

Selbst:Bewusste Pflege

Abstractband

Mit freundlicher Unterstützung von:



Veranstalter/innen:





Advanced Nursing Practice

Das Masterstudium Advanced Nursing Practice qualifiziert diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger_innen mit generalistischer Ausbildung einerseits zu Expert_innen in einem Spezialgebiet der Gesundheits- und Krankenpflege gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz § 64 (Wundpflege, Kontinenz- und Stomapflege, Komplementäre Gesundheitspflege, Pflege dementiell erkrankter Menschen u. v. m.) und andererseits zu Change Agents mit erweiterter Methodenkompetenz, die die Pflegedienstleitung unterstützen, um die klinische Pflegepraxis weiterzuentwickeln.

Abschluss: Master of Science – MSc

Start: 8. Oktober 2018

Dauer: 6 Semester berufsbegleitend, 4 Semester Vollzeit

Teilnahmegebühr: EUR 10.500,-

Donau-Universität Krems

larissa.flitsch@donau-uni.ac.at | +43 (0)2732 893-2742

www.donau-uni.ac.at/pflegewissenschaft



Schule für allgemeine und psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege

Berufsbegleitende Aus-, Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen

TeilnehmerInnen kommen aus ganz Österreich (1 x im Monat, über ein Wochenende, 3-4 Tage Theoriemodul)

- Pflegeassistent (PA)
- Pflegefachassistent (PFA) mit Diplom
- Verk. Ausbildung PA zu PFA mit Diplom
- Verk. Ausbildung für PA zum allg. Diplom (gehobener Dienst ohne Matura-Voraussetzung)
- WB „Praxisanleiter“ und WB „Hygiene“



Starten Sie Ihre akademische Karriere in der Gesundheits- und Krankenpflege

- Basales und mittleres Pflegemanagement (Voraussetzung für FH-Master-Lehrgang)
- FH Master-Lehrgang (MSc) „Gehobenes Pflegemanagement“ 4 Semester – 120 ECTS
- Bakkalaureat-Upgrade für den gehobenen Dienst 6 Semester – 180 ECTS
- Doktorat „Public Health und Gesundheitswissenschaften“ (PhDr) 3 Semester (300 ECTS Voraussetzung)

Save the date - 12. Mai 2018 – Tag der offenen Tür



Kontakt:

EMG Akademie für Gesundheit

Waldweg 6

8401 Kalsdorf

Tel. +43 (0)720 310 380

Email: office@akademie-gesundheit.at

Lehrgang-Starts entnehmen Sie laufend auf unserer Homepage

www.akademie-gesundheit.at



ALL IN ONE

ONE

FOR ALL

Notruf
Station - B
Zimmer 4.09



VISOCALL IP: Ein System – viele Funktionen.

Pflege, Information, Service, Organisation und Abrechnung – alles zusammengefasst auf einer gemeinsamen Plattform. Das ermöglicht nicht nur mehr Komfort für Patienten, sondern auch effizienteres Arbeiten und eine enorme Entlastung für das Personal.

SCHRACK SECONET AG, A-1120 Wien, Eibesbrunnergasse 18, Tel. +43 1 81157, www.schrack-seconet.com.



kongressprogramm: Donnerstag, 30. November 2017

Selbst:Bewusste Pflege



eröffnung **Donnerstag, 30. November 2017**

E	09:30 – 10:00	Eröffnung* (Pamela Rendi-Wagner, A, Alois Stöger, A, Erich Fenninger, A, Monika Wild, A, Claudia Kastner-Roth, A)
	10:00 – 10:30	Gesund gelacht (Norbert Peter, A, Ronny Tekal, A)
	10:30 – 11:30	Selbstbewusste Pflege (?) Oder: Spieglein, Spieglein an der Wand ... (Esther Matolycz, A)

podium

E1	16:30 – 18:00	Selbst:Bewusste Pflege (Gabi Burgstaller, A, Erich Fenninger, A, Markus Mattersberger, A, Esther Matolycz, A, Roland Nagel, A)
----	---------------	---

motto: Selbst:Bewusste Pflege

E1	12:30 – 13:30	Was können Pflegepersonen von SpitzensportlerInnen lernen? (Rudolf Hundstorfer, A)
	13:30 – 14:30	Im Mittelpunkt steht der/die PatientIn! Integrierte Versorgung im Sinne eines (neuen) Mit-einanders der Gesundheitsberufe (Gabi Burgstaller, A)
	14:30 – 15:30	Die Gratwanderung zwischen Selbstpflege – (Selbst-)bewusster Pflege. Welchen Beitrag kann die Führungskraft zur selbstbewussten Pflege leisten? (Brigitte Neumüller, A)
	15:30 – 16:30	BewohnerInnenrechte & BewohnerInnenservice: Partner selbstbewusster Pflege? (Andrea Klein-Dezlhöfer, A)
E2	12:30 – 13:30	Was macht die Pflege aus der GuKG-Reform? Hoffnungen versus Ängste (Roland Nagel, A)
	13:30 – 14:30	GuKG-Novelle 2016 – Chancen und Risiken der Umsetzung in einem Akutkrankenhaus (Franz Mannsberger, A)
	14:30 – 15:30	GuKG-Novelle 2016 – Chancen und Risiken für die stationäre Langzeitpflege (Markus Mattersberger, A)
	15:30 – 16:30	GuKG-Novelle 2016 – Chancen und Risiken in der mobilen Pflege (Christine Bretbacher, A)

komplementäre.pflege

F1	11:30 – 12:30	Regeneration – kann alles heilen? (Michael Ofner, A)
	12:30 – 13:30	Der hohe Stellenwert aromapflegerischer Interventionen im Rahmen der Prophylaxe (Evelyn Deutsch-Grasl, A)
	13:30 – 14:30	CranoSacral Therapie – Einsatz in Pflege und Prävention (Ulrike Fabian-Riedler, A)
	14:30 – 15:30	Keine Zeit für Basale Stimulation!? (Michaela Löschnigg-Tausz, A, Sabine Namor-Ranegger, A)
	15:30 – 16:00	Gefangen zwischen gesund und krank – Ein Ausbruchversuch in Richtung kompetenzorientierte Pflege (Stefan Knobel, A)
	16:00 – 16:30	Senso-meditative Gesundheitskompetenz. Ein Impuls zur Verbesserung des Wohlbefindens im Sinne von Flourishing. Evaluationsstudie (Heidi Ploner-Grißmann, A)



praxis.wissenschaft

F2	11:30 – 12:30	Zwischen Selbstbestimmung und Fürsorglichkeit – relationale Autonomie von hochbetagten Menschen (Katharina Heimerl, A, Elisabeth Reitingner, A)
	12:30 – 13:30	SM andersrum – nachhaltiges Schmerzmanagement (Sonja Schneeweiss, A)
	13:30 – 14:30	Evidenz-basiert statt Eminenz-basiert – Die Entwicklung einer evidenzbasierten Praxisleitlinie „Symptommanagement bei PatientInnen mit onkologischen Erkrankungen“ (Christine Németh, A)
	14:30 – 15:00	Der Einfluss von schriftlicher Information und Beratung (WOMAN-PRO II Programm) bei Frauen mit vulvären Neoplasien: Eine multicenter, randomisierte, Phase-II Studie (Silvia Raphaelis, A)
	15:00 – 15:30	Leben mit ALS – Lebensqualität bis zum bitteren Ende? (Sandra Korge, D)
	15:30 – 16:30	Neue Betreuungskonzepte & Wohnformen (Andreas Kögler, A)

bildung.qualification

N1	12:30 – 13:30	Survey der Akademisierungsquote an deutschen Universitätskliniken (Andreas Kocks, D)
	13:30 – 14:30	Schluss mit lustig, jetzt wird Humor unterrichtet! (Bettina Hanke, A)
	14:30 – 15:30	Pflege smart lernen – online reflektieren (Nicole Duveneck, D)
	15:30 – 16:30	Strategie "Pflege und Betreuung in Wien 2030" (Peter Stanzl, A)

gesponserter.beitrag**

N2	11:30 – 12:30	Nachhaltige Pflegemaßnahmen in der Gynäkologie und Geburtshilfe (Doris Linsberger, A, Germania Pharmazeutika GmbH)
	12:45 – 13:45	schülke hat, was Keime fürchten: Die innovative Patientendekontamination mit octenisan® (Christoph Klaus, A, Schülke & Mayr GmbH)
	14:00 – 15:00	Optimale Katheterpflege unter Beachtung der neuen RKI-Richtlinien (Sebastian Blondin, A, BD Medical)
	15:15 – 16:15	Frühmobilisation auf der Intensivstation (Michael Freigassner, A, Cornelia Rottensteiner A, ArjoHuntleigh GmbH)
M1	11:30 – 12:30	Zalviso® – Innovatives Schmerzmanagement aus der Sicht der Anästhesie und der Pflege (Svetlana Geyrhofer, A, Wolfgang Jaksch, A, Grüenthal GmbH)
	12:45 – 13:45	Der Pflegefonds – Ein Instrument zur Sicherung der Pflegefinanzierung (Benjamin Krautberger, A, BMASK)
	14:00 – 15:00	Wie integriere ich evidenzbasiertes Wissen in die Pflegepraxis? (Katharina Bewer, A, EBSCO GmbH)
M2	15:15 – 16:15	Vernetzung intra-extramural – Bereit für die Zukunft (Günter Zusag, A, mcm medical management gmbh)
	11:30 – 12:30	Standards in der Mundpflege bei beatmeten Patienten (Günter Forsthuber, A, R. Heintel Medizintechnik GmbH)
	12:45 – 13:45	Pflegedokumentation „neu, schlank und effizient“. Die große Dokudiat – ein Vortrag zur nachhaltigen Verschlinkung der Pflegedokumentation! (Peter Keiblinger, A, Peter Keiblinger Pflege-Consulting)
	14:00 – 15:00	„(Schwer)arbeit Pflege?“ Invalitäts- und Schwerarbeitspension für Pflegeberufe (Franjo Markovic, A, Bundesarbeitskammer)
	15:15 – 16:15	Gesundheitsberufe im Wandel (Günter Flemmich, A)



Esther Matolycz

Selbstbewusste Pflege (?) Oder: Spieglein, Spieglein, an der Wand... ...wer misst am Besten im ganzen Land?

Der Wunsch nach (weiterer) Professionalisierung war Triebfeder der Bestrebungen zur Akademisierung bzw. Verwissenschaftlichung von Pflege. Der große Schritt ist geschafft, die Grundausbildung fachhochschulisch angelegt, Pflegeforschung zunehmend etabliert.

Der Beitrag fragt nun nach dem Selbstbewusstsein von Pflege: worauf gründet es? Bildet es das Wesen des Gegenstands hinreichend ab?

Einer kurzen Reise durch die Welt der Evidenzen, Exzellenzen, Evaluationen und Kompetenzen folgt die Frage: macht das Pflege aus oder macht es ihr möglicherweise auch *etwas* aus?

Esther Matolycz, Mag. phil.

Studium Erziehungs-/Bildungswissenschaft und Publizistik, DGKS, Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege
Arbeitsschwerpunkte: Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege bzw. im Sozialbereich Didaktik der Erwachsenenbildung, Professionalisierung, Fallverstehen, Publikationstätigkeit

Herr Rudolf Hundstorfer

Wir haben leider noch keine Informationen erhalten



Gabi Burgstaller

Im Mittelpunkt steht der/die PatientIn! Integrierte Versorgung im Sinne eines (neuen) Miteinanders der Gesundheitsberufe

Genug gejammert! Wir brauchen einen konstruktiven Dialog über Verbesserungen im niedergelassenen Bereich. Bei der integrierten Versorgung der Patienten geht es um die bestmögliche Kooperation der Gesundheitsversorger.

Zielsetzung der neuen Primärversorgung:

- Primärversorgung im Sinne der Zielsteuerung und der Umsetzung im Primärversorgungsgesetz
- Sicherstellung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen
- Verlagerung vom Spital in den niedergelassenen Bereich
- Integrative Versorgung und Interprofessionalität in den Primärversorgungs-Netzwerken
- System der „Gemeindeschwester“ als Teil der Lösung

Ausgehend von den enormen Herausforderungen, vor denen unser Gesundheitssystem steht, möchte ich anknüpfend am Grundgedanken der Primärversorgungseinrichtungen die Chancen für eine niederschwellige Versorgung durch die Aufwertung des Pflegeberufes zeigen. Damit können zwei brennenden Probleme gelöst werden:

- Die schleichende Unterversorgung der ländlichen Regionen (Stichwort „Aussterben des Landarztes“)
- Die Fehlversorgung chronisch kranker Menschen im intramuralen Bereich

Der Weg:

- Advanced Nursing Practice (Masterstudium?) – die neue „Gemeindeschwester“?
- Das Potential der Kernkompetenzen
- Kompetenzerweiterung im GuKG
- Verankerung im ASVG
- Klärung der Zuständigkeit:
- Abrechnung mit Sozialversicherung oder
- Länderfinanzierung

Die Vision:

flächendeckende Grundversorgung im präventiven und kurativen Bereich der Gesundheitsversorgung

Frau Mag. Gabi Burgstaller

Beruflicher Werdegang

Assistentin an der Juristischen Fakultät Salzburg
Wohnrechtsberaterin
Konsumentenberaterin in der Arbeiterkammer Salzburg
5 Jahre Landtagsabgeordnete und Klubvorsitzende
14 Jahre Mitglied der Salzburger Landesregierung
davon 9 Jahre Landeshauptfrau
Gesundheitspolitik, Frauenpolitik
Zur Zeit Leiterin des Direktionsreferats Gesundheitsberufe und Registrierung

Qualifikation

Studium der Rechtswissenschaften

Berufliche Schwerpunkte

Verfassungsrecht
Moderne Verwaltung
Gesundheitswesen



Brigitte Neumüller

Die Gratwanderung zwischen Selbstpflege - (Selbst-)bewusster Pflege. Welchen Beitrag kann die Führungskraft zur selbstbewussten Pflege leisten?

Vor dem Hintergrund hoher Fluktuationszahlen, Krankenstände, geringerer Verweildauer im Pflegeberuf verbunden mit steigendem Pflegekräftemangel kommt der Mitarbeiterführung in der Pflege besondere Bedeutung zu.

Herausforderungen der Pflege sind zum einen die Personalsituation und zum anderen die steigende Anzahl von pflegebedürftigen Menschen. Wie aus einer Studie des Beratungsunternehmens McKinsey hervorgeht wird sich der Anteil der über 75-Jährigen bis 2025 auf 10,5% der Bevölkerung erhöhen.

Angesichts der immer älter werdenden Bevölkerung und deren erhöhten Pflegebedarfs fehlen bis 2020 in Österreich rund 13.000 Personen in der Langzeitpflege. Laut Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe sind das im stationären Bereich rund 6.600 und in der mobilen Pflege und Betreuung 6.400 Personen.

In einer Umfrage im Jahr 2016 bei 1.577 Pflegeführungskräften zeigt die Fachgruppenvereinigung zudem auf, dass die Führungskräfte an ihre Belastungsgrenzen stoßen. Als Ursache geben die Befragten ökonomische Zwänge, zu wenig Personal und laufende Veränderungsprozesse an. Diese Fakten verlangen gesellschaftspolitische und unternehmensspezifische Handlungen. Dazu braucht es Überparteilichkeit und vor allem Zusammenspiel zwischen Betroffenen und Experten aus der Pflege und Politik.

Der Mitarbeiterführung kommt vor dem Hintergrund besondere Bedeutung zu. Als Strategie empfiehlt sich die ganzheitliche Betrachtungsweise der Beziehung Mensch - Arbeit - Gesundheit - Krankheit. Das Konzept könnte „Work-Life-Balance“ heißen. Sich seiner selbst bewusst zu sein, sich selbst zu pflegen und andererseits Pflege bewusst und kompetent für andere Menschen zu leisten ist eine Gradwanderung. Selbstpflege ist nicht nur ein Pflegemodell - Selbstpflege ist essentiell um gute Pflege leisten zu können. Die Führungskraft kann einen wesentlichen Beitrag zur selbstbewussten Pflege durch das Aufzeigen und bewusst machen der Selbstpflege, das Stärken und Fördern der Fachkompetenzen sowie das Aufzeigen des erfolgreichen Weges der Pflege von Inkrafttreten des neuen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 1997 bis hin zur Novelle des Gesetzes 2016, leisten. Das Selbstbewusstsein hat mehrere Bedeutungsebenen. Es gibt *ein* Selbstbewusstsein des Individuums aber auch ein kollektives Gruppenselbstbewusstsein. Das berufsständische Bewusstsein der Pflege ist neben der Professionalität der wichtigste Faktor um den Wandel und die Gestaltungsspielräume aktiv mitgestalten zu können und um gesellschaftspolitisch gehört zu werden.

Die Zukunft der Pflege gestaltet somit jede einzelne Pflegekraft mit, entscheiden wird sie sich in der Gemeinsamkeit der Pflege.

Frau Mag. Brigitte Neumüller

Hilfswerk NÖ. Seit 2015 leitet sie den Geschäftsbereich Hilfe und Pflege Daheim. Sie ist Diplomierete Gesundheits- und Krankenschwester, Stationsleitung ÖVQ zertif. Qualitätsmanagerin im Gesundheitswesen und hat ein Studium in Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsmanagement. Sie verfügt über eine langjährige Erfahrung im stationären Bereich als Diplomierete Gesundheits- und Krankenschwester und hat 15 Jahre Erfahrung als Führungskraft. Seit 2002 beschäftigte sie sich mit dem Image der Berufsgruppe und hat zu dem Thema Selbst- und Fremdbild in der Pflege im Jahr 2002 in den Bundesländern eine repräsentative Studie mit der Johannes Kepler-Universität Linz, Prof. Dr. Zapotozky, durchgeführt. Mitglied im OEGKV.



Andrea Klein-Dezlhöfer

BewohnerInnenrechte & BewohnerInnenservice: Partner selbstbewusster Pflege?

Seit 2006 besteht laut Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz für alle Wohn- und Pflegeheime, in denen mehr als 50 BewohnerInnen leben, die Verpflichtung, ein BewohnerInnenservice einzurichten.

Man stellt sich die Frage ob zur Realisierung der BewohnerInnenrechte wirklich die Etablierung eines BewohnerInnenservice nötig ist? Hat der Gesetzgeber nicht ausreichend Vertrauen, dass MitarbeiterInnen und Führungskräfte die BewohnerInnenrechte wahrnehmen und die entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen? Unterstützt das BewohnerInnenservice die MitarbeiterInnen oder wird nur kontrolliert, ob alle Rechte sichergestellt sind? Hat das BewohnerInnenservice Entscheidungskompetenzen oder muss es sich auf Empfehlungen und gutgemeinte Ratschläge beschränken? Ist es tatsächlich ein Vorteil, wenn jemand mit distanzierterem Blick und ohne weisungsgebunden zu sein die BewohnerInnenrechte betrachtet?

Es gäbe noch viele Fragen, einige sind leicht, andere schwer und manche gar nicht zu beantworten.

Fest steht, dass die Sicherstellung der BewohnerInnenrechte eine der größten Herausforderungen für die MitarbeiterInnen und das Management in den Heimen ist. Wir alle wissen, dass durch Personalmangel, Zeitnot oder wirtschaftlichen Druck ein Ausnahmezustand entstehen kann, der ohne

Absicht in eine Alltagsroutine kippen kann. Baden am Badetag, Abendessen um 16 Uhr, Intimpflege vor den Augen des Nachbarn, Inkontinenzprodukte statt Toilettentraining.

Zusätzlich zur Ressourcenthematik sind MitarbeiterInnen oft in sehr komplexen Lebenssituationen der BewohnerInnen verhaftet. Situationen in denen die Balance zwischen Selbstbestimmung und Selbstgefährdung gefunden werden muss. Soll dann das BewohnerInnenservice Unterstützung leisten und schwierige Entscheidungsprozesse moderieren und begleiten?

Das Geheimnis einer geglückten Partnerschaft zwischen Pflege und BewohnerInnenservice liegt in der gelungenen Kooperation, deren Grundlage das gemeinsame Verständnis von einem guten Leben für die BewohnerInnen ist. Im gemeinsamen Fokus zwischen Pflege und BewohnerInnenservice stehen immer die BewohnerInnen mit ihren Anliegen, Bedürfnissen und Rechten.

Die „Selbstbewusste Pflege“ wird das BewohnerInnenservice als Ressource und Chance erleben um ihren Auftrag - die Sicherstellung der BewohnerInnenrechte - zu erfüllen.

Dieses Verständnis wird dem BewohnerInnenservice den Drahtseilakt zwischen Beobachten und Bewerten, Beraten und Begleiten erleichtern.

Frau Andrea Klein-Dezlhöfer

Andrea Klein-Dezlhöfer, DSA, geb. 2.9.1961 in Salzburg Ausbildung zur diplomierten Sozialarbeiterin an der Bundesakademie für Sozialarbeit Wien, Abschluss 1984 Ausbildung zur zertifizierten Mediatorin am Institut ARGE Bildungsmanagement Wien, Sigmund-Freud-Universität Wien Seit 1/2012 Beauftragte des BewohnerInnenservice für 12 Pflegewohnhäuser der Caritas Wien, Fachstelle Qualität und Innovation

Roland Nagel

Was macht die Pflege aus der GuKG-Reform? Hoffnungen versus Ängste

Wie gestaltet sich die Aktualisierung und Modernisierung des Berufsbildes? Sind die inhaltlichen Änderungen in der Praxis des Pflegealltags angekommen (z.B. Weiterverordnung von Medizinprodukten oder die neuen Kompetenzen medizinischer Diagnostik und Therapie, ...) Zahlreiche Fragen stellen sich im Zuge der Beleuchtung der oftmals vorhandenen Lücke zwischen Theorie und Praxis. Nach gut einem Jahr nach dem Inkrafttreten des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016 ist es nun Zeit, einen kritischen Blick auf die praktische Umsetzung in den verschiedenen Pflegesettings zu werfen. Dabei gilt es auch das „verbesserte Standing“ der Pflege im interdisziplinären Miteinander des Gesundheitswesens zu beleuchten. Hoffnungen versus Ängste im Kontext mit dem neu geschaffenen Beruf der Pflegefachassistenz sowohl im Krankenhaus wie in der Langzeitpflege sind zu reflektieren.

Spannend erscheint auch die Diskussion der neuen Zusammensetzung der drei Berufsgruppen in der Pflege. Welchen Einfluss wird die PFA im Akutbereich spielen, wenn mit 01.01.2025 die Berufsausübung für PA in Krankenanstalten nur für Personen möglich ist, die bis zum 31.12.2024 die Ausbildung zur PA absolviert haben? Angesichts der Tatsache, dass gegenwärtig ca. 8000 DGKP über 55 Jahre alt sind, besteht in jedem Pflegesetting ein Bedarf an

Pflegefachkräften, die mit der Akademisierung der Pflege mit spätestens 2024 auf ein anderes Fundament gestellt werden. Die Herausforderungen, die unter anderem aus der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Anzahl an multimorbiden und hochaltrigen Menschen resultieren, werden alle Anstrengungen und ein tatsächlich lebendiges, multidisziplinäres Arbeiten für den Kunden im Gesundheitswesen bedürfen.

Auch dem festgeschriebenen präventiven Ansatz muss in Zukunft mehr Platz geboten werden, um die Menschen länger gesund zu halten. Im GuKG 2016 findet sich unter den pflegerischen Kernkompetenzen diese Thematik wieder. Die Förderung der Gesundheitskompetenz breiter Massen ist auch Auftrag zur Bewusstseinsbildung, die Pflegefachkräfte an ihrem Platz verstärkt ausbauen sollten. Auch die professionelle Gesundheitsberatung und ein rascher und passender Informationstransfer zwischen den Professionen sind Ecksteine einer gelungenen Dienstleistung im Zusammenhang mit den Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam. Es gilt den Rahmen den das Berufsrecht bietet adäquat auszuschöpfen und somit die Position der Pflege selbst zu stärken und eine lebensnahe, optimale Dienstleistung am Kunden in jedem Pflegesetting zu gewährleisten.

Herr Roland Nagel

Hilfswerk Österreich; Ist Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger und studierter Politikwissenschaftler und vervollständigte seine Ausbildung nach dem Pflegemanagementstudium mit dem Abschluss des Master of Business Administration in Sozialmanagement und Leadership. Nachdem Diplom konnte Nagel sowohl Erfahrungen im Krankenhaussektor, wie in der Langzeitpflege sammeln. Nagel war in mehreren Leitungsfunktionen bis zuletzt in der Geriatrie tätig und kann neben Erfahrungen als Vortragender in Bildungseinrichtungen auf viele Jahre im Gesundheitswesen verweisen.



Franz Mannsberger

GuKG-Novelle 2016 – Chancen und Risiken der Umsetzung in einem Akutkrankenhaus

Im Sommer 2016 wurde das Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe novelliert. Dabei wurden das Berufsbild und der Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege neugestaltet und neue Spezialisierungen eingeführt. Das Berufsbild der Pflegehilfe bleibt als Pflegeassistenz bestehen und als weiterer PAB wurde die Pflegefachassistenz eingeführt.

Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Keine speziellen Grundausbildungen mehr (1.1.2018) → Generalistische Grundausbildung. Lt. Berufsbild keine „Vorbehaltsbereiche“ mehr für KJP und PGuKP (alle Altersstufen, alle Settings) und trotzdem verpflichtende Spezialisierung innerhalb von 5 Jahren

Pflegeassistenzberufe – beide gleiches Berufsbild

- **DGKP Anordnungsverantwortung der DGKP für beide PAB**
- **Keine Weiterdelegation** durch die PFA an die PA vorgesehen
- **PA – Durchführung unter Aufsicht** nach **Anordnung** wie bisher bei der Pflegehilfe
- **PFA – eigenverantwortliche Durchführung** nach (Beurteilung der Patientensituation und Fähigkeiten der PFA) und **Anordnung** durch die DGKP

Berufsgruppen – Mix und Personalplanung – Grade and Skill Mix:

Grade Mix beschreibt die unterschiedlichen Aus- und Zusatzausbildungen der MitarbeiterInnen. **Skill Mix** beschreibt die unterschiedliche Berufserfahrung und individuellen Fähigkeiten – das Können – der MitarbeiterInnen. **Ziel** eines optimalen Grade and Skill Mix

ist eine ideale Mischung aus Berufsgruppen und Fähigkeiten zur Erfüllung des beauftragten Leistungsportfolios.

Unterschiedliche Leistungen in der Pflege werden in Zukunft von unterschiedlich qualifizierten MitarbeiterInnen in der Pflege erbracht! Eine Befragung in Tirol bei Stationsleitungen ergibt das sich allerdings mehrheitlich keine Änderung der Personalzusammensetzung auf ihren jeweiligen Stationen vorstellen können!

Es zeigt sich das großer Fortbildungsbedarf was die Kenntnis der Berufskompetenzen betrifft besteht!

Berufsgruppen Mix → neu denken

- Bei jeder (Nach-)Besetzung
- Bezogen auf den Bereich / die Abteilung
- Aufgabenverteilung / Abläufe im Regelbetrieb

Berufsgruppen Mix → zu bedenken

- Versorgungssicherheit 24h / 7 Tage pro Woche
- Die höher qualifizierte Berufsgruppe kann die niedriger qualifizierte Berufsgruppe ersetzen aber nicht umgekehrt
- Was sich auf dem Papier ausgeht, geht sich in der Praxis nicht immer aus

Prämissen / Entscheidungen der tiroler Kliniken bei der Personalplanung

- Änderungen im Berufsgruppen-Mix → **nicht additiv** sondern **ersetzend**
- Nur **2 Pflegeberufe** pro Bereich DGKP – PFA oder DGKP – PA
- Administrative und hauswirtschaftliche **Unterstützungskräfte** miteinbeziehen, **OrdinationsassistentInnen** in den Ambulanzen / Funktionsbereichen

Herr Franz Mannsberger MBA

Pflegedirektor am LKH Universitätskliniken Innsbruck seit 2012, davor 3 Jahre in Stellvertretender Position Pflegedirektor. Studien an der WU Wien zum Akademischen Krankenhausmanager, Master of Business Administration – MBA sowie zum Diplomierten Krankenhausbetriebswirt.



Markus Mattersberger

GuKG-Novelle 2016 – Chancen und Risiken für die stationäre Langzeitpflege

Kann die Novelle 2016 des GuKG berufspolitisch durchaus als wichtiger Schritt für die Gesundheits- und Krankenpflege gesehen werden, stellt sich die Frage, ob die mit dem Gesetz angestrebten primären Zielsetzungen erreicht werden können?

Konkret gefragt: was bedeutet die Novelle für den Bereich der stationären Langzeitpflege? In der Zusammenschau mit anderen aktuellen Entwicklungen birgt das Gesetz für die Langzeitpflege Chancen, die es zu nutzen gilt, jedoch sind auch Herausforderungen und Risiken zu benennen, auf die hingewiesen werden muss.

Im Rahmen des Vortrages werden diese Chancen und Risiken beleuchtet, die nicht nur berufspolitische, sondern auch gesellschaftspolitische Aspekte in sich tragen und zur Diskussion gestellt werden.

Herr Markus Mattersberger, MMSc MBA

Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs „Lebenswelt Heim“.

Ausbildung: 1988 – 1991 Diplomlehrgang zum Gesundheits- und Krankenpfleger an der Allg. Krankenpflegeschule am A. ö. BKH Lienz Studium: 2005 – 2006 MSc-Universitätslehrgang für Pflegemanagement an der Donau-Universität Krems; 2008 – 2009 MSc-Universitätslehrgang für Management in Einrichtungen des Gesundheitswesens – Fachvertiefung „Gesundheitsmanagement“ an der Donau-Universität Krems; 2008 – 2009 MBA-Universitätslehrgang für Health Services Management an der Donau-Universität Krems; Beruflicher Werdegang: 1991 – 2009 A. ö. Bezirkskrankenhaus Lienz 2010 Pflegedienstleiter Haus St. Barbara d. Caritas Erzdiözese Wien seit 2011 Niederösterreichischer Landesdienst (01 – 07/2011 Pflegedienstleiter NÖ Landespflegeheim Stockerau - 2011 – 2016 Direktor und Pflegedienstleiter, iwF Direktor NÖ Landespflegeheim Hollabrunn - seit 01/2017 Projektleitung „GenerationenCampus Korn-euburg“) seit 05/2014 Präsident des Bundesverbandes der Alten- und Pflegeheime Österreichs „Lebenswelt Heim“ - 09/2015 – 03/2016 Interim. Präsident der E.D.E. – European Association for Directors and Providers of Long-Term Care Services for Elderly - seit 03/2016 Vizepräsident der E.D.E. – European Association for Directors and Providers of Long-Term Care Services for the Elderly



Christine Bretbacher

GuKG-Novelle 2016 – Chancen und Risiken in der mobilen Pflege

Die GuKG-Novelle eröffnet durch neue Gesundheitsberufe ein breiteres Berufsfeld in unterschiedlichen Bildungsniveaus, nunmehr mit Anschluss an das Bildungssystem. Für die mobile Pflege bedeutet das neue Herausforderungen für Pflegepersonen, die in den mobilen Diensten alleine bei KlientInnen arbeiten und bei pflegerischen Entscheidungen auf sich gestellt sind. Führungskräfte sind durch einen neuen Grade-Mix mit organisatorischen und kulturellen Anforderungen konfrontiert.

Wesentlicher Bestandteil der Gesetzesnovelle ist die Ablösung der Tätigkeitsbereiche durch Kompetenzen, allen voran die pflegerische Kernkompetenz. Der vormals eigenverantwortliche Bereich im Sinne fachlicher Weisungsfreiheit als unverzichtbare Pflicht verlangt diplomierten Pflegepersonen mehr als bisher ab, pflegerische Entscheidungen eigenständig - und nicht mehr primär unter dem Schutzmantel ärztlicher Verantwortung - zu treffen. Dies wird sich in der mobilen Pflege als große Herausforderung erweisen ob der jahrzehntelangen Sozialisierung der Pflegepersonen als Mitverantwortliche bei medizinischer Diagnostik und Therapie.

Die Übernahme der Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess als pflegerische Kernkompetenz stellt eine besondere Chance für die künftige Rolle und das Aufgabenfeld der Pflege als gleichwertiger Partner zur Medizin und anderen Gesundheitsberufen in interdisziplinären Teams im niedergelassenen Bereich dar. Allerdings wird der Weg dorthin ein langer und ein breiter. Was bedeutet der Begriff Gesamtverantwortung im fachlichen bzw. gesetzlichen Kontext mit dem Pflegeprozess? Welche personellen und organisatorischen Anforderungen – speziell an die Einsatzplanung sind damit verbunden? Zeigen sich Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der Pflege? Alle diese Aspekte gilt es zu durchleuchten.

Mut zu Veränderung auf allen Ebenen in der Einrichtung zu zeigen und rechtzeitig neue Wege zu beschreiten sind Voraussetzung für Klarheit in der pflegerischen Verantwortung. Der pflege- und betreuungsbedürftige Mensch in seinem individuellen Gesundheits- und Krankheitserleben prägt das künftige Pflegeverständnis in der mobilen Pflege und Betreuung des OÖ Roten Kreuzes als nachhaltiges, messbares Qualitätsziel für eine selbst:bewusstere Pflege.

Frau Mag. Christine Bretbacher

Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband OÖ. Seit 2008 Gesundheits- und Soziale Dienste, Bezirkspflegedienstleiterin, seit 2016 Stabsstelle Qualitätssicherung und Dienstleistungsentwicklung. DGKP mit 15-jähriger Berufserfahrung im Krankenhaus. Sachverständige für Gesundheits- und Krankenpflege, Trainerin in der Erwachsenenbildung Schwerpunkt Arbeitsorganisation, Pflegeprozess, Pflegesysteme. Studium Gesundheits- und Sozialmanagement an der HFH, Gesundheitswissenschaften an der UMIT mit Schwerpunkt Personalmanagement. Doktorandin an der UMIT im Institut für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen, Department Public Health, Versorgungsforschung und HTA.



Michael Ofner

Regeneration – kann alles heilen?

Der Arzt/Therapeut unterstützt, doch heilen kann nur der Körper selbst. Nach diesem Credo zielen die meisten Therapien darauf ab die „Selbtheilungskräfte“ des Körpers zu stärken, wobei nahezu jedes Therapiesystem von sich selbst behauptet dies auch tatsächlich zu tun. Doch stimmt das? Beispiel: RegentK, die Regenerationstherapie nach Khalifa ist vom gleichnamigen Therapeuten in 40 Jahren manualtherapeutischer Erfahrung entwickelt worden. Neben tagtäglichen Patienten haben bereits unzählige Spitzensportler, wie Roger Federer oder Nikolay Davidenko, davon profitiert. Seit 2008 wird die Therapie wissenschaftlich untersucht, wobei erstaunliche funktionelle und strukturelle Erfolge im Sinne einer schnellen Regeneration bestätigt werden konnten. Mit dem Nachweis der Wirksamkeit versuchen nun über 20 Wissenschaftler aus Europa die Wirkmechanismen dieser Methode näher zu erforschen, wobei die patho-physiologischen Grundlagen womöglich allen Therapien gemein ist. Mit Hilfe unspezifischer Bindegewebsmanipulation und spezifischer neurovegetativer Steuerung könnte die Vorbedingung zu einer vollständigen Geweberegeneration geschaffen werden.

Herr Dr. Michael Ofner

Dr. Dr. Michael Ofner ist wissenschaftlicher Direktor der Internationalen Gesellschaft für Regenerationsforschung, klinischer Prüfarzt, und in der Praxis mit Fokus Vorsorge und Regeneration als Sport- und Ernährungsmediziner in Europa und Nahost tätig. Nach akademischen Abschlüssen in Medizin (Graz, Harvard, Peking), Sportwissenschaften (Wien) und Wirtschaft (Zürich) beschäftigt er sich seit über 10 Jahren mit den wissenschaftlichen Grundlagen und klinischen Erfolgsraten komplementärmedizinischer Therapiesysteme, um einen Beitrag zu leisten, die tatsächlich wirksamen Maßnahmen, im Sinne eines echten integrativen Ansatzes, für Diagnose und Therapie in der westlich orientierten Gesundheitspraxis salonfähig zu machen. Darüber hinaus ist Ofner seit 15 Jahren als Personaltrainer für Triathleten, Menschen mit dem Ziel Gewicht zu verlieren und als Berater für Unternehmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement tätig.


 Evelyn Deutsch-Grasl

Der hohe Stellenwert aromapflegerischer Interventionen im Rahmen der Prophylaxe

Die Ansätze der Aromapflege sind vielfältig: Angefangen von der Steigerung des Wohlbefindens, über die Anregung der Selbstheilungskräfte, die Gesundheitserhaltung bis hin zur Verbesserung der physiologischen Hautfunktionen. Besonders wertvoll ist der unterstützende Einsatz aromapflegerischer Interventionen im Rahmen prophylaktischen Handelns. Der Begriff Prophylaxe kann als Verhütung von Krankheit oder als -Vorbeugung übersetzt werden und findet sich in den pflegerischen Kernkompetenzen. Ätherische Öle bedienen sich im Rahmen der Aromapflege, zweier Wege um ihre Wirkungen im menschlichen Organismus entfalten zu können. Auf der einen Seite wirken sie, auf die Haut oder Schleimhaut aufgebracht, im physischen Bereich. Andererseits wirken sie, über den Geruchssinn aufgenommen, auf das Vegetativum und das zentrale Nervensystem, also im psychischen Bereich (vgl. Werner, Braunschweig, 2014, S. 25). Wir haben somit eine sehr breite Palette an Möglichkeiten zur Verfügung um im Rahmen der Gesundheitserhaltung- und Förderung tätig zu werden.

Als Beispiel für die Sinnhaftigkeit einer unterstützenden, aromapflegerischen Prophylaxe sei eine der sehr häufig auftretenden Begleiterscheinungen von Chemotherapeutika, die Mukositis aufgezeigt. Das Ausmaß dieser Komplikation ist für Nichtbetroffene kaum vorstellbar. Neben massiven Schmerzen und Blutungen der Mundschleimhaut, geht diese

mit Problemen bei der Nahrungsaufnahme, wodurch es zu Mangelernährung und Dehydration kommen kann, einher (vgl. Gottschalck, 2007, S.150). Sprechen und lachen, sich einfach zu unterhalten alles tägliche Aktivitäten was für Nichtbetroffene ein Selbstverständnis ist, ist nur unter starken Schmerzen eingeschränkt, wenn überhaupt möglich.

Dieser Komplikation rechtzeitig und effektiv vorzubeugen, bedeutet für die Betroffenen ein Stück Lebensqualität, in der ohnedies schweren, sehr belastenden Zeit. Beim Vortrag hören Sie unter anderem, wie wertvoll aromapflegerische Maßnahmen für den Erhalt der Mundgesundheit bei laufender Chemotherapie sein können. Die Aromapflege bietet uns im Alltag die Chance im Rahmen der pflegerischen Kernkompetenzen sich aktiv und kreativ einzubringen. Die daraus erzielten Erfolgserlebnisse sind für uns in der Pflege enorm wichtig, um immer wieder die Sinnhaftigkeit und den hohen Stellenwert der Pflegehandlungen zu erkennen. Es ist an der Zeit, dass wir die Gesundheitserhaltung als eine der Kernkompetenzen im Pflegebereich in den Vordergrund stellen! Die Gesundheitserhaltung ist eine der Hauptanliegen der Aromapflege.

Literaturverzeichnis:

Gottschalck, T. (2007): Mundhygiene und spezielle Mundpflege. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Werner, M., von Braunschweig, R. (2014): Praxis Aromatherapie. 4. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Haug Verlag.

Evelyn Deutsch-Grasl

Ist gelernte Drogistin, diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, akademische Expertin für komplementäre Gesundheitspflege, geprüfte Aromatologin und ausgebildete Heilkräuterfachfrau. Sie ist Gründerin und Leiterin der Aromapflege Gesundheitsschule in Wien und Tirol, ist Autorin des „Aromapflege Handbuch“ und stellvertretende Vorsitzende der ÖGWA. Seit 2008 ist Ihre Aromapflege-Produktserie „Evelyn Deutsch“ auf dem Markt, die es Pflegeeinrichtungen ermöglicht die Aromapflege einfach, sicher und kosteneffizient einsetzen zu können.



Ulrike Fabian-Riedler

CranioSacral Therapie – Einsatz in Pflege und Prävention

Bindegewebe bzw. Faszien reagieren auf emotionale und physische Belastungen mit Kontraktion. Dies wird von geschulten BehandlerInnen als erhöhter Tonus im Faszien- und im CranioSacralen System wahrgenommen und mittels geeigneter Techniken ausgeglichen.

Vor 100 Jahren begannen Andrew T. Still (1828–1917) und seine Schüler William G. Sutherland (1873–1954) und John M. Littlejohn (1866–1947) die von Krankheiten ausgelösten Veränderungen des Bindegewebes zu erforschen. Sie erkannten die Bedeutung der Einheit von Körper Seele und Geist (Still prägte den Begriff des „triune man“) und entwickelten das Konzept der Osteopathie (von altgr. στέον, ostéon, „Knochen“ und πάθος, páthos, „Leiden“) - eine Methode zur individuellen Befundung und Behandlung. John E. Upledger (1932 – 2012) erweiterte das Konzept um die Erkenntnis, dass Verletzungsenergie – körperliche als auch emotionale- im Bindegewebe gespeichert werden kann. Dadurch verändert sich zuerst die Funktion eines Gewebes oder Organs, später kann das Organ selbst erkranken oder sogar zugrunde gehen.

Upledger CranioSacral Therapie fördert die Regulation, Reorganisation des Körpers und damit auch die Rehabilitation. Sie wird in vielen Bereichen des Gesundheitssystems erfolgreich eingesetzt: z.B. in der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie. Einen wertvollen Beitrag leistet sie in der Gesundheitsvorsorge (z.B. in der Prävention von Erschöpfungszuständen, Stärkung der Widerstandskräfte - Resilienz) und der Pflege. Gerade dort haben die achtsame Berührung und die Begleitung von chronisch Kranken, sowie von Menschen in Krisen oder am Ende ihres Lebens einen speziellen Stellenwert.

Das Wiedererlangen von Entspannt - Sein ist Grundlage für Wohlbefinden und die Möglichkeit, sein ureigenstes Potential, Freude, Glück und Vertrauen zu empfinden und dieses auch wahrzunehmen.

Der Vortrag gibt einen Einblick in die Methoden der Upledger CranioSacral Therapie und zeigt mögliche Einsatzgebiete im Vorsorge- und im Pflegebereich auf.

Frau Dr.^a med.univ. Ulrike Fabian-Riedler

Ärztin für Allgemeinmedizin, Lehrende am Upledger Institut Österreich – UIÖ, lebt und arbeitet in Graz.

Ich studierte an der KF Uni Graz und interessierte mich schon während des Studiums für komplementäre Methoden. Nach meinem Turnus begann ich 1995 meine Ausbildung in CranioSacral Therapie am UIÖ (Zertifikation 2009) und unterrichtete die Kurse Upledger CST 1,2 und CMG-Fasziale Behandlung des Kausystems am Upledger Institut und CranioSacrale Interventionen in Krems. Seit über 10 Jahren betreue ich als externe Therapeutin Patienten auf der Wachkomastation und im Hospiz des GGZ Albert Schweitzer in Graz.

Meine Liebe gilt meiner Familie (Ehemann Walter reist derzeit durch NZ, Tochter Pia ist mittlerweile ausgezogen, Sohn Michael lebt noch zu Hause und studiert), der Natur, meinem Garten, dem Wandern und Reisen, der Kunst (Theater, darstellende Kunst, zeitgenössischer Tanz) und der Arbeit mit Pferden.

Tugend und Laster: meine Neugierde!

Praxis-Schwerpunkte: psychosomatische Erkrankungen, Burn out, chronische Schmerzpatienten, Menschen in Lebenskrisen, Probleme des Kauorgans (Kiefergelenk, Kieferorthopädie), Wachkomapatienten.



Michaela Löschnigg-Tausz und Sabine Namor-Ranegger **Keine Zeit für Basale Stimulation!?**

Woran liegt es, dass Basale Stimulation® in aller Munde ist, aber doch nicht - nur wenn Zeit ist - in der Praxis umgesetzt wird? Besteht Basale Stimulation® nur aus körperwahrnehmenden Angeboten oder steckt viel mehr dahinter? Warum wird / kann die Theorie nicht in der Praxis gelebt bzw. umgesetzt werden? Was braucht es um es in der Praxis umsetzen zu können? In unserem Vortrag stellen wir Möglichkeiten vor, wie wir den „Kleinen Basalen Weg“ in unseren Einrichtungen gehen.

Frau Michaela Löschnigg-Tausz

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
Praxisbegleiterin für Basale Stimulation® in der Pflege
Diplomierung 1990, Zusatzausbildung in Anaesthesie- und Intensivpflege 2000 – kennenlernen des Konzeptes Basale Stimulation®; seit 6 Jahren im Wachkomadepartment der Albert Schweitzer Klinik der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz tätig, Implementierung des Konzeptes in kleinen Schritten durch Praxisbegleitung.

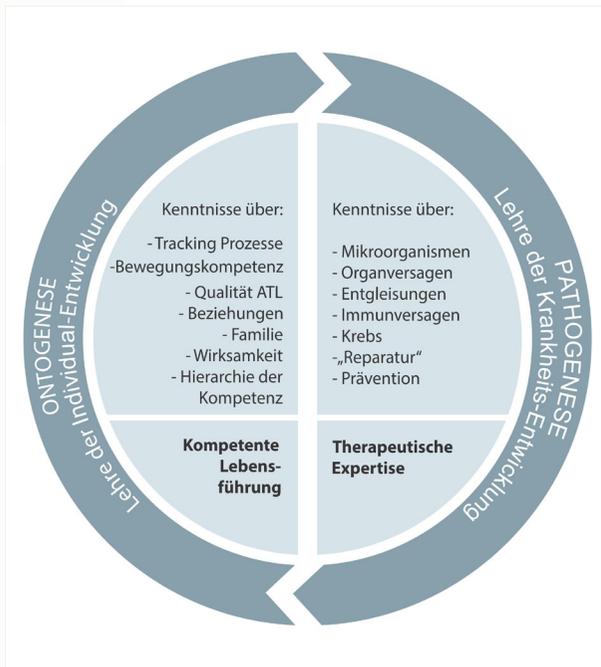
Frau Sabine Namor-Ranegger

Diplomierte Gesundheits- Kinderkrankenpflegerin
Praxisbegleiterin für Basale Stimulation® in der Pflege
Seit meiner Diplomierung (1996) arbeite ich mit Menschen mit besonderen Bedürfnissen in der Langzeitpflege. Basale Stimulation® begleitet mich seit diesem Zeitpunkt. Seit 5 Jahren integriere ich Basale Stimulation® in der Pflege in kleinen Schritten in meinen Arbeitsbereich – Berufsgruppen übergreifend.



Stefan Knobel

Gefangen zwischen gesund und krank – Ein Ausbruchsversuch in Richtung kompetenzorientierte Pflege



Pathogenese prägt das Denken. Auch wenn die Pflege Ganzheitlichkeit anstrebt und versucht, den Pflegeberuf nicht nur auf pathophysiologischen Erkenntnissen aufzubauen, ist es noch immer so: Das Pathogenese- oder Behandlungs-Paradigma bestimmt unser Denken und Handeln.

Pathogenese und Ontogenese. Die Medizin ist per Definition die Lehre der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen. Der griechische

Begriff dafür ist «Pathogenese». In den letzten 100 Jahren hat diese Wissenschaft enorme Fortschritte zum Wohle der Menschen gemacht. Der pathogenetische Zugang deckt aber nur einen Teil des menschlichen Gesundheitsprozesses ab. Ivan Illic meinte dazu in den 1970er Jahren: Das medizinische System hat etwa 10 % Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung – aber 100 % Bestimmungsmacht. Der ergänzende Gegenpol zur Pathogenese ist die Ontogenese. Das ist der griechische Name für die «Lehre der Individualentwicklung». Wenn die Pathogenese und die Ontogenese als eigenständige Wissenschaften nebeneinanderstehen, kann Gesundheit neu gedacht werden. **Pflege neu denken.**

Es ist also an der Zeit, dass der Pflegeberuf sich nebst der Pathogenese auch dem Studium der Ontogenese zuwendet. Dieser Ansatz ist nicht neu. In den letzten 30 Jahren haben sich in der Praxis verschiedene Herangehensweisen etabliert, welche die Ontogenese des Menschen in den Mittelpunkt stellen. Eine davon ist Kinaesthetics. Das Studium der Individualentwicklung anhand von Kinaesthetics zeigt: Der grösste Einflussfaktor auf die menschliche (Gesundheits-) Entwicklung ist die Qualität seiner alltäglichen Aktivitäten (ATL). Da der zentrale Auftrag nach wie vor die individuelle Unterstützung der ATL ist, kommt der Qualität der Unterstützung beim Waschen, Fortbewegen, Ankleiden et cetera eine enorme Bedeutung

zu. Wenn es der Pflege gelingt, die Interaktion so zu gestalten, dass der gepflegte Mensch die Aktivitäten selbst steuern und nachvollziehen kann, dann ist das ein Beitrag in Richtung mehr Möglichkeiten. Dann ist Pflege ein Teil der Lösung. Gelingt es nicht, wird Pflege zu einem Teil der Behinderung.

