

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich

Studiengang Logopädie

Bachelor-Arbeit

Dysphagie in der Langzeitpflege

Wie kann die Interdisziplinarität zwischen Logopädie und Pflege optimiert werden?

Eingereicht von:
Cornelia Neff

Begleitung:
Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner

25. Mai 2018

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema Dysphagie im Alters- und Pflegeheim. Das Erkennen und Behandeln einer Dysphagie ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Dabei spielen die Berufsgruppen Logopädie und Pflege eine wesentliche Rolle. Im Rahmen der Arbeit wird untersucht, über welche Ausbildungen das Heimpersonal verfügt und welche Inhalte zum Thema Dysphagie im Bereich Pflege und Logopädie den Lernenden während der Ausbildung bis zum Abschluss der beruflichen Qualifikation vermittelt werden. Dazu werden Informationen aus vorhandenen schriftlichen Quellen herangezogen. Aufgrund der Ergebnisse und im Hinblick auf die Heterogenität der in der Langzeitpflege tätigen Berufsgruppen wird diskutiert, wie der interdisziplinäre Austausch zwischen Logopädie und Pflege optimiert werden kann, damit Dysphagien bei Personen in Institutionen frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Inhalt

1	Einleitung.....	3
1.1	Problemstellung.....	3
1.2	Fragestellung.....	5
1.3	Vorgehen.....	6
2	Theorie.....	6
2.1	Definitionen: Schlucken, Dysphagie, Presbyphagie	6
2.2	Der ungestörte Schluckakt.....	7
2.3	Schlucken im Alter	8
2.4	Ätiologie der Dysphagie.....	10
2.5	Symptome der Dysphagie.....	12
2.6	Dysphagietherapie	14
2.7	Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz	16
2.8	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz ...	16
3	Material und Methoden	17
4	Resultate.....	19
4.1	Ausbildungen im Bereich Pflege.....	19
4.2	Ausbildungen im Bereich Logopädie.....	20
4.3	Ausbildungsinhalte bezüglich Dysphagie im Bereich Pflege	21
4.4	Ausbildungsinhalte bezüglich Dysphagie im Bereich Logopädie	24
5	Diskussion	25
6	Ausblick	31
7	Verzeichnisse	32
7.1	Literatur.....	32
7.2	Abbildungen	37
8	Anhang.....	38

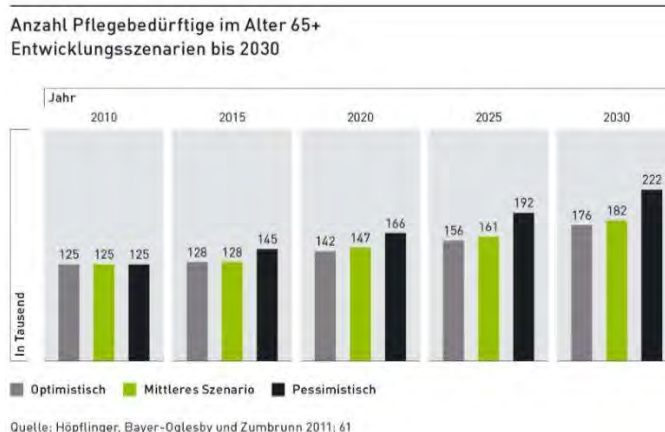
1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Ende 2015 lebten 8.3 Millionen Menschen (total 8'327'126 Personen) als ständige Wohnbevölkerung in der Schweiz. Diese setzte sich zusammen aus 4.2 Millionen Frauen und 4.1 Millionen Männern. Bei den über 65-Jährigen waren es 835'426 Frauen und 659'626 Männer (total 1'495'052 Personen). Der grössere Anteil der Frauen ab dem Rentenalter erklärt sich aufgrund der höheren Sterblichkeit der Männer, insbesondere auch der über 80-jährigen Männer (vgl. Bundesamt für Statistik (BFS), 2016).

In Alters- und Pflegeheimen lebten im Jahr 2015 insgesamt 126'636 Personen, was einem Bevölkerungsanteil von 1.6 % respektive einem Anteil der über 65-Jährigen von 8.5 % entspricht (vgl. Bundesamt für Statistik (BFS), 2017a). Werden nur die Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen gezählt, so lebten im Jahr 2016 in 1'570 Heimen 91'639 Personen (65'757 Frauen und 25'882 Männer). Davon waren 14'600 Personen (16 %) mindestens 80 Jahre alt (vgl. Bundesamt für Statistik (BFS), 2018). Es ist zu erwarten, dass in den kommenden Jahren in der Bevölkerung der Anteil der älteren Generationen (65+) steigen wird und der Anteil der jungen Menschen (bis 19 Jahre) zurückgehen wird (demografische Alterung) (vgl. Bundesamt für Statistik (BFS), 2017b).

Aufgrund der demografischen Alterung ist in den nächsten Jahrzehnten mit einer bedeutsamen Zunahme der Zahl pflegebedürftiger alter Menschen zu rechnen. Der demografische Effekt (mehr alte Menschen) wird abgeschwächt, wenn die behinderungsfreie Lebenserwartung ansteigt oder aber verstärkt, wenn die Pflegebedürftigkeit früher einsetzt oder länger andauert. Behinderungsfreie Lebenserwartung ist definiert als ein Mass für die Zahl von Lebensjahren, die ohne funktionale Alltagseinschränkungen verbracht werden. Je nach Annahmen zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung ist in der Schweiz mit unterschiedlichen Zahlen der über 64-jährigen pflegebedürftigen Menschen zwischen 2010 mit 125'000 Personen und 2030 zu rechnen. Bei einer positiven Entwicklung wird sich die Zahl um 51'000 auf 176'000 Personen erhöhen, bei einer negativen Entwicklung um 97'000 auf 222'000 Personen. Bleibt die Dauer von Pflegebedürftigkeit trotz steigender Lebenserwartung im Alter konstant, erhöht sich die Zahl auf 182'000 Personen (was eine relative Zunahme um 46 % bedeutet) (vgl. Höpfinger, Bayer-Oglesby & Zumbunn, 2011).



age-report.ch (Grafik 2.6)

Design: anamorph.ch

Abbildung 1: Anzahl Pflegebedürftige im Alter 65+
Entwicklungsszenarien bis 2030. Age Report III (2014, S. 41)

Zu den häufigsten geriatrischen Erkrankungen im Alter gehören Demenzen, welche ein breites Spektrum von vielfältigen Erkrankungen umfassen. Sowohl Inzidenzraten wie auch Prävalenzraten demenzieller Erkrankungen steigen mit dem Lebensalter nahezu exponentiell an. Diese Entwicklung stellt eine gesundheits- und gesellschaftspolitische Herausforderung dar in einer Gesellschaft mit einer steigenden Zahl langlebiger Menschen (vgl. Höpflinger, Bayer-Oglesby & Zumbrunn, 2011).

Aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung mit dem Anstieg der Zahl alter Menschen in der Langzeitpflege wird das Thema „Schluckstörungen im Alters- und Pflegeheim“ an Bedeutung gewinnen.

Im Rahmen dieser Arbeit wird unter Langzeitpflege die professionelle Betreuung und Behandlung von pflegebedürftigen älteren Menschen in Alters- und Pflegeinstitutionen verstanden.

Glassl (2017) schreibt: „Aufgrund der physiologischen Veränderungen des Schluckaktes durch Alterungsprozesse und die Vielzahl der Erkrankungen, deren Folgen auch die Schluckfunktion betreffen können, steigt die Prävalenz von Schluckstörungen im Alter. Ca. 40 % der über 60-Jährigen bzw. der Menschen, die in Pflegeheimen leben, leiden unter einer Dysphagie und den in diesem Zusammenhang bestehenden Einschränkungen der Lebensqualität“ (S. 126).

Hotzenköcherle (2013) schreibt: „Nach Schätzungen leidet jeder fünfte Patient im Wartezimmer eines Hausarztes an Schluckschwierigkeiten. In der stetig wachsenden Gruppe der über 75-Jährigen gehen Hochrechnungen sogar von über 45 Prozent Dysphagiepatienten aus“ (S. 6).

Im Januar 2018 sandte die Autorin der vorliegenden Arbeit folgende Frage per E-Mail an fünfzig Alters- und Pflegeheime im Kanton Zürich: „Wie hoch schätzen Sie in Ihrem Heim die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Schluckstörung ein (in Prozent (%))?“. Sechs Heime gaben eine Schätzung ab. Diese lag bei je zwei Heimen zwischen 2 - 5 % respektive 15 - 20 % und bei je einem Heim zwischen 5 - 10 % respektive 30 - 40 %.

Die Folgen von Dysphagien sind hohe Kosten für das Gesundheitswesen, Einschränkungen der Lebensqualität für die Betroffenen und Aspirationspneumonien als Todesursache (vgl. Prosiegel & Weber, 2013).

„Eine Schluckstörung sollte immer so früh wie möglich festgestellt und einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden“ (Hunziker & Steiner, 2014, S. 12).

„Grundsätzlich muss man sich immer ins Gedächtnis rufen, dass Altersschluckstörungen für einen einzelnen Menschen äusserst gravierende Konsequenzen mit sich bringen, welche einer adäquaten und individuellen Behandlung bedürfen“ (Wiesemann, 2006, S. 12).

Gröne (2009) schreibt: „Die sozialen Folgen einer Schluckstörung wiegen im Erleben vieler Patienten oftmals schwerer als die eigentliche Funktionsstörung, die mit Schlucktechniken und Nahrungsanpassung zumindest partiell zu kompensieren ist. Der Kampf gegen den sozialen Rückzug im Alltag erfordert eine enorme Kraft und grossen Mut der Betroffenen“ (S. 153).

Dysphagie hat für die Betroffenen immer auch soziale und psychische Folgen, die sich auf die Lebensqualität auswirken. Dies zeigte auf eindrückliche Weise die erste paneuropäische Befragung von 360 Personen im Alter von 55 bis über 80 Jahren mit Dysphagie-Symptomen in Pflegeheimen und Kliniken. 84 % der Betroffenen sagten, dass Essen eine angenehme Erfahrung sein sollte, aber nur 45 % der Befragten empfanden es auch so, das heisst mehr als die Hälfte aller Betroffenen gab an, dass ihr Leben weniger lebenswert sei aufgrund ihrer Schluckstörung. Über ein Drittel der Betroffenen (36 %) vermied es mit anderen Personen zu essen und 41 % der Befragten litten sogar unter Angst oder Panik während den Mahlzeiten (vgl. Ekberg, Hamdy, Woisard, Wuttge-Hannig & Ortega, 2002).

Die Auswertung der Antworten der 360 interviewten Personen in Frankreich, Deutschland, Spanien und dem Vereinigten Königreich über Probleme beim Essen im Zusammenhang mit Dysphagie ergab ausserdem folgende Ergebnisse:

- 33 % benötigten Unterstützung beim Essen.
- 55 % waren nicht in der Lage, bestimmte Nahrungsmittel zu sich zu nehmen, wenn die Konsistenz nicht geändert wurde.
- 50 % assen weniger als normal üblich.
- 33 % hatten nach den Mahlzeiten noch Hunger oder Durst.
- 32 % assen und schluckten langsamer als normal üblich.
- 27 % nahmen einen Schluck Flüssigkeit zwischen den Bissen.
- 19 % kauten das Essen länger als normal üblich bevor sie es schluckten.
- 44 % hatten in den vergangenen zwölf Monaten Gewicht verloren (ebd.).

Zwar war bei 40 % der Befragten eine Schluckstörung diagnostiziert worden, aber nur 32 % erhielten eine ärztliche Behandlung. Nur 39 % der Befragten glaubten, dass ihre Schluckstörung behandelt werden könnte. Signifikant war, dass wenn sich die Schluckstörung bei den Patientinnen und Patienten nicht verbesserte, die Betroffenen aufhörten, sich zu beklagen (ebd.).

Aus den oben festgehaltenen Fakten ergibt sich die Notwendigkeit einer interprofessionellen Zusammenarbeit der Disziplinen Medizin, Pflege, Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährungsberatung in der Langzeitpflege, um den diagnostischen und therapeutischen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohnern mit Schluckstörungen in Alters- und Pflegeheimen gerecht zu werden.

1.2 Fragestellung

In Alters- und Pflegeheimen unterstützen vor allem in der Pflege und Betreuung Tätige die Bewohnerinnen und Bewohner beim Essen und Trinken. Sie sind demzufolge auch für das frühzeitige Erkennen einer Schluckstörung (Dysphagie) wichtig. Logopädische Fachpersonen, welche unter anderem für die Diagnostik und Therapie von Dysphagien ausgebildet sind, arbeiten kaum in Alters- und Pflegeheimen (siehe Kapitel 2.8 *Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz*).

Da die Früherkennung einer Dysphagie von grosser Bedeutung ist, stellt sich die Frage, wie die Institutionen (Alters- und Pflegeheime) und wie das Heimpersonal für das Thema Dysphagie sensibilisiert sind.

Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

- Welche **Ausbildungen** haben Angehörige der Berufsgruppen **Pflege** und **Logopädie**, die in Alters- und Pflegeheimen arbeiten?
- Welches sind die **Inhalte bezüglich Dysphagie in den Ausbildungen** der Fachpersonen für Pflege und Alltagsgestaltung (Berufsgruppe Pflege) und der Fachpersonen für Sprache, Sprechen, Stimme und Schlucken (Berufsgruppe Logopädie)?

Die Beantwortung beider Fragen soll zur Diskussion führen, wie das erlernte Wissen über Schluckstörungen in den beruflichen Alltag im Alters- und Pflegeheim implementiert werden kann respektive wie der Wissenstransfer und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Logopädie und Pflege verbessert werden kann.

1.3 Vorgehen

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Thema Dysphagie in Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz. Zu Beginn der Arbeit steht der Theorieteil. Zuerst folgen Begriffserklärungen, der physiologische Schluckakt und das Schlucken im Alter werden thematisiert. Danach wird die Ätiologie und Symptomatologie der Dysphagie erläutert und auf die Dysphagietherapie eingegangen. Weiter werden die Bedingungen in Alters- und Pflegeinstitutionen in der Schweiz beschrieben, sowohl die Situation der Bewohnerinnen und Bewohner als auch die Situation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Berufsgruppen Pflege und Logopädie (siehe Kapitel 2 *Theorie*). Es folgt der Material- und Methodenteil, in dem unter anderem auf die Dokumenten-analyse eingegangen wird (siehe Kapitel 3 *Material und Methoden*). Im folgenden Kapitel wird zuerst die Frage zu den Ausbildungen und gesetzlichen Grundlagen in den Bereichen Pflege und Logopädie geklärt. Danach wird die Frage zu den Ausbildungsinhalten bezüglich Dysphagie in den entsprechenden Bildungsgängen der Pflege und Logopädie beantwortet (siehe Kapitel 4 *Resultate*). Anschliessend wird aufgrund der Resultate diskutiert, wie Synergien aus dem Wissen über Dysphagie der Pflegefachpersonen einerseits und der logopädischen Fachpersonen andererseits genutzt werden können, um sich dem komplexen Thema der Dysphagie in Alters- und Pflegeheimen in Zukunft noch besser anzunehmen. Es wird aufgezeigt, warum die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pflege und Logopädie für das Wohlergehen der Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen wichtig ist (siehe Kapitel 5 *Diskussion*). Im letzten Teil der Arbeit werden einige Überlegungen für eine weiterführende Auseinandersetzung mit dem Thema angeregt (siehe Kapitel 6 *Ausblick*).

2 Theorie

2.1 Definitionen: Schlucken, Dysphagie, Presbyphagie

Prosiegel & Weber (2013) definieren: „Schlucken ist ein semireflektorischer sensomotorischer Vorgang mit dem Ziel, unterschiedliches Material vom Mundbereich sicher und rasch in den Magen zu befördern“ (S. 6).

„Bei bestimmten Erkrankungen ist der komplexe Vorgang des Schluckens gestört. Man spricht dann von Schluckstörung oder von Dysphagie. Der Begriff leitet sich vom griechischen Wort „phagein“ = „essen“ und der Vorsilbe „dys“ = „gestört“ ab, bedeutet also eigentlich Essstörung“ (Prosiegel & Weber, 2013, S. 7).

„Altersbedingte Um- und Abbauprozesse können sich auf den Schluckvorgang auswirken. Sie müssen nicht zwingend zu behandlungsbedürftigen Schluckproblemen führen. Für die Therapie ist es deshalb wichtig, zwischen Presbyphagie (gr. Presby = alt) und Dysphagie zu unterscheiden. Presbyphagie bezeichnet die Veränderungen der Schluckorgane und der Schluckfunktion während des normalen Alterungsprozesses. Die Altersgrenze wird in den einzelnen Studien unterschiedlich definiert, meist umfasst sie die Gruppe der über 60- Jährigen“ (Bartolome & Neumann, 2014, S. 40).

Glassl (2017) schreibt: „Unter einer Presbyphagie versteht man den altersbedingt veränderten Schluckakt des ansonsten gesunden Menschen. Ist der Schluckakt durch eine Grunderkrankung beeinträchtigt, spricht man von einer Dysphagie“ (S. 83).

2.2 Der ungestörte Schluckakt

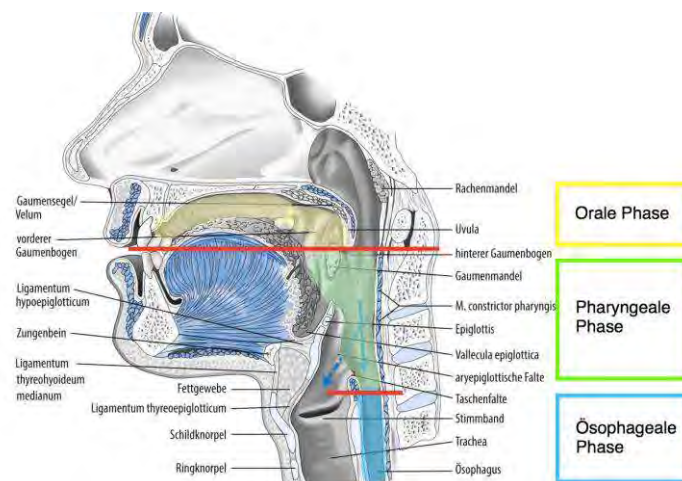


Abbildung 2: Nasen- und Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf (Sagittalschnitt durch Kopf und Hals; Medialansicht).

Prosiegel & Weber (2013). Veränderte Abbildung 2: Frick (2015)

Prosiegel & Weber (2013) beschreiben die Abbildung 2 wie folgt: „Der obere Verdauungstrakt und der Atemweg nehmen über eine lange pharyngeale Strecke den gleichen Weg, kreuzen dann aber in Höhe des Hypopharynx (durchgezogener Pfeil zeigt in Richtung Ösophagus, gestrichelter Pfeil in Richtung Kehlkopfeingang). In diesem Bereich kann geschlucktes Material in die Atemwege gelangen“ (S. 7).

Der Ablauf des Nahrungstransportes über den Mund bis in den Magen ist komplex. Der Vorgang kann in vier Phasen unterteilt werden, wobei die einzelnen Phasen nicht in sich abgeschlossen sind, sondern ineinander übergehen. Eine Einteilung in vier Schluckphasen (orale Vorbereitungsphase, orale Phase, pharyngeale Phase und ösophageale Phase) erleichtert das Verstehen des Schluckvorganges (vgl. Bartolome & Neumann, 2014).

Die orale Vorbereitungsphase und die orale Phase sind willentlich beeinflussbar. Die pharyngeale Phase und die ösophageale Phase laufen reflektorisch ab. Während des Schluckvorgangs werden sensible und sensorische Informationen über die durch Kauen und Speichelgabe aufbereitete Nahrungsmenge aus dem Mund, Rachen und Kehlkopfbereich zum Gehirn weitergeleitet. Diese Rückmeldung dient als Stimulus für die Modulation der am Schluckvorgang beteiligten Muskulatur (sensomotorische Komponente des Schluckaktes) (*ebd.*).

Es folgt eine Zusammenfassung der **Vorgänge** in den vier Schluckphasen:

- **Orale Vorbereitungsphase**
Die Nahrung wird in den Mund aufgenommen, zerkleinert, mit Speichel vermischt und als Bolus (schluckfertige Nahrungsmenge) auf der Zunge platziert.
- **Orale Phase**
Der Bolus wird in Richtung Oropharynx (Mundrachen) transportiert.
- **Pharyngeale Phase**
Diese Phase beginnt mit der Schluckreflexauslösung. Der Bolus wird durch den Pharynx in den Ösophagus befördert.
- **Ösophageale Phase**
Der Bolus wird mittels peristaltischer Wellen durch den Ösophagus in den Magen transportiert.

Es folgt eine Zusammenfassung der **Bewegungsabläufe** während der vier Schluckphasen:

- **Orale Vorbereitungsphase**
Lippenschluss, beim Kauen Protraktions- und Retraktionsbewegungen der Lippen sowie Wangen-, Zungen- und Unterkieferbewegungen, einseitige Wangentonisierung (auf Kauseite), Velum in Anteriorstellung.
- **Orale Phase**
Lippen-/Unterkieferschluss, Zungenbewegungen, beidseitige Wangentonisierung, Beginn der Velumelevation.
- **Pharyngeale Phase**
Schluckreflexauslösung, Velumelevation (velopharyngealer Verschluss), Zungenbasis-retraktion (lingual-pharyngealer Verschluss), Hyoid-Larynx-Elevation, pharyngeale Peristaltik, Öffnung des oberen Ösophagussphinkters (OÖS);
3-facher Kehlkopfverschluss schützt die Luftwege: Stimmlippenschluss, Verengung des supraglottischen Raums, Epiglottisschluss.
- **Ösophageale Phase**
ösophageale Peristaltik, Öffnung des unteren Ösophagussphinkters (UÖS) (*ebd.*).

2.3 Schlucken im Alter

Im Verlaufe des Alterungsprozesses verändert sich der Körper. Altersbedingte Veränderungen der Schluckorgane und Schluckfunktion sind vielfältig und individuell verschieden.

