Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Herbst 2023

University of
Applied Sciences
Krems

FROM PIONEERS TO LEADERS

Angewandte Gesundheitswissenschaften

„Für alle, die eine nicht-ärztliche Gesundheitsausbildung abgeschlossen haben und sich auf akademischem Niveau weiterqualifizieren möchten. Von der Nutzung neuer digitaler Technologien über die Integration gesundheitsrelevanter Innovationen bis zur Führung eines interdisziplinären Teams und dem Einsatz von Tele- und E-Health."

Prof.(FH) Hanna Köttl, PhD, MSc / Studiengangsleiterin

- *2 Jahre (120 ECTS) / Berufsbegleitend*
- *Studienbeitrag: 363 Euro/Semester (EU)*
- *Abschluss: Master of Science in Health Studies*
- *Studienstart: Oktober 2024*

www.imc.ac.at

IMC. It's all in me.

Themenbereich

03 Editorial
Präsidentin Mag.ª Ulrike Prommer

05 biomed austria
Präsidentin Sylvia Handler, MBA

07 Biomedizinische Analytiker*innen im Spannungs feld von Multiprofessionalität, Fachkräftemangel und Perspektivenwandel im Gesundheitswesen
Geschäftsführerin Mag.ª Birgit Luxbacher BSc MSc

11 Verband der Diätologen Österreichs
Präsidentin Prof.in Andrea Hofbauer, MSc, MBA

15 Ergotherapie Austria
Präsidentin Marion Hackl

17 Der ergotherapeutische Beitrag für mehr Gesundheit(skompetenz) in Österreich
Christina Wagner, MSc

21 Fachhochschulkonferenz
MMag.ª Bettina Schneebauer

25 Österreichisches Hebammengremium
Präsidentin Gerlinde Feichtlbauer MSc

25 Schwangerenvorsorge durch Hebammen
Präsidentin Gerlinde Feichtlbauer MSc

31 Österreichische Ärztekammer
Dr. Klaus Rubin

33 MTD-Austria
Präsidentin Mag.ª Gabriele Jaksch

35 Klima wandelt Gesundheit: Klimakompetenzen in den Gesundheitsberufen
Präsidentin Mag.ª Gabriele Jaksch

36 Einbindung der MTD-Berufe in den Eltern-Kindpass gefordert
Präsidentin Mag.ª Gabriele Jaksch

39 ÖGKV
Präsidentin Mag.ª Elisabeth Potzmann

41 Pflegereform in Österreich: Die Politik der kleinen Schritte
Präsidentin Mag.ª Elisabeth Potzmann

45 orthoptik austria
Präsidentin Mag.ª Romana Weidinger

47 Warum auch Erwachsene in die Orthoptik kommen
Präsidentin Mag.ª Romana Weidinger

51 Physio Austria
Präsidentin Constance Schlegl, MPH

53 Neuer Karrierepfad möglich

55 BÖP
Präsidentin Univ.Prof.in Dr.in Beate Wimmer-Puchinger

57 Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
Präsidentin Mag.ª Barbara Haid MSc

59 Die Kraft des WIRS hilft Patient:innen und Behandler:innen
Präsidentin Mag.ª Barbara Haid MSc

61 Berufsfachverband für Radiotechnologie Österreich
Präsidentin Sabine Weissensteiner MA

Pflegegeschichte

64 Der lange Weg zur Etablierung der Pflegewissenschaft an österreichischen Universitäten
Univ.Prof.in Dr.in Elisabeth Seidl
MMag.ª Dr.in Ilsemarie Walter

Bildung und Management

71 Gedächtnistraining und digitale Therapien für Menschen mit Vergesslichkeit
Prof. (FH) Markus Golla BScN MScN
Katharina Hehenberger BSc MSc
Mag.ª Dr.in Elisabeth Dokalik-Jonak

77 Fortbildungsverpflichtung der Pflegeberufe in Österreich
Dr. German Quernheim

IMPRESSUM

Medieninhaber
Prof- (FH) Markus Golla, BScN, MScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at
ATU62723645

Herausgeber
Prof. (FH) Markus Golla, BScN, MScN

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat
Prof. (FH) Markus Golla BScN MScN & Mag. Katrin Schützenauer

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Prof. (FH) Markus Golla, BScN, MScN

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) peopleimages.com
(C) 2023 Prof. (FH) Markus Golla, BScN, MScN

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

Christoph Zulehner

MESH – Die Evolution der Zusammenarbeit

Warum vernetzte Kompetenz mehr ist als bloße Kooperation

SACHBUCH

Springer

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Leserinnen und Leser,

Das Gesundheitswesen ist seit vielen Jahren im Wandel und steht durch die demografische Entwicklung und die derzeitigen Strukturen vor großen Herausforderungen. Es sind alle Gesundheitsberufe, die als Säulen diesen Bereich stützen, am Leben erhalten und unserer Gesellschaft ein Sicherheitsnetz für Situationen bietet, die nicht alltäglich sind. Als Ausbildungsstellen der meisten Gesundheitsberufe stehen die Fachhochschulen & Universitäten all diesen Bereichen zur Seite, entwickeln sich nach den Bedürfnissen der Berufsgruppen und versuchen hier ein Bindeglied zwischen Ausbildung und Forschung zu sein. Es freut mich sehr diese interprofessionelle Ausgabe mit ein paar Worten eröffnen zu dürfen.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist die Grundlage für ein funktionierendes Gesundheitsuhrwerk. Jedes Zahnrad greift in das andere über, denn würde hier in der Uhr nur ein einziges fehlen, wäre dies das Ende der Uhr. So ist die Zusammenarbeit am Gesundheitssektor. Es spielt dabei keine Rolle, in welchen Bereich man hierbei hineinblickt. Die Qualität, Professionalität und Sicherheit der Patient:innen ist wirklich in allen Berufen oberste Prämisse, die sich rasant weiterentwickelt. Gerade diesen Berufen gilt es Augenmerk zu schenken, denn hier gibt es keine Pause. 24/7 arbeitet dieses Uhrwerk der Gesundheit, denn nur so kann eine Gesellschaft aufrecht erhalten werden, wenn es um Krankheit, Gesundheit, Tod und Leben geht. Blickt man in andere Länder erkennt man, dass wir in Österreich einen sehr hohen Standard unser Eigen nennen dürfen, der aber trotzdem Stillstand kennt.

Diese gemeinsame Ausgabe der Gesundheitsberufe, Verbände und Kammern soll ein interprofessionelles Zeichen sein, welches durch den großen Kongress in Krems 2024 fortgeführt wird. Wir bedanken uns sehr herzlich bei allen Akteur:innen für ihren Beitrag.

Viel Spaß beim Lesen
Ulrike Prommer

Mag.ª Ulrike Prommer
Vorsitz Hochschulleitung IMC FH Krems
Präsidentin der Fachhochschulkonferenz (FHK)

biomed austria

Berufsverband Biomedizinischen AnalytikerInnen Österreichs

Sylvia Handler, MBA

Präsidentin biomed austria - Berufsverband der Biomedizinischen AnalytikerInnen Österreichs

Wo sehen Sie derzeit die Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Biomedizinische Analytiker*innen sind schon sehr lange ein Mangelberuf. Bereits über viele Jahre können viele freie Stellen nicht besetzt werden. Das erhöht den Druck auf die Berufsangehörigen enorm und sorgt auf dafür, dass Berufsangehörige den Beruf verlassen. Alle Maßnahmen der Politik im Bereich der Gesundheit werden sehr viel auf die Bedürfnisse der Ärzte und Pflege angepasst. Als MTD Berufsangehöriger bzw. als Biomedizinische Analytiker*innen, die so und so eher im Hintergrund ohne Wahrnehmung der Patienten*innen arbeiten, fühlt man sich da wenig bis gar nicht gehört und vernachlässigt. Unser Berufsgesetz ist 30 Jahre alt und zB die genetischen Methoden sind in diesem gar nicht verankert, obwohl sie jetzt in der Pandemie eine Hauptrolle gespielt haben. Wir hadern auch immer wieder mit der mangelnden Präsenz in den Medien und in der Bevölkerung. Es muss uns gemeinsam als Berufsgruppen gelingen, uns als Team rund um den Patienten*innen zu sehen und jede Berufsgruppe (inklusive Ärzte*innen) ist gleich wichtig. Das wird noch ein paar Generationen dauern, fürchte ich.

Was ist ihre Vision für die Berufsgruppe?

Biomedizinische Analytiker*innen sind allen Menschen in der Bevölkerung ein Begriff und jeder weiß, wie essentiell unsere Tätigkeiten für die Diagnose und Therapie sind. Ich wäre schon zufrieden, wenn dies zumindest von den anderen Player im Gesundheitsbereich so gesehen werden würde. Tatsächlich beruhen 80% der Diagnosen auf den Ergebnissen von Laborbefunden, gemacht von Biomedizinischen Analytiker*innen.

Wie gelingt die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen?

Indem wir alle auf Augenhöhe kommunizieren, uns wertschätzen und anerkennen, dass jeder seine spezifischen Aufgaben in einem Behandlungsprozess hat, die nur diese Berufsgruppe in bester Qualität erledigen kann.

Wie könnte diese verbessert werden?

Antwort: In einer Änderung des Ärztegesetzes, dass diese ermächtigt, alles in der Medizin machen zu dürfen und zu können. Die Arbeitsteilung und Spezialisierung ist aus meiner Sicht im Gesundheitsbereich soweit fortgeschritten, dass niemand mehr alles kann. Ich halte tatsächlich die gesetzlich verschriebene Allmacht der Ärzte für überholt. Sie wird und kann auch so nicht mehr gelebt werden.

Bringt die Digitalisierung der Berufsgruppe eine Verbesserung in der Arbeitswelt?

Die Biomedizinischen Analytiker*innen sind und waren im Bereich der Digitalisierung immer

schon Vorreiter. Viele Auswertungen werden von und im Computer gemacht. Viele genetische Untersuchungen können nur mit Hilfe von Softwareprogrammen ausgewertet und befundet werden. Wir leben schon länger die Vorteile einer Digitalisierung. Und mit Verlaub handgeschriebene Fieberkurven oder händisch eingetragene Laborbefunden haben im 21. Jahrhundert nichts mehr verloren. Die Künstliche Intelligenz wird sicherlich einen Teil unserer Aufgaben übernehmen, aber bei vielen Tätigkeiten wird es trotzdem notwendig sein, dass ein Mensch aus Fleisch und Blut drüberschaut und die KI kontrolliert.

Was wünschen Sie sich für die Berufsgruppe?

Das die Biomedizinischen Analytiker*innen jenen Stellenwert im Gesundheitsbereich aber auch in der Gesellschaft bekommen, der ihnen auf Grund ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit zusteht. Das sich diese gemeinsam mit den Errungenschaften und Herausforderungen der Gegenwart (KI, geänderte Rahmenbedingungen, Mangel an Ressourcen, usw..) weiterentwickelt zu einem attraktiven Beruf der mehr Berufung ist. Biomedizinische Analytiker*innen sollen alle jene Tätigkeiten ausführen können, für die sie heute schon ausgebildet werden und nicht durch einerseits ein altes Berufsgesetz und anderseits durch ein einschränkendes Ärztegesetz in ihren Möglichkeiten beschränkt werden.

Bettina Maria Hojdelewicz

Der Pflegeprozess

Prozesshafte Pflegebeziehung

facultas 2021, 3., überarbeitete Auflage
176 Seiten, broschiert
EUR 24,90 (A) / EUR 24,20 (D) / sFr 31,– UVP
ISBN 978-3-7089-2109-9
e-ISBN 978-3-99111-338-6

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

(C) wangs

Biomedizinische Analytiker*innen im Spannungsfeld von Multiprofessionalität, Fachkräftemangel und Perspektivenwandel im Gesundheitswesen

Die moderne Gesundheitsversorgung ist zunehmend von einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz geprägt, bei dem verschiedene Gesundheitsberufe gemeinsam an der Diagnose, Behandlung und Betreuung von Patient*innen und Menschen mit gesundheitsbezogenen Anliegen arbeiten. Biomedizinische Analytiker*innen tragen mit ihrer Expertise zur Diagnose von Krankheiten, Identifizierung von Krankheitsursachen und Risikofaktoren bei, was wiederum zur Entwicklung wirksamerer Präventions- und Behandlungsstrategien führt. Sie sind maßgeblich daran beteiligt, neue diagnostische Verfahren zu entwickeln, medizinische Tests zu validieren und zu optimieren sowie Forschungsprojekte durchzuführen.

Dass Biomedizinischen Analytiker*innen eine Schlüsselfunktion im Gesundheitssystem zukommt, ist spätestens seit Corona unbestritten: Auf dem Höhepunkt der Pandemie wurden täglich hunderttausende PCR-Tests aus Nasen-Rachen-Abstrichen oder Gurgelflüssigkeit durchgeführt und ausgewertet, die meisten von Biomedizinischen Analytiker*innen – und trotzdem wird ihre Rolle nach wie vor oft unterschätzt. Als hochqualifizierte Diagnostiker*innen tragen sie dazu bei, die Treffsicherheit medizinischer Diagnosen zu erhöhen, die Patient*innenversorgung zu optimieren und damit auch die Effizienz des Gesundheitssystems zu steigern. Das betrifft auch die Kosteneffizienz: So zeigen beispielsweise Daten aus Pilotprojekten, vorwiegend aus dem skandinavischen Raum, dass die Kosten für labordiagnostische Maßnahmen überall dort gesenkt werden können, wo Biomedizinische Analytiker*innen maßgeblich mitentscheiden, welche Analysen sinnvoll und erforderlich sind. Hier spannt sich der Bogen von der Basisdiagnostik zur Stufendiagnostik, über die Vernetzung und Verfügbarmachung der erhobenen Daten bis hin zur statistischen Auswertung und Visualisierung der Diagnoseströme und -daten. Die Kosteneffizienz resultiert hier einerseits aus der aktiven Vermeidung nicht indizierter Mehrfachanalysen (Schlagwort: Anforderungsmanagement) und andererseits aus dem Zeitfaktor: Je schneller und barrierefreier die Analyseergebnisse zu jenen berechtigten Personen gelangen, die diese für Diagnose- und Therapieentscheidungen benötigen, desto schneller können Patient*innen und Personen mit gesundheitsbe-

zogenen Anliegen davon profitieren. Im weitesten Sinne geht es also um Big Data Management, digitalisiertes Nahtstellenmanagement, Datenschutz und Patient*innensicherheit.

Multiprofessionalität – mehr als ein Schlagwort?

Multiprofessionalität bedeutet für das Gesundheitswesen in erster Linie das bestmögliche Ausschöpfen von vorhandenen (und meist wenig bzw. nicht genutzten) Ressourcen, auf denen bei Biomedizinischen Analytiker*innen ein besonderes Augenmerk liegen sollte. Als hochspezialisierte und -ausgebildete Fachkräfte sind sie nicht nur wahre Allrounder*innen in klinisch-diagnostischen Laboratorien – von der qualitätsgesicherten Probengewinnung bis zum fertigen biomedizinisch-analytischen Befund inklusive Datenmanagement – sie sind auch in der Funktionsdiagnostik umfassend einsetzbar. Da die Funktionsdiagnostik eine Poolkompetenz unterschiedlicher Diagnostiker*innen (z. B. Radiologietechnolog*innen, Biomedizinische Analytiker*innen), Therapeut*innen (z. B. Logopäd*innen, Physiotherapeut*innen, Sportwissenschaftler*innen) und der Pflege darstellt, sehen wir als Berufsfachverband insbesondere hier ein bislang weitgehend ungenutztes Potenzial zur positiven Verstärkung multiprofessioneller Teamarbeit. Die prekäre Personalsituation in nahezu allen Bereichen des Gesundheitswesens unterstreicht nachdrücklich den Bedarf an Fachkräften, die sich unterschiedliche und vielseitige Kompetenzen auf hohem Ausbildungsniveau aneignen konnten und auch bereit sind, diese bedarfsorientiert in unterschiedlichen Settings einzubringen. Die jüngste Debatte um die stockende Umsetzung der so genannten Primärversorgungszentren (PVZ) ist ein gutes Beispiel dafür, wie das Potenzial der Biomedizinischen Analytiker*innen noch besser genutzt werden könnte, um Patient*innen und Personen mit gesundheitsbezogenen Anliegen schneller in etwaig erforderliche Diagnose- und Therapieprozesse zu bringen und die Früherkennung von Krankheiten zu verbessern. Wären Biomedizinische Analytiker*innen fest im Primärversorgungsteam verankert, könnten sie umfassende diagnostische Bluttests, wie sie praktisch für jede Abklärung von Gesundheitszuständen indiziert sind, direkt vor Ort durchführen. Somit würden sie für Patient*innen Wartezeiten reduzieren und es Ärzt*innen ermöglichen, fundierte Entscheidungen in Echtzeit zu treffen.

Fachkräftemangel – ein Turbo-Booster für überfällige Reformen?

Ein Hauptgrund dafür, dass Biomedizinische Analytiker*innen sich in der Funktionsdiagnostik, in der Primärversorgung und anderen Fachbereichen mit geringem Personalzulauf nicht in dem Maß entfalten können, wie ihre theoretischen und praktischen Fertigkeiten es nahelegen würden, ist ihr veraltetes Berufsgesetz. Das MTD-Gesetz, das die Grundlagen der Berufsausübung für alle sieben MTD-Berufe (Biomedizinische Analytik, Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie und Radiologietechnologie) regelt, stammt aus 1992 und bildet längst nicht mehr die realen Lebenswelten und Rahmenbedingungen dieser Berufe ab. Seit 2005, mit der Überführung der MTD-Ausbildungen in den tertiären Bildungssektor, wurden vonseiten der Gesundheitsminister*innen – aber auch maßgeblich von den beruflichen Interessenvertretungen der MTD-Berufe und dem gemeinsamen Dachverband MTD-Austria – immer wieder engagierte Anläufe unternommen, um die bereits damals dringend erforderliche Anpassung der berufsrechtlichen Rahmenbedingungen in Form einer umfassenden MTD-Gesetznovelle zu erreichen, die 2023 nun tatsächlich zur Umsetzung gelangen könnte. Die Chancen dafür standen noch nie so gut – und zwar deshalb, weil es um das Gesundheitssystem noch nie so schlecht bestellt war. Chronischer Personalmangel, Berufsausübung am Rande des Zumutbaren und letztendlich die Gefährdung von Patient*innen haben in den letzten drei Jahren wohl mehr Dynamik in die jahrzehntelang aufgeschobenen Reformvorhaben gebracht als gut vorbereitete und schlüssig durchargumentierte Forderungskataloge betroffener Berufsgruppen und ihrer Standesvertretungen. Diese waren und sind insbesondere dadurch gefordert kluge Argumentationslinien zu finden, die der Gratwanderung zwischen Berufsschutz (z. B. Aufzeigen von Berufsübergriffen durch rechtlich im Gesundheitswesen nicht legitimierte Personen) auf der einen Seite und Schaffung besserer Arbeitsbedingungen (z. B. Rekruitingstrategien für Dienstgeber*innen, z. T. auch durch Einbindung anderer Berufsgruppen) auf der anderen Seite gerecht werden. Ein Beispiel dafür ist die Zusammenarbeit von Biomedizinischen Analytiker*innen und Naturwissenschaftler*innen (z. B. Biolog*innen, Molekularbiolog*innen) im Rahmen der Bekämpfung von SARS-CoV-2: Hier wurden im MTD-Gesetz spezielle Pandemie-Ausnahmeregelungen geschaffen, die das ermöglicht haben. Die ärztliche Anordnung für

pandemie-assoziierte Analysen (sprich: für den SARS-CoV-2-Erregernachweis) wurde kurzerhand temporär aus dem MTD-Gesetz gestrichen. Was 2019 noch denkunmöglich gewesen wäre, wurde über Nacht (und ohne nennenswerte Diskussionen oder Abstimmungen mit den betroffenen Berufsgruppen) zur Realität: Biomedizinische Analytiker*innen waren dadurch erstmals per Gesetz dazu ermächtigt, Analysen ohne ärztliche Anordnung durchzuführen und Befunde ohne ärztliche Vidierung zu erstellen und auszugeben. Dies galt implizit auch für die Naturwissenschaftler*innen im Rahmen der SARS-CoV-2-Erregerdiagnostik. Diese Begleiterscheinung wurde akzeptiert, da allen Beteiligten klar war, dass es in der Akutphase der Pandemie auch Entscheidungen geben musste, die eher dem Prinzip „quick and dirty“ entsprachen als hundertprozentig zu Ende gedachten Langzeitlösungen. Was wir damals auch schon wussten: Vieles, was als Übergangslösung einigermaßen unfallfrei funktioniert, wird von der Politik im Nachhinein – Teils aus Bequemlichkeit, Teils aus Mangel an Alternativen – kurzerhand zur neuen (in diesem Fall „Post-Corona-“)Normalität erklärt. Aus diesem Grund finden die Entwicklungen, die am Beispiel der Ärzt*innen und Angehörigen der Pflegeberufe öffentlichkeitswirksam durchexerziert werden, selbstverständlich in derselben Intensität (wenn auch stiller und mit weniger medialer Aufmerksamkeit) bei den Biomedizinischen Analytiker*innen und anderen Gesundheitsberufen statt. Auch die Symptome sind gleich: eine immer dünner werdende Personaldecke, Langzeitkrankenstände, hohe Fluktuation und dauerhaft nicht nachbesetzbare Stellen.

Hierarchien im Gesundheitswesen: unumstößliches Erfordernis oder Auslaufmodell?

Hierarchische Strukturen sind uns aus nahezu allen Lebensbereichen bekannt. Meist hinterfragen wir sie nicht; wir sind mit ihnen aufgewachsen, sie sind in gewisser Weise ein Teil unserer gesellschaftspolitischen Identität. Nicht zuletzt geben sie uns Sicherheit. An der Spitze stehen diejenigen, die die (für alle) guten und richtigen Entscheidungen treffen. Ungemütlich wird es vor allem dann, wenn die Entscheidungsträger*innen selbst daran zu zweifeln beginnen, ob sie denn tatsächlich dazu in der Lage sind. Das hat sich in der Corona-Pandemie einmal mehr gezeigt. Über viele Monate hinweg gab es ein kollektives, medial aufbereitetes und öffentlichkeitswirksames Zweifeln des Spitzenpersonals

(C) AIproduction

ob der richtigen Entscheidungen auf allen Ebenen. Plötzlich kamen (Natur-)Wissenschaftler*innen ins Spiel, die Schlagwörter wie „Evidenzbasierung“ oder „Datenlage“ ins Spiel brachten und damit – freundlich ausgedrückt – gewisse Mangellagen in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitswesen zutage förderten, die wie ein Brandbeschleuniger für die strukturellen Schwächen des Systems gewirkt und uns gezeigt haben, dass uns Top-down-Strukturen weder im „Normalmodus“ noch in Krisenzeiten weiterhelfen. Ein vielversprechendes Gegenmodell zur Steigerung der Effektivität multiprofessioneller Teams ist daher die Entwicklung von Poolkompetenzen im Gesundheitswesen. Poolkompetenzen beziehen sich auf die Fähigkeit von Fachkräften, in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitssystems flexibel eingesetzt zu werden. Dies würde nicht nur ihre eigenen Karrieremöglichkeiten erweitern, sondern auch die Anpassungsfähigkeit des Gesundheitssystems verbessern. Die Schaffung und Anerkennung von Poolkompetenzen wäre ein erster wichtiger Schritt, um die (ohnehin imaginäre) Grenze zwischen den „ärztlichen“ und „nicht-ärztlichen“ Gesundheitsberufen im Sinne eines tragfähigen, patient*innenorientierten Gesundheitssystems endlich zu durchbrechen, indem wir es uns ermöglichen, das volle Potenzial jedes Berufsstandes auszuschöpfen und die Patient*nnenversorgung ganzheitlich zu gestalten.

Fazit und Ausblick

Trotz der zu bewältigenden Mammutaufgaben gibt es Anlass zum Optimismus, denn wir haben jetzt die Chance auf einen echten, nachhaltigen Wandel im Gesundheitswesen. Gesundheitsberufe werden als knappe Ressource gesehen, um die es sich zu kämpfen und zu werben lohnt. Es wird vonseiten der Gesundheitspolitik laut und ernsthaft darüber nachgedacht, die Arbeitslast unter den Berufsgruppen fairer aufzuteilen. Bisher wurden solche Vorstöße meist als „Kompetenzbeschneidung“ der einen zugunsten der „Machtvergrößerung“ anderer verstanden. Auf dem Papier ist das auch so, und es wäre aus meiner Sicht unseriös, etwas anderes zu behaupten. Wenn wir jedoch den Herausforderungen in unserer Gesellschaft und unserem Gesundheitswesen konstruktiv begegnen wollen und auf die europäischen Gesundheitsstrategien (Metaziele sind hier z. B. der barrierefreie Austausch von Gesundheitsdaten, Abbau von formalen und rechtlichen Hindernissen bei der Mobilität von Gesundheitsleistungen und -berufen, Schaffung eines einheitlichen Kompetenzrahmens für Schlüsselberufe) schauen, wird deutlich, dass die bevorstehenden Einschnitte nicht nur dringend notwendig, sondern unausweichlich sind.

Autorin

Mag.a Birgit Luxbacher, BSc MSc
Geschäftsführerin / Ressort QM, Berufspolitik & Fachzeitschrift
Biomedizinische Analytikerin

Verband der Diätologen Österreichs

(C) L. Schedl, FHCampus Wien

Prof.in Andrea Hofbauer, MSc, MBA

Präsidentin Verband der Diätologen Österreich

Wo sehen Sie derzeit die Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Bevor ich auf die eigentliche Frage eingehe, möchte ich kurz unsere Berufsgruppe vorstellen, da der Beruf und unser Tätigkeitsspektrum noch immer nicht richtig bekannt sind:

Diätolog*innen sind ein gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf (MTD-Gesetz) und wir gehören zur Gruppe der gehobenen med.-techn. Dienste. Unser Auftrag ist es, die ärztlich verordnete Ernährungstherapie eigenständig/-verantwortlich durchzuführen. Dies umfasst u.a. die Erstellung eines auf die individuellen Bedürfnisse der Patientin/ des Patienten abgestimmten Therapieplanes sowie die Beratung und Schulung der Patient*innen und deren Angehörigen. Sämtliche Erkrankungsbilder mit ernährungsrelevanten Problemstellungen werden von Diätolog*innen behandelt. Darunter fallen Personen mit Stoffwechselerkrankungen, onkologischen Erkrankungen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien ebenso, wie Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts, der Lunge (COPD), der Nieren, u.v.m. Sämtliche Zielgruppen vom Säugling bis zum alten Menschen werden von Diätolog*innen beraten bzw. therapiert. Aber auch die ernährungstherapeutische Nachbetreuung von Operationen oder im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung sind Diätolog*innen ein Teil des Teams. Die Durchführung der Therapie erfolgt nach dem sogenannten „Diaetologischen Prozess“, dem methodischen Handeln der Berufsgruppe.

Der Stellenwert der Ernährung hat sowohl in Prävention als auch Therapie enorm an Bedeutung gewonnen und somit hat sich auch das Berufsbild und der Tätigkeitsbereich in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten sehr verändert. Ernährung als Therapie ist oftmals ein wichtiger Teil eines Behandlungskonzeptes – beispielweise im Bereich Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes ist die richtige Ernährung ein Grundpfeiler im Therapieplan der Patient*innen.

Die Begrifflichkeit „Diät“ reduziert sich nicht nur auf Gewichtsreduktion sondern umfasst alle medizinisch relevanten Ernährungstherapien. Die Diätologie ist angewandte Ernährungsmedizin und -therapie. Diätolog*innen setzen gemeinsam mit dem Patienten die ärztlich verordnete Ernährungstherapie um. Das bedeutet, dass man sich zuerst mit den Ernährungs- und Lebensgewohnheiten der Patienten auseinandersetzen muss. So wird beispielsweise das Ernährungsproblem und dessen Ursache erhoben und darauf aufbauend ein Therapieplan erstellt, wo genaue Ziele mit dem Patienten abgesteckt werden. Die Beratung der Patient*innen und auch deren Angehörigen ist ein zentraler Bestandteil in diesem Prozess.

Diätolog*innen betreuen Patienten/ Klienten in Form von Gruppenschulungen und auch Einzelberatungen /-therapien. Sie arbeiten in multidisziplinären Teams, arbeiten mir Hospiz- und Palliativteams zusammen und übernehmen ebenso ernährungsrelevante Aufgaben im Rahmen der Hauskrankenpflege (z.B. Verhinderung/Therapie von Man-

gelernährung, Wundheilungsstörungen, Schluckstörungen). Aber auch in der Gesundheitsförderung und Prävention haben Diätolog*innen ein großes Betätigungsfeld.

Die Herausforderungen, mit denen wir heute konfrontiert sind, sind sehr vielschichtig. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen angestellten Diätolog*innen, die beispielsweise in Krankenanstalten, Rehazentren oder auch Ambulatorien arbeiten und den freiberuflich tätigen Berufsangehörigen.

Die Veränderungen im Gesundheitssystem, wie kürzere, stationäre Aufenthaltsdauer, Streichung ambulanter Leistungen in den Krankenanstalten, Verlagerung von medizinischen Leistungen in den extramuralen Raum, sind für den Bereich der ernährungsmedizinischen Versorgung von großer Bedeutung. Eine Vielzahl von Erkrankungen sind ernährungsbedingt bzw. mit erheblichen Problemen der Nahrungsaufnahme/-zufuhr verbunden. Durch die kurze Aufenthaltsdauer im Spital erhalten Patient*innen oftmals kaum oder nur eine unzureichende Beratung durch Diätolog*innen – eine weiterführende Betreuung im niedergelassenen Bereich wäre oftmals dringend erforderlich. Jedoch können sich viele Patient*innen eine Beratung bzw. Therapieeinheiten bei einer Diätolog*in kaum leisten, da es sich um keine Kassenleistung handelt. Im Gegensatz zu anderen therapeutischen Berufssparten wie Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie ist die Diätologie keine Kassenleistung. Eine fixe Verankerung im Rahmen der österreichischen Sozialversicherungs-gesetzgebung (ASVG) ist nach wie vor ausständig. Somit bleibt die Ernährungstherapie denjenigen vorbehalten, die es sich auch finanziell leisten können. Das bedeutet aber auch, dass der Großteil der Menschen ernährungstherapeutisch nicht versorgt werden was u.a. zu erheblich erhöhten Kosten im Gesundheitssystem führt. Hier wäre dringender Handlungsbedarf seitens der Gesundheitspolitik gegeben.

Was ist ihre Vision für die Berufsgruppe?

Unsere Vision ist, dass wir als Diaetolog*innen ein integraler Bestandteil der intra- und extramuralen Gesundheitsversorgung Österreichs sind. Alle Bürger*innen unseres Landes sollten einen direkten Zugang zu diaetologischen Leistungen haben. Dies impliziert auch, dass der Bekanntheitsgrad der Berufsgruppe in der Öffentlichkeit und bei allen relevanten Stakeholdern im österreichischen Gesundheitswesen gegeben ist.

Es ist mittlerweile Evidenz, dass Ernährung in der Gesundheitsförderung und Prävention einen wichtigen Beitrag für viele gesunde Lebensjahre darstellt. Diätolog*innen sind in Theorie und Praxis hervorragend ausgebildet und sie sind gerade dazu prädistiniert, ihre Expertise hier einzubringen. Eine optimale Ernährungsversorgung trägt zur Vorbeugung und Verringerung des Krankheitsrisikos bei, verkürzt die Dauer der Krankenhausaufenthalte und führt zu einer Verbesserung der Wirksamkeit der klinischen Behandlung. Die Lebensqualität der Menschen steigt und das Gesundheitssystem hat geringere Kosten.

Wie gelingt die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen?

Als Diätolog*innen arbeiten wir sehr eng mit anderen Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich zusammen und ich kann nur betonen, wie wichtig dies in der Patient*innenversorgung ist. Die interprofessionelle Zusammenarbeit kann nur gelingen, wenn dementsprechende Rahmenbedingungen gegeben sind und sich die einzelnen Berufsgruppen auch untereinander kennen und wertschätzen.

Wie könnte diese verbessert werden?

Interprofessionelle Zusammenarbeit sollte schon in der Ausbildung bzw. im Studium ein integraler Bestandteil sein. Dies beginnt schon damit, dass sich die einzelnen Gesundheitsberufe besser untereinander kennenlernen und somit ein einheitliches Verständnis über den jeweiligen Beruf, dessen Kompetenzen und Zuständigkeiten haben sollte. Das bedeutet, mehr miteinander und weniger nebeneinander zu agieren. Es gibt an den Fachhochschulen schon sehr gute Ansätze, jedoch ist dies sicherlich noch ausbaufähig.

Bringt die Digitalisierung der Berufsgruppe eine Verbesserung in der Arbeitswelt?