Beides ist wichtig. Für die Pflege gibt es nicht die Wahl zwischen Ontogenese oder Pathogenese. Im Gegenteil. Pflegenden müssen wie bisher viel über die Krankheitsentwicklung und -behandlung wissen und in diesem Feld die notwendigen Kompetenzen aufbauen. Die zentralen Aspekte der Pflege – nämlich die Unterstützung der Menschen in ihren alltäglichen Aktivitäten erhalten aber unter der Perspektive der Ontogenese einen anderen Stellenwert. Die «Produkte» der Pflege sind mehr individuelle Selbstständigkeit und Lebensqualität. Professionelle Pflege wird dadurch zu einem Schlüsselfaktor, um die gesellschaftlichen Herausforderungen rund um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu meistern.

Stefan Knobel

Ausbildung: Maschinenmechaniker, Krankenpfleger, Pflegeexperte HöFa II, Kinaesthetics Ausbilder
 Tätigkeiten: Präsident der Stiftung Lebensqualität, Herausgeber Zeitschrift LQ, Projektleiter



Heidi Ploner-Grißmann

Senso-meditative Gesundheitskompetenz. Ein Impuls zur Verbesserung des Wohlbefindens im Sinne von Flourishing. Evaluationsstudie

Mit dem Fokus auf Public Health wurde in einer Seminarreihe, Menschen im Arbeitsprozess, welche multifaktoriellen Belastungen ausgesetzt sind, ein integratives Angebot zur Verbesserung des Wohlbefindens im Sinne von Flourishing zur Verfügung gestellt. Die multisensorisch konzipierten Seminare basierten auf neurowissenschaftlichen Erkenntnissen. Methodisch wurden Therapeutic Touch, Körper- und Atemübungen, Phyto-Aromaöle, Phyto-Essenzen, Klang und Meditation eingesetzt. Dabei zeigte sich insbesondere das Potential von Therapeutic Touch.

Heidi M. Ploner, BScN, MScN, MSc, MAS, AE, PhD i.A.

Seit über 30 Jahren DGKP, Bachelor- und Masterstudium Pflegewissenschaft/Pädagogik, Masterstudium Gesundheitswissenschaften, Masterstudium Palliative Care, Akademische Expertin Komplementäre Gesundheitspflege, Studium Medizin (cand. med.), Studium Traditionelle Tibetische Medizin, Doktorandin Health Sciences. Seit 1998 im Sozialsprengel Nußdorf-Debant, seit 1999 „Integrative Health Care – Therapeutic Touch“, seit 1999 Lehrbeauftragte für Therapeutic Touch/Donau-Universität Krems.



Katharina Heimerl und Elisabeth Reitinger

Zwischen Selbstbestimmung und Fürsorglichkeit – relationale Autonomie von hochbetagten Menschen

Verletzlichkeit ist ein essentieller Teil des Menschseins. Hochbetagte Menschen sind in vielfacher Weise und außergewöhnlich vulnerabel, in körperlicher, seelischer, sozialer und spiritueller Hinsicht. Menschen mit Demenz sind – aufgrund der Stigmatisierung – darüber hinaus auch gesellschaftlich vulnerabel (Gröning und Heimerl 2013).

Es wird weithin angenommen, dass Autonomie ein wesentlicher Aspekt des Menschseins ist, für Menschen mit Demenz ebenso, wie für alle anderen. Autonomie und Selbstbestimmtheit spielen gesellschaftlich gegenwärtig eine besondere Rolle. Ihre Überbetonung übersieht dabei die wechselseitige Abhängigkeit von Menschen. Der Klagenfurter Philosoph Peter Heintel (2005) spricht in dem Zusammenhang von der „*Autonomiezumutung*“ unserer Gesellschaft. Klie und Kruse (2015, 35) konstatieren eine „*Vereinseitigung der Wertedebatte zugunsten von Selbstbestimmung*“. Die unglaublich hohe Bewertung der Autonomie in der Gesellschaft stellt eine Falle dar, in der jedenfalls jene Menschen sitzen, deren körperliche und geistige Fähigkeiten Autonomie zu leben, abnehmen, Palliativpatient*innen ebenso, wie Menschen mit Demenz. Forschungsarbeiten

zeigen: Würde im hohen Alter bedeutet für die Betroffenen „Nur nicht zur Last fallen“ (Pleschberger 2005).

Als Einzelne auf sich selbst gestellt sind vulnerable, hochbetagte Menschen den mit ihrer Autonomie verbundenen Erfordernissen überwiegend nicht mehr gewachsen. Sie leben Autonomie deshalb „systemisch“, d.h. mit Unterstützung von Familien, Nachbar*innen, informellen und professionellen Helfer*innen. Jenes Spannungsfeld von Unabhängigkeit und Abhängigkeit, von Freisein und Gebundensein, in dem wir insbesondere in Zeiten des Altseins und der Demenz leben, lässt sich treffender Weise als „relationale Autonomie“ bezeichnen (Reitinger, Heller 2010, 741-742).

Care im Sinne von Sorgeskultur ist gelebte relationale Autonomie. Die Sorge um hochbetagte Menschen bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorglichkeit, nicht nur in den Entscheidungen auf Leben und Tod sondern auch in der kleinen Ethik des Alltags. (Moralische) Gefühle spielen eine entscheidende Rolle. Es braucht Kommunikationsstrukturen, wie beispielsweise moderierte Ethikbesprechungen, in denen das tägliche Handeln der Sorgenden und ihre „moral emotions“ reflektiert werden können.

Frau Dr.ⁱⁿ Katharina Heimerl

Katharina Heimerl, Studium der Medizin an der Universität Wien und Master of Public Health an der University of California at Berkeley. Seit 1995 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF) an der Universität Klagenfurt, seit 1998 am Institut für Palliative Care und OrganisationsEthik. 2006 Habilitation (venia legendi in Palliative Care und Organisationsentwicklung). Seit 2016 Prodekanin der IFF. Arbeitsschwerpunkt: Partizipative Forschung in Palliative und Dementia Care.

Frau Dr.ⁱⁿ Elisabeth Reitinger

Assoziierte Professorin, Dr.in, Habilitation in Palliative Care und Organisationsforschung, stv. Leitung des Instituts für Palliative Care und OrganisationsEthik, Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt. Arbeitsschwerpunkte: Palliative Care im Alter, Leben mit Menschen mit Demenz, Ethische Fragen in der Altenhilfe, Gender in Betreuung und Pflege, qualitative Organisationsforschung.



Sonja Schneeweiss

SM andersrum – nachhaltiges Schmerzmanagement

Die Prävalenzerhebung bezüglich Schmerzen im AKH Wien – Medizinischer Universitätscampus 2013 hat einen eindeutigen Handlungsbedarf aufgezeigt. 39% der PatientInnen (n=1.112) gaben Schmerzen an, der Durchschnitt lag bei 4,6 auf der 11-teiligen NRS. Jede Profession setzt spezielle Maßnahmen zur Schmerzbehandlung, es zeigt sich jedoch wenig Koordination und Systematik.

Aufgrund dessen wurde die Implementierung eines systematischen multiprofessionellen Schmerzmanagements als strategisches Ziel der Direktion des Pflegedienstes aufgenommen. Um die Nachhaltigkeit zu sichern werden seitdem KollegInnen der Pflegepraxis in einer einwöchigen Fortbildung zu Schmerzmanagementbeauftragten fortgebildet. Diese koordinieren in Folge die systematische Implementierung des Schmerzmanagements auf der Station. Alle MitarbeiterInnen besuchen eine Kurzschulung (4 Stunden). Parallel dazu absolviert pro klinischem Bereich (ca. 6-12 Stationen) eine Kollegin/ein Kollege die Weiterbildung Algesiologische Pflege (200 Stunden). Diese intensiver ausgebildeten KollegInnen kommen in Folge ins ExpertInnenforum Schmerzmanagement, welches vom Koordinator für Schmerzmanagement in der Direktion des

Pflegedienstes 4x/Jahr einberufen wird. Diese ExpertInnen entwickeln hausweit gültige evidenzbasierte Dokumente, Leitlinien, Schulungsunterlagen, etc. die der systematischen evidenzbasierten Implementierung dienen. Gemeinsam mit den ÄrztInnen der klinischen Abteilung für Spezielle Anästhesie und Schmerztherapie und den PharmazeutInnen der Apotheke wurde ein Algorithmus zur Akutschmerztherapie für erwachsene PatientInnen mit dazugehöriger Analgetikalistie entwickelt.

Die Stationen werden im ersten Jahr der Implementierung engmaschig durch den Koordinator in der Direktion des Pflegedienstes begleitet. Die erste Überprüfung der erfolgreichen stufenweisen Implementierung des systematischen Schmerzmanagements erfolgt nach ca. einem Jahr anhand der Kriterien des DNQP Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (DNQP 2011). Ziel ist eine (interne) Zertifizierung der teilnehmenden Stationen innerhalb von drei bis sechs Jahren. Bis Ende 2017 sind 69 Stationen (56% aller Stationen) in die Implementierung eingebunden, die erste Station wird im Herbst 2017 zertifiziert. 2020 wird die Prävalenzerhebung wiederholt.

MMag.^a Sonja Schneeweiss, MAS

DGKP, Pflegewissenschaftlerin, Soziologin, LfGuKP, Krankenhausmanagerin, seit 2013 Leiterin der Abteilung Organisationsentwicklung in der Direktion des Pflegedienstes des AKH Wien – Medizinischer Universitätscampus.

Kontakt: sonja.schneeweiss@akhwien.at



Christine Németh

Evidenz-basiert statt Eminenz-basiert – Die Entwicklung einer evidenzbasierten Praxisleitlinie „Symptommanagement bei Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen“

An Krebs erkrankte Menschen erfahren durch Diagnostik und Therapie, sowie durch Spätfolgen verursachte, vielfältige belastende Symptome. Vor allem Fatigue, Haarausfall, Veränderungen des Geschmackssinns, Verminderung des sexuellen Verlangens und periphere Neuropathie sowie Niedergeschlagenheit, Sorgen und Zukunftsangst werden von den Betroffenen oftmals als körperlich und psychisch sehr belastend erlebt. Im Rahmen eines individuell angepassten Symptommanagements können diese Belastungen jedoch vermieden bzw. reduziert werden. Die Grundlage dazu bilden Interventionen und Empfehlungen einer evidenzbasierten Leitlinie.

Im Rahmen eines Kooperationsprojekts der Direktion des Pflegedienstes des AKH Wien – Medizinischer Universitäts-campus und des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Wien wurde eine Setting-spezifische evidenzbasierte Praxisleitlinie entwickelt, die Empfehlungen für das Management oben angeführter Symptome und Belastungen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten vereint. Besondere Berücksichtigung fanden hierbei lokale strukturelle Gegebenheiten und institutionelle Vorgaben, um die Leitlinie optimal praxisorientiert zu gestalten.

Die Leitlinie wurde analog international anerkannter Kriterien durch eine Arbeitsgruppe bestehend aus Expertinnen und Experten der onkologischen Pflegepraxis und Pflegewissenschaftlerinnen entwickelt. Klinische Fragestellungen wurden durch eine systematische Literaturrecherche beantwortet, die Ergebnisse wurden von den Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten ggf. angepasst, ergänzt und einer Bewertung unterzogen. Es wurden ausnahmslos Empfehlungen in die Leitlinie aufgenommen, die eine Empfehlungsstärke < 2 (Schulnotenprinzip) aufwiesen.

Inhalte der Empfehlungen sind Screening- und Assessmentinstrumente, präventive Strategien und therapeutische Optionen, die sowohl von Pflegenden bzw. Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, als auch Betroffenen selbst umgesetzt werden können. Um die Leitlinie optimal praxisorientiert zu gestalten, wurden lokale Gegebenheiten, Nahtstellen und Kontaktpersonen ebenfalls in die Empfehlungen integriert. Mit Beginn des nächsten Jahres werden die Inhalte der Leitlinie durch spezialisierte Pflegenden sukzessive in die onkologische Pflegepraxis des AKH Wien implementiert.

Christine Németh, BScN MScN

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin seit 1986, Pflegewissenschaftlerin, Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, Mitarbeiterin der Abteilung Organisationsentwicklung der Direktion des Pflegedienstes AKH Wien – Medizinischer Universitäts-campus, Arbeitsschwerpunkte: Onkologische Pflege, Familienorientierte Pflege, Bildungsmanagement, Fachbibliothek, Qualitäts- und Risikomanagement

Kontakt:

post_akh_pdr_poe@akhwien.at,

☎: +43 1 40400 65260



Silvia Raphaelis

Der Einfluss von schriftlicher Information und Beratung (WOMAN-PRO II Programm) bei Frauen mit vulvären Neoplasien: Eine multicenter, randomisierte, Phase-II Studie

Hintergrund: Vulväre Neoplasien sind Krebsvorstufen oder manifeste Krebserkrankungen in den äußeren weiblichen Genitalien. Es handelt sich dabei um seltene Erkrankungen mit einer weltweit steigenden Inzidenz. Operative Eingriffe stellen die Standardtherapie dar, welche zahlreiche biopsychosoziale Symptome und Schwierigkeiten im täglichen Leben verursachen. Diese könnten durch schriftliche Information oder Beratung gelindert. Bisher wurden jedoch keine unterstützenden Interventionen für diese Patientengruppe getestet. Das Ziel dieser Studie war es, die Wirkung von schriftlichen Informationen und Beratung miteinander zu vergleichen.

Methoden: Es wurde eine randomisiert-kontrollierte Phase-II Studie mit 2 Interventionsgruppen in insgesamt 5 Spitälern in der Schweiz und in Österreich durchgeführt. Frauen die zu den schriftlichen Informationen randomisiert wurden, erhielten ein vordefiniertes Set an Informationsblättern bezüglich der Wundpflege sowie spitalsinternen und -externen Gesundheitsdienstleistungen. Frauen, die zur Beratungsgruppe randomisiert wurden erhielten zusätzlich 5 Konsultationen mit einer Advanced Practice Nurse zwischen der Diagnose und 6 Monaten postoperativ, die auf das Symptommanagement, die Nutzung von

Gesundheitsdienstleistungen und gesundheitsrelevante Entscheidungen fokussierten. Das primäre Outcome der Studie war die Symptomprävalenz. Zusätzlich wurden unterschiedliche sekundäre Outcomes komplementär zu den Beratungszeitpunkten zwischen der Diagnose und 6 Monaten post-operativ gemessen.

Resultate: Insgesamt nahmen 49 Frauen mit vulvären Neoplasien an der Studie teil. Die Symptomprävalenz verringerte sich bis 6 Monate nach der Operation bei Frauen die eine Beratung erhielten signifikant in einem klinisch relevanten Bereich, während bei Frauen die schriftliche Informationen erhielten keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden konnten. Die Beratung zeigte außerdem Effekte bei den Informationsbedürfnissen, der krankheitsbezogenen Unsicherheit, der Lebensqualität und der Pflegequalität.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Beratung bei Frauen mit vulvären Neoplasien unterschiedliche Outcomes effektiver verbessert, als schriftliche Informationen alleine. Die Ergebnisse rechtfertigen die weiterführende Testung von Beratung in einer Phase-III Studie.

Frau Silvia Raphaelis

Ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der Onkologischen Pflege, vor allem auf Symptommanagement, Pflegeberatung und Interventionsforschung. Aktuell absolviert sie das Doktoratsstudium Sozialwissenschaften an der Universität Wien. Sie schloss 2011 das Individuelle Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien und 2012 die Gesundheits- und Krankenpflegeschule Hietzing ab.

**Sandra Korge**

Leben mit ALS – Lebensqualität bis zum bitteren Ende?

Die Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) ist ein neurologisches Krankheitsbild, bei dem die Betroffene/ der Betroffene innerhalb der ersten drei Jahre nach Diagnosestellung versterben. Bedingt durch den rasch fortschreitenden Prozess und dem subjektiv erlebten Ausmaß, welches die Amyotrophe Lateralsklerose annimmt, fühlen sich Patientinnen und Patienten im klinisch- und pflegerischen Alltag häufig nicht ausreichend verstanden.

Das Ziel dieser Studie war herauszufinden, wie Patientinnen und Patienten die ALS wahrnehmen und welche Möglichkeiten der Pflege zur Verfügung stehen, um die Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen besser verstehen und begegnen zu können. Sieben Studienteilnehmerinnen/ Studienteilnehmer wurden für die qualitative Studie über zwei multiprofessionelle Zentren der Charité Universitätsmedizin Berlin rekrutiert. Mit Hilfe eines Aufnahmegerätes wurden die Interviews durch die Autorin aufgenommen und transkribiert. Die Analyse der Daten erfolgte mit Hilfe der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring.

Das Erleben der ALS aus der Sicht der Betroffenen/ des Betroffenen kann in drei Phasen unterteilt werden, die idealtypisch nacheinander durchlebt werden. Die Phasen werden als „vor der Diagnosestellung“, „Konfrontation mit der Diagnose ALS“ und „beginnende Abwärtsbewegung“ beschrieben. Weitere Unterkategorien lassen sich zu den einzelnen Phasen zuordnen. In der Auseinandersetzung mit der ALS nutzen die Betroffene/ der Betroffene verschiedenste „Bewältigungsstrukturen“ um die Erkrankung zu bewältigen. Pflegerisches Handeln kann mit dem Pflegemodell von Corbin und Strauss begründet und umgesetzt werden. Nicht nur die Betroffene/ der Betroffene, sondern auch das nahe Umfeld sollte in die Versorgung einbezogen werden, denn sie haben eine enge Bindung zur Betroffenen/ zum Betroffenen. Grundsätzlich sollte eine professionelle Pflege so zeitnah wie möglich integriert werden, um möglichen Überforderungen und Überlastungen seitens der Betroffenen/ des Betroffenen sowie deren Angehörigen entgegenwirken zu können.

Sandra Korge, MSc

Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin in Deutschland und Studium des Pflegemanagements im Fachbereich Pflegewissenschaften an der Donau Universität Krems. Beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit der Pflege und Versorgung von chronisch verlaufenden, unheilbaren Erkrankungen. Derzeit als pflegewissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt „DekuPro-Sys“- Entwicklung eines telemetrischen multizentrischen Dekubitus-Prophylaxe-Systems tätig.



Andreas Kögler

Neue Betreuungskonzepte & Wohnformen

Bis zum Jahr 2050 wird sich die Anzahl der über 80-jähriger Menschen in Österreich beinahe verdreifachen. Das bedeutet, dass laut Bevölkerungsprognose der Statistik Austria¹ dann bereits jede siebente Person über 80 Jahre alt sein wird. Im fortschreitendem Alter steigt der Bedarf an Hilfe und Unterstützung eines älteren Menschen. Dies betrifft sowohl die Bereiche der Grundversorgung oder des Wohnens, als auch den Bereich der Pflege. Mit zunehmenden Alter nimmt auch das Risiko pflegebedürftig zu werden exponentiell zu.²

Diese Entwicklungen stellen das Sozialsystem, in der aktuellen Form vor schier kaum lösbaren Herausforderungen, da dies mittelfristig nicht mehr finanzierbar sein wird. Zeitgleich wird die Zahl der für die professionelle Pflege zur Verfügung stehenden Fachkräfte abnehmen.³ Gerade deshalb brauchen die Betroffenen und Angehörigen eine rasche, zielgerichtete Unterstützung sowie bestmögliche Begleitung vorort. In dieser Situation ist es sinnvoll die Eigenverantwortung und die Fähigkeiten innerhalb der sozialen Netzwerke und der Familien zu fördern und zu stärken. Dabei stehen zurzeit verschiedene Hilfsangebote zur Verfügung, welche von der Betreuung im familiären Umfeld, bei Bedarf mit Unterstützung professioneller Dienstleistungen

wie den mobilen Diensten, bis hin zu betreuten Wohn- und Pflegekonzepten reichen.⁴

Jedoch nimmt nicht bei jedem älteren Menschen mit einer Krankheitsdiagnose wie zum Beispiel Demenz, der Unterstützungsbedarf sofort ein Ausmaß an, welches eine Unterbringung, in einer betreuten Wohnform bis hin zu einem Einzug in ein Alten- und Pflegeheim, erforderlich macht. In einigen Fällen kann auf die Unterstützung von mobilen Dienstleistungen zurückgegriffen werden. Doch gibt es kaum geeignete Unterstützungsformen für Betroffene oder Angehörige in diesen Grenzbereichen. Dies erfordert neue Versorgungs- und Beratungskonzepte für die Menschen im Alter, außerhalb der klassischen mobilen oder stationären Pflege.

Ziel der Arbeit ist es aufzuzeigen, dass eine zielgerichtete Kombination verschiedenster Angebotsformen innerhalb einer bestimmten Region zielführend sein kann. Basierend auf dem Konzept der Sozialraumorientierung soll in der Altenbetreuung Möglichkeiten, zur bedarfsorientierte Gestaltungen des Umfeldes der Menschen, geschaffen werden, so dass diese länger selbstbestimmt und in Würde ihren Alltag bewältigen können.

Andreas Kögler

Wir haben leider noch keine Informationen erhalten

¹ Statistik Austria, *Bevölkerungsprognose, 2014*

² Vgl. Mayr/Lehner (2009), S. 9f.

³ Bertelsmann Stiftung 2016, *Pflege 2030*



Andreas Kocks

Survey der Akademisierungsquote an deutschen Universitätskliniken

Um dem Anforderungswandel in der komplexer werdenden Patientenversorgung in Krankenhäusern zukünftig besser gerecht werden zu können, wird eine verstärkte Qualifizierung und Einbindung von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen auch für Deutschland durch den Wissenschaftsrat empfohlen. Unklar ist der aktuelle Umsetzungsgrad der Empfehlungen. Die vorliegende Untersuchung des Netzwerkes Pflegeforschung des VPU ermittelt den Anteil hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen und deren Tätigkeitsprofil exemplarisch an deutschen Universitätskliniken und zeigt Entwicklungspotentiale wie auch Reformbedarfe auf.

Herr Andreas Kocks, BScN, MScN

Krankenpfleger und Pflegewissenschaftler (BScN, MScN, in Promotion) am Universitätsklinikum Bonn Deutschland, Standortprojektleiter im BMBF-Forschungsprojekt emp-CARE und Sprecher des **Netzwerkes Pflegeforschung an Universitätskliniken des VPU**. Das Netzwerk Pflegeforschung vernetzt aktuell 26 Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler an 19 Universitätskliniken in Deutschland. Im Zentrum stehen der Wissensaustausch und die gemeinsame Bearbeitung praxisrelevanter Forschungsthemen mit dem Ziel der Weiterentwicklung einer evidenzbasierten Pflege und der Förderung der hochschulischen Entwicklungen der Pflegeberufe.

andreas.kocks@ukbonn.de



Bettina Hanke

Schluss mit lustig, jetzt wird Humor unterrichtet

In der täglichen Praxis tritt Humor spontan innerhalb der Pflegebeziehung auf und kann auch gezielt eingesetzt werden, um diese zu gestalten. Aber Humor ist nicht gleich Humor. Um auf ihn adäquat zu reagieren und ihn professionell zu nutzen, ist eine theoretische Auseinandersetzung mit diesem Phänomen notwendig. Daher macht es Sinn, zukünftige Pflegepersonen bereits in der Ausbildung damit vertraut zu machen und sie dafür zu sensibilisieren. Ein Humorunterricht kann dies leisten und hat laut einer dazu durchgeführten Praxisforschung eine bemerkenswerte Wirkung auf Lernende: Spaß, Sensibilisierung für den Umgang mit Humor, Zuwachs im personenzentrierten Handeln und Unterstützung im Vertrauensaufbau zu Patientinnen/Patienten.

Bettina Hanke, MSc

Ist seit über 20 Jahren Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und war bis 2014 im Bereich der Pflege und Betreuung von Menschen mit intellektueller- und Mehrfachbehinderung tätig. Studierte an der Donau-Universität Krems Gesundheits- und Pflegepädagogik und lehrt seit 2014 an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Horn.



Nicole Duveneck

Pflege smart lernen – online reflektieren

Medienkompetenz ist in einem Feld, wie der Pflege, das von einer hohen Dynamik der Wissensentwicklung gekennzeichnet ist, unabdingbar und muss daher schon in der Ausbildung angelegt werden. Das aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und aus dem Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union (ESF) geförderte Projekt „CARO - Care-Reflection-Online: Mediengestützte Reflexion beruflicher Erfahrungen in der Pflegeausbildung“ zielt auf Entwicklung, Implementation und Evaluation einer computergestützten, fallbasierten, multimedialen und kooperativen Lernumgebung für die Pflegeausbildung an der Schnittstelle zwischen theoretischer und praktischer/ betrieblicher Ausbildung. Im Unterschied zu bereits bestehenden E-Learning-Angeboten, die vor allem auf Wissensaneignung abzielen, wird mit CARO die Förderung von hermeneutischen und reflexiven Kompetenzen fokussiert.