In Abhängigkeit vom Allgemeinzustand einer Person, das heisst seiner körperlichen, kognitiven und psychischen Verfassung, können altersbedingte Veränderungen des Schluckaktes über längere Zeit kompensiert werden. Auch soziale Faktoren des Umfeldes, in dem sich ein alter Mensch bewegt, spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle (*vgl. Bigenzahn, Piehslinger & Denk, 1999*).

Zu den altersbedingten Veränderungen, die Einfluss auf den Schluckvorgang haben, zählen vor allem: Bindegewebsschwäche, Nachlassen der Elastizität des Bindegewebes, Muskelatrophie, reduzierte Muskelkraft, Verknöcherung des Schildknorpels des Kehlkopfskelettes, Trockenheit der Mundschleimhaut und Abnahme der synaptischen Vernetzungen im Gehirn (*ebd.*).

Auch Zahnverlust, ein fehlendes Gebiss oder eine schlecht angepasste Prothese beeinflussen den Schluckvorgang negativ (*vgl. Glassl, 2017*).

Glassl (2017) beschreibt die altersbedingten Veränderungen des physiologischen Schluckaktes und die Auswirkungen der altersbedingten Veränderungen auf die Schluckfunktion:

„Altersbedingte Veränderungen im Bereich der afferenten Innervation des Schluckaktes:

- Sensorik: verminderter Geschmacks- und Geruchssinn
- Sensibilität: verminderte taktile und thermale Sensibilität im Orofazialtrakt und Ösophagus“ (*S. 85*).

„Altersbedingte Veränderungen im Bereich der efferenten Innervation des Schluckaktes:

- Effizienzverlust der Kaufunktion
- reduzierte Zungenkraft
- Degeneration der pharyngealen Muskulatur“ (*S. 86*).

„Altersbedingte Veränderungen im Bereich der vegetativen Innervation des Schluckaktes:

- reduzierte Speichelproduktion
- ineffiziente Transportfunktion der Speiseröhrenperistaltik“ (*S. 86*).

„Altersbedingte Veränderungen im Bereich der zeitlichen Koordination des Schluckaktes:

- verlängerte orale Vorbereitungsphase
- verzögerte Triggerung der pharyngealen Phase relativ zum oropharyngealen Bolustransport
- verlängerte Schluckapnoe
- verspätete Relaxation des OÖS
- verlängerter Aufbau intraluminaler Drücke im Orofazialtrakt
- verlängerte Ösophaguspassage“ (*S. 87*).

„Auswirkungen altersbedingter Veränderungen auf die Schluckfunktion:

- reduzierte Sensibilität und Sensorik: ggf. Essensunlust mit konsekutiver Mangelernährung
- reduzierte orale Bolusvorbereitung
- reduzierte Clearance im gesamten Schlucktrakt
- insgesamt verlangsamter Schluckakt
- häufigere tiefe laryngeale Penetration von Bolusteilen“ (*S. 87*)
(siehe Kapitel 2.4 *Ätiologie der Dysphagie*).

Gröne (2009) schreibt: „Genauso wie der generelle Alterungsprozess sich von Mensch zu Mensch unterschiedlich gestaltet, erfolgen auch altersbedingte Veränderungen des Schluckaktes in sehr individueller Ausprägung. Es lassen sich aber typischerweise vorkommende Symptome erfassen, die in besonderer Hinsicht auftreten“ (*S. 10*) (siehe Kapitel 2.5 *Symptome der Dysphagie* - Dysphagie-Symptome im Alter).

2.4 Ätiologie der Dysphagie

Dysphagien haben viele verschiedenste Ursachen und können bei Menschen jeden Alters auftreten.

Schluckstörungen können in drei Hauptgruppen eingeteilt werden:

- Neurologisch bedingte Schluckstörungen (neurogene Dysphagien)
 - Organisch bedingte Schluckstörungen (strukturelle Dysphagien)
 - Psychisch bedingte Schluckstörungen (psychogene Dysphagien)
- (vgl. Denk & Bigenzahn, 1999).

Es folgt ein Überblick über eine Auswahl möglicher Ursachen von Dysphagien.

Neurogene Dysphagien

Zahlreiche Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS) sind mit Dysphagien assoziiert, wie zum Beispiel der Schlaganfall als häufigste Ursache einer Dysphagie, das Schädel-Hirn-Trauma (SHT) oder das idiopathische Parkinson-Syndrom (IPS). Tumore, Fehlbildungen, Infektionen oder Entzündungen, wie zum Beispiel die Multiple Sklerose (MS), können eine Dysphagie zur Folge haben. Metabolische und toxische Erkrankungen können ebenfalls das ZNS betreffen und zu einer Dysphagie führen. Die amyotrophe Lateralsklerose (ALS), eine degenerative Erkrankung, führt dazu, dass Betroffene im Verlauf der Erkrankung die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation und zum Schlucken verlieren (vgl. Prosiegel & Buchholz, 2014).

Bei Erkrankungen des peripheren Nervensystems (PNS) kommt es beim Guillain-Barré-Syndrom (GBS) autoimmunbedingt zu einer Entzündung peripherer Nervenwurzeln und Nerven. Die kaudalen Hirnnerven können ebenfalls betroffen sein. Eine mehr oder weniger schwere Dysphagie kann resultieren. Bei der Myasthenia gravis pseudoparalytica (MGP), als Beispiel einer Erkrankung der neuromuskulären Übergangsregion, kommt es, ebenfalls autoimmunbedingt, zu einer belastungsabhängigen Ermüdung der quergestreiften Muskulatur. Es sind insbesondere die Augen-, Gesichts- und Rachenmuskulatur betroffen. Als Komplikation sind Schluck- und Atemlähmung gefürchtet. Bei Erkrankungen der Muskulatur, wie zum Beispiel bei degenerativen Muskelerkrankungen (Muskeldystrophien) oder bei entzündlichen Erkrankungen der Skelettmuskulatur (Myositiden), kann es ebenfalls zu Schluckstörungen kommen (*ebd.*).

Strukturelle Dysphagien

Strukturelle Veränderungen der am Schluckvorgang beteiligten Organe und benachbarten Organsysteme können eingeteilt werden in primäre strukturelle Erkrankungen, Tumorerkrankungen und Strukturveränderungen durch chirurgische, radiologische und/oder chemotherapeutische Tumorbehandlungen in der Mundhöhle, dem Pharynx und Larynx, der Schilddrüse und dem Ösophagus (vgl. Schröter-Morasch, 2014).

Schröter-Morasch (2014) schreibt: „Tumorthherapiebedingte Schluckstörungen sind nach den neurologisch bedingten Schluckstörungen die häufigsten Dysphagien“ (S. 100).

Psychogene Dysphagien

Es gibt auch psychisch bedingte Schluckstörungen. Psychogene Dysphagien treten selten auf (vgl. Hunziker, 2017).

Dysphagie-Ursachen im Alter

Bei Schluckstörungen im Alter gibt es hinsichtlich deren Ätiologie keine Unterschiede zu den oben aufgelisteten Ursachen (vgl. *Denk & Bigenzahn, 1999*).

Bemerkenswert ist jedoch die Tatsache, dass sich im Alter das Risiko für eine Schluckstörung erhöht. Einerseits steigt die Prävalenz für eine Vielzahl von neurologischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Demenz oder Parkinson-Krankheit. Andererseits stellen Multimorbidität und in diesem Zusammenhang eingenommene Medikamente Risikofaktoren dar, eine Schluckstörung zu entwickeln oder zu verstärken (vgl. *Glassl, 2017*).

Neurogene Dysphagien, das heisst Schluckstörungen infolge neurologischer Erkrankungen, nehmen mit dem Lebensalter zu und sind von erheblicher epidemiologischer Bedeutung.

Dysphagie bei Demenz

Nach heutigem Kenntnisstand können drei Demenzformen zu Dysphagien führen. Dies sind Alzheimer-Demenz (ca. 70 %), vaskuläre Demenz (ca. 15 - 20 %) und Lewy-Body-Demenz (ca. 10 %) (vgl. *Prosiegel & Buchholz, 2014*).

Dysphagie bei fortgeschrittener Demenz

Kolb & Leischker (2008) schreiben: „Es fällt auf, dass alte Menschen, die an einer demenziellen Erkrankung leiden, sich häufig in einem ausgesprochen schlechten Ernährungszustand befinden. Pflegerisch-soziale Gründe können die Ursache sein, aber auch ein erhöhter Energiebedarf auf Grund häufiger Infektionen, sowie anhaltende motorische Unruhezustände, Phasen von Delirium, die zusammen mit Störungen des Kauens und Schluckens zu einer Alterskachexie führen“ (S. 224).

Der fortschreitende Untergang von Neuronen oder Mikroinfarkte bei vaskulärer Ursache führen zu einer Störung der Steuerung der pharyngealen Phase und damit zu Symptomen der Dysphagie oder Kau- und Schluckapraxie mit dem Ergebnis einer Malnutrition (*ebd.*).

Kolb & Leischker (2008) schreiben weiter: „Neuroleptika, die gerne zur „Behandlung“ von Unruhezuständen gegeben werden, können eine Dysphagie (wie oben beschrieben) noch verstärken, werden aber häufig eingesetzt“ (S. 224).

Medikamente

Bei fast allen Medikamenten muss mit einer Wirkung gerechnet werden, die nicht der erwarteten Wirkweise entspricht. Man bezeichnet dies als unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW) oder „Nebenwirkung“.

Es gibt Medikamente, die Schluckstörungen verschlechtern. Dazu gehören Psychopharmaka, die eine zentral dämpfende Wirkung haben oder die Austrocknung der Schleimhaut begünstigen (vgl. *Denk, Bigenzahn, Komenda-Prokop & Schick, 1999*).

Eine medikamentenassoziierte Dysphagie ist speziell im höheren Alter durch eine multiple Medikation nicht selten. *Schwemmlé, Jungheim, Miller, Kühn & Ptok (2015)* geben eine Übersicht der verschiedenen Medikamentenklassen bezüglich ihrer negativen indirekten oder direkten Wirkung auf die Schluckfunktion.

2.5 Symptome der Dysphagie

Der Verdacht auf eine Schluckstörung ergibt sich einerseits aufgrund von Vorerkrankungen, aktueller Krankheit und medikamentöser Therapie, die in der Krankenakte dokumentiert sind, andererseits durch Befragen und Beobachten von indirekten und direkten Hinweisen auf eine Dysphagie/Aspiration (*vgl. Denk & Bigenzahn, 1999*).

Indirekte Hinweise

(Hinweise, die nicht unmittelbar mit der Nahrungsaufnahme auftreten)

Malnutrition (Fehl- oder Mangelernährung)/ungewollter Gewichtsverlust, Dehydratation, Speichelfluss, vermehrtes Räuspern/Husten, verstärkte Verschleimung der unteren Atemwege, Nebengeräusche beim Atmen, veränderte Stimme, erhöhte Temperatur beziehungsweise unklares Fieber, rezidivierende Infektionen der unteren Atemwege, Bronchitiden/Pneumonien unklaren Ursprungs, Kloss-/Fremdkörpergefühl im Hals, vermehrtes Aufstossen/Sodbrennen, soziale Schwierigkeiten: zum Beispiel Rückzug (*ebd.*).

Direkte Hinweise

(Hinweise, die bei der Nahrungsaufnahme auftreten)

Änderung im Essverhalten: zum Beispiel längere Dauer der Mahlzeiten oder Vermeidung bestimmter Speisen, Appetitlosigkeit, Nahrungsverweigerung, Haltungsänderung bei der Nahrungsaufnahme, Phagophobie (Angst vor dem Schlucken), Odynophagie (Schmerzen beim Schlucken), Schwierigkeiten bei der Aufnahme bestimmter Konsistenzen, häufiges Verschlucken, Räuspern/Husten während oder nach der Nahrungsaufnahme, Expektorat (Auswurf), veränderte Stimme nach dem Schlucken, Steckenbleiben von Nahrung im Mund/Hals, Drooling (Austritt von Nahrung/Speichel aus dem Mund), Regurgitation (Rückfluss respektive Aufstau von Bolusteilen und Austritt von Nahrung aus dem Mund respektive aus der Nase), eingeschränkte oder fehlende Kehlkopfbewegung (*ebd.*).

Instrumentelle Diagnostik

Nach der Anamneseerhebung und der anschliessenden allgemeinmedizinischen und klinischen (Schluck-)Untersuchung eines Patienten mit Verdacht auf eine Schluckstörung können zusätzlich mittels instrumenteller Diagnostik dysphagiespezifische Kriterien erhoben werden. Mit bildgebenden Verfahren, Endoskopie (FEES = Fiberendoscopic evaluation of swallowing) und/oder Videofluoroskopie (VFSS = Videofluoroscopic swallowing study), können direkte und indirekte Zeichen, die auf eine Dysphagie hinweisen, erfasst werden. Dazu gehören Leaking, Residuen, Penetration und Aspiration (*vgl. Krauss, 2009*).

Die folgenden Definitionen fassen zusammen, was unter den Begriffen zu verstehen ist:

- Leaking
Bolusanteile entgleiten vor Auslösen des Schluckreflexes aus dem Mund (Drooling) oder in den Rachenraum (Pooling);
- Residuen
Bolusreste verbleiben nach dem Schlucken in der Mundhöhle oder im Rachenraum;
- Penetration
Bolusmaterial gelangt in den Kehlkopfeingang (laryngeale Penetration), ohne die Stimmklappen zu passieren, oder in den Nasenraum (nasale Penetration);
- Aspiration
Bolusmaterial dringt in die Luftwege unterhalb der Stimmklappen;
(*vgl. Prosiegel & Weber, 2013*).

Residuen

Der Ort der verbleibenden Nahrungsreste gibt Aufschluss über mögliche Pathomechanismen. So befinden sich:

- Bolusreste oral in den Wangentaschen aufgrund eingeschränktem Wangentonus.
- Bolusreste oral auf der Zunge aufgrund herabgesetzter Zungenbeweglichkeit/-kraft.
- Bolusreste pharyngeal an der Rachenwand aufgrund Beeinträchtigung der Kontraktion der Pharynxmuskulatur.
- Bolusreste laryngeal in den Valleculae aufgrund Beeinträchtigung des Zungenschubes.
- Bolusreste laryngeal in den Sinus piriformes aufgrund eingeschränkter Öffnung des OÖS aufgrund reduzierter Larynxelation (*vgl. Prosiegel & Weber, 2013*).

Aspiration

Eine Aspiration kann vor, während und nach Auslösen des Schluckreflexes auftreten (prä-, intra- und postdeglutitive Aspiration) (*vgl. Krauss, 2009*).

Husten ist das charakteristische klinische Zeichen für eine Aspiration, welche zu weiteren Komplikationen führen kann. Insbesondere ältere Personen und solche mit Vorerkrankungen sind gefährdet, eine Aspirationspneumonie zu entwickeln (*vgl. Schröter-Morasch, 2014*).

Eine Person kann auch aspirieren ohne zu husten aufgrund gestörter Sensibilität im orofazialen Bereich und/oder fehlender Reflexauslösbarkeit. Die stille Aspiration („silent aspiration“) kann deshalb klinisch leicht übersehen werden (*ebd.*).

„Bei Temperaturerhöhungen unklarer Ursache oder wiederkehrenden Bronchitiden oder Lungenentzündungen muss unbedingt an eine stille Aspiration gedacht werden und das Auftreten in der instrumentellen Diagnostik überprüft werden“ (*Prosiegel & Weber, 2013, S. 43*).

Hinweise für eine Aspiration sind Husten, Räuspern, gurgelnde/brodelige Stimme und/oder gurgelndes/brodeliges Atemgeräusch. Hinweise bei stiller Aspiration ergeben sich nur in der Bildgebung oder bei grossen Mengen vereinzelt bei der Auskultation (Erfahrung notwendig).

Dysphagie-Symptome im Alter

„Häufige klinische Dysphagie-Symptome bei älteren Menschen:

- vorzeitiger Bolusaustritt vom Mund in den Rachenraum, ohne Auslösung des Schluckreflexes
- länger dauernder Schluckvorgang
- verspätete Auslösung des Schluckreflexes
- geringer ausgeprägte Hebung von Kehlkopf und Zungenbein
- unvollständige Öffnung des oberen Speiseröhreneingangs
- vermehrte Nahrungsrückstände in den unterschiedlichen Schluckstrukturen nach dem Schluck
- häufigeres Nachschlucken
- Zwischenatmen während Mehrfachschlucken
- vermehrtes Räuspern und Husten beim und nach dem Schlucken“ (*Gröne, 2009, S. 10*).

2.6 Dysphagietherapie

In der **Dysphagietherapie** werden **allgemeine Ziele** sowie **Funktions-** und **Alltagsziele** verfolgt (vgl. Prosiegel & Weber, 2013).

Bei den **allgemeinen Zielen** geht es darum, negative Konsequenzen einer Schluckstörung zu verhindern beziehungsweise zu minimieren, wie zum Beispiel Malnutrition, Dehydratation, Penetration, Aspiration, Aspirationspneumonien, aber auch hohe Kosten für das Gesundheitssystem, Einschränkung der Lebensqualität, Abhängigkeit von Sondennahrung oder Trachealkanülen, Tod durch Aspirationspneumonie oder Erstickten (*ebd.*).

Bei den **Funktionszielen** geht es zum Beispiel um die Verbesserung der Koordination der am Schlucken beteiligten Strukturen, den Abbau pathologischer Schluckmuster oder das Bearbeiten muskulärer Defizite. Die Verbesserung einzelner schluckrelevanter Funktionen ist das Ziel (*ebd.*).

Bei den **Alltagszielen** geht es um die Teilhabe am sozialen Leben (Essen und Trinken in Gesellschaft). Die wichtigsten Ziele sind eine suffiziente und aspirationsfreie orale Ernährung und grösstmögliche Selbständigkeit beim Essen (*ebd.*).

Therapie-Ansatz: Funktionelle Dysphagie-Therapie nach Bartolome (**FDT**)

Methoden der **FDT** sind **Restitution**, **Kompensation** und **Adaptation** (vgl. Bartolome, 2014).

Ziel der **restituierenden Verfahren** ist es, die gestörte Funktion des Schluckablaufs komplett oder teilweise wiederherzustellen. Durch aktives, wiederholtes Üben des erwünschten Bewegungsablaufs sollen die Grundlagen für physiologisches Schlucken geschaffen werden und/oder kompensatorische Schlucktechniken erleichtert werden (*ebd.*).

Ziel der **kompensatorischen Verfahren** ist es, den Nahrungstransport trotz bestehender Funktionseinbussen so zu verändern, dass effizientes und aspirationsfreies Schlucken gelingt. Kompensatorische Strategien (Haltungsänderungen, Schluck- und Reinigungstechniken) werden direkt während des Schluckens angewendet. Für die Betroffenen sind Haltungsänderungen einfacher umzusetzen als Schluck- und Reinigungstechniken, welche bis zur Automatisierung und Anwendung bei jedem Schluck länger geübt werden müssen. Das Training stellt auch hohe Anforderungen in Bezug auf Kooperationsfähigkeit und kognitive Fähigkeiten. Betroffene müssen die erlernte Strategie im Gedächtnis behalten, während der Nahrungsaufnahme bei jedem Schluck anwenden, aufmerksam und eigenverantwortlich sein sowie genügend Selbstkontrolle besitzen (*ebd.*).

Ziel der **adaptiven Verfahren** ist es, mittels externer Hilfen eine Anpassung an die vorhandene Störung vorzunehmen. Dazu gehören diätetische Massnahmen, richtige Platzierung der Nahrung, Verwendung von speziellen Trink- und Esshilfen und Essensbegleitung (*ebd.*).

Bei der Dysphagietherapie bei alten Menschen geht es vor allem darum, ein gefahrloses Schlucken zu ermöglichen, obwohl gewisse Einschränkungen vorhanden sind. Dazu eignen sich insbesondere **diätetische Massnahmen**. Verschiedene Kriterien können bei der Diätanpassung eine Rolle spielen. Wichtige Parameter sind Fliesseigenschaften sowie sensorische und pulmotoxische Eigenschaften der Nahrung (vgl. Wiesemann, 2006).

Bartolome (2014) schreibt: „Es gibt keine spezielle Schluckdiät. Wegen der vielfältigen Arten und Schweregrade der Schluckstörung ist die diätetische Anpassung immer auf den Einzelfall abzustimmen“ (S. 357).

Fließfähigkeit und Formbarkeit von Flüssigkeiten und Nahrung beeinflussen den Transport im Mund- und Rachenraum. Viskosität („Zähflüssigkeit“), das heisst das Fließverhalten von Flüssigkeiten, und Textur, das heisst das Fließ- und Verformungsverhalten von Flüssigkeiten und Nahrung unter dem Einfluss mechanischer Kräfte, können bei der Diätanpassung verändert werden. Je nach Ursache und Schweregrad einer Dysphagie können manche Konsistenzen (dünnflüssig, dickflüssig, breiig, fest, gemischt) besser geschluckt werden als andere (vgl. *Wiesemann, 2006*).

Wiesemann (2006) schreibt dazu: „In der Akutphase einer Dysphagie ist das Schlucken von Flüssigkeiten häufig schwierig, weil man sie im Mund nur schlecht kontrollieren kann. Zu Beginn können breiige Substanzen oft besser geschluckt werden“ (S. 20).

Auch innerhalb einer Kost- oder Flüssigkeitsstufe gibt es Unterschiede und zwar in Bezug auf kohäsive Eigenschaften. So kann zum Beispiel die Gleitfähigkeit von Apfelmus und Pudding stark variieren (vgl. *Bartolome, 2014*).

Der sensorische Input spielt bereits vor der Nahrungsaufnahme eine wichtige Rolle. Eine gut aussehende und wohlriechende Nahrung hat Einfluss auf das nachfolgende Schlucken, denn sie regt den Appetit an, fördert die Motivation zu essen, beeinflusst die Speichel- und Magensaftsekretion. Während der Nahrungsaufnahme sind Bolusgrösse, Temperatur, Geschmack und Konsistenzen (zum Beispiel ob es sich um eine krümelige oder faserige Speise handelt) wichtige Parameter (*ebd.*).

