



Advancing Integration for a Dignified Ageing



MINISTERO DEL LAVORO  
E DELLE POLITICHE SOCIALI

AIDA Project



**WP6 – EUROPÄISCHE DIMENSION:  
ÜBERTRAGBARKEIT DER LEITLINIEN IN  
ANDERE EUROPÄISCHE KONTEXTE**

**BERICHT NR. 1  
BERICHT ZUR ÜBERTRAGBARKEIT**

WP6 – EUROPÄISCHE DIMENSION: ÜBERTRAGBARKEIT DER LEITLINIEN IN ANDERE EUROPÄISCHE  
KONTEXTE

BERICHT NR. 1 – BERICHT ZUR ÜBERTRAGBARKEIT

Bericht von

Licia Boccaletti – soziale Genossenschaft “Anziani e non solo”

Martha Mackay – Eurocarers

## Ziel der Projektphase

Obwohl das Projekt AIDA in erster Linie von einer italienischen Projektgruppe entwickelt wurde, sollte auf europäischer Ebene eine größere Wirkung erreicht werden und diesem Ziel eine Arbeitsphase gewidmet werden.

Mit der Projektphase Nummer sechs sollte die Übertragung der AIDA- Leitlinien auf andere europäische Länder versucht werden. Zahlreiche Stakeholder und Experten aus dem Bereich sozialmedizinischer Integration wurden miteinbezogen. Durch gemeinsame Diskussionen sollte eine Antwort auf die potentielle Übertragbarkeit der Ergebnisse des AIDA-Projekts auf andere europäische Kontexte gefunden werden.

## Aktivitäten und Methoden

Eurocarers (European Network of Carers Organizations) hat in Zusammenarbeit mit dem Rest der Projektgruppe sechs Veranstaltungen in verschiedenen europäischen Staaten organisiert.

Das erste Seminar fand in Brüssel statt, auf dem die Leitlinien Experten und Fachleuten unterschiedlicher Nationalitäten präsentiert wurden. Durch Diskussionen sollten ihre allgemeinen Projekteindrücke und ihre Meinung zu den entwickelten Materialien erfasst werden.

Danach wurden weitere fünf Seminare in fünf europäischen Ländern mit unterschiedlichen Fürsorgemodellen organisiert:

- Finnland<sup>1</sup>, als Vertreter des nordischen Modells
- Estland, als Vertreter des post-sozialistischen Modells
- Slowenien, als Vertreter des osteuropäischen Modells
- Spanien, als Vertreter des südeuropäischen Modells
- Holland, als Vertreter des kontinentalen Modells

Jede Veranstaltung wurde in zwei Sektionen unterteilt: zuerst wurden die Leitlinien präsentiert, dann stand eine Diskussion mit allen Teilnehmern auf der Tagesordnung, um ihre Eindrücke

---

<sup>1</sup> Am Seminar in Finnland haben auch Vertreter aus Irland (angelsächsisches Modell) und aus Rumänien (osteuropäisches Modell) teilgenommen.

über die Leitlinien und die ihrer Meinung nach für ihr Land nützlichen/übertragbaren bzw. nicht relevanten Aspekte zu erfassen.

Im Anhang werden die Details jeder Veranstaltung dargestellt. In dem darauffolgenden Kapitel werden die wichtigsten von den Teilnehmern angesprochenen Diskussionspunkte zusammengefasst, die potentielle Übertragbarkeit und Nützlichkeit auf breiter europäischer Ebene haben.

## **Gemeinsame europäische Themen**

- Die sozialmedizinische Integration ist **mittlerweile ein in ganz Europa viel debattiertes Thema** und fast überall in jeder politischen Agenda präsent. Die Vorgehensweisen und Modelle zur Implementierung der konkreten Integration sind natürlich unterschiedlich.
- Der Gebrauch der IKT ist eine zur Integration der sozialen und medizinischen Dienste weit verbreitete Maßnahme. (1) Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass ein intensiver **Gebrauch der IKT** zur Diskriminierung alter Menschen, die keine fundierten technologischen Kenntnisse haben, führen kann (2) und dass zudem das bestehende Datenschutzgesetz den Informationsaustausch unter Fachkräften schwierig machen kann.
- Die **Rolle der Hausärzte und/oder Gemeinschaftskrankenpfleger/Gemeinschaftkrankenschwestern** ist für eine erfolgreiche Integration der sozialen und medizinischen Dienste wesentlich. Die Umsetzung der Integration erfolgt jedoch je nach Dienstmodell unterschiedlich (zum Beispiel: in dem Land ist der Zugang zu den Hausärzten kostenlos, der Arzt ist vom nationalen Gesundheitsdienst angestellt oder ein Privatarzt, etc.).
- Der Großteil der Teilnehmer hat bestätigt, **dass sich ein produktiver Dialog und eine effektive Kooperation unter den Fachkräften der Sozial- und Gesundheitsbereiche immer noch als schwierig erweist**. Alle Länder haben sich damit einverstanden erklärt, dass die Entwicklung neuer Curricula und einer gemeinsamen Ausbildung notwendig ist, um die Integration der Fähigkeiten und Kenntnisse zu verbessern. In einigen Fällen sind sie bereits in die politische Agenda aufgenommen worden.

- Die AIDA-Leitlinien richten den Fokus auf die **familiären Caregiver**, was von allen Ländern sehr geschätzt und als innovativer Aspekt betrachtet wurden; besonders in den Ländern, in denen ein auf formalen Pflegediensten basierendes Modell benutzt wird und in denen sich aufgrund der Budgetkürzungen die Pflege durch die Familie als notwendig erweist.
- Der politische Kurs ist wesentlich und eine **gemeinsame Planung** erweist sich als absolut notwendig. Die soziale und medizinische Betreuung sollte zur Erleichterung des Integrationsprozesses idealerweise unter der gleichen politischen Zuständigkeit liegen (zum Beispiel unter demselben Ministerium). Auf der anderen Seite sind in allen betroffenen Staaten die finanziellen Ressourcen noch nach sozialen und medizinischen Bereichen getrennt (und in einigen Fällen auch innerhalb des Bereichs der sozialen Betreuung, wo die persönliche Betreuung und die Fürsorge unter verschiedenen Budgets und Zuständigkeiten stehen). Diese Tatsache schafft zweifellos Integrationshindernisse.
- In Europa und innerhalb eines jeden europäischen Landes gibt es in geographischer, organisatorischer, kultureller und demographischer Hinsicht eine Vielfalt an unterschiedlichen Kontexten. Es ist somit grundlegend, eine gewisse **Flexibilität bei der Anwendung der Leitlinien** und der Modelle sozialer und medizinischer Integration zu garantieren. Die Senioren in ländlichen Gegenden scheinen überall eine Herausforderung für die Implementierung der Integration der Dienste zu sein: es müsste eine Strategie entwickelt werden, um auf die Bedürfnisse dieser besonderen Zielgruppe zu antworten. Diese Strategie müsste Effizienz der Dienste und finanzielle Nachhaltigkeit kombinieren.

