahjong und Schach spielen oder Kalligraphie. Individuelle Angebote je nach gesundheitlicher Lage und Interessen der älteren Menschen stehen nicht zur Verfügung. 90% der Pflegeheime in China bieten keine Rehabilitation an und arbeiten nicht mit einem Freiwilligen-Dienst zusammen (Dong & Wu, 2010).

Vor dem Hintergrund das 18 Millionen Chinesen über 80 und 169 Millionen Menschen über 60 sind für die nur 20.000 qualifizierten Altenpflegekräfte breitstehen, gibt es einen dringenden Bedarf an weiteren Qualifizierungsmaßnahmen. Dong & Wu (2010) sprechen von rund 10 Millionen professionellen Pflegekräften. Die bestehenden pflegerischen Teams in den Pflegeheimen sind von einer hohen Fluktuation des Personals betroffen. Gründe seien das niedrige Einkommen, lange Arbeitszeiten und mangelnde Qualifikation. Eine weitere wahrscheinliche Ursache, die sich im Rahmen der Evaluation des Bildungsprojektes gezeigt hat, ist aber auch das Fehlen eines mittleren Managements, dass in der Lage ist, die Mitarbeiter organisatorisch und fachliche zu führen. Die meisten Hilfskräfte sind Bauern (58,1%), entlassene Arbeiter oder Rentner (38,7%). Dong & Wu (2010) stellen in ihrer Untersuchung von 60 Pflegenden aus 10 Institutionen, einen Analphabeten Anteil von 19,4%, einen Anteil von 56,5% Grundschulausbildung und einen Anteil von 22,6% mit einer Mittelschulausbildung fest. Die Mitarbeiter haben hauptsächlich ein kurzes Training erhalten.

Die medizinisch ausgerichtete Ausbildung in der Krankenpflege orientiert sich an dem Berufsbild von der Pflege in den USA. Pflegehelferinnen übernehmen körpernahe Tätigkeiten und haushalterische Aufgaben, sie sind in der Regel ungelernt und ihr sozialer Status ist niedrig. Diese Hilfskräfte arbeiten für die Patienten in einem Schlüssel 1:1 oder 1:2, werden von den Familien angestellt und entlohnt und sind nicht auf komplexe Aufgaben in der häuslichen und stationären Altenpflege vorbereitet.

3.4.2 Gutachten Prof. Ma.

Der Auftrag umfasste eine fundierte Beschreibung und Beurteilung des chinesischen Gesundheitssystems in der Provinz Jiangsu. Dieses unter besonderer Berücksichtigung des Pflegebedarfes so wie der vorhandenen Strukturen, die dem Bedarf entsprechen. Aus dem Auftrag sollen die gesundheitsökonomischen Steuerungs-, Leistungs- und Finanzierungsstrukturen hervorgehen, die die Grundlage und die Rahmenbedingungen für die Durchführung des Projekts TRAPAS darstellen. Der Bericht soll eine Analyse lokaler Strukturen sowie der prognostizierten Entwicklung des chinesischen Gesundheitssystems (Schwerpunkt Pflegebedarfe) in der Provinz Jiangsu mit besonderem Fokus auf den gesundheitsökonomischen Steuerungs-, Leistungs- und Kostenträgerstrukturen und einem Abgleich mit den tatsächlichen vor Ort praktizierten Gegebenheiten umfassen.

Wesentliche Inhalte des Gutachtens „Analyse der Sozial- und Wirtschaftshintergründe der ambulanten Pflegesystemen (Pflege zu Hause) und der Ausbildung der Basispflegekräfte in dem Sozialversorgungssystem der Stadt Suzhou“:

- I. Es wird geschätzt, dass im Jahr 2015 das Marktpotenzial der Altenpflegedienstleistung und -betreuung mehr als 450 Milliarden Yuan (65 Milliarden Euro) beträgt, und zugleich die Nachfrage nach Arbeitskräften der Altenpflege auf über 5 Millionen steigen wird.
- II. Es entwickelt sich (seit 2007) eine differenzierte Personalstruktur, indem zu der universitäre Krankenpflegeausbildung das offizielle Berufsbild der Altenpflege mit einem 4 stufigen Ausbildungsniveau hinzukommt: Basisklasse (staatliche Berufsqualifikation 4), Mittelklasse (staatliche Berufsqualifikation 3), Oberklasse (staatliche Berufsqualifikation 2), Meisterklasse (staatliche Berufsqualifikation 1).
- III. Hinsichtlich der Sozial- und Wirtschaftsbedingungen für ambulante Pflegesysteme im Sozialversorgungssystem der Stadt Suzhou wird betont, dass es für den Staat dringend notwendig ist, wegen des wachsenden Pflegebedarfs aktiv zu werden, da in der „Gesamtheit des Systems der Altenpflege“ noch ein mangelhaftes Angebote an Pflegekräften und Hilfsmittel zu verzeichnen ist. Die Diskrepanz zwischen Bedarf und Angebot ist sehr deutlich.

Bei der Umsetzung geht die Stadt Suzhou wohl neuartige und wegen des relativen lokalen Wohlstandes auch umfassende Wege. Eine Feststellung, die die ursprüngliche Wahl als Einzugsgebiet und Veranstaltungsort rechtfertigt.

Die Strategie der Stadt Suzhou umfasst ausdrücklich die Entwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen² und fußt auf „drei Umstrukturierungen“:

- (1) Umstrukturierung im Leitgedanken, in welchem als ein gegenwärtiges Ziel, die Lebensqualität des alten Menschen zu verbessern ist, anstatt die Existenzprobleme seines Lebens zu lösen.*
- (2) Umstrukturierung im Organisationsmechanismus, durch die spezialisierte Trennung von Management und Pflegearbeiten anstatt die unspezialisierte Integration von Management und Pflegearbeiten;*
- (3) Umstrukturierung im Dienstleistungsmodus durch die spezialisierte und gezielte Dienstleistung anstatt durch die allgemeine ungezielte Dienstleistung.*

² Siehe: „Vorschläge zu der Umsetzung und Etablierung des Systems der ambulanten Altenpflegedienstleistung der Provinz Suzhou“ (Suzhou[2013] Nr.196) von der Volkregierung Suzhou am 18.09.2013“.

Die Dienstleistungen werden sowohl als „go in-Service“ und für alten Menschen mit „go out“ Motivation entwickelt, um dadurch die enge Koordinierung zwischen Sich-selbst-helfen, sich gegenseitig helfen und innerhalb der Gemeinden helfen zu realisieren. Es sind auch Subventionen für die Etablierung und Umsetzung der Dienstleistungsorganisation vorgesehen. Bedacht wird ausdrücklich eine integrative Entwicklung, bei der das Altenpflegesystem mit der medizinischen Versorgung, Rehabilitation, psychologischen Beratung und der kulturellen Aktivitäten verbunden werden soll. Geplant sind sowohl vollstationäre Einrichtungen wie auch Tages- und Betreuungszentren. Auffallend ist die ausdrückliche Betonung einer dezentralen, nach den Kriterien der Erreichbarkeit geplanten Struktur, die kleine aber vielfältige, funktionsfähige und kooperationsfähige Einrichtungen umfassen soll.

Die Pflegebedürftigen³ werden in drei verschiedenen Stufen klassifiziert:

- *Vollsubvention der Regierung*
- *Teilsubvention der Regierung (Beihilfe)*
- *Selbstzahlende*

Bei der Voll- und Teilsubvention der Regierung soll der Wohnort der Pflegeannehmenden in der Stadt Suzhou registriert sein. Folgende Fälle sind zur Subvention durch die Regierung berechtigt:

- *„Fünf Garantien Familie“ sowie kinderlos, gebrechliche alte Personen, die niedrige (gar keine) Sozial- und Krankenversicherung haben, welche in ihrem alltäglichen Leben Unterstützungen oder Pflege benötigen;*
- *die Modellarbeiter auf dem Niveau der Stadt, wichtige geförderte Personen und die zurückgekommenen Überseechinesen, welche als Alte in ihrem alltäglichen Leben Unterstützungen oder Pflege benötigen;*
- *„Zwei Keine“ (keine Kinder, keine Arbeitsfähigkeit), Personen, die keine Betreuung/ Pflege von eigenen Kinder erhalten, Personen, die behinderte Kinder haben, sowie Personen, die Schwierigkeiten in der Einzel- Kind- Familie haben, welche als Alte in ihrem alltäglichen Leben Unterstützung oder Pflege benötigen.*

Diese Personen, die von der Regierung subventioniert werden, sollen min. 84 Jahre alt sein. Innerhalb von drei Jahren soll das Alter nach und nach auf 80 Jahre zurückgesetzt werden. Die besonders geförderten Personen bei der Familienplanung (Ein – Kind – Planung) sollen min. 70 Jahre alt sein. Die alten Personen, die Pflegebedürfnisse haben, sich aber in einer fundierten Wirtschaftslage befinden, gehören dann zu den Selbstzahlenden.

Die Regierung der Provinz Suzhou hat vier Vorschläge für die Entwicklung der Altenpflegedienstleistung aufgestellt:

(1) Der „Hauptkörper“ der Geschäftstätigkeit soll sich marktorientiert herausbildend ausbreiten. ... damit die Einseitigkeit des „Hauptkörpers“ der Regierung oder der Gemeinde schrittweise durchgebrochen werden. Die sozialen Forschungsorganisationen, Non-Profit-Organisationen (gemeinnützigen Organisationen) und Unternehmen sollen in dem Projekt für Alte integriert werden. Zugleich sollen mehr verschiedene Service-Agenturen für die Informationsplattform eines virtuellen Altenheimen etabliert und entwickelt werden, um die Erneuerung und Umstrukturierung von den Pflegeagenturen, Altenheimen und Pflegeheimen usw. aktiv zu fördern.

(2) Gerechtigkeit als Prinzip erhöht die Bemühung für die Innovation und Aktualität der politischen Programme (Policy). Die Konstruktionen und Umsetzungen des Evaluationssystems für die Pflegeannehmenden oder Pflegebedürftigen sollen beschleunigt hervorgebracht werden, sowie die Evaluationen von Dritte eingeführt werden. Die Kriterien des öffentlichen Beschaffungswesens und der öffentlichen Ausschreibungen der Regierung gilt es zu konstruieren, und die Liste des Beschaffungswesens und der Ausschreibung klar herzustellen. Die Förderprogramme der Unternehmen für Alte sollen beschleunigt konstruiert und umgesetzt werden. Die

³ Beachte: dieser Begriff ist nicht im Sinne des deutschen Sozialrecht zu verstehen.

Evaluationsplattform für die Etablierung des Glaubwürdigkeitssystems sowie die Forschung des Preisbildungssystems für die objektive und logische Preisbildung soll erforscht und entwickelt werden.

(3) Bedürfnisorientierung ist Kern der Dienstleistung, und die Etablierung der Dienstleistungsfähigkeiten sollen erweitert werden. Die Koordinierung zwischen der medizinischen Versorgung und der Pflege/ der Betreuung werden angestrebt. Zwischen den primären Medizin- und Gesundheitseinrichtungen und den Altenpflegedienstleistungen sollen die Verbindung hergestellt werden. Forschung und Förderung der Pflege zu Hause vorangetrieben werden. Die Errichtungen der Teams in der Altenpflegedienstleistung sollen gestärkt werden; die Förderprogramme als Anreiz, Belohnung und Motivation für die Altenpflegeteams sollen durchgeführt werden, um die aktuellen Pflegekräfte zu fördern und mehr neue Leute in der Branche der Altenpflege zu motivieren.

(4) Durch plan- und konzeptorientierte Strategien sollen die Förderungen der Einrichtungen und Versicherungen verstärkt werden.

Subventionsprogramm

In wieweit Mittel für die Aus- und Fortbildung vorgesehen sind, ist aus dem Gutachten nicht zu entnehmen.

Auch wenn man davon ausgeht, dass Suzhou insgesamt eine reiche, weitentwickelte und damit eher untypische Stadt in China ist, unterstützt das Gutachten die strategische Entscheidung, dem Thema ambulante Versorgung eine zentrale Bedeutung beizumessen. Allerdings wird auch sichtbar, dass bei fehlender bzw. schwach entwickelter Infrastruktur und Rahmenbedingungen, die dem Projekt ursprünglich zugrunde gelegte Konzeption und die damit verbundenen Zielgruppe revidiert werden mussten, da sich dort kein Ansprechpartner für das Projekt gewinnen ließ.

3.5 Soziale Sicherung im Bereich Medizinischer Versorgung und Pflege

In den vergangenen 30 Jahren verbesserte sich die Situation der chinesischen Bevölkerung, nach den Richtwerten der international üblichen Armutsgrenze von 1 US \$ pro Tag dahingehend, dass schätzungsweise 400 Millionen Menschen nicht weiter unter die Armutsgrenze fallen. Die Früchte des Wachstums sind jedoch nicht gleichmäßig verteilt. So gibt es große Unterschiede in reichen und armen Haushalten, bei städtischen und ländlichen Einwohnern und Migranten und der einheimischen Bevölkerung in den Städten. Viele Menschen, vor allem in den abgelegenen und ressourcenarmen Gebieten, sind oft noch ohne Zugang zu sauberem Wasser, Ackerland oder angemessenen Gesundheits- und Bildungsdienstleistungen.

Der Human development index (HDI) steht als Wohlstandindikator bei 0.66 (Deutschland 0,91) (WHO, 2011).

Die gesamten Gesundheitsausgaben stiegen von 3% des BIP im Jahr 1978 auf 4,6% des BIP im Jahr 2009 (in Deutschland sind es 11,37%). Insgesamt trägt die Regierung 50,3% und die privaten Ausgaben liegen bei 41,1%. Der Beitrag aus öffentlicher Finanzierung ist gestiegen und der Anteil aus persönlichen Gesundheitsausgaben gesunken (WHO, 2011). Doch das wirtschaftliche Wachstum in China hat nicht alle Teile der Bevölkerung erreicht. Gerade in den bevölkerungsarmen Regionen sind die finanziellen Möglichkeiten oft gering. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird durch den sozioökonomi-

schen Status beeinflusst. Es existiert eine beträchtliche Lücke zwischen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in ländlichen und städtischen Gebieten. Im Zuge der Wirtschaftsreformen hat China sich von dem Ideal des gleichberechtigten Zugangs für gleiche Bedürfnisse entfernt. Die Regierung betont die Autonomie der Gesundheitseinrichtungen. Die Umstellung auf gewinnorientierte Krankenhäuser ließen die Preise im Gesundheitswesen steigen. Wang (2012) stellt eine Tendenz zu einem besseren Zugang für reichere Menschen fest. Allerdings gibt es hier Unterschiede in den Provinzen. Die Verweildauer und die Zahl der nicht definierten Krankenhauseinweisungen (25-50% aller Einweisungen) steigen. Ärmere Personen nutzen eher ambulante Angebote. Hierbei liegt die Vermutung nahe, dass der schlechte Zugang zu einer stationären Versorgung, u. a. aufgrund schlechter Erreichbarkeit und den höheren Kosten, verantwortlich ist. Generell scheint sich der Zugang zu Gesundheitsleistungen seit den Reformveränderungen der Krankenversicherungen verbessert zu haben. Weitere Faktoren auf die Nutzung der Leistungen sind Haushaltseinkommen und Bildung (Wang et al., 2012).

Bezüglich der sozialen Absicherung stellt Ding (2010), angesichts der Entwicklung bezogen auf die Bevölkerungsalterung, Mängel auf beiden Seiten heraus. Erstens sind die verfügbaren finanziellen Ressourcen der alten Menschen oft eingeschränkt. Pflegeleistungen werden benötigt, können aber nicht bezahlt werden. Die Altenpflegeeinrichtungen und Pflegedienste werden lediglich minimal von der Regierung subventioniert. Im Gegensatz zu anderen westlichen Ländern wird die Schwelle der alternenden Gesellschaft in China bereits erreicht, bevor die Gesellschaft wohlhabend wird. Das Bruttoinlandsprodukt pro Einwohner lag in Frankreich, Schweden und den USA zur Zeit des Eintritts in eine alternde Gesellschaft deutlich höher als in China. Seit 2004 ist in der Chinesischen Verfassung der Anspruch auf soziale Sicherung verankert. China hat nun eine Renten-, Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- und Mutterschaftsversicherung. Der Deckungsgrad der einzelnen Versicherungen ist allerdings besonders in den ländlichen Gebieten noch sehr niedrig. (Ding, 2010)

Nach der Verlagerung der landwirtschaftlichen Produktion von Kollektiven auf einzelne Familien scheiterte ein Versicherungssystem für Landwirte. Viele Menschen in den ländlichen Gebieten sind ohne Versicherung und auch in den Städten ist die Absicherung an ein Arbeitsverhältnis geknüpft und schließt daher alle anderen aus. 2002 wurden zwei neue Systeme eingeführt – eine neue Absicherung durch eine Krankenversicherung auf dem Land und eine zusätzliche Absicherung für Arbeitslose, Studenten, Kinder und alte Menschen in den Städten. Selbst die niedrigen Beiträge für Menschen in ländlichen Gebieten, können nicht immer aufgebracht werden. Aber auch in der Stadt fallen die Armen durch das Raster und selbst die Versicherten können Gesundheitsleistungen oft nicht in Anspruch nehmen, da Sie neben den hohen Beiträgen der städtischen Versicherung die privaten Zusatzkosten nicht tragen können (Wang et al., 2012). Da die Ausgaben für Arzneimittel einen wesentlichen Teil der out-of-pocket Kosten darstellen, ist ein wichtiges politisches Ziel lebenswichtige generische Medikamente bezahlbar zur Verfügung zu stellen (WHO, 2011).

Die Grenze zum Ruhestand ist in China parallel zu anderen Entwicklungsländern mit 60 Jahren erreicht (Li, 2007). Frauen gehen schon mit 50-55 Jahren in Rente (Geinitz, 2013). Die Renten sind in der Regel sehr niedrig und reichen häufig kaum zum Leben. Viele Rentner verarmen. Ein Großteil der Betriebe scheint bislang noch nicht die vorgeschriebenen Abgaben zu zahlen und für die erforderlichen Rentenzahlungen aufzukommen. (Li, 2007). Laut Geinitz (2013) fordert der Professor für Gerontologie an der Volksuniversität in Peking, Du Peng das gesetzliche Rentenalter heraufzusetzen. „Die Schwelle muss dringend heraufgesetzt werden“, fordert Du. „Sie stammt von 1950, als die Lebenserwartung im Schnitt 42 Jahre betrug und jede Frau sechs Kinder hatte. Heute liegt sie bei 75 Jahren, und es sind viel weniger Kinder da, die sich um die Alten kümmern können.“ Den Rentendurchschnitt hat der Wissen-

schaftler Du mit 55 Yuan (7 Euro) im Monat berechnet. Zum Vergleich führt Geinitz (2013) Chinas offizielle Armutsgrenze von 192 Yuan (23 Euro) auf. Besser sei die Lage in den Städten. Durch die Alterung und die niedrige Geburtenrate steigt die Belastung der erwerbstätigen Personen. 1978 lag das Verhältnis von Erwerbstätigen und Rentnern bei 20:1. Inzwischen kommt ein Rentner nur noch auf drei erwerbstätige Personen (Ding, 2010).

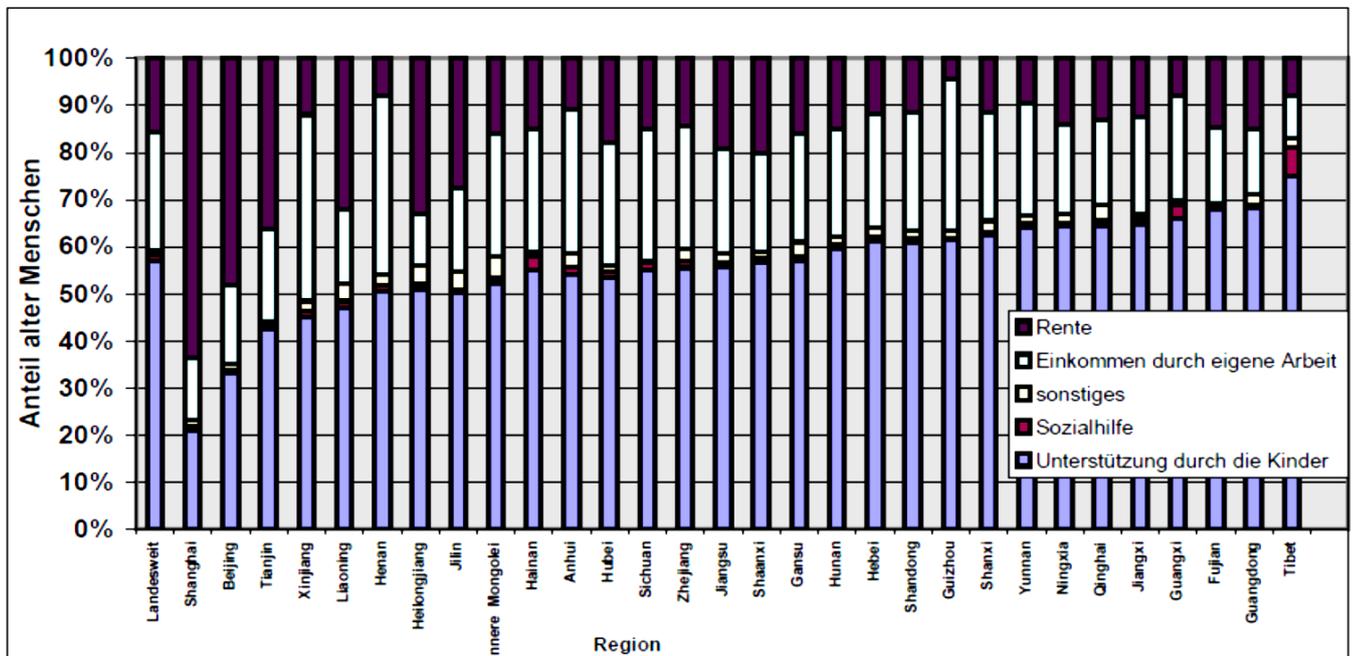


Abbildung 4: Anteil alter Menschen in allen Provinzen Chinas nach Lebensunterhaltsquellen, 1994 (Wu, 2004)

3.6 Ausbildung in der Pflege

Aus der Literatur wurden folgende Aspekte zur Lage der Altenpflege- und Pflegeausbildung in China ermittelt:

Chinese Nursing Association

Der chinesischen Pflegeverband (CNA) trägt dazu bei, professionelle Pflege zu vereinen und die Pflege zu entwickeln und zu fördern. Der Verband wurde im Jahre 1909 als die „chinesische Nurses 'Society“ gegründet und änderte seinen Titel 1964 in den aktuellen. Das erste Jahrestreffen fand 1914 statt. Der Rat hat einer gewählten Körperschaft besteht seit dieser Zeit. Mittlerweile gibt es über 330.000 Mitglieder. Aufgaben sind: Schutz der Rechte von Krankenschwestern, Verbreitung Advanced Nursing Knowledge, die Förderung von akademischem Austausch und Publikationen in Fachzeitschriften. Der Verein organisiert und sponsert nationale und internationale wissenschaftliche Konferenzen um das wissenschaftliche und professionelle Potenzial seiner Mitglieder zu heben und die chinesische Pflege im Allgemeinen zu unterstützen (Smith & Tang, 2004). Siehe auch <http://www.cna-cast.org.cn>.