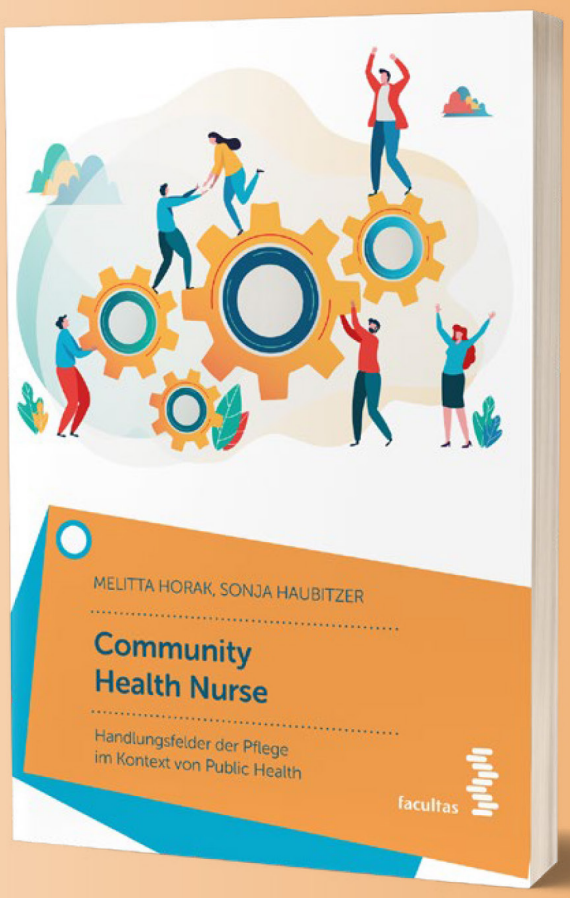
Die Digitalisierung bringt – wie in jeder Sparte – positive als auch negative Aspekte mit sich. Positiv ist, dass viele Prozesse heute digitalisiert ablaufen, die früher sehr viel an Zeitressourcen beansprucht haben. Dies trifft vor allem auf Prozesse in der Verwaltung und Organisation zu. Konkret in unserem Bereich trifft dies auf bestimmte Prozesse beispielsweise in der Küchenverwaltung oder Dokumentation zu. Pandemiebedingt hat sich aber auch die Teletherapie in unserem Bereich etabliert. Vor allem freiberuflich tätige Diätolog*innen nutzen diese Möglichkeit der Patientent*innenbetreuung.

Andererseits gibt es im Ernährungsbereich zahlreiche digitalisierte Angebote für Patient*innen

und Klient*innen, die oftmals viele Nachteile mit sich bringen. Im Web oder auch über Social Media werden unglaublich viele Angebote im Ernährungsbereich gemacht, leider auch von Anbietern, die keine dementsprechende Ausbildung bzw. berufsständische Normen haben. Vor allem wenn es sich um erkrankte Menschen handelt, können solche Angebote oftmals auch eine Gefahr für die Patient*innen darstellen. Das Thema Ernährung ist heutzutage unglaublich populär und dementsprechend ranken sich auch sehr viele Mythen, Märchen und Fakes zu diesem Thema. Dazu kommen „selbsternannte" Ernährungsexpert*innen, die keine fundierte Ausbildung haben und aufgrund von Selbsterfahrung sich berufen fühlen, anderen Menschen „zu helfen". Egal ob es Gesundheit oder Ernährung geht, Falschmeldungen bzw. Fehlinterpretationen können im mit fatalen Folgen enden – und dies auch oder gerade im Ernährungsbereich! Vielfach sind die Menschen heute zunehmend verunsichert, was in der Ernährung gut oder gesund ist.
Und genau an diesem Punkt setzt unser Beruf an. Eine wissenschaftlich fundierte Ausbildung in Theorie und Praxis, die profund ausgebildete Ernährungsexpert*innen auf den Markt bringt, die auch gesetzlich dazu befugt sind, erkrankte Menschen zu therapieren.

Was wünschen Sie sich für die Berufsgruppe?

Die Professionalisierung und Positionierung der Berufsgruppe war mir immer ein großes Anliegen und retrospektiv kann man sagen, dass sich unsere Berufsgruppe in den letzten Jahrzehnten sehr gut entwickelt hat. Aber die Entwicklung muss weitergehen und wir haben noch viele Herausforderungen vor uns. Im Sinne aller Patient*innen wünsche ich mir, dass das Potential unserer Berufsgruppe zielgerichtet zum Einsatz kommt und dass die diätologische Therapie für alle Menschen leistbar wird. Ich unterstütze die Forderung unseres europäischen Verbandes EFAD, nämlich das Recht auf Ernährungstherapie für alle Menschen.



Melitta Horak, Sonja Haubitzer

Community Health Nurse

Handlungsfelder der Pflege im Kontext von Public Health

facultas 2021
156 Seiten, broschiert
EUR 24,90 (A) / 24,20 (D) / sFr 31,– UVP
ISBN 978-3-7089-2107-5
e-ISBN-978-3-99111-336-2

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

University of
Applied Sciences
Krems

DIE ZUKUNFT IM GESUNDHEITSWESEN MITGESTALTEN

Advanced Nursing Practice

„Primary Nursing: Unser berufsbegleitender Master-Studiengang Advanced Nursing Practice (ANP) bereitet Sie in 2 Jahren auf verantwortungsvolle Aufgaben im Gesundheitssektor vor. Wir bilden die zukünftigen Expert*innen der Pflege aus. Machen Sie sich bereit für die sich stetig verändernden Chancen und Herausforderungen in der Pflege und beteiligen Sie sich an der Entwicklung von neuen Pflege- und Versorgungskonzepten."

Prof.(FH) Mag. Adelheid Schönthaler, BSc / Studiengangsleiterin

- *2 Jahre (120 ECTS) / Berufsbegleitend*
- *Studienbeitrag: 363 Euro/Semester (EU)*
- *Abschluss: Master of Science in Health Studies*
- *Studienstart: Oktober 2024*

www.imc.ac.at

IMC. It's all in me.

Ergotherapie Austria -
Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs

Marion Hackl

Präsidentin Ergotherapie Austria - Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs

Wo sehen Sie derzeit die Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Aus Sicht der Ergotherapie stellt die fehlende Umsetzung von „health in all policies“ eine Herausforderung bzw. einen Nachteil dar, wenn es um die bio-psychosoziale Gesundheit(sversorgung) der Menschen in Österreich geht. Ergotherapeut*innen werden beispielsweise außerhalb des rein kurativen Gesundheitssystems nicht als qualifizierte Berufsgruppe wahrgenommen, insbesondere im Bereich Schule und Kindergarten, in sozialpsychiatrischen Wohngruppen, in der Begleitung von Menschen mit Suchterkrankung und in der Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrung. Ergotherapeut*innen werden somit – zum Nachteil der Kinder, Jugendlichen und erwachsenen Personen – von vielen Tätigkeitsbereichen ausgeschlossen, auch wenn die spezifischen Kompetenzen und das Berufsbild der Ergotherapie den Anforderungen entsprechen und Ergotherapeut*innen auch in diesen Tätigkeitsfeldern einen wichtigen Beitrag leisten können.

Was ist ihre Vision für die Berufsgruppe?

Unsere Vision ist, dass der direkte Zugang für Patient*innen zur Ergotherapie gesetzlich geregelt ist, ebenso die Verordnung von Hilfsmiteln und berufsspezifischen Arzneimitteln. Dadurch würden Ordinationen entlastet und ein nahtloser Übergang zwischen Verordnung und Anwendung sichergestellt. Ein niederschwelliger Zugang zu Hilfsmitteln kann beispielsweise einen Beitrag zur Reduktion von Sturzgefahr leisten und in weiterer Folge Spitalsaufenthalte verhindern. Ergotherapeut*innen müssen als unterstützendes Personal in den Bildungseinrichtungen etabliert und Mitglieder von Schulgesundheitsteams werden, um einen Beitrag für eine inklusive und chancengerechte Bildung für alle Kinder zu leisten.

Wie gelingt die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen?

Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, egal ob interprofessionell, interdisziplinär, multidisziplinär oder transdisziplinär, gelingt nur bei Begegnung auf Augenhöhe. Eine wertschätzende und respektvolle Grundhaltung für das Gegenüber, unabhängig der Berufsgruppe, ist essentiell für eine gute Zusammenarbeit zum Wohle der Patient*innen. Es braucht Offenheit gegenüber den Kernkompetenzen, Grundgedanken und dem Fachwissen von anderen Disziplinen.

Wie könnte diese verbessert werden?

Durch die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen, die festlegen, dass Gesundheitsberufe im Rahmen ihrer Berufsausübung mit anderen Gesundheitsberufen und sonstigen relevanten Berufen zusammenzuarbeiten und als Teil des interdisziplinären und interprofessionellen Versor-

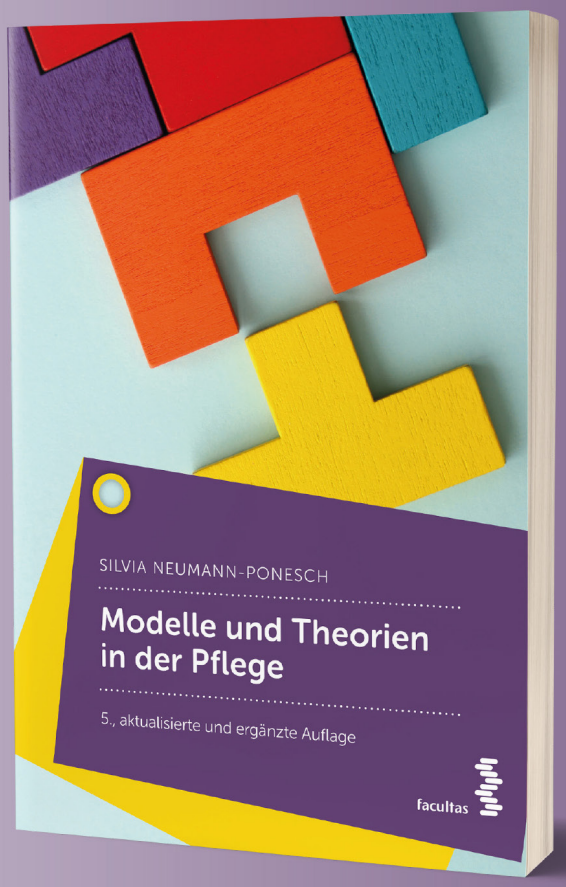
gungsteams ihre Kompetenzen einzubringen haben. Darüber hinaus gehört bereits im Rahmen der Ausbildungen verankert, dass Lehrveranstaltungen gemeinsam absolviert werden, um die Kompetenzen anderer Gesundheitsberufe kennen und wertschätzen zu lernen. Ein weiteres wichtiges Element zur Verbesserung der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist die gemeinsame Schulung von Personal in Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, etc., um die Aufgabenbereiche und Kernkompetenzen der einzelnen Berufsgruppen kennenzulernen.

Bringt die Digitalisierung der Berufsgruppe eine Verbesserung in der Arbeitswelt?

Ja, durch die Digitalisierung entstehen neue Chancen, den ergotherapeutischen Prozess mithilfe digitaler Medien zu ergänzen. Die Tele-Ergotherapie versteht sich als Teil der Tele-Gesundheit. Der Einsatz ist vielfältig und kann durch persönliche und gesundheitliche Faktoren oder äußere Umstände begründet sein. Tele-Ergotherapie empfiehlt sich dann, wenn sie im Rahmen des ergotherapeutischen Reasonings die bestmögliche ergotherapeutische Versorgung darstellt.

Was wünschen Sie sich für die Berufsgruppe?

Ich habe für Ergotherapeut*innen in Österreich zwei Wünsche. Der erste Wunsch ist die zeitnahe Novellierung des MTD-Gesetzes, die seit 2017 auf der Tagesordnung des Gesundheitsministeriums steht. Ein Berufsgesetz muss eine detaillierte Definition des Berufsbilds der Ergotherapeut*innen enthalten, die den State of the Art der tatsächlichen Berufsausübung widerspiegelt und zudem der laufenden Weiterenwicklung des Berufes Rechnung trägt. Mein zweiter Wunsch ist, dass die ergotherapeutische Expertise von Stakeholdern, Gremien und Politiker*innen nicht nur wahrgenommen, sondern auch aktiv in Entscheidungen und Gestaltungsprozesse in der Gesundheits- und Sozialpolitik eingebunden wird.



Silvia Neumann-Ponesch

Modelle und Theorien in der Pflege

facultas 2021, 5., aktualisierte und ergänzte Auflage
336 Seiten, broschiert
EUR 29,90 (A) / EUR 28,90 (D) / sFr 36,60 UVP
ISBN 978-3-7089-2134-1
e-ISBN 978-3-99111-341-6

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

Der ergotherapeutische Beitrag für mehr Gesundheit(skompetenz) in Österreich

Ergotherapeut*innen unterstützen einzelne Personen und Personengruppen dabei, die eigene Gesundheit aktiv zu verbessern und gesundheitsschädigende Faktoren zu erkennen und zu vermeiden. Der Fokus der Ergotherapie liegt neben Handlungsfähigkeit und Teilhabe auch auf einer Verbesserung bzw. Erhaltung der individuellen Lebensqualität einer Person. Hierfür ist u.a. ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Erwerbstätigkeit, Handlungsrollen, Alltagsroutine, bedeutungsvollen Betätigungen und Erholung notwendig. Zusätzlich spielt die Gestaltung der Umwelt eine zentrale Rolle, denn eine gezielt angepasste Umwelt ermöglicht und erleichtert Handlungen und kann gesundheitsfördernd wirken. Im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, also der Arbeit mit „gesunden“ Personen, benötigen Ergotherapeut*innen keine ärztliche Anordnung. Ergotherapeutische Angebote für Gesundheitsförderung und Prävention werden in unterschiedlichen Settings und für unterschiedliche Altersgruppen gesetzt – je nachdem, was eine Person(engruppe) benötigt.

Ergotherapeut*innen können vom Säugling bis ins hohe Alter wertvolle Beiträge für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität leisten, wie anhand folgender Beispiele exemplarisch dargestellt wird:

Die neue Handlungsrolle als Eltern(teil)

Mit der Geburt des Kindes verändert sich der Alltag der „neuen“ Eltern und Bezugspersonen schlagartig und in allen Lebensbereichen bzw. Handlungsrollen. Eine ergotherapeutische Beratung bereitet auf die neue Mehrfachbelastung im Alltag vor und gibt alltagspraktische Tipps für neue Routinen, um die Handlungsfähigkeit und damit verbunden die Gesundheit aller Familienmitglieder zu stärken. Eltern(teile) werden von Beginn an ergotherapeutisch beraten, um ein umfassendes Bild über die frühkindliche Entwicklung des Kindes in Bezug auf seine Handlungsfähigkeit, seine Sozial- und Selbstkompetenzen, Verhalten-

sorganisation, Selbstständigkeit und Körperwahrnehmung zu vermitteln.

Kindergarten und Schule
Schul- und kindergartenbasierte Ergotherapie ist im Hinblick auf eine inklusive und chancengerechte Bildung für alle Kinder essentiell und umfasst u.a. viele Maßnahmen aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. Beispielweise fällt hier auch die Schulung und Beratung von Pädagog*innen in Bezug auf die Gestaltung von gesundheitsfördernden, handlungs- und ressourcenorientierten Alltagsprozessen für Kinder und Jugendliche hinein.

Arbeitsplatz
Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen am Arbeitsplatz sind ein wichtiger Ansatzpunkt, um die Gesundheit erwerbstätiger Menschen zu erhalten und zu stärken. Die Bedeutung von gesunden Mitarbeiter*innen wird Arbeitgeber*innen immer bewusster. Ergotherapeut*innen haben die ergonomische und gesundheitswissenschaftliche Expertise, um sowohl den unmittelbaren Arbeitsplatz, als auch die Arbeitsumgebung und -tätigkeit gesundheitsförderlich zu gestalten. Bei ergonomischen Beratungen werden die Arbeitnehmer*innen geschult, wie sie ihren Arbeitsplatz optimal einstellen können, worauf sie bei ihrer Arbeitshaltung achten müssen und wie sie mit Pausenmanagement und richtig eingesetzten Ausgleichsübungen Erschöpfungszustände oder körperliche Beschwerden vermeiden können. Darüber hinaus bieten Ergotherapeut*innen zielgruppenspezifische Vorträge und Workshops zur Gesundheitsförderung an. Die Themen haben einen konkreten Bezug zu den alltäglichen Herausforderungen im Arbeitskontext und bieten umsetzbare, alltagsnahe Lösungen, die mit den Bedürfnissen der Menschen in Einklang gebracht werden können.

Kommunale Ebene
Ergotherapeut*innen halten Vorträge zu Gesundheitsförderung und Prävention aus ergotherapeutischer Perspektive für interessierte Bürger*innen vorort in der eigenen Gemeinde, im Grätzl oder in der Stadt. Dabei kann es beispielsweise um Veränderungen in der Alltagsgestaltung in den Bereichen Erwerbstätigkeit, Haushalt, Freizeit und Erholung gehen, um ergonomische Prozess- und Arbeitsplatzgestaltung, die Optimierung der individuellen Handlungsfähigkeit oder Gelenkschutz bei alltäglichen Betätigungen. Weitere Beispiele für ergotherapeutische Inhalte eines solchen Vortrages kann die Beratung von pflegenden Angehörigen bzgl. der Adaptierung von Alltagssituationen und Alltagsroutinen sein, oder die Beratung älterer Menschen hinsichtlich der Aufrechterhaltung ihrer Autonomie und Handlungsfähigkeit während und nach Umbruchsituationen und Transitionen (Verlustereignisse, Wechsel von Wohnumgebungen, Pensionierungen, etc.). Ergotherapie Austria stellt unter der Bezeichnung „Gesunde Gemeinde“ für seine Mitglieder, die ergotherapeutische Vorträge rund um die Gesundheit halten möchten, komplett vorbereitete und fertige Vorträge kostenfrei zu unterschiedlichen Themen zur Verfügung. Die Vorträge sind für 90 Minuten konzipiert, die Anzahl der Teilnehmer*innen ist unbegrenzt bzw. kann je nach Rahmenbedingungen mit der Gemeinde, der Institution, dem*der Veranstalter*in festgesetzt werden. Zu folgenden Themen stehen Vorträge zur Verfügung:

- Workshop betriebliche Gesundheitsförderung: Ein Einblick für Arbeitnehmer*innen in die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz
- Und plötzlich bin ich gefallen! Ergotherapeutische Tipps und Tricks zur Vermeidung von Stürzen und wie Sie Ihre Umgebung barrierefrei gestalten können.
- Familie versus Berufsleben? Balance von Familie, Beruf und eigenen Bedürfnissen
- Tun = Leben: Tipps und Tricks für den Alltag um durch Tätig sein die Gesundheit und das Wohlbefinden zu steigern
- Wer rastet der rostet? Die richtige Balance zwischen Aktivität und Ruhe im Alter
- Gesund von 8 bis 5: Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz
- Von allen Sinnen? Die menschliche Wahrnehmung und ihre Bedeutung für den Alltag
- Aktiv trotz Arthrose
- Bedeutungsvolle Betätigungen erleben, um gesund zu sein, zu bleiben und zu werden
- Gesunder Rücken zum Entzücken- Chancen & Risiken im Alltag
- Gesundheitskompetenz über Generationen weitergeben
- Ergotherapie und psychische Gesundheit
- Mehrfachbelastung im Alltag gesund meistern? Balance zwischen Erwerbstätigkeit, Sorgearbeit und den eigenen Bedürfnissen

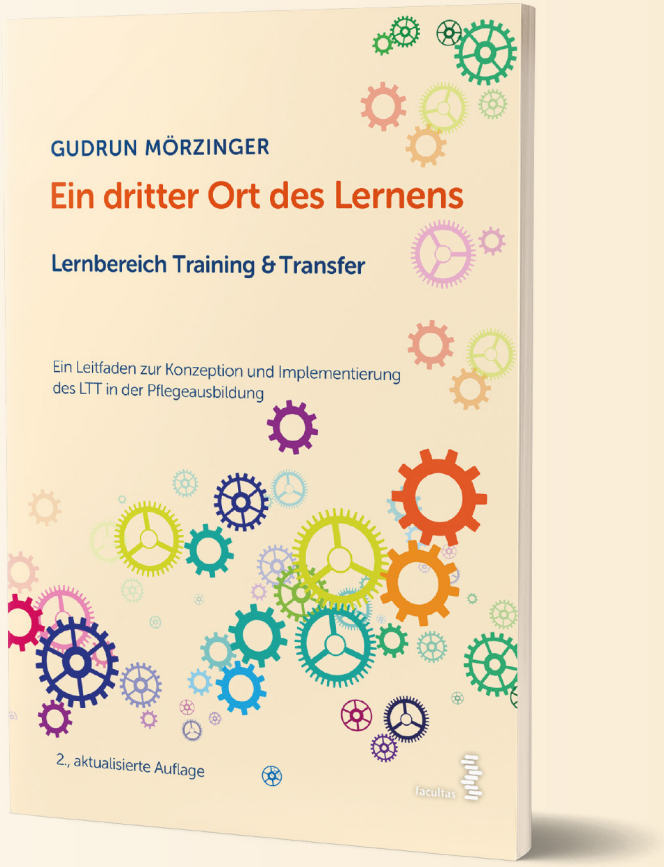
Gerne unterstützt Ergotherapie Austria Gemeinden, Institutionen, Primärversorungseinheiten, etc. bei der Organisation eines Vortrags.

Ergotherapie
Ergotherapie ist ein gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf mit dem Ziel, Menschen bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit und Erholung in ihrer Umwelt zu stärken. In der Ergotherapie werden spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung gezielt und ressourcenorientiert eingesetzt, um die Handlungsfähigkeit der Patient*innen/ Klient*innen im Alltag, ihre gesellschaftliche Teilhabe und ihre Lebensqualität und -zufriedenheit zu verbessern.

Ergotherapie Austria
Ergotherapie Austria ist die berufliche Interessensvertretung der Ergotherapeut*innen in Österreich. Der Bundesverband ist ein gemeinnütziger Verein, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, die ergotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in Österreich, sowie berufs- und bildungspolitische Maßnahmen für seine Mitglieder sicherzustellen. Seit der Gründung im Jahr 1969 hat sich Ergotherapie Austria als Partner im Gesundheitswesen etabliert.

Autorin

Christina Wagner, MSc
Mitarbeiterin Ressort Berufspolitik
Ergotherapie Austria



Der Dritte Lernort in der Pflegeausbildung: Konzept und Implementierung

facultas, 2. Auflage 2021, 120 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-2083-2
e-ISBN 978-3-99111-228-0
EUR 24,90 (A) / EUR 24,20 (D) / sFr 31,– UVP

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

WIR GEBEN KINDERN WIEDER EIN ZUHAUSE
SPENDEN UNTER WWW.PROJUVENTUTE.AT
SPENDENKONTO: IBAN: AT61 2040 4000 4040 4600
pro Juventute

Fachhochschul-Konferenz (FHK)

MMag.ª Bettina Schneebauer

Mitglied FHK-Vorstand und Geschäftsführerin FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH

Wo sehen Sie derzeit die Herausforderungen im Gesundheitswesen?

In einer alternden Gesellschaft, die einen stets steigenden Anteil an chronisch kranken Menschen aufweist, ist eine integrierte Versorgung unumgänglich. Umso wichtiger wird es sein, dass hochqualifizierte Gesundheitsberufe sektorenübergreifend sowie interprofessionell noch besser zusammenarbeiten.
Dabei sind die stufenweise Versorgung mit regional gut zugänglichen niederschwelligen Angeboten sowie der Ausbau von Primärversorgungseinheiten in guter Vernetzung mit den Spitälern wichtige Mosaiksteine. Gleichzeitig liegt ein mindestens so wichtiger Schlüssel in der Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung sowie die noch stärkere Ausrichtung zur Gesundheitsförderung und Prävention.
Eine gesicherte Gesundheitsversorgung braucht hochprofessionelle Gesundheitsprofis. Daher wird auch künftig die Gewinnung und langfristige Bindung von Health Professionals im Fokus stehen müssen. Neben Dienstplansicherheit und flexiblen Arbeitszeitmodellen wollen Mitarbeiter*innen in gut funktionierenden interprofessionellen Teams auf Augenhöhe zusammenarbeiten und sich entsprechend ihrer Kompetenzen einbringen. Viele erwarten sich auch Perspektiven zur persönlichen Weiterentwicklung. Die Weiterentwicklung der Berufsbilder – wie beispielsweise derzeit im Bereich der MTD – deren Start wir als Fachhochschulen sehr begrüßen - müssen forciert werden. Neue Rollen und Funktionen werden entstehen und als Fachhochschulen können wir insbesondere in der Spezialisierung und Weiterqualifizierung der Health Professionals mit bedarfsgerechten Studiengängen und innovativen Spezialisierungen die Bildungs- und Gesundheitslandschaft mitentwickeln. Dazu bedarf es einer österreichweit übergreifenden Finanzierung.

Was ist ihre Vision für die Studiengänge im Gesundheitswesen?

Wir Fachhochschulen in Österreich bilden einen sehr großen Teil der Mitarbeiter*innen des Gesundheitswesen aus. Derzeit studieren rund 11.000 Studierende in einem gesundheitswissenschaftlichen Studiengang an österreichischen FHs– und diese Zahl steigt laufend. Meine Vision ist, dass wir als Fachhochschulen im Laufe des nächsten Jahrzehnts im Sinne der Durchlässigkeit attraktive Angebote vom Bachelor über Master bis hin zum PhD im Gesundheitsbereich anbieten. Und zwar für alle, mit und ohne Matura. Gleichermaßen muss uns gelingen, neben den bewährten Bachelorstudiengängen den Ausbau von bedarfsorientierten interprofessionellen wie auch spartenspezifischen Angeboten zur Kompetenzvertiefung und -erweiterung weiter voranzutreiben. Denn damit leisten wir einen Beitrag zur Umsetzung der Weiterentwicklung der Berufsbilder. Ebenso muss die Forschung weiter ausgebaut werden. In den letzten 15 Jahren haben die Fachhochschulen im Bereich der gesundheitswissenschaftlichen Forschung viel geschafft. Mit dieser Forschung werden Antworten auf die drängenden Fragen aus den

unterschiedlichsten Versorgungsbereichen gefunden. Hier übernehmen die Fachhochschulen schon jetzt eine wichtige Funktion in der Forschung, die es aber dringend auszubauen gilt und die in den nationalen Gesundheitsstrategien Österreichs künftig noch stärker zu berücksichtigen ist.

Wie gelingt die interprofessionelle Zusammenarbeit an den FHs im Gesundheitswesen?

Eine hochprofessionelle interprofessionelle Zusammenarbeit ist für das Gesundheitswesen ein wichtiger Schlüssel für die Lösung bestehender und künftiger Herausforderungen. Unsere Aufgabe als FH ist es, schon während des Studiums interprofessionelles Denken und Handeln gezielt zu stärken und vorzuleben. An der FH Gesundheitsberufe OÖ beispielsweise legen wir seit Beginn bewusst einen Schwerpunkt auf Interprofessionalität. Über das gesamte Curriculum der Bachelorstudiengänge im Bereich der MTD, Hebammen- sowie Gesundheits- und Krankenpflege hinweg gibt es gemeinsame spartenübergreifende Lehrveranstaltungen (über 23 Semesterwochenstunden). Beispielhaft sei eine interprofessionelle Lehrveranstaltung genannt, in der Studierende unterschiedlicher Sparten gemeinsam an praktischen Fallbeispielen lernen und arbeiten und so die jeweils anderen Berufe und deren Verantwortlichkeiten kennenlernen. Das schafft gegenseitiges Verständnis und Respekt für die unterschiedlichen Kompetenzen. Seit einigen Jahren wird diese interprofessionelle Lehrveranstaltung auch gemeinsam mit der Medizinischen Fakultät der JKU Linz angeboten.

Wie könnte diese verbessert werden?

Hier sehe ich mehrere Wege: Ein von Anfang an gemeinsames Von-, Mit- und Übereinander Lernen, einen noch stärkeren Schulterschluss aller Studiengänge und eine noch engere Zusammenarbeit zwischen den Ausbildungseinrichtungen im Gesundheitswesen (bspw. FH und Medizin-Unis sowie FH und PFA- Ausbildung) führen zu einem verstärkten gegenseitigem Verständnis der Professionen. Ein frühzeitiges Ansetzen – nämlich schon in der Ausbildung - fördert interprofessionelles Denken und damit dann auch interprofessionelles Handeln, beides wird zur gelebten Selbstverständlichkeit, die Absolvent*innen ins Berufsleben mitnehmen. Neben den oben genannten interprofessionellen Lehrveranstaltungen und Forschungsaktivitäten sehe ich eine große Chance in interprofessionellen Ausbildungseinrichtungen an Spitälern oder Heimen – wo Studierende unter Supervision für die Patient*innenversorgung zuständig sind. Hautnah wird das gemeinsame Arbeiten in einem realen Setting „perfektioniert“ und Studierende erleben schon während des Studiums die Vorteile einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit.

Bringt die Digitalisierung dem Gesundheitswesen eine Verbesserung in der Arbeitswelt?

Der Weg der Digitalisierung im Gesundheitsbereich ist ein wichtiger und wir sollten den Fokus darauf legen, wie Digitalisierung in der Kommunikation und Vernetzung der verschiedenen Player hilft und dabei die Arbeit aller unterstützt. Digitalisierung soll aber v.a. Menschen dienen - bspw. Ältere, um solange und so gut wie möglich im eigenen häuslichen Umfeld selbständig und selbstbestimmt zu leben. An den Fachhochschulen arbeiten wir im Rahmen von Forschungsprojekten gezielt an diesen Themen und uns ist wichtig, dass diese Entwicklungen gemeinsam mit den beteiligten Personen vorangetrieben werden und man sie nicht vor vollendete Tatsachen setzt. Wir dürfen hierbei nie vergessen, Menschen (Patient*innen/Klient*innen wie Gesundheitsberufe) zu befragen und miteinzubeziehen, aber auch im Bedarfsfall zu befähigen und gleichzeitig dafür Sorge zu tragen, dass mit dem Einzug der Digitalisierung auch organisatorische Veränderungen einhergehen.

Wir lassen dabei nicht außer Acht, dass der Umgang mit digitalen Methoden und Tools gelernt und in weiterer Folge permanent hinterfragt werden muss – auch für die sog. Digital Natives. Der Themenbereich hat in fast alle Lehrveranstaltungen in unterschiedlicher Form Einzug gehalten, wir bieten zahlreiche Fortbildungen dazu an und viele unsere Forschungsprojekte haben hier einen Fokus.

Was wünschen Sie sich für die Studiengänge im Gesundheitswesen?

Da gibt es vieles, vor allem, dass wir die oben genannten Visionen gut umsetzen können, und dass sich künftig noch mehr Menschen für einen Gesundheitsberuf begeistern.

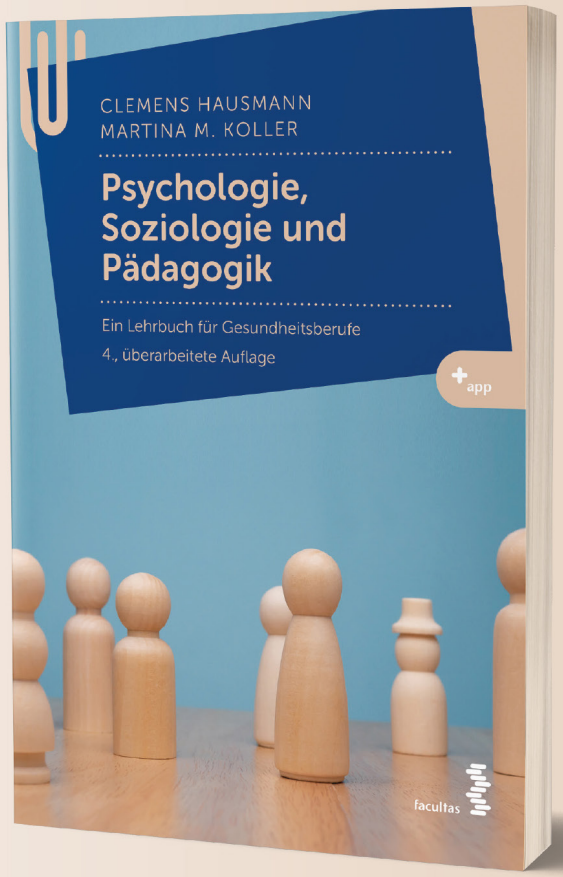
Junge Menschen wollen Klarheit und Orientierung, wo sie welche Ausbildungen und in welchen Ausbildungsstufen absolvieren können. Es ist daher wichtig, dass der vor einigen Jahren in Österreich entschiedene Weg der Tertiärisierung auch in der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege finalisiert wird. Der Bachelor in der Gesundheits- und Krankenpflege

ist in der Praxis angekommen, beinahe alle unserer Absolvent*innen arbeiten direkt nach dem Studium im Gesundheitsbereich direkt am „Bett“ und unmittelbar mit den Menschen.

Neben der in Österreich zum Glück großen Zielgruppe der Maturant*innen wollen wir auch interessierte Umsteiger*innen gut ansprechen - ich wünsche mir, dass es uns gelingt, die vorhandene Durchlässigkeit in den Gesundheits-Ausbildungen noch sichtbarer zu machen. Indem klar ist, dass ein Einstieg in einen Gesundheitsstudiengang auch ohne Matura möglich ist und dass beispielsweise Pflegefachassistenzen ohne Matura mit wenigen Zusatzprüfungen sofort ins dritte Semester des Bachelorstudiums Gesundheits- und Krankenpflege einsteigen und dieses somit verkürzt absolvieren können.

Unsere Absolvent*innen leisten wesentliche Beiträge im Gesundheitswesen. Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch in allen anderen Gesundheitsversorgungsbereichen werden neue Aufgaben und Bedarfe entstehen – ich wünsche mir hier mutige Weiterentwicklungen der Berufsbilder. Unser Auftrag ist die Sicherstellung der Kompetenzen für die Zukunft durch entsprechende Bildungsangebote (Bachelor – Spezialisierung – Master).

