



Pflegekonzept

zur flächendeckenden Begleitung und Unterstützung
der Bevölkerung Österreichs

erstellt im Auftrag des österreichischen Seniorenbundes von:

Univ. Prof. Dr. Elisabeth Seidl
Mag. Dr. Elisabeth Rappold
MMag. Dr. Ilsemarie Walter

Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien
in Zusammenarbeit mit der
Abteilung Pflegeforschung des IPG der Universität Linz

Kontaktadressen:

Institut für Pflegewissenschaft Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Wien
1080 Wien, Alserstraße 23
Telefon: +43/1/4277-49801, Fax: +43/1/4277-9498, E-Mail: pflgewissenschaft@univie.ac.at

Abteilung Pflegeforschung des IPG der Universität Linz
1080 Wien, Bennogasse 21/3
Telefon: +43/1/4066870, E-Mail: office@pflgewissenschaft.ac.at

INHALT

Einleitung	4
Bildungskonzept	5
1. Qualifizierung der Pflegefachkräfte	6
Anhebung der Qualifikation	6
Erhöhung der Anzahl der Pflegepersonen	6
2. Qualifizierung anderer professionellen HelferInnen	9
3. Bildungsinitiativen für Angehörige und freiwillige HelferInnen	9
4. Bildungsinitiativen für die Bevölkerung	9
Forschungskonzept.....	10
Basisplan zum Aufbau von Pflegeforschung	10
Universitäre Standorte in Österreich	12
Forschungsinhalte	13
Forschungsmethodik	14
Forschung auf bundesweiter und lokaler Ebene	15
Forschungsethik.....	17
Pflege und Betreuungskonzept.....	18
Einleitung	18
Pflege und Betreuung von Menschen in verschiedenen Settings	19
Integrierte Pflege- und Versorgungskette	19
Unterstützung chronisch kranker Menschen.....	22
Begleitung und Pflege älterer Menschen	23
Pflege und Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden	24
Unterstützung und Beratung pflegender Angehöriger	25
Zusammenfassung	26

Einleitung

Die Entwicklung des „Pflegekonzpts zur flächendeckenden Begleitung und Unterstützung der Bevölkerung Österreichs“ geht von folgenden Grundvoraussetzungen aus:

Die demographische Entwicklung verlangt neue Formen der Pflege und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Die Menschen in Österreich wollen großteils auch im Alter und bei Krankheit bis zu ihrem Tod zu Hause unterstützt und gepflegt werden.

Ein Nachholbedarf besteht in Österreich bei der Pflege und Versorgung im häuslichen Bereich und bei der Qualifizierung der Pflegepersonen.

In der Gesellschaft werden Phänomene wie Altern und Kranksein tabuisiert und damit auch die Pflegenden; deren Sozialprestige soll aufgewertet werden. Ein höherer Stellenwert wäre wünschenswert.

Das Pflegekonzept enthält drei Einzelkonzepte:

- ein **Bildungskonzept** für Pflegepersonen und die Bevölkerung
- ein **Forschungskonzept**, das auf Bedarf und Bedürfnisse ausgerichtet ist
- ein **Pflege- und Betreuungskonzept**, das Pflege zu Hause ermöglicht

Das gesamte Pflegekonzept soll europakonform sein, das heißt, dass Pflegepersonen mit hoher Qualifikation und Status die notwendigen Veränderungen im Gesundheitswesen in die Wege leiten, wozu vor allem eine grundlegende Strukturveränderung in Richtung eines gut ausgebauten, familien- und gemeindenahen Pflege- und Betreuungsnetzes gehört.

Da die ambulante Versorgung alle Gruppen der Bevölkerung erreichen und auf ihre speziellen Bedürfnisse ausgerichtet sein soll, sind im besonderen Personen aus verschiedenen Ethnien, aus allen sozialen Schichten und aus allen Altersgruppen zu berücksichtigen.

Dieses Konzept kann nur skizzenhaft auf die wichtigsten Themen hinweisen. Für die Ausarbeitung und Umsetzung sind Entwicklungsteams zu beauftragen.

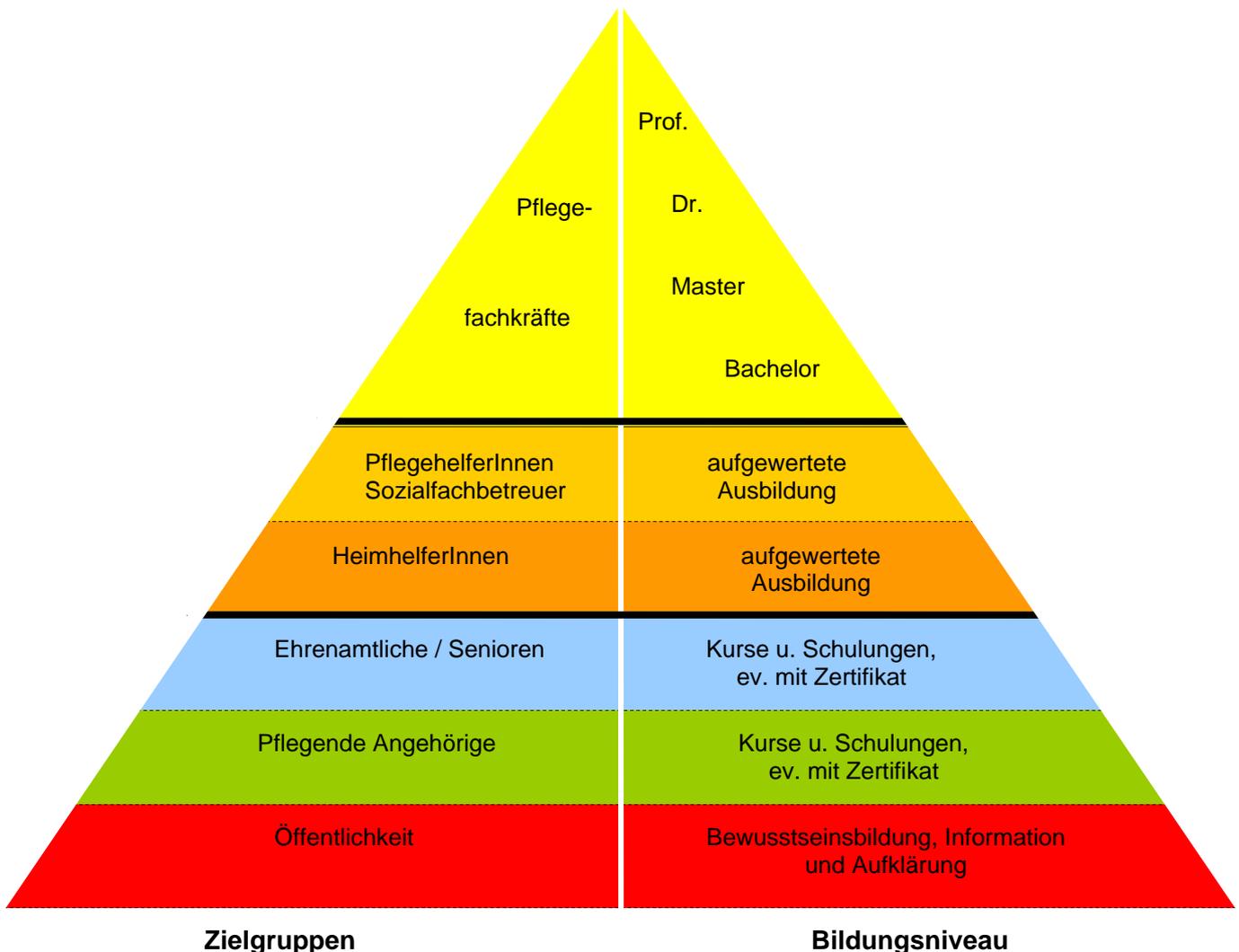
Bildungskonzept

Ein Pflege- und Betreuungsplan der Zukunft verlangt ein Bildungskonzept, für alle Personen, die in irgendeiner Weise an Pflege und Versorgung betreuungsbedürftiger Menschen beteiligt sind.

In erster Linie betrifft dies die professionell Pflegenden, in zweiter Linie diejenigen, die sich ehrenamtlich für pflegerische und Betreuungsaufgaben zur Verfügung stellen, weiters die pflegenden Angehörigen und im weitesten Sinn die gesamte Bevölkerung.

In der hier dargestellten Grafik werden einerseits die betroffenen Personengruppen genannt, andererseits die Bildungswege aufgezeigt, die zu beschreiten sind.

Bildungskonzept für Pflege und Gesundheit der Bevölkerung



Quelle: eigene Grafik

1. Qualifizierung der Pflegefachkräfte

Zwei Stoßrichtungen sind in Bezug auf die Ausbildung in der Pflege zu verfolgen:

- 1) eine Anhebung der Qualifikation der Pflegepersonen und
- 2) eine bedeutende Erhöhung der Anzahl der Pflegepersonen

Anhebung der Qualifikation

Die **Grundausbildung** des „gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege“ muss auf **Bachelorniveau** angehoben werden, um das Bildungsniveau der meisten europäischen Staaten zu erreichen.

Höhere universitäre Bildung ist für einen gewissen Prozentsatz der Pflegefachkräfte unbedingt erforderlich.

Pflegewissenschaftliche Institute und Lehrstühle sind einzurichten und die Finanzierung der Dienstposten und gesamten Ausstattung sicherzustellen.

