

## AT: Forum Spital / Forum Pflege

🕒 Oktober 24, 2018 👤 Karin Eder 📁 News, News Österreich



© imh / Astrid Bartl

f teilen

🐦 twittern

in mitteilen



© imh / Astrid Bartl

Das Forum Pflege fand im Rahmen des Forum Spital wieder in Mauerbach statt. Barbara Steffl begrüßt seitens Veranstalter die TeilnehmerInnen und weist auf die Inhalte des Tages hin.

### **Fokusgruppe: der Patient und das GH Wesen – Eine Geschichte der Missverständnisse?**

Um zu sehen, was die PatientInnen vom Gesundheitssystem erwarten wurde seitens Veranstalter der Ansatz der Fokusgruppe gewählt. Moderiert von Dr. Pitters, gab dies den KonferenzteilnehmerInnen einen

Einblick in die Erlebnisse der PatientInnen mit dem österr. Gesundheits-System. Die TeilnehmerInnen waren anonymisiert. Anhand eines, von Imh dafür entwickelten Leitfadens wurde der Ablauf der Fokusgruppe gestaltet.

Es ergaben sich folgende Assoziationen der Fokusgruppe zur Gesundheitsversorgung:

- Lange Wartezeiten auf Termine, Zwei Klassen Medizin, Sonderklasse zur besseren med. Versorgung,
- Jeder ist allerdings auch selbst verantwortlich für seine Gesundheit,
- der Vertrauensaufbau sowie Information und Beratung erfolgt nicht ausreichend – allein das Internet wirkt kompensierend sowie Selbsthilfegruppen,
- Der Wunsch für das Alter war ein möglichst langes verbleiben zuhause.
- Angst vor dem Pflegeheim wurde ausgedrückt, „eine Nummer sein“, „allein sein“ und nicht ausreichend Kontakte im Heim zu haben waren präsent auch die Angst vor der Finanzierung der Pflege.

ELGA war zwar als Begriff bekannt, aber es konnte nichts differenziert darunter verstanden werden.

Wünsche und Verbesserungen seitens Fokusgruppe wurden erhoben, dies waren:

- Ausbau der Gruppenpraxen,
- Verringerung der Wartezeiten,
- mehr Personal, („für alles hat man Geld aber für wirklich wichtige, wie Personal hat man kein Geld“)
- Direkt beim Arzt bezahlen wenn man gesund gemacht wird und nur bei erfolgreicher Dienstleistung.
- Vertrauen ist wichtig, keine Zweiklassenmedizin,
- kein GH-System wie in USA, das Gesundheits-System muss für alle gut erreichbar und leistbar bleiben.
- Mehr Fachärzte und kürzere Wartezeiten. Gruppenpraxen für Wochenenden.
- Ärzte sollten feinfühler sein in ihren Aussagen und sich besser über die Krankengeschichte im Vorfeld vor PatientInnengesprächen informieren.

### **Diskussion: Was erwartet sich die Gesellschaft vom GH System?**

Dr. Gerald Fleisch, Univ. Prof. Dr. Peter Husslein, Dr. Julia Pitters – im Anschluss an die Fokusgruppe wurden die Dienstleister zu diesen Thematiken der Fokusgruppe zu Wort gebeten, moderiert durch Mag. Christoph Varga vom ORF.

#### Varga: Was hat überrascht aus der Fokusgruppe?

Pitters: Die Assoziationen waren erstaunlich negativ, im Detail zu den Erfahrungen doch die einzelnen Erfahrungen positiv. Aber das ist normal hinsichtlich Erinnerung.

#### Worin sehen sie den Auftrag für das System seitens PatientInnen?

Pitters: Mängel zu reklamieren, Wünsche zur besseren Versorgung sind realisierbar. Psycholog. Feingefühl kann gelernt und Kommunikationsschulungen können gemacht werden.

#### Varga: Zur Aussage, dass die Ambulanz nur Notfälle übernimmt – wieviele Pat. Wurden abgewiesen?

Husslein: Man kann sich nicht auf Allgemeinkosten wünschen, jederzeit optimale Qualität als Patient zu erhalten. Von dieser Vorstellung muss man weg gehen. Diese Rechnung geht nicht auf, weil die beste Versorgung wird nicht finanziert. Husslein bezeichnet dies als gefährliche Trias: Pat-Wunsch, Arzt-Versorgung und Finanzierung. Unser GH-System ist uneffizient und schlecht strukturiert. Die Universitätsklinik Wien ist nicht für Banalfälle zuständig. Dafür sind die anderen KAV Spitäler zuständig und die Fachärzte. In der Universitätsklinik werden Lehre Forschung und Entwicklung betrieben. Für beispielsweise Scheidenpilz ist das AKH nicht zuständig. Wobei kein Notfall falsch abgewiesen werden soll. Laut Husslein werden Ressourcen sonst falsch eingesetzt. Es werden alle abgewiesen, die im niedergelassenen Bereich bearbeitet werden können. Dies sind tgl. ca. 10 Patienten. Die Sozialversicherung hat hier Lenkungsfunction, die Versicherungen müssen so steuern, dass auch die Versorgung im GH-System am Wochenende und am Abend möglich wird. Der niedergelassene Bereich muss ausgebaut werden. Dies muss finanziert werden, damit der Arzt am Wochenende auch offen lassen kann.

Fleisch verweist auf den restriktiven Ambulanzbegriff im Gesetz. Spitäler übernehmen zu viele Aufgaben vom niedergelassenen Bereich, was so nicht im Gesetz vorgesehen ist. 1/3 der PatInnen werden unbehandelt nach Hause geschickt, 1/3 an den niedergelassenen Bereich verwiesen und 1/3 wurden ambulant versorgt. Hier ist großer Handlungsbedarf!

Husslein: Die Notfallambulanz hat eine Minivariante zu Selektion der Notwendigkeiten ob die PatientInnen quasi ein Fall für Akutversorgung darstellen. Diese Triagierung sollte vom niedergelassenen Bereich finanziert werden, nicht vom KH Bereich. Husslein sieht die Verlagerungen so wie Fleisch – jene PatientInnen, die wirklich das brauchen was die Universitätsklinik zu bieten hat, sind für Husslein herzlich willkommen.

Pitters: Der Zeitgeist zur Sorge um eigene Gesundheit ist da. PatientInnen kann mehr zugetraut werden. Vielleicht genügt denen die „eigentlich nichts haben“ eine gute Beratung!?

Moderator: Keiner geht gern ins KH trotzdem in Ö die meisten Betten und Aufenthalte. im int. Vergleich, warum?

Pitters: Der Zeitgeist zur Sorge um eigene Gesundheit ist da. PatientInnen kann mehr zugetraut werden. Vielleicht genügt denen die „eigentlich nichts haben“ eine gute Beratung!?

Moderator: Keiner geht gern ins KH trotzdem in Ö die meisten Betten und Aufenthalte. im int. Vergleich, warum?

