Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Frühling 2018

Bundesministerin
Mag.ª Hartinger-Klein im Interview

Familienorientierte und
gemeindenahe Pflege
Prof. Dr. Wilfried Schnepp

Quo vadis? – Pflege zwischen Vision
und Wirklichkeit
Dr.in Doris Pfabigan
Mag.ª Mag.ª Dr.in Elisabeth Rappold

BUSINESS CIRCLE

Die Nr. 1 bei Konferenzen

10 JAHRE

Österreichs größte Plattform für Führungskräfte der Pflege

Pflege-Management Forum

8. / 9. März 2018

DAS KÖNNEN SIE ERWARTEN

- Umsetzung der GuKG-Novelle & Registrierung der Gesundheitsberufe
- Die Zukunft der Pflegeausbildung
- Digitalisierung als strategische Herausforderung für die Pflege
- Pflegekräfte in der Primärversorgung NEU

KEY-NOTE-SPEAKER „KOMPETENZEN DER ZUSAMMENARBEIT“

Wolfgang Mazal
Univ.-Prof. für Arbeits- & Sozialrecht

Sandra Mantz
Trainerin für Sprachkompetenz

Christoph Zulehner
Management-Coach für Ko-Kompetenz

ZUSAMMENARBEIT sozial MINISTERIUM | MINISTERIUM FRAUEN GESUNDHEIT

INFORMATIONEN businesscircle.at/pflegemanagementforum

BILDUNG & MANAGEMENT

05 Health Information Management an der UMIT
Univ.Prof.in Dr.in Elske Ammenwerth

11 17 Jahre „Familienorientierte und gemeindenahe Pflege am Department für Pflegewissenschaft: lessons learned“
Prof.Dr. Dipl.-Pflegepäd. Wilfried Schnepp MSc

15 „Stressbelastung, Stresserleben und Stressbewältigungsstrategien Pflegender im Akutpflegebereich“
Mag.a Dr.in Anna Maria Dieplinger
Astrid Scheidler BScN MScN
Patrick Mülleder BSc

21 Eine Stimme für Patientinnen und Patienten
Thomas Nordhausen MSc

27 25 Goldene Regeln für die praktische Anwendung von Humor in der Psychiatrischen Pflege
Jonathan Gutmann

33 Evidence-Based Practice in der perioperativen Pflege
Sabrina Fehringer MSc

37 Wie kommt man auf die Idee einen Sicherheitsgurt für die Gesundheit zu entwickeln?

43 Selbstevaluation - ein Instrument zur Qualitätssicherung im Pflege- und Gesundheitsbereich
Prof. Dr. Joachim König
Sebastian Ottmann M.A.

55 „RettungspflegerInnen“
FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr. PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc
Dr. Christian Fohringer
Mag.a Petra Ganaus, MSc
Stefan Rottensteiner, MA
Dipl. KH-BW Rudolf Hochsteger
Siegfried Weinert, MSc
Mag.a Dr.in Susanne Ottendorfer
Markus Dallinger, MSc

63 Wissenszirkulation, oder: wie könnte man effektiv innovativ werden
Dr.in Anneke de Jong

69 Das Heranziehen elektronisch erfasster Patient-Reported Outcomes im onkologischen Setting
Michael Klösch BSc
Melanie Eisenführer, BScN MScN
Mag. Michael Aiglesberger, BScN MBA

75 Die Entwicklung der CED-Pflege
Denise Schäfer

79 3. Lernort im SZO

83 Quo vadis? - Pflege zwischen Vision und Wirklichkeit
Dr.in Doris Pfabigan
MMag.a Dr.in Elisabeth Rappold

93 Höhere Lehranstalt für Pflegeassistenz eine „gänzlich neue Schulform“
Mag. Dr. Gerhard Fürstler

GESUNDHEITSPOLITIK

99 Interview mit Frau Bundesministerin Mag.a Beate Hartinger-Klein

107 REZENSIONEN

IMPRESSUM

Medieninhaber
Markus Golla, BScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at

Herausgeber
Markus Golla, BScN

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat
Markus Golla BScN & Mag. Katrin Schützenauer

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Markus Golla, BScN

Webseite & kostenfreies PDF Abo
www.pflege-professionell.at

Printausgabe
bestellbar über www.pflege-professionell.at

Druckerei der Printausgabe
Facultas Verlags- und Buchhandels AG,
Stolberggasse 26, A-1050 Wien

Kontakt
office@pflege-professionell.at
0043/6764908676

Titelbild (C) Goran Andric

(C) 2018 Markus Golla, BScN

Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen, für deren Inhalte sie auch selbst die Haftung übernehmen. Alle Fotos gehören urheberrechtlich den FotografInnen. Eine Vervielfältigung besagter Güter ist nur mit schriftlicher Genehmigung gestattet.

PDF Version: ISSN 2517-9780
Printversion: ISSN 2518-0258

PFLEGEGRUPPE

Personalbereitstellung
Direktvermittlung
Integrationsleasing

Zu viel Arbeit und zu wenig Personal?

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Die Personen im Gesundheitswesen leisten großartige Arbeit, die sie oft an ihre persönlichen Leistungsgrenzen bringt. Zwischen einem Berg Arbeit und angeordneten Zusatzdiensten, versuchen sie ihren PatientInnen weiterhin Empathie entgegenzubringen, obwohl ihnen das System oft nur bedingt eines entgegenbringt.

Dieser Leistungsdruck ist auf allen hierarchischen Ebenen zu spüren und exkludiert absolut niemanden. Der Unmut wird oft durch Wunsch nach mehr Gehalt geäußert. Doch würden 200 Euro mehr diese Arbeitsbedingungen verbessern? Würden dann die Ausstiegsquote und Burnoutrate geringer werden? Können wir so den Herausforderungen der demografischen Entwicklung wirklich gegenübertreten oder hat der Kampf gegen die Windmühlen längst begonnen?

Unterschiedliche Berufsgruppen zwischen Resignation und Revolution…

Was würde passieren, wenn alle Personen im Gesundheitswesen von heute auf morgen an einem Strang ziehen?

Was würde sich ändern, wenn wir gemeinsam netzwerken und Lösungen anstreben, um die wirklichen Herausforderungen zu meistern?

Wenn aus vielen ein Ganzes wird?

Der Fokus unserer Arbeit wird sich 2018 um dieses Thema drehen und wir freuen uns, dass wir gemeinsam mit Ihnen diese Reise antreten….

Markus Golla, BScN

Markus Golla

Herausgeber

QR-Code / Link zu
www.pflege-professionell.at

Health Information Management an der UMIT

Eine zukunftsorientierte Weiterbildung für Pflegepersonen

Pflegerische Informationssysteme funktionieren oft nicht so wie gewünscht

Moderne Informationssysteme sollen die pflegerische Arbeit in den Kliniken und im Sozialbereich eigentlich unterstützen und so Effizienz und Qualität der Patientenversorgung erhöhen. Doch die Realität sieht oft anders aus: Nach einer aktuellen Umfrage der Hochschule Osnabrück sind weniger als die Hälfte der Pflegedirektorinnen und -direktoren mit ihrer IT-Abteilung zufrieden!

Die Gründe sind vielfältig: Oft werden IT-Systeme ausgewählt, die nicht den Anforderungen der pflegerischen Praxis entsprechen. Dies behindert pflegerische Arbeitsabläufe. Dann ist teilweise die Anzahl oder Leistungsfähigkeit der eingesetzten Computer und Laptops nicht ausreichend. Dadurch entstehen unnötige Wartezeiten. Auch müssen Pflegepersonen häufig verschiedene IT-Systeme parallel verwenden, die schlecht aufeinander abgestimmt sind. Dies führt zu Mehrfachaufwänden bei der Dokumentation und erhöht dadurch das Risiko von Fehlern. Schließlich sind viele IT-Systeme nicht sehr benutzerfreundlich gestaltet. Auch dadurch kommt es zu Zeitverlusten und Fehlern.

All dies führt dazu, dass die Potentiale, welche moderne Informationssysteme auch in der Pflege bieten würden, nicht vollständig realisiert werden können. Statt die Effizienz und Qualität zu erhöhen, kommt es zu Ineffizienz, Frustration, unnötigen Mehraufwänden … und unter Umständen zu einer sub-optimalen Patientenversorgung.

Wie kann diese Situation verbessert werden?

Die Tiroler Landesuniversität UMIT hat sich diese Frage schon länger gestellt und entschieden, dass die digitalen Kompetenzen von Pflegepersonen gestärkt werden sollten. In einer mehrjährigen Pflegeinformatik-Initiative wurden von der UMIT dann sequentiell verschiedene Angebote aufgebaut.

Es begann 2011 mit dem Zertifikatslehrgang „Informationsmanagement und eHealth in der Pflege“, welcher in drei Tagen in verschiedene Themengebiete der Pflegeinformatik einführt. Der Zertifikatslehrgang wurde gut angenommen und wird seitdem regelmäßig an der UMIT angeboten. Im Jahr 2015 wurde dann von der UMIT in Zusammenarbeit mit der Zeitschrift Pflegewissenschaft die ENI-Tagungsreihe wiederbelebt. ENI (European Nursing Informatics) ist eine grenzübergreifend ausgerichtete, anwendungsorientierte Fachtagung zu allen Themen des IT-Einsatzes im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich. Nach dem guten Erfolg des „Revivals“ wurde die ENI auch im Jahre 2017 wieder an der UMIT organisiert (Aufzeichnungen der Vorträge sind unter www.kongress-eni.eu abrufbar). 2019 wird die ENI voraussichtlich in der Schweiz stattfinden.

Schließlich wurde ebenfalls 2015 die Österreichische Gesellschaft für Pflegeinformatik ins Leben gerufen, um auch in Österreich eine Vereinigung zu haben, welche die Interessen von Pflegepersonen bei der praktischen und theoretischen Weiterentwicklung der Pflegeinformatik koordiniert. Diese Gesellschaft arbeitet eng mit ihren Schwesterorganisationen in Deutschland (GMDS-Arbeitsgruppe Informationsverarbeitung in der Pflege) und in der Schweiz (IG Pflegeinformatik der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Informatik) zusammen.

Diese Initiativen haben zum Aufbau von Netzwerken von Personen geführt, die am IT-Einsatz im Pflege- und Sozialbereich interessiert sind. Was aber noch fehlte, war ein abgestimmtes Weiterbildungsangebot für Pflegepersonen. Tatsächlich gibt es derzeit im deutschsprachigen Raum kaum berufsbegleitende Weiterbildungsangebote im Bereich Pflegeinformatik, eHealth

Der erste online-gestützte Universitätslehrgang Health Information Management startete im September 2017 an der UMIT.

HIM
Gemeinsam Kompetenzen entwickeln

und Informationsmanagement. Es erschien daher notwendig, hier entsprechende Angebote zu entwickeln. Immerhin werden in der pflegerischen Grundausbildung kaum Kompetenzen im Bereich der Auswahl, Einführung und Nutzung von pflegerischen Informationssystemen vermittelt.

Um ein modernes Curriculum entwickeln zu können, initiierte die UMIT mit anderen Partnern die Entwicklung von Empfehlungen zur Weiterbildung in Pflegeinformatik. Diese Ausbildungen wurden zwischen den drei DACH-Ländern abgestimmt und konnten 2017 unter dem Titel „Welche Kernkompetenzen in Pflegeinformatik benötigen Angehörige von Pflegeberufen in den D-A-CH-Ländern? Eine Empfehlung der GMDS, der ÖGPI und der IGPI“ in der Fachzeitschrift MIBE veröffentlicht werden.

Modern und innovativ: Universitätslehrgang Health Information Management

Basierend auf diesen Empfehlungen sowie Empfehlungen anderer Fachverbände entwickelte die UMIT dann ein modernes und integriertes Curriculum für eine berufsbegleitende Weiterbildung im Bereich Pflegeinformatik. Als Name der Weiterbildung wurde „Health Information Management“ gewählt, also Informationsmanagement im Gesundheitswesen. Dieser Titel beschreibt klar den Kern der Weiterbildung: Es geht nicht um Informatik, sondern um das sinnvolle Management von IT-Systemen im Gesundheitswesen. Und der Titel macht auch deutlich, dass das Thema nicht nur Pflegepersonen betrifft, sondern auch andere Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen wie z.B. Personen aus den Bereichen Qualitäts- und Prozessmanagement, Medizin, Hygiene und Informatik.

> Das Motto beschreibt die Philosophie des kooperativen Lernens: „Gemeinsam Kompetenzen erwerben“.

Absolventinnen und Absolventen des Universitätslehrgangs „Health Information Management“ sollen als Brückenbauer zwischen „Informatik“ und „Anwendung“ fungieren und die Sprachen beider Welten sprechen und verstehen. Durch den demographischen Wandel und den rasanten medizinischen sowie technischen Fortschritt wird der Bedarf an Fachkräften in diesen Bereichen in Zukunft noch weiter steigen.

Der Universitätslehrgang wird in zwei Varianten angeboten: In drei Semestern werden vor allem praxisorientierte Kompetenzen erworben, der erlangte Abschluss lautet „Akademische Expertin/Akademischer Experte“. In fünf Semester können darüber hinaus auch wissenschaftliche und theoretische Kompetenzen vertieft werden, hierfür wird der akademische Grad „Master of Arts (M.A.)“ vergeben.

Der Universitätslehrgang ist von der AQ Austria akkreditiert, das Konzept wurde dabei in einem internationalen Begutachtungsverfahren geprüft und als zukunftsweisend angesehen.

Das Besondere am Universitätslehrgang „Health Information Management“: Er wird vollständig online-gestützt angeboten, um Personen aus dem gesamten DACH-Bereich und Nachbarländern die Teilnahme berufsbegleitend zu ermöglichen. Verpflichtende Anwesenheiten an der Universität gibt es nicht.

Berufsbegleitend und online-gestützt studieren: Wie funktioniert das?

Das didaktische Konzept basiert auf dem Ansatz des kooperativen Lernens. Berufstätige Personen möchten die eigenen Erfahrungen in den Lernprozess einbringen, das Erlernte im Beruf zur Lösung

von Problemen einsetzen, sich mit anderen Lernenden austauschen sowie zeit- und ortsunabhängig lernen. Der Universitätslehrgang adressiert genau diese Bedürfnisse.

Lernen funktioniert nachweisbar am besten, wenn es gemeinsam in einer Gruppe erfolgt („soziales" Lernen). Im Rahmen des Universitätslehrgangs wird daher gemeinsam in einer virtuellen Lerngruppe gelernt, unterstützt von einer kooperativen Online-Lernumgebung. Das Lernen wird dabei durchgehend von international renommierten und erfahrenen Lehrpersonen begleitet.

Jedes Modul dauert in der Regel sechs Wochen. Dieser Zeitraum ist in Wochenblöcke aufgeteilt. Diese klare Modulstruktur hilft bei der Zeitplanung und unterstützt beim „Durchhalten". In jedem Wochenblock erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Lernaufgaben, welche zu bearbeitet sind. Hierfür werden Materialien, die bei der Lösung unterstützen, bereitgestellt; dies können z. B. gefilmte Vorträge, besprochene Foliensätze, Videos, Skripten, Bücher oder Artikel sein.

Die Lernaufgaben sind praxisnah gestaltet, ermöglichen das Entwickeln eigener Gedanken und Lösungen, erlauben die unmittelbare Anwendung theoretischer Konzepte, fördern den interdisziplinären Austausch in der Gruppe und ermöglichen das Anknüpfen und Weiterentwickeln eigener Vorerfahrungen. Alle Lernaufgaben beinhalten kooperative Elemente wie z.B. das gegenseitige Feedback zu eigenen Lösungen und Ideen oder auch das gemeinsame Entwickeln von Konzepten.

Erste Erfahrungen bestätigen das Konzept

Im September 2017 war es dann soweit: Die erste Kohorte an Studierenden startet im Universitätslehrgang Health Information Management an der UMIT. Im Rahmen von Netzwerktagen lernten sich alle persönlich kennen und dann ging es auch gleich los mit dem ersten online-basierten Modul „Projektmanagement". Weitere Module beinhalten z.B. IT-gestütztes Prozessmanagement im Gesundheitswesen, angewandte Informatik, IT- und Informationsmanagement im Gesundheitswesen, eHealth und elektronische Gesundheitsakten oder Informationssicherheit.

Die bisherigen Erfahrungen sind gut. Die Studierenden entwickeln aktiv Kompetenzen und können dabei gemeinsam mit den Mit-Stu-

LEBEN mit Beatmung zu Hause?

Was kommt nach der Intensivstation? Manche Erkrankungen oder Verletzungen gehen mit einer vorübergehenden oder dauerhaften Abhängigkeit von der Beatmung über Kanüle einher. Für die Pflege zu Hause benötigt es fachlich qualifiziertes und erfahrenes Pflegepersonal. CURAplus betreut und pflegt ausschließlich invasiv beatmete Kinder und Erwachsene im häuslichen Umfeld.

- Kompetente Beratung bereits in der Klinik
- Hilfestellung bei der Adaptierung des häuslichen Umfelds
- Organisation eines Betreuungsteams zu Hause (Medizin, Pflege, Therapieberufe)
- Unterstützung bei Behördenwegen
- Fachpflege statt Personenbetreuung
- Transportbegleitung
- Stundenweise Unterstützung bis zur 24h- FACHPFLEGE
- „Reha zu Hause"
- LEBEN mit Beatmung
- Telemedizinische Anwendungen
- Enge Kooperation mit der behandelnden Klinik
- Schaffung eines vertrauten Umfelds
- Organisation der Entlassung

Der Entlassungsprozess kann mehrere Wochen dauern. Daher ist es sinnvoll, diesen so schnell wie möglich einzuleiten. ***Vereinbaren Sie einen unverbindlichen und kostenlosen Beratungstermin.***

CURAplus
MEHR ALS PFLEGE
www.curaplus.at

CURAplus ...mehr als Pflege

9020 Klagenfurt I Villacherstrasse 161
6280 Zell am Ziller I Talstrasse 2
3804 Allentsteig I Am Lagerberg 14
0664 22 78 750
office@curaplus.at

dierenden diskutieren und lernen. Die Diskussionen zu einzelnen Aufgaben finden auf hohem Niveau statt. Ein großer individueller Lernfortschritt ist bei den meisten Studierenden klar erkennbar.

Gemeinsames Lernen funktioniert also auch online-gestützt, was auch die Statements von unseren Studierenden bestätigen:

- „Durch die starke Orientierung anhand von Lernaufgaben entsteht in diesem Kurs eine ganz andere Dynamik."
- „Ich bin immer noch hingerissen von der Intensität der Diskussionen, die ich bei einem Online-Kurs nicht erwartet habe."
- „Spannend und herausfordernd zugleich!"
- „Anstrengend, macht aber auch großen Spaß!"

Für das gelungene didaktische Konzept wird der Universitätslehrgang mit dem eLearning-Award 2018 in der Kategorie „soziales Lernen" ausgezeichnet.

Fazit

Pflegepersonen sollten sich aktiv in die Gestaltung der Informationssysteme einbringen, da diese ihre Arbeit immer mehr prägen werden, und dies nicht anderen Berufsgruppen wie Informatikerinnen und Informatikern überlassen. Der Universitätslehrgang bietet hierfür eine zielgerichtete und berufsbegleitende Weiterbildung.

Fact Sheet:

Zertifikatslehrgang Informationsmanagement und eHealth in der Pflege (3 Tage, Präsenz): Infos unter www.umit.at/pflegeinformatik; der nächste Lehrgang findet 18. – 20.4.2018 statt.

Universitätslehrgang Health Information Management
(3 Semester, online-gestützt, Abschluss: Akademische Expertin/Akademischer Experte): Infos unter www.umit.at/him, Start im September 2018

Universitätslehrgang Health Information Management
(5 Semester, online-gestützt, Abschluss: Master of Arts): Infos unter www.umit.at/him, Start im September 2018

Autorin

Univ.Prof. Dr. Elske Ammenwerth
UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften,
Medizinische Informatik und Technik Tirol,
Eduard Wallnöfer Zentrum I,
A-6060 Hall in Tirol,

Mail: elske.ammenwerth@umit.at

UMIT
the health & life sciences university

Unsere Ausbildungen für Health Professionals

Start im Herbst 2018
Online-Studium

HEALTH INFORMATION MANAGEMENT

_ Attraktives Weiterbildungsangebot für Pflegefachpersonen

_ Brücken bauen zwischen Informatik und klinischer Anwendung

_ Online-basiert und berufsbegleitend Kompetenzen erwerben

_ Studieren in einer interdisziplinären Gruppe

_ In drei Semester zur Akademischen Expertin/zum Akademischen Experten

_ In fünf Semester zum Master-Abschluss (Master of Arts)

Informationen und Anmeldung unter: www.umit.at/him

www.umit.at

UMIT
the health & life sciences university

(C) Witten/Herdecke

17 Jahre „Familienorientierte und gemeindenahe Pflege am Department für Pflegewissenschaft: lessons learned“

17 Jahre sind keine 20 Jahre, kein rundes Datum oder gar ein Jubiläum, aber die Anfrage nach einem Beitrag über meine Arbeit gibt mir die Gelegenheit, Rückschau zu halten und einen Blick in die Zukunft zu werfen.

Der Anfang: auf der Suche nach dem Rahmen

Als ich vor 17 Jahren die Leitung des Lehrstuhls für Familienorientierte und Gemeindenahe Pflege am damaligen Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke übernommen habe, sind aus heutiger Sicht einige Dinge erstaunlich: 1. dass zu dem Zeitpunkt überhaupt ein Lehrstuhl der familienorientierten Pflege gewidmet wurde und dass 2. ich diesen Lehrstuhl tatsächlich übernommen habe. Zu 1. ist zu sagen, dass bis heute Professuren und Lehrstühle in Sachen Pflege in der Regel nicht spezifisch denominiert werden, sondern allgemein der Pflegewissenschaft gewidmet sind. In der Medizin wäre es undenkbar, Professuren in einer medizinischen Fakultät als „Medizin“ zu bezeichnen, tatsächlich bilden die Denominationen den inhaltlichen Schwerpunkt ab, der dann zu Recht auch erwartet werden kann. Ein Lehrstuhl Kardiologie wird sich mit kardiologischen Themen in Praxis, Forschung und Lehre befassen, nicht mit anderen medizinischen Teilbereichen, es sei denn, sie berühren kardiologische Themen.

2001 bestand zwar ein Konsens dazu, Pflegewissenschaft an deutschen Hochschulen und Universitäten zu etablieren, es war aber keinesfalls klar, womit sich die Professuren beschäftigen sollen. Insbesondere die Fachhochschulen haben bis heute das Problem, „alles“ anbieten zu müssen. In Witten war dies anders. Hier wurden von Anfang an pflegewissenschaftliche Professuren spezifisch denominiert, so auch der Lehrstuhl für „Familienorientierte und Gemeindenahe Pflege.“ Das Interesse an solch einem Lehrstuhl hatte Gründe. Seit der 90ger Jahre wurden „Pflegende Angehörige“ immer mehr zum Thema, dies zu Recht, wenngleich der Diskurs in dieser Zeit häufig durch Polemik gekennzeichnet war und die Absicht eher politisch war. Es war die Zeit der Pflegeversicherung, Familien, die einen Angehörigen pflegten, wurden zu „pflegenden Angehörigen“. Diese Zeit um die Jahrtausendwende war eine überaus kreative Zeit und größere Forschungen zu pflegenden Angehörigen stammen aus dieser Zeit.

Dem Thema der Angehörigenpflege wird am Lehrstuhl bis heute

ungebrochene Aufmerksamkeit gewidmet, gleichzeitig war es mir stets ein Anliegen, den Fokus der Angehörigenpflege auszuweiten. Tatsächlich haben wir uns sehr rasch auf „Family Nursing“ als Rahmen für Forschung, Lehre und Praxis konzentriert. Zwar spielt Angehörigenpflege eine wichtige Rolle, aber die Orientierung auf Family Nursing erlaubt uns Auseinandersetzungen anderer Art. Es muss nicht immer Angehörigenpflege sein. Family Nursing erlaubt systematisch komplexen Fragen zu „Family as a Unit“ nachzugehen und nicht alleine „Family as a Context“ in den Blick zu nehmen, wie es bei der Angehörigenpflege der Fall ist. Es ist sehr wichtig, die eigenen Perspektiven in Frage zu stellen, wenn man nicht zu dem Bild beitragen möchte, dass alle pflegenden Angehörigen immer belastet sind, dass Angehörigenpflege immer weiblich ist und dass ausschließlich gerontologische Themen untersucht werden. Wichtig ist es die gesamte Lebensspanne und Entwicklungsaufgaben von Familien in den Blick zu nehmen.

Dieser Fokus auf Familien mündete in sehr erfolgreiche „Young Carers“ Projekte und schließlich in ein kooperatives Forschungskolleg, das wir gemeinsam mit der Hochschule Osnabrück betreiben. In diesem Kolleg haben 24 Kollegiatinnen und 4 Postdocs die Gelegenheit, zu Familien im Zusammenhang mit Krankheitsbewältigung und Gesundheitsförderung zu forschen, zu promovieren und die wissenschaftliche Laufbahn einzuschlagen. Betreut werden sie von drei Professorinnen und zwei Professoren. Auf die Ergebnisse des Kollegs sind wir alle sehr gespannt. Was wird der Beitrag über die einzelnen Projekte hinaus sein? Welche Antworten werden wir geben, werden wir die theoretischen Grundlagen zu Family Nursing weiter entwickeln können?

Die Suche nach Heimat

Ebenfalls erstaunlich ist, dass ich überhaupt diesen Lehrstuhl angetreten habe. Insgesamt sieben Jahre wissenschaftlicher Tätigkeit an verschiedenen Hochschulen im UK, den Niederlanden und schließlich meine Zeit an der Universität von Utrecht haben mich nachhaltig geprägt. Ich lernte Pflegewissenschaft in einem Umfeld, wo sie nicht so unter Druck stand wie in Deutschland. Wir mussten nicht diskutieren, warum es wichtig ist, dass auch die Pflege forscht, sondern lernten forschen, wie alle anderen Disziplinen auch. Die Selbstverständlichkeit mit der in diesen Ländern Pflegewissenschaft betrieben wurde, ist ein guter Boden, sich schnell heimisch zu fühlen. Ich hatte das große Glück, von Prof. Dr. Mieke Grypdonck betreut zu werden und sie hat mich, wie auch Prof. Dr. (mult) Ruth Schröck in meinem Wissenschaftsverständnis am stärksten geprägt. Diese verehrten Lehrerinnen haben beide bis heute eine klare Vorstellung dazu, was die Aufgabe der Pflege ist. Im Mittelpunkt stehen kranke und pflegebedürftige Menschen. Ihre subjektive Sicht und ihr Erleben ist Ausgangspunkt für unsere Forschung und die Entwicklung von Interventionen bis hin zu Theorien.

In Deutschland bestanden durchaus andere Auffassungen dazu, was Pflegewissenschaft ist oder zu sein hat. Es ging weniger um die direkte Patientenversorgung, sondern eher um wissenschaftstheoretische und berufssoziologische Fragen. Zu Anfang bestand in Deutschland zum Beispiel ein eher unkritischer Umgang mit Pflegetheorien und Instrumenten der beruflichen Pflege, wie etwa dem „Pflegeprozeß“. Von Mieke Grypdonck hatte ich einen sehr kritischen Umgang mit Pflegetheorien gelernt. Insbesondere Orems Theorie lernten wir nach allen Regeln der Kunst zu zerlegen. Wir waren überzeugt, dass wir „andere Theorien“ benötigten: die Theorien sollten empirisch verankert sein und eine geringere Reichweite haben. Mieke Grypdonck startete in dieser Zeit ihre Theorie zu chronisch krank sein zu entwickeln, ein Prozess, den sie bis heute verfolgt. In Deutschland dachte man indessen über die „12 ATL’s“ nach. Tatsächlich ist es mir gelungen, die Arbeiten aus den Niederlanden von Mieke Grypdonck und auch von Corry Bosch bekannt zu machen. Wer heute in Deutschland und Österreich zu chronisch Kranken forscht, kommt an Mieke Grypdonck nicht vorbei. In Deutschland sind es insbesondere Doris Schaeffer und Martin Moers, die die Arbeiten von Mieke Grypdonck aufgegriffen haben und in Österreich war es Elisabeth Seidl.

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sind in gewisser Weise „Nomaden“. Sie sind nicht geografisch an Orte gebunden, sondern sie haben ihre Heimat da, wo sie ihre Ideen zu Wissenschaft, Forschung und ihre Schwerpunkte umsetzen können, das ist ihre Heimat. So verwundert es auch nicht, dass ich über Kooperationen in verschiedenen Ländern verfüge, wo ich mich sehr heimisch fühle, wie etwa in Wien, Gent, Ostrava und Haifa. Diese Kooperationen tun gut. Sie helfen dabei, den Blick offen zu halten und über den „Tellerrand“ zu schauen.

Säen und ernten

Zu den Aufgaben von Professorinnen und Professoren gehört

es, den wissenschaftlichen Nachwuchs zu fördern. Dies gilt insbesondere für Doktoranden. Hier ist das Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke richtungsweisend mit dem Doktorandenkolleg, das seit 1996 betrieben wird. Insgesamt haben 83 Kolleginnen und Kollegen ihren Doktorgrad erhalten, 35 davon sind Professorinnen und Professoren geworden. Das ist ein enormer Erfolg. Ich leite das Doktorandenkolleg und gemeinsam mit meinen Kolleginnen und Kollegen betreuen wir Doktorandinnen und Doktoranden und unterstützen sie.

Insbesondere freue ich mich, wenn Mitarbeiterinnen am Lehrstuhl und ehemalige Studierende promovieren und selbst Professorinnen und Professoren werden. Hierzu zählen etwa Sabine Metzing, Andreas Büscher, Andre Fringer, Jörg Schlarmann, Inge Eberl, Anne Meissner, Margareta Halek und all die vielen ehemaligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Doktorandenkollegs, die ich als Mentor und Erstbetreuer begleiten durfte. Die Liste ließe sich problemlos ausweiten.

Es geht aber nicht nur um die Anzahl von Professorinnen, die ich begleiten durfte, sondern auch um thematische Ausrichtungen. Sabine Metzing promovierte beispielsweise in meinen Forschungsprojekten zu „Young Carers“, dies führte zur Berufung als Juniorprofessorin und schließlich als Universitätsprofessorin für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche. Andreas Büscher war mein erster wissenschaftlicher Mitarbeiter und beschäftigte sich mit „Pflegeversicherung“. Heute ist er als Professor eine Autorität in Sachen Pflegeversicherung und Langzeitpflege. Andre Fringer beschäftigte sich als Mitarbeiter am Lehrstuhl mit Ehrenamt, Unterstützung von Familien und dies mündete in sein Interesse zu Palliative Care. Als Professor ist er heute ein Experte auf diesem Gebiet geworden. Wer sich heute mit der Frage beschäftigt, wieviel „Young Carers“ es gibt, stößt unweigerlich auf Martin Nagl-Cupal, den ich als Doktorand in Witten betreuen durfte. Das war nicht folgenlos und wenn meine verehrte Kollegin Hanna Mayer die Meinung vertritt, dass Family Nursing in Österreich „eingeschneppt“ wurde, so war Martin Nagl-Cupal daran nicht ganz unschuldig. Ich muss nicht mehr Vorlesungen zu Family Nursing in Österreich machen. Der Experte auf diesem Gebiet in Österreich heißt Martin Nagl-Cupal.

Zum Schluss

Die 17 Jahre „Familienorientierte und Gemeindenahe Pflege“ waren gute Jahre. Sich wissenschaftlichen Herausforderungen zu stellen, gleichzeitig nicht auf jeden Zug springen, kritisch bleiben, weiterentwickeln und Menschen zu fördern, ist der Kern der Tätigkeit. Aber noch etwas habe ich gelernt, was ganz banal ist und was Menschen nicht gut können: 1. alles unterliegt dem Gesetz der Veränderung, sie kann nicht aufgehalten werden und 2. man sollte sich selbst nicht zu wichtig nehmen, denn dann werden andere wichtig, über deren Entwicklung man sich aufrichtig freuen kann.

Autor

Prof. Dr. Dipl.-Pflegepäd. Schnepp, Wilfried, MSc

Univ.-Prof. Dr. Wilfried Schnepp, Dipl.-Pflegepäd., MSc (Nursing), Fachkrankenpfleger in der Intensivpflege leitet seit 2001 an der Universität Witten/Herdecke den Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahe Pflege. Prof. Dr. Schnepp lehrt familienorientierte Pflege in verschiedenen europäischen Ländern. An der Universität Witten/Herdecke leitet er außerdem das PhD-/ Promotionsprogramm, ist stellvertretender Vorsitzender der Promotionskommissionen Dr. med., Dr. rer.medic., Dr. phil. und ist Sprecher des kooperativen Forschungskollegs „FamiLe – Familiengesundheit im Lebensverlauf“, Standort Witten, das in Kooperation mit der Hochschule Osnabrück durchgeführt wird. Prof. Dr. Schnepp verfügt über aktuelle berufspraktische Erfahrungen in der Palliativpflege und Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen.

CS
HOSPIZ RENNWEG
Liebe zum Quadrat.
www.cs.at/spenden

„Stressbelastung, Stresserleben und Stressbewältigungsstrategien Pflegender im Akutpflegebereich“

Die Pflege in Europa befindet sich im Umbruch. Aufgrund des demografischen Wandels nimmt die Anzahl der Menschen, die auf professionelle Pflege angewiesen sind, zu. Dieser steigende Pflegebedarf kann, aufgrund von Geburtenrückgängen und Rekrutierungsproblemen von Pflegemitarbeitern langfristig nicht gedeckt werden. Pflegende im Krankenhaus sind vermehrt physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Zeitgleich steigt die Fluktuation von Pflegemitarbeitern. Um den Gesundheitszustand von Pflegenden im klinischen Arbeitsbereich zu fördern und die Wirkung der einzelnen Faktoren zu verstehen, müssen Stressbelastung, Stresserleben und Stressbewältigungsstrategien gleichermaßen beachtet werden. Die Zahlen und Fakten zeigen, dass in den vergangenen zehn Jahren jede siebte Stelle im Pflegebereich eingespart wurde, derzeit aber eine Million Patienten mehr zu versorgen sind als noch vor 10 Jahren. Demzufolge entsteht ein Mehrbedarf an medizinischen und diagnostischen Maßnahmen im Krankenhaus (Isfort 2008). Zusätzlich stellt die Durchführung von Überstunden bzw. Mehrstunden einen zusätzlichen arbeitsbedingten Belastungsfaktor dar. Klinisch Pflegende können aufgrund dieser Mehrbelastungen oftmals Ruhe- und Pausenzeiten nicht einhalten.

In allen europäischen Ländern kommt es zu einem massiven Anstieg stressbedingter Erkrankungen, insgesamt sind 28 % aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von arbeitsbedingtem Stress betroffen (EU-OSHA 2015). Als sichtbare Stressoren werden zum Beispiel die Kombination von Überforderung und mangelnder Selbstbestimmung sowie das Auftreten von Eintönigkeit und Überforderung bzw. Unterforderung in Kombination mit einem geringen Handlungsspielraum angeführt (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Pflegende im klinischen Setting: In Österreich wurde die Anzahl an weiblichen Pflegenden im Krankenhaus im Jahr 2014 mit insgesamt 81,4 % festgelegt, der Anteil an männlichen Pflegenden mit 18,6 % (Statistik Austria 2014). Das entspricht gemäß Statistik Austria 2014 einer Anzahl von 72.863 klinisch Pflegenden. Folglich ist arbeitsbedingter Stress und die damit verbundenen Beschwerden und Gefahren für Pflegende im klinischen Setting, als eine beachtliche gesundheitsökonomisch-volkswirtschaftliche

(C) korta

Komponente zu sehen.

Das Arbeitspensum steigt weiter an. Rottenhofer & Stewig (2012) stellten fest, dass der steigende Kostendruck im Gesundheits- und Sozialwesen den zunehmenden Ansprüchen älter werdender Menschen an eine qualitativ hochwertige Gesundheits- und Pflegeversorgung gegenübersteht. Gemäß einer durchgeführten Modellberechnung könnte sich die Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland von aktuell 2,25 Millionen im Jahr 2030 voraussichtlich auf 2,90 - 3,30 Millionen erhöhen (Isfort, Weidner, Neuhaus, Brühe, Kraus, Köster & Gehlen, 2011).

Physische, psychische und soziale Auswirkungen durch Stress: Stressoren verursachen physische, psychische und hormonelle Reaktionen im menschlichen Körper. Diese steuern dazu bei, die gesteigerten Anforderungen zu bewältigen. Es kommt zu einer erhöhten abwehrenden Körperreaktion, die langfristig zu Erkrankungen führen kann (Selye 1956). Das hat die Folge, dass nicht nur der Körper durch Stress heftige Reaktionen zeigt, sondern die Psyche und letztendlich das gesamte soziale Leben beeinträchtigt sind.

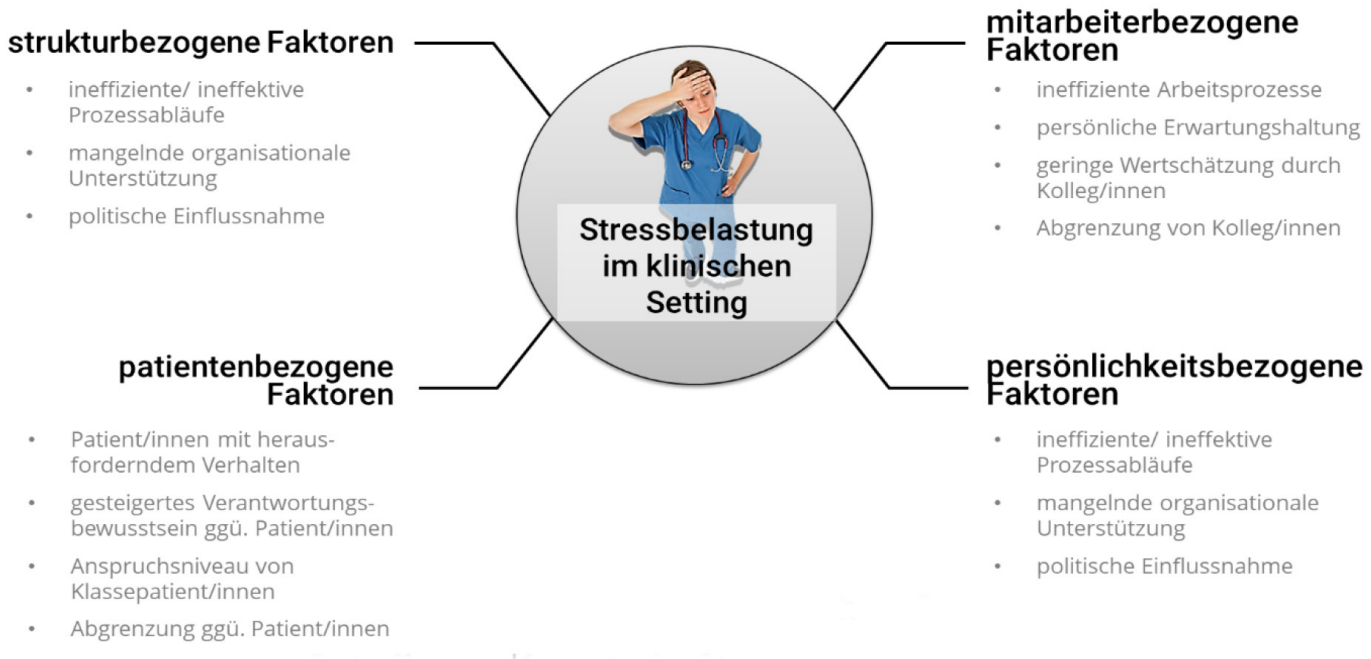
Ökonomische Auswirkungen: Mehr als die Hälfte der Krankenstandstage sowie europaweite Kosten in Milliardenhöhe werden durch Stress verursacht (EU-OSHA 2015). Krankenstände durch arbeitsbedingte psychische Belastungen dauern durchschnittlich länger und verursachen in Deutschland gesamtwirtschaftliche Kosten in der Höhe von mehr 40 Mrd. Euro (Statistisches Bundesamt 2015). Stress kostet Geld. Gemäß Berechnungen von Statistik Austria (2010) sind im Nachbarland Österreich die Invaliditäts- und Erwerbsunfähigkeitspensionen aufgrund von diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen von 59.600 (2002) auf 98.800 (2010) angestiegen.

In einer Untersuchung am Institut für Pflegewissenschaft und –praxis (Scheidler & Dieplinger 2016) in Salzburg wurde die Frage gestellt, welche Stresserlebens- und Stressbelastungssituationen sind Pflegende im Akutpflegebereich ausgesetzt und wie bewältigen diese den Stress?

In dieser qualitativen Studie konnten die Stressbelastungsfaktoren unterteilt werden in Struktur, Mitarbeiter, Patient und die eigene Persönlichkeit. Diese Dimensionen beinhalten wiederum Stressfaktoren, die in weiterer Folge zu einer gesamten Überlastung führen können.

Welche Symptome beschreiben die Betroffenen: Kommt die Stressbelastung punktuell vor, dann ist dies völlig normal und die Befragten geben an, genügend Copingstrategien mitzubringen. Stress über einen längeren Zeitraum oder gar dauerhaft kann die Gesundheit gefährden. Depressionen, chronische Erkrankungen,

Stressbelastung im klinischen Setting (eigene Darstellung 2017)

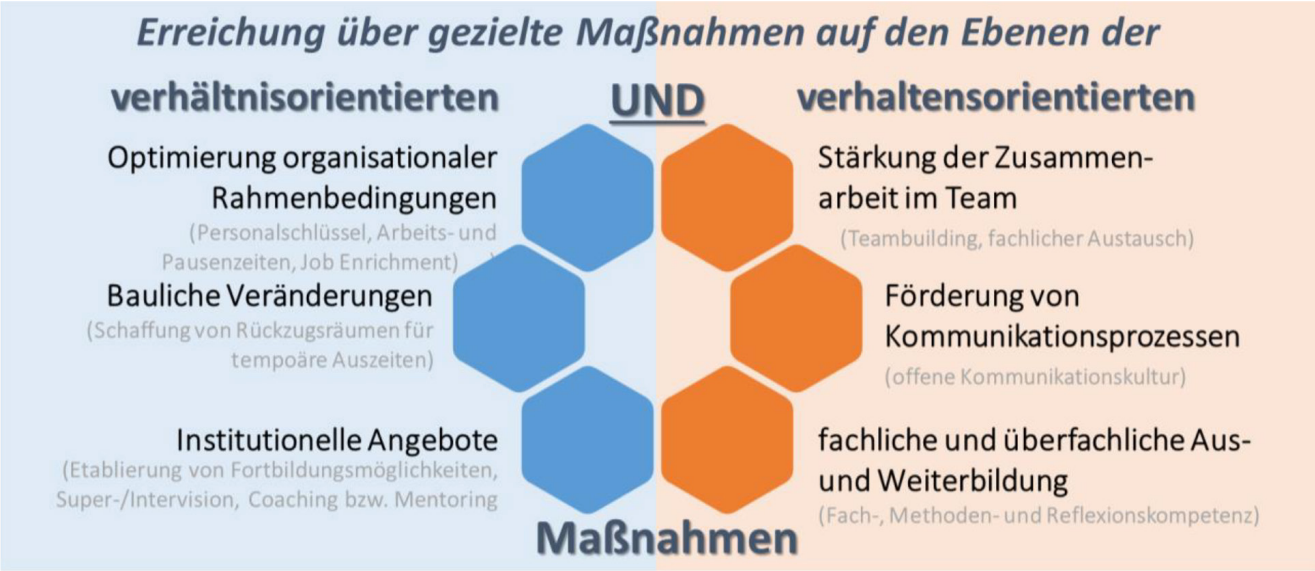


Stressbewältigungsstrategien (eigene Darstellung 2017)

Überlastungssyndrome und Burnout können die Folge sein. Was tun nun Pflegende, die unter Belastungen und Überlastungen leiden? Die Strategien können eingeteilt werden in individuelle, organisationale, verhältnisorientierte, personalbezogene und informelle Ebenen.

Generell werden individuelle Strategien, wie zum Beispiel eine ausgeglichene Work-Life-Balance, zur Stressbewältigung in der Klinik am häufigsten von den Befragten genannt. Pflegende wünschen sich Unterstützung seitens der Institution, wobei organisational-verhältnisorientierte und organisational-personenbezogene Strategien, wie betriebliche Gesundheitsförderung und Super-/Intervisionen gleichermaßen von Pflegenden eingefordert werden.
In einer weiteren Studie im Bereich der Hospiz- und Palliativpflege wurden ähnliche Bewältigungsstrategien genannt. Hier zeigte sich die Entwicklung und Unterstützung durch das kollegiale Umfeld als wirkungsvolle Grundlage der Stressbewältigung. Institutionelle Angebote, wie Supervision, Coaching oder fachliche Weiterbildung, sahen ein gutes Drittel der befragten Pflegenden als effektive Maßnahme für die Bewältigung beruflicher Belastungssituationen. Stressbewältigung geschieht demnach in beiden Studien vorrangig in und durch die Tätigkeit selbst und weniger durch Strukturausbau oder der zeitlichen und thematischen Abgrenzung zur Tätigkeit (Dieplinger, 2016).

Eine Institution kann nun folgende Interventionen setzen. Eine Optimierung der Rahmenbedingungen in der Organisation, bauliche Veränderungen und institutionelle



stressabbauende Angebote sehen klinisch Pflegende als wesentliche Unterstützungsmaßnahmen, um Stresssituationen langfristig entgegenzuwirken.

Die Stressbelastung im Krankenhaus ist überwiegend laut der Studie in der Organisation und bei den Mitarbeitern verortet (Scheidler & Dieplinger 2016). Die Pflege hat kaum Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeit, vorhandene Bedingungen werden, trotz kritischer Anmerkungen, letztendlich akzeptiert. Die Ohnmacht der Berufsgruppe der Pflege ohne Einflussnahme auf politische Entscheidungen wird ebenso als Belastung genannt als auch Abgrenzungsprobleme in der Tätigkeit zum medizinischen Bereich. Wobei hier speziell die Hierarchie eine wichtige Rolle spielte. Belastende patientenbezogene Faktoren sahen Pflegende häufig in direktem Zusammenhang mit Ereignissen und Erfahrungen durch Sonderklassepatienten, verwirrten/desorientierten Patienten oder mit Patienten, deren Genesungsprozess bereits fortgeschritten war und diese dementsprechend fordernder gegenüber den Pflegenden auftraten.

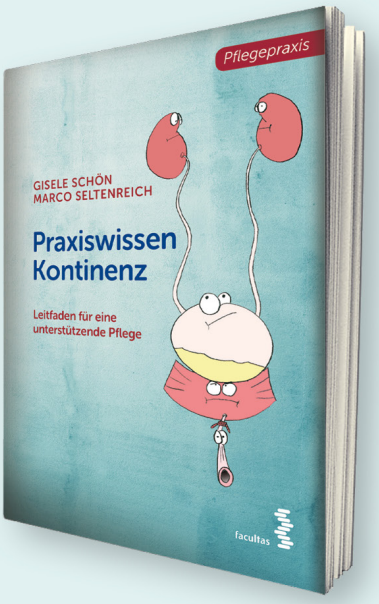
Handlungsmöglichkeiten sollten bei der Umsetzung ganzheitlich gedacht werden, d. h. dass persönliche und organisationale Maßnahmen zur Stressverarbeitung eingesetzt werden sollten (z.B. bei Reflexionskompetenzen von Pflegenden: organisationale Gewährung von zeitlichen und räumlichen Ressourcen + Schulung über Coaching/Supervision, aber auch persönliches Interesse und Motivation sich diese Kompetenzen anzueignen und diese bei Belastungssituation einzusetzen). Die Etablierung einer „belastungssensitiven Unternehmenskultur“. Die Flexibilisierung des Arbeitskontextes ist eine wirksame Möglichkeit, um einer beruflichen Überlastung entgegenzuwirken. Der Einsatz von unterschiedlichen Bewältigungsansätzen und Copingstrategien sind notwendige Schlüsselkompetenzen klinisch Pflegender. Änderungswünsche zur dauerhaften Unterstützung in Stresssituationen sahen klinisch Pflegende sowohl in einem besseren Teamzusammenhalt als auch in einer Optimierung kommunikativer Prozesse. Diese genannten Komponenten standen in direktem Zusammenhang mit der Förderung sozialer Kompetenzen, Rücksichtnahme und der Akzeptanz persönlicher Schwächen.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit (2014). Stress im Berufsleben. Zugriff am 19.08.2015. Verfügbar unter https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesund-leben-stress-arbeit. html#headline11

Dieplinger, A. (2016). Palliative Care in Österreich, eine Studie über die Belastungsfaktoren in der Palliative Pflege, 2016

Der Praxisleitfaden für die Pflege



Auch als e-book

Gisele Schön, Marco Seltenreich

Praxiswissen Kontinenz

Leitfaden für eine unterstützende Pflege

facultas 2018, 128 Seiten, broschiert
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1644-6
e-ISBN 978-3-99030-680-2

Wenn Pflegende mit Inkontinenz konfrontiert sind, ist profundes Wissen der beste Weg, um Hemmschwellen zu überwinden und eine bestmögliche Versorgung zu garantieren.
Dieser Leitfaden informiert über die verschiedenen Ursachen und Arten von Harninkontinenz, Therapiemöglichkeiten und Hilfsmittel. Er beschreibt pflegerische Interventionen und Maßnahmen, vermittelt aber auch Strategien zum Umgang mit der Thematik. Mit viel Verständnis für das Tabuthema Inkontinenz bietet er aktuelles, fundiertes Praxiswissen und richtet sich damit an Menschen in Gesundheitsberufen und alle, die Inkontinenzbetroffene pflegen und betreuen.

facultas

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2015). Psychosoziale Risiken und Stress am Arbeitsplatz“. Zugriff am 09.08.2015. Verfügbar unter https://osha.europa.eu/de/themes/psychosocial-risks-and-stress

Forum Gesundheit (2015). Psychische Krankmacher in der Arbeit - und was sie kosten. Zugriff am 09.08.2015. Verfügbar unter https://www.sozialversicherung.at/portal27/sec/portal/forumgesundheitportal/content/contentWindow;jsessionid=EF-0BE113A5B84D31F86390682F766810.jbport_271_esvportal_a?contentid=10007.688928&action=2&viewmode=-content

Isfort, M. (2008). Berufliche Belastung – Wenn die Arbeit zur Last wird. Die Schwester Der Pfleger, 47. Jahrg, 06/08.

Isfort, M., Weidner, F., Neuhaus, A., Brühe, R., Kraus, S., Köster, V. & Gehlen, D. (2011). Zur Situation des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern – Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2009. Pflege & Gesellschaft, 16.Jg. (H1), 5 – 64.

Rottenhofer, I. & Stewig, F. (2012) Perspektiven der Pflege in Österreich – Differenzierung, Professionalisierung, Akademisierung. Padua, 7 (5), 241-245.

Scheidler, A., Dieplinger, A. (2016). Stressbelastung, Stresserleben und Stressbewältigungsstrategien Pflegender im klinischen Setting. Masterarbeit. Paracelsus Medizinische Privatuniversität.

Selye, H. (1956). The stress of live. New York: McGraw-Hill. (dt. (1957) Stress beherrscht unser Leben. Düsseldorf: Econ).

Statistisches Bundesamt 2016. Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Zugriff am 17.11.2017. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Krankenhaeuser.html

Statistisches Bundesamt 2015. Krankheitskosten – Fachserie 12 Reihe 7.2.1. Zugriff am 17.11.2917. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten.html

WIFO – Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (2011). Psychische Belastungen in der Arbeit und ihre Folgen. Zugriff am 09.08.2015. Verfügbar unter http://media.arbeiterkammer.at/PDF/Psychische_Belastungen_der_Arbeit.pdf

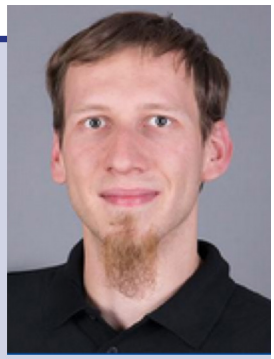
Autorin

Astrid Scheidler, BScN, MScN
Wissenschaftliche Mitarbeiterin; Paracelsus Medizinische Privatuniversität/ Salzburg; Institut für Pflegewissenschaft und –praxis Organisation - ULG Sonderausbildung Pflege im Operationsbereich; Paracelsus Medizinische Privatuniversität/ Salzburg; Institut für Pflegewissenschaft und –praxis
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/ DGKP

Autorin

Mag.a Dr.in Anna Maria Dieplinger
Abteilungsleitung Masterstudiengänge, Doktoratsstudiengänge und Universitätslehrgänge Paracelsus Medizinische Universität Institut für Pflegewissenschaft und –Praxis, Postdoc für Versorgungsforschung und Palliative Care, Expertin für Gendermedizin, Lehrende an Universitäten und Fachhochschule und Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeschwester

Autor



Patrick Mülleder, BSc
Wissenschaftliche Mitarbeiter; Paracelsus Medizinische Privatuniversität/ Salzburg; Institut für Pflegewissenschaft und –praxis

Damit die Verständigung klappt.