Was ich mir ganz besonders wünsche, ist das Fortsetzen der langjährig guten Zusammenarbeit mit der Praxis - eine wesentliche Säule unserer Studiengänge. Tausende von Praxisanleiter*innen tragen in Österreich gemeinsam mit dem Lehr- und Forschungspersonal wesentlich zur hohen Ausbildungsqualität bei. Dafür gilt allen ein großes Dankeschön, verbunden mit der Bitte, diese gute Zusammenarbeit weiter fortzusetzen. Dass das gerade in Zeiten wie diesen eine Herausforderung für die Praxis ist, dessen bin ich mir bewusst. Umso mehr freut es mich, dass die Praxis gemeinsam mit uns am Strang in genau diese Richtung zieht, um die Ausbildungsqualität hochzuhalten mit dem Wissen, dass nur mit auch zukünftig bestens ausgebildeten Kolleg*innen, die Herausforderungen gemeistert werden können.



Clemens Hausmann, Martina M. Koller

Psychologie, Soziologie und Pädagogik

Ein Lehrbuch für Gesundheitsberufe

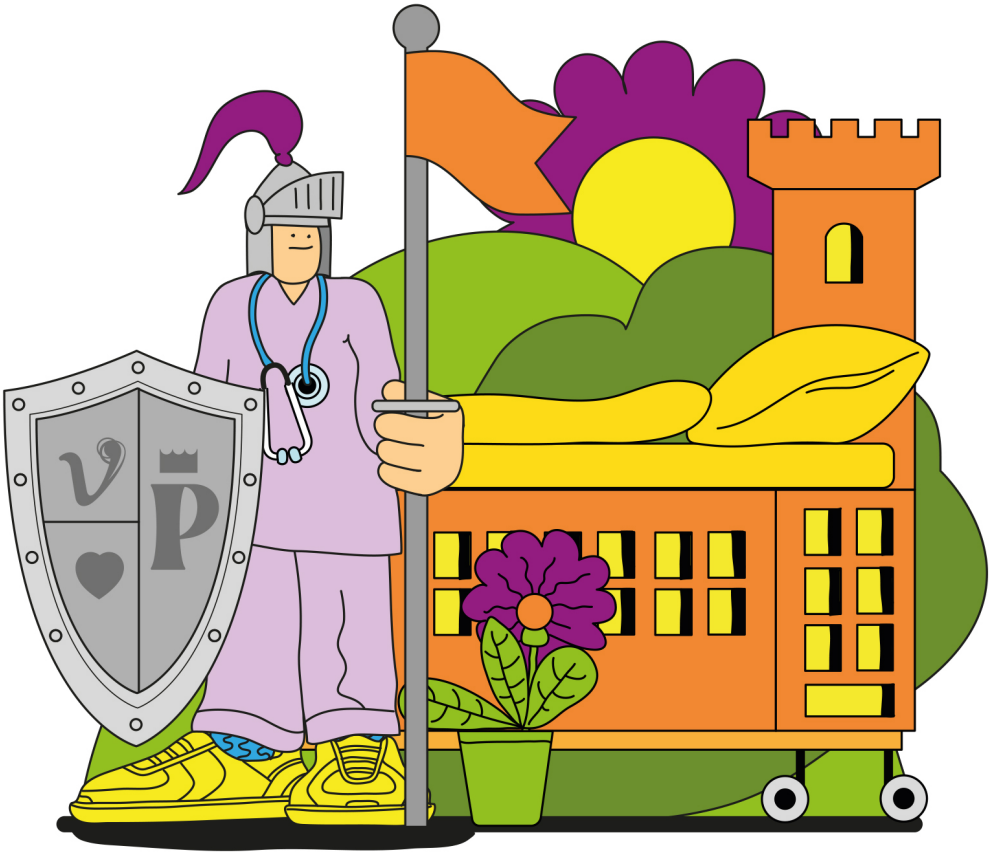
facultas 2022, 4., überarbeitete Auflage
208 Seiten, broschiert
EUR 28,90 (A) / 28,10 (D) / sFr 35,90
ISBN 978-3-7089-2250-8
e-ISBN 978-3-99111-602-8

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

Gesundheit
kommt von Herzen.

Vinzenz
Gruppe Wien



Manche sagen Pflegerin.

ANDERE SAGEN

RITTERIN

Wir sagen: „Danke, Andrea!“

Andrea ist Pflegerin aus Überzeugung. Durch ihr entschlossenes Handeln vertritt sie die Interessen der Patient*innen. Was für andere ritterlich klingt, ist für sie selbstverständlich. Danke allen Pfleger*innen, die wie Andrea für das Wohl unserer Patient*innen kämpfen.

Wir suchen überzeugte Pflegefachkräfte: www.pflegejobs.wien

www.vinzenzgruppe.wien

Österreichisches Hebammengremium

(C) Foto Starmayr

Präsidentin Gerlinde Feichtlbauer MSc

Präsidentin Österreichisches Hebammengremium

Wo sehen Sie derzeit die Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Als Herausforderung sehe ich derzeit, dass zwar die Anzahl an Hebammen in den letzten Jahren gestiegen ist, aber noch immer nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Geburtshilfliche Abteilungen werden geschlossen (oder zumindest vorübergehend), weil der Mangel auch bei anderen Berufsgruppen besteht und somit keine Rundum Versorgung mehr angeboten werden kann. Es ergibt sich daraus eine unzureichende Versorgung für werdende Eltern und deren Kinder und das bestehende Team wird versetzt oder anderswo eingesetzt. Auch in der Nachsorge ist der Mangel noch immer spürbar, obwohl es die Mütter und deren Neugeborenen dringend brauchen. Viele gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen können eine gesunde Zukunft fördern. Daher sehe ich eine rundum Versorgung und Begleitung vor, während und nach der Geburt durch eine Hebamme äußerst wichtig.

Was ist ihre Vision für die Berufsgruppe?

Meine Vision schließt sich der vorherigen Frage an: Genügend Hebammen für den stationären Bereich, damit keine Abteilungen geschlossen werden müssen und ab der aktiven Eröffnungsphase eine 1:1 Betreuung möglich gemacht werden kann.

Genügend Hebammen, damit eine flächendeckende Betreuung im Wochenbett sichergestellt werden kann.

Darüber hinaus ist eine langjährige Vision von mir, dass Hebammen gemäß ihrem Berufsgesetz arbeiten und handeln dürfen.

Wie gelingt die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen? Wie könnte diese verbessert werden?

Aus meiner Sicht hat die interprofessionelle Zusammenarbeit schon mal besser funktioniert. Vielleicht ist eine Veränderung auch durch den Personalmangel im Allgemeinen passiert? Es würde vielleicht besser funktionieren, wenn jede medizinische Berufsgruppe sich auf das jeweilige Spezialgebiet konzentrieren könnte. Ohne einem teilweise komplizierten Überweisungsmanagement oder einem fehlenden Verschreibungssystem, welches (fast) zur Gänze in ärztlicher Hand ist.

Eine Verbesserung würde ich darin sehen, wenn die Primärversorgung flächendeckend für Österreich ausgerollt werden würde und auch der primäre Gedanke derer, vollständig umgesetzt wird.

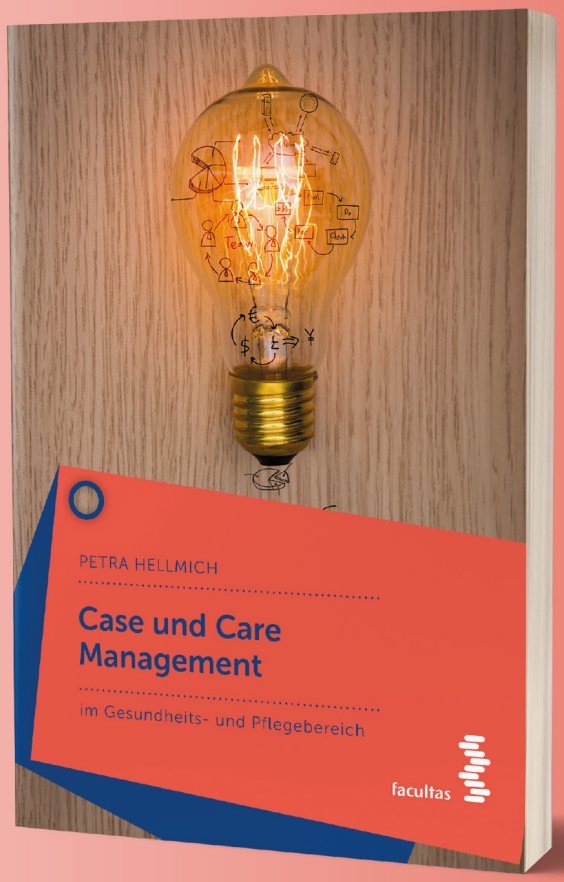
Bringt die Digitalisierung der Berufsgruppe eine Verbesserung in der Arbeitswelt?

Bis jetzt bringt die Digitalisierung noch sehr wenig Verbesserung. Es konnte zwar durch eine elektronische Abrechnung eine frühere Abrechnung erzielt werden, aber Möglichkeiten wie zB der elektronische Impfpass beschäftigen uns in der Standesvertretung seit Jahren, aber die vollständige Umsetzung bedarf noch etwas Zeit und auch für die einzelne Nutzerin Investitionen. Spannend wird der elektronische Eltern-Kind-Pass. Wir sind zwar als Kammer dazu bereits seit Jahren in jeder Arbeitsgruppe vertreten, es gibt aber auch noch sehr

viele und nicht geklärte Abläufe.

Was wünschen Sie sich für die Berufsgruppe?

Anerkennung für die Hebammenarbeit - Wertschätzung in der Zusammenarbeit, Entlastung der einzelnen Hebamme durch mehr Nachwuchs und, dass wir vollständig unserem Berufsbild entsprechen arbeiten können.



Petra Hellmich

Case und Care Management

im Gesundheits- und Pflegebereich

facultas 2021
142 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-2108-2
e-ISBN-978-3-99111-337-9
EUR 22,90 (A) / 22,30 (D) / sFr 29,70 UVP

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

Schwangerenvorsorge durch Hebammen

Die Schwangerenvorsorge durch Hebammen hat in den letzten Jahren eine zunehmende Bedeutung erlangt, da sie eine ganzheitliche und individuelle Betreuung für werdende Mütter bietet, welche sich an der zeitgemäßen Vorstellung von Schwangeren orientiert.

In diesem Artikel werden die Möglichkeiten, Chancen und Grenzen der Schwangerenvorsorge durch Hebammen genauer beschrieben und die Wirksamkeit sowie das Potenzial dieser Betreuungsform näher beleuchtet. Ziel ist es, die Bedeutung der Hebammenbetreuung während der Schwangerschaft hervorzuheben und mögliche zukünftige Entwicklungen zu diskutieren.

Schwangerenvorsorge in Österreich

Die Schwangerschaft ist eine entscheidende Phase im Leben einer Frau und erfordert eine angemessene medizinische Versorgung, um die Gesundheit von Mutter und Kind zu gewährleisten. Die traditionelle Vorsorge durch Gynäkolog*innen wurde in den letzten Jahrzehnten durch die Einbindung von Hebammen erweitert. Seit Ende 2013 haben alle Schwangeren ein Recht auf eine kostenlose Hebammenberatung zwischen der 18.-22. Schwangerschaftswoche, welche von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert wird. Der Einzug von Hebammenbetreuung in den Mutter-Kind-Pass war ein großer Meilenstein, denn damit wurde ein niederschwelliger Zugang zu unserer Berufsgruppe gesichert.

Aktuell wird der Mutter-Kind-Pass reformiert und soll zukünftig in den elektronischen Eltern-Kind-Pass umgewandelt werden. Nicht nur der Name wird verändert, auch der Inhalt ist von der Reform betroffen. Das Untersuchungsprogramm wird erweitert und die Gültigkeit bis zum vollendeten 18. Lebensjahr verlängert. Im Rahmen dieser Veränderung wurde uns Hebammen ein zweites, dieses Mal sogar verpflichtendes Beratungsgespräch, zugesichert. Ein großer Erfolg, der längst fällig war und den wissenschaftlichen Empfehlungen nachkommt.

Möglichkeiten von Hebammen in der Schwangerenvorsorge

Die Möglichkeiten von Hebammen

(C) Mangostar

in der Schwangerenvorsorge regelt das Österreichische Hebammengesetz[1]. So sieht §2 Tätigkeitsbereich, Absatz 2 vor, dass die „Feststellung der Schwangerschaft, Beobachtung der normal verlaufenden Schwangerschaft, Durchführung der zur Beobachtung des Verlaufs einer normalen Schwangerschaft notwendigen Untersuchungen“ im Verantwortungsbereich der Hebammen liegen. Das heißt, laut Ausbildung sind Hebammen prinzipiell dazu befähigt, die Schwangerenbetreuung bei physiologischem Verlauf zu übernehmen. In Österreich kommt es diesbezüglich zu Einschränkungen. Die meisten Untersuchungen laut Mutter-Kind-Pass müssen nämlich bei einem*r Gynäkolog*in erfolgen, damit die Schwangere die Voraussetzungen für den Erhalt des Kinderbetreuungsgeldes erfüllt.

Der Tätigkeitsbereich von Hebammen beschränkt sich daher in der Schwangerschaft vorwiegend auf die Hebammenberatung, sowie optionale Schwangerenvorsorgen, die zum Teil von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Geburtsvorbereitung und andere Angebote bleiben Privatleistungen und sind von den Schwangeren selbst zu zahlen. Das hat zur Folge, dass viele Angebote von Hebammen, die die Schwangerenvorsorge betreffen, Frauen vorenthalten sind, die nicht über ausreichend finanzielle Mittel verfügen.

Besonderheiten der Hebammenbetreuung

Schwangerschaft und Geburt sind soziale Phänomene und ihr Erfolg hängt von sozialen Prozessen ab.[2] Hier spielen Hebammen eine wichtige Rolle. Die Betreuung der Hebamme in der Schwangerschaft und bei der Geburt, beruht auf einer partnerschaftlichen, vertrauensvollen Beziehung auf Augenhöhe mit der Frau. Im Fokus steht die Anerkennung der Autonomie und der Würde der Schwangeren. Das bedeutet, dass die Hebamme die Präferenzen und Wünsche ihres Gegenübers respektiert und sie in Entscheidungsprozesse aktiv mit einbezieht. Nur so kann eine Beziehung, geprägt von Vertrauen und Empathie entstehen, die für ein bestmögliches Outcome nötig ist.

*Hebammen als Vertreter*innen des Physiologischen*

Die ganze Welt ist von der Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt betroffen. Der Blick auf die natürlichen Prozesse hat sich verändert; weg von einem physiologischen, hin zu einem risikoreichen Ereignis.[3] Der Trend der letzten Jahrzehnte ging immer mehr Richtung Überwachung, Kontrolle und Technisierung.[4] Die Geburtskultur ist heute eine andere als früher.

Hebammenarbeit hingegen basiert nach wie vor auf der Prämisse, dass Schwangerschaft und Geburt normale Lebensereignisse sind.[5] Genau aus diesem Grund ist Hebammenarbeit so bedeutsam, da sie durch ihre frauenzentrierte Prägung Schwangere dazu ermutigt, in die Fähigkeiten ihres Körpers zu vertrauen und ihren Instinkten zu folgen.

Ganzheitliche Betreuung durch Hebammen

Hebammen bieten eine ganzheitliche Betreuung an, die über rein medizinische Aspekte hinausgeht. Sie berücksichtigen die physischen, psychischen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Schwangeren, was zu einer stärkeren Verbundenheit zwischen Hebammen und Schwangeren führt. Die Schwangere wird als Individuum in ihrer Einzigartigkeit gesehen und wahrgenommen.

Präventionsarbeit

Hebammen sind Expert*innen in der Erkennung von Risikofaktoren. Regelmäßige Untersuchungen und Gespräche ermöglichen es Hebammen, potenzielle Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, die zur Verbesserung der Gesundheit von Mutter und Kind beitragen können. Grund dafür ist die vertrauensvolle Beziehung zwischen Hebamme und Frau, die Raum schafft, auch schwierige Themen zu besprechen.

Women Empowerment

Hebammen unterstützen Schwangere dabei, informierte Entscheidungen zu treffen, indem sie ihnen eine aktive Rolle in der Beratung zugestehen. Durch das Bereitstellen von Informationen und wertfreier Beratung wird das Selbstbestimmungsrecht der der Frauen gestärkt. Dies erhöht die Zufriedenheit mit der Betreuung und beeinflusst die Bindung zwischen Mutter und Kind positiv.

Benefit von Schwangerenvorsorge durch die Hebamme

Studien zeigen, dass eine hebammengeleitete Vorsorge bei physiologischen Schwangerschaften nur Vorteile bringt. So belegt ein Cochrane Review aus dem Jahr 2016, dass Frauen, die in der Schwangerschaft von Hebammen betreut wurden, seltener Epiduralanästhesien brauchten, die Zahlen von vaginal-operativen Geburten, Dammschnitten sowie von Frühgeburten vor der 37. Schwangerschaftswoche niedriger waren und das Risiko eines Spätaborts vor der 24 Schwangerschaftswoche minimiert werden konnte. Der Review bezieht auch die Zufrie-

denheit der Schwangeren mit ein. So wurde festgestellt, dass Frauen, die kontinuierlich von Hebammen betreut wurden, zufriedener waren als jene, die andere Betreuungsmodelle erfahren haben.[6]

Grenzen der Schwangerenvorsorge durch die Hebamme

Obwohl Hebammen in der Schwangerenvorsorge gut ausgebildet sind, gibt es Grenzen hinsichtlich der medizinischen Komplexität. Schwangerschaften mit spezifischen Risikofaktoren erfordern eine enge Zusammenarbeit mit Gynäkolog*innen und Fachärzt*innen, um eine optimale Versorgung sicherzustellen.

Die Grenzen der Hebammenarbeit sind ebenso im Hebammengesetz (1) klar festgelegt, so besagt § 4. Absatz 1, dass „bei Verdacht oder Auftreten von für die Frau oder das Kind regelwidrigen und gefahrdrohenden Zuständen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts, darf die Hebamme ihren Beruf nur nach ärztlicher Anordnung und in Zusammenarbeit mit einer Ärztin/einem Arzt ausüben“.

Die Grenzen zwischen physiologischen und pathologischen Vorgängen sind auf rein physischer Ebene meist klar zu erkennen. Eine große Herausforderung stellen die Abweichungen auf psychischer und psychosozialer Ebene dar. Die Vernetzung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit sind daher für Hebammen essenziell, um einerseits eine bestmögliche Betreuung von Mutter und Kind zu gewährleisten und andererseits, um auf die eigene Gesundheit und Belastungsgrenze zu achten und sich rechtlich abzusichern.

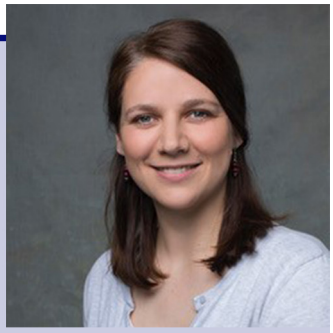
Ausblick

Voller Freude blicken wir der Umsetzung einer zweiten, sogar verpflichtenden, Hebammenberatung im elektronischen Eltern-Kind-Pass entgegen. Es ist ein Schritt in die richtige Richtung. Wie sich die Schwangerenvorsorge per se in Zukunft entwickeln wird und ob wir Hebammen unser Angebot im Rahmen dessen noch ausbauen können, ist von vor allem von politischen Entscheidungsträgern, dem Trend des Gesundheitssystems, aber auch von der gesellschaftlichen Entwicklung abhängig. Seit wenigen Jahren sind Schwangerschaft und Geburt Thema eines öffentlichen Diskurses, und wenn man dieser Debatte genauer lauscht, dann hört man, dass der Ruf nach einer Geburtshilfe, bei der die Salutogenese im Zentrum steht, immer lauter wird. Das stimmt uns positiv, denn genau das entspricht unserer Philosophie und unseren Kernkompetenzen. Und wir Hebammen sind bereit unseren Teil beizutragen und Verantwortung zu übernehmen.

Fußnoten

1. Österreichisches Hebammengesetz https://wris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010804
2. MacLellan Claiming an Ethic of Care for midwifery. Nurs Ethics. 2014 Nov;21(7):803-11. doi: 10.1177/0969733014534878. Epub 2014 Jun 10. PMID: 24917265.
3. Johanson R, Newburn M, Macfarlane Has the medicalisation of childbirth gone too far? BMJ. 2002 Apr 13;324(7342):892-5. doi: 10.1136/bmj.324.7342.892. PMID: 11950741; PMCID: PMC1122835.
4. Newnham, ; & Kirkham, M. (2019). Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. Nursing Ethics; 20 (10), 1-11.
5. Midwifery Led Care, the First Choice for All Women https://winternationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng- midwifery-led-care-the-first-choice-for-all-women.pdf
6. Sandall J, Soltani H, Gates S et al (2015).‘Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women’. Cochrane Database of Systematic Reviews, 9: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub4

Autorin



Stefanie Winkler, MSc
Hebamme, Lehrende und im Vorstand des Hebammengremiums Wien

die partner.at
für nachhaltige Bildung im Sozial- und Gesundheitswesen

Weiterbildung § 64 GuKG

Praxisanleitung

22. Januar 2024 – 28. Juni 2024

Bindeglied zwischen Theorie und Praxis

Zielgruppe	DGKP
Abschluss	Zeugnis gemäß § 64 GuKG
Umfang	195 UE Theorie 40 Std. Praxis
Ort	1030 Wien & digital
Kosten	3300 € inkl. USt

Lehrgang: Praxisanleitung

Zielgruppe
Der Weiterbildungslehrgang "Praxisanleitung" richtet sich an Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege.

Ziel
Auf Grundlage aktueller lernpsychologischer, bildungs- und kommunikations- sowie pflegewissenschaftlicher Theorien und Modelle werden die Teilnehmer*innen befähigt Lehr-, Lernprozesse von Auszubildenden im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung zu unterstützen.

diepartner.at - das Bildungsprogramm
Das Bildungsprogramm wurde auf Basis langjähriger Erfahrung in der Aus- und Fortbildung im Pflegebereich sowie der Forschung in der Organisationsentwicklung, Versorgung und Pflegequalität entwickelt.

Basales & mittleres Pflegemanagement

Zielgruppe	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege-personen
Umfang	3 Semester
Ort	1030 Wien & digital

Bindeglied zwischen strategischer Spitze und operativem Kern

Weiterführende Information erhalten Sie gerne ...
Mag. Gabriela Messner, DGKP
gabriela.messner@diepartner.at

phon: +43-664-5037580
www.diepartner.at

zertifizierte Weiterbildung §64 GuKG

Lernende Organisation

Österreichische Ärztekammer

(C) Robert Maybach

Dr. Klaus Rubin

Leiter des ÖÄK-Referates für Gesundheitsberufe

Wo sehen Sie derzeit die Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Die zentrale Herausforderung ist eine interdisziplinäre Entwicklung zu einem Gesundheitswesen, das fit für die Zukunft ist. Die demographische Entwicklung, Nachwuchssorgen in fast allen Gesundheitsberufen und eine Teuerung, die auch alle Bereiche des Gesundheitswesens betrifft, erschüttern das System und verlangen kluge Lösungen und vorausschauende Strategie, um ein leistungsfähiges Gesundheitssystem erhalten und ausbauen zu können. Die Digitalisierung, Kompetenzerweiterungen in den Gesundheitsberufen, der Ausbau der Primär- und Tertiärprävention und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe helfen dabei.
Gleichzeitig wird unser Gesundheitssystem einem zunehmenden Ökonomisierungsdruck ausgesetzt. Private-Equity-Firmen und börsennotierte Unternehmen entdecken das österreichische Gesundheitssystem als lohnendes Objekt der Anlegerbegierde.

Kostendruck bei den Spitalsbetreibern und der Wunsch der Sozialversicherungen, mehr Leistung für weniger Geld zu bekommen, führen zu Einsparungsmaßnahmen, die wiederum einen Systemumbau zur Folge haben. Nicht das „Miteinander“ der Gesundheitsberufe, sondern das „Nebeneinander“ und das „Anstatt“ sollen ein Ausweg aus der drohenden Mangelversorgung sein. Dies führt aber zu einer Erodierung der ärztlichen Kompetenzen, zum Beispiel Diagnose, Befund und Therapie von akut und chronisch Erkrankten durch MTD-Berufe, also Angehörige der medizinisch-technischen Dienste, ohne Einbeziehung von Ärzten oder Pflegeberufen. Oder Ausweitung der Impfkompetenz auf Apotheken, community und acute nurses statt PVE und Hausarzt. Wir Ärztinnen und Ärzte müssen aktuell aufgrund dieser Entwicklungen besonders wachsam sein und zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten mit ganzer Kraft gegensteuern.

Was ist ihre Vision für die Berufsgruppe?

Die interdisziplinäre Patientenbetreuung, bei der alle Gesundheitsberufe gemeinsam an einem Strang ziehen, ist für uns Ärztinnen und Ärzten das zentrale Anliegen. Wir brauchen eine funktionierende Patientenlenkung unter der Führung von Ärztinnen und Ärzten. Ein niederschwelliger Zugang ohne lange Wartezeiten zu allen Bereichen des Gesundheitssystems muss wieder möglich sein. Oft nutzen die Patientinnen und Patienten Spitalsambulanzen statt des wohnortnahen Angebotes von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bzw. freiberuflichen Gesundheitsdiensteanbietern oder GDA.

Mancherorts ist auch das wohnortnahe Angebot nicht ideal, weil beispielsweise Kassenärztinnen und Kassenärzte fehlen und daher die Wartezeiten sehr lang sind. Für die ideale Patientenversorgung ist die Allgemeinmedizinerin oder der Allgemeinmediziner die erste Anlaufstelle. Wenn diese Anlaufstelle aber wohnortnah nicht verfügbar ist, dann fördert das die Überlastung der Spitäler. Außerdem muss das Gesundheitssystem in die Richtung reformiert werden,

dass der niedergelassene Bereich Aufgaben übernimmt, die derzeit noch häufig in den Spitälern erbracht werden. Die zusätzlichen ärztlichen Leistungen in der Niederlassung müssen aber natürlich im Honorarkatalog auch entsprechend ausgewiesen werden.

In den überlasteten Spitälern fehlt das Personal – insbesondere in der Pflege. Zu den ohnehin knappen personellen Ressourcen kommt noch erschwerend hinzu, dass Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger noch viel zu stark mit Administration und Bürokratie beschäftigt sind. Bereits existierende Berufsbilder, wie die Dokumentationsassistentinnen oder -assistenten können hier Abhilfe schaffen.

Und abschließend: Die Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen könnten besser sein. Da geht es um ungeregelte Arbeitszeiten, Schichtdienste, einen hohen administrativen Aufwand bei gleichzeitigem Zeitdruck und hoher Verantwortung für die Patientinnen und Patienten. Die knappe Personalpolitik in den Gesundheitseinrichtungen tut ihr Übriges, Überstunden sind keine Seltenheit.

Wie gelingt die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen?

Prinzipiell gelingt diese Zusammenarbeit aus meiner Sicht sehr gut, wenn die Zusammenarbeit von gegenseitigem Respekt für die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder und Kompetenzen geprägt ist. Nur gemeinsam werden wir als interdisziplinäres/interprofessionelles Team in der Lage sein, die Herausforderungen der Zukunft zu meistern. Gleichzeitig möchte ich einen Appell an die Vertreterinnen und Vertreter einzelner Gesundheitsberufe richten: Berufsgruppenvertretungen etwa wecken falsche Erwartungen bei den Menschen, sowohl bei den Patientinnen und Patienten als auch den im Beruf Tätigen selbst, was teilweise schon ein wenig anmaßend rüberkommt. Berufsgruppen sollten nicht darauf setzen, andere, vermeintlich höherwertige, Gesundheitsberufe zu ersetzen. Das ist eine brandgefährliche Entwicklung.

Wie könnte diese verbessert werden?

Diese Spannungsfelder müssten überhaupt nicht sein, wenn man streng differenziert. Wir verschließen uns keiner Diskussion bezüglich Kompetenzerweiterung und kontrolliertem Task Shifting. Zurzeit beobachten wir vonseiten des Ministeriums und vonseiten anderer Berufsgruppenvertretungen jedoch die Tendenz zur Ausgrenzung der Ärztinnen und Ärzte aus vermeintlich „einfachen“ Behandlungsvorgängen. MTD-Berufe befunden, diagnostizieren und behandeln „anstatt“ und nicht gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen. Die zentrale Frage muss bei so einem Ansinnen lauten: Wer bringt welche Kompetenzen mit, wer ist wozu gesetzlich berechtigt und wer trägt am Ende die Verantwortung für das Behandlungsergebnis? Und ist diese Entwicklung das Beste im Sinne der Patientinnen und Patienten? Aufgelöste Patientenbehandlungspfade erhöhen die Patientencompliance sicher nicht.

Bringt die Digitalisierung der Berufsgruppe eine Verbesserung in der Arbeitswelt?

Ich sehe in der Digitalisierung ein großes Potential, um die Herausforderungen an das Gesundheitssystem in Zukunft bewerkstelligen zu können. Das Um und Auf ist dabei die Einbindung der Ärzteschaft gemeinsam mit allen anderen GDA. Wenn diese frühzeitig erfolgt, dann gelingen digitale Projekte auch. Wir Ärztinnen und Ärzte bringen auf Grund der Nutzung der e-Card und weiterer SVC-Tools viel Expertise für Digitalisierungsprojekte mit. Der e-Impfpass ist hier ein Leuchtturmprojekt und konnte auch dank der Expertise der Ärzteschaft in nur sechs Monaten fertiggestellt werden. Diese frühzeitige Einbindung von Ärztinnen und Ärzten in die Projektentwicklung ist wichtig, um die sinnvolle Integration in den Ordinationsalltag gewährleisten zu können.

Was wünschen Sie sich für die Berufsgruppe?

Vor allem wünsche ich mir von den politischen und administrativen Stakeholdern des österreichischen Gesundheitssystems mehr Wertschätzung für die ärztliche Tätigkeit. Die Kompetenz, die sich Ärztinnen und Ärzte aufgrund ihrer jahrelangen und intensiven Ausbildung sowie der verpflichtenden Fortbildung angeeignet haben, ist durch nichts zu ersetzen.

Gleiches wünsche ich mir auch für alle anderen GDA in diesem fragilen System. Nur gemeinsam können wir einen Totalausfall des Systems verhindern – zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten.

MTD-Austria

Dachverband der gehobenen medizinischen-technischen Dienste Österreichs

(C) MTD-Austria

Mag.ª Gabriele Jaksch

Präsidentin MTD-Austria

Wo sehen Sie derzeit die Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Die demographischen Veränderungen sind statistisch klar nachvollziehbar. Am 01.01.1970 waren 4,7 Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung, das waren 347.350 Menschen, über 65 Jahre alt, am 01.01.2022 waren bereits 849.672 Personen in Österreich über 65 Jahre alt, somit 9,5 Prozent der Gesamtbevölkerung (Demographisches Jahrbuch 2021, Statistik Austria, S 23).

Die Lebenserwartung steigt stetig und somit steigt auch der Wille und die Notwendigkeit in die eigene Gesundheit zu investieren, um länger gesund zu leben. Dies führt im Umkehrschluss wiederum zu einer höheren Nachfrage an Gesundheitsleistungen.

Die Ansicht von Gesundheit hat sich dadurch ebenfalls verändert. In den 60iger Jahren war man mit 60 Jahren alt. Heutzutage gehen viele Menschen mit 60 in ein Fitnesscenter, beschäftigen sich mit Public Health, Gesundheitszielen und setzen auf Wellness und Personal Training bzw. hat der technologische Wandel der Behandlungsmöglichkeiten viel verändert. Andererseits stehen dem gewichtige Fakten gegenüber: Geburtenschwächere Jahrgänge sind im Arbeitsleben angekommen bzw. ist eine ausgeglichene Work-Life-Balance für viele Berufstätige eine sehr wichtige Voraussetzung.

Was ist Ihre Vision für die MTD?

Die Ausbildung der sieben gehobenen medizinisch-technischen Berufe (Biomedizinische Analytik, Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Orthoptik, Radiologietechnologie) findet seit 2005 an Fachhochschulen statt. Seit vielen Jahren werden hochprofessionelle junge Kolleg:innen nach umfangreichen Curricula ausgebildet und dann stoßen sie in der Arbeitsrealität an ein Berufsgesetz, welches schon seit über 30 Jahren nicht mehr novelliert wurde und somit weder der Gesundheitswelt des 21. Jahrhunderts entspricht noch der Lebensrealität der Gesundheitsberufe, Klient:innen und Patient:innen. Daher ist es nicht meine Vision, sondern eine absolute Notwendigkeit, die sieben gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe entsprechend ihrer Ausbildung einzusetzen.

Wie gelingt die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen?

Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit aller Berufe im Gesundheitswesen kann dann gut gelingen, wenn man die Kompetenzen und Fähigkeiten der Berufe bereits in der Ausbildung kennenlernt. Dies bedeutet – „raus aus den Bildungssilos“ – hin zu einer gemeinsamen Basisausbildung und erst in weiterer Folge der Einstieg in die Fachspezifika. „Die Schaffung eines Gesundheitscampus in Österreich“ - dies ist in vielen internationalen Ländern bereits üblich.