Fleisch: Vieles läuft falsch. PatientInnen wollen aber gern im Krankenhaus länger verbleiben. Niedergelassene Medizin ist desorganisiert und fast nicht vorhanden. Die Hausärzte und Fachärzte sind oft unstrukturiert und leben ein Einzelkämpfertum, da muss aufgeholt werden – Primärversorgungszentren müssen ausgebaut werden. Klare offene Informationen für PatientInnen müssen medial besprochen werden. Wir sind gegen „Anrufbeantwortermedizin“ aber es muss sich was bewegen im niedergelassenen Bereich. Wir haben keinen Ärztemangel, es fehlt nur die Struktur.

Husslein: Unser derzeitiges Abrechnungssystem lenkt natürlich. Wenn längere Liegedauer dem Haus mehr bringt, dann wird das gemacht. Die Vorstellung der Ärzte, dass je mehr Betten belegt sind, umso kompetenter ist der Arzt, muss aus den Köpfen heraus gebracht werden. Aber, kürzere Belegzeiten erfordern auch mehr Personal. Ökonomisch ist es leichter wenn PatientInnen länger bleiben. Husslein meint, die Gelder werden in Forschung und Entwicklung benötigt und dort fehlen sie.

Varga: Primärversorgungszentren: Warum gibt es das bei uns erst seit jetzt?

Laut Fleisch ist dies historisch gewachsen und eine Frage des Finanzierungssystems. Hier muss nachjustiert werden. Krankenkassen und Ärztekammer müssen die Primärversorgungszentren aufbauen und die Regionen damit beglücken.

Varga: Diskrepanz individueller Sicht im System und Systemsicht – wie kann man dem Pat. Dieses setzen der Prioritäten kommunizieren zum Patient? Derzeit keine Initiative sichtbar

Husslein: Österreicher lassen sich gerne belügen. Österreich hat zu viele kleine Spitäler. GH Politik ist in Österreich auch Standortpolitik. Transport zu den Kliniken wäre sehr einfach. Aber kleine Spitäler müssen geschlossen werden, weil die Qualität kann in diesen kleinen Häusern nicht gehalten werden. Es muss den PatientInnen kommuniziert werden, dass es durchaus einen guten Transport zu den einzelnen Krankenhäusern gibt.

Aber unstrukturiert kann Gesundheit nicht angeboten werden. Es muss einen zentralen Zahler geben. Dann wird strukturiert überlegt wie was finanziert werden kann. Ein Patient kann sich nicht alles unentgeltlich jederzeit wünschen. Auch ein gutes Hausarztssystem muss finanziert werden. Der niedergelassene Hausarzt ist der Schlüssel für ein gutes Funktionieren des Systems.

Pitters: Informationen, Beratung und Vertrauen muss geschaffen werden, sodass PatientInnen wissen, dass sie sich gut selbst informieren können.

Frohner: Der niedergelassene Bereich ist der Schlüssel für Auflösung der Spitalslastigkeit. Pflege könnte im niedergelassenen Bereich verstärkt eingesetzt werden um hier anzugreifen. Diese Berufsgruppe muss mehr sichtbar einbezogen werden. Eine Erstbegutachtung durch eine Pflegeperson aus dem gehobenen Dienst kann übernommen werden und ist nicht qualitätsmindernd für die/den PatientIn. Das ist international so üblich.

Fleisch: Gebühr einheben und bei Spitalsnotwendigkeit refundieren wäre eine Minimallösung. Weil einfach der niedergelassene Bereich fehlt um hier aufzufangen. Lenkungsinstrumente finanziell wären aber gut. Selbst kleinste Beträge würden sog. Besucher (Fleisch nennt sie bewusst nicht Pat.!) abhalten zu kommen. Ein Ärztemangel ist in gew. Disziplinen und Regionen vorhanden. Das wird immer so sein. Aber es ist kein Mangel, es ist ein Umverteilungsproblem. Ein gutes Zusammenspiel mit Hausarzt und Gesundheitszentren ist notwendig.

Husslein sieht das so das so wie Fleisch. Ambulanzgebühr als Steuerinstrument wäre vorstellbar, dies macht aber viel Mehrarbeit. Eine Steuerung ist allerdings notwendig.

Moderator: Nebenbeschäftigungen der Spitalsärzte, wie ist das regulierbar? (Verweist auf aktuelle Lage.)

Husslein: In seiner Dienstzeit im Privatspital arbeiten geht nicht, außer es ist alles transparent und regulativ geregelt. Dies liegt am Qualitätsmanagement. Das Problem der Nebenbeschäftigung ist schwierig anzugehen. Denn die Gehälter sind nicht adäquat. Daher gehen die guten Ärzte in Nebenbeschäftigung.

Fleisch: Bringt sein Beispiel, Vorarlberg vor, wo es kein privates Spital gibt, daher sieht er keinen Primar da gefährdet. Aber Privatordinationen zu festgelegten Kriterien, zeitlich befristet sind nebenbei möglich. Es bedarf einer klaren Linie in der Regelung. In Vorarlberg wandert kein Arzt ab, aber das Gehalt ist nicht alles, die Arbeits-Hygienefaktoren sind gut.

Varga: Das Qualitätssystem ist intransparent bei Ärzten, wie wird da gegen gesteuert?

Fleisch: Qualität kann alles sein. Ich gehe davon aus, dass alle Berufsgruppen im Rahmen ihrer Ausbildung einen hohen Qualitätsanspruch und Qualitäts-Bewusstsein haben. Steuerungs-Instrumente müssen aber eingesetzt werden. Zertifikate sind Fleisch nicht so wichtig, die sieht er nicht als so gut, er meint sie verschwinden nur in Ordnern. Im Spitalsbereich besteht laut Fleisch eine Über-Reglementierung im niedergelassenen Bereich findet fast keine Qualitätssicherung für Fleisch statt.

Varga: Wie kann eine entsprechende Ausbildung auch im PatientInnen-Umgang sichergestellt werden?

Husslein: Sicherstellen kann man das nicht, man kann sich nur bemühen. Das Curriculum wurde angepasst. Gesprächsführung ist natürlich wichtig, gerade in der Frauenheilkunde. Wir bemühen uns. Stichwort Ausbildung – man kann durch neues Arbeitszeitgesetz nicht mehr gut ausbilden. Qualität der Ausbildung wird abnehmen aufgrund des neuen Arbeitszeitgesetzes kann nichts kompliziertes mehr unterrichtet werden.

Wenn Betriebsdefizite entstehen, so kommen diese Gelder aus „willkürlicher“ globaler Defizitdeckung, diese ist von Spital zu Spital und Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Pichelbauer zeichnet plastisch die Problematik der Steuerung der Ärzteverteilung und der Spitalsambulanzen-Nutzung und die inhomogene Situation auf.