Präsentiert werden mehrere Sequenzen aus einer multimedialen Lernumgebung zum Thema „Die besondere Ungewissheit im pflegerischen Handeln am Beispiel der Pflege von Menschen mit Demenz“. Ausgehend von einer komplexen Fallsituation, die den Lernenden filmisch dargeboten wird, wird ein Lehr-/Lernmodul entwickelt, in dem – nach der Interaktionistischen Pflegedidaktik (Darmann-Finck 2010) – die Zieldimensionen Wissenschaftsbasierung, Interpretation und Verständigung sowie kritische Reflexion im Mittelpunkt der Erarbeitung von Kompetenzen und Wissen

stehen. Lernende nutzen die Kategorien der empirisch fundierten Theorie der besonderen Ungewissheit im pflegerischen Handeln von Evers (2012), um die in der Situation gegebenen Ursachen und intervenierenden Bedingungen zu ermitteln sowie mögliche Handlungs- und Interaktionsstrategien abzuleiten. Auch sind mehrere Lerneinheiten integriert, mit denen hermeneutisches Selbst- und Fremdverstehen angeregt wird, indem die Lernenden das Verständene zunächst szenisch darstellen, dann verbalisieren und schließlich anhand von Theorien vertiefen. Mittels einer dialektischen Vier-Ecken-Diskussion üben die Lernenden den Dreischritt von These-Antithese-Synthese und gelangen zu einem tieferen Verständnis u.a. des Widerspruchs von Begründungsverpflichtung und Entscheidungszwang. Durch ein digitales Classroom Management System steuern und gestalten die Pflegelehrenden den Unterricht. Die Lernenden wiederum erhalten Lernaufträge mittels mobiler APP, um sie selbstständig zu bearbeiten und sich innerhalb ihrer Lerngruppe virtuell dazu auszutauschen.

Frau Nicole Duveneck

Dipl. Berufspäd. Pflegewissenschaft und Lehrerin für Sek. II berufl. Fachrichtung Pflegewissenschaft/Psychologie; seit 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung; Tätigkeiten umfassen Lehre sowie Mitarbeit an verschiedenen Forschungsprojekten (aktuell „CARO - Care-Reflection-Online“), wissenschaftliche Dienstleistungen und Entwicklungsaufgaben im Studiengang Pflegewissenschaft; 12-jährige Berufstätigkeit als Gesundheits- und Krankenpflegerin in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Innere Medizin sowie Hämatologie und Onkologie



Peter Stanzl

Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“

Im Jahr 2015 wurden die letzten Schritte des Wiener Geriatriekonzepts von 2004 umgesetzt. Die aktuelle Strategie „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ knüpft direkt an das Geriatriekonzept an und stellt die Weichen zur Weiterentwicklung des Wiener Leistungsangebotes im Bereich Pflege und Betreuung für die kommenden Jahre.

Ein zentraler Ausgangspunkt ist die Beobachtung der demografischen Entwicklungen der wachsenden Stadt und eine dementsprechende Planung des künftigen Leistungsangebotes. Laut Bevölkerungsprognose der Wiener Landesstatistik wird die Zahl der Wienerinnen und Wiener, die 75 Jahre und älter sind von rund 129.500 im Jahr 2015 auf rund 178.000 Personen im Jahr 2030 ansteigen. Das bedeutet einen Anstieg von 48.500 Personen bzw. 37,5%.

Ein Schlüssel des neuen Strategiekonzepts liegt auf der Vermeidung bzw. Reduzierung von Pflegebedürftigkeit. Dies soll insbesondere durch eine Verstärkung der Rehabilitations- bzw. Remobilisationsleistungen erreicht werden. Die längere Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Selbstständigkeit entspricht auch dem Wunsch der Wienerinnen und Wiener, möglichst lange selbstständig in den eigenen vier Wänden leben zu können. Nachdem im Geriatriekonzept die stationären Einrichtungen im Mittelpunkt standen, rücken daher nun die mobilen und teilstationären Angebote sowie alternative Wohnformen stärker ins Zentrum.

Neben der Leistbarkeit der Angebote für die Kundinnen und Kunden bei gleichzeitiger Finanzierbarkeit des Systems steht zudem eine hohe Flexibilität der Leistungen, die durch Vielfältigkeit der Menschen bedingt wird, im Fokus. Mit dem inklusiven Ansatz der Wiener Pflege- und Betreuungspolitik werden Gender- und Diversitätsaspekte bei der Gestaltung der Leistungen berücksichtigt. Ein zusätzlicher Schwerpunkt der neuen Strategie liegt auf der Entlastung von pflegenden bzw. betreuenden Angehörigen. Der Beitrag gibt einen kurzen Überblick über diese und weitere inhaltliche Schwerpunkte.

Zudem wird der partizipative Prozess der Strategieentwicklung, in den die relevanten Wiener Akteurinnen und Akteure im Bereich Pflege und Betreuung eingebunden waren, vorgestellt und es wird kurz auf den aktuellen Stand der Umsetzung der Strategie eingegangen.

Herr DSA Peter Stanzl MAS

Magistratsabteilung 24 Gesundheits- und Sozialplanung
DSA Peter Stanzl, MAS ist Leiter der Gruppe Sozialplanung (Magistratsabteilung 24 Gesundheits- und Sozialplanung) in der Stadt Wien. Die Sozialplanung begleitete bereits die Umsetzung des Wiener Geriatriekonzepts 2004 und war federführend in die Erarbeitung der Strategie Pflege und Betreuung in Wien 2030 involviert, die sie nun auch bei der Umsetzung monitiert und begleitet. Mit März 2017 hat Peter Stanzl zusätzlich die Leitung des Projektes und der interdisziplinären Task-Force zur Reorganisation der Magistratsabteilung 40 Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht übernommen.



Doris Linsberger, Germania Pharmazeutika GmbH

Nachhaltige Pflegemaßnahmen in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Die Gesundheit der Frau ist eng verknüpft mit einer gesunden bakteriellen Besiedlung der einzelnen Körperregionen. Auf und in uns leben dauerhaft Myriaden von Bakterien, Amöben und Pilzen. Die Gesamtheit dieser 100 000 000 000 000 (hundert Billionen) Organismen bezeichnet man als das Mikrobiom. So wie jeder Mensch ein ganz persönliches Genom besitzt, hat er auch sein eigenes Mikrobiom. Im Rahmen dieses Vortrages soll die neue Wissenschaft der Mikrobiome mit der Pflege in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe verknüpft und wertvolle Tipps zur Anwendung für den klinischen Alltag gegeben werden.

Frau Dr.ⁱⁿ Doris Linsberger

Frau Dr. Doris Linsberger hat Ihr Studium der Medizin an der Universität Wien 1998 zur Fachärztin für Frauenheilkunde abgeschlossen. Berufstätigkeit: 1999 - 2003: Oberärztin an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe im KH Krems 1999 - heute: Wahlarztordination als Frauenärztin in Krems; Schwerpunkte: - Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung - Schwangerenbetreuung - Beratung in frauenspezifischen Fragen Standespolitik: 2003 - heute: Kammerfunktionärin in der NÖ. Ärztekammer 2008 - heute: nominiert von ÖÄK als Delegierte der österreichischen GynäkologInnen in der UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) Vorträge, Veranstaltungen: Im In- und Ausland für Fach- und Laienpublikum zu gynäkologischen Themen Seit 2003 Organisation der Frauengesundheitsenquete „Gesundheit für Sie“ mit NÖGKK



Christoph Klaus, Schülke & Mayr GmbH

schülke hat, was Keime fürchten: Die innovative Patientenkontamination mit octenisan®

Jeder Quadratzentimeter unserer Haut enthält bis zu 10 Millionen Bakterien. Diese sind für eine intakte Haut im Alltag absolut essentiell. Wird durch invasive Maßnahmen die natürliche Schutzbarriere der Haut durchbrochen, können Bakterien in das Innere des Körpers gelangen und Infektionen verursachen. Eines der wichtigsten Ziele moderner Krankenhaushygiene ist es, solche Infektionen zu verhindern. Aktuelle Studien zeigen, dass unterschiedliche Dekontaminationsmaßnahmen dieses Risiko erheblich senken können. In dem Symposium werden unterschiedliche Möglichkeiten erklärt: „gezielte Dekontamination“ vs. „universelle Dekontamination auf Intensivstationen“ oder „präoperative Dekontamination“? Was ist der Unterschied, und wann ist welche Maßnahme überhaupt zielführend?

Postoperative Wundinfektionen (engl. *surgical site infections*, SSI) zählen in Österreich aktuell zu einer der häufigsten Ursachen einer im Krankenhaus erworbenen Infektion und auch sog. „Multiresistente Erreger“ (z.B. MRSA, 4MRGN...) auf Intensivstationen sind ein zunehmend wichtiges Thema. Diese Keime sind für längere, schwerere Krankheitsverläufe und mehr Todesfälle verantwortlich, weil verfügbare Antibiotika oftmals keine ausreichende Wirksamkeit mehr zeigen. Die Therapie ist, sofern überhaupt möglich, zeit- und kostenintensiv. Der Wirkstoff Octenidin wird zunehmend zur Infektionsprävention eingesetzt (z.B. *octenisan*®). Der Vortrag gibt einen aktuellen Überblick über die Studienlage sowie eine Anwendungsempfehlung der Produkte, um die Patientensicherheit bei invasiven Eingriffen (Operation, Katheter, etc.) zu erhöhen.

Herr Dr. Christoph Klaus

Dr. Christoph Klaus verantwortet als Bereichsleiter *Marketing & Scientific Affairs* bei Schülke&Mayr GmbH in Österreich u.a. wissenschaftliche Themen aus dem Gebiet der Infektionskontrolle. Als promovierter Genetiker mit dem Schwerpunkt Immunologie war er während und nach dem Studium bei der Fa. Baxter als auch an der Medizinischen Universität Wien (Transplantationschirurgie) beschäftigt und ist seit 2011 bei Schülke&Mayr im internationalen Sektor tätig. Er befasst sich seit fast 7 Jahren mit der Prävention von Infektionen auf unterschiedlichsten Gebieten.



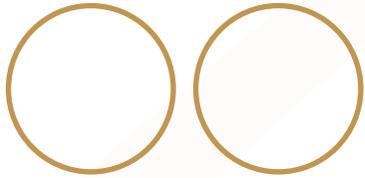
Sebastian Blondin, BD Medical

Optimale Katheterpflege unter Beachtung der neuen RKI-Richtlinien

Im Januar 2017 veröffentlichte die KRINKO ihre Empfehlungen zur Prävention von Infektionen die von Gefäßkathetern ausgehen. Im Rahmen dieses Vortrages möchten wir zusammen mit Ihnen die Infektionsprävention an vaskulären Zugängen diskutieren. Anschließend wird aufgezeigt wie BD Ihnen als verllässlicher Partner zur Seite steht und individuelle Lösungsansätze für Ihr Gefäßmanagement bietet.

Herr Sebastian Blondin

2016 bis heute: Becton Dickinson GmbH / Clinical Resource Consultant
2014 bis 2016: Frankfurt University of Applied Sciences / M. A. Pflege- und Gesundheitsmanagement
2013 bis 2014: Unity AG - Managementberatung / Geschäftsbereich Gesundheitswirtschaft
2011 bis 2014: University of Applied Sciences Fulda / B. Sc. Gesundheitsmanagement
2007 bis 2012: Main-Kinzig-Kliniken / Gesundheits- und Krankenpfleger / Intendisziplinäre Intensivstation
2007: Staatsexamen Gesundheits- und Krankenpfleger



Michael Freigassner und Cornelia Rottensteiner, ArjoHuntleigh GmbH
Frühmobilisation auf der Intensivstation

Wir haben leider noch keine Informationen erhalten.

Herr Michael Freigassner

Wir haben leider noch keine Informationen erhalten.

Frau Cornelia Rottensteiner

Wir haben leider noch keine Informationen erhalten.



Svetlana Geyrhofer und Wolfgang Jaksch, Grünenthal GmbH

Zalviso® – Innovatives Schmerzmanagement aus der Sicht der Anästhesie und der Pflege

Leider haben wir noch keine Informationen erhalten.

Frau Svetlana Geyrhofer, BA

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Akademisch geprüfte Expertin in der Anästhesiepflege, Expertin im Schmerzmanagement (Pain Nurse), Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, abgeschlossenes Bachelor-Studium der Bildungswissenschaften an der Universität Wien. Seit 2011 selbständig tätig bei PflegeminusSchmerz, Lehrgangsführung der Fort- und Weiterbildung Schmerzmanagement Seit Mai 2017 Vorstandsmitglied der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) und seit Oktober 2016 Präsidentin der Gesellschaft für Schmerzmanagement der Gesundheits- und Krankenpflege (GeSGuK)

Herr Wolfgang Jaksch

Medizinstudium an der Universität Wien 1979 – 1987. Turnus im Wilhelminenspital der Stadt Wien, praktischer Arzt seit 1.10.1993. Anschließend Ausbildung zum Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, Facharzt seit 1.2.1998, Oberarzt seit 1.6.2003. Ab 1996 Aufbau eines Schmerzkonsiliardienstes und einer Schmerzambulanz im Wilhelminenspital. Im Jahr 2006 initiierte ich das Projekt „Das schmerzarme Krankenhaus“ im Wilhelminenspital. Seit Juni 2015 Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft.



Benjamin Krautberger, BMASK

Der Pflegefonds – Ein Instrument zur Sicherung der Pflegefinanzierung

Im Bereich der Langzeitpflege beteiligt sich der Bund - zusätzlich zu den Geldern über den Finanzausgleich - über den Pflegefonds maßgeblich an den Kosten für die Sicherung sowie den bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebotes in der Langzeitpflege. Das im Jahr 2011 verabschiedete Pflegefondsgesetz dient als wichtiges harmonisierendes Element für Pflege- und Betreuungsdienstleistungen. So wurden aus Mitteln des Pflegefonds für die Jahre 2011 bis 2016 insgesamt € 1,335 Milliarden zur Verfügung gestellt.

Mit der Novelle des Pflegefondsgesetzes, welche mit 1. Jänner 2017 in Kraft getreten (BGBl. I Nr. 22/2017) ist, wurde der Pflegefonds bis zum Jahr 2021 mit einer Gesamtdotierung von € 1.914 Mio. verlängert (ab 2018 jährliche Valorisierung der Dotierung des Pflegefonds um 4,5 %).

Widmung des Zweckzuschusses für den Aufbau, Ausbau und die Sicherung folgender Angebote:

- mobile Betreuungs- und Pflegedienste (u.a. auch Hospiz- und Palliativbetreuung)
- stationäre Betreuungs- und Pflegedienste
- teilstationäre Tagesbetreuung
- Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen
- Case- und Caremanagement
- alternative Wohnformen
- mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste (ab 2017)

Für die Erweiterung der Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung werden für die Dauer der Finanzausgleichsperiode 2017 – 2021 zusätzlich € 18 Mio. jährlich zweckgebunden zur Verfügung gestellt.

Herr Benjamin Krautberger

Seit 2013 Referent im Sozialministerium im Bereich Pflegevorsorge.



Katharina Bewer, EBSCO GmbH

Wie integriere ich evidenzbasiertes Wissen in die Pflegepraxis?

In dem Kurzvortrag „Wie integriere ich evidenzbasiertes Wissen in die Pflegepraxis?“ geht es um die Voraussetzungen, Herausforderungen und Möglichkeiten der Implementierung von evidenzbasiertem Wissen in den Pflegealltag. Die Kluft zwischen Theorie und Praxis wird beleuchtet und welche Wege es gibt, diese zu überbrücken. Tipps zur praktischen Umsetzung sowie hilfreiche Tools zur Benutzung im Arbeitsalltag werden vorgestellt. Ein Einblick in die CINAHL Datenbank, eine der bedeutendsten Quellen für die Pflegewissenschaft sowie den Nursing Reference Center von EBSCO ergänzen den Vortrag.

Frau Katharina Bewer

Ist Regional Sales Manager bei EBSCO Information Services. Sie hat jahrelange Erfahrung im Bereich der Versorgung mit relevanten Fachinformationen und berät medizinische Kunden, Pflegeakademien, Forschungsinstitute sowie Gesundheitseinrichtungen in Österreich, Deutschland und der Schweiz. Der schnelle und einfache Zugriff auf evidenzbasierte Informationen wird dabei immer wichtiger und deshalb ist auch das einer der Beratungsschwerpunkte. Ihr Studium an der Universität Mainz hat sie in den Fächern Amerikanistik, romanische Philologie und Germanistik mit dem Magister Atrium abgeschlossen.



Günter Zusag, mcm medical management gmbh

Vernetzung intra-extramural – Bereit für die Zukunft

Wirtschaftliche Faktoren (Mangel an Human- und Sachressourcen), Kultur und Life work balance sowie Einwohnerdichte werden die Form der Kooperationsmodelle bestimmen. Die Steigerung der älteren Bevölkerung, Verknappung der Geldmittel im öffentlichen und privaten Bereich, Medizinertourismus, Mangel an Schwestern, praktischen Ärzten am Land, Pensionierungswelle lässt ein Spannungszustand entstehen, dass auch vor dem Gesundheitssystem in Österreich nicht Halt macht. Medizinische Dienstleister wählen neue und komplexere Kooperationsformen, die Urbanisierung und die Life-Work-Balance Betrachtungen der Ärzte und Schwestern ergeben die Notwendigkeit von Versorgungsmodellen, die in unterschiedlicher Ausprägung in den Gesundheitsmärkten Schweiz, Deutschland, Dänemark, Schweden, Finnland und auch in Österreich schon bestehen oder im Wandel sind.

Herr Günter Zusag, mcm medical management gmbh

Geb. 14.5.1958. Studium „Elektro& biomedizinische Technik“, TU Graz. Ist Unternehmer seit > 25 Jahren, beschäftigt sich mit Projektentwicklung und Verkauf von Gesundheitsprojekten. Hat in Österreich über 60 Krankenhausprojekte im Bereich Medizinökonomie, Medizintechnik & Funktionsplanung umgesetzt. Breite internationale Erfahrung, über 15 Jahre in über 20 Gesundheitsmärkten, mit mehr als 40 internationalen Projekten, beginnend mit der Einführung des österreichischen LKF Systems in Polen (Weltbankprojekt), Medizintechnikpaketen und Krankenhausprojekte mit Finanzierungen der ÖKB. Enge Kontakte zur Außenwirtschaftsorganisation, diversen Ministerien (Gesundheit). Initiator und über 6 Jahre Manager des IMC international Medical Cluster, gewählter Sprecher der „ECA Export cooperation Austria“- Cluster der AWO (Außenwirtschaftsorganisation). Autor des Buches „Einstieg in die internationale Projektfinanzierung“. Erstellung einer Vielzahl von Marktanalysen im Gesundheitswesen für Polen, Türkei, Litauen, CH, D. Spezialisierung in den letzten 6 Jahren auf Versorgungsmodelle im extramuralen Bereich in der DACH Region- UMBAU-NEUBAU-FINANZIERUNG – MEDI-CUBE -DIE WUNSCHORDINATION



Günter Forsthuber, R. Heintel Medizintechnik GmbH

Standards in der Mundpflege bei beatmeten Patienten

Leider haben wir noch keine Informationen erhalten.

Herr Günter Forsthuber, R. Heintel Medizintechnik GmbH

Akademische Hygienefachkraft Zertifizierter klinischer
Risikomanager

2014 - heute freiberufliche Hygienefachkraft

2009 - heute Hygienefachkraft Zentrum für Krankenhaus-
hygiene und Infektionskontrolle SALK/ Uniklinikum der
PMU Lehrer für Gesundheitsberufe Vortragender



Peter Keiblinger, Peter Keiblinger Pflege-Consulting

Pflegedokumentation „neu, schlank und effizient“. Die große Dokudiät - ein Vortrag zur nachhaltigen Verschlankung der Pflegedokumentation!

Dieses Seminar dient der Vereinfachung und Verbesserung der Dokumentationsleistungen.

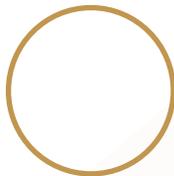
Anhand der Schritte des Pflegeprozesses und der Erstellung des Pflege/Betreuungsbericht wird im Vortrag kurz erläutert wo echte Dokumentationsleistungen zu erbringen sind und was man in Zukunft weglassen kann.

Erläutert werden auch die unterschiedlichen Planungsvarianten, die eine signifikante Arbeitserleichterung bringen.

Ebenso wird auf die Rahmenbedingungen eingegangen, welche Standards und/oder SOP's (Standard Operating Procedure) sind notwendig um schlank dokumentieren zu können.

Herr Peter Keiblinger, Peter Keiblinger Pflege-Consulting

Hauptberufliche Tätigkeit als Einzelunternehmer für das Gewerbe der Unternehmensberatung einschließlich der Unternehmensorganisation für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege. Hauptsächlich als Trainer für Themenbereiche der Gesundheits- und Krankenpflege tätig. Derzeit werden verschiedenste Projekte in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen angeboten und durchgeführt. - Sachverständiger für die Gesundheits- und Krankenpflege.



Franjo Markovic, Bundesarbeitskammer

„(Schwer)arbeit Pflege?“ Invaliditäts- und Schwerarbeitspension für Pflegeberufe

Leider haben wir noch keine Informationen erhalten.

**Herr Franjo Markovic,
Bundesarbeitskammer**

Leider haben wir noch keine Informationen erhalten.



Günter Flemmich, HEI Consulting **Gesundheitsberufe im Wandel**

Die Gesundheitsberufe sehen sich mit starken Veränderungen in ihrer Arbeit konfrontiert, die eine Neuorientierung ihrer Berufswelt vor allem im elektronischen und organisatorischen Umfeld erfordert. Eine ständige Überforderung in ihren Aufgaben ist die Folge dieser ständigen Umstrukturierungen. Das vorliegende Buch stellt sich die Aufgabe die Entwicklung darzustellen und auf die Probleme hinzuweisen. Die Herausgeber haben sich bemüht qualifizierte Fachexperten zu den unterschiedlichen Themenbereichen heranzuziehen.