Grundbegriffe, hilfreiches Fachvokabular, Phrasen und Beispieldialoge für die Praxis

Cinzia Hirschvogl

Grundwortschatz Rumänisch

für Pflege und Betreuung

Rumänisch – Deutsch, Deutsch – Rumänisch
facultas 2018, 152 Seiten, broschiert
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1646-0

ISBN 978-3-7089-1488-6

ISBN 978-3-7089-1326-1

ISBN 978-3-7089-1340-7

... weitere Titel in Vorbereitung.

www.facultas.at

facultas

(C) WavebreakMediaMicro

Eine Stimme für Patientinnen und Patienten

Patient-Reported-Outcomes finden in der Gesundheitsversorgung immer häufiger Anwendung. Sie helfen gerade in Fachbereichen mit hohen Krankheits- und Therapiebelastungen (z. B. der Onkologie) dabei, die Perspektive von Patient(inn)en stärker in die Entscheidungsfindung und den Versorgungsprozess einzubeziehen. Durch den technischen Fortschritt eröffnen sich neue Einsatzmöglichkeiten für die Erfassung von Patient-Reported-Outcomes. Dieser Artikel liefert einen Überblick, was unter Patient-Reported-Outcomes zu verstehen ist, welche Anwendungsmöglichkeiten es gibt, wie sie die Patientenversorgung verbessern können und was bei der Implementierung in die Versorgungspraxis zu beachten ist.

Was sind Patient-Reported-Outcomes?

Übersetzt bedeutet der Begriff Patient-Reported-Outcomes sinngemäß „patientenberichtete Zielgrößen“. Es handelt sich dabei um Angaben zum persönlichen Gesundheitszustand, die direkt von den Patient(inne)n selbst gemacht werden. Im Gegensatz zu objektiven klinischen Parametern wie Blutdruck- oder Laborwerten oder Fremdeinschätzungen wie durch Nutzung von Dekubitus- oder Sturzrisikoskalen sind Patient-Reported-Outcomes subjektiv. Sie können durch Interviews, selbst ausfüllbare Fragebögen oder Tagebücher sowohl handschriftlich als auch mit elektronischen Medien erfasst werden (Higgins und Green 2011). Mögliche Angaben, die direkt von den Patient(inne)n erhoben werden können, sind:

- Funktionsfähigkeit, z. B. wie Patient(inn)en ihre körperlichen oder kognitiven Fähigkeiten einschätzen,
- Symptome, z. B. wie stark sich Patient(inn)en durch bestimmte Symptome während ihrer Erkrankung oder Therapie belastet fühlen,
- Lebensqualität und Patienten-

zufriedenheit, z. B. wie zufrieden Patient(inn)en mit ihrer allgemeinen Lebenssituation oder ihrer Versorgung sind.

Ein einfaches Beispiel für einen Patient-Reported-Outcome ist die visuelle Analogskala, in der Patient(inn)en die Stärke ihrer Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 einschätzen können. Neben einfachen Skalen und einzelnen Fragen zur Erhebung von Patient-Reported-Outcomes gibt es auch umfangreichere Fragebögen, in denen ein Punktescore berechnet werden kann. Mittlerweile existieren viele wissenschaftlich entwickelte und erprobte Fragebögen für unterschiedliche Fachbereiche und Themengebiete der Gesundheitsversorgung (Higgins und Green 2011).

Entscheidend ist, dass Patient-Reported-Outcomes nicht stellvertretend vom Gesundheitsfachpersonal oder anderen außenstehenden Personen interpretiert werden. Für das Beispiel der visuellen Analogskala bedeutet dies etwa, dass seitens des ärztlichen oder pflegerischen Personals keine Aussage vorgenommen wird, ob die angegebene Schmerzstärke ihrer Meinung nach der Tatsache entspricht. Vielmehr werden Patient-Reported-Outcomes als persönliche Perspektive der Patient(inne)n betrachtet, die unabhängig von anderen klinischen Parametern oder Einschätzungen zu berücksichtigen ist (Higgins und Green 2011). Ein höchster vorstellbarer Schmerz von 10 wird daher in jedem Fall als vorhanden angenommen, ohne dass es etwa eine Rolle spielt, wie „wehleidig“ der/die jeweilige Patient(in) erscheint.

Elektronische Erfassung von Patient-Reported-Outcomes

Heute können Patient-Reported-Outcomes auch durch elektronische Medien erfasst werden.

Tablet PCs sind eine Möglichkeit der elektronischen Erfassung. Sie können fest installiert (z. B. am Patientenbett) oder mobil sein und sowohl in stationären als auch ambulanten Bereichen während der Therapie oder in der Nachsorge eingesetzt werden. Die Daten können von den Patient(inn)en über einen Touchscreen eingegeben werden (Johansen et al. 2012). Es bietet sich an, dass jeweils eine Frage in großer Schrift auf dem Display des Tablet PCs dargestellt wird und nach der Beantwortung automatisch die nächste Frage erscheint (Abb.1) (Jensen et al. 2014). Verschiedene Studien belegen, dass Patient(inn)en jeglichen Alters diese Art der Erfassung gut akzeptieren und auch bedienen können (Kotronoulas et al. 2014).

Eine weitere Möglichkeit ist die webbasierte Erfassung. Dabei können sich Patient(inn)en mithilfe ihres Smartphones oder PCs auf einer Online-Plattform einloggen und ihre Eingaben machen, die dann über das Internet an die jeweilige Gesundheitseinrichtung weitergeleitet werden (Johansen et al. 2012). Diese Form der Erfassung bietet sich z. B. in der Nachsorge an. Obwohl die Patient(inn)en seltener persönlich vorstellig werden, kann ihr Gesundheitsverlauf weiterhin beobachtet und bei Problemen frühzeitig reagiert werden. Automatische Erinnerungen können dazu beitragen, dass die Angaben in festgelegten Abständen wiederholt bzw. nicht vergessen werden (Jensen et al. 2014). Voraussetzung für diese Erfassungsmöglichkeit sind ein vorhandener Internetzugang, ausreichende Kenntnisse der Patient(inn)en im Umgang mit elektronischen Medien und eine regelmäßige Nutzung.

Unabhängig davon, ob die Erfassung tablet- oder webbasiert ist, können die Ergebnisse in Echtzeit an die Rechner der jeweiligen Gesundheitseinrichtung übermittelt und dort von klinischem Personal wie Ärzten/Ärztinnen und Pflegenden betrachtet werden (Johansen et al. 2012). Dazu eignen sich besonders grafische Zusammenfassungen (etwa in Form von Balkendiagrammen), die einen schnellen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse liefern (Bantug et al. 2016). So können z. B. mehrere Symptome gleichzeitig dargestellt werden

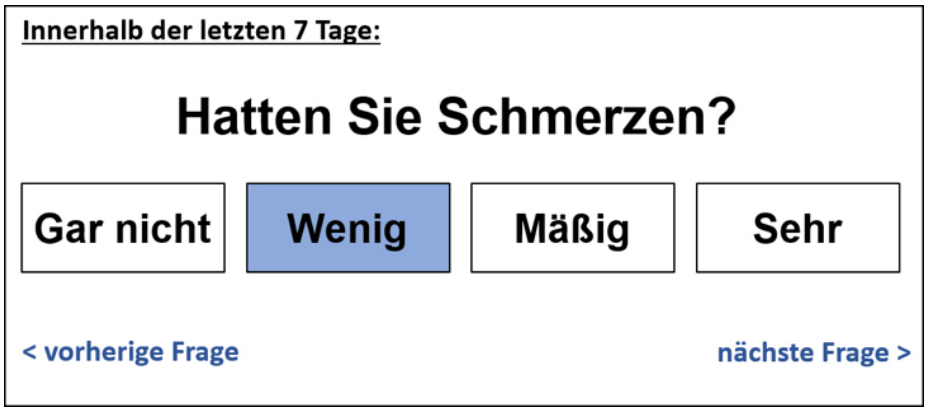


Abb. 1: Beispiel, wie die elektronische Erfassung von Patient-Reported-Outcomes auf dem Bildschirm eines Tablet PCs aussehen kann

(Abb. 2). Ebenfalls möglich ist eine übersichtliche Betrachtung von Langzeitverläufen, z. B. von einzelnen Symptomen (Abb. 3). Die dargestellten Ergebnisse können den Patient(inn)en gezeigt werden (z. B. in der ärztlichen/pflegerischen Visite, in der Sprechstunde) und ermöglichen gezielte Diskussionen über relevante Aspekte bzw. Probleme.

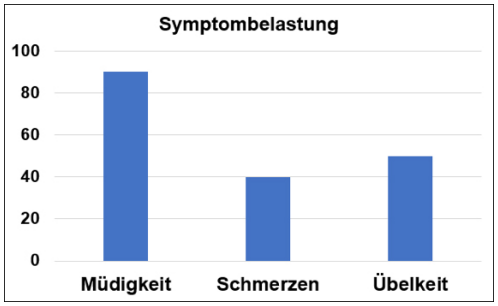


Abb. 2: Beispielhafte Darstellung der Ergebnisse von erfassten Patient-Reported-Outcomes auf einer Skala von 0-100 (hohe Werte bedeuten stärkere Symptombelastung)

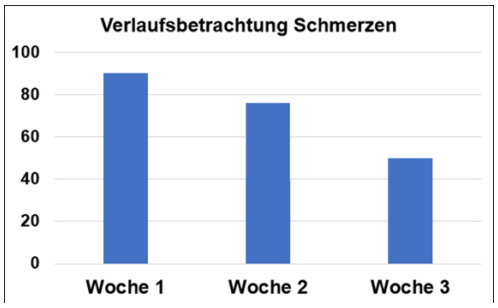


Abb. 3: Beispielhafte Darstellung des Langzeitverlaufs eines einzelnen Symptoms, das mit Patient-Reported-Outcomes erfasst wurde, auf einer Skala von 0-100 (hohe Werte bedeuten stärkere Schmerzbelastung)

Nutzen von Patient-Reported-Outcomes

Der Nutzen der routinemäßigen Erfassung von Patient-Reported-Outcomes in der Gesundheitsversorgung konnte in vielen Studien belegt werden.

Patient-Reported-Outcomes liefern unabhängig von anderen klinischen Parametern zusätzliche Informationen. So zeigen Studien, dass sich die Selbsteinschätzungen von Patient(inn)en besonders bei weniger „beobachtbaren" Symptomen (z. B. Angst, Depression, Erschöpfung) deutlich von den Einschätzungen des Gesundheitsfachpersonals unterscheiden können. Patient-Reported-Outcomes helfen dabei, solche Probleme früher zu erkennen und darauf zu reagieren (Xiao et al. 2013). So können sie etwa die Anzahl unerwünschter Ereignisse wie ungeplante Krankenhausaufenthalte in der ambulanten Therapie verringern (Basch et al. 2016).

Zudem tragen Patient-Reported-Outcomes zu einer Verbesserung der Kommunikation in der Gesundheitsversorgung bei, indem sie Patient(inn)en eine weitere Möglichkeit bieten, für sie relevante Beschwerden darzulegen, die dann häufiger und gezielter diskutiert werden können. Besonders bei sensiblen Fragen wie Sexualität kann die Hemmschwelle bei der Beantwortung von elektronischen Fragen geringer sein, als diese direkt anzusprechen (Kotronoulas et al. 2014). Weiterhin helfen Patient-Reported-Outcomes Patient(inn)en dabei, sich an relevante Beschwerden zu erinnern (Howell et al. 2015).

Die Ergebnisse der Erfassung von Patient-Reported-Outcomes dienen einerseits dazu, bestimmte Entwicklungen wie mögliche Belastungen oder die Überlebenswahrscheinlichkeit genauer vorhersagen zu können (Barbera et al. 2013; Gotay et al. 2008). Andererseits helfen sie dabei, Versorgungsabläufe wie das Symptommanagement zu verbessern. So können etwa durch die Identifizierung von bisher unerkannten Symptomen frühere und gezieltere Supportivmaßnahmen eingeleitet und die Symptombelastung verringert werden (Kotronoulas et al. 2014). In einigen Studien zeigt sich, dass Patient-Reported-Outcomes dazu beitragen, wichtige Zielgrößen wie die gesundheitsbezogene Lebensqualität positiv zu beeinflussen (Basch et al. 2016). Zudem ist belegt, dass die Erfassung von Patient-Reported-Outcomes zu einer höheren Patientenzufriedenheit führen kann (Kotronoulas et al. 2014).

Entscheidend dafür, ob die Erfassung von Patient-Reported-Outcomes die Patientenversorgung verbessern kann, ist jedoch der Umgang mit den Ergebnissen. Eine alleinige Erfassung ist nicht ausreichend. Vielmehr müssen die Ergebnisse auch Konsequenzen haben, d. h. zu Veränderungen bzw. Anpassungen in der Versorgung führen (Kotronoulas et al. 2014). Eine Einführung von Patient-Reported-Outcomes in die Praxis muss daher auch in bestehende Routinen und Prozesse eingreifen.

Implementierung von Patient-Reported-Outcomes

Die Implementierung der routinemäßigen Erfassung von Patient-Reported-Outcomes in die Versorgungspraxis ist komplex, da viele Aspekte, Komponenten und Beteiligte berücksichtigt werden müssen. Daher ist ein sorgfältig geplantes und strukturiertes Vorgehen notwendig (EORTC 2016).

Erhebung der Ausgangssituation

Entscheidend für eine erfolgreiche Implementierung von Patient-Reported-Outcomes ist, dass sie sich an den Bedürfnissen und Besonderheiten des jeweiligen Fachbereiches (z. B. eine Praxis oder Station) orientiert (EORTC 2016). Zunächst sollte daher eine

Analyse des Ist-Standes vorgenommen werden, um folgende Fragen zu klären:

- Was gibt es für Bedarfe bzw. wo kann die Erfassung von Patient-Reported-Outcomes einen zusätzlichen Informationsgewinn bzw. Nutzen bringen (z. B. für bestimmte Symptome, Zeitpunkte der Therapie etc.)?
- Welche Voraussetzungen für die Implementierung von Patient-Reported-Outcomes liegen vor? Welche Förderfaktoren oder Barrieren gibt es?

Die Analyse des Ist-Standes ermöglicht es, den weiteren Implementierungsprozess gezielt an die Ausgangssituation im jeweiligen Fachbereich anzupassen und eventuell auftretende Probleme bereits in der Planung zu berücksichtigen (EORTC 2016). Möglichkeiten der Ist-Stand-Analyse sind etwa Interviews oder schriftliche Befragungen von relevanten Beteiligten (z. B. Ärzten/Ärztinnen, Pflegenden, Leitungspersonen), eine Analyse der Dokumentation oder eine Hospitation, um die Prozesse und Abläufe des Fachbereiches kennenzulernen.

Einbeziehung und Motivation der Beteiligten

Um eine bedarfsgerechte Implementierung zu gewährleisten ist es notwendig, alle relevanten Beteiligten bereits frühzeitig in die Planung mit einzubeziehen (EORTC 2016). Wenn etwa Ärzte/Ärztinnen und Pflegende später mit den Ergebnissen der Erfassung arbeiten, sollte die Entscheidung, welche Patient-Reported-Outcomes ausgewählt werden, zusammen mit diesen Berufsgruppen getroffen werden. Dies gilt auch für Entscheidungen zum Umgang mit den Ergebnissen, z. B. bei der Entwicklung von Behandlungspfaden bei bestimmten Symptomen. In jedem Fall müssen zudem Leitungspersonen (z. B. Chefärzte/Chefärztinnen, Pflegedienstleitungen) frühzeitig einbezogen werden. Es bietet sich an, bereits am Anfang der Planung zu überlegen, mit welchen Beteiligten in welcher Phase der Implementierung Abstimmungen zu treffen sind (EORTC 2016). Die für die bei elektronischen Patient-Reported-Outcomes notwendigen Soft- und Hardwarevoraussetzungen etwa sollten frühzeitig mit EDV-Beauftragten bzw. Abteilungen abgeklärt werden.

Wichtig für den weiteren Verlauf und Erfolg der Implementierung ist es, dass alle Beteiligten „an einem Strang ziehen“ (EORTC 2016). Daher sollten sie von der Sinnhaftigkeit bzw. dem Nutzen des Implementierungsvorhabens überzeugt werden, z. B. durch gezielte Information, ein offenes Diskussionsklima und das konstruktive Eingehen auf Kritik und Bedenken.

Schulung und Anleitung

Jegliches Personal, das nach der Implementierung mit Patient-Reported-Outcomes arbeiten wird, sollte diesbezüglich angemessen geschult werden (EORTC 2016). Mögliche Schulungsinhalte sind etwa Definitionen, Hintergründe und Nutzen von Patient-Reported-Outcomes oder die technische Bedienung der elektronischen Erfassung. Die Schulungen sollen nicht nur dazu dienen, Informationen zum Umgang zu vermitteln, sondern auch die betreffenden Berufsgruppen motivieren und eventuelle Bedenken ausräumen (EORTC 2016).

Entscheidend ist, dass nicht nur der Umgang aus technischer Sicht, sondern auch der mit den Ergebnissen der Erfassung von Patient-Reported-Outcomes unterrichtet wird. Das heißt, das betreffende Personal muss wissen, wie auf die erfassten Ergebnisse zu reagieren ist. Neben der Behandlung in Schulungen bietet sich die Entwicklung von standardisierten Leitfäden oder Behandlungspfaden für bestimmte Ergebnisse (z. b. starke Symptombelastungen) an, um einen einheitlichen Umgang zu gewährleisten (EORTC 2016).

Begleitung und Evaluation

Auch mit guter Planung, Motivation und Schulung ist der Implementierungsprozess der Erfassung von Patient-Reported-Outcomes kein Vorgang, der dem Selbstlauf überlassen werden sollte. Gerade der Anfang ist schwierig, da sich die Einbindung in die praktische Routine erst „einspielen“ muss und trotz guter Vorbereitung unerwartete Schwierigkeiten auftreten können. Eine Begleitung des Implementierungsprozesses, etwa mittels regelmäßig stattfindender Gespräche mit den Beteiligten, kann dabei helfen, solche Probleme schnell zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren (EORTC 2016).

Empfehlenswert ist es zudem, eine abschließende Prozessevaluation durchzuführen (EORTC 2016). Beispielsweise kann erhoben werden, wie häufig Patienten die Erfassung von Patient-Reported-Outcomes nutzen, wie zufrieden die Patient(inn)en und das Personal mit der implementierten Maßnahme sind oder wie sich die Dokumentation (z. B. von Symptomen) verändert hat. Mit einer Prozessevaluation lässt

sich nicht nur der Erfolg der Implementierung messen, sondern auch, an welchen Stellen noch Verbesserungspotential besteht. Diese Erkenntnisse können für zukünftige Implementierungen genutzt werden (EORTC 2016).

Literaturverzeichnis

Bantug, E.T.; Coles, T.; Smith, K.C.; Snyder, C.F.; Rouette, J.; Brundage, M.D. (2016): Graphical displays of patient-reported outcomes (PRO) for use in clinical practice: What makes a pro picture worth a thousand words? Patient education and counseling 99 (4), 483-490.

Barbera, L.; Atzema, C.; Sutradhar, R.; Seow, H.; Howell, D.; Husain, A. et al. (2013): Do patient-reported symptoms predict emergency department visits in cancer patients? A population-based analysis. Annals of emergency medicine 61 (4), 427-437 e5.

Basch, E.; Deal, A.M.; Kris, M.G.; Scher, H.I.; Hudis, C.A.; Sabbatini, P. et al. (2016): Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial. Journal of clinical oncology 34 (6), 557-565.

EORTC (2016): EORTC Quality of Life Group Manual for the use of EORTC measures in daily clinical practice. Version 1. Brussels: EORTC.

Gotay, C. C.; Kawamoto, C. T.; Bottomley, A.; Efficace, F. (2008): The prognostic significance of patient-reported outcomes in cancer clinical trials (Provisional abstract). Journal of Clinical Oncology 26 (8), 1355-1363.

Higgins, J.P.T.; Green, S. (2011): Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. London: The Cochrane Collaboration.

Howell, D.; Molloy, S.; Wilkinson, K.; Green, E.; Orchard, K.; Wang, K.; Liberty, J. (2015): Patient-reported outcomes in routine cancer clinical practice. A scoping review of use, impact on health outcomes, and implementation factors. Annals of oncology (9), 1846-1858.

Jensen, R.E.; Snyder, C.F.; Abernethy, A.P.; Basch, E.; Potosky, A.L.; Roberts, A.C. et al. (2014): Review of electronic patient-reported outcomes systems used in cancer clinical care. Journal of oncology practice 10 (4), e215-22.

Johansen, M.A.; Henriksen, E.; Horsch, A.; Schuster, T.; Berntsen, G.K. (2012): Electronic symptom reporting between patient and provider for improved health care service quality: a systematic review of randomized controlled trials. Part 1: state of the art. Journal of medical Internet research 14 (5), e118.

Kotronoulas, G.; Kearney, N.; Maguire, R.; Harrow, A.; Di Domenico, D.; Croy, S.; MacGillivray, S. (2014): What is the value of the routine use of patient-reported outcome measures toward improvement of patient outcomes, processes of care, and health service outcomes in cancer care? A systematic review of controlled trials. Journal of clinical oncology 32 (14), 1480-1501.

Xiao, C.; Polomano, R.; Bruner, D.W. (2013): Comparison between patient-reported and clinician-observed symptoms in oncology. Cancer nursing 36 (6), E1-e16.

Autor

Thomas Nordhausen, MSc
M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Gesundheits- und Krankenpfleger, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Arbeitsgruppe "Patientenzentrierte interprofessionelle Forschung in der Onkologie“, thomas.nordhausen@uk-halle.de

Digitalisierungsmanagement in Gesundheitssystemen – Entwicklungen und Potenziale

Digitalisierung, Medizin 4.0, Big Data, Wearables, Internet der Dinge – hinter diesen Schlagworten verbirgt sich ein gewaltiges Potential zur Veränderung aller Prozesse, die unser Leben bestimmen. Alle Akteure sind gefordert, ihre Prozesse, Routinen und Strukturen neu zu ordnen und die Kommunikationsbeziehungen miteinander zu vernetzen. Es geht dabei nicht mehr um das ‚ob', oder um das ‚wann', sondern ausschließlich um das ‚wie' und ‚jetzt'. Unsere Gesellschaft ist deshalb gut beraten, über die Grenzen hinaus zu denken, auch über nationale Grenzen. Im medizinischen Umfeld und in unseren Gesundheitssystemen geht es um die Grenzen der Sektoren, der Markt(gegen)seiten, und die Überwindung der tradierten Rollenerwartungen.

Band 9 der Schriftenreihe der Deutsch-Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik will dazu einen systematisierenden Beitrag leisten. In sieben Themenblöcken befassen sich namhafte Experten aus Deutschland und der Schweiz aus unterschiedlichen Perspektiven mit dem Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen und gehen dabei u. a. folgenden Fragestellungen nach:

- Wie schätzt die Industrie ihre eigene Leistungsfähigkeit ein und wie sehen die erwartbaren Entwicklungsszenarien aus im Hinblick auf Big Data, Diagnostik, Medizinprodukte und Patientenunterstützung?
- Wie massiv wird die Digitalisierung den regulatorischen Rahmen und die Systematik der Honorierungssysteme berühren und verändern und wie müssen sich unsere Gesundheitssysteme darauf vorbereiten?
- Wie kann sich der stationäre Sektor auf die Veränderungen einstellen und verändern?
- Welche Möglichkeiten bieten therapiebegleitende Unterstützungsmodule, die von Patienten sowohl in der Klinik oder im ambulanten Setting genutzt werden?
- Wie gehen Versicherungen, als datengetriebene Organisationen, mit der fortschreitenden Digitalisierung um? In welcher Form werden sie ihre Prozesse und die Kundenkommunikation neu ordnen?
- Wie entwickelt sich der Markt der präventiven und begleitenden digitalen Angebote für Patienten weiter? Benötigen wir eine Zertifizierung und Gütesiegel für diesen kaum noch überschaubaren Markt?

Digitalisierungsmanagement in Gesundheitssystemen

Herausgegeben von
Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher und Stefan Kaufmann
X, 412 Seiten. Hardcover.
€ 69,99. ISBN 978-3-86216-367-0
Auch als **eBook** erhältlich.

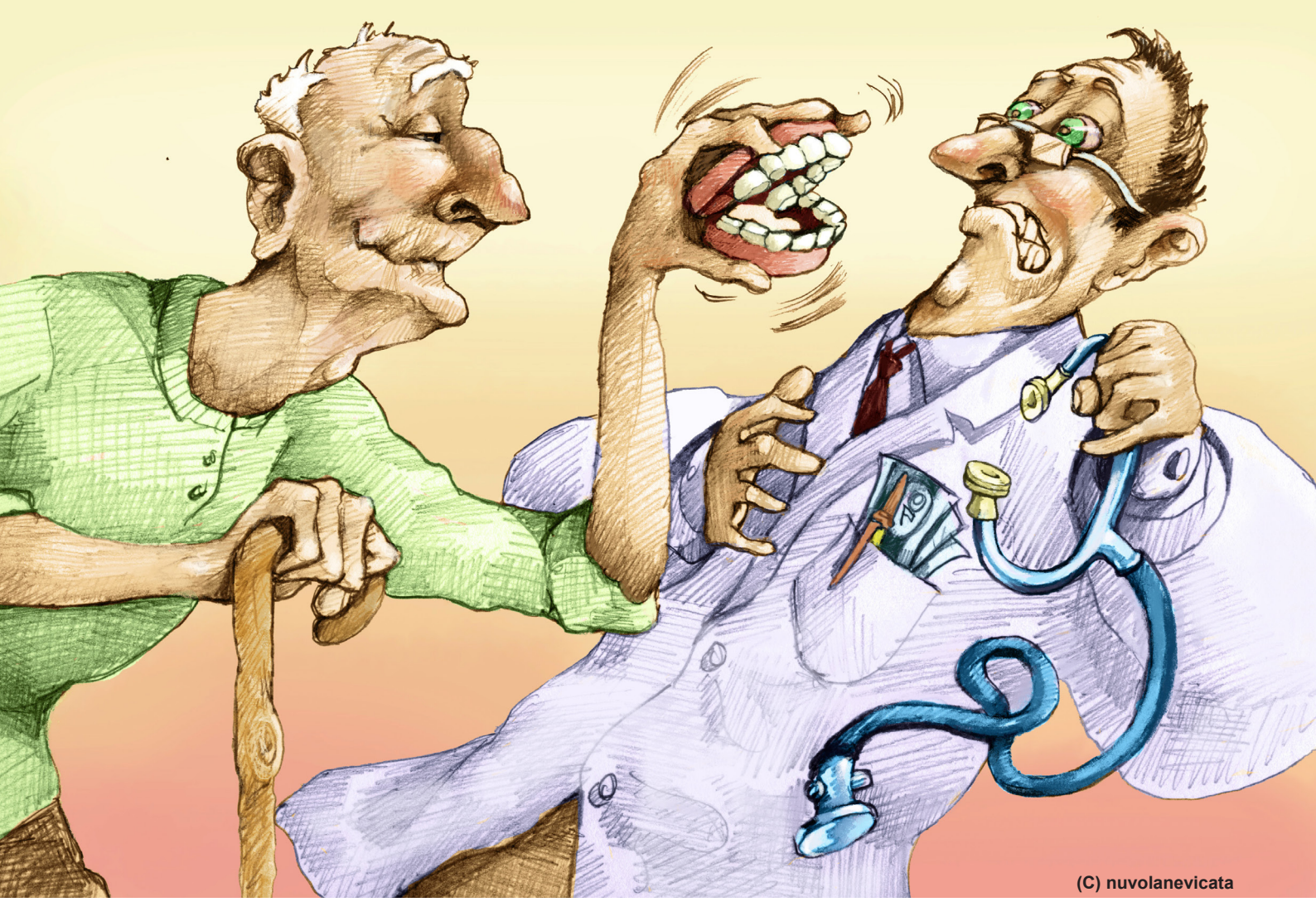
medhochzwei
www.medhochzwei-verlag.de

Die Herausgeber:

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher Geschäftsführer von I|G|V RESEARCH – Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Hauptgeschäftsführer der Deutsch-Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik; Professor für Gesundheitsökonomie und -politik an der Universität Bayreuth, zuvor Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit und des VdAK.

Stefan Kaufmann ist stv. Direktor der EGK-Gesundheitskasse. Zudem ist er Vizepräsident der SwissDRG AG, Stiftungsrat von Gesundheitsförderung Schweiz, Stiftungsrat bice (Institut für klinische Epidemiologie und Biostatistik) sowie Verwaltungsrat der Concret AG.

Unter Mitarbeit zahlreicher Fachexperten aus Deutschland und der Schweiz:
Bernhard Amshoff, Gerd Antes, Thomas Ballast, Hans-Jürgen Bickmann, Barbara Böttcher, Stefan Burger, Ulrike Elsner, Gandolf Finke, Florian Frensch, Hans Rudolf Graf, Jürgen Hohnl, Markus Horneber, Michael Meyer, Verena Nold, Jan Simon Raue, Matthias Reumann, Thomas Rudolf, Martin Rüfenacht, Felix Schneuwly, C. Schroer, N. Schumacher, Gabriela Soskuty, Urs Stoffel, Andreas Storm, Johannes Thormälen, Volker Ulrich, Christian Westerhoff, Jürgen Zerth



25 GOLDENE REGELN

für die praktische Anwendung von Humor in der Psychiatrischen Pflege

Von Laurence J. Peter stammt folgendes Zitat: „Es gibt drei Regeln, guten Humor zu produzieren. Leider ist keine davon bekannt.“ Schade, dass keine dieser Regeln bekannt ist, aber einerseits würden drei Regeln wahrscheinlich kaum ausreichen und andererseits ist dies für die Psychiatrische Pflege auch nicht ganz so wichtig, denn es geht dort nicht darum, sich zum Clown zu machen.

Humor kann trotz all der Schwere und des Leids in der Psychiatrie eine heilsame Wirkung entfalten, denn geteiltes Lachen ist meist doppeltes Lachen. Ebenso sind Humor und Lachen Menschenrechte, die niemandem vorenthalten und im Gegenzug eher gefördert werden sollten (vgl. Kirsten/Gutmann 2017:16).

Man unterscheidet zwischen direktem Humor (alles was direkt zwischen Menschen passiert), indirektem Humor (humorvolle Dinge, die passiv bereitgestellt werden, z. B. Humorecken mit Scherzartikeln, Witzbüchern oder Karikaturen), spontanem und geplantem Humor (vgl. Bischofberger 2015:297). Richtig angewandt ist Humor die kostengünstigste und nebenwirkungsärmste Pille, die es gibt. Zudem bringt uns Humor zum Lachen und Lachen ist wahrscheinlich das beste orale Mittel gegen Burnout (vgl. Gutmann 2016:192). Man kann ihn als Allzweckwaffe betrachten, denn er kann im Umgang mit Patienten, Angehörigen und Kollegen (auch im multiprofessionellen Team) eingesetzt werden, in Einzelgesprächen sowie Gruppen und kann sowohl Erheitern als auch Konflikte spielerisch lösen.

Damit der Einsatz von Humor besser gelingt, möchte ich Ihnen 25 goldene Regeln für die praktische Anwendung in der Psychiatrischen Pflege an die Hand geben:

1. Freiwilligkeit ist Pflicht

Der Einsatz von Humor in der Behandlung und Begleitung psychisch kranker Menschen muss immer freiwillig sein und von Herzen kommen. Goethe sagte dazu schon treffend: „Es muss von Herzen kommen, was auf Herzen wirken soll.“ Da Lachen und Humor Sprachen sind, die (fast) jeder Mensch versteht, sollten sie zu einer Selbstverständlichkeit in der Psychiatrischen Pflege gehören.

2. Ohne Authentizität gewinnen Sie keinen Blumentopf

Psychisch kranke Menschen haben meist ein sehr feines Gespür, was die Authentizität des Gegenübers angeht. Wirkt der Einsatz aufgezwungen oder unecht, kann dies die Beziehung beschädigen und Vertrauen kann verloren gehen. Im schlimmsten Fall kommt es zum Abbruch der Beziehung oder Behandlung. Deshalb: Bleiben Sie authentisch!

3. Eine fehlende tragfähige Beziehung ist kritisch

In einer tragfähigen Beziehung kann man sich als professioneller Helfer einiges erlauben und die humorvollen Interventionen können gemeinsam besprochen werden. So können beispielsweise humorvolle Provokationen Blockaden lösen und zu einem Perspektivwechsel verhelfen. Fehlt eine tragfähige Beziehung, fühlt sich der psychisch kranke Mensch nicht selten missverstanden, nicht ernst genommen oder veralbert. Daher ist eine tragfähige Beziehung äußerst wichtig und meist ein fruchtbarer Boden für Humor.

4. Respekt, Wertschätzung, Wohlwollen und Warmherzigkeit als Basis

Um eine tragfähige Beziehung entstehen zu lassen, benötigt es (gegenseitigen) Respekt, Wertschätzung, Wohlwollen und Warmherzigkeit. Es ist immer hilfreich sein Gegenüber so zu behandeln, wie man selbst behandelt werden möchte. Fragen Sie sich doch einmal, wie Sie behandelt werden möchten, würden Sie in einer Ausnahmesituation psychiatrischen oder psychotherapeutischen Beistand benötigen.

5. Zeigen Sie Fingerspitzengefühl, Feinfühligkeit und Sensibilität

Humor ist in der Behandlung und Begleitung psychisch erkrankter Menschen nicht immer angebracht. Was als Selbstverständlichkeit in der Psychiatrischen Pflege gelten sollte, gilt also auch für den Einsatz von Humor im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting. Eine empathische Herangehensweise fördert das Vertrauen und eine verständnisvolle Beziehung. Auf diesem Nährboden können humorvolle Interventionen Früchte tragen.

6. Das Bauchgefühl liegt meistens richtig

Mit der Zeit entwickeln psychiatrische Pflegekräfte ein Feingefühl dafür, wann welche humorvolle Intervention eingesetzt werden kann und wann man eher darauf verzichten sollte. Dazu bedarf es einer ständigen (Selbst-)Reflexion. Daraus kann sich dann auch das Bauchgefühl besser entwickeln, welches meist die richtige Entscheidung fällt.

7. Humorintervention verfolgen immer bestimmte Ziele

Wer mit Humor in der Psychiatrischen Pflege arbeitet, verfolgt damit immer ein Ziel. Die Ziele können sehr unterschiedlich sein: z. B. für Erheiterung sorgen, Aufmuntern, positive Milieugestaltung, Kommunikationserleichterung, Vertrauensbildung, Angstreduktion, Perspektivwechsel, Ablenkung oder Entlastung. Zum Erreichen dieser Ziele gibt es viele verschiedene humorvolle Interventionsmöglichkeiten.

8. Eine Humoranamnese kann hilfreich sein

Werden in der pflegerischen Anamnese bereits Fragen zum Thema Humor gestellt, kann dies schon einen ersten Eindruck vermitteln, ob Humor hilfreich wäre und wo man vielleicht mit welcher humorvollen Intervention ansetzen könnte. Des Weiteren kann eine aufmerksame Patientenbeobachtung Hinweise über die Einstellung einer Person zu Humor liefern.

9. Seien Sie offen, mutig und trauen Sie sich etwas zu

Goethe sagte einmal, dass viel Mut dazugehört, in der Welt nicht missmutig zu werden. Offenheit und Mut zahlen sich aus. Nur wer sich etwas zutraut und auch einmal neue Wege bestreitet, kann dafür belohnt werden. Haben Sie den Mut, nicht zu den Missmutigen zu gehören!

10. Haben Sie Spaß und seien Sie kreativ

Spaß und Kreativität sind wichtig in der Psychiatrischen Pflege, sonst droht man, in der Ernsthaftigkeit des Alltags unterzugehen. Eine spielerische Haltung kann vieles erleichtern. Haben Sie deshalb Freude am Detail und lassen Sie Ihrer Kreativität freien Lauf. Nur

wer Spaß an Humor und dessen Einsatz hat, ist authentisch und kann damit etwas bewegen.

11. Spontaneität, Individualität und Flexibilität siegen

In der psychiatrischen Pflege gibt es ständig neue Situationen, auf die es sich einzustellen und die es konstruktiv zu bewältigen gilt. Der Umgang mit psychisch kranken Menschen verlangt von Pflegenden Individualität, Flexibilität und auch Spontanität. Schon daher verbietet sich eine Arbeit nach Schema F. Oft ergeben sich im Arbeitsalltag spontan Situationen, in denen Humor Ablenkung verschafft, erleichtert und befreit.

12. Bleiben Sie realistisch

Eine realistische Herangehensweise ist niemals verkehrt – vor allem, wenn man am Anfang seiner „Humorkarriere“ steht, sollte man die Erwartungen noch nicht zu hoch hängen. Humor ist kein Allheilmittel, aber richtig eingesetzt eine äußerst wirksame und nebenwirkungsarme Pille, die meist viel zu sehr unterschätzt wird.

13. Übung macht den Meister

Humor ist erlern- und trainierbar. Wie bei Vielem im Leben gilt auch beim Einsatz von Humor die Devise, dass noch kein Meister vom Himmel gefallen ist und Übung den Meister macht. Es gibt keine humorlosen Menschen. In manchen Menschen schlummert diese Gabe und Ressource nur etwas tiefer und wartet sehnlichst darauf, endlich aktiviert und genutzt zu werden.

14. Was kränkt, macht krank

Humor kann die Abwehr- und Selbstheilungskräfte sowie die eigenen Ressourcen aktivieren und stärken. Er darf allerdings niemals dazu missbraucht werden, andere Menschen zu beleidigen, kränken, verletzen, erniedrigen oder zu mobben. Es sollte immer gemeinsam miteinander und nicht übereinander gelacht werden. Maladaptiver (bösartiger) Humor sollte thematisiert und beseitigt werden.

15. Überfordern Sie sich nicht

Wenn man sich mit (therapeutischem) Humor auseinandersetzt, ist man noch lange keine dauerhafte Stimmungskanone, im Gegenteil, man bleibt in erster Linie Pflegekraft, die sich des Humors erfreut und bedient (vgl. Bischofberger 2008:336). Niemand erwartet von einem, dass man damit gleich die größten Bäume ausreist. Oftmals höhlt auch steter Tropfen den Stein.

16. Beachtung der geistigen Aufnahmefähigkeit und emotionalen Reife des Patienten

Es ist wichtig, den aktuellen Zustand des Gegenübers beurteilen zu können und auch zu beachten. Dazu zählen die geistige Aufnahmefähigkeit und die emotionale Reife des Gesprächspartners. Intellektueller Humor wird beispielsweise nicht immer verstanden und es kann zu Problematiken oder Missverständnissen führen.

17. Kennen der Psychopathologie des Störungsbildes

Es ist immer wichtig, sich mit den verschiedenen Krankheitsbildern, mit denen man im pflegerischen Alltag zu tun hat, auszukennen. Bei manchen psychischen Störungen (z. B. Demenz oder Schizophrenie) kann es zu Problemen beim Einsatz von Humor kommen, sodass dieser beispielsweise nicht verstanden wird, da aufgrund des Störungsbildes bestimmte Mechanismen beim Erkennen und Wahr-

(C) Kirsten, H.; Gutmann, J. (2017): Der pure Wahnsinn – Cartoons aus der Psychiatrie, Stuttgart: Kohlhammer

DIE SIND DOCH ALLE VERRÜCKT - HIER DRAUßEN!

nehmen des Gesagten/Gemeinten nicht funktionieren. Fachwissen und auch Berufserfahrung können hierbei also sehr hilfreich sein.

18. Biografie und ethnisch-kulturelle Hintergründe zu kennen ist sinnvoll

Es kann äußerst hilfreich sein, wenn man die Biografie sowie ethnisch-kulturelle Hintergründe und deren Besonderheiten beim Gegenüber kennt. In dem Zusammenhang kann es sinnvoll sein, zu wissen, wie in anderen Kulturen mit psychischen Erkrankungen oder auch mit Humor umgegangen wird. Es kann auch hilfreich sein, zu wissen, welche Erfahrungen jemand mit dem Thema Humor bisher gemacht hat. Nicht selten wird maladaptiver Humor dazu missbraucht, Menschen zu ärgern, zu hänseln, zu erniedrigen oder zu mobben. So haben Menschen vielleicht mit „Humor“ bisher auch schlechte Erfahrungen gemacht, welche schambesetzt sein können. Dies sollte beachtet und es muss verdeutlicht werden, dass nur mit adaptivem (positiven) Humor gearbeitet wird und Humor niemals dazu eingesetzt werden darf, anderen Menschen zu schaden.

19. Die aktuelle Gemütslage und Lebenssituation beachten

Wenn man die aktuelle Gemütslage und die Lebenssituation, in der sich der Gesprächspartner befindet, nicht kennt, kann dies zu Problemen führen oder gar Schaden anrichten. So kann ein gut gemeinter humorvoller Ausspruch genau das Gegenteil bewirken. Deshalb ist es wichtig, die Gemütslage und Lebenssituation des psychisch erkrankten Menschen mit zu berücksichtigen.

20. Weniger ist mehr

Wie beim Würzen ist auch beim Einsatz von Humor in der psychosozialen Versorgung der Ansatz, dass oftmals weniger mehr ist. Man soll sich schließlich nicht zum ständigen Pausenclown machen, was höchstwahrscheinlich dazu führen würde, nicht mehr ernst genommen zu werden und Schaden anzurichten. In diesem Fall hilft viel also nicht unbedingt viel.

21. Passen Sie den richtigen Zeitpunkt ab

Wichtig beim Einsatz humorvoller Interventionen ist es, den richtigen Zeitpunkt zu wählen. Timing ist entscheidend, wenn die Intervention ihr Ziel nicht verfehlen soll. Humor kann dabei spontan oder geplant eingesetzt werden.

22. Wählen Sie die richtige Intervention

Es gibt sehr viele verschiedene Humorinterventionen (z. B. humorvolle Über-/Untertreibung/Provokation, Paradoxie, Relativierung, Sprichwörter, Metaphern, rote Nase,…), die nur darauf warten, im pflegerischen Alltag eingesetzt zu werden. Um das gewünschte Ziel zu erreichen, ist es wichtig, die richtige Interventionsmöglichkeit beim richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt anzuwenden.

23. Haben Sie Mut zu Fehlertoleranz und -freundlichkeit

Viele psychiatrisch Tätige haben beim Thema Humor Angst, etwas falsch zu machen, oder beim Gegenüber in ein Fettnäpfchen zu treten. Für Andere schließen sich Humor und der Beruf als ernsthafte Tätigkeit vollständig aus. Dabei muss das nicht so sein und gerade Humor kann ein Zeichen für menschliche Professionalität sein. Fehler sind menschlich. Haben Sie deshalb Mut, das Wagnis einzugehen – es wird sich bezahlt machen!

24. Eine Entschuldigung bricht keinen Zacken aus der Krone

Zeigen Sie Verständnis, wenn der psychisch kranke Mensch ihren Humor nicht teilt oder (vielleicht in der gerade befindlichen Situation oder aufgrund des Störungsbildes) nichts damit anfangen kann. In einer Beziehung auf Augenhöhe sollte dann auch eine Entschuldigung zu einer Selbstverständlichkeit gehören. Omnipotenzgefühle und Machtgefälle sollten in der Psychiatrie keinen Platz haben (vgl. Kirsten/Gutmann 2017).

25. Evaluieren und dokumentieren Sie Erlebnisse und Erfahrungen

Es ist wichtig, die Interventionen gemeinsam zu evaluieren. Werden die Ergebnisse humorvoller Interventionen dokumentiert, kann dies zur Qualitätsverbesserung beitragen. Ebenso ist für alle Teammitglieder ersichtlich, welche Intervention eingesetzt und was damit erreicht wurde.

Wer Humor an seinem Arbeitsplatz implementieren möchte, der kann mit einer humorvollen Haltung selbstverständlich sofort loslegen. Es gibt allerdings auch einige hilfreiche Hinweise, wenn man lieber strategisch vorgehen möchte:

1. Setzen Sie sich persönlich mit dem Thema (therapeutischer) Humor auseinander
2. Thematisieren Sie Humor am Arbeitsplatz (mit Kollegen, Vorgesetzten, Patienten/Klienten)
3. Schärfen Sie Ihren eigenen Sinn für Humor
4. Sammeln Sie verschiedene humorvolle Interventionsmöglichkeiten

5. Legen Sie Regeln fest, was den Einsatz von Humor betrifft
6. Führen Sie indirekten Humor ein
7. Beobachten und erfragen Sie die Reaktionen auf den indirekten Humor
8. Testen Sie direkten Humor im privaten Umfeld und unter Kollegen aus
9. Probieren Sie Humor direkt im psychiatrisch-pflegerischen Alltag aus
10. Evaluieren und dokumentieren Sie die Erfahrungen

(vgl. Gutmann 2016:232f.)

Wer mit Humor in der Psychiatrischen Pflege arbeitet, kann nur gewinnen und wird schnell erkennen, wie vieles leichter von der Hand geht, die Arbeit mehr Freude bereitet und wie Humor offene Türen einrennt. Ich möchte Ihnen gerne Mut zusprechen, es doch einfach einmal auszuprobieren. Was haben Sie denn schon zu verlieren?

Mehr zu dem Thema finden Sie in diesem Buch:

Gutmann, J. (2016): Humor in der psychiatrischen Pflege, Bern: Hogrefe

Inhaltsverzeichnis

Bischofberger, I. (2008): Tipps für engagierte MacherInnen, In: Bischofberger, I. (Hrsg), Das kann ja heiter werden – Humor und Lachen in der Pflege, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Verlag Hans Huber

Bischofberger, I. (2015): Humor, In: Käppeli, S. (Hrsg.), Pflegekonzepte – Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld, Band 3, 8. Nachdruck, Bern: Verlag Hans Huber

Gutmann, J. (2016): Humor in der psychiatrischen Pflege, Bern: Hogrefe

Kirsten, H.; Gutmann, J. (2017): Der pure Wahnsinn – Cartoons aus der Psychiatrie, Stuttgart: Kohlhammer

Autor

Jonathan Gutmann
Fachpfleger für Psychiatrische Pflege in der Klinik Hohe Mark in Oberursel, Burnout-Berater, Stressbewältigungstrainer und Autor.
Jonathan.Gutmann@web.de

Die Chancen und Grenzen von Teamarbeit

Detlef Scholz

Auch als e-book

Keiner kann so viel wie alle

Teamarbeit und Teamentwicklung im Sozial- und Gesundheitswesen

facultas 2018, 152 Seiten, broschiert
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP
ISBN 978-3-7089-1596-8
e-ISBN 978-3-99030-682-6

Können mehr Mitarbeiter mehr leisten? Was motiviert und was bremst ein Team? Und was brauche ich überhaupt, um Teamarbeit erfolgreich umsetzen zu können?
Detlef Scholz führt in diesem Leitfaden knapp, unterhaltsam und stark praxisbezogen in die Arbeit mit Teams ein. Er beschreibt Grundlagen und Ziele von Teambildung und Teamentwicklung, geht auf Teamdynamiken näher ein und gibt Tipps zu Kommunikation und Teamführung speziell für den Gesundheits- und Sozialbereich.
Mit zahlreichen Anwendungsbeispielen aus der Praxis, Beispielgeschichten und Anregungen für die eigene Umsetzung.

facultas

Start im Februar 2018

facultas senior

Das Programm für ältere Menschen und alle, die ältere Menschen betreuen und pflegen

Alle Bände beruhen auf aktuellen Erkenntnissen und langjähriger Erfahrung in der Arbeit mit Älteren und Menschen mit Demenz. Sie sind auf die Fähigkeiten und speziellen Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt und sind zum einen in Pflegeeinrichtungen und Tagesstätten, zum anderen in der Angehörigenpflege zu Hause einsetzbar.

Das Themenspektrum:

- Malvorlagen und Gedächtnisübungen
- Interaktionen und Vorlesegeschichten
- Übungen und Aktivitäten für die Arbeit mit Demenzbetroffenen

Weitere Infos unter:

www.facultas.at/senior

facultas

Evidence-Based Practice in der perioperativen Pflege

Der vorliegende Artikel befasst sich mit der Evidence-Based Practice (EBP) in der perioperativen Pflege. Während Teil eins den Zusammenhang zwischen der professionellen Pflege und der Methode EBP erklärt, beleuchtet Absatz zwei, warum es dringend notwendig ist, die Methode EBP im perioperativen Pflegebereich zu implementieren. Schließlich erfolgt eine Diskussion über Herausforderungen und Chancen.