Die Fachärzteverteilung in Wien und OÖ ist für ihn drastisch, denn Patienten werden im Regelfall nicht dort behandelt wo es sinnvoll ist, sondern wo das System ihn diese hin lenkt. (Finanzielle Lenkung sieht Pichelbauer im Vordergrund) – keine Homogenität ist hier sichtbar.

Griechenland und Ö finanziert aus 2 Systemen, im Gegensatz zu vielen anderen internationalen Ländern. Pichelbauer beschreibt detailliert die Strukturreform der 2. Republik. Abgrenzungen innerhalb der Strukturen sind laut ihm organisatorisch Versorgungsrelevant, aber nicht Behandlungsrelevant.



© imh / Astrid Bartl

**Diskussion im Anschluss an diesen Vortrag:  
Zukunft der Sozialversicherungsanstalten, Dr.  
Alexander Biach, Ursula Frohner, Mag. Gabriele  
Jaksch, Dr. Harald Mayer und Univ. Prof. Dr. KH.  
Tschelliessnigg in der Diskussion gemeinsam mit  
Dr. Ernest Pichelbauer**

Biach: Pichelbauer stimme ich in vielen Teilen zu, aber es ist nicht alles willkürlich passiert was in der Reform geplant war. Die Grundidee der Reform ist nicht falsch. Teile sollen zur Erleichterung nicht zusammengeführt werden. Aber spürbare Beschleunigungen werden nicht

kommen. Ein Funktionärsbashing macht das System nicht menschennäher, 0,009% Kosten fallen auf die Funktionäre. Das geplante Funktionärskarussell (alle halben Jahre wechseln die Funktionäre) ist kompliziert und dadurch wird die Komplexität aus dem System nicht heraus genommen.

Varga: Die FPÖ wirft ihnen Panikmache vor wie reagieren Sie darauf?

Biach: Eine Zusammenlegung der Kassen macht Sinn. Leistungen für Patienten sollen gleich sein, das soll damit abgesichert werden. Als Vertreter des Systems sehe ich meine Aufgabe darin, auf Probleme hinzuweisen. Ich will, dass das System funktioniert und will hier nicht politisieren. Eine kluge Kompetenzverteilung und gewählte Funktionäre mit denen man reden kann muss es für Biach in Zukunft geben.

Varga: Ärztehonorare müssten einheitlich verrechnet werden, wer ist Ansprechpartner?

Mayer: Für mich keiner. Lösungen müssen gefunden werden für das Angleichen der Ärztegehälter, das Geld das bei den Reformen der Sozialversicherungen/AUVA über bleibt soll dem Pat. Zugute kommen.

Biach: Ich wünsche mir mehr Ehrlichkeit, ich sehe kein Freiwerden der 1 Milliarde. Die 1 Mrd. fließt nicht in die Ärzteschaft, sondern ins Finanzministerium und in die Wirtschaft bzw. die Privatspitäler aber nicht in den öffentlichen Bereich. Die Privatspitäler-finanzierung wird um etwa 10% gehoben.

Tschelliessnigg: Wir, in der Steiermark, haben ein Nebenbeschäftigungsverbot daher wird die Konkurrenzierung durch Privatspitäler bzw. Privatärzte nicht relevant.

Frohner: Der niedergelassene Bereich muss gestärkt werden. Der gehobene Dienst der Pflege hat keinen Honorar-Katalog mit den Krankenkassen. In ihrer chronischen Erkrankung trifft die Pflege aller Settings direkt am Pat ein bzw. findet statt. Die zielgruppenspezifische nahe Beratung und Unterstützung bietet hier die Pflege. Uns gibt es aber nicht in der Primärversorgung und im anderen Setting nicht. Freiberuflichkeit gibt es auch nicht und wird auch nicht besprochen. Die Reform des GuKG 2016 ermöglicht eine Folgeverordnung die aber an Träger gebunden wurde und nicht umsetzbar ist. Pflege braucht Organisationsformen und Handlungsfelder um den enormen Versorgungsauftrag auch übernehmen zu können. Wir brauchen auch einen Honorarkatalog und eine Möglichkeit für einen Vertrag.

Jaksch: Wir reden nicht von Gesundheitsberufen sondern differenzieren immer noch in die unterschiedlichen Berufsgruppen. Wir können uns natürlich inhaltlich alle nicht gut vertreten. Es besteht keine Nachvollziehbarkeit in der unterschiedlichen Leistungsrückmeldung in den 9 Ländern für die PatientInnen. Ebenso muss die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung erhöht werden. Eine Pflegeperson muss screenen und dann weiter leiten wie vergleichsweise im nordischen Raum.

Varga: Wie reagieren Sie auf die Vorwürfe? Haben Sie geschlafen?

Biach: Die Strukturreform ist nicht eine Gesundheitsreform. Hinsichtlich der Medizinisch-Technischen-Dienste (MTD) wollen wir einiges verbessern. Bezüglich Pflege da haben Sie recht, wir nutzen das zu wenig. Vergleicht man die Schweiz und Ö, da ist der Ansatzpunkt der SV eher präventiv, d.h. Menschen sollen nicht in die Pflege kommen. Dann muss geschaut werden, wie Pflege sich einbringt. (Ob Schuhe zugebunden werden oder geschaut wird, dass die Pat. Diese selbst zubinden können. Wörtl. Biach muss noch angeschaut werden). Frohner sagt darauf nichts.

Nach dem Hinweis von A. Eder (RK) auf die Förderung der Gesundheit seitens präventivem Vorgehen der Pflege bei PatientInnen, spricht Frohner den vom ÖKKV entwickelten der Sozialversicherung vorgelegten Leistungskatalog Pflege an.

Varga: Bei Stärkung Pflege und MTD wäre das System wahrscheinlich besser und billiger?

Mayer: Wenn man das System gut aufbaut wird es billiger und besser werden. So lange der Patient machen kann was er will werden wir das System nicht besser und billiger machen. Egal ob die Pflege Verträge hat oder nicht.

Frohner: Ohne Information des Patienten über die Möglichkeit an Fülle an Gesundheitsdiensten können die Patienten nicht selbst entscheiden. Pflege kann gut kommunizieren und diese Informationsrolle und Übersetzerrolle z.B. für Arztbriefe gut dienen.

Tscheliessnigg: Wir reden über Strukturen und Gelder aber nicht über den Patienten

Varga: Hr. Biach, haben wir ein Bundesländerproblem in Ö?

Biach: Als Sozialversicherung sollte hier kein Unterschied zwischen den PatientInnen gemacht werden. Aber aus Staatssicht halte ich die Zersplitterung der Kompetenzen für Problematisch. Der Faktor der unterschiedlichen Behandlung wird nicht durch Gesetze geregelt. Jeder Mediziner entscheidet selbst unterschiedlich in der Behandlung. Biach möchte die Leistungsfähigkeit der Pflege mit Nachdruck anerkennen. Aber alle Finanziere des Systems müssen an einen Tisch gesetzt werden und daran muss gearbeitet werden. Die Spitalsaufenthaltsdauer wurde schon gesenkt, da muss weiter gemacht werden an diesen Finanzierungen. Das System soll aus einem funktionieren und klug Antworten geben können.

