

Österreichs Fachzeitschrift für Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege[®] Newsletter Nr. 03-2013

(ISSN 1024-6908)

28. Jahrgang (9. Online-Jahrgang) - 21. Jänner 2013



Geschätzte Leserinnen und Leser!

Wenn Sie diesen Newsletter zukünftig nicht mehr erhalten möchten, klicken Sie bitte hier: www.lazarus.at/index.php?content=newsletteranmeldung&emailabmelden=1

Alle 396 Wochenausgaben seit 1. Jänner 2005 sind im PflegeNetzWerk www.LAZARUS.at/nl-archiv als Downloads (in Jahrgängen) verfügbar und dort auch für Ihre direkte Literatursuche verschlagwortet (benützen Sie einfach die Plattform-interne Funktion >SUCHE< rechts oben).







Inhalt

| Aktuelles & Internationales | 2-3 |
|-------------------------------------|-------|
| Aus Spital & Heim | 4-5 |
| BILDUNG & FORSCHUNG | 6-12 |
| Gastbeitrag: FÜHRUNG | 13-17 |
| Rehabilitation & Pflege Daheim | 18-19 |
| Gesundheit, Quer gedacht, Impressum | 20-22 |
| Stellenmarkt | 23 f. |

Salzburg:

Rettungs- und Behindertengesetz novelliert



Der Salzburger Landtag hat am vergangenen Mittwoch eine Vorlage der Landesregierung zur Änderung des Landesrettungsgesetzes angenommen. Mit der vorgeschlagenen Novelle soll insbesondere die Österreichische Bergrettung (Salzburg) als

Rettungsorganisation für den besonderen Hilfs- und Rettungsdienst im alpinen Gebiet anerkannt werden.

Zudem wird auch das Salzburger Behindertengesetz 1981 geändert, weil auf Grund des Pflegegeld-Reformgesetzes 2012 die Zuständigkeit der Länder bekanntlich auf den Bund übergegangen ist. Für nicht- oder nur teilstationäre Pflegedienstleistungen, wie sie vielfach in der Behindertenhilfe erbracht werden wird nun der Bezug von Bundespflegegeld beim Kostenersatz für Eingliederungshilfen durch das Land als Sozialhilfeträger berücksichtigt. Dies wird von den Behindertenverbänden als Schlechterstellung kritisiert.



Pläne der EU-Kommission noch nicht vom Tisch: 12 Jahre Schule vor Pflegeausbildung?

Deutschlands Gesundheitsminister Daniel Bahr ist weiter beunruhigt über Pläne der EU-Kommission, die schulische Ausbildungszeit VOR dem Eintritt in eine Pflegeberufsausbildung von zehn auf 12 Jahre zu verlängern. In Deutschland werde es zu einem Pflegenotstand kommen, wenn dies beschlossen und umgesetzt werde, sagte der Minister. Eine wichtige Abstimmung wird Ende Jänner 2013 im Europaparlament stattfinden. Die Chancen, dass Deutschland die bisherige Pflegeausbildung behalten könne, seien im Verlauf der Diskussionen allerdings gestiegen, da mittlerweile etliche EU-Länder wie Luxemburg, die Niederlande, Malta, Großbritannien und das – mit aktuell nur neun Jahren Schulpflicht und einem gesetzlichen Einstiegsalter von 17 Jahren ebenfalls betroffene Österreich - den Widerstand Deutschlands unterstützen.



Baden-Württemberg – Nordrhein-Westfalen: Mehr Pflegepersonal – weniger Spitalsbetten

Die Zahl der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen ist in Baden-Württemberg (10,7 Mio. EW) von 2009 bis Ende 2011 auf fast 116.000 gestiegen, wie das Statistische Landesamt mitteilte. Das ist ein **Zuwachs von neun Prozent.** 86%

der Beschäftigten in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen waren Frauen. 27,5 % waren Vollzeitbeschäftigte, 64,3 % arbeiteten in Teilzeit. Die stationäre Betreuung von pflegebedürftigen Menschen ist personalintensiv: So kamen auf je 100 BewohnerInnen von Pflegeheimen 98 Beschäftigte – darunter 66 im Bereich Pflege und Betreuung. In den ambulanten Einrichtungen kamen auf je 100 Pflegebedürftige nur 50 Beschäftigte (35 im Pflegebereich).

Der Megatrend "ambulant vor stationär" zeigt sich besonders deutlich im massiv sinkenden Bettenbedarf im größten Bundesland Nordrhein-Westfalen: Bis 2015 könnten die Kapazitäten um knapp neun Prozent von derzeit 124.000 auf etwa 110.000 Betten abgebaut werden, teilte das Gesundheitsministerium mit. Der Rahmenplan sieht vor, dass etwa in der Erwachsenen- und Jugendpsychiatrie, der Geriatrie und der Neurologie die Bettenkapazitäten erhöht werden, während in der Augenheilkunde, bei HNO-Krankheiten und der Strahlentherapie vermehrt ambulante Behandlungsmöglichkeiten Platz greifen. Die Frühgeborenenversorgung fokussiert sich auch aufgrund sinkender Entbindungszahlen stärker auf Geburtszentren.

Pflicht-Registrierung der Pflegenden Großbritanniens in "Berufsliste": **Zukunftsmusik für gesamte EU..?**



Please remind:

Registering within five years of completing your course!

Many students will be completing their nursing or midwifery programme this spring. Once you have completed your course, you must register within five years of the completion date.

If you fail to do so, you will need to re-enter a pre-registration programme. When there is a delay of six months or more in registering, your application to register will need to be supported by a nurse or midwife in the same part of the register as you are applying to, who has known you for at least a year and has been in contact with you during the last six months.

If you are teaching a nursing or midwifery programme, please emphasise this important requirement towards the end of the course as part of the transition to registration for your students. Registration is at the heart of NMC work and we maintain a register of over 660,000 nurses and midwives, to ensure that we maintain the safety of the public.



For more details see - After you qualify:

http://www.nmc-uk.org/Students/After-you-

qualify/?utm_medium=email&utm_source=Nursing+and+Midwifery+Council&utm_campaign=2062287_Ed_ucators+and+students+newsletter+16+January+2013&utm_content=afterqualify&dm_i=129A,1879R,6X5G_7S,45H9R,1

Stichwort Berufsliste in Österreich: "Die Arbeiterkammer ist jedenfalls gerüstet und in der Lage, große Datenbanken professionell zu verwalten. Wir bieten an, diese Aufgabe im öffentlichen Interesse zu übernehmen...".

(AK-NÖ Präsident Hermann Haneder in: AM PULS, Nr. 4, Dez. 2012)



Haus der Barmherzigkeit als "attraktiver Arbeitgeber": Erste Employer Branding Kampagne gestartet

Qualifizierte Fachkräfte im Pflege- und Betreuungsbereich sind gefragt. Damit diese Zielgruppe das Haus der Barmherzigkeit (HB) künftig noch stärker als attraktiven Arbeitergeber wahrnimmt, startete das Unternehmen jetzt seine erste Employer Branding Kampagne. Mit Unterstützung einer Agentur wurden unter dem Titel "Alles in einem Haus" Sujets entwickelt, die potentielle Bewerberlnnen ansprechen und das Zusammengehörigkeitsgefühl bestehender MitarbeiterInnen stärken sollen.