Pulmotoxische, insbesondere säure- und fetthaltige Speisen, sind bei Menschen, die aspirationsgefährdet sind, zu vermeiden (*ebd.*).

Bei motorischen und/oder sensorischen Störungen der Zunge lassen sich Defizite durch die **richtige Platzierung der Nahrung** in vielen Fällen umgehen. Das Schlucken erleichtern können auch **spezielle Trink- und Esshilfen**. Beispiele dafür sind der Nasenausschnittsbecher oder der Schiebelöffel. Sind Hilfestellungen für die Nahrungsaufnahme notwendig, zum Beispiel bei motorischer oder kognitiver Einschränkung, und/oder braucht es Supervision bei der Anwendung einer erlernten Schlucktechnik, ist eine **Essensbegleitung** angezeigt. Diese Aufgabe übernimmt oft das Pflegepersonal (*ebd.*).

Allgemeinzustand, kognitive Fähigkeiten, Motivation und psychische Befindlichkeit einer an einer Dysphagie leidenden Person haben Einfluss auf den Erfolg einer Schlucktherapie (vgl. *Denk, Bigenzahn, Komenda-Prokop & Schick, 1999*).

Wie oben beschrieben, umfasst die Dysphagietherapie ein grosses Repertoire an Methoden und Massnahmen, jedoch ist auch das Anerkennen von Grenzen bei der Behandlung von Schluckstörungen, insbesondere in der Geriatrie, wichtig.

Therapie-Ansatz: Facio-Orale Trakt-Therapie nach Kay Coombes (FOTT)

Der **FOTT**-Behandlungsansatz basiert auf dem Bobath-Konzept, ein empirisch anerkanntes krankengymnastisches Pflegekonzept.

Die FOTT umfasst vier Hauptthemen: Nahrungsaufnahme, Mundhygiene, non-verbale Kommunikation und Atmung, Stimme und Sprechen. Sie wird primär bei Menschen mit Hirnverletzungen angewendet, bei allen Schweregraden der Störung und in jeder Rehabilitationsphase, von der Intensivstation über die Stroke Unit und der frühen Rehabilitation bis zur ambulanten Rehabilitation (vgl. Nusser-Müller-Busch, 2011).

„Ziele der FOTT sind unter anderem:

- Anbahnung und (Wieder) Erlernen gestörter Funktionen in Therapie und im Alltag (d.h. bei Pflege- und Alltagsverrichtungen),
- Bahnung von Transferleistungen,
- Verminderung/Verhinderung von Aspirationspneumonien, Kontrakturen, Hypersensibilität und Manifestation abnormer Bewegungsmuster“
(Prosiegel & Weber, 2013, S. 143).

„FOTT wird mitunter als Schlucktherapie missverstanden. Es handelt sich jedoch nicht um spezielle schlucktherapeutische Verfahren, sondern um Stimulationen der faziooralen Funktionen aus ganzheitlicher Sicht. Spezielle Übungen für die pharyngeale Schluckphase und kompensatorische Schluckstrategien beinhaltet dieses Konzept nicht“ (Bartolome, 2014, S. 403).

2.7 Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz

2008/2009 wurde eine vertiefte Untersuchung über den Gesundheitszustand von betagten Menschen in Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz durchgeführt (vgl. Bundesamt für Statistik (BfS), 2012). Es zeigte sich, dass Multimorbidität, das Zusammentreffen mehrerer Erkrankungen, typisch ist für die in Alters- und Pflegeheimen wohnende Bevölkerung. 54 % der Personen in Alters- und Pflegeheimen waren gleichzeitig von mindestens einer somatischen sowie von mindestens einer psychischen Krankheit betroffen, 53 % litten an einer neurologischen Erkrankung (ebd.). Insbesondere die letzte erwähnte Tatsache ist von Bedeutung, da diese Personen eine hohe Inzidenz für Schluckstörungen aufweisen (siehe Kapitel 2.4 Ätiologie der Dysphagie).

2.8 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz

Grundsätzlich ist die Situation in den Institutionen sehr unterschiedlich. Nachfolgend wird ein Überblick über die in Alters- und Pflegeheimen für die Früherkennung einer Dysphagie wichtigen Berufsgruppen **Pflege** und **Logopädie** gegeben.

Pflege

In Alters- und Pflegeheimen arbeiten Personen ohne Ausbildung und solche mit einer Berufsbildung sowie unterschiedlich langer Berufserfahrung. Ein grosser Anteil hat die Ausbildung in anderen Ländern abgeschlossen. Die Situation der Einstiegs-, Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen ist sehr komplex und reicht im Bereich Pflege von einem mehrtägigen Lehrgang, welcher das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) anbietet, bis zur mehrjährigen Berufsausbildung auf universitärer Stufe. Die Aufgaben in den Alters- und Pflegeheimen werden je nach Ausbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend verteilt.

Im Bereich Pflege und Betreuung sind Personen mit folgenden Bildungsabschlüssen häufig in Alters- und Pflegeheimen tätig:

- Zertifikat Pflegehelfer/in SRK
 - Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA
 - Fachfrau/-mann Betreuung EFZ (FaBe)
 - Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ (FaGe)
 - Dipl. Aktivierungsfachfrau/-mann HF
 - Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF
 - Bachelor of Science in Pflege (BScN)
 - Master of Science in Pflege (MScN)
 - Bachelor of Science in Nursing (BSN)
 - Master of Science in Nursing (MSN)
 - PhD Nursing Science
 - Certificate of Advanced Studies (CAS), Diploma of Advanced Studies (DAS) und Master of Advanced Studies (MAS)
- (vgl. Schäfer, Scherrer & Burla, 2013 - siehe Anhang 1).

Im Jahr 2016 waren in 1'570 Pflegeheimen in der Schweiz mehr als acht von zehn Vollzeit-äquivalenten (VZÄ) von Frauen besetzt (VZÄ = Total der geleisteten Arbeitsstunden dividiert durch das Jahresmittel der Arbeitsstunden, die durch die Vollzeitbeschäftigten erbracht werden) (vgl. Bundesamt für Statistik (BFS), 2018).

Ein dreijähriges Forschungsprojekt (2011-2013), das vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel in 181 Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz durchgeführt wurde, zeigte beim Personal eine an sich hohe Arbeitszufriedenheit trotz psychischen wie physischen Belastungen, welche die Tätigkeit in der Pflege und Betreuung mit sich bringt. Die Befragten klagten über Gesundheitsbeschwerden wie Rücken- oder Kreuzschmerzen (71 %), allgemeine Schwäche, Müdigkeit und Energielosigkeit (66 %), Gelenk- oder Gliederschmerzen (51 %), Schlafstörungen (48 %) und Kopfschmerzen (45 %). 63 % der Befragten sahen einen Zusammenhang zwischen den von ihnen genannten Beschwerden und ihrer Arbeitstätigkeit in der Pflege (vgl. Zúñiga, Ausserhofer, Serdaly, Bassal, De Geest & Schwendimann, 2013).

Logopädie

Es gibt aktuell keine gesamtschweizerische Statistik über die Anzahl Logopädinnen und Logopäden, die nach Abschluss des Studiums in Alters- und Pflegeheimen intern oder als externe Fachpersonen arbeiten.

Guggisberg & Singer (2012) schreiben: „Es kann angenommen werden, dass die Zahl der Teilzeitbeschäftigten in Altersheimen verschwindend klein ist verglichen mit anderen logopädischen Arbeitsfeldern. Festgehalten werden kann, dass die Mehrheit der Logopäden in Schulen tätig ist“ (S. 4).

3 Material und Methoden

Zu Beginn der Arbeit stand die Überlegung, wie es um die Sensibilisierung für das Thema Schluckstörungen in der stationären Langzeitpflege steht.

Langzeitpflege wurde definiert als die professionelle Betreuung und Behandlung von pflegebedürftigen älteren Menschen in Alters- und Pflegeinstitutionen.

Um eine erste Schätzung der Prävalenz von Dysphagie in Alters- und Pflegeheimen zu erhalten, wurden im Januar 2018 fünfzig Institutionen im Kanton Zürich angeschrieben (*vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich*). Die Frage, die per E-Mail gestellt wurde, lautete: „Wie hoch schätzen Sie in Ihrem Heim die Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Schluckstörung ein (in Prozent (%))?“.

Um die **Frage** nach den **Ausbildungen** der Angehörigen der Berufsgruppen Pflege und Logopädie zu beantworten, wurde eine Internet-Recherche durchgeführt. Ausserdem wurden einzelne Berufsfachschulen für Pflege besucht und die Prospekte zu den entsprechenden Ausbildungen mitgenommen und analysiert.

Wie bereits erwähnt, ist das Bildungsangebot im Bereich Pflege sehr vielfältig (siehe Kapitel 2.8 *Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz*) und kann im Rahmen dieser Arbeit nicht vollumfänglich wiedergegeben werden. Es folgt daher ein Überblick über drei ausgewählte Berufsbildungen im Bereich **Pflege**. Personen mit diesen Berufen sind häufig in Alters- und Pflegeheimen tätig:

- **Assistentin Gesundheit und Soziales EBA / Assistent Gesundheit und Soziales EBA**
- **Fachfrau Gesundheit EFZ / Fachmann Gesundheit EFZ**
- **Dipl. Pflegefachfrau HF / Dipl. Pflegefachmann HF**
(siehe Kapitel 4.1 *Ausbildungen im Bereich Pflege*).

Im Bereich **Logopädie** werden **alle Bildungsgänge**, die in der Schweiz absolviert werden können, angesprochen (siehe Kapitel 4.2 *Ausbildungen im Bereich Logopädie*).

Um die **Frage** nach den **Inhalten bezüglich Dysphagie in den Ausbildungen** der Berufsgruppen Pflege und Logopädie zu beantworten, wurde wiederum im Internet recherchiert. Die schriftlich vorliegenden Dokumente wurden zusammengetragen und analysiert. Ausserdem wurden einzelne Berufsfachschulen für Pflege per E-Mail kontaktiert, um mehr Details zu den Lehrplänen der Bildungsgänge zu erfahren.

Eine detaillierte Darstellung der Ausbildungsinhalte aller Bildungsgänge der Berufsgruppen **Pflege** und **Logopädie** wäre interessant gewesen, hätte jedoch wiederum den Rahmen dieser Arbeit gesprengt. Deshalb werden die Ausbildungsinhalte bezüglich Dysphagie für folgende ausgewählte Bildungsgänge beschrieben:

- **Assistentin Gesundheit und Soziales EBA / Assistent Gesundheit und Soziales EBA**
- **Fachfrau Gesundheit EFZ / Fachmann Gesundheit EFZ**
- **Dipl. Pflegefachfrau HF / Dipl. Pflegefachmann HF**
(siehe Kapitel 4.3 *Ausbildungsinhalte bezüglich Dysphagie im Bereich Pflege*) und
- **Bachelor of Arts in Logopädie HfH**
- **Bachelor of Arts in Logopädie SHLR**
(siehe Kapitel 4.4 *Ausbildungsinhalte bezüglich Dysphagie im Bereich Logopädie*).

4 Resultate

4.1 Ausbildungen im Bereich Pflege

Im Wesentlichen verfügen Pflegende in Alters- und Pflegeheimen über einen der folgenden Berufe:

- **Assistentin Gesundheit und Soziales EBA / Assistent Gesundheit und Soziales EBA**
- **Fachfrau Gesundheit EFZ / Fachmann Gesundheit EFZ**
- **Dipl. Pflegefachfrau HF / Dipl. Pflegefachmann HF.**

Natürlich spielen nebst den oben aufgeführten Berufsgruppen auch Pflegende ohne oder mit verkürzten Ausbildungen sowie Lernende, Studierende und Praktikantinnen und Praktikanten eine sehr wichtige Rolle bei der Pflege und Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen.

Anschliessend wird auf die oben erwähnten drei Berufsbildungen eingegangen.

Die **berufliche Grundbildung** im Gesundheitswesen dauert zwei Jahre bis zum eidgenössischen Berufsattest (EBA) beziehungsweise drei Jahre bis zum eidgenössischen Fähigkeitszeugnis (EFZ).

Die Berufsbezeichnung für die mit dem EBA abgeschlossene zweijährige Lehre lautet:

- **Assistentin Gesundheit und Soziales EBA / Assistent Gesundheit und Soziales EBA.**
Personen mit dem altrechtlichen Titel Pflegeassistent/in (PA), frühere Bezeichnung: Spitalgehilfe/-gehilfin SRK, sind berechtigt, den Titel Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA zu führen.

Die Berufsbezeichnung für die mit dem EFZ abgeschlossene dreijährige Lehre lautet:

- **Fachfrau Gesundheit EFZ / Fachmann Gesundheit EFZ.**
Die frühere Bezeichnung lautet: Fachangestellte/r Gesundheit (FaGe).
Personen mit dem altrechtlichen Titel Praktische Krankenpflege (PKP) FA SRK sind berechtigt, den Titel Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ zu führen.

Mehrheitlich wird die Pflegeausbildung an einer höheren Fachschule (HF) absolviert. Die **höhere Berufsbildung** im Bereich Gesundheit dauert drei Jahre und schliesst mit dem eidgenössisch anerkannten Diplom (Dipl. HF) ab. Der geschützte Titel lautet:

- **Dipl. Pflegefachfrau HF / Dipl. Pflegefachmann HF.**
Für Personen mit dem altrechtlichen Titel Pflegefachfrau/-mann Diplomniveau I (DN I) ist der Besuch einer Zusatzausbildung an einer höheren Fachschule (HF) notwendig, um den Titel Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF zu führen.
Personen mit den altrechtlichen Titeln Dipl. Krankenschwester/-pfleger DN II, AKP, PsyKP, KWS, IKP sind berechtigt, den Titel Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF zu führen.

Schäfer, Scherrer & Burla (2013) geben eine Übersicht der Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung (siehe *Anhang 1*).

In der systematischen Rechtssammlung des Schweizer Bundesrechts (SR) finden sich die gesetzlichen Grundlagen. Das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) ist für die Reglementierung der Gesundheitsberufe zuständig. Das SBFI ist ein untergeordnetes Amt des eidgenössischen Departements für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF).

Im Bereich der beruflichen Grundbildung sind die folgenden Verordnungen relevant:

- Verordnung des SBFI vom 20. Dezember 2010 über die berufliche Grundbildung Assistentin Gesundheit und Soziales / Assistent Gesundheit und Soziales mit eidgenössischem Berufsattest (EBA) (SR 412.101.221.57) und
- Verordnung des SBFI vom 5. August 2016 über die berufliche Grundbildung Fachfrau Gesundheit / Fachmann Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (FEZ) (SR 412.101.220.96).

Lernende, welche die Ausbildung **Assistent/in Gesundheit und Soziales mit EBA** absolvieren, erhalten Bildung in beruflicher Praxis (im Lehrbetrieb) über die ganze Dauer der beruflichen Grundbildung durchschnittlich an 4 Tagen pro Woche, haben 720 Lektionen obligatorischen Unterricht an der Berufsfachschule und besuchen an 23 - 25 Tagen überbetriebliche Kurse (SR 412.101.221.57).

Gesamtschweizerisch gibt es 21 Berufsfachschulen AGS in 18 Kantonen
(vgl. SAVOIRSOCIAL - Schweizerische Dachorganisation der Arbeitswelt Soziales).

Lernende, welche die Ausbildung **Fachfrau/-mann Gesundheit mit FEZ** absolvieren, erhalten Bildung in beruflicher Praxis (im Lehrbetrieb) über die ganze Dauer der beruflichen Grundbildung durchschnittlich an 3.5 Tagen pro Woche, haben 1'600 Lektionen obligatorischen Unterricht an der Berufsfachschule und besuchen an 34 Tagen überbetriebliche Kurse (SR 412.101.220.96).

Mit dem Inkrafttreten der Verordnungen (SR 412.101.221.57 respektive SR 412.101.220.96) liegt ein **Bildungsplan** vor, der von der Schweizerischen Kommission für Berufsentwicklung und Qualität (SKBQ) erarbeitet und vom SBFI genehmigt ist.

Im Bereich der höheren Fachschulen (HF) ist die folgende Verordnung relevant:

- Verordnung des WBF vom 11. September 2017 über Mindestvorschriften für die Anerkennung von Bildungsgängen und Nachdiplomstudien der höheren Fachschulen (MiVo-HF) (SR 412.101.61).

Für die Erarbeitung vom Bildungsgang zur/zum **Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF** und dessen Anerkennung durch das SBFI ist der **Rahmenlehrplan** die Grundlage. Der Schweizerische Verband Bildungszentren Gesundheit und Soziales (BGS) und die Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) übernehmen gemeinsam die Trägerschaft des Rahmenlehrplans. Der Bildungsgang umfasst mindestens 5'400 Lernstunden, welche auf drei Lernbereiche verteilt werden: Schule, Training und Transfer, berufliche Praxis (Praktika)).

4.2 Ausbildungen im Bereich Logopädie

Logopädinnen und Logopäden studieren an einer Fachhochschule (FH), an einer Pädagogischen Hochschule (PH) oder an einer universitären Hochschule (UH), das heisst auf der Tertiärstufe des Bildungssystems der Schweiz. Logopädie wird als Bachelor- und Masterstudiengang angeboten.

Die Ausbildung in Logopädie schliesst mit dem Diplom ab, welches von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) anerkannt ist. Der geschützte Titel lautet:

- **Dipl. Logopädin (EDK) / Dipl. Logopäde (EDK).**

Der Bachelorstudiengang kann in deutscher Sprache an folgenden vier Ausbildungsorten absolviert werden:

- in Basel (Kanton BS) an der Pädagogischen Hochschule der Fachhochschule Nordwestschweiz (PH FHNW)
- in Zürich (Kanton ZH) an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH)
- in Rorschach (Kanton SG) an der Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach (SHLR)
- in Freiburg (Kanton FR) an der kantonalen Universität Freiburg (UNIFR).

Er führt zum Titel:

- **Bachelor of Arts in Speech and Language Therapy.**

Der Masterstudiengang kann in französischer Sprache an den kantonalen Universitäten Neuenburg (Kanton NE) und Genf (Kanton GE) absolviert werden und führt zum Titel:

- **Master of Arts in Speech and Language Therapy** (Université de Neuchâtel) respektive
- **Master of Science in Speech and Language Therapy** (Université de Genève)

(vgl. EDK - Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren).

Im europäischen Hochschulraum werden Studienleistungen nach dem Kreditpunktesystem ECTS (European Credit Transfer System) angerechnet. Ein Credit oder ECTS-Punkt entspricht einer Studienleistung von 30 Arbeitsstunden, wobei eine Stunde 40 - 60 Minuten beinhaltet. Der Bachelor-Studiengang vermittelt Basiswissen und ist die erste Stufe eines Studiums an einer Hochschule. Der Bachelor dauert in Vollzeit sechs Semester und wird mit einer Bachelorarbeit abgeschlossen. Es werden 180 ECTS-Punkte vergeben. Der Master-Studiengang vermittelt Vertiefungs- und Spezialwissen und ist die zweite Stufe eines Hochschulstudiums. Der Master wird mit einer Masterarbeit abgeschlossen. Im Bereich Logopädie dauert der Master-Studiengang vier Semester, die in der Regel in Vollzeit absolviert werden. Dafür werden 120 ECTS-Punkte vergeben.

4.3 Ausbildungsinhalte bezüglich Dysphagie im Bereich Pflege

Personen folgender Berufsgruppen sind häufig in der stationären Langzeitpflege tätig:

- **Assistentin Gesundheit und Soziales EBA / Assistent Gesundheit und Soziales EBA**
- **Fachfrau Gesundheit EFZ / Fachmann Gesundheit EFZ**
- **Dipl. Pflegefachfrau HF / Dipl. Pflegefachmann HF.**

In den entsprechenden „Lehrplänen“ sind die Ausbildungsinhalte bezüglich Dysphagie beschrieben.

Bildungsplan Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA

Im **Bildungsplan Assistent/in Gesundheit und Soziales mit EBA** ist im „Handlungskompetenzbereich“ „**Begleiten und Unterstützen von Klientinnen und Klienten im Alltag**“ die „Handlungskompetenz“ „**Unterstützt Klientinnen und Klienten beim Essen und Trinken**“ aufgeführt

(OdASanté - Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit & SAVOIRSOCIAL - Schweizerische Dachorganisation der Arbeitswelt Soziales. Register D. Bildungsplan. Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales mit Eidgenössischem Berufsattest EBA, 2012, S. 4 und S. 17).

Folgende „typische Situation“ wird im entsprechenden Bildungsplan für den „Situationskreis“ **„Essen und Trinken mit und ohne Hilfsmittel“** geschildert:

„In der Wohngruppe wird das Mittagessen gemeinsam eingenommen. Heute übernimmt Sonja Diem, Assistentin Gesundheit und Soziales EBA, die Betreuung von Frau Haag. Frau Haag kann wegen ihres starken Zitterns die Speisen nicht klein schneiden. Da sie sehr schlecht sieht, kann sie ihr Trinkgefäss kaum erkennen. Sonja Diem hat eine spezielle Antirutsch-Unterlage unter den Teller gelegt. Frau Haag hat auch ein spezielles Besteck und einen Tellerring. Zum Trinken benutzt sie eine Schnabeltasse. Sonja Diem schneidet Fleisch und Kartoffeln in mundgerechte Stücke. Sie erklärt Frau Haag, wo sich auf dem Teller das Gemüse, die Beilagen und das Fleisch befinden. Sie nutzt dazu das Beispiel der Uhr. Mit dieser Hilfestellung kann die Klientin nun selbständig essen. Während der Mahlzeit erkundigt sich Herr Hasler, der Vorgesetzte von Sonja Diem, wie das Nachmittagsprogramm aussehen soll. Sonja Diem schlägt vor, das schöne Wetter für einen Spaziergang zu nutzen. Die Gemeinschaft findet diesen Vorschlag sehr gut. Dieses Gespräch unterstützt die entspannte Atmosphäre. Nach dem Essen überreicht Herr Hasler Sonja Diem die Medikamente von Frau Haag und gibt ihr die nötigen Anweisungen. Sonja Diem unterstützt Frau Haag bei der Einnahme der Medikamente. Sie beachtet dabei die erhaltenen Anweisungen. Zurzeit wird bei Frau Haag die tägliche Trinkmenge kontrolliert. Am Ende des Mittagessens notiert Sonja Diem die genaue Trinkmenge von Frau Haag auf einem speziellen Formular“

(OdASanté - Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit & SAVOIRSOCIAL - Schweizerische Dachorganisation der Arbeitswelt Soziales. Register D. Bildungsplan. Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales mit Eidgenössischem Berufsattest EBA, 2012, S. 17).