3.7 Vergleich Deutschland /Japan

Im Rahmen des Projektverlaufes wurde deutlich, dass Japan neben Deutschland (bzw. Westeuropa) als Orientierung für die Entwicklung der Pflege (zumindest im Privatsektor) dient und somit in einem Konkurrenzverhältnis um die besseren (für China geeigneten) Konzepte steht. Die Besonderheiten der japanischen Altenhilfe in Hinblick auf die Bedarfsstruktur in China wurden im Gutachten durch Prof. Dr. Gerhard Igl herausgearbeitet. Die wesentlichen Unterschiede liegen zusammenfassend in einem stärkeren Einfluss der Kommunen auf das Leistungsangebot in Japan und einer dementsprechenden starken Unterstützung der lokalen familiären Pflege. Bezüglich der Weiterbildung zeigt sich als ein für den Bildungsexport relevanter Unterschied, dass es in Deutschland ein differenziertes und sehr breitgefächertes Angebot an pflegfachlichen Inhalten gibt, dass sich sowohl an bestimmte Versorgungsstrukturen (stationär – ambulant), wie auch an Versorgungsthemen (Demenz, Intensivpflege, Palliativpflege, etc. ...) sowie einzelnen Techniken bzw. Konzepten (Kinästhetik, basale Stimulation, DCM, Snoezelen usw.) orientiert. Zu weiteren Punkten siehe auch Anlage: Synopse: Deutsche und japanische Altenpflege im Vergleich sowie das komplette Gutachten von G. Igl im Dokumentationsband.

4 Arbeitspaket 2: Wissenschaftliche Begleitung

Die generelle Aufgabenstellung der Universität Witten/Herdecke ist die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Bildungsexportes und die Überprüfung der interkulturellen Transferierbarkeit. Sie hat zum Ziel, die Machbarkeit und die Bedingungen eines erfolgreichen Bildungsexports zu untersuchen, Faktoren für einen erfolgreichen Export von Bildungsdienstleistungen sowie Bedingungen für eine wirtschaftliche Verwertungsstrategie zu identifizieren und die wissenschaftlichen Grundlagen für die Entwicklung des Curriculums zu liefern. Letzteres beinhaltet die Formulierung von festgestellten Bedarfen in den Dienstleistungsbereichen „Altenpflege“ bzw. ambulante Versorgung orientierten Qualifikations-, Bildungszielen und Inhalten. Im Rahmen der begleitenden Evaluation sind auch einige allgemeinere Erkenntnisse hinsichtlich des kulturellen Austausches pflegerischen Wissens und den Bedingungen/ Voraussetzungen nachhaltiger Kooperationen gewonnen worden. Unter anderem Erkenntnisse, die ein kritisches Licht auf die Anstrengungen einiger deutscher Leistungserbringer im Bereich Pflege und pflegerischer Ausbildung werfen, welche versuchen, durch die Anwerbung und Ausbildung chinesische Bürger in und für Deutschland dem Personalnotstand hierzulande zu begegnen.

Ursprünglich sollte sich die Weiterbildung vor allem an Frauen mit praktischer Vorerfahrung im Bereich Pflege- und hauswirtschaftliche Versorgung richten, die sich mit dieser Ausbildung im Bereich Altenpflege (erstmalig) formal qualifizieren möchten. Das Angebot richtet sich zuallererst an Ungelernte, die auf diesem Weg auf die Anforderungen in dem schnell wachsenden Sektor der Altenpflege vorbereitet werden und so ihre Chancen auf ein dauerhaftes Arbeitsverhältnis verbessern können. Insbesondere im Zusammenhang mit der Entwicklung ambulanter Pflegestrukturen sollen auch die Arbeitsverhältnisse selbst verändert werden. Nämlich von einer durch gegenseitige Abhängigkeit der 24h Versorgung und weitgehenden (totalen) Integration in den Haushalt geprägten Pflegebeziehung in Richtung einer an Bedarfen und Arbeitsrechten orientierten ambulanten Pflege. Die damit angesprochene Entwicklung ist insofern von besonderer Bedeutung, weil dadurch Rahmenbedingungen ge-

schaffen werden, die a) prinzipiell die Selbstständigkeit der Pflegeabhängigen erhöht, also zur Mobilisierung ihrer vorhandenen Restressourcen beiträgt und es b) zugleich erlauben, dass einzelne Pflegefachkräfte mehrere Personen betreuen können. Diese Entwicklung vergrößert den Effekt in Richtung der Befriedigung gesamtgesellschaftlich nachgefragter Leistung und erlaubt zugleich eine besser Refinanzierung der Arbeitsleistungen, da das zu erwirtschaftende Einkommen auf mehrere Schultern (der Nachfragenden) verteilt wird. So kann ohne eine wesentliche Kostensteigerung für den Einzelnen, die mit einer besseren Qualifizierung einhergehenden, Einkommensverbesserungen aufgefangen werden.

Nicht erreicht wurde das ursprüngliche Ziel, sogenannte „Altenpflegeassistenten“ für diesen Bereich auszubilden (immerhin hat eine Teilnehmerin in ihrem eigenen Unternehmen ihre weitgehend unausgebildeten Mitarbeiterinnen innerbetrieblich geschult), da es eben noch keinen Markt dafür gibt, bzw. das zur Zeit praktizierte Modell der 24h – Betreuung im 1:1 Verhältnis nicht auf gezielte und fachliche Leistungserbringung beruht sondern auf permanente Verfügbarkeit und Dienstbereitschaft in allen Lebensbereichen der Alltagsbewältigung (incl. elementarer pflegerischer Betreuung).

Abschließend bleibt für diese Zielebene noch hervorzuheben, dass es vor allem an Mitarbeitern im mittleren Management fehlt und eine Nachfrage nach entsprechenden Bachelorstudiengänge besteht. Hier wäre zu überlegen, ob nicht die frühere ein- oder zweijährige Weiterbildung zur Pflegedienstleistung eine adäquates Modell darstellen würde. Allerdings fehlt es dafür an einem entsprechenden Unterbau pflegfachlich qualifizierter Fachkräfte.

Quer zu den Zielen aus den Arbeitspaketen ergeben sich folgende paketübergreifende Zielsetzungen:

4.1 Wissenschaftliche Ziele

Sieht man von den, im Zusammenhang mit der Erreichung der fachlichen Ziele gewonnenen Erkenntnisse ab, lassen sich nur wenige Erkenntnisse bezüglich des Bildungsexports im Allgemeinen und nach China im Besonderen formulieren. Bezogen auf das Projekt glauben wir aber sagen zu können, dass für den Transfer von Bildungsinhalten die sich auf so komplexe und unterdeterminierte Bereiche wie Pflege oder hauswirtschaftliche Belange beziehen, die Dozenten umfassende Kenntnisse der heimischen Situation haben müssen. Das eigentliche Transferhindernis bei der „Übersetzung“ eines Prinzips oder einer Methode in einen anderen Kulturbereich – also etwa die Verdeutlichung des Prinzips Biographieorientierter-Pflege – ist nicht sprachlicher Natur, sondern beruht auf mangelnden Akzeptanz, weil die nötigen Bedingungen des Transfers nicht gegeben sind. Bezogen auf das obige Beispiel muss man zur Kenntnis nehmen, dass in China viele Menschen die in den Pflegeeinrichtungen arbeiten, nicht lesen können. Daher muss ein kundiger Dozent nicht nur das Biographie Prinzip in der Pflege verstehen, sondern auch wissen, wie die Rezeptions- und Umsetzungsbedingungen vor Ort sind und dementsprechend das Konzept und die Vermittlung so modifizieren, dass es ohne Lese- und Schreibkenntnisse umgesetzt werden kann. Hinzu kommt dann noch die Frage, welche Elemente eines Lebenslaufs in der Biographie im Allgemeinen von Bedeutung sind. In Deutschland etwa spielen der Beruf und die landsmannschaftliche Herkunft eine bedeutende Rolle.

Ein speziell für das Department für Pflegewissenschaft interessanter Aspekt war, dass unter dem Eindruck chinesischer Verhältnisse bestimmte Aspekte der deutschen Situation in einem anderen Licht erscheinen. Insbesondere verdienen der Personalmix unterschiedlicher Qualifikationsstufen und die persönliche Assistenz im Rahmen einer individuellen 1:1 Betreuung, wie sie hier durch Haushaltshilfen aus vor allem osteuropäischen Ländern realisiert wird, eine erneute kritische Würdigung.

4.2 Strukturelle Ziele

Auch wenn momentan fehlende förderliche Rahmenbedingungen für ambulante Versorgungskonzepte eine konkrete Umsetzung erhebliche erschweren, so konnte doch die grundlegende Idee und die damit verbundenen Qualifizierungsbedarfe bei den Teilnehmern (und über diese auch bei einer Reihe von Unternehmern) verankert werden. Insgesamt legt das Projekt den Grundstein zu einer Familien-/Gemeindeorientierten Versorgung. Hierbei wird das Konzept der WHO zur Einrichtung der Familien – und Gesundheitspflege die Basis sein. Auf struktureller Zielebene sind als Ereignis die –vorerst – lockeren Verbindungen zu zahlreichen chinesischen Akteuren zu nennen. Besonders aber ist hervorzuheben, dass das chinesische Fernsehen (Shanghai TV) auf dieses Projekt aufmerksam geworden ist und Frau Prof. Bienstein ein längeres Statement über die politischen Strategien zur Bewältigung wachsender Pflegebedürftigkeit und über den Stand der deutscher Pflege- und Versorgungsstrukturen abgeben konnte. (Links für Online - Viewing: siehe Link 3;

Teil 1: http://m.kankanews.com/n/1_7136130.html?utm_source=Else&from=groupmessage&isappinstalled=0

Teil 2: http://m.kankanews.com/n/1_7137543.html?utm_source=Else&from=groupmessage&isappinstalled=0

Teil 3: http://m.kankanews.com/n/1_7138772.html?utm_source=wechat&from=groupmessage&isappinstalled=0

Teil 4: http://m.kankanews.com/n/1_7139947.html?utm_source=Else&from=groupmessage&isappinstalled=0

Teil 5: http://m.kankanews.com/n/1_7141300.html?utm_source=Else&from=groupmessage&isappinstalled=0

Teil 6: http://m.kankanews.com/n/1_7142668.html?utm_source=Else&from=groupmessage&isappinstalled=0

Auf der Abschlusstagung des ersten Durchlaufs im November 2014 konnte auch ein Beitrag zur Netzwerkbildung deutscher Akteure geleistet werden. Ca. 40 Teilnehmern wurden die Zwischenergebnisse des Projektverlaufs bzw. der Evaluation des ersten Durchlaufes vorgestellt. Schwerpunkt war die Überwindung kultureller Differenzen. Zugleich bestand für die chinesischen bzw. deutschen Gäste die Möglichkeit, unmittelbar in Kontakt zu treten und sich über mögliche gemeinsame Interessen und Kooperationen auszutauschen (es kam tatsächlich zustande: ein ambulanter Pflegedienst aus Dortmund tritt in Kontakt mit einer Teilnehmerin aus der Nähe von Peking Aufbau um einen ambulanten Pflegedienst aufzubauen).

4.3 Fachliche Ziele

Als wesentliches Ziel wurde bei den Teilnehmern eine Sensibilität für einige grundlegende Aspekte bundesrepublikanischer Pflegekonzepte und –methoden erreicht. Zum Teil konnten die Teilnehmer einzelne Aspekte und Anregungen umsetzen (z.B. Kinästhetik, Biographie orientierte und aktivierende Pflege). Im Wesentlichen wurde aber die Nachfrage nach bestimmten Methoden und Konzepten der Pflege und der Gestaltung pflegerischer Settings geweckt (z.B. andere, die Freiheitsrechte respektierende Methoden im Umgang mit Menschen mit Demenz). Auch eine große Nachfrage nach managerialen Themen, wie der Umgang mit Mitarbeitern und Methoden der Qualitätssicherung festgestellt werden. Als beachtenswert ist hervorzuheben, dass deutsche Humanitätskonzepte, wie sie z.B. im Zusammenhang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen und der bedürfnisorientierten (anstelle der angebotsorientierten) Pflege, Verzicht auf sedierende Medikamente bei Bewohnern mit herausfordernden Verhalten thematisiert worden sind, einen tiefen Eindruck.

5 Arbeitspaket 3: Mitwirkung bei der Entwicklung der Aus- bzw. Weiterbildungsmodule

In einem ersten Schritt wurde eine detaillierte Situationsbeschreibung angefertigt (siehe Kapitel: Explorationsphase), die die aktuelle demographische Entwicklung in ein Verhältnis zu den Versorgungsstrukturen in der Altenpflege in der Stadt Suzhou setzt und so den Bedarf an Fachkräften und deren notwendiges Kompetenzprofil genauer bestimmen soll. Auf dieser Grundlage und dem sich ergebenden Marktzugang (Kooperationspartner) wurden die Weiterbildungsmodule entwickelt.

Begleitet wurde der Bildungstransfer durch ein multimodales Evaluationskonzept, das neben Fragebögen sowohl Interviews mit Teilnehmer, Dozenten, Dolmetschern und Kooperationspartnern bzw. mit den Arbeitgebern der Teilnehmer beinhaltet sowie eine Begehung der Einrichtungen von ausgesuchten Teilnehmern. Das Augenmerk richtet sich auf

- die Zufriedenheit der Teilnehmer und hierbei insbesondere
- auf die Akzeptanz der Vermittlungsmethoden,
- (Praxis-) Relevanz und Bedarfsgerechtigkeit der Themen/ Inhalte
- Umsetzbarkeit und kulturelle Differenzen
- die für einen Bildungstransfer relevante Merkmale des Bildungsmarktes

Als inhaltliche Grundlage dienten die, bereits beim Forum Berufsbildung, für die Fortbildung „Altenpflegeassistent“ eingesetzten Materialien. Diese wurden vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Bedarfsanalyse sowie der aktuellen teilnehmerorientierten Konzeption des Lehrgangs von der Universität Witten-Herdecke analysieren und mit Vorschlägen zur Auswahl bzw. Modifikation versehen. Gleichzeitig wurden didaktische Anregungen vorgeschlagen.

5.1 Bedarfsermittlung (Explorationsphase)

Grundlage des Curriculums waren zum einem die Ergebnisse der Bedarfsermittlung in der Versorgung und zum anderen die durch Teilnehmer vorgegeben Kompetenzen und Erwartungen. Diesem entsprach das zwei-schrittige und flexible Vorgehen, in dem die Themen und Inhalte im Feld gewonnen und das Vermittlungsniveau (Qualifikationsziele) und die methodischen – didaktischen Aspekte von der letztlich erreichten Zielgruppe (Zusammensetzung der Teilnehmer) abhängig gemacht wurde. Durch dieses Vorgehen wurde erreicht, dass einem Bildungsprogramm unter dem Aspekt der Teilnehmerorientierung (diese dort abholen, wo sie stehen) das notwendige Innovationspotential erhalten bleibt. Aus den Versorgungsbedarfen lassen sich in einem eher objektivem Sinne – sieht man von den politischen und kulturellen Restriktionen ab – ausreichende Legitimationen für die Auswahl der Themen und Inhalte gewinnen. Gleichwohl gilt es hierbei zu bedenken, dass durch einen ungeeigneten Feldzugang quasi durch die „Hintertür“ unangemessene, eurozentrische Sichtweisen Platz greifen und zu entsprechenden Fehlurteilen führen können.

In einem ersten Schritt wurde daher eine Bedarfsanalyse auf der Grundlagen der Auswertung von Literatur, demografischen Daten, Arbeitsmarktanalysen sowie den vor Ort ermittelten Daten respektive Informationen erstellt. Es wurden Interviews in verschiedenen staatlichen und privaten Pflegeeinrichtungen, wissenschaftlichen Einrichtungen, sowie staatlichen Krankenhäusern und Vertretern der Kommunalpolitik in der Provinz Jiangsu durchgeführt. Die Bedarfsanalyse sollte klären, welcher Bedarf an Altenpflege in den kommenden Jahren zu erwarten und welche strukturellen Voraussetzungen zu beachten ist.

5.1.1 Literaturanalyse

Um zu verhindern, dass die Ergebnisse durch den Blick einer westlichen, bundesrepublikanischen Brille verfälscht werden, gingen dem Besuch umfangreiche Internetrecherchen/ Literaturrecherchen voraus. Die Literaturrecherche wurde von Mitarbeitern vorgenommen, die selber nicht mit der Erhebung vor Ort befasst waren, um so die Vorurteilsfreiheit der Feldforscher zu unterstützen. Nach dem Besuch in Suzhou fand abschließend eine **gezielte Nachrecherche** statt, die zu verschiedenen Zeitpunkten des Projekts wiederholt wurde um a) die Aktualität (z.B. neuer Fünf-Jahresplan) und um b) neu auftauchende Einzelfragen zu klären.

Zu den Ergebnissen: siehe u.a. die Einleitung.

5.1.2 Experteninterviews

Zur Vorbereitung und Begleitung der Exploration im Feld erfolgte in Anlehnung an das ethnographische Methodenrepertoire der Einstieg durch offene Interviews mit „key informants“ in Deutschland und China.

Als Experten konnten zunächst einige Dozenten aus dem Weiterbildungskurs „Traditionelle Chinesische Medizin“ gewonnen werden. Sie bestätigten durchgehend die Notwendigkeit der Entwicklung des niedrigschwelligen Pflegesektors. Sie haben aber darauf hingewiesen, dass die politischen Verhältnisse wenig Spielraum für Initiativen jenseits des staatlichen Sektors ließen. Eine Meinung, die sich in der

Bestimmtheit und mit der resignativen Konnotation, mit der sie vorgetragen wurde, aber nicht bestätigt hat. Zumindest wurde durch das Projekt deutlich, dass es durchaus einen großen Spielraum privater Initiativen gibt und vieles auch von lokalen - sprich zufälligen Bedingungen - abhängt.

Ein wichtiger Experte war Herr Dr. Ulrich Hambüchen, zur Zeit des Interviews Vorsitzender Richter der 3. Kammer des Bundessozialgerichtes (2007 – 2014) in Kassel und zwischen 1994 – 2001 Gesetzgebungsberater im Ministerium für Arbeit und Soziale Sicherheit der VR China⁴. Er wies darauf hin, dass das Zentrale Institut für berufliche Bildung mit sechs Niederlassungen in China versucht hat, ein duales Bildungssystem zu etablieren, was unter anderem daran gescheitert sei, dass die Firmen nicht bereit waren, ihre Mitarbeiter für mehrere Tage en bloc zu Schulungen zu senden. Eine Erfahrungen, die sich in diesem Projekt bestätigt hat.

Des Weiteren wies er darauf hin, dass unbedingt starke Projektpartner notwendig seien, am besten eine Partnerschaftsbehörde (z.B. das Arbeitsministerium). Eine Schwäche der bisherigen Projektdarstellung sei vor allem, dass das typisch Deutsche nicht herauskäme und das vorliegende Programm auch von Chinesen selber durchgeführt werden könne.

Andere Befragte wiesen auf die typischen chinesischen Lerngewohnheiten (Trichterpädagogik) hin und betonten, dass eine Evaluation von Veranstaltungen schwierig sei, weil Chinesen aus Höflichkeit keine negative Kritik äußern würden.

(Anmerkung des Forschungsteams: Die zum Teil skeptischen und negativen Meinungen haben sich in dem Projekt nur zum geringen Teil bestätigt. Dies mag daran liegen, dass die Veranstaltung in Shanghai bzw. Suzhou stattfand und zum anderen, dass die Experten den Modernisierungsschub in China der letzten Jahre nicht mehr aus eigener Anschauung erlebt haben.)

5.1.3 Exploration im Feld

Die Bedarfsermittlung im Feld (Provinz Jiangsu / Stadt Suzhou) erfolgte in drei Privathaushalten, vier unterschiedlichen Typen von Einrichtungen der Altenpflege; drei Einrichtungen der kommunalen akuten Gesundheitsversorgung, einer akademischen Ausbildungsstätte mit zwei Kursen (Medical College, Soochow Universität, Suzhou) und in der Stadtverwaltung von Suzhou (Amt für soziale Angelegenheiten, Abteilung Altenhilfe).

1. Privathaushalte
 - Fallbeispiel A
 - Fallbeispiel B
 - Fallbeispiel C
2. Einrichtungen der Altenpflege
 - Staatliches Pflegeheim
 - Privates Pflegeheim
 - Seniorenzentrum (Wuxi)
 - Private Wohnanlage für alte Menschen (Shanghai)
3. Einrichtungen der akuten und allgemeinen Gesundheitsversorgung
 - geriatrische Abteilung eines städtischen Krankenhauses (höchste Kategorie)

⁴ Zur Vita siehe: <http://www.hanouli.de/hanouli.html>

- Gesundheitszentrum (Liu Yuan community Hygiene service centre)
4. Medical College, Soochos Universität, Suzhou
 - School of Nursing (Studium Krankenpflege, Ph.D und Masterprogramm)
 - School of Public Health (Versorgungsforschung)
 5. Stadtverwaltung Suzhou
 - Amt für soziale Angelegenheiten, Abteilung Altenhilfe

Die Dokumentation erfolgte parallel durch beide Beobachter schriftlich wie mündlich (Tonband) in Form tagesaktueller Erinnerungsprotokolle. An der Auswertung waren - jeweils unabhängig voneinander - sowohl die beiden Beobachter wie auch zwei nicht an der Reise beteiligte Mitarbeiter des Departments für Pflegewissenschaft beteiligt. Die abschließende Auswertung wurde in einer Konsensus Konferenz von den vier Beteiligten als Vorlage für das Auswertungstreffen in Witten am 09.04.2013 mit dem Projektpartnern erarbeitet.

5.1.4 Privathaushalte:

Fallbeispiel A

Ehepaar Liu. Herr Liu, 77 Jahre alt, wurde in Wuxi geboren, studierte und arbeitete als Elektroingenieur in Hangzhou. Seine Ehefrau, 75 Jahre alt, lernte Buchhaltung. Heirat 1963, 2 Kinder. Beide sind mobil, ernähren sich gesund, legen Wert auf Beweglichkeit. Sie führen ein eigenes Repertoire an Bewegungsübungen durch.

Ihr Lebensmittelpunkt und der Sitz ihrer Sozialversicherung liegen in Hangzhou. Zur Erziehung ihres Enkels wechselten sie in das Apartement ihres Sohnes in Wuxi. Das Apartement wurde nach dem Standort der Schule ausgewählt und gekauft. Zur Nachbarschaft besteht kein Kontakt. Sie sorgen für die Ernährung der Familie, den Einkauf, halten die Wohnung sauber und achten auf die Hausaufgaben des Enkels. Sobald ihr Enkel die Fürsorge nicht mehr braucht, werden sie nach Hangzhou in ihr vertrautes Umfeld zurückkehren.

Fallbeispiel B

Herr Wu, 90 Jahre alt, geboren in Wuxi, leitete früher ein Hotel für Funktionäre in Wuxi. Er hat mehrere Kinder und bereits Urenkel (5. Generation). Zu seiner Familie hält er Abstand. Er lebt allein in einer Wohnung. In einer Wohnanlage hat er auf Probe einige Wochen gelebt und kehrte in seine Wohnung zurück. Dort unterstützte ihn eine Haushaltshilfe aus dem Umland. Sie kochte nicht zu seiner Zufriedenheit und er trennte sich von ihr.

Herr Wu ist bereit, sich auf technische Unterstützungssysteme einzulassen. Er nutzt seit einem Jahr ein Handy und ihm ist eine Notfallnummer bekannt, die er wählen kann, um sich Hilfe zu holen. Er organisiert sich allein und will auf keine Hilfe angewiesen sein. Er kauft ein, kocht selbst und nutzt zur Tagesstrukturierung manchmal ein Seniorenbegegnungszentrum für Funktionäre. Sein Kontakt zur Familie ist unregelmäßig und wirkt gestört. Bei Bettlägerigkeit und erhöhtem Pflegebedarf würde er versuchen, seine Familie nicht einzubeziehen und ambulante Dienste begrüßen.

Fallbeispiel C

Herr Qi, 89 Jahre alt, seit 20 Jahren blind und seit 4 Jahren Witwer meistert seinen Alltag mit Herzerkrankung und Schwerhörigkeit. Er war Flugzeugtechniker und Agrarwissenschaftler. Er wurde Opfer der Kulturrevolution und die Familie trägt dies als unverarbeitetes Schicksal.