"Die Arbeit in der Langzeitbetreuung kann emotional ungemein bereichern und gleichzeitig stark belasten. Aus diesem Grund legen wir neben der fachlichen Ausbildung großen Wert auf die emotionale Reife unserer Mitarbeiter/innen. Bei der Konzeption der Kampagne war es uns daher sehr wichtig, möglichen InteressentInnen klar zu vermitteln, was auf sie zukommt", erklärt Personalleiterin Wilma Wiesnegger. Das Ergebnis sind 11 Sujets, die die emotionale Bandbreite der Arbeit im Haus der Barmherzigkeit teils humorvoll, teils ernst umreißen.

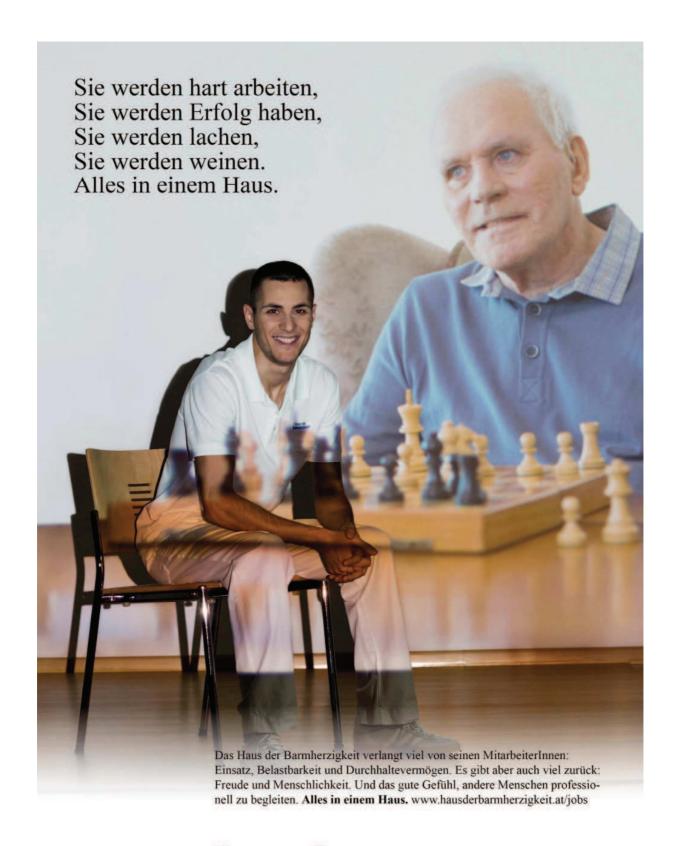
Employer Branding schafft realistische Erwartungen

"Employer Branding stärkt nicht nur das Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb eines Unternehmens, es kann im Personalmanagement eine Filterfunktion übernehmen", erklärt Agenturchefin Alexandra Speiser den Zugang. "Wir sprechen darum verstärkt Menschen an, die zur Marke passen, die eine ähnliche Haltung mitbringen und die sich deshalb hier voraussichtlich auch wohlfühlen und einen wertvollen Beitrag leisten werden."

150 Berufsgruppen aus allen Teilen der Welt

Um diesen Zugang nicht auf den Betreuungsbereich zu beschränken, wurden Sujets für sämtliche Tätigkeitsbereiche des Unternehmens entwickelt – von den Pflege- und Betreuungsbereichen über die Reinigung und die Küche bis hin zur Verwaltung. "Ob Mann, Frau, jung, alt, hart im nehmen oder zart besaitet, hier finden sich alle Arten von Menschen aus über 65 Nationen wieder - und alle leisten einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden unserer Bewohner und Klientinnen", betont Wilma Wiesnegger: "Damit sich diese Vielfalt auch in der Werbung widerspiegelt, haben wir im Rahmen der neuen Kampagne ausschließlich echte MitarbeiterInnen inszeniert. Diese Echtheit spürt man in jedem einzelnen Sujet".

Die elf Plakate der Kampagne werden in Tageszeitungen, Online sowie in Branchenmedien zu sehen sein. Weitere Sujets unter: http://bit.ly/Y6SPrm.



HAUS DER BARMHERZIGKEIT

Universität Witten-Herdecke:

Pflegewissenschafterin verabschiedet



Die deutsche Pflegewissenschaft verabschiedete sich am vergangenen Freitag feierlich von Frau Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik (Ii.), die nach knapp drei Jahrzehnten Pflegeforschung und 19jähriger Professur in den Unruhestand übertritt.

"Frau Bartholomeyczik bleibt dem Department für Pflegewissenschaft noch erhalten. Sie wird weiterhin DoktorandInnen betreuen und am PhD-Programm mitwirken. Sie begleitet auch in Zukunft Masterarbeiten und wird Forschungsprojekte durchführen.

Darüber hinaus leitet sie den Prüfungsausschuss für

unser Master- und Bachelorprogramm", erläutert Departmentsleiterin Prof. Christel Bienstein die weitere Zusammenarbeit.

Die gelernte Krankenschwester und promovierte Soziologin hat seit 1974 in der Forschung an verschiedenen Einrichtungen gearbeitet, bevor sie 2001 als Lehrstuhlinhaberin an die Universität Witten/Herdecke kam. Ihre fachlichen Schwerpunkte sind verbunden mit den Stichworten: Entwicklung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung in Deutschland, Erfassung und Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit, Pflegediagnostik, diagnostische Entscheidung, Epidemiologie von Pflegebedürftigkeit, Entwicklung von Instrumenten zur Messung von Pflegequalität, Pflegeberichterstattung im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung und Versorgung von Menschen mit Demenz.

Auf die beruflichen Stationen und Verdienste von Sabine Bartholomeyczik gingen bei der feierlichen Verabschiedung eine Reihe von FestrednerInnen ein, darunter: Prof. Christel Bienstein (Institutsleitung), Prof. Dr. Martin Butzlaff (Präsident der Universität W/H), Prof. Dr. Ulrike Höhmann (Evangelische Hochschule Darmstadt), Dr. Bernhard Holle (Arbeitsgruppe Versorgungsstukturen, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Witten), Dr. Elke Müller, (Pflegewissenschafterin, Dossenheim), Prof. Dr.Dr. Pierluigi Nicotera (Vorsitzender Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Bonn), Dr. Stefanie Seeling (Pflegewissenschafterin, Lichtenhagen) und Prof. Dr. Doris Schaeffer (Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld).

Quelle: www.uni-wh.de



Are you a palliative care expert who demonstrates the wish to make a difference and looks for an advanced

international training opportunity in palliative care?

Then you should apply for the European Palliative Care Academy, an innovative palliative care leadership course that will develop your theoretical knowledge and skills in the fields of personal and project development, teamwork, research and advocacy.

The European Palliative Care Academy is a joint project of the Robert Bosch Stiftung/ Germany and the four academic centres

- University Hospital of Cologne/ Germany
- Nicolaus Copernicus University Toruń, Collegium Medicum in Bydgoszcz/ Poland
- Hospice Casa Sperantei, Brasov/ Romania
- King's College London, Cicely Saunders Institute/ United Kingdom

These centres are renowned for their palliative care expertise both nationally and internationally. This project is carried out in collaboration with the European Association of Palliative Care (EAPC). These institutions have jointly developed the curriculum and will be offering it to emerging palliative care leaders of all professional backgrounds from across Europe. The first course will start in September 2013.