Die professionelle Pflegepraxis und die Methode EBP

Im 20. Jahrhundert hat in der Pflegepraxis in Österreich ein Reflexionsprozess begonnen, welcher zu dem Wunsch führte, sich von der Dominanz der Medizin zu befreien, sich zu emanzipieren und fortan autonom zu handeln. Und tatsächlich, heutzutage arbeitet der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege bereits auf Basis von eigenständigem und pflegewissenschaftlich begründetem Wissen und dem daraus resultierenden Fähigkeiten und Fertigkeiten. Trotz stetiger Weiterentwicklung der Professionalisierung der Pflegepraxis ist das Ziel noch lange nicht erreicht. Die Annäherung an eine professionelle Pflegepraxis erfolgt nämlich in zwei Etappen. Der erste Schritt besteht in der Akademisierung und Theoretisierung der Pflege, um Regelwissen und Begründungskompetenzen zu entwickeln. Darauf basierend erfolgt der zweite Schritt, die Entwicklung einer noch effizienteren Pflegepraxis um notwendige Handlungs- und Entscheidungskompetenzen zu entfalten. Genau hier setzt die Methode EBP an – sie ist ein Instrument der professionellen Pflege, welches dem Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis dient. Evidence-Based Practice ermöglicht die Integration der - nach aktuellem Stand - besten wissenschaftlichen Belege in die tägliche Pflegepraxis, und zwar unter Einbezug von theoretischem Wissen, praktischen Erfahrungen und unter Berücksichtigung

(C) Kzenon

der vorhandenen Ressourcen, spezifischen Situationen und Vorstellungen der PatientInnen. Die Methode EBP alleine ist jedoch nicht imstande die Pflegepraxis zu professionalisieren. Sie ist nur ein wichtiger Teilaspekt des Professionalisierungsprozesses der Pflegepraxis. (vgl. Allmer, 2000, S. 103f., vgl. Weidner, 2004, S. 327, vgl. Schüler et al., 2013, S. 1137, vgl. Thiel et al., 2001, S. 268, vgl. Behrens et al., 2004 S. 15)

Die perioperative Pflege und die Methode EBP

Die Kernaufgaben der perioperativen Pflege sind die spezifisch auf die PatientInnen abgestimmten präoperativen Vorbereitungen zur Operation, die pflegerischen Tätigkeiten, die Begleitung während des Eingriffs sowie die postoperative Pflege bis zum Ausschleusen. Dies erfolgt unter Einhaltung geltender Vorschriften, fachlicher Erkenntnisse und überprüfter Standards und Erfahrungen. Weiters müssen die PatientInnen in ihrer individuellen Situation wahrgenommen werden, um daraus situationsgerechte perioperative Pflegemaßnahmen ableiten zu können, denn es gilt, sowohl dem operativen Eingriff als auch dem Menschen gerecht zu werden. Durch den medizinischen Fortschritt unterliegt die perioperative Pflege zudem einem stetigen Veränderungsprozess, so dass sich immer wieder neue Erkenntnisse und Herausforderungen für die Pflegepraxis ergeben. Die kontinuierliche Entwicklung der Pflegequalität stellt daher eines der wichtigsten Optimierungsfelder des perioperativen Pflegebereichs dar. Daraus entsteht der Bedarf, Wissen aus Theorie und Praxis zu bündeln, um hochqualitative Outcomes zu erreichen und durch die Methode EBP kann dies gewährleistet werden. Laut bestehender Gesetzeslage sind Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe dazu verpflichtet, den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Pflegepraxis zu gewährleisten und sich regelmäßig fortzubilden. Die Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen unter anderem evidence- und forschungsbasiertes Handeln, die Mitwirkung an Forschungsprojekten und die Umsetzung der fachspezifischen Forschungsergebnisse. Aus der bestehenden Gesetzeslage lässt sich schließen, dass der Gesetzgeber zur Weiterentwicklung der Pflegeleistung auf einen vermehrten Rückgriff auf systematisches Wissen setzt. Durch die Implementierung einer speziell für die perioperative Pflege ausgewählten EBP Methode ist eine hohe Effizienz und Nachhaltigkeit gewährleistet. Sie befähigt und ermutigt Pflegende, klinische Entscheidungen weitgehend evidence-basiert zu treffen. Vor der Umsetzung der Methode EBP müssen strukturelle Stärken und Barrieren sowie die persönliche Einstellung der ExpertInnen der perioperativen Pflege gegenüber EBP identifiziert werden. „Dieses Vorgehen ist für eine erfolgreiche und nachhaltige Implementierung der Methode EBP von Bedeutung, in anderen Worten, es bedarf eines Implementierungskonzeptes.“ (vgl. Juchli, 1994, S. 1006ff., vgl. Thiel et al., 2001, S. 270, vgl. Melnyk et al., 2011, S. 4, vgl. §4 Abs. 1 Satz 2 GUKG, vgl. §4 Abs. 2 GUKG, vgl. § 14 Abs. 2 GuKG)

Herausforderungen und Chancen

Pflegende sind heutzutage mit einer Vielzahl von Anforderungen konfrontiert. Sie müssen in der Lage sein, die Gebiete der Pflegewissenschaft zu beherrschen, mit dem neuen theoretischen Wissen Schritt zu halten, kritisch zu denken und Entscheidungen im Einklang mit den Bedürfnissen der PatientInnen zu treffen. Pflegende reflektieren heute vermehrt und hinterfragen, wer die Entscheidungen für eine wirksame Pflege trifft und ob die Vorgaben sinnvoll sind. Gleichzeitig nimmt die Zahl verfügbarer Evidenz in der Pflege stetig zu, was von Vorteil ist, aber auch das Risiko birgt, diese falsch zu interpretieren. Genau an dieser Stelle knüpft die Methode EBP an: Sie entwickelt einen »Fahrplan«, der sicherstellt, evidence-basierte Entscheidungen im Einklang mit den Pflegenden, den Vorstellungen der PatientInnen und den vorhandenen Ressourcen zu treffen. Bei der Anwendung der Methode EBP kann es jedoch zahlreiche Barrieren geben. Diese erstrecken sich über alle Bereiche der Pflege und über alle Hierarchieebenen. Melnyk et al. (2004, S. 188f.) zeigen die wichtigsten Barrieren bei der Implementierung der Methode EBP auf: An erster Stelle steht Zeitmangel, gefolgt von fehlenden Ressourcen (Zugang zu aktueller Literatur, finanzieller Unterstützung), Wissensmangel, mangelnde Unterstützung durch das Management, das Fehlen von Facilitatoren und eine kulturgeprägte Denkweise, wie das Festhalten an bereits veralteten Prozessen. All diese Barrieren können eine nachhaltige Implementierung der Methode EBP verhindern. Unter den TeilnehmerInnen der Studie Melnyk et al. (2004, S. 188f.) herrschte Einigkeit, dass die Methode EBP die klinische Versorgung der PatientInnen verbessern kann. Sie räumten jedoch ein, dass das Wissen der Pflegenden über die Methode EBP zu gering sei. Des Weiteren wurde betont, dass

(C) beerkoff

es für eine derartige Veränderung Pflegende brauche, die von der Methode EBP überzeugt sind und motiviert sind, diese umzusetzen. Gegenüber EBP besteht die Kritik, die Methode konzentriere sich allein auf externe Evidence und ignoriere die interne Evidence. Daher ist eine Reihe von Schritten und Regelungen notwendig, um eine Arbeitsorganisation verbindlich an externe Evidence zu adaptieren. Es liegt in der Verantwortung der Organisation, aktuelle und hochwertige Forschungsergebnisse zu identifizieren, um folgend klinische Entscheidungen zu treffen. Nydahl et al. (2016, S. 184) kommen zu dem Ergebnis, dass die Pflegeforschung für den perioperativen Pflegebereich ein großes Potenzial habe, jedoch noch „in den Kinderschuhen“ stecke bzw. häufig vernachlässigt werde. Baker (2017, S. 3) geht noch einen Schritt weiter in ihren Ausführungen und bezeichnet EBP als einen Schlüsselfaktor für die perioperative Pflegepraxis, um deren Qualität kontinuierlich zu verbessern. Sie definiert den Prozess der Qualitätssteigerung als systematische und dauerhafte Handlung, die zu einer messbaren Verbesserung führe. Baker (2017, S. 1) weist im Gegensatz dazu auf eine lange Geschichte der Praxistraditionen und Routine der perioperativen Pflege hin. Es bestehe die Notwendigkeit, Veränderungsprozesse in der perioperativen Pflege einzuleiten: es muss nicht nur der Nutzen der Methode EBP vermittelt werden, es müssen auch Anpassungen vorgenommen werden, die zu einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung beitragen können. Die Herausforderung ist groß, aber es ist höchste Zeit, kulturgeprägte Denkweisen aufzubrechen und die Methode EBP erfolgreich in der Organisationskultur zu verankern. (vgl. Melnyk et al., 2004, S. 188f., vgl. Behrens et al., 2004, S. 15, vgl. Ciliska, 2004, S. 13, vgl. Godshall, 2010, S. 1ff., vgl. Nydahl et al., 2016, S. 184, vgl. Baker, 2017, S. 1f., vgl. Behrens et al., 2004, S. 214, vgl. Melnyk et al., 2011, S. 244f.)

Literatur

ALLMER Gertrude (2000): Die Bedeutung der Akademisierung der Pflege aus juristischer Sicht. In: Kozon V., Mayer H., Seidl E. (Hg.): Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich, Facultas Verlag: 101-106.

BAKER Don Joy (2017): Nursing Research, Quality Improvement, and Evidence-Based Practice: The Key to Perioperative Nursing Practice, In: AORN Journal, Vol. 105 (1): 3-5.

BEHRENS Johann, LANGER Gero (2004): Evidence-Based Nursing, Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft, Verlag Hans Huber, Bern et al.

CILISKA Donna (2004): Geleitwort Evidence-based Nursing. In: Behrens Johann, LANGER Gero: Evidence-Based Nursing, Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft, Verlag Hans Huber, Bern et al.: 13-14.

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEGESETZ 1997 (GuKG), In: BGBl. I Nr. 108/1997 idF BGBl. I Nr. 8/2016.

GODSHALL Maryann (2010): Fast Facts for Evidence-Based Practice. Implementing EBP in a Nutshell, Springer Publishing Company, New York.

JUCHLI Liliane, MÜGGLER Elisabeth, DUDLI Marie-Louise (1994): Pflege, Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York.

MELNYK MAZUREK Bernadette, FINEOUT-OVERHOLT Ellen (2011): Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare, Verlag Wolters Kluver Health, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

MELNYK MAZUREK Bernadette, FINEOUT-OVERHOLT Ellen, FEINSTEIN FISCHBECK Nancy, HONG U., SMALL Leigh, WILCOX Larry, KRAUS Rachel (2004): Nurses‘ Perceived Knowledge, Beliefs, Skills, and Needs Regarding Evidence-Based Practice: Implications for Accelerating the Paradigm Shift. In: Worldvie\,-,son Evidence-Based Nursing, 1 (3): 185-193.

NYDAHL Peter, WELK Ina (2016): Zauberwerk Pflegeforschung, In: Im OP, Fachzeitschrift für OP-Pflege und OTA, 4 (16): 184-187, Thieme Verlag.

SCHÜLER G., KLAES L., ROMMEL A., SCHRÖDER H., KÖHLER T. (2013): Zukünftiger Qualifikationsbedarf in der Pflege. Ergebnisse und Konsequenzen aus dem BMBF –Forschungsnetz FreQueNz. In: Bundesgesundheitsblatt 56: 1135-1144, Springer Verlag, Berlin Heidelberg.

THIEL Volker, STEGER Kai-Uwe, JOSTEN Cornelia, SCHEMMER Eckhard (2001): Evidence-Based Nursing – missing link zwischen Forschung und Praxis. In: Pflege, 14: 267-276, Verlag Hans Huber.

WEIDNER Frank (2004): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Mabuse-Verlag, Wissenschaft 22, Frankfurt am Main.

Autorin

Sabrina Fehringer, MSc
Stationsleitung im perioperativen Pflegebereich (Wien),
Abschluss Master of Science im Bereich Pflegemanagement,
Sonderausbildung in der Pflege im Operationsbereich
sabrina.fehringer@gmx.at

Wie kommt man auf die Idee einen Sicherheitsgurt für die Gesundheit zu entwickeln?

Interview mit Johannes Hilbe (JH), CEO und Karl Fritscher (KF), CEO von CubileHealth

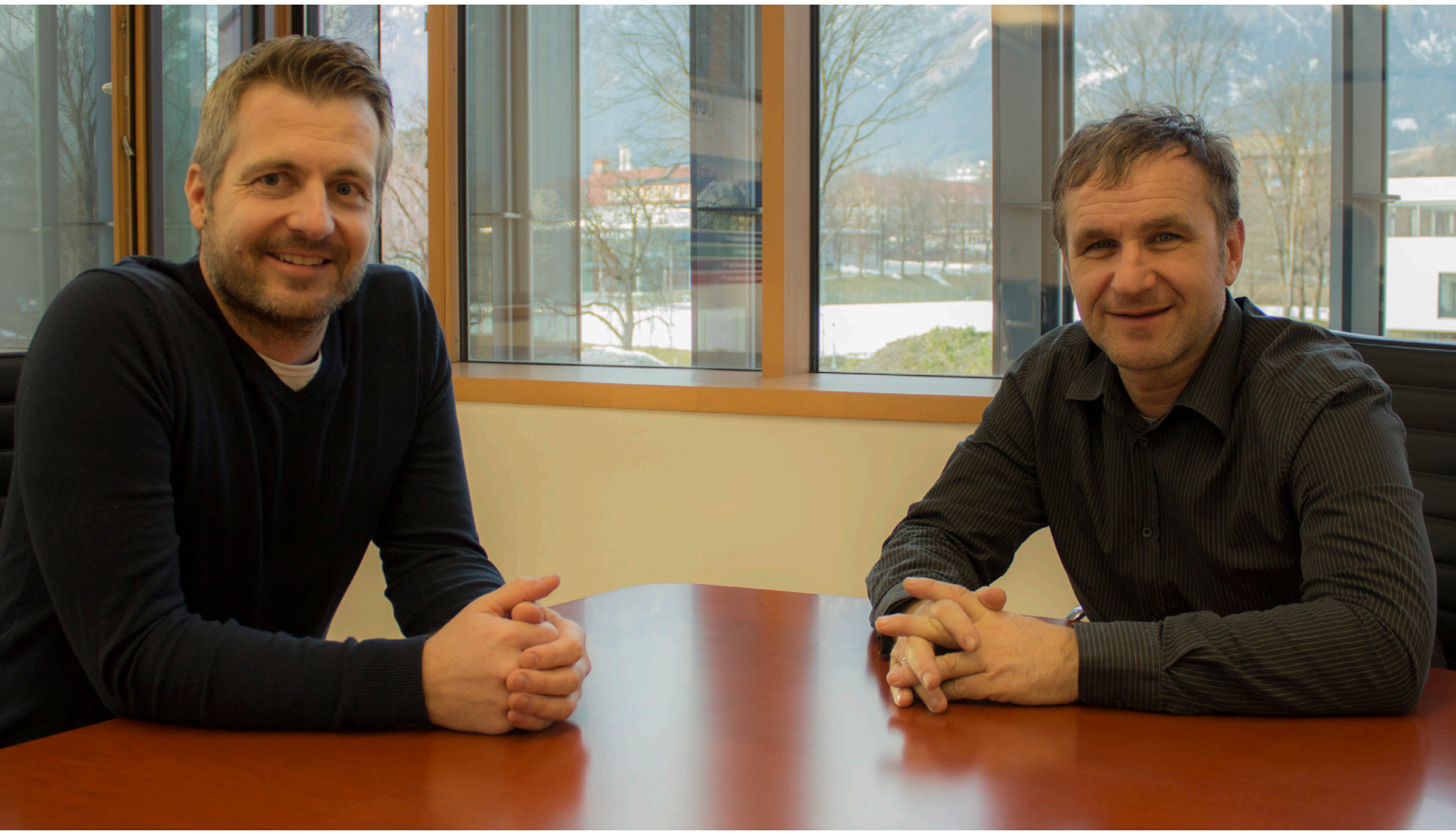
Hallo, Karl und Johannes. Ihr habt CubileHealth gegründet. Könnten ihr euch bitte unseren Lesern kurz vorstellen?

(JH) Ich war über zwanzig Jahren als diplomierter Krankenpfleger in unterschiedlichen Bereichen im In – und Ausland tätig und kenne den Pflegebereich dementsprechend gut. Neben einem Doktorat in Pflegewissenschaft und einen Master in medizinischer Informatik bin ich auch stolzer Vater von vier Kindern. (und kenn den Spagat Familie/Beruf/ Karriere entsprechend)

(KF) Eigentlich hab ich Medizin studiert, bin dann aber recht zügig in der medizinischen Informatik gelandet und beschäftige mich mit Signal- und Bildverarbeitung und in diesem Zusammenhang mit Themen wie Künstliche Intelligenz und Deep Learning. Vor meiner Habilitation habe ich zwei tolle Jahre an der Harvard Universität geforscht. Seit nunmehr fast zwei Jahren entwickle ich nun schon zusammen mit Johannes das Cubile Monitoring System was ich total spannend finde.

Könnt ihr mir den Namen eurer Firma CubileHealh erklären?

(KF) Ja, klar. Der Name stammt vom lateinischen Wort für Bett- Cubile und dem englischen Wort für Gesundheit – health. Das trifft dann ziemlich genau das was wir machen, das Bett als Gesundheitszentrale zu nutzen.



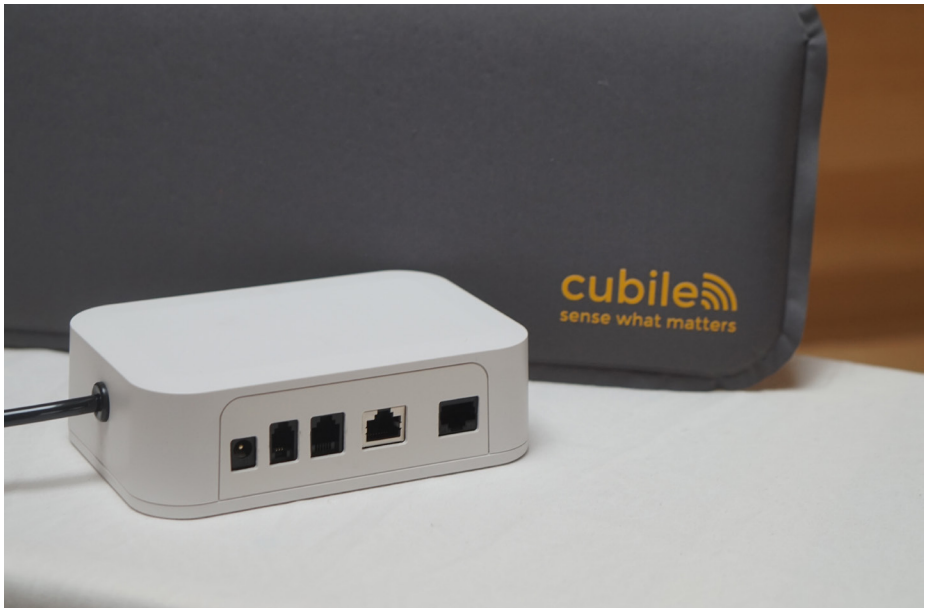
Erzählt mir doch die Geschichte von CubileHealth?

(KF) Johannes und ich haben uns während des Studiums kennengelernt. Wir hatten ähnliche Ziele, nämlich mit Methoden aus der Informatik die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Irgendwann sind wir dann auf das Thema der Ballistocardiographie gestoßen,- wie man sieht (lacht) hat uns dieses Thema dann nicht mehr losgelassen. Die Möglichkeiten dieser Methode sind immens. Nichts desto trotz haben wir unzählige „Garagenstunden“ aufgewendet um CubileHealth überhaupt mal an den Start zu bringen. Dadurch konnten wir 2013 ein europäisches Patent 2013 anmelden, welches nun gerade vor ein paar Monaten, 4 Jahre später veröffentlicht wurde.

(JH) CubileHealth wird heuer 2 Jahre alt. In dieser kurzen Zeitspanne konnten wir ein tolles, internationales Team aufbauen mit universitären Ausbildungen in Österreich, Deutschland, Irland, USA und den Niederlanden. In den Themen Medizin, Krankenpflege, e-health, Signalverarbeitung, Software Engineering fühlen wir uns so Richtig zu Hause. Das wichtigste jedoch ist, dass wir ein Team mit einer Vision und einem starken Willen zur Umsetzung sind.

Was waren die tollsten Momente eurer Firma?

(JH) Es freut mich immer wieder, wenn ich Leute mit unserer Cubile-Idee begeistern kann. CubileHealth war beispielsweise eines von 11 nominierten Österreichischen Startups für eine New Yorker Pitch-Veranstaltung im September 2016. Im November wurde CubileHealth der Tiroler Cluster-Award in der Kategorie



„Life Sciences“ und der Preis für das „Beste Startup“ der Tiroler Handelskammer verliehen.

(KF) Nun ist CubileHealth auf der START-UP CHALLENGE 2018 der Altenpflegemesse in Hannover nominiert.

Toll waren auch unsere zwei Finanzierungsrunden. Da konnten wir namhafte Investoren von unserer Idee überzeugen.

Johannes, du hast mehrjährige Erfahrung im Gesundheitswesen. Wo siehst du die pflegerischen Herausforderungen bei älteren Menschen?

(JH) Zu diesem Thema fällt mir immer unsere Geschichte von Anna ein. Die verwenden wir für unser Marketing. Mag ein wenig pathetisch sein, trifft jedoch den Kern des Problems ganz gut

„Anna, diplomierte Krankenschwester, liebt ihre Arbeit im Pflegeheim - Gutes tun macht einfach Spaß. Dennoch hat sich Ihre Arbeit im Lauf der Zeit gewandelt. Ein erheblicher Teil ihrer Arbeitszeit wird nun dafür benötigt ein Sicherheitsnetz bestehend aus Kontrollen und Dokumentation zu betreiben. Beobachten, Assessments, Blutdruck und Temperatur messen, Dokumentation aber auch Kontrollrunden im Nachdienst gehören zu diesen Tätigkeiten. Vermehrt herausfordernde Krankheitsbilder wie Demenz, höhere - wenn auch durchaus berechtigte - Qualitätsansprüche der Bewohner, Personalmangel und damit weniger Zeit für die Heimbewohner haben jedoch ihren Tribut gefordert. Das Ergebnis ist Stress, weniger Zeit für die Klienten und damit auch weniger Freude an der Arbeit. Einige ihrer Arbeitskolleginnen haben deshalb schon das Handtuch geworfen.“

In dieser Abwärtsspirale stecken wir mitten drinnen, deshalb setzt CubileHealth auch dort an.

Es klingt also so, als wäre die Zeit welche die Pflege mit dem Patienten verbringt das Nadelöhr in der Pflege, oder?

(JH) Ja, so ist es, „Ich habe keine Zeit“ ist wohl ein sehr gängiger Satz im Pflegebereich. Es sieht so aus, als ob das Verhältnis von Pfle-

gepersonal und Bewohner in der Zukunft noch weiter gestreckt wird, Stress bzw. Zeitmangel werden dadurch noch weiter verschärft. Erhöhte Qualitätsforderungen, gepaart mit weniger Pflegepersonal und einem schlechteren Skill-Mix machen diese Situation dann noch schwieriger. Leider wissen wir, dass dies zu vielen anderen Problemen wie vermehrte Stürze, Dekubitus und anderen Pflegeproblemen führt.

Du hast hier ein paar komplexe Probleme erwähnt, die von dieser Verknappung der Betreuungszeit betroffen sind. Kann die Medizintechnik hier Lösungen anbieten?

(KF) Ja, das sind komplexe Herausforderungen, und wir müssen auch realistisch sein, denn in Zukunft werden diese Herausforderungen wie schon von Johannes angesprochen, noch wachsen. Daten der OECD und der Europäischen Kommission zeigen, dass sich die Gruppe der über 80-jährigen, bis 2050 verdoppeln wird. In Österreich werden beispielsweise bis 2060 50% der Einwohner 65 Jahre oder älter sein[1].

Jedes Problem birgt natürlich auch eine Chance in sich. Deshalb arbeiten wir zum Beispiel seit einigen Jahren gemeinsam an einer Lösung um Pflegekräfte in ihrer täglichen Arbeit besser unterstützen zu können. Das Pflegepersonal soll genau jene Informationen bekommen, die es braucht, um die Betreuung der zu pflegenden Personen optimal zu gestalten. Dabei arbeiten wir zum Beispiel mit einem Ampel-System. Dieses gibt einen intuitiven, schnellen Überblick über die Station bzw. den Gesundheitszustand eines Patienten. So können Arbeitsprozesse automatisiert, teilweise übernommen und in Form von direkter Betreuungszeit wieder reinvestiert werden.

Das war jetzt etwas abstrakt, kannst du uns das etwas präzisier erzählen?

(JH) Im Wesentlichen entwickelt CubileHealth ein in Pflegebetten integrierbares Gesundheitsmonitoring - System. Das System wird dabei so unter der Matratze positioniert, dass es nicht wahrgenommen wird und deshalb auch nicht störend oder aufdringlich wirkt. So erfassen wir berührungslos und kontinuierlich im Bett Daten. Dies ist ein wesentlicher Vorteil gegenüber „tragbarem Monitoring“ für welche erheblichen Ressourcen in Bezug auf Wartung, Lagerung, aber auch für die eigentliche Messung aufgewendet werden müssen. Mit Cubile haben Pflegekräfte

jederzeit einen Überblick über die Station und werden aktiv über ihre elektronischen Geräte (Tabletts, Computer, Smartphones), oder die Stationsglocke informiert, sollte sich eine gefährliche Situation in Bezug auf Sturz- Dekubitus, oder Vitalparameter ergeben. So kann das Bett der Zukunft Daten zum Schlaf und damit auch Daten zur richtigen Dosierung von Schlafmedikation liefern. Vitalparameter in Kombination mit Schlaf/Bettzeiten geben Auskunft über eventuell heranziehende Krankheiten. Kontrollrunden im Nachtdienst werden obsolet, da das Pflegepersonal sich genau um jene Personen kümmern kann die Hilfe benötigen. Zeitechte Informationen unterstützen dies insofern, dass Informationen über den Status der Person im Bett jederzeit verfügbar sind.

Karl kann Ihnen mehr über den technischen Teil von Cubile zu erzählen.

(KF) Ich weiß, dass nicht viele Leute an solchen Details interessiert sind. Ihre Leser können einfach unsere Website cubilehealth.com besuchen und bei Interesse darüber lesen. Hier ist ein Bild, um zu visualisieren, wie unser Produkt funktioniert:
Die oben angeführte grafische Darstellung zeigt anhand eines Pflegeheimes das Einsatzspektrum des Cubile Health Monitoring Systems. Die Daten werden am Bett erfasst und über verschiedene externe Geräte visualisiert. Zusätzlich kann die Rufanlage an das System angebunden werden. Aufgrund der Verwendung von etablierten Standards können die Daten auch, sofern eine Berechtigung vorliegt an Dritte (Pflegesoftware, Hausarzt, e-health) weitergeleitet werden.

Ihr erwähnt hier ein System, das sehr komplex und technisch klingt. Denkt ihr, dass das Pflegepersonal überhaupt daran interessiert ist so etwas in ihren Arbeitsalltag zu integrieren?

Eigentlich bin ich froh, dass du mich das gefragt hast. Bei der Entwicklung unseres Produkts waren wir sehr darauf bedacht keinen zusätzlichen Stress zu erzeugen, sondern Arbeitsabläufe zu unterstützen und wenn möglich zu vereinfachen. Wir glauben, dass wir ein Produkt geschaffen haben, dass einen erheblichen Mehrwert bringt da es die tägliche Pflege und Betreuung erheblich vereinfacht und deshalb sehr beliebt sein wird.

Da Du das Wort „komplex“ erwähnt hast. Wir haben sehr viel Arbeit dafür aufgewendet um unnötige Komplexität heraus zu nehmen. Unser Anspruch „keep it simple “ hat uns täglich gefordert, dafür kann sich das Ergebnis nun wirklich sehen lassen. Einen grundlegenden Vorteil haben wir schon deshalb, weil unser Monitoring ja auch als App auf Smartphones oder Tablets benutzt werden kann. Dadurch sind die Bedienungselemente sowieso schon allen Benutzern geläufig.

Was sind die Hauptvorteile von Cubile Monitoring?

(KF) Cubile ist defacto der Sicherheitsgurt für Patient, Bewohner und das Personal gleichzeitig (beide lachen).

(JH) Mich begeistert das berührungslose Konzept. Kein Aufwand mehr, weder für den Bewohner, den Patienten noch für das Personal. Zudem sind die notwendigen Informationen jederzeit über ein Smartphone oder Tablett-Computer mobil abrufbar.

Konkret kann Cubile verschiedene Problembereiche entschärfen, Stürze sind zum Beispiel einer davon. Diese können schwerwiegende Probleme, wie eine Schenkelhalsfraktur nach sich ziehen. Mit Cubile kann nun sehr präzise definiert werden, wann bzw. wie frühzeitig eine Information oder ein Alarm an das Personal gesendet werden soll. Soll dies schon beim Querbettsitzen, oder 15 min nachdem der Patient das Bett verlassen hat und nicht mehr zurück gekommen ist, geschehen. Die Übersichtsdarstellung zeigt zusätzlich den aktuellen Status, also ob der Bewohner im Bett ist, ob er schläft etc. an. All dies ist mit Cubile Sturzprophylaxe kein Problem. Dadurch hat CubileHealth ein

zuverlässiges System entworfen, um maximale Sicherheit zu schaffen, ohne dabei die Freiheit der zu pflegenden Person einzuschränken.

Ein weiteres gesundheitliches Risiko ist der Dekubitus. Das In-Bett Mobilitäts-Monitoring zeigt Mobilitätsdaten an und kann somit zur Vermeidung von Dekubitus beitragen. Durch die flexible Intervalldarstellung kann die Dekubitusprophylaxe effizienter und sicherer durchgeführt werden.

Das Monitoring der Vitalparameter hilft vor allem in der Akutversorgung Probleme zu erkennen bevor Katastrophen entstehen. Dadurch kann die Qualität der Versorgung gesteigert werden. Eine gleichzeitige Ressourcenschonung durch die Früherkennung ist sicherlich ein netter Nebeneffekt.

Freiheitsbeschränkungen durch Medikamente haben in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen, besonders bei der Betreuung von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Kann Cubile hier Unterstützung anbieten?

(JH) Es ist ja allgemein bekannt, dass Patienten mit Demenz oftmals Probleme haben einen normalen Tagesrhythmus beizubehalten. Sieben von zehn Demenzkranken leiden unter Schlafstörungen. Ortswechsel wie Krankenhausaufenthalte oder der Umzug in ein Heim verschlimmert diese Symptomatik. Eine Problematik dabei ist, dass für Institutionen der Schlaf-Wach Rhythmus nur schwer messbar bzw. dokumentierbar ist. Für die Wirkung der gegebenenfalls verabreichten Medikation gilt dies übrigens ebenso. Cubile kann für jeden Bewohner klare Daten liefern. Mit diesen Informationen können die Mitarbeiter fundierte Pflegeentscheidungen treffen. Natürlich kann auch die Schlafmedikation evaluiert werden. Ein Medikament das keinen spürbaren Nutzen bringt, sollte ja nicht verabreicht werden.

Du erwähnst immer wieder Alarme. Glaubst du nicht, dass dies Pflegekräfte, noch mehr stresst?

(JH) Durch meine langjährige Tätigkeit auf Intensivstationen bin ich sehr vertraut mit diesem Thema. Unbedeutende Alarme, vor allem Nachts, beeinträchtigen das Personal in deren Arbeit und können sich negativ auf das ganze Umfeld auswirken. Wir sind uns unserer Verantwortung diesbezüglich bewusst und haben das Alarmmanagement über das Ampelsystem sehr klar ausgeführt. Als Resultat ist das System sehr einfach und intuitiv zu handhaben.

Ihr arbeitet mit Patienteninformationen; wie versichert ihr, dass diese privat bleiben und nur vom Personal gesehen wird, die es sehen sollten?

(KF.) Unsere Herzen schlagen für die CubileHealth Idee. Wir zwei und zwei weitere Mitarbeiter haben medizinische Informatik studiert und schon alleine deshalb sind wir getrimmt und mehr als nur sensibel gegenüber diesem Thema. Alle Daten werden im Netzwerk verschlüsselt übertragen. Kritische Teile des Systems werden zusätzlich passwortgeschützt. Auch werden die Daten momentan direkt am Bett und somit dezentral gespeichert was ein zusätzliches Sicherheitsmerkmal darstellt.

Gibt es in Zukunft mehr Potenzial für Euer Produkt?

(KF) Ja, wir brennen schon darauf weitere Funktionen zu integrieren. Wir forschen an weiteren Möglichkeiten wie zum Beispiel berührungslose Blutdruckmessung, klingt „spacig“ ist aber durchaus möglich. Automatisierte Feuchtigkeitsdetektion für Inkontinenz, Erfassung des Harnvolumens für Menschen mit Harnkatheter. Darüber hinaus geht es um die Früherkennung von Herzerkrankungen. Dafür verwenden wir Methoden aus den Bereichen Maschinelles Lernen und der Künstliche Intelligenz.

Könntet ihr mir mehr Details geben?

(KF) Ja, natürlich.

Zum Stichwort berührungslose Blutdruckmessung: CubileHealth arbeitet an einem wissenschaftlichen Projekt welches sich mit der Messung der Pulswellenlaufzeit zur Approximation des Blutdrucks beschäftigt. Dadurch könnte die Messung automatisiert, über längere Zeiträume und mit wesentlich weniger Ressourcen durchgeführt werden. Ein weiteres Thema ist die Harninkontinenz, diese ist eine körperliche wie auch psychische Belastung. In Kooperation mit einem Startup aus dem Bereich „Smart Textiles“ soll das Ausmaß der Feuchtigkeit im Gesäßbereich über eine Skala online visualisiert werden.

Weiters entwickeln wir gerade auch eine automatisierte Erfassung des Harnvolumens für Personen mit Harnkatheter. So können frühzeitig Probleme der Nierenfunktion aufgezeigt werden. Die automatisierte Messung des ausgeschiedenen Harnvolumens mittels Cubile spart deshalb Ressourcen und erhöht gleichzeitig die Qualität der Pflege.

Als letztes noch ein weiteres sehr spannendes Projekt: Je nach Gesundheitszustand verändert sich neben unserem physiologischen System (Herz und Atemfrequenz) auch unser Verhalten. Wir schlafen unruhiger, bleiben länger im Bett, fühlen uns matt, sind schlaffer. Dies sind alle Merkmale, welche durch Cubile erfasst bzw. über Algorithmen errechnet werden können. So wird es möglich sein, krankheitsbedingte Veränderungen gesundheitsrelevanter Parameter frühzeitig zu detektieren und dementsprechend Therapien und Gegenmaßnahmen rechtzeitig einzuleiten.

Für all diese Dinge ist das Bett der ideale Platz. Eine Person hält sich dort ja normalerweise für mehrere Stunden auf. Außerdem sind Ruhephasen wie Schlaf nicht nur für uns selbst wichtig. Diese Phasen sind auch der ideale Zeitpunkt um valide Messergebnisse zu bekommen und somit Daten vergleichen zu können. Und wiederum das schönste dabei ist, das kein Aufwand durch das Messen entsteht, aber viele der Informationen die Arbeit erleichtern werden.

Vielen Dank für das Interview!

(JH) Vielen Dank, Markus

Gerne würde ich noch hinzufügen, dass wir uns immer freuen, wenn wir Fragen beantworten können, bzw. wenn Sie uns etwas mitteilen wollen sei dies eine Idee oder eine Anregung, herzlichen Dank schon im Voraus.

(KF) Alles Gute und vielen Dank.

[1] OECD/EU (2013), A Good Life in Old Age?: Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, OECD Publishing, Paris.

(C) CG

Selbstevaluation

ein Instrument zur Qualitätssicherung im Pflege- und Gesundheitsbereich

1. Notwendigkeiten und Herausforderungen

Der Druck im System der Praxis steigt. Weil das Geld nach wie vor knapp ist in den öffentlichen Kassen des Sozial- und Gesundheitsbereichs, beobachten wir seit vielen Jahren eine immer mehr überhandnehmende Ökonomisierung der Frage nach der sozialen Verantwortung des Staates, die spätestens in den 90er Jahren begonnen hat. Die Forderung nach der Prüfung der Wirkungen, aber auch der volkswirtschaftlichen Effizienz von Einrichtungen des öffentlich finanzierten Sektors ist seitdem Gegenstand sozialwissenschaftlicher Diskurse (Bleck und Liebig 2015; Borrmann und Thiessen 2016; Kehl, K. et al. 2016): Steht denn – so wird gefragt – der öffentliche Aufwand, der für die Bereitstellung der Dienste im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich betrieben wird, in einem sinnvollen Verhältnis zum Nutzen, den sie für das Gemeinwesen haben? Die Folge dieser Debatten war und ist eine zwangsläufige und zunehmende Orientierung der einzelnen Dienste an betriebswirtschaftlichen Überlegungen. Das bedeutet: Der Nachweis von Qualität und das Bemühen um Effizienz überlagern seither zunehmend massiv die Bemühungen der Einrichtungen und Dienste um ein möglichst effektives, d.h. an der Erreichung ihrer Ziele orientiertes Handeln. Fachlichkeit und Wirtschaftlichkeit stehen als Kriterien zur Beurteilung des professionellen Handelns in einem direkten Konkurrenzverhältnis – auch im Arbeitsalltag der Fachkräfte.

Dies ist zunächst auch nichts grundsätzlich Problematisches. Was spricht dagegen, den Nachweis zu führen, dass etwa präventive Gesundheitsförderung in der Lage ist, wesentlich höhere Folgekosten zu vermeiden, dass gezielte pflegerische Beratung mittel- und langfristig zur Entlastung der Kostenexplosion im Gesundheitswesen beitragen kann? Problematisch erscheint nur, dass an vielen Stellen inzwischen das Kind mit dem Bade ausgeschüttet zu werden droht: Maßstäbe der Fachlichkeit der Pflege werden geradezu verdrängt vom Kriterium der Wirtschaftlichkeit – mit der fatalen Folge, dass nicht selten kostengünstige Maßnahmen den wirksameren vorgezogen werden.

Wie aber reagieren die Professionen auf diese Entwicklung? Ein erweitertes Kompetenzprofil soll die Methoden des beruflichen Handelns mindestens in dreierlei Hinsicht ergänzen:

- Betriebswirtschaftliche Steuerungselemente und Konzepte des Managements sind notwendig, um mittel- und langfristig das Überleben der Einrichtungen zu sichern und vorhandene Ressourcen effizienter zu nutzen (Hensen 2012).
- Die fachliche Wirksamkeit der Sozialen Arbeit und des Pflegebereiches wird nicht mehr unhinterfragt und als selbstverständlich angenommen, sondern sie ist über eine methodisch kontrollierte Evaluation nachzuweisen; Fachkräfte müssen zukünftig über die Wirksamkeit ihres professionellen Handelns im engeren Sinn Rechenschaft ablegen (Döring & Bortz 2016).
- Durch die Betonung der Wirtschaftlichkeit werden Zielkonflikte im Bereich der Pflege deutlich, die nur über eine ethische Reflexion begründet entschieden werden können (Schmid Noerr, G. 2012).

Aus zwei Gründen werden vor diesem Hintergrund Fragen und Perspektiven der Evaluation in der Praxis des Sozial- und Gesundheitswesens, sowie im Bereich der Ausbildung ihrer Fachkräfte seit einiger Zeit verstärkt diskutiert:

Im Rahmen der Professionalisierungsdebatte ist man in methodischer Hinsicht in den letzten Jahren vermehrt zur Einsicht gekommen, dass auch praxisorientierte Evaluation in den verschiedenen Arbeitsbereichen der Sozialen Arbeit gezielte Beiträge zur Steigerung ihrer Fachlichkeit und damit zur Entwicklung neuer Standards methodischen Handelns leisten kann (Heiner 1998; Müller-Kohlenberg, H. 2000).

Im Zeichen der Verknappung öffentlicher Haushalte gerät der öffentlich finanzierte Sektor auch in politischer Hinsicht zunehmend unter Legitimationsdruck. Auch hier können differenzierte Evaluationskonzepte PraktikerInnen inzwischen in die Lage versetzen, sinnvolle Nachweise der Wirtschaftlichkeit, d.h. der Qualität i.S.v. Effizienz Sozialer Arbeit zu führen (Rossi, Freeman und Hofmann 1988; Decker und Decker 2008).

Durch die starke Zunahme von Anbietern im Pflegebereich in den letzten Jahren, müssen sich die Träger auch der Aufgabe stellen, ihren gesellschaftlichen Nutzen in ein nachvollziehbares und möglichst günstiges Verhältnis zu den eingesetzten öffentlichen Mitteln zu setzen.

2. Chancen und Nutzen

Die Breite der Diskussion und die Tatsache, dass Evaluation auch im Gesundheitsbereich inzwischen eine zentrale Rolle spielt, die weit über den Nachweis ihrer Wirkung hinausgeht, wird vor allem durch drei zentrale Motive und Zielsetzungen deutlich, die Evaluationsvorhaben – in ganz unterschiedlichen Formen und Umfängen – zugrunde liegen können:

Fachliches Controlling und Innovation

Nicht nur durch den zunehmenden Druck von außen, in Form von Trägern, sondern auch seitens der Finanzierung wird immer stärker die Erwartung laut, die Praxis in den Einrichtungen und Diensten einer detaillierten Erwartungs-Erfolgs-Kontrolle zu unterziehen. Auch eine leistungsbezogene Selbstkontrolle kann Bewertungsgrundlagen schaffen, um Erfolg und Misserfolg auf der fachlichen und politischen Ebene diskutierbar zu machen. Wie seit langer Zeit im Bereich der Industrie und in anderen Humandienstleistungen sind auch in vielen sozialen Diensten sogenannte ‚kontinuierliche Verbesserungsprozesse' (z.B. durch die Implementierung von Qualitätsbeauftragten, Qualitätszirkeln oder fachlichem Controlling) inzwischen zu praktikablen und effektiven Instrumenten nicht nur der Qualitätssicherung und -entwicklung geworden. Auch im Hinblick auf die Verbesserung der strukturellen Bedingungen alltäglicher Handlungsabläufe kann Evaluation und insbesondere Selbstevaluation innovativ wirken, d.h. zur Erneuerung von Strukturen und Hilfeprozessen beitragen.

Aufklärung und Qualifizierung

Nicht nur der finanzielle, auch der fachliche Problemdruck steigt. Daraus ergibt sich ein zunehmendes Bedürfnis der KollegInnen, selbst zur Strukturierung, d.h. zu mehr Transparenz und Klarheit in der Unübersichtlichkeit und Komplexität alltäglicher Aufgabenstellungen – etwa durch die Rekonstruktion von Interventionsverläufen – beitragen zu können. Unter der Forderung nach dem „Ende der Beliebigkeit" im Zusammenhang mit den Bemühungen um die Fortentwicklung methodischen Handelns, trägt verstärkt auch Evaluation dazu bei, die eigene Fachlichkeit zu optimieren. Aus der systematischen Reflexion alltäglicher Arbeit heraus kann die Sicherheit entstehen, das Richtige zu tun, d.h. professionell zu arbeiten und letztlich kompetent zu sein. Daraus können z.B. Beiträge zu einer sinnvollen Personalentwicklung oder neue Weiterbildungskonzepte in Organisationen entstehen.

Legitimierung

Neben einem wachsenden Bedürfnis nach Selbstvergewisserung bei KollegInnen kann die Entwicklung objektivierbarer Standards auch zum Nachweis von Qualität der eigenen Arbeit – nicht zuletzt im Sinne einer gesamtgesellschaftlich gedachten Effizienz – nach außen beitragen. Auf diese Weise entsteht auch mehr politische Verbindlichkeit und letztlich ein dokumentierbares Mehr an ‚Daseinsberechtigung' im betriebs- und volkswirtschaftlichen Sinne.

3. Begriffsbestimmungen und -abgrenzungen

Generell werden Evaluationsvorhaben zum einen im Hinblick auf die Herkunft der bewertenden Akteure unterschieden: Externe Evaluation als Bewertung von außen (außerhalb der Organisation) wird von interner Evaluation unterschieden, mit der eine Einrichtung selbst versucht, sich insgesamt oder in Teilbereichen einer Bewertung zu unterziehen.

Interne Evaluation wiederum lässt

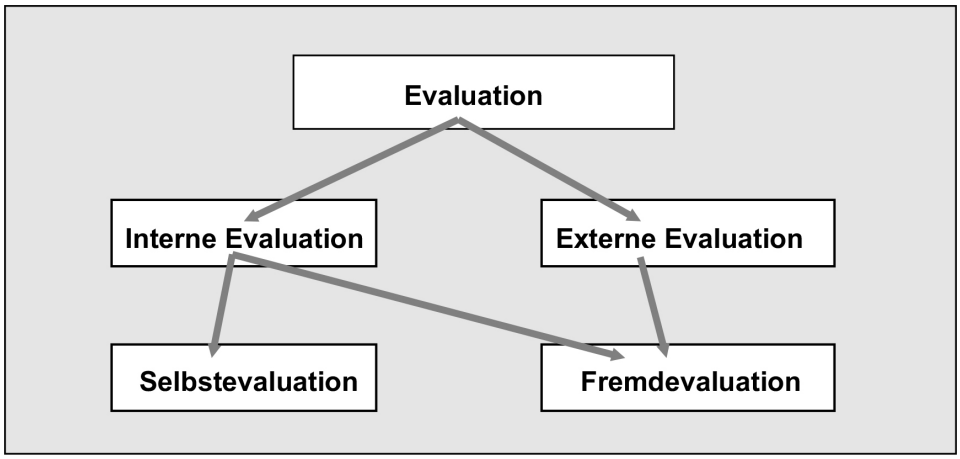


Abbildung 1: Die verschiedenen Ansätze der Evaluation

sich zum anderen unterscheiden im Hinblick auf den zu bewertenden Gegenstand: Handelt es sich um die jeweils eigene alltägliche berufliche Arbeit der EvaluatorInnen, so ist von Selbstevaluation die Rede. Wird hingegen das berufliche Handeln anderer Fachkräfte untersucht, so kann dies als Fremdevaluation bezeichnet werden. Externe Evaluation ist dieser Logik zufolge also immer Fremdevaluation.

Selbstevaluation kann demzufolge – und damit will sich dieser Beitrag im engen Sinne befassen – definiert werden als die Beschreibung und die Bewertung von (genau definierten) Ausschnitten des eigenen beruflichen Alltagshandeln und seiner Auswirkungen nach bestimmten Kriterien. So verstanden, kann Selbstevaluation auch in der Gesundheitsförderung und im Pflegebereich zu einem Bestandteil methodischen Handelns werden, bei dem der Ort der Steuerung des Evaluationsprozesses – und damit auch die Verantwortung dafür – bei den Fachkräften selbst liegt. Vor dem Hintergrund dieser Definition kann Selbstevaluation zunächst durch drei zentrale Grundgedanken gekennzeichnet werden, die ihre Eigenart zum Ausdruck bringen – vor allem gegenüber der klassischen Methodologie der psychologischen Evaluationsforschung (Thierau & Wottawa 2003) und gegenüber der empirischen Sozialforschung im Allgemeinen (Atteslander 1995; Döring & Bortz 2016):

Arbeitsfeld- und Lebensweltorientierung statt Grundlagenorientierung

Es geht bei Selbstevaluationen nie um die Erforschung von grundsätzlichen Sachverhalten. Die spezielle Praxis vor Ort ist gleichzeitig Ausgangspunkt (Quelle von Gegenstand und Fragestellung der Evaluation) und „Rückbezugspunkt“: Vorrangiges Ziel von Selbstevaluation ist es, die Ergebnisse für die Praxis möglichst gewinnbringend zu nutzen, aus welcher sie heraus entstanden sind. Selbstevaluation sollte deshalb nicht in ‚künstlichen Situationen mit Laborcharakter‘, sondern immer in der alltäglichen Lebens- und Arbeitswelt der Zielgruppen und der mit ihnen Befassten stattfinden. Vor allem dann kommt nämlich die große Stärke von Selbstevaluation zum tragen, welche wirklich valide und deshalb gut anwendbare Ergebnisse über und für die eigene Praxis erarbeiten zu können.

Prozessorientierung statt Output-Orientierung

Der Langfristigkeit von Veränderungen und Entwicklungen kann im Rahmen von Selbstevaluationsvorhaben eher ein so genanntes längsschnittorientiertes Vorgehen gerecht werden: Ein solches, begleitendes Dokumentieren und Bewerten von Prozessen kann die Differenziertheit und Komplexität auch entlang der Zeitachse abbilden. Natürlich sind auch rein querschnittsorientierte Output-Kontrollen in vielen Situationen durchaus sinnvoll. Sie greifen jedoch oft eher zu kurz, weil sich ‚Momentaufnahmen‘ nicht zureichend zur Klärung, letztlich zur Erklärung beobachteter Phänomene eignen.

Selbstorganisation statt ExpertInnendominanz

„PraktikerInnen sind ForscherInnen in eigener Sache“ (Heiner 1988). Aufgrund der Tatsache, dass die Fragestellungen von Selbstevaluationen in der Praxis entstehen und Ergebnisse auf diese Praxis zurückbezogen werden, entsteht eine für diesen Ansatz typische Rollenverteilung, bei der sich externe WissenschaftlerInnen nur als beratende und begleitende ExpertInnen im Hinblick auf die empirische Methodologie verstehen. Ziel der Kooperation mit PraktikerInnen ist es, sie zur selbstbestimmten Gestaltung ihres eigenen Forschungsprozesses zu befähigen. Die gewählten Methoden sollten daher verständlich, nachvollziehbar und nicht zuletzt im Alltagsgeschäft gut handhabbar sein.

Insgesamt hat die Intensität der Diskussion auf der fachlichen, der theoretischen und vor allem auf der ökonomischen Ebene deutlich gemacht, dass es sinnvoll ist, für die vielen, vielseitigen und komplexen

Arbeitsfelder und Problemstellungen der Sozialen Arbeit je eigene, spezifische Evaluationsansätze aus der jeweiligen Praxis heraus zu entwickeln.

Versucht man nun, sich einen Überblick über die Vielfalt solcher inzwischen entstandenen Selbstevaluationsansätze zu verschaffen (Heiner 1996; Berger und Grantzer 2009), so wird eine enorme Variationsbreite deutlich, vor allem im Hinblick auf

- die methodische Elaboriertheit der Ansätze,
- die Breite der Gegenstände der Evaluation,
- die Komplexität der Fragestellungen,
- die Art und die Genese der Kriterien, die den jeweiligen Bewertungsprozessen zugrunde liegen und
- die Ziele, welche die jeweiligen Fachkräfte mit ihren Evaluationsvorhaben verfolgen.

Daher kann es auch dem Pflegebereich nur angeraten sein, mit großem Selbstbewusstsein und bezogen auf die detaillierte Kenntnis der eigenen Praxis, arbeitsfeldspezifische Evaluations- und Selbstevaluationskonzepte zu entwickeln und zu erproben. Wenn sich dabei im Rahmen wissenschaftlicher Beratung und Begleitung solcher Vorhaben ein neuer und intensiverer Dialog zwischen Forschung, Lehre, Fortbildung und Praxis entwickelt, so wird dies nicht nur die Selbstevaluationsprojekte bereichern, sondern zusätzliche, längst überfällige Synergieeffekte erbringen, die im Interesse aller Beteiligten sind.

4. Methodische Umsetzung

Weil Selbstevaluation sowohl die Beschreibung, als auch die Bewertung des eigenen beruflichen Handelns und seiner Auswirkungen umfasst, müssen hierbei unterschiedliche Träger und Einrichtungen in der Pflege können also in der Debatte um Effektivität und Effizienz ihrer Arbeit einen geeigneten Nachweis führen. Jedoch: Die Bedingungen, unter denen dies geschieht, sind entscheidend und es wird dabei auch ein Entwicklungs- und Ergänzungsbedarf in der Systematik des beruflichen Handelns sichtbar. Neben Managementtechniken und der dringend notwendigen ethischen Diskussion von Zielkonflikten zwischen den Maßstäben der Fachlichkeit und der Wirtschaftlichkeit geht es vor allem um die Kenntnis und Beherrschung von Instrumenten zur systematischen Beschreibung und Bewertung der eigenen Arbeit. Dazu sind allerdings Anstrengungen notwendig:

Selbstevaluation braucht Methoden zur...	...des eigenen Handelns	...seiner Auswirkungen
...Beschreibung...	Dokumentationsmethoden	Befragungs- und Beobachtungsmethoden
...Bewertung...	Methoden zur Kriterienentwicklung	

Abbildung 2: Methoden der Selbstevaluation

- Im Rahmen von Fort- und Weiterbildung müssen sich Fachkräfte die notwendigen methodischen und methodologischen Grundlagen erarbeiten.
- Im Rahmen von Forschung und Entwicklung, z.B. an Fachhochschulen für Sozialwesen und Pflegewissenschaften, müssen verstärkte Bemühungen um die Systematisierung des methodischen Inventars und um die Integration dieser Überlegungen in Theorien erfolgen.

Alle daran Beteiligten sind aufeinander angewiesen, wobei der Ausgangs- und Rückbezugspunkt die Praxis der Pflege ist und bleibt. So kann es gelingen, die Qualitäten auf nachvollziehbare Weise darzustellen und kontrolliert an ihrer ständigen Weiterentwicklung zu arbeiten.

5. Ein Leitfaden zur Selbstevaluation in der Pflege

Wie sehen nun aber konkrete empirische Schritte im Verlauf einer Selbstevaluation aus? Im Weiteren werden nun die einleitenden Gedanken konkretisiert. Die LeserInnen können so einen ersten Anhaltspunkt für eine für sie sinnvolle Vorgehensweise erhalten. Es soll zunächst deutlich gemacht werden, dass es zur Durchführung einer Selbstevaluation notwendig ist, das Vorhaben gut zu planen und vorzubereiten – im Sinne einer sinnvollen und gewinnbringenden Verwertung und Anwendung der Ergebnisse auf allen vorher angedeuteten Ebenen. Und auch nur dann, wenn Evaluationsmethoden im beruflichen Alltag der Fachkräfte handhabbar (d.h. nicht zu komplex) und praktizierbar (d.h. nicht zu aufwändig) sind, kann dies auch wirklich gelingen. Beides soll nun in zehn Schritten (König 1998; König, 2007) als jeweils aufeinander folgende und aufeinander aufbauende Arbeitsschritte beschrieben werden, sozusagen als Checkliste zur Klärung von anstehenden Planungs-, Vorbereitungs- und Durchführungsfragen.

Netzwerk demenzfreundlicher 3. Bezirk
Netzwerk demenzfreundlicher 9. Bezirk
Netzwerk demenzfreundlicher 23. Bezirk

Wahrnehmen – Kontakte knüpfen – Beraten

Ziel der Netzwerke demenzfreundlicher Bezirke ist es, auf allen Ebenen der Gesellschaft die Inklusion von Menschen mit Demenz zu ermöglichen und Maßnahmen zu planen, wie in einem Bezirk durch Information, Beratung und Vernetzung von Angeboten die soziale Teilhabe ermöglicht werden kann.

» Aufmerksam sein für Menschen mit Vergesslichkeit

» Akzeptanz fördern

» Menschen mit Vergesslichkeit zu Wort kommen lassen

» Über Angebote im 3., 9. und 23. Bezirk beraten

» Gesellschaftliches Engagement stärken

Wir...

- **wollen, dass Menschen mit Vergesslichkeit am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können.**
- **gestalten eine demenzfreundliche Umgebung, um den Alltag zu erleichtern**
- **sind AnsprechpartnerInnen für Betroffene und Angehörige**

Kontakt:

3. Bezirk: Vera Langer | vera.langer@cs.at 01/717 53-3800
9. Bezirk: Human Vahdani | human.vahdani@cs.at 01/717 53-3600
23. Bezirk: Petra Hausteiner | petra.hausteiner@cs.at 01/8882608 2611

alzheimer austria – Unterstützung für Angehörige und Betroffene

CARITAS SOCIALIS

FONDS SOZIALES WIEN

Stadt Wien

Ein Umsetzungsbeispiel aus der Praxis der Betreuung alter Menschen soll das Verfahren – Schritt für Schritt – zusätzlich verdeutlichen:

Ein Betreiber von mehreren stationären Pflegeinrichtungen hat im letzten Jahr einen ehrenamtlichen Begleitdienst für ältere Menschen ins Leben gerufen. Die Ehrenamtlichen können beispielsweise bei Spaziergängen oder andere Freizeitaktivitäten die Klienten begleiten. Nachdem der Dienst am Anfang gut angenommen wurde, zeigt sich das in den letzten beiden Monaten die Zahl der Einsätze zurückgegangen ist. Daher entscheidet sich die Leitung eine Selbstevaluation durch zuführen, um herauszufinden, warum es diesen Rückgang gibt und welche Angebote zukünftig angeboten werden müssen.