Herr Prof. Dr. Günter Flemmich, HEI Consulting

Jurist, HEI Consulting; ehem. Bundesarbeitskammer, (Gesundheitsgespräche, Gesundheit- und Soziales INFO) Akademie für Gesundheitsberufe, Gesundheitsberufekonferenz, MTF/MAB Verband, Professor für Erwachsenenbildung, Juristenkommission, Gesellschaft für Medizinrecht, Publikationen: Einführung in das Gesundheitsrecht und in die Gesundheitsökonomie, GuKG Kommentar, MTDKommentar, Gesundheit und Soziales, MABKommentar.

kongressprogramm: Freitag, 1. Dezember 2017

Selbst:Bewusste Pflege



podium

E1	14:30 – 16:00	Wichtiges richtig – Richtiges wichtig : gestalten (Manuela Blum, A, Ursula Frohner, A, Meinild Hausreither, A, Rudolf Hundstorfer, A, Birgit Meinhard-Schiebel, A, Monika Wild, A)
-----------	---------------	---

aktuelle.pflegepolitische.fragen

E1	09:00 – 10:00	News aus dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Meinild Hausreither, A, Paul Resetarics, A)
	10:00 – 11:00	Ein neues Register für Gesundheitsberufe – was hat das mit mir zu tun? (Manuela Blum, A, Bundesarbeitskammer)
	11:00 – 12:00	Berufspolitische Themen aus der Sicht des ÖGKV (Ursula Frohner, A)
	12:00 – 13:00	Strategie gegen den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen: Ein nationales Projekt der Schweizer Hochschulen Gesundheit (Sabine Hahn, CH)
	13:00 – 14:00	Der Vorsorgedialog in der Praxis – Umsetzung im Pilotheus St. Bernadette, NÖ (Brankica Cegar, A, Mustafa Salkovic, A)

pflege.wissenschaft

E2	09:00 – 09:30	Die Situation pflegender Kinder und Jugendlicher in Österreich: Eine Bestandsaufnahme nach fünf Jahren Forschung, Unterstützung und gesellschaftlicher Aufmerksamkeit (Martin Nagl-Cupal, A, Universität Wien)
	09:30 – 10:00	Der Weg zur RADAR-A: Übersetzung und erste Ergebnisse zur Validität der österreichischen Delir-Screening-Skala (Jutta Wetzlmair, A, Umit, Hall in Tirol)
	10:00 – 10:30	Erste Ergebnisse des REIF-Projekts (Firuzan Sari-Kundt, A, PMU Salzburg)
	10:30 – 11:00	Informationsbroschüren für PflegeheimbewohnerInnen: Was macht Sinn? (Daniela Schoberer, A, Med Uni Graz)
	11:00 – 11:30	Musik als Intervention zur Reduktion von Angst und Schmerz bei Dickdarmspiegelungen (Jan Daniel Kellerer, A, Umit, Hall in Tirol)
	11:30 – 12:00	Was lernen Pflegepersonen in ihrer Ausbildung über Mangelernährung? (Doris Eglseer, A, Med Uni Graz)
	12:00 – 12:30	Prämierung wissenschaftlicher Poster (Martin Nagl-Cupal, A, Universität Wien)
	12:30 – 13:00	Komplexes Medikamentenregime bei chronisch Erkrankten – Eine empirische Grundlage zur Entwicklung eines Edukationskonzeptes für PatientInnen und Angehörige im klinischen Setting (Melanie Mattes, A, Universität Wien)
	13:00 – 13:30	Nursing Development Unit: Fluch oder Segen für die pflegerische Praxis? (Nadja Nestler, A, PMU Salzburg)
	13:30 – 14:00	Hearing – doing – reflecting: learning. Aktionsorientiertes Lernen als Basis der Implementierung des Grundprinzipienmodells im Rahmen des Projekts Innovative Landespflegeheime Niederösterreich (Eva Zojer, A, Universität Wien, Hanna Mayer, A, Universität Wien)

pflege.management

F1	09:00 – 10:00	Arbeitszeitmodelle in Skandinavien – Was ist bei uns umsetzbar? (Sabine Richter, D)
	10:00 – 11:00	Flexibilisierung der Arbeitszeit – Steigerung der Attraktivität des Arbeitsplatzes oder organisatorische Notlösung zur Krisenbewältigung? (Knut Dahlgaard, D)
	11:00 – 12:00	Selbstbewusstes Management – Betriebsführung versus Pflege: ein Widerspruch? (Marianne Fehringer, A)
	12:00 – 13:00	Vertrauen im Wandel (Elisabeth Rogy, A)
	13:00 – 14:00	Budgetverantwortung und Haftung für das Pflegemanagement (Dieter Welbich, A)



pflege.netz

F2	09:00 – 10:00	Geflüchtete und professionelle Pflege: Herausforderungen und Konzepte (Wilfried Schnepf, D)
	10:00 – 11:00	Integration von Geflüchteten in Pflegeberufen (Christoph Vieten, D)
	11:00 – 12:00	Projekt "migrants care" – Schritte zum Pflege- und Betreuungsberuf (Sandra Neruda, A)
	12:00 – 13:00	Die Aufgaben der Pflege bei der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten (Alisa Banovic, D, Alexander Hochmuth, D, Juliane Schulz, D)
	13:00 – 14:00	Wer pflegt ELGA? (Günter Rauchegger, A)

pflege.fach.assistent

N1	09:00 – 10:00	„Wenn es sie nicht gäbe, müsste man sie erfinden?“ - PflegehelferInnen des SRK in der Gesundheitsversorgung der Schweiz (Madeleine Bernet, CH, Marianne Stäubli, CH)
	10:00 – 11:00	Arbeitsbelastungen von Pflegehelferinnen und -helfern des SRK in der Schweiz (Anna Ziegler, CH)
	11:00 – 12:00	Neue Organisationsform im Kontext der GuKG-Novelle 2016 und im Rahmen des Kompetenzmodells (Waltraud Haas-Wippel, A, Andrea Sallegger, A, Anke Stalzer, A)
	12:00 – 13:00	SOZIALBETREUUNGSBERUFE – selbstbewusste PartnerInnen der Gesundheitsberufe (Susanne Kunze, A)
	13:00 – 14:00	Wirkungen und Nebenwirkungen der GuKG-Novelle 2016 (Angelika Hais, A, Caroline Krammer, A)

pflege.robotik

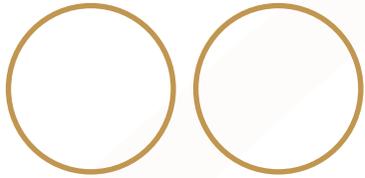
N2	09:00 – 10:00	Robotik in der Pflege? Chancen, Akzeptanz und ethische Fragen (Barbara Klein, D)
	10:00 – 11:00	Professionalisierung durch Technik? Verwendung und Wirkung sozial assistiver Robotik in der Demenzbetreuung (Christoph Dukat, A, Michaela Pfadenhauer, A)
	11:00 – 12:00	Pflegende Roboter – Robotisierte Pflege: Zum technologisch Unbewussten der Pflege (Benjamin Lipp, D)

professionals.meet.experts

N2	12:00 – 14:30	Impulsvortrag und Diskussion (professionals: Elisabeth Hahn, A, Marina Koubek, A, Birgit Meinhard-Schiebel, A / experts: Hanna Fiedler, A, Konstantin Prager, A)
-----------	---------------	---

pflege.praxis.plus

M1	09:00 – 10:00	Aggression von PatientInnen und BesucherInnen aus Sicht von PflegemanagerInnen: Die PEROPA-Projektergebnisse (Birgit Heckemann, CH)
	10:00 – 11:00	GEWALTige Vorbereitung: Wie können Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege auf Aggressions- und Gewalterfahrungen vorbereitet werden? (Alexander Karlin, A)
	11:00 – 12:00	Gewaltprävention im Krankenhaus – Herausforderungen, Phantasien, Chancen, Umsetzungsmöglichkeiten (Christian Cohen-Brichta, A, Manfred Konlechner, A)
	12:00 – 13:00	(Lebens-)Qualität in der Langzeitpflege: Methoden, Beurteilungen, Erwartungen und Perspektiven (Gudrun Bauer, A)
	13:00 – 14:00	Pflegehandlungen in Verbindung mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen aus straf- und medizinrechtlicher sowie ethischer Sicht (Karin Bruckmüller, A)



Meinhild Hausreither und Paul Resetarics

News aus dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Leider haben wir noch keine Informationen erhalten.

Frau Meinhild Hausreither, BMGF

Leider haben wir noch keine Informationen erhalten.

Herr Mag. Paul Resetarics, MSc, BMGF

Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger, Sonderausbildung für Lehraufgaben an der Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen Wien, Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien, Master in Science (Pflegepädagogik) an der Universität Graz. 1987-1999 in unterschiedlichen Bereichen der Pflegepraxis tätig. 1999-2007 Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege. Seit 2008 Chief Nursing Officer (CNO), Bundesministerium für Gesundheit. Lfd. Lehrbeauftragter, Fachbuchautor.

Manuela Blum, Bundesarbeitskammer

Ein neues Register für Gesundheitsberufe – was hat das mit mir zu tun?

Ausgangssituation: Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG), Quelle: www.bmgf.gv.at

Die Sicherung der Gesundheitsversorgung ist eine wesentliche öffentliche Aufgabe. Um auf zukünftige Herausforderungen rechtzeitig reagieren zu können, braucht es eine Gesamtsicht sowie Vorgaben, wohin sich das Gesundheitssystem entwickeln soll. Die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung ist in Österreich geteilt, sie liegt beim Bund, den Ländern und Gemeinden sowie bei der Sozialversicherung. Mit dem ÖSG wird sichergestellt, dass Gesundheitsversorgung in ganz Österreich ausgewogen verteilt und gut erreichbar ist und in vergleichbarer Qualität auf hohem Niveau angeboten wird. Auf Basis valider Zahlen, **wo welche** Leistung **durch welche Berufsangehörige** angeboten wird, können Versorgungslücken und entsprechende Planungen getätigt werden.

Herausforderung – Anzahl der Personen im Gesundheitswesen

Quelle: www.statistik.at, In den **österreichischen Krankenanstalten** waren Ende 2016 insgesamt 91.419 Arbeitskräfte als nicht-ärztliches Fachpersonal tätig, darunter 59.165 Personen in der Dienstsparte Gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege, 15.475 Personen arbeiteten in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten sowie den medizinisch-technischen Fachdiensten und 15.301 Personen waren in den Pflegehilfen und Sanitätshilfsdiensten tätig. **Unbekannt** ist die Anzahl jener Pflegepersonen sowie die Zahl der gehobenen medizinisch-technischen Fachkräfte,

die **außerhalb der österreichischen Krankenanstalten** beschäftigt sind. Diese Wissenslücke wird nun geschlossen. Wo sind welche Berufsangehörige eingesetzt bzw. tätig?

Verpflichtende Zählung – Antrag auf Registrierung

Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber eine Zählung in Form einer verpflichtenden Registrierung angeordnet. Die Eintragung ins Register ist zukünftig die Voraussetzung für die Berufsberechtigung! Alle, die am 1.7.2018 ihren Beruf ausüben, müssen bis zum 30.06.2019 einen Antrag auf Registrierung stellen. AbsolventInnen bzw Berufsangehörige, die nach einer längeren Unterbrechung wieder ihren Beruf ausüben wollen, müssen vor Berufsantritt einen Antrag auf Registrierung bei der zuständigen Registrierungsbehörde stellen.

Registrierungsbehörde: Für Arbeiterkammer-Mitglieder (zB ArbeitnehmerInnen, Karenzierte, Arbeitssuchende) ist die Arbeiterkammer (AK) zuständig. Alle anderen Berufsangehörigen, insbesondere freiberuflich oder ehrenamtlich Tätige sind bei der Gesundheit Österreich GmbH zu registrieren. Sind Sie Arbeiterkammer-Mitglied und gleichzeitig freiberuflich tätig, hängt die Zuständigkeit davon ab, welche Art der Tätigkeit überwiegt. Für Unternehmen mit einer bestimmten Anzahl an zu registrierenden Berufsangehörigen ermöglicht die AK-Registrierungsbehörde darüber hinaus eine zeitsparende Antragstellung direkt im Unternehmen. Der Termin und die genauen Modalitäten werden zwischen der AK-Registrierungsbehörde und dem Unternehmen unter Einbeziehung des Betriebsrates vereinbart. Die dafür vorgesehenen Termine finden Sie ab Juli

2018 auf gbr.arbeiterkammer.at und auf der Website der für Sie zuständigen Arbeiterkammer. Auskünfte erteilen Ihnen auch Ihr Betriebsrat und Ihre ArbeitgeberInnen. Die GÖG als Registrierungsbehörde bietet für Berufsangehörige in ihrem Zuständigkeitsbereich Termine in den Bundesländern an. Informationen und Termine finden Sie auf www.goeg.at.

Antrag Für die Registrierung ist die Abgabe eines schriftlichen Antrages und der erforderlichen Nachweise notwendig. Antrag und Nachweise können Sie entweder persönlich bei der für Sie zuständigen Registrierungsbehörde oder online mit elektronischer Signatur (Bürgerkarte oder Handysignatur).

Weiterführende Informationen finden Sie unter:

gbr.arbeiterkammer.at bzw www.goeg.at

Mag.a Manuela Blum, Juristin und eingetragene Mediatorin, langjährige Mitarbeiterin in der AK Wien. Seit 2016 Projektleiterin in der Bundesarbeitskammer für die Umsetzung des Gesundheitsberuferegister-Gesetzes.

Frau Mag. Manuela Blum, Bundesarbeitskammer

Juristin und eingetragene Mediatorin, seit über 20 Jahren in der AK beschäftigt. Aktuell: Projektleiterin in der AK zur Umsetzung des Gesundheitsberuferegister-Gesetzes



Ursula Frohner

Berufspolitische Themen aus der Sicht des ÖGKV

Vor Ort wird tagesaktuell referiert und daher kein Abstract online geschaltet.

Frau Ursula Frohner, ÖGKV

Berufliche Laufbahn: Umfangreiche Berufspraxis im Akut-, Intensiv- und Langzeitpflegebereich. Seit 2007 Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV) und Vorsitzende der Österreichischen Pflegekonferenz (ÖPK).



Sabine Hahn

Strategie gegen den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen: Ein nationales Projekt der Schweizer Hochschulen Gesundheit

Im Jahr 2014 wurden in der Schweiz rund 179'000 Pflege- und Betreuungspersonen gezählt. Diese setzen sich aus diplomierten Pflegefachpersonen mit einem tertiären Abschluss, Fachpersonen Gesundheit oder Betreuung mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis, Assistent/-innen Gesundheit und Soziales mit eidgenössischem Berufsattest und Hilfspersonen ohne Ausbildung oder mit Kurzausbildung zusammen. Der Personalbedarf an Pflege- und Betreuungspersonal wird bis ins Jahr 2025 landesweit um 20% ansteigen. Momentan wird die Nachfrage nach diplomiertem Pflegefachpersonal in der Schweiz jedoch nur zu 43% abgedeckt. Dieser Mangel wird zusätzlich durch frühen Berufsausstieg und Abwanderung verstärkt. Es wird prognostiziert, dass der zukünftige Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonen nur zu 57% durch Ausbildung gedeckt werden kann. Damit die gute Qualität der Gesundheitsversorgung weiterhin gewährleistet werden kann, stellt der Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen eine der wichtigsten Herausforderungen dar. Initiativen, die zur optimalen Nutzung der Personalressourcen beitragen sowie die Verweildauer im Beruf erhöhen, sind dringend gefragt. Eine vom Bund und den Schweizer Hochschulen geförderte Kooperation der Hochschulen Gesundheit

(Berner Fachhochschule; Fachhochschule St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften; Fachhochschule Westschweiz; Fachhochschule der italienischen Schweiz und Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften) begegnet unter der Leitung der Berner Fachhochschule dieser Herausforderung. Sie gründeten deshalb im Jahr 2017 das „Competence Network Health Workforce“ (CNHW). In verschiedenen Standortprojekten zur Thematik erarbeiten sie mit Unterstützung nationaler Partner und einem internationalen wissenschaftlichen Beirat bis 2020 Grundlagenwissen und Massnahmen, um den Personalmangel im Gesundheitswesen zu bekämpfen. Die Datenlage zu den Themen Berufsverweildauer, Gründe für den Berufsverbleib bzw. Ausstieg, neue Zusammenarbeitsmodelle, Stressoren am Arbeitsplatz, verbesserter Einbezug von Angehörigen in die Pflege, Fehlerkultur sowie der Umgang mit ethischen Herausforderungen wird überprüft und es werden nutzbringende Interventionen für Praxis und Lehre entwickelt. Im Vortrag werden die beschriebenen Themenfelder sowie die Zielsetzung und der Aufbau eines Kompetenzzentrums für den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen der Schweiz erläutert.

Frau Prof. Dr.ⁱⁿ Sabine Hahn, PhD

Ist Pflegewissenschaftlerin und Dipl. Pflegeexpertin. Sie leitet an der Berner Fachhochschule (CH) die Disziplin Pflege und die angewandte Forschung und Entwicklung/ Dienstleitung Pflege. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Kompetenz- und Qualitätsentwicklung und deren Messung sowie zukünftige Anforderungen an Gesundheitsberufe. Weitere Themen sind psychiatrische und psychosoziale Pflegeforschung sowie Aggressions- und Sicherheitsforschung im Gesundheitswesen.



Brankica Cegar und Mustafa Salkovic

Der Vorsorgedialog in der Praxis – Umsetzung im Pilotheus St. Bernadette, NÖ

Als Teil der Caritas der ED

Wien ist das Pflegewohnhaus St. Bernadette bemüht, eine ganzheitliche Betreuung und Pflege sowie Leben in Würde bis zuletzt für Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen zu ermöglichen.

Der Vorsorgedialog als Kommunikationsmittel, bietet die Möglichkeit den Willen bzw. den mutmaßlichen Willen der BewohnerInnen festzuhalten, um den Wünschen entsprechend agieren zu können. Unser Anliegen den Menschen Sicherheit und Selbstbestimmung bis Lebensende zu bieten, bekräftigt die Entscheidung das Pilotheus bei der Implementierung des Vorsorgedialogs in Österreich zu sein. In unserem Beitrag stellen wir den Weg zum Vorsorgedialog und den Implementierungsprozess vor.

Frau Brankica Cegar

Qualitätsbeauftragte, Caritas Pflegewohnhaus St. Bernadette. Langjährige Berufserfahrung als DGKP. Nach der Ausbildung zur DGKP folgt das Studium der Germanistik, Universität Wien und Weiterbildung Qualitätsmanagement, Donau-Universität Krems.

Herr Mustafa Salkovic

Haus- und Pflegedienstleitung, Caritas Pflegewohnhaus St. Bernadette. Langjährige Berufserfahrung als DGKP und Wohnbereichsleitung. Nach der Ausbildung zur DGKP folgen Weiter- und Sonderbildungen, wie Management an der NÖ Akademie Mödling, Palliativpflege in Salzburg, Ausbildung zur EU zertifizierten Heimleitung an der Sozialakademie Kardinal-König-Haus, Sonderausbildung für Führungsaufgaben am St. Hippolyt. Teilnahme und Leitung von Caritas internen und externen Projekten in Wien und NÖ.



Martin Nagl-Cupal, Universität Wien

Die Situation pflegender Kinder und Jugendlicher in Österreich: Eine Bestandsaufnahme nach fünf Jahren Forschung, Unterstützung und gesellschaftlicher Aufmerksamkeit

In Österreich kann man davon ausgehen, dass rund 3,5 Prozent aller minderjährigen Kinder und Jugendlichen regelmäßig an der Pflege und Betreuung eines chronisch kranken Familienmitglieds beteiligt sind. Diese sog. Young Carers haben in Österreich vor mittlerweile rund fünf Jahren thematisch Platz genommen. In dieser Zeit ist in den Bereichen der Forschung, Unterstützung und der öffentlichen Aufmerksamkeit einiges getan worden, was für eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit diesem Thema wichtig ist. Österreich steht dennoch weiterhin mit seinen Bemühungen vor großen Herausforderungen. Eine Bestandsaufnahme nach fünf Jahren „Young Carers“ in Österreich zu zeichnen, wie sich Österreich international und im Vergleich mit anderen Ländern hier positioniert, was noch zu tun ist, und warum die Pflege hierbei eine Schlüsselrolle einnimmt, sind wesentliche Punkte dieses Vortrages.

Herr Mag. Dr. Martin Nagl-Cupal

Universitätsassistent, stellvertretender Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Wien. Forscht und lehrt zum Thema familienorientierter Pflege mit den Schwerpunkten pflegende Kinder und Jugendliche sowie Familien mit kranken Kindern.



Jutta Wetzlmair, Umit, Hall in Tirol

Der Weg zur RADAR-A: Übersetzung und erste Ergebnisse zur Validität der österreichischen Delir-Screening-Skala

Hintergrund: Delir-Screeninginstrumente sind im Rahmen des Pflegeassessment essentiell. In der Literatur sind gegenwärtig fünf pflegebezogene Screeninginstrumente zur Risikoeinschätzung eines Delirs beschrieben, drei davon liegen nicht in deutscher Sprache vor.

Zielsetzung: Ziel der Untersuchung war es, das kurze und benutzerfreundliche Instrument Recognizing Acute Delirium As part of your Routine (RADAR) systematisch zu übersetzen und die Inhaltsvalidität der österreichischen RADAR (RADAR-A) Version 1.0 zu bestimmen.

Methodik: Die Übersetzung erfolgte gemäß den International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research (ISPOR) Prinzipien. Personen aus drei verschiedenen Kohorten (N=137) des Gesundheitsbereiches beurteilten die itembezogene inhaltliche Relevanz und Verständlichkeit. Die Datenanalyse erfolgte neben der absoluten und prozentuellen Häufigkeitsangabe mittels Content Validity Index und des Kappa-Koeffizienten.

Ergebnisse: Nach dem abgeschlossenen Übersetzungsprozess der RADAR lag mit der RADAR-A ein Instrument vor, deren drei Items hinsichtlich Inhaltsvalidität überprüft werden konnten. So erreichte der Item-Content Validity Index (I-CVI) gute Werte zwischen 0.80 und 0.95. Auch die Kappa-Koeffizienten zeigten exzellente Übereinstimmungen ($0.80 \leq \kappa \leq 0.95$). Bei der Scale-Content Validity Index/Average Methode (S-CVI/Ave) wurden zufriedenstellende Resultate erzielt (S-CVI/Ave 0.82 - 0.87).

Schlussfolgerung: Die Resultate lassen vermuten, dass mit der abgebildeten Anzahl an Items aus dem Item-Universum für das Risikoeinschätzen eines Delirs für das jeweilige Praxisfeld vorliegt. Ein Einsatz im Gesundheitsbereich kann dennoch nicht empfohlen werden, da der Bedarf besteht, die RADAR-A hinsichtlich der prognostischen Validität zu prüfen und weiterzuentwickeln.

Frau Jutta Wetzlmair, BScN, MScN

DGKP (Innsbruck 2007), Bachelorstudium der Pflegewissenschaft und derzeit Masterstudium an der UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik. Seit 2016 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie an der UMIT.

Mag. Dr. phil. Alfred Steininger

DGKP, Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege an der Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder Wien und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie an der UMIT.



Firuzan Sari-Kundt, PMU Salzburg Erste Ergebnisse des REIF-Projekts

Das REIF Projekt (Längsschnittstudie) befasst sich mit der Frage, ob es im Laufe der Pflegeausbildung bzw. Pflegestudium zu einer Steigerung der Berufskompetenzen (anhand eines Fragebogens und eines Fallbeispiels) kommt, die Reflexionsfähigkeit erhöht wird, sich eine klare Berufsidentität herauskristallisiert und inwiefern Burnout bzw. Coolout in der Ausbildung eine Rolle spielt. Zu diesem Zweck wurden die Kohorten der 2014 Studienanfänger und angehenden GKP Schüler der kooperierenden Krankenpflegeschulen befragt. Obwohl das Projekt erst Ende 2017 abgeschlossen wird, werden im Vortrag erste Erkenntnisse dargelegt.

Frau Firuzan Sari-Kundt, MPH MA

- Studium Public Health – Epidemiologie (2005-2010)
- Studium Soziologie (1999-2002)
- Programm Koordinatorin (2003-2011) Medizinische Universität, The Ohio State University, Ohio, USA, Forschungstätigkeiten im pädagogischen und geriatrischen Bereich.
- Wissenschaftliche Mitarbeiterin (2013-Gegenwart) für Forschungsförderungsanträge, Lehre (Englisch) und im Bereich COPD, Reflexionsfähigkeit und Berufsidentität in der Pflegeausbildung.



Daniela Schoberer, Med Uni Graz

Informationsbroschüren für PflegeheimbewohnerInnen: Was macht Sinn?

Einleitung: Informationsbroschüren zu pflegerelevanten Problemen sind wesentlich in der Schulung und Aufklärung von BewohnerInnen und deren Angehörigen. Durch das Anbieten von Informationsbroschüren kann einerseits die Kommunikation zwischen BewohnerInnen, Angehörigen und Pflegepersonen verbessert werden und andererseits ein niederschwelliger Zugang zu Informationen geboten werden. Aufgrund altersbedingter kognitiver Veränderungen und einer im Vergleich zu jungen Erwachsenen eher passiven Haltung zu Entscheidungen der eigenen Gesundheit (1) sind an Schulungsmaßnahmen mit Informationsmaterialien bei PflegeheimbewohnerInnen spezielle Anforderungen zu stellen.

Im Rahmen dieses Beitrages sollen folgende zwei Forschungsfragen beantwortet werden: Wie sollen Informationsbroschüren inhaltlich und graphisch aufgebaut sein, um den Bedürfnissen von PflegeheimbewohnerInnen gerecht zu sein. Welche Aspekte müssen bei deren Implementierung beachtet werden, um Informationsbroschüren effektiv bei PflegeheimbewohnerInnen einsetzen zu können.

Methode: Im Rahmen einer Literaturrecherche in internationalen Datenbanken und Internetquellen wurden Anforderungen an Informationsbroschüren für PflegeheimbewohnerInnen identifiziert sowie Maßnahmen, die zur effektiven Schulung von PflegeheimbewohnerInnen beitragen.

Ergebnisse: Die Entwicklung von Informationsbroschüren erfordert einen systematischen Erstellungsprozess, bei dem

BewohnerInnen, deren Bezugspersonen sowie Pflegepersonen miteinbezogen werden. Um qualitativ hochwertige Informationsbroschüren für PflegeheimbewohnerInnen zu entwickeln sind folgende Aspekte zu integrieren: aktuelles wissenschaftliches Wissen zum interessierten Thema, Lerntheorie(n), laienverständliche Sprache mit hoher Lesbarkeit, klares Design und Methoden zur Interaktion mit der Broschüre. Effektive Informationsbroschüren müssen weiters die Möglichkeit bieten, das Informationsangebot zu individualisieren (z.B. durch freie Flächen). Bei der Implementierung haben sich motivierende Maßnahmen, die Entwicklung von bewohnerinnenorientierten Zielen und interaktive Schulungsmaßnahmen als effektiv herausgestellt.

Schlussfolgerung: Informationsbroschüren müssen evidenz- und theoriebasiert sein und den Bedürfnissen und Anforderungen der BewohnerInnen entsprechen, um für PflegeheimbewohnerInnen einen größtmöglichen Nutzen zu haben.. Dies erfordert die Einbeziehung von BewohnerInnen in den Erstellungsprozess. Die zielgruppenorientierte Erstellung von Informationsbroschüren garantiert jedoch nicht deren Nutzung. Verschiedene Strategien, wie Motivationstechniken, sind erforderlich um Informationsbroschüren effektiv in den Pflegealltag zu implementieren.

Yardley L, Donovan-Hall M, Francis K, Todd C. Older people's views of advice about falls prevention: a qualitative study. Health Educ Res. 2006;21(4):508-517.

Frau Dr. rer.cur. Daniela Schoberer BSc, MSc

Ist Senior Lecturer am Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz. Im Rahmen ihrer Dissertation beschäftigte sie sich mit der Verfügbarkeit, der Qualität sowie der Entwicklung und Implementierung von Informationsbroschüren. Als Diplomkrankenschwester war sie in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz sowie am LKH. Univ. Klinikum Graz im Fachbereich Evidence-based Nursing tätig.