Deadline for applications is June 15, 2013.

For further information on the European Palliative Care Academy and the application process please see: www.eupca.eu

We thank you for informing other interested people of this unique opportunity.

Yours sincerely,

Atje Drexler

Deputy Head of Department "Health and Science"

je Ducer

Robert Bosch <mark>Stiftung</mark>

Publisher: Robert Bosch Stiftung GmbH, Heidehofstr. 31, 70184 Stuttgart, Germany

Universität Innsbruck verknüpft Forschung und Lehre:

Informelles Lernen neu gedacht

Informelle Lernerfahrungen am Arbeitsplatz sind in vielen Branchen längst als wichtiger Faktor neben formale Fortbildungsveranstaltungen getreten. In einem neuen EU-Projekt arbeiten Innsbrucker InformatikerInnen an neuen mobilen Informations- und Kommunikationstechnologien mit, die das Lernen abseits von Seminarräumen und Klassenzimmern erleichtern sollen.

"Lebenslanges Lernen" als Antwort auf immer kürzere Halbwertszeiten des beruflichen Wissens: In einem neuen EU-Projekt "Learning Layers" werden informelle Lernprozesse – also Wissensvermittlung abseits formaler Lern-Settings - beobachtet und mobile Technologien entwickelt, die diese Lernprozesse unterstützen. Dabei fokussiert das Projekt u.a. auf medizinisches Fachpersonal.

Insgesamt 17 Forschungsinstitute und Partnerbetriebe aus sieben EU-Ländern arbeiten an diesem Projekt mit. Die theoretische und empirische Basis zu informellem, IT-unterstützten Lernen an Arbeitsplätzen liefert das Projektteam der Uni Innsbruck (Ronald Maier) in Kooperation mit europäischen Universitäten. Ein Beispiel für diese Umsetzung sind Smartphone-Apps, die das Lernen auch während der Arbeit erleichtern sollen:

Ziel ist auch, diese Lerninhalte nicht zentral vorzugeben, sondern diejenigen, die sich damit beschäftigen, diese Inhalte selbst erstellen zu lassen – als Hilfe für Kolleg/innen. Die Grundlagenforschung der Innsbrucker Forscher soll in einigen Jahren zu anwendungstauglichen Modellen führen. Ein Knackpunkt ist dabei die Frage, wie das informell erworbene Wissen der MitarbeiterInnen dokumentiert und letztlich auch zertifiziert werden kann – denn eine "formale" Prüfung wäre kontraproduktiv, um informelle Lernerfahrungen zu verbessern.

Das Forschungsprojekt kommt auch der Lehre zugute: Die Absolvent/innen der Masterstudien werden eingebunden, können in einem anwendungsorientierten Feld mit hochkarätigen internationalen Partnern zusammenarbeiten und finden so auch exzellente Zugänge zu Praktika und Jobs. Zudem fließen aktuelle Fallstudien aus dem Forschungsprojekt direkt in Seminare und Vorlesungen ein.

 $(Quelle: \underline{www.uibk.ac.at/ipoint/news/2013/informelles-lernen-neu-gedacht.html.de}\)$

Positionspapier: Advanced Nursing Practice

Die Pflegeberufsverbände Deuschlands (DBfK), der Schweiz (SBK) und Österreichs (ÖGKV) haben ein Positionspapier zu Advanced Nursing Practice gemeinsam veröffentlicht (siehe Folgeseiten). Zudem steht auch die DBfK-Broschüre "ANP - Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung" zum Download unter: www.dbfk.de/download/download/ANP-Broschuere web.pdf.







Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK

Präambel

Aufgrund der demografischen und epidemiologischen Entwicklungen steht in allen drei Ländern (Deutschland, Österreich, Schweiz) ein Umbruch in der Gesundheitsversorgung bevor, welcher neue Versorgungsstrukturen und -konzepte erfordert. Es wird eine massive Zunahme von chronischen Erkrankungen und Polymorbidität erwartet, dem durch eine Neuausrichtung unserer Gesundheitssysteme begegnet werden muss. Anstelle der heute primär auf akute Gesundheitsprobleme ausgerichteten Strukturen müssen neue, auf chronische Erkrankungen und langjährigen Pflegebedarf ausgerichtete Versorgungskonzepte entwickelt und flächendeckend eingeführt werden (OECD, 2011).

Diese Entwicklungen sind Anstoß dafür, die bedeutsame Rolle der Pflege in der sich ändernden Gesundheitsversorgung aufzuzeigen und eine gemeinsame Position für eine erweiterte und vertiefte Pflegeexpertise im deutschsprachigen Raum zu definieren.

Die Definition schließt an die bereits konsentierte Beschreibung der professionellen Pflege für den deutschsprachigen Raum an:

"Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege umfasst die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung¹."

Auf dieser Grundlage aufbauend erfolgt eine übergeordnete Definition und Beschreibung der erweiterten und vertieften Pflegeexpertise im Sinne von Advanced Nursing Practice, die sich prinzipiell an der Definition des International Council of Nursing (ICN) und am Advanced Nursing Practice Modell (ANP Modell) von Hamric² orientiert, wohl wissend, dass gegenwärtig in den einzelnen Ländern noch nicht alle Parameter der Definition erfüllt werden können und die Definition somit zumindest teilweise auch eine perspektivische Sichtweise beinhaltet.

¹ Offizielle, von Berufsverbänden Deutschlands, Österreichs und der Schweiz konzertierte Übersetzung der Definition des ICN auf http://www.sbk-asi.ch/

² Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. (2004) 3rd Ed. Advanced Nursing Practice: An integrative Approach. Philadelphia: Saunders. Graphische Darstellung im Anhang 1

Definition

Eine Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) ist eine Pflegefachperson³, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung⁴.

Bezeichnung

Als Berufsbezeichnung soll in den drei Ländern die Bezeichnung "Pflegeexpertin APN/Pflegeexperte APN" verankert werden. Die Verwendung dieser Berufsbezeichnung sollte im Sinne der Qualitätssicherung an eine Registrierung geknüpft sein. Die Registrierung könnte – soweit es kein staatliches Register oder keine Selbstverwaltung gibt – von den im International Council of Nurses vertretenen deutschsprachigen Berufsverbänden übernommen werden.

Voraussetzung für die Anerkennung und Registrierung als PflegeexpertIn APN ist ein Masterabschluss in Pflegewissenschaft (mindestens 90 ECTS) mit einem Fokus APN, der auf eine vertiefte, erweiterte Pflegepraxis vorbereitet.

Harmonisierung der Bildung

Die Qualifizierung der "PflegeexpertInnen APN" erfolgt perspektivisch in einem konsekutiven Masterprogramm, welches sich an der Bologna Systematik orientiert und einen Bachelorabschluss in Pflege und mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in der Pflegepraxis voraussetzt.