Schritt 1: Ziele der Evaluation unter den Beteiligten und Fachkräfte klären, festlegen und formulieren

Es ist wichtig, gleich zu Beginn Klarheit und Einvernehmlichkeit darüber zu erzielen, warum evaluiert werden soll. Geht es ‚nur' um die Kontrolle des Erfolgs einer Maßnahme oder soll ein Arbeitsbereich oder ein methodischer Ansatz in seiner Bedeutung legitimiert werden. Geht es darüber hinaus um die Aufklärung einer schwieriger werdenden Praxis, um Innovation im Hinblick auf die Angebotsstrukturen einer Einrichtung oder vielleicht auch um die Qualifizierung der MitarbeiterInnen im Hinblick auf ihre empirische Kompetenz? Dies kann, etwa im Sinne einer kontinuierlichen Organisations- und Personalent

Der Nutzen, den sich die Leitungskraft von dieser Selbstevaluation erwartet, besteht

- in der Feststellung des möglichen Bedarfes an einem solchen Angebot,
- in der Definition von möglichen Rahmenbedingungen um das Angebot zukunftsfähig aufstellen zu können,
- sowie in der Reflexion des bisherigen Handelns.

Schritt 2: Ressourcen und Bedingungen, unter denen evaluiert werden soll, überprüfen und sichern

Hier stehen ganz zentrale Fragen im Mittelpunkt, die oft übersehen werden, da sie inhaltlich zunächst nichts mit der Evaluation selbst zu tun haben. Besonders ihre Klärung ist jedoch nach allen Erfahrungen ganz entscheidend für den Erfolg von Selbstevaluation:

- Stehen institutionelle Freiräume, wie z.B. Entlastungen des Arbeitszeitbudgets für die Evaluation zur Verfügung?
- Besteht kollegialer Konsens und/oder Akzeptanz des Vorhabens bei der Leitung der Einrichtung?
- Gibt es Möglichkeiten einer fachlichen Begleitung und Beratung, z.B. in Methodenfragen?
- Ist die finanzielle Basis für ein solches Vorhaben gesichert?
- Bestehen innovative Perspektiven innerhalb der Einrichtung? D.h. ist die Hoffnung begründet, dass der durch Selbstevaluation betriebene Aufwand auch zu positiven Veränderungen für die MitarbeiterInnen und/oder KlientInnen führt?

Die geplante Selbstevaluation wird in der Leitungsrunde des Trägers vorgestellt, um eine Zustimmung zu dem Vorhaben zu erhalten. Auch wird ein finanzielles Budget für die externe wissenschaftliche Begleitung des Vorhabens zur Verfügung gestellt. Diese externe Begleitung soll das Vorhaben bei der Entwicklung der Erhebungsinstrumente und der Datenauswertung unterstützen. Weiterhin wurde festgelegt, dass sonstige anfallende Sachkosten über den laufenden Betrieb finanziert werden und die bestehende Infrastruktur (PCs, Drucker etc.) auch für das Selbstevaluationsprojekt genutzt werden können.

Schritt 3: Gegenstand und Forschungsfragen genau festlegen und abgrenzen

Die Frage nach dem Gegenstand versucht zu klären, welche Bereiche im beruflichen Alltag, d.h. welche Interventionsprozesse im Mittelpunkt stehen sollen und welche nicht. Eine klare und deutliche Eingrenzung ist hier besonders wichtig, damit die Datenerhebung nicht unübersichtlich, die Auswertung nicht uferlos und so das gesamte Vorhaben nicht gefährdet wird.

So genannte Forschungsfragen bringen zusätzlich zum Ausdruck, ob die Evaluation eher nur am Ergebnis der Maßnahme orientiert ist (d.h. an ihrem "Out-Put", an ihrer Effektivität, d.h. am Grad der Zielerreichung) oder ob es auch um die Betrachtung des Prozesses geht, im Laufe dessen Leistungen ja erbracht und wesentlich beeinflusst werden. In diesem Fall ist Evaluation am „In-Put" und am „Out-Put" interessiert und kann zusätzlich nach der Effizienz

(Aufwand-Nutzen-Relation) der Maßnahme fragen.

Als Gegenstand der Selbstevaluation wird der ehrenamtliche Begleitdienst festgelegt. Folgende Fragestellungen sollen durch die Selbstevaluation geklärt werden:

- Warum gibt es in den letzten zwei Monaten einen Rückgang bei den Einsätzen des Begleitdienstes?
- Welchen Bedarf hat die Zielgruppe im Hinblick auf einen Begleitdienst?
- Wie muss sich unser ehrenamtlicher Begleitdienst aufstellen, um diesen Bedarf zu bedienen?
- Wie zufrieden sind die ehrenamtlich Engagierten mit ihrer Arbeit?

Schritt 4: Gegenstand operationalisieren

Um solche Fragen beantworten zu können, besteht die zentrale Aufgabe nun zunächst in der Operationalisierung des Gegenstandes. Operationalisierung soll Begriffe, mit denen der Gegenstand beschrieben wird, auf Beobachtbares (der Erfahrung und damit der Erfassung Zugängliches) zurückführen. Sie ist sozusagen die ‚Messanleitung' an der ‚Nahtstelle' zwischen sozialer Wirklichkeit und theoretischen Begriffen und erlaubt dadurch die Zuordnung von empirisch erfassbaren (beobachtbaren, erfragbaren ...) Indikatoren zu den eher allgemeinen, theoretischen Begriffen, mit denen der Gegenstand beschrieben wurde. Operationalisierung in diesem Sinne, schafft so die Voraussetzungen für die eigentliche Evaluation, nämlich die systematische Erhebung und Auswertung der Informationen.

Die zur Bewertung der Gegenstände und zur Klärung dieser Fragen relevanten Indikatoren werden daraufhin festgelegt und so konkret wie möglich definiert. Beispielsweise könnten dies sein:

- Es werden verschiedene Angebote definiert, die im Rahmen des Begleitdienstes angeboten werden können. Diese befragten KlientInnen können auswählen, welche Angebote sie in Anspruch nehmen. Weiterhin besteht die Möglichkeit Vorschläge für zusätzliche Angebote anzugeben.
- Neben den Angeboten werden auch mögliche Gründe für die Nichtinanspruchnahme operationalisiert. Diese können von den KlientInnen ebenfalls ausgewählt werden bzw. mit eigenen Gründen

sinn*en*voll leben
inklusive Demenz

Themenwoche | Bettlägerigkeit

Lebenswelt Bett

Mo., 12. 3. 2018 **Ins Bett verbannt?** 16.00 – 18.00 Uhr, Vortrag
Ganz als wäre ich tot ... 19.00 – 21.00 Uhr, Lesung
Di., 13. 3. 2018 **Ins Bett – raus aus dem Bett?** 9.00 – 17.00 Uhr, Führungswerkstatt
Mi., 14. 3. 2018 **Lebenswelt Bett I** 9.00 – 17.00 Uhr, Seminar Fokus Geriatrie
Do., 15. 3. 2018 **Lebenswelt Bett II** 9.00 – 17.30 Uhr, Seminar Fokus Palliative Care
Fr., 16. 3. 2018 **Wahrnehmung und Lebendigkeit ermöglichen und fördern**
9.00 – 16.30 Uhr, Seminar für Angehörige, Ehrenamtliche u.a.

Spezialfolder erhältlich | anmeldung@kardinal-koenig-haus.at | www.kardinal-koenig-haus.at

Kardinal König Haus

im Rahmen einer offenen Antwort ergänzt werden.

- Die KlientInnen können, sofern sie schon Angebote des Begleitdienstes in Anspruch genommen haben, die Zufriedenheit mit diesen auf einer sechs-stufigen Skala bewerten. Hierbei wird sich an Schulnoten orientiert und die eins steht für die beste Bewertung (voll und ganz zufrieden) und die sechs für schlechteste Bewertung (überhaupt nicht zufrieden).

Schritt 5: Bewertungskriterien genau festlegen

Evaluation heißt beschreiben und bewerten. Die Frage nach den Kriterien der Evaluation entscheidet nun, vor welchem Hintergrund die zunächst beschriebene Praxis bewertet werden soll. Der Vergleichsmaßstab für die Beurteilung und Bewertung dessen, was dokumentiert und beschrieben wurde, muss genannt werden. Mögliche Kriterien sind

- theoretische, die der Fachliteratur entnommen werden können,
- Vorgaben und Ziele des Trägers bzw. des Kostenträgers, die oft schriftlich in Konzeptionen niedergelegt sind,
- anerkannte (fachliche oder wissenschaftliche) Standards oder auch
- sogenannte selbstreferentielle Ziele, die ‚konsensual', d.h. gemeinsam im Team erarbeitet und validiert werden können.

Zusammen mit den ehrenamtlich Engagierten werden die Bewertungskriterien der Selbstevaluation festgelegt. Diese beziehen sich vor allem auf die letzte Forschungsfrage wie sich der ehrenamtliche Begleitdienst aufstellen muss, um die erfassten Bedarfe zu bedienen. Hier werden Kriterien erarbeitet, welche Aufgaben zum ehrenamtlichen Begleitdienst gehören und von diesem bedient werden können. Auch wird festgelegt, welche Hilfearten durch den ehrenamtlichen Begleitdienst nicht bedient werden können. Diese Kriterien sind hilfreich, um die abgefragten Bedarfe besser einschätzen zu können und festzulegen welche davon in das Angebotsportfolio aufgenommen werden können und welche die vorhandenen Ressourcen übersteigen.

Schritt 6: Datenquellen für die Evaluation auswählen

Zunächst stellt sich hier die Frage, wer denn im Sinne der gesetzten Ziele der Selbstevaluation als besonders wichtige InformantIn in Frage kommt. Sind die Daten eher bei den KlientInnen selbst zu erheben, ist es sinnvoller KollegInnen, Vorgesetzte, ExpertInnen oder MitarbeiterInnen aus anderen Einrichtungen zu befragen, oder ist die Fachkraft selbst eine wichtige (wenn auch methodisch nicht ganz unproblematische) Informationsquelle für die Bewertung der ausgewählten Gegenstände? Gerade im Pflegebereich muss sich die Frage gestellt werden, ob die KlientInnen direkt befragt werden können oder ob stattdessen bzw. zusätzlich die Angehörigen einbezogen werden müssen.

Immer dann, wenn nicht alle Mitglieder der ausgewählten Gruppe für die Erhebung der Daten zur Verfügung stehen oder eine solche Gesamterhebung aus anderen (organisatorischen oder Kapazitäts-) Gründen nicht möglich ist, muss eine sogenannte Stichprobe gezogen werden: D.h. es wird nur eine Auswahl von Mitgliedern dieser Gesamtheit, über die anhand der Untersuchung Aussagen gemacht werden sollen, untersucht. Die Stichprobe soll ein verkleinertes, aber hinsichtlich der für die Fragestellung relevanten Untersuchungsmerkmale repräsentatives Abbild dieser sogenannten Population sein (Verfahren zur Stichprobenziehung werden bei Döring & Bortz 2016, S. 291 ff. beschrieben).

Es werden zwei Gruppen von Untersuchungspersonen befragt. Dies sind auf der einen Seite die KlientInnen und auf der anderen Seite die ehrenamtlich Engagierten. Bei den KlientInnen werden sowohl die, die bereits das Angebot in Anspruch genommen haben, aber auch alle anderen Klientinnen und Klienten in den Diensten des Betreibers als Untersuchungspersonen definiert. Da diese Gruppe sehr groß ist, wird hier nur eine Stichprobe befragt. Bei der zufälligen Auswahl der KlientInnen, die befragt werden, wird darauf geachtet, dass die Stichprobe im Hinblick auf das Geschlecht und das Alter mit der Grundgesamtheit (allen Klientinnen und Klienten in den Diensten des Betreibers) übereinstimmt.

Bei der Befragungszielgruppe der ehrenamtlich Engagierten werden alle Personen in die Befragung miteinbezogen (Vollerhebung).

Schritt 7: Methoden für die Evaluation auswählen oder selbst entwickeln

Es müssen nun Methoden bereitgestellt werden, um die notwendi-

gen Informationen möglichst vollständig sammeln, d.h. erheben, anschließend aufbereiten und schließlich auswerten zu können. Für die Erhebung der Daten stehen dazu zunächst grundsätzlich die Befragungs- und Beobachtungsmethoden der empirischen Sozialforschung zur Verfügung, die jedoch jeweils modifiziert, variiert und kombiniert werden können. Auf die in der Praxis erprobten Methodenbeispiele bei König 2016, sei dabei besonders verwiesen.

Besonders wichtig sind im Zusammenhang mit der Methodenauswahl außerdem Fragen wie die nach der Anonymität der Erhebung (Datenschutz) oder nach möglichen Fehlerquellen, die dadurch Verfälschungen erzeugen, dass bei der Datenerhebung unnatürliche, die Realität verzerrende Situationen entstehen.

Weil es sich bei den Erhebungsmethoden jedoch in nahezu allen Fällen – vor allem dann, wenn Beratung und wissenschaftliche Begleitung zur Verfügung stehen – um einfache, leicht erlernbare Techniken handelt, liegen Probleme nach einer gewissen Einübungsphase nur selten im Bereich der fehlerhaften Anwendung. Schwierigkeiten und damit Verzerrungen bei den Ergebnissen von Evaluation entstehen viel häufiger deshalb, weil Probleme im Zusammenhang mit der neuen Rolle der Fachkräfte entstehen, die diese als „ForscherInnen in eigener Sache“ einnehmen: Nicht mehr (oder besser: nicht nur) die gewohnte Aufgabe, den KlientInnen Hilfe und Unterstützung im Sinne der Maßnahmenziele zu gewähren, steht im Mittelpunkt, sondern auch die eher ungewohnte Anforderung, in einer möglichst neutral-objektiven Distanz zu den KlientInnen klare und eindeutige Informationen über deren Befindlichkeit und Situation zu sammeln. Dies führt nicht selten zu Rollenkonflikten und Verwirrungen, die in der Folge wiederum die Qualität, d.h. den Wahrheitsgehalt und die Zuverlässigkeit der Ergebnisse einer Evaluation beeinflussen können.

In einem weiteren Schritt wird festgelegt, dass die Klientinnen und Klienten mit einem Fragebogen befragt werden. Hierbei soll die Möglichkeit bestehen, das bisherige Angebot zu bewerten und eigenen Bedarf zu benennen. Auch soll abgefragt werden, ob die Befragten den ehrenamtlichen Begleitdienst schon in Anspruch genommen haben und wenn nicht welche Gründe es für eine Nichtinanspruchnahme gibt. Die Befragung soll in einem Face-to-Face-Interview erfolgen, da hierdurch die Beantwortung des Fragebogens für die KlientInnen einfacher ist. Die Mitarbeitenden, die die Interviews durchführen, arbeiten nicht beim Begleitdienst mit. Hierdurch ist die nötige Objektivität bei der Datenerhebung gegeben.

Die Befragung der Ehrenamtlichen erfolgt mithilfe einer sogenannten Fokusgruppe. Hierbei werden die Ehrenamtlichen in einer Gruppe befragt. Zur Strukturierung des Interviews wird ein qualitativer Leitfaden entwickelt, der die verschiedenen Fragen die in der Fokusgruppe diskutiert werden sollen beinhaltet. Die Fokusgruppe wird von der Leiterin des Begleitdienstes durchgeführt und dokumentiert. Bei der Durchführung dieser sollte darauf geachtet werden, dass alle Teilnehmenden zu Wort kommen und ihre Meinung einbringen können.

Schritt 8: Geeignete Methoden für die Auswertung wählen

Methodenentwicklung beinhaltet neben der Bereitstellung von Erhebungsinstrumenten natürlich immer auch die Frage nach geeigneten Auswertungsmethoden. Wenn Informationen gesammelt sind, müssen diese – je größer die Datenmenge ist, um so notwendiger – systematisch geordnet, aufbereitet, ausgewertet und dadurch übersichtlich und letztlich interpretierbar gemacht werden. Dazu eignen sich in der Regel Tabellen, Balkendiagramme und Kennwerte wie z.B. das arithmetische Mittel, wenn es sich um so genannte quantitative Daten handelt. Liegen die Informationen jedoch in Form von qualitativen Daten vor (wie z.B. als Verlaufsberichte, als Protokolle oder Interviewtransskripte), so eignen sich vor allem so genannte inhaltsanalytische Verfahren. Diese beruhen letztlich immer darauf, lange Texte regelgeleitet in ihrem Umfang zu reduzieren und dabei bezogen auf ihren Sinngehalt das Wesentliche herauszufiltern. Zur Vertiefung beider Methoden sei an dieser Stelle angesichts des beschränkten Umfangs dieses Beitrags auf die geeignete Literatur verwiesen (für die quantitativen Methoden auf Ottmann 2016 sowie Bühner und Ziegler 2017 und für die qualitativen Methoden auf Mayring 2002).

Die Daten, die bei den KlientInnen erhoben werden, werden mit deskriptiven statistischen Verfahren ausgewertet (vgl. Ottmann 2016). So werden die Antworten in Häufigkeitstabellen und Grafiken dargestellt.

(C) psdesign1

Weiterhin können Kennwerte wie Mittelwerte und Streuungsmaße berechnet werden. Auch kann im Rahmen dieser Analyse Zusammenhänge analysiert werden, um weiterführende Informationen zu erhalten.

Die qualitativen Daten, die mit der Fokusgruppe erhoben wird, kann mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring 2015 ausgewertet werden. Hierbei wird das Textmaterial durchgegangen und in Kategorien zusammengefasst. Hierdurch ist es am Ende möglich die wichtigsten Diskussionsinhalte darzustellen. Eine weitere für die Praxis gut geeignete Auswertungsmöglichkeit von Fokusgruppen ist die Auswertung mittels Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte (vgl. Ruddat 2012).

Grundsätzlich muss man bei diesem Schritt prüfen, in welchem Umfang die Datenauswertung durch den Mitarbeitenden selbst durchgeführt werden kann. Gerade bei einem sehr umfangreichen Datenmaterial und einer differenzierten Analyse dieser Daten kann der Aufwand für die Datenanalyse sehr schnell ansteigen. Hier ist es dann ratsam externe Unterstützung bei der Datenauswertung in das Selbstevaluationsprojekt zu integrieren. Dies kann u. a. durch Qualifikationsarbeiten von Studierenden geschehen.

Schritt 9: Verwertung und Anwendung der Ergebnisse rechtzeitig diskutieren, vorbereiten und sichern

Um zu verhindern, dass viel Zeit und Energie unnötigerweise in aufwändige Evaluationsvorhaben gesteckt wird, ist es von zentraler (und fast immer völlig unterschätzter) Bedeutung, schon während der Planung einer Evaluation zu bedenken,

- welche Ergebnisse wo diskutiert bzw. veröffentlicht werden sollen, d.h. welche politische Wirkung (z.B. auf der Einrichtungs- oder auf der Kostenträgerebene) erreicht werden soll,
- welche Rolle die Ergebnisse im Zusammenhang mit der Akquise von zusätzlichen Fördermitteln spielen könnten (Stichwort „social marketing“),
- ob – wenn ja, wo – und wie Veränderungen innerhalb der eigenen Struktur erreicht werden sollen.

Die Verwertung und Anwendung der Ergebnisse hat nicht zuletzt deshalb eine so enorme Bedeutung, weil sich sehr oft in der Praxis gezeigt hat, dass die Erkenntnisse aus dem Prozess der Evaluation innovative und synergetische Potentiale und Wirkungen weit über eine Einrichtung hinaus (z.B. auch für die Fachkräfte selbst, deren Qualifikation, für die Personal- und Organisationsentwicklung oder das Qualitätsmanagement bei Trägern) entfalten können.

In erster Linie werden die Ergebnisse der Selbstevaluation im folgenden Verwertungszusammenhang genutzt:

- Erkenntnisse über den möglichen Bedarf für einen ehrenamtlichen Begleitdienst
- Erkenntnisse, welche Bedingungen gegeben sein müssen, damit ein ehrenamtlicher Begleitdienst in Anspruch genommen wird.
- Argumentationsgrundlagen zur Verdeutlichung des Wertes der ehrenamtlichen Arbeit der Begleiter
- Zuwachs an Knowhow der Fachkräfte im empirischen Bereich für Planung weiterer Evaluationsvorhaben

Schritt 10: Den Verlauf der Selbstevaluation selbst bewerten

Am Ende steht schließlich die Frage, womit sich denn „gute“ Methoden für die Praxis der Selbstevaluation auszeichnen. Da Selbstevaluation per se nie

objektiv ist, kann Objektivität als das klassische Gütekriterium empirischer Forschung nicht in erster Linie in Frage kommen. Besser geeignet erscheinen daher zwei Überlegungen, an denen sich die Nützlichkeit und die Qualität solcher Verfahren eher festmachen lassen:

- Angemessenheit: Ist die Methode geeignet, die Evaluationsziele überhaupt zu erreichen? Ist sie dem Gegenstand der Evaluation angemessen? Passt die Methode zu den Personen, von denen wir Informationen erhalten wollen? D.h.: Ist z.B. ein Fragebogen für die Befragten transparent, verständlich, nachvollziehbar?
- Realisierbarkeit: Sind die Bedingungen geschaffen, damit eine Methode überhaupt einsetzbar ist? Welche Ressourcen müssen zur Verfügung stehen, damit Methoden realisierbar werden? (Geräte, PCs, Software ...). Passen die Methoden in den Arbeitsalltag der Fachkräfte oder stören sie ihn (und damit die Erledigung der eigentlichen Aufgaben in den sozialen Diensten) eher?

Am Ende des Selbstevaluations-Prozesses wird dieser reflektiert. Hierzu erfolgt eine Reflexionsrunde mit den verschiedenen Akteuren, u. a. der Einrichtungsleitung und Vertretern der Ehrenamtlichen. Im Rahmen der Reflexion wird überprüft, wie der Prozess verlaufen ist und es wird festgehalten, an welchen Punkten es zu Problemen gekommen ist. Durch dieses Vorgehen können solche Probleme bei weiteren Selbstevaluationsprozessen ausgeschlossen werden.

6. Eine abschließende Überlegung

Es sollte deutlich geworden sein, dass in der Doppelrolle der Fachkräfte als helfende und ‚forschende' Akteure – neben vielen angesprochenen methodischen Unwägbarkeiten – der große Vorteil von Selbstevaluationsverfahren darin liegt, richtige, realitätsgetreue Erkenntnisse über den jeweiligen Untersuchungsgegenstand zu erhalten. Objektivität (d.h. Unabhängigkeit der Ergebnisse von den Evaluierenden) und Validität (Gültigkeit der Ergebnisse) stehen somit in einem nicht grundsätzlich lösbaren Zielkonflikt zueinander. Sich dessen bewusst zu sein, ist eine zentrale Gewähr dafür, die Ergebnisqualität trotz dieses Widerspruchs zu optimieren. Die Lebenswelt- und Subjektorientiertheit von Selbstevaluationen (d.h. nahe bei denen zu sein, um die es geht und Vieles schon zu wissen, was für die Bewertung des eigenen Alltagsgeschäfts von Bedeutung ist) sollte also als Vorteil und Qualitätsmerkmal verstanden und genutzt werden und gerade nicht zur Beliebigkeit beim Vorgehen verleiten. Ganz im Gegenteil: Die Regelgeleitetheit und Nachvollziehbarkeit einer Selbstevaluation bringt eine Grundhaltung zum Ausdruck, die um Offenlegung der eigenen Vorgehensweise bemüht ist und dadurch prinzipiell für alle diskutierbar und kritisierbar bleibt. Auch der Pflege- und Gesundheitsbereich sollte sich in dieser Hinsicht in keiner Weise in Bescheidenheit üben, sondern offensiv und kreativ die für ihre Praxis entwickelten Selbstevaluationsstrategien als zukunftsweisende Bestandteile der eigenen Professionalität auch nach außen tragen.

7. Literaturverzeichnis

Atteslander, P. (1995). Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin, New York: Springer.

Berger, R. & Granzer, D. (2009). Praxisbuch Selbstevaluation. Anwendung, Umsetzung und Vorlagen. Weinheim: Beltz.

Bleck, C. & Liebig, R. (2015). Diskussionszusammenhänge und Zugänge zu Resultaten Sozialer Arbeit. Blätter der Wohlfahrtspflege, 162 (5), S. 163-169.

Borrmann, S. & Thiessen, B. (Hrsg.). (2016). Wirkungen Sozialer Arbeit. Potenziale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin (Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 12). Opladen.

Bühner, M. & Ziegler, M. (2017). Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. Hallbergmoos: Pearson Deutschland.

Decker, F. & Decker, A. (2008). Management in Gesundheits- und Sozialbetrieben. Betriebswirtschaftliche Grundlagen für Führungskräfte und Nachwuchs. Baden-Baden: Nomos.

Döring, N. & Bortz, J. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.

Heiner, M. (Hrsg.) (1988): Praxisforschung in der Sozialen Arbeit. Freiburg: Lambertus.

Heiner, M. (Hrsg.) (1996). Qualitätsentwicklung durch Evaluation. Freiburg: Lambertus.

Heiner, M. (1998). Experimentierende Evaluation. Weinheim, München: Beltz.

Hensen, G. (2012). Gesundheits- und Sozialmanagement. Leitbild und Grundlagen modernen Managements. Stuttgart: Kohlhammer.

Kehl, K., Glänzel, G., Then, V. &

Mildenberger, G. (2016). CSI-Transparenzgutachten: Möglichkeiten, Wirkungen (in) der Freien Wohlfahrtspflege zu messen. http://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/CSI_Transparenzgutachten_2016.pdf. Zugegriffen: 19.1.2017.

König, J. (1998). Wie gut sind wir eigentlich? Kleiner Leitfaden zur Selbstevaluation in der Sozialen Arbeit. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 30 (2/3), 181-200. Tübingen: DGVT-Verlag.

König, J. (2007). Einführung in die Selbstevaluation. Ein Leitfaden zur Bewertung der Praxis Sozialer Arbeit. Freiburg: Lambertus.

König, J. (Hrsg.) (2016). Praxisforschung – ein Lehr- und Arbeitsbuch. In R. Bieker (Hrsg.), Grundwissen Soziale Arbeit, Bd. 18. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Mayring, Ph. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz.

Mayring. Ph. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz

Müller-Kohleberg, H. (2000). Qualität von Humandienstleistungen. Evaluation und Qualitätsmanagement in sozialer Arbeit und Gesundheitswesen. Opladen: Leske + Budrich.

Ottmann, S. (2016): Quantitative Datenauswertung: Anwendungswissen. In: J. König (Hrsg.): Praxisforschung in der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. S. 180 – 256

Rossi, P.H., Freeman, H.E. & Hofmann, G. (1988). Programm-Evaluation. Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung. Stuttgart: Enke-Verlag.

Ruddat, M. (2012): Auswertung von Fokusgruppen mittels Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte. In: M. Schulz; B. Mack & O. Renn (Hrsg.): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 195 – 206.

Schmid Noerr, G. (2012). Ethik in der Sozialen Arbeit - eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.

Thierau, H. & Wottawa, R. (2003). Lehrbuch Evaluation. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.

Autor

Prof. Dr. Joachim König
Professor für Pädagogik und empirische Sozialforschung sowie Vizepräsident für Forschung und Entwicklung an der Evangelischen Hochschule Nürnberg. Er leitet das Institut für Praxisforschung und Evaluation.

Autor

Sebastian Ottmann M.A.
wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Praxisforschung und Evaluation der Evangelischen Hochschule Nürnberg. Er hat mehrjährige Erfahrung in der Durchführung und Leitung von Evaluations- und Forschungsprojekten in der Sozialen Arbeit. Arbeitsschwerpunkt ist die Wirkungsorientierung sowie Wirkungsanalyse und Wirkungsmessung in der Sozialen Arbeit.

„RettungspflegerInnen“

Vorbereitung auf kommende Herausforderungen in der Patientenversorgung Kombinierte Krankenpflege- und Notfallsanitäterausbildung an der Fachhochschule St. Pölten

Der Rettungsdienst in Österreich steht vor großen Herausforderungen. Obwohl formell und strukturell nicht mit der klinischen Versorgungslandschaft und Hausärzten verbunden, besteht real ein enger Bezug zu diesen Systemen. Eine Verschiebung klinischer Leistungen oder Reduktion der Zahl der niedergelassenen Ärzte bzw. deren lokal unterschiedliche Möglichkeit oder Bereitschaft zu Hausbesuchen bedeutet eine Erhöhung der Einsatzfrequenz. Die zunehmend älter werdende Bevölkerung führt zu einem weiteren Anstieg der Einsätze. So sind in zwei musterhaft analysierten Bezirken 79% der Einsätze für Einwohner über 60 Jahre geleistet worden, die nur rund 26% der Einwohner stellen. Der durchschnittliche Einwohner ist rund 44 Jahre, der vom Rettungsdienst betreute Patient im Schnitt knapp über 70 Jahre alt.

Während die Gesamtzahl der Einsätze zunimmt, bleibt die Zahl der Notfälle im engeren notfallmedizinischen Sinn im Wesentlichen konstant. Nur etwa jeder neunte Notarzteinsatz erfordert auch real einen Notarzt [1].

Real erfüllt der Rettungsdienst die Aufgabe eines Transportmittels zur medizinischen Basisversorgung die eigentlich vor Ort geleistet werden müsste – beispielsweise der Wechsel eines Blasenkatheters. Insbesondere in ländlichen Regionen wird durch die Verwendungen des einzigen Rettungsmittels für Bagatelleinsätze der Sicherstellungsauftrag für Notfälle gefährdet.

(C) NLK_Burchhart

Bei unveränderten Versorgungsstrategien sind künftig - je nach Berechnungsvariante bzw. demografischem Szenario - bereits nur durch den Aspekt der älter werdenden Bevölkerung im ländlichen Bereich bis ins Jahr 2020 10 - 15%, bis 2030 bis zu 36% mehr an Einsätze zu erwarten.

Aufbauphase

Im Jahr 2014 beauftragte daher der damalige niederösterreichische Landeshauptmann Stv. Sobotka die Fachhochschule St. Pölten mit der Entwicklung eines zeitgemäßen kombinierten Ausbildungsmodells für Pflegeexperten und Notfallsanitäter. Eine Enquete über internationale Ausbildungsmodelle von Paramedics und Rettungspflegern lieferte dazu wesentliche Inputs (vgl. Rettungsdienst 3/2015 S 12-14).

Ursprünglich wurde ein Kurrikulum für eine Bachelorausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege mit integrierter Notfallsanitäterausbildung entwickelt. Die Kombination zweier Berufsgesetze in eine Ausbildungsform löste Widerstand auf vielen Ebenen aus. Letztlich wurden ein Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege von den zuständigen Bundesministerien (Gesundheit und Wissenschaft) und ein akademischen Weiterbildungslehrgang für Notfallsanitäter vom zuständigen Fachhochschulkollegium bzw. der Landesregierung genehmigt. Die offizielle Bezeichnung lautet „akademischer Lehrgang für präklinische Versorgung und Pflege“. Beide Bildungsmaßnahmen werden überwiegend vom Land Niederösterreich und dem Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds finanziert. Die Studierenden zahlen einen Beitrag von derzeit rund 363 € pro Semester.

Aufnahme

Das Aufnahmeverfahren ist mehrstufig. Mit der Online-Bewerbung muss ein Motivationsschreiben übermittelt werden. Es stellt ein individuelles Schreiben dar und soll die Beantwortung nachfolgender Fragestellungen umfassen: Welche Erwartungen, Vorstellungen verbinden Sie mit dem Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der präklinischen Versorgung? Welche Eigenschaften bzw. Kompetenzen braucht Ihrer Meinung nach eine Pflegeperson? Was denken Sie, ist in diesem Beruf eine Herausforderung und wie gehen Sie damit um?

Als nächste Stufe erfolgt ein bildungsneutraler computergestützter Test. In 100 Minuten müssen Aufgaben aus den Bereichen sprachliches Denken, räumliches Denken, rechnerisches Denken und Merkfähigkeit gelöst werden. Danach werden die besten Bewerber zu einem Aufnahmegespräch eingeladen. Es beinhaltet die Überprüfung der berufsspezifischen Eignung durch eine Präsentation zu einem Thema, welches Bezug zum Feld der Gesundheits- und Krankenpflege und präklinischen Versorgung hat. Im Anschluss an die Präsentation findet ein strukturiertes persönliches Aufnahmegespräch statt. Schließlich sind die gesetzlich erforderlichen berufsspezifische Kriterien zu erfüllen: Nachweis der gesundheitlichen Eignung plus Impfstatus gemäß Impfempfehlung des Bundesministeriums für Gesundheit, Unbescholtenheit und ein Erste-Hilfe-Kurs im Mindestumfang von 16 Stunden, der nicht älter als ein Jahr sein darf. Aus den verdichteten Testergebnissen jener Bewerber die alle Stufen positiv absolviert haben, wird eine Reihungsliste erstellt. Maximal werden 74 Studienplätze vergeben. Eine Ausbildung nur zum Sanitäter ist im Rahmen der Fachhochschule aktuell nicht möglich.

An der FH St. Pölten bewerben sich mit ca. 40% deutlich mehr Männer als bei reinen Bachelorstudiengängen der Gesundheits- und Krankenpflege. Die Möglichkeit zur Notfallsanitäterausbildung ist für die Bewerber interessant, viele der Bewerber sind ehemalige Zivildienstleistende mit Rettungssanitäterausbildung.

Der erste Jahrgang begann im Wintersemester 2015, jeweils im Herbst wird ein neuer Jahrgang begonnen. Die Studierenden haben eine hohe Varianz in Bezug auf kulturelle Diversität und sind zwischen 18 und knapp 40 Jahre alt.

Studienablauf

Das Bachelorstudium Pflege dauert sechs Semester und umfasst 180 ECTS. Ein ECTS sind 25 h a 60 min. Etwa die Hälfte der Ausbildung umfasst praktische Elemente. Der akademische Sanitäterlehrgang beinhaltet die Rettungssanitäter- (100 h Theorie, 160 h Praxis im Rettungsdienst) und Notfallsanitäterausbildung (160 h Theorie; 40 h Krankenhauspraxis; 280 h Praxis im Rettungsdienst – davon 120 h im Krankenhaus möglich) gemäß Sanitätergesetz.

Die erweiterten Kompetenzmöglichkeiten zur Medikamentengabe und Intubation sind nicht Teil der Bachelorausbildung. Hier ist künftig eine Masterausbildung die Intensivpflege mit den entsprechenden Notfallkompetenzen des Notfallsanitäters kombiniert, angedacht.

Die Ausbildung zum „Akademischen Experten für präklinische Versorgung und Pflege“ dauert 70 ECTS. Davon fallen 28 ECTS real an, die restlichen ECTS werden aus der parallel durchgeführten Pflegeausbildung anerkannt.

Für den Rettungssanitäter sind beispielsweise berufsspezifische rechtliche Grundlagen, Gerätelehre und Sanitätstechnik, ein Basis Traumakurs und Kompetenzen im Bereich Grundlagen des Rettungswesen und Großschadensereignisse extra zu erwerben. Das 160h Rettungssanitäter Praktikum kann im Rahmen der Pflegeausbildung absolviert werden.

Vor Beginn der Notfallsanitäterausbildung sind 160 h Dienst als Rettungssanitäter zu absolvieren, diese sind nicht in den ECTS abgebildet und werden von den Studierenden freiwillig geleistet. Für die Notfallsanitäterausbildung sind zusätzlich zB eigene Lehrveranstaltungen für Einsatztaktik, berufsspezifische rechtliche Grundlagen Katastrophen, Gefahrengutunfälle sowie die internationalen Kurse PHTLS, AMLS und ACLS zu absolvieren.

Was können Sanitäter von Pflegepersonen lernen?

Neben der objektiven die subjektive Patienteneinschätzung, das Gefühl „aus dem Bauch heraus“ dass es einem Patienten schlecht geht findet man bei Pflegekräften häufig. Die Grundlage dieses

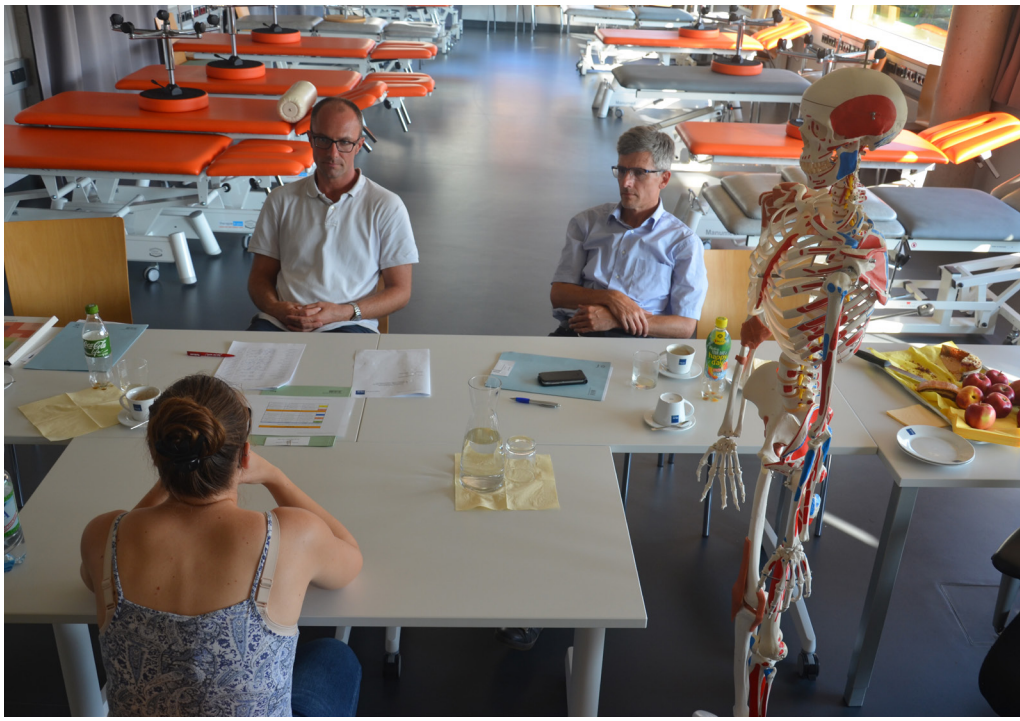
impliziten Wissens ist eine fundierte Basisausbildung welche unter anderen Kompetenzen in den Fächern Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Pharmakologie vermittelt sowie umfangreich Praxis im Krankenhaus. Pflegepersonen haben Routine beim Vorbereiten von parenteraler Medikation sowie in der Anwendung von Monitoring- und Infusionspumpensystemen. In der Gesprächsführung mit Patienten und Angehörigen können sie auf eine umfangreiche und Konzepten basierende Ausbildung zurückgreifen. Dadurch schaffen sie es auch mit länger dauernden belastenden (Gesprächs-)situationen adäquat umzugehen. Kompetenzen in der Palliativpflege sowie Pflegekonzepte wie Kinästhetik oder basale Stimulation können Patienten und Rettungsdienstmitarbeiter unterstützen. Aber auch Kompetenzen im Bereich der Krankenhaushygiene oder der Hauskrankenpflege können den Transport eines an einer Infektion erkrankten Menschen, die Aufbereitung von medizinischem Equipment oder die Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten erleichtern. Besonders Anästhesie- und Intensivpflegepersonal hat eine hohe Expertise bei der Mitwirkung bei der maschinellen invasiven und nichtinvasiven Beatmung sowie im freimachen und freihalten der Atemwege. Nasales und tracheales absaugen sowie fixieren von Atemwegshilfen und Assistenz beim ärztlichen Atemwegsmanagement fallen in ihr tägliches Aufgabengebiet.

Was können Pflegepersonen vom Rettungsdienst lernen?

Die objektive und strukturierte Einschätzung von Patienten sowie das Benützen von Standards und Algorithmen. Bei der Triage und Einteilung von Notfallpatienten können erfahrene Rettungsdienstmitarbeiter einen wertvollen Beitrag leisten. Der Notfallpatient in der Klinik befindet sich oft in einer idealen Arbeitshöhe, das Licht ist gut die Temperatur angenehm und das Equipment ausreichend und meist vorhanden, auch auf personelle Ressourcen kann kurzfristig zugegriffen und Unterstützung angefordert werden. Rettungsdienstmitarbeiter sind es gewohnt unter widrigen Bedingungen arbeiten zu müssen, sie müssen oft improvisieren und mit nicht kalkulierbaren Situationen umgehen. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist eine Stärke der Mitarbeiter des Rettungsdienstes, da muss oft mit Notarzt, Feuerwehr, Polizei, Bergrettung, Straßenmeisterei und vielen anderen gearbeitet werden. Eine Abgrenzung wie manchmal im klinischen Alltag beobachtbar ist nicht möglich - die Zusammenarbeit muss „Hand in Hand“ über Berufstitel und Institutionen hinweg erfolgen. Das Management einer großen Anzahl von Verletzten ist eine Domäne des Rettungsdienstes. Die Systeme oder Teile dieser welche zur Organisation in der Präklinik verwendet werden können oft auch im klinischen Setting Verwendung finden.

Ärztliche Aufsicht und medizinische Qualitätssicherung

Wie bereits beschrieben besteht die Ausbildung formal aus zwei parallel geführten Lehrgängen. Diese werden jedoch in vielen Lehrveranstaltungen inhaltlich miteinander verknüpft. In den gemeinsamen Unterrichtseinheiten ist es also erforderlich die Inhalte so aufzubereiten, dass sowohl der Konnex zur Pflege als auch zum Rettungsdienst hergestellt wird. Die Herausforderung besteht daher in der Auswahl geeigneter Dozenten, die aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation entsprechend beide Bereiche abdecken können. Gemeinsam werden dabei Schwerpunkte und Bandbreite der Inhalte abgestimmt, ohne jedoch die Freiheit der Lehre einzuschränken. Auch Lehrveranstaltungen die primär die Pflege oder den Rettungsdienst betreffen müssen auf ihre Auswirkung auf den jeweils anderen Bereich überprüft werden. Dabei sind für die



Studenten vordergründig scheinbar widersprüchliche Lehrinhalte, wie zum Beispiel Techniken zur Menschenrettung aus Gefahrensituationen versus Patiententransfertechniken in der Pflege, zu identifizieren und aufzuarbeiten.

Die notfallmedizinische Ausbildung ist nicht auf die Lehrmeinung eines bestimmten Rettungsdienstbereiches oder einer Rettungsorganisation zugeschnitten. Dem universitären Ansatz entsprechend werden den Studenten möglichst umfassende Kenntnisse über die aktuellen notfallmedizinischen Standards, Techniken und Hilfsmittel vermittelt. Die praktische Ausbildung bei den unterschiedlichen Rettungsorganisationen in unterschiedlichen Bundesländern erfordert von den Studenten jedoch die Einhaltung der lokalen Protokolle. Die Aufgabe der Dozenten liegt hier in der Kommunikation mit den Studenten und den Rettungsorganisationen, um als Ansprechpartner bei fachlichen Fragestellungen zur Verfügung zu stehen.

Rettungspfleger im europäischen Kontext

Pflegekräfte im Rettungsdienst sind in Europa keine Seltenheit. Sie gehören zB in Portugal, Spanien, Frankreich, Italien, Finnland, Schweden, Norwegen und den Niederlanden zum Alltag. Die jeweiligen rettungsdienstlichen Schwerpunktsetzungen und zum Einsatz gebrachten Kompetenzen differieren aber real beträchtlich. Das Pflegestudium selbst ist jedenfalls in allen europäischen Staaten außer Deutschland und Luxemburg mittlerweile auf Bachelorniveau. Paramedicausbildungen auf universitärer Ebene gibt es in Ungarn, der Slowakei, Tschechien, Polen und Großbritannien.

Zwei Welten?

Mit der Einführung des Notarztdienstes in Österreich ab den 1980ern waren Pflegekräfte in vielen Bundesländern als Teammitglied auf den Einsatzmitteln lange Jahre Standard. Die Ausbildungszweige waren aber traditionell völlig getrennt. Die Studierenden begegnen daher noch unterschiedlichen Welten. Die Organisationskultur der Klinik ist anders wie die oft noch paramilitärische des Rettungsdienstes. Den breiten diagnostische Ressourcen im Krankenhaus stehen begrenzte Untersuchungsmitteln im Rettungsdienst gegenüber. Der Rettungsdienst agiert sehr rasch und bei manchen Notfällen nach hochstandardisierten Abläufen, trotz der paramilitärischen Kultur wird aber im Einsatz mit extrem flachen Hierarchien, in kleinen autonomen Teams und engster Kooperation gearbeitet.

In der Praxis lernen die Studierenden aber die Kontextualisierung von Handlungen in unterschiedlichen Situationen, die „Schnelligkeit“ des Rettungsdienstes hilft bei akuten klinischen Situationen und die „Planung und Bedachtheit“ der Pflege helfen bei der Mehrheit der Einsätze im Rettungsdienst - die eben keine Notfälle darstellen sondern genau von diesem pflegerischen Ansatz profitieren.

Die fundierte theoretische und praktische Ausbildung in präklinischer Notfallmedizin soll nicht nur diese Beschränkungen beseitigen, sondern die Absolventen darüber hinaus auch befähigen, bereits vor Ort Entscheidungen bezüglich akuter Hospitalisierung, hausärztlicher Versorgung oder palliativem Procedere zu treffen.

[1] Prause Gerhard / Kainz Johann (2014): Notarzt – ein Arzt für alle Fälle? ÖÄZ 13/14 – 15.07.2014.

INTERVIEW MIT LANDESRAT DIPL. ING. SCHLERITZKO

Dipl. Ing. Ludwig Schleritzko ist Landesrat für Finanzen im Bundesland Niederösterreich (NÖ) und unter anderem für den Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) verantwortlich.

In welchem Bezug steht der NÖGUS zum Rettungsdienst?

Der NÖGUS ist die strategische Leit- und Koordinationsstelle des Bundeslandes im Gesundheitswesen. Unsere gesetzlichen Aufgaben liegen in der Planung, Steuerung, Finanzierung und Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung in NÖ. Der Rettungsdienst ist wichtiger Teil der Gesundheitsversorgung – wenn hier Patienten gut versorgt und Probleme bereits auf dieser Ebene gelöst werden, steigt die Qualität für die Menschen – für die Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens. Hier muss das Ziel sein, die komplexe Zusammenarbeit zwischen Rettung, Krankentransport, Hausärzten, Kliniken, Hauskrankenpflege und Sozialarbeit zu stärken und weiterzuentwickeln. Auch Aspekte der Telemedizin werden systematisch zum Einsatz kommen.

Warum finanziert das Land NÖ eine Ausbildungsform, die ein Pflegestudium mit akademischer Sanitäterausbildung ermöglicht?
Die demographische Entwicklung führt insbesondere durch die höhere Anzahl älterer Menschen zu vielen Einsätzen. Die Generation der „Babyboomer“ mit Geburtsjahren um 1964 wird in einigen Jahren intensiver zu betreuen sein. Das erfordert von der Politik mittelfristig andere Strategien im Bereich der präklinischen und extramuralen Versorgung zu fördern. Ein Teil der derzeitigen Einsätze wird vor Ort durch pflegerische Maßnahmen abgewickelt werden. Diese Fachkräfte werden dabei eng mit Hausärzten und Notärzten zusammenarbeiten und versuchen, für jeden Patienten die passende Versorgungsebene zu finden. Dieses neue Anforderungsprofil bedeutet, dass die Stärken von Pfleger- und Rettungsfachkräften gemeinsam ausgebildet werden müssen.

Sehen sie auch weitere Tätigkeitsfelder für die Absolventen?
Die klinischen Notaufnahmen und Hauskrankenpflege wären neben der Tätigkeit im Notfallrettungsdienst weitere Aufgabenfelder. Für unsere neue Gesundheitsberatung 1450 (www.1450.at) wären die Absolventen perfekt geeignet. Hier beraten Pflegefachkräfte Anrufer bei der Einschätzung von Gesundheitsanliegen und helfen ihnen den richtigen Weg im System zu finden. Wer muss zum Hausarzt? Wer in die Ambulanz? Wie kann man bei einfachen Dingen Selbsthilfe leisten? Und wer braucht doch die Rettung oder den Krankentransport?

Sind die Absolventen dann „Paramedics“?
Die neuen Bachelor sind Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit Notfallsanitäterausbildung mit breiten Kompetenzen. Idealerweise sammeln sie dann einige Zeit Erfahrung in Klinik und Rettungsdienst und erwerben später, zum Beispiel in

eigenen Masterprogrammen die bereits jetzt möglichen Zusatzausbildungen für spezifische Kompetenzen wie Arzneimittelgabe und Intubation.

Literatur

Immervoll, Thomas (2015): Paramedics: Ein Zukunftsmodell für Österreich? In: Rettungsdienst -Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin. Nr. 3, Jg. 38, 12–14.

Prause Gerhard / Kainz Johann (2014): Notarzt – ein Arzt für alle Fälle? ÖÄZ 13/14 – 15.07.2014

Redelsteiner, Christoph / Fohringer, Christian / Ganaus, Petra / Rottensteiner, Stefan / Hochsteger, Rudolf / Weinert, Siegfried / Ottendorfer, Susanne / Dallinger Markus (2017): „Rettungspfleger“ — interdisziplinär ausgebildet. ProCare 22: 46 https://doi.org/10.1007/s00735-017-0850-9 Springer Vienna, Print ISSN 0949-7323, Online ISSN1613-7574

Redelsteiner, Christoph et al (2017): „RettungspflegerIn“ - Modell einer interdisziplinären Berufsausbildung. In: Rettungsdienst, Fachzeitschrift für präklinische Notfallmedizin. Verlag Stumpf & Kossendey, Edewecht. S. 46 – 50

Redelsteiner, Christoph (2016): Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland. 1. Auflage, Edewecht , S+K Verlag.

Redelsteiner, Christoph (2014): Von der „Rettung“ zum mobilen präklinischer Dienst. Der Rettungsdienst auf dem Weg zu einem Paradigmen und Strategiewechsel? In: ÖZPR, Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht, 6/2014, S 164 – 166

Autor

FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr. PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc
Sozialarbeiter, Gesundheitswissenschaftler, Notfallsanitäter – NKI.
Fachhochschule St. Pölten Studiengangsleiter Master Soziale Arbeit.
Forschungsschwerpunkte: Public Health – Versorgungsforschung – Rettungsdienst und soziale Dienste, Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Krisenintervention; Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung Forschungsschwerpunkt Health & Social Care
http://inclusion.fhstp.ac.at
Modulleiter nach SanG im „akademischen Lehrgang für präklinische Versorgung und Pflege“

Autor

Dr. Christian Fohringer
Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin
Medizinischer Leiter Notruf Niederösterreich GmbH
Fachhochschule St. Pölten Medizinischer Modulleiter
medizinischer Modulleiter nach SanG im „akademischen
Lehrgang für präklinische Versorgung und Pflege“

Autor

Stefan Rottensteiner, BSc, MA
DGKP (Intensivpflege), NFS-NKV, Dozent am Department Gesundheit der Fachhochschule St. Pölten, Stellv. Lehrgangsleitung des Lehrganges „präklinische Versorgung und Pflege“, Notfallsanitäter beim Österreichischen Roten Kreuz, Tactical Crew Member in der Flugrettung

Autor

Siegfried Weinert, MSc
NFS-NKV, EMD, SFK, LSan; Stv. Modulleiter nach SanG an der Fachhochschule St. Pölten im „akademischen Lehrgang für präklinische Versorgung und Pflege“, Backoffice Notruf Niederösterreich, Sonderprojekte international, Arbeitsschutz, Datenschutzbeauftragter, Sicherheitsfachkraft, Lehrsanitäter, Notfallsanitäter beim Österreichischen Roten Kreuz, Journalist

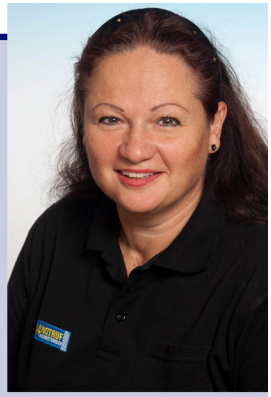
Autorin

Mag. Petra Ganaus, MSc
Studiengangsleitung für Gesundheits- und Krankenpflege und Lehrgangsleitung für Präklinik und Pflege an der FH St. Pölten. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, Pflegepädagogin und Hygienefachkraft. Studium der Psychologie und Pädagogik sowie Supervision, Coaching und Organisationsentwicklung. Langjährige Erfahrung und Expertise in verschiedensten Bereichen der Gesundheits- und Krankenpflege.

Autor

Dipl. KHBW Rudolf Hochsteger
Krankenhausbetriebswirt und akademisch geprüfter Krankenhausmanager, Geschäftsführer der Notruf NÖ GmbH

Autorin



Mag. Dr. Susanne Ottendorfer
Stv. medizinische Modulleiterin nach SanG an der Fachhochschule St. Pölten im „akademischen Lehrgang für präklinische Versorgung und Pflege“, stützpunktverantwortliche Notärztin Landesklinikum Mödling, medizinische Leiterin Notruf Niederösterreich GmbH, ärztliche Leitung Medical Center Vienna International Airport; EMD, EFD

& DGKP Markus Dallinger, MSc

13. Pflege Forum Alpbach

„Der Untergang der Alleskönner“

Warum die Zukunft den Spezialisten gehört

pflege forum alpbach

Dr. Christoph Zulehner

Dipl. Ing. Dr. Klaus Offner

Prof. Erwin Böhm

Univ.Prof. Mag. Dr. Markus Hengstschläger

Mag. Regina Aistleithner

13.04.2018

www.pflegeforum-alpbach.at

Wissenszirkulation

oder: wie könnte man effektiv innovativ werden

In der Vergangenheit wurde immer dann von Wissenstransfer gesprochen, wenn es darum ging, aktuelles Wissen in die Praxis zu transferieren. TheoretikerInnen sollten der Praxis innovatives Wissen zur Verfügung stellen. Laut Implementierungswissenschaft gelingt dieser Prozess nicht, da einerseits keine Problemanalyse durchgeführt wird und andererseits das Praxiswissen nicht mit einbezogen wird. Eine der zentralen Bedingungen zum Gelingen von Problemlösungsprojekten ist Anerkennung und Anwendung von Wissen der im Prozess beteiligten. Sprich: Wissenszirkulation.