Bringt die Digitalisierung der Berufsgruppe eine Verbesserung in der Arbeitswelt?

Die Digitalisierung hat nicht zuletzt durch die Covid-19-Pandemie einen Aufschwung im Gesundheits-

wesen erlebt. Die Digitalisierung im Gesundheitsbereich kann vor allem Wege für Klient:innen und Patient:innen erleichtern bzw. verkürzen. In der täglichen Arbeit der Biomedizinischen Analytiker:innen und Radiologietechnolog:innen findet die Digitalisierung schon lange ihre Anwendung. Bei den Berufen Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Orthoptik werden schon seit geraumer Zeit die verschiedensten Devices angewendet. Durch die Pandemie kam darüber hinaus noch vermehrt die Teletherapie hinzu. Bei aller Modernisierung darf jedoch nicht vergessen werden, dass vor allem im Gesundheitsbereich die Thematiken „Hands on“ und persönliche Live-Gespräche einen großen Bestandteil der Therapien ausmachen.

Was wünschen Sie sich für die Klient:innen und Patient:innen – denn darum geht's!

Eine sofortige umfassende Novellierung des MTD-Gesetzes, welches die notwendige regulatorische Basis für aktuelle und künftige Herausforderungen bietet, moderne Bedürfnisse der Patient:innen und Berufsangehörigen ins Zentrum stellt, Professionalisierung und attraktive Weiterbildungsmöglichkeiten fördert und für die tägliche Arbeit in der Patient:innenbetreuung sowie für die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen mehr Klarheit und Sicherheit schafft.

- ANKÜNDIGUNG -

12. MTD-Forum 2023

mtd austria
Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs

Spezialisierungen im MTD-Bereich

Trend oder Zukunft?

Freitag, 17.11.2023, 09:00-17:00 Uhr

LIVE in der Siemens City Wien

Anmeldung unter www.mtd-austria.at

Early-Bird-Tickets verfügbar bis 17.09.2023, 24:00 Uhr

Anmeldeschluss: 13.11.2023, 24:00 Uhr

Es werden Innovationspreise verliehen!

„KLIMA WANDELT GESUNDHEIT: KLIMAKOMPETENZEN IN DEN GESUNDHEITSBERUFEN“

MAG.A GABRIELE JAKSCH, PRÄSIDENTIN VON MTD-AUSTRIA: Die notwendigen Rahmenbedingungen zur Stärkung der Klimakompetenzen müssen JETZT geschaffen werden!

„Das Thema Klimaschutz ist allgegenwärtig und wir befinden uns bereits mitten in einer Klimakrise, was unter anderem durch einen aktuellen Bericht der WHO deutlich wird, der belegt, dass Europa im Jahr 2022 schätzungsweise 15.000 Hitzetote zu verzeichnen hatte.“ MTD-Austria Präsidentin Frau Mag.a Jaksch weist darauf hin, dass die Erreichung des 4. Österreichischen Gesundheitsziels seit Beginn an ein wichtiges Anliegen für MTD-Austria und die sieben MTD-Berufsgruppen darstellt. „Dass sich die MTD-Berufsangehörigen ihrer Verantwortung im Zuge des Klimawandels bewusst sind, spiegelt sich deutlich in ihrer täglichen Arbeit mit Patient:innen und anderen Gesundheitsberufen wider. Die Berufsangehörigen der sieben MTD-Berufsgruppen Biomedizinische Analytik, Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Orthoptik und Radiologietechnologie leisten bereits seit vielen Jahren einen wichtigen Beitrag zum Thema Klimaschutz und setzen stets Schritte, um die Synergien zwischen Umwelt und Gesundheit zu wahren. Unter den MTD-Berufsangehörigen besteht der große Wunsch, sich weiteres Wissen und zusätzliche Kompetenzen anzueignen, um für Krisensituationen, die durch den Klimawandel ausgelöst werden, gut gerüstet zu sein und die Bevölkerung auch in Ausnahmesituationen mit dringend notwendigen Gesundheitsdienstleistungen entsprechend versorgen zu können.“

MTD-Austria Präsidentin Frau Mag.a Jaksch betont, dass die Politik JETZT dazu aufgefordert ist, die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die Klimakompetenzen von MTD-Berufsangehörigen ausgebaut, die Gesundheitsversorgung von Patient:innen gesichert, und gleichzeitig viele Klimatote verhindert werden können. „Die Ausbildungsstätten und Berufsverbände stellen große Bemühungen an, die Klimakompetenzen der MTD-Berufsangehörigen durch qualitativ hochwertige Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu stärken. Der Politik muss jedoch bewusst sein, dass der Grundstein für eine Weiterentwicklung der Pflichtcurricula nur durch die Bundes- bzw. Landesebene gelegt werden kann. Um am Puls der Zeit zu bleiben, muss die Entwicklung von Kompetenzprofilen und der Aufbau von transdisziplinären Netzwerken seitens der Politik so rasch wie möglich umgesetzt werden.“

(C) kamilpetran

(C) JenkoAtaman

EINBINDUNG DER MTD-BERUFE IN DEN ELTERN-KIND-PASS GEFORDERT

Dem Mutter-Kind-Pass steht eine Namensänderung, eine Ausweitung und eine Anpassung an das digitale Zeitalter bevor. Der bisherige Mutter-Kind-Pass soll ab Jänner 2024 den Namen Eltern-Kind-Pass tragen und bis 2026 ausgebaut sowie digitalisiert werden. MTD-Austria begrüßt die Ausweitung des Mutter-Kind-Passes auf einen Eltern-Kind-Pass und hat sowohl in der Presseaussendung vom 17.11.2022 als auch in der offiziellen Stellungnahme vom 27.04.2023 die längst überfällige Einbindung der MTD-Berufe in den Eltern-Kind-Pass gefordert.

Kinder und Jugendliche sind vulnerable Mitglieder unserer Gesellschaft und haben das Recht auf bestmögliche Rahmenbedingungen für gesundes Aufwachsen und Entwicklungsförderung. Alle Kinder sollen zum richtigen Zeitpunkt und am richtigen Ort die passende Leistung erhalten, um die Gesundheit zu bewahren und rechtzeitig Probleme und Risiken zu identifizieren. Daher ist besonders auch im Rahmen des geplanten Eltern-Kind-Pass Programmes, mit einem Screening der Kinder von null bis sechs Jahren als Basisprogramm, das Einbinden der Angehörigen der MTD-Berufsgruppen als Fachexpert:innen dringend geboten.

Das umfassende Untersuchungsprogramm im Rahmen des Eltern-Kind-Passes ist ein Beispiel für die Notwendigkeit, dass Gesundheitsberufe zusammenarbeiten müssen. Hier ist ein Mit- und kein Gegeneinander gefragt. MTD-Berufe können aufgrund ihrer spezifischen Kernkompetenzen wertvolle Beiträge zur Früherkennung, Diagnostik und Beratung im Rahmen des Eltern-Kind-Passes leisten.

Die Präsidentinnen der sieben MTD-Berufsverbände weisen auf die zentrale Rolle der MTD-Berufe in Hinblick auf die umfassenden Untersuchungsprogramme des Eltern-Kind-Passes hin:

Bewegungsentwicklung- und Kontrolle von Kindern und Stärkung der Gesundheitskompetenz der Eltern

„Physiotherapeut:innen sind speziell darin ausgebildet, die Bewegungsentwicklung, Bewegungsqualität und Motorik eines Kindes einzuschätzen und können somit Verzögerungen in der Entwicklung sowie mögliche Fehlentwicklungen frühzeitig erkennen. Die Motorik ist die Grundlage für die Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit eines Kindes und bedarf so der Beurteilung von entsprechenden Expert:innen. Eltern können adäquate Beratung und Hilfestellung erfahren. Durch fachkundige, rechtzeitige Anleitung kann späteren Defiziten vorgebeugt und kostenintensive Behandlung verhindert werden. Frauen sind nach der Geburt oft nicht umfassend beraten und betreut, wenn es um die vollständige Wiederherstellung der Funktion des Beckenbodens geht und z.B. durch Inkontinenz einem hohen Leidensdruck ausgesetzt. Die rechtzeitige Identifizierung eines derartigen Problems fällt in die Kompetenz von Physiotherapeut:innen und kann einen maßgeblichen Beitrag zur Entlastung in diesem Bereich darstellen," unterstreicht Constance Schlegl, Präsidentin Physio Austria.

Impfstatus und Früherkennung von Infektionen

„Im Rahmen der Eltern-Kind-Pass Untersuchungen könnten einige Tätigkeiten eigenverantwortlich von Biomedizinischen Analytiker:innen durchgeführt werden wie Screening von gynäkologischen Abstrichen (Streptokokken-Screening, PAP-Abstriche), Blutabnahmen für und anschließende Durchführung von Antikörper-Titerbestimmungen (Röteln, CMV, Rhesus-Unverträglichkeit,…), Durchführung des oralen Glucose-Toleranztests bei Schwangeren zwischen SSW 24 und SSW 28 zur Früherkennung von Gestationsdiabetes, Durchführung von Fibronektin-Schnelltests zum Ausschluss eines vorzeitigen Blasensprungs, Harnstreifen-Screening zum Ausschluss von Infektionen des Urogenitaltraktes bzw. zur Früherkennung eines präeklamptischen Geschehens, Analyse des Blutes Neugeborener: bei Verdacht auf Neugeborenenikterus, Screening auf angeborene Stoffwechselstörungen, diverse Hormonanalysen zum Ausschluss von Wachstumsstörungen, Titerbestimmungen zur Ermittlung des Impfstatus bei Kleinkindern nach erfolgter Impfung und Durchführung von EEG-Untersuchungen bei Verdacht auf Epilepsie oder andere Verhaltensstörungen", betont Sylvia Handler, Präsidentin von Biomed Austria.

Störungen der Wahrnehmungsverarbeitungen und Handlungskompetenz

„Eine ergotherapeutische Befundung im Rahmen des Eltern-Kind-Passes ermöglicht im Bedarfsfall eine rechtzeitige Unterstützung des Kindes in seiner Entwicklung. Unter Verwendung von diversen Assessments werden in der ergotherapeutischen Befundung die Handlungskompetenzen eines (Klein-)Kindes strukturiert beobachtet. Werden Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen oder Entwicklungsstörungen im Bereich der Wahrnehmungsverarbeitung bzw. motorischen, kognitiven und sozialen Entwicklung des Kindes identifiziert, kann eine möglichst rasche Aufnahme der Ergotherapie folgen", so Marion Hackl, Präsidentin Ergotherapie Austria.

Erkennen von Risiken für Fehlernährung und Adipositasprophylaxe

Andrea Hofbauer, Präsidentin des Verbandes der Diätolog:innen Österreichs: „Diätolog:innen sind die Ernährungsexpert:innen, die im Rahmen eines Ernährungsscreenings Risiken für mütterliche Mangel-, Über- oder Fehlernährung feststellen und dementsprechende ernährungstherapeutische Maßnahmen setzen können. Beim Neugeborenen bzw. in den ersten Lebensmonaten sind Hilfestellungen bei der Stillernährung, dem Stillen bzw. der Ernährung mit Säuglingsanfangsnahrung wichtig, um Risiken für kindliche Mangelernährung auszuschließen, die beispielweise durch einseitige Ernährung oder fehlendes Ernährungswissen der Mutter oder bei Gedeihstörungen aufgrund verschiedenster kindlicher Grunderkrankungen entstehen können. Eine frühzeitige Adipositasprophylaxe sowohl bei Eltern als auch Kind kann durch eine Ernährungsumstellung der ganzen Familie schwerwiegende Erkrankungen vorbeugen und Leid verhindern."

Sehfehler und Schielabweichungen frühzeitig erkennen

„Die Augenuntersuchung im Rahmen des MKP ist eine wichtige Vorsorgeuntersuchung, um Sehfehler und Schielabweichungen frühzeitig zu erkennen und bleibende Sehschwächen zu vermeiden. Orthoptist:innen sind Expert:innen in der Erkennung von Funktionsstörungen des Auges und gemeinsam mit Augenärzt:innen führen sie Untersuchungen kindgerecht durch. Stellungnahmen zur Evaluierung der derzeitigen Augenuntersuchungen im Rahmen des

MKP wurden von der ÖOG (Österreichisch Ophthalmologischen Gesellschaft) und Orthoptik Austria bereits mehrfach eingebracht und brauchen Berücksichtigung im neuen Eltern-Kind-Pass. Jedes Kind sollte spätestens bis zum 3. Geburtstag orthoptisch und augenärztlich untersucht werden," betont Orthoptik Austria Präsidentin Romana Weidinger.

Erkennen von Sprach- und Sprechentwicklungen

Karin Pfaller-Frank, Präsidentin Logopädie Austria: „Logopäd:innen sind jene Fachexpert:innen die Auffälligkeiten im Bereich der Nahrungsaufnahme, der Sprach- und Sprechentwicklung, des Hörens sowie der Mundfunktionen (frühzeitig) diagnostizieren können. Sprache ist jene grundlegende Fertigkeit auf der sämtliche Schlüsselkompetenzen (Lesen, Schreiben usw.) des Menschen aufbauen. Je früher eine Sprachentwicklungsstörung/Spracherwebsstörung oder eine Störung der Mundfunktionen erkannt wird, umso größer ist die Chance, dass Folgestörungen, die sämtliche Bereiche der Kommunikation betreffen, vermieden werden."

Einsatz der Hüftsonographie zur Früherkennung der Hüftdysplasie

Und last but not least Sabine Weissensteiner, Präsidentin des Berufsfachverbandes für Radiologietechnologie Österreich: „Die Screening-Hüftsonographie beim Neugeborenen ist wichtig als Vorsorgeuntersuchung einzubauen. Radiologietechnolog:innen sind hier tätig. Die Hüftdysplasie kann leicht behoben werden, wenn frühzeitig die Anlage dazu erfasst wird."

Die MTD-Berufe stehen für Expertise und Kompetenz in Screening und Diagnostik von Entwicklungsstörungen und -verzögerungen von (Klein-)Kindern sowie in der Gesundheitsförderung und Beratung der Eltern in Bezug auf Gesundheitskompetenz und gesundes Aufwachsen. Angesichts der mittlerweile alltäglichen Meldungen zum Personalmangel und der dagegen erforderlichen Attraktivierung der Gesundheitsberufe muss das Potential der rund 40.000 MTD-Berufsangehörigen endlich genutzt werden! Im Sinne der Patient:innensicherheit und hochqualitativen Betreuung ist es zwingend notwendig, dass die sieben MTD-Berufsgruppen, Biomedizinische Analytik, Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie und Radiologietechnologie bei der Neugestaltung des umfassenden Untersuchungsprogramms des Eltern-Kind-Passes Berücksichtigung finden.

MTD-Austria und die sieben Berufsverbände setzen sich vehement dafür ein, den Jüngsten der Gesellschaft die Expertise und Leistungen der MTD-Berufe für eine gesunde Entwicklung zugänglich zu machen!

ÖGKV

Österreichischer Berufsverband für Gesundheits- und Krankenpflege

Mag.a Elisabeth Potzmann

Präsidentin Österreichischer Berufsverband für Gesundheits- und Krankenpflege

Wo sehen Sie derzeit die Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Dazu zählen die Bewältigung des immer stärker werdenden Personalmangels sowie die Verbesserung der Rahmenbedingungen unter denen die Pflege arbeitet. Eine weitere große Herausforderung ist ein Umdenken bei den politischen Vertretern und in der Gesellschaft herbeizuführen. Das Gesundheitssystem muss langfristig umstrukturiert werden und es muss endlich verstanden werden, dass Pflege eben nicht jeder kann.

Was ist ihre Vision für die Berufsgruppe?

Eine emanzipierte (stolze) Berufsgruppe, die sich ihrer Kompetenzen und ihres Wertes bewusst ist und diese auch im Berufsalltag lebt. Das es zur Normalität wird, dass große Krankenhäuser, Langzeitpflegeeinrichtungen, Reha-Zentren usw. auch von professionellen Pflegepersonen als Hauptverantwortliche, geleitet werden.

Wie gelingt die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen? Wie könnte diese verbessert werden?

Dies geschieht durch Arbeit auf Augenhöhe und gegenseitige Wertschätzung der jeweiligen Kompetenzen und Ressourcen. Um dies zu erreichen, muss die Gleichstellung auch vom Staat kommuniziert und geschaffen werden und diese Message muss in der Gesellschaft auch ankommen.

Bringt die Digitalisierung der Berufsgruppe eine Verbesserung in der Arbeitswelt?

Ja, die Digitalisierung bringt insofern eine Verbesserung, da sie Arbeitsprozesse stark verkürzen kann, Unterlagen nicht mehr verloren gehen können und das Schriftbild ebenfalls keine Rolle mehr spielt. Dies betrifft die Dokumentation. Was Digitalisierung der professionellen Pflege bringt oder nicht bringt, muss man sich immer im konkreten Bereich ansehen.

Was wünschen Sie sich für die Berufsgruppe?

Am dringendsten ist die Frage der Rahmenbedingungen und der Bezahlung zu klären. Hier muss auf eine konsequente Umsetzung der Professionalisierung geachtet werden. Dazu gehören die Befugniserweiterung und der Ausbau der Rolle der Fachpflege in einer abgestuften Versorgungslandschaft. Bezüglich Mitsprache haben wir seit der Pandemie große Schritte gemacht, es ist aber immer noch Luft nach oben. Was ich mir bei all dem am meisten wünsche, ist, dass alle Kolleg:innen Freude an ihrer Tätigkeit haben.

Recht auf Pflege

Eine Initiative des ögkv

Pflegereform in Österreich: Die Politik der kleinen Schritte

Die professionelle Pflege in Österreich befindet sich in einer Krise. Wir teilen dieses Problem mit vielen Ländern weltweit. Umso mehr müssen Anstrengungen getroffen werden, diesem Umstand entgegenzuwirken. Viel ist dazu bereits gesagt worden. Der ganz große Wurf, das Denken über die üblichen Vorschläge hinaus, fehlt bisher. Es gibt sehr viele Vorschläge im Kleinen, welche wie ein Pflaster auf eine arterielle Blutung wirken. Einige Maßnahmen werden von der professionellen Pflege sehr kritisch gesehen. Man merkt die Absicht und ist verstimmt. Etwa wenn es um eine versprochene Lohnzuzahlung geht, die dann noch nicht kommt bzw. nicht in der versprochenen Höhe kommt.

Wir befinden uns in Österreich gerade in der zweiten Welle einer sogenannten Pflegereform. Zur Klarstellung muss gesagt werden, dass die Regierung Pflege anders definiert, als es die Professionistinnen und Professionisten aus der Pflege tun. Entsprechend groß ist die Enttäuschung, wenn im Paket nichts für die professionelle Pflege dabei ist. In der Pflegereform I, welche am 12.05.2022 bekannt gegeben wurde, waren Maßnahmen für die Laienpflege und die 24h-Betreuung dabei. Für die professionelle Pflege wurde Maßnahmen angeführt, welche es in irgendeiner Form ohnehin bereits gab. Wirklich neu war das Ausbildungsentgelt in der Höhe von 600 Euro, welches auch Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege erhalten. Das war, wenn auch in einem wesentlich höheren Umfang, eine Forderung des Berufsverbandes. Polizistinnen und Polizisten erhalten in Österreich ein Ausbildungsentgelt von 1700 Euro. Dort wollten auch wir die Pflegeausbildung verortet sehen. Ebenfalls neu brachte die Pflegereform I einen Lehrberuf Pflege. Der Berufsverband lehnt diesen ab. Es gibt keine Evidenz für den Vorteil einer solchen Ausbildungsform. Ganz im Gegenteil führt diese den Beruf in eine völlige Beliebigkeit über und mündet in einer Deprofessionalisierung. Leider wurden unsere Bemühungen gegen die Einführung zu argumentieren nicht von Erfolg gekrönt. Wie die Umsetzung im Detail aussehen wird, ist noch offen. Einige Bundesländer möchten im Herbst starten. Ob dies gelingt, werden wir sehen.

Ein Lichtblick

Wesentlich positiver fällt die Kritik bezüglich der im Mai 2023 präsentierten Pflegereform II aus. Dabei wurde die Umsetzung zentraler Forderungen des Berufsverbandes in Aussicht gestellt. Wann die Umsetzung erfolgt und wie diese im Detail aussehen wird, ist noch offen. Nachstehend die aus Sicht der professionellen Pflege wichtigsten Punkte:

Ein wirklicher Meilenstein in der Kompetenzentwicklung des Gehobenen Dienstes ist die Erst- und Weiterverordnung von Medizinprodukten. Die Nahtstellenfunktion der Pflegepersonen zwischen Patientinnen bzw. Patienten und der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt wird damit Rechnung getragen. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen können künftig Medizinprodukte wie z.B. Inkontinenzbedarf nicht nur selbstständig weiter verordnen, sondern im Sinne einer verbesserten und praxisrelevanten Patient:innenversorgung auch erstmalig selbst verordnen. Das erleichtert die tägliche Arbeit, insbesondere in der mobilen Pflege und sichert die zeitnahe Versorgung mit Medizinprodukten für die Menschen in Österreich.

Eine Notwendigkeit ist die Nostrifikationserleichterung, sprich die Anerkennung der im Ausland erworbenen Ausbildungen. Im Zuge der Gleichwertigkeitsprüfung von im Ausland erworbenen Pflegeausbildungen wird künftig die Gesamtqualifikation und die Berufserfahrung beurteilt und nicht mehr auf einen 1:1-Vergleich der Fächer im jeweiligen Stundenausmaß fokussieren. Ergänzungsausbildungen bzw. Ausgleichsmaßnahmen sollen zielgerichtet auf die für die Ausübung des Tätigkeitsbereichs erforderlichen Inhalte und Kompetenzen fokussieren. Damit ermöglichen wir im Ausland ausgebildeten, qualifizierten Pflegekräften den schnelleren Berufseinstieg in Österreich. Derzeit läuft die Anerkennung der Assistenzberufe über die Bundesländer. Demgemäß sind die Vorgaben mitunter sehr unterschiedlich. Wir hoffen im Zuge der Vereinfachung auch auf eine bundesweite Harmonisierung bei der Vorgehensweise. Zur rascheren Eingliederung in den Arbeitsmarkt zählt auch die Erleichterung für die Pflegeassistenz. Im Ausland ausgebildete Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten dürfen unter Anleitung und Aufsicht künftig auch während des Nostrifikationsprozesses bereits

als solche arbeiten. Die pflegerische Tätigkeit ist bis zur Absolvierung der Ausgleichsmaßnahmen auf zwei Jahre befristet.

Pflegenden der Diplomausbildung alt (DGKP) soll eine niederschwellige Nachgraduierung zum Bakkalaureat ermöglicht werden, indem die Anrechnungsmöglichkeiten auf die Bachelor-Ausbildung an Fachhochschulen erweitert werden. Damit steht den DGKPs in weiterer Folge der Zugang zum Masterstudium offen. Diese Maßnahme unterstützt die Akademisierung der Ausbildung im Gehobenen Dienst.

Viele Menschen brauchen aufgrund ihres Alters, einer Krankheit oder Behinderung über längere Zeit Pflege oder Betreuung. Damit Pflegebedürftige und deren Angehörige sich die richtigen Angebote leisten können, gibt es österreichweit finanzielle Unterstützung in Form von Pflegegeld. Wesentlicher Teil der angekündigten Reform ist, dass die professionelle Pflege die Hoheit über ihre Vorbehaltstätigkeit wiedererlangt. Dass die Pflegegeldersteinstufung Ärztinnen und Ärzten vorbehalten ist, war und ist ständige Kritik aus der Berufsgruppe. Bisher besucht für eine Erstbegutachtung üblicherweise eine Ärztin oder ein Arzt die pflegebedürftige Person zu Hause. Künftig kann diese Aufgabe auch diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal übernehmen.

Derzeit läuft die Bedarfs-Evaluierung der Diplomausbildung alt auf Sekundarniveau. Geplant, und vom Berufsverband unterstützt, ist die völlige Überführung der Diplomausbildung in den tertiären Bereich. Seit 2008 gibt es in Österreich bereits die Erstausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege (Gehobener Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege) an den Fachhochschulen. Wir haben seither ein Parallelsystem von Diplomausbildung alt und Bakkalaureats Lehrgängen. Das ist für die Weiterentwicklung der Pflege hinderlich, denn es verunmöglicht eine sinnvolle Planung weiterführender Ausbildungen (Spezialisierungen), weil unklar bleibt, auf welchem Niveau diese künftig anzusiedeln ist. Wir erwarten folglich dringend die Ergebnisse der Evaluierungsgruppe, um nächste Schritte planen zu können.

Eine Spezialität in der österreichischen Pflegelandschaft ist die 2016 eingeführte Gruppe der Pflegefachassistenz, welche zweijährig ausgebildet wird. Sie reiht sich in die Mitte, zwischen der einjährigen Pflegeassistenz und dem sechssemestrigen Bakkalaureatsstudium, ein. Die Gruppe hat weitreichende Kompetenzen, aber keinen eigenständigen Tätigkeitsbereich. Dieser bleibt dem Gehobenen Dienst vorbehalten, welcher den Pflegeprozess plant und steuert. Es ist unstrittig, dass wir alle drei Stufen der professionellen Pflege gut im Gesundheitssystem verankern müssen. Dazu laufen Skill and Grade Mix Projekte, denn die unterschiedlichen Aufgaben müssen sinnvoll verteilt werden. Die Dienstplangestaltung wird durch die Niveauabstufung komplexer, was für das Management mitunter eine Herausforderung darstellt.

Die Initiative Recht auf Pflege

Herausfordernd sind die Zeiten für die professionelle Pflege zurzeit allemal. Um darauf hinzuweisen, hat der Berufsverband die Initiative Recht auf Pflege ins Leben gerufen. Diese richtet sich an die Kolleginnen und die Kollegen, aber auch an die Bevölkerung. Gerne wird das Thema Pflegebedarf verdrängt. Im Laufe dieser Kampagne soll Platz sein, die Probleme und die Lösungen zu diskutieren. Wir wollen Pflege zum Thema machen! Dazu haben wir unter anderem eine Petition gestartet.

Wir fordern das Recht auf professionelle Pflege für alle Menschen in Österreich

Gute Arbeitsbedingungen für Pflegepersonen führen zu einer guten Versorgung der Menschen in Österreich. Deshalb richtet sich unsere Petition an alle Menschen, denn Pflege betrifft alle in Österreich lebenden Menschen und reicht von der Geburt bis zum Tod.

Obwohl der Pflegekräftemangel seit Jahren akut ist, haben die Verantwortlichen bisher nicht ausreichend gegengesteuert. Damit Ihre Gesundheits- und Pflegeversorgung künftig sichergestellt ist, müssen wir die Aufmerksamkeit der Politik in den kommenden Jahren auf die Pflege lenken. Aus Gesprächen und Erhebungen kristallisierten sich drei zentrale Themen heraus: Zeit – Geld – Qualität.

ZEIT ist ein kostbares Gut. Ganz besonders, wenn es um Menschenleben und um Ihre Gesundheit geht. Dabei sind Gesundheitsförderung und Prävention von zunehmender Bedeutung. Haben Personen bereits Hilfsbedarf, werden diese Menschen nicht selten bei der Suche nach Unterstützung aufgerieben. Ein Ausbau der Versorgungsstruktur führt zu mehr Anlaufstellen für die Menschen in Österreich. Wir Pflegepersonen brauchen mehr Zeit für unsere Patient:innen und deren Familie.

Damit alle die Leistung bekommen, die sie brauchen.

Angehörige: „Als wir endlich wussten, was wir alles benötigen, brauchten wir noch viel Zeit und Mühe, bis wir tatsächlich das Nötigste beisammen hatten.“

Wir fordern eine Struktur, in der die Zeit von Patient:innen, Angehörigen und der professionellen Pflege nicht länger bei der endlosen Suche nach Hilfsmittel und Versorgung verloren geht.

Der Ausbau einer besseren Versorgungsstruktur erfordert GELD. Überall, wo Pflegeleistungen erbracht werden, müssen die Rahmenbedingungen verbessert werden. Egal ob im Krankenhaus, in den Alten- und Pflegeheimen oder in der häuslichen Versorgung, denn die Systeme hängen voneinander ab. Die Schwäche in einem Bereich führt zur Überlastung im anderen. Zusätzlich müssen die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegepersonen finanziert werden. Investitionen in neue Technologien und Arbeitsmittel zur Arbeitserleichterung müssen getätigt werden. Nicht zuletzt muss die Bezahlung der professionellen Pflege verbessert werden.

Pflegeberaterin: „Menschen können oft nicht aus dem Krankenhaus entlassen werden, weil es keine pflegerische Versorgung gibt. Angehörige geraten dadurch unter Druck, die Pflege zu übernehmen.“

Sowohl die Verbesserung der bestehenden Versorgungsstruktur, als auch die Entwicklung neuer Pflegeinfrastruktur muss finanziert werden.

Pflege schafft LEBENSQUALITÄT. Vor, während und ganz besonders nach einem Krankenhausaufenthalt macht es einen wesentlichen Unterschied, ob Sie mit Ihrem Problem alleine gelassen werden oder ob Sie Unterstützung erhalten. Zugang zu professioneller Pflege entlastet die Patient:innen und die Angehörigen. Deshalb muss in allen Settings die Personalausstattung verbessert werden. Langzeitkrankenstände und Karenzstellen müssen umgehend nachbesetzt werden, eine langfristige Urlaubsplanung muss möglich sein. Zeitgemäße Arbeitszeitmodelle und neue Berufsbilder für Pflegepersonen sind gefordert. Überstunden und ständige Rufbereitschaft lassen sich nicht mit einem guten Familienleben in Einklang bringen. Deshalb ist ein stabiler Dienstplan sehr wichtig zur Erreichung von Arbeits- und Lebensqualität. Dann bleiben Pflegepersonen länger im Beruf und vielleicht kommen sogar welche zurück, die bereits ausgestiegen sind.

Pflegeperson: „Durch den Personalmangel fallen ständig weitere Überstunden an. Selbst wenn man keinen Dienst hat, muss man ständig damit rechnen angerufen zu werden, um einzuspringen.“

Neue Berufsbilder und Arbeitsplätze, wie von Pflegepersonen geführte Ambulanzen, müssen geschaffen werden. Ein attraktives Arbeitsumfeld führt zur Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen. Ein erweitertes Angebot führt zur besseren Versorgung und somit zu mehr Lebensqualität der Menschen in Österreich.

Begründung

Die Gesundheits- und Pflegeversorgung in Österreich muss gesichert werden.

Autorin

Mag.ª Elisabeth Potzmann
Präsidentin im ÖGKV, Pflegewissenschafterin , Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, Intensivpflegerin

pflegenetz

präsentiert

pflege kongress 23

12. und 13. oktober 2023
austria center vienna

new care: international:gemeinsam Herausforderungen meistern!

JUSTIZ JUSTIZBETREUUNGSAGENTUR FACHPERSONAL FÜR DIE ÖSTERREICHISCHE JUSTIZ

BAG Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt

oögg OBERÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSHOLDING

MEETING DESTINATION VIENNA NOW ◆ TOGETHER

ARBEITER-SAMARITER-BUND ÖSTERREICHS

pflegenetz

Österreichische Gesundheitskasse

AK ÖSTERREICH

Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

orthoptik austria

Verband der Orthoptistinnen und Orthoptisten Österreichs

Präsidentin Mag.ª Romana Weidinger

Verband der Orthoptistinnen und Orthoptisten Österreichs

Wo sehen Sie derzeit die Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Auch die Orthoptik steht, wie viele andere Gesundheitsberufe, vor der Herausforderung, offene Stellen besetzen und die Versorgungssicherheit der Menschen mit funktionellen Sehstörungen für ganz Österreich weiter aufrechterhalten zu können. Aufgrund der Kleinheit der Berufsgruppe (aktuell zählen wir im Gesundheitsberuferegister 406 Orthoptist:innen in Österreich) ist die Orthoptik unter dem Wahrnehmungsradar der Entscheidungsträger. Dabei ist das Auge unser wichtigster Sinn, um am sozialen Leben teilzunehmen. Unsere Blicke - auch bereits jene unserer Kinder - sind zunehmend auf Bildschirme gerichtet, was das „System“ Auge fordert und auch überfordern kann. Gesellschaftliche, demographische und technische Veränderungen lassen den Bedarf in der Orthoptik steigen. Dazu kommt, dass 29 % der heute in Österreich tätigen Orthoptist:Innen bis zum Jahr 2030 in Pension sind. Verstärkt zeigt sich der Personalmangel bereits in den westlichen Bundesländern, wo sogar offene Klinikstellen nicht besetzt werden können. Es braucht eine zeitnahe Aufstockung der Studienplätze und Praktikumsstellen um den Mehrbedarf an Orthoptist:innen (dieser liegt prognostiziert bis 2030 bei mindestens 122[1]) decken zu können.

Was ist ihre Vision für die Berufsgruppe?

Ich wünsche mir, dass Menschen mit funktionellen Sehstörungen zeitnah in die Orthoptik finden und auf direktem Weg orthoptisch versorgt werden können. Dazu muss die Orthoptik und ihr Leistungsspektrum bekannter werden und es braucht die Möglichkeit, dass Orthoptist:innen ihre Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen können und Sehbehelfe (Brillen, Prismenfolie, ..) verordnen dürfen.

Wie gelingt die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen?