## Schlussfolgerungen

In ganz Europa werden die Menschen immer älter: hohe Lebenserwartung, vermehrte Morbidität, die Probleme sind in jedem Land gleich, aber es bestehen unterschiedliche Maßnahmen und Regelungen. Die Alterung der Bevölkerung und die krisenbedingten Kürzungen machen es schwierig, effiziente Pflege und Nachhaltigkeit zu kombinieren. Es ist eine Herausforderung, vor allem beim Übergang von Diensten formaler Pflege zu Diensten informeller Pflege. Die AIDA-Leitlinien wurden in allen Ländern als relevant, nützlich und – zumindest teilweise- auf andere europäische Kontexte als übertragbar beurteilt.

# **Anlage**

-----

## Europäisches Seminar – Brüssel (BE) – 15. Oktober 2013

Wie bereits in der Einleitung vorweggenommen, wurden auf dem Treffen in Brüssel die Leitlinien einer Gruppe präsentiert, die sich aus 14 Mitgliedern des Eurocarers-Netzwerks und Vertretern aus acht unterschiedlichen europäischen Ländern zusammensetzte.

Das Seminar wurde nach dem Modell des vorherigen Seminars in zwei Sektionen unterteilt: zuerst wurden die Ergebnisse des Projekts (zum Herunterladen: <http://tinyurl.com/aidaEUseminar>) präsentiert, danach stand die Diskussion mit den Teilnehmern auf der Tagesordnung. Im Mittelpunkt der Diskussion stand die Frage: *Sind Sie der Meinung, nachdem Ihnen die Ergebnisse des Projekts und die in Italien erfassten Schlüsselfaktoren zur Unterstützung der sozialmedizinischen Integration präsentiert wurden, dass diese Elemente auch in Ihrem Land eingesetzt werden können? Welche Änderungen (Zusätze oder Veränderungen) würden Sie für Ihren Kontext vornehmen?*

Im Folgenden werden die wichtigsten Punkte dargestellt, die während der Diskussion aufgekommen sind.

- Die sozialmedizinische Integration ist kein einfach zu lösendes Problem. Auch wenn wie in Finnland ein „Ministerium für soziale und medizinische Angelegenheiten“ besteht, sind wesentliche Integrationsprobleme vorhanden. Die zwei Bereiche (sozial und medizinisch) haben zum Beispiel **getrennte Budgets** und gestalten somit die Planung einer integrierten Arbeitsstrategie komplex (Marja Tuomi).
- Es wird bestätigt, dass in Irland in **bestimmten geographischen Gebieten** nur bestimmte **Zuständigkeiten** vertreten sind. Im aktuellen irischen Kontext passiert es, dass die Nutzer sich an ein Gebiet für die medizinischen Dienste und an ein anderes für die sozialen Dienste wenden. Das trifft zum Beispiel für die Dienste in den Bereichen Allgemeinmedizin und mentale Gesundheit zu, deren Organisation auf politischen Anforderungen und nicht auf den Bedürfnissen und Interessen der Endnutzer beruht. Die irischen Teilnehmer verweisen auch auf den Mangel an Ressourcen. Zur Anpassung der Wohnungen an die individuellen Anforderungen behinderter Personen wurde zwischen



den sozialen und medizinischen Diensten vereinbart, dass vor eventuellen Veränderungsarbeiten im Wohnbereich, ein Ergotherapeut eine Beurteilung der effektiven Bedürfnisse vornehmen muss. Die Initiative schien theoretisch sehr rational, aber in der Praxis hat sie nicht funktioniert: Da es nicht genug Ergotherapeuten zur Erledigung dieser Aufgabe gibt, sind die Wartelisten sehr viel länger geworden, auch für sehr einfache Fälle. So ist es leider passiert, dass Personen, die diesen Dienst angefordert haben, starben, bevor die Beurteilung des Ergotherapeuten vorgenommen werden konnte. Dieses Problem entsteht dadurch dass dem Fachpersonal sehr viel Verantwortung übertragen wird und nicht anerkannt wird, dass in einigen Fällen die Kenntnisse und Erfahrung der Nutzer ausreichen, um autonom Entscheidungen zu treffen. Es wird somit auf die Notwendigkeit eines flexiblen Systems hingewiesen, um immer die realen Bedürfnisse der Nutzer zu berücksichtigen. (Frank Goodwin)

- Auch die anderen Partner haben sich mit der Notwendigkeit eines **flexiblen Systems** einverstanden erklärt. Multidisziplinäre Teams können effizient in komplexen Fällen reagieren; bei nicht komplexen Fällen sollte die Vorgehensweise vereinfacht werden, um lange Wartelisten und eine verspätete Reaktion auf die Bedürfnisse der Nutzer zu vermeiden.
- Die Situation der Niederlande ist wie folgt: die sozialen und medizinischen Dienste arbeiten separat und es besteht kein Plan, diese in Kürze zu integrieren. Die Niederlande haben ein System auf zwei Ebenen: alle Dienste für Erstbehandlungen (zum Beispiel die Hausärzte, die Krankenhäuser und Kliniken) werden von einer obligatorischen privaten Versicherung finanziert, während hingegen die Pflege von Senioren, im Sterben liegenden Menschen und psychiatrisch kranken Menschen etc. von einer Sozialversicherung gedeckt wird, die mit den Steuereinnahmen finanziert wird. Die private Versicherung steht nicht in Zusammenhang mit lokalen oder nationalen sozialen oder medizinischen Diensten. In diesem Kontext liegt die Verantwortung bei den Nutzern, die autonom Lösungen finden müssen, um effektiv die zwei Aspekte, d.h. den sozialen und den medizinischen Aspekt, zu integrieren. Die Teilnehmer der Niederlande haben außerdem eine gute holländische Maßnahme zur sozialmedizinischen Integration



illustriert, die auf Mikroebene in verschiedenen Bezirken von professionellen Organisationen und informellen Caregiver in Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern umgesetzt wurde. Diese Erfahrung wurde als gute Maßnahme der sozialmedizinischen Integration betrachtet. Allerdings kann sie zu Verwirrung unter den Nutzern führen, da unterschiedliche Dienste je nach Gemeinschaft, in der man lebt, entwickelt werden. [Weitere Informationen zu dieser Erfahrung sind in dem Protokoll des Seminars, das in Holland stattgefunden hat, dargestellt - – siehe Kapitel zum Seminar in Holland].