An allen österreichischen Universitäten sind für das Fach Pflegewissenschaft Studienplätze in ausreichender Zahl einzurichten. Das bedeutet:

- Bachelorstudiengänge
- Masterstudiengänge
- Doktoratsstudien
- PhD- oder Habilitations-Programme

Erhöhung der Anzahl der Pflegepersonen

Damit die Pflege für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Leistungen erbringen kann, die mit dem europäischen Niveau vergleichbar sind, soll die Gesamtanzahl der qualifizierten Pflegefachkräfte schrittweise auf das Doppelte angehoben werden.

Bachelorstudium

Entsprechend der europäischen Bildungslandschaft ist die Pflegegrundausbildung demnach in den tertiären Bildungsbereich zu integrieren. Zur Ausbildung zum Bachelor in der Pflege müssen derzeit drei Wege beschritten werden:

- 1) An allen österreichischen Universitäten sind Bachelorstudien einzurichten, zur Qualifizierung einer möglichst großen Anzahl von Studierenden. An einigen Universitäten sind solche Ausbildungen bereits eingeführt oder geplant (siehe Seite 12)
- 2) Fachhochschulen für Pflege sollen in ausreichender Zahl neu errichtet werden.
- 3) Die bestehenden Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sind durch gezielte Maßnahmen dahingehend zu entwickeln, dass sie nach einem Akkreditierungsverfahren in Fachhochschulen umgewandelt werden können.

Das Ziel ist, die Zahl der AbsolventInnen der Grundausbildung um 100 Prozent anzuheben. Derzeit werden an den 62 Gesundheits- und Krankenpflegeschulen jährlich ca. 2000 diplomierte Pflegepersonen ausgebildet. Als erster Schritt soll ab sofort in jedem Bundesland mindestens eine Fachhochschule gegründet werden.

Die Grundausbildung endet mit der Verleihung des Bachelorgrades in Pflege und dem Erwerb der Berufsberechtigung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Die Bildungswege sollten durchlässig sein und unnötige Wiederholungen von Lehrinhalten vermieden werden. Diese Möglichkeit ist nach den Regeln der Bologna-Erklärung durch Anrechnung von ECTS-Punkten gegeben.

Der Bachelorgrad ist auch die Voraussetzung zur Absolvierung eines Masterstudiums und/oder von Postgraduate-Studiengängen.

In den verschiedenen Praxisfeldern der Pflege sind die Bachelor-AbsolventInnen verantwortlich für die Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege. Sie arbeiten im stationären und ambulanten Bereich und im Schnittstellenbereich. Sie arbeiten dort einerseits eigenständig, andererseits übernehmen sie Tätigkeiten medizinischer Art auf Anordnung des Arztes und im interdisziplinären Aufgabenbereich. Sie wirken mit an der Pflegeforschung und am Wissenstransfer in die Praxis, sie beteiligen sich an der psychosozialen Betreuung der PatientInnen und ihrer Angehörigen und an Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Sie sind auch verantwortlich für die Organisation der Pflege, die Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals und die Anleitung und Begleitung der Auszubildenden im Praxisfeld (vgl. GuKG § 14-16).

Masterstudium

Masterstudiengänge dienen einerseits der Vorbereitung der wissenschaftlichen Laufbahn, d. h. Personen, die im Bereich der universitären Lehre und Forschung arbeiten möchten, werden nach dem Bachelor einen Masterabschluss und das Doktorat erwerben.

Andererseits dienen Masterstudiengänge einer fachlichen Vertiefung in einem Praxisbereich der Gesundheits- und Krankenpflege. Für den anstehenden Bedarf im Gesundheitswesen sind spezifische Masterstudiengänge zu entwickeln und einzuführen. Beispielhaft seien hier zwei

dringend benötigte Masterprogramme angeführt: Master in „Gerontologischer Gesundheits- und Krankenpflege“ und in „Familien- und gemeindeorientierter Pflege“.

Ein weiter Bereich an spezialisierten Tätigkeiten ist im Praxisfeld der Pflege zu erschließen. Bekannte und neu entstehende gesundheitliche und pflegerische Probleme erfordern ständige Anpassung und neue Lösungsansätze. Diese Arbeitsfelder werden international als „Advanced Nursing Practice“ (ANP) bezeichnet. „Advanced Nurses“ entwickeln neue Konzepte in verschiedenen Praxisfeldern der Pflege und setzen diese gemeinsam mit den BerufskollegInnen um. Diese hochspezialisierten Pflegepersonen mit Forschungs- und Organisationskompetenz sind z. B. tätig in Bereichen wie Unterstützung bei der Bewältigung chronischer Krankheiten, Förderung der Autonomie von alten Menschen in ihrem sozialen Umfeld oder der Unterstützung pflegender Angehöriger. Chronische Krankheiten, die wegen ihrer Zunahme und der Komplexität ihrer Bewältigung besondere Berücksichtigung finden müssen, sind beispielsweise Demenz, Multiple Sklerose, Parkinson, HIV/Aids oder Krankheiten aus dem rheumatischen Formenkreis. Besondere Programme sind zu entwickeln für MigrantInnen und andere spezielle Bevölkerungsgruppen. In all diesen Bereichen ist Assessment, Konzeptentwicklung, Beratung und Begleitung eine wichtige Aufgabe der Advanced Nurses.

Hoher Entwicklungsbedarf besteht in Österreich im ambulanten Pflege- und Versorgungsbereich. Daher ist der Aufbau von neuen extramuralen Strukturen wie Gesundheitszentren, die Entwicklung von Netzwerken zur Koordination von pflegenden Angehörigen, freiwilligen HelferInnen und professioneller Unterstützung ein wichtiger Aufgabenbereich der Advanced Nurses. Flächendeckend sind auch Strukturen zu entwickeln in Palliative Care im häuslichen Bereich, in Hospizen und stationären Einrichtungen.

Die AbsolventInnen des Masterstudiums werden auch benötigt für Lehr- und Bildungsaufgaben, insbesondere an den Fachhochschulen, aber auch in Lehrgängen für PflegehelferInnen, Sozialbetreuungsberufe, bei ehrenamtlichen HelferInnen oder pflegenden Angehörigen. Weiters werden Sie zur qualifizierten Mitarbeit an Forschungsprojekten und der Entwicklung wissenschaftlicher Konzepte gebraucht. Auch für die Konzeption von Bildungsstrukturen für ehrenamtliche HelferInnen, Angehörige und für die Bevölkerung können Pflegende mit dieser Qualifikation herangezogen werden.

Doktoratsstudium

Für die wissenschaftliche Laufbahn müssen Doktoratsstudiengänge entwickelt und angeboten werden. In Zukunft sollen zunehmend auch PhD-Programme angeboten werden, um eine internationale Anschlussfähigkeit zu gewährleisten.

Kernaufgaben der AbsolventInnen des Doktoratsstudiums ist die universitäre Lehre und Forschung. Zum Aufbau der Pflegewissenschaft ist Theorie-, Methoden- und Praxisentwicklung nötig.

Habilitationsprogramme

Alternativ zu PhD-Programmen bieten Habilitationsprogramme die Möglichkeit, eine universitäre Karriere anzustreben. Zu den Kernaufgaben von DozentInnen und ProfessorInnen zählt die interdisziplinäre Kooperation und Konzeptentwicklung auf höchstem Niveau und die Teilnahme an EU-weiten Forschungs- und Entwicklungsprogrammen.

2. Qualifizierung anderer professioneller HelferInnen

Für die gesundheitliche Versorgung vorwiegend im ambulanten Bereich ist eine drastische Anhebung der Anzahl der PflegehelferInnen nötig, und zwar um ein Mehrfaches. Gleichzeitig mit der Vermehrung der Ausbildungsprogramme ist es nötig, Arbeitsstellen für diese Personengruppe zu schaffen und zu finanzieren.

Für PflegehelferInnen, SozialbetreuerInnen und ähnliche Gesundheitsberufe soll über offizielle Zulassungsbedingungen ein Zugang in das höhere Bildungssystem ermöglicht werden, damit die Durchlässigkeit des Bildungssystems gewährleistet ist.

Die Ausbildung für HeimhelferInnen, die für kranke und geschwächte Menschen bei der Alltagsbewältigung eine wichtige Rolle spielen, soll inhaltlich und umfangmäßig angehoben werden.

3. Bildungsinitiativen für Angehörige und freiwillige HelferInnen

Freiwillig geleistete Pflege und Betreuung findet einerseits im Rahmen des Familienverbundes zu Hause statt, andererseits wird sie von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen verschiedener Trägerorganisationen angeboten. Um diesen Menschen das entsprechende Wissen und Können zu vermitteln, müssen Kurse und Schulungen vorab, aber auch begleitend geschaffen werden. Hier ist an zwei Ausrichtungen zu denken:

- Schulungen und Kurse für SeniorInnen oder junge Leute, die ihre Arbeit ehrenamtlich anbieten
- Schulungen und Kurse für Personen, die die Pflege und Betreuung von Angehörigen oder Freunden übernommen haben.

In diesen Kursen werden Angehörigen und freiwilligen HelferInnen pflegerische Grundbegriffe vermittelt. Sie werden in praktischen Fertigkeiten geschult und lernen notwendige Wissens-elemente aus Spezialbereichen wie dem Umgang mit Demenzkranken. Weitere Schwerpunkte kann die Bewältigung von Schmerzen oder im besonderen die Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden sein.