Zwei Brüder sind bereits verstorben, die noch lebende Schwester lebt mit Demenz in einer Institution und es besteht seit Jahren kein Kontakt mehr zu ihrem Bruder.

Herr Qi kaufte vor 20 Jahren das Apartment mit seiner Frau. Sie pflegten keinen Kontakt zur Nachbarschaft. Seine Tochter 58 Jahre kümmert sich um den Einkauf, die Medikamente, kleinere Alltagshilfen und der Beantragung von Leistungen der Sozialkasse in einer anderen Stadt. Zudem unterstützt ihn eine Haushaltshilfe aus der Nachbarschaft. Herr Qi schläft allein in der Wohnung, kleidet sich selbstständig an und strukturiert sich zuverlässig den Tagesablauf in Blindheit.

Problemlage

Familien sind in der Organisation von Hilfen auf sich allein gestellt. Damit ist die Versorgung der pflegebedürftigen Angehörigen so gut und eben auch so schlecht, wie die Familie, die sich sorgt. Es besteht ein Informationsdefizit bei der Verabreichung von Medikamenten, bei der sinnlichen und basalen Stimulation. Ein guter Ernährungsstatus alleinstehender Menschen ist nicht gesichert. Bei der Beantragung von Leistungen der Sozialkasse in einer anderen Stadt sind Hürden zu nehmen, die Menschen mit kognitiven und physischen Einschränkungen nicht allein bewältigen können. Besteht eine brüchige soziale Einbindung in Familie und Umfeld, so ist keine Hilfe gewährleistet. Ein seelsorgerisches Angebot ist nicht erkennbar. Pflegebedürftige bleiben tagsüber unversorgt, wenn die Angehörigen zur Arbeit gehen müssen. Viele Personen wechseln ihr vertrautes Umfeld aus unterschiedlichen Gründen (Versorgung der Enkel, gemeinsamer Haushalt mit Kindern,...) und erfahren keine Einbindung in die neue Umgebung. Daraus resultiert folgender Bedarf:

- zugehende Dienste der Pflege und Medizin
- Beratungsbedarf bei Familien in häuslicher Pflegesituation
- psychologische oder seelsorgerische Begleitung
- Versorgungsdienstleistungen (Speisen und Hilfen im Haushalt)



Abbildung 5: Typisches Mehrfamilienwohnhaus in einem großstädtischen Quartier.



Abbildung 6: Restaurant / Garküchen

Die weit verbreiteten und viel genutzten Restaurants/ Garküchen, wie sie ortsnah und zahlreich in den Wohnquartieren vorhanden sind und auch für chinesische Verhältnisse niedrigen Preis warme Mahlzeiten und soziale Kontakte anbieten. Aufgrund ihrer Beliebtheit wäre zu überlegen, ob sie beim Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen eine größere Rolle spielen könnten, um niedrigschwellige Beratung und Angebote zu implementieren.

5.1.5 Einrichtungen der Altenpflege

Staatliches Pflegeheim mit verschiedenen Abteilungen (Suzhou):

- a) Heim für Menschen mit Behinderung, Waisen, pflegebedürftige alte Menschen.
- b) geriatrische Abteilung (Krankenhaus)
- c) Wohneinheit für selbstständige Senioren

Die Einrichtung ist reich ausgestattet und wirkt konzeptionell gut durchdacht. Sie wird durch einen Spender chinesischer Herkunft aus Brasilien unterstützt. Ca. 350 Personen leben auf dem Gelände. 30 Ärzte, 40 Krankenschwestern, 130 Altenpflegehelferinnen und zwei „Sozialarbeiter“ (Angebot für tagesstrukturierende Maßnahmen, Aktivitäten) sind Angestellte der Einrichtung. Es besteht ein Fortbildungsangebot für die Altenpflegehelferinnen in drei Stufen. Auch hier besteht hoher Bedarf an motivierten Altenpflegehelferinnen, die sich länger auf eine Arbeitsbeziehung einlassen.

Das Geld der Sozialversicherung reicht nicht zur Deckung der monatlichen Kosten eines Bewohners.

Privates Pflegeheim

Baustart, Eröffnung und Belegung ab 2010 mit 30 Betten, seit dem 8. März 2014 Anerkennung durch das Gesundheitsministerium, bis heute stehen 600 Betten bereit. Kosten 2000 RMB/ Monat (ca. 300 Euro/ Pflegebedürftigem). Die Behandlung von Patienten wird von der Sozialkasse für ein halbes Jahr genehmigt. Gleichzeitig gibt es eine Station für Rehabilitation z.B. nach einem Schlaganfall. Für die Sterbephase steht ein Raum außerhalb der Anlage zur Verfügung. Freiwillige Helfer übernehmen tagesstrukturierende Maßnahmen, Freizeittätigkeiten und kleinere Reparaturen an Haus und Technik. Der Leiter erzählt, dass er tagtäglich Anfragen von Familien hat, die ihre alten Familienangehörigen nicht mehr versorgen können und deshalb einen Platz in seinem Heim suchen. Er meint, dass der Markt für ambulante Strukturen bereit ist und er diesen Geschäftszweig als Erweiterung vorgesehen hat und deswegen auch an Qualifizierungsprojekten interessiert sei. Allerdings werden alle Pläne unverbindlich vorgestellt.

Seniorenzentrum (Wuxi)

Das Seniorenbegegnungszentrum ist Funktionären der Partei vorbehalten. Hier kommen alte Menschen in einer gepflegten Anlage zusammen und nutzen tagesstrukturierende Gruppenangebote: Tanz, Gymnastik, Spiel, Gemeinsamkeiten. Die Leitung leistet ein 85-jähriger, ehemaliger Funktionär, ehrenamtlich.

5.1.5.1 Private Wohnanlage für alte Menschen (Cherish Yearn , Shanghai)

Die Anlage umfasst 1500 Wohnplätze (12 Gebäude auf 100.000 m², fast alle Wohnungen sind verkauft und 70 % bereits belegt) und einen Pflegebereich. Die Wohnappartements werden in den Größen 47m², 70m², 120m² angeboten. Kaufpreis: 400.000 - 900.000 RMB (50.000 – 120.000 Euro). Mit dem Kaufpreis wird die Mitgliedschaft erworben. Der jährliche Mitgliedsbeitrag von 30.000-100.000 RMB wird bei Einzug fällig. Die Höhe hängt von der Inanspruchnahme der Dienstleistungen ab. Die Mitgliedschaft kann vererbt werden.



Abbildung 7: Alteinrichtung mit Senioren Apartments und einem Altenheim: Diese reich ausgestattete Wohnanlage verfügt über eine gute Infrastruktur zur Befriedigung der Bedürfnisse älterer Menschen. Der Zugang ist wohlhabenden Schichten vorbehalten. Zur Hauptzielgruppe gehören wohlhabende Ehepaare, die den Lebensabend genießen möchten, ohne auf ihre Kinder angewiesen zu sein.

Die Wohnblocks sind Parterre mit Gemeinschaftsräumen und einer tagsüber besetzten Pforte ausgestattet. Ein Gebäude dient als Krankenhaus mit Pflegeabteilung. Zur Steigerung der Lebensqualität und Gesundheitsfürsorge wurden Wellnesscenter, ein Schwimmbad, Fitnessräume, Massageräume, Kantinen, ein Gewächshaus, ein Bowling Feld und Computerräume für die betagten Bewohner eingerichtet. 300 Mitarbeiter sind für Organisation, Erhalt der Wohnanlage und Serviceleistungen (Sicherheitsüberwachung, Unterstützung von Aktivitäten der Bewohner, Kooperation mit Vertragskrankenhäusern und Vertragsärzten, Kantine mit gegarten, halbgegarten Essen, Shuttle in Einkaufszentrum, Reiseangebote, Sommeraufenthalt in mildem Klima) zuständig. Das Freizeitangebot (stricken, malen,...) wird in der Regel von den Bewohnern selbst organisiert. Ergänzt wird das Angebot durch ein Sicherheitspaket mit Überwachungskameras und Notfallknöpfen am Handgelenk und in der Wohnung.

Der Pflegebereich umfasst 300 Pflegebetten (200 Betten sind belegt) und sollte ursprünglich mit umfassenden medizinisch-ärztlichen Dienstleistungen verbunden sein, die auch für Bewohner des Quar-

tiers zugänglich sein sollten, was aber durch die Stadtverwaltung von Shanghai nicht genehmigt wurde und die ökonomische Tragfähigkeit des Konzeptes negativ beeinflusst.

Die Einrichtung stellt vor allem die Hotelleistungen, Betreuungs- bzw. Beschäftigungsangebote und die Organisation administrativer Prozesse zur Verfügung. Die pflegerischen Dienstleistungen müssen die Bewohner selber einkaufen, wobei die Einrichtung eine Vermittlerfunktion gegenüber entsprechenden Agenturen einnimmt. Durch diese Konstellation ergeben sich nur geringe Einflussmöglichkeiten der Einrichtung auf die Pflege, die dann durch ungelernete 24h-Stundenkräfte sichergestellt wird.



Abbildung 8a+b:

Typische Szene aus einem chinesischen Altenheim (der gehobenen Klasse). In vielen stationären Einrichtungen stellt der Betreiber die Unterkunft, Verpflegung und Beschäftigung und gegebenenfalls die ärztliche Versorgung sicher, während hingegen „Pflegekräfte“ durch die Bewohner selbst angeheuert werden müssen. Die Einrichtung übernimmt allenfalls eine Vermittlungsfunktion. Diese „Pflegekräfte“ sind über 24 Stunden und 365 Tage im Jahr nur für diese eine Person zuständig.

In der Bevölkerung besteht ein hoher Bedarf an Entlastung in Pflegesituationen, insbesondere in der Endphase. Es gibt zu wenige Einrichtungen zur Deckung des Bedarfs. In den Institutionen herrscht ein eklatanter Mangel an Pflegehelferinnen für körpernahe Pflegetätigkeiten. Auch wenn weitere Plätze zur Verfügung gestellt werden könnten, fehlen Helferinnen, um den Betrieb einrichten und aufrecht halten zu können. Das Ausbildungsniveau der Pflegehelferinnen ist derzeit sehr niedrig. Die Arbeitsbeziehung wird häufig von Sprachbarrieren erschwert, wenn die Helferinnen aus dem Umland kommen. Die Mitarbeiterinnen klagen über einen hohen psychischen Druck, insbesondere auf den Stationen für die letzte Lebensphase. Diesem wird u.a. begegnet durch:

- Ausbau der bereits angelegten Infrastruktur für alle Bevölkerungsgruppen.
- Sammlung von Ideen zur Mischfinanzierung von privaten Finanzierungskonzepten und staatlichen Finanzierungskonzepten, insbesondere durch die Verzahnung mit ärztlich-medizinischen Dienstleistungen.
- Kampagne zur Steigerung des Images der Pflegehelferinnen über einen bereits bestehenden „Tag der Pflegehelferin“ hinaus.
- Aufbau von Fortbildungen zur Vermeidung von Fixiergurten, Sonden, der Einsatz von Hüftprotektoren, architektonische Anregung zur Orientierung bei Demenz, Umgang mit psychischen Herausforderungen (Tod und Sterben).

5.1.5.2 Einrichtungen der Gesundheitsversorgung

Geriatrische Abteilung eines städtischen Krankenhauses (höchste Kategorie)

39 Betten, Funktionäre werden bevorzugt aufgenommen, sehr gute Ausstattung an medizinischem, krankenschwesterlichem und hilfsschwesterlichem Personal, aufgeschlossene Stationsleitung, die durchschnittliche Verweildauer beträgt 30 Tage.

Gesundheitszentrum (Liu Yuan community Hygiene service centre)

Modelleinrichtung der medizinischen Basisversorgung, Einzugsbereich 70.000-80.000 Einwohner (in ganz Suzhou gibt es ca. 100 Gesundheitszentren).

70 Krankenschwestern und 10 Ärzte arbeiten in der Ambulanz und auf den Rehabilitationsstationen.

Dem Gesundheitszentrum sind 10 Haushalten alleinstehender Personen mit Pflegebedarf bekannt, die von Krankenschwestern der Einrichtung regelmäßig besucht werden.

Es gibt eine Ambulanz für Erwachsene und Kinder, eine Rehabilitationsstation und verschiedene Behandlungsräume. Die chirurgische Station (Verweildauer bis zu 2 Monate) wird durch externe Ärzte medizinisch versorgt. Bei schwierigen Fällen erfolgt eine Überweisung an das städtische Krankenhaus der mittleren und höchsten Kategorie.

Zum Aufgabenfeld gehören die Durchsetzung von Impfkampagnen und die Anwendung von Akkupunktur, Massage und Krankengymnastik. Alle städtischen Einrichtungen sind elektronisch vernetzt und übermitteln sich gegenseitig die Patientendaten.

Medical College, Sochow Universität, Suzhou: Das Kollege beherbergt eine Ausbildungs- und eine Forschungsabteilung:

- School of Nursing (Studium Krankenpflege, Ph.D und Masterprogramm)
- School of Public Health (Versorgungsforschung)

Die Uni hat eine Beratungsfunktion für die Stadtverwaltung und es besteht ein hohes Interesse an der Struktur und dem Aufbau der Pflegeversicherung in China und an der Förderung bürgerschaftlichen Engagements. Die leitende Professorin berichtet, derzeit bezahle die Sozialversicherung des Bezirkes bis zu 10 Stunden Haushaltshilfe in der Woche bei Bedarf. Sie möchte gerne Tageszentren für alte Menschen eröffnen.

Pflegehelfer sind schwer zu bekommen, da ihre Arbeit nicht anerkannt ist und nur unzureichend bezahlt wird. Die Pflegehelfer kommen in der Regel vom umliegenden Land. Dabei ist zu beachten, dass die Pflegehilfskräfte in den umliegenden Provinzen fehlen. Sie beklagt einen kulturellen Wandel, bei dem die Einzelkinder bis ins Erwachsenenalter umsorgt, gepflegt, ernährt und unselbstständig gehalten werden und damit schlecht auf die Übernahme von Verantwortung für alte Menschen und eine harte, als „niedrig“ eingestufte Arbeiten vorbereitet sind.

Sie formuliert ein großes Interesse an der Zusammenarbeit mit dem Department und wünscht sich eine Rückmeldung unserer Erkenntnisse, damit sie Themen an ihre Studenten weitergeben kann. Sehr gerne würde sie einen Studenten in das PhD Programm oder als Master Student nach Witten schicken.

Stadtverwaltung Suzhou, Amt für soziale Angelegenheiten, Abteilung Altenhilfe

Das Sozialamt möchte bei der Regierung ein Projekt beantragen und über eine Laufzeit von 3 Jahren ein Konzept zum Aufbau von Strukturen und einem alternativen Versicherungssystem (o-Ton: die Krankenversicherung ist auf Dauer zu teuer, deshalb müssen neue Wege gefunden werden) entwickeln. Zuerst muss dieser Rahmen geschaffen werden, dann kann über eine Ausbildung von Fachkräften

ten diskutiert werden. Weiterhin möchte die Stadt Suzhou gerne eine Kooperation mit einem kommunalen Partner und eine Einladung zur Besichtigung von Projekten der Altenpflege erhalten.

5.1.6 Fazit Explorationsphase

Als besonders positives Ergebnis der Erhebung vor Ort ist vorweg hervorzuheben, dass die Stadt Suzhou bei der Bewältigung der Versorgung alter Menschen eine Modell- und Vorbildfunktion für China hat. In dem untersuchten Gebiet sind im Prinzip alle Strukturen (stationär – semistationär – ambulant) pflegerischer Versorgung auf unterschiedlichen Ausstattungsniveaus vorhanden- wenn auch in unzureichender Menge. Hierbei ist der ambulante Sektor quantitativ und qualitativ weitaus am schlechtesten entwickelt. Als Hauptbedarf wurden eindeutig zwei Schwerpunkte identifiziert:

- I. eine zugehende (wohnortsverbundene) ambulante Pflege
- II. Schulungen über die Betreuung und Pflege dementer Menschen

Da die Realisierung des Punktes I in hohem Maß von strukturellen Bedingungen abhängig ist, welche erst noch geschaffen werden müssen, ist hier eine Änderung der Strategie notwendig. Anstatt wie ursprünglich geplant, vor allem nicht ausgebildete Frauen als Pflegeassistentinnen zu schulen, soll zur Sicherung der Nachhaltigkeit und um das Projekt erfolversprechend in die bestehenden Strukturen einzubinden, ein Bildungsangebot auf drei Ebenen eingesetzt werden:

1. Akademisch (ist außerhalb des eigentlichen Projektes anzusiedeln):
Universitäre Einrichtungen sind aber als Multiplikatoren bzw. als Türöffner für die zweite Ebene unabdingbar.
2. Fortbildungsangebot für hochqualifiziertes Krankenpflegepersonal:
Diese sind als die möglichen Protagonisten bei der Implementierung und forcierten Verbreitung ambulanter Pflegedienste anzusehen.
3. Die Erstqualifizierung von Pflegeassistentinnen
Diese wird erst dann sinnvoll, wenn Akteure auf der mittleren Ebene gewonnen werden können.

Als Einstiegsthema bietet sich für die Pflegefachkräfte eine Weiterbildung zur „Pflegefachkraft für die Versorgung von Menschen mit Demenz“ an. Möglicherweise können diese Inhalte mit Case Management Elementen verbunden werden, wodurch eine fachliche Brücke zur ambulanten Versorgung gegeben wäre. Dieses Einstiegsthema wurde in der zweiten Jahreshälfte über das Netzwerk, welches wir in Suzhou aufgebaut haben, angeboten.

Aufgrund der Ergebnisse der Recherche wurde eine Änderung der Vorgehensweise vorgenommen, die unschädlich hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs und für das Erreichen der Ziele war. Von einem Projektpartner wurde die Gründung einer sino-chinesischen Akademie vorgeschlagen, um den chinesischen Markt im Bereich Altenpflege genau zu erfassen. Wichtig hierfür ist die „3-Ebenen-Kompetenz“ im Bereich Altenpflege. Dazu fand im Mai (17.- 20.5.2013) eine internationale Konferenz zum Thema „Ageing“ statt, bei der Forum International Mitveranstalter war (näheres dazu im Berichtsanteil Forum).

5.2 Tagungen in Shanghai vom 30.10. - 2.11.2013

Zur Unterstützung der Akquise wurde eine 3-tägige Fachtagung als Start up in Shanghai durchgeführt, bei der das geplante, eigentliche Fortbildungsprogramm und sein möglicher Nutzen vorgestellt, die Inhalte und Zielsetzungen sowie die Möglichkeiten der Umsetzung mit den entsprechenden Akteuren, diskutiert wurde. Ziel war es, potentielle Interessenten anzusprechen und im Vorfeld staatliche Stellen mit einzubinden. Die eigentliche Zielgruppe waren Träger (Inhaber) und leitenden Pflegekräfte der jeweiligen Pflegeeinrichtungen. Letztere sollten dann als Multiplikator und Türöffner die eigentlichen Teilnehmer gewinnen bzw. entsenden.

Aus der bisherigen Bedarfsermittlung ergaben sich mit den Themen „Demenz“ und „ambulante Versorgung“ zwei Schwerpunkte. Zum besseren Verständnis wurden einige Aspekte des deutschen Pflegeverständnisses vorweg vorgestellt.

Programm der Tagung in Shanghai

1.Tag:

Begrüßung: Erläuterung des Tagungsziels und Vorstellen des Bildungstransfer Projektes

Impuls 1: Pflegebedarf – die zentrale Planungsgröße.

Erläuterung des Begriffs, Bestimmung des Pflegebedarfs auf verschiedene Ebene, die wichtigsten Einflussgrößen auf den individuellen Pflegebedarf, Veränderung des Pflegebedarfs im Verlaufe einer Krankheit am Beispiel Diabetes (bis zum diabetische Fußsyndrom) und Apoplexie (bei positiven rehabilitativen Verlauf), gegebenenfalls Trajekt-Modell

Impuls 2: Der besondere Pflegebedarf von Menschen mit Demenz

Es wurde deutlich gemacht, dass der Pflegebedarf nicht nur den Dementen selbst betrifft, sondern das System Familie und Gemeinde. Dem entsprechend sind die Hilfsangebote auszurichten. Modell wurde vorgestellt, in denen Pflegebedarf und –angebot abgestimmt werden = Grundlage eines Geschäftsmodells. Aspekte der Pflegequalität wurden aufgeworfen.

Impuls 3: Aspekte der Pflegequalität

Wie sollen demente Menschen in China leben? Welche allgemeinen Werte der chinesischen Gesellschaft sollen in der Versorgung verwirklicht werden? Sind Erhalt der Selbständigkeit und Verbleib in der Häuslichkeit ein wichtiges Versorgungsziel? Gibt es bei den TN explizite Vorstellung über Qualitätsmerkmale in einer angemessenen Versorgung?

Nach dem Impulsreferat wurden in drei Arbeitsgruppen die Themen diskutiert:

- a) Qualitätsmerkmale bei der Versorgung von Menschen mit Demenz
- b) Qualitätsmerkmale bei der Versorgung von Menschen mit Diabetes
- c) Qualitätsmerkmale bei der Versorgung von Menschen mit Apoplexie

Anschließend Vorstellung und Vergleich der Ergebnisse im Plenum.

Tag 2:

Impuls 4: Erläuterung der Grundidee ambulanter Dienstleistungen am Beispiel: „Essen auf Rädern“

Jeweils die Grundidee der Konzeption und ihrer wichtigsten Varianten wurden vorgestellt und anschließend die Voraussetzung an Infrastruktur, die bei der Implementierung beachtet werden müssen diskutiert. Für welche Betroffenen ist welche Struktur (nicht) geeignet?

Impuls 5: Das Angebotsportfolio eines ambulanten Pflegedienstes

Hier wurde vorgestellt, welche verschiedenen Dienstleistungen sinnvollerweise unter einem Dach vereint werden können. Auch unter dem Aspekt der abgestuften Qualifizierung von Mitarbeitern. Auch hybride Formen/Schnittstelle zu semistationären Formen (Tages- Nachtkliniken).

Impuls 6: Niedrigschwellige und ortsnahe Beratung – Organisation des Zugangs zu ambulanten Dienstleistungen

Hier wurde geklärt, wie der Zugang zu ambulanten Dienstleistungen organisiert wird. Zusammenspiel privatwirtschaftlicher Anbieter und staatlicher (kommunaler) Behörden und Versicherungen.

Impuls 7: Qualifikationsbedarf in niedrigschwelligen Pflegearrangements

Anhand verschiedener Krankheitsbilder wurden Qualifikationsbedarfe erläutert.

Tag 3 Workshops:

Bearbeitung offener Fragen zu den vorhergehenden Tagen; Vertiefung anhand des Durcharbeitens von Fallbeispielen.

Wo sehen die Teilnehmer einen Einstieg in ein Qualifizierungsprogramm? Welche Szenarien sind denkbar? Wer macht was als nächstes

Evaluation der Veranstaltung:

5.2.1 Evaluation der Tagung

Die Tagung wurde überwiegend von weiblichen Teilnehmern besucht (31 w, 5 m, 9 keine Nennung). Die meisten Teilnehmenden wiesen eigene Pflegeexpertise auf (23 TN = 49%), 11 hatten keine eigenen praktischen Erfahrungen gesammelt. Fast alle Teilnehmer waren in leitenden bzw. in Positionen mit Personalverantwortung tätig, inkl. einer Leiterin eines Sozialamtes.