## **Seminar in Finnland – Helsinki – 27. Januar 2014**

Das Seminar in Finnland wurde einen Tag vor einem europäischen Seminar über den Missbrauch von Senioren organisiert. Auf diese Weise konnte man auch von den im Altenbereich tätigen NRO aus Irland und Rumänien profitieren und somit die Tragweite der Veranstaltung erweitern. Die finnischen Vertreter waren vorwiegend Vertreter von im Altenpflegebereich tätigen NRO sowie von kommunalen sozialen und medizinischen Diensten.

Das Seminar wurde nach dem Modell der vorherigen Seminare in zwei Sektionen unterteilt: zuerst wurden die Ergebnisse des Projekts präsentiert, danach stand die Diskussion mit den Teilnehmern auf dem Tagesprogramm. Frage der Diskussion war: *Sind Sie der Meinung, nachdem Ihnen die Ergebnisse des Projekts und die in Italien erfassten Schlüsselfaktoren zur Unterstützung der sozialmedizinischen Integration präsentiert wurden, dass diese Elemente auch in Ihrem Land eingesetzt werden können? Welche Änderungen (Zusätze oder Veränderungen) würden Sie für Ihren Kontext vornehmen?*

Im Folgenden werden die wichtigsten Punkte dargestellt, die während der Diskussion aufgekommen sind.

Die ersten Kommentare sind von den **finnischen** Teilnehmern eingegangen:

- Die Probleme in den **Beziehungen zwischen Fachkräften des sozialen und medizinischen Bereichs**. Die Anzahl der Ärzte, insbesondere die Anzahl der Geriater, ist unzureichend und es ist schwierig, sie zu kontaktieren. Es wurde die Notwendigkeit einer

gemeinsamen Ausbildung der sozialen und medizinischen Fachkräften betont, trotz der Tatsache, dass sich -nach Meinung der Teilnehmer- die medizinischen Einrichtungen der Herausforderung, die unter seniler Demenz leidende Personen angehen müssen, bewusst sind und dass sie eine spezifische Ausbildung für Krankenpfleger/Krankenschwestern, die sich um diese Patienten kümmern, vorbereitet und in das Curriculum auch soziale Themen eingeschlossen haben.

- Ein weiterer problematischer Aspekt, der von den finnischen Teilnehmern betont wurde, ist die **starke Medikalisierung bei der Betreuung von Senioren**. Oftmals gerät in Vergessenheit, dass die Senioren Teil einer Familie sind und auch die möglichen sozialen Problematiken berücksichtigt werden sollten. Die den Senioren gebotene Unterstützung ist in erster Linie auf die Verbesserung der gesundheitlichen Bedingungen bezüglich Störungen oder Krankheiten ausgerichtet. Nach Meinung der Teilnehmer gibt es in Finnland wenige auf Gerontologie spezialisierte Sozialarbeiter und sie sind nicht ausreichend ausgebildet, um mit Senioren zu arbeiten. Der Übergang von einer sozialen Betreuung zu einer medizinisch geprägten Betreuung ist auf den Mangel an Fonds zurückzuführen. In den 80er Jahren war Heimpflege verfügbar. Die Krankenpfleger und -schwestern halfen auch bei den Hausarbeiten, bei Einkäufen zusammen mit den Patienten, etc. Der

Krankenpfleger/die Krankenschwester verbrachte mit dem Patienten mindestens eine Stunde und hatte ausreichend Zeit, um sich auf die Lebensqualität der alten Person zu konzentrieren. Im



Moment hingegen sind die Krankenpflegedienste Grunddienste; jedem Krankenpfleger werden zwischen 5 bis 8 Personen am Tag und bis zu 15 in der Nachtschicht zugewiesen. Während des Wochenendes werden nur absolut notwendige Dienste ausgeführt und die Krankenpfleger/Krankenschwestern müssen bis zu 20 Personen an einem Tag betreuen. Anders als in den 80er Jahren wird die Heimpflege meistens lediglich zur Verabreichung von Arzneimitteln genutzt.

- Als gute Maßnahme wurde die finnische Integrationserfahrung zwischen Heimpflege und Betreuungszentren/Krankenhäusern dargestellt, die aktuell von einem **einzigsten**

**Dezernat** verwaltet werden (soziale und medizinische Dienste zusammen). Am Anfang waren die Ärzte gegen diese Verknüpfung, da sie es bevorzugten, vom Gesundheitswesen abzuhängen, aber heute scheint diese Lösung optimal zu funktionieren.

- Was die **Verwaltung** der Dienste betrifft, greifen die Finnen auch auf die Dienste privater Einrichtungen zurück; die Bedarfsbeurteilung erfolgt jedoch immer durch die Gemeinden, um den Nutzern und Familien Gehör zu schenken, die einen unter den verfügbaren Diensten auswählen können.