Einführung

Es gibt in der Literatur Hinweise, dass (international und in allen Bereichen) Innovationen durchaus nicht gelingen. Die Schätzungen liegen bei 40% - 90% an misslungenen Projekten weltweit. Dies birgt eine Kostensteigerung und bringt nicht die Optimierung die davon erhofft wurde. Auch in der Pflege ist dies nicht anders: Wer kennt nicht die Aussage, dass ein Projekt läuft so lange der Projektleiter noch da ist… Oder: dort oben haben sie sich wieder was einfallen lassen…

Das Ziel eines Projektes bleibt den Pflegenden oft verborgen. Meistens wird nach Beendigung des Projektplans dem Personal ein Training oder eine Einführung über die Projektinhalte angeboten mit der Erwartung, einer sofortigen und problemfreien Umsetzung der neuen Projektinhalte in der Praxis durch die MitarbeiterInnen. In meiner langjährigen Erfahrung habe ich gesehen, dass die Zielsetzung des Projektes mit der Ausbildung eines Kollegen verbunden wird („Wieder einer, der wegen einer Weiterbildung was machen muss“), aufgrund externer Anforderungen (im Rahmen eines Gesetzes, wegen der MDK oder vergleichbaren Gremien) oder „weil die Ärzte das wollen“. Schon in meiner Anfangszeit als Pflegekundige in den Niederlanden wurde immer gesagt: „Dafür haben wir doch keine Zeit.“ (In den frühen 70er Jahren, gab es schon damals einen Personalschlüssel von dem man heute nur träumen kann.).

Mein Schwerpunkt ist und war immer die Praxis-Theorie-Vernetzung und dort ist mir sehr deutlich geworden, dass ‚Praxis‘ ein Ding war, dass gelenkt werden musste, ein Feld wo es nur traditionelles Wissen gab und das schnell auf evidenzbasiertes Intervenieren umgestellt werden sollte. In der Linguistik spiegelt sich dieses wieder: Ausdrücke wie „die Kluft

zwischen Theorie und Praxis“, „Wissensverbreiterung“,„Forschungsgeleitete Praxis“ spiegeln diese Sicht. Das Wort, dass dazu gehörte war: Wissenstransfer. 1997 wurde dies in einem Themenfeld des Pflegemanagements prägnant dargestellt (Abb. 1).

Allgemein wurde Wissenstransfer als ein Vorgang verstanden, bei dem theoretisches Wissen wie über einen Trichter in die Praxis „transferiert“ (eigentlich „gegossen“) wurde. Die Praxis hatte keine Möglichkeit, außer diesen über sich ergehen zu lassen. Das ist bis heute leider oftmals noch so. Und es funktioniert meistens nicht. Dieser Artikel soll andere Möglichkeiten des Vorgehens aufzeigen.

Problemanalyse

Wenn im Pflegebereich ein Problem festgestellt wird, ist die Reaktion meistens lösungsorientiert: Wir wollen sofort was tun, damit das Problem aufgehoben wird. Das ist übrigens nicht nur im Pflegebereich so, sondern eine ziemlich allgemeine Reaktion. Oftmals wird allerdings nur ein Teilgebiet des Problems aufgegriffen (Der Grund ist nicht Thema des Artikels und wird daher nicht näher beleuchtet.). Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Einer meiner holländischen Studentinnen im Masterstudiengang Advanced Nursing Practice hat sich als Thema ihrer Abschlussarbeit ein Praxisproblem ausgesucht und nahm schon im Vorfeld an, die Ursache zu kennen: Mangelndes Wissen der Pflegekundigen auf der Station. Die Lösung lag auf der Hand: Sie wollte der Pflegekundigen einen Kurs anbieten. Dies machte ihrer Meinung nach die Aufgabe eine Problemanalyse durchzuführen unnötig. Laut Studienordnung musste sie aber eine systematische Problemanalyse als Hausaufgabe (zur Beurteilung) einreichen. Weil die Problemanalyse benotet werden sollte, habe ich sie aufgefordert mit allen Beteiligten auf der Station zu reden, zu analysieren was diese zum Problem sagten und dies als Arbeit einzureichen. Aus ihrer Beschreibung wurde deutlich, dass die Pflegekundigen dieser Station nie die Chance bekamen ihr Wissen in der Praxis umzusetzen, weil die Stationsleitung dies nie erlaubte bzw. ermöglichte. In den Daten war auch sichtbar, dass die Pflegekundigen ihrer Station ausreichend Wissen hatten und sehr frustriert waren, da sie damit nichts anfangen konnten. Dies war gegensätzlich zu der vorherigen Annahme der Studentin, dass die Pflegekundigen kein ausreichendes Wissen hatten, sowie ein angebotener Kurs zur Lösung beigetragen hätte. Es ist also gut vorstellbar, dass die Teammitglieder keine Motivation für einen Kurs aufbringen werden, wenn einerseits das Wissen schon vorhanden ist und andererseits die Möglichkeit zur Anwendung des neuen Wissens dadurch auch nicht gewährleistet wird. Leider wusste die Studentin keinen Weg die Stationsleitung in ihrem Handeln zu verändern.

Jede Innovation muss sich also mit der Frage der Problemanalyse beschäftigen. Dazu befragt / beobachtet man alle Beteiligten, vor allem auch die PatientInnen und Angehörigen die beim Problem involviert sind. Grundsätzlich sollte dieses Vorgehen logisch sein. Realistisch betrachtet denken wir in der Praxis aber eher aus der Perspektive der Professionellen darüber nach, was unsere PatientInnen (und Angehörige) brauchen, bevor wir nachfragen, was wie eigentlich wünschen bzw. brauchen. Ein Schlüsselergebnis dazu war für mich eine Doktorarbeit eines holländischen Pflegewissenschaftlers, Aart Pool, in den 90er Jahren. Er untersuchte Erfahrungen von PatientInnen in der häuslichen Pflege und interviewte eine alte Dame mit Rheuma. Der Forscher stellte im Interview fest, dass Ärzte und Pflegende ihr das Stricken

und Häkeln verboten hatten, weil die Bewegung die rheumatischen Beschwerden nur verschlimmern würden. Sie sagte dazu: Meine Kinder und Enkelkinder haben immer selbstgestrickte Pullover und anderes Gewand getragen und es ist mir wichtig, dass das so bleibt, egal ob es weh tut. Der Pflegewissenschaftler analysierte das aus Gesundheitsperspektive gegenüber Lebensperspektive. Erst in den letzten Jahren wird die Patientenperspektive (zumindest auf dem Papier) als Teil der Entscheidungsfindung über gute Pflegeangebote herangezogen.

Wer innovativ vorgehen möchte, sollte bei der Problemanalyse ständig auch die Patientenperspektive in Betracht ziehen (Was empfindet die/der Betroffene als Problem?), deren Wünsche und Wissen erheben und ausreichend Beratung anbieten, um ein aktives Mitentscheiden über Pflege und Betreuung zu ermöglichen.

Auf Basis der Ergebnisse der Problemanalyse kann das Problem genau benannt werden. Dies kann auf Ebene von Pflegeinterventionen sein (Maßnahmen die dem Patient angeboten werden) oder auf Organisationsebene (Was trägt in der Organisation dazu bei, dass wir das Problem haben?). Erst dann können passende Lösungen in der (wissenschaftlichen) Literatur und im Praxisfeld recherchiert werden, um die am besten passende Lösung zu implementiert. Dabei ist es durchaus denkbar, dass Lösungen welche im Praxisfeld generiert werden, individuell besser passen, als in der Literatur ausführlich beschrieben. Denn wirklich innovative Ideen entstehen oftmals in der Praxis, basierend auf Praxiswissen.

Praxiswissen als Betriebskapital

Schon in den 90er Jahren stellten Organisationswissenschafter fest, dass man nicht unbedingt Wissen der TheoretikerInnen zur Entwicklung innovativer Ideen braucht: Folgendes wurde nachgewiesen: Holt man Personen aus der Praxis zusammen und lässt sie über Herausforderungen der Praxis reflektieren, entstehen so innovative Ideen, da man durch diese Handlung Praxiswissen zusammenführt. Das ist ein Umdenken: Wenn man ein Praxisproblem identifiziert, ruft man nicht sofort Theoretiker, sondern hakt nach, welche Möglichkeiten die Mitarbeiter zur Lösung des Problems sehen. Hierzu wird als Methode vorgeschlagen, Mitarbeiter aus unterschiedlichen Bereichen in einem entspannten Umfeld zum Gedanken auszutauschen. Die Erfahrung zeigt, dass ein offener Praxis-Diskurs über die Umsetzung von Ideen zu Lösungsmöglichkeiten führen kann.

Dieses Wissen, welches in der Praxis Vorort vorhanden ist, nennt man das Betriebskapital einer Firma. Manager sollten versuchen dieses Wissen auf zu heben, sichtbar zu machen und im Sinne des Wissensmanagements zu benutzen.

Theoretisches Wissen

Wie Abb. 1 zeigt, war und ist die Auffassung durchaus, dass die (Pflege)Wissenschaft Wissen generiert und dieses in die Praxis im Sinne des Wissenstransfers einfließen lassen soll. Wissenschaftler versuchen Phänomene zu erklären und die Wirksamkeit von Interventionen nachzuweisen. Jenes Wissen, welches daraus entsteht ist mehr oder weniger generell. Es sagt aber nichts über die/den einzelne/n Betroffene/n aus, sondern schlussfolgert, das die Maßnahme XX bei 80% der inkludierten PatientInnen wirksam war. Das hilft Pflegenden in der Praxis in der Entscheidungsfindung, denn es bietet einen Leitfaden zur Entscheidung über passende Angebote. Man kann sich als PraktikerIn die Frage stellen, wer dann zu den 20 % gehört. Jede/r Pflegende muss beim individuellen Patienten überprüfen, ob ob diese/r eher zu den 80% als zu den 20% gehört und sich anschließend entscheiden, ob Maßnahme XX, oder eine adaptierte Maßnahme durchzuführen ist.

In den vergangenen Jahren wurde oftmals leider Forschungswissen in Form von „festgeschriebenen Standards“ (vergleichbar mit Gesetzen) missinterpretiert. PatientInnen wurden und werden in folgedessen nach Standards gepflegt. Dies ist leider oftmals ein Missverständnis von Forschungswissen, da es Unterschiede in der Interpretation des Forschungswissens geben sollte. Am Beispiel der Handhygiene soll dies verdeutlicht werden: Die Forschung hat nachgewiesen, dass eine schlechte Händehygiene eine Patientengefährdung hinsichtlich Infektionen darstellt. Dies ist ein Fakt und ist für alle Situationen gültig. Schlechte Handhygiene ist ein Patientensicherheitsthema und wer dort Fehler macht, ist für die Konsequenzen bei der Patientin / dem Patienten (Infektion) verantwortlich. Solche Forschungsergebnisse sind Präskriptiv, d.h.. es muss in der Praxis gemacht werden. Das Beispiel von 80-20% liefert ein Deskriptiv, d.h.. es kann in der Praxis gemacht werden. Auch deskriptive Ergebnisse können in Standards beschrieben werden, aber nur als Teil der Entscheidungsfindung, nicht als ‚Gesetz‘. Dies wird oft nicht so umgesetzt.

Zwei Denkwelten zusammenbringen

Es gibt also einerseits Wissen in der Praxis und andererseits Wissen in der Theorie, mit eigenen Merkmalen. Pflege ist eine Praxisdisziplin. Das bedeutet, dass die wissenschaftliche Betrachtung von Pflegemaßnahmen dazu dient, in der Praxis zu einer besser fundierten Entscheidung über konkrete Pflegemaßnahmen kommen zu können, damit der Patient / die Patientin profitiert.

Deutlich ist, dass PraktikerInnen und TheoretikerInnen oft nicht die gleiche Sprache sprechen, was zu Missverständnissen führen kann. Der Alltag von PraktikerInnen und TheoretikerInnen ist komplett anders. TheoretikerInnen widmen sich zum Beispiel in einer jahrelang laufenden Studie einem bestimmten Thema, PraktikerInnen, haben vermutlich nur ein oder zwei PatientInnen wo dieses Thema aktuell ist, neben vielen anderen PatientInnen. Dies ist die Realität.

Ich erinnere mich an einen Pflegewissenschaftler, der sich schon seit Jahren mit dem diabetischen Fuß beschäftigte. Er führte auf einer Station ein Art Prüfung zum Thema diabetischer Fuß durch und stellte ganz traurig fest, dass alle „durchgefallen“ waren. Es stimmte, dass die Pflegenden auf seine tiefgehenden Fragen nicht richtig geantwortet haben - aber die Pflege von PatientInnen mit einem Fußproblem war voll in Ordnung. Zwei Arten von Wissen stoßen hier aufeinander.

WissenschaftlerInnen aus anderen Bereichen als der Pflege haben festgestellt, dass das Zusammenbringen von unterschiedlichen Arten von Wissen dazu beitragen kann, Themen offen zu betrachten und innovative Lösungen für Praxisprobleme zu generieren. Man beschreibt dazu eine Art von Spirale: PraktikerInnen werden in der erste Phase der Spirale in der Praxis sozialisiert und lernen dort Alltags- oder Erfahrungswissen. Dieses Praxiswissen ist meistens implizit, es steckt tief in den Menschen und es ist nicht einfach dieses Wissen zu benennen. Ein Beispiel zur Verdeutlichung: Ich diskutierte vor Jahren mit einer pensionierten Krankenschwester über den eigentlichen Kern der Pflege und nannte Sätze aus Pflegeleitbildern. Pflegeleitbilder kamen erst nach ihrer Pensionierung, sie kannte diese nicht. Aber sie hat das Konzept sofort verstanden. Nur sagte sie: „Du, ich hätte dir das auch sagen können, aber dafür hätte ich vermutlich den ganzen Nachmittag gebraucht. Dann hätte ich dir Geschichten erzählt, die genau das zeigen, was in Pflegeleitbildern so kompakt formuliert wird.“ Wenn es notwendig wird zu wissen, wie das implizite Wissen aussieht, entsteht Phase zwei in der Spirale: Das Verbalisieren von Wissen. Praktiker verbalisieren im Gespräch ihr Wissen - mit bestimmten Techniken - und damit wird ein Transfer / ein Visualisieren vom impliziten Wissen ins explizite Wissen möglich. Wenn das Praxiswissen expliziert ist, kommt die dritte Phase der Spirale, eine Erhebung des Wissens der anderen Parteien.

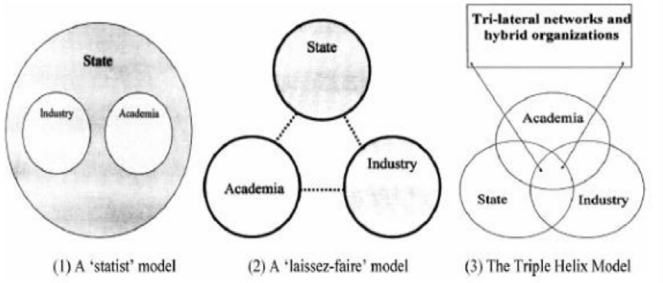
Dies können die Nachbarn sein (Benchmarking) und/oder TheoretikerInnen. Aus diesem Vergleich können sich innovative Ideen entwickeln, können neue Interventionen konstruiert werden, usw., basierend auf Wissen, dass explizit benannt werden kann. Ich finde es immer schön, dass TheoretikerInnen in diesem Model erst in der dritten Phase auftauchen. In der vierten Phase der Spirale wird die neu entwickelte Intervention/ Technik usw. in der Praxis umgesetzt. Damit wird ermöglicht, dass das neue Wissen ganz langsam wieder implizit wird und Teil der ersten Phase. Neue MitarbeiterInnen werden mit diesem Wissen sozialisiert und das Wissen ist wiederum implizit. Dies aber ist Teil des Praxisalltags und trägt somit zur Qualität der Leistung bei.

Dieses Modell zeigt deutlich, wie wichtig es ist, Wissen zu teilen, im Sinne der Wissenszirkulation.

Wissenszirkulation

Im Gegensatz zum Wissenstransfer, wo Theorie in der Praxis „eingegossen“ wird, geht Wissenszirkulation davon aus, dass Wissen von allen Beteiligten zum Projekt geteilt werden soll. Für die europäische Situation hat die EU maßgeblich dazu beigetragen, dass dieses Konzept europaweit umgesetzt wird. Schon im Jahr 2000 hat die EU in Lissabon beschlossen, dass Europa statt einer Dienstleistungsgesellschaft eine Wissensgesellschaft werden möchte, um damit in der Welt wettbewerbsfähiger zu werden. Teil dieser Umwandlung war das Prinzip, dass Regierungen, Universitäten und Praxisfelder in der Entwicklung innovativer Ideen/ Produkte usw. eng zusammenarbeiten sollten. Man sieht, dass bis heute die Finanzierung europäischer Projekte (Horizon 2020) dementsprechend aufgebaut ist. Jene Projekte sollen immer getragen werden durch Praxis, Lehre und Forschung.

In der Vergangenheit haben Praxis, Lehre und Forschung eher neben einander funktioniert und sich gelegentlich ausgetauscht (siehe Abb. 2). Die EU favorisiert das Triple Helix Model, wobei sich die Parteien miteinander verbinden.



(1) A 'statist' model (2) A 'laissez-faire' model (3) The Triple Helix Model

Auch hier wieder ein Beispiel: Fachhochschulen in den Niederlanden bauen Lehre und Forschung immer innerhalb der Triade der Triple Helix, wobei Lehre einer der Partner ist. Kern der Wissenszirkulation ist es, eine Verbindung zwischen Praxis, Lehre und Forschung herzustellen, wobei die drei Partner sich gegenseitig inspirieren und vom geteilten Wissen profitieren. Die Praxis wird in unterschiedlichen Formen an der FH involviert. Es gibt z.B. Arbeitsfeldkommissionen, welche in der Verfeinerung von Curricula partizipieren und mit der FH Entwicklungen im Gesundheitswesen diskutieren. Dieses kann in Folge Konsequenzen haben für den Unterricht, für der Start eventueller Forschungsprojekte usw. Aber Input aus der FH kann wiederum Konsequenzen haben für die Praxis. An meiner FH gibt es einen Lehrstuhl für praxisorientierte Forschung, der sich der Weiterentwicklung dieser relativ neue Forschungstechnik widmet. Denn praxisorientierte Forschung bietet der Praxis einen besseren Input für die Optimierung der Patientenversorgung. Forschungsprojekte werden entweder vor der Praxis oder von der FH oder in gemeinsamen Besprechungen initiiert und in der Durchführung des Projektes ist die Triade Praxis – Lehre – Forschung beteiligt. Die Tatsache, dass (staatliche) Finanzierung von Forschungsprojekten nicht stattfinden wird, wenn diese Triade nicht nachgewiesen werden kann, hilft natürlich auch dieses Prinzip von Wissenszirkulation immer wieder umzusetzen.

Wissenstransfer wird als ein überholtes Prinzip angesehen, welches die Praxis nicht vorwärts bringen kann. Das neue Paradigma ist Wissenszirkulation geworden. Dies bedeutet, alle Beteiligten teilen sich ihr Wissen und alle Wissensarten (Forschungswissen und Praxiswissen, implizites und explizites Wissen) sind für den Prozess wichtig. Hoffentlich führt dies dazu, dass die Aussage in Diskussionen ‚ich bin nur Krankenschwester' sich verändert in ‚Auf Basis meines Wissens als Krankenschwester meine ich folgendes...', da Praxiswissen in diesem Austausch genauso wichtig ist, wie das Wissen der BuchhalterInnen, der WissenschaftlerInnen, der LehrerInnen oder der PolitikerInnen.

Eine enge Verbindung zwischen Praxis, Forschung und Lehre und der Akzent der Implementierung tragen in Praxis, Forschung und Lehre dazu bei, innovativ vorzugehen, neues Wissen zu generieren, Praxisinitiativen zu erforschen, Forschungsergebnisse zu implementieren und Studierende auf eine patientenorientierte, wissensbasierte Praxisführung vorzubereiten.

Wissenszirkulation konkretisiert: Learning Community

Dieser Wissensaustausch kann auf unterschiedliche Arten durchgeführt werden. Ein Beispiel ist die Arbeitsfeldkommission an der FH. Eine vielversprechende Methode für die Lösung von Praxisproblemen bietet auch die sogenannte learning community (Arbeitsgruppe). Das Grundmuster einer learning community ist, dass aus der Praxis eine Anfrage an z.B. eine FH kommt bezüglich eines Praxisproblems, welches gelöst werden soll. Gemeinsam wird eine Problemanalyse durchgeführt (hier kann man sehr wohl StudentInnen aus dem Bachelor Pflege Programm involvieren). Die Ergebnisse werden diskutiert und wenn deutlich ist, wie das Praxisproblem genau aussieht, kann die Recherche (evidence based) nach Lösungsansätzen beginnen. Zusammen wird festgestellt, welche der entdeckten Lösungsansätze am Besten in dieses bestimmte Praxisfeld passt. Dann erfolgt die gemeinsame Auswahl einer/eines Intervention/Lösungsansatzes und Planung der Implementierung, inkl. Arbeitsfeldanalyse. Eine Arbeitsfeldanalyse bedeutet, dass man in diesem bestimmten Praxisfeld schaut, ob dieses auch offen für diese Veränderung ist. Sind die Pflegepersonen motiviert, gibt es Ressourcen, besteht Wissen, wird es in der Organisation mitgetragen. Auf Basis der Ergebnisse dieser Arbeitsfeldanalyse werden gemeinsam Strategien für die Implementierung entwickelt, die Intervention durchgeführt und evaluiert.

Eine Learning Community setzt sich zusammen aus einer multidisziplinären Gruppe, die aufgrund eines konkreten Praxisproblems

initiiert wird. Sie besteht aus circa 5-15 Teilnehmern aus Praxis, Lehre und Forschung, welche ihre Erfahrungen austauschen, Wissen aus Praxis und Theorie zusammenbringen, einander zum Praxisproblem und dessen Lösung beraten und die Lösung identifizieren bzw. entwickeln, implementieren und evaluieren. Die Teilnehmer sind Experten in ihrem Bereich (Praxis, Lehre, Forschung) sowie Studenten/ Schüler und eventuell auch PatientInnen und PatientInnenvertreter.

Erfahrungen mit learning communities sind durchaus positiv, sie helfen PraktikerInnen schneller auf Veränderungen zu reagieren. Der Austausch von implizitem Wissen resultiert in explizitem Wissen. Dies bedeutet auch, dass dieses Wissen nicht verloren geht wenn MitarbeiterInnen die Station verlassen. Beteiligte an einer learning community sind in ihrer Arbeit effektiver und bringen vermehrt Ideen, Wissen und best practices ein. Nehmen Beteiligte ihre learning community als positiv wahr, fühlen sie sich auch mehr verbunden mit KollegInnen, welche auch an solchen Gruppen beteiligt waren.

Ein Nachteil einer learning community stellt die Zeitintensität dar, da dieses Prozedere viel Zeit in Anspruch nimmt. Die Planung ist auch nicht immer einfach. Aufgrund der Beteiligung von Mitgliedern unterschiedlicher Organisationen, ist es nicht immer einfach, kurzfristig Termine zu vereinbaren. Mitglieder der learning community könnten aufgrund von unerwarteten Geschehnissen (verbunden mit mehr Personal- oder Arbeitsaufwand) in deren Stationsalltag oder aufgrund von Supplierungen im Unterricht bei Lehrkräften ausfallen. Eine neuerliche Terminfindung kann zu Verschiebungen der Treffen führen. Dies stellt auch einen vermehrten Zeitaufwand in Planung und Durchführung der learning communities dar. Was mir in sämtlichen learning communities aufgefallen ist, dass die besten Lösungen letztendlich von den PraktikerInnen kommen.

In Brainstormings kommen gute Ideen aus der Praxis, aber es hilft sehr, wenn teilnehmende WissenschaftlerInnen diese Ideen sortieren und eingruppieren (Worauf WissenschaftlerInnen gut trainiert sind). In einer der learning communities zum Beispiel, haben wir 143 Themen die von PraktikerInnen genannt wurden auf vier Hauptthemen reduzieren können. Auf Basis der vier Themen entstand ein Hilfsmittel zur Benennung von Verbesserungen in der Situation der PatientInnen. Das gute Zusammenspiel von PraktikerInnen und TheoretikerInnen ist hierbei wichtig und entscheidend für die Findung von Lösungsansätzen und die Wissenszirkulation.

Zum Schluss

Eine Möglichkeit zur Innovation ergibt sich schon aus dem Titel des Artikels. Wichtig ist aber, dass gerade im Gesundheitswesen und vor allem auch in der Pflege Innovation ein Thema werden muss. PatientInnen haben ein Recht auf Pflege nach dem besten Stand des Wissens (in Österreich ist dies sogar im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz verankert) und diese soll effektiv und effizient angeboten werden. Die Auffassung über die Aufgaben der Pflege (den Kern der Pflege) verschiebt sich immer deutlicher zum Wohlbefinden von PatientInnen, welches von Pflegenden extra Interventionen fordert. Gleichzeitig kommt es allerdings zu einer Personalreduktion, was bedeutet, dass wir das gesamt Aufgabenspektrum der Pflege hinsichtlich Qualität, Zeitinvestition, Materialinvestition usw. kritisch betrachten müssen.

Wissenszirkulation in multidisziplinärem Kontext ist dazu ein gutes Hilfsmittel. Es kostet Zeit, aber letztendlich ist die Chance der nachhaltigen Umsetzung einer angestrebten Veränderung groß.

Autorin

Dr. Anneke de Jong

Pflegewissenschaftlerin. Dozentin an der University of Applied Sciences Utrecht, Institut für Pflegestudien, Schwerpunkt: Praxis-Theorie-Vernetzung. Dort Dozentin an der Master Integrated Care (MIZW) und Modulekoordinatorin im Bereich Methoden und Techniken der Forschung, Evidence Based Practice, Lernen/Lehren und Innovieren, Integrated Care Projekte, sowie Begleiterin von Studenten MIZW bei der Abschlussarbeit. Key user für blended learning Programme. Vertreterin in the European Network of Nursing Academies (ENNA). In der Gewerkschaft CNV Präsidentin der Arbeitsgruppe Berufsinhalt Pflege und Sozialwesen.

Das Heranziehen elektronisch erfasster Patient-Reported Outcomes im onkologischen Setting

Studien zeigen auf, dass eine onkologische Erkrankung mit Einschränkungen der Lebensqualität sowie psychisch und physisch belastenden Symptomen für die Betroffenen einhergeht. Umso mehr nimmt die Anforderung an die Behandlungsqualität und die pflegerische Versorgung seitens der Patientinnen und Patienten zu, was sich im Bereich des Symptommanagement widerspiegelt. Eine mögliche Strategie das Symptommanagement im onkologischen Setting zu unterstützen stellt das Heranziehen von elektronisch erfassten Patient-Reported Outcomes dar.

Hintergrund

Als wesentliches Qualitätsmerkmal im Bereich der onkologischen Behandlung kann neben der Aufrechterhaltung der Kommunikation ebenso eine ausreichende aktive Miteinbeziehung von Patientinnen und Patienten zugeordnet werden. Dies erfolgt unter anderem anhand von sogenannten elektronischen Patient-Reported Outcomes (ePROs), wodurch nicht nur durchlebte Symptome, sondern auch der funktionelle Status sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität laufend erhoben und festgehalten werden können (Basch, 2014). Die Datengewinnung wird durch digitale Fragebögen oder Interviews sichergestellt und zielt auf eine möglichst selbstständige Beantwortung seitens der Patientinnen und Patienten ab. Infolgedessen wird Einblick in den subjektiv beurteilten Gesundheitszustand der Betroffenen gewährleistet, ohne dass Verzerrungseffekte durch eine zweite oder dritte Person erfolgen (Wintner et al., 2012). Darüber hinaus können elektronisch erfasste gängige Symptome wie beispielsweise Fatigue oder Schmerzen im interdisziplinären Team besser eingeschätzt werden, da für solche Empfindungen keine Laborwerte existieren, welche Rückschluss auf die Intensität geben (Zbrozek et al., 2013). Daraus wiederum resultiert die Möglichkeit eines individuell an den Patienten oder die Patientin angepassten Therapieverlaufs (Ashley et al., 2011).

Clinician-Reported Outcomes (ClinRO), Observer-Reported Outcomes (ObsRO) sowie Performance Outcomes (PerfO) als weitere Möglichkeiten, Patientinnen und Patienten gezielt in die onkologische Behandlung zu integrieren (Strong, 2014). Ermöglicht und begründet wird der zunehmende Gebrauch digitaler patientenzentrierter Systeme mit dem steigenden technologischen Fortschritt, einer größeren Nachfrage nach einer Therapieüberwachung sowie ausreichender Einbindung von Patientinnen und Patienten in deren Behandlung seitens der Regierungsbehörden, Fachkräfte und Investorinnen und Investoren (Jensen et al., 2015).

Relevanz von Patient Reported Outcomes

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und des damit verbundenen erhöhten Risikos an einem malignen Tumor zu erkranken, wird die Anzahl der im onkologischen Setting erkrankten Menschen in Österreich weiterhin zunehmen. Mit dem Jahre 2017 liegt die momentane Krebsinzidenz hier bei rund 39.000 Personen pro Jahr (Statistik Austria, 2017). Dabei bietet die onkologische Versorgung ein weites Spektrum an Behandlungsmaßnahmen, welche herangezogen werden können, um von einer malignen Tumorerkrankung betroffene Menschen zu therapieren. Nachteil der Therapiemöglichkeiten sind die damit einhergehenden negativen Auswirkungen auf den menschlichen Organismus. Etwa 60-80% aller Patientinnen und Patienten, davon 10% therapiebedingt, leiden an Schmerzen (Margulies, Kroner, Gaisser & Bachmann-Mettler, 2011). So erzählt ein betroffener Patient: „Klein ist die Welt dann, wenn der Bauch und seine Nebenwirkungen einfach alles beherrschen. Wenn ich am zweiten Morgen nach der Chemotherapie einfach nur noch da bin und es geht nichts mehr“ (Chabloz-Süssenbach, Sailer Schramm, Stoll & Spirig, 2016). Als weitere therapiebedingte Symptome sind unter anderem Fatigue, Nausea und Emesis, Appetitlosigkeit, Diarrhö sowie in der Folge psychische Ausnahmezustände zu nennen (Shandiz et al., 2017).

Im Krankenhaus werden die oben angeführten Nebenwirkungen sowie Symptome rückblickend im Zuge der Visite mit einem Arzt oder des Anamnesegespräches der Pflege erfragt und beruhen auf den Gedächtnisleistungen der Patientinnen und Patienten. Dabei kann jedoch eine Vielzahl von Verzerrungseffekten auftreten. Beispielsweise der sogenannte „affective valence effect“. Hierbei können sich Patientinnen und Patienten an positive Wahrnehmungen besser erinnern als an negativ besetzte. Auch wenn dieser Effekt der menschlichen Psychohygiene in die Hände spielt, so wird die Berichterstattung über in der Vergangenheit aufgetretene Symptome verzerrt und führt zur Fehlinterpretation seitens des Fachpersonals. Des Weiteren werden rückblickende Einschätzungen vom momentanen Gesundheitszustand der betroffenen PatientInnen beeinflusst. Dies besagt der „mood congruent memory effect“. Patientinnen und Patienten können sich an negativ besetzte Symptome im Zuge ihrer Erkrankung besser zurückerinnern, wenn der momentane Gesundheitszustand ebenso schlecht ist. Verbessert sich der Gesundheitszustand, fällt die Schilderung und Bewertung von Erlebtem zunehmend schwer. Hinzu kommt noch, dass sich 42% aller Patientinnen und Patienten nach einem Jahr an den eigenen Krankenhausaufenthalt nicht mehr erinnern. Beim Auftreten von somatischen Leiden, wie beispielsweise Bauchschmerzen, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, beeinflusst des Weiteren der Befragungszeitpunkt die Intensitätsangabe. So werden somatische Beschwerden in der Früh und am Abend am stärksten wahrgenommen. Patientinnen und Patienten, welche nun zu Mittag nach aufkommenden Nebenwirkungen befragt werden, beschreiben die Symptome als weniger intensiv und belastend (Ebner-Priemer & Bohus, 2008).

Erfahrungswerte mit elektronisch erfassten Patient-Reported Outcomes

Akzeptanz von ePRO-Systemen

Das Heranziehen elektronischer Patient-Reported Outcome-Systeme geht seitens der Patientinnen und Patienten mit ausreichender Akzeptanz und bestehendem Interesse einher (Wallwiener et al., 2017). So wird diese Art der Symptomerhebung als überwiegend positiv bewertet. Patientinnen und Patienten aus dem onkologischen Setting schätzen die Möglichkeit, durchlebte Nebenwirkungen in regelmäßigen Abständen von zu Hause aus dem Fachpersonal im Krankenhaus mitzuteilen. In der Folge wird eine Gesprächsbasis gebildet, welche Ausgangspunkt für Diskussionen nachfolgender Therapien oder kurzfristig gesetzter Interventionen darstellen (Wu et al., 2016). Immerhin wünschen 77,8% der Patientinnen und Patienten in die elektronisch erfassten Daten Einsicht zu nehmen und 82,2% diese in Anwesenheit von Fachpersonal zu reflektieren (Wintner et al., 2015). Der anhaltende Kontakt zu einem interdisziplinären Behandlungsteam löst bei zu versorgenden Patientinnen und Patienten zusätzlich das Gefühl von Sicherheit aus (Williams et al., 2015).

Auffallend ist, dass Patientinnen und Patienten mit einem geringen Bildungsniveau (p=0,0002), einem schlechten Gesundheitszustand (p=0,0327) und mangelnden Technikkenntnissen (p=0,0003) eine papierbasierte Befragung gegenüber einer elektronischen bevorzugen. Diese Patientengruppe, welche die Schriftform bevorzugte, war mit 62 Jahren (p=0,0014) um rund neun Jahre älter als jene, die elektronische Befragungen präferierten (Graf et al., 2016).

Gründe, welche gegen den Einsatz von elektronischen

Patient-Reported Outcomes seitens der Patientinnen und Patienten sprechen, sind Skepsis (46,6%), ein schwankender Gesundheitszustand (13,3%) oder sprachliche und technische Probleme (8,4%) (Wintner et al., 2015). Skepsis entsteht durch mangelnde Informationen über den korrekten Gebrauch oder Nutzen patientenzentrierter Systeme, nachfolgende unbefriedigende Diskussionen mit dem Fachpersonal sowie eine uneinheitliche Ergebnisdarstellung durch Balkendiagramme, welche Rückschluss auf die Intensität der durchlebten Symptome geben sollen (Wu et al., 2016). Des Weiteren können fehlendes technisches Grundwissen (p<0,001), Angst vor Datenmissbrauch (p<0,004) und das Alter (p<0,001) als wesentliche Einflussfaktoren auf die Akzeptanz von ePRO-Systemen genannt werden (Hartkopf et al., 2017). Für Forscherinnen und Forscher im onkologischen Setting stellt die Festlegung einer konstanten Studienpopulation die größte Hürde dar. Beispielsweise gaben Dussel et al. (2015) in ihrer prospektiven Kohortenstudie an, dass rund 23% der als tauglich identifizierten Patientinnen und Patienten bereits vor der Kontaktierung verstarben.

ePRO-Systeme im klinischen Alltag

Gängige Symptome im onkologischen Setting, wie beispielsweise Nausea (14%), Fatigue (12%), Schmerzen (8%) (Cowan et al., 2016), aber auch Polyneuropathien (14%) oder psychische Beschwerden (33%) (Chiang et al., 2015), werden durch ePRO-Systeme ausreichend erfasst und können für Patientinnen und Patienten zu einem besseren Verständnis für Therapien (96%) und Nebenwirkungen (96%) führen (Donohue et al., 2015). Durch die Verknüpfung von Assessmentinstrumenten werden Symptome effizienter erfasst (Williams et al., 2015) und wirken sich des Weiteren nachweislich positiv auf die zeitlichen Ressourcen des Fachpersonals aus. In der Berliner Charité konnte nachgewiesen werden, dass Vorbereitungen für Visitengespräche weniger Zeit in Anspruch nahmen, wenn Fachpersonal elektronische Unterstützung in Form von Tablet-PCs hatte (p=0,004), auf denen bereits zuvor gesammelte Patientendaten eingespeist wurden. So dauerten Visitenrundgänge ohne elektronische Unterstützung circa 36,9 Minuten, mit elektronischer Unterstützung hingegen lediglich 30,3 Minuten (p=0,001). Ebenso verringerte sich der benötigte Zeitaufwand bei der Nachbesprechung innerhalb des Teams (19,7 Minuten vs. 14,9 Minuten) sowie bei der Abrufung von Patientendaten (p=0,01). Daraus resultierten in der Folge länger andauernde Visitengespräche zwischen Patientinnen und Patienten und dem Fachpersonal (2,4 Minuten vs. 3,1 Minuten) (Fleischmann et al., 2015).

ePRO-Systeme im Bereich der Pflege

Dem Pflegefachpersonal wird im Bereich von ePRO-Systemen eine edukative sowie kommunikative Aufgabe zuteil. Anhand von patientenzentrierten Systemen wird versucht, den Informationsfluss aufrechtzuerhalten und somit einen engeren Kontakt zwischen Pflegefachpersonal und Patientinnen und Patienten in der Praxis zu ermöglichen. Durch Alarmsysteme, welche Pflegende in Form von Benachrichtigungen per E-Mails erhalten, wird eine schnelle und bestmögliche Reaktion auf aufkommende Symptome seitens des Fachpersonals gewährleistet. Der enge Kontakt zu betreuenden Patientinnen und Patienten wirkt sich positiv auf die Praxis aus, zumal elektronische Patient-Reported Outcome Systeme nachweislich eine Verringerung der Hospitalisierung (45% vs. 49%, p=0,08) sowie weniger ambulante Aufenthalte in der Notaufnahme (34% vs. 41%, p=0,02) nach sich ziehen. Computerkenntnisse der Patientinnen und Patienten spielen in diesem Bereich eine wesentliche Rolle. So ergaben Untersuchungen, dass sich Hospitalisierungen sowie Aufenthalte in der Notfallaufnahme bei Heranziehen von elektronischen Systemen allgemein verringerten, es jedoch nochmals Unterschiede zwischen Patientengruppen mit vorhandenem technischen Wissen (34% vs. 36%, p=0,16) im Vergleich zu Betroffenen ohne Computerwissen (34% vs. 56%, p=0,2) gab (Basch et al., 2016). Ungeachtet dessen fällt auf, dass lediglich 22% des Pflegefachpersonals elektronisch erfasste Daten für die Pflegeplanung heranzogen. Dennoch gaben 87% der Pflegenden und 91% der Patientinnen und Patienten an, dass der Gebrauch von ePRO-Systemen positive Auswirkungen auf das Entlassungsmanagement sowie die häusliche Versorgung hat (Schuler et al., 2016). Auch äußerten 85% der Pflegenden, dass sich die Pflegekoordination und Entscheidungsfindung (84%) verbesserten (Donohue et al., 2015).

Schlussfolgerung

Patientinnen und Patienten, welche von einer malignen Tumorerkrankung betroffen sind, durchleben in den meisten Fällen psychisch und physisch belastende Symptome (Schmidt et al., 2016), welche mit Einschränkungen im Bereich der Lebensqualität einhergehen können (Wolfe et al., 2015). Die Reflexion der wahrgenommenen Symptome mit dem

Fachpersonal, welche auch als Symptommanagement bezeichnet werden kann, stellt somit ein wesentliches Qualitätsmerkmal im Bereich der onkologischen Behandlung dar (Andikyan et al., 2012). Eine weitere und durchaus geeignete Strategie zur umfangreichen Symptomerfassung im klinischen Alltag ist die Verwendung von elektronischen Patient-Reported Outcome Systemen. Nicht zuletzt auch deshalb, da patientenzentrierte Systeme in diversen medizinischen Fachbereichen, fächerübergreifend, aber auch im privaten Umfeld der PatientInnen zum Einsatz kommen können (Basch et al., 2007). Elektronisch erfasste Daten werden an das Fachpersonal gesendet, was wiederum zur Folge hat, dass eine individuelle situationsgerechte Adaption der Therapie ermöglicht wird. Hinzu kommt, dass Patientinnen und Patienten durch E-Mails, Briefe, SMS oder Anrufe an das Ausfüllen der Fragebögen zur Symptomerhebung erinnert werden, wodurch ein anhaltender Kontakt zum Pflegepersonal besteht und laut Patientinnen und Patienten Sicherheit vermittelt wird (Jensen et al., 2015). Die Sinnhaftigkeit, ePRO-Systeme zur Symptomerhebung heranzuziehen, wird von den betroffenen Patientinnen und Patienten sowie dem Fachpersonal ausreichend erkannt und als hilfreich eingestuft. Hürden bei der Implementierung ergeben sich durch anfänglich bestehende Skepsis und die technischen Umsetzung. Dennoch können der physische und psychische Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten ausreichend erfasst, Ressourcen des Fachpersonals gestärkt und Behandlungs- sowie Pflegeprozesse optimiert werden (Donohue et al., 2015). Es bedarf weiterer Studien mit Populationen ausreichender Größe, um Effekte von ePRO-Systemen im onkologischen Setting aussagekräftiger nachzuweisen und Problemfelder aufzuzeigen.

Literatur

Andikyan, V.; Rezk, Y.; Einstein, H. M.; Gualtiere, G.; Leitao, M. M.; Sonoda, Y.; Abu-Rustum, N. R.; Barakat, R. R.; Basch, E. M.; Chil, D. S. (2012). A Prospective Study of the Feasibility and Accept-ability of a Web-Based, Electronic Patient-Reported Outcomes System in Assessing Patient Recovery after Major Gynecologic Cancer Surgery. Gynecologic Oncology, 2, 273-277.

Ashley, L.; Jones, H.; Forman, D.; Newsham, A.; Brown, J.; Downing, A.; Velikova, G.; Wright, P. (2011). Feasibility test of a UK-scalable electronic system for regular collection of patient-reported outcome measures and linkage with clinical cancer registry data: The electronic Patientreported Outcomes from Cancer Survivors (ePOCS) system. BMC Medical Informatics and Decision Making. doi:10.1186/1472-6947-11-66

Basch, E.; Iasonos, A.; Barz, A.; Culkin, A.; Kris, M.; Artz, D. Fearn, P.; Speakman, J.; Farquhar, R.; Scher, H.; Mccabe, M.; Schrag, D. (2007). Long-TermToxicity Monitoring via Electronic Patient–Reported Outcomes in Patients Receiving Chemotherapy. Journal of Clinical Oncology, 25, 5374-5380.

Basch, E. (2014). The Rationale of Collecting Patient-Reported Symptoms during Routine Chemotherapie. American Society of Clinical Oncology, 34, 161-165.

Basch, E.; Deal, A.; Kris, M.; Scher, H.; Hudis, C.; Sabbatini, P.; Rogak, L.; Bennett, A.; Dudeck, A.; Atkinson, T.; Chou, J.; Dulko, D.; Sit, L.; Barz, A.; No-Votny, P.; Fruscione, M.; Sloan, J.; Schrag, D. (2016). Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial. Journal of Clinical Oncology, 34, 557-565.

Chabloz-Süssenbach, C.; Sailer Schramm, M.; Stoll, H.; Spirig, R. (2016). Die Welt nicht zu klein werden lassen. Wie Menschen mit einer Krebserkrankung und Angehörige Übergänge in den letzten Monaten bewältigen. Eine qualitative Studie. Pflege, 29 (4), 171-181.

Chiang, A.; Amport, S. B.; Corjulo, D.; Harvey, K.; Corkle, R. (2015). Incorporating Patient-Reported Outcomes to Improve Emotional Distress Screening and Assessment in an Ambulatory Oncology Clinic. American Society of Clinical Oncology, 11 (3), 219-222.

Cowan, R. A.; Suidan, R. S.; Andikyan, V.; Rezk, Y. A.; Einstein, M. H.; Chang, K.; Carter, J.; Zivanovic, O.; Jewell, E. J.; Abu-Rustum, N. R.; Basch, E.; Chi, D. S. (2016). Electronic patient-reported outcomes from home in patients recovering from major gynecologic cancer surgery: A prospective study measuring symptoms and health-related quality of life. Gynecologic Oncology, 143, 362-366.

Donohue, S; Sesto, M. E.; Hahn, D. L; Buhr, K. A.; Jacobs, E. A.; Sosman, J. M.; Andreason, M. J; Wiegmann, D. A.; Tevaarwerk, A. J. (2015). Evaluating primary care providers‘ views on survivorship care plans generated by an electronic health record system. Journal of Oncology Practice, 11 (3), 329-335.

Dussel, V.; Orellana, L.; Soto, N; Chen, K.; Ullrich, C.; Kang, T.; Geyer, J.; Freudtner, C.; Wolfe, J. (2015). Feasibility of Conducting a Palliative Care Randomized Controlled Trial in Children With Advanced Cancer: Assessment oft he PediQuest Study. Journal of Pain and Symptom Management. 49, 1059-1069.

Ebner-Priemer, U.; Bohus, M. (2008). Elektronische Tagebücher in der Medizin. Echtzeiterfassung von Symptomen. Deutsches Ärzteblatt, 105 (28-29), 1550-1552.

Fleischmann, R.; Duhm, J.; Hupperts, H.; Brandt, S. (2015). Tablet computers with mobile electronic medical records enhance clinical routine and promote bedside time: a controlled prospective crossover study. Journal of Neurology, 262, 532-540.

Graf, J.; Simoes, E.; Wißlicen, K.; Rava, L.; Walter, C. B.; Hartkopf, A.; Keilmann, L.; Taran, A.; Wallwiener, S.; Fasching, P.; Brucker, S. Y.; Wallwiener, M. (2016). Willingness of Patients with Breast Cancer in the Adjuvant and Metastatic Setting to Use Electronic Surveys (ePRO) Depends on Sociodemographic Factors, Health-related Quality of Life, Disease Status and Computer Skills. Die Bereitschaft zur Nutzung von technikbasierten Erhebungen (ePRO) bei Patientinnen mit Mammakarzinom in der adjuvanten und metastasierten Situation in Abhängigkeit von soziodemografischen Merkmalen, gesundheitsbezogener Lebensqualität, Erkrankungsstatus und Technikskills. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 76, 535–541.

Hartkopf, A. D.; Graf, J.; Simoes, E.; Keilmann, L.; Sickenberger, N.; Gass, P.; Wallwiener, D.; Matthies, L.; Taran, F.-A.; Lux, P. M.; Wallwiener, S.; Belleville, E.; Sohn, C.; Fasching, P. A.; Schneeweiss, A.; Brucker, S. A.; Wallwiener, M. (2017). Electronic-Based Patient-Reported Outcomes: Willingness, Needs, and Barriers in Adjuvant and Metastatic Breast Cancer Patients. JMIR Cancer. doi: 10.2196/cancer.6996

Jensen, R.; Rothrock, N.; Morgan-Dewitt, E.; Spiegel, B; Tucker, C.; Crane, H.; Forrest, C.; Patrik, D.; Fredericksen, R.; Shulman, L.; Cella, D.; Crane, D. (2015). The Role of Technical Advances in the Adoption and Integration of Patient-Reported Outcomes in Clinical Care. U.S. Department of Health & Human Services, 53 (2), 153-159.

Margulies, A.; Kroner, T.; Gaisser, A.; Bachmann-Mettler, I. (2011). Onkologische Krankenpflege. Berlin: Springer Verlag.

Schandiz, F.H.; Karimi, F.Z.; Anbaran, Z.K.; Abdollahi, M.; Rahimi,N.; Ghasemi, M. (2017). Investigating the Quality of Life and the Related Factors in Iranian Women with Breast Cancer. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 18 (8), 2089-2092.

Schmidt, H.; Merkel, D.; Koehler, M.; Flechtner, H.-H.; Sigle, J.; Klinge, B.; Jordan, K.; Vordermark, D.; Landenberger, M.; Jahn, P. (2016). PRO-ONKO-selection of patientreported outcome assessments for the clinical use in cancer patients-a mixed method multicenter cross-sectional exploratory study. Springer-Verlag, 24, 2503-2512.

Schuler, M.; Trautmann, F.; Radloff, M.; Schmädig, R.; Hentschel, L.; Eberlein-Gonska, M.; Petzold, T.; Vetter, H.; Oberlack, S.; Ehninger, G.; Schmitt, J. (2016). Implementation of a mobile inpatient quality of life (QoL) assessment for oncology nursing. Support Care Cancer, 24, 3391-3399.

Statistik Austria. (2017). Krebserkrankungen. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/index.html [22.08.2017].

Strong, L. (2014). The Past, Present, and Future of Patient-Reported Outcomes in Oncology. American Society of Clinical Oncology, 17, 616-619.

Wallwiener, M.; Heindl, F.; Brucker, S. Y.; Taran, F.-A.; Hartkopf, A.; Overkamp, F.; Kolberg, H.-C.; Hadji, P.; Tesch, H.; Ettl, J.; Lux, M. P.; Rauh, C.; Blum, S.; Nabieva, N.; Brodkorb, T. F.; Faschingbauer, C.; Langemann, H.; Schulmeyer, C.; Volz, B.; Rübner,

M.; Lüftner, D.; Müller, V.; Belleville, E.; Janni, W.; Fehm, T. N.; Wallwiener, D.; Ganslandt, T.; Beckmann, T. M.; Schneeweiss, A.; Fasching, P. A.; Gass, P. (2017). Implementation and Feasibility of Electronic Patient-Reported Outcome (ePRO) Data Entry in the PRAEGNANT Real-Time Advanced and Metastatic Breast Cancer Registry. Evaluation einer elektronischen Erhebung von Patient-reported-Outcomes (PROs) im PRAEGNANT-Register. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 77, 870–878.

Williams, A. R.; Williams, D. D.; Williams, P. D.; Alemi, F.; Hesham, H.; Donley, B.; Kheirbek, R. E. (2015). The development and application of an oncology Therapy-Related Symptom Checklist for Adults (TRSC) and Children (TRSC-C) and e-health applications. BioMedical Engineering OnLine. doi: 10.1186/1475-925X-14-S2-S1

Wintner, L.; Giesinger, J.; Kemmler, G.; Sztankay, M.; Oberguggenberger, A.; Gamper, E.M.; Sperner-Unterweger, B.; Holzner, B. (2012). Verwendung und Nutzung von Patient-Reported Outcomes in der onkologischen Behandlung: eine Übersicht. Wiener klinische Wochenschrift-The Central European Journal of Medicine, 124, 293-303.

Wintner, L. M.; Giesinger, J. M.; Zabernigg, A.; Rumpold, G.; Sztankay, M.; Oberguggenberger, A. S.; Gamper, E. M.; Holzner, B. (2015). Evaluation of electronic patient-reported outcome assessment with cancer patients in the hospital and at home. BMC Medical Informatics and Decision Making. doi: 10.1186/s12911-015-0230-y

Wolfe, J.; Orellana, L.; Ullrich, C.; Cook, F.; Kang, T.; Rosenberg, A.; Geyer, R.; Freudtner, D.; Dussel, V. (2015). Symptoms and Distress in Children With Advanced Cancer: Prospective Patient-Reported Outcomes From the PediQuest Study. Journal of Clinical Oncology, 10, 1928-1935.

Wu, A. W.; White, S. M.; Blackford, A. L.; Wolff, A. C.; Carducci, M. A.; Herman, J. H.; Synder, C. F.; Patient-Viewpoint Scientific Advisory Board. (2016). Improving an electronic system for measuring PROs in routine oncology practice. Journal of Cancer Survivorship, 10 (3), 573-582.
Zbrozek, A.; Herbert, J.; Gogates, G.; Thorell, R.; Dell, C.; Molsen, E.; Craig, G.; Grice, K.; Kern, S.; Hines, S. (2013). Validation of Electronic Systems to Collect PatientReported Outcome (PRO) Data-Recommendations for Clinical Trial Teams: Report of the ISPOR ePRO Systems Validation Good Research Practices Task Force. Value in Health, 16, 480-489.