## Varga: Fehlen Pflegekräfte in Ö?

Frohner: Handlungsfelder werden wachsen, der niedergelassene Bereich wird nicht wirklich gut bezahlt. Wer noch in den Beruf kommen wird, ist fraglich, trotz Empathie und gutem Image, aber die zusätzlichen Tätigkeiten die aus dem §15 GuKG übernommen werden, werden ausgeblendet. Wir haben jetzt schon einen Mangel. Wir müssen die Leistungen sichtbar machen und aufzeigen wer inhaltlich das Therapeutische Team darstellt.

Jaksch: Die Einstiegshürden in Ausbildung Physiotherapie sind hoch. Durch das Gesundheitsberufe-Register (GBR) werden wir dann abbilden können, wer aller im System ist und wie lange. FH-Plätze sind gezählt und der Markt orientiert sich jetzt an Zahlen um realistisch für die Versorgung planen zu können. Andrang ist genug, noch, aber es gibt viel zu wenige Ausbildungsplätze. Es braucht abgestimmte Kommunikation für die Bevölkerung Österreichs um den Patienten aufzuklären und zu beruhigen. Das muss breit über alle Medien gestreut werden.



© imh / Astrid Bartl

### **Ursula Frohner: Leistungsfaktor Pflege**

Pflege ist laut Frohner nett, freundlich, verbindlich... Pflege bedeutet nicht nur die Umsetzung des Pflegeprozesses oder die Übernahme des §15 GuKG, Pflege ist Kommunikations- und Beziehungsarbeit. Mit dem GBR sehen wir lt. Frohner nächstes Jahr genaue Zahlen. 65% der GuK-Pflegepersonen findet sich im stationären Bereich der niedergelassene Bereich ist noch kein wirkliches Handlungsfeld für die GuK-Pflege, obwohl wir es könnten, so Frohner.

Pflege sollte ihre Kompetenzen einbringen können im Rahmen der integrierten Versorgung, in der bedarfsgerechten multiprofessionellen Betreuung, im Rahmen von Disease Management Programmen, aber die finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen für die Einbringung der Pflege fehlen in Österreich. Frohner stellt diese Problematiken mittels der 3 Haupt-Krankheits-Problematiken derzeit, Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes und Demenz dar.

Laut Frohner braucht es bedarfsorientierte pflegerische Interventionen, der §15 GuKG wird schon zu großen Anteilen in Krankenanstalten übernommen, im niedergelassenen Bereich ist dies anscheinend nicht denkbar, so Frohner.

Pflege hat keine berufspolitische Identität – diese fehlt laut Frohner. Pflege sollte lernen sich zusammen zu schließen. Pflege ist diversifiziert. Frohner ruft zur berufspolitischen Positionierung eines jeden Einzelnen auf.

Laut Frohner muss die Pflege lernen sich auf die ursprünglichen Kompetenzbereiche zu konzentrieren. Die Attraktivität des Berufes wird geringer, das Image muss gestärkt werden. Die neue Berufsgruppe der Pflegefachassistenten muss laut Frohner angenommen werden und es muss in Zukunft an diese Berufsgruppe delegiert werden.



© imh / Astrid Bartl

### **Mag. Dr. Christian Geparth: GuKG Novelle – was gibt es neues?**

Laut Geparth gibt es keine wesentlichen Änderungen der Kompetenzen. Auch keine Neuerungen, sondern eigentlich nur eine Aktualisierung des Berufsbildes. Wirklich neu im Gesetz ist das Durchführen des Bedside Tests und das damit verbundene Anhängen einer Blut-Transfusion für den gehobenen Dienst. Die Pflegehilfe wurde umbenannt in Pflegeassistent und es fand eine Erweiterung der Kompetenzen statt. Auf Initiative der Länder wurde eine neue Berufsgruppe, die

Pflegefachassistent (PFA) geschaffen. Mit dieser neuen Berufsgruppe soll auch die Durchgängigkeit zum Studium in Zukunft geschaffen werden, da sie einen Zugang zur Berufsreifeprüfung schaffen soll. Ein Auslaufen der speziellen Grundausbildungen (Psychiatrie-Pflege, Kinderkrankenpflege) ist erfolgt und die Ausbildung zum gehobenen Dienst ist in den tertiären Sektor überführt worden. Eine Liberalisierung der Berufsausübungsregelungen (im Sinne der Freiberuflichkeit) ist ebenso erfolgt wie eine Ablösung der Sonderausbildungen und ein Wechsel dieser in den tertiären Sektor im Sinne eines Masterstudienganges in Zukunft angedacht ist. Die Berufsbezeichnung diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger ist eine Übergangslösung, zumal die PFA auch ein Diplom am Ende ihrer Ausbildung erhält. Eine neue Bezeichnung für den gehobenen Dienst muss also überlegt werden in Zukunft, in Vergleich zu den MTD-Berufen. Hinsichtlich §15: Der eigenverantwortlichen Durchführung nach ärztlicher AO → dies bedeutet aber, dass die Pflege auf gleicher Höhe mit den Ärzten sich befindet, da der Job nach der AO und Dokumentation der Ärzte erledigt ist. Alles Weitere wird vom gehobenen Dienst gemacht, mit sämtlicher Übernahme der Verantwortung

Hinsichtlich Weiterverordnung von Arzneimittel meint Geparth, wenn das Produkt vom Arzt 1x verordnet wurde, dann darf eine diplomierte GuK Pflegeperson dieses Produkt weiter verordnen. Gibt es aber eine neue Situation d.h. ein anderes Inkontinenz-Produkt ist z.B. erforderlich, dann muss wieder die Erstverordnung vom Arzt erfolgen.

Nicht erlaubt sind für Pflegeassistentberufe bei der Insulinverabreichung ein Spritzensystem, welches eine Umrechnung von ml auf internationale Einheiten (IE) erfordert.



© imh / Astrid Bartl

### **Dkfm. Dr. Christoph Zulehner: Skill and Will statt Grade and Skill**

Das Wachstum des Wissens ist derzeit etwas das uns beschäftigen muss. Die Spezialisierung wird fortschreiten. Subspezialisierung führt dazu, dass wir den Anderen nicht mehr verstehen. Spezialisierung verstärkt sich automatisch durch die Arbeitsplatz und Arbeitszeitwünsche der Menschen. Bewerber heute sagen an, welche Ansprüche sie haben. Da stellt sich die Frage: Wie können alle Subspezialisten wieder eingefangen werden?