Jan Daniel Kellerer, Umit, Hall in Tirol

Musik als Intervention zur Reduktion von Angst und Schmerz bei Dickdarmspiegelungen

Hintergrund: Die Kolonoskopie erfährt mit Einführung der Screening-Programme zur Prävention des kolorektalen Karzinoms und seiner Vorstufen eine Zunahme an Bedeutung. Allerdings wird die Untersuchung als schmerzhaft, risikoreich und beschämend wahrgenommen. Die Angst, Schmerzen zu verspüren, sowie die Angst vor dem Eingriff in die Intimsphäre sind weitere Gründe für eine Verweigerung der notwendigen Untersuchung. Die Literatur beschreibt die Anwendung von Musik als angst- und schmerzreduzierende Komplementärmaßnahme im Rahmen koloskopischer Eingriffe und empfiehlt Musik als komplementärpflegerische Intervention und als Standardmaßnahme im Angstmanagement.

Ziel: Ziel der systematischen Übersichtsarbeit war somit, die Wirksamkeit des Einsatzes von Musik im Rahmen koloskopischer Untersuchungen auf die Reduktion von Angst- und Schmerzempfinden darzustellen.

Methodik: Im Rahmen einer Literaturrecherche wurden die Datenbanken CINAHL, Academic Search Elite, Cochrane Library und MEDLINE durchsucht. Nach Abschluss der Identifikations-, Selektions- und Beurteilungsphase wurden insgesamt 13 Studien in die Literaturarbeit einbezogen.

Ergebnisse: Drei Studien zeigen die Angst unter Musikeinfluss signifikant vermindert, drei weitere finden diesen Effekt bezüglich des subjektiven Schmerzerlebens. Darüber hinaus wird in sechs Studien eine Reduktion der sedierenden Medikamente beschrieben. Angstassoziierte physiologische

Parameter zeigen sich positiv beeinflusst. Die Bewertung der Untersuchungserfahrung, die Patientenzufriedenheit sowie die Bereitschaft zur Wiederholung der Untersuchung sind unter Musikeinfluss deutlich verbessert.

Diskussion: Die Studienergebnisse sind inhomogen. Trends hinsichtlich der Verringerung situativer Angst zeichnen sich unter Musikeinfluss ab. Ebenso kann ein vermindertes Schmerzempfinden festgestellt werden. Die Heterogenität der Ergebnisse könnte unter anderem auf die studienspezifischen Unterschiede in der praktischen Durchführung, der Datenerhebungsmethoden und der Ergebnisdarstellung zurückzuführen sein. Eine studienübergreifend gemeinsame Schwäche ist der inkohärente Gebrauch an subjektiven Messinstrumenten. Insgesamt wird Musik per se als Interventionsmaßnahme in den Studien sehr unterschiedlich angewandt, was einen Rückschluss hinsichtlich positiver oder negativer Eigenschaften der eingesetzten Musik als Interventionsinstrument nicht zulässt.

Schlussfolgerungen: Der Effekt von Musik als komplementäre Intervention ist nur unter Vorbehalt nachweisbar. In der qualitativen Bewertung der Untersuchungen durch die Patienten kann eine signifikante Erhöhung der Untersuchungszufriedenheit und eine Verbesserung der allgemeinen Untersuchungserfahrung gezeigt werden. Da die Intervention selbst kaum einen Mehraufwand für die Pflegekräfte bedeutet und keine ungewollten Nebenwirkungen aufweist, ist unter diesem Aspekt eine Implementierung in den Praxisalltag zu befürworten.

Herr Jan Kellerer, BScN

Nach seiner Diplomierung zum Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpfleger im Jahr 2001 war Jan Daniel Kellerer, BScN sowohl im intra- als auch extramuralen Bereich in der ambulanten Patientenversorgung tätig und spezialisiert auf diagnostische und interventionelle Endoskopie. Er ist seit Oktober 2015 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie an der UMIT-Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik in Hall in Tirol.



Doris Eglseer, Med Uni Graz

Was lernen Pflegepersonen in ihrer Ausbildung über Mangelernährung?

Hintergrund: Zwischen 20% und 50% der hospitalisierten PatientInnen und bis zu 71% der PflegeheimbewohnerInnen sind mangelernährt oder haben ein Risiko für Mangelernährung. Dies kann zu negativen Folgen, wie z.B. Infektanfälligkeit, beeinträchtigter Wundheilung, Komplikationen oder zu vermehrten Krankenhauseinweisungen führen. Pflegepersonen sind häufig mit betroffenen PatientInnen/BewohnerInnen konfrontiert und nehmen in der Therapie von Mangelernährung eine wichtige Rolle ein. Nicht immer werden jedoch in der täglichen Praxis adäquate Interventionen gesetzt. Pflegepersonen nennen in aktuellen Studien, unter anderem, fehlendes Wissen als Barriere zur Durchführung adäquater Maßnahmen. Daher ist Ziel dieser Arbeit, aufzuzeigen, ob, in welchem Umfang und welche Inhalte diplomierte Pflegepersonen zum Thema Mangelernährung in ihrer Grundausbildung lernen.

Methoden: Es wurde eine umfassender Literaturrecherche in diversen medizinischen Datenbanken durchgeführt. Zusätzlich wurde ein Online-Survey mittels Survey Monkey in 31 europäischen Ländern initiiert. Der Survey wurde im Jänner und Februar 2017 an europäische Ausbildungsinstitutionen versendet. Die Daten wurden mit SPSS 22 analysiert und mittels deskriptiver Statistik ausgewertet. Die vorliegende Ergebnispräsentation ist eine vorläufige Auswertung, da die Erhebung noch nicht vollständig abgeschlossen ist.

Ergebnisse: Die Literaturrecherche ergab, dass es keine publizierten Studien zur Forschungsfrage gibt. Es ist, laut aktueller Literatur, nicht bekannt ob, in welchem Umfang und welche Inhalte Pflegepersonen zum Thema Mangelernährung in ihrer Ausbildung lernen. Eine erste Auswertung der Daten des Surveys zeigt, dass Mangelernährung nicht in jeder Institution im Unterricht thematisiert wird. Häufig wird die Thematik von Pflegepersonen und nicht von ExpertInnen wie z.B. DiätologInnen im Gebiet der (Mangel) Ernährung unterrichtet. Wenn in den Institutionen das Thema Mangelernährung in der Ausbildung vorkommt, dann zeigen sich häufig Lücken bei den unterrichteten Inhalten, beispielsweise werden Screeningtools selten thematisiert.

Schlussfolgerungen: Es ist anzunehmen, dass das Thema Mangelernährung nur in geringem Maße in der Ausbildung von Pflegepersonen behandelt wird. Das bedeutet, dass Pflegepersonen in der Praxis sich selbstständig um Fort- und Weiterbildungen bemühen müssen, um mangelernährte PatientInnen/BewohnerInnen adäquat pflegen und behandeln zu können. Da fehlendes Wissen und negative Einstellungen zum Thema Mangelernährung häufig als Barriere für adäquate Interventionen gesehen werden, sollte hier angesetzt werden und das Thema bereits in der Grundausbildung der Pflegepersonen aufgegriffen werden und entsprechende Lehr-/Lernmodule entwickelt werden.

Frau Doris Eglseer

MedUni Graz

Universitätsassistentin und Doktorandin am Institut für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz. Diätologin mit mehrjähriger Tätigkeit im klinischen Bereich sowie in der Freiberuflichkeit (diverse Beratungen, Vorträge, Workshops für PatientInnen, Pflegepersonal und ÄrztInnen). Forschungsinteressen: Mangelernährung, (Klinische) Ernährung, Geriatrie.



Martin Nagl-Cupal, Universität Wien

Prämierung Wissenschaftlicher Poster

Eingereichte wissenschaftliche Poster werden prämiert.



Melanie Mattes, Universität Wien

Komplexes Medikamentenregime bei chronisch Erkrankten – Eine empirische Grundlage zur Entwicklung eines Edukationskonzeptes für PatientInnen und Angehörige im klinischen Setting

Hintergrund und Zielsetzung: Durch Krankenhausaufenthalte kann es zu Änderungen des Medikamentenregimes kommen. Diesbezüglich sind Erkrankte nach der Entlassung oft unzureichend informiert (Knight et al., 2011). Teils sind Angehörige unterstützend involviert (Haslbeck, 2010). Im Krankenhaus empfiehlt sich eine angepasste Edukation. Pflegende können hierfür prädestiniert sein (Stauffer et al., 2015). Bislang fehlt jedoch ein umfassendes evidenzbasiertes Konzept. Das Ziel der Studie besteht darin, erste Empfehlungen für ein Edukationskonzept für eine Privatklinik zu erarbeiten.

Methodik: Den methodischen Rahmen bildet das Utrechter Modell (van Meijel et al., 2004) zur Entwicklung von komplexen Interventionen, wobei in dieser Studie der Fokus auf die Entwicklungsphase gelegt wird. Es erfolgte ein Literaturreview sowie eine Bedürfnisanalyse anhand von 9 qualitativen Interviews mit älteren chronisch Kranken und 3 Angehörigen. Die Auswertung bezog sich zuerst auf die Ebene der Einzelfälle, danach wurde eine Cross-Case-Analyse durchgeführt. Die Analyse der bestehenden Praxis erfolgte durch ein Fokusgruppeninterview mit 11 Pflegenden und wurde inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Aus der rezenten Literatur ist ersichtlich, dass sich Interventionen/Strategien vornehmlich auf

die Wissenserweiterung, die Adhärenz und eine sichere Medikamentenverwendung beziehen. Die Bedürfnisanalyse verdeutlicht, dass die Erkrankten tendenziell über einen niedrigen Wissensstand in Bezug auf ihre Medikamente/Krankheiten verfügen, auch zeigen sich Informationsdefizite bei Hilfsmitteln. Die geänderten und komplexeren Regimes stellen Herausforderungen dar. Erkrankte befürworten die Medikation und/oder hinterfragen sie. Die Unterstützung durch die Angehörigen variiert je nach Bedarf. Aus der Fokusgruppe wird ersichtlich, dass Pflegende zentrale Ansprechpersonen in Bezug auf die Medikation sind. Sie wenden bereits bestimmte Maßnahmen und Strategien an, doch bestehen Grenzen der fachlichen und/oder individuellen Kompetenz.

Schlussfolgerung: Ein Edukationskonzept sollte sich am Verlauf des Klinikaufenthaltes (Aufnahme, Stationsalltag, Entlassung) orientieren und den Prozess des Medikamenten selbstmanagements sowie die Optimierung der kontextuellen Rahmenbedingungen fokussieren. Den Ergebnissen entsprechend sollte es die Ebenen Verhalten, Kognition und Emotion (Segmüller, 2015) berücksichtigen.

Literatur:

Knight, D. A., Thompson, D., Mathie, E., & Dickinson, A. (2011). „Seamless care? Just a list would have helped! Older people and their carer’s experiences of support with medication on discharge

home from hospital. Health Expect, 16(3), 277-291. doi:10.1111/j.1369-7625.2011.00714.x

Haslbeck, J. (2010). Medikamente und chronische Krankheit. Selbstmanagementanforderungen im Krankheitsverlauf aus Sicht der Erkrankten. Bern: Huber.

Segmüller, T. (Ed.) (2015). Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege. Rückblick auf 20 Jahre Entwicklung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Stauffer, Y., Spichiger, E., & Mischke, C. (2015). Komplexe Medikamentenregime bei multimorbiden älteren Menschen nach Spitalaufenthalt - eine qualitative Studie. Pflege, 28(1), 7-18. doi:10.1024/1012-5302/a000400

van Meijel, B., Gamel, C., van Swieten-Duijffjes, B., & Grypdonck, M. H. F. (2004). The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. Journal of Advanced Nursing, 48(1), 84-92.

Melanie Mattes, BA MSc

Universität Wien, Pflegewissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Arbeitsschwerpunkte: Medikamenten selbstmanagement, partizipative Forschung. DGKP im Privatspital Rudolfinerhaus, Wien.

Univ.-Prof. Mag._a Dr._{in} Hanna Mayer

Universität Wien, Professorin für Pflegewissenschaft, Vorstandin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Wien, internationale Lehr- und Gutachtertätigkeit, Fachbuchautorin. Arbeitsschwerpunkte: Forschungsmethodologie (im Speziellen qualitative Forschung) und Forschungsethik, onkologische und gerontologische Pflege.



Nadja Nestler, PMU Salzburg

Nursing Development Unit: Fluch oder Segen für die pflegerische Praxis?

Aufgrund sich ändernder Rahmendingungen sowie eines immer komplexer werdenden Wissensbestandes in der Pflege und den Anforderungen durch den medizinischen Fortschritt bedarf es einer veränderten Pflegepraxis. Der medizinische Fortschritt bewirkt auch einen Anstieg an pflegebedürftigen Personen wie auch der Zunahme der Komplexität der beruflichen Pflege. Das Ziel einer hochwertigen pflegerischen Versorgung kann daher zukünftig nur erfüllt werden, wenn eine Orientierung an pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen gegeben ist. Pflegerisches Handeln bedarf einer wissenschaftlichen Legitimation, die durch die Anwendung von Forschungsergebnissen und deren Evaluation erreicht wird (Eberhardt 2014).

Da in Österreich eine akademische Ausbildung erst in den letzten Jahren vorangebracht wurde, sind bisher deutlich weniger akademisch ausgebildete Pflegenden in der Praxis tätig als in anderen europäischen Ländern. Zudem zeigt sich, dass das alleinige Vorhandensein akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen noch keine Veränderung der Pflegepraxis mit sich bringt. Es bedarf strukturierter Maßnahmen zur Integration von akademisch gebildeten Pflegefachpersonen in die tägliche pflegerische Versorgung. Das Fehlen des Transfers von Forschungsergebnissen in die Pflegepraxis kann begründet werden mit einer Loslösung wissenschaftlicher Erkenntnisgewinnung von der Praxis. Ferner sind noch zu häufig zu wenig oder keine Möglichkeiten der „Übersetzung“ wissenschaftlicher Erkenntnisse

für die Praxis gegeben. Dies nicht zuletzt, da entsprechende wissenschaftlich versierte Führungspersonen, wie sie international vorhanden sind, fehlen (Eberhardt & Wild 2017).

Um eine evidence-basierte Pflege voran zu bringen, können Nursing Development Units (NDU) genutzt werden. Hierunter können sowohl Abteilungen einer Praxiseinrichtung oder universitären Einrichtung als auch Forschungsprojekte in Einrichtungen verstanden werden. Immer wird damit Innovation, Fortschritt und Professionalisierung in der Pflege verstanden. *Nursing Development Units* entwickeln neue Formen der Gesundheitsversorgung und neue Formen des Pflegeangebotes (Dätwyler 2002).

Um in Praxiseinrichtungen eine evidence-basierte Pflegepraxis zu etablieren, können Forschungsprojekte zu Fragestellungen aus der Praxis genutzt werden und unter Zuhilfenahme eines systematischen Vorgehens mittels eines Modells zur Konzeptualisierung in NDU's umgesetzt werden. Über solche spezifischen Themen können sich kleine Keimzellen für eine evidence-basierte Pflegepraxis entwickeln, die bestmöglich eine initiale Zündung für einen Kulturwechsel in Gesundheitseinrichtung hin zu evidence-basierter Pflegepraxis bewirken. Um die Implementierung einer evidence-basierten Pflegepraxis nachhaltig einzuführen und einen Kulturwechsel zu ermöglichen, wird von unserer Arbeitsgruppe das Advancing Research and Clinical Practice through Close Collaboration-Modell präferiert. Dies verfolgt das Ziel Gesundheitseinrichtungen einen organisierten

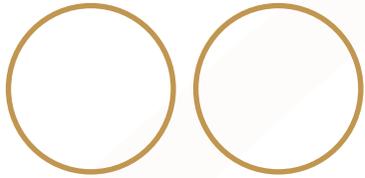
Konzeptrahmen bereit zu stellen um Evidenz basierte Praxis einzuführen und Qualitäts-Outcomes zu erreichen. Dieses Vorgehen ermöglicht eine Bearbeitung praxisrelevanter Fragestellungen sowie eine Verzahnung von Forschung und Praxis. Somit kann dieses systematische Vorgehen eine evidence-basierte Pflegepraxis befördern und nachhaltig sicherstellen.

Frau Dr.ⁱⁿ Nadja Nestler

nadja.nestler@pmu.ac.at

wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis der Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg im Projekt InTherAKT: Initiative zur (Arzneimittel)Therapiesicherheit in der Altenhilfe durch Kooperation und Teamwork

Gesundheits- und Krankenpflegerin sowie Mitleiterin der Abteilung für Nursing Development Units, Sprecherin des ständigen Beirats der Deutschen Schmerzgesellschaft, Mitglied der Expertenarbeitsgruppe zur Erarbeitung der Nationalen Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten bzw. chronischen Schmerzen



Eva Zojer und Hanna Mayer, Universität Wien

Hear – Do – Reflect – Learn. Aktionsorientiertes Lernen als Basis der Implementierung des Grundprinzipienmodells im Rahmen des Projekts „Innovative Landespflegeheime Niederösterreich“

Hintergrund & Ziel

Im Rahmen eines Praxisentwicklungsprojektes wurde für die LPHs in Niederösterreich ein Konzept für Pflege und Betreuung im Langzeitpflegebereich entwickelt. Um eine flächendeckende Umsetzung dieses in allen Landespflegeheimen zu realisieren und einen Prozess der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Praxis zu initiieren wurde ein Folgeprojekt mit dem Ziel die selbst-gesteuerte Umsetzung anzustoßen, diese zu begleiten und zu reflektieren, durchgeführt.

Methode und Vorgehen

Dem gesamten Prozess liegt das Prinzip des Action Learnings nach Reg Revans (2011) zugrunde. Um den Prozess zu initiieren, wurde ein Vorgehen bestehend aus wechselnden Phasen von Workshops und Praxisphasen gewählt. Die Workshops bieten den TeilnehmerInnen die Möglichkeit zur kritischen Reflexion, zum gegenseitigen Austausch und zur Vernetzung. Fokus der Praxisphasen ist es, durch eine eigenverantwortliche und selbst-gesteuerte aktive Auseinandersetzung mit dem Grundprinzipienmodell den kritischen Reflexionsprozess mit der eigenen Praxis anzuregen, um vorhandene Ressourcen aber auch Veränderungspotenziale zu erkennen. Die Praxisphasen werden durch Telefonkonsultationen begleitet.

Ergebnisse und Ausblick

Im Rahmen der ersten Projektphase konnte für jedes der 43 Landespflegeheime auf Grundlage der selbst erarbeiteten Ergebnisse ein individuelles Hausprofil erstellt werden. Dieses beinhaltet eine Operationalisierung der 6 Grundprinzipien auf Mesoebene, Falldarstellungen, sowie einen ersten Umsetzungsplan, welcher die weitere Vorgehensweise im jeweiligen Haus abbildet. Die Hausprofile verstehen sich als Momentaufnahme, bilden jedoch eine erste gemeinsame Verständigungsbasis und Struktur für weitere Entwicklungsmaßnahmen.

Aufbauend auf die erste Projektphase fokussiert die zweite Projektphase im Sinne einer personenzentrierten Unternehmenskultur auf die Bearbeitung der MitarbeiterInnenebene.

Quellen

Revans, Reginald W. (2011). ABC of Action Learning. Farnham, England: Gower.

Mag. Eva Zojer

Pflegewissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:

Kommunikations- und Interaktionsgestaltung in der Langzeitpflege (Schwerpunkt Demenz), Partizipative Forschungsmethoden, Vernetzung von Wissenschaft und Praxis, Praxisentwicklung

Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Professorin für Pflegewissenschaft, Vorständin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Wien, internationale Lehr- und Gutachterstätigkeit, Fachbuchautorin

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:

Entwicklung und Etablierung der Pflegewissenschaft in Österreich; Curricularentwicklung im tertiären Bereich; Forschungsmethodologie (im Speziellen qualitative Forschung) und Forschungsethik, Onkologische Pflege, Altersbezogene Pflege.



Sabine Richter

Arbeitszeitmodelle in Skandinavien – Was ist bei uns umsetzbar?

Drei Tage arbeiten, drei Tage frei - das klingt zu schön, um wahr zu sein. „In Schweden hat sich dieses Arbeitszeitmodell im Gesundheitswesen bewährt“, berichtete Sabine Richter, Pflegedirektorin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel.

15 Jahre lang arbeitete sie am Universitätsklinikum Linköping in Schweden und stellt interessante Abreiszeitmodelle aus Skandinavien vor.

„Um Personal zu gewinnen und zu binden, müssen Krankenhäuser neue Wege gehen.“

Schon immer galt Skandinavien als Vorreiter, was Work-Life-Balance und flexible Arbeitszeiten angeht. Das Modell „3+3“ wurde nicht nur am Universitätsklinikum Linköping,

sondern auch am Karolinska-Universitätskrankenhaus in Stockholm sowie in schwedischen Reha-Kliniken und Pflegeheimen erprobt. Es handelt sich dabei um eine 85-Prozent-Anstellung, bei der einige tarifliche und vertragliche Grundvoraussetzungen gegeben sein müssen - dann wird es 100 Prozent vergütet.

„Weil die Mitarbeiter sich besser erholen, sinken die Kosten für Krankheitstage um über 40 Prozent, auch die Überstunden sinken, weil die Dienstzeit etwas verlängert wird.“

Zudem spart der Arbeitgeber teure Recruiting-Kosten ein, weil weniger Mitarbeiter kündigen.

„Nach zwei Jahren ist ein wirtschaftlicher Gewinn zu erwarten - eine Win-Win-Situation für Arbeitgeber und Arbeitnehmer“.

Frau Sabine Richter

Ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerin. Absolvierte eine Zusatzausbildung zur Mentorin mit praktischer Ausbildung. Zusatzqualifikationen in Projektmanagement, Study Nurse und Changemanagement. Studium „Management im Gesundheitswesen“. Ist seit 2015 Pflegedirektorin am UKSH Campus Kiel.



Knut Dahlgaard

Flexibilisierung der Arbeitszeit – Steigerung der Attraktivität des Arbeitsplatzes oder organisatorische Notlösung zur Krisenbewältigung?

Der Begriff „Arbeitszeitflexibilisierung“ verheißt den Pflegenden ihren Bedürfnissen entsprechend gestaltete Arbeitszeiten und den Einrichtungen einen effizienten Personaleinsatz. Die Realität sieht gegenwärtig noch anders aus. Nur wenige Einrichtungen können unterschiedliche Arbeitszeitbedürfnisse erfassen und in ein überzeugendes Organisationskonzept transferieren. Anstelle dessen werden Appelle gesendet, die Pflegenden sollten 'flexibel' beim Auftreten von Personalengpässen reagieren.

Der Vortrag zeigt Ansätze auf, wie gleichzeitig ein verstärkter Personaleinsatz sichergestellt und Spielräume für eine flexible Gestaltung der Arbeitszeit von Beschäftigten geschaffen werden kann.

Herr Prof. Dr. rer.pol. Knut Dahlgaard

Seit 1998 Professor für Betriebswirtschaftslehre und Personalmanagement an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Pflege und Management. - Forschungs- und Entwicklungsprojekte an der HAW zum Themenbereich Kooperatives Prozessmanagement im Gesundheitswesen. Beratungsprojekte für PROCARE CONSULT zu den Themenbereichen Personalmanagement, Organisation und Change Management im Sozial- und Gesundheitsbereich.



Marianne Fehringer

Selbstbewusstes Management – Betriebsführung versus Pflege: ein Widerspruch?

Frau Marianne Fehringer, MSc, MAS

Fehringer Management & Consulting GmbH als Ergebnis eines langjährigen Berufsweges und vieler milestones der als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester 1979 im AKH begann. 20-jährige Tätigkeit als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, anschließend erste Führungstätigkeiten als Pflegedirektorin in unterschiedlichen Einrichtungen, anschließend Prokuristin und Pflegedirektorin der Wiener Privatklinik und Geschäftsführerin der angeschlossenen Pflegeheime. Danach Geschäftsführerin der Firma Humanocare, zuständig für 11 Unternehmen in Österreich. Expertisen: Betriebsorganisationen und Betriebsführung, Konzeptentwicklungen, Führung und Management. Qualitäts- und Risikomanagerin im Gesundheitswesen –Trainerin, Prüferin, Auditorin –der Quality Austria, Lektorin an der Donauuniversität Krems.



Elisabeth Rogy

Vertrauen im Wandel

In der heutigen Zeit, geprägt vom Wandel, sind viele Krankenhäuser in Österreich von Veränderungen betroffen. Das Gewohnte verändert sich und die Führungsherausforderung in diesen, sich ständig verändernden Systemen gilt es, zu bewältigen. In der Planungs- und Umsetzungsphase der Veränderung besteht immer ein Risiko für einen Vertrauensverlust bei den MitarbeiterInnen. Anhand von Erfahrungen, die Stationsleitungen in Veränderungsprozessen erlebt haben, ergibt sich eine Handlungsempfehlung für Führungskräfte der basalen und mittleren Pflegemanagementebene, wie Veränderungsprozesse optimal gestaltet werden können, um einem Vertrauensverlust bei den MitarbeiterInnen vorzubeugen.

