Österreichs Fachzeitschrift für Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege®

Newsletter Nr. 42-2011

(ISSN 1024-6908)

26. Jahrgang – 16. Oktober 2011

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

Seit 1. Jänner haben wir bereits
122.000
Besucher/innen online begrüßen dürfen - also bereits mehr als im gesamten Vorjahr!
Danke für Ihre kritische Begleitung und kompetente Mitgestaltung!

LAZARUS PflegeNetzWerk

Inhalt

Aktuelles 2-7
Memorandum: Den Wert von Pflegearbeit schätzen - und endlich danach handeln! 8-10
Aus Spital & Heim – Bericht und Interview:
Dauerbrenner Händehygiene 11-15
Bildung: Kongressberichte und Bildungsangebote 16-19
Buch-Tipp, Zitiert, Impressum 20-22
Anhang: Stellenmarkt ..... 23 f

Bald auch in der Schweiz:

Patientenverfügung ab 2013

Gut Ding braucht Weile: Sieben Jahre nach Österreichs wegweisendem Patientenverfügungsgesetz (PatVG 2006) wird ab 2013 auch in der Schweiz mit dem geplanten Erwachsenenschutzgesetz eine rechtliche Grundlage für beachtliche bzw. verbindliche Patientenverfügungen geschaffen. Derzeit besteht bereits eine große Vielfalt von Vorlagen, doch wird eine sukzessive Vereinheitlichung durch nationale Akkordierung (ähnlich wie in Österreich bereits geschehen, s. Kasten) zu erwarten sein. Zukünftig wird jede dem Patienten nahe stehende Person die Erwachsenenschutzbehörde anrufen können wenn sie meint, dass der Patientenverfügung nicht entsprochen werde.

Wie ein Blick in die Fachliteratur bestätigt, sind PatientInnen überwiegend dankbar für das Angebot, mit einer Pflegefachperson über die Patientenverfügung sprechen zu können (Tierney et al., 2001), und dass die Patientenzufriedenheit damit steigt. Durch diese ergänzende (formlos schriftlich festgehaltene) „Werte-Anamnese“ über Lebenseinstellung, Wünsche, Ängste und Erwartungen der Patient/innen kann die ärztliche und pflegerische Interpretation der PatV im Anwendungsfall wesentlich erleichtert und Konflikten vorgebeugt werden.

Seit 1. Juni 2006 hat Österreich ein Patientenverfügungsgesetz. Der Dachverband HOSPIZ Österreich hat gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Österr. PatientInnenanwälte und der Caritas ein einheitliches Formular für die Errichtung von beachtlichen oder verbindlichen Patientenverfügungen entwickelt, das auch mit dem Gesundheits- sowie Justizministerium und weiteren Institutionen abgestimmt wurde. Zu dem Formular gibt es eine Broschüre mit Erläuterungen, Formulierungshilfen und einer abtrennbaren Hinweiskarte für die Brieftasche.

Download im PflegeNetzWerk: www.LAZARUS.at >Download-Center >>Publikationen

* **

Weltbund der Krankenpflege - ICN:

Interaktive Online-Bibliothek

Der ICN bietet über seine Teilorganisation ´Int. Centre for Human Resources in Nursing´ eine interaktive Online-Bibliothek (in englischer Sprache) zu Personalfragen in der Pflege. Die Informationen sind nach Hauptthemen wie Arbeitsplanung, Aus- und Weiterbildung oder Arbeitsplatzgestaltung geordnet oder können mittels Schlagwörtern gesucht werden. Die Downloads sind großteils kostenlos verfügbar.

Zu finden im PflegeNetzWerk: www.LAZARUS.at >Professionelle Pflege >>Pflege-Management ..

* **

Deutschlands Pflegeheime:

Jetzt wissenschaftliche Kriterien für Pflegequalität

Die Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege wurde nun auf eine wissenschaftliche Grundlage gestellt: Auf Initiative der Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtspflege wurden in einem Forschungsprojekt evidenzbasierte Kriterien entwickelt, die Pflegequalität so darstellen können, dass (auch) ein Vergleich zwischen Einrichtungen möglich ist.