Es braucht laut Zulehner drei wichtige Kompetenzen : Fachkompetenz, Sichtbarkeit und Vernetzung (Wobei Zulehner betont: „Netzwerken bedeutet nicht, wieviele Personen kenne ich, sondern wieviele Personen kennen mich.“)



Die Spiegelneuronenentwicklung haben wir als klassischen Vorteil zum Computer/zur IoT, das darf nicht vergessen werden. Wir leben aber, lt. Zulehner heute auf einer sog. „Wissenscholle“ (Anm.Red.: Zulehner vergleicht Wissen mit einer Eisscholle.). Wissen verändert sich rasant, Wissen verdoppelt sich mittlerweile jährlich und wir können als Menschen diesem Wachstum nicht entsprechen. Wir müssen aber damit leben, das zu koordinieren.

Wie gestalten wir diese Wissensscholle? Allrounder bei beschränkter Ressource macht die Scholle breit aber dünn. Zitat Zulehner: „Allrounder stehen auf dünnem Eis.“

Es sollten alle eine sog. „Expertenscholle“ aufbauen, die ist zwar klein, aber hat den Vorteil bei Netzwerkbildung können alle Anderen näher an mich heran rücken. D.h. Netzwerk bilden ist leichter als bei Allroundern. Man kann bei Anderen Halt finden, sich das know how dazu holen. Diese Expertenscholle braucht aber Sichtbarkeit. Wann und wie werden wir also sichtbar?

Laut Zulehner braucht es einen passenden Skill und Grade Mix: Wir brauchen Grades, im Sinn der Legitimierung für eine Tätigkeit. Es braucht definierte Skills, die zeigen, ob man das was der Grade legitimiert auch kann. Wobei die vorhandenen Skills durch den Erwerb von Grades legitimiert werden, ein ansammeln von Grades ist nicht hilfreich, wenn die Skills dazu nicht auch immer eingesetzt werden können. „Tun“ ist das Zauberwort! Man muss MA tun lassen um zu lernen, denn 70% müssen durch Tun erlernt werden. Das Arbeitsklima muss dazu zur Verfügung gestellt werden.

Der Mensch kann sich, im Gegensatz zur künstlichen Intelligenz (KI), immer Fragen „Was wäre wenn?“ – Unser Vorstellungsvermögen kann auch im Austausch generiert werden: Spiegelneuronenphänomen SMIS – Shared meaningful intersubjective space nennt sich dieses in der Fachsprache. So funktionieren wir. Das zeichnet uns aus. Da sollten wir auch bei den Jobs der Zukunft ansetzen. Neue Grades sollten daher von uns selbst erfunden werden! Sind wir nicht in der Poionierphase zu überlegen was wir für Bedarfe haben in der Subspezialisierung und was könnten wir für Angebote legen? Das zeichnet den Menschen im Gegensatz zur KI aus und muss in den Fokus gestellt werden.



© imh / Astrid Bartl

**Diskussion: Pflege zwischen Vision und Wirklichkeit – Wo geht es hin? Moderation von Prof. (FH) Dipl. Pflegewirt (FH) Joachim Schulze, DiskussionspartnerInnen Mag. Roland Nagel, MBA, Sabine Wolf, MBA, Dkfm. Dr. Christoph Zulehner, akad. LdP**

Schulze: Pflege ist nicht eingebunden, kommt nicht vor und wird nicht gefragt – Was ist denn das SMIS von Pflege?

Wolf: Ich sehe Pflege als eigenständige neue erfundene Profession mit Schwerpunkt in Beratung und Coaching, nicht als Assistenz Tätigkeit. Beratung und Begleitung wird im Vordergrund stehen. Hinsichtlich Entwicklung der Selbstkompetenz zur Gesundheit der PatientInnen.

Nagel: im Vergleich zum Akutbereich wird in den mobilen Diensten nicht viel budgetär ausgegeben obwohl ambulant vor stationär herrschen sollte. Pflege muss sich selbst ernst nehmen, Selbstwert entwickeln. Spezialisieren wird zunehmen. Pflege muss mehr Fähigkeiten in der Langzeitpflege entwickeln. Pflege muss in die Prävention gehen. Gesundheitsförderung muss in den Vordergrund. Das ist eine politische Entscheidung, denn es muss budgetär unterfüttert werden. Am Beispiel der akademischen Wundmanager sieht man gut, die Weiterverordnung funktioniert nicht. Im ASVG wurde nichts geändert. Der Kunde draußen wartet dann auf seine Materialien länger als nötig wäre.

Zulehner: Wir müssen in Zukunft in Richtung Informationssteuerung gehen. Anreize bzw. Steuerung über Information. Wir benötigen Plattformen die informieren, wer was wie oft macht. Hinsichtlich SMIS – durch Wunschformulierung ändert sich nichts in Systemen, sondern durch Ressourcenknappheit das war immer so. Aufgaben wandern immer tendentiell vom hohen Lohnniveau zum niedrigen Lohnniveau. Das ist immer überall so gewesen. Da müssen wir uns dann ansehen, wo sehen wir die Chancen!? Und dort dann innovativ ansetzen!

Wolf: Im Berufsgesetz muss nicht viel neu geregelt werden, es muss das Handlungs-spektrum selbst wahrgenommen werden, d.h. was wirklich für die Pflege möglich ist. Wir müssen uns das holen was uns zusteht und dann sind wir vielleicht in einer besseren Finanzierungslage.

Nagel: Es braucht kein neues GuKG, es muss die Norm auch in die Realität umgesetzt werden. Wir haben über 1Mio pflegende Angehörige, die leisten tolles. Solange Politiker davon ausgehen dass sich das Gesundheitssystem mit 24h Betreuung retten lässt haben wir ein großes Problem. Wir bräuchten im Langzeitpflegebereich Spezialisten die den Willen haben umzusetzen was zu tun ist. FH GuK-Absolventen haben falsche Vorstellungen von ihren Tätigkeiten! Mobile Dienste sind nicht genug anerkannt trotzdem dass über 80% der zu pflegenden Menschen zuhause sind. Die KollegInnen in der Pflege trauen sich oft das nicht zu, was sie im Berufsrecht tun dürfen.

AE /RK Wien: Hinsichtlich „die KollegInnen trauen sich viel nicht“ wäre bei der mobilen Pflege und Betreuung zu erwähnen, dass die größte Berufsgruppe jene der Heimhilfe ist, denen können keine Entscheidungen zugemutet werden, die ihre Kompetenzen überschreiten. Der gehobene Dienst ist hier sehr wohl gut aufgestellt.

Nagel: Es war nicht über das Berufsrecht hinaus gemeint, sondern das was eigentlich vorgesehen ist, sollte auch ermöglicht und umgesetzt werden.