Führung in Zeiten der Veränderung ist eine Herausforderung für jede Führungskraft, denn es verändert sich die Szenerie langfristig und anhaltend. Diese Umbruchsituationen erzeugen ein Gefühl der Machtlosigkeit. Die MitarbeiterInnen sind verunsichert und dies erzeugt wiederum bei der Führungskraft Verunsicherung. Diese Verunsicherung kann bis zum Vertrauensverlust führen.¹

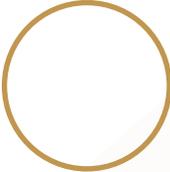
In Change Managementprozessen will eine optimale Ausgestaltung des Weges vom Ausgangspunkt zum Zielpunkt erreicht werden. Der Fokus liegt auf der Gestaltung des Weges zum Ziel und nicht in der Anwendung von Methoden der strategischen Zielplanung. Change Management ist eine

Aufgabe, die sich vor allem nach innen auf die Betroffenen, der zu wandelnden Organisation und auf das sich in Veränderung befindliche Unternehmen, richtet. Retrospektiv lag der Managementschwerpunkt auf der Vermittlung von Methoden zur Strategiefindung. Die Umsetzung der Strategie im Unternehmen wurde als Automatismus gesehen, wobei in der Umsetzung die größte Herausforderung liegt. Die Realisierung von Change Managementprozessen bedarf der aktiven Unterstützung von den Beteiligten, die ihre eigenen Bedürfnisse, Vorstellungen, Erfahrungen und Charaktere besitzen. Die MitarbeiterInnen sind in soziale Strukturen eingebettet, die nicht nur von der formalen Unternehmensorganisation definiert werden, sondern vielfach informell sind. In diesem komplexen Handlungsfeld gibt es keine einfache Rezeptur, wie Veränderungen erfolgreich gesteuert werden können, sondern es bedarf spezieller Führungstechniken und Methoden, um einen Change Managementprozess optimal begleiten zu können.

Frau Elisabeth Rogy, MSc

Geb. 1986, lebt in Klagenfurt. Sie ist diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und hat berufsbegleitend den Master of Science in Pflegemanagement abgeschlossen. Derzeit absolviert Sie ihr Masterstudium Supervision, Coaching und Organisationsentwicklung. Sie ist als stellvertretende Pflegedienstleitung bei den Barmherzigen Brüdern in St. Veit an der Glan tätig. Ihre Handlungsschwerpunkte liegen im Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung.

¹ vgl. Goldfuß, J.W. (2015): S. 1



Dieter Welbich

Budgetverantwortung und Haftung für das Pflegemanagement

Der Vortrag und die anschließende Diskussion richten sich nicht nur an leitende Mitarbeiter im Bereich des Pflegemanagements, sondern auch an jene Fachkräfte, die in den Budgetierungsprozess eingebunden sind. Anhand eines normalisierten Praxisfalls sollen die wichtigsten Begriffe und Budgetierungstechniken erläutert werden. Die juristische Einbettung der Budgetierung stellt sodann den Übergang in den Verantwortungs- und Haftungsbereich dar. Jede Verantwortung ist mit einer entsprechenden Haftung verbunden, die im Falle des Zuwiderhandelns auch mit Strafen belegt werden kann. Ziel ist, die wesentlichen Punkte leicht verständlich aufzubereiten, um den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wertvolle Hinweise für ihre tägliche Praxis mitzugeben.

Herr Mag. Dieter Welbich

Geboren in Wien 1969. Abschluss des Studiums der Handelswissenschaften an der Wirtschaftsuniversität Wien als Jahrgangsbester (Würdigungspreis Wissenschaftsminister) und Beginn als Berufsanwärter bei Mag. Baldinger 1994. Steuerberater seit 1998. Partner von Baldinger & Partner Unternehmens- und Steuerberatungsgesellschaft mbH und Captura Wirtschaftsprüfungsgesellschaft mbH, beide Wien, seit 2001. Unternehmensberater seit 2005. Lehrbeauftragter an der Medizinischen Universität Wien seit 2006. Wirtschaftsprüfer seit 2009.



Wilfried Schnepf

Geflüchtete und professionelle Pflege: Herausforderungen und Konzepte

Leider haben wir noch keine Informationen erhalten.

Herr Univ.Prof. Dr. Wilfried Schnepf Dipl.-Pflegepäd., MSc

Universität Witten/Herdecke

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



Christoph Vieten

Integration von Geflüchteten in Pflegeberufen

Der Vortrag thematisiert die Ergebnisse des Forschungsprojekts (2015/2016) „Integration von Geflüchteten in Pflegeberufe“ der Katholischen Hochschule Freiburg. Er beleuchtet die Voraussetzungen, Gestaltungsfelder und Handlungsoptionen der Integrationsbeteiligten, analysiert Hindernisse und Barrieren im Rahmen der beruflichen Integration und legt Ressourcen der Integration in Pflegeberufe dar (**Forschungsziele**). Die Beantwortung der Frage: **„Wie kann die Integration von Flüchtlingen in pflegerische Berufe für alle beruflich Handelnden einen Gewinn darstellen?“** steht im Zentrum des Vortrags – komplettiert durch praktische **Handlungsempfehlungen** der gewählten qualitativen Forschung.

Herr Christoph Vieten, B.A.

Berufspädagoge im Gesundheitswesen (stud., 7. Hochschulsemester, berufsintegriert), Gesundheits- und Krankenpfleger Universitätsklinikum Freiburg, Med. Klinik I, Hämatologie und Onkologie, Honorar-dozent Akademie für Medizinische Berufe Freiburg, Fehrenbachallee 1, 79106 Freiburg, christoph.vieten@uniklinik-freiburg.de, christoph.vieten@gmx.de



Sandra Neruda

Projekt „migrants care“ – Schritte zum Pflege- und Betreuungsberuf

Migrants care ist ein Kooperationsprojekt der größten Trägerorganisationen mobiler Pflege und Betreuung und wird seit 2012 in Wien und seit 2015 auch in der Steiermark umgesetzt.

Projektträgerin ist die Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt, in der sich die großen Wohlfahrts-träger Caritas, Diakonie, Hilfswerk, Rotes Kreuz und Volkshilfe zusammengeschlossen haben.

Kooperationspartner sind das Arbeitsmarktservice, der Österreichische Integrationsfonds in Wien und der Steiermark, sowie der Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds.

Die Finanzierung erfolgt durch das Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres sowie durch das AMS Wien.

Das übergeordnete Ziel des Projektes ist die Integration von MigrantInnen in den österreichischen Arbeitsmarkt im Bereich der Pflege- und Betreuungsberufe.

Zielgruppe sind MigrantInnen, die sich für einen Beruf im Bereich Pflege- und Betreuung interessieren.

Das Projekt gliedert sich in Akquise, Beratung sowie die Vorqualifizierungsmaßnahme.

Zur Akquise finden regelmäßige Informationsveranstaltungen in Wien und in der Steiermark statt. Bei den darauffolgenden Einzelberatungen sollen, u. a.,

der Informationsstand, die Ausgangssituation und die Motivation der InteressentInnen abgeklärt werden.

Die Kursmaßnahme als Kernstück umfasst 360 Unterrichtseinheiten in 12 Wochen und gliedert sich in Deutschunterricht und fachspezifischen Unterricht inklusive Praxiserfahrung.

Ziel des Kurses ist es, die TeilnehmerInnen für eine Ausbildung zur Heimhilfe, zur/zum PflegeassistententIn, PflegefachassistententIn, FachsozialbetreuerIn mit Schwerpunkt Altenarbeit und Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn, zu qualifizieren, um sie in eine einschlägige Ausbildung zu vermitteln.

Frau Sandra Neruda, MPH

Geb. am 21.09.1983

2014 schloss sie den Universitätslehrgang „Master of Public Health“ ab.

Seit März 2017 ist sie die Projektleiterin für das Projekt „migrants care“ in der Volkshilfe Wien.

In ihrer früheren Beschäftigung in der Wiener Gebietskrankenkasse war sie als Projektleiterin im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung tätig.



Alisa Banovic, Alexander Hochmuth und Juliane Schulz

Die Aufgaben der Pflege bei der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten

Im Rahmen eines studentischen Projektes (vom Januar 2016 bis September 2016) an der Universität Witten/Herdecke im Modul familien- und gemeindeorientierte Pflege, wurden gesundheitliche Bedürfnisse von Flüchtlingen, sowie der Auftrag professioneller Pflege in der Versorgung von geflüchteten Menschen in Nordrhein-Westfalen (NRW) herausgearbeitet. In dem Kongressbeitrag werden neben Hintergrundinformationen zum Thema Flucht und Pflege, Gesundheitsprobleme von Flüchtlingen und zentrale Ergebnisse des Projektes vorgestellt. In der Diskussion wird das Konzept der Familiengesundheitspflege im Kontext der Versorgung von Flüchtlingen diskutiert.

Frau Juliane Schulz, BSc

Mein Name ist Juliane Schulz, ich bin 30 Jahre alt und examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin. Nach mehrjähriger Tätigkeit auf einer gynäkologischen Station habe ich mich dazu entschlossen ein Studium in der Pflege aufzunehmen. Mittlerweile stehe ich am Ende meines Master Studium an der Universität Witten/ Herdecke. Während meiner Masterarbeit befasse ich mich mit Pflegenden, welche Frauen bei einem Spätabbruch begleiten.

Herr Alexander Hochmuth, BSc

Ist Bachelor of Science Pflege und examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger. Neben dem Masterstudium an der Universität Witten/ Herdecke, arbeitet er auf einer neurologischen Station, als Tutor-Pflege und Dozent im Pflegebereich. Zu seinen thematischen Schwerpunkten zählen die familiale- und gemeindeorientierte Pflege und der Einsatz neuer Technologien in der Pflege.

Frau Alisa Banovic, BSc

Hat ihr duales Studium an der Mathias Hochschule in Rheine absolviert. Derzeit absolviert sie das Masterstudium in Pflegewissenschaft an der Universität Witten/ Herdecke. Die Masterarbeit wird sich mit dem Erleben von chronisch kranken Kindern mit Migrationshintergrund befassen. Im Rahmen eines Projektes während des Studiums wurde die Thematik der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen aufgegriffen und erste Ansätze und Ergebnisse erarbeitet.



Günter Rauchegger

Wer pflegt ELGA?

Im Dezember 2015 erfolgte der Start der elektronischen Gesundheitsakte ELGA – ein gemeinsames Projekt von Bund, Ländern und Sozialversicherung. Labor- und Radiologiebefunde sowie pflegerische und ärztliche Spitalsentlassungsbriefe und Pflegesituationsberichte – können von behandelnden Ärzten und betreuenden Pflegepersonen bereits bundesland- und organisationsübergreifend eingesehen werden. Mehr als 8 Millionen e-Befunde sind bereits im Wege von ELGA verfügbar, rund 160 Gesundheitseinrichtungen arbeiten österreichweit schon erfolgreich mit ELGA.

Was ELGA für Patientinnen und Patienten bringt

Mit ELGA haben Bürgerinnen und Bürger nun die Möglichkeit, 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr auf ihre eigenen Befunde, Entlassungsbriefe oder Medikationsliste zuzugreifen. Darüber hinaus erhalten sie mit ELGA erstmals die Möglichkeit, ihre Gesundheitsdaten selbst zu verwalten. Über das ELGA-Portal – Einstieg auf www.gesundheit.gv.at mit Handysignatur oder Bürgerkarte – können die eigenen Befunde (e-Befunde) und die persönliche Medikamentenübersicht (e-Medikation) zeit- und ortsunabhängig aufgerufen, ausgedruckt oder am eigenen PC gespeichert werden.

ELGA unterstützt Zusammenarbeit der Gesundheitsdienstleister

Durch den Einsatz von ELGA und e-Health öffnet sich Österreichs Gesundheitswesen für moderne Informations- und Kommunikationstechnologien und wird zukunftsfit. Um

Herausforderungen im Gesundheitswesen wie eine älter werdende Gesellschaft, komplexe Behandlungsabläufe bei chronischen Krankheiten oder den steigenden Dokumentationsbedarf meistern zu können, ist es notwendig, dass alle Gesundheitsdienste möglichst eng zusammenarbeiten und strukturiert kommunizieren. Dabei bildet eine standardisierte elektronische Patientendokumentation die Grundlage für einen effizienten Austausch der relevanten Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten.

Pflegerische und ärztliche e-Befunde ergänzen sich

Patientinnen und Patienten können im Wege von ELGA nach einem stationären Aufenthalt sowohl einen ärztlichen als auch einen pflegerischen Entlassungsbrief erhalten. In diesem Fall sind die Inhalte bestmöglich aufeinander abgestimmt, um etwa Doppelerfassungen oder Informationslücken zu vermeiden, denn e-Befunde sollen selbstverständlich auch dem notwendigen Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen dienen. Denn die Vernetzung aller Akteure in Pflege und Medizin hilft mit, beste Behandlungs- und Betreuungsqualität und hohe Patientensicherheit zu erzielen.

Herr DI Dr. Günter Rauchegger, MBA

Seit 1.1.2017 Geschäftsführer der ELGA GmbH. Der studierte Techniker arbeitete zuvor in der Austrian Institute of Technology GmbH als Projektmanager diverser EU-Projekte im Bereich medizinischer Forschungsnetzwerke. Ab 2011 leitete er als Programm- und Projektmanager in der ELGA GmbH den Aufbau des zentralen Berechtigungssystems.



Madeleine Bernet und Marianne Stäubli

„Wenn es sie nicht gäbe, müsste man sie erfinden?“ – PflegehelferInnen des SRK in der Gesundheitsversorgung der Schweiz

Die Pflegehelfer/-innen des Schweizerischen Roten Kreuzes (PH SRK) bilden in den Schweizer Alters- und Pflegeheimen die grösste Personalgruppe. Nach Absolvieren des Lehrgangs sind sie berechtigt, einen Grossteil der Grundpflege bei den Bewohnerinnen und Bewohnern auszuführen. Zudem leisten sie in der Alltagsbegleitung einen wichtigen Beitrag zur individuellen Betreuung der Bewohnenden. Die komplexer werdenden Pflege- und Betreuungssituationen in der Langzeitpflege erfordern zusätzliche Kompetenzen für die PH SRK. Deshalb sollten die PH SRK bei vorhandenem Potential durch ihre Vorgesetzten gezielt gefördert werden, so dass ihnen Wege zu einer pflegerischen Grundbildung offen stehen.

Frau Madeleine Bernet MScN

Berner Fachhochschule Gesundheit, Schweiz

Madeleine Bernet ist diplomierte Pflegefachfrau MScN mit mehrjähriger Berufserfahrung als Pflegefachfrau, Praxisausbildnerin und Pflegeexpertin im Bereich Akutpflege Chirurgie. Sie arbeitet seit 2014 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit (Schweiz). Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen psychosoziale Gesundheit, Patientenedukation und Frauengesundheit.

Frau Marianne Stäubli

Hat Anglistik und Pädagogik studiert nach mehrjähriger Berufserfahrung als Berufsschullehrperson Pflege. Sie arbeitet seit 2010 im Bachelorstudiengang als Dozentin und als Projektleitende in der Forschung an der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit. Sie unterrichtet in wissenschaftlichen Modulen und ihr Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich „Gesundheitsversorgung – Personalkompetenz und Entwicklung“.



Anna Ziegler

Arbeitsbelastungen von Pflegehelferinnen und -helfer des SRK in der Schweiz

Der demografische Wandel und die Fortschritte in Medizin und Pflege führen zum erhöhten Pflegebedarf von Menschen in Alters- und Pflegeheimen. Gleichzeitig nimmt der Pflegepersonalmangel in diesem Versorgungsbereich zu. Hier stellen in der Schweiz die Pflegehelfer/-innen die grösste Personalgruppe dar. Sie führen einen Grossteil der Grundpflege aus. Auch sie sind Arbeitsbelastungen ausgesetzt, die den Verbleib in ihrer Tätigkeit gefährden.

Um die Merkmale der Arbeitssituation und die individuellen Merkmale der Pflegehelfer/-innen in Schweizer Alters- und Pflegeheimen im Zusammenhang mit ihrer Arbeitsbelastung zu beschreiben, wurde die Daten einer schweizweiten Umfrage näher betrachtet: 1054 Pflegehelfer/-innen wurden mittels nichtlinearer kanonischer Korrelationsanalyse in einer Sekundäranalyse untersucht. Um eine vertiefte Sicht auf deren Arbeitsbelastung zu erhalten, wurden zudem Gespräche mit 16 Pflegehelfer/-innen geführt. Diese Interviews wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen.

Die in der quantitativen Analyse am häufigsten genannte Belastung stellte mit 60% der Personalmangel dar. Es zeigten sich vorwiegend Belastungen im sozialen und im organisatorischen Bereich. Eine geringe Unterstützung durch

Vorgesetzte stand im Zusammenhang mit mangelhaft erlebter Wertschätzung. Gleichzeitig korrelierten diese Belastungen mit einer hohen Verantwortung, dem Gefühl nicht selbstständig arbeiten zu können und sich in der Arbeitssituation ausgenutzt zu fühlen. Die Belastungen zeigten sich v. a. bei den Pflegehelfer/-innen im mittleren Lebensalter. Ältere Pflegehelfer/-innen scheinen weniger belastet zu sein.

Auch in den persönlichen Einzelgesprächen mit den Pflegehelfer/-innen standen soziale und organisatorische Themen als gewichtige Belastungsfaktoren im Mittelpunkt und es wurde immer wieder von der mangelnden Wertschätzung erzählt. Zudem berichteten die Pflegehelfer/-innen von komplexen Pflegesituationen, welche die Abgrenzung vom Arbeitsalltag in der Freizeit erschwere. Auch fühlen sich die Pflegehelfer/-innen schlecht, wenn sie – zum Beispiel aufgrund der Personalsituation – nicht die Pflegequalität leisten können, die sie gerne erbringen würden.

Um die Belastungen der Pflegehelfer/-innen zu reduzieren, wird eine enge Begleitung, gezielte Unterstützung, Anerkennung und Förderung durch die Betriebe bzw. die direkten Vorgesetzten empfohlen.

Frau Anna Ziegler

Arbeitet als Pflegeexpertin und Qualitätsmanagerin in einem Krankenhaus in der Schweiz. Sie hat mehrjährige Erfahrung in der direkten Pflege, im Coaching von Pflegenden, in der Auseinandersetzung mit Pflegemodellen, in Qualitätsentwicklungsprozessen und in Patientensicherheitsfragen.



Waltraud Haas-Wippel, Andrea Sallegger und Anke Stalzer **Neue Organisationsform im Kontext der GuKG-Novelle 2016 und im Rahmen des Kompetenzmodells**

Gesellschaftliche, ökonomische, strukturelle und technologische Veränderungen verbunden mit der demographischen und epidemiologischen Entwicklung stellt das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen. Die Zunahme an hoch komplexen Pflegesituationen erfordert kompetente Pflegekräfte und eine effiziente Führung des Pflegedienstes um eine qualitativ hochwertige, evidenzbasierte und patientInnenorientierte pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Auf diese Anforderungen reagierte das Führungsteam der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz im Kontext der GuKG-Novelle 2016 und im Rahmen der Umsetzung des Kompetenzmodells mit einer neuen Organisationsform im Sinne eines innovativen Skill und Grad Mixes.

Frau Waltraud Haas-Wippel, MA

Ist seit 1996 Pflegedienstleiterin der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz. 2014 schloss sie das Masterstudium Gerontologie an der Karl-Franzens-Universität Graz ab. Als Lektorin an der Medizinischen Universität Graz/Pflegewissenschaft und Karl-Franzens-Universität Graz/Gerontologie, als Sprecherin des Steirischen LV des ÖGKV für den Langzeitbereich sowie durch Vertretung u.a. im Bündnis gute Pflege setzt sie sich stetig für die Weiterentwicklung der Gesundheits- und Krankenpflege ein. Frau Haas-Wippel ist Autorin zahlreicher Fachartikel und Publikationen.

Frau Andrea Sallegger, BSc, MSc

Ist seit 2010 als Pflegewissenschaftlerin in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz und ab 2013 als Pflegedienstleitung in der Albert Schweitzer Klinik II und im Albert Schweitzer Hospiz tätig. Nach Abschluss des Bachelor- und Masterstudiums Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz folgte die Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin sowie Clinical Trial Specialistin. Ein Schwerpunkt ihrer Tätigkeit ist die Implementierung von Primary Nursing. Als Fort- und Weiterbildungsbeauftragte liegt ein besonderes Augenmerk auf dem Theorie-Praxis Transfer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse.

Frau Anke Stalzer, BSc

Ist seit 2015 als Pflegeexpertin in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz tätig. Nach Abschluss des Bachelorstudiums Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz sammelte sie Praxiserfahrung als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin in der Pflege von Menschen im Wachkoma. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit ist die Theorie-Praxis-Vernetzung und in diesem Rahmen die Implementierung von Advanced Nursing Practice.



Susanne Kunze

SOZIALBETREUUNGSBERUFE – selbstbewusste PartnerInnen der Gesundheitsberufe

Die öffentliche Diskussion über die Reform des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes war geprägt durch die Gesundheitsberufe. Ein weiterer wichtiger Player in der Bildungslandschaft sind die Ausbildungen für Sozialbetreuungsberufe, die durch die Reform in Teilen ebenfalls betroffen sind.

Die Schulen für Sozialbetreuungsberufe (SOB) mit den Ausbildungsschwerpunkten Altenarbeit, Behindertenarbeit, Behindertenbegleitung und Familienarbeit vermitteln Kenntnisse und Fähigkeiten, die für eine kompetente und zeitgemäße Begleitung von Menschen im Alter, Menschen mit Behinderungen bzw. Menschen in herausfordernden Situationen wünschenswert sind. Sie weisen in Österreich und Deutschland eine lange Tradition auf und sind bundesgesetzlich einheitlich geregelt. In diesem Vortrag werden die Schulen für Sozialbetreuungsberufe und ihre Struktur vorgestellt, die einzelnen Ausbildungsschwerpunkte und ihr praxisnaher Unterricht erläutert und die Schnittstellen bzw. Unterschiede zu den Gesundheitsberufen dargestellt. Ein Schwerpunkt des Vortrags werden die Veränderungen in der Ausbildung durch die Reform des GuKG 2016 im Bereich der Pflegeassistenz und des UBV-Moduls (Unterstützung in der Basisversorgung) sein.

Frau Mag. (FH) Susanne Kunze

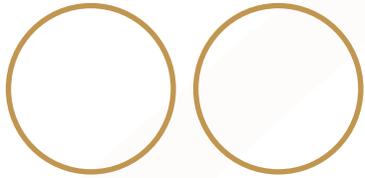
1998 Diplom der psychiatrischen Krankenpflege an der Landes-Nervenklinik Wagner Jauregg Linz.

Berufstätigkeit als diplomierte psychiatrische Krankenschwester in Krankenhäuser und Altenheimen.

2009 Abschluss des FH-Studiums Sozialmanagement an der FH für Soziales, Linz.

Ab 2010 Beginn der Tätigkeit im Kompetenzmanagement Altenarbeit des Ev. Diakoniewerk Gallneukirchen. Seit dem Schuljahr 2013/14 Schulleiterin der Schule für Sozialbetreuungsberufe Altenarbeit Gallneukirchen (Träger Ev. Diakoniewerk).

Seit 2010 Lektorin an der FH für Soziales, Linz im Bachelorstudiengang Sozialmanagement.



Angelika Hais und Caroline Krammer

Wirkungen und Nebenwirkungen der GuKG-Novelle 2016

Im September 2016 ist die bislang größte und umstrittenste Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes in Kraft getreten. Ein Jahr nach dem Inkrafttreten ist es an der Zeit die Auswirkungen aus ArbeitnehmerInnensicht kritisch zu beleuchten und ein erstes Resümee zu ziehen. Welche Chancen bietet die GuKG-Novelle für die Berufsangehörigen der Pflegeberufe? Wie gehen DienstgeberInnen mit der Ausweitung der Kompetenzen und Tätigkeiten um? Welche rechtlichen Möglichkeiten stehen ArbeitnehmerInnen zur Verfügung, um auf die immer stärker zunehmende Verdichtung der Arbeitsleistung und Überlastungen am Arbeitsplatz zu reagieren?

Frau Angelika Hais

Leider haben wir noch keine Informationen erhalten.

Frau Caroline Krammer

Leider haben wir noch keine Informationen erhalten.