Autor

Michael Klösch, BSc
Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpfleger, wissenschaftlicher Mitarbeiter und Dozent am Institut für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, Student im Masterstudium Pflegewissenschaft (MScN),
michael.kloesch@pmu.ac.at

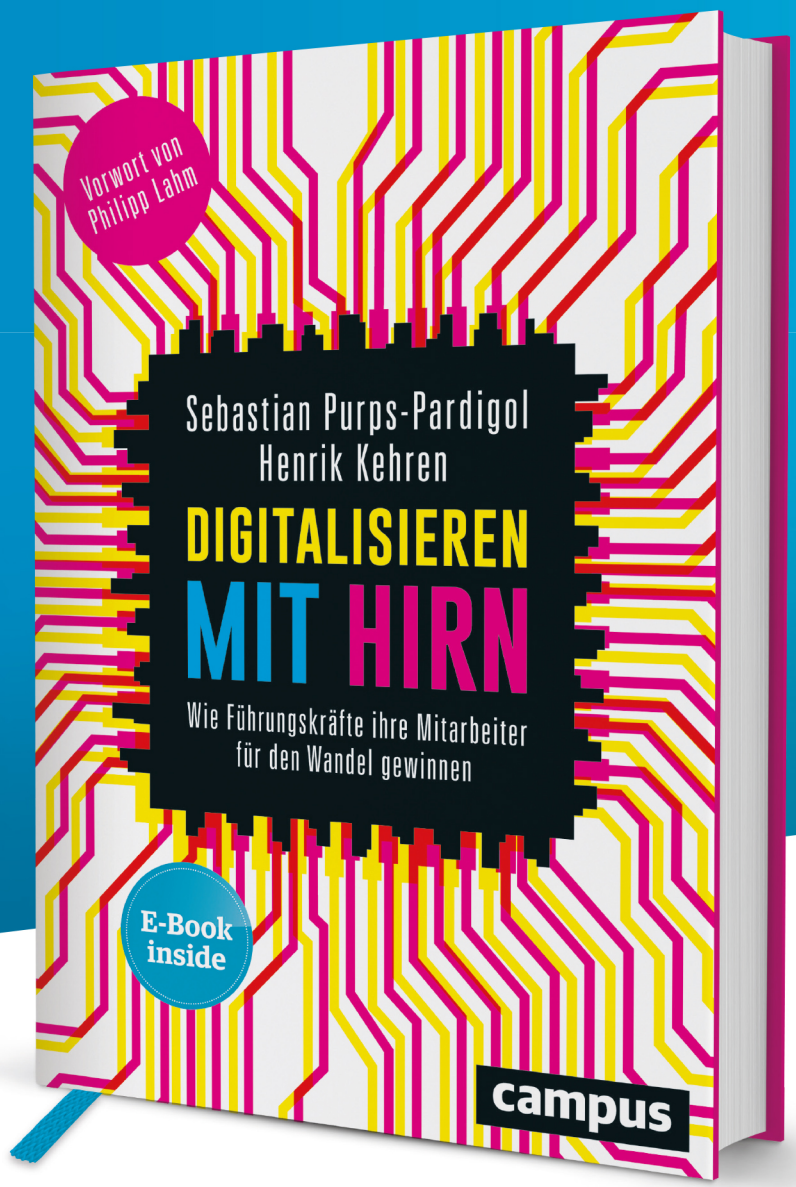
Autorin

Melanie Eisenführer, BScN MScN
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Akad. Lehrerin für Gesundheitsberufe am Vinzentinum Linz, Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege,
melanie.eisenfuehrer@ordensklinikum.at

Autor

Mag. Michael Aiglesberger, BScN, MBA
Direktor der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Ordensklinikum Barmherzige Schwestern Linz, Standort-Studiengangsleiter der FH Campus Wien am Ordensklinikum Barmherzige Schwestern Linz, Lehrer für Gesundheitsberufe, Fachpfleger für Intensivpflege, Autor, michael.aiglesberger@ordensklinikum.at

Geheimnisse gelungener Digitalisierung



Jedes Unternehmen hat sie auf der Agenda: die Digitalisierung. Die einen sind beim Versuch, ihr Geschäftsmodell umzustellen, böse auf die Nase gefallen, die anderen sind heute Vorreiter ihrer Branche. Worin liegen die Geheimnisse des Gelingens? Bestsellerautor Sebastian Purps-Pardigol und Digitalexperte Henrik Kehren haben in den Unternehmen nachgefragt. Herausgekommen ist ein spannendes Buch über die psychologischen Hintergründe erfolgreicher Digitalisierung. Denn auch die Welt der Technik lebt vom Engagement der Mitarbeiter. Wie man die Herzen und Hirne der Belegschaft für Digitalisierung begeistert, zeigt dieses Buch. Pflichtlektüre für jede Chefin und jeden Chef!
Mit zahlreichen Unternehmensbeispielen, darunter BoschSiemens-Hausgeräte, Phoenix-Contact, Viessmann sowie die tolino-Allianz.

2018. 249 Seiten. Gebunden. 34 €. Inklusive E-Book. ISBN 9783593508429. **Auch separat als E-Book erhältlich**

campus.de

campus
Frankfurt. New York

Die Entwicklung der CED- Pflege in Österreich

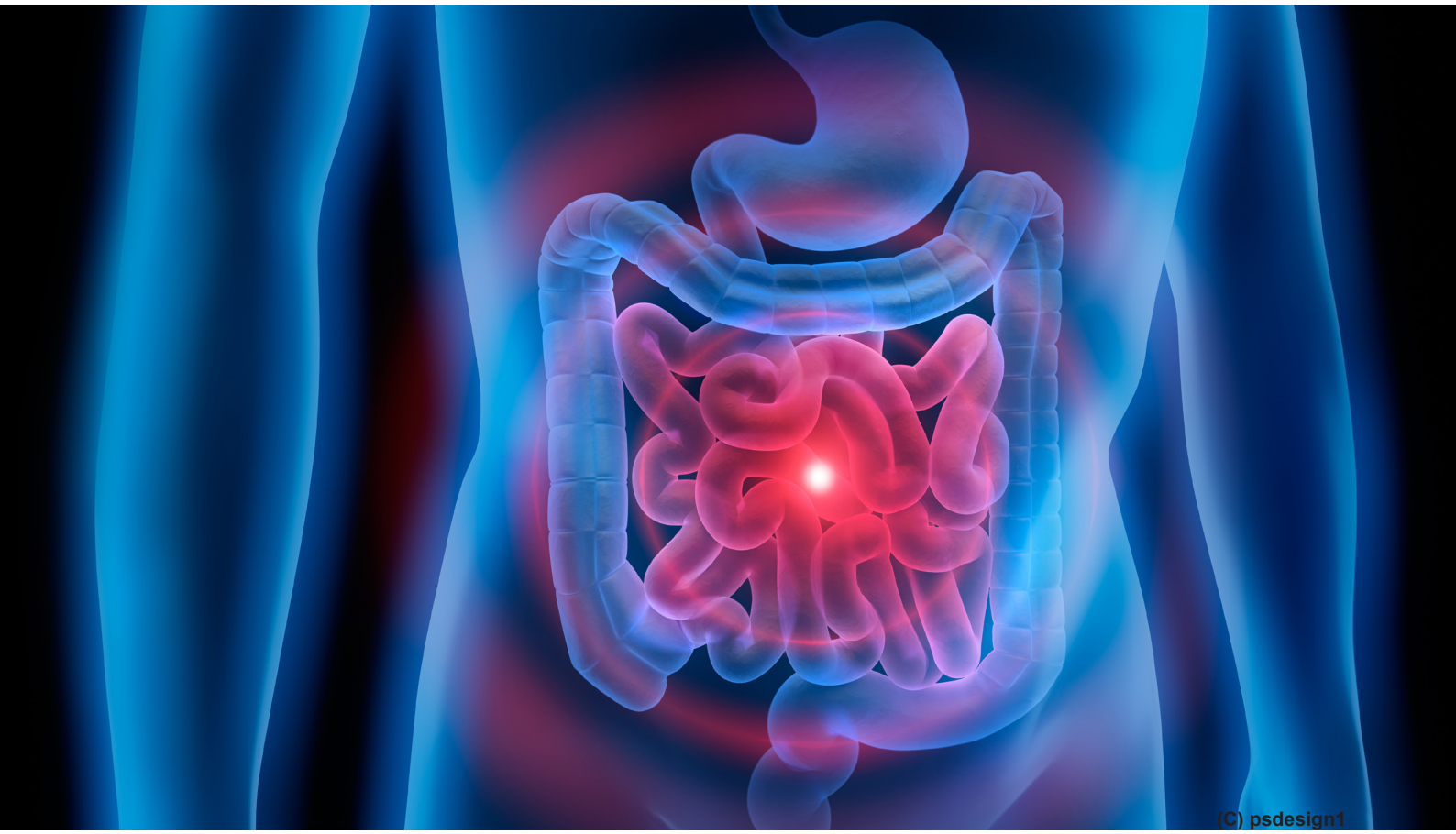
Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (kurz CED), umfassen die Krankheitsbilder des Morbus Chron und der Colitis Ulcerosa. Bei beiden Krankheitsbildern müssen Betroffene von einer lebenslangen Therapie ausgehen. Bis dato gibt es keine Heilungschancen für Patientinnen und Patienten. Erkrankte werden mit schwerwiegenden Symptomen konfrontiert. Medikamente die teilweise auch subkutan verabreicht werden zählen zum Alltag der Betroffenen. Regelmäßige Arztbesuche und zahlreiche Untersuchungen sind die Folgen. Die Rolle der CED-Nurse spielt in diesem Behandlungskonzept eine zentrale Rolle und gewinnt auch in Österreich immer mehr an Bedeutung. Wir haben uns mit Präsidentin Anita Beyer (Vereinsvorstand CED-Nursing-Austria) und Dr. Harry Fuchssteiner (Ärztlicher Leiter der CED Ambulanz, Ordensklinikum Linz/Elisabethinen) getroffen, um uns über die Entwicklung der CED-Pflege in Österreich zu unterhalten.

Im Gespräch mit Anita Beyer, Präsidentin CED-Nursing Austria

Frau Beyer, Sie sind Präsidentin und damit Vereinsvorstand von „CED-Nursing-Austria“. Seit wann existiert diese Vereinigung und welche Ziele werden verfolgt?

Wir haben unsere Überlegungen in Alpbach 2015 gestartet und den Verein Anfang 2016 mit dem Ziel gegründet, eine umfassende CED-Nursing Ausbildung in Österreich zu etablieren. Dies kann für CED-Betroffene eine klare Qualitätssteigerung in der Versorgung bedeuten. Bisher mussten sich Nurses, die ein Interesse oder auch die Notwendigkeit an einer CED-Spezialisierung hatten, im europäischen Ausland (vorwiegend in Deutschland) weiterbilden. Dabei fehlte eindeutig der Bezug zu Österreich, den wir nun stark berücksichtigen.

Wie viele „CED-Nurses“ sind derzeit in Österreich tätig?



Ich würde sagen etwa ein gutes Dutzend. Man muss zwischen jenen differenzieren, die über diese Kompetenzen verfügen und jenen, die auch tatsächlich in ihren Einrichtungen (ausschließlich) als „CED-Nurse“ arbeiten. Vielfach macht CED-Nursing nur einen Teil der eigentlichen Pflegetätigkeit aus.

Mit 16.10.2017 startete die neue Weiterbildung „Pflege bei Chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen-CED“ nach § 64 GuKG. Welche Inhalte werden vermittelt und welche Kompetenzen können dadurch erlangt werden?

Wir haben uns bei der Entwicklung des Curriculums sowohl internationale CED-Nursing-Leitlinien (Anm: vorwiegend N-ECCO) und auch bestehende Programme aus anderen Ländern angesehen und daraus eine, an den Bedürfnissen der Betroffenen, wie auch österreichischen Versorgungseinrichtungen ausgerichtetes Weiterbildungsprogramm, entwickelt. Im Programmbeirat haben auch Ärzte mitgewirkt. Großer Dank gilt hier den Professoren, Högenauer und Petritsch, vom LKH Graz, die unsere Agenda stets unterstützt haben. Die Weiterbildung sieht sechs Präsenzblöcke vor in denen Nurses dazu befähigt werden, die Erkrankung CED umfassend zu begleiten. Im Vordergrund werden auch medizinische Elemente wie Anatomie, Symptome, Verlauf, Diagnostik, sowie medikamentöse und chirurgische Therapie stehen. Im pflegerischen Fachbereich werden Assessment und Patientenschulung, Spezialthemen, wie Stomatherapie und der Umgang mit Alltagsfragen, besprochen. Hinzu kommen Kommunikation, Evidence Based Nursing und auch sozialrechtliche Grundlagen.

Welchen Profit haben Patienten durch die Betreuung von „CED-Nurses“?

CED – also Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa – sind zum aktuellen Stand nicht heilbar und bedürfen einer lebenslangen Therapie und Begleitung. Es handelt sich oftmals um eine jahrelange Begleitung, deren Kontinuität von besonderer Bedeutung ist. Die Praxis der vergangenen Jahre hat außerdem gezeigt, dass die aktuellen Pflegeleistungen bei CED in spezialisierten Zentren oft weit über das hinausgehen, wofür diplomiertes Pflegepersonal ausgebildet ist. Gut ausgebildete CED-Nurses sind für Betroffene künftig ein Garant dafür, Antworten auf viele, teils komplexe, Fragen zu ihrer chronischen Erkrankung zu bekommen. Dabei geht es um Fragen zu Beruf und Arbeitsplatz, der Familienplanung, sowie Partnerschaft, Sexualität und Schwangerschaft. Überspannend sorgen CED-Nurses dafür, dass die oftmals überfüllten Versorgungseinrichtungen eine qualitätsbasierte Triage realisieren können. Dadurch wird es der Ärzteschaft ermöglicht ihre Zeit komplexen Fällen zu widmen, während sich stabile Patienten in einer guten Langzeitbetreuung befinden.

Blicken wir zu unseren Kolleginnen und Kollegen ins Ausland. Welche Länder sind die derzeitigen Vorreiter im Bereich „CED-Nursing“?

Viele wissenschaftlich untersuchte Erfahrungen mit „IBD-Nursing“ konnte man bereits vor vielen Jahren in den USA sammeln. Die Systeme sind allerdings nur schwer mit unseren vergleichbar. In Europa haben grundsätzlich jene Länder einen Vorsprung, in denen spezialisierte Pflegeleistungen einen hohen Stellenwert haben und in intersektorale Prozesse eingebunden sind. So weisen Systeme mit ausgeprägten ambulanten und niedergelassenen Strukturen eine gewisse Ausprägung spezialisierter Pflege auf. Dazu gehören Länder wie Dänemark, Niederlande oder Großbritannien. Aber auch in Deutschland gibt es regional teils gut etablierte CED-Versorgungsstrukturen mit starker Pflegekomponente. Die Erfahrungen aus wissenschaftlich begleiteten Modellen konnten wir teilweise nutzbringend beim Aufbau von CED-Nursing Austria verwenden.

Worin unterscheidet sich Österreich im Vergleich zu diesen Ländern?

Wie schon angedeutet ist wohl die wesentlichste Hürde für die Umsetzung integrierter Lösungen, eine starke Trennung zwischen Pflege und Medizin. Darüber hinaus trennt man zwischen intramuralem, ambulantem und niedergelassenem Bereich. Diese historisch gewachsenen Strukturen sind uns als „Silodenken“ bestens bekannt und zögern sinnvoll patientenzentrierte Lösungen oftmals unnötig hinaus. Mit der Initiative CED-Nursing Austria wollen wir punktuell aufzeigen, wie gut durchdachte Lösungen (zumindest im Kleinen) funktionieren können.

Was braucht es, um die CED-Pflege in Österreich weiter auszubauen?

Ein wichtiger Grundstein ist gelegt. Durch den Abschluss des ersten Lehrgangs werden die Kompetenz von 15 CED-Nurses Versorgungsrealität sein. Was wir aber weiter brauchen ist das Engagement aller bisher Beteiligten denen

man großen Respekt aussprechen muss. Ein mutiges Vorgehen wird belohnt und soll auch ein Zeichen an die Politik sein, künftig mutige Entscheidungen zuzulassen und vor allem eines ins Zentrum zu stellen: den Patienten.

Wie sehen Sie die Zukunft der CED-Pflege in Österreich?

Wir werden jährlich unser CED-Nursing Symposium in gemeinsamer Abstimmung mit der medizinischen Fachgesellschaft ÖGGH weiterführen. Damit können wir „state-of-the-art" Entwicklungen weitergeben und interessierte Nurses fortbilden. Die § 64 Weiterbildung wird voraussichtlich 2019 in den 2. Jahrgang gehen. Dort werden wir unsere Erfahrungen, basierend auf einer profunden Qualitätsanalyse des 1. Jahrgangs, entsprechend einbringen und die Weiterbildung, wenn nötig anpassen. Als Verein wollen auch als Herausgeber agieren, indem wir der spezialisierten CED-Pflege in Österreich wissenschaftlich abgesicherte aber kompakte – für den Arbeitsalltag brauchbare – Factsheets zur Verfügung stellen. Darin sollen Handlungsanleitungen zu folgenden Themen gegeben werden: AntiTNF/Biologika-Therapien, Stomatherapie, Eisenmangel, Biosimilars, Patienteninformation und Soziales, Schwangerschaft und Familie, etc.

Damit befähigen wir CED-Nurses in ihrem Alltag gute Entscheidungen zu treffen, welches unser wichtigstes Anliegen ist.

Interview mit Dr. Harry Fuchssteiner, Ärztlicher Leiter der CED-Ambulanz des Ordenklinikums Linz (Standort Elisabethinen)

Herr Dr. Fuchssteiner, Sie sind Leiter der CED-Ambulanz des Ordensklinikums Linz, Standort Elisabethinen. Wie viele PatientInnen mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung betreuen Sie aktuell?

In der Datenbank unserer CED-Ambulanz sind derzeit 800 PatientInnen gelistet.

Die Diagnosen Morbus Chron und Colitis Ulcerosa, bedeuten für die Patientinnen und Patienten eine lebenslange Therapiebegleitung. Wie gestaltet sich derzeit die medikamentöse Therapie?

Abhängig davon, wie aktiv die Erkrankung ist, welche Risikofaktoren vorliegen und in welchem Stadium sich die PatientInnen befinden, liegen Therapiealgorithmen vor. Diese sind von der ÖGGH (Arbeitsgruppe CED) online abrufbar. Zusätzlich greifen wir auf die Guidlines für „CED Therapie" von der Europäischen Chron und Colitis Organisation (ECCO) zurück. In der Praxis ist die Therapie etwas das man gemeinsam mit den PatientInnen vereinbaren muss. Die PatientInnen müssen die Therapie mittragen, annehmen und vor allem verstehen. Besonders bei komplexen Fällen. Das sind jene die z. B. perianale Fistel aufweisen, an schweren Schüben leiden oder Stenosen mit oder ohne Kurzdarmproblematik zeigen. Hier ist ein modernes Setting gefragt. Das bedeutet ein interdisziplinäres Team bestehend aus Viszeralchirurgen, Gastroenterolgen, Radiologen, CED-Nurses, Diätologen und einem Psychologischen Team. Die Therapie hat sich aufgrund von Therapiemodalitäten in eine sehr komplexe Thematik entwickelt. Krankheitsbilder und Therapien werden heute differenzierter betrachtet.

Welche Symptome begleiten die Patientinnen und Patienten in ihrem Alltag?

Zunächst ist für die Krankheitsgruppe die Beeinträchtigung der Lebensqualität eine durchaus bedeutsame Dimension. Oft handelt es sich um junge Menschen. Die Krankheitssymptome wirken sich wesentlich auf die Arbeitsfähigkeit und Familienplanung aus. Weiteres auf die Frage: „Wie kann ich mein Leben führen?“

Die Symptome reichen von chronischen Beschwerden wie Diarrhoe, typisch auch nächtlich, zu chronischen Bauchschmerzen. Außerdem treten Beschwerden außerhalb des Gastrointestinaltrakts auf. Dazu zählen Gelenksschmerzen und Veränderungen von Haut und Augen. Langfristig zeigen sich außerdem Veränderungen in der Knochendichte. Wichtig ist es, die Krankheit möglichst bald zu diagnostizieren. Ziel ist es, die Erkrankung in einem frühen Stadium abzufangen. Es ist wesentlich, keine ausschließliche Symptomkontrolle zu betreiben. Idealerweise wird die Krankheit so modifiziert, dass sie zu keinen Komplikationen (z. B. Operationsbedarf) führt.

Die Krankheit schränkt die Betroffenen oft in allen Lebensbereichen ein. Der soziale Kontext gewinnt dadurch einen zunehmend höheren Stellenwert. Lediglich die medizinische Versorgung reicht hier nicht aus. Welchen Stellenwert hat für Sie CED-Nursing in der Praxis?

Eine CED-Nurse hat deshalb einen besonderen Stellenwert, da sie oft eine der ersten Ansprechpartner ist und sie außerhalb vom betreuenden Arzt, den PatientInnen auf einer anderen Beziehungsebene begegnet. Bei einem chronischen Krankheitsprozess zeigen sich CED-Nurses als besondere Vertraute der Betroffenen. Ich glaube, dass es sich hierbei um ein Versorgungskonzept handelt, welches für die Versorgungssituation in Österreich, sowohl für den medizinischen und pflegerischen als auch den psychosozialen Kontext, eine wesentliche Unterstützung ist.

Dr. Fuchssteiner, Sie arbeiten in Ihrer Praxis mit erfahrenen CED-Nurses. Inwiefern profitieren Ihrer Meinung nach Ärzte von dieser Zusammenarbeit?

Wir haben einen Teil unserer früheren ärztlichen Aufgaben an unsere CED-Nurses weitergegeben. Ganz konkret betrifft das den TNF-Safety-Check, die Einschulung für die subkutane Gabe von Biologika und die Impfanamnese. Dabei handelt es sich um einen wesentlichen Baustein im Behandlungsmanagement, der zur Sicherheit der PatientInnen beiträgt. Weiteres, führen unsere CED-Nurses bei stabilen PatientInnen selbstständig Kontrollen durch. Dies beinhaltet die autonome Feststellung von Krankheitssymptomen und Lebensqualität. Weitere Aufgaben umfassen die Diagnostik. Dazu zählen unter anderem die Laborabnahme und Bestimmung des Calprotectin-Wert. Zeigen sich Auffälligkeiten, halten sie mit unseren CED-Ärzten Rücksprache. Dadurch können wir bei einem Teil der PatientInnen die Ambulanzintervalle strecken und damit insgesamt die Ambulanzfrequenz reduzieren. Dies ist ganz wesentlich geworden, denn unsere Klienten zeigen häufig komplexe Krankheitsfälle, die eine intensiv ärztliche Betreuung verlangen. Die Betreuung der CED-Nurse ist ein wesentlicher Teil dieses Versorgungskonzeptes. Wir würden ohne unsere CED-Nurses vor einem riesigen Problem stehen. Abgesehen davon glaube ich, dass CED-Nurses, sowohl von psychologischer als auch sozialer Seite eine wesentliche Stütze sind. Das Gehör des Arztes und das Gehör der CED-Nurse, sind formal sehr vergleichbar. Trotzdem handelt es sich um zwei verschiedene Ansprechpartner für die PatientInnen. Gewisse Probleme werden eher den Ärzten geschildert, andere wiederum den Pflegekräften. Gemeinsam bietet dieses Versorgungskonzept den PatientInnen eine ganzheitliche Betreuung.

Autorin

Denise Schäfer
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (Fachbereich Endoskopie, CED, Hepatologie),
Studentin der FH Krems (Advanced Nursing Practice)

3. Lernort im SZO

Der FH-Studienstandort an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule SZO eröffnete feierlich seine beiden innovativen Simulationsräume. Hochrangig geladene VIPs wohnten der Eröffnung bei. Die zwei neu geschaffenen Demonstrationsräume sind das Ergebnis des Projektes ‚3. Lernort' unter der Leitung von Mag. Martin Kraßnig. Laut Literatur ist der 3. Lernort, ein Ort der Integration von theoretischem und praktischem Lernen dient. Landwehr (2003) definiert ihn unabhängig von Schule und Praxis, Meyer-Hänel & Umbescheidt (2006) sprechen im Gegensatz dazu vom Lernbereich Training & Transfer im Bereich von Schule und Praxis. Grundsätzlich stellt der dritte Lernort eine Verbindung zwischen den Lernorten „Schule" und „Praxis" her, um die „Theorie - Praxis" und „Praxis - Theorie"-Kluft zu minimieren und basiert auf der Idee des transferorientierten Lernens. Die Befähigung zur Überbrückung der Differenz zwischen Lernsituation und Anwendungssituation wird als wichtiger Teil gesehen. Fehler sind erlaubt und erwünscht, um darauf aufbauend neue Handlungsstrategien zu entwickeln. Individuelle Stärken und Schwächen, individueller Lernbedarf und Lerninteressen stehen im Vordergrund für die Gestaltung der Lernprozesse im dritten Lernort. Der dritte Lernort ist daher ein praxisnaher Trainingsort, in dem Handlungsschritte erprobt und geübt werden und gleichzeitig eine Reflexion durch Selbst- und/oder Fremdbeurteilung erfolgt. Typische Charakteristika sind

- Stellt eine Verbindung zwi-

schen den Lernorten „Schule“ und „Praxis“ her, um die Kluft zwischen Theorie und Praxis bzw. zwischen Praxis und Theorie zu minimieren und ist dadurch transferwirksam.

- Ist ein praxisnaher Trainingsort, in dem Handlungsschritte erprobt und geübt werden können. Gleichzeitig wird während dem Üben von realen Situationen eine metakognitive Reflexion durch Selbst- und Fremdbeurteilung ermöglicht.
- Ermöglicht handlungsorientiert, transferorientiert und selbstgesteuert zu lernen. Aus erlaubten Fehlern entstehen neue Perspektiven.
- Der Auszubildende steht im Vordergrund. Individuelle Stärken und Schwächen, individueller Lernbedarf, Lerninteressen sind ausschlaggebend für die Gestaltung der Lernprozesse. Gleichzeitig wird so die Motivation der Auszubildenden gefördert.
- Die Auszubildenden erkennen den eigenen Lernbedarf, formulieren daraus ihre Lernfragen und beantworten diese mit evidenzbasiertem Wissen aus den jeweiligen Unterrichten (Meyer-Hänel & Umbescheidt, 2006).

Das Demos S (S steht für stationär) ist einem Intensivzimmer oder einer Station nachempfunden. Kombiniert mit dem Advanced Nursing Patient Simulator Susie® 2000 (computergesteuerter Pflegesimulator) wird im Setting Intensivstation oder der Station angeleitet, Wissen vermittelt und gelernt.

Das Demos H (H steht für häuslich) ist ein Wohnzimmer als solches eingerichtet. Das pflegerische Beratungsgespräch mit ausgewähl-

ten SimulationspatientInnen wird darin schwerpunktmäßig zum Einsatz kommen.

Es wurden weder Kosten noch Mühen gescheut die Räume realitätsnahe und mit „viel Liebe zum Detail einzurichten“, meinte Verwaltungsdirektor Gerhard Rudy, OAR.

Ergänzend zur Gestaltung der Räume hat das Projektkernteam ein professionelles Lehrvideo zur Erläuterung des Modells gedreht. Dieses rundet das Simulationstraining ab und bietet die bestmögliche Ausbildung der Lernenden am FH-Studienstandort der Gesundheits- und Krankenpflegeschule SZO unter der Leitung von FH-Studienstandortleitung Direktorin Michaela Dorfmeister, MBA.

Modern, zukunftsorientiert und innovativ – so präsentiert sich der FH-Studienstandort SZO!

St. Anna KinderSpital

Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde Wien

Die St. Anna Kinderspital GmbH, ein Tochterunternehmen des Österreichischen Roten Kreuzes, Landesverband Wien und eigenständige, an das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus angebundene Krankenanstalt und gleichzeitig Klinische Abteilung für allgemeine Pädiatrie und pädiatrische Hämato-Onkologie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde sucht

zum sofortigen Eintritt eine

Leitende Hygienefachkraft (w/m)

Das Kinderspital besteht aus der Internen und der Onkologischen Abteilung sowie der HNO-Abteilung und dem OP-Bereich. Die Interne Abteilung besteht aus vier Internen Stationen inklusive einer Säuglingsstation und einer HNO Bettenstation, einer Allgemeinen Ambulanz sowie verschiedenen Spezialambulanzen. Die Onkologische Abteilung gliedert sich in zwei hämato-onkologische Basisstationen, eine Tagesklinik, eine Stammzellentransplantations-Station und Ambulanz, eine Intensivstation, verschiedene Ambulanzen sowie den Externen onkologischen Pflegedienst.

Anforderungen:

- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger bevorzugt mit einer Grundausbildung oder Sonderausbildung Kinder-und Jugendlichenpflege
- abgeschlossene Sonderausbildung in der Krankenhausygiene lt §70 GuKG
- Fachkompetenz in Bezug auf hygienisch relevante Anforderungen
- Selbständige, strukturierte sowie verantwortungsbewusste Arbeitsweise im Sinne des Qualitäts- und Risikomanagements
- Vollzeitstelle, in Absprache auch Teilzeit möglich

Wir bieten Ihnen:

- Möglichkeit, durch strukturierte Einschulung im Pflegebereich, das Haus vor Beginn der Tätigkeit als HFK, kennen zu lernen
- Zusammenarbeit mit hochmotivierten, professionell agierenden Teams
- Eigenverantwortliches Arbeiten in allen Bereichen der Krankenhaushygiene eines Kinderspitals als Stabstelle der Kollegialen Führung
- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeit
- Die Besoldung erfolgt nach dem Wiener Bedienstetengesetz und beträgt mindestens € 2774,61 – abhängig von individuell anrechenbaren Vordienstzeiten

Sehr gerne steht Ihnen die Pflegedirektorin für ein Informationsgespräch im Vorfeld der Bewerbung zur Verfügung, in dem Ihnen ein Überblick über Strukturen im Kinderkrankenhaus, spezielle Krankheitsbilder, qualitätssichernde Maßnahmen usw. gegeben werden kann.
Für einen Termin zum Informationsgespräch und zur Übermittlung Ihrer vollständigen, aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen kontaktieren Sie bitte:

St. Anna Kinderspital GmbH
Pflegedirektorin Barbara Hahn, BSc
A - 1090 Wien, Kinderspitalgasse 6
pflegedirektion@stanna.at
www.StAnna.at

(C) kebox

Quo vadis? - Pflege zwischen Vision und Wirklichkeit

Auswirkungen der Ökonomisierung auf Berufsverständnis und Ethos von Pflegenden

Liliane Juchli hat schon vor einigen Jahren die Diagnose gestellt, dass wir „heute in einem gewaltigen Spannungsfeld zwischen Vision und Wirklichkeit [stehen]; – auf das Gesundheitswesen bezogen – zwischen den Forderungen einer am Menschen orientierten Pflege und wirtschaftlichen Interessen, zwischen berufspolitischer Selbstverständlichkeit und Bürokratisierung des Pflegealltags“.

Insbesondere in Hochglanzbroschüren und auf Homepages von Spitälern oder Pflegeheimen wird das jeweilige Pflegeverständnis und die Grundsätze der Pflege beschrieben und damit die Einrichtung beworben. Es wird davon gesprochen, dass Patienten und Patientinnen im Mittelpunkt stehen, dass Menschen ganzheitlich gepflegt werden, dass auf ihre biographischen Besonderheiten Rücksicht genommen wird, ihre Autonomie und Selbständigkeit gefördert, ihre Würde gewahrt und fachlich kompetente Pflege angeboten wird. Wenn dem so ist, wie ist es möglich, dass erwachsene Menschen (nicht aufgrund der eigenen Biographie) bereits am Nachmittag ins Bett gebracht werden? Dass ein Schlaganfallpatient mit Haemiplegie links an der linken Armbeuge im Bett nach oben bewegt wird? Dass eine Frau mit Wirbelsäulenmetastasen ohne das verordnete Dreipunktmieder mobilisiert wird? Dass eine stationär behandelte Frau mit Leukämie eine Stunde in einer Ambulanz desselben Spitals stehend warten musste? Dass ein Mensch mit Demenz, der jeden Abend laut schreit, ins Badezimmer geschoben wird? Dass einem schwerhörigen Mann das Hörgerät nicht eingesetzt wird? Dass eine Frau, der die Zahnprothese nicht mehr passt, mit Breikost ernährt wird?

Solche Begebenheiten, die sich in Krankenhäusern und Pflegeheimen zutragen und die von Betroffenen oder Angehörigen berichtet werden, sind real, lösen Erschütterung aus. In weitere Folge können sie zum Verlust des Vertrauens in unsere Institutionen führen und dem Image des Berufes schaden. Manche Leserin / mancher Leser mag einwenden, dass es sich bei den geschilderten Vorkommnissen um unglückliche Einzelfälle handelt. Wir dagegen möchten in unserem Artikel aufzeigen, dass unterschiedliche, miteinander verwobene Entwicklungen auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen zu massiven Umwälzungen im Gesundheits- und Sozialsystem führen, die systembedingte Qualitätsrisiken bergen. Die im Zusammenhang mit der Qualitätssicherungslehre durch statistischen Aufzeichnungen schon vor vielen Jahren gewonnene Einsicht, dass ein sehr hoher Anteil aller Fehler durch Mängel im System (vgl. Vorbach 2006, S. 2) verursacht wird, trifft aus unserer Sicht auch auf das gegenwärtige Gesundheits- und Sozialsystem zu. Des Weiteren möchten wir problematisieren, dass diese Entwicklungen das Selbstverständnis und das Berufsethos der Pflegenden immer stärker aushöhlen. Unter beruflichem Selbstverständnis verstehen wir mit Cassier-Woidaksy „die professionelle Handlungskompetenz mit dem Bewusstsein über die eigene Kompetenz […] sowie die für Pflegende wesentlichen und handlungsleitenden Werte und Überzeugungen […], wie sie sie selber wahrnehmen und in der In-

teraktion mit anderen vermitteln, in diesem Fall Patienten, mit anderen Berufsgruppen sowie in weiteren gesellschaftlichen Bezügen." (Cassier-Woidasky 2007, S. 105)

Mit unseren Überlegungen wollen wir die Frage aufwerfen, wohin sich Pflege aus Sicht der Berufsgruppe entwickeln will und soll. Wir halten die Diskussion rund um diese Frage deshalb für unverzichtbar, weil professionell Pflegenden aufgrund der demographischen Veränderungen unserer Gesellschaft und damit der Zunahme sorgebedürftiger Menschen, ansteigender Multimorbidität und wachsender Komplexität von Versorgungsbedarfen eine bedeutende gesellschaftliche Rolle zukommt.

In unserem Artikel werden wir zuerst auf den Rahmen der professionellen Handlungskompetenz der Gesundheits- und Krankenpflege eingehen, was Überlegungen zum Berufsethos miteinschließt. Danach werden in analytischer Beschreibung ausgewählte Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialbereich und die damit verbundenen und miteinander verwobenen Spannungsfelder, die sich für die professionelle Pflege ergeben, sowie deren Auswirkungen auf das Arbeitsfeld dargestellt. Zum Schluss wollen wir Alternativen zu den derzeitigen Entwicklungen skizzieren.

Gesundheits- und Krankenpflege – ein vielschichtiger Beruf

Wenn wir uns den Kopf über Pflege zerbrechen, sprechen wir da von Kunst, Wissenschaft, Handwerk – oder von allen dreien? Pflege der Gegenwart ist ein Beruf, der auf Basis von Theorien, Konzepten, Wissenschaft und Forschung, aber natürlich auch von Erfahrungswissen, Beobachtung und Wahrnehmung analysiert, entscheidet und handelt.

Das „Was", also die Arbeitsinhalte der Pflege im Sinne beruflich erbrachter Leistungen, orientiert sich an der vom International Council of Nurses (ICN) entwickelten Definition von Pflege [1]. Dass die Aufgaben von Pflege sehr vielfältig sind, ergibt sich schon daraus, dass diese alle Lebensphasen umfasst im Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit bis zur Begleitung während des Sterbens. Welche gesellschaftlich wichtigen Schlüsselaufgaben Pflegende auch oftmals in einer anwaltschaftlichen Rolle weltweit wahrnehmen, wird beispielsweise in der Darstellung von Jaret/Salmon (2008) beeindruckend aufgezeigt: Sie reichen von den bekannten Aufgaben im Krankenhaus, in der häuslichen Krankenpflege, im Pflegeheim oder im Hospiz bis zum Einsatz als „School-Nurse", zur Sorgearbeit im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Randgruppen und zu grenzübergreifenden Arbeiten im Rahmen der Bekämpfung von Infektionskrankheiten.

Auch das Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich, das die Grundlage des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) bildet [2], orientiert sich an der ICN-Definition. Im GuKG werden die Kompetenzen – nach Bereichen gegliedert – beschrieben, die im Rahmen der beruflichen Arbeit umgesetzt werden können, abhängig vom jeweiligen Einsatzgebiet.

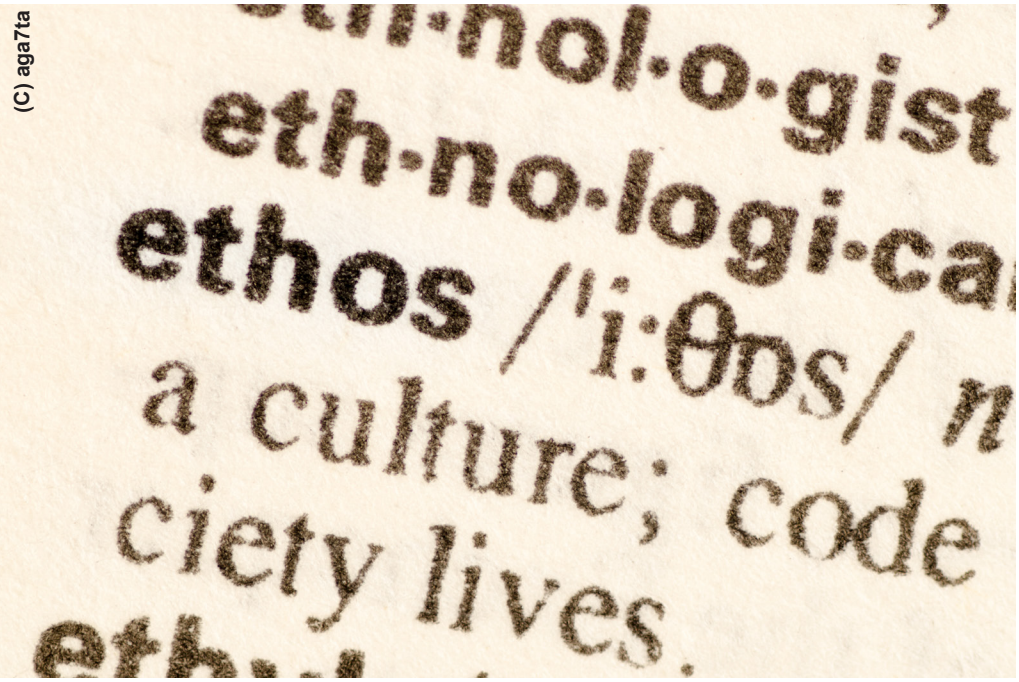
Zu diesen Bereichen gehören die pflegerische Kernkompetenzen (§ 14 [3]), die Kompetenz bei Notfällen (§ 14a), die Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie (§ 15 [4]), die Weiterverordnung von Medizinprodukten (§ 15a [5]) sowie die Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam (§ 16 [6]). Wenig Raum für Interpretation lassen die Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie, handelt es sich dabei doch um eine offene Aufzählung von Tätigkeiten. Doch was verbirgt sich hinter den pflegerischen Kernkompetenzen? Im GuKG § 14 Abs. 1 ist beispielsweise zu lesen: „die eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfes, die Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess) in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen, Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege sowie die Pflegeforschung". Die Tätigkeiten, die sich aus dieser Kompetenzbeschreibung ableiten lassen, sind äußerst vielfältig und abhängig von Anlass, Situation und Zielgruppe (Erwachsene, Kinder, psychisch Kranke usw.).

In den Ausbildungseinrichtungen werden den Lernenden auf Basis von Theorien, Konzepten und Forschungsergebnissen die entsprechenden Kompetenzen vermittelt, um sie zu befähigen, Heilungsprozesse zu unterstützen, Menschen dabei zu unterstützen, ihre Gesundheit zu erhalten und Krankheiten zu vermeiden oder ihre gesundheitlichen Beeinträchtigung zu bewältigen und die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen. Im Rahmen der praktischen Ausbildung, die immerhin die Hälfte der Ausbildung umfasst, soll dieses Wissen gefestigt und geübt werden. Schüler/Schülerinnen bzw. Studierende lernen durch Beobachtung, Nachahmung, Wiederholungen sowie durch Feedback und Reflexion. In der praktischen Ausbildung werden aber nicht nur Fertigkeiten vermittelt, sondern auch Werthaltung und Überzeugungen, die einen zentralen Einfluss auf das zukünftige berufliche Selbstverständnis und damit auf das Berufsethos haben. Damit trägt die praktische Ausbildung wesentlich zur qualitätsvollen Bildung und Sozialisation der künftigen Generation von Pflegenden bei.

Grundlagen des Berufsethos

Pflegeberufe sind keine gewöhnlichen Dienstleistungsberufe wie viele andere auch. Ernsthaft krank oder pflegebedürftig zu sein trifft oftmals die wundesten, existenziellen Stellen des Menschen: seine Abhängigkeit, Schmerzempfindlichkeit, Verletzlichkeit, Gebrechlichkeit und Sterblichkeit. Die damit verbundene Hilfeerwartung und Hilfegewissheit bezeichnet der Philosoph Jean Améry (1970, S. 40–41) als eine der „Fundamentalerfahrungen des Menschen". Natürliche Gewalten wie Krankheiten, Beeinträchtigungen und Verlust von Körperkontrolle (z. B. bei Inkontinenz) können Unsicherheit hervorrufen, die bis zu existenzieller Angst reichen kann, können Scham verursachen und die Selbstachtung und das Gefühl der eigenen Würde ins Wanken bringen. Solche Situationen verlangen von Pflegenden die Motivation zum helfenden Beistand, oder mit Emmanuel Lévinas gesprochen, die „unverfälschte Entschlossenheit hin zum Hilfreichen […]" (Lévinas 1995, 120). Wenn hier von der Entschlossenheit zum „helfenden Beistand" die Rede ist, soll damit die fundamentale Asymmetrie deutlich gemacht werden, welche der Pflegebeziehung unwiderruflich eingeschrieben ist. Diese spezifische Situation fordert einen ethisch verantwortlichen Umgang mit Macht und vertrauensvolle bzw. vertrauenaufbauende Beziehungen. Damit ist das „Wie" der Pflege angesprochen: Gute Pflege ist nicht nur darüber zu definieren, die richtigen Dinge zu tun, sondern die richtigen Dinge richtig, also unter ethischen Gesichtspunkten, zu tun.

Als sozial ausgerichtete Lebewesen sind wir Menschen eben nicht nur auf die Erfüllung körperlicher Grundbedürfnisse angewiesen, sondern auch auf gelungene Beziehungen und Bindungen. In diesen finden wir Bestätigung für das grundlegende menschliche Bedürfnis, uns selbst als achtenswerte Person sehen zu können, und das ist, wie der Philosoph Tzvetan Todorov (1995, S. 107) es ausdrückt, „der Sauerstoff unseres Lebens". In der Übernahme einer verantwortungsvollen, zugewandten Sorge um den erkrankten Menschen wird Anerkennung des anderen als Mitmenschen ausgedrückt und das heißt nichts anderes, als seine Würde und Selbstachtung zu respektieren (vgl. Wils/Baumann-Hölzle 2013, S. 209).



(C) aga7ta

In der professionellen Pflege geht es also nicht nur um das kompetente Erbringen fachlich-instrumenteller Leistungen, wie beispielsweise Wundversorgung, Mobilisation oder Instruktion, sondern ganz zentral um eine zwischenmenschliche Beziehung, die untrennbarer mit der Qualität der Leistung verbunden ist.

In diesem Sinne stellt für viele Theoretikerinnen der Pflege die fürsorgende Interaktion einen zentralen handlungsleitenden Wert von Pflege dar (Spichiger et al. 2005). Diese Grundhaltung wird aber nicht nur in der Theorie als zentrales Moment von Pflege angesehen: Es gilt als belegt, dass sinnhafte, selbstwirksame und den Menschen zugewandte Tätigkeiten motivierende Faktoren sind, um sich für den Pflegeberuf zu entscheiden und sich in diesem Bereich zu engagieren (Manzeschke 2013, Kleinknecht et. al. 2017). Auch Karin Becker zeigt in ihrer 2016 in Deutschland durchgeführten Studie, dass das Selbstverständnis von Pflegenden durch eine hohe Verbundenheit mit dem Beruf sowie durch berufsethische Ansprüche, die sich am Wohlergehen der hilfebedürftigen Menschen orientieren, charakterisiert ist. (Becker 2016).

Was aber sind die Ursachen dafür, dass Pflegende oftmals ihren beruflichen Anforderungen nicht nachkommen, wie eingangs angesprochen? Welche Spannungsfelder tun sich zwischen der Vision einer fachlich fundierten und am Menschen orientierten Pflege und den realen Gegebenheiten auf? Welche Auswirkungen zeigen sich in Bezug auf Pflegequalität, Berufsverständnis und Pflegeethos? Im Folgenden stellen wir aus unserer Sicht einflussreiche, einander beeinflussende Faktoren dar, die Qualitätsrisiken zur Folgen haben und sich negativ auf das berufliche Selbstverständnis auswirken, wobei wir nicht den Anspruch auf Vollstän-

digkeit erheben.

Zunehmender Kostendruck im Gesundheits- und Pflegewesen und Rationalisierungsstrategien

Die Ausrichtung des Gesundheitswesens wird durch unterschiedliche Einflussfaktoren bestimmt, wie politische und gesundheitspolitische Schwerpunktsetzung, technologische Entwicklungen, wirtschaftliche Bedingungen sowie demographische Gegebenheiten und die damit einhergehenden Veränderungen wie die Häufigkeit von Krankheiten und Komplexität von Pflegebedürftigkeit (vgl. Robert Bosch Stiftung 2013).
Dem schon seit längerem bestehenden Kostendruck im Gesundheits- und Sozialsystem wird mit unterschiedlichen Rationalisierungsstrategien begegnet. Eine der Strategien ist es, Leistungsreserven in diesen Bereichen optimal zu nutzen, um eine höhere ökonomische Effizienz zu erzielen und die Kosten zu senken, ohne dabei Einbußen der Versorgungsqualität hinnehmen zu müssen. In den Institutionen sollen verkrustete Strukturen und überkommene Hierarchien sowie Doppelgleisigkeiten abgebaut und zu ökonomischem und qualitätsbewusstem Handeln angespornt werden. Mit öffentlichen Geldern kostenbewusst umzugehen, das ist eine wichtige Voraussetzung, um allen Bürgerinnen und Bürgern einen gerechten und fairen Zugang zu Gesundheitsressourcen zu ermöglichen, was auch als Anliegen der österreichischen Gesundheitsziele [7] formuliert ist.

Nun sind die Grenzen zwischen Rationalisierung und Rationierung, also Leistungsbegrenzung, fließend. Was die Leistungsbegrenzung betrifft, so können zwei Formen der Rationierung unterschieden werden: Bei expliziter Rationierung werden die Begrenzungen konkreter Gesundheitsleistungen sowie die dabei berücksichtigten Priorisierungskriterien öffentlich gemacht. Bei impliziter Rationierung, wie sie auch in Österreich praktiziert wird, sind keine Kriterien festgelegt, vielmehr werden ganz allgemein die finanziellen Ressourcen auf der Makroebene – beispielsweise durch die Budgets der ambulanten Versorgung oder die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) – begrenzt. Das Problem der Mittelknappheit wird auf Organisationsebene verschoben, was sich zumeist auf den Personalstand in den Organisationen auswirkt, da dieser einen wesentlichen Kostenfaktor darstellt. Auch auf Organisationsebene wird zumeist nicht offen über Rationierung gesprochen, daher sind auch keine systematischen Instrumente oder Kriterien verfügbar, die eine Entscheidungsfindung zur Rationierung unterstützen. Somit wird betriebliche Verantwortung an die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter delegiert, die letztlich mit der Komprimierung und Arbeitsverdichtung verantwortlich umgehen müssen. Damit wird das Rationieren zur täglichen individuellen Pflegeaufgabe (vgl. Isfort 2010 S. 26f).

Internationale Studien geben Hinweise darauf, dass bei nicht ausreichenden Ressourcen zuerst insbesondere pflegerische Kernaufgaben (siehe Infobox 3) wie fürsorgliche Zuwendung und Gespräche mit Patientinnen und Patienten, Unterstützung dieser in den Aktivitäten des täglichen Lebens oder Dokumentation zugunsten medizinisch-technischer oder therapeutischer Behandlung weggelassen werden. Dabei führen bereits sehr seltene oder seltene Rationierung von Pflege zu einem signifikanten Anstiegen von nosokomiale Infektionen, Dekubitalulcera, Medikationsfehlern, kritischen Zwischenfällen, Patientenstürzen, einer Abnahme der Patientenzufriedenheit sowie zu einer höheren Mortalität (vgl. u. a. Schubert 2012, S. 175, Aiken et al. 2014)

Helen Kohlen (2012, S. 58) zeigt in ihren Ausführungen, dass Rationierungen im Falle von Ressourcenknappheit insbesondere bei Zeitmangel nicht von der medizinischen Diagnose allein abhängen. Mehr Aufmerksamkeit und Achtsamkeit erhalten insbesondere jene Menschen, deren Angehörige sich einbringen, und jene, die einen höheren sozialen Status und eine höhere soziale Position mitbringen. Personalknappheit und dadurch entstandener Arbeitsdruck bergen nicht nur die Gefahr der Unterversorgung von Patientinnen und Patienten, sondern auch ihrer Ungleichbehandlung.

Aber nicht nur die Patientinnen und Patienten können durch Rationierung Schaden erleiden, auch für die Pflegepersonen bedeuten sie nachgewiesenermaßen eine große Belastung. Können Pflegende aufgrund von Fokussierung auf ökonomische Zielsetzungen den fachlichen Anforderungen und den professionellen Werten nicht mehr gerecht werden, so trifft das den Kern ihrer pflegerischen Berufsidentität und verletzt ihre moralische Integrität. Dies kann zu moralischem Stress führen (Kleinknecht et. al 2017). In wissenschaftlichen Untersuchungen werden Arbeitsunzufriedenheit, Burn-out und die Überlegung, den Beruf zu verlassen, als Folgen beschrieben. Diese Folgen äußern sich unter anderem in Frustration, Schuld, Verlust von Selbstwertgefühl, Depressionen und Alpträumen sowie in körperlichen Symptomen. Das Gefühl der Fremdbestimmung stellt sich ein, da aus strukturellen Gründen essenzielle Leistungen nicht erbracht werden können. Dazu kommen Gefühle der Schuld und Hilflosigkeit, die die emotionale Belastung erhöhen und zu Erschöpfung und Ermüdung führen (Kalisch 2006, S. 307). Kommen alle Faktoren zusammen, besteht die Gefahr eines Pflegenotstandes. Dimensionen eines Pflegenotstan-

des wurden 2003 von Krajic et al. aufgezeigt. Es handelt sich dabei um anhaltenden qualitativen und quantitativen Personalmangel, um erlebte Qualitätsmängel sowie das Gefühl von Überforderung und Unzufriedenheit – dafür wurde der Begriff „Pflege in Not“ geprägt. Diese Dimensionen können einander bedingen und ohne gegensteuernde Maßnahmen eine negative Dynamik in Gang setzen. Dass Qualitätsmanagementverfahren, wie sie derzeit hauptsächlich im Gesundheits- und Sozialsystem ausgerichtet sind, dieser Problematik wenig entgegensetzen können, soll im Folgenden erläutert werden.

Funktional-technisches Qualitätsverständnis

Seit 2004 sind Einrichtungen des Gesundheitswesens gesetzlich verpflichtet, „zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität“ eine „systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und zu intensivieren“ (Gesundheitsqualitätsgesetz BGBl. I Nr. 179/2004 idgF). Als Qualität gilt der „Grad der Erfüllung der Merkmale von patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung.“ Dabei sollen „Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden der Patientin / des Patienten führen können“, getroffen werden. Vermerkt ist in diesem Gesetz unter anderem auch, dass „im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen“ stehen und „befähigt werden sollen, aktiv an Entscheidungsprozessen teilzunehmen“. Als Ziel wird „idealerweise die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten […]“ definiert, wobei diese Zielsetzung „nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip unter Berücksichtigung der Kostendämpfung“ zu verfolgen ist.

Auch in den Heimgesetzen der Bundesländer werden Maßnahmen der Qualitätsentwicklung eingefordert. Seit 2013 wird das „Nationale Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime in Österreich (NQZ)“ an solche Organisationen verliehen, die sich über das gesetzliche Ausmaß hinaus um individuelle Lebensqualität und die Weiterentwicklung der Qualität bemühen (Details: http://www.nqz-austria.at/).

Selbst wenn es in den letzten Jahren zahlreiche Bemühungen gibt, Qualitätsmanagementsysteme zu entwickeln, die für den Bereich passender sind als die bislang angewendeten Modelle und Verfahren, die aus dem Produktions- und Wirtschaftsbereich entlehnt sind, haben sich tendenziell ein funktional-technisches Qualitätsverständnis sowie eine vorrangige Orientierung an ökonomischer Effizienz durchgesetzt. Diese soll durch Objektivierung direkter Pflegearbeit bei gleichzeitiger Verknappung der Personalressourcen, restriktive Zeitvorgaben, strikte Arbeitsteilung und vermehrten Technikeinsatz erreicht werden.