Eder: Viele Pflegepersonen aus dem gehobenen Dienst (DGKP) verlassen die mobilen Pflege und wandern in Kliniken ab, da die Rahmenbedingungen deutlich besser sind. DGKP sind als Casemanagement tätig, der Hausarzt ist nicht erreichbar, KlientInnen müssen in die Klinik eingewiesen werden, die die ambulanten Rahmenbedingungen unzureichend sind. Da kann die DGKP nicht autonom entscheiden. Es muss auf die Ressource KH zurück gegriffen werden – ob gewollt oder nicht, ob notwendig oder nicht. In Wien gibt es derzeit eine Situation, in der medizinische Hauskrankenpflege zwar für 28 Tage finanziert wird, jedoch danach die Klienten werden die Leistung vom Sozialversicherungsträger noch vom Sozialhilfeträger (FSW) übernommen wird. Klienten müssen vom Casemanagement darauf hingewiesen werden, entweder eine KH-Ambulanz (teuer) oder den Hausarzt (meist kein Interesse an Verbandwechsel, Hausbesuchen und der gleiche) aufzusuchen, bzw. die Leistung als Selbstzahler (für viele nicht leistbar) zu beziehen. Dies sind Vorgaben, die einerseits das System verteuern – Stichwort: Finanzierung aus unterschiedlichen Töpfen – und sprechen auch gegen die „Vorgabe“ Ambulat vor Stationär. Zusätzlich widersprechen sie auch in gewissen Maß dem Strategiekonzept „Pflege 2030“. D.h. diese und viele andere Maßnahmen stellen eindeutig den mobilen Bereich hinten an.

Nagel: Bin hier voll davor.

Schulze: Experten sind da. Grade allein ist es nicht, was brauchen wir für Skills um auf die veränderten Versorgungssituationen reagieren zu können?

Wolf: nur mit Skills erlangen wird das nicht funktionieren. Es braucht eine Umstrukturierung.

Schulze: Wie wird die Pflege sichtbar?

Nagel: Heiße und kontroverse Themen müssen angegriffen werden, Pflege muss in Zukunft medial sichtbar sein. Pflege muss mutig gegen große Träger wie Länder und Bund auftreten, Kriterien seitens Politik müssen geschaffen werden um optimale Pflege überhaupt zu ermöglichen.

Schulze: Wie kriegen wir das will hin? Wie können wir der Pflege helfen?

Zulehner: Sichtbarkeit primär, wie sind wir denn am Markt sichtbar?! Wer will Pflegekraft werden wenn er uns zuhört!? Wie schaffen es andere Berufe, positiv sichtbar zu sein?! Daran muss sich der Pflegebedarf auch orientieren. Wenn immer negative Bilder auch seitens der Pflege generiert werden, kommt auch keiner in den Beruf.

## Tag 2

### **Keynote Aktuelle Entwicklungen in der Langzeitpflege, Mag. Manfred Pallinger**

Pallinger spricht zu den Themen Pflegefonds, Pflegeregress, Qualitätssicherung, Attraktivierung der Pflege und Betreuung zuhause, Attraktivierung der Pflegeberufe, Hospiz- u, Palliativversorgung, Demenzstrategie-Umsetzung und Fragen der Finanzierung. Er bringt dazu aktuelle Zahlen und Statistiken von 2016.

Der Pflegefonds existiert seit 2011. Er ist zu 1/3 Länderfinanziert, 2/3 Bundesfinanziert. 3,2 Milliarden € bisher.

Was macht das BMASGK:

- Mobile Pflege: Qualitätssicherung Zuhause bei Hausbesuch auf Wunsch. Detailliergebnisse siehe Homepage BMASGK.
- 24h Betreuung: Qualitätssiegel ist angedacht auf freiwilliger Basis für die Zukunft, Beginn 1.1.2019.
- Die Attraktivierung der Pflege- und Betreuung zuhause soll durch das Ministerium unterstützt werden. Dazu gibt es auch die Studie zur Angehörigenpflege in Österreich (Dies führte zur Überlegung zur Wiedereinführung des Pflegetelefon, und eines Rechtsanspruchs auf Pflegekarenz,...). Angedacht ist auch die Unterstützung von Angehörigen durch die Pflegegeld-Erhöhung und den Ausbau von Mobilen Diensten.
- Attraktivierung des Pflegeberufes: Die Ministerin hat die Länder diesbezüglich ersucht Bedarfserhebungen mitzuteilen. Die Gesundheit Österreich Ges.m.b.H. (GÖG) macht dazu Bedarfserhebung und -planung, Gemeldet sind allerdings akut nicht viele freie Pflegestellen (!) beim AMS. Daher ist davon auszugehen, dass eigentlich nicht viele Pflegepersonen am Markt derzeit fehlen. (Grundsätzlich sieht Pallinger dies auch als wirtschaftliches Problem, denn er meint, geht es der Wirtschaft gut, geht es der Pflege schlecht. Dh. Andere Berufe sind interessanter, wenn Wirtschaft schlecht gehen Junge lieber in Pflegeberufe.) Man arbeitet an der Imageverbesserung der Pflege derzeit in allen Ländern.
- Hospiz- und Palliativversorgung: Das Pflegefondsgesetz stellt 18Mio./Jahr zur Verfügung für diese Form der Versorgung. Die Regierung plant einen weiteren Ausbau und eine Überführung in eine nachhaltigere Finanzierung ab 2022.
- Umsetzung Demenzstrategie: Sektorenübergreifend unter Einbeziehung aller Stakeholder. Es wurde eine Plattform generiert, die vom GÖG geleitet wird. Best Practice Beispiele aus den Ländern werden gefördert und Broschüren und Schulungen entwickelt.
- Finanzierung der Pflege: Steuerfinanzierung soll beibehalten werden. Ein Konzept zur langfristigen Finanzierung der Pflege unter Einbindung der betroffenen Institutionen und Gebietskörperschaften ist in Planung. Wobei allerdings it. Pallinger die Pflichtversicherung zur Pflege abgelehnt wird Seitens Ministerium. Die Finanzierung ist immer eine Verteilungsfrage, bzw. eine Frage der Belastung.

**Mag. Köck-Hödi: Symptommanagement bei Krebstherapien – Entwicklung einer settingspezifischen, evidenzbasierten Leitlinie**

Köck-Hödi stellt die methodische Vorgehensweise unter Einbezug internationaler Standards zur Leitlinienentwicklung mit Einbeziehen der Pflegepraxis im Entwicklungsprozess dar. Ziel war die Entwicklung einer praxistauglichen Leitlinie zum Symptommanagement bei Krebstherapien. Im Expertenteam zur Entwicklung waren Pflegewissenschaftler und Praxispflegepersonen (7 Experten aus der internen Onkologiefachgruppe AKH Wien). Auszüge aus der Leitlinie zum Bsp. zum Thema Fatigue wurden vorgestellt.

Die Leitlinie existiert in mehreren Versionen im langen und kurzen sowie im Kitteltaschenformat.