Über das Thema „Schluckstörung“ wird in der Schilderung des beruflichen Alltags der angehenden Assistentin Gesundheit und Soziales nicht gesprochen.

Zwei zufällig ausgewählte und schriftlich angefragte Berufsfachschulen schreiben dazu:

„Es gibt keine Inhalte zum Thema Schluckstörungen in der AGS-Ausbildung. In der Handlungskompetenz 2.4 ist die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme thematisiert, jedoch nicht im Zusammenhang mit Schluckstörungen.“ respektive „Die Schluckstörungen werden in der AGS Ausbildung nur am Rande erwähnt, da die Lernenden in diesem Zusammenhang keine Kompetenzen haben. Die Informationen beschränken sich eher auf Aspekte der Sitzposition im Zusammenhang mit dem genannten Thema.“.

Bildungsplan Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ

Im **Bildungsplan Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ** ist im „Handlungskompetenzbereich“ **„Pflegen und Betreuen“** die „Handlungskompetenz“ **„Klientinnen und Klienten bei der Ernährung unterstützen“** aufgeführt

(OdASanté - Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit. Register E. Bildungsplan. Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ, 2017, S. 6 und S. 23).

Folgende „beispielhafte Situation“ wird im entsprechenden Bildungsplan für den „Situationskreis“ **„Unterstützung von Klienten und Klientinnen aller Altersgruppen bei der Nahrungsaufnahme und beim Trinken“** geschildert:

„Frau Hunkeler, 77-jährig, kann aufgrund feinmotorischer Einschränkungen das Besteck kaum noch angemessen verwenden. Und manchmal hält sie erstaunt eine Gabel in der Hand, weiss aber nichts damit anzufangen. Nur noch sehr selten äussert Frau Hunkeler ein Hunger- und Durstempfinden. Die Fachfrau Gesundheit Sabine Royal ist für Frau Hunkeler eine wichtige

Bezugsperson geworden. Seit Sabine Royal Frau Hunkeler regelmässig bei der Nahrungsaufnahme unterstützt, verweigert Frau Hunkeler kaum mehr die Hilfe. So öffnet sie den Mund bei direktem physischem Kontakt mit dem Löffel. Da Frau Hunkeler eine leichte Schluckstörung hat, beginnt Sabine Royal das Zureichen des Essens immer mit einem Schluckversuch und schätzt dabei die Aspirationsgefahr ein. Vor einer Woche hat Sabine Royal in Absprache mit dem Team entschieden, dass Frau Hunkeler in eine kleinere Tischgemeinschaft wechselt. Sie hat auch die Zusage erhalten, die Esszimmergestaltung zu verändern. Sonntags legt sie ein Tischtuch auf und schmückt den Tisch dezent. Sie weiss, dass bei Frau Hunkeler zu Hause sonntags immer der Tisch geschmückt war. Sabine Royal beobachtet, dass das veränderte Milieu sich positiv auf das Essverhalten auswirkt“
(OdASanté - Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit. Register E. Bildungsplan. Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ, 2017, S. 23).

„Schluckstörung“ ist bei der Schilderung des beruflichen Alltags der angehenden Fachfrau Gesundheit ein Thema.

Eine zufällig ausgewählte und schriftlich angefragte Berufsfachschule schreibt dazu:
„Das Thema Schluckstörungen wird in der FaGe-Ausbildung gemäss Bildungsplan (Handlungskompetenz B) unterrichtet. Der Unterricht an der Berufsfachschule und in den überbetrieblichen Kursen ist schwerpunktmässig im 1. Semester.“

Rahmenlehrplan Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF

Bildungsgänge der höheren Fachschulen (HF) werden sowohl von kantonalen als auch von privaten Bildungsinstitutionen angeboten. Als Grundlage dient der **Rahmenlehrplan**. Die Pflegefachpersonen mit Diplom verfügen über umfassende Berufskompetenzen und theoretische Fachkenntnisse, um Stellen mit hoher Verantwortung zu übernehmen
(vgl. OdASanté - Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit & BGS - Schweizerischer Verband Bildungszentren Gesundheit und Soziales, 2016).

Zwei zufällig ausgewählte und schriftlich angefragte Berufsfachschulen schreiben dazu:
„In der Pflege HF werden folgende Module unterrichtet: Schluckakt, Nahrung verabreichen, Mundpflege im 1. Semester; Einführung in die Facial Oral Tract Therapy FOTT, Legen einer nasogastralen Sonde im 3. Semester und Gesundheitsförderung/Rehabilitation bei chronischen Krankheitsverläufen im 5. Semester.“ respektive „Das Thema Schluckstörungen wird im 2. Ausbildungsjahr unterrichtet. Im thematischen Block „Rehabilitation“ wird die Schluckstörung im Zusammenhang mit cerebrovaskulären Durchblutungsstörungen im praktischen Unterricht bearbeitet. Das Skillstraining: „Essen - Menschen mit Dysphagie unterstützen“ beinhaltet insgesamt sechs Lektionen. Das Ziel dieses praktischen Unterrichts ist: Die Studierenden unterstützen den Patienten mit Dysphagie beim Essen, wenden den Kieferkontrollgriff an.“.

4.4 Ausbildungsinhalte bezüglich Dysphagie im Bereich Logopädie

Logopädinnen und Logopäden sind Fachpersonen für Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Beispielhaft für den Bachelor-Studiengang Logopädie werden die „Lehrpläne“ der folgenden Hochschulen beschrieben:

- **Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik (HfH) Zürich**
- **Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach (SHLR).**

Curriculum der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH)

Das Modul Dysphagie wird im 4. Semester absolviert. Es werden 2 ECTS-Punkte vergeben. Im Studienführer werden Kompetenzen und Inhalte beschrieben.

„Kompetenzen: Die Studierenden

- kennen die physiologischen und pathophysiologischen Vorgänge des Kauens und des Schluckens (Kennen/Verstehen)
- kennen die wichtigsten Ursachen und die Symptomatik von neurologischen und organisch bedingten Schluckstörungen (Kennen/Verstehen)
- kennen die körperlichen Folgen einer Schluckstörung und deren Auswirkung auf die Lebensqualität (Kennen/Verstehen)
- kennen die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Zugänge bei neurologisch und organisch bedingten Schluckstörungen bei Kindern und Erwachsenen (Kennen/Verstehen/Anwenden)
- verwenden Lernstrategien, um ihr Wissen im Bereich Schluckstörungen mittels Literaturstudium zu erweitern und zu vertiefen (Selbstlernen)

Inhalte:

- Einführung in den physiologischen und pathophysiologischen Kau- und Schluckvorgang
- Darstellung von Ursachen, Störungsbildern des Schluckens
- Medizinische Folgen von Schluckstörungen
- Vorstellung von diagnostischen Verfahren und therapeutischen Grundkonzepten
- Restituierende Behandlung, adaptierende Verfahren und diätetische Massnahmen bei Kindern, Erwachsenen, insbesondere bei alten Menschen
- Behandlung bei einmaligen und progredienten Ursachen“

(HfH - Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik. Bachelor Logopädie und Psychomotoriktherapie. Studienführer 2015-2018, S. 92-93).

Curriculum der Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach (SHLR)

Das Modul Dysphagie wird im 3. Semester absolviert. Es werden 1.5 ECTS-Punkte vergeben. Im Curriculum werden Kompetenzen und Inhalt beschrieben.

„Kompetenzen:

- das Störungsbild Dysphagie erklären und entsprechend Symptome beschreiben
- Zusammenhänge zwischen der Grunderkrankung und den Symptomen begründen
- geeignete Diagnose- und Therapieverfahren auswählen und beurteilen

Inhalt:

- Im Modul Logopädie bei Dysphagie lernen die Studierenden die Symptomatik sowie geeignete Diagnose- und Therapieverfahren kennen. Es wird dabei ein besonderes Augenmerk auf die Zusammenhänge zwischen Grunderkrankung und Symptom und damit auf ursachenbezogene therapeutische Interventionen gelegt“

(SHLR - Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach & SAL - Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Logopädie. Curriculum Studiengang Logopädie 2017, S. 38).

5 Diskussion

Für die Betreuung von Menschen mit Dysphagie in Alters- und Pflegeheimen ist die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen wichtig.

Die folgenden Überlegungen sollen dazu führen, Vorschläge zu unterbreiten, wie die Interdisziplinarität zwischen Logopädie und Pflege optimiert werden kann, damit in Zukunft für Menschen mit vermuteter oder bestätigter Dysphagie in Alters- und Pflegeinstitutionen eine bestmögliche Versorgung erreicht werden kann.

Die Situation der Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen ist häufig sehr komplex. Eine grosse Zahl an Menschen im hohen Alter respektive gegen Lebensende lebt in Heimen. Sie haben häufig gesundheitliche Probleme, die sich kumulieren. Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl der Menschen mit einer neurologischen Erkrankung und als mögliche Folge mit einer neurogenen Dysphagie. Demenzielle Erkrankungen sind ein zunehmendes Problem in der Geriatrie. Die Betroffenen verlieren im Verlauf der Erkrankung ihre kognitiven Fähigkeiten und ihre Selbständigkeit. Verschiedene Formen von Demenz führen zu einer Schluckstörung. Auch durch ein „schlagartiges“ Ereignis (einen Schlaganfall), kann eine Person vorübergehend oder dauerhaft pflegebedürftig und der Eintritt in ein Heim unumgänglich werden.

Nebst den gravierenden gesundheitlichen Folgen, die eine Schluckstörung für Betroffene haben kann, ist auch daran zu denken, welche Einschränkungen der Lebensqualität eine Dysphagie mit sich bringen kann. Essen und Trinken sind allgemein gesellige und angenehme Erlebnisse und auch für Bewohnerinnen und Bewohner in Institutionen oft „Highlights“ im Heimalltag. Eine Schluckstörung kann dazu führen, dass Betroffene aus Scham oder weil es ihnen peinlich ist, Mahlzeiten mit anderen Personen meiden, da sie sich verschlucken oder Angst vor dem Verschlucken haben, häufig husten oder räuspern, Speichel oder Nahrung ausspucken, langsam essen und trinken oder keinen Appetit haben. Betroffene Menschen können sich ausgeschlossen und isoliert fühlen und ein vermindertes Selbstwertgefühl entwickeln. Die Auswirkungen von Schluckstörungen werden von den Betroffenen natürlich sehr unterschiedlich erlebt. Aber psychosoziale Folgen einer Dysphagie sind auf keinen Fall zu unterschätzen.

Eine frühzeitige Identifikation der Schluckstörung ist wichtig, um der Gefahr der Aspiration und Aspirationspneumonie einerseits und den negativen Auswirkungen der Dysphagie auf Selbstachtung, Sozialisation und Lebensfreude andererseits entgegenzuwirken. Betroffene Personen in Heimen, die eine Schluckstörung oder ein besonderes Risiko für eine Dysphagie haben, müssen so früh wie möglich einer Schlucktherapeutin oder einem Schlucktherapeuten zur weiteren Abklärung vorgestellt werden. Dies sind in erster Linie Angehörige der Berufsgruppe Logopädie, die Fachpersonen für Schluckstörungen. Angehörige der Berufsgruppen Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie mit besonderen Kenntnissen über Schluckstörungen übernehmen ebenfalls bestimmte Aufgaben bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Dysphagie. Das interdisziplinäre Team für Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen kann sich, je nach Heimpersonal, aus verschiedenen ärztlichen und therapeutischen Fachdisziplinen zusammensetzen.

In der Schweiz gibt es beträchtliche Unterschiede in der stationären Langzeitpflege, da diese historisch gewachsen ist. Die Institutionen unterscheiden sich voneinander in der Grösse, der Organisationsstruktur und der Rechtsform, der Versorgungsschwerpunkte und der Anzahl des angestellten Pflege- und Betreuungspersonals auf unterschiedlichen Qualifikationsstufen. Weiter unterscheiden sich die einzelnen Institutionen auch darin, wie sie mit verschiedenen Berufsgruppen zusammenarbeiten und wie der Informationsaustausch an den Schnittstellen zu anderen Leistungserbringern erfolgt respektive geregelt ist (vgl. Zúñiga, Ausserhofer, Serdaly, Bassal, De Geest & Schwendimann, 2013).

Da die Früherkennung einer Dysphagie von grosser Bedeutung ist, kommt die Frage auf, wie es um die Sensibilisierung für Schluckstörungen in den Alters- und Pflegeinstitutionen und insbesondere beim Pflegepersonal steht. In diesem Zusammenhang ergeben sich zwei weitere relevante Fragen:

- **Welche Ausbildungen haben Angehörige der Berufsgruppen Pflege und Logopädie, die in Alters- und Pflegeheimen arbeiten?**
- **Welches sind die Inhalte bezüglich Dysphagie in den Ausbildungen der Fachpersonen für Pflege und Alltagsgestaltung (Berufsgruppe Pflege) und der Fachpersonen für Sprache, Sprechen, Stimme und Schlucken (Berufsgruppe Logopädie)?**

In der Langzeitpflege sind, im Unterschied zur Akutpflege, vermehrt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt, welche eine kürzere oder keine Ausbildung durchlaufen haben. Dazu kommt, dass ein grosser Teil des Pflegepersonals die Ausbildung im Ausland abgeschlossen hat und die Ausbildung somit nicht mit schweizerischen Standards verglichen werden kann (vgl. Zúñiga, Ausserhofer, Serdaly, Bassal, De Geest & Schwendimann, 2013).

Grundsätzlich ist zu sagen, dass die Heterogenität bei der Berufsgruppe Pflege sehr gross ist, was Wissen und Erfahrung zum Thema Dysphagie anbelangt.

Im Bildungsplan „Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales mit eidgenössischem Berufsattest (EBA)“ ist dokumentiert, dass die Aufgabe der Pflegenden im Zusammenhang mit der Ernährung darin besteht, bei den Mahlzeiten und der Einnahme von Medikamenten zu assistieren. Sie geben Unterstützung beim Essen und Trinken, zum Beispiel indem sie mundgerechte Portionen vorbereiten, Hilfsmittel zur Nahrungsaufnahme bereitstellen und für eine gemütliche und ruhige Atmosphäre sorgen. Über Wissen zum Thema Schluckstörungen verfügt dieses Pflegepersonal in der Regel erst nach einer entsprechenden Fortbildung.

Im Bildungsplan „Fachfrau/Fachmann Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ)“ sowie im Rahmenlehrplan des Bildungsganges „Dipl. Pflegefachfrau HF/Dipl. Pflegefachmann HF“ ist festgehalten, dass bei den entsprechenden Berufsbildungen zum Thema Schluckstörungen in einem theoretischen Teil im obligatorischen Unterricht an der Berufsfachschule informiert wird und in einem praktischen Teil in den überbetrieblichen Kursen und in den Praktika geübt wird.

Das Studium der Ausbildungs-Curricula sowie das Recherchieren im Internet zeigen, dass die Angehörigen der Berufsgruppe Logopädie vergleichbare Ausbildungen absolvieren (alle auf der Tertiärstufe des Bildungssystems), aber logopädische Fachpersonen kaum in Alters- und Pflegeheimen arbeiten, sondern vor allem im pädagogisch-therapeutischen Feld in Schulen tätig sind.

Wie bereits erwähnt, ist die Zusammensetzung des Pflege- und Betreuungspersonals in den Institutionen sehr unterschiedlich, aber entscheidend dafür, welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für welche Aufgaben eingesetzt werden. Ein fundiertes Wissen des Pflegepersonals über die Dysphagieproblematik ist wünschenswert, aber nicht in jedem Fall vorhanden. Auf allfällige Symptome einer Aspiration (husten, räuspern, feuchte Stimme, gurgelnde Atemgeräusche) müssen Personen, die Essensbegleitungen machen, besonders achten. Eine besondere Gefahr besteht bei der stillen Aspiration. Bei Personen mit Sensibilitätsstörungen im orofazialen Bereich und/oder fehlender Reflexauslösbarkeit erfolgt kein Husten trotz Aspiration. Das Pflege- und Betreuungspersonal, das viel Zeit mit den Bewohnerinnen und Bewohnern im Heim verbringt, kann diesbezüglich wichtige Beobachtungen und Informationen an Schlucktherapeutinnen und Schlucktherapeuten oder an den Arztdienst vor Ort weiterleiten.

Die Diagnose einer Schluckstörung erfolgt in der Regel in mehreren Schritten und durch Angehörige verschiedener Berufsgruppen (Pflege, Logopädie, Medizin). Ein frühzeitiges Erkennen und Behandeln einer Schluckstörung bei Personen in Alters- und Pflegeinstitutionen ist unerlässlich, um weitere gesundheitliche Komplikationen zu verhindern und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhalten.

Für die Betreuung und Behandlung pflegebedürftiger älterer Menschen, die dysphagiegefährdet sind, ist die Zusammenarbeit der Berufsgruppen Pflege und Logopädie notwendig.

Der Überblick über den Bildungsgang „Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales mit eidgenössischem Berufsattest (EBA)“ hat gezeigt, dass diese Berufsgruppe in der Regel über keine Qualifikationen bezüglich Dysphagie verfügt, aber häufig die Essensbegleitung übernimmt. Höher qualifizierte Pflegefachpersonen sind während den Essenszeiten mit anderen Aufgaben beschäftigt, welche nur von ihnen durchgeführt werden dürfen, zum Beispiel Medikamentengabe oder Insulininjektionen. Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten haben in der Regel Ansprechpersonen mit höher qualifizierten Ausbildungen, diese sind jedoch nicht immer in genügender Anzahl in den Heimen angestellt. Auch Logopädinnen und Logopäden sind kaum in Alters- und Pflegeinstitutionen anzutreffen. Die Gestaltung der Langzeitpflege ist aber auch in Bezug auf die Patientensicherheit von grosser Bedeutung, insbesondere die Zusammensetzung des Pflegepersonals und die Anwesenheit von Fachpersonen anderer Disziplinen spielen eine wesentliche Rolle.

Im Dysphagiemanagement gibt es gefährliche Situationen und risikoreiche diagnostische und therapeutische Interventionsschritte (*vgl. Newesely, Weinert, Motzko & Holzer, 2011*).

Nachfolgend werden einige Beispiele von Risiken und Massnahmen zur Risikominderung im Dysphagiemanagement aufgeführt.

Es gibt Risiken im Zusammenhang mit der Lagerung, diesbezüglich aber auch entsprechende Präventionsmassnahmen, welche die Berufsgruppen Pflege und Logopädie kennen sollten:

- Bei der Lagerung in Rückenlage kann das Risiko einer Aspiration verhindert werden, wenn nach der Essenseingabe die sitzende Position für die Dauer von mindestens zwanzig Minuten aufrechterhalten wird und Bolusreste aus dem Mundraum entfernt werden (*ebd.*).

Es gibt Risiken im Zusammenhang mit der Diagnostik, diesbezüglich aber auch entsprechende Präventionsmassnahmen, welche die Berufsgruppen Pflege und Logopädie kennen sollten:

- Das Risiko einer Lungenschädigung kann verhindert werden, indem eiweiss-, fett- oder säurehaltige Prüf Speisen vermieden werden, da diese eine pulmotoxische Wirkung haben, wenn sie aspiriert werden. Deshalb sollten Prüfboli aus „lungenneutralen“ Substanzen verwendet werden, zum Beispiel angedicktes Wasser.
- Das Risiko einer unpassenden Boluskonsistenz und damit einer möglichen Obstruktion (bei fester Konsistenz) oder Aspiration (vermehrt bei flüssiger Konsistenz) als Folge lässt sich vermeiden, indem die Konsistenz auf die Anamnesedaten und das Ergebnis der klinischen Überprüfung der sensomotorischen Fähigkeiten im orofazialen Bereich abgestellt ist. Es sollte die Konsistenz gewählt werden, die am einfachsten zu schlucken ist und die geringsten Probleme erwarten lässt für die jeweiligen betroffenen Schluckphasen.
- Eine eingeschränkte Vigilanz des Patienten ist ebenfalls ein Risiko. Schluckversuche sollten erst bei hinreichender Wachheit (mindestens über 15 Minuten) und optimaler Lagerung durchgeführt werden. Informationen aus der Pflegedokumentation oder vom Arztdienst sollten vorgängig eingeholt werden, damit die Leistungsfähigkeit des Patienten mitberücksichtigt werden kann.
- Insuffizientes Husten und verminderte laryngeale Schutzmechanismen (zum Beispiel aufgrund laryngealer Paresen, laryngealer Sensibilitätsstörungen oder einer zentralnervösen Schädigung) bergen besondere Risiken, nämlich stille Aspiration und erhöhte Pneumoniegefahr. Auch in diesem Fall ist das Studium der Patientenakte wichtig, um sich ein Bild über die Grunderkrankung und deren neurologischen und neuromuskulären Auswirkungen zu machen. Der Schluckversuch sollte mit einer geringen Menge (maximal einem halben Teelöffel) als Erstbolus begonnen werden und es ist wichtig, den Patienten genau zu beobachten.
- Das Risiko, eine massive Hustenreaktion beim Schluckversuch auszulösen, kann durch die richtige Auswahl und Reihenfolge der Konsistenzen, die geprüft werden, minimiert werden: zuerst Speichel schlucken lassen, dann Flüssigkeit (zum Beispiel leicht angedicktes Wasser) schlucken lassen, dann breiige Konsistenzen schlucken lassen und zuletzt nach Bedarf feste Konsistenzen prüfen (zum Beispiel Knäckebrot).
- Das Risiko einer vasovagalen Reizung nach Auslösung des Würgereflexes durch taktile Reizung des Zungengrundes oder der Rachenhinterwand muss ebenfalls bedacht werden. Eine Schluck-Synkope kann die Folge sein. Darum gilt bei der intraoralen Überprüfung, sich langsam an die Reaktionen des Patienten heranzutasten, unter Umständen das Berühren des Zungengrundes oder der Rachenhinterwand zu vermeiden und auf die Überprüfung der Auslösbarkeit des Würgereflexes zu verzichten. Vorerkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sind zu berücksichtigen (*ebd.*).