Die interprofessionelle Zusammenarbeit sehe ich als große und derzeit noch zu wenig genutzte Ressource in Bezug auf Patient:innen- und Mitarbeiter:innenzufriedenheit, Mitteleinsatz und Behandlungserfolg. Sie gelingt dort, wo regelmäßiger Austausch zwischen den Berufsgruppen möglich ist, wo Berufsgruppen einander kennen, das Leistungsspektrum der jeweils anderen bekannt ist und wertgeschätzt wird. Wie interprofessionelle Zusammenarbeit funktionieren kann, darf ich in meiner Tätigkeit als Orthoptistin in der Kinder- und Jugendreha Kokon erleben. Einmal in der Woche sitzen alle Berufsgruppen gemeinsam zur interdisziplinären Patientenbesprechung an einem Tisch. Ärzt:innen, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Pädagog:innen, Psycholog:innen und Therapeut:innen bringen ihre

Sichtweise gleichermaßen ein, um gemeinsam mit den Patient:innen die definierten Ziele zu erreichen. Es ist ein aufeinander Zugehen und voneinander Lernen, das den Berufsalltag sehr bereichert. Interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert ein reflektiertes fachspezifisches Tun mit Blick auf den zu betreuenden Menschen in seiner Gesamtheit, über die fachspezifische Diagnose hinaus, auf seine Erwartungen, Lebensgewohnheiten und sein soziales Umfeld. In der interprofessionellen Zusammenarbeit liegt für mich die Zukunft einer patientenzentrierten und qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung.

Wie könnte diese verbessert werden?

Damit verschiedene Berufsgruppen in der Patientenbetreuung kompetent zusammenarbeiten können, braucht es ein MEHR an interprofessioneller Aus- und Weiterbildung. Die Komplexität der gesundheitlichen Versorgung nimmt durch die vielfältigen Therapie- und Versorgungsangebote in allen Bevölkerungsgruppen zu. In interprofessionell organisierten Fortbildungen oder Lehrveranstaltungen von Auszubildenden können die Fachkompetenzen der jeweiligen anderen Disziplinen, sowie ihr Beitrag und Nutzen in der Patientenversorgung aufgezeigt und diskutiert werden. Interprofessionelle Zusammenarbeit ist kein Selbstläufer. Sie bedarf vor allem zu Beginn strukturgebender Maßnahmen, gegenseitiger Wertschätzung, sozialer Kompetenz und kontinuierlicher Pflege.

Bringt die Digitalisierung der Berufsgruppe eine Verbesserung in der Arbeitswelt?

Telemedizin in der Orthoptik hätte vor der Pandemie sicher der Großteil der Orthoptist:innen keine Bedeutung zugeordnet. Um Patient:innen vor allem auch in den Zeiten mit Ausgangsbeschränkungen zu begleiten, haben sich Orthoptist:innen telemedizinischer Tools bedient. Wie eine Arbeit von Ruth Resch und ihrem Team an der FH Salzburg, Studiengang Orthoptik zeigt, wurden überwiegend Beratungen telemedizinisch durchgeführt und ca. die Hälfte der Befragten gab an, auch nach dem Lockdown Telemedizin einzusetzen[2]. Vor allem in unterversorgten Regionen kann Telemedizin eine Möglichkeit sein um bereits bekannten Patient:innen eine orthoptische Begleitung zu ermöglichen und lange Anfahrtswege zu vermeiden. Apps zur Dokumentation der Tragezeit des Augenpflasters bei Kindern mit Schwachsichtigkeit (Amblyopie) sind verfügbar, haben sich in der Praxis bisher nicht durchgesetzt. Die Fotodokumentation zur Beurteilung von Krankheitsverläufen oder zum Vergleich prä- und postoperatives Ergebnis ist eine häufiger eingesetzte Methode. Digitalisierung bietet Chancen und Risiken, die es abzuwägen gilt. Den direkten Patientenkontakt kann sie nicht ersetzen.

Was wünschen Sie sich für die Berufsgruppe?

Ich wünsche mir, dass das Potential der Orthoptist:innen für eine flächendeckende Patient:innenversorgung bei stark steigendem Bedarf in der Augenheilkunde gesehen wird. Der österreichische Gesundheitsbericht 2016 zeigt im Beobachtungszeitraum 2005-2014 eine 26%ige Zunahme der ICD-10 Diagnosen, die das Auge bzw. dessen Anhangs-Gebilde betreffen[3]. Es ist an der Zeit, die Augenversorgungssituation mit allen Playern zu analysieren und Lösungsansätze zu diskutieren. In enger Zusammenarbeit mit Augenärzt:innen und den entsprechenden berufsrechtlichen Rahmenbedingungen können Orthoptist:innen einen wertvollen, auch gesundheitsökonomischen Beitrag, in der Patientenversorgung leisten. Das umfasst auch unsere zentralen Anliegen - dass Orthoptist:innen den Augenärzt:innen und Augenoptikermeister:innen gleich gestellt werden und die Möglichkeit bekommen, Brillen zu verordnen, und freiberufliche orthoptische Leistungen von der gesetzlichen Krankenkasse finanziert werden.

Allen Orthoptist:innen wünsche ich, dass sie diesen besonderen Beruf auch weiterhin in dieser hohen Professionalität ausüben. Orthoptist:innen leisten für Patient:innen mit funktionellen Sehstörungen und den für viele oft exotisch wirkenden Beschwerdebildern sehr wertvolle Arbeit und ich danke allen für ihren Einsatz.

Fußnoten

[1] Rappold, E., & Mathis-Edenhofer, S. (2020). MTD-Personalprognose. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien.

[2] Resch, R. E., Schlick, A., & Entacher, S. (2022). Telemedizin?! Chancen & Risiken durch Telemedizin für die Orthoptik. Vortrag am CSA auf der ÖOG (Villach, 28.5.2022)

[3] Resch, R. E. (2020): ORTHOPTIK Zahlen – Daten – Fakten, Eine umfassende Analyse von Trends, die die Augenheilkunde und im Speziellen die Orthoptik betreffen. Studiengang Orthoptik, Fachhochschule Salzburg.

Warum auch Erwachsene in die Orthoptik kommen

Die Orthoptik als Spezialgebiet der Augenheilkunde hat sich von ihrem ursprünglichen Leistungsspektrum und heute noch Kernkompetenz – der Behandlung von Sehschwächen und Schielen bei Kindern – weiterentwickelt. Der Begriff „Sehschule“ ist überholt und die Orthoptik umfasst heute die Vorsorge, Diagnostik und Therapie von Seh- und Augenfunktionsstörungen von Menschen aller Altersgruppen.

Neben Kindern mit Sehschwächen und Schielen werden in der Orthoptik zunehmend Erwachsene mit Schwindel, Kopfschmerzen unklarer Ursache, Doppelbildern, Verschwommensehen, Problemen beim Fokuswechsel Ferne – Nähe, Danebengreifen oder Anstoßen an Hindernissen betreut. Die Orthoptik ist auf die Diagnostik und Therapie derartiger Störungen spezialisiert.

Verstecktes Schielen oder akute Erkrankung

Im Gegensatz zu anderen therapeutischen Berufen werden Patient:innen in der Orthoptik überwiegend mit Beschwerdebildern anstelle von Diagnosen zugewiesen, weshalb zu Beginn jeder visuellen Therapie die orthoptische Diagnostik steht. Die Fähigkeit, Störungen des visuellen Systems zu erkennen und richtig einzuordnen, erfordert ein fundiertes fachliches Wissen, zumal Betroffene ihre Sehstörung nicht differenziert beschreiben, sondern lediglich angeben „schlecht zu sehen“. Auch bei Gangunsicherheit, Schwindel oder häufigem Danebengreifen sollte an eine orthoptische Begutachtung gedacht werden, da Gesichtsfelddefekte oder Augenbewegungsstörungen diese Symptome verursachen oder verstärken können. Fehlfunktionen des Sehens und der Augenmuskel können angeboren, in der Kindheit beschwerdefrei kompensiert und erst im Erwachsenenalter „sichtbar“ werden. Aber auch neurologische und internistische Erkrankungen können das Sehen oder die Augenmuskelfunktionen beeinflussen und Sehstörungen hervorrufen, die das Leben der Betroffenen erheblich beeinträchtigen. Dazu gehören u.a.

- Schlaganfälle, Tumore, Hirn-

orthoptik austria

verletzungen, Durchblutungsstörungen
- Multiple Sklerose, Parkinson, Schilddrüsenerkrankungen

Vor allem in der Neurologie sind Augenbewegungsstörungen häufig auftretende Symptome mit erheblicher topodiagnostischer Bedeutung. In der Neuroorthoptik, der Schnittstelle zwischen Orthoptik und Neurologie, können Orthoptist:innen mit Hilfe klinischer Test nicht nur angeborene von erworbenen Augenbewegungsstörungen und somit chronische von akuten Erkrankungen differenzieren, sondern die topodiagnostische Zuordnung von Augenbewegungsstörungen liefert vor allem bei Hirnstammläsionen wertvolle Informationen für weiterführende bildgebende Maßnahmen.

Sehbeschwerden aufgrund von Belastungen

Immer mehr Patient:innen kommen in die Orthoptik, weil sie belastungsbedingte Sehbeschwerden haben, zum Beispiel bei Bildschirmarbeit, beim Lesen, in der Dämmerung. Dies kann eine Vielzahl von Symptomen verursachen, von Verschwommensehen, Doppelbildern bis zu Augenzittern und eingeschränktem Sehvermögen. Diese Beschwerdebilder werden in der Orthoptik mit speziellen Sehhilfen (Prismenbrillen, Gleitsichtbrillen, …) und/oder orthoptischer Visualtherapie behandelt. Ziel der orthoptischen Visualtherapie ist es, durch gezielte und individuell zusammengestellte Übungen die Qualität des beidäugigen Sehens zu festigen und die Okulomotorik (die verschiedenen Arten der Augenbewegungen) zu trainieren.

Sehstörugen bei neurologischen Erkrankungen

Wie bereits erwähnt gehen neurologische Erkrankungen häufig mit Sehstörungen einher. Bei Schlaganfällen kommt es bei rund 1/3 der Patient:innen zu Beeinträchtigungen des Sehens, wie z.B. Doppelbildern, herabgesetzter Sehleistung, Gesichtsfelddefekten oder visuellen Wahrnehmungsstörungen. Dies überrascht nicht, ist der Sehvorgang doch ein hoch komplexer. Weite Teile des Gehirns sind mit der visuellen Verarbeitung und Koordination des Augenpaares befasst. In unserer visuellen Welt, in der wir 80 % der Informationen über das Sehen aufnehmen, führen Sehstörungen zu erheblichen Einschränkungen der Betroffenen im Alltag. Hinzu kommt, dass bei zerebral bedingten Sehstörungen das Sehvermögen je nach Aufmerksamkeitslevel und Umweltbedingungen schwankt. Das Organ Auge kann dabei völlig intakt sein, was Patient:innen verunsichert und das Krankheitsverständnis erschwert. Zerebrale Sehstörungen sind von außen nicht sichtbar, sie gehen oft mit motorischen, kognitiven und sprachlichen Symptomen einher. Ohne das Wissen um zerebrale Sehstörungen werden Ungeschicklichkeiten im Alltag primär diesen sichtbaren Einschränkungen zugeschrieben, dabei erschweren unbehandelte Sehstörungen andere gängige Therapien wie Ergo- oder Physiotherapie erheblich, bzw. machen sie bei starker Ausprägung sogar unmöglich.

Wenn Erwachsene wieder sehen lernen müssen

Als Folge von Schlaganfällen oder Tumoren kann es zu Ausfällen des Gesichtsfeldes kommen. Das kann zwar nicht rückgängig gemacht werden, aber durch ein Kompensationstraining sind die verloren gegangenen Fähigkeiten trainierbar. Dabei wird versucht, durch gezieltes Training der Augenbewegung (exploratives Sakkadentraining) den Ausfall des Gesichtsfeldes zu kompensieren. Ein visuelles Training sollte frühzeitig begonnen werden. Es zeigt aber auch nach zeitlicher Verzögerung noch Wirkung.

Ziel der orthoptischen Maßnahmen ist es, Seh- und Wahrnehmungsdefizite im Alltag zu reduzieren und Kompensationsstrategien zum Umgang mit Sehbeeinträchtigungen zu entwickeln. Durch die hohe Spezialisierung ermöglichen Orthoptist:innen die Berücksichtigung der visuellen Komponente in der interdisziplinären Behandlung und leisten damit einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Patient:innenversorgung.

Die abschließende Zusammen-

Die ORTHOPTISCHE BEHANDLUNG bei ERWACHSENEN beinhaltet
- Beseitigung von Doppelbildern
- Optimierung von Sehhilfen bzw. Beratung zu vergrößernden Sehhilfen (zB Lupen)
- Training des beidäugigen Sehens und der Okulomotorik (orthoptisches Visualtraining)
- Training der visuellen Alltagskompetenzen
- Übungen zur Lesefähigkeit
- Verbesserung der Raumorientierung
- Motivation und Hilfe zur Akzeptanz
- Angehörigenberatung
- Kontaktaufnahme mit weiterführenden Stellen

fassung zeigt Beschwerdebilder bei Erwachsenen auf, die in der Orthoptik betreut werden.

Orthoptist:in

Orthoptist:innen haben in enger Zusammenarbeit mit Augenärzt*innen unsere Augen im Blick. Sie sind Expert:innen in der Erkennung und Behandlung von Sehstörungen, Schielen, Schwachsichtigkeit oder Augenmuskellähmungen. Aber auch Patient:innen mit reduziertem Sehvermögen, Augenzittern oder augenbedingter Kopffehlhaltungen, Kopfschmerzen und Lesestörungen werden in der Orthoptik betreut. Nicht immer liegt es nur an den Augen. Auch Hirnschädigungen oder neurologische und internistische Erkrankungen beeinträchtigen das Sehvermögen und erfordern Know-how in der interdisziplinären Patient:innenbetreuung. Orthoptist:innen haben Wissen über das visuelle System,

Folgende BESCHWERDEBILDERN werden in der ORTHOPTIK betreut

- Verschwommensehen
- Augenkneifen
- Doppelbilder
- Danebengreifen (Past Pointing)
- Anstoßen und Übersehen von Hindernissen
- Probleme beim Einschätzen von Distanzen
- herabgesetzte/veränderte Farbwahrnehmung
- Blendung, Lichthunger
- Gangunsicherheit
- verkürzte visuelle Belastbarkeit, rasches Ermüden bei visueller Tätigkeit Leseschwierigkeiten (u.a. Probleme beim Zeilensprung oder Finden des Zeilenanfangs)
- reduzierte Lesedauer, Wortauslassungen
- Probleme bei der räumlichen Orientierung
- Schwierigkeiten beim Treppensteigen
- Stand- und Gangunsicherheit, Schwindel, Fallneigung
- Scheinbewegungen (Oszillopsien)
- Probleme beim Scharfstellen in der Nähe
- Kopf- und Augenschmerzen
- Augentränen

orthoptik austria

sowie das Sinnesorgan Auge und kennen die Zusammenhänge von Sehstörungen als Auswirkung anderer Erkrankungen.

Ausbildung Orthoptist:in
Der Beruf der Orthoptistin ist in Österreich ein gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf und gehört zu den MTD-Berufen. Die Ausbildung erfolgt an zwei Fachhochschulen (Wien und Salzburg). Das Studium dauert sechs Semester und schließt mit dem Bachelor of Science in Health Studies ab.

Wo findet man Orthoptist:innen?
Orthoptist:innen arbeiten in Krankenhäuser, Ambulatorien, Praxen von Augenfachärzt:innen, Rehabilitationseinrichtungen, in der Lehre und Forschung, sowie in freiberuflicher Praxis. Orthoptist:innen in Ihrer Nähe finden Sie auf der Webseite www.orthoptik.at unter OrthoptistInnen-Suche.

orthoptik austria – die berufliche Interessensvertretung
orthoptik austria, der Berufsverband der Orthoptist:innen Österreichs, ist die freiwillige berufliche Interessensvertretung der Orthoptist:innen in Österreich und als gemeinnütziger Verein mit Sitz in Wien organisiert. Der Berufsverband wurde 1975 gegründet und vertritt aktuell rund 320 Berufsangehörige, das sind über 80 % aller berufstätigen Orthoptist:innen.

Quellen:
Thömke F. (2016): Augenbewegungsstörungen. Bad Honeff

Reckert I. (2023): Sehen findet im Gehirn statt. Stuttgart

Resch R. E. (2020): Orthoptik Zahlen-Daten-Fakten. Eine umfassende Analyse von Trends, die die Augenheilkunde und im Speziellen die Orthoptik betreffen. FH Salzburg

Claudia Schauflinger

Zwiebel im Gepäck

Familien-Hausmittel für unterwegs

maudrich Naturapotheke
maudrich 2022
128 Seiten, Klappenbroschur
EUR 18,90 (A) / EUR 18,40 (D) / sFr 23,90 UVP
ISBN 978-3-99002-136-1
e-ISBN 978-3-99111-517-5

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

Physio Austria

Bundesverband der Physiotherapeut*innen Österreichs

Constance Schlegl, MPH

Präsidentin von Physio Austria Bundesverband der Physiotherapeut*innen Österreich

Wo sehen Sie derzeit die Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Auf diese Frage möchte ich mit den Forderungen im Positionspapier von Physio Austria antworten, denn diese Forderungen sind unsere Reaktionen auf die Herausforderungen. Erstens: Die Physiotherapie als elementaren Bestandteil der Primärversorgungseinheiten definieren. Da ist zwar mit dem neuen Gesetz ein Schritt gemacht worden, dennoch fehlt die Einbindung der Physiotherapie im Kernteam der PVE. Zweitens: Die Anbindung der Physiotherapie an den elektronischen Datenaustausch, an ELGA. Drittens: Eine gesetzliche geregelte Einbindung der Physiotherapie in die Versorgungsplanung und last but not least die Etablierung des Berufsverbandes als gesetzliche Interessensvertretung.

Was ist ihre Vision für die Berufsgruppe?

Die Physiotherapie ist die drittgrößte Berufsgruppe im Gesundheitsbereich, hat aber keine gesetzliche Standesvertretung. Meine/unsere Vision als Berufsverband ist, dass sich dies ändert und dass wir damit als gesetzliche Interessenvertretung noch stärker in gesundheitspolitisch relevante Entscheidungen eingebunden werden. Physio Austria hat bereits die erforderlichen strukturellen Voraussetzungen. Wir sind ähnlich organisiert wie beispielsweise die Ärztekammer, mit den entsprechenden Strukturen in den Bundesländern und verfügen über den nötigen Personalstand. Mit den fachlichen Netzwerken gibt Physio Austria das breite Spektrum des Berufsbilds wieder, das von der Pädiatrie bis zur Geriatrie über alle Lebenssituationen reicht. Auch moderne Tools, wie die Telerehabilitation, die assistierenden Systeme und DiGAs werden so abgebildet, ebenso wie unser jüngstes Netzwerk, das Netzwerk Primärversorgung – da dies eine sehr zukunftsweisende Versorgungsform ist.

Wie gelingt die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen? Wie könnte diese verbessert werden?

Da erinnere ich mich an die gemeinsame Diskussion bei den diesjährigen Gesundheitsgesprächen in Seitenstetten. Wir waren uns einig, dass die Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Disziplinen erhöht werden muss, um die Gesundheitsberufe in ihrer Gesamtheit attraktiver zu machen. Dies kann durch eine gemeinsame Basisausbildung aller Gesundheitsberufe erreicht werden. Schwerpunkt dieser Basisausbildung soll auch die Vermittlung von Gesundheitskompetenz sein und somit ein übergreifendes interprofessionelles Fundament für alle Berufe gelegt werden. In der aktuellen Praxis müssen auch Rahmenbedingungen für das Miteinander auf Augenhöhe geschaffen werden: Stichwort PVE – die therapeutischen Berufe müssen ins Kernteam der PVE.

Bringt die Digitalisierung der Berufsgruppe eine Verbesserung in der Arbeitswelt?

Da möchte ich zwei Aspekte differenzieren. Zum einen wie schon erwähnt geht es darum, dass die Physiotherapie wie auch andere therapeutische Berufe an den elektronischen Datenaustausch, an ELGA, angebunden werden. Der zweite Aspekt ist der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien wie z.B. die Telerehabilitation oder Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) in der therapeutischen Praxis. Bei der Telerehabilitation ist wiederum zu unterscheiden zwischen synchron und asynchron. Die synchrone Telerehabilitation beschreibt eine digitale Therapiesitzung, die zeitgleich von Patient*in und Therapeut*in durchgeführt wird. Die asynchrone Telerehabilitation ist eine digital gestützte Therapieintervention, die nicht zeitgleich von Patient*in und Therapeut*in durchgeführt wird. Ein Beispiel dazu wäre ein digitales Heimübungsprogramm, welches von Therapeut*innen erstellt und vom Patient*innen zeitunabhängig per App abgerufen wird. In bestimmten Settings überwiegen die Vorteile durch den Einsatz digitaler Technologien, es gilt aber auch immer die Nachteile und Risiken zu bedenken, weshalb sich bei Physio Austria ein fachliches Netzwerk dieses komplexen Themas annimmt.

Was wünschen Sie sich für die Berufsgruppe?

Drei Wünsche: Vorrangig ist sicher die Etablierung des Berufsverbandes als gesetzliche Interessensvertretung für die drittgrößte Berufsgruppe im Gesundheitsbereich. Eine gesetzliche Interessensvertretung muss bei den für die Physiotherapie versorgungsrelevanten Themen und den entsprechenden gesetzlichen Entwicklungen eingebunden werden. Wir wurden in jüngster Vergangenheit immer wieder zur Teilnahme in relevante Gremien eingeladen, allerdings wurde unser Input nicht immer berücksichtigt. So war es zum Beispiel beim Härtefallfonds bei der Covid-Pandemie oder beim Energiekostenzuschuss – beides haben wir dann doch auch aufgrund des Engagements und des Netzwerkes unserer Funktionär*innen und Mitglieder erreicht. Der zweite Wunsch betrifft die Novellierung des MTD-Gesetzes: Das Ergebnis muss ein modernes Berufsbild mit Kompetenz- und Befugniserweiterungen enthalten. Dritter Wunsch ist die adäquate kollektivvertragliche Entlohnung bzw. einheitlich geregelte und faire Tarife für die Physiotherapie, was letztendlich auch zur Attraktivierung des Berufes beiträgt.

Neuer Karrierepfad möglich

Seit September beschreiten Physiotherapeut*innen einen neuen Karrierepfad in den klinischen Bereichen Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie.

Der medizinische Fortschritt schreitet stetig voran und die Herausforderungen in der Patient*innenversorgung werden immer komplexer. Dies betrifft auch die Physiotherapie. Deshalb bietet Physio Austria mit der Spezialisierung die große Chance, sich als hochqualifizierte*r Physiotherapeut*in zu positionieren. Mit der Spezialisierung in den klinischen Bereichen Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie (GUP) schafft der Berufsverband eine Möglichkeit zur Qualifikationserweiterung, die auch international vergleichbar ist.

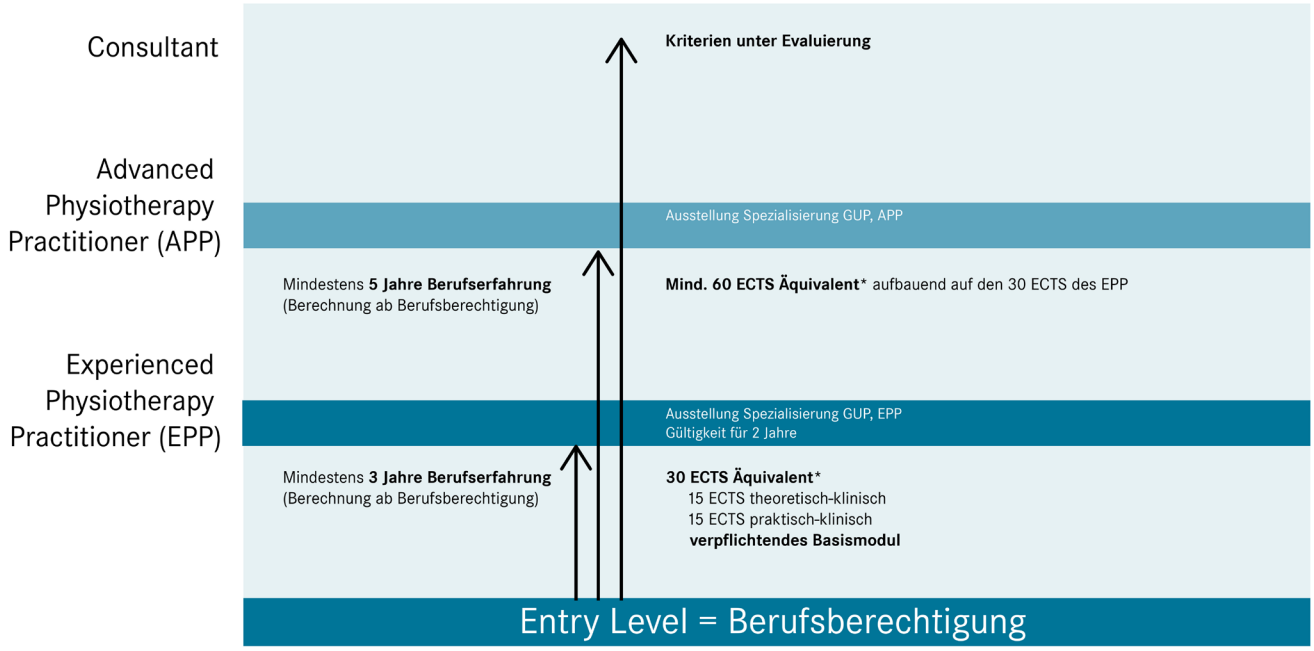
Dreistufiges Modell

Das fachliche Netzwerk GUP hat im Rahmen dieses Pilotprojektes die Basis für die Umsetzung der Spezialisierung GUP geschaffen. Dieses basiert auf dem Kompetenzprofil GUP von Physio Austria und orientiert sich an international vergleichbaren Spezialisierung- und Karrierepfaden. Das dreistufige Modell zur Spezialisierung ermöglicht es den Physiotherapeut*innen seit September, ihre Expertise in diesen wichtigen klinischen Bereichen zu vertiefen und ihre Karriere zu erweitern. Nach den umfassenden Vorbereitungen durch das fachliche Netzwerk GUP und der Bewerbungsphase im Juli/August starten dreizehn Physiotherapeut*innen mit der Spezialisierung und werden damit den erstklassigen Betreuungsstandard der physiotherapeutischen Behandlung von Patient*innen in diesen Fachbereichen stärken.

Der Spezialisierungspfad GUP besteht aus drei Stufen: Experienced Physiotherapy Practitioner (EPP), Advanced Physiotherapy Practitioner (APP) und Consultant. Dieses klar strukturierte Modell bietet eine umfassende Qualifikation.

Für den Start der Spezialisierung GUP, EPP im Herbst begleiten folgende Mentor*innen den Prozess. Barbara Gödl-Purrer, Katharina Meller, Elisabeth Udier, Christine Stelzhammer und Susanne Mayerhofer. „Als Spezialist*in GUP EPP wird die mehrjährige intensive Weiterbildung im Fachbereich offiziell dargestellt und anerkannt. In der ersten Phase wird eine innovative Form der Erwachsenen-Weiterbildung umgesetzt, nämlich das kollegiale Mentoring als Prozess des Lernens über Reflexion und im Austausch mit Fachkolleg*innen. Der Weiterentwicklungsprozess ist getragen von der gegenseitigen respektvollen

Modell Spezialisierungspfad



*unter Berücksichtigung formalen und nonformalen Lernens

Diskussion am praktischen Fallbeispiel. Das ist zukunftsweisend und herausfordernd zugleich“, betont Barbara Gödl-Purrer, Präsidiumsmitglied von Physio Austria. Die Koordinatorin des fachlichen Netzwerkes GUP, Katherina Meller: „Es war ein langer Weg vom ersten Gedanken Physiotherapeut*innen als klinische „Spezialist*innen“ auszuweisen bis zur Erstellung des offiziellen Ausbildungspfades. Jetzt ist es geschafft und ich bin sehr stolz darauf, dass wir damit zur Entwicklung eines Karrieremodells beitragen.“

Constance Schlegl, Präsidentin von Physio Austria: „Es ist beachtlich, was die Kolleg*innen des fachlichen Netzwerkes im Vorfeld geleistet haben und diesen bedeutsamen Spezialisierungspfad geebnet haben. Dafür vielen Dank und ich wünsche den Kolleg*innen, die diesen Pfad mit Herbst beschreiten viel Erfolg.“

BÖP
Berufsverband Österreichischer Psycholog:innen

Univ.Prof.in Dr.in Beate Wimmer-Puchinger

Präsidentin Berufsverband Österreichischer PsychologInnen

Wo sehen Sie derzeit die Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Aus der Sicht der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie ist seit vielen Jahren die zentrale Herausforderung in den Leistungskatalog der Sozialversicherung aufgenommen zu werden. Dieses Ziel ist nun erreicht: Im Ministerrat wurde jetzt der bahnbrechende Beschluss der Gleichstellung Psychologischer Therapie (klinisch-psychologischer Behandlung) mit der Psychotherapie gefasst. Damit geht eine langjährige Forderung des BÖP nach jahrzehntelanger Verhandlungsarbeit in Erfüllung. Mit dieser Entscheidung werden die Barrieren für den Zugang zu qualifizierter psychologischer Unterstützung verringert, eine breitere Palette an Behandlungsmöglichkeiten geöffnet. Es ist ein großer Schritt in Richtung einer umfassenderen, bedarfsgerechten psychosozialen Versorgung und erkennt zudem psychische Gesundheit als hohes Gut an. Auch Pandemie bedingt ist das Thema der psychischen Gesundheit mehr und mehr in das Bewusstsein gerückt und es scheint auch weniger tabuisiert zu sein als noch vor einigen Jahren, das bedeutet in der Folge, dass psychologische Therapie mehr gefragt und angenommen wird. In Summe braucht es aber eindeutig mehr Ressourcen. Die gesellschaftlich größeren Herausforderungen in finanzieller Sicht, aber auch die große Besorgnis bezüglich der deutlichen Veränderungen durch die Klimakrise, durch AI sowie durch die Durchdringung der Digitalisierung in der Arbeitswelt etc. müssen wir als Berufsgruppe vermehrt in den Blickwinkel nehmen.

Was ist ihre Vision für die Berufsgruppe?

Unsere Vision ist die allgemeine Erkenntnis, dass es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit geben kann und ein breites kulturelles und gesellschaftliches Verständnis der biopsychosozialen Zusammenhänge unseres Erlebens und Verhaltens. Weiters die Minimalisierung der sozialen und frauenspezifischen Ungleichheit sowie eine Reduzierung der Depressionen und der Alkohol- und Suchterkrankungen.

Wie gelingt die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen? Wie könnte diese verbessert werden?

Die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert! Es gibt immer mehr ÄrztInnen, die mit anderen Gesundheitsberufen zusammenarbeiten. Die Kür dazu ist die Entwicklung der Primärversorgungszentren die per se interdisziplinär sein müssen. Generell halte ich das für den goldenen Schlüssel, eine qualitativ wesentlich bessere und ganzheitlichere gesundheitliche Versorgung, die auch der Prävention mehr Chancen einräumt, zu schaffen.

Bringt die Digitalisierung der Berufsgruppe eine Verbesserung in der Arbeitswelt?

Neue Technologien sind in den Bereichen Prävention, Diagnose, Behandlung, Überwachung und Verwaltung im Gesundheitssystem fix etabliert. Handy-Applikationen und Smart-Watches tracken uns rund um die Uhr und animieren zu mehr Bewegung, einer gesünderen Ernährung, weniger Stress. Die Digitalisierung der Gesundheit birgt damit durchaus sinnvolle Möglichkeiten zur Optimierung gesundheitlich-medizinischer Leistungen. Sie kann das Wissen über Gesundheit in der Bevölkerung stärken, Kommunikation erleichtern, Wege einfacher machen und vieles mehr. Gleichzeitig birgt sie aber auch Gefahren.

So etwa bei der Qualitätssicherung: Schon jetzt ist die Masse medizinischer Informationen im Internet unüberschaubar und nicht mehr qualitativ abgesichert (Stichwort Dr. Google). Zudem stellen der direkte persönliche Kontakt, Zuwendung und Empathie im Gesundheitssystem entscheidende Faktoren dar und unterstützen den Heilungsprozess. Technologien, Roboter und Apps werden den Faktor Mensch niemals ersetzen können! Ökonomische Interessen: Große Wirtschaftsunternehmen stehen hinter den wichtigsten digitalen Neuerungen im Gesundheitssystem. Diese fühlen sich aber nicht zwangsläufig einer humanistisch geprägten Ethik verpflichtet. Und zuletzt die Datensicherheit: Spätestens seit „WikiLeaks“ wissen wir, dass auch sensible (Gesundheits-)Daten längst nicht so sicher sind, wie wir glauben. Die Digitalisierung kann also unglaublich viel beitragen. Aber wir müssen trotzdem kritisch bleiben. Die Digitalisierung hat schon jetzt unsere Kommunikation grundlegend verändert und auch soziales Verhalten von uns entfremdet. Grundsätzlich wird im Gesundheitsbereich manches durch die kurzen Wege erleichtert, auch die Anonymisierung ist manchmal ein Vorteil. Es gibt gute Erfahrungen mit digitalen psychologischen Unterstützungsprogrammen, dennoch muss der persönliche Kontakt uns als Kostbares Gut erhalten bleiben. Wir sind und bleiben soziale Wesen und brauchen persönliche Nähe als Nahrung für die Seele.