### **Christine Nemeth, BScN, MScN, Systematisches Symptommanagement in der Onkologiepflege**

Nemeth referiert im Anschluss an Köck-Hödi dazu über die Umsetzung der Implementierung der Leitlinie in die Praxis. Sie stellt die Onkologiepflege kurz vor und die damit verbundenen pflegerischen Aufgaben. Zur Implementierung der Leitlinie hat man sich aufgrund der Prävalenzerhebung entschlossen vor allem da neben Schmerz die anderen Problematiken auch angegangen werden sollten. Nemeth stellt den Projektlauf detailliert vor.

Nachhaltigkeit ist gewährleistet durch laufende Schulungen, Audits und Evaluationen.

Die Leitlinie wird dieses Jahr publiziert und ist auf der Homepage der Universität Wien zur Verfügung gestellt. [https://pflgewissenschaft.univie.ac.at/forschung/projekte/onkologische-pflege/onko-detail/article/symptommanagement-bei-patientinnen-mit-onkologischen-erkrankungen-entwicklung-einer-evidenzbasiert/?tx\\_ttnews%5BbackPid%5D=192628&cHash=04ea221068736988af40207556bbd8ba](https://pflgewissenschaft.univie.ac.at/forschung/projekte/onkologische-pflege/onko-detail/article/symptommanagement-bei-patientinnen-mit-onkologischen-erkrankungen-entwicklung-einer-evidenzbasiert/?tx_ttnews%5BbackPid%5D=192628&cHash=04ea221068736988af40207556bbd8ba)

### **Erwin Burth, Die Zukunft der Pflege beginnt jetzt – Assistenzsysteme und deren Anwendung**

Burth stellt seinen Smart Floor und die Möglichkeiten der Anwendung im Bereich Ambient Assisted Living ausführlich dar.

### **Leonie Holzweber, MPH, BScN und Mag. Ingrid Wilbacher, PhD; Das Potential DGKPs in der Primärversorgung**

Das Operative Ziel der multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung soll in Zukunft in Österreich umgesetzt werden. Ein interdisziplinäres Kernteam aus Ärztinnen und DGKP soll in Zukunft im Primärversorgungszentrum zusammen arbeiten. Ein Vertragssystem seitens Sozialversicherungen existiert zur Finanzierung der Leistungen auf Basis der Leistungskataloge (sog. Honorarordnungen) dafür schon. Es gibt Mischsysteme (Einzelleistungen und Pauschalen) in der Verrechnung.

84 Kategorien konnten identifiziert werden, die von der Pflege übernommen werden könnten. Im internationalen Abgleich konnten 23 Überkategorien identifiziert werden welche zusätzlich von der Pflege übernommen werden könnten. Wobei durch das System der Honorarordnung nicht jede Einzelleistung aufgelistet wird, dies aber schon derzeit in vielen Praxen passiert. Im Ausland allerdings schon viel intensiver durchgeführt wird, z.B. im Casemanagement oder in der Integrierten Versorgung.

Fazit: 84 derzeit + 23 zusätzliche Pfleger. Tätigkeiten fallen in den eigentlichen Kompetenzbereich der Pflege, so Holzweber.

Schlussfolgerungen: Die pflegerische Expertise fehlt im niedergelassenen Bereich aber im Primärversorgungsgesetz ist dafür die Basis geschaffen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit stellt eine gute Chance für den Patienten dar.

Frage aus dem Publikum: wie ist das Angestelltenverhältnis für die DGKP? Wer finanziert?

Antwort: Im Primärversorgungsgesetz ist eine Ärztl. Leitung angegeben, welche dann DGKP anstellt. Wenn Pflege angestellt wird, dann im Kernteam. Die Finanzierung wird noch dauern aber es wird interessant, bleiben Sie dran.

Schulze: Es ist dann natürlich auch die Frage der Rechtsform des Primärversorgungs-zentrums.

#### **Dr. Terezija Aigner; Prok. DGKP Hanna von Schrader; Best Practice: Die Allgemeinmedizinische Akut-ordination (AMA) auf dem Gelände des AKH Wien**

Aigner und Schrader stellen hintereinander die Allgemeinmedizinische Akut-Ordination welche am Gelände des AKH Wien installiert wurde vor. Hier hat ein Allgemeinmediziner am Wochenende von 10-18h und an den Abenden der Woche von 16h-22h Dienst. Es wird eine Triage und eine Überweisung an die passenden Stellen durchgeführt. Zur Begutachtung ist etwa 5-7 Minuten Zeit. Eine der erwähnten Problematiken stellen die „Begehrlichkeiten der Patienten“ dar, so Aigner, die oftmals nicht erfüllt werden können. Weitere Problematiken in der Ordination, so Schrader, sind die Unsicherheit an der Leitstelle, weil 56% der Pat. an der Notfall-Ambulanz triagiert werden und der Rest kommt in die AMA Ordination. Die Medizin-Studenten stufen die Dringlichkeit ein, und ziehen unter der Woche die Ärzte und am Wochenende die Pflegepersonen zur Entscheidung der Dringlichkeit hinzu. Die AMA läuft seit mittlerweile 2 Jahren und die Akzeptanz der Notfall-Ambulanz ist gewachsen, die FachärztInnen kommen auch gut zur Begutachtung.

#### **Prim.Prof. Priv.-Doz. Dr. med. univ. Walter Schippinger, MBA; MN zur Optimierung der Schnittstelle KH und PH**

Schippinger stellt das Projekt GEKO zur medizinischen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen in Graz vor. Vorher beschreibt er ein allgemein auftretendes Problem: Die Anzahl pflegender Angehöriger nimmt ab somit wird der Bedarf an formeller Pflege steigen, sowie der Bedarf an Strukturen zu medizinischen Versorgung, da geriatrische Patientinnen und Patienten multimorbid sind. Menschen aus Pflegeheimen werden häufig in Krankenhaus eingewiesen, da die Betreuungssituation im Pflegeheim dann nicht mehr möglich ist. Dies ist ein weltweites Problem. Der geriatrische Konsiliardienst zur Optimierung der Bewohnersituation im Pflegeheim kurz GEKO wurde daher in Graz als Projektstudie zur Problematik gestartet. Hier soll daher der Geriater mit palliativ und geriatrischer Ausbildung ins Pflegeheim konsiliarisch kommen und das Team gemeinsam mit dem behandelnden Hausarzt unterstützen um die Anzahl der Einweisungen ins Krankenhaus zu reduzieren und somit die Lebenssituation der/des Betroffenen verbessern. GEKO hat ein „Package von Versorgungsangeboten“ ins Pflegeheim gebracht. Das gemessene Outcome kann sich sehen lassen:

Die Anzahl der Akuteinweisungen ins Krankenhaus konnte halbiert werden. Die in der Evaluationsphase befragten DGKPs zeigten – Es brachte erhöhte Behandlungsqualität und Arbeitszufriedenheit der DGKPs! Die Befragung der Hausärzte ergab: Die meisten gaben auch an dass die Versorgung der Bewohner verbessert wurde durch GEKO. Eine Krankenhaus-Entlastung und damit Kostenreduktion konnte auch nachgewiesen werden. (Die Studie wurde peer reviewed veröffentlicht.)