Nach all den Ausführungen zeigt sich, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen Pflege und Logopädie in Alters- und Pflegeinstitutionen ist wichtig in Bezug auf Diagnostik und Therapie von Dysphagien. Beim Dysphagiemanagement kommt es auf eine erhöhte Sensibilisierung für Gefahren und ein entsprechendes Risikobewusstsein der involvierten Berufsgruppen Pflege und Logopädie an.

Die Gesundheitsversorgung in der Langzeitpflege erfordert auf jeden Fall eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Angehörigen aller Gesundheitsberufe, die ihre unterschiedlichen Fachkompetenzen und Sichtweisen einbringen.

Nun stellt sich die Frage:

- **Wie kann die Interdisziplinarität zwischen Logopädie und Pflege optimiert werden?**

Eine Möglichkeit, die Interdisziplinarität zwischen Logopädie und Pflege in der Praxis zu stärken, wäre - langfristig gesehen - die Anwendung interprofessionellen Lehrens und Lernens in der Ausbildung. Die Hochschulen müssten ihren Beitrag dazu leisten. Ein Ziel könnte sein, die Zusammenarbeit von Lehrenden und Studierenden in den Bachelor-Studiengängen Logopädie und Pflege zu erproben. So wie an der HfH Studierende der beiden Studiengänge Logopädie und Psychomotoriktherapie gemeinsame Module zum Thema Heilpädagogik besuchen, könnten Studierende der Studiengänge Logopädie und Pflege gemeinsame Module zum Thema Dysphagie besuchen. Die beiden Berufsgruppen, welche in ihrer Berufspraxis in Zukunft hoffentlich vermehrt zusammenarbeiten werden, würden zeitgleich zu gemeinsamen Lerninhalten ausgebildet.

Die Situation im Moment sieht wie folgt aus: Die Betreuung und Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Schluckstörungen in Heimen wird durch Personal mit unterschiedlichen Qualifikationen gewährleistet. Theoretische und praktische Fort- und Weiterbildungen liegen in der Verantwortung der Institutionen beziehungsweise des Pflegepersonals selbst.

Das Kursangebot und die Kapazitäten der einzelnen Kurse zum Thema Schluckstörungen sind auf jeden Fall ausbaufähig, wie zum Beispiel ein Blick in die Homepage des Universitätsspitals Zürich (USZ) zeigt. Der „Dysphagie Basiskurs (Schluckstörungen)“ wird von einem Phoniater und einer Logopädin geleitet. Am Kurs, in dem Teilnehmende Sicherheit in der Pflege und im Management von Dysphagiepatienten erlangen, können maximal vierzehn Personen (inklusive USZ-Mitarbeitende) teilnehmen. Die Frequenz des erwähnten Kurses ist zudem gering. So gibt es bereits ab Mai 2018 keine freien Plätze mehr für das laufende Jahr. Zudem sind die wenigen Plätze, die zur Verfügung stehen, auch für die Berufsgruppen Physiotherapie und Ergotherapie offen. Die eigentliche Zielgruppe, das Pflegeassistentpersonal, welches in der Langzeitpflege typischerweise die Essensbegleitung übernimmt, wird zu wenig berücksichtigt. Eine weitere Problematik besteht darin, dass die Teilnehmenden nicht nur unterschiedlichen Berufsgruppen angehören, sondern auch über unterschiedliche Ausbildungsniveaus verfügen. Möglicherweise sind diese Kurse dadurch nicht optimal für das Pflegeassistentpersonal und ihre tägliche Arbeit, die Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner bei den Mahlzeiten, ausgerichtet (*vgl. USZ - Universitätsspital Zürich*).

Durch eine gut abgestimmte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe können die Versorgungsqualität, die Sicherheit und die Zufriedenheit, das heisst die Lebensqualität, der Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeinstitutionen, gesteigert werden.

Die häufig ungenutzte Chance der Logopädie, sich im Wissenstransfer einzubringen, sollte vermehrt wahrgenommen werden. Speziell beim Pflegeassistentpersonal kann mittels geeigneter Schulung ein grosser Benefit für die Bewohnerinnen und Bewohner erzielt werden.

Mit einer intensiveren Zusammenarbeit von Logopädie und Pflege direkt in der Institution könnte eine deutliche Qualitätsverbesserung erreicht werden. Beide Berufsgruppen könnten voneinander profitieren. Einerseits würde dies zu einer Sensibilisierung des Pflegepersonals auf allen Stufen in Bezug auf das Dysphagiemanagement führen. Andererseits hätte so die logopädische Fachperson einen vertieften Einblick in den Heimalltag. Dadurch könnte sie einen Überblick über die Besonderheiten in der Langzeitpflege gewinnen. Auch ethische Fragestellungen gehören zum Pflegealltag, wie zum Beispiel die Ernährung per os versus PEG-Sonde (PEG = perkutane endoskopische Gastrostomie) bei progredienten neurodegenerativen Krankheiten, zum Beispiel Demenz. Bei ethischen Fallbesprechungen sollte die Logopädie mit einbezogen werden.

Die logopädische Fachperson wird in der Regel gerufen, wenn Pflegefachpersonen bei Schluckgefährdungen respektive Schluckstörungen Unterstützung benötigen. Dieses Konzept entspricht einer reinen Holschuld und wird den Ansprüchen in der Langzeitpflege oft nicht gerecht. Viele Krankheiten führen im Verlauf zu Schluckproblemen und erfordern besondere Aufmerksamkeit über einen längeren Zeitraum. Auch bei einer allfälligen Verschlechterung der Schlucksymptomatik müssen therapeutische Massnahmen umgehend in die Wege geleitet werden. Das frühzeitige Erkennen von Hinweisen einer Dysphagie ist ebenfalls wichtig. Die stille Aspiration kann im Pflegealltag leicht übersehen werden (*vgl. Schröter-Morasch, 2014*).

Das Konzept der Bring- und Holschuld wäre für die Situation in Alters- und Pflegeinstitutionen besser geeignet. Um eine kontinuierliche Beziehung zwischen Pflege und Logopädie zu schaffen, ist eine regelmässige logopädische Visite im Heim erstrebenswert. Das Ziel ist die lückenlose Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner und auch die fachliche Unterstützung der Pflegefachpersonen. Nicht zu unterschätzen ist, dass durch die regelmässige logopädische Visite eine Integration der Logopädie in das Pflegeteam des Heimes stattfinden kann und dadurch die Hemmschwelle für die Kontaktaufnahme bei Problemen vermutlich sinkt.

Wie könnte eine logopädische Visite konkret aussehen? Eine logopädische Visite im Heim könnte zum Beispiel einmal pro Monat stattfinden. Während der Visite würden Bewohnerinnen und Bewohner mit Schluckproblemen vorgestellt. Im Idealfall würde ein „Bedside Teaching“ erfolgen, insbesondere mit denjenigen Personen, welche für die Essensbegleitung zuständig sind. Mit diesem Vorgehen würde dem Pflegeassistentenpersonal Anerkennung und Wertschätzung in Bezug auf ihre wichtige Funktion bei der Essensbegleitung entgegengebracht.

Der Autorin ist bewusst, dass das vorgeschlagene Dysphagie-Konzept (Bring- und Holschuld mit „Bedside Teaching“) nicht in jeder Institution notwendig ist. Jedoch scheint, nach Ansicht der Autorin, in den meisten Institutionen ein Handlungsbedarf vorzuliegen.

6 Ausblick

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einer Zunahme an Menschen mit Schluckstörungen zu rechnen. Demgegenüber steht der Fachkräftemangel, der sich im Verlauf der kommenden Jahre noch weiter verschärfen dürfte. In diesem Spannungsfeld sind dringend Lösungen gefragt, um eine adäquate Versorgung auch in Zukunft zu gewährleisten. Eine Möglichkeit besteht sicherlich darin, alle Berufsgruppen der Pflege für das Thema Dysphagie zu sensibilisieren sowie für die Diagnostik und Therapie gemäss den jeweiligen Kompetenzen zu befähigen.

Durch logopädische Visiten in Institutionen (Bring- und Holschuld mit „Bedside Teaching“) wird Wissen dezentralisiert. In Anbetracht der sich anbahnenden Ressourcenknappheit der Fachpersonen könnte so in Zukunft der prekären Situation in der Langzeitpflege zumindest teilweise begegnet werden.

7 Verzeichnisse

7.1 Literatur

Bartolome, G. & Neumann, S. (2014). Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation. In G. Bartolome & H. Schröter-Morasch (Hrsg.), *Physiologie des Schluckvorganges* (S. 23-46) (5., komplett überarbeitete Auflage). München: Urban & Fischer Verlag.

Bartolome, G. (2014). Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation. In G. Bartolome & H. Schröter-Morasch (Hrsg.), *Grundlagen der funktionellen Dysphagietherapie* (S. 251-386) (5., komplett überarbeitete Auflage). München: Urban & Fischer Verlag.

Bartolome, G. (2014). Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation. In G. Bartolome & H. Schröter-Morasch (Hrsg.), *FDT bei speziellen neurologischen Erkrankungen* (S. 387-414) (5., komplett überarbeitete Auflage). München: Urban & Fischer Verlag.

Bigenzahn, W., Piehslinger, E. & Denk, D.-M. (1999). Oropharyngeale Dysphagien. Ätiologie, Klinik, Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen. In W. Bigenzahn & D.-M. Denk (Hrsg.), *Anatomische und physiologische Grundlagen* (S. 1-23) (1. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Bundesamt für Statistik (BfS) (2018). *Gesundheit Taschenstatistik 2017*.

Internet:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.4342091.html> [30.04.2018].

Bundesamt für Statistik (BfS) (2017a). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2015 - Standardtabellen. Definitive Resultate*.

Internet:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand.assetdetail.2121183.html> [30.04.2018].

Bundesamt für Statistik (BfS) (2017b). *Die Bevölkerung der Schweiz 2016*.

Internet:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.3902098.html> [30.04.2018].

Bundesamt für Statistik (BfS) (2016). *Die Bevölkerung der Schweiz 2015*.

Internet:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.1401562.html> [30.04.2018].

Bundesamt für Statistik (BfS) (2012). *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09)*.

Internet:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/alter.assetdetail.348093.html> [30.04.2018].

Denk, D.-M. & Bigenzahn, W. (1999). Oropharyngeale Dysphagien. Ätiologie, Klinik, Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen. In W. Bigenzahn & D.-M. Denk (Hrsg.), *Oropharyngeale Dysphagien: Definitionen, Ursachen und Pathophysiologie* (S. 24-32) (1. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Denk, D.-M. & Bigenzahn, W. (1999). Oropharyngeale Dysphagien. Ätiologie, Klinik, Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen. In W. Bigenzahn & D.-M. Denk (Hrsg.), *Diagnostik oropharyngealer Dysphagien* (S. 33-65) (1. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Denk, D.-M., Bigenzahn, W., Komenda-Prokop, E. & Schick, A. (1999). Oropharyngeale Dysphagien. Ätiologie, Klinik, Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen. In W. Bigenzahn & D.-M. Denk (Hrsg.), *Funktionelle Therapie oropharyngealer Dysphagien* (S. 66- 96) (1. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

EDK - Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren. *Ausbildungen Sonderpädagogik*.

Internet:

<http://www.edk.ch/dyn/13878.php> [26.03.2018].

Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A. & Ortega P. (2002). Social and Psychological Burden of Dysphagia: Its Impact on Diagnosis and Treatment, *Dysphagia*, 17, 139-146.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. *Alters- und Pflegeheimliste Kanton Zürich, Stand 01.11.2017*.

Internet:

https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/institutionen/heime.html#subtit-le-content-internet-gesundheitsdirektion-de-themen-institutionen-heime-jcr-content-contentPar-textimage_3 [13.12.2017].

Glassl, O. (2017). Logopädie in der Geriatrie. In N. Lauer & D. Schrey-Dern (Hrsg.), *Physiologische Veränderungsprozesse im Alter* (S. 56-88). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Glassl, O. (2017). Logopädie in der Geriatrie. In N. Lauer & D. Schrey-Dern (Hrsg.), *Pathologische Veränderungsprozesse im Alter* (S. 89-126). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Gröne, B. (2009). Schlucken und Schluckstörungen. Eine Einführung. In B. Gröne (Hrsg.), *Physiologie von Kauen und Schlucken* (S. 1-10) (1. Auflage). München: Urban & Fischer Verlag.

Gröne, B. (2009). Schlucken und Schluckstörungen. Eine Einführung. In B. Gröne (Hrsg.), *Leben mit einer Schluckstörung* (S. 151-153) (1. Auflage). München: Urban & Fischer Verlag.

Guggisberg, A. & Singer, C. (2012). *Erkennung von Dysphagie im Altersbereich: Entwicklung einer Entscheidungshilfe für Pflegepersonal im Alters- und Pflegeheim zur Erkennung von Auffälligkeiten im Bereich Schlucken*. Bachelorarbeit, Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.

HfH - Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik. *Bachelor Logopädie und Psychomotoriktherapie. Studienführer 2015-2018.*

Internet:

https://www.stud.hfh.ch/fileadmin/files/documents/Dokumente_LOG/Reglemente_LOG_u._PMT/Studienfuehrer_LOG_u._PMT/Studienfuehrer_LOG_PMT_2015_18_nb.pdf
[30.04.2018].

Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz.* (1. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Hotzenköcherle, S. (2013). Dysphagie: Diagnostik und Therapie. *Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin*, 2, 6-11.

Hunziker, E. (2017). *Dysphagie.* Unveröffentlichtes Skript, Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.

Hunziker, E. & Steiner, J. (2014). Ein Gewinn für alle. Die Logopädie als Partnerin der Pflege im Altersheim. *NOVAcura*, 6, 9-12.

Kolb, G. & Leischker, A. (2008). Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. In F. Böhmer & I. Füsgen (Hrsg.), *Schluckstörungen* (S. 223-233). Wien: Böhlau Verlag.

Krauss, U. (2009). Schlucken und Schluckstörungen. Eine Einführung. In B. Gröne (Hrsg.), *Instrumentelle Dysphagiediagnostik* (S. 41-72) (1. Auflage). München: Urban & Fischer Verlag.

Newesely, G., Weinert, M., Motzko, M. & Holzer, A. (2011). Zur Risikovermeidung im Dysphagiemanagement. *Forum Logopädie*, 3, 14-21.

Nusser-Müller-Busch, R. (2011). Die Therapie des Facio-Oralen Trakts. In R. Nusser-Müller-Busch (Hrsg.), *F.O.O.T.-Konzept: funktionell - komplex - alltagsbezogen* (S. 1-29) (3. Auflage). Berlin: Springer Verlag.

OdASanté - Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit & SAVOIRSOCIAL - Schweizerische Dachorganisation der Arbeitswelt Soziales (2012). *Register D. Bildungsplan. Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales mit Eidgenössischem Berufsattest EBA.*

Internet:

https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Berufliche_Grundbildung/D_Bereinigter_Bildungsplan-10-05-11_d.pdf [30.04.2018].

OdASanté - Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (2017). *Register E. Bildungsplan. Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ.*

Internet:

https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Berufliche_Grundbildung/Register_D_E_Bildungsverordnung_Bildungsplan.pdf [30.04.2018].

OdASanté - Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit & BGS - Schweizerischer Verband Bildungszentren Gesundheit und Soziales (2016). *Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen „Pflege“ mit dem geschützten Titel „dipl. Pflegefachfrau HF“ / „dipl. Pflegefachmann HF“*.

Internet:

https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Hoehere_Berufsbildung_und_Hochschulen/RLP_Pflege_HF_09.11._2016-d.pdf [30.04.2018].

Prosiegel, M. & Buchholz, D. (2014). Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation. In G. Bartolome & H. Schröter-Morasch (Hrsg.), *Mit Schluckstörungen assoziierte neurologische Erkrankungen* (S. 61-86) (5., komplett überarbeitete Auflage). München: Urban & Fischer Verlag.

Prosiegel, M. & Weber, S. (2013). *Dysphagie. Diagnostik und Therapie. Ein Wegweiser für kompetentes Handeln*. (2., komplett überarbeitete Auflage). Berlin: Springer-Verlag.

SAVOIRSOCIAL - Schweizerische Dachorganisation der Arbeitswelt Soziales. *Assistent/in Gesundheit und Soziales. Schulstandorte 2017 / 2018*.

Internet:

https://savoirsocial.ch/wp-content/uploads/2017/08/Uebersicht_Schulstandorte_AGS_20180410.pdf [26.03.2018].

Schäfer, M., Scherrer, A. & Burla, L. (2013). Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Systematische Übersichtsarbeit. *Obsan Dossier, 24*, 1-35. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Internet:

https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_24.pdf [30.04.2018].

Schröter-Morasch, H. (2014). Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation. In G. Bartolome & H. Schröter-Morasch (Hrsg.), *Schluckstörungen bei Erkrankungen der oropharyngealen und laryngealen Strukturen* (S. 87-115) (5., komplett überarbeitete Auflage). München: Urban & Fischer Verlag.

Schröter-Morasch, H. (2014). Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation. In G. Bartolome & H. Schröter-Morasch (Hrsg.), *Medizinische Basisversorgung von Patienten mit Schluckstörungen - Trachealkanülen - Sondenernährung* (S. 207-250) (5., komplett überarbeitete Auflage). München: Urban & Fischer Verlag.

Schwemmlé, C., Jungheim, M., Miller, S., Kühn, D. & Ptok, M. (2015). Medikamenteninduzierte Dysphagien. Ein Überblick. *HNO, 63*, 504-510.

SHLR - Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach & SAL - Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Logopädie (2017). *Curriculum Studiengang Logopädie 2017*.

Internet:

<http://www.shlr.ch/media/Downloads/STG%202017%20Curriculum.pdf> [30.04.2018].

SR 412.101.61.

Internet:

<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20163477/201711010000/412.101.61.pdf> [26.03.2018].

SR 412.101.220.96.

Internet:

<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20161725/201801010000/412.101.220.96.pdf> [26.03.2018].

SR 412.101.221.57.

Internet:

<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20103380/201801010000/412.101.221.57.pdf> [26.03.2018].

USZ - Universitätsspital Zürich. *Dysphagie Basiskurs (Schluckstörungen)*.

Internet:

<http://www.usz.ch/bildung/fort-weiterbildung/pflege-mttb/Seiten/Dysphagie-Basiskurs---Schluckst%C3%B6rungen.aspx> [19.05.2018].

Wiesemann, C. (2006). *Schluckstörungen im Alter*. Studienarbeit, Technische Universität, Dortmund. München: GRIN Verlag.

Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Serdaly, C., Bassal, C., De Geest, S. & Schwendimann, R. (2013). *Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeheimen der Schweiz*. Universität Basel.

Internet:

https://shurp.unibas.ch/wp-content/uploads/2017/12/SHURP_Schlussbericht__rev_geschuetzt.pdf [03.05.2018].

7.2 Abbildungen

Abbildung 1

Age Report III (2014). Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. In F. Höpflinger & J. Van Wezemael (Hrsg.), *Demografische Trends und soziodemografische Szenarien* (S. 41). Zürich: Seismo Verlag.

Internet:

http://www.age-report.ch/fileadmin/user_upload/Grafiken_Download/agereportIII_grafik_2_6.jpg
[07.05.2018].

Abbildung 2

Prosiegel, M. & Weber, S. (2013). *Dysphagie. Diagnostik und Therapie. Ein Wegweiser für kompetentes Handeln* (S. 7) (2., komplett überarbeitete Auflage). Berlin: Springer-Verlag.
Veränderte Abbildung 2

Internet:

https://www.uzh.ch/orl/publications/dissertations/master_thesis_Frick_Sarah.pdf
[07.05.2018].

8 Anhang

Anhang 1

Schäfer, M., Scherrer, A. & Burla, L. (2013). Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Systematische Übersichtsarbeit. *Obsan Dossier, 24*, 1-35. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Internet:

https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_24.pdf
[30.04.2018].



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

OBSAN DOSSIER 24

24

Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung

Systematische Übersichtsarbeit

Monika Schäfer, Adrian Scherrer, Laila Burla

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden unter www.obsan.ch.