Länderspezifische Studiengangprofile für die "PflegeexpertInnen APN" sind in Entwicklung und eine Angleichung des Bildungsprofils für den deutschsprachigen Raum erfordert einen längeren Übergangsprozess, wobei der Verortung der Pflegeerstausbildung im Bildungssystem des jeweiligen Landes eine wesentliche Bedeutung zukommt.

Während in der Schweiz die Ausbildung in der Pflege im letzten Jahrzehnt zunehmend in den Hochschulbereich verlagert wurde, ist diese Entwicklung in Österreich erst seit 2008 rechtlich verankert und in Deutschland ist der diesbezügliche Diskussionsprozess der Entscheidungsträger noch nicht abgeschlossen. Dies hat zur Folge, dass in Österreich und Deutschland die "PflegeexpertInnen APN" zurzeit in Bachelorprogrammen qualifiziert werden, und lediglich in der Schweiz bereits heute der geforderte Masterabschluss erreicht wird.

³ Registrierte Pflegefachpersonen sind Personen, die eine Pflegeausbildung abgeschlossen haben. Sie sind berechtigt, in ihrem Land den Pflegeberuf auszuüben (vgl. ICN-Statuten, Art. 6). In der Schweiz sind dies Pflegefachfrauen und -männer, in Österreich Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger, Diplomierte Kinderkrankenschwester/-pfleger, Diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger; in Deutschland Altenpfleger/-innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen.

⁴ Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. (2004) 3rd Ed. Advanced Nursing Practice: An integrative Approach. Philadelphia: Saunders. Graphische Darstellung im Anhang 1

Harmonisierung der Berufspraxis und Einsatzfelder für Pflegeexpertinnen APN

Für die Rollen der "PflegeexpertInnen APN" sind je nach Einsatzort im Gesundheitssystem verschiedene Ausrichtungen möglich, wobei die Ausgestaltung der Rollen immer der Sicherstellung einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dient.

International hat sich eine Vielzahl von Rollen unter dem Schirmkonzept der APN etabliert. Die Ausgestaltung der Rolle der "PflegeexpertInnen APN" kann nach den Verantwortlichkeiten für die direkte klinische Praxis am Patienten und nach Einsatzgebiet variieren^{5 6 7 8}. "PflegeexpertInnen APN" können eine spezifische Patientenpopulation mit komplexen Pflegebedürfnissen pflegen und verfügen über eine klinische Expertise in diesem Gebiet (Hamric et al., 2009; International Council of Nurses, 2002). Sie sind für die Entwicklung von klinischen Leitlinien und Standards in ihrem Fachgebiet verantwortlich. Sie verfügen über die Fähigkeit, Pflegefachpersonen in ihrem Fachgebiet zu beraten und hierbei die Rolle eines Change Agents zu übernehmen. Diese Funktionen dienen einer nachhaltigen Sicherstellung der Effektivität und Effizienz, der Kontinuität, der Qualität und der Sicherheit der geleisteten Pflege.

"PflegeexpertInnen APN" können neben genuin pflegerischen Tätigkeiten auch Interventionen anbieten, die bislang dem ärztlichen Aufgabenfeld zugeordnet wurden (International Council of Nurses, 2002). Mit diesen Interventionen werden in der Regel gesundheitliche Beeinträchtigungen behandelt, die eine hohe Inzidenz- und Prävalenzrate aufweisen. Sie sind fachlich in der Lage – als Teil ihrer Aufgaben – definierte medizinische Handlungen auszuüben, bestimmte Medikamente zu verordnen, respektive deren Verordnungen anzupassen sowie diagnostische Tests zu veranlassen und zu interpretieren. Die Übernahme definierter medizinischer Handlungen erfolgt nicht arzt-ersetzend, sondern ergänzend und kontextabhängig als erweiterte pflegerische Intervention. Es ist keinesfalls eine berufspolitische Zielsetzung der pflegerischen Berufsverbände, durch die Qualifizierung von "PflegeexpertInnen APN" den Ärztemangel in strukturschwachen Gebieten aufzufangen.

"PflegeexpertInnen APN" arbeiten innerhalb einer Organisation des Gesundheitswesens (Spital, Ambulatorium, häusliche Pflege, Heim) mit anderen Fachpersonen und interdisziplinären Teams zusammen. Sie beziehen die pflegenden Angehörigen und das weitere unterstützende System mit ein. Sie haben eine wichtige Rolle in der Förderung der Gesundheitskompetenz und können auch in hochtechnisierten Settings oder in der Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt werden. Eine Harmonisierung von Einsatzfeldern für "PflegeexpertInnen APN" in der Berufspraxis in den deutschsprachigen Ländern ist aufgrund der unterschiedlichen Sozialversicherungssysteme und der Finanzierungswege der Gesundheitsversorgung nur bedingt möglich, allerdings kann über die Beschreibung des Kompetenz- bzw. des Rollenprofils der "PflegeexpertInnen APN" ein länderübergreifender Konsens zur Berufsausübung für den deutschsprachigen Raum gefunden werden.

⁵ Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. (2004) 3rd Ed. Advanced Nursing Practice: An integrative Approach. Philadelphia: Saunders. Graphische Darstellung im Anhang 1

⁶ Schober M, Affara F. (2008). Advanced Nursing Practice (ANP). Bern: Huber

⁷ SBK Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2012): Positionspapier Advanced Nursing Practice (ANP)

⁸ DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2011): Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung

Harmonisierung der Reglementierung

Für die Aufrechterhaltung des Berufstitels sind der regelmäßige Nachweis von kontinuierlicher Weiterbildung nach Vorgaben des aktiven Berufsregisters bzw. der Berufsordnung und der Nachweis regelmäßiger direkter klinischer Praxis notwendig.

Die Rolle der Pflegeexpertin APN muss aus folgenden Gründen reglementiert und ihr Titel geschützt werden:

- Patientensicherheit: Je umfangreicher die Kompetenzen und der Handlungsspielraum einer Fachperson im Gesundheitswesen ist, umso notwendiger werden Instrumente zur Sicherung der Patientensicherheit und der Schadensvermeidung.
- Effizienz: In Zukunft werden weniger Pflegefachpersonen mehr und komplexere Aufgaben zu bewältigen haben. Um auch in Zukunft eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle gewährleisten zu können, muss jede einzelne Pflegefachperson bestmöglich ausgebildet sein. Pflegeexpertinnen APN sind ideal für klinische Führungsrollen, sie entwickeln im ganzen Spektrum der Gesundheitsversorgung Care Pakete und Behandlungspfade.
- Qualität: Die Arbeit der Pflegeexpertinnen APN ist sehr anspruchsvoll. Gerade in der Pflege
 und Beratung von mehrfacherkrankten Menschen ist ein sehr hohes und aktuelles Fachwissen notwendig. Der regelmäßige Nachweis der entsprechenden Weiterbildungen, Kompetenzen und praktischen Erfahrung gewährleistet die Qualität der Leistung.

Finanzierung

Neben der Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und Strukturen ist das Schaffen von Vergütungsregelungen eine zwingende Voraussetzung für die erfolgreiche breite Implementierung der Rolle "PflegeexpertInnen APN" in den unterschiedlichen Settings.