### **Birgit Meinhard-Schiebel; Don't make me crazy: Der Umgang mit Demenzpatienten**

Wir stehen vor einer großen Herausforderung. Demenz. Betrifft viele Menschen, macht auch Angst. Angst hinsichtlich persönlicher Betroffenheit oder der Betroffenheit der Angehörigen und seitens der fehlenden Heilungsmöglichkeiten.

Vergesslichkeit im Alter – es wird schon irgendwie gut gehen. Bis der Zweifel kommt... Beschäftigt man sich wirklich mit dem Thema, beunruhigt dies wirklich.

Zu Beginn steht die Selbsthilfe, dann die Traurigkeit, „ach ich hab schon Alzheimer“ – in der Hoffnung, man hat es nicht. Aber wie macht man sich selbst nicht verrückt, wenn man Andere schon irritiert!? Findet man für sich selbst „Ausreden“ dann ist die Spirale schon im Drehen. „Duck und weg“ hilft leider nichts. Wie lange kann das eigene Familiensystem noch kompensieren?! Wann ist das vorbei?! Diejenigen die Menschen mit Demenz betreuen, sind unter hohem Druck. Man weiß nie, was alles passieren könnte. Was ist noch normal? Was läuft aus dem Ruder? Was passiert, wenn der Mensch vergisst wer ich bin? Es zerreißt die Fäden der Beziehung und es gibt keinen Weg zurück.

Als großes Problem beschreibt Meinhard-Schiebel den Krankenhausbesuch. Es ist ein Setting zur Kuration, PatientInnen sollten compliant sein, kooperativ und verstehen. Auch den Stress im Krankenhaus verstehen. Wenn jemand ins Krankenhaus kommt, der Verstehen verloren hat, steigt der Druck. Wann kommt dann der Seufzer „dont make me crazy“... Erkennt man den Menschen mit Demenz gleich? Wie geht man mit so Jemand im Krankenhaus um? Was hilft? Wie kann ein MRT oder CT gemacht werden?! Wer macht wen crazy!? Das Personal oder der Patient? Das Umfeld? Was muss geschehen, damit Menschen mit Demenz im Krankenhaus nicht noch verwirrt werden und Personal gut damit umgehen kann!?

Meinhard-Schiebel verweist auf die Demenzstrategie Österreich – viele Tagungen sind schon erfolgt. Die Demenzstrategie bietet, so Meinhard-Schiebel, den Rahmen für eine schrittweise Umsetzung. Aber es braucht viel Aufklärung und Wissen, den Ausbau von Betreuungseinrichtungen und den Blick auf den Singlehaushalt und die Unterstützung dieser. Die Demenzstrategie hat dazu Wirkungsziele die in Länder, Institutionen und Krankenhäusern greifen sollen:

- Teilhabe und Selbstbestimmung,
- Information, Wissen und Kompetenz,
- einheitliche Rahmenbedingungen
- demenzgerechte Versorgungsangebote,
- Koordination und Kooperation sowie
- Research und Development.

Meinhard-Schiebel durfte an diesen Prozessen teilhaben mit der Perspektiven der betreuenden Angehörigen.

Menschen mit Demenz sollten inkludiert nicht ausgeschlossen werden. Gerade im Krankenhaus, wo Aufregung eine große Rolle spielt, dann muss dort auch Demenz als Thema seinen Raum finden. Pflege muss sich damit auseinandersetzen, was es dort braucht, um Menschen mit Demenz optimal im Krankenhaus versorgen zu können. Dort wo Worte nicht ankommen muss anders erreicht werden. Orientierungshilfe für Demenzkompetenz im Spital wird von Meinhard-Schiebel vorgestellt:

- ausreichend adäquates geschultes Personal,
- aktives Nahtstellenmanagement,
- Assessments und Leitlinieninterventionen,
- individualisierte Betreuung und Versorgung und
- während KH Aufenthalt muss Lebensqualität erhalten werden,
- Demenzgerechte Umgebung und Ausstattung um Verschlechterung vorzubeugen. Demenz- und Delirbezogene Instrumente im KH.

Demenzkompetenz im Krankenhaus beugt auch vor, dass mit Menschen mit Demenz falsch umgegangen wird. Jedes Personal braucht Schulungen. Eigentlich müssen alle Menschen im Dienstleistungssektor eingebunden werden um dramatischen Situationen vorzubeugen. Das Sozialministerium bietet das sog. Angehörigengespräch an, um auch die betroffenen Angehörigen zu unterstützen. Pflegepersonen müssen hier dementsprechend auch die Angehörigen beraten können, so die Referentin. Die kostenlosen Angebote für Angehörige müssen ausgebaut werden. Denn es trifft uns alle.

### **Mag. Paul Höntsch; Gewalt in der Pflege und die rechtlichen Aspekte**

Gewalt in Pflegeeinrichtungen richtet sich primär laut Höntsch an Gesundheitsberufe.

Vor allem verbale Gewalt, welche 75% dieser Gewaltvorgehen darstellt. Und vor allem gegen Pflegepersonen. Grundsätzlich, so Höntsch darf man sich in Österreich verteidigen, in Notwehr wehren, man muss nicht ausweichen und brauche keine Folgen befürchten. Höntsch erzählt als Beispiel, dass es erlaubt ist, wenn der Patient die Pflegeperson beim Einsetzen der Zahnprothese beißt, diesen ins Gesicht zu schlagen, damit er den Mund wieder öffnet. Notwehr ist auch zu Gunsten eines Dritten zulässig, dies nennt sich Nothilfe.

Welche Notwehrhandlung zulässig ist, ist abhängig vom Angriff und individuell. Es kommt auch auf die Verfassung des Angreifers an, so Höntsch. Das sog. Anzeigerecht bedeutet, dass Gewalt gegen mich als Person von mir angezeigt werden kann. Anzeigepflicht im Gengenzug heißt, man ist verpflichtet Gewalt gegen PatientInnen anzuzeigen.



© imh / Astrid Bartl

**Abschiedsfazit Joachim Schulze:** *Eigentlich sollte auf Gesundheitspflege geachtet werden... hier brauchen wir mehr und qualifiziertes Personal. Wir brauchen Grade und Skills. Heute war ersichtlich dass wir als Berufsgruppe großes Potential haben. Neue Rollen und Handlungsfelder müssen vielleicht auch anders besetzt werden. Multiprofessionelles Behandlungsteam als Möglichkeit genauso wie IT sind alles relevante Aspekte für die Pflege. Auch im Bereich Schulung und Beratung. Wir sollten uns nicht verrückt machen lassen, wir sind zwar noch nicht so abgebildet und sichtbar aber „wir müssen uns nicht alles gefallen lassen“.*



FORUM PFLEGE

FORUM SPITAL

IMH