Was wünschen Sie sich für die Berufsgruppe?

Ich setze auf die gute Zusammenarbeit im Rahmen der Primärversorgungszentren. Prinzipiell geht es natürlich um gerechte Entlohnung auch für die nicht medizinischen Gesundheitsberufe und um eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe – das wünschen wir uns selbstverständlich auch für uns PsychologInnen! Grundsätzlich freuen wir uns sehr über die Gleichstellung Psychologischer Therapie (klinisch-psychologischer Behandlung) mit der Psychotherapie. Diese wichtige Wegmarke ermöglicht es der Sozialversicherung, rasch ein Paket zur psychosozialen Gesamtversorgung zu schnüren und tausende hochqualifizierte Klinische PsychologInnen, die bisher nicht vollständig im System der Sozialversicherungen verankert waren, nun der Psychotherapie und ärztlichen Hilfe gleichgestellt.

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

© Ricardo Gstrein

Mag.ª Barbara Haid MSc

Präsidentin Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

Wo sehen Sie derzeit die Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Durch die Pandemie ist die seit zwei Jahrzenten versäumte Umsetzung der sogenannten „Helsinki-Deklaration“ mit ihren klaren Ansagen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit in Europa leider sehr dramatisch zu Tage getreten. Für die dort festgeschriebene spezifische Gesundheitsförderung und Prävention wurde in Österreich zumindest für junge Menschen mit „Gesund aus der Krise“ ein niederschwelliges Angebot geschaffen, wo bis zu 15 Beratungs- und Behandlungseinheiten bei Psychotherapeut:innen, Klinischen Psycholog:innen und Gesundheitspsycholog:innen rasch und unbürokratisch in Anspruch genommen werden können. Die Verbesserung der Versorgung im niedergelassenen Bereich ist allerdings nach wie vor ausständig. Die Kassentarife sind nicht kostendeckend, sodass Psychotherapie mit e-card für niedergelassene Kolleg:innen nur „leistbar“ ist, wenn eine ausreichende Finanzierung der Praxis durch Selbstzahler gegeben ist. In manchen Bundesländern warten inzwischen mehrere tausend Patient:innen mit psychischen Erkrankungen auf einen Kassenplatz.

Was ist ihre Vision für die Berufsgruppe?

Wir wünschen uns für unsere Patient:innen eine Entstigmatisierung und Entdiskriminierung der psychischen Erkrankungen. Den Sozialversicherungsträgern sollte endlich bewusst werden, dass Krankenstände bei psychischen Erkrankungen die vierfache Dauer von anderen Erkrankungen haben und sie den bundesweiten Zugang zur psychotherapeutischen Gesundheitsförderung, Behandlung und Nachsorge bei stationären Aufenthalten und Rehas sicherstellen. Für die Berufsgruppe wünschen wir uns die rasche Umsetzung des neuen Psychotherapiegesetzes, das ein ordentliches Studium an staatlichen Universitäten mit einem dritten praktischen Fachausbildungsteil ermöglicht. Damit wäre auch ein weiterer Schritt der von den Fachgesellschaften bereits jetzt erfolgten Forcierung von Wissenschaft und Forschung in der Psychotherapie getan.

Wie gelingt die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen? Wie könnte diese verbessert werden?

Im Kinder- und Jugendbereich ist sie bereits jetzt vielfach gelebte Praxis. Die Komplexität des Familiensystems und auch schwierige soziale Umstände spielen dabei oft eine große Rolle. Das Zusammenwirken mit der Jugendwohlfahrt ist oft unumgänglich. Auch im allgemeinen niedergelassenen Bereich ist die Zuweisung von Patient:innen durch Fachärzt:innen und Hausärzt:innen sowie umgekehrt für unsere Berufsgruppe wichtig. Im stationären Bereich sind unsere Kolleg:innen Teil des Behandlungsteams, das sich in der Regel aus der Dipl. Pflege,

Ergo- und Physiotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen, Diätolog:innen, Klinischen Psycholog:innen und Fachärzt:innen zusammensetzt. Oft ist die Gesamtheit dieses therapeutischen Angebotes der Schlüssel für einen erfolgversprechenden Behandlungsverlauf.

Wie könnte das verbessert werden?

Für alle Therapiedisziplinen wäre ein grundlegendes Wissen über die Tätigkeit und Möglichkeiten der andern Kolleg:innen hilfreich. Das sollte bereits in der Ausbildung berücksichtigt werden.

Bringt die Digitalisierung der Berufsgruppe eine Verbesserung in der Arbeitswelt?

In der Zeit der Pandemie wurde die „virtuelle“ Psychotherapie von vielen Patient:innen und Kolleg:innen als hilfreich empfunden. Eine britische Studie verweist sogar auf Erfolge bei Patient:innen mit „Generalisierten Angststörungen“, die über das Internet erfolgreich behandelt werden konnten. Der Beziehungsaspekt ist allerdings der wichtigste Wirkfaktor unserer Behandlung, „Internet-Psychotherapie“ kann daher in der Regel nur eine Ergänzung oder in bestimmten Fällen, wie bei Patient:innen, die nicht außer Haus gehen können, hilfreich sein. Auch manualisierte EDV-Tools, wie sie bereits nach Rehaaufenthalten als Stabilisierungsprogramm verwendet wurden, können eine Psychotherapie nicht ersetzen, wenn sie indiziert ist.

Was wünschen Sie sich für die Berufsgruppe?

Die Wünsche der Berufsgruppe haben eine große Schnittmenge mit denen unserer Patient:innen:

Der limitierte Zugang zur Psychotherapie durch beschränkte Kassenkontingente führt vielfach zu einer Verschlechterung von psychischen Erkrankungen. Könnten wir diese Patient:innen bereits in einem früheren Stadium behandeln, wäre viel Leid verhindert, die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt und wären psychische Erkrankungen vielleicht sogar nicht mehr auf Platz Eins der Gründe für Frühpensionierungen.

Letztlich muss die hoch qualifizierte und mit großer Verantwortung verbundene Tätigkeit unserer Berufsgruppe im niedergelassenen und stationären Bereich auch in einer fairen Bezahlung ihren Niederschlag finden.

(C) Pixelrohkost

Die Kraft des WIRS hilft Patient:innen und Behandler:innen

Hr. M leidet schon längere Zeit an Herzrhythmusstörungen. Dem Allgemeinmediziner im Erstversorgungszentrum berichtet er von großen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Die Beziehung zu seiner Freundin habe er aufgelöst, sie sei ihm „einfach zu anstrengend und fordernd“ gewesen. An den Wochenenden hätte es immer einen fixen Freizeitplan gegeben. Wäre da einmal ein freier Abend übrig geblieben, hätte die Freundin den großen Bekanntenkreis zu einem Abendessen eingeladen. M sei jetzt in eine kleine Wohnung gezogen, die er noch aus seiner Junggesellenzeit habe. Zur Ruhe käme er dort auch nicht. Seine Gedanken würden um den für ihn immer problematischer werdenden Arbeitsalltag kreisen. Er habe die Arbeit einmal als eine Art „Zu Hause“ gesehen. Jetzt sehe er dort nur mehr Probleme, seine früher hohe Identifikation mit der Firma sei ihm völlig abhanden gekommen. Am Morgen falle es ihm immer schwerer, in die Arbeit zu gehen. Eine Krankschreibung durch den Arzt sei in der Firma gar nicht gut angekommen. Als M in der Firma berichtet, dass ihm ein sechswöchiger Rehaaufenthalt in einer psychosomatischen Klinik empfohlen wurde, sei es schließlich zur Kündigung gekommen. Der Arzt, der ihm über körperliche Symptome hinaus den Zusammenhang von Stress und psychischer Belastung gut erklärt habe, weist M der im EVZ tätigen Psychotherapeutin zu. Nach einem Erstgespräch und einer weitern Behandlungseinheit kann M wegen der Absage eines Patientens kurzfristig seinen Rehaaufenthalt antreten. Von der aufnehmenden Fachärztin wir ein Burnout-Syndrom diagnostiziert. In einem von einer Psychotherapeutin und einem Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger gehaltenen psychoedukativen Vortrag erfährt M viel über Hintergrund und Zusammenhänge seiner Erschöpfung. Seiner verringerten Leistungsfähigkeit und schließlich auch die damit verbundene Entfremdung von seiner Tätigkeit werden ihm beim aufmerksamen Zuhören verständlich. In einem zweiten Vortragsteil lernt er, dass das Leben auf mehreren

Säulen stehe. Gesundheit, Arbeit, Beziehung, Freunde, Freizeit, seien solche Säulen. Diese Theorie habe u. a. Viktor Frankl entwickelt. Ein großer Arzt und Psychotherapeut, der sogar die Kraft gefunden habe, ein Vernichtungslager in der NS-Zeit zu überstehen.

M bekommt in der Reha einen Therapieplan. In der Physiotherapie werden – fast spielerisch – Bewegungsübungen und leichtes Ausdauertraining vermittelt. Langsam beginnt er, sich wieder „besser zu spüren“. In der Ergotherapie wählt der Patient eine Holzarbeit aus. Er möchte gerne „wieder etwas in die Hand nehmen“. Von der Ergotherapeutin beraten, entschließt er sich, einen hölzernen Buchständer zu machen. Bei einem Beratungsgespräch mit der Diätologin erfährt er viel Aufschlussreiches zum Thema Ernährungsmedizin. Das Stress und ungesunde Ernährungsgewohnheiten meist einher gehen, hat er bisher nicht beachtet. Der Sozialarbeiter verdeutlicht ihm gut, dass die Kündigung bei der allgemeinen Lage am Arbeitsmarkt und der Qualifikation von M als erfahrener Rechnungswesenmitarbeiter keineswegs als Existenzbedrohung zu sehen sei. Die Erläuterung der M zustehenden AMS-Leistungen geben ihm auch tatsächlich Sicherheit. Auf diesem beruhigenden emotionalen Plateau lässt sich M jetzt auf den therapeutischen Prozess der Reha ein. Die Gruppenpsychotherapie lenkt ihn ab vom eigenen Problemekreisen und im Austausch mit den Mitpatient:innen bekommt er für seine emphatische Art und die keineswegs besserwisserisch eingebrachten Ideen im Gruppenprozess viel positives Feedback. Es ist das erste Mal, das er nach Langem wieder den offenen und ehrlichen Kontakt in einer Gruppe zu genießen beginnt. Ärzte, Dipl. Pflege und Therpeut:innen tauschen sich wöchentlich über die Entwicklungsschritte und auch kritische Situationen einzelner Patient:innen aus. Was wird gebraucht, womit und wie kann geholfen werden. M schätzt besonders, dass er hier immer Ansprechpersonen hat. So kann der Pflegestützpunkt, der auch für die Medikamentenversorgung zuständig ist, für ein Gespräch aufgesucht werden. Auch wenn jede behandelnde Disziplin für sich hier einen klaren Behandlungs- und Therapieauftrag hat, die Stärke einer psychosomatischen Klinik liegt sicherlich zu einem großen Teil im WIR des Behandlungsteams. Gemeinsame Ziele und Strategien für eine erfolgreiche Behandlung werden hier nicht nur gemeinsam besprochen und erarbeitet, sondern auch miteinander umgesetzt. Die Kraft des Wirs hat aber auch M in der Gruppentherapie erlebt, ehrliche Kritik, positives Feedback und gegenseitige Unterstützung sind wesentliche Teile der Beziehungssäule, die M hier nicht nur theoretisch kennen gelernt hat. Im Anschluss an die Reha will M bei einer niedergelassenen Psychotherapeutin eine Psychotherapie beginnen. Das wird ihm auch im Arztbrief der Reha empfohlen.

Autorin

Mag.ª Barbara Haid MSc
Präsidentin der Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie, Psychotherapeutin am Landeskrankenhaus Hall

Berufsfachverband für Radiologietechnologie Österreich

Sabine Weissensteiner MA

Präsidentin Berufsfachverband für Radiologietechnologie Österreich

Wo sehen Sie derzeit die Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Das gesamte Gesundheitswesen und alle daran Beteiligten stehen vor einem Berg von unterschiedlichen Herausforderungen, die in naher Zukunft bewältigt werden müssen, um weiterhin eine adäquate Patientenversorgung gewährleisten zu können. Allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gemeinsam ist die hohe Arbeitsbelastung, steigende Patientenzahlen und eine hohe emotionale Belastung. Der Mangel an Fachkräften führt zu einer erhöhten Arbeitsbelastung mit der Folge, dass gut ausgebildete Fachkräfte in anderen Bereichen außerhalb der klinischen Patientenversorgung ihre erworbenen Kompetenzen einsetzen.

Zu erwähnen ist auch das Ressourcenmanagement innerhalb der verschiedenen Versorgungsebenen. Hier gibt es große Herausforderungen in der effizienten Nutzung von Budgets, Personal und medizinischer Ausrüstung. Die Einhaltung von gesetzlichen Bestimmungen, Gesundheitsvorschriften und Datenschutzbestimmungen beanspruchen wesentliche Zeitressourcen.

Das alles gilt auch für die Berufsgruppe der RadiologietechnologInnen - einer der sieben Berufe der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, geregelt im MTD-Gesetz.

RadiologietechnologInnen wenden eigenverantwortlich, indikationsbezogene Technologien mittels Strahlung / Magnetfeld / Ultraschall zur Untersuchung und Behandlung von Menschen, Tieren sowie in der Forschung und Industrie an.

Sie arbeiten in der Vorsorge, in der Diagnostik und in der Therapie. Alle medizinischen Disziplinen (Radiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Chirurgie, Neurochirurgie, Pädiatrie, Onkologie etc.) sind auf die Radiologietechnologie angewiesen. Erst durch unsere qualitative Bildgebung sind gute Diagnosen und somit gute Therapien möglich.

Es ist eine zentrale Herausforderung an RadiologietechnologInnen, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten in Hinblick auf die Anwendung immer neuerer Verfahren entsprechend einzubringen.

Die Menge an medizinischen Bildern und Daten, die in der Radiologie und weiteren Fachdisziplinen generiert werden, nimmt stetig zu. Die Herausforderung besteht darin, diese Daten effizient zu verarbeiten und zu analysieren, um genaue Diagnosen und weiterführende Therapien zu ermöglichen.

Die Integration von KI und maschinellem Lernen in die Radiologietechnologie bietet großes Potenzial, um die Diagnosegenauigkeit zu verbessern und die Effizienz zu steigern. Die Herausforderung besteht die Anwendungen, die durch die Künstliche Intelligenz ermöglicht werden, optimal in der klinischen Praxis einzusetzen.

Fortschreitende Technologien haben schon immer unseren Beruf vorangetrieben und geprägt. RadiologietechnologInnen sind es gewohnt damit umzugehen und haben dadurch auch die Chance

die Radiologietechnologie und das dazugehörende Berufsbild weiterzuentwickeln.

Weiterentwicklung ist auch zentraler Punkt meiner Vision für die Berufsgruppe.

Diese Vision soll dazu beitragen, die Rolle der Radiologietechnologen zu stärken und ihre Bedeutung für die Patientenversorgung hervorzuheben. Wir können dazu beitragen die Qualität und Effizienz der radiologischen Dienstleistungen zu verbessern.

Die Nutzung von KI-Tools und automatisierter Prozesse, um die Effizienz bei der Bildanalyse und Diagnosestellung zu steigern, soll eine unserer Schlüsselkompetenzen werden. Dazu kann auch das Training und die Validierung von KI-Modellen gehören.

Die Zusammenarbeit mit Radiologen, Ärzten und anderen medizinischen Fachkräften muss auf Augenhöhe sein, um eine umfassende Patientenversorgung zu gewährleisten. Die Kompetenzen von RadiologietechnologInnen als aktive Mitglieder des multidisziplinären Teams sind anzuerkennen und zu respektieren und tragen zur Entscheidungsfindung bei.

Wie gelingt die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen? Wie könnte diese verbessert werden?

Laut Gesundheitsberuferegister gibt es ca. 5500 registrierte RadiologietechnologInnen in Österreich. Sie sind das Fundament der medizinischen Bildgebung. Sie sichern durch qualitative Bildgebung die Versorgung der Patienten im Gesundheitswesen. PatientInnen brauchen Röntgenaufnahmen und Schnittbildverfahren (CT, MR, Ultraschall) zur Diagnostik und Verlaufskontrolle.

Sie gelten als ExpertInnen in der Anwendung von Strahlung in der medizinischen Bildgebung und Strahlentherapie. Sie sind fixer Bestandteil der Teams für Radiologische Diagnostik und Kardiovaskuläre & Interventionelle Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin u. Molekulare Bildgebung.

Durch die Festlegung gemeinsamer Ziele können die verschiedenen Berufsgruppen aufeinander abgestimmt arbeiten und ihre Kompetenzen optimal einbringen.Jede Berufsgruppe bringt unterschiedliche Fachkenntnisse und Perspektiven mit und diese Beiträge und Kompetenzen jedes Einzelnen müssen anerkannt und respektiert werden. Eine Kultur der Wertschätzung und des Respekts fördert eine positive Zusammenarbeit.

Die Aufgaben sollten klar verteilt und die Verantwortlichkeiten jedes Einzelnen definiert sein. Eine effektive Teamarbeit erfordert eine klare Struktur und klare Rollenverteilung. Eine offene und klare Kommunikation ist entscheidend. Alle Beteiligten sollen ihre Gedanken, Ideen und Bedenken frei äußern können. Gleichzeitig solten die Aufgaben und Verantwortlichkeiten jedes Einzelnen klar definiert sein, um Missverständnisse zu vermeiden.

Technologie und digitale Tools können die interprofessionelle Zusammenarbeit unterstützen. Gemeinsame Plattformen für den Austausch von Informationen und die Zusammenarbeit können die Kommunikation und den Informationsfluss verbessern.

Konflikte müssen offen angesprochen und konstruktiv gelöst werden. Eine Feedbackkultur, in der konstruktives Feedback gegeben und angenommen wird, kann ebenfalls zur Verbesserung der Zusammenarbeit beitragen.

Die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit erfordert Zeit, Engagement und die Bereitschaft, Veränderungen vorzunehmen. Durch die Umsetzung dieser Ansätze können die verschiedenen Berufsgruppen effektiv zusammenarbeiten und so die bestmögliche Patientenversorgung gewährleisten.

Bringt die Digitalisierung der Berufsgruppe eine Verbesserung in der Arbeitswelt?

Digitale Bildgebung ermöglicht eine höhere Auflösung und Kontrast, was zu klareren und detailreicheren Bildern führt. Dies erleichtert die Identifizierung von Anomalien und verbessert die Genauigkeit der Diagnose.

Digitale Bilder können sofort angezeigt, analysiert und übertragen werden, was zu schnelleren Diagnosen führt. Digitale Bilder können leichter gespeichert, archiviert und abgerufen werden. Dies reduziert den Bedarf an physischer Speicherung,erleichtert den Zugriff auf frühere Untersuchungsergebnisse und ermöglicht eine bessere Nachverfolgung von Patientenverläufen.

Moderne digitale Bildgebungstechnologien erfordern niedrigere Strahlendosen, was die Belastung für Patienten und medizinisches Personal reduziert.

Fortschritte in der künstlichen Intelligenz ermöglichen automatisierte Bildanalyseverfahren, die bei der Identifizierung von Anomalien und der Erstellung von Berichten unterstützen und assistieren können.

Die Digitalisierung in der Radiologietechnologie hat dazu beigetragen die Patientenversorgung zu

optimieren und die Diagnosegenauigkeit zu erhöhen. Es hat zahlreiche Vorteile mit sich gebracht, die die Effizienz, Genauigkeit und Qualität der Diagnostik und Behandlung von Patienten verbessern und die Abläufe effizienter zu gestalten.

Jedoch darf man auch die Nachteile nicht unerwähnt lassen. Durch den Einsatz digitaler Technologien wurden Arbeitsabläufe optimiert und automatisiert. Dies führte zu einer effizienteren Durchführung von Untersuchungen und Therapien und einer schnelleren Auswertung von Bildern führen. Die dadurch gewonnene Zeit wurde aber leider nicht für eine verbesserte Kommunikation direkt mit dem Patienten und einer persönlicheren Betreuung verwendet. Es wurden die Frequenzen erhöht - immer schneller und immer mehr. An die Ausbildung und den Personalbedarf von RadiologietechnologInnen wurde nicht in dem Ausmaß gedacht, wie es notwendig wäre. Das alles geht zu Lasten der Berufsangehörigen und auch der PatientInnen, wo sich beide oftmals wie in einer Produktion an Unmengen von Bildinformationen und -daten am Fließband fühlen. Die Folgen sind Arbeitsüberlastung, Verlassen des Berufs, Planungsunsicherheit bei Dienstplänen, Mangel an RadiologietechnologInnen und schlechtere/wenig Versorgung der PatientInnen mit bildgebenden Verfahren und Therapien.

Die Verminderung der Strahlenexposition durch digitale Systeme und weitere Technologien hat auch dazu geführt, dass freie Tage (sogenannte “Strahlentage”) und Zulagen für eine mögliche erhöhte Strahlenbelastung durch die berufliche Tätigkeit reduziert oder komplett gestrichen wurden. Dies mag aus sachlichen Gründen seine Richtigkeit haben, trägt aber nicht zur Zufriedenheit im Arbeitsumfeld der RadiologietechnologInnen bei, da es jetzt innerhalb der Berufsgruppe und sogar innerhalb desselben Tätigkeitsbereichs Unterschiede gibt.

Was wünschen Sie sich für die Berufsgruppe?

RadiologietechnologInnen Österreichs weisen ein Bachelorstudium auf, das die radiologische Diagnostik, inkl. MRT, CT, Sonographie, die interventionelle Radiologie/Kardangiographie, die Nuklearmedizin & molekulare Bildgebung und die Strahlentherapie sowie medizinische Informationstechnologie und den Strahlenschutz abdeckt. Im Europäischen und im Nationalen Qualifikationsrahmen werden die Kompetenzen für den Level 6 (Bachelor) definiert: „Leitung komplexer fachlicher oder beruflicher Tätigkeiten oder Projekte und Übernahme von Entscheidungsverantwortung in nicht vorhersehbaren Arbeits- oder Lernkontexten, Übernahme der Verantwortung für die berufliche Entwicklung von Einzelpersonen und Gruppen.”

Ich wünsche mir, dass die Arbeit von RadiologietechnologInnen angemessen anerkannt und wertgeschätzt wird. Sie spielen eine wichtige Rolle bei der Durchführung von Untersuchungen und der Bereitstellung hochwertiger Bilder für die Diagnosestellung. RadiologietechnologInnen sollen angemessene Arbeitsbedingungen haben, die ihre Gesundheit und Sicherheit gewährleisten. Dazu gehören beispielsweise ergonomische Arbeitsplätze, ausreichende Pausenzeiten und angemessene Personalbesetzung.

Ich wünsche mir, dass unsere Berufsgruppe Ihre Kompetenzen, die Sie im Rahmen der Ausbildung und Weiterbildung erworben haben, auch tatsächlich einsetzen dürfen. Bereits jetzt lassen hier viele Arbeitgeber Potential liegen.

Ich wünsche mir eine Überarbeitung der gesetzlichen Bestimmungen innerhalb des Berufsbildes von Radiologietechnologinnen. Kompetenzen sind im MTD-Gesetz und in der FH-MTD-Ausbildungsverordnung als Befugnis in Form von Aufgaben und Tätigkeiten, zu deren Übernahme die Berufsgruppen berechtigt sind, geregelt.

Jedoch RadiologietechnologInnen KÖNN(T)EN mehr als wir DÜRFEN.

RadiologietechnologInnen wünschen sich Entwicklungsmöglichkeiten mit Karrierewegen und Spezialisierungen in bestimmten Bereichen, auch einhergehend mit einer Befugniserweiterung.

Seit einigen Jahren hat sich bereits der Sonographer acc. etabliert, der eine Spezialisierung im Fachbereich Ultraschall ist und die AbsolventInnen sind gut nachgefragt.

Die Radiologietechnologie versteht sich als Profession. Alle notwendigen Attribute werden von unserem Berufsstand erfüllt. Dazu gehören eine akademische Ausbildung und Handlungskompetenz für unseren Bereich. Außerdem sind wir eine eigene Wissenschaftsdisziplin mit eigener Fachsprache. Radiologietechnologie ist in der Österreichischen Systematik der Wissenschaftszweige 2012 (ÖFOS 2012) als eigenständige Wissenschaft der Hauptgruppe „Humanmedizin, Gesundheitswissenschaften“ Nr. 303039, ausgewiesen., Wir richten unsere berufliche Tätigkeit, den Umgang mit PatientInnen und persönliche und berufliche Grundsätze nach berufsethischen Prinzipien aus. Nicht zuletzt gehört auch die Interessenvertretung in Form eines Berufsfachverbandes zur Professionalisierung eines Berufes.

rt austria

Berufsfachverband für
Radiologietechnologie
Österreich

Wir machen Unsichtbares sichtbar

Ihre Radiologietechnologen/innen
Experten für Strahlung in
Diagnostik und Therapie

www.radiologietechnologen.at

Der lange Weg zur Etablierung der Pflegewissenschaft an österreichischen Universitäten (Teil 2)

Pflegewissenschaft in anderen europäischen Ländern

Bevor wir auf die wichtigsten internationalen Netzwerke zu sprechen kommen, möchten wir einen kurzen Blick auf die Entwicklung der Pflegewissenschaft in anderen europäischen Ländern werfen. Viele Länder, vor allem im Norden Europas, waren in dieser Hinsicht schon viel weiter als Österreich. So wurde in Großbritannien bereits in Jahr 1956 eine Nursing Studies' Teaching Unit an der Universität Edinburgh etabliert und 1971 an der gleichen Universität eine Nursing Research Unit eingerichtet.[58] In Schweden erfolgt die Pflegeausbildung seit 1977 auf Universitätsniveau, in Norwegen seit 1983, in Finnland und Dänemark seit 1990.[59] Rosette Poletti nennt fünf Gründe für das Zurückbleiben der mitteleuropäischen Länder hinter dieser Entwicklung, unter anderem die Tatsache, dass in Letzteren die Leitung der Krankenpflegeschulen vorwiegend in den Händen von Ärzten lag, berufstätige Frauen weniger akzeptiert wurden und die Berufsverbände für Pflege später gegründet worden waren.[60] Aus einem besonderen Grund entstanden Pflegeausbildungen auf tertiärem Niveau in Frankreich (Lyon) und Polen (Lublin) sowie eine weitere in Edinburgh. Zu Beginn der 1960er Jahre, als in Europa dank des hoch entwickelten Gesundheitswesens die Infektionskrankheiten immer besser unter Kontrolle waren, beschloss die WHO ein Programm, mit dem in Europa europäische Studierende wie auch solche von anderen Kontinenten, zum Beispiel aus Afrika, wo das Gesundheitswesen noch weniger gut entwickelt war, zu hochkompetenten Pflegepersonen ausgebildet werden sollten. So wurden drei internationale Hochschuleinrichtungen zur höheren Pflegeausbildung etabliert, je eine mit französischer, englischer und russischer Unterrichtssprache, den drei offiziellen Sprachen der WHO entsprechend.[61] In der Tschechoslowakei war an der Philosophischen Fakultät der Karls-Universität in Prag schon 1960 ein fünfjähriges Studium für Pflegelehrerinnen entstanden, das Pflege und Psychologie – später Pflege und Pädagogik – kombinierte.[62] Dieser notgedrungen sehr unvollständigen Aufzählung ist deutlich zu entnehmen, wie sehr Österreich im Bezug auf die Entwicklung der Pflegewissenschaft im Rückstand war. Nicht erwähnt wurde bisher die Situation in Deutschland. Ulrike Höhmann nennt in einem Artikel zur Akademisierung der Pflege in Deutschland als erste Besonderheit der beruflichen Entwicklung der Pflege die Tatsache, „dass die Ausbildung von Anfang an außerhalb der üblichen beruflichen Bildungssysteme stand".[63] Dies trifft in Österreich ebenso zu und erschwerte hier alle Innovationen, unter anderem auch deshalb, weil für die Krankenpflegeausbildung das Gesundheitsministerium, für die Universitäten jedoch das Bildungsministerium zuständig war. Ähnlich war in beiden Ländern auch das niedrige Eintrittsalter, das in den Krankenpflegeschulen vorgesehen war. Auch der von Höhmann beklagten Fremdbestimmung der beruflichen Pflege[64] kann für Österreich nur zugestimmt werden, da u. a. die Leitung der Krankenpflegeschulen hier seit ihrer Entstehung in den Händen von Ärzten lag. Beim Vergleich zwischen Österreich und Deutschland sind jedoch auch Unterschiede zu bemerken. Wenn Höhmann konstatiert, dass „die praktische Pflegetätigkeit ganz überwiegend von Pflegeverbänden organisiert wurde" und bis Anfang der 1970er Jahre „die meisten Krankenschwestern auch nicht bei den jeweiligen Krankenhäusern angestellt" waren, sondern bei den Pflegeverbänden,[65] so trifft dies für Österreich nicht zu. Auch Pendants zu den von Sabine Bartholomeyczik aufgezählten drei „verpassten Gelegenheiten" (die Schwesternschule der Universität Heidelberg 1953, die Empfehlung dreijähriger Kurzstudiengänge für Gesundheitsberufe durch den Wissenschaftsrat 1973 und der Modellversuch eines Studiums für Lehrende in der Pflege an der Freien Universität Berlin 1978 bis 1981)[66] sind in Österreich nicht zu finden.