Übergangsregelungen

Pflegefachpersonen, die die Kompetenzen auf anderem Wege erworben haben als über den im Positionspapier beschriebenen Qualifizierungsweg, können im Sinne einer Übergangsregelung über den Vergleich von Kompetenzniveau und Kompetenzprofil und der aktuellen Berufstätigkeit eine Gleichwertigkeit erzielen. Dies ist entsprechend der Vorgaben im jeweiligen Land zu regeln.

Kontakt:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Bundesverband e.V. Alt-Moabit 91, 10559 Berlin, E-Mail: dbfk@dbfk.de, www.dbfk.de

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)
Wilhelminenstraße 91/IIe, 1160 Wien, E-Mail: office@oegkv.at, http://www.oegkv.at/

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK – ASI), Postfach 8124, 3001 Bern, info@sbk-asi.ch, http://www.sbk-asi.ch/

Gastbeitrag:

Anzugbonze in genagelten Schuhen versus Oberschwester in gestärktem Dress

Zuschreibungen und Bilder zwischen Führungskräften aus dem Langzeitpflege- und Bankenbereich

Von DGKS Anita Leonhardsberger, MSc

Einleitung

Non-Profit-Organisationen (NPOs) spielen auch in der österreichischen Gesellschaft eine wichtige Rolle. Ein erheblicher Teil an Organisationen mit beratenden und/oder unterstützenden Angeboten und Leistungen wird in Österreich als NPO geführt und durch die öffentliche Hand getragen, so auch Niederösterreichs Landespflegeheime. Bevölkerungszahl und Lebenserwartung werden in den nächsten 20 Jahren steigen, der Pflegebedarf wird zunehmen, wodurch Führungskräfte der vom Wandel betroffenen Organisationen vor neuen Aufgaben stehen. Auch im Bankensektor sehen sich Verantwortliche angesichts der Staatsschuldenkrise mit neuen Herausforderungen konfrontiert, die Problematik beschäftigt aktuell als zentrales Thema Medien und Gesellschaft, national wie international. Beide Organisationsfelder stehen im Zentrum einer anhaltenden Diskussion zwischen VertreterInnen aus Politik und Wirtschaft über notwendige Maßnahmen und Veränderungen.

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit gegenseitigen Zuschreibungen und Bildern von Führungskräften aus dem Langzeitpflege- und Bankenbereich. Macht es Sinn Führungskräfte solch konträrer Aufgabenbereiche an einen Tisch zu bringen? Zur Beantwortung dieser Frage wurden PflegedirektorInnen, VerwaltungsdirektorInnen von Landespensionistenheimen und Manager von Corporate und Investmentbanking nach qualitativ orientierten Methoden befragt. Die Studie macht in den Zuschreibungen der Führungskräfte des Bankenbereichs die typischen Merkmale von NPOs im Langzeitpflegebereich sichtbar, intuitiv gelingen realistische Bilder. Die überwiegende Mehrheit der Befragten zeigt bezüglich eines kurzfristigen Wechsels in den Pflegebereich positive Resonanz und würde diese Möglichkeit begrüßen.

Überraschend und entgegen allen Klischees zeigen Führungskräfte aus dem Bankbereich gegenüber Führungskräften aus der Langzeitpflege viel Empathie und Anerkennung. Dem eindrucksvollen Befund gegenüber steht eine teilweise geringe Wertschätzung von leitenden Personen aus dem Pflegebereich bezüglich der Aufgaben von Führungskräften im Bankbereich, teilweise bestehen auch gegenüber den Personen massive Vorbehalte. Ein kurzfristiger Wechsel in den Bankenbereich wird teilweise abgelehnt.

Kurzfassung

Die vorliegende Arbeit gilt der Dokumentation einer Erhebung über spezifische Bilder und Zuschreibungen zu den in der Öffentlichkeit bekannten Arbeitsfeldern "Pflege" und "Bank" und zu den Führungskräften als VertreterInnen der jeweiligen Institutionen. Wie werden Assoziationen und (Vor-)Urteile zum Ausdruck gebracht? Sind Führungskräfte von ihren Organisationsstrukturen geprägt, finden sie sich in den Bildern Anderer wieder? Wie beschreiben sie ihre jeweilige Position, wie die des Gegenübers? Können sie Gemeinsamkeiten und Unterschiede erkennen? Was bewirkt die Außenperspektive? Wie wird sie in die eigene Person integriert? Wie sehen Haltung und Verständnis gegenüber der jeweils anderen Organisation aus?

Betrachtet werden auch Erwartungen und Befürchtungen der Führungskräfte, die bei einem Wechsel in den jeweils anderen Tätigkeitsbereich wirksam werden. Ebenso wird der Frage nachgegangen, ob gemeinsame Führungskräftetrainings als sinnvolle Maßnahmen das Weiterbildungsspektrum ergänzen können, wobei auch geklärt werden soll, welche Inhalte in derartigen Trainingsvarianten zum Tragen kommen sollten. Das Ziel dieser Untersuchung betrifft den Vergleich jener Bilder und Zuschreibungen, die von den Führungskräften beider Organisationen im Zuge der Befragung entwickelt wurden, dabei wird auch geklärt ob es Sinn macht, mit diesen Bildern und Zuschreibungen in der Praxis in Form von gemeinsamen Führungskräftetrainings zu arbeiten.

Die zentrale Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautet: "Welche Zuschreibungen und Bilder haben Führungskräfte im Langzeitpflegebereich über Führungskräfte im Bankbereich und umgekehrt?"

Im theoretischen Teil der Arbeit wurden die Unterschiede der beiden scheinbar konträren Bereiche erfasst. Im Rahmen des empirischen Teils wurde eine qualitative Studie durchgeführt, in der jeweils vier Führungskräfte aus der Langzeitpflege und der Bank interviewt wurden. Das Kriterium der Hierarchieebenen der Befragten erschien dazu wesentlich, sodass ein Vergleich zulässig wurde. Die Erhebung der Daten wurde mittels halb standardisierter, problemzentrierter Interviews nach Witzel (1982) durchgeführt, ihre Auswertung gelang in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002).

Um die Bilder und Zuschreibungen der Führungskräfte erfassen zu können, war es zunächst wichtig die Zuschreibungen und Selbstbilder der Führungskräfte bezüglich ihres eigenen Arbeitsbereiches zu explorieren. Bemerkenswert bei den Selbstbildern der Führungskräfte beider Bereiche ist, dass alle Befragten von hoher Verantwortung und Kommunikationsfähigkeit als vorrangig charakterisierende Merkmale der individuellen Kompetenz sprechen. Dabei hat sich gezeigt, dass die Kommunikation¹ in beiden Bereichen als sehr herausfordernd erlebt wird, sowohl zu den MitarbeiterInnen als auch zu Stakeholdern.

Die MitarbeiterInnen der Führungskräfte unterscheiden sich durch die jeweiligen Aufgabenbereiche und die jeweils relevanten Umwelten. In der

Vesentliche Punkte werden durch Un

¹ Wesentliche Punkte werden durch Unterstreichung hervorgehoben, [Hervorhebung v. Verf.]