In der Reihe «**Obsan Dossier**» erscheinen Forschungsberichte, welche Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen sollen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Der Inhalt der Obsan Dossiers unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Dossiers liegen in der Regel ausschliesslich in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren

- Monika Schäfer, Adrian Scherrer, Careum F+E, Zürich
- Laila Burla, Obsan

Projektleitung Obsan

Laila Burla

Reihe und Nummer

Obsan Dossier 24

Zitierweise

Schäfer, M., Scherrer, A. & Burla, L. (2013). *Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Systematische Übersichtsarbeit* (Obsan Dossier 24). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Espace de l'Europe 10

CH-2010 Neuchâtel

Tel. 032 713 60 45

E-Mail: obsan@bfs.admin.ch

Internet: www.obsan.ch

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

Download PDF

www.obsan.ch → Publikationen

(eine gedruckte Fassung ist nicht erhältlich)

Publikationsnummer

1037-1302-05

ISBN

978-2-940502-11-0

© Obsan 2013

Korrigierte Version vom 17.9.2013

Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung

Systematische Übersichtsarbeit

Monika Schäfer, Adrian Scherrer, Laila Burla

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Vorwort	7
A) Einleitung	9
B) Übersicht der Aus- und Weiterbildungsabschlüsse Pflege und Betreuung	11
C) Ausführungen zu den Aus- und Weiterbildungsabschlüssen	13
1 Ausbildungsabschlüsse: Sekundarstufe II	13
1.1 Eidg. Berufsattest (EBA).....	13
1.2 Eidg. Fähigkeitszeugnis (EFZ)	14
1.3 Ausbildungen ohne formalen Bildungsabschluss	16
2 Ausbildungsabschlüsse: Tertiärstufe B – Ebene höhere Fachschule	17
3 Ausbildungsabschlüsse: Tertiärstufe A – Ebene Fachhochschule	21
4 Ausbildungsabschlüsse: Tertiärstufe A – Ebene Universität	23
5 Weiterbildungsabschlüsse	25
5.1 Weiterbildungen: Tertiärstufe B	25
5.2 Weiterbildungen: Tertiärstufe A	25
5.3 Hinweise zu den altrechtlichen Weiterbildungsabschlüssen der Pflege	26
Weiterführende Informationen	27
Anhang	29
Anhang 1: Reglementierungen	29
Anhang 2: Französische Version der Überblickstabellen (Version française des tableaux)	31

Abkürzungsverzeichnis

AIN	Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege
AKP	Allgemeine Krankenpflege (altrechtlich)
ANP	Advanced Nursing Practice
BBG	Bundesgesetz über die Berufsbildung vom 13. Dezember 2002
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie
BBV	Verordnung über die Berufsbildung vom 19. November 2003
BScN	Bachelor of Science in Nursing (auch: BSN)
CAS	Certificate of Advanced Studies
DAS	Diploma of Advanced Studies
DN I	Diplomniveau I
DN II	Diplomniveau II
EBA	Eidg. Berufsattest
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
EDK	Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren
EFZ	Eidg. Fähigkeitszeugnis
EVD	Eidg. Volkswirtschaftsdepartement
FaBe	Fachfrau/-mann Betreuung
FaGe	Fachfrau/-mann Gesundheit
FA SRK	Fähigkeitsausweis des Schweizerischen Roten Kreuzes
FH	Fachhochschule
FHSG	Bundesgesetz über die Fachhochschulen vom 6. Oktober 1995
FKG	Fachkonferenz Gesundheit der Rektorenkonferenz der Fachhochschulen
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GKP	Gesundheits- und Krankenpflege (altrechtlich)
HES-SO	Haute école spécialisée de Suisse occidentale
HF	Höhere Fachschule
HöFa I	Höhere Fachausbildung Stufe I
HöFa II	Höhere Fachausbildung Stufe II
IKP	Integrierte Krankenpflege (altrechtlich, siehe Seite 10)
ISCED	International Standard Classification of Education
KFH	Konferenz der Fachhochschulen
KWS	Kinder-, Wochen- und Säuglingspflege (altrechtlich)
MAS	Master of Advanced Studies
MScN	Master of Science in Nursing (auch: MSN)
NDS	Nachdiplomstudium
NTE	Nachträglicher Erwerb des Fachhochschultitels
OdA	Organisation der Arbeitswelt
PhD	Doktor (philosophiae doctor)
PKP	Praktische Krankenpflege (altrechtlich)
PsyKP	Psychiatrische Krankenpflege (altrechtlich)

SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SDK	Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (nicht mehr gebräuchlich, heute: GDK)
SGZ	Schulungszentrum Gesundheit Stadt Zürich
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirectorinnen und Sozialdirektoren
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
TOA	Technische/r Operationsfachfrau/-mann (altrechtlich)
WE'G	Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Aarau
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Vorwort

Wohl keine andere Berufsgruppe war in den letzten zwanzig Jahren einem so grossen Wandel unterworfen wie die Gesundheitsberufe – dies gilt insbesondere für die Berufe im Bereich Pflege und Betreuung.

Anfangs der 90er Jahre wurden verschiedene Pflegeausbildungen (z.B. *Allgemeine Krankenpflege (AKP)*, *Psychiatrische Krankenpflege (PsyKP)*, *Praktische Krankenpflege (FA SRK)*) in die beiden Diplomausbildungen *Gesundheits- und Krankenpflege DN I* und *DN II* zusammengeführt. Gut zehn Jahre später übertrug das Berufsbildungsgesetz von 2004 die Regelungs- und Überwachungskompetenz für die nicht universitären Ausbildungen im Gesundheitswesen dem Bund. Damit wurden alle Gesundheitsberufe in die ordentliche Bildungssystematik des damaligen Bundesamtes für Berufsbildung und Technologie (BBT, heute: Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI) überführt. Dies führte zu zahlreichen Änderungen: Die durch das Schweizerische Rote Kreuz SRK reglementierten Diplomausbildungen *DN I* und *DN II* wurden durch Ausbildungen an höheren Fachschulen und Fachhochschulen abgelöst. Abschlüsse, welche ursprünglich als Weiterbildung von Pflegefachpersonen positioniert waren, wurden als neue Berufe (z.B. *Dipl. Fachfrau/-mann Operationstechnik HF*) im Bereich Medizintechnik und -therapie reglementiert. Neue Ausbildungen wurden geschaffen, wie etwa die Berufslehren *Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ* und *Fachfrau/-mann Betreuung EFZ*. Die Schnittstellen der Aufgabenbereiche der neuen Berufe der Sekundarstufe II im Gesundheits- und Sozialbereich wurden bei der Erarbeitung der Bildungsverordnungen diskutiert, daraus ist der neue Beruf *Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA* hervorgegangen.

Diese Reformen und Entwicklungen haben zu einem wahren Dschungel von Abschlussbezeichnungen und -positionierungen geführt, der auch für Fachpersonen nicht einfach zu «durchdringen» ist. Die folgende Übersichtsarbeit soll Abhilfe schaffen: Sie führt die derzeitigen Aus- und Weiterbildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung mit den aktuellen, vom Bund reglementierten Bezeichnungen auf. Zudem wird unter der Überschrift «altrechtliche Abschlüsse» aufgezeigt, welche früheren Aus- und Weiterbildungsabschlüsse mit den aktuellen Bildungsabschlüssen vergleichbar sind.

A) Einleitung

Dieser Bericht wurde im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) erstellt. Der Auftrag umfasst die Erstellung einer Übersicht über die aktuellen und ehemaligen Bildungsabschlüsse primär im Bereich Pflege und Betreuung.

- Auf der *Tertiärstufe A* werden ausschliesslich Aus- und Weiterbildungsabschlüsse der Pflege aufgeführt. Bildungsabschlüsse anderer Gesundheits- und Sozialberufe wie der Bildungsabschluss zum Bachelor in Midwifery (aktueller Bildungsabschluss zur Berufsbefähigung der Hebammen) werden hier nicht genannt.
- Auf *Tertiärstufe B* werden neben der Pflege und der Aktivierung die Ausbildungen dipl. Fachfrau/-mann Operationstechnik HF und dipl. Rettungssanitäter/in HF aufgeführt. Diese Berufe sind historisch gesehen aus dem Pflegeberuf entstanden und waren vor der Reglementierung des Berufsabschlusses als Weiterbildungen im Anschluss an die Pflegeausbildung positioniert. Heute sind die beiden Berufe den medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufen (MTT-Berufe) zuzuordnen.

Auf Tertiärstufe B werden in diesem Bericht die folgenden Weiterbildungen aufgeführt, die eine Berufsbefähigung als dipl. Pflegefachperson voraussetzen – d.h. die Zulassungsbedingung ist eine Ausbildung als dipl. Pflegefachperson HF oder Bachelor in Nursing (FH Abschluss):

- Dipl. Expertin/Experte Anästhesiepflege NDS HF
- Dipl. Expertin/Experte Notfallpflege NDS HF
- Dipl. Expertin/Experte Intensivpflege NDS HF

Zudem wird der Stand der Entwicklung der höheren Fachprüfungen beschrieben, welche in der Regel eine Ausbildung in Pflege (dipl. Pflegefachfrau/-mann HF oder Bachelor of Science in Nursing FH) voraussetzen.

Bei den eidgenössischen Berufsprüfungen wird auf die Weiterbildung Fachfrau/-mann Langzeitpflege eingegangen, welche insbesondere für FaGe und FaBe konzipiert und dem Bereich Pflege- und Betreuung zuzuordnen ist.

- Auf der *Sekundarstufe II* werden die mit der Bildungsreform neu konzipierten Berufslehren aufgeführt (FaGe und FaBe), zudem wird der Beruf der Medizinischen Praxisassistenten/-assistentinnen aufgeführt, da dieser Beruf in der Primärversorgung von Bedeutung ist.

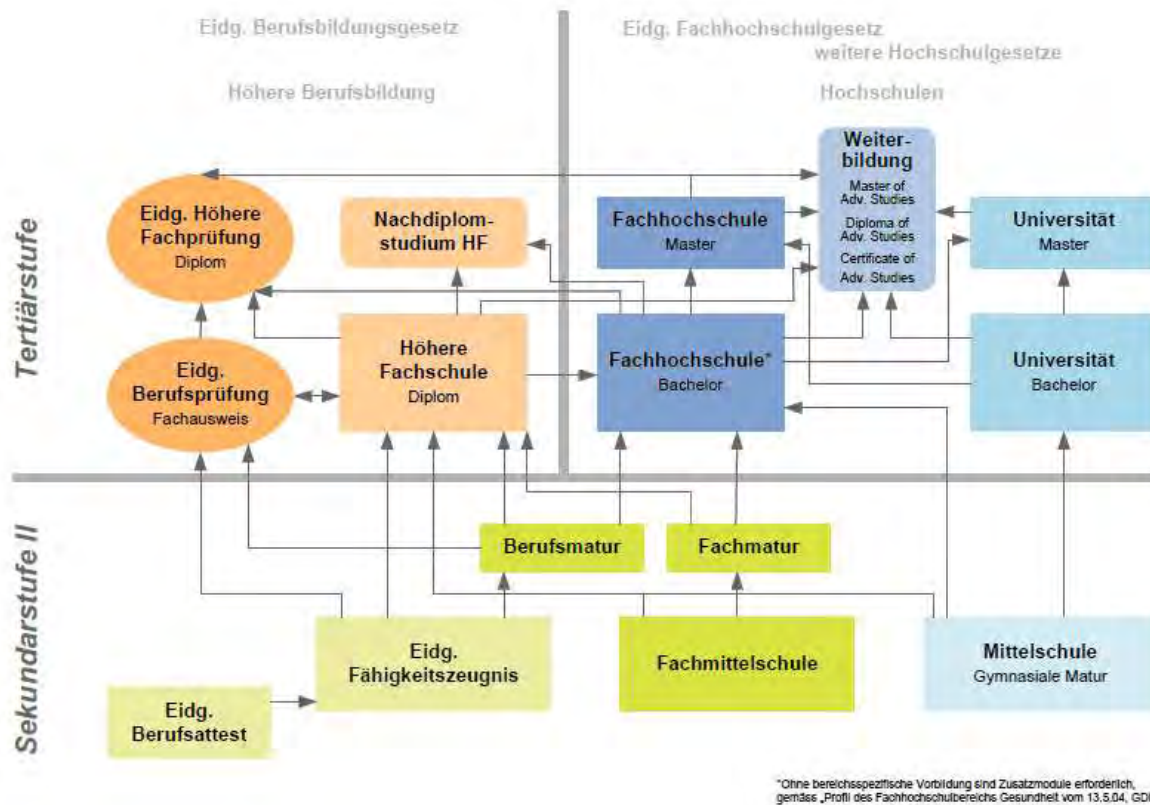
Der neue Beruf Assistent/in Gesundheit und Soziales sowie verwandte, nicht reglementierte Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege- und Betreuung der Sekundarstufe II werden ebenfalls aufgeführt.

Aufbau des Berichtes:

- Teil A: Einleitung
- Teil B: Tabellarische Darstellung der ausgewählten Aus- und Weiterbildungsabschlüsse des Bereichs Pflege und Betreuung mit Hinweisen zu den altrechtlichen Abschlüssen.
- Teil C: Ausführungen und Kommentare zu einzelnen Abschlüssen (Expertenmeinung)

Die tabellarische Darstellung (Teil B des Berichtes) basiert auf der Abbildung 1. Sie zeigt die schweizerische Bildungssystematik mit den eidgenössisch anerkannten Aus- und Weiterbildungsabschlüssen. Die Grafik mit den Bezeichnungen der Gesundheitsberufe ergänzt, findet sich auf der Webseite von OdASanté (www.odasante.ch/Systematik_mit_Berufen.html?open=1).

Abb. 1 Schweizerische Bildungssystematik Gesundheit



Quelle: OdASanté; www.odalante.ch/Systematik_ohne_Berufe.html?open=1

ISCED Klassifikation: In der tabellarischen Übersicht des Berichtes (Teil B) sind für die einzelnen Abschlüsse auch die entsprechenden ISCED-Stufen aufgeführt. Mit dem «International Standard Classification of Education» (ISCED) wird die Kodierung der Bildungsabschlüsse nach international standardisierten Kriterien festgelegt (siehe auch www.edk.ch/dyn/14861.php). Der UNESCO-Standard ermöglicht den internationalen Vergleich von Bildungsstufen.

B) Übersicht der Aus- und Weiterbildungsabschlüsse Pflege und Betreuung

Tab. 1 Ausbildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung

Bildungsstufe	Berufsabschluss heute	seit wann	ISCED	häufige Einsatzorte			altrechtliche Abschlüsse	
				Spital	APH	Spitex		
Tertiär A	Universität	PhD Nursing Science	Studiengänge seit 2008	5A	✓	✓	✓	
		Master of Science in Nursing (MSN)	Studiengänge seit 2000 ¹	5A	✓	✓	✓	
		Bachelor of Science in Nursing (BSN)	Studiengänge seit 2000	5A	✓	✓	✓	
	Fachhochschule	Master of Science in Pflege (MScN)	Studiengänge seit 2009	5A	✓	✓	✓	
		Bachelor of Science in Pflege (BScN)	Studiengänge seit 2006	5A	✓	✓	✓	▪ Pflegeexpertin/-experte HöFa II
Tertiär B	Höhere Fachschule	Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF	seit 2008 in Kraft	5B	✓	✓	✓	▪ Dipl. Krankenschwester/-pfleger in Gesundheits- und Krankenpflege Niveau II (DN II) ▪ Dipl. Krankenschwester/-pfleger AKP, PsyKP, KWS, IKP ▪ mit Einschränkungen: Gesundheits- und Krankenpflege DN I
		Dipl. Aktivierungsfachfrau/-mann HF	seit 2008 in Kraft	5B		✓		▪ Dipl. Aktivierungstherapeut/in
		Dipl. Fachfrau/-mann Operationstechnik HF	seit 2009 in Kraft	5B	✓			▪ Dipl. Technische/r Operationsassistent/in (TOA)
		Dipl. Rettungssanitäter/in HF	seit 2008 in Kraft	5B	✓			▪ Dipl. Rettungssanitäter/in
Sekundär II	Eidg. Fähigkeitszeugnis	Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ (FaGe)	seit 2009 in Kraft	3B	✓	✓	✓	▪ Praktische Krankenpflege (PKP) FA SRK ▪ Hauspfleger/in EFZ
		Fachfrau/-mann Betreuung EFZ (FaBe)	seit 2005 in Kraft	3B		✓		▪ Betagtenbetreuer/in ▪ soziale Lehre in Betagtenbetreuung
		Medizinische/r Praxisassistent/-in EFZ	seit 2010 in Kraft	3B			✓ ²	
	Eidg. Berufsattest	Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA	seit 2012 in Kraft	3B	✓	✓	✓	▪ Pflegeassistent/in
		Zertifikat Pflegehelfer/in SRK					✓	✓
	Zertifikat Haushelfer/in in der Spitex						✓	

APH: Alters- und Pflegeheim

¹ 1996–2006: Studiengänge von WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe in Aarau in Kooperation mit Universität Maastricht (NL)

² Haupteinsatzort: Arztpraxis

Tab. 2 Weiterbildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung

Bildungsstufe	Berufsabschluss heute	seit wann	ISCED	Häufige Einsatzorte			altrechtliche Abschlüsse
				Spital	APH	Spitex	
Tertiär A	MAS/DAS/CAS	Master of Advanced Studies (MAS)	Studiengänge ab 2006	✓	✓	✓	
		Diploma of Advanced Studies (DAS)	Studiengänge ab 2006	✓	✓	✓	
		Certificate of Advanced Studies (CAS)	Studiengänge ab 2006	✓	✓	✓	
Tertiär B	Nachdiplomstudium NDS	Dipl. Expertin/Experte Anästhesiepflege NDS HF	seit 2009 in Kraft, Anpassung 2012	5B	✓		▪ Höhere Fachausbildung Stufe I (HöFa I)
		Dipl. Expertin/Experte Notfallpflege NDS HF	seit 2009 in Kraft, Anpassung 2012	5B	✓		▪ Höhere Fachausbildung Stufe I (HöFa I)
		Dipl. Expertin/Experte Intensivpflege NDS HF	seit 2009 in Kraft, Anpassung 2012	5B	✓		▪ Höhere Fachausbildung Stufe I (HöFa I)
	Eidg. höhere Fachprüfung	Fachexpertin/-experte für Infektionsprävention im Gesundheitswesen HFP	Prüfungsgrundlagen 2012 verabschiedet, noch nicht in Kraft	✓			
		Expertin/Experte im Operationsbereich HFP	Noch nicht verabschiedet	✓			
		Expertin/Experte für Zytodiagnostik HFP	Prüfungsgrundlagen 2012 verabschiedet, noch nicht in Kraft	✓			
	Eidg. Berufsprüfung	Fachfrau/-mann Langzeitpflege FA	2010 Beschluss Einführung einer eidg. Berufsprüfung, Reglementierung in Erarbeitung		✓	✓	

APH: Alters- und Pflegeheim

C) Ausführungen zu den Aus- und Weiterbildungsabschlüssen

1 Ausbildungsabschlüsse: Sekundarstufe II

Die rechtlichen Rahmenbedingungen der Bildungsabschlüsse der Sekundarstufe II sind im BBG (vgl. www.admin.ch/ch/d/sr/4/412.10.de.pdf) und BBV (vgl. www.admin.ch/ch/d/sr/c412_101.html) geregelt.

1.1 Eidg. Berufsattest (EBA)

Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA	
In Kraft seit	1.1.2012
Dauer Bildungsgang (Vollzeit)	2 Jahre
Ausbildungsorte	Berufsfachschulen
Berufsbild	<p>Assistentinnen/Assistenten Gesundheit und Soziales EBA beherrschen namentlich folgende Tätigkeiten und zeichnen sich durch folgende Haltungen aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Assistentin/der Assistent Gesundheit und Soziales EBA unterstützt in ambulanten und stationären Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens Menschen aller Altersstufen, die für die Bewältigung ihres Alltags der Assistenz bedürfen. - Die Assistentin/der Assistent Gesundheit und Soziales EBA nimmt Pflege- und Begleitungsaufgaben gemäss Auftrag wahr. Sie/er begleitet und unterstützt Klientinnen und Klienten bei Aktivitäten des Alltags. Sie/er führt Haushaltsarbeiten durch. Sie/er erledigt einfache administrative und logistische Arbeiten mit Bezug zu ihrem/seinem Tätigkeitsbereich. - Die Assistentin/der Assistent Gesundheit und Soziales EBA respektiert die Persönlichkeit der Klientinnen und Klienten, bezieht diese in ihre/seine Tätigkeit ein und nutzt deren Ressourcen. Sie/er orientiert sich bei ihrer/seiner Arbeit an den Werten und Leitideen der Organisation. - Die Assistentin/der Assistent Gesundheit und Soziales EBA übt die Tätigkeiten im Rahmen der erworbenen Handlungskompetenzen, der rechtlichen Rahmenbedingungen und der betrieblichen Regelungen aus. <p>(Quelle: www.sbfi.admin.ch/bvz/grundbildung/index.html?lang=de&detail=1&typ=EBA&item=1351)</p>
Altrechtliche Abschlüsse	<p>Pflegeassistent/in</p> <p><i>Der altrechtliche Bildungsabschluss ist ausgelaufen und mit dem neurechtlichen Bildungsabschluss vergleichbar, er wurde jedoch nicht überführt.</i></p> <p>Die Ausbildung zur Pflegeassistent/in ist sistiert, sie wurde gemäss SRK-Bestimmungen vom 1. Juli 1993 an Bildungsinstitutionen für Pflegeberufe angeboten. Die letzten Ausbildungsabschlüsse wurden 2012 offeriert. Die Ausbildung zur Pflegeassistent/in war primär auf Aufgaben in Spitälern und Pflegeheimen ausgerichtet. Die Ausbildungsbestimmungen zur Pflegeassistent/in haben 1993 die Richtlinien der SDK «für die anerkannten Schulen, die Ausbildung und den Einsatz von Spitalgehilfinnen vom 22. Mai 1986» sowie das vom Zentralkomitee des SRK gebilligte Rahmenkonzept vom Oktober 1989 beziehungsweise die von den Rot-Kreuz-Sektionen realisierten Lehrgänge für Langzeit- und Betagtenpflegehelferinnen ersetzt.</p> <p>Die aktuelle Ausbildung Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA ist auf ambulante und stationäre Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens ausgerichtet (vgl. Berufsbild).</p>

1.2 Eidg. Fähigkeitszeugnis (EFZ)

Im Dienstleistungszweig Pflege und Betreuung sind folgende Berufe mit EFZ von zentraler Bedeutung:

- Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ, im Gesundheitswesen primär mit Einsatzbereich in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und der Spitex.
- Fachfrau/-mann Betreuung EFZ, mit Einsatzbereich im Gesundheitswesen primär in Alters- und Pflegeheimen, im Sozialbereich, in Institutionen für Menschen mit Behinderung oder in der Kinderbetreuung.
- Medizinische/r Praxisassistent/in EFZ, im Gesundheitswesen primär in Arztpraxen oder Spitälern tätig.

Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ	
<i>Frühere Bezeichnung: Fachangestellte/r Gesundheit</i>	
In Kraft seit	1.1.2009
Dauer Bildungsgang (Vollzeit)	3 Jahre
Ausbildungsorte	Berufsfachschulen
Berufsbild	<ul style="list-style-type: none"> - Die Fachfrau/der Fachmann Gesundheit pflegt und betreut Klientinnen und Klienten in Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens im stationären wie ambulanten Bereich. Sie/er führt in diesem Rahmen auch medizinischtechnische Verrichtungen aus. - Die Fachfrau/der Fachmann Gesundheit unterstützt das körperliche, soziale und psychische Wohlbefinden von Personen jeden Alters in deren Umfeld und gestaltet mit ihnen den Alltag. - Die Fachfrau/der Fachmann Gesundheit erbringt administrative und logistische Dienstleistungen und stellt die Schnittstellen zu den verschiedenen Dienstleistungsbereichen sicher. - Die Fachfrau/der Fachmann Gesundheit gestaltet und pflegt in ihrem/seinem Berufsalltag eine respektvolle berufliche Beziehung zu den Klientinnen und Klienten und richtet ihr/sein Handeln an deren Bedürfnissen aus. Sie/er respektiert die Klientinnen und Klienten als Individuen mit ihren spezifischen Wertesystemen. - Die Fachfrau/der Fachmann Gesundheit erbringt die Leistungen im Rahmen ihrer/seiner erworbenen Kompetenzen, der rechtlichen Rahmenbedingungen und der betrieblichen Regelungen selbstständig.
(Quelle: www.sbf.admin.ch/bvz/grundbildung/index.html?detail=1&typ=EFZ&item=1&lang=de)	

Altrechtliche Abschlüsse **Schweizerischer Fähigkeitsausweis in praktischer Krankenpflege FA SRK**
Der altrechtliche Bildungsabschluss wurde dem neurechtlichen Abschluss gleichgestellt und überführt.

In den 50er Jahren wurde die Ausbildung zur «Pflegerin für Betagte und Chronisch-krank» lanciert, später «praktische Krankenpflege» (PKP) genannt. Die Ausbildung in praktischer Krankenpflege wurde durch die 1992 in Kraft tretenden Ausbildungsbestimmungen für Gesundheits- und Krankenpflege sistiert. Die generalistisch ausgerichtete Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege Diplommiveau I hat die PKP Ausbildung abgelöst.

Gemäss Mitteilungen des Bildungsrates der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK behält der Fähigkeitsausweis in praktischer Krankenpflege weiterhin seine gesamtschweizerische Anerkennung.

Er wird dem neuen Fähigkeitszeugnis der bzw. des Fachangestellten Gesundheit FaGe (neu «Fachfrau/-mann Gesundheit») in Bezug auf die Zulassung zu weiterführenden Ausbildungen gleichgestellt. Auch bezüglich des Lohns wird eine Gleichstellung mit den FaGe empfohlen (vgl. http://redcross.ch/activities/health/hocc/pdf/Information_FASRK_d.pdf).

Hauspfleger/in mit EFZ

Der altrechtliche Bildungsabschluss wurde dem neurechtlichen Abschluss gleichgestellt und gemäss den folgenden Empfehlungen überführt.

Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ*Frühere Bezeichnung: Fachangestellte/r Gesundheit*

Ausgehend vom Kompetenzvergleich Hauspfleger/in mit Fähigkeitszeugnis – Fachangestellte/r Gesundheit mit Fähigkeitszeugnis hat die OdASanté folgende Empfehlung formuliert:

- *Hauspfleger/in EFZ gemäss vorläufigem Reglement der Erziehungsdirektion BE vom 19.7.2001*

Für gelernte Hauspfleger/innen EFZ, welche eine Ausbildung gemäss dem vorläufigen Reglement über die Ausbildung und den beruflichen Unterricht, die Praktika und die Lehrabschlussprüfung der Hauspfleger/in vom 19. Juli 2001 der Erziehungsdirektion des Kantons Bern absolviert haben, ist eine Äquivalenz mit der FaGe Ausbildung anzunehmen.

- *Hauspfleger/in EFZ gemäss Lehrplan SGZ Stadt Zürich 2003:* Dies gilt ebenfalls für die Hauspfleger/innen, welche in Zürich die Ausbildung Hauspfleger/in EFZ nach dem Lehrplan der SGZ Stadt Zürich 2003 absolviert haben. Die Ausbildung zur Hauspfleger/in EFZ Lehrplan SGZ Stadt Zürich 2003 entspricht dem vorläufigen Reglement Hauspfleger/in EFZ vom 19. Juli 2001 des Kantons Bern.
- *Hauspfleger/in EFZ gemäss Reglement des EVD vom 2.12.1992 bzw. vom 5.2.2001:* Für gelernte Hauspfleger/innen EFZ, die eine Ausbildung Hauspfleger/in gemäss dem Reglement des EVD vom 2. Dezember 1992 bzw. vom 5. Februar 2001 absolviert haben, ist eine Nachqualifikation im Umfang von 240 Stunden angezeigt, damit die Äquivalenz zur FaGe Ausbildung erreicht werden kann.

(Quelle: www.odasante.ch/Downloads_Fachfrau-mann_Gesundheit.html)

Fachfrau/-mann Betreuung EFZ

In Kraft seit 1.7.2005

Dauer Bildungsgang (Vollzeit) 3 Jahre

Ausbildungsorte Berufsfachschulen

Berufsbild Die Fachpersonen Betreuung zeichnen sich durch folgende Tätigkeiten aus:

- Sie begleiten Menschen aller Altersstufen mit oder ohne körperliche, geistige, psychische oder soziale Beeinträchtigung in Alltag und Freizeit.
- Sie unterstützen, betreuen und fördern sie, ihren Lebensphasen und individuellen Bedürfnissen entsprechend, in der Entwicklung beziehungsweise Bewahrung der Selbstständigkeit.
- Sie arbeiten mit Einzelpersonen und Gruppen und üben ihre Berufstätigkeit in Institutionen für Kinder, für Jugendliche im Schulalter, für Menschen mit Behinderungen und für Betagte aus.
- Sie erbringen die Leistungen im Rahmen der erworbenen Kompetenzen selbstständig.
- Die Ausbildung kennt vier Ausrichtungen, die Fachrichtung Behindertenbetreuung, die Fachrichtung Betagtenbetreuung, die Fachrichtung Kinderbetreuung und die generalistische Ausbildung.

(Quelle: www.sbf.admin.ch/bvz/grundbildung/index.html?detail=1&typ=EFZ&item=283&lang=de)

Altrechtliche Abschlüsse **Betagtenbetreuer/in mit Fachausweis SODK und Soziale Lehre in Betagtenbetreuung**

Die altrechtlichen Bildungsabschlüsse wurden dem neurechtlichen Abschluss gleichgestellt und überführt.

Die Ausbildungen zur Betagtenbetreuerin/zum Betagtenbetreuer mit Fachausweis SODK (FA SODK) und der Abschluss der Sozialen Lehre in Betagtenbetreuung (Ausbildung zwischen 2001 und 2008) sind dem Abschluss Fachperson Betreuung EFZ gleichgestellt.

(Quelle: <http://upload.sitesystem.ch/E262A04C9D/32430F2248/F85325D5B0.pdf>)

Medizinische/r Praxisassistent/in EFZ	
In Kraft seit	1.1.2010
Dauer Bildungsgang (Vollzeit)	3 Jahre
Ausbildungsorte	Berufsfachschulen
Berufsbild	<p>Medizinische Praxisassistenten/-assistentinnen auf Stufe EFZ beherrschen namentlich folgende Tätigkeiten und zeichnen sich durch folgende Haltungen aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sie empfangen und betreuen Patientinnen und Patienten, erfassen alle nötigen Informationen, dokumentieren sie und leiten sie weiter. Sie verständigen sich in angemessener Weise mit den Patientinnen und Patienten und den externen Partnern sowohl in der lokalen Landessprache wie auch in mindestens einer Fremdsprache. - Sie führen unter ärztlicher Verantwortung selbstständig diagnostische und therapeutische Arbeiten und Prozesse durch und unterstützen und entlasten die Ärztin oder den Arzt bei diesen Arbeiten. Dazu verfügen sie über ein angemessenes Wissen in Medizin und Naturwissenschaften. - Sie beherrschen die betrieblichen Prozesse in den Bereichen Administration, Korrespondenz und Organisation und stellen damit das Funktionieren der Praxis und die Kommunikation gegen aussen sicher. - Sie arbeiten gemäss den gesetzlichen Vorgaben und den betrieblichen Standards in den Bereichen Hygiene, Umweltschutz, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz. <p>(Quelle: www.sbfi.admin.ch/bvz/grundbildung/index.html?detail=1&typ=EFZ&item=3&lang=de)</p>
Altrechtliche Abschlüsse	—

1.3 Ausbildungen ohne formalen Bildungsabschluss

Zertifikat Pflegehelfer/in SRK	
Ausbildung seit	1959
Kursumfang	120 Theoriestunden und Praktikum von mindestens 12 Tagen
Ausbildungsorte	SRK
Berufsbild	<p>Pflegehelfer/innen SRK übernehmen im Rahmen der ihnen übertragenen Kompetenzen Aufgaben in der Pflege und Begleitung von gesunden, kranken und behinderten Menschen. Das heisst, sie unterstützen das ausgebildete Fachpersonal in der Pflege und Gesundheitsförderung oder entlasten pflegende Angehörige.</p> <p>(Quelle: www.redcross.ch/info/publications/publikation-de.php?bereich=edu&kat=34&id=188)</p>
Altrechtliche Abschlüsse	—

Zertifikat Haushelfer/in der Spitex	
Ausbildung seit	2008
Kursumfang	mind. 5 Kurstage (40 Stunden)
Ausbildungsorte	Careum Weiterbildung, Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen Kanton Zürich (ZAG) u.a.
Berufsbild	<p>Haushelfer/innen unterstützen Menschen, die Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen benötigen, und ermöglicht ihnen dadurch das Wohnen und Leben zuhause. Übernimmt einzelne Aufgaben in den Bereichen Hauswirtschaft, Körperpflege und Betreuung. Hilft bei der Führung der Klientendokumentation und Rapporten. Arbeitet, meist in Teilzeiteinstellungen, zusammen mit gelernten Fachpersonen Betreuung und Pflegefachpersonen in der Spitex.</p> <p>(Quelle: www.berufsberatung.ch/dyn/1391.aspx?id=7726&highlighted=HAUSHELFERIN SPITEX)</p>
Altrechtliche Abschlüsse	—

2 Ausbildungsabschlüsse: Tertiärstufe B – Ebene höhere Fachschule

Die höhere Berufsbildung dient auf der Tertiärstufe der Vermittlung und dem Erwerb der Qualifikationen, die für die Ausübung einer anspruchsvollen oder einer verantwortungsvolleren Berufstätigkeit erforderlich sind (vgl. BBG, Art. 26, Abs. 1). Sie setzt ein eidgenössisches Fähigkeitszeugnis, den Abschluss einer höheren schulischen Allgemeinbildung oder eine gleichwertige Qualifikation voraus (vgl. BBG, Art. 26, Abs. 2).

Im Dienstleistungszweig Pflege und Betreuung sind folgende Berufe mit einem Diplom der höheren Fachschule von zentraler Bedeutung:

- a) Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF
- b) Dipl. Aktivierungsfachfrau/-mann HF
- c) Dipl. Fachfrau/-mann Operationstechnik HF
- d) Dipl. Rettungssanitäter/in HF

Die Berufe dipl. Fachfrau/-mann Operationstechnik und dipl. Rettungssanitäter/in wurden in den 80er und 90er Jahren als Weiterbildung im Anschluss an die Pflegeausbildung angeboten, heute sind es Ausbildungsberufe der Tertiärstufe B.

Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF	
In Kraft seit	1.1.2008
Dauer Bildungsgang (Vollzeit)	3 Jahre
Ausbildungsorte	Höhere Fachschulen ¹
Berufsbild	<p>Die Tätigkeiten der dipl. Pflegefachperson HF umfasst ein breites Spektrum von Aufgaben der Gesundheitsversorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Pflege und Betreuung von physisch und psychisch kranken und behinderten Menschen in allen Lebensphasen und mit unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründen - die Prävention von Krankheiten und die Gesundheitsförderung - die Mitarbeit bei der Entwicklung von politischen Strategien zur Förderung der langfristigen Gesundheit der Bevölkerung - usw. <p>Die Tätigkeiten lassen sich anhand des Kontinuums der Pflege folgendermassen gliedern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitserhaltung und -förderung, Prävention - akute Erkrankungen - Rekonvaleszenz und Rehabilitation - Langzeitpflege - palliative Betreuung <p>Die dipl. Pflegefachperson HF trägt die fachliche Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess und für die Ausführung der organisatorischen und medizinisch-technischen Aufgaben, welche ihr delegiert wurden. Sie arbeitet effizient, analytisch, systematisch, evidenzbasiert und reflektiert.</p> <p>Sie berücksichtigt ethische und rechtliche Prinzipien, den Gesundheitszustand, die Bedürfnisse und Ressourcen, das Alter, das Geschlecht, die Biografie, den Lebensstil und die soziale Umgebung der Patientinnen/Patienten sowie das kulturelle, wirtschaftliche und gesellschaftliche Umfeld.</p> <p>(Quelle: www.sbfi.admin.ch/bvz/hbb/index.html?lang=de&detail=1&typ=RLP&item=17)</p>

Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF

Altrechtliche Abschlüsse **Dipl. Krankenschwester/-pfleger in Gesundheits- und Krankenpflege DN II**
Dipl. Krankenschwester/-pfleger AKP, KWS, PsyKP, IKP

Die altrechtlichen Bildungsabschlüsse wurden dem neurechtlichen Abschluss gleichgestellt und überführt.

Seit 2004 wird die Ausbildung dipl. Pflegefachfrau/-mann HF angeboten. Sie hat die Diplombildung in Gesundheits- und Krankenpflege Niveau II (DN II), gemäss SRK-Bestimmungen vom 1.1.1992, abgelöst.

Die vierjährige generalistische Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege Diplomniveau II (DN II) hat die Ausbildungsgänge Allgemeine Krankenpflege (AKP), Psychiatrische Krankenpflege (PsyKP), Kinder-Wochen- und Säuglingspflege (KWS) sowie Integrierte Krankenpflege (IKP) abgelöst.

Dipl. Krankenschwester/-pfleger Diplomniveau I (DN I)

Der altrechtliche Bildungsabschluss ist ausgelaufen und wurde nicht in die neue Bildungssystematik überführt.

Die dreijährige Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege DN I wurde mit der Einführung des BBG im Jahr 2004 sistiert. Der Bildungsabschluss DN I wurde nicht in die neue Bildungssystematik überführt.

Gemäss einem Entscheid der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Bildung/Hoehere_Fachschule/DNI-positionierung-d_01.pdf) ist der Beruf auf Tertiärstufe zu positionieren, wenngleich Personen mit einem Diplomniveau I zum Bildungsabschluss dipl. Pflegefachfrau/-mann HF eine Zusatzausbildung an einer höheren Fachschule Pflege absolvieren müssen (vgl. z.B.: www.bzgs.ch/cms/upload/Informationen_Aufbauprogramm_DNI_-_Diplom_HF_Pflege.pdf).

¹ Hinweis zur Umsetzung: In der Deutschschweiz sollen laut GDK-Beschluss ca. 90% der diplomierten Pflegenden auf Stufe höhere Fachschule ausgebildet werden. In der Westschweiz werden diplomierte Pflegenden hauptsächlich an Fachhochschulen ausgebildet. Im Tessin werden diplomierte Pflegenden an höheren Fachschulen und an der Fachhochschule ausgebildet (vgl. www.gdk-cds.ch/index.php?id=556&L=mkdnpnzjbunligrv).

Dipl. Aktivierungsfachfrau/-mann HF

In Kraft seit 18.8.2008

Dauer Bildungsgang (Vollzeit) 3 Jahre

Ausbildungsorte Höhere Fachschulen

Berufsbild Das Berufs- und Arbeitsfeld der dipl. Aktivierungsfachfrau HF/des dipl. Aktivierungsfachmannes HF ist Teil des Systems der Gesundheitsversorgung. Die dipl. Aktivierungsfachfrauen HF/dipl. Aktivierungsfachmänner HF arbeiten in den diversen stationären und ambulanten Einrichtungen und Organisationen des Gesundheitswesens.

Das Spektrum der stationären Einrichtungen umfasst vor allem den Langzeitbereich und den Akutbereich in den Fachgebieten Geriatrie, Psychiatrie und Sonderagogik: z.B. Alters- und Pflegeheime, Psychiatrische Kliniken, Wohngruppen für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen, Spitäler, Übergangspflegezentren, Palliativpflegezentren, Spezialkliniken.

Das Spektrum der ambulanten Einrichtungen und Organisation umfasst vor allem geriatrische und psychiatrische Zentren wie Tagesheime oder Tageskliniken und Organisationen mit spital- und heimexternem Auftrag.

Die dipl. Aktivierungsfachfrau HF/der dipl. Aktivierungsfachmann HF ist zuständig für den Bereich Aktivierung im Rahmen der institutionellen Vorgaben.

(Quelle: www.sbf.admin.ch/bvz/hbb/index.html?lang=de&detail=1&typ=RLP&item=32)

Altrechtliche Abschlüsse **Dipl. Aktivierungstherapeut/in**

Altrechtlich ausgebildete Aktivierungstherapeutinnen und -therapeuten haben die Möglichkeit durch entsprechende Weiterbildungsmodule und ein gleichwertiges Qualifikationsverfahren den HF-Titel zu erwerben.

Gestützt auf den Rahmenlehrplan Aktivierung HF, 4. Juli 2008/OdASanté werden in einem strukturierten Verfahren die bisher erworbenen Kompetenzen angerechnet.

Dipl. Fachfrau/-mann Operationstechnik HF*Frühere Bezeichnung:* Dipl. Technische/r Operationsfachfrau/-mann HF

In Kraft seit 10.7.2009

Dauer Bildungsgang
(Vollzeit) 3 Jahre

Ausbildungsorte Höhere Fachschulen

Berufsbild

Die dipl. Fachfrau Operationstechnik HF/der dipl. Fachmann Operationstechnik HF ist eine spezialisierte Fachperson im Operationsbereich der Spitäler. Sie wirkt bei operativen Eingriffen mit, indem sie zudent, instrumentiert und die Pflege und Betreuung von Patientinnen und Patienten sicherstellt. Der Operationsbereich versteht sich als geschlossene Arbeitseinheit, dessen Zutritt die Einhaltung spezifischer hygienischer Massnahmen bedingt. Weitere mögliche Arbeitsfelder sind: Endoskopie-Abteilungen, interventionelle Radiologie-Abteilungen, chirurgische Ambulatorien, Tageskliniken, Arztpraxen und Firmen der Medizin-Technik.

Die Arbeitssituationen im Operationsbereich sind durch schnell ändernde Handlungssituationen, Unvorhersehbarkeit, einen hohen Grad an Risiken, einen hohen Grad an Vernetztheit und schnell ändernde fachliche und/oder personelle Führungsverantwortung sowie einen hohen Technisierungsgrad geprägt. Zudem ist eine über längere Arbeitsphasen dauernde enge und intensive interprofessionelle Zusammenarbeit gefordert.

(Quelle: www.sbf.admin.ch/bvz/hbb/index.html?lang=de&detail=1&typ=RLP&item=46)

Altrechtliche Abschlüsse **Dipl. Technische/r Operationsassistent/in (TOA)**

Der altrechtliche Bildungsabschluss wurde dem neurechtlichen Abschluss gleichgestellt und überführt.

Die Ausbildung TOA ist aus der Weiterbildung für Krankenschwestern/-pflegern zur Tätigkeit im Operationsbereich entstanden und wurde durch die Ausbildung dipl. Fachfrau/-mann Operationstechnik HF abgelöst.

Dipl. Rettungssanitäter/in HF

In Kraft seit 21.1.2008

Dauer Bildungsgang
(Vollzeit) 3 Jahre

Ausbildungsorte Höhere Fachschulen

Berufsbild

Die Rettungssanitäterin/der Rettungssanitäter organisiert und leitet Einsätze jeglicher Komplexität. Ist eine Notärztin/ein Notarzt anwesend, obliegt dieser/m die medizinische Führung und der Rettungssanitäterin/dem Rettungssanitäter die technische und organisatorische Führung. Das Einsatzteam analysiert und bespricht den Einsatz unter Führung der Einsatzleitung. Die Rettungssanitäterin/der Rettungssanitäter dokumentiert ihre/seine Einsätze.

Die Rettungssanitäterin/der Rettungssanitäter verschafft sich einen Situationsüberblick. Sie/er trifft selbstständig und/oder in Zusammenarbeit mit der Notärztin/dem Notarzt und/oder anderen autorisierten Fachpersonen die erforderlichen Massnahmen. Sie/er schützt sich, alle Beteiligten und ihr Umfeld vor den Risiken von Verletzungen und übertragbaren Krankheiten.

Die Rettungssanitäterin/der Rettungssanitäter versorgt und transportiert Patientinnen und Patienten in kritischem und nicht kritischem Gesundheitszustand. Sie/er beurteilt, überwacht und versorgt in Einsätzen jeglicher Komplexität Patientinnen und Patienten, die sich in einer Notfall-, Krisen- oder Risikosituation befinden, selbstständig und/oder in Zusammenarbeit mit der Notärztin/dem Notarzt und/oder anderen autorisierten Fachpersonen. Dabei beherrscht sie/er die Massnahmen zur Rettung und zur präklinischen Versorgung.

Die Rettungssanitäterin/der Rettungssanitäter beherrscht das Führen von Einsatzfahrzeugen. Sie/er stellt die Funktionsfähigkeit und Bewirtschaftung der Infrastruktur, Technik und Logistik sicher, wirkt bei deren Weiterbildung mit und beachtet dabei wirtschaftliche Aspekte. Sie/er informiert sich laufend über die technischen Neuerungen und schlägt die entsprechenden erforderlichen Anpassungen vor.