Internationale Vernetzung

In verschiedener Weise ist bei der Entwicklung von Pflegewissenschaft in Österreich internationale Vernetzung von Bedeutung. Gemeinsame Forschungsprojekte mit WissenschaftlerInnen aus Deutschland, der Schweiz und der Tschechoslowakei wurden hier schon beschrieben ebenso wie die Anregungen, die von den internationalen Kongressen der

Workgroup of Nurse Researchers kamen. Mit internationaler Beteiligung veranstaltete Kongresse und Symposien gingen manchmal auch über disziplinäre Grenzen hinaus, wie die insgesamt dreimal in Wien veranstalteten Kongresse zur Geschichte der Pflege[67] und im September 1994 ein Symposium Pflege und Public Health im Aufbruch.[68] Auch an der Gründung der ersten deutschsprachigen pflegewissenschaftlichen Zeitschrift Pflege im Jahr 1988 war Österreich beteiligt. Sehr hilfreich war die Unterstützung durch Vorträge, Kurse oder die Abhaltung von Lehrveranstaltungen in Wien durch KollegInnen z. B. aus Berlin, Osnabrück, Frankfurt, Essen, Witten/Herdecke, Bielefeld oder Basel. Zwei gebürtigen Österreicherinnen, die in Großbritannien eine Karriere als Pflegewissenschaftlerinnen gemacht und die österreichische Entwicklung tatkräftig unterstützt haben, Lisbeth Hockey und Annie Altschul, ist die österreichische Pflege ganz besonders zu Dank verpflichtet.[69] Spezielle Unterstützung bekam Österreich von Miriam Hirschfeld, die in leitender Funktion bei der Weltgesundheitsorganisation in Genf tätig war und an verschiedenen Arbeitstreffen und politischen Beratungen in Wien teilnahm. Diese Organisation hat sich seit ihrer Gründung im Jahr 1948 dafür eingesetzt, dass „Krankenpflegepersonen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems eines Landes vertreten sein sollten und daher Ausbildungsmöglichkeiten auch auf allen Ebenen des Bildungssystems angeboten werden müssen“.[70]

Der Einfluss von Strukturen und Rahmenbedingungen im universitären Bereich

„Ende der achtziger Jahre hat eine Phase der gezielten Internationalisierung an österreichischen Universitäten eingesetzt“, schreibt Ada Pellert im Jahr 1999. Nachdem sie das folgende Jahrzehnt als Aufbauphase beschrieben hat, fährt sie fort: „Ende der neunziger Jahre ist man an einem Scheideweg angekommen. Weitere Schritte der Internationalisierung stoßen zunehmend an strukturelle Grenzen. […] Auch hat sich die hochschulpolitische Situation geändert – anstelle von Expansion geht es nun um Einsparung, Effizienz und Evaluation. Die internationale Entwicklung hat sich zudem ungeheuer beschleunigt […].“[71] Genau in diese Phase fällt der Beginn der Etablierung der Pflegewissenschaft an der Universität

(C) Elisabeth Seidl

Wien. Österreich, das im zweiten Halbjahr 1998 den EU-Ratsvorsitz innehatte und intensiv an den Vorbereitungen der Bologna-Konferenz beteiligt war, unterzeichnete bereits im Jahr 1999 die Bologna-Deklaration, obwohl hier gerade umfangreiche Veränderungen im Organisations- und studienrechtlichen Bereich der Universitäten im Gange waren.[72] Rückblickend kann man ein vorsichtiges Urteil darüber fällen, was diese Situation für die Einrichtung der Pflegewissenschaft bedeutet hat, insbesondere darüber, in welchen Punkten sie förderlich und in welchen hinderlich war. An sich waren die raschen Veränderungen an den Universitäten wohl eher günstig für die Pflegewissenschaft, weil in einem allgemeinen Umbruch auch Neuerungen eher Platz finden können. Das Universitätsstudiengesetz 1997 hatte ja sogar „verborgene Möglichkeiten" für das Individuelle Studium Pflegewissenschaft eröffnet.[73] Auch wurden infolge der Internationalisierung der Studien ausländische Studiengänge für Pflegewissenschaft in Österreich bekannter. Andererseits war die gerade erst entstehende Pflegewissenschaft wie viele andere Wissenszweige gezwungen, wiederholt neue Entwürfe für Curricula usw. zu entwerfen. Dass Bildungspolitik und Wirtschaftlichkeit zusammenrückten,[74] hatte ebenfalls viel Arbeit zur Folge, vor allem in Bezug auf Drittmittelbeschaffung, machte es aber wiederum leichter möglich, Konstruktionen wie die Stiftungsprofessur für Pflegewissenschaft an der Universität Wien – es war dies die erste Stiftungsprofessur an dieser Institution – oder schon früher das drittmittelfinanzierte Forschungsinstitut an der Universität Linz zu schaffen. Darüber hinaus entstand durch die Ausgliederung der Medizinischen Fakultät als eigene Universität eine veränderte Situation.[75] Für die Entwicklung der Pflegewissenschaft waren jedoch nicht nur die Universitätsgesetze, sondern auch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) mit seinen laufenden Novellierungen relevant. In der Fassung von 1997 nennt es zum ersten Mal Pflegeforschung als Aufgabe der Pflegepersonen im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs und sieht die Möglichkeit einer freiberuflichen Ausübung der Gesundheits- und Krankenpflege vor.[76] Ein entscheidender Durchbruch zur Verankerung der Pflege im tertiären Bildungsbereich wurde im Jahr 2016 erreicht, als in einer Novelle festgelegt wurde, dass die Grundausbildung im „Gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege" ab 1. Jänner 2024 ausschließlich an Fachhochschulen mit einem Bachelorabschluss erfolgen soll.[77]

Wandel in Gesellschaft und Gesundheitswesen

Die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Österreich vollzog sich in einem Zeitraum, in dem grundlegende Veränderungen in Gesellschaft und Gesundheitswesen vor sich gingen, was hier nur ganz kurz angedeutet werden kann. Eine wichtige Veränderung betrifft die Rolle, die den PatientInnen zugeschrieben wurde. Standen noch in den 1970er Jahren – insbesondere im Krankenhaus – die Erwartungen an den „guten" oder „braven" Patienten im Vordergrund, „der sich bedingungslos und passiv unter möglichst vollständiger Aufgabe aller den diagnostisch-therapeutischen Prozess störenden Eigenarten, Impulse, Interessen und Bedürfnisse dem System unterwirft"[78], so fanden gegen Ende des 20. Jahrhunderts auch in Österreich die Rechte der PatientInnen stärkere Aufmerksamkeit. Damit traten auch in der Forschung Themen wie die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, das Recht der PatientInnen auf Information oder die Idee der Patientenverfügung stärker in den Vordergrund.[79] Diese Veränderung tangierte nicht nur die Medizin, sondern auch die Pflege. Neue Aufgaben für Pflegepraxis, -ausbildung und -wissenschaft brachten u. a. die zunehmende Technisierung der Medizin und die Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer der PatientInnen im Krankenhaus. Besondere Bedeutung für die Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft hat jedoch die in den letzten Jahrzehnten forcierte Konzentration auf Evidence Based Healthcare. Wird diese im engen Sinn als Priorisierung von Forschung verstanden, die mit der Methode der RCTs (Randomized Controlled Trials) erfolgt, was sich in der pharmakologischen Forschung bewährt hat, ist die Pflegewissenschaft doppelt gefordert, Alternativen zu entwickeln und auch durchzusetzen. Pflege als soziales Handeln weist in vielen Fällen ein hohes Maß an Komplexität auf, weshalb pflegerische Interventionen, wie Wilfried Schnepp in einem im Jahr 2009 erschienenen Beitrag eindrucksvoll gezeigt hat, häufig nicht mit der Methode der RCTs erfassbar sind. Dass es pflegewissenschaftliche Alternativen dazu bereits gibt, legt Schnepp am Beispiel des sogenannten Utrechter Modells dar.[80] Wie sich die komplexe Wechselwirkung von Medizin und sozialem Wandel im Einzelnen auf die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Österreich und insbesondere an der Universität Wien ausgewirkt hat, wäre ein lohnendes Thema einer weiteren Untersuchung wie auch die Frage, welchen Einfluss die wechselnden politischen Konstellationen und ökonomischen Gegebenheiten

dabei hatten. Wertvolle Ergänzungen zu diesem Beitrag und damit einen Ausgleich für die Grenzen subjektiver Darstellung könnte künftige Forschung dann erbringen, wenn ihr weitere Quellen, die heute noch nicht zugänglich sind, offenstehen. Dies könnten zum Beispiel universitätsinterne Unterlagen über die Verhandlungen der einzelnen Studienkommissionen sein, die ihre Zustimmung zur Errichtung des Individuellen Studiums Pflegewissenschaft geben mussten, oder Dokumente der anderen österreichischen Universitäten, an denen heute Pflegewissenschaft etabliert ist. Jedenfalls sind noch viele andere Blickwinkel offen, unter denen das Thema erforscht werden kann.

Fußnoten

58 Daniel Kelly u. a., Leaps in the dark. 60 years of Nursing Studies at the University of Edinburgh, in: Journal of Advanced Nursing 74 (2018) 1, 1–4; Elisabeth Seidl/Ilsemarie Walter, Ausländische Modelle von Universitätsstudien für Pflegepersonen, in: Seidl (Hg.), 1. Symposium, 102–111, 107–108.

59 Maj-Britt Råholm, Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD, in: Journal of Advanced Nursing 66 (2010) 9, 2126–2137, 2128.

60 Rosette Poletti, Obstacles and Hopes for Nursing Research in Southern Europe, in: Workgroup of European Nurse-Researchers (Hg.): Nursing Research – Does it Make a Difference? Workgroup of European Nurse-Researchers, 7th Workgroup Meeting and 2nd Open Conference 10th–13th April, 1984, Proceedings, London: Royal College of Nursing 1985, 115–125.

61 Michel Poisson, L'école Internationale d'Enseignement Supérieur (Lyon, 1965–1995): fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du XXe siècle. Histoire. Normandie Université, 2018. Français. URL: https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-019 51900/document, 135–136 (abgerufen am 7. 10. 2021).

62 Marta Stanˇková, Krankenpflegestudium an der Karls-Universität in Prag, in: Seidl/Zapotoczky (Hg.), Universitäre Aufgabe, 67–79, 72–73; Marta Stanˇková, Die tschechische Pflege in Geschichte und Gegenwart, in: Elisabeth Seidl/Marta Stanˇková (Hg.), Ende der Pflegekrise? Ein interkultureller Vergleich zur Arbeitssituation im Krankenhaus, Wien–München–Bern: Wilhelm Maudrich 1994, 13–39, 25.

63 Ulrike Höhmann, Die Akademisierung der Pflege: Vom Bohren dicker Bretter, in: Rebecca Palm/Martin Dichter (Hg.), Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik, Bern: Hans Huber 2013, 316–337, 317.

64 Ebd., 316.

65 Ebd., 317.

66 Sabine Bartholomeyczik, Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland – eine schwere Geburt, in: Pflege & Gesellschaft 22 (2017) 2, 101–118, 103–105; Ruth Schröck, Die Akademisierung der Pflege in Deutschland, in: Elke Gruber/Sonja D. Kuss (Hg.), Weiterbildung im Gesundheits- und Pflegebereich. Österreichische und internationale Entwicklungen, Wien: Facultas Universitätsverlag 1998, 12–27, 14–16.

67 Vlastimil Kozon/Elisabeth Seidl/Ilsemarie Walter (Hg.), Geschichte der Pflege – Der Blick über die Grenze, Wien: ÖGVP Verlag 2011, 7–9.

68 Heller/Schaeffer/Seidl (Hg.), Akademisierung von Pflege und Public Health.

69 Ilsemarie Walter, Die Emigration (zukünftiger) Pflegepersonen aus Österreich 1938/39 – ihre Bedeutung für die Gesundheits- und Krankenpflege und deren internationale Vernetzung. Karrierewege und Schicksale, in: Daniela Angetter u. a. (Hg.), Strukturen und Netzwerke. Medizin und Wissenschaft inWien 1848–1955, Göttingen: V&R unipress 2018, 597–630, 612–615.

70 Gerda Kaufmann, Empfehlungen der WHO zur Ausbildung lehrender und leitender Pflegepersonen,in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 37 (1984) 1, 3–5, 3.

71 Ada Pellert, Die globalisierte Gesellschaft – die Universität als internationale Organisation, in: Zeitschrift für Hochschuldidaktik 23 (1999) 1, 8–43,

Autorin

Univ. Prof.in Dr.in Elisabeth Seidl
ehem. Pflegedirektorin und Leiterin der Gesundheits- und Krankenpflegeschule des Rudolfinerhauses in Wien, ehem. Leiterin des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität Linz, Habilitation in Soziologie der Pflege an der Universität Linz, ehem. Prof.in für Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Initiatorin für Pflegewissenschaft in Österreich.

Autorin

MMag.a Dr.in Ilsemarie Walter
Österreichische Pflegewissenschaftlerin und Sozialhistorikerin.Ilsemarie Walter absolvierte zwischen 1965 und 1968 ihre Krankenpflegeausbildung am Rudolfinerhaus in der Billrothstrasse in Wien. Bis zum Jahr 1972 arbeitete sie daselbst als Krankenschwester auf einer chirurgischen Abteilung. Ilsemarie Walter studierte als gelernte Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester Psychologie, Soziologie, Übersetzungswissenschaft und Geschichte. Walter war wissenschaftliche Assistentin an der Abteilung Pflegeforschung in Wien und des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung (IPG) der Johannes Kepler Universität in Linz. Ihre pflegehistorischen Forschungen bezogen sich vor allem auf das 19. und beginnende 20. Jahrhundert. Hier beschäftigte sie sich auch mit der Rolle der Männer in der Pflege, einem über einen längeren Zeitraum hinweg weiblich dominierten Beruf. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeiten von Ilsemarie Walter galt den Interaktionsproblemen innerhalb der Triade „Patient-Arzt-Pflegekraft." Ilsemarie Walter ist Mitautorin beim Biographischen Lexikon zur Pflegegeschichte „Who is who in nursing history" (Horst-Peter Wolff mit Nachfolge Hubert Kolling als Herausgeber).

Angelika Feichtner

Palliativpflege

für Pflege- und andere Gesundheitsberufe

facultas 2022
6., überarbeitete und erweiterte Auflage
352 Seiten, broschiert
EUR 36,90 (A) / 35,90 (D) / sFr 45,30 UVP
ISBN 978-3-7089-2167-9
e-ISBN 978-3-99111-481-9

Den letzten Lebensweg würdevoll beschreiten
In der Pflege von schwer kranken und sterbenden Menschen sind spezielles Wissen, fachliches Können und eine respektvolle, achtsame Haltung, aber auch eine gelingende Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen entscheidend. Das vorrangige Ziel palliativer Betreuung ist das größtmögliche Wohlbefinden der Patient:innen.

Dieses Buch liefert die Grundlagen für die Pflege und Betreuung von Patient:innen in palliativen Situationen und bietet Anleitung und Unterstützung für Gesundheitsberufe.

Die 6. Auflage ist vollständig überarbeitet, berücksichtigt neue Entwicklungen beim assistierten Suizid sowie Tötung auf Verlangen in Europa und vertieft die Kapitel zum deliranten Syndrom, zu Schmerz und Demenz.

Angelika Feichtner, Hilde Kössler
Palliative Wundversorgung in der Praxis

facultas 2020
296 Seiten, 2-farbig, broschiert
EUR 29,90 (A)
EUR 28,90 (D) / sFr 36,60 UVP
ISBN 978-3-7089-1996-6
e-ISBN 978-3-99030-998-8

Angelika Feichtner
Palliativpflege in der Praxis
Wissen und Anwendungen

facultas 2021
3., überarb. und erweiterte Auflage
248 Seiten, 2-farbig, broschiert
EUR 23,90 (A)
23,10 (D) / sFr 29,10 UVP
ISBN 978-3-7089-2135-8
e-ISBN 978-3-99111-342-3

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas

29–30.

72 Hans Pechar/Angela Wrobleswki, Die Auswirkungen von Bologna auf die Lage der Studierenden in Österreich, in: Zeitschrift für Hochschulentwicklung 6 (2011) 2, 1–14, 4–6; Elisabeth Westphal, Die Bologna-Reform: Policy Making in Europa und Österreich, Hamburg: New Academic Press 2020, 201; Bundesgesetz: Organisation der Universitäten, BGBl. Nr. 805/1993; Universitäts-Studiengesetz, BGBl Nr. 48/1997; Universitätsgesetz, BGBl. Nr. 120/2002.

73 Weber, Lehrangebot, 24.

74 Z. B. Westphal, Bologna-Reform, 68 und 75–76.

75 Wolfgang Schütz/Markus Grimm, Die Wiener Medizin in den jeweiligen Universitätsgesetzen bis zum Übergang von Medizinischen Fakultäten zu eigenen Universitäten in diesem Band.

76 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. Nr. 108/1997, §§ 14 bzw. 35.

77 GuKG-Novelle 2016, BGBl. Nr. 75/2016, § 117 Absatz 27.

78 Johann Jürgen Rohde, Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution, in: Hannelore Schwitajewski/Jürgen Johann Rohde (Hg.), Berufsprobleme der Krankenpflege, München–Berlin–Wien: Urban & Schwarzenberg 1975, 1–14, 12.

79 Zu parallel erfolgten Veränderungen der Stellung der ÄrztInnen vgl. z. B. für Deutschland Martin Dinges, Aufstieg und Fall des „Halbgottes in Weiß“? Gesellschaftliches Ansehen und Selbstverständnis vonÄrzten (1800–2010), in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 31 (2013), 145–162, 156–159.

80 Wilfried Schnepp, Pflegeforschung in Zeiten von Evidence-based Healthcare: das Ende methodologischer Argumente?, in: Hanna Mayer (Hg.), Pflegewissenschaft – von der Ausnahme zur Normalität. Ein Beitrag zur inhaltlichen und methodischen Standortbestimmung, Wien: Facultas 2009, 72–88.

Gedächtnistraining und digitale Therapien für Menschen mit Vergesslichkeit

Schätzungsweise leiden 50 Millionen Menschen an Demenz, einer psychischen Erkrankung, die bei vielen zu einer menschlichen Abhängigkeit und Behinderung im Lebensalltag beiträgt. Demenz ist überwiegend eine kognitive Erkrankung mit verschiedenen Ursachen, die zu verschiedenen Profilen der kognitiven Funktion führen, die geschützt und gefährdet sind. In der Österreichischen Demenzstrategie wird Demenz als Zustand definiert, welcher zu gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen führt und weit mehr als nur eine Erkrankung bzw. medizinische Diagnose darstellt. Demgemäß wird von Menschen mit Vergesslichkeit bzw. Menschen mit Demenz (MmD) und nicht von Demenzkranken oder Dementen gesprochen (Juraszovich et al. 2015).

Das medizinische Paradigma der Demenz, welches vorherrscht, konzentriert sich auf Degeneration und Verlust von Fähigkeiten, die zu einem übermäßigen Grad von Einschränkungen im Alltag bei Demenzpatient:innen führt. Gedächtnisverlust, das häufigste kognitive Anzeichen von Demenz, verringert die Wirksamkeit der Kommunikation und der täglichen Beziehungen. Allerdings kann eine personenzentrierte Herangehensweise aus psychosozialer Sicht umgesetzt werden, um jede Person mit Vergesslichkeit als Individuum zu schätzen und zu respektieren, ihre Meinung zu bewerten und ein gesundes soziales Umfeld zu gewährleisten. Ein beunruhigendes Element der Demenz ist die Abnahme der Kommunikation zwischen den Patient:innen und ihren Betreuer:innen. Die praktischen Möglichkeiten, sich um ihre Angehörigen zu kümmern und sich mit den Folgen ihrer Gedächtnisstörung auseinanderzusetzen, verursachen, dass die Betreuer:innen ein hohes Maß an emotionaler Angst fühlen und selbst gesundheitliche Probleme entwickeln. Da sich die Demenz verschlimmert, wird es schwieriger, mit den Menschen zu kommunizieren, sicherzustellen, dass ihre Meinungen gehört werden, und sie in die Entscheidungsfindung einbeziehen.

Im Technologiezeitalter müssen Lösungen gefunden werden

Die deutsche S3-Leitlinie „Demenz“ vermeidet den negativ formulierten Begriff „nichtmedikamentöse Therapie“ und verwendet stattdessen den Begriff „psychosoziale Interventionen“. Diese Bezeichnung umfasst psychotherapeutische, ergotherapeutische, musiktherapeutische, neuropsychologische und andere Ansätze, die bei der Behandlung der Folgen von Gehirnschädigungen ihre Anwendung finden. Weiterhin berücksichtigt der Begriff Techniken, die zwar zur Unterstützung der An- und Zugehörigen und professionell Betreuenden eingesetzt werden, aber keinen therapeutischen Charakter im engeren Sinne haben. (Romero 2014 133: 175).

Die Forschungslage zu Evidenz psychosozialer Interventionen werden im Österreichischen Demenzbericht 2014 als uneinheitlich oder unvollständig ausgewiesen. Empfohlen werden eine validierende wertschätzende Grundhaltung, die Erinnerungspflege, die Anregung einzelner oder mehrerer Sinne durch Berührung, Basale Stimulation oder Snozelen, täglich ausreichende Bewegung und - in psychiatrischen Krisen (z. B. durch Wahn, Panikattacken, Halluzinationen und aggressives Verhalten) - ein wertschätzender und akzeptierender Umgang.

Maßnahmen zu finden, die das Leben und die Lebensqualität der Menschen tatsächlich verbessern, ist eine oberste Priorität vieler Forschungsarbeiten. Technologien wie CIRCA und LIM wurden speziell für Menschen mit Vergesslichkeit entwickelt. Der Einsatz von Technologie in der „Demenzpflege“ stellt jedoch moralische Fragen bezüglich Privatsphäre und Kontrolle sowie die Notwendigkeit, ein Gleichgewicht zwischen den Pflichten und Rechten von Menschen mit Vergesslichkeit und Betreuer:innen zu finden.

Im Rahmen der digitalen Grundversorgung von Menschen gibt es bereits bekannte Kommunikationstechnologien wie z. B. Telerehabilitation, Assistenzsysteme (AAL), Smart-Home Lösungen oder serious games. Dies ermöglicht ein langes autonomes Leben im Alltag vor allem für Menschen mit Vergesslichkeit. Der Nachteil liegt jedoch daran, dass diese digitalen Systeme jeden Menschen in der Gesellschaft als “alt”, “krank” oder “gebrechlich” abstempeln. Dies ist aber meist nicht der Fall. Menschen mit Vergesslichkeit fühlen sich persönlich nicht anders als vor der Diagnose Demenz.

Pasqual-Leone et al. (2005) bestätigt, auch wenn das alternde Gehirn nicht mehr über eine neuronale Plastizität verfügt wie das jüngere, so kann es noch immer lernen und Inhalte langfristig abspeichern. Wattannosoontorn et al. (2013) haben nahezu 100 serious games untersucht, evaluiert und kategorisiert. Die Auswertung ergab, dass es einen Anstieg an digitalen Spielen für PatientInnen von 2008 bis 2009 gab. In den letzten Jahren nahm die Anzahl rapide ab. Reine App-Tablet Lösungen bietet zB ISi-Speech, ein Projekt des deutschen Bundesministeriums. Dieses bietet ein selbstgesteuertes Training, jedoch fehlt das haptische Element und das Individualisieren von persönlichen Inhalten im Rahmen der Biographiearbeit. Ballesteros & Reales (2004) haben in ihrer Forschungsarbeit festgestellt, dass die Haptik bzw. haptische Gedächtnisforschung besonders bei Menschen mit Vergesslichkeit der wahre Mehrwert ist.

Obwohl anerkannt, ist das Versprechen der Technologie, Menschen mit Vergesslichkeit generell zu helfen, noch nicht vollständig verwirklicht worden. Der Großteil der Forschung wurde in stationären Einrichtungen durchgeführt, wo die kognitiven Anforderungen der Menschen oft fortgeschrittener sind, sodass es notwendig ist, mehr Studien mit Menschen zu Hause zu machen, die sich in den frühen Stadien der Demenz befinden. Anstatt sich auf die Bedürfnisse derjenigen zu konzentrieren, die mit Demenz leben, wurden viele technologische Behandlungen entwickelt, um den Anforderungen der Betreuer:innen gerecht zu werden. Die subjektiven Erfahrungen von Menschen mit Vergesslichkeit sind entscheidend für die Verbesserung der Anwendbarkeit und des Standards der Demenzbehandlung.

Die allgemeine Öffentlichkeit, die Wirtschaft und die wissenschaftliche Gemeinschaft haben seit vielen Jahren ein intensives Interesse an kognitiven digitalen Trainingsmöglichkeiten gezeigt. Kognitives Training bietet eine strukturierte Praxis komplexer geistiger Aktivität zur Verbesserung der kognitiven Funktion. Trotz erheblicher theoretischer Unterschiede zwischen der kompensierenden kognitiven Rehabilitation, der allgemeinen kognitiven Stimulation und dem Kognitiven Training werden die Methoden des Kognitionstrainings häufig falsch gekennzeichnet oder mit anderen Therapien verwechselt. Noch komplexer wird die Differenzierung, wenn es um digitale Möglichkeiten geht.

Obwohl die oben genannten Differenzierungen grundsätzlich getrennt sind, werden kognitive

(C) ING Studio 1985

Übungen und Gedächtnistechniken häufig zusammen untersucht. Laut einer Cochrane-Studie von 32 Trainingsexperimenten, die bis 2007 durchgeführt wurden, konnte keines der Ergebnisse in irgendeiner Weise dem kognitiven Training zugeordnet werden.

Eine systematische Studie über kognitive Therapien bei Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung, die Unterrichte in Gedächtnistechniken und kognitiven Übungen beinhaltete, ergab widersprüchliche Effekte. In zahlreichen Experimenten wurden unkontrollierte Therapien, wie externe Gedächtnisassistenten oder Entspannungstherapie eingesetzt. Eine Meta-Analyse langfristiger RCTs im Bereich „kognitives Training bei Erwachsenen“ zeigte eine hohe Wirksamkeit bei Menschen im Frühstadium der Erkrankung. Ob die Trainingseinheiten zu einem ähnlichen Ergebnis bei Personen in einem späteren Erkrankungsstadium führten, ist wurde durch die Komplexität der Erforschung, aber auch durch die ethischen Grundsätze der Forschung noch nicht durchgeführt.

Weiters ist unklar, ob der Einsatz von operativ definierten kognitiven Übungen, die erst zu einem späteren Zeitpunkt der Erkrankung begonnen werden, zu einer Verringerung der klinischen Anzeichen führt. Eindeutig ist aber die Wirksamkeit der Übungen, wenn sie bereits in einem frühen Stadium der Demenz begonnen werden. Hier sprechen einige Studien von einer Verzögerung der kognitiven Beeinträchtigung. Dies ist besonders wichtig, da es bis dato keine Heilung für Erkrankung gibt. Die Aufmerksamkeit der Forschung wurde auf die Ideen der kognitiven Reserve und der Neuroplastizität als mögliche Mechanismen für die Verzögerung des kognitiven Rückgangs gerichtet.

Eine weitere systematische Überprüfung der digitalen Lösungen zielte darauf ab, die Wirksamkeit von Online-Erinnerungstrainingsinterventionen bei der Verbesserung des Gedächtnisses von Patient:innen zu bewerten, bei denen Demenz im frühen Stadium diagnostiziert wurde. Die sekundären Ergebnisse bestanden aus kognitiven und psychologischen Ergebnissen. Die Überprüfung wurde im Einklang mit dem Cochrane-Handbuch für systematische Überprüfungen von Interventionen durchgeführt und umfasste elf randomisierte kontrollierte Studien, die aus sechs elektronischen Datenbanken abgerufen wurden. Zu den in dieser Überprüfung aufgeführten Bevölkerungsgruppen gehörten

Erwachsene, bei denen eine klinische Diagnose einer Demenz im frühen Stadium gestellt wurde und die an Online-Erinnerungstrainingsinterventionen beteiligt waren. Die Meta-Analyse ergab, dass Online-Erinnerungstrainingsinterventionen eine mäßige Effektgröße bei der Verbesserung der Erinnerungsergebnisse gezeigt. Darüber hinaus haben solche Interventionen Verbesserungen der sekundären Ergebnisse der kognitiven und psychologischen mit kleinen bis mittleren Auswirkungen gezeigt. Die Dauer jeder Online-Memory-Training-Sitzung und ihre Frequenzen beeinflussten das Memory-Ergebnis nicht. Im Gegensatz zu den herkömmlichen persönlichen Interventionen, die für eine Gruppe durchgeführt werden, ist es effektiver, sie für eine individuelle Einstellung durchzuführen.

Abschließend zeigte sich, dass die Online-Erinnerungs-Intervention bei Erwachsenen mit Demenz das Gedächtnis verbesserte. Gedächtnisinterventionen haben die Aussicht auf die Reduzierung von alltäglichen Problemen, die durch Erinnerungslücken verursacht werden, und die Verbesserung des Wohlbefindens.

Angesichts des Fehlens eines etablierten Goldstandards für die Messung des Gedächtnisses wurden Studien in dieser systematischen Überprüfung aufgenommen, die Beurteilungen des Speichers als ihre primären Ergebnisse durch validierte Werkzeuge beinhalteten. Studien, in denen die Online-Erinnerungs-Training-Intervention mit „keine Behandlung“, „Standardbehandlung“ oder „andere Behandlung“ einschließlich körperlicher Übungen verglichen wurde, wurden für die Aufnahme akzeptiert. In dieser Phase wurden sechs Datenbanken ausgewählt: PubMed, Embass, The Cochrane Library, The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus und Web of Science. Die Suche in dieser Überprüfung umfasste den Zeit-

Wir bedanken uns für die freundliche Unterstützung folgender Sponsoren:

Hochschule Hof University of Applied Sciences · BLGS Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe · SCORION · CareLit · WeCare

Medienpartner: Pädagogik der Gesundheitsberufe – Die Zeitschrift für den interprofessionellen Dialog

Als Bildungsveranstaltung anerkannt: Registrierung beruflich Pflegender RbP ID 20190314

raum zwischen 2000 und 2020. Es wurde eine dreiphasige Suchstrategie eingesetzt, wobei beide Bewertungsstellen (SP und RS) die Studien für alle drei Suchphasen unabhängig bewertet haben.

Durch die Suche in den sechs Datenbanken wurden Forschungsarbeiten und Forschungsprotokolle abgerufen. Nachdem die entsprechenden Protokolle identifiziert wurden, wurden die Ergebnisse der Forschung entweder über die Datenbanken oder durch die Kontaktaufnahme mit den Autoren erlangt. Bei unzureichenden Informationen aus den veröffentlichten Studien wurden die Autoren der Studie kontaktiert, um die erforderlichen Einzelheiten zu erhalten. Studien wurden von der Überprüfung ausgeschlossen, wenn sie nicht den Zulässigkeitskriterien entsprachen oder wenn in den anderen Datenbanken Duplikate gefunden wurden. Diese systematische Überprüfung zielte darauf ab, die Wirksamkeit von Online-Erinnerungs-Training-Interventionen bei der Verbesserung des Gedächtnisses von Patienten mit Demenz im frühen Stadium zu bewerten. Die Studie umfasste 11 Studien, die in acht Ländern durchgeführt wurden, darunter Spanien, Hongkong, Brasilien, Italien, Norwegen, den Vereinigten Staaten von Amerika, England und Griechenland. Die Daten wurden mithilfe des Cochrane Risk-of-Bais-Tools extrahiert und zusammengefasst, und das PANG et Al. GRADE-Framework wurde verwendet, um sicherzustellen, dass Fragen zur Bewertung der Beweismittelqualität für alle relevanten Ergebnisse beantwortet wurden. Die Datenerfassung beinhaltete Informationen über Alter, Geschlecht, Demenz-Score, Stichprobengröße, interventionsbezogene Informationen wie Einstellung, Interventionsanbieter, gruppen- oder individuelle Methodik, Liefermethode, Dauer und Folgezeitraum.

Keine dieser erfassten Studien hatten eine gendersensible Konzeptionierung eines digitalen Instrumentes, welches das lebenslange Trainieren des Gehirnes fördert oder auf die individuellen Nutzungsgewohnheiten von Technologien Rücksicht nimmt. Des Weiteren wurden in der Literatur keine Forschungsarbeiten identifiziert, die auditive, visuelle und haptische Übungskomponenten beinhalteten.

MOMENTE - Gendersensible Konzeptionierung eines InstruMentes für selbstbiOgrafisches MEmoriereN und GedächTnistraining für Menschen mit VErgesslichkeit

Im Rahmen eines Femtech Forschungsprojektes, das durch Mittel der FFG gefördert wurde, untersuchten das Konsortium bestehend aus dem Forschungsinstitut FACTUM, der Fachhochschule Krems, der Universität für Musik und darstellender Kunst Wien, dem Unternehmen Memocorby und der Rechtsanwaltskanzlei WMWP die Bedürfnisse der Betroffenen, der Angehörigen bzw. Betreuer:innen als auch der Institutionen der Langzeitpflege, um eine digitale Lösung für ein psychosoziales Interventionsinstrument zu konzeptionieren. Die Entwicklung dieses Instrumentes war vorwiegend ausgerichtet auf die Anwendung durch Menschen mit Vergesslichkeit, aber ebenso durch Menschen in deren Umfeld. Dabei stand die positive Beeinflussung des täglichen Lebens von Menschen mit Vergesslichkeit im Zentrum der Forschung.

Im Zusammenhang mit der nationalen Digitalisierung in allen Arbeitsbereichen, erlangte auch die digitale Sprachtherapie bzw. Telerehabilitationsmethoden immer von Bedeutung (Stachowiak, 1993). Mit der Ausweitung der Telerehabilitation in der Logopädie sprechen Hilbert und Paulus (2018, S. 7) auch von einem “poststationären Baustein einer sektorenübergreifenden Versorgungskette”.

Im Rahmen dieses Forschungsprojektes wurde das digitale und haptische Lerntool Memocorby eingesetzt. Dieses Lerntool besteht aus bis zu fünf bunten Quadern mit je einem Display. Eine App auf einem Tablet verbindet sich mit den Quadern und steuert so die einzelnen Übungen bzw. Fragen auf dem Tablet. Die Antworten sind als Bild oder Wort auf den Quaderdisplays zu sehen. Sobald der richtige Quader gefunden wurde, soll dieser angehoben werden. Nach dem Anheben wird das abgebildete Wort ausgesprochen. Somit lernen Menschen multimodal, in dem Sie das Bild sehen (visuell), auditiv (Wort wird ausgesprochen) und haptisch (der Würfel muss gehoben werden). Diese Kombination von Stimuli wird in der phonologischen Verarbeitung, sprich der “Identifikation der Laute und Silben” (Roth, 2012) aktiv segmentiert, erkannt und verarbeitet. Der spielerische Charakter von Memocorby unterstütz das positive Erleben in der Sprachtherapie.

Eine wichtige Frage in diesem Lernprozess stellt sich, warum gerade das haptische Gedächtnis so wichtig beim Lernen bzw. Memorieren ist. Zeitlebens “verord-

nen" wir, indem wir Gegenstände an- oder aufheben, von einem Ort zu einem anderen stellen oder aus Langeweile lange damit mit den Händen spielen. In den letzten 20 Jahren hat sich Gorden et.al. (1993) intensiv mit dem haptischen Gedächtnis beschäftigt. Die Beschaffenheit eines Objektes bleibt auch nach dem Verlust dieses noch immer im Gedächtnis (Shih et.al. 2009). Daher ist der haptische Reiz bei den Memocorby Quadern umso wichtiger, da hier gemeinsam tatsächlich die Begriffe "begriffen" werden.

Ballesteros und Reales (2004) konnten in ihrer Gedächtnisforschung von bereits fortgeschrittener Demenz den wahren Mehrwert von haptischer Therapie herausarbeiten und nachweisen. Folglich lehnt sich Memocorby an das Drei-Phasen-Modell mnemonischer Prozesse an (vgl. Gruber, 2018) und "intensiviert die Gedächtnisleistung durch eine sensorische bzw. haptische Ebene (Dokalik-Jonak, 2019).

Letztlich eignet sich das Training mit Memocorby als Lösung eines gesellschaftlichen Problems und bietet viele Anwendungsmöglichkeiten im Bereich Gedächtnistraining und Wahrnehmung.

Literatur:

Ballesteros, D. & Reales, J.M. (2004a): Intact haptic priming in normal aging and Alzheimer's disease: evidence for dissociable memory systems. In: Neuropsychologia, 42, 1063–1070.

Dokalik-Jonak, E. (2019): Memocorby – Analoge Sprachtherapyiemultimodal umgesetzt. In: Logopädieschweiz, 3, 2019.

Gordon, A.M., Westling, G., Colde, K. & Johansson, R.S. (1993): Memory representations underlying motor commands used during manipulation of common and novel objects. In: Journal of Neurophysiology, 69, 1789–1796.

Gruber, T. (2018): Gedächtnis. 2. Auflage. Berlin: Springer.

Hilbert, J. & Paulus, E. (2018): Logopädie zwischen Digitalisierung und Unterfinanzierung: Ein Bericht aus der Praxis. In: Forschung Aktuell, 8, 2018, 1-15.