5.2.1.1 Ziele der Evaluation

Neben den für Tagungen und Veranstaltungen typischen Fragen nach Zufriedenheit der Teilnehmer und dem Lerngewinn, standen hier vor allem Fragen nach gewünschten Themen und der Akzeptanz westdeutscher bzw. europäischer Pflegekonzepte im Vordergrund. Damit verbunden war ein doppelter Kulturtransfer: nämlich einmal bezogen auf die Art und Weise, wie die Inhalte und Anliegen westdeutscher Pflegekultur übermittelt worden sind (Veranstaltungs- und Workshop Kultur) und die Pflegekultur selbst. Aus letzterem ergab sich als Schwerpunkt die Frage, in wie weit die Rezeption der Inhalte durch die Tagungsteilnehmer unmittelbar unter dem Aspekt der Umsetzbarkeit und Transfe-

rierbarkeit erfolgte. Hier war angestrebt, einen tieferen Einblick in Denk- und Bewertungsstrukturen chinesischer Adressaten zu bekommen. Mit dieser recht umfassenden Zielsetzung konnte es gelingen, einen über das TRAPAS—Projekt hinausreichenden Beitrag zur Evaluation des Berufsbildungsexportes zu leisten (META-Projekt) und das interkulturelle Lernen zu fördern.

Der Evaluation lagen dem zufolge folgende Dimensionen zugrunde:

- Dimension Veranstaltungsverlauf/ Zufriedenheit
- Dimension Wissen/ Wissenstransfer/ Kompetenzentwicklung
- Dimension Werte/ Einstellung
- Dimension Kulturtransfer und Dolmetscherarbeit
- Dimensionen wirtschaftlicher/ ökonomischer Transfer/ Geschäftsidee

Wegen des Evaluationsziels „Einblick in die Denkungsart“ und da keinerlei Informationen bezüglich der Validität von Fragebögen zur Evaluation von Bildungsprozessen in China vorlagen⁵, sollten die Fragebögen anhand der Beobachtungen/ Ergebnisse der Arbeits- und Lernprozess in den Workshops validiert werden.

Die Schwierigkeit bei der Evaluation der kulturellen Differenzen bestand darin, dass beide Kulturen zugleich auch durch zwei unterschiedliche Rollen repräsentiert werden - die deutsche durch die (aktiven) Dozenten- und die chinesische durch die (passiv aufnehmenden) Teilnehmerrolle – so dass mögliche Rolleneffekte kulturelle Effekte zu überlagern drohten. Um diese Problematik zu überwinden, kam den Workshops eine zentrale Bedeutung zu, da hier beide Kulturen in annähernd gleichen Rollen zusammenarbeiteten.

Schließlich kam den Dolmetschern eine zentrale Bedeutung zu, da sie nicht nur die Texte sondern auch andere latente Botschaften – kulturelle Codes und ihre Bedeutung übersetzen mussten.

Eine Evaluation „erfüllte Erwartungen“ ließe sich nicht sauber realisieren, da weder vorher noch nachher rechtzeitig die Chance bestand, ein ausreichend große Anzahl von Teilnehmer zu kontaktieren. Daher wurde entschieden, im unmittelbaren Anschluss an die die beiden ersten Tage, die durch die Impulsreferate gekennzeichnet waren, einen Großteil der Evaluationsthemen in den Workshops aufzugreifen.

5.2.1.2 Evaluation der sprachlichen und kulturellen Verständigung.

Während die Leistung der Dolmetscher von den Teilnehmern überwiegend als gut (Mittelwert = 2,07) bewertet wurden, schätzten die Dolmetscher die Zufriedenheit der Teilnehmer insgesamt schlechter ein, als diese selbst. Ins besonders stufen sie die kulturelle Differenz höher und die Chancen der Übertragbarkeit niedriger ein.

Die Evaluation der Dolmetscherarbeit erfolgte vor allem auch hinsichtlich der Frage nach der Bedeutung kultureller Differenzen, auch wenn dieser Aspekt unmittelbar mit der Frage der ‚richtigen‘ Übersetzung verbunden ist.

⁵ Gedacht wurde an die möglicherweise stark ausgeprägte Tendenz, kritische Äußerungen gegenüber Fremden zurückhaltend zu kommunizieren und zugleich an eine starke Tendenz aus Höflichkeit zu einer Zustimmung zu plädieren.

Damit eine gute Übersetzung bei einem so speziellen Thema wie Pflege gelingen kann, sind nicht nur eine rechtzeitige Übergabe der Texte (mit wenigstens 2 Tagen Vorlauf) nötig, sondern es wird als wünschenswert angegeben, dass die Texte oder doch die Themen vorher mit den Dolmetschern durchgegangen werden: „Auch in meinem Fachgebiet muss ich mich noch auf sprachliche Anwendungen vorbereiten, die mir nicht sehr vertraut sind“ (1) oder „Ich kann nur das übersetzen, was ich verstanden habe“ (1). Offensichtlich sind es nicht nur die Begriffe an und für sich, sondern die Kontexte und die spezifische Bedeutung, die eine wichtige Rolle spielen: „Die Stichwörter einmal sorgfältig erklären - Meinungs austausch mit dem Professor“ (2) wären ein große Hilfe in der Vorbereitung gewesen „Es sind nicht nur Begriffe. Bei vielen Sätzen versteht man einfach nicht, was gemeint ist. Um sie richtig zu verstehen, braucht man u.a. mehr Kontexte, Background Wissen usw.“ (2)

Auch wenn unter sprachlichen Gesichtspunkten die Zufriedenheit mit dem Verlauf die Veranstaltung eher indifferent (teils-teils) bewertet wurde, scheint das der kulturellen Verständigung keinen Abbruch zu tun (eher zufriedenstellend). War bei der Tagung nicht sicher erkennbar, ob durch die Veranstaltung die Idee der ambulanten Pflege vermittelt werden konnte, so kann aber für den weiteren Verlauf festgestellt werden, dass die Idee und das Konzept im Prinzip gut transferierbar ist.

Wie sich in der Auswertung der ersten Fortbildungsmaßnahme gezeigt hat, sind die grundlegenden kulturellen Differenzen weniger in den fachlichen, sondern in alltagsbezogenen Aspekten zu suchen. So beinhaltet der Familienbegriff – wer gehört dazu und wer ist mit welchen Verpflichtungen/ Erwartungen miteinander verbunden – in China andere Strukturen und Elemente als in Deutschland. Auch die Wohnung als privater Bereich, in den Fremde kommen und gehen (also nicht über 24 h quasi inkorporiert werden) hat in China einen anderen Stellenwert als in Deutschland, wo es nicht unüblich ist, stundenweise Hilfen durch Personen in Anspruch zu nehmen, die gleichzeitig auch noch in anderen Haushalten arbeiten.

Zur Qualität der Evaluation selbst lässt sich sagen, dass die Tagungsteilnehmer, entgegen den vorher von uns bei der Erstellung der Evaluationsbögen von in Deutschland lebenden Chinesen Befürchtungen, durchaus kritisch und nicht allein an „Höflichkeit“ orientiert, die Fragebögen (Rücklauf: 45 von 55) beantwortet haben. Dies ergibt sich zum einen daraus, dass von einzelne TN Freitextanmerkungen auch an den Stellen gemacht wurden, die dafür nicht vorgesehen waren und zum zweiten korrespondieren viele einzelne Anmerkungen zum Verlauf und Anregungen für weitere Themen mit dem Verhalten während der Tagung.

5.2.1.3 Ergebnisse der Evaluation

Diese Evaluationsergebnisse dienen dazu, den Transferprozess (AP3) retrospektiv zu analysieren und dabei kulturspezifische Elemente von nicht-kulturspezifischen Elementen zu unterscheiden. Diese Erkenntnisse sollen einen Beitrag zur Dienstleistungsforschung und zur Erforschung des Transferprozesses leisten und Anstöße geben können, Module zu konzipieren bzw. Elemente auszuwählen, die in andere (chinesische) Regionen oder Länder (wie z.B. Indien) übertragbar sind (siehe: Teilnahme am Metaprojekt).

Die **fachliche Relevanz** der Tagungsthemen wurde insgesamt mit 2⁶ beurteilt, wobei 19 Teilnehmer (nach Aufforderung) Vorschläge für weitere Tagungsinhalte machten. Aus diesen Vorschlägen ergeben sich zusätzliche wertvolle Hinweise für das zu entwickelnde Curriculum.

Entsprechend der vielfältigen Interessen der Teilnehmer gab es auf das Item: „An folgende Themen/ Inhalte werde ich mich bestimmt noch lange erinnern“ auch viele unterschiedliche Antworten: Im Vordergrund stand bei alle Teilnehmer das Themen Demenz (Diagnostik, Ursachen und Entwicklungen der Demenzerkrankung):

- Angemessene Verwendung von Farben und Symbolen/ Zeichen könnten den Demenzkranken bei der Identifizierung und Wiedererkennung helfen
- Selbstständigkeit fördern, Selbstpflege von den Senioren wecken
- Personen- und Bedarfsorientierung als Arbeitsdisziplin
- Pflegeplanungen
- Die Beziehungen und Verhältnisse zwischen Patient und Pfleger
- Biographie orientierte Pflege
- Personenzentrierter Ansatz
- Kommunikation mit den Familien der Senioren
- Konzept der Altersversorgung
- Aus- und Fortbildung, Training für die Pfleger
- Entwicklungsprozess der Pflegewissenschaft und ihre Schlüsselkonzepte; dass die zwei Wissensgebiete, nämlich Pflegewissenschaft und Medizin, Hand in Hand gehen
- Das DCM-System
- Die Lebensweise und Infrastruktur in den Altenheimen, Vorschläge zum Aufbau des Altenheimes

Die **angekündigten Themen** und der **tatsächliche Verlauf** stimmten gut überein: die TN waren mit den ausgegebenen Unterlagen gut zufrieden (Mittelwert 2,04). 12 TN fanden die Unterlagen sehr gut, 19 TN gut, 12 TN akzeptabel und ein TN nicht gut.

Neben dem erwarteten Thema „Pflege“ von Demenz werden vor allem folgende Themen nachgefragt bzw. sollten intensiver behandelt werden:

- a. Pflegeplanungsmethodik, personen- und bedarfsorientierte Pflege (Pflegeplanung). Letzteres aber auch im Zusammenhang mit
- b. Pflegeethik und dem Thema Respekt/ Würde des bzw. vor dem Alter und einem Biographie betontem Ansatz.

Sehr interessant zu diesem Punkt war, dass eine Reihe von TN die Orientierung der Pflege an den individuellen Bedürfnissen und die Betonung der Menschenwürde als besonders positives Merkmal der vorgebrachten Konzepte ausdrücklich hervorgehoben haben. Etwa das in Deutschland etablierte Verfahren der notwendigen richterlichen Genehmigung bei Fixierung von demenzerkrankten Menschen. Dem entsprechend auch „vermisste“ Themen: „Wie menschengerechtes- und ökonomisches Management Hand in Hand gehen.“ Die Frage nach ethischen Grundsätzen zeigte eine Offenheit für europäische „Gedanken/ Philosophien“, die aber nicht in Konkurrenz zu den gewachsenen chinesischen Werten gestellt werden sollten.

- c. Pflegestandards und Qualitätssicherung, oft im Zusammenhang mit Managementkompetenz

⁶ Skalierung entspricht dem deutschen Schulnotensystem und wurde in folgenden Abstufungen den Teilnehmern vorgelegt: Sehr gut = 1, Gut = 2; Akzeptabel = 3; Nicht gut = 4; Schlecht = 5; X = das Merkmal konnte nicht bewertet werden; 0 = Eintrag fehlt / fehlerhaft

- d. Prävention (Prophylaxen), Pflegemaßnahmen und Heilmethoden von Schlaganfällen, Diabetes und Dekubitalgeschwüren;
- e. DCM (Dementia Care Mapping)
- f. Umgebungsgestaltung bei der Versorgung von Menschen mit Demenz

Aus den inhaltlichen Rückmeldungen konnten wertvolle Hinweise für die Erarbeitung des 1. Curriculums gewonnen werden.

Transfer: Ziemlich deutlich fiel das Votum bei der Frage nach den Grundgedanken „ambulant vor stationär“ aus (90% Zustimmung). Nur 6 Teilnehmer konnten diese Auffassung nicht teilen. Die Ablehnungen wurden durchweg mit einem fehlenden bzw. zu geringen Ausbildungsstand der „Pflegerinnen“ außerhalb stationärer Einrichtungen sowie möglicher Isolation der in der Häuslichkeit der Versorgten begründet. Außerdem fehle es an sozialrechtlichen Strukturen, um eine ambulante Versorgung zu refinanzieren.

Die **Übertragbarkeit ambulanter Pflege in China** wird grundsätzlich für möglich gehalten, sofern sich die sozialrechtlichen Bedingungen entsprechend entwickeln und genügend qualifizierte Menschen zu Verfügung stehen (siehe hierzu auch Gutachten Prof. Ma).

Insgesamt waren die Teilnehmenden mit dem Verlauf der Tagung sehr zufrieden. 27 TN beurteilen ihre generelle Zufriedenheit mit sehr gut, 14 mit gut und 3 mit akzeptabel (Mittelwert = 1,45). Die Organisation der Veranstaltung wurde überwiegend positiv bewertet. (Mittelwert = 1,66), ebenso wie die Gelegenheit den Referenten Fragen zu stellen (Mittelwert = 1,61) und sich mit den anderen Teilnehmern auszutauschen.

5.3 Revision des ursprünglichen Projektplan

Entgegen der im Projektantrag angegebenen Planung, mussten im Verlauf einige Anpassung an die objektiven Marktgegebenheiten und die sich anbietenden Möglichkeiten eines konkreten Markteintritts erfolgen (siehe zu hierzu die Marketingaktivitäten des Forums). Daraus ergaben sich dann auch neue Vorgaben für die Entwicklung des Curriculums.

6 Curriculum Entwicklung/ Fortbildungskonzept

Die Grundidee des Projektes, den Aufbau einer zugehenden (wohortsverbundene), ambulanten Pflege durch Entwicklung einer zertifizierten Fortbildung für bislang unausgebildete Helferinnen in China zu unterstützen wird in einem ersten Schritt entsprochen, indem zunächst Moderatoren als „Vermittler“ ausgebildet werden. Aus verschiedenen Gründen war ein unmittelbarer Zugang zu der ursprünglichen Zielgruppe nicht möglich. Stattdessen wird es Aufgabe der Moderatoren sein, diese Ausbildung zu übernehmen und im Zusammenhang mit der Entwicklung stationärer und ambulanter Versorgungsstrukturen den Bedarf an ausgebildeten Helferinnen und Helfern voran zu treiben.

Dementsprechend ergeben sich folgende Qualifikationsziele:

- Kenntnisse der besonderen Pflegebedarfe von alten und chronisch kranken Menschen, die und deren Verbleib in der Häuslichkeit (Erhalt der Selbstständigen Lebensführung) gefährden;
- Kenntnisse der spezifischen, pflegerischen Handlungskonzepte (inklusive räumliche und soziale Gestaltung von Pflegesettings), um für diese Bedarfe unter den Bedingungen der ambulanten Versorgung ein entsprechendes Versorgungsangebot entwickeln zu können;
- Fähigkeit und Bereitschaft, einen ambulanten Pflegedienst aufzubauen und zu führen, dieses unter besonderer Berücksichtigung der Gewinnung und Qualifizierung von ungelerten Hilfskräften.

6.1 Ausarbeitung einer Rahmenempfehlung für ein Curriculum „Train the Trainer“ (Multiplikatorenprogramm)

Auf Grundlage der in der ersten Berichtsperiode durchgeführten eigenen Bedarfsermittlung in Shanghai bzw. Suzhou, des Gutachtens von Frau Pro. Ma (Shanghai), der Auftaktveranstaltungen im Herbst 2013 in Shanghai sowie der in 5.3 beschriebenen strategischen Ausrichtung, die sich durch die Akquise von Teilnehmer ergab, die nicht der ursprünglichen Zielgruppe entsprachen, wurde eine Curriculums Empfehlung ausgearbeitet. Die Schwierigkeit bestand darin, für eine weitgehend unbekannte Zielgruppe mit unterschiedlichen Voraussetzung, beruflichen Bezügen und Interessen die sachlich relevanten und am Bedarf entwickelten Themen und Inhalte zu finden. Davon ausgehend wurden folgende Schwerpunkte gewählt:

- in Abgrenzung zur eher medizinisch-therapeutisch orientierten Krankenpflege sollten die Grundlagen einer pflege- und versorgungsorientierten Altenpflege vorgestellt werden und mit den Teilnehmer unter dem Aspekt der Rollenklärung (Berufsrollen) bearbeitet werden;
- dies exemplarisch vor allem an gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern und anhand einiger ausgesuchter Pflegekonzepte:
 1. aktivierender und therapeutischer Pflegekonzepte wie z.B.: personenzentrierte Pflege nach Kitwood
 2. Biographie orientierte Pflege (Böhm)
 3. milieuorientierte Pflege (Oase, Snoozeln)
 4. Kinesthetic (F. Hatch, L. Maietta)
 5. Drei-Schritt-Programm zur Vermeidung von Bettlägerigkeit (A. Zegelin)
 6. Bobath-Konzept (B./K. Bobath)
- Organisation und Managementfragen (Pflegermanagement), insbesondere Fragen der Qualitätssicherung und Personalführung sowie der räumlichen und sozialen Gestaltung von Pflegesettings
- ambulante/ häusliche Pflege: Geschäftsmodelle und Arbeitsweisen

Schließlich wurden 5 Module vorgeschlagen, die jeweils eine inhaltliche Einheit bilden und zum anderen die verschiedenen Perspektiven deutlich gemacht haben:

- Modul 1: Einführung in die Altenpflege (26 Unterrichtseinheiten ,UE)
- Modul 2: Spezifische pflegerische Handlungskonzepte (30 UE)

Modul 3: Pflege gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen (50 UE)
Modul 4: Räumliche und soziale Gestaltung von Pflegesettings (8 UE)
Modul 5: Einführung in das Pflegemanagement (24 UE)

Die Vorgaben wurden durch das Forum umgesetzt und ergänzt, wobei die Umsetzung der Rahmenempfehlung durch die UW/H evaluiert und in weiteren Absprachen mit dem Forum konsentiert wurde (Das Curriculum ist im Anhang aufgeführt)

7 Evaluation der 1. Fortbildung

Begleitend zur Durchführung der Weiterbildungsmodule war es die Aufgabe der Universität Witten/Herdecke, diese aus Sicht der Teilnehmer und der Transferperspektive zu evaluieren und die Evaluierungsergebnisse in die Durchführung und Anpassung der Module bei einem zweiten Durchgang einfließen zu lassen und Aussagen zu Transferhindernissen in Form von kulturellen Differenzen zu machen.

7.1 Evaluationsziele

Die Evaluation wurde mit den Zielsetzungen konzipiert, außer über Verlauf und Qualität der Fortbildung selbst, weitere Information über die Bedarfe des Pflege- bzw. Weiterbildungsmarkt zu erhalten. Letzteres sollte vor allem anhand der >nützlichen<, >vermissten bzw. gewünschten<,> zu vertiefenden< und der Themen mit dem >nachhaltigsten Eindruck< ermittelt werden. Deswegen wurden nicht nur die Teilnehmer selbst in die Evaluation einbezogen, sondern auch die Arbeitgeber bzw. Vorgesetzten der Teilnehmer, die Dozenten und die Dolmetscher.

Es wurde ein Ethikantrag an die Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, für die Durchführung der Evaluation der Bildungsmaßnahme gestellt, welcher unbeanstandet genehmigt wurde.

Für die Evaluation wurden 4 Zieldimensionen definiert:

1. Zufriedenheit und Passung der Inhalte mit den Bedürfnissen und Erwartungen der Teilnehmer
2. Qualität des Lernprozesses (Prozess) und Akzeptanz der Unterrichtsmethode
3. Aktuelle Lernzielerreichung und deren Wirkung in der Versorgungspraxis (Outcome) und andere Effekte auf die berufliche Situation der Teilnehmer
4. Identifikation kultureller Differenzen.

Weitere statistische Angaben dienen dazu, die erreichte Zielgruppe und die Rahmenbedingungen näher zu bestimmen. Letzteres bezieht sich besonders auf die Arbeitgeber der entsendenden Betriebe um festzustellen, ob ihre Erwartungen an die Entsendung der Teilnehmer erfüllt wurden und ob/wie konkrete Absichten bestehen, das neu erworbene Wissen der Mitarbeiter umzusetzen (Aspekt der Nachhaltigkeit).

Um die Wirksamkeit bzw. Effekte der Fortbildung beurteilen zu können und um gegebenenfalls noch während des Prozesses Anpassungen vornehmen zu können, fand die Evaluation einmal zu Beginn und

einmal zum Ende der Fortbildung statt (siehe Fragebogen >Start< und >Ende<). Ein ursprünglich –10 - 14 Tage vor Beginn der Fortbildung angedachter Erhebungszeitpunkt bezüglich der Erwartungen und Vorbildung der Teilnehmer ließ sich nicht realisieren, da die Teilnehmer erst kurz vor Beginn entsandt worden sind (die meisten Teilnehmer haben sich nicht selbst und freiwillig zur Teilnahme entschlossen). Schließlich sollte durch eine Begehung der Einrichtungen ca. ein halbes Jahr später die praktische Umsetzung evaluiert werden.

Verlauf und Evaluationszeitpunkte				
Verlauf Stakeholder/Zielgruppe	Vorlauf E:1	Start „Train the Trainer“ E:2	Transferphase: Ausbild. der Helfer E:3	Praxisphase: Helfer im ambulanten Feld E:4
Multis (B.A.) (I)	Interview, halb	Fragebogen	Interview, halb, teilnehmende Beobachtung	X
Arbeitgeber (II)	Interview, halb	X	X	Interview, halb
Dozenten (III)	Interview, halb	Fragenbogen	X	X
HelferInnen (IV)	X	X	Interview, halb, teilnehmende Beobachtung	Interview, halb, teilnehmende Beobachtung
Bewohner/Patienten (V)	????	X	Interview,	Interview,

Abbildung 9: Übersicht über die geplanten Erhebungszeitpunkte

E 1: ca. 14 - 10 Tage vor Beginn (Ausgangslage und Erwartungsbildung bei den Teilnehmern mittel halb-standardisierter Interviews). Dieser Schritt konnte nicht realisiert werden, da die verbindliche Anmeldung der Teilnehmer erst unmittelbar vor dem Starttag feststand.

E 2: Prozessbezogene Evaluation während des Beginns der Ausbildungsphase,

E3: Transferphase: nach dem Ende der WB Phase, wenn die Absolventen selber in der Praxisphase sind.

E4: Arbeit der PH⁷ im Feld (Outcome 2) kann aufgrund des veränderten Projektverlaufs nicht realisiert werden.

Die ursprünglich verfolgte Idee, das Outcome der Fortbildung durch eine Befragung von Patienten/ Bewohnern zu evaluieren, ließ sich nicht verwirklichen, weil die Teilnehmer der ersten Fortbildung so gut wie gar nicht unmittelbar mit Patienten gearbeitet haben und innerhalb des Projektzeitraums auch nicht die Chance bestand, die Multiplikatoren Funktion (Ausbildung ungelernter Helfer/ innen) zu realisieren. Dies ergab sich vor allen aus der aktuellen, beruflichen Aufgabe/ Funktion der Teilnehmer. Von 16 Teilnehmern arbeiten nur 4 unmittelbar mit Patienten/ Bewohnern und zwei weitere vorwiegend im Zusammenhang mit Beratung und Anleitung. Dazu passt auch die berufliche Herkunft der Teilnehmer der ersten Runde:

Krankenpflege (BA): 1

Management / Ökonomie / Verwaltung: 6

andere: 9

(N: 13; Mehrfachnennungen möglich)

Wie sich später in der Evaluation in den Einrichtungen der ausgewählten Teilnehmer⁸ herausstellte, gibt es die für Deutschland typischen Altenpflegekräfte gar nicht. Auch im stationären Bereich müssen die Bewohner ihre eigenen (24h-) Pflegekräfte mitbringen, die die täglich notwendigen Hilfen sicherstellen. Allenfalls die medizinische Versorgung (=Behandlungspflege) wird durch angestellte Krankenschwestern oder Ärzte sichergestellt.