Solche Kurse könnten mit dem Erwerb von Zertifikaten verbunden sein, was einerseits den Status von pflegenden Angehörigen und freiwilligen HelferInnen heben und andererseits in irgend einer Weise im Bildungssystem angerechnet werden könnte.

4. Bildungsinitiativen für die Bevölkerung

In der Gesamtbevölkerung ist mit Hilfe von verschiedenen Medien Information und Aufklärung über Gesundheitsfragen zu leisten. Spezielle Informationen könnten über pflegeorientierte Internetplattformen verbreitet werden. Eine Bewusstseinsbildung mit dem Ziel, jedwede Stigmatisierung durch Krankheit, Alter, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung zu reduzieren, ist über Printmedien und Fernsehen in Gang zu setzen. Dabei könnte auch die Leistung der Pflegenden auf verschiedenen Ebenen hervorgehoben und die gesellschaftliche Anerkennung gefördert werden.

Ein Angebot an niederschwellig angelegten Kursen, z. B. an Volkshochschulen, sollte die Bevölkerung mit pflegerischen Grundkenntnissen und Handlungskompetenzen vertraut machen. So könnten zunehmend Gemeinschaften entstehen, in denen die einzelnen füreinander Sorge tragen und ein Verantwortungsgefühl füreinander entsteht.

Forschungskonzept

Parallel zum Nachholbedarf, der in Österreich in der akademischen Bildung von Pflegepersonen besteht, ist in unserem Land auch ein großer Nachholbedarf auf dem Gebiet der Pflegeforschung zu verzeichnen. Im Ausland ist Pflegeforschung seit Jahrzehnten etabliert. So wurde zum Beispiel in Großbritannien bereits in den 1950er Jahren ein Institut für Pflegeforschung an der Universität Edinburgh errichtet, und 1972 wurde im sogenannten Briggs-Report, einem offiziellen Bericht für das Parlament, festgehalten: „Nursing should become a research-based profession.“¹

Um auf dem Gebiet der Pflegeforschung in Österreich Europeaniveau zu erreichen, ist der Aufbau entsprechender Strukturen dringend nötig. In der Folge werden die Grundzüge eines Konzepts zum Aufbau von Pflegeforschung dargestellt. Erläuterungen und Details zu einzelnen Punkten sind den beigefügten Blättern zu entnehmen.

Basisplan zum Aufbau von Pflegeforschung

1. Ausstattung aller universitären pflegewissenschaftlichen Lehr- und Forschungsinstitute

- **mit ausreichender Personalbesetzung** (ProfessorInnen, AssistentInnen, Hilfskräfte) und
- **materiellen Ressourcen** (Bibliothek, Onlinequellen usw.).

Damit wird die nötige Infrastruktur für die Durchführung entsprechender Forschungsvorhaben geschaffen. (siehe Seite 12)

2. Kostendeckende Förderung geeigneter Forschungsprojekte

- Forschung zur Pflege und Gesundheitsförderung der Bevölkerung sollte den **gleichen Stellenwert** bei der Finanzierung erhalten wie Forschung im naturwissenschaftlichen oder technischen Bereich.
- Dazu ist die Erstellung einer **Prioritätenliste** für Forschungsvorhaben nötig, die gefördert werden. (siehe Seite 13)
- **Bestehende Forschungsfonds** sollen für die Pflegeforschung geöffnet werden. Die Richtlinien für die Begutachtung sind dementsprechend anzupassen.
- **Interdisziplinäre Forschung** auf relevanten Gebieten unter maßgeblicher Beteiligung der Pflegewissenschaft sollte forciert werden. (zu Punkt 2 siehe auch Seiten 14-17)

3. Internationale Vernetzung fördern

- durch **Maßnahmen** wie z. B. Ausschreibung von Stipendien für Forschungsaufenthalte im Ausland, Berufung ausländischer ExpertInnen auf Spezialgebieten zur Mitarbeit an Forschungsaufträgen, Finanzierung von Tagungen und Symposien u. a. m.

¹ Asa Briggs (1972): Report of the Committee on Nursing. London

4. Vernetzung von Forschung und Praxis

- durch entsprechende Anreize für Trägerorganisationen von Hauskrankenpflege oder stationärer Einrichtungen zur Beteiligung an Forschungsprojekten. In Frage kämen etwa die Finanzierung von Posten für institutionseigene PflegeforschungsexpertInnen, Steuerermäßigungen für die Beteiligung an Forschungsvorhaben, Prämierungen praxisrelevanter Fragestellungen u. v. m. In Österreich soll eine wissenschaftliche Zeitschrift zur Verbreitung der Forschungsergebnisse geschaffen werden.

Universitäre Standorte in Österreich mit bereits institutionalisierten bzw. geplanten pflegewissenschaftlichen Einrichtungen:

WIEN:

Universität Wien:

- Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft seit Wintersemester 1999/2001
- Stiftungsprofessur für Pflegewissenschaft vom 1.10.2004 – 30.9.2007
- Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Wien seit 1. 1. 2005
- Masterstudium Pflegewissenschaft für 2008 geplant (in Koop.m.d.Medizin.Univ.)
- Doktoratsstudium Pflegewissenschaft für 2010 geplant

Medizinische Universität Wien:

- Bachelorstudium Pflegewissenschaft für 2007 geplant

GRAZ:

Medizinische Universität Graz in Kooperation mit der Karl-Franzens-Universität

- Bakkalaureatsstudium Pflegewissenschaft ab Wintersemester 2004
- Masterstudium Pflegewissenschaft wird im Wintersemester 2007 beginnen
- Doktoratsstudium Pflegewissenschaft für 2009 geplant
- Institut für Pflegewissenschaft und eine Professur seit 2006

LINZ:

Johannes Kepler Universität Linz:

- Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung (IPG) mit Abteilung Pflegeforschung in Wien seit Jänner 1992
- pflegewissenschaftliche Studiengänge sind in Diskussion

HALL in TIROL:

Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT):

- Bakkalaureats-, Master- und Doktoratsstudium Pflegewissenschaft seit Wintersemester 2005
 - Institut für Pflegewissenschaft und eine Professur
- Weitere Studiengänge Pflegewissenschaft an den beiden staatlichen Universitäten in Innsbruck wären wünschenswert

SALZBURG:

Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU):

- Bachelorstudium Pflegewissenschaft für 2007 geplant
- Masterstudium Pflegewissenschaft für 2010 geplant
- Eine Professur wird voraussichtlich Ende Juni 2006 ausgeschrieben

Ein weiteres Studium Pflegewissenschaft an der Paris-Lodron-Universität Salzburg wäre wünschenswert

KLAGENFURT:

Alpen-Adria Universität Klagenfurt:

- pflegewissenschaftliche Studiengänge sind in Diskussion

Forschungsinhalte

Die steigende Notwendigkeit von Forschung in der Pflege ergibt sich vor allem aus dem wachsenden Stellenwert, der der Pflege angesichts der demographischen Entwicklung, der Zunahme der chronischen Krankheiten, der Entwicklung der Medizin und anderer Einflussfaktoren, die hier nicht im Einzelnen dargestellt werden können, zukommt. Zweifellos kann die Antwort auf manche der komplexen Probleme, die sich aus dieser Situation ergeben, nicht durch eine Wissenschaft allein erfolgen; für die Bearbeitung zahlreicher Fragestellungen im Gesundheitswesen wird ein interdisziplinärer Ansatz nötig sein. Sicher ist jedoch, dass der Pflegewissenschaft dabei ein äußerst wichtiger Platz zukommt.

Die möglichen Inhalte von Pflegeforschung sind ebenso vielfältig und komplex wie die Ursachen, die tatsächliche oder potentielle Pflegebedürftigkeit begründen. Es lassen sich jedoch einige Grundzüge herausarbeiten, die sowohl die Weite des Forschungsgebietes aufzeigen als auch die Pole abstecken, die in Summe beachtet werden müssen, wenn Pflegeforschung der Praxis dienen soll. So sind einerseits Forschungsarbeiten nötig, die sich mit Belastungen und Problemen Kranker und/oder ihrer Angehöriger beschäftigen, die spezielle Bedürfnisse und konkreten Bedarf erfassen; andererseits solche, die mögliche Ressourcen erheben oder Interventionen zur Unterstützung der Betroffenen testen. Die Überprüfung von Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit – etwa in Form gezielter Informationsvermittlung oder spezieller Beratungsangebote – ist ebenso wichtig wie die Erforschung von Maßnahmen, die den Leidensdruck bei bereits stattgefundener Erkrankung senken und Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen bieten können. Neben angewandter Forschung zur Lösung konkreter praktischer Fragestellungen muss Grundlagenforschung treten, um eine theoretische Basis pflegerischen Wissens zu schaffen.