Die folgenden Kommentare stammen von den **irischen** Teilnehmern:

- In Irland wird die **Sozialhilfe von dem Departement für Gesundheit gesteuert**, ist allerdings nicht gut entwickelt. Die Bürger haben das Recht auf medizinische Betreuung, aber nicht auf soziale Hilfe. Aufgrund der Wirtschaftskrise ist es schwierig, häusliche Pflege zu erhalten, wenn sie nicht bereits in dem System integriert ist. Sie wird ausschließlich nach Krankenhausentlassungen garantiert. Ähnlich wie im finnischen Kontext hat in Irland jeder lokale Gesundheitsbereich im Moment vier Anbieter von akkreditierten Diensten. Die Nutzer haben Zugang auf die Liste die Anbieter ihrer Gegend und können somit ihre Präferenz für einen der Anbieter ausdrücken, wenn verfügbar. Was hingegen die Wohnheime betrifft, haben die Teilnehmer betont, dass normalerweise keine Ärzte unter dem angestellten Personal vorhanden sind.
- In Irland spielen die NRO bei der Ausführung der Dienste eine wichtige Rolle, die finanziell vom Staat unterstützt werden. Die **Gemeinden leisten direkt keine Dienste**, d.h. sie haben keine Kontrolle über sie und können sie nicht überwachen.
- Die Hausärzte sind in Irland in erster Linie Privatärzte und bieten kostenlos keine Leistungen. Der Großteil von ihnen leistet jedoch im Auftrag des nationalen Gesundheitsdienstes medizinische Betreuung für Personen, die einen Versicherungsausweis haben (Personen mit geringem Verdienst oder Personen über 70 Jahren). Ein weiteres Problem in Bezug auf die Hausärzte ist, dass sich die Patienten nach 17:00 Uhr nicht mit ihnen in Kontakt setzen können, d.h. im Notfall müssen sie direkt in die Notaufnahme kommen.

In Bezug auf **Rumänien**:

- Die Pflege der Senioren liegt traditionell in der Verantwortung der Familie.
- Die sozialen Dienste stehen unter Verwaltung der Gemeinderäte und aus diesem Grund können sie je nach Gegend sehr unterschiedlich ausfallen. Die häusliche Pflege und Tagesbetreuungsdienste sind vorhanden, aber in einer sehr geringen Anzahl und fast ausschließlich in großen Städten. Es bestehen **vor allem** Probleme **für Senioren, die in ländlichen Gegenden leben.**
- Der Staat garantiert allen Bürgern eine medizinische Mindestbetreuung. Für die Personen ohne Versicherungsschutz (zum Beispiel bei Arbeitslosigkeit) bedeutet das aber ausschließlich Anspruch auf Erstbehandlungen im Notfall und drei Tage Krankenhausaufenthalt zu haben. Zusätzlich gibt es Zuschüsse für Arzneimittel, die einigen Nutzerklassen vorbehalten sind, zum Beispiel sind Arzneimittel für Personen, die an seniler Demenz leiden, komplett kostenlos, allerdings nur die billigsten Medikamente. Auf der anderen Seite existieren zahlreiche private Einrichtungen, die Medizin- und Pflegedienste leisten.
- Was die **Fachkräfte** betrifft, gibt es in Rumänien wenige Geriater und wenige Krankenhäuser/Kliniken, die auf Altersmedizin spezialisiert sind. Außerdem wird auf den Mangel an Sozialarbeitern in den Krankenhäusern sowie auf den **Mangel an Kooperation zwischen den sozialen und medizinischen Diensten** verwiesen. Wenn sich der Patient oder die Person, die ihn pflegt, sich autonom in Kontakt mit den sozialen Diensten setzt, um Hilfe zu erhalten, wird ihm diese zugestanden, aber in sehr reduzierter Form. Die Ärzte zum Beispiel, die in Krankenhäusern arbeiten, informieren die Patienten nicht über ihre Rechte und Dienste, die sie nutzen können. Die Aktivierung der sozialen Dienste liegt nicht in ihrem Zuständigkeitsbereich. Viele Patienten fordern keinen Dienst an, weil ihnen deren Existenz nicht bekannt ist.
- **Fachkräfte aus dem sozialen Bereich werden nicht in die Bedarfsbeurteilung miteinbezogen.**

## Seminar in Estland – Tallin – 31. Januar 2014

An dem Seminar in Estland haben **23 Personen** teilgenommen. Es waren Vertreter von Caregiver-Organisation, NRO und Bildungseinrichtungen sowie Dienstanbieter.

Das Seminar wurde nach dem Modell der vorherigen Seminare in zwei Sektionen unterteilt: zuerst wurden die Ergebnisse des Projekts präsentiert, dann stand die Diskussion mit den Teilnehmern auf der Tagesordnung. Im Mittelpunkt der Diskussion stand die Frage: *Sind Sie der Meinung, nachdem Ihnen die Ergebnisse des Projekts und die in Italien erfassten Schlüsselfaktoren zur Unterstützung der sozialmedizinischen Integration präsentiert wurden, dass diese Elemente auch in Ihrem Land eingesetzt werden können? Welche Änderungen (Zusätze oder Veränderungen) würden Sie für Ihren Kontext vornehmen?*

Im Folgenden werden die wichtigsten Punkte dargestellt, die während der Diskussion mit den Teilnehmern aus Estland aufgekommen sind.

- Die Finanzierung stellt ein wesentliches Problem dar, da **die sozialen und medizinischen Dienste unterschiedlich finanziert werden**. Die sozialen Dienste liegen in dem Zuständigkeitsbereich der Gemeinden, deren Fonds in den meisten Fällen nicht ausreichen, um eine angemessene Anzahl an Diensten und ein Mindest-Qualitätsniveau zu garantieren.
- Wenn eine Person aus dem Krankenhaus entlassen wird, geht die Zuständigkeit von dem medizinischen Bereich auf die Gemeinden über. Diese verfügen weder über ausreichende Fonds noch über ausreichende Kompetenzen, um die Betreuung einer Person zu garantieren. Zudem besteht in **Estland**, wie in anderen Ländern auch, **kein Dialog zwischen den sozialen und medizinischen Diensten**.