⁷ PH = PflegehelferInnen. Damit war die Zielgruppe der unausgebildeten

⁸ Identisch mit den Teilnehmer der Tagung in Witten

7.2 Ergebnisse der Evaluation

Alle TN äußern eine positive und optimistische Grundhaltung bezüglich der Weiterbildung, eine Woche nach Aufnahme der Maßnahme. 50% waren überzeugt, dass Sie das Lernpensum gut meistern werden, 50% haben leichte Bedenken. Dies entspricht auch der Anzahl der Teilnehmer, die angaben sich auf die Fortbildung vorbereitet zu haben (50% ja, 50% nein).

Die Erwartungen bezüglich der Inhalte/ Themen des Kurses waren bei den TN und den Arbeitgebern insofern im Wesentlichen gleich, so dass keine speziellen Erwartungen gehegt wurden. „Übersicht über das deutsche System“ um die Nützlichkeit für das Managementwissen im internationalen Bereich (Japan) vergleichen und um die Ideale des deutschen Systems hinsichtlich der eigenen Standards besser beurteilen zu können (Benchmarking). Damit verbunden waren Erwartungen an Managementthemen. Das Pflegefachpersonal hatten eher Erwartungen bezüglich praktischer Handlungsempfehlung, insbesondere im Umgang mit Demenz.

Die Ziele/ Inhalte wurden wie folgt bewertet:

Bezüglich der Relevanz für die eigene (momentane) berufliche Tätigkeit äußerten 76% mehr oder weniger Zustimmung, wobei alle TN davon ausgehen, dass sich ihre Tätigkeit nach der Maßnahme ändern wird (95%) und 75% mit einer Verbesserung ihres Gehaltes rechnen.

Die Idee einer ambulanten Versorgung wurde von allen TN als eine zukünftige Möglichkeit für China angesehen und 75% der TN können sich vorstellen, einen ambulanten Pflegedienst aufzubauen bzw. zu leiten. Allerdings verhindern die nötigen Rahmenbedingungen (fehlende Refinanzierung durch das Sozialsystem und die rechtliche Situation der Leistungserbringer bei Zwischenfällen in der Wohnung) zurzeit die Markteinführung. Es wird aber erwartet, dass sich die rechtlichen Bedingungen für eine ambulante Versorgung in naher Zukunft verbessern werden.

Neben dem erwarteten Thema „Pflege von Menschen mit Demenz“ werden vor allem folgende Themen nachgefragt:

- Pflegeplanung und –methodik,
- personen- und bedarfsorientierte Pflege (Pflegeplanung). Letzteres aber auch im Zusammenhang mit
- Pflegeethik und dem Thema Respekt / Würde des bzw. vor dem Alter und einem Biographie betontem Ansatz,
- Prävention (Prophylaxen), Pflegemaßnahmen und Heilmethode von Schlaganfällen, Diabetes und Dekubitalgeschwüren;
- Qualitätsmanagement.

Weitere Themen ergeben sich aus dem Interesse des DCM Ansatzes: Beziehungs- und Umgebungsgestaltung in (stationärer) Pflegesettings.

Das didaktische Konzept, dass sich durch für chinesische Teilnehmer eher ungewohnten aktivierenden und auf Diskussionen und Interaktionen beruhende Methoden auszeichnete, wurde ebenfalls gut an-

genommen. Positiv hervorgehoben wurden vor allem Rollenspiele, praktische Übungen und Fallbeispiele.

Der Verlauf ging mit einem leichten Teilnehmerschwund einher, der vor allem der langen Dauer geschuldet ist.

Die räumlichen Umstände und das Catering waren gut. Positiv hat sich die gemeinsame Unterbringung der TN in der Einrichtung des Projektpartners auf die Vernetzung der TN ausgewirkt.



Abbildung 10: Klassenraum / Unterrichtsszene in der ersten Fortbildung.

Die Teilnehmer sitzen in einer für sie ungewohnten, aber die Gruppenarbeit unterstützenden Anordnung, die insgesamt sehr begrüßt wurde

Die kulturelle Differenz wurde von den TN vor allem daran festgemacht, dass die Übertragbarkeit deutscher Konzepte und Systemelemente auf chinesische Verhältnisse oft nicht gegeben seien und es wünschenswert wäre, wenn die Dozenten mehr Kenntnisse von den chinesischen Verhältnissen hätten. Das Problem der kulturbedingten Transferhindernisse tritt aber auch noch in verschiedenen anderen Aspekten auf. Auf sprachlicher Ebene bei einigen Begriffen und auf der fachlichen Ebene wurde kritisiert, dass die Dozenten zu wenig mit den chinesischen Verhältnisse vertraut sind.

Von der Struktur und der Darbietung der Inhalte her (analytisches Vorgehen) konnte die Sicht der Dozenten von den TN gut nachvollzogen werden. Auf der Handlungsebene gab es wohl eine Reihe von Missverständnissen. So haben die TN z.B. ein Fallbeispiel vorgegeben (multimorbide ältere Person: Diabetes, Schlaganfall, Nierenversagen etc.) – also sehr medizin- und krankheitsbezogen. Auf der anderen Seite spielen die medizinischen Themen keine Rolle, weil die medizinische Versorgung (in Deutschland entsprechend der Behandlungspflege) in der Altenpflege nicht vorzukommen scheint. Mit anderen Worten, die Dozenten wissen nicht genau, was in China an Pflegeproblemen vorkommt. Die TN können diese aber auch umgekehrt den Dozenten nicht anschaulich genug vermitteln.

Gut verstanden und gelobt wurde das Konzept der aktivierenden Pflege. Eine hohe Übereinstimmung besteht auch darin, dass Pflege nicht allein der Lebensverlängerung um jeden Preis dient, sondern sich an einer hohen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer orientiert.

7.2.1 Ergebnis des Abschlusstestes

(siehe Bericht Forum International)

7.3 Umsetzung der Inhalte (Praxistransfer) aus der ersten Fortbildung (Abschluss-evaluation des 1. Kurses)

Aus der ersten Gruppe der Fortbildungsteilnehmer wurden 5 Teilnehmer ausgewählt, bei denen die Umsetzung des Gelernten im Betrieb überprüft wurde (der Besuch vor Ort in den einzelnen Einrichtungen wurde mit der Evaluation des 2. Durchgangs koordiniert, siehe Arbeitsplan „Programm vom 31.03 – 09.04 / Prof. Bienstein & Otto Inhester“ im Anhang). Die Auswahl erfolgt nach der Leistung im Abschlusstest. Alle Teilnehmer erhielten zudem eine Einladung zu einer 14-tägigen Exkursion nach Deutschland, in der ihre didaktischen Kompetenzen vertieft und verschiedenen Einrichtungen besucht werden sollten (siehe auch „Expertentagung“ in Witten).

Die Evaluation wurde nach der Hospitation bzw. Führung durch die Einrichtung anhand eines teilstrukturierten Interviews geführt und soweit möglich durch Fotografien ergänzt.

Generell wurde erfragt (5 TN, mehrfache freie Antwortauswahl), welche Erinnerungen an die Fortbildung (einschließlich Deutschlandaufenthalt) am nachhaltigsten sind.

- Interaktive Didaktik, aktivierender Unterricht mit praktischen Beispielen(2)
- Individuelle Betrachtung der Patienten, Pflegeplanung (2)
- Ambulante Pflege und Pflegeoase;
- Personenzentrierter Ansatz (ist aber schwierig umzusetzen wegen der ungelerten Helfer); 1:1 bis 1:5 Betreuung, rund um die Uhr mit dem Patienten im Zimmer, Relation wird durch Vertrag mit externen Anbieter verabredet, Ch.Y ist ein Vermittler; die TN haben als Vorgesetzte keinen direkten Zugriff auf die Helfer, dieser erfolgt über die Koordinatorin; alle zwei Jahre Evaluation der Leistungen, dann evtl. neuer Vertrag oder Wechsel des Providers)
- Kinästhetik;
- Umgang mit dem Demenz (ohne Medikamente);
- Innenarchitektur (helle Gestaltung; biographische Aspekte der Möbel, Handarbeiten der Bewohner);
- Professionelle Pflege und deren Bedeutung und den daraus abzuleitenden Bildungs-/ Schulungsbedarf für MA;
- Erfolg der Schulung in sichtbare Qualität der Versorgung nieder: an erster Stelle steht die Motivation und die Identifikation mit dem Konzept / der Einrichtung;
- Einführung eines leistungsbezogenen Gehaltes;

Dieses Ergebnis zeigt, dass der Lernerfolg ganz wesentlich von den individuellen Interessen der Teilnehmer abhängt und die tatsächlichen Bedarfe ziemlich heterogen sind. Dies spiegelt sich auch in den Antworten auf die nächsten beiden Fragen wieder:

Was konnten Sie von den Inhalten / Anregungen umsetzen?

- Interaktive Didaktik bei der Schulung von MA
- Bestätigung der eigenen Position bezüglich Humanisierung der Pflege in China
- Biographie Orientierung: (Klein) Möbel von zuhause
- Artikel schreiben
- Einbindung von ehrenamtlichen in Betreuung und Beschäftigung
- Überlegungen zur ambulanten Pflege ohne med. Leistungen
- „Werde nach ihrem Besuch die Stelle wechseln, um dann als Manager in einer neuen Einrichtung meine Ideen zu verwirklichen“
- Motivation eine neue Pflegeeinrichtung zu schaffen mit Besonderheiten für die Pflege von Menschen mit Demenz (bessere Innenarchitektur; z.B. nicht glänzende Fußböden)
- Grundsätzlich ist alles umsetzbar, es ist nur eine Frage der Zeit; einschließlich ambulanter Pflege



Abbildung 11: Individuelle Kennzeichnung eines Zimmers

Ansätze einer Biografie orientierten Gestaltung, Umsetzung durch eine Teilnehmerin der ersten Fortbildung.



Abbildung 11: Personalisierung

Biografie orientierte Einrichtung in den Patientenzimmern

Was würden Sie sich für zukünftige Themen wünschen

- Vertiefung des professionellen Wissen
- Software Themen (Verwaltung)
- Duales Ausbildungssystem
- Management und BWL
- gerontologische Reha

Zweimal wurde der Wunsch nach ganztägigen Hospitationen in verschiedenen deutschen Einrichtungen geäußert.

Das Ziel, eine Vernetzung der Teilnehmer zu erreichen wurde nur bedingt erreicht, da im Wesentlichen nur Zweierverbindungen aufrechterhalten wurden.

Fazit:

Wie auch bei uns, hängt die praktische Umsetzung von Erkenntnissen aus Fort- und Weiterbildungen von vielen Faktoren ab und ist oft ein langwieriger Prozess. In den Bereichen, auf den die Teilnehmer unmittelbaren Zugriff haben und mit einer entsprechenden sozialen Macht ausgestattet sind, konnten sie in dem einem Jahr nach Beendigung einige Änderungen bewirken. Alle interviewten Teilnehmer gaben deutlich zu erkennen, dass sie hoch motiviert sind, deutsche Standards in der Pflege zu erreichen. Sie sind sich völlig im Klaren, dass es dazu nachhaltiger Bildungsprozesse bedarf, die sowohl die eigene Person wie auch die Mitarbeiter betreffen.

7.4 Arbeitspaket 4b: Anpassung der Weiterbildungsmodule

Aus der Auswertung der ersten Veranstaltung ergaben sich nur relativ geringfügige Anlässe zur Veränderung des Curriculums selbst. Die wichtigsten Impulse ergaben sich aufgrund der Rückmeldungen durch die Arbeitgeber, dass die Ankündigung zukünftiger Fortbildung eine deutlich klare Zielorientierung und Ausrichtung auf die Zielgruppe „mittleres bis oberes Management“ (Führungs- und Mitarbeiterebene) aufweisen und einen dementsprechenden Nutzen beschreiben müsse. Diese können dann als Multiplikatoren für ungelernete Kräfte fungieren. Auch müsse das Angebot weiter modularisiert werden und die Dauer der einzelnen Module der Bedeutung des Themas (aus chinesischer Sicht) angemessen sein. So sollte die zukünftige Dauer der Veranstaltungen sorgfältig, hinsichtlich der Inhalte und Zielgruppen, abgestimmt werden. Themen der Qualitätssicherung und des Managements könnten bis zu 10 Tage dauern. Andere Module sollten drei Tage nicht überschreiten.

Notwendig war ein Überdenken der Inhalte „Pflegesystem“ und „sozialrechtliche Rahmenbedingungen“, da diese Inhalte von den Teilnehmern unter dem Aspekt der Besonderheiten Chinas wahrgenommen werden und ein Transfer für unwahrscheinlich gilt. Wichtig schien es zu sein, das Bildungsangebot so vorzustellen, dass es als ein Beitrag zur Weiterentwicklung einer eigenen chinesischen Pflegekultur akzeptiert werden kann. Damit wurden zusammenfassend folgende Empfehlungen an das Forum weitergeleitet:

1. Ausbau Management orientierter Inhalte

QM, Managementwissen und grundsätzliches Kennenlernen der Branche, Demenz Fachwissen, Fallarbeit Diabetes, Assessmentinstrumente, Care Management, Angehörigenarbeit, Basale Stimulation, Ideen zur Vernetzung, Unternehmensberatung zur Konzeptionsentwicklung,

2. Pflegeorientierter Inhalte

Übersicht über Hilfsmittel, die in Deutschland produziert werden, Rechtskunde (in Hinsicht auf die Rechtsunsicherheit in China: z.B. Verantwortung und Sturz, Konzept der „familiären Kommunikation und Streitschlichtung“. Im Übrigen wurde gewünscht, die einzelnen Konzepte auch praktisch vertiefend anzubieten. Inhaltlich wurden ein größerer Umfang psychiatrischer Altenpflege, Prävention, Edukation (von Mitarbeitern) gewünscht. Es wurde der Vorschlag gemacht, einen systematischen Kurs für Pflegedienstleitungen (nach dem Collegeprinzip) als deutsche Marke aufzulegen.

Für die Dolmetscher hat es sich als hilfreich erwiesen, wenn sie schon vorher an der Übersetzung der ppts beteiligt sind, da sie sich so mit den Themengebieten besser vertraut machen können. Für sie ist es wichtig, einen umfassenden Hintergrund konzeptioneller Art zu bekommen, um treffender übersetzen zu können.

8 Expertentagung in Witten

Am 1. November 2014 fand mit über 50 Teilnehmern aus dem ganzen Bundesgebiet an der UW/H im Nachgang zur 1.Fortbildungsphase eine Tagung zur deutsch – chinesischen Kooperation in der Altenpflege mit dem Titel: „Wie können Akteure aus Deutschland die Entwicklung der Altenpflege in China unterstützen?“ (siehe auch Programm in Anhang) statt. Zielsetzung war es, den chinesischen Teilnehmer Gelegenheit zu geben, ihre Eindrücke von der deutschen Altenhilfe, die sie während der Fortbildung in Shanghai und während ihre Deutschlandaufenthaltes gewonnen hatten, wiederzugeben sowie ihre Bedarfe an Transfer von Knowhow und Kooperation an die Tagungsteilnehmer zu adressieren. Zu erwartende Schwierigkeiten bei Kooperationen und mögliche Lösungswege wurden diskutiert. Herausgestellt wurden auch Bedenken gegenüber dem Trend, chinesische Fachkräfte anzuwerben und aus ihrer Heimat abzuziehen, da die dort bestehenden Probleme einer Demografie festen Altenpflege mindestens genau so schwierig sind, wie hier in Deutschland. In diesem Zusammenhang wurden auch die kulturellen Differenzen besprochen, die über die sprachlichen Probleme hinaus auftauchten.

Die Gründung eines Netzwerkes von in China im Bereich der Aus- und Fortbildung tätigen deutschen Unternehmen und Akteuren ist im Nachgang leider nicht zustande gekommen, was unter anderem wohl auch mit einer (subjektiv wahrgenommenen) Konkurrenzsituation der verschiedenen in China tätigen Akteure zusammenhängt.

Exkursion in unterschiedliche Pflegeeinrichtungen

Zur Vorbereitung auf eine aktive Teilnahme an der Tagung wurden die ausgewählten (besten 5) Teilnehmer der 1. Fortbildung während eines 14-tätigen Studienaufenthaltes in Deutschland intensiv mit den Versorgungsverhältnissen bekannt gemacht. Während vor- und nachmittags Exkursionen in unter-

schiedliche ambulante, stationäre und semi- Einrichtungen stattfanden, wurden abends theoretische und zusätzliche Unterweisungen gegeben (Exkursionsplan siehe Anhang).

9 Evaluation der 2. Fortbildung

Die zweite Weiterbildung fand im März/ April 2015 in Dongguan am dortigen Medical College statt. Die Zusammensetzung der TN war: 1 männlich; 27 weiblich; 25 Krankenpflegepersonal (Bachelorabsolventen) und 5 TN mit einer weiteren zusätzlichen Qualifikation. Die Teilnehmer kamen aus den dem College angeschlossenen Lehrkrankenhäusern.

9.1 Evaluationsziele

Gegenüber der ersten Evaluation wurde die Zielsetzung nicht verändert. Verzichtet wurde aus zeitlichen Gründen darauf, die Arbeitgeber bzw. Vorgesetzten der Teilnehmer mit in die Evaluation einzu beziehen. Auch ein Vergleich der beiden Fortbildungen wurde nicht unternommen, da die Gruppe völlig anders zusammengesetzt und die Rahmenbedingungen ebenfalls nicht vergleichbar waren. Daher wurden nur die Fragebögen >Start< und >Ende< ausgewertet.

9.2 Ergebnisse der Evaluation der zweiten Fortbildung

Obwohl fast alle Teilnehmer recht kurzfristig ohne Vorbereitung (nur 65 % der TN waren zuvor die Ziele erläutert worden) zu der Fortbildung delegiert wurden, waren alle (100%) erfreut, teilnehmen zu können und gespannt, *besondere Unterrichtsmethoden*, die *deutsche Altenpflege* und neue Maßnahmen „*hinsichtlich der Alterung der chinesischen Gesellschaft*“ kennen zu lernen. Konkret wurde die Thematisierung folgender Inhalte erwartet:

- Pflegeprozesse kennen lernen (5)
- Altersversorgung/ aktuelle Situation der deutschen Altenpflege (14), hier auch „im Kontrast zu Deutschland“ eigene Mängel besser erkennen können (2)
- Qualität/ Lebensqualität verbessern (8)
- Anwendung in der Praxis/ Prophylaxen (9)

Die Praxisrelevanz (82 % gehen davon aus, dass sie erreicht wird) war eine deutlich ausgesprochene Erwartung und bezog sich genauso auf die oben aufgeführten Themen. Allerdings wurde auf die Frage, welche Arbeitssituationen durch die Fortbildung besser zu bewältigen sein würden, eine Vielzahl heterogener Themen genannt, wobei Kommunikation mit Menschen mit Demenz/ Umgang mit herausfordernden Verhalten /psychischer Betreuung weit vorne lagen (13 %). Alle anderen Themen wie Angehörigenbetreuung, Inkontinenz oder Schmerztherapie bei Krebspatienten wurde nur einmal genannt.

Dies macht deutlich, dass von den Teilnehmern umfangreiche Transferleistungen verlangt wurden, um die Inhalte auf ihre eigene Situation anwenden zu können. Immerhin waren sich nur 68% sicher, dass Sie das Lernpensum gut bis sehr gut meistern würden. Weiterhin gehen 72% davon aus, dass sich „nach Beendigung der Fortbildung ihr beruflicher Alltag ändern“ wird, ohne dass sich allerdings ihre Einkommenssituation dadurch ändern wird. Veränderungen würden vor allem in folgenden Aufgabenbereichen eintreten:

- Qualitätsverbesserung in unserem Altenheim/ Organisationsentwicklung (10), incl. Ausstattung verbessern; Individuelle Umgebungsgestaltung
- Kommunikation verbessern /Mitarbeiterführung, Konfliktmanagement (9)
- Individuelle Pflegeplanung; Pflegeplanung gestalten und evaluieren (5)
- Bereich geriatrische Psychologie
- Gesundheitsberatung
- Werbung für den Beruf (Altenpflege) machen
- Bildung und Lehre
- Immobilie Patienten besser versorgen

Die Idee einer ambulanten Versorgung wurde zu Beginn von 82% der TN als eine zukünftige Möglichkeit für China angesehen und nur etwas mehr als die Hälfte der TN können sich vorstellen, einen ambulanten Pflegedienst aufzubauen bzw. zu leiten⁹. Diese Haltung änderte sich: Die Akzeptanz für die Möglichkeiten der ambulanten Pflege waren am Ende der Fortbildung auf 100% gewachsen und es konnten sich nunmehr 78% vorstellen, einen ambulanten Pflegedienst zu leiten.

Eine **generelle Zufriedenheit** mit der Fortbildung äußerten 89%, 11% fanden die Veranstaltung akzeptable. Den größten Beitrag zur Zufriedenheit leistet wohl die Unterrichtsorganisation, die ausreichend Zeit und Stimuli vorsah, mit den Dozenten sowie untereinander zu diskutieren und die Qualität der Dozenten (96 fanden sie gut-sehr gut). Dies deckt sich auch mit der Abschlussfrage nach dem nachhaltigsten positiven Eindruck (Frage 30):

- TN dürfen jederzeit Fragen stellen (2)
- Gute Atmosphäre zwischen den TN und den Lehrern (9)
- Ambulante Pflege (3)
- Theoretischer und praktischer Unterricht zusammen gestalten (4)
- Kommunikation mit alten Menschen
- Transfer/ Kinästhetik (3)
- basale Stimulation (4)
- Pflege von Demenzkranken (2)
- Spannender praktischer Unterricht(2)

Hingegen wurden die inhaltlichen Erwartungen nur in 63% der Fälle gut bis sehr gut getroffen, wobei vor allem die Relevanz der Themen vermisst wurde (Frage 11,12 und 19):

⁹ Dies sind deutlich weniger als in der ersten Gruppe, was mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die berufliche Herkunft als Krankenschwester zurückzuführen ist. Gleichwohl äußerte eine Reihe von TN, dass sie nicht bis ins Alter im Klinikbereich arbeiten würden und gerne aufgrund der Belastungen eine andere Tätigkeit vorziehen würden.

Meine Erwartungen an die Inhalte wurden erfüllt?

trifft im vollen Umfang zu	trifft häufig zu	trifft manchmal zu	trifft selten zu, fehlt gelegentlich	fehlt, trifft gar nicht zu	kann nicht bewertet werden
6	11	7	1		

Die behandelten Themen haben eine hohe Relevanz für die angestrebte Tätigkeit

trifft im vollen Umfang zu	trifft häufig zu	trifft manchmal zu	trifft selten zu, fehlt gelegentlich	fehlt, trifft gar nicht zu	kann nicht bewertet werden
5	9	10			3

Die vermittelten Inhalte kann ich in meiner derzeitigen Arbeitssituation anwenden:

sehr gut	Gut	nicht gut	Gar nicht	X
8	9	9	1	

Themen die hätten wegfallen oder gekürzt werden können, waren: >Dekubitus und Sturz<; >Alterung der Gesellschaft<. Bemängelt wurde zwei Mal, die Länge der Gruppenarbeit und das themengleiche vorgehen.

Dem zufolge zogen die Teilnehmer auch ganz unterschiedliche Nutzen aus der Fortbildung (Kommentare Frage 24):

Neue Erkenntnisse und Horizonte in der Altenpflege, Pflegemethode in der Altenpflege (10).
 Ich habe von der Pflege und Betreuung von Demenzkranken profitiert.
 Wie man eine lockere Lernatmosphäre gestalten und die Ausbildungsqualität erhöhen kann (2).
 Behandlung und Pflege von Demenzkranken/ Verhaltensstörung bei Demenz (7).
 Auf Kleinigkeiten in der Kommunikation zu achten.
 Selbständiges Arbeiten.
 Anzahlmangel an Altenheimen
 Altenheime haben eine schlechte Ausstattung und Organisation.
 Mangel an Fachpersonal.
 Die Regierung ist noch nicht bereit die entsprechenden Förderungsprogramme anzubieten.
 Die Wichtigkeit der Altenpflege in der Entwicklung unserer Gesellschaft.
 Gestaltung von Biographie Arbeit.
 Kommunikation mit Angehörigen.
 Berufliche Zukunft (allgemein).
 Zukünftige Entwicklung des Altenheims.
 Bedürfnisorientierung.