Die beauftragten wissenschaftlichen Institute erstellten zunächst eine Literaturanalyse sowohl zu gesundheitsbezogenen Indikatoren, als auch zu solchen zur Erfassung von Aspekten der Lebensqualität, aufgrund dieser erste Indikatoren beschrieben und in der Folge in 40 stationären Pflegeeinrichtungen erprobt wurden. Insgesamt wurden in den beiden Projektjahren 23 Kriterien entwickelt, die laut den Mitarbeitenden der Projekteinrichtungen auch sehr gut als Unterstützung des internen Qualitätsmanagements nutzbar sind. Noch ungeklärt ist die Frage, wie die Erkenntnisse in die Praxis umgesetzt werden sollen und ob diese auch in die Gesetzgebung einfließen.

Abschlussbericht unter: www.bmfsfj.de (>Service > Informationen)

* **

„Agenda Pflegeforschung“ gestartet

Deutschlandweit haben PflegewissenschafterInnen das mehrjährige Projekt „Agenda Pflegeforschung“ in Angriff genommen, um eine fundierte Entscheidungsgrundlage für die künftige Forschungsförderung zu erarbeiten. Zum Einstieg soll eine Online-Befragung unter PflegewissenschafterInnen und –praktikerInnen starten (www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft).

Verbindliche Maßstäbe für Qualität in der Pflege

Die bundesdeutsche Schiedsstelle für Qualitätssicherung in Berlin hat kürzlich die für ALLE ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen verbindlichen Grundsätze für die Qualitätssicherung in der Pflege veröffentlicht. Prüfstellen und unabhängige Pflegesachverständige müssen die darin vereinbarten Anforderungen erfüllen (Download für stationäre unter:
www.bpa.de/upload/public/doc/20110615_bgst_VOLLSTATIONAeR-Massstaebe_Grundsaetze_Qualitaetsmanagement_Par_113_SGB_XI_27_05_2011.pdf
und Download für ambulante/mobile Pflegedienste unter:
www.bpa.de/upload/public/doc/20110601_bgst_Qualitaetsgrundsaetze_und_Massstaebe_nach_Par_113_SGB_XI_in_der_ambulanten_Pflege_vom_27_05_2011.pdf).

Generalistische oder integrierte Pflegeausbildung?

Deutschland steht am Scheideweg: Bis Jahresende 2011 (?) wird das Ergebnis der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur zentralen Frage erwartet, ob die zukünftige Pflegeausbildung im Rahmen eines von der Bundesregierung angestrebten neuen Berufsgesetzes nun „generalistisch“ oder doch „integriert“ erfolgen soll? Der wesentliche Unterschied: Bei ersterer gibt es einheitliche Basisausbildung mit einheitlichem Berufsabschlussexamen (in Österreich: allgemeines Diplom), bei letzterer würden große Teile der Ausbildung einheitlich gestaltet und auch gemeinsam absolviert, letztlich aber dennoch zu verschiedenen Berufsabschlüssen in Altenpflege, Kinderkrankenpflege und Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege führen.

Seit zehn Jahren wurden in 40 Modellprojekten verschiedenste Varianten der gemeinsamen und einheitlichen Grundausbildung erprobt – nun wird es Zeit Nägel mit Köpfen zu machen. Beide Modelle haben sich als praktikabel erwiesen – dennoch sind derzeit die Befürworter des jeweiligen Modells gespalten: Während der Deutsche Pflegerat (mit 16 Mitgliedsverbänden, u.a. auch dem Berufsverband DBfK und den großen Wohlfahrtsverbänden) für eine generalistische Grundausbildung eintritt, befürwortet die Gewerkschaft ver.di zusammen mit den Bundestagsfraktionen der Grünen und der Linken die „integrierte“ Grundausbildung mit Schwerpunktsetzung in der pädiatrischen und geriatrischen Pflege und differenzierten Abschlüssen. Man darf gespannt sein…

Charité Berlin: Neues Ausbildungsjahr – neue Wege der Pflege

Mit dem neuen Ausbildungsjahr an der Gesundheitsakademie werden in drei Pflegekursen 73 junge Menschen ausgebildet. Ein Novum: Erstmals werden 7 SchülerInnen gleichzeitig den »Bachelor of Arts Gesundheits- und Pflegemanagement« an der privaten Akkon-Hochschule für Humanwissenschaften belegen, weitere zehn an der Evangelischen Fachhochschule für den »Bachelor of Nursing«. Nach drei Jahren ist die Ausbildung beendet, nach einem weiteren Jahr erlangen die AbsolventInnen den Bachelor- Abschluss. „Wir sind bemüht, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten und in der Ausbildung auf solide Füße zu stellen“, betont die Pflegedirektorin der Charité, Frau Hedwig François-Kettner (re.).