- Die Situation der Fachkräfte ist wie folgt: die Anzahl der Hausärzte ist nicht ausreichend für die Bevölkerung; deshalb besteht die Tendenz, sie in Ärztezentren zu konzentrieren. Auf diese Weise ist die Erreichbarkeit der Ärzte in den verschiedenen Gegenden des Landes sehr unterschiedlich. Die Bewohner von **ländlichen Gegenden** müssen teilweise bis zu 80 km Fahrt auf sich nehmen, um von einem Arzt untersucht werden zu können.
- Anders als in Italien **können die Hausärzte selten als ein Pfeiler der sozialmedizinischen Integration betrachtet werden**, da sie in erster Linie als Freiberufler arbeiten und für ihre Leistungen bezahlt werden müssen. Sie arbeiten nach einem unternehmerischen und profitorientiertem Ansatz. Da sie nicht einer öffentlichen Verwaltung unterstehen, ist es schwierig, sie in Integrationsprozesse einzubeziehen.
- Im Gesundheitswesen Estlands hat im Moment das Thema der **e-health** (elektronisch kontrolliertes Gesundheitswesen) Priorität; es wird genutzt, um Ärzte und Patienten zu kontrollieren (zum Beispiel kann ein von einem Arzt ausgestelltes Rezept verfolgt werden; so wird kontrolliert, ob der Patient die verschriebenen Medikamente eingenommen hat). Andererseits ist der Gebrauch der Technologie im sozialmedizinischen Bereich eine Art Diskriminierung für die Personen, die aufgrund ihres Alters, Bildungsstands oder aus anderen Gründen, Opfer des *digital divide* sind.
- Was die **Ausbildung des Fachpersonals im sozialen und medizinischen Bereich** betrifft, wurde vor fünf Jahren ein neues Berufsprofil geschaffen, das die medizinischen und sozialen Grundkompetenzen integriert. Im Moment wendet sich dieses Berufsprofil nicht speziell an Senioren, aber es ist bereits die Einführung dieser Spezialisierung vorgesehen. Auf der anderen Seite gibt es im Moment für die besten Berufsprofile keine Ausbildungswege zur Integration der sozialmedizinischen Kompetenzen, auch wenn sie als sehr nützlich betrachtet werden.

## Seminar in Spanien – Barcelona – 20. Februar 2014

Das Seminar von Barcelona fand in dem Auditorium des Gesundheitsdezernats der Regierung Katalonien in Zusammenarbeit mit dem Dezernat selbst statt. Das Seminar wurde von Toni Dedeu, Senior International Officer des Gesundheitsdepartements mit Vorsitz von Dr. Albert Ledesma, Direktor der Präventions- und Pflegedienste bei chronischen Erkrankungen, eingeführt.

Es gab Beiträge von: Alessandro Pigatto, Direktor der Sozialdienste und der territorialen Funktion - Aulss 16 Padua sowie Koordinator der Direktoren der Sozialdienste und der territorialen Funktion der Region Veneto; Anna Banchemo, Technische Koordinatorin der Sozialpolitik der Region Ligurien; Frank Goodwin, Vorsitzender von Eurocarers; Sara Santini von INRCA; Loredana Ligabue von Anziani e Non Solo (soziale Genossenschaft) und Ester Sarquella, Direktorin der Sozialdienste und der sozialen Bürgerrechte der Gegend von La Plana.

An dem Seminar haben 48 Personen teilgenommen, vorwiegend Vertreter der sozialen und medizinischen Dienste sowie Sozialarbeiter und Personal für Erstbehandlungen.

Hinweis: Während des Seminars hat die Gesellschaft Connecting Brains ([www.connectingbrains.es](http://www.connectingbrains.es)) visuell die Veranstaltung zusammengefasst. So können die während des Seminars diskutierten Inhalte graphisch betrachtet werden.



Es ist auch ein  
folgenden  
verfügbar:

Video unter der  
Adresse

<https://www.youtube.com/watch?v=8Pho2dSnUBY&feature=youtu.be>



Nach der Präsentation der Projektergebnisse und eines Beispiels aus Katalonien (Gemeinde Tona) zur Integration sozialer und medizinischer Dienste auf lokaler Ebene (Download auf: <http://tinyurl.com/sarquella>) wurde die Diskussion eröffnet.

Zu Beginn hat Dr. Pigatto der Region Veneto weitere Informationen als Antwort auf eine Frage von Joan Carles Contel (Prävention chronischer Erkrankungen und Betreuungsprogramme bei dem Hauptdirektorium zur Planung und Forschung der katalanischen Regierung) geliefert. Er hatte gebeten, genauer die Umsetzung des Integrationsprozesses in den verschiedenen italienischen Regionen zu erklären. Dr. Pigatto hat erklärt, dass in Italien verschiedene Modelle existieren und auch innerhalb der Region Veneto können verschiedene Umsetzungsniveaus der Integration (mindestens 4/5 verschiedene Modelle in 21 Sprengel in der Region) unterschieden werden. Bezüglich des elektronischen Krankennblatts legt ein regionales Gesetz fest, dass jeder Sprengel ein elektronisches Krankenblatt entwickeln muss, es aber den einzelnen Sprengeln überlassen ist, wie viel Geld dafür investiert wird. Auf diese Weise werden unterschiedliche Implementierungsniveaus geschaffen. Dasselbe gilt für die Tele-Medizin. Durch das elektronische Krankenblatt sollen nützliche Informationen erfasst werden, um die Effizienz der Dienste zu kontrollieren. So soll die Zufriedenheit der Nutzer, aber auch die politische und institutionelle Zustimmung garantiert werden.

Es existieren stark integrierte und andere nicht integrierte Modelle. Die wichtigsten Aspekte, die eine Umsetzung behindern, sind die folgenden: (1) das Gesetz zum Datenschutz, das sehr rigoros ist sowie (2) die Notwendigkeit, alles mit dem Hausarzt zu verhandeln, weil sie Freiberufler und nicht Angestellte einer öffentlichen Verwaltung sind.

Dr. Albert Alonso, MD, PHD, Vize-Präsident IFIC, Abteilung Innovation an der Klinik von Barcelona, hat sich einverstanden erklärt, dass die soziale und medizinische Integration eine komplexe Angelegenheit ist. Er hat die europäischen Maßnahmen aus dem Gesichtspunkt der qualitativen Analyse sehr geschätzt, da sie real übertragbare Elemente liefert. Er ist aber auch der Meinung, dass immer einige Schwachpunkte bei den qualitativen und quantitativen Ansätze bestehen, was zur Notwendigkeit führt, vermehrt über die Prozesse zu den Ergebnissen zu kommen.

Im Allgemeinen, wie bereits von Dr. Albert Alonso bestätigt, sind die Seminarteilnehmer der Meinung, dass das Projekt und seine Ergebnisse (die Leitlinien) ehrgeiziger ausfallen hätten

können; zum Beispiel wenn man das **wünschenswerte Integrationsniveau** in Betracht zieht. Zudem wird die Tatsache betont, dass **die soziale und medizinische Integration implementiert werden müsste, indem immer ein gewisser Grad an Flexibilität und Kontextualisierung** berücksichtigt werden muss, da es nicht möglich ist, Lösungen zu finden, die für die unterschiedlichen Kontexte und Situationen passend sind.