Folgende Themen hätte man ausführlicher behandeln können:

- Qualitätsmanagement und Qualitätsevaluation (3)
- Basale Stimulation (5)
- Unterschiede zwischen Demenz und Depression
- Dekubitusprophylaxe / Standard
- Biographie

- Kinästhetik (Transfer) (4)
- Deutsches Sozialsystem
- Notfallbehandlung
- Umgang mit Verhaltensstörungen

Die obengenannten Themen sind weitgehend mit denjenigen identisch, die mit einer bessere Bewältigung der Praxis in Verbindung gebracht wurden: *(Können Sie Beispiel geben, wie Sie durch diese Fortbildung in Zukunft eine Aufgabe leichter oder besser bewältigen werden?)*

- Ablauf und Durchführung von Sturzprophylaxe und Dekubitusprophylaxe
- Qualitätsmanagement
- Behandlung bei Verhaltensstörung (5)
- Transfer, wie kann man die Patienten mühelos bewegen (Kinästhetik) (8)
- Arbeitserleichterung durch Biographie Arbeit (2)
- Generelle Erleichterung der Arbeit
- Basale Stimulation bei Schmerzlinderung und Komapatienten

Themenwünsche für weitere Fortbildungen lauten:

- Basale Stimulation (1)
- Dekubitus Behandlung / Dekubitus klassifizieren
- Ablaufplanungen oder Pflegeplanungen
- Heilungswissen - therapeutische Pflege? II
- Deutsche Managementmethoden im Altenheim/ Qualitätsmanagement (3)
- Schwierigkeiten bei der Etablierung und Entwicklung eines Altenheims
- Unterschied zwischen Alten- und klinischer Pflege (2)

Eine weitere Evaluation der Fortbildung wurde in Form eines Tests (Klausur) absolviert (siehe Abschlussbericht Anteil Henkel)

10 Evaluation des Projektverlaufes

Zielsetzung der Evaluation ist es, ausgehend vom Verlauf und von den festgestellten Ergebnissen Aussagen und Empfehlungen zu treffen, die gegebenenfalls auf andere Projekte übertragbar sind.

10.1 Prozessperspektive

Ein wesentliches Merkmal dieses Projektes war die Zusammenarbeit zwischen der Universität und dem kommerziell tätigen Leistungserbringer (Forum). Als hilfreich und unabdingbar hierfür ist die, bereits

vor dem Projektbeginn, im Förderantrag in Form von Arbeitspaketen beschriebene Aufgabenklärung und Arbeitsteilung. Dabei ist darauf zu achten, dass im Einzelfall Aufgaben gut operationalisiert werden. So ist beispielsweise im Arbeitspaket 3 (S.15) beschrieben: „*Forum Berufsbildung e.V. wird mit der wissenschaftlichen Unterstützung der Universität Witten-Herdecke in einem ersten Schritt analysieren und einschätzen, welche Teile der Aus- bzw. Weiterbildungsmodule transferierbar sind.*“ Hier bleibt in dem Moment der Arbeitsauftrag unklar, wenn, wie im Verlauf geschehen, das Curriculum aus praktischen bzw. Marketinggründen mehrmals modifiziert werden muss und wissenschaftliche Aspekte berechtigterweise aus den genannten Gründen bei der Rekonstruktion zurücktreten und vorwiegend kommerzielle Aspekte des Markteintritts die Entwicklung des Curriculums bestimmen. Insofern ist zukünftig bei der Ausarbeitung von Arbeitspaketen darauf zu achten, dass Prozessphasen und Arbeitsinhalte, die nur vage vorherbestimmt werden können und die aufgrund mangelnder Vorinformation oder anderer Besonderheiten eine hohes Maß an Unbestimmtheit in sich tragen, so ausgearbeitet werden, dass auch bei Änderungen die Aufgabenverteilung klar ersichtlich bleibt.

Überhaupt ist bei der Planung von Projekten, die eine enge Kooperation mit chinesischen Partnern vorsieht, mit erheblichen Abweichungen zwischen dem geplanten und dem tatsächlichen Verlauf zu rechnen.

Besondere Schwierigkeiten bestehen generell immer für jeden Projektpartner, wenn sich die Phasen der Arbeitsbelastung ungleichmäßig verteilen und eine unmittelbare Abhängigkeit der Prozessschritte untereinander gegeben ist, sodass der eine Partner immer erst im Anschluss an den anderen arbeiten kann. In vorliegendem Projekt ergaben sich aus der Schwierigkeit des Markteintritts Zeitverschiebungen, die zu erheblichen Schwankungen im Projektverlauf geführt haben. Zu empfehlen ist hier, bei der Ausarbeitung der Arbeitspakete den möglichen Workflow genauer unter diesem Gesichtspunkt darzustellen und gegebenenfalls auszuarbeiten, ob und in welchem Umfang einzelne Aufgaben bzw. Aufgabenteile zeitunabhängig abgearbeitet werden können.

10.2 Anmerkungen zum Marketing.

China verzeichnet im Bereich der Altenpflege eine überbordende und heterogenen Entwicklung: Die Vorgabe der Regierung lautet, dass 90% der älteren Pflegebedürftigen in der eigenen Wohnung verbleiben, 7% in kommunalen Altenpflegeeinrichtungen und 3% in privaten Einrichtungen untergebracht werden sollen. Alle Arbeitgeber betonten, dass es einen sehr hohen Bedarf an ausgebildeten Kräften gibt. Eigene Ausbildungsanstrengungen der Betriebe werden aber nicht unternommen, weil entsprechende Absolventen direkt von der Konkurrenz abgeworben würden.

Während in der Bedarfserhebung (Feldstudie) noch deutlich wurde, dass die Unterstützung zur Versorgung einer pflegebedürftigen Person durch eine fremde Person im eigenen Haushalt eher kein Markt darstellt, zeichnete sich jetzt eine zunehmende Offenheit (bezieht sich auf den Großraum Shanghai) bezüglich ambulanter Dienstleistungen ab.

Die Werbung und Vorabinformationen für die TN waren nicht ausreichend: „*Ich hoffe, dass die zukünftige Benachrichtigung über solche qualitativen Fortbildungen umfangreich veröffentlicht werden, damit andere Interessenten auch die Möglichkeit haben, solche Fortbildung wahrzunehmen*“ (Chef von Cherish Yearn). In diesem Zusammenhang wurde von einem Arbeitgeber kritisiert, dass die angespro-

chene Zielgruppe nicht klar benannt wurde. Es sollte deutlicher zwischen den Zielgruppen unterschieden werden: Managementebenen und Fachpflegeebene.

Hilfreich war die vorweg durchgeführte Tagesveranstaltung und es wäre zu überlegen, ob man diese nicht mit einem zweitägigen Workshop verbindet, um die Entscheidungsträger besser mit den Inhalten, Zielen und Nutzen der Weiterbildung bekannt zu machen.

Die Dauer der Module kann zwischen drei Tagen (incl. Wochenende) bis zu maximal 2 Wochen angesetzt werden, wenn die Inhalte und Tiefe (Anwendungs- und Praxisbezug) dies erfordern. Für einen Zweiwochenkurs würden die TN bis zu 30.000 RMB (2500 Euro) und für einen zweijährigen PDL Kurs ca. 150000 – 200000 RMB (20000- 25000 Euro) bezahlen. Die Dauer der Weiterbildung, die ja mit dem Fernbleiben vom Arbeitsplatz korrespondiert, ist ein deutliches Teilnahmehindernis.

In der Zukunft sollte für die Interessenten ein Probeunterricht aufgezeichnet und ins Netz gestellt werden. Ein kontinuierlicher Projektbericht, ein differenzierter Modulplan mit konkretem Bezug zu Zielgruppen und ein eigenes Logo, unter dem die Maßnahme vermarktet wird (möglicherweise vom Verband der privaten Altenheimbetreiber) werden empfohlen. Arbeitgeber könnten auf Grundlage einer betrieblichen Erhebung selber Themenvorschläge machen.

Es liegt nah, zuerst Kurse auf Managementebene anzubieten, um die Notwendigkeit und Inhalte der Fachebene zu thematisieren. Es könnte ein modulares Wahlsystem etabliert werden, das dem/ der Manager/ in die Option gibt, passende Inhalte für seine/ ihre Einrichtung zu wählen.

Es wurde einige Mal betont, dass sich das Projekt auch in Abgrenzung zum japanischen und amerikanischen Pflegesystem profilieren sollte (unklar ist, ob mit Pflegesystem nicht das Versicherungssystem gemeint ist). Die Vorteile des deutschen Systems sind nicht allen Kursteilnehmern vermittelt worden.

Auf staatlicher Seite sei das Gesundheitsamt (Krankenhaus, Hygienewesen) und nicht das Sozialamt der wesentlichen Ansprechpartnern (ein Arbeitgeber).

Als mögliche weitere Zielgruppe sind in Betracht zu ziehen: pensionierte Krankenschwestern bzw. gut qualifizierte Frauen aus anderen Berufen (Ingenieurinnen) die einen zweiten „beruflichen Frühling“ realisieren möchten. Andere Zielgruppe: Entscheidungsträger der Immobilienbranche.

Bei allen Projekten die privatwirtschaftlichen Charakter haben, ist davon auszugehen, dass der chinesische Staat kein Geld an ausländische Firmen zahlen wird.

10.3 Diskussion der Ergebnisse

Das Ergebnis zeigt, dass es grundsätzlich möglich ist, pflegerische Inhalte im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsprojekten nach China zu exportieren und dass es dort sowohl einen entsprechenden (sehr großen) Bedarf wie auch eine ausreichende Nachfrage gibt. Die Nachfrage wird durch die Aussicht auf individuelle Karrierechancen gespeist, da es einen enormen Mangel an mittleren und höheren Führungskräften gibt, die den Wandlungsprozess insbesondere in der Privatwirtschaft tragen und gestalten. Letzteres, eben auch im Sinne von Multiplikatoren und Weiterbildnern. Allerdings zielt die Nachfrage dieser Akteure eher auf einen akademischen Abschluss einer möglichst ausländischen Uni-

versität. Daher ist es höchst unwahrscheinlich, dass es im ausreichenden Maße gelingen wird, einzelne Individuen über den Bildungsmarkt als Weiterbildungsteilnehmer zu erreichen.

Die Nachfrage der bereits rudimentär entwickelten, privaten Pflegewirtschaft kann sich zurzeit trotz des konstatierten Bedarfs nur zögerlich entwickeln, da es keinerlei Erfahrungen und wohl auch wenig Bereitschaft über gemeinsame Bildungsoperationen gibt. Die Bereitschaft eines Unternehmens, in die Qualifizierung seiner Mitarbeit zu investieren, wird durch die gleichzeitige Konkurrenz um die besten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen stark gehemmt.

Das Problem unterschiedlicher kultureller Rahmenbedingungen als Transferhindernis lässt sich relativieren, da in China ein gewaltiger Modernisierungsprozess im Gange ist, in dem sich das Gesundheitswesen und die Versorgung von Pflegebedürftigen (vor allem im privaten Sektor) sehr stark westlichen Handlungslogiken anschließt. Dies wurde besonders deutlich an der überaus positiven und deutlichen Resonanz auf Inhalte, die die Menschenwürde/ -rechte und einen humanitären Umgang mit pflegeabhängigen und desorientierten Menschen thematisieren und entsprechende Handlungsmodelle vermittelt haben (z.B. Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen, Betreuung von Menschen mit Demenz ohne den Einsatz von Psychopharmaka). Von daher treffen vor allem die spezifischen pflegfachlichen Konzepte wie Biografie orientierte Versorgung, Basale Stimulation oder spezielle Umgangsformen für Menschen mit Demenz auf ein gutes Verständnis. Schwierig bleibt aber, dass aus westlicher Sicht die jeweiligen Transferhindernisse in die lokalen Einrichtungen nicht bekannt sind und auch von den Teilnehmern nicht thematisiert werden (es muss davon ausgegangen werden, dass man öffentlich nicht über die Schwächen des eigenen Betriebs spricht).

Eine wichtige, positive Erfahrung war in diesem Projekt, dass entgegen skeptischer Stimmen, dass es sehr zur Zufriedenheit und zum Lernerfolg der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beigetragen hat, dass kommunikative und gruppendynamisch fundierte Vermittlungsmethoden zu benutzt wurden. Bisher ist das didaktische Vorgehen primär durch einen lehrerzentrierten Frontalunterricht gekennzeichnet. Es konnte jedoch auch die Erfahrung gewonnen werden, dass moderne didaktische Methoden eine zusätzliche Attraktivität darstellten. In wie weit damit auch elektronische Medien einzubeziehen sind, muss mit Vorsicht diskutiert werden. Fest zu stellen ist, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen in einem sehr hohen Maße mit internetfähigen Kommunikationsmitteln ausgestattet waren. Allerdings verlangt die Vermittlung handlungsorientierter Konzepte einen Präsenzunterricht, in dem sowohl praktische Übungen, wie auch Reflektionen fester Bestandteil sind.

Ob sich die Kontakte zum chinesischen Pflegeverband als hilfreich erweisen, ist eher mit Skepsis zu betrachten, da dieser Krankenpflegefachpersonen vertritt, die bisher fast ausschließlich in Krankenhäusern arbeiten und keine Inhalte bzgl. der pflegerischen Versorgung alter Menschen in ihrem Curriculum durchlaufen haben.

Ein wesentliches Hemmnis bei der Entwicklung der ambulanten als auch der stationärer Strukturen, sind die derzeitigen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen zur Refinanzierung von Pflegeleistungen. Festgestellt wurde aber, dass sich in diesem Bereich ebenfalls eine starke Entwicklung abzeichnet.

10.4 Empfehlungen

Folgende Empfehlungen können auf Grundlage der Bedarfsermittlung, der Marktsituation und der Evaluation der Bildungsangebote abgegeben werden:

- Ein nachhaltiger Bildungsexport ist von einem weiteren Ausbau des sozialen Sicherungssystems (Ausbau des Sozialversicherungsprinzips in Verbindung mit einer staatlichen Grundsicherung, Stepan, Matthias 4/2014) abhängig.
- Die Entwicklung des privaten Sektors muss daran teilhaben können, da hier bereits die ersten nachhaltigen Projekte etabliert sind.
- Ausgangspunkte für ambulante Angebote können von den bereits bestehenden stationären Einrichtungen ausgehen.
- Projekte sollten an einen starken und einflussreichen Projektträger gebunden werden, der es versteht, die Wettbewerbssituation der verschiedenen Unternehmen bezüglich mittlerer und höherer Managementmitarbeiter zu bündeln und ein gemeinsames Interesse an Weiterbildungen kanalisiert.
- Angebote von der Anbieterseite setzen voraus, dass zwei deutlich unterschiedene Themenbereiche besetzt werden: manageriale/ konzeptionelle und pflegefachlich/ didaktische Inhalte.
- Inhalte und Nutzen müssen deutlicher kommuniziert werden.
- Als Einstieg eignen sich drei bis vier tägige Seminare/ Symposien, die den Teilnehmern die Möglichkeit einräumen, auch in kleineren Kreisen Ideen auszutauschen und sich mit dem Nutzen von Weiterbildungsinhalten vertraut zu machen.
- Eine Freistellung für Fortbildungsmaßnahmen durch die Arbeitgeber könnte eher gelingen, wenn dies nur für einige wenige Tage geschieht als direkt für 14 Tage.
- Um einen Einblick in die Fortbildungsinhalte zu erhalten sollte das Internet unbedingt mehr mit einbezogen werden. Hier könnten Probeausschnitte aus dem Unterricht präsentiert werden und u.a. auch die Vermittlungsmethoden dargestellt werden.
- Es muss deutlich aufgezeigt werden, dass eine Teilnahme an einer Fortbildung einen nachhaltigen Gewinn für die Organisation darstellt.
- Um die Nachhaltigkeit von Bildungsprojekten zu sichern (auch in ökonomischer Hinsicht) erscheint es sinnvoll, Bildungsakademien zu gründen, die die Fortbildung in einem engen Zusammenhang mit der Qualitätssicherung abbildet und mit einer Zertifizierung endet.
- Bildungsakademien könnten auf diesem Weg auch eine feste Größe bei der Entwicklung ambulanter Strukturen sein. Erfolgversprechend scheint hier auch der Aufbau innerbetrieblicher Fortbildungen, welche durch die Bildungsakademien angeboten werden könnten.
- Es sollten Standards erarbeitet werden, an denen sich die Träger freiwillig orientieren und die mit einem Markenzeichen verbunden werden. Die Zertifizierung weist damit die Qualität der Einrichtung aus und sollte im Zusammenhang mit der Qualifikation der Mitarbeiter vergeben werden.
- Inhaltlich haben sich klare Themenschwerpunkte gezeigt: die pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz und anderen typischen, chronischen Zivilisationskrankheiten in unterschiedlichen Setting und der Ausbau managerialer Kompetenzen.
- Empfohlen wird, dass es nicht um eine staatlich regulierte Ausbildung gehen sollte, sondern um eine daran anschließende Qualifikation nach staatlich absolvierten Pflegeprogrammen.

- Im Marketing wäre darauf abzielen, dass die Vermittlung der Inhalte mit einem Coaching und einer nachhaltigen Begleitung beim Transfer verbunden ist und das es nicht ausreicht, sich die Inhalte theoretische (aus dem Internet) anzueignen, sondern eine spezielles didaktisches Angebot der oben genannten Akademien erforderlich ist.
- Auf dem Weg dahin erscheint es unabdingbar, chinesische Multiplikatoren auszubilden. Diese sollten neben entsprechender didaktischer Kompetenz vor allem die Möglichkeiten haben, in Deutschland zu hospitieren, um sich auch auf der praktischen – sinnlichen Ebene - mit der Altenpflege vertraut zu machen.
- Nicht unterstützt werden sollten Versuche, die über diese Bildungsangebote im größeren Umfang chinesische Mitarbeiter für die Pflege in Deutschland zu gewinnen versuchen. Inzwischen hat sich durch die Flüchtlinge eine Situation ergeben, in der es sinnvoller erscheint, aus diesem Kreis Menschen für die Pflege zu gewinnen.
- In diesem Zusammenhang soll hervorgehoben werden, dass auch in Abgrenzung zu japanischen Konzepten die vermittelten Inhalte unabhängig vom jeweiligen Versicherungssystem ihre Bedeutung haben und das eine qualitätsvolle Arbeit mit anderen Arbeitsinhalten und Prozessen in jedem Finanzierungssystem seinen Platz hat.

11 Anhang 1: Dokumente

Synopse: Deutsche und japanische Altenpflege im Vergleich (Igl 2015)

	Deutschland	Japan
Finanzierung der Pflege	<p>Sozialversicherung (Erweiterung der Gesundheitsversorgung) Träger: Kranken- und Pflegekassen Finanzierung über Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge</p> <p>Pflegeversorgungssystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marktsystem mit vornehmlich privaten und freigemeinnützigen Anbietern • Ausgestaltung der Einrichtungen und Leistungen über Maßgaben zur Qualitätssicherung • Häusliche Pflege im Rahmen von Kranken- und Pflegeversicherung (Sicherungspflege, Krankenhausvermeidungspflege) • Pflegeleistungen im Rahmen der Gesetzlichen Unfallversicherung, Bundesversorgungsgesetz, Sozialhilfe • <p>Zielgruppe: alle Pflegebedürftigen ohne Altersgrenzen.</p> <p>Zugang zur Häuslichen Pflege im Rahmen der Krankenversicherung über ärztliche Verordnung.</p> <p>Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung über Feststellung des Ausmaßes an Pflegebedürftigkeit (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung(MDK), Pflegekassen).</p> <p>Pflegebedürftigkeitsbegriff:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verrichtungsorientierung mit Konzentration auf körperliche Beeinträchtigungen, Ergänzungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) • 3 Pflegestufen • Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs 	<p>Sozialversicherung (Erweiterung der sozialen Fürsorge) Träger: Kommunen Finanzierung zu 50% aus öffentlichen Mitteln, zu 50% aus Versicherungsbeiträgen (Arbeitnehmer zw. 40 u. 65 Jahre, Rentner)</p> <p>Pflegeversorgungssystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marktsystem mit vornehmlich privaten Anbietern • Ausgestaltung über Zulassungssystem (Präfektur) • Reformierung alle fünf Jahre • Dynamisierung der Leistung alle drei Jahre <p>Zielgruppe: Pflegebedürftige ab 65. Lebensjahr, Pflegebedürftige mit bestimmten Erkrankungen (z. B. onkologische Erkrankungen im Endstadium) im Alter von 40 bis 65 Jahre.</p> <p>Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung über Feststellung des Ausmaßes an Pflegebedürftigkeit (Kommunen).</p> <p>Pflegebedürftigkeitsbegriff:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Differenzierung nach Unterstützungsbedarf (2 Stufen) und Pflegebedürftigkeit (5 Stufen) • gesetzlich vorgesehene Überprüfung alle 5 Jahre

	<p>Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ergänzende Leistungen („Teilkasko“-System) • Beziehung zw. Leistungserbringern, Versicherten, Leistungsträgern als sozialrechtliches Dreieckverhältnis • Überprüfung der Leistungen durch jährliche Kontrolle durch MDK im Auftrag der Träger und Aufsicht durch Heimaufsicht • Sachleistungen bei Inanspruchnahme von Leistungen zugelassener Dienste • Pflegegeld bei ausschließlicher Familienpflege • Kombination von Sach- und Geldleistungen • Verhinderungspflege • Kurzzeitpflege • Tages- und Nachtpflege • zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen • Leistungen des Persönlichen Budgets • zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen • vollstationäre Pflege (ohne Hotelkosten) für alle Pflegebedürftigen • Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen • Pflegeberatung • Leistungen der sozialen Sicherung für pflegende Angehörige (Unfall-, Rentenversicherung) • Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung • Familienpflegezeitgesetz bis zu 24 Monate Reduktion der Arbeitsstunden in Betrieben • Leistungen zur Wohnraumanpassung • Unterstützung ambulant betreuter Wohngruppen • Hilfsmittelversorgung (auch im Rahmen von SGB V) <p>Steuerung des Versorgungsablaufs (Schnittstellenmanagement) durch Pflegemanagement im Rahmen von Pflegeberatung (Pflegestützpunkte), integrierter Versorgung, Überleitungspflege.</p>	<p>Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kostenbeteiligung (einkommensabhängig 10-20%, gedeckelter Höchstbetrag) bei Inanspruchnahme von Leistungen • Vergütung der Leistungserbringer durch Leistungsträger in Stellvertretung der Leistungsberechtigten • Überprüfung des Pflegemanagements durch Verband der Nationalen Krankenversicherung, Überwachung der Pflegeeinrichtungen durch zulassende Behörde (Präfektur), jährliche Berichterstattung der Pflegeeinrichtungen an Kommunen • ausschließlich Sachleistungen (bei stationärer Pflege ohne Hotelkosten) • Short-term stay for livelihood/ medical and long-term care • Outpatient day long-term care (day service)/rehabilitation • Daily life long-term care admitted to a specified facility • Nighttime access visiting long-term care • Outpatient long-term care for a dementia patient • vollstationäre Pflege ab Pflegestufe 3 (Ausnahmeregelungen für besondere Notlagen bei Personen mit Pflegestufe 1 und 2) • Pflegemanagement für Personen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf • Leistungen zur Pflegeprävention für Personen mit Unterstützungsbedarf Stufe 1 und 2 (Umfang und Art entsprechen Leistungen für Pflegebedürftige, Pflegemanagement ausschließlich durch Community General/Central Support Centers) • Leistungen zur Wohnraumanpassung • Hilfsmittelversorgung <p>Steuerung des Versorgungsablaufs durch Pflegemanagement (Private Anbieter von Pflegeleistungen in Pflegeeinrichtungen, Community General/Central Support Centers).</p>
--	--	---