Angesichts der Fülle der Problematik wird es nötig sein, Prioritäten zu setzen und gewisse Forschungsthemen zu bevorzugen – und auch entsprechend finanziell zu fördern. Solche Prioritäten werden von Zeit zu Zeit entsprechend der Forschungsergebnisse wie auch infolge gesellschaftlicher oder sonstiger Veränderungen neu erstellt werden müssen, einige Themen lassen sich jedoch bereits jetzt bestimmen. Es sind dies (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- mit Erkrankungen zusammenhängende Phänomene wie Schmerz, Ulcus cruris oder Inkontinenz und unterstützende Angebote für die Betroffenen
- Belastung chronisch kranker und alter Menschen, z. B. Demenz- oder Aidskranker, DiabetikerInnen, Menschen mit Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sowie die Unterstützung dieser Menschen und ihrer Familie
- Spezielle Bedürfnisse bestimmter Bevölkerungsgruppen wie etwa MigrantInnen, Frauen oder Männer, Pendler oder Arbeitslose, oder von Randgruppen (Obdachlose, Suchtkranke usw.) in Bezug auf gesundheitsbezogene Phänomene
- Entwicklungsprozesse im Krankheitsverlauf („Patientenkarrieren“), also Fragestellungen wie etwa: Warum müssen Menschen in bestimmten Situationen immer wieder rehospitalisiert werden? Unter welchen Bedingungen wird eine Pflege zu Hause durch die Angehörigen von diesen als nicht mehr tragbar empfunden? Warum leitet eine Krankenhaus- oder Heimeinweisung alter Menschen in vielen Fällen einen irreversiblen Prozess ein? u. v.a. m.

Möglich wäre, dass sich die einzelnen universitären Standorte – eventuell entsprechend den Schwerpunkten der von ihnen angebotenen Studiengänge – auf bestimmte Forschungsbereiche spezialisieren.

Forschungsmethodik

Die Methodik der Pflegeforschung, die sie im besonderen mit den Sozialwissenschaften teilt, umfasst je nach Fragestellungen quantitative und qualitative Ansätze, deskriptive, korrelative und experimentelle Designs, Aktions- und Evaluationsforschung. Ein Teil der Forschungsarbeiten muss auf Theoriebildung ausgerichtet sein. Drei Forschungsrichtungen sollen hier etwas näher erläutert werden: epidemiologische Forschung in der Pflege, qualitative Ansätze in der Pflegeforschung und „Randomized Controlled trials“.

Epidemiologische Forschung wurde deshalb als Beispiel gewählt, weil es möglicherweise nicht auf den ersten Blick einsichtig ist, wieso hier ein Bedarf an pflegewissenschaftlicher Forschung besteht. Krankheitsbezogene epidemiologische Daten sind jederzeit über die Internetseiten der nationalen Statistikinstitute – in Österreich Statistik Austria – abrufbar. Sieht man diese Daten, die auf Grund medizinischer Diagnosen erstellt wurden, jedoch auf ihre Brauchbarkeit für die Pflegewissenschaft an, so wird deutlich, dass sie Pflegebedürftigkeit bzw. den Bedarf an Pflege nur sehr unvollkommen abbilden.² In der Pflege stehen andere Phänomene im Vordergrund, deren Inzidenz und Prävalenz zu erfassen sind. Gemeint ist damit etwa die Häufigkeit von Schmerzzuständen, Bettlägerigkeit, Dekubitalgeschwüren oder Mangelernährung, aber auch zum Beispiel die Anzahl Diabeteskranker mit türkischer oder serbokroatischer Muttersprache oder pflegender Kinder und Jugendlicher.³ Selbst für manche für die Pflege sehr relevante Phänomene, die medizinischen Diagnosen entsprechen, wie etwa dementielle Erkrankungen oder Ulcus cruris, stehen aus verschiedenen Gründen nur Daten aus Teilbereichen⁴ oder überhaupt keine Daten zur Verfügung und man ist auf Schätzungen angewiesen, die oft weit auseinandergehen. Hier ist dringender Forschungsbedarf gegeben, wenn effiziente Handlungskonzepte erstellt werden sollen.

Qualitative Forschungsansätze sind aus einem anderen Grund wichtig. In vielen internationalen Forschungsarbeiten wie auch in der Erfahrung der Verantwortlichen hat sich immer wieder gezeigt, dass gesundheitsbezogene Informationen oder Ratschläge, die an den konkreten Bedürfnissen der tatsächlich oder potentiell Betroffenen vorbeigehen, wenig effektiv sind. Die häufigen Klagen darüber, warum sich z. B. viele DiabetespatientInnen nicht an die empfohlene Lebensführung halten, wodurch das Auftreten von Komplikationen beschleunigt wird, oder warum gut gemeinte Ratschläge für Kranke aus anderen Kulturen nicht die gewünschte Wirkung zeigen, illustrieren diese Tatsache. Qualitative Forschungsansätze, insbesondere offene Interviews in ihren verschiedenen Spielarten, sind geeignet, die Sichtweise und das subjektive Erleben der Betroffenen zu erfassen und in der Folge anstelle von Maßnahmen, die top-down erstellt und angeordnet werden und daher wenig wirksam sind, solche zu setzen, die gemeinsam mit den Betroffenen geplant wurden, ihren Bedürfnissen entsprechen und von ihnen akzeptiert werden.

„Randomized controlled trials“ (RCT) stellen die einzige Untersuchungsform dar, mit der ein Zusammenhang von Ursache und Wirkung belegt werden kann. Es handelt sich dabei um Untersuchungen mit experimenteller Anordnung, wie sie z. B. in der Pharmaforschung angewendet werden. Die Vorgangsweise muss in hohem Maße standardisiert sein, die

² vgl. z. B. Sabine Bartholomeyczik/Cleo R. Nonn (Hrsg.) (2005): Fokus: Epidemiologie und Pflege, Hannover, oder Inge Eberl/Sabine Bartholomeyczik/Elke Donath (2005): Die Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt, Pflege, 18.Jg., S.364-372

³ Zur Zahl erwachsener pflegender Angehöriger existieren Berechnungen, die im Rahmen eines internationalen Projekts erstellt wurden; vgl. Josef Hörl (2005): EUROFAMCARE: National Background Report for Austria; Eurofamcare, Hamburg

⁴ Im Fall der dementiellen Erkrankungen die Anzahl der stationär behandelten Patienten mit der Hauptdiagnose Demenz.

Einbeziehung einer Kontrollgruppe ist nötig, die sich so weit wie möglich in keinem Merkmal von der Versuchsgruppe unterscheidet, die zu prüfende Intervention jedoch nicht erhält (in der Pharmaforschung Placebo-Gruppe). Solche Untersuchungen sind für einfache Pflegehandlungen wie etwa regelmäßiges Umlagern oder die Anwendung einer bestimmten Art von Massage sehr wichtig, weil damit eine Wissensgrundlage dafür geschaffen werden kann, welche Pflegehandlungen den PatientInnen den meisten Nutzen bringen, ohne das Gesundheitsbudget zu sehr zu belasten. Da jedoch von der Praxis wie von der Politik meist bevorzugt solche Untersuchungen gefordert werden, ist auch auf die Grenzen der Anwendung dieser Methode hinzuweisen. Die Hauptgründe sind einerseits in der Komplexität vieler für die Pflege relevanter Phänomene zu finden⁵, andererseits muss gefragt werden, was im Umgang mit kranken Menschen ethisch vertretbar ist.

Dass an dieser Stelle über einige spezielle Richtungen ausführlicher gesprochen wurde, bedeutet nicht, dass die anderen weniger notwendig wären. Jede der erwähnten Forschungsmethoden ist für bestimmte Fragestellungen der Pflegewissenschaft brauchbar; welche gewählt wird, wird in erster Linie von der Art der Fragestellung entschieden.

Forschung auf bundesweiter und lokaler Ebene

Forschung, die österreichweit geplant wird und mit repräsentativen Stichproben oder Totalerhebungen arbeitet, ist nötig, um den Bedarf an Pflege in verschiedenen Bereichen zu erheben und rechtzeitig die erforderlichen Mittel bereitzustellen und die nötigen Strukturen zu schaffen. Ebenso notwendig sind jedoch auch Untersuchungen im lokalen, überschaubaren Rahmen – gedacht ist hier an einzelne Gemeinden, Ortsbezirke, Stadtviertel usw. Es liegt auf der Hand, dass etwa in einem Ort mit bäuerlicher Bevölkerung und vielen Pendlern andere Unterstützungsangebote gebraucht werden als in einem Großstadtbezirk mit einer hohen Anzahl von MigrantInnen, um nur ein Beispiel zu nennen. Auf der lokalen Ebene muss ein sorgfältiges „Assessment“, also eine Erhebung des lokalen Bedarfs erfolgen, in die VertreterInnen möglichst vieler betroffener oder interessierter Gruppen wie z. B. politische oder religiöse Gruppierungen, lokale Senioren- oder Frauenverbände, MinderheitensprecherInnen usw. einbezogen werden müssen. Ein solches Assessment erfolgt unter wissenschaftlicher Leitung; Planung und Etablierung der daraus abgeleiteten Maßnahmen und Institutionen sind wissenschaftlich zu evaluieren.

Zu wünschen ist, dass bundesweite und lokale Initiativen Hand in Hand gehen und einander ergänzen. Als Beispiel für das Zusammenspiel nationaler und lokaler Forschungsvorhaben soll hier das in den USA laufende Forschungsprogramm „REACH“ geschildert werden, in dem zur Verfolgung eines konkreten gesundheitspolitischen Ziels Forschung auf nationaler und lokaler Ebene kombiniert wird.