Gemäß der Logik der industriellen Produktion müssen auch im Gesundheitsbereich Pflegepersonen als Handelnde – aber auch die Pflegehandlung selbst – austauschbar sein und die Leistungen unabhängig von den Personen jederzeit durch standardisierte „Produktionsprozesse“ in der gleichen messbaren Qualität hergestellt werden können. Um dies umzusetzen, wird eine immer gleiche, sich wiederholende Bedürfnisstruktur der Gepflegten vorausgesetzt, die mit immer gleichen Prozeduren erfüllbar ist. Tragend ist dabei die Vorstellung, dass kranke und pflegebedürftige Personen ein ausschließlich rationales Verhältnis zu sich selbst, zu ihrer Bedürfnisnatur und zu ihrer Erkrankung haben.

Auch Pflege wird damit auf ein rein instrumentelles, funktional gebundenes Handeln reduziert und die Anforderungen an fürsorgliche Interaktion, in der zeitliche Flexibilität sowie emotionale und soziale Aufmerksamkeit für individuelle Bedürfnisse gefordert sind, bleiben unberücksichtigt. Dies nicht zuletzt deshalb, weil diese Aspekte von Pflege nicht in dem Sinne formalisierbar sind wie biomedizinische Qualitätsindikatoren. Unter diesen Voraussetzungen tut sich für professionell Pflegende eine doppelte Anerkennungslücke auf: Seitens der Organisationen machen sie die Erfahrung, dass das, was sie als gute Pflege ansehen, abgewertet und als überflüssig angesehen wird und damit der Rechtfertigungsgrund für zugewandtes pflegerisches Handeln steigt. Gilt das standardisierte Abarbeiten von Pflegerfordernissen als institutionelle Norm und kommt es dadurch zu einer verminderten Bereitschaft zur Interaktionsarbeit, so werden Pflegepersonen auch weniger Wertschätzung und Anerkennung durch die gepflegten Personen erwarten können, was sich ebenfalls negativ auf ihre Berufszufriedenheit auswirken kann.

Diese Situation führt nicht nur zu moralischem Stress und seinen körperlichen und seelischen Auswirkungen, sondern auch zum Verlust von Rücksichten, die das Berufsethos prägen. (vgl. Wils/Baumann-Hölzle 2013). Die Ansprüche und Anforderungen an das Berufsethos können eben nicht unter allen Bedingungen aufrechterhalten werden. In der Folge kann sich die permanente Überforderung der Pflegenden in subjektiven Bewältigungsstrategien wie Zynismus, Gleichgültigkeit oder Selbstschädigung ausdrücken (vgl. Kumbruck et al. 2010) oder zu Übergriffen gegenüber Patient/Patientinnen oder Bewohnern/Bewohnerinnen führen.

Dass Qualitätszertifikate allein einen solchen Verlust von moralischen

Rücksichten nicht garantieren können, zeigt der 2016 aufgerollte Fall in Niederösterreich (vgl. Volksanwaltschaft 2017, S. 33).

So führen Maßnahmen der Qualitätssicherung, die den vertrauten Rahmen nicht verlassen, an den Bedürfnissen der Betroffen vorbei und verfehlen nicht nur das gesetzlich intendierte Ziel einer verbesserten Lebensqualität, sondern auch das der Vermeidung unerwünschter Ergebnisse, die zum Schaden der Patienten/Patientinnen führen. Dass sich diese Situation angesichts der derzeit geführten Debatte um den Pflege-Skill-Mix eher verschärfen wird, wird im folgenden Kapitel problematisiert.

Skill Mix – eine Zerreisprobe zwischen Qualität und Ökonomie

Im Rahmen der GuKG-Novelle 2016 wurden die Berufsbilder Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz neu eingeführt. Der Gesetzgeber erhofft sich damit eine Verbesserung der Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals, eine verbesserte Versorgungssituation, eine Entlastung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Ärzteschaft (vgl. 1194 der Beilagen XXV. GP – Regierungsvorlage – Erläuterungen https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_01194/fname_538959.pdf).

Wenn über eine Verbesserung der Einsatzmöglichkeiten nachgedacht und eine verbesserte Versorgungssituation angestrebt wird, ist unbedingt im Auge zu behalten, dass nicht von der Tätigkeit per se maßgeblich bestimmt wird, ob sie vom gehobenen Dienst, der Pflegefachassistenz oder der Pflegeassistenz durchgeführt wird, sondern von der Komplexität der Situation. So kann die Essenseingabe völlig unkompliziert und unproblematisch sein, wenn der Schluckakt physiologisch einwandfrei funktioniert und das Problem beispielsweise an gebrochen Händen liegt. Ist der Schluckakt jedoch eingeschränkt, wie etwa nach einem Schlaganfall, ist die Essenseingabe ein risikobehafteter Vorgang. Die Komplexität der Situation steigt weiter, wenn sehr kleine Frühgeborene sowohl über eine Magensonde als auch einen Venenzugang ernährt werden. Im ersten Fall kann die Essenseingabe von einer Angehörigen der Assistenzberufe problemlos durchgeführt werden, im zweiten Fall ist es Aufgabe des gehobenen Dienstes, im dritten Fall bedarf es der Spezialisierung für Kinderintensivpflege. Zu den komplexen Situationen zählt beispielsweise auch die perioperative Phase, in der der gehobene Dienst z. B. gefordert ist, bei Risikogruppen Delir[8] zu verhindern, oder in der postoperativen Phase mögliche Gefahren abwenden soll.

Diese Beispiele machen deutlich, dass nicht anhand von Leistungs- oder Tätigkeitskatalogen entschieden werden kann, welche Berufsgruppe eine Tätigkeit durchführt, sondern entscheidend ist, welche Komplexität die jeweilige Pflegesituation aufweist. Pflege(-fach)assistenten/-assistentinnen finden ihr Einsatzgebiet in einfachen Routinetätigkeiten einer stabilen Pflegesituation, wenn der Ausgang der pflegerischen Handlung vorhersehbar ist. Das Bundesministerium für Gesundheit definiert stabile Pflegesituationen als eine Situation des pflegebedürftigen Menschen, die kein unmittelbares/akutes medizinisches oder pflegerisches Einschreiten des Behandlungsteams zur situationsbedingten Adaptierung von pflegerischen und/oder therapeutischen Maßnahmen erwarten lässt[9]. Komplexe und instabile Situationen, die oft situativ Veränderungen verlangen und deren Ausgang nicht vorhersehbar ist, sind vom gehobenen Dienst für GuK durchzuführen. In hochkomplexen Situationen wie z. B. dem Intensivbereich, für die Beratung von Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen oder schwierigen Lebenssituationen bedarf es besonderer Qualifizierung, welche auch über die Grundausbildung des gehobenen Dienstes der GuK hinausgeht.

Je weniger vorhersehbar eine Situation ist, je vielfältiger die Einflussfaktoren sind, umso wahrscheinlicher ist es, dass Angehörige der Pflegeassistenzberufe mit den übertragenen Aufgaben überfordert sind; dies kann zur Folge haben, dass die Sicherheit der Patientinnen und Patienten nicht mehr gewährleistet ist. Aus Gründen der Patientensicherheit, aber auch, um Über- und Unterforderung der Mitarbeitenden zu vermeiden, ist eine der jeweiligen Situation adäquate Berufsgruppenzusammensetzung zentral.

Gegenwärtig wird in den Einrichtungen der Akut- und Langzeitpflege an Veränderungen des Pflege-Skill-Mix gearbeitet. Überlegungen zur Aufgabenverteilung zwischen den Berufen werden oftmals mit der Einschränkung geführt, dass es insgesamt nicht mehr „Köpfe“ geben darf. Trotz dieser Begrenzung soll an einer Aufgabenverschiebung aus dem ärztlichen Bereich in den pflegerischen Bereich festgehalten werden. Ziel der GuKG-Novelle war jedoch eine verbesserte Versorgungssituation, indem die Assistenzberufe den gehobenen Dienst entlasten, damit dieser die im § 14 des GuKG gelisteten Aufgaben auch erfüllen kann. Das ist ein zentraler Gesichtspunkt, denn angesichts der wachsenden Zahl von chronisch kranken Menschen kommen pflegerischen Aufgaben wie beispielsweise der Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsberatung sowie der Förderung und Unterstützung der Selbstpflege oder Gesundheitskompetenz eine hohe gesellschaftliche Bedeutung zu, – nicht zuletzt, um das Gesundheits- und Sozialsystem finanziell zu

entlasten.

Werden jedoch ärztliche Aufgaben in den gehobenen Dienst verschoben und pflegerische in die Assistenzberufe, ohne gleichzeitig die Kopfzahlen zu verändern, scheint uns die im Gesetz verfolgte Intention unerfüllbar. In Österreich wurden noch keine Kennzahlen, die die Folgen der Veränderung sichtbar machen können, vereinbart. Es liegen aber internationale Forschungsergebnissen vor, beispielsweise jene von Linda Aiken (u. a. 2013, 2014), die den Zusammenhang zwischen Pflegepersonalqualifikation bzw. Pflegepersonalanzahl und Mortalität deutlich aufzeigen.

Nicht zuletzt ist zu befürchten, dass mit der vermeintlichen Aufwertung des gehobenen Dienstes durch Aufgabenverschiebung aus dem ärztlichen in den pflegerischen Bereich eine weitere Trivialisierung und Entprofessionalisierung der oben beispielhaft beschrieben Aufgaben und des zugewandten Handelns einhergeht.

Spannungsfeld von aktivierender Pflege und finanziellem „Anreizsystem“

Widersprüche werden im Bereich der stationären Langzeitpflege auch durch die Finanzierung der Pflegeleistungen erzeugt, die sich an den Pflegegeldstufen orientiert. Begrüßenswerter Weise wurde im Jahr 2017 für die Alten- und Pflegeheime vom Land Steiermark und von Gemeinde- und Städtebund mit dem „Bündnis für gute Pflege“ (das sind Vertreter der Pflegeheimbetreiber und der Gewerkschaft) ein transparentes Verrechnungsmodell erarbeitet. Abgegolten werden nun Pflegeleistungen und Grundleistungen. Die Finanzierung der Pflegeleistungen orientiert sich aber nach wie vor an den Pflegegeldstufen: Je höher also die Pflegegeldstufe, desto höher ist der Betrag für die Pflegeleistung[10]. Zwar ist eine Erhöhung der Finanzierung erfreulich, doch ihre Verknüpfung mit den Pflegegeldstufen bleibt problematisch: Welche Motivation gibt es unter diesen Bedingungen für die Organisation, auf aktivierende Pflege zu setzen, um den Pflegebedarf von Bewohnerinnen und Bewohnern zu senken? Das wäre zwar aus pflegefachlicher Sicht geboten und aus der Perspektive der Betroffenen ein sehr schöner Erfolg, bedeutet aber für die Einrichtung finanzielle Nachteile.

Zusammenfassung und Ausblick

In unseren Ausführungen haben wir das Anliegen verfolgt, den breiten, auch gesetzlich geregelten Kompetenzrahmen sowie die hohen fachlichen und ethischen Anforderungen an professionelle Pflege deutlich zu machen. Die Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen ist eine der zentralen staatlichen Aufgaben, trägt zur gesellschaftlichen Produktivität bei und ist ein bedeutender Faktor der Zukunftsvorsorge einer humanen Gesellschaft – nicht zuletzt, weil die heute Kranken, Alten und Sterbenden uns, den jetzt Gesunden, die eigene Zukunft vor Augen führen. Vertrauen in unsere Institutionen, dass dem Versorgungsauftrag verantwortungsvoll nachgekommen wird, und Wahrnehmen sozialer Gerechtigkeit, wozu auch gesundheitliche Chancengerechtigkeit zählt, wirken sich nachweislich positiv auf die empfundene Lebensqualität der gesamten Bevölkerung aus (Wilkinson 2001). Kompetente Pflege, die die fachlich-technischen und ethischen Dimensionen ihrer beruflichen Tätigkeit im Blick hat, leistet einen wesentlichen Beitrag zur Realisierung dieses gesellschaftlichen Auftrags. In diesem Sinne kann Pflege ihre professionelle Handlungskompetenz gegenüber anderen Berufsgruppen und in verschiedenen gesellschaftlichen Bezügen selbstbewusst geltend machen.

Mit den beschriebenen Spannungsfeldern soll deutlich gemacht werden, dass die zunehmende marktwirtschaftliche Durchdringung des Gesundheits- und Sozialsystems zu einer Engführung der Pflege auf ein instrumentell zweckrationales Handeln führt, das nach technischen Regeln vorrangig einer ökonomischen Logik folgen soll. In diesem Zusammenhang wurde aufgezeigt, dass durch das Fehlen fürsorglicher Zuwendung und empathischer Patientengespräche, die bei Ressourcenmangel zuerst weggelassen werden, die Gefahr besteht, dass Symptome nicht rechtzeitig erkannt werden, die auf Komplikationen hinweisen würden. Folgen davon sind Falschbehandlung und Ungleichbehandlung mit Risiken für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig schwinden durch abnehmenden Patientenkontakt Anerkennung und Wertschätzung für Pflegende, womit ihnen eine wichtige Quelle der Motivation und Arbeitsfreude verlorengeht. Durch diese Art der Praxisgestaltung werden nicht nur zentrale Gesundheitsziele wie eine gute Lebensqualität und gesundheitliche Chancengerechtigkeit unterlaufen, sondern auch das berufliche Selbstverständnis und das Berufsethos zunehmend aushöhlt. Dass eine Wechselwirkung zwischen abnehmender Qualität und unzufriedenen, emotional stark erschöpften Pflegekräften besteht, wurde bereits in internationalen Studien wie beispielsweise dem RN4Cast (Registered Nurse Forcasting) nachgewiesen (Busse 2013).

Wohin soll und will sich die Pflege unter diesen Vorzeichen entwickeln? Resignation und Mutlosigkeit sind aus unserer Sicht der falsche Weg. Trotz der unerfreulichen Befunde möchten wir mit Colin Crouch behaupten, es gibt keinen Grund

zur Mutlosigkeit (Crouch 2011). Diese Behauptung wagen wir deshalb, weil sich die beschriebenen Entwicklungen und angesprochenen Spannungsfelder nicht wie Naturgesetze verhalten. Sie können verändert werden.
Dass es sehr wohl Alternativen gibt, zeigt beispielsweise die niederländische Pflegeorganisation „Buurtzorg“, die im Jahr 2007 mit vier Personen im häuslichen Pflegebereich gestartet hat und mittlerweile in den Niederlanden einen Marktanteil von 70 Prozent hält (Hennessey 2018). Diese mittlerweile größte Pflegeorganisation in den Niederlanden zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass sie konsequent Hierarchien vermeidet, Möglichkeiten der Selbstorganisation und Arbeitsautonomie schafft, auf hohe Pflegekompetenz setzt und partizipativ ausgerichtet ist. Sinnorientierung nimmt einen hohen Stellenwert ein und die Administration wird sehr schlank gehalten. Die Kennzahlen der Organisation können sich sehen lassen: Pflegepersonen weisen wesentlich weniger Krankenstände auf als in anderen ambulanten Organisationen und auch die Fluktuation deutlich ist geringer. Patientenseitig werden im Vergleich zu anderen Organisationen nur 40 % der Arbeitsstunden pro Patient/in benötigt, sie bleiben halb so lange in Pflege, haben weniger Aufenthalte in Krankenhäusern bzw. Pflegeheimen und ein Drittel der Einweisung in Notaufnahmen können vermieden werden. Der öffentlichen Hand werden dadurch beträchtliche Kosten erspart (Hennessey 2018).

Aus der Perspektive unseres stark hierarchisch organisierten Gesundheits- und Sozialsystems erscheint diese Alternative zugegeben radikal und nur langfristig umsetzbar. Durchsetzen ist nicht einfach, denn die Fähigkeit, „gegen Widerstände eigene professionell begründete Interessen durchzusetzen“ – ein wesentliches Charakteristikum von Professionalität – ist gerade Frauen in Frauenberufen systematisch enteignet worden (Cassier-Woidasky 2007, S. 119).

Soll das bestehende berufliche Selbstverständnis und das Berufsethos von Pflegenden auch in Zukunft noch gelten, dann sind die entsprechenden, professionell begründeten Interessen und Überzeugungen zum Wohle der kranken und pflegebedürftigen Menschen in gesellschaftlich sichtbare Sphären zu bringen – beispielsweise durch Pflegende in Managementpositionen, indem sie das Tabu brechen, über verdeckte Rationierung in der eigenen Organisationen sprechen und die Auswirkungen der Entwicklung in den öffentlichen Diskurs einbringen. Nur durch eine öffentliche Auseinandersetzung über die gegenwärtige Situation und ihre Folgen sind notwendige Veränderungen, die das Wohlergehen der kranken und pflegebedürftigen Menschen sowie der Pflegepersonen in den Blick nehmen, möglich. Unterstützung kann von der Pflegewissenschaft geleistet werden. Sie könnte die Instanz sein, die einen Gegendiskurs gegen eine fortschreitende marktwirtschaftliche Durchdringung des Gesundheits- und Sozialwesens etabliert und auf die gesellschaftliche Bedeutung von Pflege aufmerksam macht.

Wir haben unseren Artikel mit einem Zitat einer bedeutenden Person aus der Pflege begonnen und möchten ihn mit einer Aussage des einflussreichen Philosophen und Ethikers Hans Jonas abschließen, der dafür plädiert, die Hoffnung nicht aufzugeben: „Letzten Endes liegt jede Hoffnung, die wir haben, darin, dass es ‚Verständigungssysteme‘ gibt, die allem Anschein [nach] doch im Begriff sind, sich zu erweitern in dem Sinne, dass man Gremien und Plattformen bildet, in denen sich Menschen mit verschiedenen Interessen begegnen und auch über solche Dinge sprechen, die nicht gerade in der Linie des größtmöglichen Erfolges ihrer jeweiligen eigenen Sache liegen.“ (Jonas/Böhler 2005, S. 58)

Fußnoten

[1] Siehe Infobox 1

[2] Siehe Infobox 2

[3] Siehe Infobox 3

[4] Siehe Infobox 4

[5] Siehe Infobox 5

[6] Siehe Infobox 6

[7]https://gesundheitsziele-oesterreich.at/

[8] Vgl. http://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/DemenzkompetentesKH-Orientierungshilfe.pdf

[9] Schreiben des BMGF-92251/0093-II/A/2/2017 vom 2. 11. 2017

[10] http://www.kommunikation.steiermark.at/cms/dokumente/12613086_29767960/d6f20c79/PK%20Pflege%20Land_Gemeindebund_St%C3%A4dtebund_B%C3%BCndnis.pdf

Info Box 1:
Definition der Pflege –
International Council of Nurses ICN

Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebens¬gemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.

Original unter www.icn.ch/definition.htm

Info Box 2:
GuKG §12 Berufsbild

(1) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen in allen Altersstufen, Familien und Bevölkerungsgruppen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie allen Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung sowie stationäre Versorgung). Handlungsleitend sind dabei ethische, rechtliche, interkulturelle, psychosoziale und systemische Perspektiven und Grundsätze.
(2) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative Kompetenzen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht bei.
(3) Im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie führen Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die ihnen von Ärzten übertragenen Maßnahmen und Tätigkeiten durch.
(4) Im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit tragen Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zur Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität bei.
(5) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt, organisiert und implementiert pflegerische Strategien, Konzepte und Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, im Rahmen der Familiengesundheitspflege, der Schulgesundheitspflege sowie der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege.

Info Box 3:
GuKG §14 pflegerische Kernkompetenzen

(1) Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen die eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfes sowie Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess) in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen, die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege sowie die Pflegeforschung.
(2) Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege insbesondere:

1. Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess,
2. Planung und Durchführung von Pflegeinterventionen bzw. -maßnahmen,
3. Unterstützung und Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens,
4. Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes,
5. theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation,
6. Beratung zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Organisation und Durchführung von Schulungen,
7. Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention,
8. Erstellen von Pflegegutachten,
9. Delegation, Subdelegation und Aufsicht entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation,
10. Anleitung und Überwachung von Unterstützungskräften sowie Anleitung, Unterweisung und begleitende Kontrolle von Personen gemäß §§ 3a bis 3d,
11. Anleitung, Begleitung und Beurteilung von Auszubildenden,
12. ethisches, evidenz- und forschungsbasiertes Handeln einschließlich Wissensmanagement,
13. Weiterentwicklung der beruflichen Handlungskompetenz,
14. Mitwirkung an fachspezifischen Forschungsprojekten und Umsetzung von fachspezifischen Forschungsergebnissen,
15. Anwendung komplementärer Pflegemethoden,
16. Mitwirkung im Rahmen von Qualitäts- und Risikomanagement,
17. Psychosoziale Betreuung in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Info Box 4:
GuKG §15 Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie

(1) Die Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei medizinischer Diagnostik und Therapie umfassen die eigenverantwortliche Durchführung medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Maßnahmen und Tätigkeiten nach ärztlicher Anordnung. (…)
(4) Die Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie umfassen insbesondere:

1. Verabreichung von Arzneimitteln, einschließlich Zytostatika und Kontrastmitteln,
2. Vorbereitung und Verabreichung von Injektionen und Infusionen,
3. Punktion und Blutentnahme aus den Kapillaren, dem peripherven ösen Gefäßsystem, der Arterie Radialis und der Arterie DorsalisPedis sowie Blutentnahme aus dem zentralvenösen Gefäßsystem bei liegendem Gefäßzugang,
4. Legen und Wechsel peripherven ö ser Verweilkanülen, einschließlich Aufrechterhaltung deren Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls Entfernung derselben,
5. Wechsel der Dialyselösung im Rahmen der Peritonealdialyse,
6. Verabreichung von Vollblut und/oder Blutbestandteilen, einschließlich der patientennahen Blutgruppenüberprüfung mittels Bedside-Tests,
7. Setzen von transurethralen Kathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung bei beiden Geschlechtern sowie Restharnbestimmung mittels Einmalkatheter,
8. Messung der Restharnmenge mittels nichtinvasiver sonographischer Methoden einschließlich der Entscheidung zur und Durchführung der Einmalkatheterisierung,
9. Vorbereitung, Assistenz und Nachsorge bei endoskopischen Eingriffen,
10. Assistenztätigkeiten bei der chirurgischen Wundversorgung,
11. Entfernen von Drainagen, Nähten und Wundverschlussklammern sowie Anlegen und Wechsel von Verbänden und Bandagen,
12. Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden,
13. Durchführung von Klistieren, Darmeinläufen und -spülungen,
14. Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma,
15. Wechsel von suprapubischen Kathetern und perkutanen gastralen Austauschsystemen,
16. Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen bei vorgegebener Einstellung des Bewegungsausmaßes,
17. Bedienung von zu- und ableitenden Systemen,
18. Durchführung des Monitorings mit medizin-technischen Überwachungsgeräten einschließlich Bedienung derselben,
19. Durchführung standardisierter diagnostischer Programme,
20. Durchführung medizinisch-therapeutischer Interventionen (z. B. Anpassung von Insulin-, Schmerz- und Antikoagulantientherapie), insbesondere nach Standard Operating Procedures (SOP),
21. Anleitung und Unterweisung von Patienten sowie Personen, denen gemäß § 50a oder § 50b ÄrzteG 1998 einzelne ärztliche Tätigkeiten übertragen wurden, nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung.

Info Box 5:
GuKG §15aWeiterverordnung von Medizinprodukten

(1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind berechtigt, nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung vom Arzt verordnete Medizinprodukte in den Bereichen Nahrungsaufnahme, Inkontinenzversorgung, Mobilisations- und Gehhilfen, Verbandsmaterialien, prophylaktische Hilfsmittel und Messgeräte sowie im Bereich des Illeo-, Jejuno-, Colon- und Uro-Stomas solange weiterzuverordnen, bis die sich ändernde Patientensituation die Einstellung der Weiterverordnung oder die Rückmeldung an den Arzt erforderlich machen oder der Arzt die Anordnung ändert. Bei Ablehnung oder Einstellung der Weiterverordnung durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist dies dem anordnenden Arzt mitzuteilen.
(2) Eine Abänderung von ärztlich verordneten Medizinprodukten durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist nicht zulässig.

Info Box 6:
GuKG §16 Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam

(1) Der multiprofessionelle Kompetenzbereich umfasst die pflegerische Expertise des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Teil des multiprofessionellen Versorgungsteams bei der Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Sozialberufen sowie anderen Berufen.
(2) Im multiprofessionellen Kompetenzbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im multiprofessionellen Versorgungsteam das Vorschlags- und Mitwirkungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.
(3) Der multiprofessionelle Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die pflegerische Expertise insbesondere bei

1. Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
2. Aufnahme- und Entlassungsmanagement,
3. der Gesundheitsberatung,
4. der interprofessionellen Vernetzung,
5. dem Informationstransfer und Wissensmanagement,
6. der Koordination des Behandlungs- und Betreuungsprozesses einschließlich der Sicherstellung der Behandlungskontinuität,
7. der Ersteinschätzung von Spontanpatienten mittels standardisierter Triage- und Einschätzungssysteme,
8. der ethischen Entscheidungsfindung,
9. der Förderung der Gesundheitskompetenz.

Literatur

Amery J (1966): Jenseits von Schuld und Sühne. Bewältigungsversuche eines Überwältigten. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas M.; Bruyneel, Luk; Van den Heede, Koen; Sermeus, Walter (2013): Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe, in: International Journal of Nursing Studies, 50/2013, 143-153.

Aiken, L. H.; Sloane, D. M.; Bruyneel, L.; Van den Heede, K.; Griffiths, P.; Busse, R.; Diomidous, M.; Kinnunen, J.; Kozka, M.; Lesaffre, E.; McHugh, M. D.; Moreno-Casbas, M. T.; Rafferty, A. M.; Schwendimann, R.; Scott, P. A.; Tishelman, C.; van Achterberg, T.; Sermeus, W.; consortium, Rn Cast (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: Lancet 383/99311824-1830

Busse, Reinhard (2013): Welchen Einfluss haben qualitative und quantitative Parameter der Pflege in Akutkrankenhäusern auf Personal- und Patienten-Outcomes? https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2013.lectures/Berlin_2013.11.11.rb_RN4Cast-Web.pdf (24.1.2018)

Becker, Karina (2016): Loyale Beschäftigte – ein Auslaufmodell? Zum Wandel von Beschäftigtenorientierung in der stationären Pflege unter marktzentrierten Arbeitsanforderungen. In: Pflege&Gesellschaft 21. Jg. 2016 H.2. S. 145-161.

Cassier-Woidasky, Anne Kathrin (2007): Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Eine qualitative Studie zum Zusammenhang von professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung. Frankfurt am Main: Mabuse.

Crouch, Colin (2011): Das befremdliche Überleben des Neoliberalismus. Berlin: Suhrkamp.

Hennessey, Richard (2017): Buurtzorg: Versöhnung von Ökonomie und Ethik. In: LQ kinaesthetics-zirkuläres denken-lebenqualität. Heft 03/17. Sieben verlag-lq-com.

Isfort, Michael (2010). Pflegepersonalbemessung – oder zur Beharrlichkeit der Normativität. Pflege & Gesellschaft, 15 (1), 20 – 33.

Jaret, Peter; Salmon, Marla (2008): NURSE: A World of Care. ISBN-13: 978-1599621210

Jonas, Hans/Böhler Dietrich (2005): Fatalismus wäre Todsünde. Gespräche über Ethik und Mitverantwortung im dritten Jahrtausend. Münster.

Juchli Liliane (2010): Zukunft der Pflege – Pflege der Zukunft. Laut gedacht. Wegweiser zur Umsetzung der Patientenrechte, Oktober 2010. http://www.patientenanwalt.com/download/Zukunft_der_Pflege_Sr_Liliane_Juchli_Expertenletter_Pflege.pdf (20.1.208).

Kalisch, Beatrice J (2006): MissedNursind Care. A Qualitative Study. In: Journal ofNursind Quality 21 (4), S. 306-313.

Kleinknecht, Michael; Staudacher Diana; Spiring, Rebecca (2017): „Der Patient soll nicht zu schaden kommen". Moralischer Stress bei Pflegefachpersonen im Akutspital: Erkenntnisse einer Schweizer Studie. In: Eisele, Colombine (Hg): Moralischer Stress in der Pflege. Auseinandersetzungen mit ethischen Dilemmasituationen. Wien: Fakultas S. 49-64.

Kohlen, Helen (2012): Bioethik und soziale Verantwortung – Diskurs und Praxis in Medizin und Pflege. In: Brandenburg, Hermann; Kohlen, Helen (Hg.): Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer, S. 53-65.

Krajic, Karl; Vyslouzil, Monika; Nowak, Peter (2003): Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals. Wien: LBIMGS.

Kumbruck, Christel; Rumpf, Mechthild; Senghaas-Knobloch, Eva (2010): Worum es geht – Zur Einführung. In: Kumbruck, Christel; Rumpf, Mechthild; Senghaas-Knobloch, Eva (Hg.): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Berlin: LIT, S. 3-11.

Lévinas Emanuel (1995): Das sinnlose Leiden. In: Zwischen uns. Versuche über das Denken an den anderen. Hanser, München

Manzeschke, Arne (2013): Ressourcenzuteilung im Gesundheitswesen. Zur Logik der Leistungs-steigerung und Effizienzmaximierung und ihre ethischen Grenzen. In: Dengler, Karin; Fangerau, Heiner (Hg.): Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen: Grenzen und Alternativen. Eine Einführung mit medizinethischen und philosophischen Verortungen. Bielfeld: transcript, S.223-247.

Schubert, Maria (2013): Rationierungseffekte in der Pflege. Ergebnisse einer empirischen Studie: RICH Nursing Studie. In: Brandenburg, Hermann; Kohlen, Helen (Hg.): Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer, S. 169-182.

Spichiger, Elisabeth; Wallhagen, Margaret I.; Benner, Patricia (2005): Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences 19/4, 303-309

Robert Bosch Stiftung (2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift, 2013, Stuttgart.

Todorov, Tzvetan (1995): Abenteuer des Zusammenlebens. Versuch einer allgemeinen Anthropologie. Berlin: Wagenbach.
Volksanwaltschaft (2017): Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat 2016. Band Präventive Menschenrechtskontrolle. Wien. https://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/9l6jq/PB40präventiv.pdf

Vorbach, Stefan (2006): Qualitätsmanagement. http://www.uni-graz.at/qm-ws06-07_kapitel_1.pdf (Zugriff 9. 1. 2018).
Wilkinson, Richard (2001): Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit. Wien, NewYork: Springer.

Wils, Jean Pierre; Baumann-Hölzle, Ruth (2013): Sinn und Zukunft des Gesundheitswesens. Wege aus der Vertrauenskrise. Ein philosophischer Kommentar in praktischer Absicht. Zürich: Schulthess

Autorin

Dr.in Doris Pfabigan
Studium der Philosophie, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin. Langjährige Tätigkeit in der stationären und ambulanten Langzeitpflege, seit 2002 Mitarbeit in unterschiedlichen Forschungs- und Umsetzungsprojekten zu Migration, Gesundheitsthemen, Palliative Care, Ethik in der Akut- und Langzeitpflege, Curriculum- und Praxisentwicklung sowie als Lektorin an unterschiedlichen Bildungseinrichtungen tätig. doris.pfabigan@gmx.at

Autorin

MMag.a Dr.in Elisabeth Rappold
Studium der Soziologie und Pflegewissenschaft; Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin; Seit 2000 Mitarbeit an und Leitung von unterschiedlichen Forschungs- und Umsetzungsprojekten im Bereich des Gesundheits- und Pflegewesens wie beispielsweise Berufsentwicklung, Bedarfsprognosen, Pflegedokumentation, Praxisentwicklungsprojekte in der Akut- und Langzeitpflege sowie fachliche Beratung, Moderation und Lehrtätigkeit.
elisabeth.rappold@chello.at

HÖHERE LEHRANSTALT FÜR PFLEGEASSISTENZ eine „gänzlich neue Schulform“

Diskussion, Argumente und realutopische Stundentafeln

Am 17. November 2017, unterzeichneten die niederösterreichische Bildungslandesrätin Barbara Schwarz (ÖVP) und der Caritas-Direktor Hannes Ziselsberger, einen „Vorvertrag für den Erhalt des Schulstandortes Gaming (Scheibbs, NÖ)“, ein so genanntes „Memorandum of Understanding“, eine Absichtserklärung.[1] Begründung: Die bis dahin in Gaming beheimatete Fachschule für das Ländliche Betriebs- und Haushaltsmanagement, wird im Zuge von Neustrukturierungen in die Fachschule Gießhübel bei Amstetten (NÖ), eingegliedert werden. Am Schulstandort Gaming ist – so die Meldungen in der Presse – als Nachnutzung eine neue Bildungseinrichtung der Caritas St. Pölten beabsichtigt: Eine 3-jährige Fachschule für Sozialberufe, eine weitere Schule für Sozialbetreuungsberufe und eine 5-jährige Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe mit der Fachrichtung Sozialmanagement, sind geplant. Zusätzlich soll aber auch eine „gänzlich neue Schulform als Schulversuch“ angestrebt werden: Eine „Höhere Lehranstalt für Pflegeassistenz“. Spätestens an dieser Stelle wird klar, dass mit der 2016 im Zuge der GuKG[2]-Novelle gesetzlich verankerten Überführung der Ausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (GuK) in die Fachhochschulen, der Veränderungsprozess der Pflegeausbildung in Österreich nicht abgeschlossen ist: Das GuKG erlaubt in seinen Bestimmungen nämlich erstmals, dass die Ausbildungen zur (a) Pflegeassistenz und zur (b) Pflegefachassistenz, auch in Verbindung mit anderen Ausbildungen durchgeführt werden können, wobei die Regierungsvorlage 2016 zum GuKG festhält, „dass die Ausbildungen in der Pflegeassistenz und in der Pflegefachassistenz, nach entsprechender Bewilligung auch im Rahmen einer berufsbildenden Schule durchgeführt werden können.“ (vgl. dazu § 92 GuKG idgF. Abs. 3, Z. 3.) Auf die Möglichkeit einer solchen schulischen Verbindung verweist 2016 auch die bis 2017 im Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) tätige Abteilungsleiterin und Autorin Ingrid Rottenhofer.[3]

Aus der Pressemitteilung des Bildungszentrums Gaming geht aber leider nicht hervor, welche der beiden im GuKG verankerten Pflegeassistenzberufe im Zusammenhang mit der „Höheren Lehranstalt für Pflegeassistenz“ nun tatsächlich gemeint ist. In Kenntnis der Bestimmungen des GuKG, erscheint es nicht sinnvoll, beide (!) Pflegeassistenzberufe im Rahmen einer berufsbildenden höheren Schule ausbilden zu wollen, dem stehen – neben dem unterschiedlichen Stundenausmaß – vor allem die „Tätigkeitsbereiche“ der beiden Pflegeassistenzberufe diametral entgegen: In den Bestimmungen des GuKG, ist ausdrücklich geregelt, dass die (a) Pflegeassistenz mit Recht „ein qualifizierter Gesundheits- und Krankenpflegeberuf ist“, der allerdings nur unter Aufsicht zur Unterstützung insbesondere des gehobenen Dienstes für GuK, tätig werden kann. Das Stundenausmaß der (b) Pflegefachassistenz ist doppelt so hoch, der Tätigkeitsbereich ist außerdem viel umfangreicher und umfasst darüber hinaus auch die eigenverantwortliche, d. h. ohne verpflichtende Aufsicht versehene Durchführung[4] der ihr vor allem von Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK übertragenen Tätigkeiten und Aufgaben (Durchführungsverantwortung). (s. §§ 83 und 83a GuKG)

In logischer Konsequenz bietet sich daher für die (a) Pflegeassistenz im Rahmen des berufsbildenden mittleren Schulwesens, eine 3-jährige Fachschule an, eine mehr als geeignete und alle Möglichkeiten ausschöpfende Ausbildungsform, die mit der Abschlussprüfung und der Berufsberechtigung zur Pflegeassistenz, abschließen könnte. Die 5-jährige Höhere Lehranstalt aber, die mit der Reife- und Diplomprüfung abschließen würde, sollte der (b) Pflegefachassistenz vorbehalten sein, womit sich diese dann nahtlos in das seit Jahrzehnten erprobte Anforderungsprofil der berufsbildenden höheren Schulen, eingliedern könnte. In Übereinstimmung dazu, sehen die aktuellen Bestimmungen im Berufsreifeprüfungsgesetz den Zugang zur Berufsreifeprüfung ja auch nur für die Pflegefachassistenz vor.[5]

Am Beispiel der beiden folgenden realutopischen Stundentafeln[6] wird ersichtlich, dass es darum geht, den Schulen für GuK von Anfang an die Möglichkeit zu geben, die Implementierung solcher

zukunftsträchtigen Schulversuche aktiv mitgestalten zu können, damit nicht – wie schon einmal völlig an ihnen vorbei – erneut Bildungseinrichtungen entstehen, die mit den Schulen für GuK so gut wie nichts zu tun haben.[7] Der Bereich der Pflege(ausbildung), ist zweifelsohne ein Kompetenzmerkmal der Caritas, aber auch die Schulen für GuK, die seit mehr als 100 Jahren erfolgreich Pflegepersonen ausbilden, verfügen in hohem Ausmaß über diese berufs- und pflegepädagogische Kernkompetenz. Im Zuge der Gleichberechtigung wären also zwei Dinge notwendig: (1) An den Schulen für GuK sollten – wenn spruchreif – im SchOG[8] verankerte Fachschulen für die Pflegeassistenz und Höhere Lehranstalten für die Pflegefachassistenz eingerichtet werden können und (2) die Mitwirkung von Pflegelehrkräften, bei der Ausgestaltung solcher zukunftsorientierter Schulen. Das erst würde jenen Attraktivitätsschub bringen, den die Schulen für GuK dringend bräuchten, um nicht von vornherein mit einem Wettbewerbsnachteil versehen, Recruiting von Bewerberinnen und Bewerbern betreiben zu müssen.[9,10] Begründung: Weder die einjährige Ausbildung für die Pflegeassistenz noch die zweijährige für die Pflegefachassistenz, docken an den Schnittstellen des heimischen Bildungswesens an, was bei dem sich abzeichnenden Bewerbermangel für die Schulen für GuK von erheblichem Nachteil ist, außerdem werden die Schulen für GuK bis heute nicht vom SchOG erfasst, ebenfalls ein Nachteil. Im Unterschied dazu docken sowohl die Fachschule für die Pflegeassistenz, als auch die Höhere Lehranstalt für die Pflegefachassistenz, unmittelbar an die Sekundarstufe II des heimischen Bildungswesens – ohne zeitlichen Verlust (!) – an und lassen den Schülerinnen und Schülern darüber hinaus jene Zeit zur Persönlichkeitsbildung, die sie brauchen, damit sie supervidiert, nie allein gelassen und behutsam in den Berufsvollzug der Gesundheits- und Krankenpflege hineinwachsen könnten. Dass dies auch unmittelbar Auswirkungen auf die Gestaltung der Studiengänge für GuK in den Fachhochschulen hätte, ergäbe sich von ganz alleine. Eine solche Schule könnte sich ja nachfolgend auch zu einer der „Zubringerschulen" für diese Studiengänge entwickeln, sodass nicht nur die Fachhochschulen selbst, sondern auch die Pflegewissenschaften an den Universitäten gefordert wären, pflegepädagogische Lehramtsstudien[11], für diese neuen berufsbildenden mittleren und höheren Schulen – ähnlich wie dies die akademische Wirtschaftspädagogik[12] schon lange für das gesamte kaufmännische Bildungswesen tut – zu entwickeln. Gelöst werden müsste auch die Frage, wie umgehen mit Absolventinnen und Absolventen dieser Höheren Lehranstalt für Pflegefachassistenz, weil sie ja ein beachtliches pflegerisches Vorwissen mitbringen (Anrechnungen, Verkürzung der Studiendauer...).

Diese Schulen wären überhaupt eine höchst sinnvolle und interessante Ergänzung des in der Bevölkerung tief verankerten mittleren und höheren berufsbildenden Schulwesens. Die Implementierung von „Aufbaulehrgängen", in denen das Bildungsziel der Pflegefachassistenz, in einem verkürzten Ausbildungsgang erworben werden könnte, müsste freilich auch erfolgen. Schließlich wäre im Sinne der Durchlässigkeit wohl auch noch zu prüfen, ob nicht doch die Forderung zur Einführung einer Pflegelehre, in Österreich inzwischen unüberhörbar und im Übrigen in der Schweiz „ein echter Hit",[13] ganz ohne Berührungsängste in die Bildungsdiskussionen der Pflege miteinbezogen werden müsste[14] – nach dem Motto: „Vom Lehrling zum Master" bzw. „von der Lehre zur hochschulischen Ausbildung – wobei es darum geht, den jeweils individuell passsenden und abgestuften Bildungspfad zur Pflegequalifikation zu finden. Gar nicht andiskutiert ist die Überlegung, ob nicht auch noch die beiden bisherigen für die Langzeitbetreuung bestehenden Ausbildungen der (a) Fach- und (b) Diplomsozialbetreuung mit den Schwerpunkten Alten-, Familien- und Behindertenarbeit her ähnlich organisiert werden müssten, d. h. in Fachschulen (für die Sozialbetreuung) und Höhere Lehranstalten (für die Diplomsozialbetreuung) unterteilt – weil sie nur so die Berufe der Langzeitbetreuung denen der Akutbetreuung gegenüber gleichstellen und attraktiveren könnten. Im Sinne eines durchlässigen und durchgängigen Ausbildungskonzeptes fehlte dann quasi als Pendant zum Studiengang „Gesundheits- und Krankenpflege" (Akutbetreuung), ein Studiengang Gehobene Sozialbetreuung an den Fachhochschulen (Langzeitbetreuung). Sicher alles eine Frage der Kosten, die sich aber im Sinne zukunftsorientierter Bildungskonzepte, rechnen würden.

Es ist also sehr zu hoffen, dass Frau Landesrätin Barbara Schwarz (ÖVP), ihre Hilfe und Unterstützung in dieser Frage, wenn spruchreif, auch den Schulen für GuK, zukommen lassen wird; vor allem im Hinblick auf den seit Jahren statistisch nachweisbaren Geburtenrückgang und das in

der Folge immer schwieriger werdende Recruiting, das aus einer quantitativ schrumpfenden Anzahl an Bewerberinnen und Bewerbern – mit anderen Worten: zu wenig Bewerberinnen und Bewerber![15] – gezogen werden muss, wobei diese dann aber aus einem höchst attraktiven, in der Regel mit dem Erwerb der Reifeprüfung verbundenen Bildungsangebot aus dem Bereich der berufsbildenden höheren Schulen den individuellen Bildungsgang wählen können. Was den Bewerberrückgang betrifft, hat dieser offensichtlich auch die Studiengänge für „GuK" an den Fachhochschulen erfasst, denn, wie man hört, sind auch dort die Bewerberzahlen für diese Studiengänge zum Teil stark rückläufig, wenn auch aus anderen Ursachen heraus bedingt oder wie es der in der Bundesrepublik Deutschland lehrende Pflegewissenschafter Thomas Evers (2018) in diesem Zusammenhang eigentlich ganz treffend auf den Punkt bringt, denn „allein durch die Tatsache, dass Pflegekräfte… hochschulisch ausgebildet werden können, werde die Pflege-Ausbildung ‚nicht automatisch besser', vielmehr sei ein ganzes Bündel von politischen Maßnahmen notwendig, um die Pflege attraktiv und zukunftsfit zu machen. Dazu zählen Arbeitsbedingungen ebenso wie Verdienstmöglichkeiten und auch die Gestaltung des Berufes selbst." [16] Dies und die Einordnung in das Bildungswesen tangieren in höchstem Maße sowohl (!) das Recruiting von Bewerberinnen und Bewerbern für die hochschulischen Studiengänge für GuK als auch jenes für die darunter liegenden Berufe der GuK (Pflegeassistenz, Pflegefachassistenz).

1 WEB: https://www.lfs-gaming.ac.at/de/news/?news=5265), Landwirtschaftliche Bildung in NÖ, Pressemitteilung NÖ vom 17.11.2017 (03.12.2017)

2 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) (BGBl. I Nr. 108/ 1997 idgF.)

3 Weiss Susanne / Lust Alexandra (2017): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG samt ausführlichen Erläuterungen. Wien: Manz (S. 388) und Rottenhofer, Ingrid (2016): GuKG Novelle 2016 und Ausbildungsreform. Fortbildung für die Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am 16.11.2016, am Universitätsklinikum St. Pölten der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften. Wien: ÖBIG – Gesundheit Österreich. (Folie 11)

4 Pflegeassistenz 1.600 Stunden, Pflegefachassistenz 3.200 Stunden. Hinzukommen u. a. Anleitung und Unterweisung von Auszubildenden in den Pflegeassistenzberufen

5 Berufsreifeprüfungsgesetz (BGBl. I Nr. 68/1997 idgF.)

6 Die den beiden folgenden realutopischen Stundentafeln für die (realutopische) Fachschule für Pflegeassistenz und (realutopische) Höhere Lehranstalt für Pflegefachassistenz vorangestellten Allgemeinen Bildungsziele, entstammen einer Zusammenführung aus den einschlägigen Bestimmungen des SchOG, in Verbindung mit den Bestimmungen des GuKG unter Heranziehung der Regelungen aus der PA-PFA-AV. Diese Allgemeinen Bildungsziele sind jedem der in den Anlagen des SchOG befindlichen Lehrplänen vorangestellt. Prinzipiell aber gilt für alle Schultypen, die das SchOG erfasst, die Aufgabe der österreichischen Schule. Einen Sonderstatus nehmen die Land- und forstwirtschaftlichen Schulen ein, die aber durch das Land- und forstwirtschaftliche Bundesschulgesetz idgF in ganz ähnlicher Weise miterfasst sind.

7 Im Zuge der Überführung von Studiengängen für GuK in die Fachhochschulen, ist mit unterschiedlicher Ausprägung beides zu bemerken: (1) Kooperationen von Fachhochschulen mit Schulen für GuK mit dem Ziel dort unter Mitwirkung (!) des bisher tätigen Lehrkörpers dezentral Studiengänge für GuK einzurichten, womit die bisherigen Schulen für GuK an der Entwicklung der Fachhochschulen mitpartizipieren können. (2) Von den Schulen für GuK völlig abgetrennte Überführung der gehobenen Ausbildung in die Fachhochschulen mit Abschottungstendenzen den Schulen für GuK gegenüber. Ein Wissenstransfer von den Fachhochschulen zu den Schulen für GuK hin (und umgekehrt), findet daher in diesen Fällen so gut wie gar nicht statt, was einer restriktiven Anerkennungspraxis gleichkommt.

8 Schulorganisationsgesetz (SchOG) (BGBl. I Nr. 241 / 1962 idgF.)

9 Schon 1949, gab es Überlegungen, die Krankenpflegeschulen in das berufsbildende Schulwesen einzugliedern – dieses Ansinnen wurde damals aber von den eigenen (!) Berufsvertreterinnen entrüstet abgelehnt (Gerhard Fürstler (1992): Die Sonderstellung der Krankenpflegeausbildung in Österreich. Diplomarbeit an der Universität Wien.)

10 Auch 1989, im Zuge Aufarbeitung des Lainz-Skandals I, gab es das politische Bemühen mit den entsprechenden Vorarbeiten seitens des Bundesministeriums für Unterricht und Kunst mit den Krankenpflegeschulen, die diplomierte Pflegeausbildung in die berufsbildenden höheren Schulen (BHS) zu integrieren, dieses Vorhaben scheiterte jedoch sehr bald am rigorosen Widerstand der Landesfinanzreferenten. (Gerhard Fürstler (1998): Dokumentation des einmaligen Schulversuchs „Kolleg für Gesundheits- und Krankenpflege in Krems. Dissertation an der Universität Wien.)

11 So genannte „konsekutive Masterstudien" (MSc Univ.); auf Bachelorstudien vier- bis sechssemestrig aufbauende postgraduale (pflegepädagogische) Lehramtsstudien ähnlich den wirtschaftspädagogischen Lehramtsstudien

12 WEB: https://www.wu.ac.at/studium/master/wirtschaftspaedagogik/ueberblick/ (05.12.2017)

13 WEB: https://www.google.at/search?q=Pflegelehre%20Schweiz: „Pflegelehre in der Schweiz ein Hit" (05.12.2017).

14 Auch eine Pflegelehre müsste über das SchOG (Teil B Abschnitt 1 § 46 bis 51 für Berufsschulen), in Verbindung mit dem GuK und der PA-PFA-AV geregelt werden. Theoretisch jedenfalls würde der § 92 GuKG, Abs. 3, Z. 3 eine Pflegeassistenzausbildung auch in Form einer 3-jährigen Lehre ermöglichen, da ja nicht explizit vorgeschrieben ist, um welche „andere Ausbildung", es sich bei dieser Bestimmung konkret handelt. Die Verbindung mit den berufsbildenden mittleren und höheren Schulen erfolgte ja nur demonstrativ.

15 Direktion der Schule für GuK St. Pölten (2018): Statistische Erfassung der Bewerberzahlen an der Schule für GuK St. Pölten – rückläufig.

16 http://www.lazarus.at/2018/01/08/pflege-ausbildung-an-der-hochschule-wird-nicht-automatisch-besser/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=LAZARUS%20Care-Letter%20Nr.%205

FACHSCHULE FÜR PFLEGEASSISTENZ
(realutopisch)

Allgemeines Bildungsziel
(1) Die Fachschule für die Pflegeassistenz umfasst drei Schulstufen und dient gemäß § 52 und § 60 des Schulorganisationsgesetzes (SchOG) in Verbindung mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) sowie der Pflegeassistenzberufe-Ausbildungsverordnung (PA-PFA-AV), der Ausbildung in der Pflegeassistenz. Sie vermittelt in integrierter Form Allgemeinbildung und pflegerische Bildung. Die Ausbildung an der Fachschule für Pflegeassistenz wird durch die Abschlussprüfung beendet und befähigt zur Ausübung der Pflegeassistenz gem. GuKG. (2) Die Ausbildung orientiert sich an den Zielen der Beschäftigungsfähigkeit im Gesundheitswesen (employability). Von zentraler Bedeutung ist daher eine Ausbildung, die zu einem verantwortungsvollen Umgang miteinander befähigt. Die Schülerinnen und Schüler sind deshalb zu einem höchstmöglichen Maß an Offenheit, Toleranz und Akzeptanz gegenüber der Vielfalt an soziokulturellen Unterschieden von Menschen zu befähigen und für die Achtung vor dem Leben, der Würde und den Grundrechten jedes Menschen, ungeachtet der Nationalität, der Religion, der Hautfarbe, des Alters, einer Behinderung, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Sprache, der politischen Einstellung und der sozialen Zugehörigkeit zu sensibilisieren. Insbesondere ist eine Sensibilisierung für Betroffene von physischer oder psychischer Gewalt, wie Kinder, Frauen, Menschen mit Behinderung oder andere vulnerable Gruppen, anzustreben, sodass die Absolventinnen und Absolventen aktiv und verantwortungsbewusst agieren und so Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Ärztinnen und Ärzte in der Berufsausübung unterstützen können. (usw., usw.)

Abschluss: Abschlussprüfung einschl. Berufsberechtigung für die Pflegeassistenz

Realutopische Stundentafel (Fürstler, 2018) **Klasse**

		1.	2.	3.		Summe
1	Religion	2	2	2		6
2	Deutsch	4	2	2		8
3	Englisch	4	2	2		8
4	Geographie und Wirtschaftskunde[1] / Geschichte der Pflege, Zeitgeschichte und politische Bildung[2]	3	3	-		6
6	Naturwissenschaft	3	3	-		6
7	Bewegung und Sport	3	1	1		5
8	Körper- und Wahrnehmungsschulung: Basale Stimulation[3], Taping und Kinästhetik[4] (Seminare)	-	1	1		2
9	Grundsätze der professionellen Pflege einschl. Berufsrecht	-	2	2		4
10	Pflegeprozess einschl. fachspezifischer EDV	-	2	2		4
11	Beziehungsgestaltung und Kommunikation einschl. Supervision	4	2	2		8
12	Grundzüge und Prinzipien der Akut- und Langzeitpflege einschl. Pflegetechnik	-	3	2		5
13	Grundzüge medizinischer Diagnostik und Therapie in der Akut- und Langzeitversorgung	-	3	2		5
14	Kooperation, Koordination und Organisation, Entwicklung und Sicherung von Qualität	-	-	2		2
15	Human- und Sozialwissenschaft einschl. Einführung in die Gerontologie	2	2	2		6
16	Elektronische Datenverarbeitung (EDV)	3	-	-		3
17	Persönlichkeitsentwicklung, Sozialkompetenz und Kreativer Ausdruck einschl. Kreativwerkstatt	4	-	-		4
18	Simulationsübungen im Trainingszentrum einschl. Lernbereich Training und Transfer[5]	-	4	3		7
19	Praktische Ausbildung einschl. Fertigkeitstraining in Form des simulationsbedingten Lernens[6]	-	-	13		13
	Summe	31	32	38		101

1 Geographie und Wirtschaftskunde in der 1. Klasse
2 Geschichte der Pflege, Zeitgeschichte und politische Bildung in der 2. & 3. Klasse
3 Basale Stimulation in Seminarform in der 2. Klasse
4 Taping und Kinästhetik in Seminarform in der 3. Klasse
5 Behutsame Heranführung und erste Versuche pflegerischen Handelns unter Simulationsbedingungen im Trainingszentrum in der 2. Klasse.
6 Praktische Ausbildung: Verschränkung von theoretischer und praktischer Ausbildung zur Ermöglichung eines optimalen Theorie-Praxis-Transfers unter realen Bedingungen im Umgang mit Patientinnen und Patienten einschl. Fertigkeitstraining in Form des simulationsbedingten Lernens im Trainingszentrum, im Ausmaß von insgesamt 530 Stunden, darunter ein vierwöchiges Pflichtpraktikum im Ausmaß von 160 Stunden im ersten Semester der 3. Klasse. Die praktische Ausbildung ist an einschlägigen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten einer Krankenanstalt, an Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen und an Einrichtungen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten, durchzuführen, welche die zur praktischen Unterweisung notwendigen Voraussetzungen erfüllen, mit den für die Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen Lehr- und Fachkräften sowie Lehrmitteln ausgestattet sind und entsprechende Räumlichkeiten für die auszubildenden Personen aufweisen.