<p>Strukturen der ambulanten und stationären Versorgung</p>	<p>Unterscheidung von ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Versorgung und ambulant betreuter Wohngruppen für Menschen mit Demenz (MmD).</p> <p>Grundsatz „ambulant vor stationär“ (s. a. Leistungen an pflegende Angehörige).</p> <p>Pflege durch Angehörige (71%), mit Hilfe von Diensten (33%), stationär (29%) Pflegestützpunkte für Pflegeberatung, Koordinierung der wohnortnahen Versorgung.</p>	<p>Unterscheidung von ambulanter und (teil-)stationärer Versorgung, Entwicklung von Group Homes für Menschen mit Demenz (MmD), Ausbau niedrigschwelliger multifunktionaler häuslicher Versorgung.</p> <p>Grundsatz: Stärkung der ambulanten Versorgung durch Verbesserung der Wohnungspolitik für ältere Menschen und Förderung der Einrichtung von gemeindebasierten Diensten für häusliche Versorgung: Pflege durch Angehörige (71%), mit Hilfe von Diensten (15%), stationär (29%).</p> <p>Gemeindebasierte integrierte pflegerische Versorgung: umfassende Unterstützung pflegebedürftiger Personen durch koordinierte medizinische, pflegerische, präventive Dienste, Wohnungsvermittlung, Unterstützung im täglichen Leben (zentrale Rolle des Pflegemanagements).</p> <p>Community General/Central Support Centers: Pflegeberatung, Pflegemanagement (insbes. Pflegeprävention), Integration und Koordinierung aller kommunaler Ressourcen/ medizinischen und pflegerischen Angebote Kommunale Pflegeräte zur Unterstützung beim Pflegemanagement Unterscheidung verschiedener Einrichtungsarten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegeeinrichtungen für Altenwohlfahrt: max. 3-Bett-Zimmer mit mind. 10,65 m² Wohnfläche pro Person, Fokus auf alltägliche Betreuung und Pflege älterer Pflegebedürftiger • Pflegeeinrichtungen für Altengesundheitswesen (Reha):): max. 3-Bett-Zimmer mit mind. 8 m² Wohnfläche pro Person, Fokus auf Pflege, med. Behandlung und Reha unter ärztlicher Leitung • medizinische Einrichtungen zur Pflege und Betreuung (bis März 2018 in Pflegeeinrichtungen für Altengesundheitswesen zu transformieren oder aufzulösen): max. 3-Bett-Zimmer mit mind. 6,4 m² Wohnfläche pro Person, Fokus med. Behandlung <p>Unterscheidung verschiedener Einrichtungstypen (Altenheim, Altersresidenz mit Pflege, Care Haus mit Pflege); Wohngruppen im Quartier für MmD mit max. 2x9 Personen, Zulassung als stationäre Einrichtung im Wohngebiet über Kommune; Kleinstpflegeheime bis max. 29 Bewohnende ohne Geltung als stationäre Einrichtungen</p>
--	---	--

	Palliativversorgung: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, stationäre und ambulante Hospizleistungen.	Palliativversorgung im Krankenhaus oder in der häuslicher Pflege, Hospize in der Regel angegliedert an Krankenhäuser.
Pflegekonzepte/ Besonderheiten	<p>Grundsatz der Selbstbestimmung: Förderung und Erhalt der Selbständigkeit durch aktivierende Pflege. Ergänzende Leistungen für Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Einzelleistungen, Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen/ -konzepte), Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.</p> <p>technische Konzepte (Einsatz von IT, Robotern, AAL): tlw. Nutzung insbes. in stationärer Pflege, keine einheitliche Strategie der Bundesregierung zur Förderung und Einrichtung von Technologien, Förderung von Einzelprojekten.</p> <p>Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen; Charta zur Betreuung Sterbender</p>	<p>Beachtung der Selbständigkeit in Tagespflege und anderen Versorgungsdiensten.</p> <p>Zugang von MmD mit Pflegestufe 1-5 zu stationären, (teil-)stationären, ambulanten Pflegeeinrichtungen, Zugang zu präventiven kommunalen Pflegediensten, kommunale Versorgung von MmD in Tagespflegeeinrichtungen, Gruppenheimen, Prävention von Krisen durch frühzeitige Unterstützung und Krisenvermeidung („outpatient care service for preventive long-term care for dementia patient“, „daily life care service for preventive long-term care in communal living for dementia patient“, „outpatient long-term care for dementia patient“, „communal daily long-term care for dementia patients“), Gestaltung des Versorgungsablaufs durch „dementia care path“, Förderung der Sensibilität von Angehörigen durch ehrenamtliche „Dementia Supporters“.</p> <p>technische Konzepte: keine vorliegenden Informationen über allgemeine Nutzung, anekdotische Angaben zu eher kritischen Sicht seitens der Praxis, Technikeinsatz in Modellprojekten zur Förderung der häuslichen Pflege.</p> <p>Gesetz zur Vorbeugung gegen Missbrauch alter Menschen</p>

Curriculum „Altenpflege in China“

Modul 1 - Einführung in die Altenpflege (26 UE)

Tag		Thema	Ziele		Inhalte	Methoden	UE	Anmerkungen/ Quellen
1	1.1	Altenpflege in Abgrenzung zur Gesundheits- und Krankenpflege	Die TN kennen die Versorgungsformen der Altenpflege.	1.1.1	Überblick über Versorgungsformen (stationär-teilstationär-ambulant)	Lehrvortrag, Erfahrungsaustausch	1	
1			Die TN setzen sich mit den Aufgaben der Altenpflegerin in Abgrenzung zu den Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflegerin auseinander und kennen das spezifische Aufgabenprofil einer Altenpflegehelferin.	1.1.2	Aufgaben der Altenpflege in Abgrenzung zu Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege Aufgabenprofil der Altenpflegehelferin**: <ul style="list-style-type: none"> – Mitwirkung bei pflegerischen Maßnahmen (vorwiegend klientennahe Aufgaben) – Informationsübermittlung ** Wenn damit die berufliche Position der ursprünglichen Zielgruppe gemeint ist, müsste diese Bezeichnung noch mit dem chinesischen Berufssystem abgeklärt werden. Vielleicht wäre besser: Pflege Assistenten oder Pflegehelfer. Vielleicht ist das auch eine Aufgabe der TN, hier die richtige Bezeichnung zu finden.	Lehrvortrag, Austausch	2	Hinweis auf Mix aus Gesundheits-/Kranken- und Altenpflegern in der Altenpflege ohne den Bezug zu deutschen Gesetzen, sondern als Geschäftsidee (jedoch kann man §3, Abs. 1 AltPflG sehr gut nutzen, um die Aufgaben abstrakt darzustellen)
1	1.2	Die Rolle der „Moderatorin“ bei der Aus- und Weiterbildung von Helferinnen in der Altenpflege	Die TN erkennen die Bedeutung der Reflexion des beruflichen Handelns in der Altenpflege. Sie setzen sich mit der eigenen beruflichen Sozialisation und den eigenen Motiven für eine Tätigkeit in der Altenpflege auseinander.	1.2.1 1.2.2	Reflexion der eigenen beruflichen Sozialisation Eigene Vorstellungen und Motive für eine Tätigkeit in der Altenpflege	Reflexionsübung, Austausch	2	
1	1.3	Kompetenz- und Rollen Anforderungen an eine Helferin in der Altenpflege (siehe Anmerkung 1.1.2.9)	Die TN erlangen Kenntnisse über die Kompetenzanforderungen an eine Helferin in der Altenpflege.	1.3.1	Kompetenz-Begriff Handlungskompetenz einer Altenpflegehelferin → fachlich-methodische, soziale und personale Kompetenz: <ul style="list-style-type: none"> – Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich der Unterstützung bei 	Lehrvortrag, Textarbeit, Erfahrungsaustausch Vielleicht sollte man das anhand von	2	<i>Hier ist es wichtig zu klären, was sollen die Helferinnen lernen und können. – Soll das evtl. gemeinsam mit den Moderatorinnen passieren oder geben wir die Vorgaben aus</i>

					<p>der Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Ausscheidung und Tagesgestaltung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fähigkeiten und Fertigkeiten bei der Umsetzung prophylaktischer Maßnahmen (insbesondere Lagerungstechniken) – Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Umsetzung von Maßnahmen des Infektionsschutzes – Fähigkeiten und Fertigkeiten, um in medizinischen Notfällen sicher zu agieren – Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Ressourcen orientierten Umgang mit den Klient/-innen (Hilfe zur Selbsthilfe) – Fähigkeiten und Fertigkeiten, um akzeptierend, respektvoll und wertschätzend mit den Klient/-innen umzugehen (Fä. zur Beziehungsarbeit) – Selbstpflegefähigkeit; Teamfähigkeit; Fähigkeit des selbstständigen Aneignens von Wissen und Fähigkeit zum lebenslangen Lernen 	einfachen Fallbeispielen von Versorgungssituationen machen		<i>Deutschland hinein? Im Sinne einer besseren Identifikation ist es sicher gut, wenn die Moderatorinnen selbst aktiv in die Entwicklung eines Curriculums für die Helferinnen einbezogen werden.</i>
1			Die TN setzen sich mit den Rollenerwartungen an Helferinnen auseinander und kennen typische Rollenkonflikte.	1.3.2	<p>Rollenerwartungen an Helferinnen in der Altenpflege.</p> <p>Typische Rollenkonflikte.</p> <p>Altenpflege als Beziehungsarbeit.</p>	Lehrvortrag, Erfahrungsaustausch	2	Wirsing (2008), S. 170 f. hier beachten dass es sich um eine andere Kultur handelt und Konflikte a priori anders gesehen werden
2	1.4	Gerontologische Grundlagen	Die TN erhalten einen Überblick über die Gerontologie als Wissenschaft und ihre Teildisziplinen.	1.4.1	<p>Einführung in die Gerontologie als Wissenschaft:</p> <p>Definition Gerontologie;</p> <p>Aufgaben der Gerontologie; Differenzierung in die Teildisziplinen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gerontosoziologie – Gerontopsychologie – Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Geragogik 	Lehrvortrag	1	Baltes 1992

2			Die TN entwickeln einen differenzierten Ansatz im Umgang mit dem Altwerden.	1.4.2	Mehrdimensionaler Prozess des Alterns (kalendarische, biologische, psychologische, soziale, kognitive, subjektive Ebene des Alterns) Überblick über biologische Alterstheorien: – allgemeine Erbllichkeitstheorien – Mutationstheorie – Abnutzungstheorien	Lehrvortrag	2	
3	1.5	Gesundes und pathologisches Altern	Die TN kennen physiologische Altersveränderungen, geriatrische Leitsyndrome und typische Alterserkrankungen.	1.5.1	physiologische Altersveränderungen: – Gestaltveränderung – Zellalterung – Gewebeeränderung – Funktionsverlust der Organleistungen	Lehrvortrag	4	
				1.5.2	Geriatrische Leitsyndrome: – intellektueller Abbau – Immobilität – Inkontinenz – Instabilität			
				1.5.3	Krankheit im Alter: – chronische Erkrankungen – Behinderungen – Multimorbidität – unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen von Arzneimittel			
				1.5.4	Typische Alterserkrankungen: – Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Hypertonie, KHK, Herzinsuffizienz) – neurologische Erkrankungen (Apoplex, M. Parkinson, Demenz) – Diabetes mellitus – Erkrankungen des Bewegungsapparates (Rheumatischer Formenkreis, Osteoporose, Frakturen) – Inkontinenz – Erkrankungen der Psyche (Depression, Sucht, Schizophrenie)			Hier soll ein Überblick über typische Alterserkrankungen gegeben werden, eine Vertiefung erfolgt in Modul 2.
4	1.6	Ethische Aspekte der Altenpflege	Die TN kennen die wesentlichen gesellschaftlichen	1.6.1	Altersbilder in China	Lehrvortrag	2	
			gesellschaftlichen	1.6.2	Gegenüberstellung persönlicher und			

			Altersphänomene in China und setzen sich mit dem Unterschied zwischen persönlichen und professionellen Werten und Normen auseinander.		professioneller Werte und Normen im Berufskontext, hier Bezug zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen (Begriff erklären und Hausaufgabe für Modul 2 erteilen – Gesetzliche Bestimmungen in China)			
5	1.7	Biografisch orientierte Altenpflege	Die TN erkennen die Bedeutung der Biografie als wesentliche Ressource (und Quelle von Bedarfen) im Alter und in der Pflege.	1.7.1	Biografie als wesentliche Ressource im Alter <ul style="list-style-type: none"> – Prägung des Menschen durch Lebensgeschichte (einschl. sozialgeschichtlicher Hintergründe) – Merkmale einer Biografie/ Besonderheiten des biografischen Erzählens (Beachte, dass in China Individualität eine anderen Bedeutung und einen anderen Stellenwert hat)	Lehrvortrag, Austausch	2	Blimlinger (1996), Gereben (1998), Opitz (1998), Osborn u. a. (1997) Thieme (2008), S. 45 ff. Wirsing (2008), S. 7 ff.
5		Die TN wissen um die Bedeutung der Biografie Arbeit im Pflegeprozess. Sie kennen die persönlichen und strukturell-fachlichen Voraussetzungen für eine biografisch orientierte Altenpflege. Sie kennen grundlegende Methoden der Biografie Arbeit. Sie sind sich der eigenen Rolle und der Nähe-Distanz-Problematik in Pflegebeziehungen bewusst.		1.7.2	Biografie orientierte Pflege <ul style="list-style-type: none"> - biografische Haltung im Pflegealltag - Voraussetzungen für biografisch orientierte Pflege bei den Pflegenden und im Team - Erhebung biografischer Informationen als <u>ein</u> Effekt von Biografie Arbeit (gesprächs-, aktivitäts- und dokumentationsorientierte Methoden) - Einbeziehung der Angehörigen - Ethische Grundsätze von Biografie Arbeit (Freiwilligkeit, Sorgfalt und Diskretion, Verantwortung) 	Lehrvortrag, Reflexionsübung, Fallarbeit in Kleingruppen, Rollenspiel	6	

Modul 2 – Spezifische pflegerische Handlungskonzepte (30 UE)

Tag		Thema	Ziele		Inhalte	Methoden	UE	Anmerkungen / Quellen
3	2.1	Einführung in die Pflegeplanung	Die TN kennen Merkmale, Ziele und Phasen des Pflegeprozesses. Sie können Helferinnen in der Altenpflege dazu anleiten, pflegerische Handlungen zielgerichtet und systematisch auszuführen.	2.1.1 2.1.2 2.1.3	Merkmale des Pflegeprozess: – Klientenorientierung – Problemlösung – Beziehungsprozess – Ganzheitlichkeit Ziele des Pflegeprozess: – Lebensqualität – Wohlbefinden – Unabhängigkeit vier Phasen des Pflegeprozesses (WHO)	Lehrvortrag, Erfahrungsaustausch, Fallarbeit	4	Hier immer darauf schauen, welche Inhalte für die Helferinnen gebraucht werden und diese Aspekte dann besonders auf der Handlungsebene vertiefen.
3	2.2	Alterstypische Erkrankungen + Medikamentöse Therapie im Alter	Die TN kennen die wesentlichen alterstypischen Erkrankungen und wissen um das Phänomen der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik	2.2.1	Bewegungssystem: – Osteoporose – Arthrose, Arthritis, Gicht – Analgetika, Glukkokortikoide	Lehrvortrag, Erfahrungsaustausch	1	Hier kann man auch anhand der Verantwortlichkeit im Versorgungsprozess die Aufgaben- und Rollenverteilung vertiefen. Was muss eine Assistentin wissen und wie arbeitet sie mit der Fachkraft zusammen?
4				2.2.2	Sinnesorgane: – Glaukom, Katarakt, diabetische Retinopathie, Presbyopie; Ophthalmika – Presbyakusis, Tinnitus, Vertigo (Störungen der Propriozeptivität, Tiefensensibilität)		1	Wichtig ist hier unbedingt, die jeweilige praxisrelevante Bedeutung der Diagnosen aufzuarbeiten. Vor allem dann, wenn die Kenntnisse bereits als abstraktes Wissen vorhanden ist.

4				2.2.3	<p>Herz-Kreislauf-System:</p> <ul style="list-style-type: none"> - arterielle Hypertonie, KHK, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz - Venenthrombose, CVI - Medikamente: Betarezeptorenblocker, ACE-Hemmer, Calciumkanalblocker, Digitalis, Nitrate, Antikoagulantien <p>Verhalten in Notfällen</p>		1	Vielleicht ist es sinnvoll die Relevanz dieser Themen an übergreifenden Fragestellungen wie Sturz oder ähnliches zu bearbeiten.
4				2.2.4	<p>Atemsystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumonie, Asthma bronchiale, COPD - Medikamente: Bronchospasmolytika, Expektorantien 		1	
4				2.2.5	<p>Nervensystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - M. Parkinson, Apoplex - Medikamente: Antiparkinsonmedikamente, Muskelrelaxantien 		1	
4				2.2.6	<p>Pharmakokinetik und Pharmakodynamik im Alter Apoplex Diabetes mellitus II arterielle Hypertonie KHK Merkmale von Überdosierung, Verhalten, wenn die Einnahme von Medikamenten vergessen wurde.</p>		1	

5 + 6	2.3	Aktivierende und therapeutische Pflegekonzepte	Die TN erhalten einen Überblick über wichtige aktivierende und therapeutische Pflegekonzepte.	2.3.1	<u>Bewegungskonzepte:</u> (a) Kinästhetics (F. Hatch, L. Maietta) (b) Bobath-Konzept (B./K. Bobath) (c) Drei-Schritt-Programm (A. Zegelin) Hier müsste man klären was das genaue Ziel ist. Insbesondere die Frage der Abgrenzung zur Kompetenz der Anwendung	Lehrvortrag, Erfahrungsaustausch, Übungen	2 2 2	
12				2.3.2	<u>Expertenstandards</u> (1) Schmerzmanagement (2) Kontinenz Förderung		4 2	
??				2.3.3	Palliativpflege und Hospizarbeit		8	

Modul 3 - Pflege gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen (50 UE)

Tag		Thema	Ziele		Inhalte	Methoden	UE	Anmerkungen/ Quellen
6	3.1	Gerontopsychiatrische Krankheitsbilder	Die TN vertiefen ihre Kenntnisse über gerontopsychiatrische Krankheitsbilder.	3.1.1 3.1.2 3.1.3	Demenz Depression Suchterkrankungen	Lehrvortrag	2 1 1	Hier unbedingt auch nochmal den Aspekt der Selbstbestimmung einbringen
9	3.2	Ausgewählte Ansätze und Konzepte in der gerontopsychiatrischen Pflege und Betreuung	Die TN kennen den person-zentrierten Pflegeansatz nach Tom Kitwood in seinen Grundzügen. Sie messen einer empathischen, nicht-wertenden, kongruenten Haltung der Pflegenden und der Sozialpsychologie eine besondere Bedeutung in der Demenzpflege bei. Die TN kennen und erkennen wesentliche positive und negative Interaktionsformen im	3.2.1	Person-zentrierte Pflege nach Tom Kitwood <ul style="list-style-type: none"> Im Mittelpunkt steht die Person. Relatives Wohlbefinden ist trotz Demenz möglich. Entscheidend ist die innere Haltung der Pflegenden (nach C. Rogers). Die Befriedigung psychischer Bedürfnisse sorgt für Wohlbefinden. Die Anpassungsfähigkeit der Umwelt beeinflusst den Verlauf einer Demenz - Benigne und maligne Sozialpsychologie DCM <ul style="list-style-type: none"> Ziel: Messung der Lebensqualität bei Demenz Geschichte der Entwicklung des DCM 	Lehrvortrag, Textarbeit, Reflexionsübung, Rollenspiel	8	Unterricht Pflege 5/2004, S. 2 ff. (Welling: Der personenzentrierte Ansatz von Tom Kitwood . ein bedeutender Bezugsrahmen für die Pflege von Menschen mit Demenz)

			Umgang mit demenziell veränderten alten Menschen.		(Bezug zum personen-zentrierten Pflegekonzept nach Kitwood) <ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen des Instruments (ME, BCC) • Beobachtungsregeln 			z. B. MDS (Hrsg.) (2009), S. 20 f.
7			Die TN kennen Möglichkeiten der räumlich-sächlichen und menschlichen Umgebungsanpassung und entwickeln eigene Ideen für die Umsetzung in der Pflegepraxis.	3.2.2	Milieugestaltung <ul style="list-style-type: none"> • räumlich-sachliche Umgebungsanpassung (Architektur, Innengestaltung, Sicherheit, Atmosphäre) • menschliche Umgebungsanpassung (soziales Umfeld, Wohngruppenprinzip, Einbeziehung von Angehörigen, Umgang der Pflegenden usw.) • Bedeutung von Teamarbeit (Fallbesprechungen, Supervision) 	Lehrvortrag, Diskussion, Übung	4	z. B. MDS (Hg.) (2009), S. 109 f.
11			Die TN erkennen, dass die Basale Stimulation geeignet ist, schwerstbeeinträchtigte Menschen dabei zu unterstützen, sich zu spüren, Entwicklung zu erfahren, mit der Außenwelt zu kommunizieren, die Identität zu stärken usw. Sie kennen geeignete Techniken und können Angebote der Basalen Stimulation entwickeln.	3.2.3	Basale Stimulation – „Das Menschsein unterstützen“ <ul style="list-style-type: none"> • Adressat/innen • Zentrale Ziele • „Sich verlieren“ - Veränderungen der Wahrnehmung • Wahrnehmungsbereiche • Sinngebende Angebote und Techniken 	Lehrvortrag, Erfahrungsaustausch, Übungen	4	A. Fröhlich Chr. Bienstein z. B. MDS (Hg.) (2009), S. 126 ff. Thieme (2008), S. 251 ff.
9			Die TN kennen die Grundlagen des Konzeptes der Validation nach N. Feil. Sie lernen, Gefühle, Bedürfnisse und Verhalten von Menschen mit Demenz besser wahrzunehmen und in ihren Reaktionen auf diese einzugehen.	3.2.4	Validation nach Naomi Feil <ul style="list-style-type: none"> • Ziele • 4 Phasen der Desorientierung • ausgewählte Techniken 	Lehrvortrag, Übung	4	z. B. MDS (Hg.) (2009), S. 118 ff.
10		Die TN sind für so genannte herausfordernde Verhaltensweisen von gerontopsychiatrisch Erkrankten sensibilisiert und erachten diese nicht nur als Folge und Ausdruck der Erkrankung,		3.2.5	Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, insbesondere mit agitierten Verhaltensweisen	Lehrvortrag, Erfahrungsa	6	z. B. MDS (Hg.) (2009), S. 78 ff.