„REACH“ ist eine Abkürzung für „Enhancing Alzheimer’s Caregiver Health“. Ziel dieses Programms, das vom „National Institute on Aging“ und vom „National Institute of Nursing Research“ gefördert wird, ist es, Interventionen zur Unterstützung pflegender Angehöriger von Demenzkranken auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und daraus ein Maßnahmenpaket zu

⁵ vgl. Zur Frage, wie weit sich Randomized controlled trials für komplexe pflegerische Fragestellungen eignen, siehe z. B. Mieke Grypdonck (2004): Eine kritische Bewertung von Forschungsmethoden zur Herstellung von Evidenz in der Pflege, *Pflege & Gesellschaft*, 9.Jg., Heft 2, S.35-41; Eva-Maria Panfil (2004): Quantitative Methoden – Grundlage für komplexes Handeln? *Pflege & Gesellschaft*, 9. Jg., Heft 2, S.47-51; Klaus Wingenfeld (2004): Grenzen der Evidenzbasierung komplexer pflegerischer Standards am Beispiel des Entlassungsmanagements, *Pflege & Gesellschaft*, 9.Jg, Heft 3, S.79-84

entwickeln, das lokalen oder individuellen Bedürfnissen der Betroffenen angepasst werden kann. Die Bedürfnisse lokaler Minderheiten sollen dabei besondere Beachtung finden.

„REACH I“ wurde im Jahr 1995 als Fünfjahresprogramm gestartet. Begleitet von einer umfassenden Literaturanalyse wurden sechs über die USA verteilte universitäre Forschungszentren ausgewählt, die Interventionen zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen je nach dem Bedarf gestalten und im lokalen Milieu erproben sollten. Nach Möglichkeiten wurden MitarbeiterInnen angeworben und geschult, die der jeweils im Vordergrund stehenden Bevölkerungsminorität angehörten. Bei den auf lokaler Forschungsarbeit basierenden und unter Einbeziehung von Betroffenen entwickelten Programmen sollten kulturbezogene Generalisierungen unbedingt vermieden werden, da sie geeignet sind, bestehende Stereotype zu verfestigen. Die Programme sollten vielmehr imstande sein, sowohl die kulturelle Spezifität einer bestimmten Gruppe als auch die große individuelle Variabilität zu berücksichtigen. Die sechs Forschungszentren entwickelten sehr unterschiedliche Unterstützungsprogramme. So entstand beispielsweise – sehr verkürzt gesagt – in Miami ein insbesondere auf kubanische Angehörige von Demenzkranken zugeschnittenes Programm, das einem familiensystemorientierten Ansatz folgte. In Palo Alto, wo die Zielgruppe pflegende Angehörige mexikanischer Ursprungs waren, wurde hingegen, dem Bedarf entsprechend, ein zeitbegrenztes, problemfokussiertes Angebot zur Förderung der Fähigkeiten der einzelnen Personen im Umgang mit den Kranken entwickelt, das mit der Überreichung eines Zertifikats abschloss. In Birmingham, mit afroamerikanischen pflegenden Angehörigen als Zielgruppe, lag der Schwerpunkt der Intervention auf Hausbesuchen, bei denen sich die Beratung durch Fachleute u. a. auf die Möglichkeit einer sinnvollen Rollenerfüllung von Seiten der Demenzkranken konzentrierte, ein Anliegen, das dieser Bevölkerungsgruppe besonders am Herzen lag. Außerdem wurden Elemente zur Förderung des Durchsetzungsvermögens der Angehörigen gegenüber VertreterInnen des Gesundheitssystems eingebaut, da sich herausstellte, dass viele TeilnehmerInnen am Programm sich scheuten, dem Personal medizinischer Einrichtungen Fragen zu stellen oder etwas zu verlangen.

Auf den Ergebnissen von „REACH I“ aufbauend wurde im Jahr 2003 „REACH II“ begonnen, ein Programm, das bis zum heurigen Jahr läuft. Die Ergebnisse der Forschung in den sechs Zentren wurden zusammengeführt und es wird nun versucht, ein komplexes Interventionsprogramm zu testen, das aus einzelnen verschiedenen Maßnahmen aufgebaut ist, die individuell dosiert werden können. Es hatte sich nämlich gezeigt, dass „Einheitsprogramme“ für alle wenig effektiv sind, während flexible Programme, die individuellen Bedürfnissen angepasst werden können, Erfolg versprechen. Das neue Interventionsprogramm wird derzeit in allen sechs Forschungszentren getestet.⁶

⁶ vgl. Richard Schulz et al. (2003): Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH): Overview, Site-Specific Outcomes, and Future Directions; *The Gerontologist*, vol.43(4), pp 514-520; Dolores Gallagher-Thompson et al. (2003): Tailoring Psychological Interventions for Ethnically Diverse Dementia Caregivers, *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol.10(4), pp 423-438; Stephen R. Wisniewski et al. (2003): The Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH): Project Design and Baseline Characteristics, *Psychology and Aging*, vol.18(3), pp 375-384

Forschungsethik

Wissenschaftliche Forschung, die sich auf Menschen bezieht, wirft immer auch ethische Fragen auf. Forschung heißt nicht immer, dass die beteiligten Personen einen Nutzen daraus ziehen können. Für die Pflegeforschung dürfen keine anderen ethischen Grundsätze gelten als für die praktische Pflege. Der Grundsatz, Gutes zu tun und vor Schaden zu schützen, ist ethische Pflicht auch in der Pflegeforschung. Die Interessen der Forschung dürfen nicht höher stehen als die Interessen des Menschen, und unter keinen Umständen darf Pflegeforschung jemandem Leid oder Schmerz zufügen. Ethik in der Forschung will, dass die Rechte der Personen, die an Forschungsstudien teilnehmen, nicht verletzt werden. Deshalb soll die Wahrung dieser Rechte ständig beachtet werden. Auch die Wahl der korrekten Forschungsmethode ist in einem Bereich, in dem es um Menschen geht, vom ethischen Standpunkt aus zu betrachten.

Um dies sicher zu stellen und die Entscheidung darüber, was ethisch vertretbar ist, nicht den ForscherInnen oder Institutionen alleine zu überlassen, ist die Einrichtung von übergeordneten, unabhängigen Ethikkommissionen ein wichtiger Schritt beim Aufbau eines verantwortungsvollen Forschungsprogramms und ein wertvoller Beitrag zur Wahrung der Rechte des Menschen im Forschungsprozess.

Um eine verantwortungsvolle, ethisch vertretbare Forschung in der Pflege durchzuführen, müssen eigene unabhängige Ethikkommissionen an den Universitäten eingerichtet und speziell ausgebildete Pflegepersonen in ausreichender Zahl in bestehende Ethikkommissionen berufen werden.

Eigene Ethikkommissionen sind zum einen wichtig, weil Pflegeforschung sich durchaus anderer Forschungsmethoden bedient als z.B. naturwissenschaftlich orientierte Forschung und dazu eine eigene Expertise notwendig ist, zum andern, weil Pflege einen ihr eigenen Blickwinkel einnimmt. Gerade die Pflege, die in ihrem professionellen Denken und Handeln teilweise andere Ziele hat als die Medizin – mit dem Prinzip der Fürsorge als Mittelpunkt – kann viel dazu beitragen, dass Forschung im Gesundheitswesen an strengen ethischen Maßstäben gemessen wird.

Pflege und Betreuungskonzept

Einleitung

Eine flächendeckende bedarfs- und bedürfnisgerechte Pflege und Betreuung der Bevölkerung im stationären und ambulanten Bereich muss geboten werden. Der Schwerpunkt muss auf dem großzügigen Ausbau des ambulanten Sektors liegen. Dafür sind ausreichend Stellen zu schaffen, deren Finanzierung durch die öffentliche Hand sichergestellt werden soll.

Dabei sollen alle Gruppen der Bevölkerung beachtet werden, im Besonderen die sozial Schwachen, damit eine Zwei-Klassen Versorgung vermieden wird. Pflege und Betreuung sollen rund um die Uhr angeboten werden, und auch an Sonn- und Feiertagen erreichbar sein.

Auch Gesundheitsförderungsmaßnahmen gehören zum Aufgabenbereich der Pflegepersonen. Beratung durch PflegeexpertInnen kann z.B. erreichen, dass die Hospitalisierungs- und Rehospitalisierungsquoten gesenkt werden können.

Bei allen Pflege- und Unterstützungsmaßnahmen soll nicht nur der einzelne Mensch im Mittelpunkt stehen, sondern das gesamte Familiensystem. Betroffen sind von einer Krankheit nämlich immer auch die Mitglieder der Familie, unabhängig davon, ob sie als pflegende Angehörige tätig sind oder nicht. Family Health Nursing richtet sich an Familien mit Kindern und auch an Familien, in denen kranke Menschen gepflegt werden oder ein Beratungsbedarf besteht.