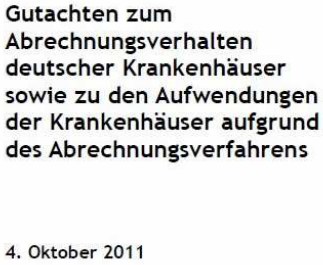
Derzeit verfügt die Gesundheitsakademie unter Leitung von Frau Dr. Marianne Rabe (li.) über mehr als 600 Ausbildungsplätze in acht verschiedenen Gesundheitsberufen (www.charite.de).

Anm.d.Red.: Nach einigen Neustartern in Nordrhein-Westfalen (LAZARUS berichtete) wird nun auch in Berlin mit dem „Kombi-Studium Pflege“ begonnen. In Österreich feierten heuer bereits die ersten AbsolventInnen ihren neuen Doppel-Abschluss. Bleibt zu hoffen, dass sich die vielerorts vertretene positive Absicht einer nachhaltig gesteigerten Attraktivität des Pflegeberufes durch (teilweise) Akademisierung erfüllt – und die Arbeitgeber dieser neuen Qualifikation auch durch z.B. bessere Bezahlung Rechnung tragen wollen? Der bisherige Umgang mit Bachelor-AbsolventInnen verschiedenster Disziplinen am Arbeitsmarkt lässt derzeit allerdings (noch) nicht hoffen…

Deutsche Krankenkassen - Studie widerlegt Abrechnungsbetrug:

Bewusster Rufmord an Spitälern?

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat am vergangenen Dienstag in Berlin eine Studie der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO vorgestellt, durch die sie Vorwürfe der Krankenkassen entkräftet sieht, viele Kliniken würden falsche Abrechnungen einreichen. Diese Kritik könne nun „endgültig als substanzlos und widerlegt bezeichnet werden“, so DKG-Vorstand Georg Baum.


Gutachten zum Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser sowie zu den Aufwendungen der Krankenhäuser aufgrund des Abrechnungsverfahrens

4. Oktober 2011

Das Gutachten (Abb. re.) zeige, dass der überwiegende Teil der Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sich nicht auf die sachlich-fachliche Abrechnungsprüfung, sondern auf die nachträgliche Infragestellung der von den Kliniken in der akuten Phase der Patientenversorgung erbrachten medizinischen Leistungen beziehe. Zudem komme BDO zu dem Ergebnis, dass die Kassen die Spitäler zu einer vorschnellen Patienten-Entlassung zwingen wollten - was „blutigen“ Entlassungen gleichkäme...

ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Die Aussagen und Veröffentlichungen der Kostenträger und des MDK zum Thema „Falschabrechnung im Krankenhaus“ sind sachlich falsch

Die derzeitigen Veröffentlichungen des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Krankenversicherungen und des MDK zum Thema „Falschabrechnungen in Krankenhäusern“ sind interessengesteuert und lassen bewusst entscheidende und systembedingte Mechanismen außer Acht.

Der Begriff der „Falschabrechnung“ suggeriert der Öffentlichkeit das Bild von durchgängigen Betrugsversuchen seitens der Krankenhäuser. Die mit diesem Begriff medial plazierten Daten und Beiträge zu nachträglichen Rechnungskorrekturen sind jedoch mit dem Begriff der Falschabrechnung im Sinne einer eigentlichen dolosen Handlung nicht vereinbar.

Hierbei machen es sich die oben genannten Institutionen zu Nutze, dass nur „Systemkenner“ die hinter den Rechnungskorrekturen stehenden Wirkweisen und Mechanismen verstehen und auch richtig einordnen können.

Bei der GKV und dem MDK handelt es sich zweifelsfrei um „Systemkenner“. Insofern können die medial plazierten Aussagen nicht durch Missverständnisse und Fehlinterpretationen zustande gekommen sein, sondern es handelt sich um bewußte und gezielte Äußerungen.