Langzeitpflege handelt es sich bei InteraktionspartnerInnen und -umwelten um MitarbeiterInnen aus pflegenden Berufen, BewohnerInnen, Angehörige, politische EntscheidungsträgerInnen und die Öffentlichkeit. Innerhalb der Bank sind das benachbarte Abteilungen, Abteilungen in anderen Vorstandsressorts, mehrere Vorstände (Risiko, Finanz und Investmentbanking) und nach außen Handelsabteilungen von nationalen und internationalen Banken weltweit. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Kommunikation ein wesentlicher Bestandteil der Führungsaufgabe beider Bereiche ist und sich lediglich die Themen und Inhalte unterscheiden.

Die Führungskräfte im Bankbereich schreiben den Führungskräften der Langzeitpflege hohe soziale Kompetenz, Identifikation mit dem Unternehmen sowie Fähigkeiten und Methodenvielfalt in Kommunikationstheorie und -Praxis zu. Die Position des Verwaltungsdirektors/der Verwaltungsdirektorin wird mit hohem Fachwissen und Verwaltungsaufwand sowie zwingender wirtschaftlicher Ausbildung charakterisiert, medizinische Ausbildung wird hingegen als nicht notwendig beschrieben.

Den Führungskräften der Bank werden durch die Führungskräfte des Pflegebereiches ausgeprägte Gewinnorientierung mit starkem Erfolgsdruck zugeschrieben, dazu hohes Verantwortungsbewusstsein sowie fachliche Kompetenz und Erfahrung. Infrage gestellt wird, ob die Führungskräfte der Bank aufgrund der Tatsache, dass sie wenig Personalverantwortung haben, tatsächlich führen. Am auffälligsten erscheint die teilweise geringe Wertschätzung den Führungskräften der Bank gegenüber, die nicht immer direkt ausgesprochen wird. Im Hinblick auf den hohen Grad an Emotionalisierung, der innerhalb der Fachliteratur für den Non-Profit-Bereich festgestellt wird, kommt erstaunlich wenig Empathie und Wertschätzung der Führungskräfte der Langzeitpflege gegenüber den Führungskräften der Bank zum Ausdruck.

Teilweise sprechen sie den ManagerInnen der Bank automatisch mehr Wert zu und erachten sich selbst für weniger wertvoll. In der Gegenrichtung werden jedoch hohe Wertschätzung und viel Mitgefühl für die Führungskräfte, besonders für die Pflegenden, ausgedrückt und spürbar, Respekt und sogar Demut vor deren Aufgabe werden wiederholt verbalisiert. Der Pflegebereich wird als "Schiene der Zukunft" und der Bankbereich "als schrumpfende Branche" bezeichnet. Entgegen einer Kernaussage der Fachliteratur hat keine der befragten Personen die Fähigkeit und Kompetenz sich selbst zu führen erwähnt.

Die im Rahmen der Literaturrecherche im Vorfeld der Untersuchung gefundene und beschriebene <u>Idealisierung von Werten</u> wird nur von einer Person erwähnt, dies eher zur Selbstaufwertung und Abwertung der ManagerInnen als zur Erfüllung der Mission. Die Abwehr der Organisation wird auch über die Abwertung der ManagerInnen deutlich. Zuschreibungen, wie z.B. "die führen gar nicht", da sie keine Personalverantwortung haben, es geht ja nur um "Zahlen, Daten, Fakten", es geht nur um monetären Output, machen dies deutlich. VertreterInnen des Bankbereichs sehen sich mehr als Dienstleistungsbetrieb und sprechen von Servicequalitäten und von fachlichen Qualitäten, aber auch von persönlichen Vorzügen.

Erstaunlicherweise sprechen die Führungskräfte der Langzeitpflege eher von persönlichen Qualitäten als von fachlichen. Es scheint so, als ob persönliche Qualitäten für das Aufgabengebiet reichen würden, unabhängig von der fachlichen Qualität. Möglicherweise ist genau dieses Selbstbild ein Beitrag zur geringen Wertschätzung der Pflegenden sich selbst gegenüber.

Die <u>fantasierten Selbstbilder</u> der ManagerInnen entsprechen den herkömmlichen Klischees von Anzugbonzen, Gaunern, mit hinterhältiger und betrügender Absicht. Teilweise werden sie auch von den Führungskräften der Pflege so gesehen, gleichzeitig wird aber auch großer Respekt für die verantwortungsvolle Aufgabe und ihre Leistungen angemerkt. Die fantasierten Bilder der Führungskräfte aus dem Langzeitpflegebereich kommen dem Ausdruck von Minderwertigkeit nahe. Eine Führungskraft schätzt sich explizit weniger wertvoll ein und spricht dem/der ManagerIn automatisch mehr Wert zu. Aussagen über fantasierte Bilder von sich selbst könnte man als eigene erlebte Erfahrungen deuten, die Aufforderung zum fantasierten Fremdbild kommt dann dem Selbstbild nahe.

Rollenkonflikte und Rolleninkongruenz in der Pflege und die oft schwierige Abgrenzung der Person zu BewohnerInnen und Arbeitsfeld werden bei den Führungspersonen der Langzeitpflege deutlich. Erstaunlich scheint die Zuschreibung einer fehlenden bzw. verminderten Authentizität der Bank-ManagerInnen, die scheinbar durch die Erfüllung der professionellen Rolle entsteht. Rollenbewusstsein und rollenkonformes Verhalten werden mit dem Ignorieren individueller Bedürfnisse verbunden. Dem Mann im Anzug wird solcherart insgesamt Unechtheit zugeschrieben.

Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal der beiden Bereiche ist der Ausbildungszugang zur Führungskraft. Dieser Unterschied wird in den Zuschreibungen und Bildern nicht erwähnt und dürfte keine Bedeutung haben, was angesichts der aufwändigen Ausbildung und des starren Karriereschemas in der Pflege erstaunlich ist. Dazu lässt sich vermuten, dass bewusstseinsbildende Maßnahmen zur Rollenakzeptanz und Professionalisierung von Pflegenden beitragen könnten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass innerhalb der Befragung die typischen Merkmale von NPOs in den Zuschreibungen und Bildern der Führungskräfte im Langzeitpflegebereich sichtbar wurden, sie wurden auch und scheinbar intuitiv von den Führungskräften der Bank realistisch beschrieben. Alle Befragten aus dem Bankbereich und zwei Personen aus der Langzeitpflege waren gegenüber einem zeitlich begrenzten Wechsel in den jeweils anderen Arbeitsbereich überaus positiv eingestellt und würden diesen begrüßen.

Überraschend und abweichend von allen weitläufigen Klischees waren das hohe Maß an Empathie und die ausgeprägte Haltung der Führungskräfte aus dem Bankbereich gegenüber den Führungskräften der Langzeitpflege, geradezu beispielhaft und unerwartet, erstaunlich hingegen die teilweise geringe Wertschätzung der Aufgabe der Führungskräfte der Bank, die teilweise auch gegenüber der Person zum Ausdruck kam.