		sondern auch als Ausdruck von Bedürfnissen und Copingstrategien. Sie kennen ausgewählte Strategien, um mit diesen Verhaltensweisen angemessen umzugehen. Sie wissen um die Notwendigkeit, freiheitsentziehende Maßnahmen nach Möglichkeit zu vermeiden. Die TN erkennen die Notwendigkeit der Selbstreflexion (Umgang mit eigenen negativen Gefühlen) und der Selbstpflege in der Arbeit mit demenziell veränderten alten Menschen.		<p>wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aggressionen • Schuldzuweisungen • Kreativer Umgang mit Ausscheidungen, Essen, Gegenständen • Enthemmtes Verhalten <p>und mit passiven Verhaltensweisen wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resignation, Rückzug, Apathie. <p>Soziale Kontrolle vs. Autonomie und Selbstbestimmung: Vermeidung Freiheitsentziehender Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begriff „Freiheitsentziehende Maßnahme“ • Gesetzliche Bestimmungen in China • Alternativen 	ustausch, Übungen (Rollenspiel)		als Hausaufgabe (siehe Modul 1)	
			Die TN wissen um die Bedeutung von emotionalem Beistand, Präsenz und Mitgefühl in der Pflege von depressiv erkrankten alten Menschen.	3.2.6	Begleitung von depressiv erkrankten alten Menschen - Bedeutung von emotionalem Beistand, Präsenz und Mitgefühl	Lehrvortrag, Erfahrungsaustausch	2	
10			Die TN wissen um die Bedeutung der Tagesstrukturierung in der Pflege gerontopsychiatrisch erkrankter alter Menschen und sind sensibilisiert für die Bedeutung der Nacht. Sie kennen sinnlich-kreative Angebotsformen der Beschäftigung und können individuelle oder Gruppenangebote entwickeln.	3.2.7	<p>Tages- und nachtstrukturierende Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedeutung von Gewohnheiten, Vorlieben, Ritualen; Berücksichtigung von Ressourcen und biografischen Hintergründen (Rückbezug zur Biografie Arbeit) • individueller Wechsel von Aktivitäts- und Ruhezeiten, Vorhersehbarkeit, Rituale, Möglichkeiten für Beschäftigung in Gruppen und einzeln, Gestaltung der Nachtzeiten usw. <p>Anregungen für die Tagesgestaltung im Einzel- oder Gruppensetting, z. B.:</p>	Lehrvortrag, Erfahrungsaustausch, Kleingruppenarbeit, Übungen	1	z. B. Unterricht Pflege 5/2004, S. 17 ff. (Trilling: Die Ressource Erinnerung in der Pflege von Menschen mit Demenz) z. B. MDS (Hg.) (2009), S. 133 (Erinnerungspflege), S. 135 (10-Minuten-Aktivierung), S. 137 (Tiere im Heim), S. 142 (Musik) Hier ist gegebenenfalls noch mehr auf kulturspezifische Angebote zu achten Tanz, Kalligraphie, Tai chi etc.
					<u>(1) Gemeinsame Erledigung hauswirtschaftlicher / handwerklicher Arbeiten</u> Ziele: Sinnstiftung, Ressourcenförderung,		1	

					Erinnerungspflege usw.; Beispiele			
					<u>(2) 10-Minuten-Aktivierung</u> Ziele, Voraussetzungen in der Einrichtung, Methodik, Beispiele		4	
					<u>(3) Feste und Feiern</u> Bedeutung wiederkehrender Feste und Feiern im Leben alter Menschen, Möglichkeiten der Ausgestaltung.		2	
11					<u>(4) Musik</u> Bedeutung von Musik für das Wecken von Erinnerungen, als Kommunikationshilfe, zur geistigen und körperlichen Aktivierung usw. Praktische Anregungen (Singen, Hören, Musizieren, Bewegung / Tanz).		2	
11					<u>(5) Motogeragogik</u> Bedeutung der äußeren und inneren Bewegung im Alter Methodische Anregungen, Beispiele		2	
11					<u>(6) Tiergestütztes Arbeiten</u> Ziele/Anliegen Praktische Anregungen		1	
11					<u>(7) Lesen / Vorlesen / Schreiben</u> <u>(8) Kreatives Gestalten</u> <u>(9) Spielen usw.</u>		2	
11					<ul style="list-style-type: none"> • Bedeutung der Nacht für Menschen mit Demenz und Angebote der Nachtgestaltung 		1	
12	3.3	Angehörigenansätze	Die TN sind für die Situation pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz sensibilisiert und kennen wichtige Instrumente der Unterstützung und Entlastung.		Belastung pflegender Angehöriger, Konfliktpotentiale familialer Pflege. Information, Beratung von Angehörigen Angehörigenschulungen, Entlastungsangebote, Selbsthilfegruppen.	Lehrvortrag, Diskussion	2	z. B. Thieme (2008), S. 677 ff. MDS (Hg.) (2009), S. 188 – v. a. für stat. Einrichtungen) Wirsing (2008), S. 131

Modul 4: Räumliche und soziale Gestaltung von Pflegesettings (8 UE)

Tag		Thema	Ziele		Inhalte	Methoden	UE	Anmerkungen/ Quellen
7	4.1	Räumliche Gestaltung von Pflegesettings für Menschen mit Demenz	Die TN kennen wesentliche Pflegesettings mit ihren jeweiligen gestalterischen Besonderheiten.	4.1.1	Häusliches Krankenzimmer, Pflege zu Hause Hilfsmittel zur Sturzvermeidung/ Umgebungssicherung	Lehrvortrag, Erfahrungsaustausch, Diskussion, Vorbereitung Exkursion	6	MDS (Hg.) (2009), S. 157 ff. Hier Verknüpfung zur Milieugestaltung (Modul 3) herstellen
				4.1.2	Ambulant betreute Wohngruppen/ Wohn- oder Hausgemeinschaften <ul style="list-style-type: none"> • Adressaten • Normalisierungsprinzip – bedürfnisorientierte Lebenswelten für 6 bis 8 Menschen mit Demenz (max. mittlere Ausprägung) (Hausgemeinschaften: bis 12 Personen) 			
				4.1.3	Oase 3-Welten-Modell nach Held (Schweiz): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Welt der kognitiven Erfolglosigkeit ◦ Welt der kognitiven Ziellosigkeit ◦ Welt der kognitiven Reizlosigkeit Deutschland: Weiterentwicklung zu Oasen für Palliativpflege von Menschen mit hochgradig ausgeprägter Demenz (Pflegeoase, Paradies, eigenes Pflegeoasen-Konzept des KDA).			
				4.1.4	Wohnküchenkonzepte (in Pflegeheimen) – Alltagsmittelpunkt „Wohnküche“ Wesentliche Merkmale: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Alltag aktiv erleben und gestalten ◦ Individualität ◦ Anknüpfen an Bekanntes ◦ Geselligkeit in der Gemeinschaft 			
8	4.2	Ambulante Pflegekonzepte	Die TN kennen die Versorgungsform der ambulanten Pflege und ihren sozialräumliche Charakter.	4.2.1	Aufgaben und Ziele der ambulanten Pflege (ganzheitliche Pflege)	Lehrvortrag, Diskussion	2	Hier würden wir uns auf die Situation in Deutschland beziehen, weil es in China ambulante Strukturen offenbar noch nicht gibt.
				4.2.2	Angebote und Leistungen			
				4.2.3	Organisationsformen ambulanter und teilstationärer Pflege z. B.			

				4.2.4	Tourensystem mit regelmäßig wechselnder Besetzung, Personalmix, Bezugspflege Ressourcenorientierte Netzwerkarbeit (Erschließen gesetzlicher, lokaler sozialer und privater Ressourcen)			
--	--	--	--	-------	---	--	--	--

Modul 5: Einführung in das Pflegemanagement (24 UE)

Tag		Thema	Ziele		Inhalte	Methoden	UE	Anmerkungen / Quellen
14 15	5.2	Qualitätsmanagement in der Pflege		5.2.1	Qualitätsbegriff			
				5.2.2	Qualitätsdimensionen			
				5.2.3	Qualitätssicherung und -entwicklung			
				5.2.4	Qualitätsmanagementsysteme			
				5.2.5	Instrumente der Qualitätssicherung a. Fallbesprechung und Pflegevisite b. Kollegiale Beratung c. Mitarbeitergespräche (Zielvereinbarungen) d. Controlling e. Beschwerdemanagement			

Quellen:

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDB, Hg.) (2009): Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Köln
- Welling, K.: Der personen-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood . ein bedeutender Bezugsrahmen für die Pflege von Menschen mit Demenz. In: Unterricht Pflege 5/2004, S. 2 ff.
- Trilling, A.: Die Ressource Erinnerung in der Pflege von Menschen mit Demenz. In: Unterricht Pflege 5/2004, S. 17 ff.
- Wirsing, K.: Psychologie für die Altenpflege. Lernfeldorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch. 6. Aufl., BELTZ
- Bartholomeyczik et al. (2009): Assessmentinstrumente für die verstehende Diagnostik bei Demenz: Innovatives demenzorientiertes Assessmentsystem (IdA). In: Bartholomeyczik & M. Halek (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. 2. Aufl., S. 94-104. Hannover: Schütersche
- Blimlinger, E.: Lebensgeschichten: Biographiearbeit mit alten Menschen. Hannover: Vincentz, 1996
- Gereben, C.: Auf den Spuren der Vergangenheit. Anleitung zur Biographiearbeit mit älteren Menschen. 1998
- Opitz, H.: Biographie-Arbeit im Alter. Würzburg: ERGON, 1998
- Osborn / Schweitzer / Trilling: Erinnern: Eine Anleitung zur Biographiearbeit mit alten Menschen. Freiburg i.Br.: Lambertus, 1997
- Ruhe, H.G.: Methoden der Biografie Arbeit: Lebensgeschichte und Lebensbilanz in Therapie, Altenhilfe und Erwachsenenbildung. Weinheim u. Basel: Beltz, 1998

„Wie können Akteure aus Deutschland die Entwicklung der Altenpflege in China unterstützen?“

Tagung zur deutsch – chinesischen Kooperation in der Altenpflege.

Am 1.11. 2014 an der Universität Witten / Herdecke; Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft.

Ort: Stockumer Str. 10 (Richtersaal); 58453 Witten Uhrzeit: 10:00 Uhr – 16:00 Uhr

In rasanten Schritten entwickelt sich die Volksrepublik China in allen Bereichen. Damit nehmen auch die Herausforderungen in den sozialen Feldern zu, speziell bei der Versorgung von alten und pflegebedürftigen Menschen. Demographischer Wandel, Veränderung in der Familienstruktur, Zunahme beruflicher Mobilität, Anstieg chronischer, zivilisationsbedingter Krankheiten oder Demenzerkrankungen erzeugen ähnliche Problemlagen wie in Deutschland.

Vieles spricht dafür, dass in der Pflege alter Menschen Kooperationen zwischen Akteuren aus Deutschland und China zu einem fruchtbaren Austausch führen. Eine zentrale Rolle spielt dabei der Transfer von Knowhow. Welche Schwierigkeiten bei Kooperationen zu überwinden sind und welche Lösungswege angegangen werden können, sollen auf der Expertentagung „Wie können Akteure aus Deutschland die Entwicklung der Altenpflege in China unterstützen?“ diskutiert werden

Hintergrund der Tagung ist ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördertes Projekt zum Bildungsexport „Transfer und Aufbau von Altenpflegestrukturen in Suzhou“ (TRAPAS). Hier bestehen interessante Möglichkeiten, auf den stetig und schnell wachsenden Bedarf an Fachkräften im Bereich Altenpflege zu reagieren. Deutschland hat mit seinen weit entwickelten und vielfältigen Strukturen besonders in der ambulanten, familienunterstützenden beziehungsweise -ergänzenden Pflege viele Möglichkeiten für den chinesischen Markt zu bieten.

Auf der Tagung werden erste Erfahrungen aus dem TRAPAS – Projekt vorgestellt, zudem besteht die Möglichkeit, direkt mit Teilnehmern und Akteuren aus China ins Gespräch zu kommen.

Für Rückfragen steht ebenfalls Herr Otto Inhester unter otto.inhester@uni-wh.de bzw. 02302 / 926-243 zur Verfügung

Prof. Ch. Bienstein
Leitung Department Pflegewissenschaft
Universität Witten / Herdecke


Patricia Henkel
Projektleitung / Senior Project Manager
FORUM Berufsbildung e.V. Berlin

„Wie können Akteure aus Deutschland die Entwicklung der Altenpflege in China unterstützen?“
Tagung zur deutsch – chinesischen Kooperation in der Altenpflege.

Am 1.11. 2014 an der Universität Witten / Herdecke; Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft.

Ort: Stockumer Str. 10 (Richtersaal); 58453 Witten Uhrzeit: 10:00 Uhr – 16:00 Uhr

Tagungsprogramm

1. Begrüßung durch den Vertreter der Botschafter der VR China (angefragt)
2. Begrüßung durch den Vertreter des Bundesministerium für Bildung und Forschung (angefragt)
3. Entwicklungsbedarfe in der ambulanten und stationären Altenpflege – Ergebnisse der Marktanalyse (Prof. Christel Bienstein, UW/H)
4. Entwicklungsbedarf und -potential in der stationären und ambulanten Altenpflege aus chinesischer Sicht (Chinesische Teilnehmer der ersten Schulungsphase).
5. Konzeption der Fortbildung – Inhalte und Ziele der ersten Phase (Patricia Henkel, Forum international, Berlin).
6. Kulturelle Differenzen überwinden - Evaluation der ersten Weiterbildungsphase (Otto Inhester, Maike Scheipers, UW/H)
7. Ausblick: Die nächsten Schritten (Patricia Henkel, Forum international, Berlin).
8. Come-Together: Round-Table Gespräche

Verbindliche Anmeldung direkt an: Universität Witten/Herdecke; Department für Pflegewissenschaft; z. Hd. Frau Sabine Zöllner Stockumer Straße 12, 58453 Witten.
E-Mail: Sabine.Zoellner@uni-wh.de, Fax: 02302/926-318

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel: / Email: _____

Abbildung 12: Einladung zur Tagung zwecks Erfahrungsaustausch und Kooperationsanbahnung

Trapas Exkursion

Zeitraum 26.10 – 31.10.2014

Department für Pflegewissenschaft, UWH, Stockumer Straße 12, 58453 Witten



Ablaufplanung

Sonntag 26.10.2014

Abholung am Hauptbahnhof Dortmund
Unterkunft (Hotel Georg, Stockumer Str.)

Montag 27.10.2014

09:00 Uhr - 12:30: Besichtigung des
Pflegebetriebs von Frau Kenyon / 44309
Dortmund Uhr, (ambulanter Pflegedienst,
Wohngemeinschaften, weitere Aufgaben
eines ambulanten Pflegedienstes) (Herr
Inhester, Frau Kenyon)

14:00 – 16:30 Uhr Böcker Stiftung Witten,
Stationäre Altenpflege Einrichtung,
Breite Straße 30, 58452 Witten, (Frau
Wünsch)

Dienstag 28.10.2014

09:00 Uhr: Abfahrt Niederzier. Ankunft:
Am Weiherhof 23, 52382 Niederzier
von 10:30 – 12:30 Uhr (Frau Graf)

14:00 – 16:00 Uhr: Sozialholding
Mönchengladbach, Königstraße 151,
41236 Mönchengladbach, (Herr Walrafen-
Dreisow)

17:30 Uhr: Bericht über die Arbeit
des Demenz-Service Zentrums und
Bedeutung einer Oase (Herr Rüsing)

Abendveranstaltung: offene Fragen,
Vorbereitung auf die Tagung (Herr
Inhester)

Mittwoch 29.10.2014

09:00 Uhr: Stationäre Altenpflege Graf
Recke Stiftung, Integrativ oder segregativ.
Was ist wann angebracht? (Frau Petrilos,
Graf Recke Stiftung) 12:30 Uhr

Besichtigung „Altstadt“ Hattingen, ein
Quartier.

19:00 Uhr Abendseminar:
Vielfalt semistationärer Versorgungs-
formen, Vorbereitung auf die Tagung (Prof.
Bienstein /Herr Inhester)

Donnerstag 30.10.2014

09:00 Uhr – 13:00 Uhr,
Diagnostik, Tagesklinik, Stationäre
Versorgung, Klinikum Helios Schwelm,
Prof. Dr. Heppner / Dr. Müller, Dr. Moeller

15:30 -16:30 Uhr: Umgang mit heraus-
forderndem Verhalten, Dr. Halek

19:00 Uhr Abendseminar: Offenen Fragen,
Vorbereitung auf die Tagung (Herr
Inhester, Prof.Bienstein)

Freitag 31.10.2014

10:00 – 12:00 Uhr Oase Solingen, Haus
Eiche, Aufderhöher Str. 169 – 175,
Solingen, (Herr Jezewski)

19:00 Uhr Abendseminar: Vorbereitung
auf die Tagung

Samstag: Tagung

Programm vom 31.03 – 09.04 / Prof. Bienstein & Otto Inhester

(Stand 24.03.2015)

Dat.	T.	Zeit	TOP	Uebernacht.
31.03.	Di.	14:40	Ankunft in Shanghai (AF 3766)	Shanghai
01.04.	Mi.	7:30 – 9:50 13:00 – 16:00	Flug Shanghai – Guangzhou (MU5301) Fahrt nach Dongguan (ca. 1.5 Std) Interview mit Kursteilnehmerinnen	Dongguan
02.04.	Do.	09:00 – 16:00	Interview mit Kursteilnehmerinnen	Dongguan
03.04.	Fr.	09:00 – 16:00 ab 17:30	Interview mit Kursteilnehmerinnen Abschlussfeier Fahrt nach Guangzhou-Flughafen (ca. 1.5Std.)	Guangzhou Airport
04.04.	Sa.	08:20 - 10:45 12:30 – 17:00 ab 17:00	Flug Guangzhou-Wuxi (CZ 3913) Fahrt nach Zhangjiagang (ca. 1 Std.) Mittagesessen und Besuch bei Frau Zhang (1. TN) Fahrt nach Shanghai (ca. 2 Std.)	Shanghai
05.04.	So.	08:30 - 12:30 13:30 - 16:30 ab 17:30	Besuch und Mittagesessen bei Frau Shen (2. TN) Besuch bei Herrn Li (3. TN) Abendessen und Interview-Aufnahme bei Shanghai-TV	Shanghai
06.04.	Mo.	07:30 - 09:00 09:00 – 12:45 ab 12:45 15:00 – 17:00	Fahrt nach Suzhou (c.a. 1.5 Std.) Besuch und Mittagesessen bei Herrn Xue (4. TN) Fahrt nach Wuxi-Airport (ca. 45min) Flug Wuxi – Beijing (CA 1890)	Beijing
07.04.	Di.	ab 7:30 10:30 – 16:30 ab 16:30	Fahrt nach Baoding mit Metro/Bahn Besuch und Mittagesessen Bei Frau Wang (5. TN) Fahrt nach Beijing zurueck mit Bahn/Metro	Beijing
08.04.	Mi.	(noch offen)	Treffen mit Frau Praesidentin Li (bestaetigt) Weiteres Kulturerogram	Beijing
09.04.	Do.	ab 07:30 10:55	Fahrt nach Beijing-Airport mit Metro Flug Beijing-Deutschland mit KLM	

Abbildung 14: Programm des China Besuches im März/ April 2015

11.1 Literatur

Stepan, Matthias 2014	„Soziale Sicherheit mit chinesischen Besonderheiten“ in: China Monitor 6/2014 Mercator Institute for China Studies gmbH, Berlin 2014 Zugriff 19.07.2015: http://www.merics.org/fileadmin/templates/download/china-monitor/MERICS_China_Monitor_6.pdf
Flaherty, J. H., Liu, M. L., Ding, L., Dong, B., Ding, Q., Li, X., & Xiao, S. 2007	<i>China: the aging giant.</i> Journal of the American Geriatrics Society, 55(8), 1295-300. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01273.x
Gao, L.-L., Chan, S. W.-C., & Cheng, B.-S. 2012	<i>The past, present and future of nursing education in the People's Republic of China: a discussion paper.</i> Journal of advanced nursing, 68(6), 1429-38. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05828.x
Liu, Y., Rao, K., Wu, J., & Gakidou, E. 2008	<i>China's health system performance.</i> Lancet, 372(9653), 1914-23. doi:10.1016/S0140-6736(08)61362-8
Ungos, K., & Thomas, E. 2008	<i>Lessons learned from China's healthcare system and nursing profession.</i> Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau, 40(3), 275-81. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00238.x
Wong, F. K. Y., & Zhao, Y. 2012	<i>Nursing education in China: past, present and future.</i> Journal of nursing management, 20(1), 38-44. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01335.x
Xiao, L. D. 2008	<i>An understanding of nurse educators' leadership behaviors in implementing mandatory continuing nursing education in China.</i> Nurse education in practice, 8(5), 321-7. doi:10.1016/j.nepr.2008.01.002
Xu, Y., Xu, Z., & Zhang, J. 2000	<i>The nursing education system in the People's Republic of China: evolution, structure and reform.</i> International nursing review, 47(4), 207-17. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11153517
Ding, C. 2010.	<i>Altenpflege und Aufbau einer Pflegeversicherung in China.</i> In S. Langsdorf, R. Taub-Merz & C. Ding (Eds.) 2010,
Dong, B., & Wu, S. 2010.	Nursing Homes in China: Now and the Future. IAGG/WHO/SFGG Workshop Toulouse, France.
Li, Y. 2007.	Zur Situation älterer Menschen in China. Eine empirische Studie zu Lebenssituation, Lebensstil, Bewegungskultur und Freizeitsport. Deutschen Sporthochschule Köln.
S. Langsdorf, R. Taub-Merz & C. Ding (Eds.) 2010,	<i>Altenpflege und Pflegeversicherung. Modelle und Beispiele aus China, Deutschland und Japan</i> (pp. 140-151): Friedrich-Ebert-Stiftung 2010 zugleich Shanghai Academy of Social Sciences Press. In http://library.fes.de/pdf-files/bueros/china/07818.pdf
Liu, Z., Albanese, E., Li, S., Huang, Y., Ferri, C. P., Yan, F., Prince, M. 2009	Chronic disease prevalence and care among the elderly in urban and rural Beijing, China - a 10/66 Dementia Research Group cross-sectional survey. BMC Public Health, 394(9). doi: 10.1186/1471-2458-9-394
Smith, D. R., & Tang, S. 2004.	Nursing in China: Historical development, current issues and future challenges. 大分看護科学研究, 5(2), 16-20.
Sun, H., Zhang, Q., Luo, X., Quan, H., Zhang, F., & al., e. 2011.	Changes of Adult Population Health Status in China from 2003 to 2008. PLoS ONE, 12(6).

Ungemach, V. 2007	<i>Chinas alternde Gesellschaft. Befindet sich die chinesische Bevölkerungspolitik in einer Sackgasse?</i> Länderbericht Konrad- Adenauer-Stiftung e.V. http://www.kas.de/wf/doc/kas_14311-1522-1-30.pdf?080804102528
Wang, Y., Wang, J., Maitland, E., Zhao, Y., Nicholas, S., & Lu, M. 2012.	<i>Growing old before growing rich: inequality in health service utilization among the mid-aged and elderly in Gansu and Zhejiang Provinces, China.</i> BMC Health Services Research, 302(12).
Chan KY1, Wang W, Wu JJ, Liu L, Theodoratou E, Car J, Middleton L, Russ TC, Deary IJ, Campbell H, Wang W, Rudan I;	<i>Epidemiology of Alzheimer's disease and other forms of dementia in China, 1990-2010: a systematic review and analysis.</i> Global Health Epidemiology Reference Group (GHERG) <u>Lancet</u> . 2013 Jun 8;381(9882):2016-23.
Wu, Y. 2004.	<i>Die zukünftige demographische Alterung und das Problem der Altersversorgung in China unter besonderer Berücksichtigung der Metropole Shanghai und der Provinz Gansu.</i> Philipps-Universität Marburg.2004
WHO. (2010). World Health Statistics. WHO. (2011). China - Country Health Information Profiles. WHO. (2011a). China - Country Health Information Profiles.	

11.2 Internetquellen

The nursing education system in the People's Republic of China: evolution, structure and reform.
International nursing review, 47(4), 207-17. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11153517> [letzter Aufruf 19.12.2012]

China.org (2011). Pflegeheime verschließen Türen vor zahlreichen alten Menschen
http://german.china.org.cn/china/archive/lianghui2011/2011-03/08/content_22084011.htm [letzter Aufruf 19.12.2012]

China.org (2011a). Alterndes China: Pflege die Geschäftsmöglichkeiten.
http://german.china.org.cn/china/2011-12/06/content_24084355.htm;
[letzter Aufruf 19.12.2012]

Geinitz, Ch. (2013). Überalterung in China - Rotes Rentnerheer.
<http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/ueberalterung-in-china-rotes-rentnerheer-12014348.html>; [letzter Aufruf 23.01.2013]

WHO (2004).
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html; [letzter Aufruf 13.01.2013]