Dr. Toni Dedeu, Internationaler Seniorchef im Bereich Internationale Beziehungen und Kooperation des Gesundheitsdepartements Kataloniens, hat die Tatsache kommentiert, dass **die gegenseitige Integration von sozialen und medizinischen Diensten** (die Synergie zwischen diesen beiden Kulturen) **ein Problem in verschiedenen europäischen Ländern ist, für das aber wenige Lösungen existieren.**

In Bezug auf die Wichtigkeit der **Technologie** ist der Informationsaustausch der am einfachsten zu implementierende Aspekt und ist bereits in mehreren Kontexten Realität. Es ist richtig, dass das Problem der Vertraulichkeit der Daten existiert, aber die Europäische Union nimmt diese Angelegenheit bereits in Angriff. Doktor Toni Dedeu hat die Teilnehmer informiert, dass eine europäische Richtlinie vorbereitet wurde (Fertigstellung in einigen Jahren), die dieses Thema regeln wird. Sie wird obligatorisch und homogen in ganz Europa sein. Das wird dazu beitragen, dass strengere Beurteilungen und homogenere Studien gemacht werden können.

Doktor Albert Ledesma, Direktor des Programms zur Prävention und Betreuung chronischer Erkrankungen, hat erklärt, dass Katalonien an einem neuen Programm arbeitet, das **“die kulturelle Veränderung”** zwischen dem sozialen und medizinischen Bereich sowie die **Verwaltung der Finanzflüsse zum zentralen Thema macht.** Zum Projektstart wurden die Kenntnisse und Erfahrungen erarbeitet, die durch die Teilnahme der Personen geteilt werden können.

## **Seminar in Slowenien– Ljubljana – 27. Februar 2014**

Das Seminar in Slowenien sah die Beteiligung von Vertretern des Gesundheitsministeriums und des Ministeriums für soziale Angelegenheiten, der Gemeinde von Ljubljana, von NGO und Diensteanbietern vor.

Nach der Präsentation der AIDA-Leitlinien waren zwei Beiträge der Minister vorgesehen, die gebeten wurden, ihren Standpunkt zu den Herausforderungen der sozialmedizinischen Integration darzustellen. Am Ende gab es Zeit für eine Diskussion unter den Teilnehmern.

**Mojca Gobec**, Arzt, Direktor der Abteilung Gesundheitswesen des Gesundheitsministeriums hat erklärt, dass in Slowenien die Gesundheit und Fürsorge auf zwei getrennte Ministerien verteilt ist und somit politische Entscheidungen separat getroffen werden. Trotzdem gibt es einige gemeinsame Dokumente, weil ein deutlicher Diskussionsbedarf an diesem Thema besteht. Auch von Seiten der Europäischen Union gibt es eine klare Angabe, dass Slowenien dieses Thema integrierter angreifen sollte. Seit



vielen Jahren **wird in Slowenien über einen Gesetzesvorschlag bezüglich der Integration der häuslichen Pflege diskutiert**, aber dieses Gesetz wurde von dem Parlament aus Mangel an Fonds nicht verabschiedet. Auf der anderen Seite wurden in den letzten Jahren **die strukturellen Fonds der EU** in erster Linie für Pilotexperimente zur innovativen Integration genutzt. Die Planung wurde zusammen mit dem Ministerium für Soziale Angelegenheiten vorgenommen.

Die größte Herausforderung heute ist das in Slowenien traditionell sehr stark zentralisierte System der sozialen und medizinischen Betreuung, auch wenn die Gemeinden aus formaler Sicht dafür zuständig sind. Obwohl die Notwendigkeit besteht, diese zwei Dienste auf lokaler Ebene zu verknüpfen und obwohl es Beispiele guter Maßnahmen gibt, sind diese nicht kohärent und systematisch und können nicht als Standard genommen werden. Die Regierung befürchtet, dass in den **kleinen Gemeinden die Kapazitäten nicht ausreichen, um diesen Prozess zu implementieren**, auch wenn sich die Fachkräfte aus den Frontline-Diensten (wie die

Gemeinschaftskrankenpfleger/Gemeinschaftskrankenschwestern) bewusst sind, dass eine mit den sozialen Diensten integrierte Arbeit notwendig ist und dass individuell eine Implementierungsmöglichkeit zu finden wäre.

Bezüglich der Betreuungskontinuität wird bestätigt, dass sie bei Krankenhausentlassungen gut organisiert ist. Die sozialen Dienste sind Teil der Krankenhausdienste; wenn also eine Person entlassen wird, können die sozialen Dienste sofort eingreifen. Verglichen mit anderen europäischen Ländern besteht in Slowenien eine starke Institutionalisierung (aktuell gibt es mehr als 60.000 Personen in den Einrichtungen, 18.000 in den bürgernahen Diensten und 20.000 in unterschiedlichen Formen informeller Hilfe). In Slowenien gibt es verschiedene Dienste wie Pflegeeinrichtungen für einen langen Zeitraum, Krankenhäuser und Heilanstalten, in die die Patienten nach den Krankenhausentlassungen geschickt werden und **in denen eine gute Integration von sozialen und medizinischen Diensten garantiert ist**. Die Patienten haben auch die Möglichkeit, häusliche Pflege in Anspruch zu nehmen. In diesem Fall ist die Integration jedoch problematischer, da sie die medizinischen Behandlungen von einem Krankenpfleger/einer Krankenschwester (der Krankenpfleger/die Krankenschwester wird von der Krankenversicherung bezahlt) und die persönliche Betreuung von den Gemeinden erhalten würden. Somit treffen sie auf zwei Fachkräfte von unterschiedlichen Organisationen.

Die **beruflichen Curricula** sind **stark medizinisch und sozial** ausgerichtet. Auf praktischer Ebene arbeiten die Fachkräfte integriert, aber sie haben keine Ausbildung in diesem Sinn erhalten. Sowohl im sozialen als auch im medizinischen Bereich wurde das Bedürfnis wahrgenommen, **neue Curricula** zu entwickeln, die Kompetenzen für langfristige Betreuung



(zum Beispiel dass sie Kenntnisse in der Krankenpflege, Kommunikation und soziale Fähigkeiten kombinieren) einschließen. Bei einem Vergleich des Personals mit dem der anderen europäischen Länder ist noch kein Mangel an qualifiziertem Personal im Pflegebereich zu spüren, auch wenn dieses Problem sicherlich in der

Zukunft auftreten wird.