Juraszovich, B.; Sax, G.; Rappold, E.; Pfabigan, D. & Stewig, F. (Hrsg.) (2015): Demenzstrategie Gut Leben mit Demenz. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium

Pasqual-Leone, A.; Amir, A.; Fregni, F.; Merabeth, L. (2005) The plastic human brain Cortex. In: Annual Review of Neuroscience. Vol. 28:377-401

Roth, G. (2019): Bildung braucht Persönlichkeit. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Shih, R., Dubrowski, A. & Carnahan, H. (2009): Evidence for Haptic Memocorby. In: Third Joint Europhaptics Conference and Symposium on Haptic Interfaces for Virtual Environment and Teleoperator Systems. Salt Lake City, UT, USA.

Stachowiak, F. J. (1993): Computerbased apahsia therapy with the Lingware/STACK System. In: Stachowiak, F. J. (Hrsg.): Developments in the assessment and rehabilitation of braindamaged patients. Tübingen: Narr. 353-380.

Autor

Prof. (FH) Markus Golla, BScN MScN
Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger, Institutsleiter & Studiengangsleiter „Gesundheits- und Krankenpflege" IMC FH KREMS, Journalist & Verleger „Pflege Professionell"

Autorin

Katharina Hehenberger MSc BSc
APN, Lecturer Institut Pflegewissenschaft, Modulkoordinatorin praktische Fächer im Studiengang „Gesundheits- und Krankenpflege".

Autorin

Mag.[a] Dr.[in] Elisabeth Dokalik-Jonak
unterrichtet an der Universität Wien und Pädagogischen Hochschule Wien und ist Teil des Qualitätsmanagement- und Personalentwicklungsteams. In der Forschung hat sie sich auf Neurodidaktik und das haptische Gedächtnis spezialisiert.

Fortbildungsverpflichtung der Pflegeberufe in Österreich

Um ihr Wissen Up To Date zu halten, gilt für Gesundheitsberufe nach österreichischen Berufsgesetzen, eine Mindestanzahl von Fortbildungsstunden wahrzunehmen. Diese liegt je nach Ausbildungsniveau oder Beruf, bei bis zu 60 Stunden in fünf Jahren. Bezogen auf ein Jahr kann bei DGKP von etwa 12 Stunden Fortbildungserfordernis ausgegangen werden (siehe Tab. 1).

Nachdem 2018 die Registrierungspflicht als Voraussetzung für die Ausübung des jeweiligen Gesundheitsberufes eingeführt wurde, endet der fünfjährige Zeitraum der Berufsberechtigung für viele Kolleginnen und Kollegen in diesen Wochen. Die Verlängerung wird über das Gesundheitsberuferegister beantragt. Die zuständige Registrierungsbehörde erinnert die betreffende Person rechtzeitig an die Verlängerung. Für die Re-Registrierung ist jedoch aktuell ein Nachweis der erreichten Mindestfortbildungen nicht notwendig. Explizit wird es im Anschreiben zur „Verlängerung der Berufsberechtigung“ wie folgt formuliert: „Bitte beachten Sie, dass es auch im Rahmen der Verlängerung zu keiner Überprüfung der Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung kommt.“

Wer ist verantwortlich, dass die Fortbildungsstunden erreicht werden?

Die Fortbildungspflicht zählt zu den persönlichen Berufspflichten. Bezogen auf die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ist bei den allgemeinen Berufspflichten festgehalten, dass „Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe […] sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der medizinischen und anderer berufsrelevanter Wissenschaften regelmäßig fortzubilden [haben]“ (GuKG, §4, Abs. 2). Die Arbeiterkammer OÖ weist in ihrer Broschüre „Fortbildungspflicht in Gesundheitsberufen“, darauf hin, dass das Gesundheits- und Krankenpflegeberufe „…grundsätzlich niemandem die Fortbildungsstunden nachweisen [brauchen]“ (S. 6). Ebenso sind bei den spezifischen Berufsgesetzen keine Kontrollen normiert, dessen ungeachtet können jedoch organisations- und dienstrechtliche Regelungen oder Dienstverträge entsprechende Kontrollen vorsehen. Selbstverständlich sollten auch die Arbeitgeber und Träger prüfen, ob und welche Fortbildungsthemen für ihre Mitarbeitenden aktuell und sinnvoll wären. Der ÖGKV fordert zudem die Finanzierung der entstehenden Kosten[2].

Im Vergleich dazu lautet beispielsweise für die Praxisanleitung in Deutschland die Regelung zum erhöhten Fortbildungsbedarf folgendermaßen: Jährlich müssen durch Praxisanleitende (PAL) ein Nachweis über 24 Stunden Fortbildung erbracht werden. Wird dieser nicht vorgelegt, dürfen PAL keinem Examen oder anderen Prüfungen mehr beisitzen (§ 4 Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung in Deutschland). Ähnliche Kontrollen der Einhaltung sieht das Sanitätergesetz in Österreich vor, bei welchem es zum Verlust der Berufsberechtigung führen kann, wenn die Fortbildungsstunden nicht in voller Anzahl absolviert wurden.

Ungeachtet einer derzeit fehlenden externen Kontrollinstanz für erbrachte Fortbildungsleistung für Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege ist festzuhalten: Jede Pflegeperson haftet nach dem Prinzip der Eigenverantwortung für sich selbst! Sie kann im Schadensfall zur Rechenschaft gezogen werden und ihre Verantwortung kann nicht auf andere übertragen werden. Eine irrelevante Argumentation im Schadensfall wäre demnach: „Ich konnte das nicht, weil mein Arbeitgeber dazu nie eine Fortbildung angeboten hat“. Im Falle eines Schadens ist

	Beruf	Notwendige Mindeststunden	Zeitraum
1	Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger/in (DGKP)	60	in fünf Jahren
2	Pflegefachassistenz (PFA) und Pflegeassistenz (PA)	40	in fünf Jahren
3	Fachsozialbetreuer/in (FSB) und Dipl. Sozialbetreuer (DSB)	32	in zwei Jahren
4	Sanitäter:in	16	in zwei Jahren
5	Heimhilfe	16	in zwei Jahren

Tab. 1: Fortbildungspflicht ausgewählter Gesundheitsberufe (eigene Darst.) in Anlehnung an Broschüre der AK-Oberösterreich[1]

von einer Schadensersatzpflicht auszugehen, wenn Mitarbeiter:innen, nach einem Fehler angezeigt werden, und die Mindestanzahl der Fortbildungsstunden nicht nachgewiesen werden kann. Bessere Karten haben die Kolleg:innen, welche den Nachweis ihrer Fortbildungen lückenlos erbringen können.

Einige Gesundheitseinrichtungen nehmen beim aktuellen Auslaufen der ersten fünf-Jahres-Fristen dies zum Anlass, die Fortbildungsverpflichtung ihrer Mitarbeitenden gründlicher zu kontrollieren. Auch viele Pflegepersonen stellen sich die Frage, wie geforderte Fortbildungsstunden zu erreichen sind.

Wie wird die Fortbildungsverpflichtung im Ausland gehandhabt?

Werfen wir einen Blick nach Großbritannien. Dort kontrolliert das NMC (Nursing Midwifery Council), also die britische Pflege- und Hebammenkammer die Fortbildungen. Demnach müssen registrierte Pflegepersonen, gestaffelt nach Dienstjahren und Einsatzgebiet, laut ihrem CPD (Continuing Professional Development) jährlich mindestens 45 Stunden Fortbildung im Rahmen von Kursen erfolgreich absolvieren (Quelle: www.nmc.org.uk/standards/code/). Ebenso bietet die jeweilige Gesundheitseinrichtung intern eigene Fortbildungen an, die zu absolvieren sind. Außerdem wird im Rahmen einer Rezertifizierung zusätzlich abverlangt, dass sich jede Pflegefachperson in ihrer Freizeit nach eigenem Interesse innerhalb von drei Jahren, mindestens 35 Stunden fortbildet. Dazu gehören beispielsweise Themen wie Nursing Education, International Nursing Management, der Besuch von Kongressen und das Lesen von Fachartikeln usw. (www.nmc.org.uk/revalidation).

Unter dem Link https://vimeo.com/817918760 finden Sie ein Interview mit einer deutschsprachigen Pflegefachfrau, die seit vielen Jahren in England arbeitet und Einblicke in die britische Fortbildungskultur vor Ort gibt. Ähnliche Fortbildungsregelungen gibt es in den USA und überwiegend dort, wo akademisierte Pflegeausbildungen umgesetzt werden.

Welche digitalen Fortbildungsmöglichkeiten gibt es?

Nicht zuletzt durch die Corona-Pandemie veränderte sich national wie international im Pflegeberuf das Bildungsverständnis. Als effiziente und angenehme Art der laufenden Fortbildung werden E-Learnings empfunden. Diese werden am Markt in unterschiedlichen Qualitäten angeboten. Wenn früher meist monoton besprochenen Powerpoint-Präsentationen zugehört werden musste, gelten heute die Präsentation echter Praxisvideos, Rollenspiele, spannende Diskussionen zwischen den Vortragenden, interaktive Übungen mit Musik, Experimenten und vieles mehr (z.B. bei www.Anleiten2Go.at) als State Of The Art. Dabei werden neben typischen Fortbildungsthemen für PAL und Teamleitungen auch spannende Gebiete wie Emotionsarbeit, Aufbau von Frustrationstoleranz, Umgang mit herausfordernden Menschen angeboten und es werden Lösungen für den Umgang mit Pflegenden/Nostrifikant:innen aufgezeigt, die noch nicht ausreichend Deutsch können und professionell integriert werden möchten.

Hier haben Teilnehmende die Möglichkeit von zuhause aus, in ruhiger und entspannter Atmosphäre, ein Programm ihrer Wahl auszuwählen. Manche Fortbildungsanbietende ermöglichen, einen Trainingstag im Umfang von acht Unterrichtseinheiten á 45 Minuten, in kleinen Sequenzen zu absolvieren. Dadurch lässt sich beispielsweise ein Programmtag auf bis zu zehn Tage verteilen. So wird ermöglicht, dass Pflegepersonen individuell entscheiden können, zu welcher Tages- oder Nachtzeit sie die Fortbildungsinhalte bearbeiten. Dabei erreichen auch Pflegende mit erschwerter Lebenssituation wie z.B. alleinerziehende Personen ihre geforderten Fortbildungsstunden.

Wie kann die Teilnahme beim E-Learning nachgewiesen werden?

Zuweilen wurden früher E-Learnings von Arbeitgebern eher kritisch betrachtet: arbeiten die Mitarbeiter:innen wirklich aktiv mit oder machen sie nebenbei den Haushalt und führen ihren Hund Gassi? Diese Bedenken können nun fallen gelassen werden, da es heute Sicherheitsbarrieren gibt. Dabei muss der/die Teilnehmende beispielsweise erst alle Kapitel vollständig bearbeiten. Ein Vorspulen oder Überspringen ist oftmals nicht mehr möglich. Überdies wird mittels Zufallsgenerator bei den Videos ein Zahlencode für 30 Sekunden eingeblendet: Sind Teilnehmende nicht am Gerät, muss das Kapitel von neuem begonnen werden. Ebenso kann nur dann in das nächste Kapitel eingestiegen werden, wenn die Fragen zum jeweiligen Fortbildungsinhalt vollständig und erfolgreich beantwortet wurden.

Menschen mit Migrationshintergrund und sprachlichen Barrieren schätzen speziell die Möglichkeit,

die Videos mehrfach ansehen und bei Wunsch wiederholen zu können. Die Geschwindigkeit lässt sich, je nach individuellen Bedürfnissen, beschleunigen oder reduzieren.

Wenn alle Inhalte vollständig durchgearbeitet sind, erhalten die Teilnehmer:innen abschließend ein Zertifikat. Nach dessen Weiterleitung an die Führungsperson wird der Fortbildungstag im Dienstplan eingebucht und die Stunden aufgerechnet. Das ermöglicht sowohl Mitarbeitenden und Leitungspersonen deutlich mehr Flexibilität bei der Planung und Umsetzung von Fortbildungen.

Wie werden digitale Elemente in Weiterbildungen integriert?

Im Rahmen von Weiterbildungen und Studiengängen werden E-Learnings als Flipped-Learning eingesetzt. An der Harvard-University[3] absolvieren beispielsweise dazu die Studierenden zuhause ein Pflichtprogramm. Nur die Studierenden, die den erfolgreichen Teilnahmenachweis vorlegen können, werden im Universitätsgebäude zur Präsenzvorlesung zugelassen. Das ermöglicht Professorinnen und Studierenden ein vertieftes Arbeiten ohne regelmäßige Wiederholung von Grundlagen. So werden E-Learnings bereits in Deutschland, Österreich und der Schweiz im Rahmen von Blended-Learning-Konzepten in der Weiterbildung zur Praxisanleitung eingesetzt. Die Teilnehmenden bearbeiten zuhause bestimmte E-Learning-Tage orts- und zeitunabhängig und vertiefen/diskutieren/werten diese im anschließenden Präsenzunterricht aus. Damit sparen Unternehmen Raumkapazitäten, Lehrpersonal, Seminarequipment wie Kopien, Pausengetränke und die Teilnehmenden müssen nicht zum Fortbildungsort fahren.

Somit ermöglichen digitale Lösungen ein individuelles und nachhaltiges Lernen und sind eine wertvolle, nicht mehr wegzudenkende Ressource in Zeiten von Fachkräfte- und Pflegepädagog:innen-Mangel. Durch diese zeitgemäße Vorgehensweise werden Personen ohne bürokratische Hürden mit qualitativ sehr guten Angeboten erreicht.

Fußnoten

[1] Online unter: https://ooe.arbeiterkammer.at/service/broschuerenundratgeber/arbeitundrecht/B_2022_Fortbildungspflicht_der_Gesundheitsberufe.pdf (01.09.2023).

[2] Potzmann, Elisabeth (2023) „Pflegereform in Österreich: Die Politik der kleinen Schritte“ in Die Schwester/Der Pfleger Heft 9, S. 86-88

[3] Birgili, B., Seggie, F.N. & Oğuz, E. The trends and outcomes of flipped learning research between 2012 and 2018: A descriptive content analysis. J. Comput. Educ. 8, 365–394 (2021). https://doi.org/10.1007/s40692-021-00183-y

Autor

Dr. rer. medic. German Quernheim
Krankenpfleger, Praxisanleiter, Dipl. Pflegepägagoge (FH), Pflegewissenschaftler, Dozent und Fachbuchautor in Österreich, Schweiz und Deutschland
www.German-Quernheim.de

Anleiten2Go
E-Learning

DIGITALES E-LEARNING FÜR ALLE PFLEGENDE

Alltagsnahe Inhalte

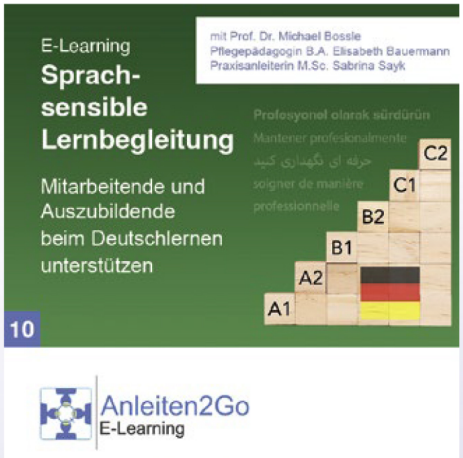
Lernerfolg mit Zertifikat

Selbstbestimmtes Lernen

Top Preis-Leistungs-Verhältnis

Sichern Sie sich ihre Pflichtfortbildung ganz einfach digital mit Anleiten2Go.

NEU



Jetzt informieren

Besuchen Sie German Quernheim auf Social Media

Die Pflege in der Onkologie hat sich in den letzten 15 Jahren von einer allgemeinen hin zu einer spezialisierten Disziplin entwickelt. Die Entwicklung wurde und wird durch die raschen Veränderungen in Medizin, Technik, Gesellschaft, Gesundheitspolitik, Ökonomie und der Pflege als wissenschaftliche Disziplin beeinflusst.

Als Ausbildungszentrum konnte das Vinzentinum Ordensklinikum Linz Barmherzige Schwestern bereits vor Jahren dahingehend die Weiterbildung in der onkologischen Pflege gut etablieren. In diesen 200 Stunden werden Inhalte aus den verschiedensten onkologischen Bereichen bearbeitet. Trotz dieser angeführten Stunden zeigte sich in den letzten Jahren, dass die Beratung, also das WIE in der Beratung, zu wenig Raum bekommen hat.

Neue Fortbildung am Vinzentinum Ordensklinikum Linz Barmherzige Schwestern „BERATUNG IN DER ONKOLOGISCHEN PFLEGE“

Zu den Ausbildungsinhalten zählen:
- Beratungsansätze und Beratungsprozesse (patientenzentrierte Adhärenz, …)
- Gesprächstechniken in der Beratung (Bedeutung der richtigen Didaktik, …)
- Methoden der Infovermittlung (Videos, Broschüren, elektronische Medien, …)
- Angehörigenschulung
- PCN, BCN, Rehacoach im Setting der Beratung
- Fallarbeit mit Übungseinheiten (Beratung, Anleitung, Mikroschulung)

Zur Ausbildung:
An der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Ordensklinikum Linz, Barmherzige Schwestern - Vinzentinum, Langgasse 19, 4010 Linz

Die Ausbildung im Umfang von 40 Std. findet in 2 Blöcken statt:
- April: 08.04. - 09.04.2024 (2 Tage)
- Juni: 19.06. – 21.06.2024 (3 Tage)

Zu den Aufnahmevoraussetzungen zählen:
- Berufsberechtigung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
- Empfohlen wird die Weiterbildung „onkologische Pflege“

Anmeldung unter: Vinzentinum Linz [Bewerbung Fortbildung „Beratung in der onkologischen Pflege“ 2024] (bhs.at)

Ausbildungsgebühr:
- € 640,00 (exkl. 10 % MwSt.)

Bei Fragen stehen Herr Markus Greger, BScN, MScN (markus.greger@ordensklinikum.at; 0732 7677 7378) bzw. ich sehr gerne zur Verfügung.

Fernlehrgang Patienten- und Familienedukation

Patienten-und Familienedukation wird künftig immer wichtiger werden. Durch die Ambulantisierung von Pflege und Medizin sowie Mangelsituationen in der pflegerischen Versorgung müssen Fertigkeiten und Wissen zunehmend auf die Betroffenen selbst übertragen werden. Informieren, Schulen und Beraten sind dabei ein entscheidender Teil einer qualitätsvollen Pflege!

Dieser Fernlehrgang wurde schon einmal sehr erfolgreich von der Universität Witten/Herdecke angeboten. Damals belegten die Gründer:innen der einzelnen Patienteninformationszentren und auch Fachpersonen im Bereich SGB XI diesen Kurs. Prof. Dr. Angelika Zegelin hat den Lehrgang jetzt modernisiert, denn: Die „sprechende Pflege“ ist ihr und uns weiterhin wichtig! Der Fernlehrgang eignet sich für alle Praktiker:innen, auch Lehrende, die Patienten- und Familienedukation in ihren Einrichtungen voranbringen wollen.

Dieser Fernlehrgang ist DER einzigste Lehrgang zum Fachbuch „Patientenedukation und Familienedukation“ von Martin Schieron, Christa Büker und Angelika Zegelin (Hrsg.), Martin Schieron ist an dem Fernlehrgang auch beteiligt. Dieser Lehrgang wird exklusiv im deutschsprachigen Raum nur von der Akademie für Gesundheit und Soziales angeboten.

Alle Teilnehmer:innen erhalten das Fachbuch sowie einen begleitenden Leittext von Frau Prof. Dr. Zegelin mit verschiedenen Aufgaben zum Selbststudium. Zwei Mal werden je zwei Präsenztage im Hospitalhof in Stuttgart angeboten. An diesen Seminartagen werden von den Teilnehmenden erarbeitete Aufgaben besprochen und präsentiert. Zudem finden einige praktische Übungen zum Informieren, Schulen und Beraten statt.

Bestandteil des Fernlehrgangs sind Einsendeaufgaben sowie eine kurze Abschlussarbeit.

Die Seminare werden von Frau Prof.in Dr.in Angelika Zegelin, Martin Schieron und anderen Dozierenden durchgeführt.

Anmeldeschluss:
15. Mär. 2024
Termin (von-bis):
3. Apr. 2024
bis 16. Okt. 2024

Kosten (brutto):
1.800,00€

Maximale Teilnehmerzahl:
20 Teilnehmer

Zertifiziert durch QUACERT AZAV-Träger

SCAN ME

Programm-Vorschau Lernwelten 2023

Wissenschaftlicher Kongress für Pädagogik der Pflege- & Gesundheitsberufe www.lernwelten.info

Let's grow – vom Wirken und Sein der Lehrenden | 28. & 29. September 2023 | Frankfurt University of Applied Sciences

Lernwelten 2023 Programm-Vorschau

Let's grow – vom Wirken und Sein der Lehrenden | 28. & 29. September 2023 | Frankfurt University of Applied Sciences

Es geht es wieder los: Wir präsentieren Ihnen die Programm-Vorschau der Lernwelten 2023!

Vom 28. bis 29. September 2023 warten an der Frankfurt University of Applied Sciences **zahlreiche Highlights** auf Sie, freuen Sie sich u. a. auf:

- PreContents vorab auf der Online-Plattform
- Markt der Möglichkeiten
- spannende Aussteller aus Bildung & Pädagogik
- Kaminfeuer-Gespräch
- wissenschaftliche Vorträge
- zahlreiche Workshops, u. a. von Humor Hilft Heilen
- Kaminfeuer-Gespräch
- Dialog-Spaziergang
- Stadtführung durch die Frankfurter (neue) Altstadt
- Apéro mit musikalischer Untermalung
- Poetry Slam von Leah Weigand
- Selfcare-Angebote

Die Lernwelten 2023 werden auch in diesem Jahr durch die **Kongress-Plattform www.lernwelten.info** ergänzt, auf der Sie als Teilnehmende zusätzlich zur Präsenzveranstaltung alle PreContent-Beiträge als Vorgeschmack auf den Kongress ansehen und sich frühzeitig Ihren Platz in Ihrem Wunsch-Workshop sichern können. Sie erhalten außerdem Zugriff zu allen Abstracts sowie zu weiteren Kongressmaterialien.

Wählen Sie aus sechs thematischen Schwerpunkten Profession, Politik & Professionalisierung, Digitalisierung, Studium/Hochschule, Ausbildung/Generalistik und Selbstfürsorge jene Programmpunkte aus, die Sie besonders interessieren. Die thematischen Schwerpunkte sind im Programm farblich markiert.
Die **Posterausstellung**, den **Markt der Möglichkeiten** sowie die **Industrieaussteller** können Sie **während des gesamten Kongresses besuchen** und dort in den Pausen mit den Initiatoren und Anbietern inspirierender Projekte ins Gespräch kommen. Darüber hinaus werden Begehungen der Poster sowie des Markts der Möglichkeiten stattfinden, die ebenfalls thematischen Kategorien folgen.

Das aktuelle Programm-PDF ist für alle online unter www.lernwelten.info abrufbar – Änderungen vorbehalten.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Entdecken der vielen spannenden und hochkarätigen Programmpunkte und freuen uns, Sie bei den Lernwelten 2023 zu sehen!

Als Bildungsveranstaltung anerkannt:

Registrierung beruflich Pflegender
RbP ID 20190314

Scan me 2 buy a ticket!

Wir bedanken uns für die freundliche Unterstützung folgender Sponsoren:

Hochschule Hof University of Applied Sciences · BLGS Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe · SCORION · CareLit · WeCare

Medienpartner:

Pädagogik der Gesundheitsberufe
Die Zeitschrift für den interprofessionellen Dialog

hpsmedia

CareLit®

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.

Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de

PFLEGEIMPULS KONGRESS

Donnerstag, 5. Oktober 2023
CONGRESS CENTER VILLACH
Europaplatz 1-2
9500 Villach

Christel Bienstein

Markus Hengstschläger

Franziska Moser

Markus Golla

Claudia Leoni-Scheiber

Patrick Mocker

Andrea Latritsch-Karlbauer

Robert Seeger

Infos & Anmeldung: www.pflegeimpulskongress.at

PFLEGEIMPULS KONGRESS

Infos & Anmeldung: www.pflegeimpulskongress.at

TAGUNGSPASS
inkl. Verpflegung laut Programm € 199,- exkl. MwSt.

TAGUNGSPASS
für Auszubildene/Studierende € 99,- exkl. MwSt.
Begrenztes Kontingent

Initiatorin & Veranstalterin
Mag.ª Simone Stenitzer
office@pflegeimpulskongress.at, M 0664 529 55 50

Veranstaltungslocation:
CONGRESS CENTER VILLACH
Europaplatz 1-2
9500 Villach

FORTBILDUNGSPUNKTE

Für die Teilnahme am Pflegeimpulskongress erhalten Sie **16 ÖGKV PFP®** (Pflegefortbildungspunkte) – 2 ÖGKV PFP® = 1 Fortbildungsstunde laut GuKG.

In Kooperation mit CANDA CARINTHIAN NURSE DIRECTORS ASSOCIATION

Mit freundlicher Unterstützung von
maierhofer
bfi Kärnten

Impressum: Agentur b44 – BRANDS & EVENTS, Mag.ª Simone Stenitzer, Mölltalweg 39, 9061 Klagenfurt am Wörthersee, 2023.
Fotos: Simone Stenitzer und Christine Schaller-Maitz/VMA.TV, Christel Bienstein, Markus Hengstschläger, Franziska Moser/SALK, Markus Golla, Claudia Leoni-Scheiber/Campus Gesundheit Reutte, Patrick Mocker/Matthias Zwierzina, Andrea Latritsch-Karlbauer/Karin Wernig, Robert Seeger, Congress Center Villach/Michael Stabentheiner

Eine Produktion von b44 BRANDS & EVENTS

Neues aus der Pflege

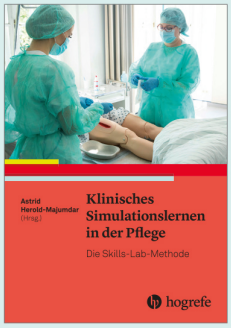
Samuel Vögeli / Nina Wolf

Angehörige von Menschen mit Demenz beraten

Familienzentrierte Beratung, Information und Begleitung

Die Autor_innen beschreiben die Aufgaben, Belastungen, Bedürfnisse und Konflikte von Angehörigen und benennen häufige Beratungsthemen, wie Alltagsgestaltung, Beziehungsprobleme, Entlastungs- und Unterstützungsangebote und schwierige Entscheidungssituationen.

2023. 272 S., 31 Abb., 21 Tab., Kt
€ 39,95 (DE) / € 41,10 (AT) / CHF 52.50
ISBN 978-3-456-86008-4
Auch als eBook erhältlich



Astrid Herold-Majumdar (Hrsg.)

Klinisches Simulationslernen in der Pflege

Die Skills-Lab-Methode

Die Autorinnen beschreiben die fachlichen und didaktischen Grundlagen des Simulationslernens evidenzbasiert. Mit Lernszenarien, Kurzanleitungen, Materialien, Handlungsbewertungslisten, Drehbücher und Ereigniskarten lassen sich Pflegefertigkeiten simuliert und situativ erlernen.

2023. 272 S., 33 Abb., 26 Tab., Kt
€ 44,95 (DE) / € 46,30 (AT) / CHF 58.50
ISBN 978-3-456-86226-2
Auch als eBook erhältlich

Daniela Händler-Schuster / Helmut Budroni (Hrsg.)

Gemeinde- und Familiengesundheitspflege

Lehrbuch für die ambulante Pflege

Die gemeindenahe Versorgung von Individuen und Familien gewinnt zunehmend an Bedeutung. Die Aufgaben, Funktionen, Prozesse und Rollen einer gemeindenahen und familienorientierten ambulante Pflege beschreibt dieses Lehrbuch in wissenschaftlich fundierter und praxisorientierter Form.

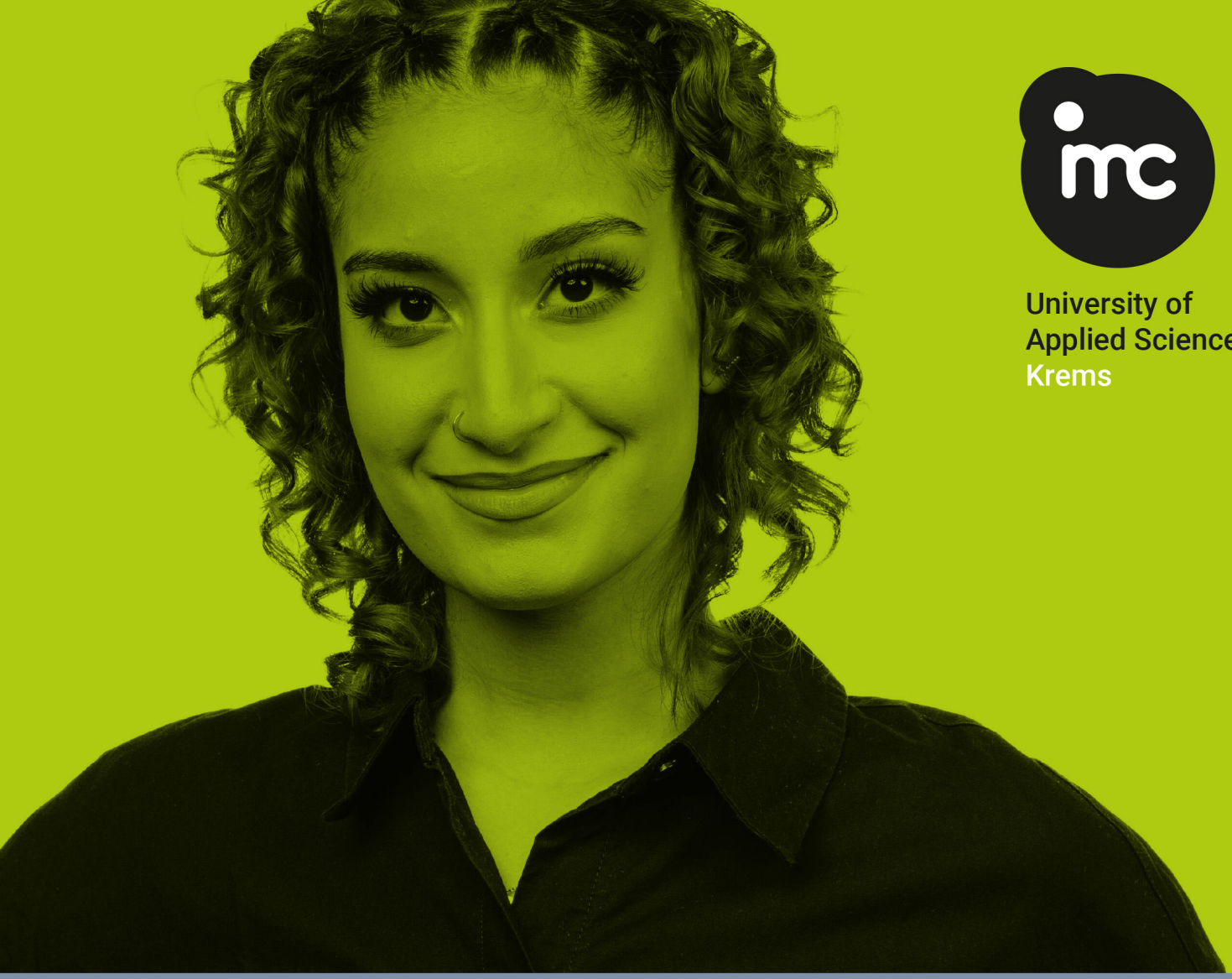
2023. 416 S., 28 Abb., 36 Tab., Kt
€ 52,95 (DE) / € 54,50 (AT) / CHF 68.00
ISBN 978-3-456-86098-5
Auch als eBook erhältlich

Dorothea Sauter et al. (Hrsg.)

Lehrbuch Psychiatrische Pflege

Das erfolgreiche und erweiterte Standardwerk des deutsch-schweizerischen Herausgeberteams zur psychiatrischen Pflege. – Für die vierte Auflage wurden alle Kapitel aktualisiert, Pflegekonzepte und Werkzeuge überarbeitet und die Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse wurden erweitert.

4., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2023.
1440 S., 98 Abb., 181 Tab., Gb
Etwa € 119,00 (DE) / € 122.40 (AT) / CHF 148.00
ISBN 978-3-456-85673-5
Auch als eBook erhältlich



University of
Applied Sciences
Krems

WEIL IHRE PFLEGEAUSBILDUNG ZÄHLT

Gesundheits- und Krankenpflege

„Die Gesundheits- und Krankenpflege ist einer der wenigen Berufe der Welt, der eine absolute Durchgängigkeit zwischen den Ausbildungsebenen besitzt. Von der Pflegeassistenz, der Pflegefachassistenz, der DGKP über den FH-Abschluss bis hin zu einem Doktorat. Der Hochschulzugang ist mit oder ohne Matura möglich und bietet hiermit jeder und jedem die Möglichkeit der Weiterbildung und persönlichen Entfaltung."

Prof.(FH) Markus Golla, MScN, BScN / Institutsleiter Pflegewissenschaft

- *3 Jahre (180 ECTS) / Vollzeit*
- *Quereinstieg für PA, PFA und DGKP*
- *Studienbeitrag: 363 Euro/Semester (EU)*
- *Förderung: NÖ Pflegeprämie*
- *Abschluss: Bachelor of Science in Health Studies*
- *Studienstart: September oder Februar 2024*
- *Studienorte: Krems, Horn oder Mistelbach*

IMC. It's all in me.

www.imc.ac.at