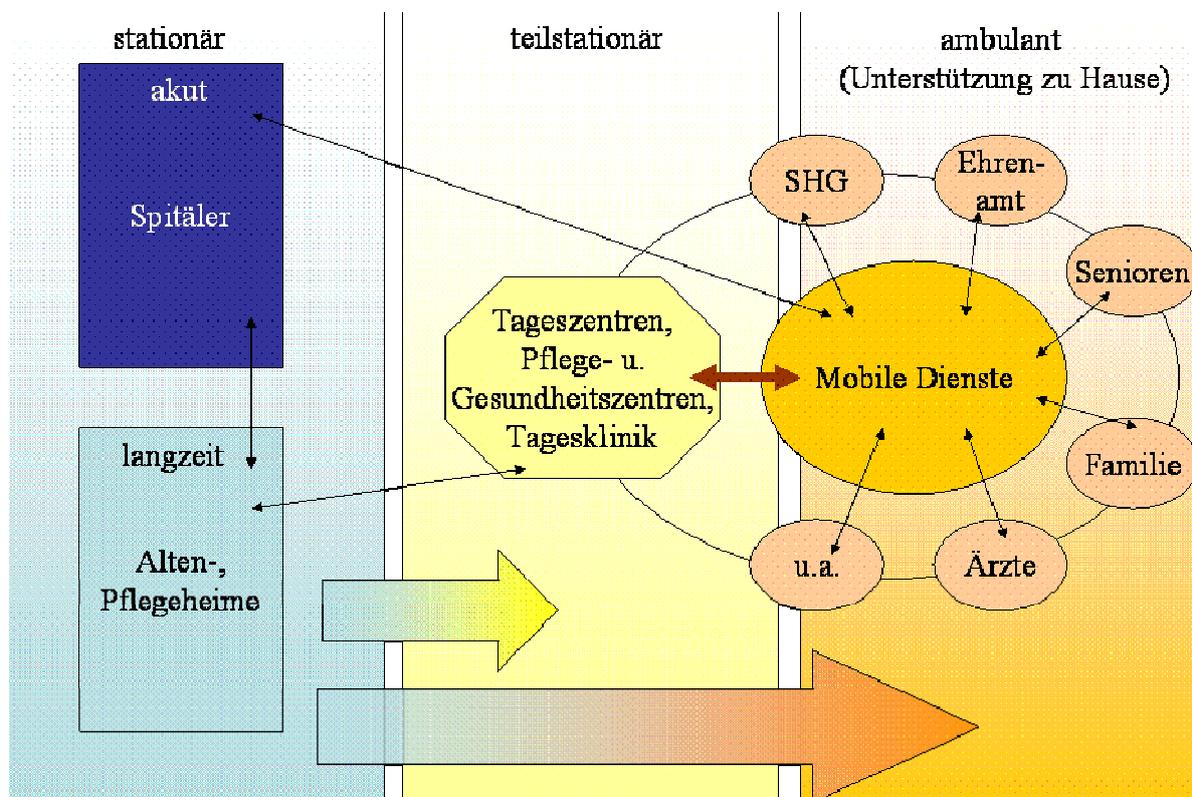
Im folgenden Abschnitt wird Pflege und Betreuung in verschiedenen Settings dargestellt und damit betont, dass in der Pflege- und Versorgungskette in Zukunft der teilstationäre und häusliche Bereich großflächig ausgebaut werden muss, weil derzeit der stationäre Sektor zu sehr dominiert. Darauf folgt eine ausführlichere Darstellung der Pflege und Begleitung verschiedener Zielgruppen: Chronisch kranke Menschen, ältere Menschen, Schwerkranke und Sterbende und pflegende Angehörige. Die Auswahl dieser Gruppen ist darin begründet, dass hier der Bedarf besonders groß ist, weiterhin ansteigt und ihre Betreuung im derzeitigen auf Akutversorgung ausgerichteten System zu kurz kommt. Außerdem liegt hier ein Schwerpunkt pflegerischer Aufgaben, für die neue pflegewissenschaftliche Konzepte notwendig sind.

Auch diese Kapitel sind nur skizzenhaft gestaltet und bedürfen zur Umsetzung einer viel detaillierteren Planung.

Pflege und Betreuung von Menschen in verschiedenen Settings

Die hier geschilderte Versorgungskette beruht auf drei Säulen, dem stationären, teilstationären und ambulanten Bereich. Die Versorgungskette ist derzeit überdimensional auf den stationären Sektor ausgerichtet, teilstationärer und ambulanter Sektor sind kaum entwickelt. Wichtige Ziele sind z.B. gute Pflege und Unterstützung zu Hause zu ermöglichen und die Pflege- und Betreuungskontinuität bei höchstmöglicher Lebensqualität der PatientInnen trotz Wechsel der Versorgungseinrichtung aufrechtzuerhalten (Schnittstellenmanagement).

Integrierte Pflege- und Versorgungskette



Quelle: eigene Darstellung

Hauskrankenpflege

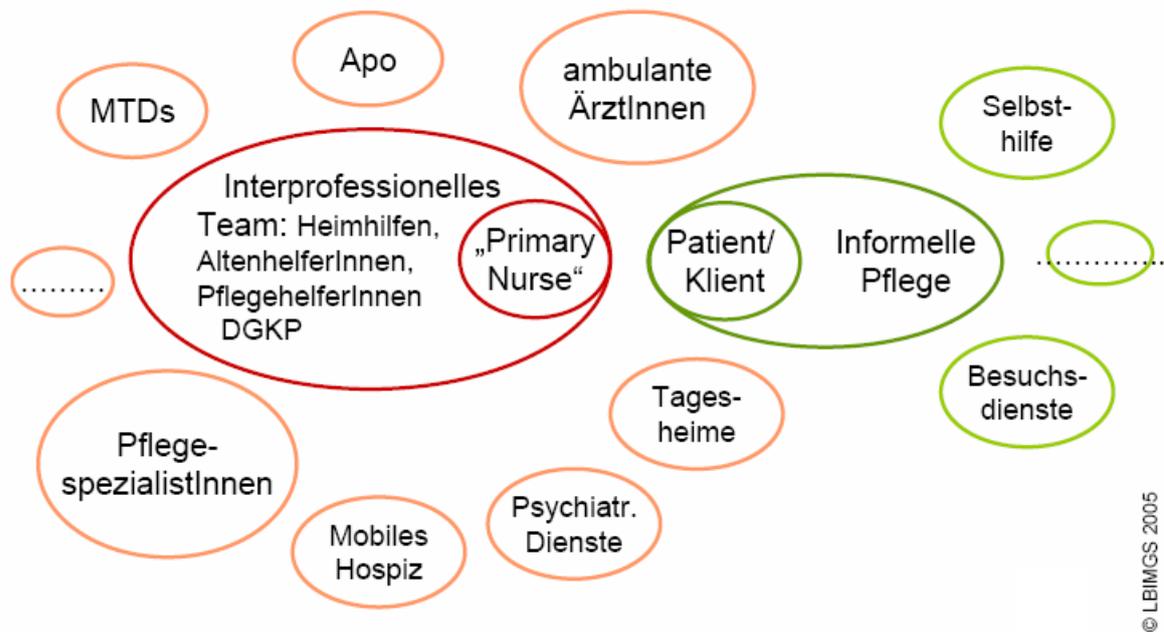
Der Großteil der pflegebedürftigen Menschen wird derzeit ausschließlich von Angehörigen betreut. Ein Fünftel der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen wird zusätzlich oder ausschließlich von etwa 7.810 angestellten Pflege- und Betreuungspersonen in der Hauskrankenpflege (VZÄ⁷) österreichweit unterstützt. Die Nachfrage steigt, aber bereits jetzt gibt es Betreuungslücken. Mangels finanziellen Engagements der verschiedenen Kostenträger können die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste nicht bedarfs- und bedürfnisgerecht ausgebaut werden. Für einen weiteren Ausbau fehlt es aber auch an Pflegekräften.

⁷ Vollzeitäquivalente, auf Basis 40 Wochenstunden, Quelle: BMSG/ÖBIG 2004

- Als erster Schritt dringend notwendig ist die volle Finanzierung der ärztlichen und pflegerischen Leistungen im Rahmen der Hauskrankenpflege durch die Krankenversicherungsträger.
- Die Verordnung der Pflegehilfsmittel sollte zukünftig durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der Trägerorganisationen für häusliche Pflege erfolgen.
- Die Beurteilung des Pflegebedarfs und die Einstufung des Pflegegelds soll von pflegerischen Sachverständigen durchgeführt werden.

In der Hauskrankenpflege werden zahlreiche Disziplinen, Angehörige/Freunde sowie ehrenamtliche MitarbeiterInnen die Versorgung gemeinsam aufrechterhalten. Sie werden entsprechend ihren durch Bildung erworbenen Kompetenzen eingesetzt. Der Aufbau einer Case- und Caremanagement-Infrastruktur könnte durch eine systematische Begleitung der PatientInnen und ihrer Angehörigen helfen, die jeweiligen Pflege- und Betreuungsprozesse zu steuern. Die einzelnen Patienten werden mit Hilfe spezifischer Methoden durch das Versorgungssystem begleitet und es werden die für sie relevanten Leistungen erschlossen bzw. koordiniert.⁸ Zur Einführung dieser Konzepte sind die Bereitschaft aller Versorgungseinrichtungen zur Zusammenarbeit und die Finanzierung dieses „Nahtstellenmanagements“ notwendig.

Ambulantes Pflege- und Betreuungssystem



Quelle: LBIMGS, 2005, Krajic, Nowak, Rappold

Teilstationäre Einrichtungen

Dazu zählen unter anderem Tageszentren, Tageszentren für spezielle Zielgruppen, ambulante Pflegezentren, ambulante medizinisch-therapeutische Interventionszentren.