Der zweite Redner war **Davor Dominkuš**, Direktor der Abteilung für Soziale Angelegenheiten des Ministeriums für Arbeit und Sozialpolitik. Zu Beginn hat er betont, dass die aktuelle

politische Organisation der Dienste in Slowenien eine **staatliche und eine lokale Ebene, ohne Zwischenebene** vorsieht.

Die Ortschaften Sloweniens sind mit wenigen hundert Einwohnern sehr klein und nicht im Stande, die Dienste die sie haben sollten, auszuführen. Zudem wäre es auf lokaler Ebene sehr schwierig, die verschiedenen Dienste zu integrieren, weil das Personal nicht ausreicht und weil das Personal nicht ausreichend ausgebildet ist, um die Mitarbeit zu organisieren und zu verwalten. Nach Sichtweise des Ministeriums wurden zahlreiche Vereinbarungen auf staatlicher Ebene getroffen, aber sie wurden nicht in die Praxis umgesetzt. Außerdem bestehen große Unterschiede innerhalb des Landes. Politisch haben sie lange an die Möglichkeit der Integration auf einer Zwischenebene, auf regionaler Ebene gedacht; es wird aber noch über die Zuständigkeiten, Finanzierungen, etc. diskutiert. Dr. Dominkuš hat die aktuelle Situation mit der Geschichte des Landes in Beziehung gebracht. Er hat erklärt, dass nach der Unabhängigkeitserklärung Sloweniens eine große Diskussion darüber entstanden ist, wie das soziale Schutzsystem organisiert werden sollte. Sie hätten auf lokaler Ebene mehr Zuständigkeiten schaffen sollen. Allerdings wurde befürchtet, dass die lokalen Gemeinschaften nicht in der Lage waren, diese Aufgabe anzunehmen. Deshalb hat man sich entschieden, die Zuständigkeiten zu zentralisieren und sie später auf dezentralisierter Ebene zu übertragen, was bis heute nicht eingetreten ist.

Danach wurde über das Finanzierungssystem gesprochen. Die Dienstleistungen des Gesundheitssystems werden von dem Nationalen Institut zur medizinischen Betreuung unterstützt und die Personen zahlen einen Beitrag über eine obligatorische Versicherung. Auf der anderen Seite werden die sozialen Dienste von den staatlichen oder lokalen Steuern finanziert. **Es ist besonders schwierig, die Finanzierung dieser zwei Systeme zu kombinieren**, vor allem bei langfristiger Betreuung. Diese finanziellen Unterschiede schaffen Schwierigkeiten bei der Integration der Dienste, weil es schwierig ist, sie zu planen und zu koordinieren.

Sie sind sich der Wichtigkeit der Kooperation und der Tatsache bewusst, dass sie nicht separat arbeiten sollten. Allerdings fehlt es an einem System, das diese Zusammenarbeit ermöglichen würde. Sie haben auch Bedarf an formalen Strukturen zur Systemkoordination und zur optimalen Zusammenarbeit. Sie sind sich der Wichtigkeit der Zusammenarbeit bewusst und sie versuchen, diese Zusammenarbeit mit konkreten Projekten zu realisieren.

Zum Abschluss hat sich Dr. Dominkuš mit der Idee einverstanden erklärt, dass es zur Integration der Dienste notwendig ist, **das Bildungssystem zu ändern und die informellen Caregiver** in beiden Bereichen auszubilden (sozial und medizinisch).

Anschließend wurde den Seminarteilnehmern das Wort erteilt, die sich in erster Linie zu den folgenden Punkten geäußert haben: (1) der Bedarf an einer Verstärkung von **informellen Caregiver**, was als Investition betrachtet werden müsste, die bezüglich Kapazität und Beitrag einer effizienten Betreuung zu Gute kommt; (2) die wichtige Rolle, die die **IKT** bei der Unterstützung von langfristiger Betreuung haben.

## Seminar in Holland – Den Bosch – 6. März 2014

Das in Holland abgehaltene Seminar unterscheidet sich von den vorherigen Seminaren, da es sich auf eine spezifische Erfahrung konzentrierte: die Gruppe des Gesundheitssprengels der Gemeinde von Den Bosch (Wijkteam Helftheuvel). Die Seminarteilnehmer waren Fachleute, die für diesen Dienst mit drei Experten des Knowledge Center Movisie zusammenarbeiten.

Nach der Präsentation der AIDA-Leitlinien haben die Teilnehmer von Movisie kurz erklärt, dass das **Thema der sozialmedizinischen Integration in der politischen Agenda in Holland** vorhanden ist. Es wurde zum Beispiel eine Kommission zur Überarbeitung aller Curricula im sozialmedizinischen Bereich eingerichtet, um die Integrationskompetenzen zu stärken. Zudem wurde eine Diskussion zur sozialmedizinischen Integration für die familiären Caregiver begonnen, bei der die Dominanz des medizinischen Aspekts der Pflege in Frage gestellt wurde.

Anschließend wurde die Tätigkeit der Gruppe des Gesundheitssprengels präsentiert. Die Arbeit wurde im Mai 2013 aufgenommen. Die Gruppe besteht aus Fachkräften unterschiedlicher Herkunft (soziale Betreuung, medizinische Betreuung, Gemeinschaftsentwicklung...), die von der Gemeinde bezahlt werden und zwei Hauptziele verfolgen a) Hilfe für bedürftige Personen zu verschiedenen Themen (sozial, medizinisch, finanziell, ...) und b) Miteinbeziehung und Vernetzung der lokalen Gemeinschaft. Die Gruppe besteht aus 10 Fachkräften und ist in einem Bereich mit circa 20.000 Einwohnern tätig. Obwohl sie zusammenarbeiten, ist jeder für einen genau definierten Bereich mit circa 1.000 Einwohnern zuständig, so dass ein Vertrauensverhältnis zu den Bürgern aufgebaut werden kann. Ihre Arbeit verfolgt den Ansatz, die Nutzer zu coachen und ihnen Verantwortung zu übertragen sowie nach den nahegelegendsten und günstigsten Lösungen zu suchen. Die Spezial-Betreuung wird nur aktiviert, wenn sie wirklich notwendig ist. Normalerweise wird versucht, eine Normalisierung der Situation zu erreichen.