HÖHERE LEHRANSTALT FÜR DIE PFLEGEFACHASSISTENZ
(realutopisch)

Allgemeines Bildungsziel

(1) Die Höhere Lehranstalt für die Pflegefachassistenz (PFA) umfasst fünf Schulstufen und dient gemäß § 65 und § 74 Abs. 1 des Schulorganisationsgesetzes (SchOG) in Verbindung mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) sowie der Pflegeassistenzberufe-Ausbildungsverordnung (PA-PFA-AV), dem Erwerb der Befähigung der eigenverantwortlichen Durchführung der von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder Ärztinnen und Ärzten übertragenen Aufgaben im Rahmen der Pflegefachassistenz (PFA). Im Rahmen der Ausbildung an der Höheren Lehranstalt für Pflegefachassistenz (PFA), wird in integrierter Form Allgemeinbildung und pflegerische Bildung vermittelt. Die Ausbildung an der Höheren Lehranstalt für Pflegefachassistenz (PFA), wird durch die Reife- und Diplomprüfung beendet, führt zur Universitätsreife und befähigt zur eigenverantwortlichen Ausübung des Berufes der Pflegefachassistenz gem. GuKG.

(2) Die Ausbildung orientiert sich gleichermaßen an den Zielen der Beschäftigungsfähigkeit im Gesundheitswesen (employability) und der Studierfähigkeit (studiability). Von zentraler Bedeutung ist daher eine Ausbildung, die neben dem Erwerb höherer Bildung, vor allem zu einem verantwortungsvollen Umgang miteinander befähigt. Die Schülerinnen und Schüler sind daher zu einem höchstmöglichen Maß an Offenheit, Toleranz und Akzeptanz gegenüber der Vielfalt an soziokulturellen Unterschieden von Menschen zu befähigen und für die Achtung vor dem Leben, der Würde und den Grundrechten jedes Menschen, ungeachtet der Nationalität, der Religion, der Hautfarbe, des Alters, einer Behinderung, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Sprache, der politischen Einstellung und der sozialen Zugehörigkeit zu sensibilisieren. Insbesondere ist eine Sensibilisierung für Betroffene von physischer oder psychischer Gewalt, wie Kinder, Frauen, Menschen mit Behinderung oder andere vulnerable Gruppen, anzustreben, sodass die Absolventinnen und Absolventen aktiv und verantwortungsbewusst agieren und so die ihnen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie von Ärztinnen und Ärzten übertragenen Aufgaben eigenverantwortlich durchführen und auf diese Weise die Gesundheits- und Krankenpflege mitgestalten können (usw., usw.).

Abschluss: Reife- und Diplomprüfung einschl. Berufsberechtigung für die Pflegefachassistenz

Realutopische Stundentafel (Fürstler, 2018) — **Jahrgang**

		I.	II.	III.	IV.	V.		Summe
1	Religion	2	2	2	2	2		10
2	Deutsch	4	3	2	2	2		13
3	Englisch	4	3	2	2	2		13
4	Geographie und Wirtschaftskunde[1] / Geschichte der Pflege, Zeitgeschichte und politische Bildung[2]	2	2	2	2	2		10
5	Angewandte Mathematik	3	2	2	2	2		11
6	Naturwissenschaft	3	2	2	-	-		7
7	Bewegung und Sport	3	2	1	1	1		8
8	Körper- und Wahrnehmungsschulung: Basale Stimulation[3], Taping und Kinästhetik[4] (Seminare)	-	-	1	1	-		2
9	Grundsätze der professionellen Pflege einschl. Berufsrecht	-	-	3	2	-		5
10	Pflegeprozess einschl. fachspezifischer EDV	-	-	3	2	-		5
11	Beziehungsgestaltung und Kommunikation einschl. Zielgruppen- und settingorientiert	-	2	2	2	2		8
12	Grundzüge und Prinzipien der Akut- und Langzeitpflege einschl. Pflegetechnik	-	3	2	2	-		7
13	Zielgruppen- und settingorientierte Pflege einschl. Pflegetechnik	-	-	-	2	4		6
14	Grundzüge medizinischer Diagnostik und Therapie in der Akut- und Langzeitversorgung	-	3	2	2	-		7
15	Zielgruppen- und settingorientierte medizinische Diagnostik und Therapie einschl. medizinische Pflegetechnik	-	-	-	2	4		6
16	Kooperation, Koordination und Organisation, Entwicklung und Sicherung von Qualität	-	-	-	2	2		4
17	Human- und Sozialwissenschaft einschl. Einführung in die Gerontologie	2	2	2	2	2		10
18	Elektronische Datenverarbeitung (EDV)	3	2	-	-	-		5
19	Persönlichkeitsentwicklung, Sozialkompetenz und Kreativer Ausdruck einschl. Kreativwerkstatt	4	4	-	-	-		8
20	Modul Schriftliche Arbeit im Fachbereich	-	-	-	-	2		2
21	Simulationsübungen im Trainingszentrum[5] -	-	4	-	-	-		4
22	Lernbereich Training und Transfer	-	-	2	-	3		5
23	Praktische Ausbildung einschl. Fertigkeitstraining in Form des simulationsbedingten Lernens[6]	-	-	8	8	8		24
	Summe	30	36	38	38	38		**180**

1 Geographie und Wirtschaftskunde im I. und II. Jahrgang
2 Geschichte der Pflege, Zeitgeschichte und politische Bildung im III., IV. und V. Jahrgang
3 Basale Stimulation in Seminarform im III. Jahrgang
4 Taping und Kinästhetik in Seminarform im IV. Jahrgang
5 Behutsame Heranführung und erste Versuche pflegerischen Handelns unter Simulationsbedingungen im Trainingszentrum.

6 Praktische Ausbildung: Verschränkung von theoretischer und praktischer Ausbildung zur Ermöglichung eines optimalen Theorie-Praxis-Transfers unter realen Bedingungen im Umgang mit Patientinnen und Patienten einschl. Fertigkeitstraining in Form des simulationsbedingten Lernens im Trainingszentrum, im Ausmaß von insgesamt 1.060 Stunden, darunter zwei vierwöchige Pflichtpraktika im Ausmaß von je 160 Stunden nach dem III. und nach dem IV. Jahrgang, Die praktische Ausbildung ist an einschlägigen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten einer Krankenanstalt, an Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen und an Einrichtungen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten, durchzuführen, welche die zur praktischen Unterweisung notwendigen Voraussetzungen erfüllen, mit den für die Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen Lehr- und Fachkräften sowie Lehrmitteln ausgestattet sind und entsprechende Räumlichkeiten für die auszubildenden Personen aufweisen.

Autor

Mag. Dr. Gerhard Fürstler
DGKP, Pädagoge, Psychologe, Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege, Lektor an Fachhochschulen,
akad. Krankenhausmanager, Buchautor

Im Interview mit Frau Bundesministerin Mag.ª Beate Hartinger-Klein

Seit einigen Monaten haben wir in Österreich eine neue Regierung. Die mediale Berichterstattung liegt derzeit auf Inhalten wie Rauchen, der generellen Arbeitsmarktsituation und steuerlichen Veränderungen. Die Themen Pflege und Gesundheitswesen scheinen eher im Hintergrund zu liegen. Gibt es hier keine Konzepte? Ist die Pflege nicht reformbedürftig? Dies war ein Grund für Pflege Professionell Frau Bundesministerin Mag.ª Beate Hartinger-Klein zu einem Interview einzuladen. Die Bundesministerin nahm sich hierfür viel Zeit und zeigte ab der ersten Minute, dass in Wahrheit schon jede Menge Projekte in den Startlöchern stehen....

Was ist Pflege für Sie? Wo fängt sie an, wo hört sie auf für Sie?

Die Pflege ist einer der wichtigsten Berufsgruppen. Sie ist nahe am Menschen und bekommt mit, was die Gesamtheit des Menschen ausmacht. Pflegepersonen können durch diese Nähe gezielter, den Patienten dort abholen, wo er sich situativ befindet. Dies geschieht mit all seinen Befindlichkeiten und medizinischen und

pflegerischen Herausforderungen.

Nur werden es immer weniger Pflegepersonen und immer mehr Patienten, die es zu betreuen gilt. Im Vergleich mit Nachbarländern geht es uns zwar noch sehr gut, aber auch hier kann man eine Verschlechterung erkennen. In Norddeutschland gibt es eingesetzte Personalschlüssel, bei denen eine Pflegeperson auf fast 60 Personen berechnet wird. Doch auch in Österreich verändert sich die Lage. Sieht man die Wartezeiten in Notfallambulanzen (immer wieder Wartezeiten von 4 bis 8 Stunden), erkennt man ganz klar einen Handlungsbedarf.

In diesem Bereich gibt es unzählige Möglichkeiten um positive Schritte zu setzen, wobei ich ein besonderes Augenmerk auf die Prävention lege. Diese soll gestärkt werden. Wichtig ist mir auch die Qualitätssicherung in der Pflege. Gleichzeitig müssen aber auch die Gesundheitsberufe im Ansehen der Bevölkerung aufgewertet und attraktiver gestaltet werden. Rahmenbedingungen für ein modernes Pflegesystem in ganz Österreich sollen geschaffen werden, bei dem die Selbstbestimmung des Einzelnen im Vordergrund steht. Konkrete Maßnahmen werden noch im Rahmen eines Diskussionsprozesses auszuarbeiten sein. Eine Herausforderung im Zusammenhang mit den Ambulanzen ist, dass viele Patienten eine Ambulanz aufsuchen, obwohl sie mit ihrem medizinischen Problem oftmals dort nicht an der richtigen Adresse sind. Hier muss man Anreize schaffen, damit die Patienten nicht in die Notaufnahme strömen, wenn sie nicht wirklich ein Notfall sind. Das ist eine Herausforderung, der wir uns derzeit stellen.

Haben Sie hierzu schon Ideen?

Da gibt es mehrere Möglichkeiten. Zum Beispiel ist die Notruf Gesundheitsnummer ein großes Thema. Dies gibt es momentan in drei Bundesländern pilotmäßig, in Niederösterreich, Vorarlberg und Wien. Es gibt unterschiedliche Erfahrungen dazu, aber über so etwas könnte man Patientenströme mehr in den Griff bekommen bzw. steuern, damit der Patient nicht gleich in die Ambulanz geht, sondern eben vielleicht bis zum nächsten Morgen andere Maßnahmen trifft. Wenn sich im Zuge der Manchester Triage herausstellt, dass es möglich ist, am nächsten Tag einen niedergelassenen Arzt zu konsultieren, sollte dies auch passieren.

Sind Ambulanzgebühren ein Thema?

Nein, das ist kein Thema. Inwieweit man andere Anreize bietet, muss man sich überlegen bzw. ist das Ländersache.

Zurück zur Pflege. Die Krankenpflegeschulen werden immer leerer. Die Akademisierung wird, allein schon durch die immer kleiner werdende Geburtenrate, den Bedarf an Pflegepersonen nicht decken können. Zusätzlich werden die Assistenzberufe immer weniger angestrebt. Einige Bundesländer schaffen nur mit Mühe und Not einen Klassenstart in diesem Herbst. Dies schürt auch die Ängste der Lehrer, die um ihren Arbeitsplatz bangen. Gibt es hierzu ein Konzept, z.B.: Ausbildungszentren oder Anpassung der Durchgängigkeit?

Da gebe ich Ihnen ganz recht. Ich habe dies schon einmal mit Frau Frohner diskutiert. Ich habe Sie auch für weitere Diskussionen eingeladen, damit wir über genau diese Themen sprechen können. Prinzipiell ist die Ausbildung Ländersache, das macht das Thema nicht einfacher. Mir ist die Sicherung der Qualität in der Versorgung besonders wichtig. Ich beobachte schon seit über 30 Jahren die Veränderungen im Gesundheitswesen. Leider muss man sagen, dass die Akademisierung in einigen Bereichen nicht unbedingt der richtige Schritt war, dies ist aber meine persönliche Wahrnehmung. Natürlich braucht man die Akademisierung um die Augenhöhe mit den Ärzten und anderen akademischen Berufen zu finden. Wir brauchen aber noch mehr Leute, die direkt am Patienten arbeiten und nicht nur die Pflege organisieren bzw. die Station führen. Natürlich ist eine solche Führungsrolle auch nicht einfach, denn ein Dienstplan ist oft eine Herausforderung. Und es ist durchaus verständlich, dass jemand, der ein Studium auf einer Universität oder FH absolviert hat, seine erworbenes Wissen entsprechend einsetzen möchte.

Der Beruf „Pflegefachassistenz“ wird von vielen Direktionen gar nicht gewünscht, die Ausbildung selbst kommt nicht wirklich in die Gänge.

Ich war schon in zwei Bundesländern unterwegs und dort wurde genau diese Problematik an mich herangetragen. Ich könnte mir gut vorstellen, dass man für die Ausbildung „Pflegefachassistenz“ über eine Art berufsbildende Schule abwickelt, wie es auch in anderen Bereich gemacht wird, um mehr Anreize zu bieten.

So wie eine 5-jährige Ausbildung mit Matura?

Ja, genau. Ich muss Anreize für die Jugendlichen schaffen, nicht nur bei den Medizinstudenten, sondern gerade im Pflegebereich, der mir sehr wichtiger. Pflegekräfte sind für mich eine der wichtigsten Berufsgruppen, weil sie näher beim Patienten und somit Menschen sind, als die meisten anderen Berufe.

Wir steuern trotz allem einem demografischen pflegerischen/medizinischen „Supergau“ zu. Hier gibt es viele Ansätze, Handlungsoptionen und Ideen.

Was für mich faszinierend ist, dass es in den Bundesländern schon unterschiedliche Projekte gibt. Ich war erst in Kärnten, wo es einen alternativen Lebensraum gibt. Das sind sehr wohl Modelle, die für mich teilweise Best-Practice sind. In anderen Bundesländern existieren betriebliche Gesundheitsförderungen. Dies fällt zwar in einen anderen Bereich, aber es gibt schon überall Best-Practice-Modelle. Es gilt genau hinzuschauen, wo passt etwas und wer hat welche innovativen Ideen. Natürlich kann man nicht alle Dinge und Aktionen über einen Kamm scheren. Hier hängt viel von den geografischen und epidemiologischen Bedingungen ab. Was in einem Bundesland funktioniert, muss nicht zwingend woanders passen.

Im Regierungsprogramm gibt es den Satz „Den niederschwelligen Zugang zu der Gesundheitsversorgung sicherzustellen…“ Was meinen Sie damit?

Eine wohnortnahe inter- und multidisziplinäre Versorgung ist mir ein wichtiges Anliegen. Dazu sollen Primärversorgungseinheiten mit längeren Öffnungszeiten installiert werden. Deren Aufbau ist vor allem in den ländlichen Regionen von großer Bedeutung. Der Hausarzt sollte immer der erste Ansprechpartner sein. Er ist eine wichtige Anlaufstelle und genießt das Vertrauen der Region, für die er zuständig ist. Die Bevölkerung baut darauf. Es ist besonders wichtig, das soziale Umfeld eines Patienten / Bürgers zu kennen. Im niederschwelligen Zugang kann das der Arzt viel leichter. Dies ist im Gesundheitswesen besonders wichtig.

Und dies erfolgt im Netzwerk mit den PHCs?

PHCs sind wichtig. Nicht umsonst war es auch Plan der vorhergehenden Regierung diese Zentren zu bauen. Ich glaube aber, dass es besonders wichtig ist, dies im regionalen Kontext zu betrachten. In Oberösterreich gibt es, zum Beispiel zwei wirklich gut funktionierende PHCs, eines in Enns und eines in Haslach. Man muss besonders darauf achten, dass es nicht nur Gruppenpraxen, sondern wirkliche PHCs sind. Es gibt aber auch genügend andere Projekte, in denen Gesundheitsnetze gut eingebunden sind. In der Oststeiermark gibt es beispielweise das Styrianet. Hierbei wurden Ärzte und anderen Gesundheitsberufe wirklich gut vernetzt. Generell ist es überhaupt ein Thema für junge Ärzte. Ich habe mich auch sehr viel damit beschäftigt, was die Generation Y möchte, was sind die Herausforderungen von jungen Menschen und was will unser Ärztenachwuchs. Keiner möchte irgendwo alleine sitzen, alle arbeiten gern mit anderen Menschen im Netzwerk. Ein PHC würde hierzu den passenden Rahmen schaffen.

Da ist die Ärztekammer vermutlich nicht so erfreut darüber...

Nein, nicht wirklich, aber die Ärztekammer sieht das mittlerweile auch so, dass die Netzwerksituation für alle eine praktikable Möglichkeit ist.

In vielen Ländern gibt es sie bereits: Die Community Nurse. In Österreich würde es wahrscheinlich Gemeindeschwester oder „Grätzl-Schwester“ heißen. Wäre das für Sie ein Konzept, dass die Pflege noch mehr extramural betreut?

Ja, absolut. Ich finde das eine sehr gute Lösung. Ich bin davon überzeugt, dass im Gesundheitssystem oder aus Sicht der Gesundheitsversorgung, die Pflege mehr machen können sollte, sonst werden wir die Versorgung nicht mehr sicherstellen können. In der Vergangenheit ist zum Beispiel einmal das „Rote Kreuz“ mit dem Anliegen an mich herangetreten, dass die Krankenschwester Blutabnehmen darf, selbstverständlich unter der Aufsicht des Arztes. Mittlerweile geht man in diesem Bereich schon andere Wege. Man sieht, dass zu wenig Ärzte da sind und deshalb muss oder darf die Pflege mehr machen.

Seit dem neuen Gesetz dürfen Pflegepersonen „Weiterverschreibungen von bestimmten Produkten“ durchführen. Könnte dieser Paragraph erweitert werden? Z.B. bei bestimmten Medikamenten?

Nein, das kann ich mir für Medikamente nicht vorstellen, aber im Bereich Inkontinenz oder Wundversorgung sehr wohl.

Es würde die Situation oft wesentlich vereinfachen, wenn auch die Erstanordnung durch Pflegepersonal erfolgen würde. Benötigt es da wirklich einen Arzt als anordnende Person?

Das ist eine schwierige Frage. Ich würde schon sagen, dass hier eine ärztliche Aufsicht oder Erstverordnung notwendig ist, natürlich gemeinsam mit der Pflege. Natürlich verfügt die Pflege in manchen Bereichen Sepzialwissen, das werden auch viele Ärzte sagen. Die medizinische Aufsicht hat aber der Arzt, da sollte sich nichts ändern.

Im Neuen GuKG spricht man auch von erweiterten Kompetenzbereichen „Stufe 1 & 2“….

Das muss man schon mit Vorsicht betrachten. Die Medizin ist die Medizin und das soll auch so bleiben.

Welchen Fokus haben Sie beim Mutter-Kind-Pass?

Der Mutter-Kind-Pass wurde 1974 eingeführt und ist seitdem mehrfach überarbeitet worden. Im Grundsatz hat er sich aber bewährt. Hier gibt es aber noch eine Menge Optionen zur Erweiterung, vor allem auf zwei Ebenen. Aus diesem Grund wird der Mutter-Kind-Pass derzeit evaluiert. Es sollen dadurch neue Leistungen, wie beispielsweise die Zahnprophilaxe, dazukommen. Ein zweiter Schritt ist die Ausweitung auf 18 Jahre, ich bezeichne ihn jetzt mal als „Jugendpass“, wir haben hier noch keinen genauen Namen. Vorsorgeuntersuchungen müssen schon bei den Jüngsten begonnen werden und sollten sich bis ins Erwachsenenalter ziehen. Es gibt schon sehr viele adipöse Jugendliche. Diese Tendenzen sollten rechtzeitig erkannt werden. Der Jugendliche sollte lernen auf seine Gesundheit zu achten und regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen zu machen. Dies schließt die Mundhygiene beim Zahnarzt ein. Dass Eltern Einfluss auf die

Haltung ihre Kinder nehmen, dies aber auch umgekehrt der Fall sein kann, zeigt sich beispielsweise beim Thema „Rauchen“. Wenn einem das eigene Kind oft genug sagt, dass „Rauchen böse ist“ und dass es weniger „g´scheit“ ist, erzielt das auch seine Wirkung. Das hat auch schon bei anderen Themen gut funktioniert.

Sie streben einen Ausbau der Kindermedizin an. Wie kann man sich das vorstellen?

Vor dem Hintergrund, dass es zu wenig Kinderfacharztstellen gibt, ist auf der einen Seite die Sozialversicherung gefordert, auf der anderen Seite haben wir zu wenig Kinderfachärzte – auch das ist ein Thema. Hier muss man auf jeden Fall Anreize schaffen. Wenn wir über Kindermedizin sprechen, müssen wir uns auch über Medikamente unterhalten. Es ist besonders darauf zu achten, dass hier die Kinderdosis gegeben wird. Da gibt es leider noch kaum Studien darüber. Wir brauchen hier unbedingt Empfehlungen, denn ein Kind braucht eine andere Dosis als ein Erwachsener. Natürlich ist in diesem Punkt auch die Pharmaindustrie gefordert. Gesamt gesehen hängt bei dieser Thematik viel zusammen.

Warum sind Ihrer Meinung nach Kinderärzte Mangelware?

Vielleicht weil die Anreize der Honorierung nicht so gut sind?

Was genau ist mit dem Gesundheitsbonus bei den SV gemeint?

Der Gesundheitsbonus soll im Sinne der Prävention die Eigenverantwortung der Patienten stärken. Die SVA hat beispielsweise vor mehreren Jahren ein System eingeführt, bei dem der Selbstbehalt um die Hälfte reduziert wird, sofern im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung gewisse Gesundheitsziele (z.B. Gewichtskontrolle) erreicht werden.

Ein weiterer Punkt im Regierungsprogramm ist der sogenannte „Facharzt für Allgemeinmedizin“…

Den Facharzt für Allgemeinmedizin gibt es beispielsweise in Deutschland. Die Ausbildung beinhaltet dort eine stationäre Basisweiterbildung in der Inneren Medizin und eine Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung. Ob dieses Modell auch für Österreich geeignet ist, muss noch geprüft werden, ebenso wie die hierfür notwendigen Voraussetzungen und Qualifikationen. Diese Diskussion im Medizinstudium gibt es schon sehr lange. Hierbei geht es um die Gleichstellung mit den Fachärzten. Man muss nur aufpassen, dass sich die Ausbildung durch diese Idee nicht verlängert. Ein Aspekt, der mir hierbei persönlich wichtig ist, ist die Lehrpraxenfinanzierung. Dies muss unbedingt geregelt sein. Mitte Februar gab es zu diesem Thema eine eigene Pressekonferenz. Der zukünftige Allgemeinarzt soll nicht nur im Spital lernen, wo es auch sehr viel um die Institutionsabläufe geht, sondern auch in einer Arztpraxis eine gewisse „Lehre“ erhalten, daher auch der Begriff „Lehrpraxis“. Ich glaube, dass dieser Punkt sehr wichtig ist. Meiner Meinung nach steigert dies die Effizienz zwischen intra- und extramuralen Bereich.

Mittlerweile gibt es auch immer mehr Privatuniversitäten im Medizinbereich. Viele Akademiker finden diese Entwicklung suboptimal. Wie sehen Sie das?

Private Universitäten für Medizin gibt es ja auch bereits in Österreich. Ich hatte vor einigen Tagen den Rektor der Medizinuni Wien als Gast. Hier haben wir genau über diesen Punkt gesprochen. Das sind einfach neue Herausforderungen. Ich würde sagen, für beide. Ein gewisser Wettbewerb schadet in der Wissenschaft nicht, aber man muss auch sicherstellen, dass die Qualitätsstandards vorhanden sind und eingehalten werden.

International sind diese medizinischen Hoch- und Privatschulen immer populärer. Die alten Institutionsarten scheinen passé.

Das stimmt absolut und mir tut es immer leid. Die medizinische Schule hatte früher einen Stellenwert, jetzt ist es leider nicht mehr so.

Nächster Punkt im Programm sind die Disease Management Programme. Welche DMPs sollen ausgebaut werden, welche sind noch angedacht.

Die Stärkung der integrierten Versorgung bei chronischen Krankheiten ist im Regierungsprogramm verankert. Es gibt so viele internationale Studien, die zeigen das DMPs (Disease Management Programme) sinnvoll sind und die aufzeigen, wo diese Programme sinnvoll einzusetzen sind. Gerade die DP-Tests sind in erster Linie bei Diabetes, Herzinsuffizienz, anderen koronaren Erkrankungen oder Lungenerkrankungen wie COPD einzusetzen. Dies sind die klassischen DMPs, welche sinnvoll sind. Bei anderen Erkrankungen macht dies weniger Sinn, dies sieht man auch in den internationalen Forschungen und Bestrebungen.

Qualität in der Langzeitpflege

- Wie möchten Sie die Finanzierung der Langzeitpflege und Langzeitbetreuung sicherstellen, damit österreichweit, extra- und intramural, die gleiche sehr gute Qualität gewährleistet ist?

Langzeitpflege stellt einen wichtigen Bereich für rund 450.000 Bezieher von Pflegegeld dar. Im Wesentlichen handelt es sich bei der Finanzierung aber um eine Aufgabe der Länder. Mir ist wichtig, dass eine flächendeckende und bedarfsorientierte Pflege sichergestellt wird, bei der die Bedürfnisse und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen auf jeden Fall im Vordergrund steht. Damit auch die Qualität in der häuslichen Pflege gesichert wird, erfolgen jährlich rund 20.000 Hausbesuche durch diplomierte Pflegefachkräfte bei Bezieher/-innen von Pflegegeld mit dem Ziel Informationen, Beratung und Pflegetipps zu geben.

Im Regierungsprogramm steht auch „Case-Management als Lösungsweg mit Lotsenfunktion". Was kann man sich darunter vorstellen?

Das Casemanagement ist vor allem in der Langzeitpflege ein wichtiges Instrument. Die Zuständigkeit liegt bei den Ländern, es kann aber aus Mitteln des Pflegefonds gefördert werden. Dies wäre für mich auch ein Part einer „Gemeindeschwester", wenn sie so wollen. Sie könnte eine gewisse Lotsenfunktion übernehmen. Was hier gemeint ist, ist das Telefon-Triage-System.

Könnten sie sich vorstellen, dass diese Gemeindeschwester eine eigene Ordination hat?

Nein, das stelle ich mir anders vor. Für mich steht hier die interdisziplinäre Zusammenarbeit in PHCs im Vordergrund. Hier könnten alle im Netzwerk zusammenarbeiten. Mit „alle" meine ich nicht nur die Pflege, sondern wirklich alle Gesundheitsberufe, also auch die Logo- und Ergotherapeuten, Hebammen etc.

Und in den Regionen ohne PHCs?

Hier gilt es, ein Netzwerk zu schaffen. Eine wichtige Rolle spielt hierbei die Telemedizin. Die Digitalisierung bietet uns neue und viele Möglichkeiten, die Versorgung in schwächeren Regionen zu sichern. Auch im Pflegebereich könnte man mit diesem Werkzeug viel etablieren.

„Pflegende Angehörige", wie werden Sie diese Gruppe unterstützen?

Personen, die einen Angehörigen pflegen, haben Respekt und Anerkennung verdient. Ich schätze die Arbeit, die von den Pflegenden tagtäglich geleistet wird. Daher ist es mir auch wichtig, dass diese entlastet werden. Einerseits erhalten pflegende Angehörige im Rahmen der ,,Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege" im Zuge von Hausbesuchen durch diplomierte Pflegefachkräfte

aktuelle Informationen und Tipps für die Pflege. Auf der anderen Seite ist es aber auch wichtig, den Angehörigen in dieser psychisch belastenden Situation eine psychologische Unterstützung anzubieten. Zukünftig sollen auch die Angebote zur Erholung, aber auch Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit für pflegende Angehörige ausgebaut werden. Die pflegenden Angehörigen haben noch weitere Herausforderungen zu meistern. Da ist zum Beispiel der berufliche Kontext, wie sie ihren Lebensalltag und den der zu Pflegenden arrangieren. Damit sich diese vulnerable Gruppe eine Auszeit nehmen kann, müssen neue Möglichkeiten geschaffen werden. Ein weiterer Punkt ist die Informationsmöglichkeit. Dies fängt bei den Patientenrechten an und geht über die Informationen, wo ich welche Unterstützung erhalten kann. Nur so können pflegende Angehörige Kraft sammeln und dann wirklich ihre Liebsten unterstützen.

In der Wahl wurde der Pflegeregress abgeschafft. Für mich ist das sehr interessant, da ich dahinter keine Finanzierungskonzepte erkennen konnte. Was sagen Sie als Controllerin zu solchen „Wahlgeschenken“?

Ich gebe Ihnen recht, für mich ist das auch sehr interessant. Es wurde gesetzlich sehr schnell oder zu schnell geregelt. Bei diesem Punkt haben wir die Herausforderung, dass die Länder uns eigentlich nicht sagen „Wie viel macht es denn aus“. Der Finanzminister und ich warten hier auf die konkreten Berechnungen der Mehrkosten seitens der Länder Zahlen.

Menschen wollen lieber zu Hause gepflegt und betreut werden. In diesem Bereich arbeiten immer weniger Menschen, da die Berufe immer unattraktiver werden. Auch wenn die 24 Stunden Betreuung nicht zur Pflegeprofession gehört, ist sie ein wichtiger Bestandteil in unserem Gesundheitswesen. Wie sehen sie das?

Auch die Betreuung nimmt eine wichtige Rolle war. Es ist nicht die klassische Pflege im engeren Sinn, aber es ist eine Betreuung, die wirklich notwendig ist.

Gibt es Ideen zum Thema 24-Stunden-Betreuung?

Ja, zu diesem Thema arbeiten wir schon mit der Wirtschaftskammer zusammen. Wir wollen für die Agenturen Qualitätsstandards und Gütesiegel, die gemeinsam erarbeitet werden. Auch die Wirtschaftsministerin befürwortet dieses Unterfangen. Als erster Punkt stehen die Agenturen im Fokus, in weiterer Folge möchten wir die BetreuerInnen unterstützen. Gerade die Kommunikation steht hier als oberstes Ziel, welche durch Deutschkurse verbessert werden soll. Die Wirtschaftskammer ist bei diesem Punkt schon sehr initiativ, z.B. gibt es in der Slowakei bereits Deutschkurse vor Ort, die Betreuungspersonen angeboten werden.

Was sind Ihre nächsten Pläne für das Gesundheitswesen?

Der erste Punkt, der sich gerade in Umsetzung befindet, ist die Notfallsicherung. Hier haben wir große Herausforderungen. Im Fokus sind hier derzeit die Ärzte im Spitalsraum. Sie brauchen einfach mehr Spielraum und müssen auch die Option haben, im Notdienst fahren zu können. Dies ist nicht nur in Wien, sondern ein österreichweites Thema. Die Spitalsärzte wollen das, aber die Ärztekammer sieht das in manchen Dingen etwas anders. Es ist wie so oft, dass die Ärzte das anders sehen als die Ärztekammer. Die Notfallsicherung ist ein wichtiger Bestandteil in der Versorgung und wir müssen uns diesen Bereich noch weiter ansehen. Das Wichtigste ist, die Gesundheitsversorgung zu sichern und die Wartezeiten zu reduzieren. Wir wollen den „Spitalskompass“ und „kliniksuche.at“ zusammenfassen, um mehr Transparenz für den Patienten zu schaffen. Ich sehe dies als einer meiner wichtigsten Herausforderungen. Der Bürger bzw. der Patient soll spüren, dass er in unserem Gesundheitssystem sicher ist. Dass er, wenn er etwas braucht, auch entsprechend medizinisch und pflegerisch versorgt ist.

Nun würde mich noch ein wenig, die Person „Mag. Hartinger-Klein“ interessieren. Sie wurden von der „Controllerin“ zur „Bundesministerin für Gesundheit und Soziales“. Wie kommt eine Controllerin auf einen solchen Wechsel?

Weil sie etwas verändern will.

Was hat Sie dazu bewogen, ins Gesundheitswesen zu gehen?

Ich habe Sozial- und Wirtschaftswissenschaften studiert. Eigentlich hatte ich auch gar nicht vor, im Gesundheitswesen zu landen. Man kann auch sagen, es war eher ein Zufall, doch gibt es im Leben wirklich solche „Zufälle“? Mein Weg führte mich in die steirische Krankenanstalten GesmbH. Hier wurde ich Leiterin der internen Revision. Aus dieser Zeit habe ich viel Erfahrungen für weitere Herausforderungen mitgenommen. Für mich war aber schon viel früher klar, dass ich mehr wollte, als reines Finanzcontrolling. Fragen wie „Wie kann ich sehen,

dass die Dinge beim Menschen ankommen?“, „Wie kann man die Primare unterstützen?“, „Wie kann man die Pflege unterstützen?“ waren für mich stets essenziell. Es geht nicht nur um Finanzcontrolling, sondern um den Menschen an sich. Das ist das, was ich gerne mache und sich komplett durch meinen Lebenslauf zieht. Ich begleitete diese Thematik schon an so vielen verschiedenen Stellen. Durch diese Reise in der Gesundheitslandschaft kenne ich sämtliche Systempartner sehr gut und weiß dadurch auch, wo man wirklich ansetzen kann.

Ihr Gatte ist ein bekannter Pflegeethiker, der auch in diversen Einrichtungen unterrichtet. Gibt es bei Ihnen dadurch regelmäßig Diskussionen über Pflegethemen?

Ja natürlich, schließlich sind das Themen, die bewegen. Wir führen darüber intensive Diskussionen. Mein Mann kann philosophieren und ich bin die Maßgebliche (lacht). Es geht nicht, Diskussionen außen vor zu lassen. Dazu sind wir beide in unseren Bereichen viel zu engagiert, da würde ein „Stillschweigen“ gar nicht funktionieren.

Bisher haben Sie noch keine Interviews gegeben. Sie haben mich heute wirklich sehr überrascht.

Sie sehen, auch wenn ich noch keine Interviews im Gesundheitsbereich gegeben habe, habe ich schon einige Maßnahmen gesetzt.

Was wollen Sie unseren Pflegepersonen in Österreich noch mit auf den Weg geben?

Ohne Pflege geht gar nichts.

Und der Ärzteschaft?

Wertschätzung ist ein Thema, das allen entgegengebracht werden muss.

Ich danke wirklich allen Gesundheitsberufen sehr, dass sie am Patienten arbeiten und dem Patienten dienen, weil dies eine absolute Herausforderung ist. Ich beneide wirklich niemanden um diese Aufgabe und möchte wirklich meine Hochachtung aussprechen.

Autorin: Elisabeth Blunier
Sprache: Deutsch
Verlag: Hogrefe Verlag
Seitenumfang: 384 Seiten
ISBN: 978-3456858302

Lehrbuch Pflegeassistenz
6. vollständig überarbeitete Neuauflage

Das erfolgreiche Praxislehrbuch für Pflegeassistentinnen und -assistenten in der Akut- und Langzeitpflege bietet die wesentlichen pflegerischen Inhalte für die Ausbildung zur Pflegeassistenz . Es vermittelt ein Verständnis professioneller Pflegehandlungen und entspricht den Aufgaben und Anforderungen, die die Pflegeassistenz gestellt werden. Die Sprache ist bewusst einfach und praxisnah gehalten. Zentrale Begriffe werden kurz und knapp auf den Punkt gebracht. Alle wichtigen Handlungsabläufe werden schrittweise und nachvollziehbar beschrieben und mit farbigen Abbildungen veranschaulicht. Der Grundlagenteil führt in Pflegemodelle, Pflegeprozess, -dokumentation, Beobachten und Wahrnehmen, die Rolle des Berufsgeheimnisses, sexuelle Belästigung, Ethik sowie Menschen- und Patientenrechte ein. In den nachfolgenden Kapiteln werden die Themen und Aktivitäten des Lebens wie Atmen, Ausscheiden, Essen und Trinken, Bewegen, Kleiden, Kommunizieren, Körperpflege, Körpertemperatur regulieren bis hin zu Spielen und Arbeiten, Schlaf und Sexualität sowie Sicherheit mit den notwendigen Hilfestellungen durch die Pflegeassistentin dargestellt. Im abschließenden Teil wird eine Einführung in anatomische Strukturen und physiologische Funktionen gegeben. Das Glossar macht zentrale Fachbegriffe leicht verständlich.

Persönliches Fazit

Durch den Skill&Grade-Mix gibt es einen steil wachsenden Bedarf an Assistenzkräften im Gesundheitswesen. Während in Österreich die Pflegeassistenz ein schon seit vielen Jahren implementierter Beruf mit einheitlicher Ausbildung ist, gibt es in Deutschland von Bundesland zu Bundesland große Unterschiede. Immer mehr Tätigkeiten werden an Assistenzberufe delegiert. Umso wichtiger ist es ein gut fundiertes Buch auf den Markt zu bringen, welches besonders für Berufsanfänger geeignet ist. Das „Lehrbuch Pflegeassistenz“ ist eine solche Publikation. 14 übersichtliche Kapitel, die sich mit den zentralen Wissensthemen in der Pflege beschäftigen, werden einfach und gut aufbereitet der Leserschaft vermittelt. Auf nahezu jeder Seite hat man die Option in einem eigenen „Notizenfeld“ Anmerkungen hinzu zu schreiben. Dies erleichtert das Lernen um ein Vielfaches, da Platz für individuelle Zusätze ist. Sprachlich ist das Werk genau richtig, um für die Ausbildung zu einem Assistenzbereich als Lehrbuch zur Seite zu stehen und ist dadurch wirklich empfehlenswert! (MG)

verstehen & pflegen 1-4
4.Auflage

Vom Frühgeborenen bis zum alten Menschen – die von Pflegeexpertinnen und -experten geschriebene Reihe „verstehen & pflegen“ vermittelt Ihnen das gesamte Wissen, das Sie brauchen, um Menschen jeden Alters professionell zu pflegen. Die vier (auch im Set erhältlichen) Bände decken die unterschiedlichen Handlungsfelder der Pflege optimal ab:

Band 1: Grundlagen beruflicher Pflege
Band 2: Wahrnehmen und Beobachten
Band 3: Pflegerische Intervention
Band 4: Prävention und Rehabilitation

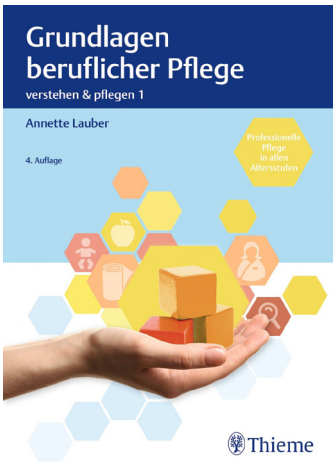
- Alle Inhalte sind leicht verständlich und praxisnah für Sie aufbereitet, so fällt auch das Lernen komplexer Themen leicht!
- Viele Beispiele aus der Pflegepraxis ermöglichen den Transfer theoretischer Inhalte in den Pflegealltag.
- Zusammenfassungen in jedem Kapitel erleichtern das Lernen und Wiederholen wichtiger Inhalte.
- Literaturverweise am Ende jedes Kapitels geben Hinweise zum vertiefenden Nachlesen und erleichtern den Einstieg in das wissenschaftliche Arbeiten.

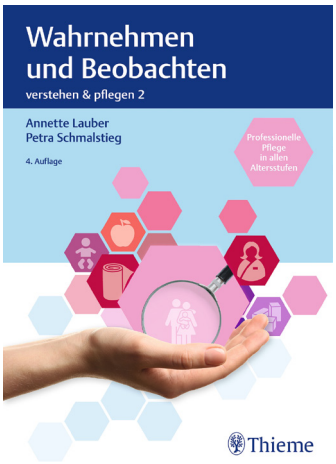
Neu in der vierten Auflage: Aktualisierung aller Inhalte und Berücksichtigung der aktuellen Pflegediagnosen. Durch das optimierte Layout mit verbesserter Leseführung macht das Lernen mit „verstehen & pflegen“ noch mehr Spaß!

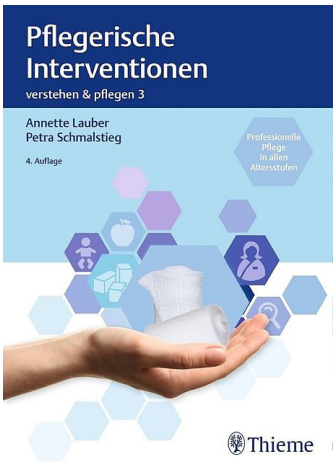
Persönliches Fazit

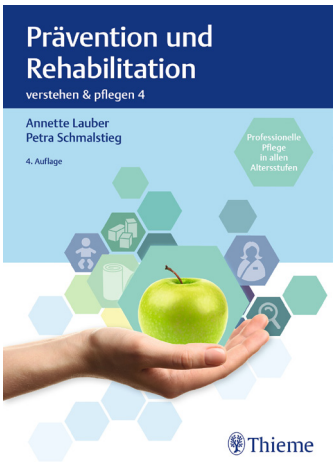
Das Handlungsfeld „Pflege“ ist mittlerweile so weitläufig, dass ein einziges Buch allein für das Grundverständnis des professionellen Handelns nicht ausreicht. Dies war wahrscheinlich ein Grund für die beiden HerausgeberInnen ein solch umfassendes Werk herauszugeben. Die Büchersammlung startet mit dem geschichtlichen Hintergrund des Pflegeberufes, einfachen Erklärungen über Pflegetheorien und endet mit den ethischen Grundsätzen der Pflegepraxis. Das zweite Buch schärft den Blick der angehenden Pflegefachkräfte in Bezug auf Gesundheit und Krankheit. Hier werden auch immer wieder die Denkansätze der Pflegewissenschaft pädagogisch aufbereitet und dargestellt. Teil drei bietet ein wunderbares Sammelsurium an pflegerischen Basisinterventionen zu diversen Handlungsfeldern. Hierbei werden immer wieder Expertenstandards präsentiert, wichtige Punkte durch Merkkästchen hervorgehoben und Definitionen simpel wiedergegeben. Zu guter Letzt folgen die Prophylaxen und Präventionen, die in der Pflege zum Einsatz kommen. Diese vier Bücher bieten einen idealen Überblick, wie vielfältig die Profession „Pflege“ den Lebensalltag meistert. Für den Unterricht in der Gesundheits- und Krankenpflege auf jeden Fall sehr zu empfehlen! (MG)

Herausgeberinnen: Annette Lauber, Petra Schmalstieg
Sprache: Deutsch
Seiten: 1828 Seiten
Verlag: Thieme Verlag
ISBN: 978-3132406438









DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
PFLEGEWISSENSCHAFT e.V.

DGP-SEKTIONSTAG 2018

13.04.2018
Hochschule für Gesundheit
Bochum

Fotocredit: hsg/Wicisk

DGP-Sektionstag 2018

In diesem Jahr findet erstmalig ein DGP-Sektionstag statt. Mit diesem neuen Format soll eine Möglichkeit geschaffen werden, die Arbeitsergebnisse der einzelnen Sektionen für ein erweitertes Publikum sichtbar zu machen. Die Sektionsarbeit ist ein wesentliches Element der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, da hier die themenbezogene Arbeit erfolgt. Dazu sind die einzelnen Sektionen inhaltlichen Schwerpunkten zugeordnet zu denen aktuell gehören:

- Bereich **Klinische Pflege**
- Bereich **Lehre und Bildung**
- Bereich **Pflege und Gesellschaft**
- Bereich **Theorie und Methodologie**

Insgesamt arbeiten 11 Sektionen zu verschiedenen Themenfeldern. Für den Bereich der Klinischen Pflege sind dies die Sektionen „Onkologische Pflegeforschung", „Pflege des Kritisch Kranken Menschen", „BIS – Beratung, Information, Schulung" und „Pflegephänomene". Für den Bereich Lehre und Bildung arbeiten die Sektionen „Hochschulische Pflegewissenschaft", „Bildung" und neu hinzugekommen die Sektion „Hochschulische Pflegeausbildung". Den Bereich Pflege und Gesellschaft besetzen die Sektionen „Historische Pflegeforschung", „Psychiatrische Pflegeforschung" sowie „Entwicklung und Folgen von Technik und Informatik in der Pflege". Im Bereich Theorie und Methodologie ist die Sektion „Forschungsmethoden" aktiv.
Zielgruppen dieses neuen Formates sind zum einen die Mitglieder der Sektionen selbst sowie weitere Interessierte, die sich über die inhaltliche Arbeit der DGP informieren und mitdiskutieren möchten. Das Programm dieses Tages wird von den Sektionen gestaltet.

Herzliche Einladung!
Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft

Kontakt

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.
Geschäftsstelle
Bürgerstr. 47, 47057 Duisburg
Telefon: +49 203 356793
Fax: +49 203 3634710
E-Mail: info@dg-pflegewissenschaft.de
http://dg-pflegewissenschaft.de

Um Anmeldung per E-Mail wird bis zum 31.03.2018 gebeten.
Tagungsbeitrag: DGP-Mitglieder / Studierende 20 €, Nichtmitglieder 40 €, Referent(inn)en frei

Anfahrt

Hochschule für Gesundheit
University of Applied Sciences
Gesundheitscampus 6-8
D-44801 Bochum

Hinweise zur Anreise mit dem PKW oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln unter:
https://www.hs-gesundheit.de/de/thema/die-hochschule/ueber-uns/anfahrt/

PROGRAMM

© vege – fotolia.com | © Chinnapong – Shutterstock.com | © ALEKSII CHEBONENKO – Shutterstock.com | © Sektion BIS – DG Pflegewissenschaft | © Ravpixel.com – Shutterstock.com

11:00 h

Begrüßung

Renate Stemmer
DGP-Vorstandsvorsitzende, Katholische Hochschule Mainz

Tanja Segmüller
Hochschule für Gesundheit, Bochum

11:30 h

Qualität in der Pflege – welche Rolle spielen dabei Leitlinien und Standards?

Erika Sirsch
stellvertretende DGP-Vorsitzende, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar

12:00 h

Kollegiale Beratung

Sektion BIS – Beratung, Information, Schulung

Tanja Segmüller
Sektionssprecherin, Hochschule für Gesundheit Bochum

12:30 h

Herausforderungen der hochschulischen Pflegeausbildung

Sektion Hochschulische Pflegeausbildung

Klaus Müller
Sektionssprecher, Frankfurt University of Applied Science

13:00 h

Mittagspause

14:00 h

WORKSHOP 1

Relevanz der Geschichtswissenschaft für die Pflegewissenschaft – vom Nutzen der Geschichte für die Pflege

Sektion Historische Pflegeforschung

Andrea Thiekötter
Sektionssprecherin, Fliedner Fachhochschule Düsseldorf

Anne Kellner
Katholische Hochschule Freiburg

WORKSHOP 2

Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik

Sektion Bildung

Anja Walter
Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg

Roland Brühe
Katholische Hochschule Köln (KatHO NRW)

15:00 h

Die Methode des kognitiven Interviews am Beispiel des Fragebogens zur Messung von Health Literacy (HLS-EU Q16)

Sektion Forschungsmethoden

Annett Horn
stellvertretende Sektionssprecherin, Universität Bielefeld

Miriam Mashkoori
Universität Bielefeld

15:30 h

Abschluss des Sektionstages

Kaffeepause

Der Vorstand lädt ab 16:00 bis 18:00 Uhr zur Mitgliederversammlung mit Vorstandswahl ein.

Tag der Pflegenden

Gemeinsam vernetzt in die Zukunft

DO 24. Mai 2018
ab 8.30 Uhr

Landhaus 1
Zugang
Meraner Straße 4
6020 Innsbruck

tirol Unser Land

fh g

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

UMIT
the health & life sciences university

St. Anna
Kinderkrebs
Forschung
DER KREBS HAT ANGST VOR MIR
HELFEN SIE MIT IHRER SPENDE IM KAMPF GEGEN KINDERKREBS.
BANK AUSTRIA
IBAN: AT79 1200 0006 5616 6600
BIC: BKAUATWW
KINDERKREBSFORSCHUNG.AT
SOPHIE S.
KINDERKREBSPATIENTIN

Pflegeassistenz praxisnah auf den Punkt gebracht

Elisabeth Blunier

Lehrbuch Pflegeassistenz

6., überarbeitete und aktualisierte Auflage 2017
384 Seiten, 227 Abbildungen, 40 Tabellen, gebunden
€ 34,95 / CHF 45.50
ISBN 978-3-456-85830-2
Auch als eBook erhältlich

Das erfolgreiche Praxislehrbuch für Pflegeassistentinnen und -assistenten in der Akut- und Langzeitpflege bietet die wesentlichen pflegerischen Inhalte für die Ausbildung zur Pflegeassistenz. Es vermittelt ein Verständnis professioneller Pflegehandlungen und entspricht den Aufgaben und Anforderungen, die an die Pflegeassistenz gestellt werden. Die Sprache ist bewusst einfach und praxisnah gehalten. Zentrale Begriffe werden kurz und knapp auf den Punkt gebracht. Alle wichtigen Handlungsabläufe werden schrittweise und nachvollziehbar beschrieben und mit farbigen Abbildungen veranschaulicht.

Der Grundlagenteil führt in Pflegemodelle, Pflegeprozess, -dokumentation, Beobachten und Wahrnehmen, die Rolle des Berufsgeheimnisses, sexuelle Belästigung, Ethik sowie Menschen- und Patientenrechte ein. In den nachfolgenden Kapiteln werden die Themen und Aktivitäten des Lebens mit den notwendigen Hilfestellungen durch die Pflegeassistentin dargestellt. Im Einzelnen werden die Aktivitäten des Lebens, wie Atmen, Ausscheiden, Essen und Trinken, Bewegen, Kleiden, Kommunizieren, Körperpflege, Körpertemperatur regulieren bis hin zu Spielen und Arbeiten, Schlaf und Sexualität sowie Sicherheit beschrieben. Im abschließenden Teil wird eine Einführung in anatomische Strukturen und physiologische Funktionen gegeben. Das Glossar macht zentrale Fachbegriffe leicht verständlich.

Schule für allgemeine
Gesundheits- und Krankenpflege
und medizinische Assistenzberufe
ST. PÖLTEN

Weiterbildung Pflege bei Demenz im Akutkrankenhaus

gem. BGBl. II Nr. 453/2006 GuK-WV

28.05.2018 bis 06.06.2019

Zielgruppe: Pflegedienstleitungen, Stationsleitungen/Stv. sowie allg. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, sowie Ärzte

Anmeldeschluss: 30.04.2018

Präsenzzeit theoretische und praktische Ausbildung 32 Tage

Anmeldungen:
Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
am Universitätsklinikum St. Pölten

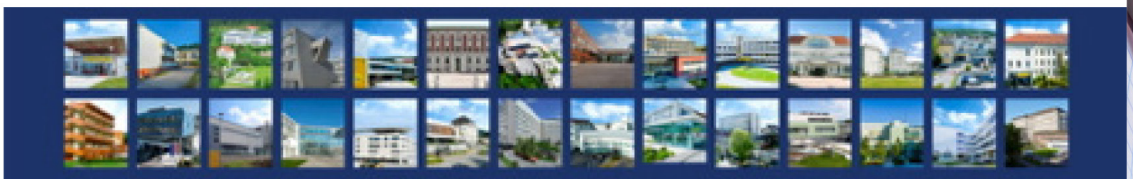
3100 St. Pölten, Matthias Corvinus-Str. 26

T: 02742/9004/63 661
Fax: 02742/9004/63 690

E-mail: gukps@stpoelten.lknoe.at

Landeskliniken-Holding
IHRE GESUNDHEIT. UNSER ZIEL.

KARL LANDSTEINER
PRIVATUNIVERSITÄT FÜR GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN



Wenn Pflege netzwerkt..

3. Pflegesymposium Pflege Professionell

Herbst 2018