Barbara Klein

Robotik in der Pflege? Chancen, Akzeptanz und ethische Fragen

Die Robotik, und hier insbesondere die Servicerobotik, gilt als eine der nächsten großen technologischen Wellen, die das Sozial- und Gesundheitswesen beeinflussen und verändern wird. Schon heute gibt es verschiedene robotische Systeme und vielfältige Einsatzmöglichkeiten. So können in der Rehabilitation Exoskelette Menschen im Rollstuhl zum Gehen verhelfen, fahrerlose Transportsysteme erleichtern Hol- und Bringdienste, erste Reinigungsroboter werden erprobt. Konzepte wie robotergestützte Therapie oder robotergestützte Aktivitäten sind Ansätze bei denen Tierähnliche, aber auch andere Roboter für die Interaktion und Kommunikation eingesetzt werden. Doch Roboter können auch das selbstständige Leben unterstützen. So wird im Rahmen des des EU-Projektes ICT-Supported Bath Robots (HORIZON 2020; No. 643666 – I-Support PHC-19-2014; Laufzeit: 2015-2018; www.i-support-project.eu) ein robotisches Duschsystem entwickelt, das es ermöglicht, sicher und selbstständig Zuhause und in Pflegeeinrichtungen zu duschen. Sich selbst waschen zu können, ist ein

entscheidender Faktor für ein selbstständiges Leben im Alter und bei Behinderung. Damit auch eine technische Unterstützung auf Akzeptanz stößt, wurden 30 Interviews mit älteren Menschen und 15 Interviews mit Fachkräften durchgeführt. Das Modell zur Ethischen Evaluation Sozio-Technischer Arrangements (MEESTAR) wurde zur Identifikation ethischer Aspekte im Rahmen von vier Fokusgruppen mit älteren Menschen und Pflegefachkräften eingesetzt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die in MEESTAR vorgeschlagenen ethischen Dimensionen Fürsorge, Selbstbestimmung, Sicherheit, Gerechtigkeit, Privatheit, Teilhabe, Selbstverständnis eine unterschiedliche Relevanz für das robotische Duschsystem haben. Die intensiven Diskussionen ergaben zum einen viele Hinweise, die in der weiteren technischen Entwicklung berücksichtigt werden müssen. Zum anderen gaben sie einen Einblick in das professionelle Rollenverständnis und die „eigentlichen“ pflegerischen Funktionen. Es wurde deutlich, dass die personalen und organisationalen Anforderungen eine zentrale Rolle für die Akzeptanz spielen.

Frau Prof. Dr. Barbara Klein

Forscht zu Akzeptanz und ethischen Fragen rund um Assistive Technologien und Robotik sowie den damit verbundenen Veränderungsprozessen in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft. Seit 2007 ist sie Professorin für Organisation und Management der Sozialen Arbeit an der Frankfurt University of Applied Sciences in Frankfurt am Main. Dort ist sie Studiengangsleiterin des Masterstudiengangs Barrierefreie Systeme – Case Management. Sie leitet die Forschungsgruppe Assistive Technologien und koordiniert die Ausstellung für Barrierefreies Wohnen und Leben an der Hochschule.



Barbara Pfadenhauer

Professionalisierung durch Technik? Verwendung und Wirkung sozial assistiver Robotik in der Demenzbetreuung

Im Rahmen unserer ethnographischen Forschung zum Einsatz ‚sozialer‘ Robotik in der Demenzbetreuung interessieren uns technische Dinge und deren Wirkung. Unser Fokus liegt nicht auf Pflege im engeren Sinn, sondern auf Betreuung und Begleitung, die in Deutschland eine Semi-Professionalisierung durchläuft. Dabei richtet sich unser Fokus auf Technik, die in ihrem Entstehungs- und Anwendungszusammenhang und damit in ihrer Wandelbarkeit hinsichtlich ihrer Materialität und Bedeutung zu betrachten ist. Im Unterschied zur Wirksamkeit von Technik, die mit experimentellen Designs erforscht wird, gilt unser Interesse der Wirkung, die eine Technik wie die Robotik im und durch das soziale bzw. kommunikative Handeln von Menschen in Pflegearrangements entfaltet.

Frau Univ.-Prof. Dr._{in} Michaela Pfadenhauer

Ist seit 2014 Professorin für Kultur und Wissen am Institut für Soziologie an der Universität Wien. Sie ist stellvertretende Institutsvorständin des Instituts für Soziologie und Vorsitzende der Sektion Wissenssoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Ihr Forschungsinteresse richtet sich auf die Herausforderung avancierter Technologien, wie Social Robotics, für Gesellschaft und Sozialität.



Benjamin Lipp

Pflegende Roboter – Robotisierte Pflege: Zum technologisch Unbewussten der Pflege

Robotik und Pflege. Trotz der vordergründigen Unverwandtheit dieser beiden Domänen, lassen sich derzeit vielerorts Versuche zu ihrer Verschaltung beobachten – und zwar in Diskurs und Praxis. Unter dem Vorzeichen demographischen Wandels werden dabei ‚soziale Roboter‘ als zentrale Vehikel einer hoch-technisierten Pflege der Zukunft positioniert. Die Kritik eines solchen Projektes argumentiert oft mit einem drohenden ‚Überfall‘ der Pflege durch diese neuen Technologien. Das Skandalon einer solchen Kritik bezieht sich üblicherweise auf eine grundsätzliche Unvereinbarkeit zwischen Technik und Pflege. Sie beharrt trotz umfassender Professionalisierungsbestrebungen weiterhin auf der ‚A-Technizität‘ des Pflegens. Pflege zeichne sich rein durch die soziale Beziehungsarbeit mit den zu Pflegenden aus, Robotertechnik dagegen folge einer instrumentellen Maschinenlogik, die letztendlich zu einer Entmenschlichung der Pflegebeziehung führen würde. Entgegen der Betrachtung derart klarer Verhältnisse geht es in diesem Vortrag darum, das technologische Unbewusste der Pflege herauszuarbeiten. Denn – so scheint es – während der Pflegediskurs durchaus mit diesen Differenzen zwischen Sozialem und Technischem operiert, deutet er gleichzeitig Möglichkeiten zu deren Verschaltung an – was wiederum seine eigenen Beschränkungen hat.

Grundlage des Vortrages ist eine diskursanalytische Untersuchung der Fachzeitschrift „Die Schwester Der Pfleger“ und das hierin konstruierte Verhältnis von Robotik und Pflege. Im Zeitraum von 2003 bis 2017 untersucht diese Studie Deutungsmuster und Interpretationsrepertoires einer Beschäftigung mit Robotik

aus pflegerischer bzw. pflegewissenschaftlicher Sicht. In diesem Diskursfeld zeigt sich, dass einerseits Pflege und Robotik entlang der oben genannten Unterscheidung zwischen sozial-mimetischer Beziehungsarbeit und technischer Maschinenlogik (vgl. hierzu auch Hülsken-Giesler 2008) differenziert werden. Andererseits und basierend auf diesen Differenzierungen werden jedoch auch Verschaltungsräume sichtbar, d.h. Orte, Gelegenheiten und Bedingungen für die Verbindung robotischer Agenten und pflegerischer Praxis. So wird zwar ein ‚Eingriff‘ von Robotern in die direkte Interaktion zwischen Pflegendem und zu Pflegendem abgelehnt, beispielsweise im Bewohnerzimmer. Jedoch wird dabei Raum für den Einsatz solcher Maschinen in ‚indirekter Pflege‘ gelassen, also beispielsweise in den Gruppenräumen.

Solche Verschaltungsräume werden, so die These, durch oben genannte ‚ontologische‘ Differenzen sozialer Pflege und technischer Robotik konditioniert. Im techniksoziologischen Ausblick dieses Vortrages werde ich unter Bezug auf aktuelle Forschung zu diesem Thema alternative Wege zu dessen Konzeptualisierung und empirischen Untersuchung aufzeigen. Um aktiv an der sozio-technischen Gestaltung der Pflege der Zukunft teilzunehmen – so das Plädoyer – muss sich die Pflege ihre technologische Bedingtheit ins Bewusstsein rufen. Denn nur, wenn Pflege aufhört, sich auf das ‚Soziale‘ zu reduzieren und ihre sozio-technische Realität anerkennt, kann die aktive Gestaltung (und partielle Verwehrung gegenüber) aktueller Technisierungstendenzen gelingen.

Herr Benjamin Lipp

Benjamin Lipp ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Wissenschaftssoziologie der Technischen Universität München (TUM) und Dozent im Rahmen des Elite-Masterstudiengangs ‚Neuro-Engineering‘. 2013 schloss er sein Studium der Soziologie, Volkswirtschaftslehre und Kriminologie an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) ab und promovierte seither am ‚Munich Center for Technology in Society‘ (MCTS) ebenfalls an der TUM. Sein Dissertationsprojekt befasst sich mit den diskursiven, institutionellen und technischen Bedingungen der robotisierter Pflege im Kontext europäischer Innovationspolitik. Neben diesem Themenkomplex liegen seine Forschungsschwerpunkte insbesondere auf Konzepten und Studien der Wissenschafts- und Technikforschung (STS), Poststrukturalismus sowie diskursanalytischen und videographischen Methoden.



Frau Hanna Fiedler
(expert)

- Expertin für psychosoziale Begleitung von Angehörigen demenzerkrankter Personen (Schwerpunkt Demenz) –
- Dipl. Lebens- und Sozialberaterin
- ReLeMaKo®-Lern- und -Lehrtrainerin
- Vorsitzende der GALA (Gesellschaft für Arithmasthenie- und Legasthietraining Austria)
- Mediatorin
- Seniorenfachkraft (Schwerpunkt Demenz)
- Initiatorin der Selbsthilfegruppe ADE (Angehörige demenzerkrankter Personen)
- Lehrgangsverantwortliche für den Lehrgang (Case Management und Angehörigenbegleitung (Schwerpunkt Demenz) im Schlossberginstitut



Frau Elisabeth Hahn
(professional)

Sie ist akademische Gesundheits- und Pflegeberaterin, DGKP und absolviert gerade das Masterstudium ANP auf der Donau Universität Krems. Elisabeth Hahn arbeitet als selbstständige Pflegeberaterin und unterstützt und begleitet pflegebedürftige Menschen und deren pflegenden Angehörige im häuslichen Bereich. Sie engagiert sich intensiv für das Thema der Qualitätssicherung in der 24 Stunden Betreuung. Darüber hinaus hält sie Vorträge, Seminare, Workshops und arbeitet in Projekten mit. Näheres auf www.meinpfllegegeld.at.



Frau Marina Koubek
(professional)

beschäftigt im OKH Gersthof Wien, Stabstelle Entlassungsmanagement
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege
Case- und Entlassungsmanagement
Akademische Gesundheits- und Pflegeberatung



Frau Birgit Meinhard-Schiebel
(professional)

Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger
Sozialmanagerin Präsidentin der Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger www.ig-pflege.at



Herr Kontantin Prager
(expert)

Konstantin Prager ist Student der Rechtswissenschaften an der Universität Wien. Er arbeitet in der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Niederösterreich, Abteilung Arbeits- und Sozialrecht. Nach einem schweren Unfall seiner Mutter im Jahr 2008, pflegt er sie und unterstützt sie im Alltag.



Birgit Heckemann

Aggression von PatientInnen und BesucherInnen aus Sicht von PflegemanagerInnen: Die PERoPA-Projektergebnisse

PatientInnen und BesucherInnen Aggression (PBA) verursacht in allen Bereichen des Gesundheitswesens menschliches Leid und Kosten. Führungspersonen spielen eine wichtige Rolle in der Schaffung aggressionsarmer Arbeitsumgebungen. Trotzdem ist unbekannt, wie sie PBA wahrnehmen und was sie motiviert, sich dagegen einzusetzen. Das Ziel von PERoPA (Perception of Patient and Visitor Aggression) ist, die Rolle, Auffassung und Handlungsweisen von Pflegemanagern in Bezug auf PBA zu untersuchen. PERoPA umfasst zwei Studien: (1) eine qualitative Interview- und Fokusgruppenstudie und (2) eine quantitative Online-Befragung in Deutsch (2a) und Englisch (2b). Die Ergebnisse der Studien 1 und 2a werden präsentiert.

Studie 1 wurde mittels leitfadengestützter Befragung von Pflegemanagern (Gelegenheitsstichprobe) aus Schweizer Akutspitälern durchgeführt. 13 Einzelinterviews und 5 Fokusgruppen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Pflegemanager nehmen PBA ‚situativ‘ oder ‚organisatorisch‘ wahr, mangelnde organisatorische und finanzielle Unterstützung schwächt die Motivation sich gegen PBA zu engagieren. Die allgemeine Kommunikation über PBA sowie offizielle Meldungen sind ungenügend. ‚Wahrgenommenen Teamwirksamkeit‘, d.h. die Überzeugung, dass Teams PBA effektiv

handhaben können, kristallisierte sich als entscheidende Auffassung heraus. Die Auffassung zur Teamwirksamkeit kann beeinflussen wie sehr sich Pflegemanager gegen PBA engagieren. Teamwirksamkeit wurde daher als abhängige Variable in die Regressionsanalyse von Studie 2a aufgenommen.

In Studie 2a wurden Pflegemanager aus Deutschland, Österreich und der Schweiz (Gelegenheitsstichprobe) per chain referral zur Befragung auf SurveyMonkey eingeladen. Die gewonnenen Daten wurden deskriptiv, mittels Chi2 und logistischer Regression analysiert. Von 646 Teilnehmern schlossen 410 die Befragung ab. Verglichen mit der Somatik werden Pflegemanager in der Psychiatrie stärker von der Organisation unterstützt. Eine hohe Teamwirksamkeit ist wahrscheinlicher wenn finanzielle Ressourcen vorhanden sind, Personal geschult, nach Ereignissen unterstützt wird und Pflegemanager Wissen zu Risikofaktoren haben. Eine hohe Teamwirksamkeit ist unwahrscheinlicher im somatischen Setting, beim höheren Kader, wenig unterstützender Haltung der Organisation und unzureichender Meldung von Aggressionsereignissen. Es besteht also besonders in somatischen Kliniken zu wenig Interesse an PBA. Die Ausbildung zum Thema ist bei Pflegemanagern häufig inadäquat abgedeckt.

Frau Birgit Heckemann, BSc, MSc

Birgit ist examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin. Nach Erwerb des BSc und MSc (London, UK) forscht sie derzeit als Doktorandin (Universität Maastricht, Niederlande; Berner Fachhochschule, Schweiz) zum Thema Aggression. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin hat sie u.a. Erfahrung an der Universität Göteborg (Schweden) und der Berner Fachhochschule (Schweiz) gesammelt.



Alexander Karlin

GEWALTige Vorbereitung: Wie können Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege auf Aggressions- und Gewalterfahrungen vorbereitet werden?

Abstract

Diese Präsentation zeigt die Ergebnisse einer Untersuchung zur Prävalenz und zur Form erlebter Aggression unter Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege während ihrer Praktikums Einsätze auf und unterstreicht die Bedeutung der Thematik sowie den notwendigen Handlungsbedarf für Ausbildungs- und Praktikumsstellen. Basierend auf den Ergebnissen der Untersuchung wird empfohlen, die ersten Wissensinhalte des Deeskalations- und Sicherheitsmanagements bereits vor dem ersten Praktikums Einsatz zu vermitteln. Unvorbereitet in die Praxis zu kommen kann zu Überforderung und Ausstieg aus der Ausbildung führen.

Methode

Verwendet wurde der POPAS® Fragebogen, der zur Erhebung von subjektiver Einschätzung von aggressivem Verhalten dient. Es wurden alle Auszubildenden einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule befragt. Für jedes Praktikum, welches sie zum Zeitpunkt der Befragung bereits absolviert hatten, erhielten sie einen Fragebogen. Zusätzlich erhielten die Auszubildenden des ersten Jahrgangs einen zusätzlichen Fragebogen für die erste Woche des ersten Praktikums. Diese Untersuchung umfasst alle Bereiche, die im Rahmen der Ausbildung von Auszubildenden als Praktikumsstelle besucht wurden.

Ergebnisse und Interpretation

Es wird Bezug auf bereits durchgeführte Untersuchungen zu der Thematik Aggression und Gewalt im Gesundheitsbereich genommen. Diese beziehen sich in erster Linie auf bereits ausgebildetes Personal, da es nur wenige Untersuchungen bzw. Studien mit dem Thema Aggression und Gewalt an Auszubildenden gibt.

Dargestellt werden die Ergebnisse in ihrer Gesamtheit, im Durchschnitt und in der Hochrechnung auf die jeweiligen Einsatzbereiche. Gesondert wird auch noch das Ergebnis des ersten Praktikums Einsatzes des ersten Jahrgangs dargestellt, da sich dieses signifikant vom Gesamtergebnis unterscheidet.

Mögliche Strategien der Bewältigung

Im Rahmen der Präsentation werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie Praktikums- und Ausbildungsstellen auf die Thematik Aggression und Gewalt von Patientinnen und Patienten gegenüber Auszubildenden reagieren können. Hier werden in erster Linie präventive Interventionen aufgezeigt. Gerade durch die Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes und die damit verbundene Neugestaltung der Curricula ergibt sich die Chance Aggression und Gewalt aktiv im Unterricht zu beachten und darauf zu reagieren.

Herr Alexander Karlin

Akademischer Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege, diplomierter allgemeiner und psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger, Berater und Trainer im Sicherheitsmanagement Aggression, Gewalt und Deeskalation im Gesundheitswesen, besondere Nähe zur Geriatrie und Akutpsychiatrie, seit 2013 an einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege als Lehrperson tätig



Christian Cohen-Brichta und Manfred Konlechner **Gewaltprävention im Krankenhaus – Herausforderungen, Phantasien, Chancen, Umsetzungsmöglichkeiten**

„Versuchter Mord, Koran- Prediger (24) wollte Pfleger erwürgen“

(Kronen Zeitung, 20.01.2017)

„Gewalt im Spital nimmt zu“

07.12.2016, Kurier

„Gewalt im Spital: Im Würgegriff des Krankenhauspatienten, DerStandard

17.November 2015“

„Gewalt und Beleidigungen in Krankenhäusern „Der weiße Kittel schützt längst nicht mehr“

22. März 2016 RP Online“

„Gewalt gegen Pflegekräfte: „Auch selbst schuld“

Die Presse 20.11.2015“

Ein neues Phänomen? Beginnt ein neues Zeitalter der Gewalt und Aggression? Brauchen wir wieder Jahre um damit umgehen zu können? Nein! Seit 2004 gibt es in Österreich die Ausbildung zur/zum DeeskalationstrainerIn. International wird seit Jahrzehnten geforscht und Versucht und Umgesetzt. Der Umgang und die Präventionsmöglichkeiten mit Aggression und Gewalt ist nichts neues. Die Sichtweise, die Sensibilität zu diesem Thema hat sich geändert. Was wir aktuelle tun

können, wie wir Gewalt und Aggression vermeiden können, den Ursprung und beginnen im Keim ersticken können und wo unsere Grenzen sind wird in diesem Vortrag besprochen und den TeilnehmerInnen nähergebracht.

Herr Christian Cohen-Brichta

Diplomierter Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger Trainer und Berater für Sicherheits- und Deeskalationsmanagement Adherence Therapeut Basales und Mittlers Pflegemanagement

Herr Christian Cohen-Brichta Stadt Wien OWS

- Geb. 1982, wohnhaft in Ebenfurth
- Berater und Trainer für Sicherheits- und Deeskalationsmanagement (2014)
- Trainer für rhetorische Kommunikation beim Arbeitskreis für Sozialpsychologie und Gruppendynamik (ASG)(2011)
- Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger (2006)
- Stationspfleger auf einer allgemeinspsychiatrischen Station in Wien
- Vortragstätigkeiten zu den Themen Aggressions-, Gewalt- und Deeskalationsmanagement, Kommunikation und Rhetorik, Umgang in der Psychiatrie, Gesprächsführung.
- Publikation zum Thema Aggression, Gewalt und Deeskalation.



Gudrun Bauer

(Lebens-)Qualität in der Langzeitpflege: Methoden, Beurteilungen, Erwartungen und Perspektiven

Die Diskussion rund um die Qualität in der Langzeitpflege rückt zunehmend die Lebensqualität der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen in den Vordergrund. Auch in Qualitätssystemen steht die Lebensqualität pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen als zu beurteilende Dimension immer stärker im Mittelpunkt. Lebensqualität in der Langzeitpflegeversorgung ist ein stark subjektiv geprägtes Konzept und von vielerlei Faktoren beeinflusst. Dieser Vortrag nimmt einen multiperspektivischen Fokus ein und geht der Frage nach, mit welchen Methoden (Lebens-)Qualität in Langzeitpflegeeinrichtungen gemessen bzw. beurteilt wird, welche Erwartungen ältere Menschen an die (Lebens-)Qualität in Langzeitpflegesettings haben und welchen möglichen Einfluss die Beschäftigungssituation von Pflege- und Betreuungskräften auf die (Lebens-)Qualität im Langzeitpflegebereich nimmt.

Frau MMag. Dr. Gudrun Bauer

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung

Ist Sozioökonomin und Pflegewissenschaftlerin und Wissenschaftlerin am Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Zuvor forschte sie am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien und am Institut für Sozialpolitik der WU Wien und war als Sozialexpertin der Diakonie Österreich tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Lebens- bzw. Pflegequalität in der Langzeitpflege, Migration von Pflege- und Betreuungskräften, Langzeitpflegepolitik und Langzeitpflegesysteme.


 Karin Bruckmüller

Pflegehandlungen in Verbindung mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen aus straf- und medizinrechtlicher sowie ethischer Sicht

Pflegerinnen und Pfleger befinden sich oftmals in einem Spannungsfeld zwischen pflegerisch notwendigem, medizinisch indiziertem, ethisch adäquatem und (straf)rechtlich korrektem Vorgehen. Dies ist nicht nur bei Pflege- und Behandlungsfragen der Fall, sondern insbesondere bei eskalierenden Situationen basierend auf Gewalt von PatientInnen. Diese Gewaltbereitschaft kann durch unterschiedliche Gründe hervorgerufen werden, etwa der/die PatientIn ist allgemein aggressiv, steht gerade unter Schock oder unter entsprechendem Drogeneinfluss. Oftmals ist sie auch bedingt durch das Ablehnen und/oder Wehren gegen eine nicht gewollte aber notwendige Behandlung. In diesen Konstellationen kann aus Sicht der Pflege oder auf Anordnung des Mediziners eine freiheitsentziehende (Vorsichts)Maßnahme gegen den/die PatientIn erforderlich sein oder sinnvoll erscheinen. Wobei als freiheitsentziehende Maßnahmen hauptsächlich solche, die zur Bewegungseinschränkung führen, gemeint sind; aber nicht nur, sondern auch solche, die zur Willenseinschränkung führen.

Gerade Fällen, in denen eine Eskalation droht, wird hinsichtlich freiheitsentziehender Handlungen in der Praxis immer wieder von „Grau-Zonen“ des Rechts, vor allem des Strafrechts, gesprochen bzw die rechtliche Situation (zumindest teilweise) falsch eingeschätzt.

Es bestehen somit Unsicherheiten der PflegerInnen in Bezug auf die Grenzen des Strafrechts.. Fragen wie: „Was ist erlaubt?“ Und „Ab wann wird das Setzen eine Maßnahme zu Gewalt durch den Pflegenden gegenüber dem/der PatientIn und könnte strafrechtlich relevant sein?“ werden aufgeworfen. Manchmal widersprechen sich zudem Ethik und Recht. Diese Unsicherheiten verstärken - wie Studien zeigen - die zu Beginn beschriebene Dilemmasituation und können zu Fehlentscheidungen hinsichtlich einer Maßnahme oder auch Behandlung führen. Durch falsch gesetzte freiheitsentziehende Handlungen wird einerseits in, durch das Strafrecht geschützte, Rechtsgüter des/der PatientIn, wie etwa die Patientenautonomie, eingegriffen und andererseits können dem/der Pflegenden strafrechtliche Folgen drohen.

Im Vortrag werden - im (Klinik-)Alltag taugliche - Möglichkeiten zur Herstellung von Rechtssicherheit vorgestellt, um so die inhaltliche und oft auch zeitliche Dilemmasituation entschärfen zu können, strafrechtliche Sanktionen für PflegerInnen möglichst zu beseitigen, und dabei gleichzeitig die Patientenautonomie weitgehend zu schützen.

Frau Dr. Karin Bruckmüller

Ist wissenschaftliche Projektleiterin im Straf- und Strafprozessrecht an der Johannes Kepler Universität Linz und der Ludwig-Maximilians-Universität München. Zudem lehrt sie an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien.

Zu ihren Forschungsschwerpunkten zählt neben den Opfer- und Beschuldigtenrechten insbesondere das Medizin(straf)recht. Sie verbindet in ihrer Forschung strafrechtsdogmatische und medizinethische Ansätze, um praxisrelevante Ergebnisse für PflegerInnen und MedizinerInnen zu erzielen. In diesem Bereich leitet sie auch Drittmittelprojekte, hat zahlreiche Vorträge im In- und Ausland gehalten sowie Beiträge verfasst.