Eine Sinnhaftigkeit, die beiden unterschiedlichen Bereiche, Führungskräfte der Langzeitpflege und der Bank an einen Tisch zu bringen, scheint positiv gegeben. Gemeinsame Trainings für Führungskräfte aus Profit und Non-Profit-Bereichen² könnten Inhalte der Kommunikation mit relevanten Umwelten, Einfluss von strukturellen Maßnahmen auf die Führungsaufgabe und MitarbeiterInnen-Motivation zum Thema haben. Denkbar sind auch Bewusstsein und Persönlichkeit entwickelnde Trainingsmaßnahmen, die zur vertieften Reflexion und zur Entwicklung entsprechenden Problembewusstseins anregen und sich z. B. mit folgenden Aspekten beschäftigen: dem Einfluss des Selbstbildes auf Außenwirkung und Fremdwahrnehmung, fachlicher und persönlicher Kompetenz, Rollenklärung, Selbstbewusstsein und Akzeptanz der Führungsrolle, bewusstem Umgang mit Autorität und Macht.

Die vorliegende Arbeit hat sich ausschließlich mit Bildern und Zuschreibungen der Führungskräfte der Langzeitpflege und der Führungskräfte der Bank befasst. Im Zusammenhang mit der beschriebenen Thematik bieten sich weitere Forschungsfelder an, die auch für die Entwicklung von Weiterbildungsmaßnahmen aufschlussreiche Daten liefern könnten. So verdient z.B. der Einfluss von Selbst- und Fremdbildern auf das eigene Führungsverhalten Aufmerksamkeit. ebenso die Frage nach den Unterschieden zwischen Fremdbild und Realität und ihren Ursachen. Inwieweit wirkt sich der Prozess der Bewusstwerdung des Selbstbildes auf das eigene Verhalten aus? Weichen Fremdbilder vom realistischen Bild ab? Wodurch entstehen Fremdbilder? In welcher Weise beeinflussen sie Gegebenheiten? Was sagt das fantasierte Fremdbild über den zuschreibenden Menschen aus? Wann wird die Zuschreibung zum Vorurteil, zum Urteil?

Auch Weiterbildung in Form eines Transfers zwischen Wirtschaftssektor und Non-Profit-Bereich ergibt ein umfangreiches Forschungsfeld, z. B. zu den Chancen und Gefahren, die derartige Experimente bergen, zum Benefit für Führungskräfte und Gesellschaft.

Die Untersuchung lässt offen, was es braucht, um das Selbstbild zu verändern, sodass sich auch das Fremdbild ändert, im Sinne der Außenwirkung auf das Berufsbild bis hin zu einer veränderten Wahrnehmung einer ganzen Berufs-

gruppe in der Öffentlichkeit. Der Frage nachzugehen, warum Führungskräfte des Non-Profit-Bereichs sich weniger wertvoll fühlen als BankmanagerInnen oder Führungskräfte aus dem Profit-Bereich abwerten, könnte sich für den professionellen Alltag als hilfreich erweisen.



office@anitaleonhardsberger.at

Originalarbeit: www.anitaleonhardsberger.at/tl_files/anileo/pdf/MA_Leonhardsberger_2012.pdf

© LAZARUS PflegeNetzWerk Österreich Nr. 03 – 21.01.2013 28. Jhg., 9. Online-Jahrgang - ISSN 1024-6908 - www.LAZARUS.at

² Möglichkeiten aus der Untersuchung werden unterstrichen hervorgehoben

Reformpool-Projekte in Oberösterreich und Steiermark zeigen:

Gut vernetzte Schlaganfall-Rehab mindert Leid und spart Kosten

Jährlich erleiden 24.000 Österreicher/innen einen Schlaganfall und benötigen eine gut aufeinander abgestimmte Behandlung im Akutspital und nachfolgend in einer Rehabilitationseinrichtung, um bleibende Behinderung zu vermeiden. Die Gesundheitsreform 2005 sah dafür Reformpool-Projekte vor, die in Oberösterreich und der Steiermark realisiert und dabei deutliche Verbesserungen in der Schlaganfallversorgung erreicht werden konnten. Dies bestätigt ein aktueller Prüfbericht des Rechnungshofes an das Parlament (III-358 d.B.).

Verbesserungsbedarf ergebe sich bei der Schnittstelle Krankenhaus/Rehaeinrichtung, bei der Qualität der erhobenen Daten und bei der Führung von Schlaganfall-Registern. Laut Stellungnahme von



Gesundheitsminister Alois Stöger seien bereits Verbesserungen bei der Datenerhebung erfolgt, welche die Voraussetzung für eine optimale Abstimmung der verschiedenen Phasen bei der Behandlung von SchlaganfallpatientInnen darstelle. Die jetzt beschlossene Gesundheitsreform ziele auf die Optimierung der Behandlungsprozesse auf Basis von Indikatoren und Qualitätskriterien.

Der Beobachtung, dass Frauen seltener als Männer der spezialisierten Stroke Unit einer neurologischen Abteilung zugewiesen werden und seltener eine Thrombolyse erhalten, seien zielgruppenspezifische Informationskampagnen zum Thema Schlaganfall und mehr Augenmerk für die Betroffenheit von Frauen entgegen zu setzen. Zudem sollten die Wartezeiten bis zur Rehabilitation verkürzt und die Behandlung der PatientInnen in den Stroke Units der Spitäler mit der weiterführenden Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen besser abgestimmt werden, empfiehlt der RH. Notärzte und Spitäler sollten den Interhospitaltransfer von AkutschlaganfallpatientInnen gemeinsam beschleunigen.

Raschere Schlaganfall-Rehabilition, besserer Behandlungserfolg

Eine gute Versorgung vermindert menschliches Leid und dämpft Kosten, sagte Gesundheitsminister Stöger im Parlament - daher zielt die Gesundheitsreform auf eine optimale Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen. Eine "neue Kultur der Datenerfassung und Dokumentation" soll ermöglichen, den Behandlungsprozess vom Auftreten der Krankheit über den Transport im Rettungsauto bis zur Behandlung im Akutspital und in der Rehabilitation optimal aufeinander abzustimmen und Wartezeiten zu verkürzen bzw. zu vermeiden.

KundInnenbefragung in Wien:

Mit mobiler Pflege hochzufrieden



95 Prozent der WienerInnen, die mobile Pflege- und Betreuungsdienste beziehen, sind mit diesen Leistungen zufrieden bzw. sehr zufrieden. Dies ergab eine FSW-KundInnenbefragung im Herbst 2012.



Zum ersten Mal wurden umfassend und flächendeckend 17.000 Menschen befragt, die über den Fonds Soziales Wien mobile Pflege- und Betreuungsleistungen erhalten. Die KundInnen selbst zahlen nur einen sozial gestaffelten Kostenbeitrag, der aus Einkommen, Pflegegeld und Miete berechnet wird. Die Differenz zum vollen Preis zahlt das Land Wien via FSW dazu.

Das Ergebnis der KundInnenbefragung belegt, dass Wiens "Geriatriekonzept" voll greift, welches den betagten BürgerInnen ermöglicht, unterstützt von Mobilen Diensten möglichst lange in ihrer vertrauten Lebensumgebung zu bleiben. Angesichts der aktuellen Bevölkerungsprognosen, wonach 2050 vermutlich über zwei Millionen Menschen in Wien leben werden (davon 23% im Alter von 65+), sei eine bedarfs-

und bedürfnisgerechte Gestaltung der Angebote von immenser Bedeutung, so FSW-Geschäftsführer Peter Hacker. Dabei sei das Wissen um die Erwartungen der Kundlnnen sehr wichtig für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Pflege- und Betreuungsangebotes

Die wichtigsten Ergebnisse auf einen Blick:

- 17.253 Fragebögen wurden versendet, 3.850 Antworten gingen ein (Rücklaufquote: beachtliche 22,3 %).
- 95 % sind mit der mobilen Pflege sehr bzw. eher zufrieden und finden, dass die mobile Pflege in Wien einen guten Ruf hat, ebenso viele würden ihr Pflegeunternehmen weiterempfehlen.
- 87 % finden, dass die Höhe des Kostenbeitrags fair und angemessen ist.
- 85 % geben an, ihr Wohlbefinden habe sich durch die Betreuung verbessert. Für 6 von 10 Befragten konnte ihren Antworten zufolge durch die mobile Pflege ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden.