Teilstationäre Einrichtungen sind in Österreich sehr unterrepräsentiert. Ein Bedarfsrichtwert gibt drei Plätze pro 1000 Einwohner ab 65 Jahren an. Dies ergibt einen Bedarf von 4370 Plät-

⁸ Michael Ewers/Doris Schaeffer (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Hans Huber, Bern

zen im Jahr 2010. Das würde 90 – 440 Tageszentren entsprechen (bei einem Angebot von 50 bis 100 Plätzen pro Tageszentrum).

Tageszentren dienen der Aufrechterhaltung der bisherigen Lebensweise in der eigenen Wohnung durch eine tagsüber bereitgestellte Betreuung und die Unterstützung pflegender Angehöriger. Die Aufgaben sind: Aktivierungsmaßnahmen mit therapeutischem Aspekt, Aktivierende Ergotherapie, Bewegungstherapie, Musik- und Tanztherapie, Gelegenheit zu kreativer Tätigkeit, Gartentherapie u.a., Beratungsgespräche mit Personen verschiedener Professionen (einzeln oder in Gruppen), Entspannungsübungen/Meditation, Physiotherapie nach Bedarf, Gedächtnistraining, Aktivitäten außerhalb des TZ, Veranstaltungen für BesucherInnen. Durch Mitbestimmung des Tagesablaufes kann das Selbstwertgefühl der BesucherInnen gestärkt werden. Hinzukommen medizinisch pflegerische Leistungen im Sinne des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches (Infusionen, Verbandwechsel), aber auch gesundheitsfördernde Maßnahmen.

Stationäre Akutpflege

Die Akutpflege muss sich auf die Bedürfnisse älterer und multimorbider Menschen mit akuten Geschehen einrichten, die in der Regel einen anderen Umgang erfordern als die Pflege von jungen Menschen mit akutem Geschehen. MitarbeiterInnen in den Krankenhäusern müssen entsprechend geschult werden, denn der Umgang mit älteren Menschen erfordert in der Regel Empathie, Geduld und Verständnis. Zeit und Geschwindigkeit gewinnen einen anderen Stellenwert, auf die entschleunigte Lebensweise muss sich das Krankenhauspersonal einstellen. Im Sinne eines effizienten und effektiven stationären Aufenthaltes sollten die Bedürfnisse der Betroffenen im Vordergrund stehen und nicht verrechnungstechnische Aspekte. Ziel wäre die Reduktion der Reshospitaleisierungen durch ein individuelles Pflegeangebot und ein entsprechendes Schnittstellenmanagement.

Stationäre Langzeitpflege

Die stationäre Langzeitpflege wird auch in Zukunft einen wichtigen Sektor der Pflege und Betreuung im Alter darstellen. Für manche ältere Menschen ist diese Art des Wohnens durchaus eine mögliche Wohnform, sofern Pflegeheime an die Bedürfnisse der BewohnerInnen angepasst werden. Die Verbesserungen betreffen räumliche und strukturelle Maßnahmen (Personalbesetzung), ebenso wie organisatorische Veränderungen. D.h. die Tagesabläufe und „Freizeitangebote“ müssen sich an den Vorstellungen und Bedürfnissen der BewohnerInnen orientieren und nicht an den Bedürfnissen der Organisation. Autonomie und Wahlfreiheit sind oberstes Gebot.

Versorgungsintegration

Die Leistungen müssen innerhalb dieser Versorgungskette aufeinander abgestimmt sein. Die häusliche Pflege und Betreuung ist ein wichtiges Glied in der Versorgungskette für hilfs- und pflegebedürftige Menschen. Das Ineinandergreifen medizinischer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgungsleistungen ist wichtig für die kontinuierliche Betreuung der Betroffenen.⁹

⁹ Elisabeth Seidl/Marta Staňkova/Ilsemarie Walter (Hrsg.) (2000): Autonomie im Alter; Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege. Willhelm Maudrich, Wien

Unterstützung chronisch kranker Menschen

Die Zahl chronisch Kranker hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen, nicht zuletzt deshalb, weil es der Medizin gelungen ist, vielen Menschen, die an Krankheiten leiden, die früher tödlich waren, das Leben zu erhalten. Diese Menschen sind für ihr weiteres Leben auf gesundheitliche Betreuung angewiesen. Die Gesundheitsversorgung ist jedoch derzeit weltweit noch stark auf Akutkrankheiten ausgerichtet und wird damit den chronisch Kranken, die eine andere Art der Versorgung brauchen, wenig gerecht. „Current systems are not designed for chronic problems“, stellt die Weltgesundheitsorganisation fest. „When health problems are chronic, the acute care practice model doesn't work.“¹⁰ Nach Meinung der WHO sind Veränderungen auf drei Ebenen nötig: auf der Mikroebene, d. h. bei der Interaktion zwischen Pflegepersonal und Betroffenen; auf der Mesoebene durch die Organisation einer Art von Pflege, die den Bedürfnissen der chronisch Kranken angepasst ist, und auf der Makroebene, z. B. durch geeignete Gesetzgebung oder gezielte Finanzierung.¹¹ Diese Forderung gilt auch für Österreich.

Das Besondere an den chronisch kranken Menschen ist, dass sie Experten sind für die eigene Krankheit. Ihr Wissen und ihre Erfahrung über den Umgang mit der Krankheit, die Reaktionen des eigenen Körpers und die Auswirkungen auf ihr alltägliches Leben können von keinem professionellen Helfer ersetzt werden. Im Umgang mit der Krankheit benötigen sie zwar professionelle Unterstützung, aber was sie tatsächlich brauchen, wissen sie selbst.

Gelangen sie zu der Haltung, dass sie die Krankheit bewältigen können, dann haben sie zwar eine Krankheit, sind aber nicht die ganze Zeit krank.¹² Sie brauchen die Unterstützung daher meist im häuslichen Bereich und nur zeitweilig und es wichtig das die Pflegenden verstehen, dass sie sich weitgehend nach den Vorschlägen der Betroffenen richten sollen.

Chronisch kranke Menschen brauchen Information und konkrete Hilfsmaßnahmen dann, wenn ein Problem auftritt. Daher ist es wichtig, dass professionelle Unterstützung jederzeit abrufbar ist, z. B. durch einen Anruf bei einer Stelle, die rund um die Uhr zu erreichen ist, in manchen Fällen vielleicht auch durch gezielt aufbereitete Information z.B. im Internet.

Aus diesen speziellen Gründen müssen von Seiten des Gesundheitssystems und der -berufe bestimmte Anforderungen erfüllt werden.

Pflegepersonen und andere Gesundheitsdienste mit Höherqualifizierung in speziellen Bereichen werden zur Begleitung chronisch Kranker und ihrer Familien benötigt.

Um permanente Erreichbarkeit zu gewährleisten, muss rund um die Uhr eine Kontaktperson zur Verfügung stehen.

Brauchbare Informationen, die differenziert aufbereitet und rasch abrufbar sind, müssen angeboten werden, z.B. im Internet.

¹⁰ World Health Organization (Hrsg.) (2002): Innovative Care for Chronic Conditions; Building Blocks for Action. Genf, S.29

¹¹ ebd., S.30-38

¹² Vgl. Mieke Grypdonck (2005): Ein Modell der Pflege chronisch Kranker. In: Elisabeth Seidl/Ilsemarie Walter (Hrsg.): Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag; Das Modell von Mieke Grypdonck, bezogen auf PatientInnen nach Nierentransplantation. Wilhelm Maudrich, Wien, S.25-60, hier S.22.

Begleitung und Pflege älterer Menschen

Die neue Herausforderung in der Begleitung älterer Menschen besteht darin, pflegerisches Handeln auf Lebensbegleitung zu richten und auf die Unterstützung der Alltagsbewältigung. Entsprechend dem Wunsch der einzelnen soll diese Begleitung im eigenen Zuhause ermöglicht werden, unterstützt auch von teilstationären Einrichtungen wie Tageszentren, in betreuten Wohnformen oder in Pflege- oder Altersheimen. Die Qualität der Betreuung älterer Menschen muss immer im Dienst größtmöglicher Lebensqualität stehen, wobei die Betroffenen selbst definieren, was darunter zu verstehen ist. Unterstützung im Alltag steht im Vordergrund, und zwar in einem Alltag, der sich nicht an den starren Regeln und eingeschränkten Möglichkeiten einer Institution orientiert, sondern an der Normalität des Lebens älterer Menschen.

Die Herausforderung bei der Betreuung älterer Menschen muss es sein, sich aus dem medizinischen Modell zu lösen und die Beseitigung der drei „Qualen des Alters“ – nach William Thomas Einsamkeit, Hilflosigkeit und Langeweile¹³ – in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen zu stellen.

Für professionell Pflegende, die für die Begleitung älterer Menschen verantwortlich sind, ist hohe Qualifikation notwendig, denn es geht nicht mehr um das „Versorgen“ älterer Menschen, sondern um das Entwickeln lebensnaher Betreuungskonzepte und die Einbindung, Schulung und Begleitung vieler anderer Berufsgruppen oder Personen. Dazu gehören vor allem Angehörige, die in diesem Betreuungs- oder Begleitungskonzepten wichtige Rollen spielen, aber auch die ehrenamtlichen HelferInnen. Ein neues Motto könnte heißen: Weg vom Institutionsmodell, das Fremdbestimmung bedeutet, hin zu einem selbstbestimmten Modell eines Lebens mit Unterstützung trotz Einschränkungen des Alters.