Dipl. Rettungssanitäter/in HF

Die Rettungssanitäterin/der Rettungssanitäter beteiligt sich an der Prävention von Gesundheitsrisiken. Sie/er hält sich an ethische Prinzipien und rechtliche Bestimmungen. Sie/er gewährleistet und fördert die Qualität in der Rettungskette, insbesondere im Rettungsdienst. Sie/er setzt sich für die Berufsentwicklung ein und beteiligt sich an Forschungsprojekten.

(Quelle: www.sbf.admin.ch/bvz/hbb/index.html?lang=de&detail=1&typ=RLP&item=18)

Altrechtliche Abschlüsse

Dipl. Rettungssanitäter/in

Der altrechtliche Bildungsabschluss wurde dem neurechtlichen Abschluss gleichgestellt und überführt.

3 Ausbildungsabschlüsse: Tertiärstufe A – Ebene Fachhochschule

Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind im Bundesgesetz vom 6. Oktober 1995 über die Fachhochschulen geregelt (vgl. Fachhochschulgesetz FHSG: www.admin.ch/ch/d/sr/c414_71.html).

Die Empfehlung der KFH «Best Practice KFH: Konzeption modularisierter Bachelor und Masterstudiengänge» (vgl. www.kfh.ch/uploads/dobo/doku/1112.pdf?CFID=28952293&CFTOKEN=89021179) zeigt die Rahmenbedingungen für Bachelor- und Masterstudiengänge in Anlehnung an das FHSG und die Bolognaform auf.

Die Abschlusskompetenzen der FH Gesundheitsberufe Pflege, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Ergotherapie, Hebammen, Medizinisch-technische Radiologie (nur in der Westschweiz auf FH-Stufe positioniert) wurden im Rahmen des Projekts «Abschlusskompetenzen FH Gesundheitsberufe» festgelegt (vgl. www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/1_KFH_Projekt_Abschlusskompetenzen_FH_Gesundheitsberufe_Abschlussbericht.pdf).

Im Dienstleistungszweig Pflege und Betreuung sind folgende FH-Berufe von zentraler Bedeutung:

- a) Bachelor of Science in Nursing
- b) Master of Science in Nursing

Bachelor of Science in Nursing (BScN)	
verbreitete Bezeichnung: Pflegefachfrau/-mann FH	
In Kraft seit	1.1.2008
Dauer Bildungsgang (Vollzeit)	3 Jahre
Ausbildungsorte	Fachhochschulen
Berufsbild	Abschlusskompetenzen der Ausbildung zum BScN: www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_KFH_Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf
Altrechtliche Abschlüsse	<p>Pflegeexpertin/-experte HöFa II</p> <p><i>Der altrechtliche Bildungsabschluss ist ausgelaufen und mit dem neurechtlichen Bildungsabschluss vergleichbar, er wurde jedoch nicht überführt.</i></p> <p>Die höhere Fachausbildung Stufe II zur Pflegeexpertin/zum Pflegeexperten HöFa II (erster Lehrgang 1987 an der Kaderschule des SRK durchgeführt) wurde mit der Etablierung der FH Studiengänge zum BScN sistiert. Pflegeexpertinnen und -experten HöFa II sind in der Berufspraxis etabliert und nehmen in der Regel Stabs- und Führungsfunktionen des mittleren und oberen Kaders ein (vgl. Ludwig & Schäfer, 2011).</p> <p>Pflegeexpertinnen/-experten HöFa II werden zum konsekutiven Masterstudiengang in Pflegewissenschaft an Fachhochschulen zugelassen (vgl. www.fhsg.ch/fhs.nsf/de/msc-pflege-zulassungsbestimmungen).</p>

Master of Science in Nursing (MScN)	
In Kraft seit	1.1.2008
Dauer Bildungsgang (Vollzeit)	1,5 Jahre
Ausbildungsorte	Fachhochschulen
Berufsbild	Abschlusskompetenzen der Ausbildung zum MScN: www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_KFH_Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf
Altrechtliche Abschlüsse	—

Nachträglicher Erwerb des Fachhochschultitels (NTE)

Personen mit einem Abschluss einer Vorgängerschule der heutigen Fachhochschulen können beim Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI (bis 2013: Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT) unter bestimmten Voraussetzungen den nachträglichen Erwerb des FH-Titels beantragen. Wer auf diesem Weg nachträglich den FH-Titel erworben hat, kann seit dem 1. Januar 2009 zusätzlich den entsprechenden Bachelor-Titel (Bachelor of Arts/Bachelor of Science) tragen. In den vergangenen zehn Jahren hat das SBFI bzw. BBT rund 20'000 nachträglich erworbene FH-Titel ausgestellt.

Im Dienstleistungszweig Pflege und Betreuung wird der nachträgliche Titelerwerb seit mehreren Jahren diskutiert. Das SBFI bzw. BBT hält fest, dass die Frage des nachträglichen Titelerwerbs in der Pflege erst dann beantwortet werden kann, wenn eine schlüssige gesamtschweizerische Differenzierung der Abschlusskompetenzen der Ausbildung auf der Stufe höhere Fachschule und der Stufe Fachhochschule vorliegt (vgl. Information des SBFI bzw. BBT zur Regelung des nachträglichen Erwerbs des Fachhochschultitels (NTE) Pflege, Mai 2011).

(Quelle: www.sbfi.admin.ch/themen/01337/01339/01356/index.html?lang=de)

4 Ausbildungsabschlüsse: Tertiärstufe A – Ebene Universität

Die universitäre Ausbildung in Pflegewissenschaft wurde in der Schweiz von 1996 bis 2006 am WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe in Aarau in Kooperation mit der Universität Maastricht (NL) angeboten. Das WE'G Weiterbildungszentrum ist aus der Kaderschule des SRK hervorgegangen (vgl. Ludwig, 2006).

Heute werden universitäre Studiengänge in Pflegewissenschaften an folgenden Studienorten angeboten:

a) *Bachelor of Science in Nursing*

- Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel (seit 2000). Für dipl. Pflegefachpersonen HF mit Maturität.

b) *Master of Science in Nursing*

- Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel (seit 2000). Die Ausrichtung dieses Studiengangs ist die «Advanced Nursing Practice (ANP)»
- Institut universitaire de formation et de recherche en soins der Universität Lausanne in Kooperation mit der Fachhochschule Westschweiz HES-SO (seit 2009)

c) *Doktoratsstudium in Pflegewissenschaft (PhD Nursing Science)*

- Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel (seit 2008)
- Institut universitaire de formation et de recherche en soins der Universität Lausanne (seit 2008)

5 Weiterbildungsabschlüsse

Weiterbildungen sind in der Bildungssystematik der Schweiz auf der Tertiärstufe A und B positioniert.

5.1 Weiterbildungen: Tertiärstufe B

Auf der Tertiärstufe B existieren folgende Weiterbildungsabschlüsse:

- Eidg. Berufsprüfungen:** Fachfrau/-mann Langzeitpflege mit eidgenössischem Fachausweis.
Mitte 2010 wurde von der OdASanté die Einführung einer eidgenössischen Berufsprüfung beschlossen, die Reglementierung ist zurzeit in Erarbeitung (vgl. www.odasante.ch/Eidg_Berufsprufung_-_Fachausweis.html?open=1).
- NDS:** Die Nachdiplomstudiengänge (NDS) setzen einen Abschluss auf Tertiärstufe voraus.
Ein Rahmenlehrplan besteht ausschliesslich für die NDS HF in Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege; dieser wurde am 8. Juli 2009 von der OdASanté erlassen und am 10. Juli 2009 vom BBT genehmigt.
Der Rahmenlehrplan ist mit der Genehmigung durch das BBT in Kraft getreten. Die angepasste Version des Rahmenlehrplans NDS HF AIN ist am 5. April 2012 in Kraft getreten.
- Eidg. höhere Fachprüfungen:** Im Rahmen des Projektes «Kompetenzprofile Pflege» der OdASanté wird insbesondere geklärt, welche Weiterbildungen, die heute teilweise als NDS oder HöFa I angeboten werden in Zukunft als eidgenössische höhere Fachprüfungen positioniert werden.
Folgende Vertiefungen sind zurzeit in Diskussion:
- Geriatrie-Gerontopsychiatrie
 - Palliative Care
 - Onkologie
 - Kinder & Jugendliche
 - Nephrologiepflege
 - Mütter- und Väterberatung
 - Diabetesberatung
 - Gesundheitsförderung/Prävention
 - Rehabilitation
 - Pflegeberatung
 - Psychiatriepflege
- (Quelle: www.odasante.ch/Zusatzqualifikationen_Pflege.html?open=1)

5.2 Weiterbildungen: Tertiärstufe A

Auf der Tertiärstufe A sind folgende Weiterbildungsabschlüsse möglich:

- a) CAS Certificate of Advanced Studies
- b) DAS Diploma of Advanced Studies
- c) MAS Master of Advanced Studies

Die MAS/DAS/CAS-Weiterbildungen entstanden mit dem Start der Fachhochschulen ab 2006 nach und nach. Schweizweit werden zurzeit ca. 20 verschiedene MAS angeboten. Werden in der Deutsch-

schweiz im Allgemeinen MAS-Abschlüsse vorgezogen, so dominiert in der Westschweiz das DAS-Angebot. Die MAS- und DAS-Weiterbildungen sind in der Regel modular aufgebaut und bestehen aus mehreren CAS.

5.3 Hinweise zu den altrechtlichen Weiterbildungsabschlüssen der Pflege

Vor dem Inkrafttreten des Berufsbildungsgesetzes 2004 kannte das Bildungssystem des SRK im Anschluss an die Diplomausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege Niveau II folgende drei Weiterbildungsstufen (vgl. Schäfer, 2004, S. 137ff):

- Weiterbildungsstufe I: höhere Fachausbildung Stufe I genannt *HöFa I*. Die inhaltlichen Schwerpunkte der HöFa I Weiterbildungen waren: Pflege, Management, Pflegepädagogik sowie Spezialisierungen in Intensivpflege, Anästhesiepflege, Notfallpflege, Onkologiepflege. Zudem können die Weiterbildungen «Mütter-Väterberatung» sowie «Gesundheitsförderung und Prävention» (ehemals Gesundheitsschwester) der Weiterbildungsstufe I zugeordnet werden.
- Weiterbildungsstufe II: Die höhere Fachausbildung Stufe II mit dem Abschluss Pflegeexpertin/-experte *HöFa II*. Zudem wurde die Ausbildung zur Berufsschullehrperson im Gesundheitswesen und die Managementausbildung (oberes Kader) auf der Weiterbildungsstufe II positioniert.
- Weiterbildungsstufe III: *Master in Nursing Science* WE'G in Kooperation mit der Universität Maastricht (1996 bis 2006)

Wie wurden die Weiterbildungen ins schweizerische und vom Bund reglementierte Bildungssystem überführt?

- Die Weiterbildungen der Weiterbildungsstufe I sind mit der Einführung des neuen Berufsbildungsgesetzes einer grundlegenden Reform unterworfen und werden heute auf der Tertiärstufe B als NDS oder als höhere Fachprüfungen sowie auf der Tertiärstufe A als CAS, DAS oder MAS neu positioniert. Welcher Weiterbildungsabschluss für welche Fachweiterbildung im Bereich Pflege geeignet ist, wird im Rahmen des Masterplans Pflege diskutiert (vgl. www.sbf.admin.ch/berufsbildung/01539/01541/index.html?lang=de).
- Die Bildungsgänge der Weiterbildungsstufe II wurden sistiert und nicht überführt. Heute bestehen jedoch vergleichbare Ausbildungen welche in der Hochschullandschaft positioniert sind:
 - a) Pflegeexpertin/-experte HöFa II: Bildungsinhalte und Kompetenzen sind mit dem BScN vergleichbar (vgl. Kapitel 4.2.1).
 - b) Berufsschullehrperson im Gesundheitswesen: Heute werden die Studiengänge für Lehrpersonen an Berufsfachschulen und höheren Fachschulen am Eidgenössischen Hochschulinstitut für Berufsbildung (EHB) angeboten (vgl. www.ehb-schweiz.ch/de/ausbildung/diplomstudiengaenge/Seiten/unterrichtanhoeherenfachschulen.aspx).
- Der Masterstudiengang, der unter dem SRK als Bildungsgang der Weiterbildungsstufe III positioniert war, ist heute an den Fachhochschulen Gesundheit und an den Universitäten Basel und Lausanne als Ausbildung positioniert.
- Die Weiterbildung zur dipl. Gesundheitsschwester/zum dipl. Gesundheitspfleger wurde in den 80er Jahren als Weiterbildung für dipl. Krankenschwestern konzipiert (Einsatzbereich: Spitex), daraus entstanden ist das NDS Pflege, Gesundheitsförderung und Prävention. Das NDS wird von einzelnen Bildungsanbietern auch heute angeboten (zum Beispiel vom Berner Bildungszentrum vgl. www.bzpflege.ch/index.cfm?r=4&s=26&u=151). Es besteht jedoch kein Rahmenlehrplan, deshalb wird die Weiterbildung nicht unter NDS aufgeführt. Die Weiterbildung soll national als eidgenössische höhere Fachprüfung positioniert werden (= Vertiefung Gesundheitsförderung und Prävention).

Weiterführende Informationen

- Careum Stiftung (2011). Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten (Lancet-Report). Zürich: Careum Verlag.
- Käppeli, S. (2011). Pflegewissenschaft in der Praxis. Eine kritische Reflexion. Bern: Hans Huber.
- Kaufmann, A. (2010). Wandel der Berufe im Gesundheitswesen: Auswirkungen der Bildungsreformen auf über 50 Gesundheits- und Sozialberufe. Zürich: Careum Verlag.
- Ludwig, I. (2006). Studieren geht über Probieren. Pflegewissenschaft und Pflegeentwicklung in der Schweiz. Jubiläumsschrift des Master in Nursing Science, WE'G Aarau, CH, Universität Maastricht, NL. Hungen: hpsmedia GmbH.
- Ludwig, I. & Schäfer, M. (2011). Die Differenzierung beruflicher Funktionen in der Pflege als Herausforderung und Chance. In: S. Käppeli (Hrsg.), Pflegewissenschaft in der Praxis. Eine kritische Reflexion (S. 24–41). Bern: Hans Huber.
- Meyer, P.C. & Sottas, B. (2010). Berufe im Gesundheitswesen. In: G. Kocher & W. Oggier (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012 (S. 41–47). Bern: Hans Huber.
- Oertle Bürki, C. (2008). Fachhochschulen Gesundheit in der Schweiz. Konzeption und Aufbau im Umfeld der allgemeinen Fachhochschulentwicklung. Bern: Peter Lang.
- Portenier, L., A. Bischoff, Schwendimann, R., Barth, A.-R. & Spirig, R. (2010). Pflege. In: G. Kocher & Oggier, W. (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012 (S. 261–273). Bern: Hans Huber.
- Schäfer, M. (2004). Bildungsreform und deren Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung des Bereichs Pflege und Betreuung. In: I. Ludwig, Mahrer-Imhof, R. et al. (Hrsg.), Pflege lehren und lernen. Pädagogische und fachdidaktische Impulse zur Ausbildung im Gesundheitswesen (S. 137–156). Bern: h.e.p.

Anhang

Anhang 1: Reglementierungen

a) Ausbildungen

Bildungsstufe	Ausbildungsabschluss	Reglementierung
Fachhochschule	Master of Science in Pflege (MScN)	FHSG/FKG
	Bachelor of Science in Pflege (BScN)	FHSG/FKG
Höhere Fachschule	Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF	BBG/BBV
	Dipl. Aktivierungsfachfrau/-mann HF	BBG/BBV
	Dipl. Fachfrau/-mann Operationstechnik HF	BBG/BBV
	Dipl. Rettungssanitäter/in HF	BBG/BBV
Eidg. Fähigkeitszeugnis	Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ (FaGe)	BBG/BBV
	Fachfrau/-mann Betreuung EFZ (FaBe)	BBG/BBV
	Medizinische Praxisassistent/-in EFZ	BBG/BBV
Eidg. Berufsattest	Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA	BBG/BBV

b) Weiterbildungen Tertiärstufe B

Bildungsstufe	Ausbildungsabschluss	Reglementierung
Nachdiplomstudium NDS	Dipl. Expertin/Experte Anästhesiepflege NDS HF	www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20042470/index.html
	Dipl. Expertin/Experte Notfallpflege NDS HF	
	Dipl. Expertin/Experte Intensivpflege NDS HF	
	Mütter- und Väterberatung NDS HF	
Eidg. höhere Fachprüfung	Fachexperte/-expertin für Infektionsprävention im Gesundheitswesen HFP	BBG/BBV
	Experte/Expertin im Operationsbereich HFP	BBG/BBV
	Experte/Expertin für Zytodiagnostik HFP	BBG/BBV
Eidg. Berufsprüfung	Fachfrau/-mann Langzeitpflege FA	BBG/BBV

c) Weiterbildungen Tertiärstufe A

Zur Reglementierung der Weiterbildungen auf Fachhochschulebenen vgl. www.sbf.admin.ch/themen/01337/01339/01352/index.html?lang=de.

Anhang 2: Französische Version der Überblickstabellen (Version française des tableaux)

Tab. A_1 Titres professionnels dans le domaine des soins infirmiers et de l'accompagnement

Niveau de formation	Titre professionnel actuel	Existant depuis	ISCED	Fréquent lieu de travail			Anciens titres professionnels	
				hôpital	EMS	SASD		
Degré tertiaire A	Université	PhD Nursing Science	Formation proposée depuis 2008	5A	✓	✓	✓	
		Master of Science in Nursing (MSN)	Formation proposée depuis 2001 ¹	5A	✓	✓	✓	
		Bachelor of Science in Nursing (BSN)	Formation proposée depuis 2000	5A	✓	✓	✓	
	Haute école spécialisée	Master of Science en soins infirmiers (MScN)	Formation proposée depuis 2009	5A	✓	✓	✓	
		Bachelor of Science en soins infirmiers (BScN)	Formation proposée depuis 2006	5A	✓	✓	✓	▪ Formation continue de clinicien/-ne II (HöFa II)
Degré tertiaire B	École supérieure	Infirmier/-ère dipl. ES	En vigueur depuis 2008	5B	✓	✓	✓	▪ Infirmier/-ère dipl. niveau II ▪ Infirmier/-ère dipl. SG/GKP/HMP/PSY ▪ Avec restriction: Infirmier/-ère dipl. niveau I
		Spécialiste en activation dipl. ES	En vigueur depuis 2008	5B		✓		▪ Thérapeute d'activation dipl.
		Technicien/-ienne en salle d'opération dipl. ES	En vigueur depuis 2009	5B	✓			▪ Technicien/-ienne en salle d'opération (TSO)
		Ambulancier/-ière dipl. ES	En vigueur depuis 2008	5B	✓			▪ Ambulancier/-ère dipl.
Degré secondaire II	Certificat fédéral de capacité	Assistant/-e en soins et santé communautaire CFC	En vigueur depuis 2009	3B	✓	✓	✓	▪ Infirmier/-ère assistant(e) (CC CRS) ▪ Aide familiale (CFC)
		Assistant/-e socio-éducatif/ve CFC	En vigueur depuis 2005	3B		✓		▪ Assistant/-e de personnes âgées ▪ "soziale Lehre in Betagtenbetreuung"
		Assistant/-e médical CFC	En vigueur depuis 2010	3B			✓ ²	
	Attestation fédérale de formation professionnelle	Aide en soins et accompagnement AFP	En vigueur depuis 2012	3B	✓	✓	✓	▪ Aide soignant/-e
	Auxiliaire de santé CRS				✓		✓	
	Aide ménagère dans l'aide et les soins à domicile						✓	

EMS: établissement médico-social, SASD: service d'aide et de soins à domicile

¹ 1996–2006: Formation proposée par le WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe à Aarau en coopération avec l'Université de Maastricht (NL)

² Principal lieu de travail: cabinet médical

Tab. A_2 Formations continues dans le domaine de soins infirmiers et accompagnement

Niveau de formation	Titre professionnel actuel	Existant depuis	ISCED	Fréquent lieu de travail			Anciens titres professionnels
				<i>hôpital</i>	<i>EMS</i>	<i>SASD</i>	
Degré tertiaire A	MAS/DAS/CAS	Master of Advanced Studies (MAS)	Formation proposée depuis 2006	✓	✓	✓	
		Diploma of Advanced Studies (DAS)	Formation proposée depuis 2006	✓	✓	✓	
		Certificate of Advanced Studies (CAS)	Formation proposée depuis 2006	✓	✓	✓	
Degré tertiaire B	Études post-diplômes ES	Expert/-e en soins d'anesthésie dipl. EPD ES	En vigueur depuis 2009, adaptation en 2012	5B	✓		▪ Formation continue de clinicien/-ne I (HöFa I)
		Expert/-e en soins d'urgence dipl. EPD ES	En vigueur depuis 2009, adaptation en 2012	5B	✓		▪ Formation continue de clinicien/-ne I (HöFa I)
		Expert/-e en soins intensifs dipl. EPD ES	En vigueur depuis 2009, adaptation en 2012	5B	✓		▪ Formation continue de clinicien/-ne I (HöFa I)
	Examen prof. fédéral supérieur	Expert/-e en prévention des infections associées aux soins avec diplôme fédéral EPS	Bases d'examen approuvées en 2012, pas encore en vigueur		✓		
		Expert/-e dans le domaine opératoire EPS	Pas encore approuvé		✓		
		Expert/-e en cytodiagnostics EPS	Bases d'examen approuvées en 2012, pas encore en vigueur		✓		
	Examen prof. fédéral	Spécialiste soins de longue durée et accompagnement EP	En 2010, décision d'introduire un examen professionnel fédéral, bases régissant cet examen en préparation			✓	✓

EMS: établissement médico-social

SASD: service d'aide et de soins à domicile



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.