LAZARUS gratuliert allen MitarbeiterInnen der Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Wien zu dieser eindrucksvollen Würdigung ihrer Leistungen!

Gesundheit

Welche Vorteile bringt das Heißgetränk? Kaffee trinken ist gesund

Verschiedenste Vorurteile machten aus Kaffee lange Zeit nicht mehr als ein aromatisches Genussmittel. Inzwischen wurde aus wissenschaftlicher Sicht mit den vermuteten gesundheitlichen Nachteilen aufgeräumt. Im Gegenteil:



Kaffee zählt zum Flüssigkeitshaushalt dazu, kann Diabetes und Alzheimer vorbeugen, schützt die Leber und steigert die Fitness, berichtet Ernährungsexpertin Cindy Maréchal (Bild) auf dem Pflegeportal www.curendo.de.

Kaffee als Getränk im Flüssigkeitshaushalt des Körpers

Lange Zeit galt Kaffee im Zusammenhang mit einer gesunden Ernährungsweise nicht als Getränk (und damit nicht als Beitrag zur Flüssigkeitszufuhr). Mehrere neue Studien belegen hingegen, dass Kaffee dem Körper Flüssigkeit zuführt und damit sehr wohl als Getränk in der Flüssigkeitsbilanz zu berücksichtigen ist. Auch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (www.dge.de) ist inzwischen der Ansicht, dass Kaffee bei vielen Menschen wesentlich an der täglichen Gesamtwasserzufuhr beteiligt ist.

Kaffee-Genuss als Diabetes-Schutz

Regelmäßiger Kaffeekonsum kann einer aktuellen Studie zufolge das Risiko für Diabetes m.- Typ 2 deutlich verringern. Personen, die täglich bis zu sieben Tassen Kaffee tranken, wiesen das geringste Diabetesrisiko auf. Für diesen präventiven Schutzeffekt ist nicht das Koffein verantwortlich, sondern vielmehr sind es sekundäre Pflanzenstoffe (Antioxidantien), die auch in koffeinfreiem Kaffee enthalten sind.

Kaffee trinken beugt M. Alzheimer vor

Lange ist bekannt, dass Kaffee munter macht und die Konzentration steigert. Nun wurde wissenschaftlich nachgewiesen, dass nach Kaffeekonsum Informationen vom Gehirn schneller aufgenommen und verarbeitet werden können. Zudem hat Kaffee eine stimmungsaufhellende Wirkung, denn das Koffein fördert im Gehirn die Freisetzung von Botenstoffen (Dopamin, Serotonin, Endorphine). In weiteren Studien wurde zudem deutlich, dass der altersbedingte Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit durch lebenslangen Konsum von Kaffee verringert werden kann. Eine Beobachtungsstudie über viele Jahre zeigte, dass Kaffeetrinker/innen seltener dement wurden als Kaffee-AbstinenzlerInnen – bei einem Tageskonsum von drei bis fünf Tassen war das Demenz-Risiko um bis zu 65 % verringert. Eine US-Langzeitstudie an 20.000 Krankenschwestern

bewies auch eine kardioprotektive Wirkung (LAZARUS berichtete).

Anm. d. Red.:

Das Pflegepersonal als Top-KonsumentInnen muss das wohl schon immer gewusst haben...

Quer gedacht...

"Viele Menschen sehen die Dinge, wie sie sind und sagen - warum? Ich aber träume von Dingen, die nie gewesen sind und sage – warum nicht?"

Robert F. Kennedy

US-Senator, Justizminister, im Präsidentschaftswahlkampf erschossen (1925 – 1968)

LAZARUS Das andere Medium der Pflege. Seit 1986.

LAZARUS[®] ist seit über 900 Jahren die älteste Pflege-"Marke" - sie gab den Lazaretten dieser Welt einen Namen.



Österreichs führendes PflegeNetzWerk AustroCare® und bereits 47 Partner kooperieren für IHREN Erfolg.

Seit 15 Jahren online.

www.LAZARUS.at

Tages-aktuell online:

Job-Börse und Fort-/Weiterbildungs-Anzeiger Speziell für Ihre eiligen Angebote: 24 Stunden-TopService!



Besuchen Sie uns: facebook.com/LAZARUS.PflegeNetzWerk.Oesterreich

Danke für die zahlreichen Neuanmeldungen, werte Leser/innen!



Wenn Ihnen der Newsletter gefällt, dann machen Sie doch auch Ihre Kolleg/innen und interessierte Freunde darauf aufmerksam! Auf der Startseite des PflegeNetzWerks <u>www.LAZARUS.at</u> kann sich jede/r <u>kostenlos</u> mit der dienstlichen oder privaten Email-Adresse anmelden und jederzeit problemlos wieder abmelden.

Auf ein Wiederlesen freut sich



Erich M. Hofer Gründer & NetzWerk-Moderator

Die nächste Wochenausgabe erscheint am 28. Jänner 2013.

Jede/r Interessent/in kann sich selbst im PflegeNetzWerk <u>www.LAZARUS.at</u> KOSTENLOS in die Newsletter-Adressliste "anmelden" bzw. dort "abmelden".

Impressum & Offenlegung:
Medienbüro und Bildungsinstitut LAZARUS[®]
Inh.: Erich M. Hofer
A-3062 Kirchstetten, Doppel 29
E-mail: office@lazarus.at

Diese Online-Zeitschrift erscheint seit Jänner 2005 regelmäßig wöchentlich, wird per e-Mail an Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens, an einschlägige Bildungseinrichtungen, Bundes- und Länderbehörden, Medien sowie Einzelpersonen im In- und Ausland angekündigt und steht unter www.LAZARUS.at/nl-archiv zum kostenfreien Download zur Verfügung.

Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen benannten Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Eine Haftung kann dennoch nicht übernommen werden, jede/r ist für die sorgfältige Prüfung der Informationen u. weiterführenden Links selbst verantwortlich. Alle Texte und Daten sind möglichst gendergerecht ausgeführt, stehen aber in jedem Fall gleichermaßen für Frauen und Männer.

Herausgeber und für den Inhalt verantwortlich: Erich M. Hofer, zgl. Inhaber des gesetzlichen Markenschutzes für LAZARUS[®], PFLEGE DAHEIM[®] und AustroCare[®]

Anhang: Stellenmarkt

[©] Copyright: Diese Online-Zeitschrift und ihre Inhalte sind urheberrechtlich geschützt, doch ist die vollständige oder auszugsweise Verwendung ausdrücklich erwünscht und gerne gestattet. Quellenangabe erbeten.