Die Gruppe des Gesundheitssprengels fand Interesse bei AIDA, weil sie als konkretes Implementierungsbeispiel der sozial- medizinischen Integration auf Gemeinschaftsebene betrachtet werden kann.

**Die Gruppe setzt sich aus Fachpersonal unterschiedlicher Disziplinen zusammen** (eine Gemeinschaftskrankenschwester, ein Sozialarbeiter, Fachpersonal mit Erfahrung mit mentalen Erkrankungen und Behinderungen, ...). Sie arbeitet zusammen, teilt Fähigkeiten und integriert sie. Jede Woche findet eine Gruppensitzung statt, um die neuen Fälle zu präsentieren und zu diskutieren. Jeder Mitarbeiter kann sich trotz seiner Zuständigkeit für einen Fachbereich jederzeit an die anderen Mitarbeiter wenden, wenn er es für notwendig erachtet, sich an eine Person mit einer besseren Spezialisierung zu wenden. Die Gruppe beschreibt die gemeinsame Arbeit als Mehrwert und erklärt, dass bisher keine kritischen Situationen aufgetreten sind. Es ist interessant zu erwähnen, dass sie vor Programmstart nicht an einer gemeinsamen Ausbildung teilgenommen haben. Ihr Ansatz basiert in erster Linie auf einem "Lernen durch gemeinsame Arbeit". Anfänglich haben sie jeden Fall zu zweit betreut (ein Mitarbeiter aus dem sozialen und einer aus dem medizinischen Bereich), um eine andere Sichtweise kennen zu lernen.

Der Dienst nutzt ein **multidimensionales Beurteilungsinstrument**, eine Matrix mit 11 "Lebensbereichen". Es muss betont werden, dass es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument handelt, das von den Nutzern mit Hilfe von Fachpersonal benutzt wird. Es ist somit kein professionelles Beurteilungsinstrument. Wie bereits erwähnt wurde, sollen die Nutzer auf diese Weise Verantwortungsbewusstsein übernehmen und ihren individuellen Hilfeplan erstellen. Der Plan wird somit von dem Nutzer erstellt (oder manchmal von einem Familienmitglied) und mit dem Fachpersonal (und nicht das Gegenteil) geteilt, der die Verwaltung des Falls übernimmt und den Nutzer bei der Implementierung des Plans unterstützt.

Dafür wird in erster Linie eine Lösung innerhalb des Familienkreises und in der Gemeinschaft gesucht, um die informelle Unterstützung zu fördern. Es soll keine ehrenamtliche Tätigkeit, sondern Nächstenliebe sein, d.h. jeder nimmt sich dem anderen in der Nachbarschaft an. In diesem Fall können die ehrenamtlichen Mitarbeiter helfen, Grundbedürfnisse zu decken wie zum Beispiel unterstützende Betreuung, Hilfe bei der Hausarbeit, Erledigung der Einkäufe, Gartenpflege, aber auch Übersetzungsdienste für Immigranten mit geringen Sprachkenntnissen.



Wenn die Lösung nicht innerhalb der Gemeinschaft gefunden werden kann, werden die professionellen Dienste aktiviert. Ein Gruppenmitglied bleibt in Kontakt mit der Familie und übernimmt die Aufgabe der Fallverwaltung und die Aufgabe des Vermittlers.

Auf der anderen Seite **erhalten Sie aus den medizinischen und sozialen Bereichen zum Beispiel von dem Hausarzt Meldungen und im Falle von Krankenhausentlassungen werden die notwendigen Dienste aktiviert.** Wenn weiteres Fachpersonal miteinbezogen wird, ist ein **Informationsaustausch** garantiert, so dass sich die Person nicht einer erneuten Beurteilung unterziehen muss (auch wenn dies ein Problem für einige Personen des Fachpersonals darstellt). Auf diese Weise können sie tätig werden, weil sie bei der Annahme des Falls den Nutzer um Erlaubnis für die Weiterleitung der Patientendaten an die anderen Beteiligten bitten.

Die **IKT** kommen durch den Gebrauch eines Tablets zum Einsatz. Die Selbstbewertung wird zum Beispiel online vorgenommen, Dazu wird dieses Instrument genutzt, das benutzerfreundlich und im Vergleich zu einem Computer persönlicher ist, da sich der Arbeiter nicht hinter einen Bildschirm setzen muss; zudem kann es auch von Personen mit geringen technologischen Kenntnissen benutzt werden.

In der Zukunft sollen die IKT auch zur Erfassung und zum Teilen von Informationen sowie zur Entwicklung einer Datenbank für die "Bedürfnisse/Ressourcen" genutzt werden. Diese Datenbank befindet sich noch in der Entwicklungsphase.

Gruppen wie diese existieren im ganzen Land und auch wenn die Aktivierung für die Gemeinden nicht obligatorisch ist, rät die zentrale Regierung zu dieser Tätigkeit. Die Innovation und der Pluspunkt der Gruppe von Den Bosch ist die Aufteilung der Zuständigkeiten der Fachkräfte je nach geographischem Gebiet. Nach Meinung der Gruppe ist es ein Pluspunkt, von den Bürgern erkannt zu werden (sie tragen auch eine Uniform). So ist es auch einfacher, Informationen einzuholen und die Bedingungen der Nutzer zu überwachen. In 8 Monaten hat die Gruppe Den Bosch an circa 300 Fällen gearbeitet. Auch wenn dieser Dienst erst seit kurzem existiert und somit die Wirkung noch nicht beurteilt werden kann, sind die Ergebnisse jetzt schon sehr vielversprechend.

Zum Abschluss hat die Gruppe über das Thema der **integrierten Verwaltung der Fonds** für soziale und medizinische Betreuung diskutiert Sie wurde in den Leitlinien als Schlüsselpunkt für

eine erfolgreiche Integration zitiert. Im Moment bewegt sich Holland in die entgegengesetzte Richtung. Ab Januar 2015 werden die Kompetenzen und Finanzierungen für die Betreuung auf drei Hauptakteure verteilt: die Krankenversicherung, eine Versicherung, die die persönliche Betreuung deckt und die Gemeinden, die die Fürsorge-Verantwortung haben. Der Grund für die Entscheidung, Fürsorge und Betreuung zu trennen, ist die Komplexität der Betreuung. Die Gemeinden würden nicht über die notwendigen Kapazitäten zur Implementierung verfügen.

aida