Ein neues Betreuungs- und Begleitungskonzept für ältere Menschen muss daher auf drei Grundprinzipien ausgerichtet sein:

- **die subjektive Perspektive der älteren Menschen**
- **Autonomie und Selbstbestimmung als ein wichtiger Faktor von Selbständigkeit**
- **Lebensqualität als oberstes Prinzip aller Betreuungskonzepte**

Aufbauend auf diesen Grundsätzen wird gefordert:

- Die Entwicklung von Programmen für ältere Menschen, die noch keine Pflege im herkömmlichen Sinn brauchen, die jedoch auch schon mit den Einschränkungen des Alterns fertig werden müssen. (z.B. Interessenskreise, um Austausch und Aktivität zu fördern und Isolation zu verhüten)
- Bildungsangebote zu unterschiedlichen Themen auf verschiedenem Anspruchsniveau bis zu einem Universitätsstudium sind anzubieten und zu begleiten
- Ausbau der Betreuungsformen und Unterstützungen, die ein Leben zu Hause, so lange es die Betroffenen wünschen, ermöglichen

¹³ Vgl. Christa Monkhouse, Renate Wapplinger (2003): Übermorgen, wenn wir alt sind. Rüffer&Rub, Zürich

- Entwicklung und Ausbau des teilstationären Bereichs, zugeschnitten auf die Perspektive älterer Menschen und deren Bedürfnisse
- Radikales Umdenken in der stationären Betreuung älterer Menschen. Das Prinzip „weg vom Institutionsmodell, hin zum Leben mit Unterstützung“ muss hier – von der Architektur angefangen bis zur Organisation der Betreuung – seinen Niederschlag finden
- Die Einstufung des Pflegegeldes auf Grund des Pflege- und Betreuungsbedarfs soll durch diplomierte Pflegepersonen mit spezieller Ausbildung durchgeführt werden

Um das zu verwirklichen, braucht es hohe Qualifizierung der professionell Pflegenden für diesen Bereich.

Pflege und Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden

Die letzte Lebensphase jedes Menschen wird im Allgemeinen in das gesellschaftliche Bewusstsein nicht einbezogen. Die Fragen rund um Tod und Sterben sind immer noch ein Tabuthema, obwohl es gute Ansätze gibt. Palliative Care und Hospizpflege werden zunehmend anerkannt und auch angeboten.

Voraussetzungen – struktureller, personaler und bildungsmäßiger Art – müssen geschaffen werden, um die Pflege und Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden zu bewältigen.

Verschiedene Settings sollen zur Verfügung stehen, in denen hochkompetente Pflege und Begleitung durch eigens geschulte Teams angeboten wird.

Sterben zu Hause, in der gewohnten Umgebung, ist für einen Großteil der Bevölkerung ein wichtiges Anliegen. Das ist nur möglich, wenn die Unterstützung der Betroffenen und ihrer Familien durch ambulante Hospizteams, in die auch ehrenamtliche HelferInnen integriert sind, gewährleistet ist.

Ergänzend soll eine ausreichende Anzahl von Hospizen jenen zur Verfügung stehen, die zu Hause nicht gepflegt werden können oder wollen.

Palliativpflege und -versorgung soll jedoch auch in allen Pflegeheimen und Akutkrankenhäusern möglich sein, und dafür sind spezielle Voraussetzungen zu schaffen.

Genau so wichtig ist die personelle Ausstattung dieser Einrichtungen. Pflege und Begleitung sind hier vorrangig und brauchen Zeit, es muss eine Atmosphäre der Ruhe und Gelassenheit entstehen können. In einem Klima der gegenseitigen Anerkennung sollen Gespräche möglich

sein, existentielle Fragen, Wünsche, Hoffnungen und auch Ängste ausgesprochen werden können.

Genügend Stellen für pflegerische, medizinische und andere Fachleute werden benötigt, um Palliativpflege zu ermöglichen.

Grundhaltungen, Kenntnisse und Fertigkeiten müssen in speziellen Bildungseinrichtungen erworben und erlernt werden. Eine Kultur der Anerkennung und Hochschätzung muss geschaffen werden, ebenso eine Gesprächskultur.

Eine offene Gesprächsatmosphäre, für die eine volle Aufklärung über Diagnose und den Verlauf der Krankheit Voraussetzung ist, stellt die Basis der gesamten Betreuung und Begleitung dar.

Unterstützung und Beratung pflegender Angehöriger

Laut Mikrozensuserhebung pflegen in Österreich 425.900 Menschen im Alter ab 18 Jahren ihre kranken Angehörigen zu Hause.¹⁴ Wenn man Personen unter 18 Jahren dazurechnet, die in dieser Statistik nicht erfasst wurden, ist die Zahl noch höher.

Pflegende Angehörige sind durch die Übernahme der Betreuung mit großen Belastungen konfrontiert. Kesselring stellte in einer ihrer Studien fest: „Vielfach versehen die pflegenden Angehörigen ihre Arbeit treu über viele Jahre hinweg, obwohl über 90 % sieben Tage pro Woche, über die Hälfte mehr als 12 Stunden pro Tag arbeiten und 60 % nachts erst noch aufstehen.“¹⁵ Häufig müssen sie die Berufstätigkeit aufgeben oder zumindest starke Einschränkungen in ihrem Leben hinnehmen. Das Gebundensein ans Haus, keine Zeit für eigene Interessen, bei Töchtern und Schwiegertöchtern z. B. negative Auswirkungen auf die eigene Familie, aber oft auch das Verhalten der Kranken und die ungewisse Zukunft sind nur einige der Belastungen, die oft schwer zu ertragen sind.

Wenn pflegende Angehörige keine oder nicht die geeignete professionelle Unterstützung erhalten, ist die Gefahr groß, dass sie selbst erkranken und schließlich nicht mehr imstande sind, die Pflege weiterzuführen. Pflegende Angehörige stellen eine bedeutende Ressource im Gesundheitswesen dar und sollten daher jede nur mögliche Unterstützung erfahren. Keineswegs kann es sich darum handeln, durch die Forcierung der Angehörigenpflege dem Gesundheitssystem Kosten zu ersparen, was ohnehin nicht auf lange Zeit gelingen kann, weil nur weitere Versorgungsbedürftige geschaffen würden. Auch pflegende Angehörige sind Menschen mit eigenen Bedürfnissen und einem eigenen Leben.

¹⁴ vgl. Josef Hörl, EUROFAMCARE, National Background for Austria, January 2005, S.17-25

¹⁵ vgl. Annemarie Kesselring (1998): Pflege daheim: Portrait einer harten Arbeit. Krankenpflege/Soins infirmiers, 91.Jg., 1/98, S.6-9, hier: S.6

Zur wirksamen Unterstützung sind folgende Maßnahmen dringend:

- **Die Unterstützung pflegender Angehöriger umfasst einerseits Maßnahmen, die eine Entlastung bei der Pflege bewirken, wie Hauskrankenpflege, Tagespflege, Urlaubspflege etc., andererseits Interventionen für die Angehörigen selbst (Schulungen, Selbsthilfegruppen, psychologische Betreuung etc.). Angebote in beide Richtungen müssen ausgebaut werden.**
- **Die Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige müssen vielfältig sein und je nach Bedürfnissen, der Art der Erkrankung der Betreuten, der kulturellen Zugehörigkeit usw. individuell angepasst werden können.**
- **Die bedeutendste Rolle bei dieser Unterstützung spielen die Pflegeberufe unter Anleitung hochqualifizierter Pflegepersonen, doch ist auch interdisziplinäre Zusammenarbeit auf diesem Gebiet nötig.**
- **Die Unterstützungsangebote müssen niederschwellig sein, leicht erreichbar und kostengünstig oder kostenlos.**
- **Die pflegenden Angehörigen müssen als ExpertInnen für die Pflege „ihres/ihrer“ Kranken betrachtet werden. Es geht nicht darum, ihnen etwas aufzudrängen, sondern sie in ihrer schweren Aufgabe zu begleiten und zu unterstützen.**

Zusammenfassung

In diesem „Pflegekonzept zur flächendeckenden Begleitung und Unterstützung der Bevölkerung Österreichs“ sind nur in groben Zügen die wichtigsten Anliegen zur Sprache gekommen. Hier soll noch einmal betont werden, dass die Pflegeleistungen, die unser Gesundheitssystem in großem Ausmaß braucht und zunehmend brauchen wird, in qualitativ hochstehender Form nur auf der Basis eines neuen und erweiterten Bildungsangebotes und den Ergebnissen der Pflegeforschung geboten werden können.

Dem Ausbau der Pflege und Betreuung zu Hause, unterstützt durch professionelle Dienste, muss sicherlich ein zentraler Stellenwert zukommen, da hier in Österreich besonderer Nachholbedarf besteht. Dennoch soll der Stellenwert der Pflege im Akutkrankenhaus und im gesamten stationären Sektor nicht geschmälert werden. Es ist auch hier die Weiterentwicklung qualitativvoller pflegerischer Leistungen notwendig.

Das „Pflegekonzept“ ist ausgerichtet auf ein europakonformes Niveau in Bildung, Forschung und pflegerischer Betreuung. Die angeführten Verbesserungsvorschläge und Neuerungen sind auf Machbarkeit ausgelegt. Allerdings braucht es für die Umsetzung von politischer Seite ein klares Bekenntnis und wegen des beschriebenen dringlichen Bedarfs einen raschen Beginn.