Insgesamt verursachten die Prüfungen durch die Krankenkassen den Kliniken jährlich Kosten in Höhe von 700 Millionen Euro. Um zum Teil jahrelange Gerichtsverfahren zu vermeiden, gäben die Kliniken häufig nach. So binde die Prüfungsbürokratie Personal, das zur Patientenversorgung besser eingesetzt wäre. „Wir appellieren an den Gesetzgeber sicherzustellen, dass die gesetzlich vorgesehenen Einzelfallprüfungen nicht als Institut zur Beschneidung von medizinisch notwendigen Leistungen miss-braucht werden“, sagte Baum. Die DKG habe einen eigenen Entwurf für ein Gesetz zur Neuregelung der Abrechnungsprüfung vorgelegt, indem sie u. a. vorschlage, das Verfahren nach dem vom Bundessozialgericht in 2010 entwickelten „Grundsatz der Waffengleichheit“ fair auszugestalten. Dazu gehörten insbesondere auch klare zeitliche Vorgaben für Durchführung und Abschluss der Prüfungen sowie der persönliche Dialog zwischen Prüfern und Krankenhausärzten.

Studie zu Klinikabrechnungen bei BIBLIOMED unter:
www.bibliomed.de/c/document_library/get_file?uuid=1b9d1404-9a80-45a2-bbb4-5b572b87cdc0&groupId=232125

Problematischer Dauerbrenner - Polymedikation im Alter:

Chemische Keulen gegen unsere Alten – hilft die neue „Priscus"-Liste aus dieser Misere?

Ein alternder Organismus reagiert anders auf Medikamente als ein junger, was womöglich deren Wirksamkeit beeinflusst oder die Gefahr für Neben- und Wechselwirkungen – v.a. bei Mehrfacherkrankungen im Alter - erhöht. Die entstehende Polymedikation ist jedoch bisher noch immer nicht gut durch klinische Studien überprüft, obwohl sie für eine Vielzahl von Stürzen und ein erhöhtes Demenzrisiko bei den Betroffenen verantwortlich ist und damit den Pflegealltag belastet. Von den unnötig hohen Kosten gar nicht zu reden. „Chemische Gewalt gegen alte Menschen" nennt das der langjährige kompetente Kritiker, Prof. Gerd Glaeske (Univ. Bremen) in der September-Ausgabe von *Dr.med.Mabuse* **…**

Zwar gibt es in verschiedenen Staaten bereits Listen mit „potenziell inadäquaten Medikamenten" (PIM) für eine möglichst sichere Arzneimitteltherapie im Alter – doch sind diese nicht einfach auf andere Länder übertragbar. Darüber berichtet (**"Nachdenken statt nachschachteln"**) ausführlich die aktuelle Oktober-Ausgabe von ´geronto.at´.

Aus diesem Grund haben ExpertInnen der Universität Witten-Herdecke (D) erstmals speziell für Deutschland eine PIM-Liste mit Medikamenten vorgestellt, die alte Menschen gefährden (Negativliste): Die sog. „Priscus-Liste" umfasst darüber hinaus geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen sowie auch therapeutische Alternativen (Positivliste) und kann so ÄrztInnen wie auch Pflegefachkräften – letztere sind ja befugte AnwenderInnen im Sinne des § 2 Arzneimittelgesetz - eine wertvolle Unterstützung bieten.

Die von 25 ExpertInnen multidisziplinär begutachtete Liste umfasst derzeit 83 Wirkstoffe, die als potenziell riskant und ungeeignet für ältere Menschen gelten - darunter die nichtsteroidalen Antiphlogistika und -rheumatika, trizyklische Antidepressiva, Anticholinergika und Benzodiazepine. Letztere zeigen ein erhöhtes Risiko für Stürze und Brüche sowie für psychiatrische Reaktionen und geistige Beeinträchtigungen.

Da die Priscus-Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt und ihren praktischen Wert zum Schutz der Senior/innen unter Beweis stellen soll, ist ein großer Praxistest im Gange: Gemeinsam mit niedergelassenen ÄrztInnen wird derzeit überprüft, ob die konsequente Umsetzung der Empfehlungen tatsächlich zur Verringerung von Komplikationen bei SeniorInnen geführt hat. Wenn ja, kann die hilfreiche Liste Einzug in den Arbeitsalltag aller Heil- und Pflegeberufe halten. Zwar kann sie die auf den individuellen Patienten bezogene Nutzen-Risiko-Abwägung nicht ersetzen, wohl aber unterstützen und so die beteiligten Professionals für die vielfältigen Probleme bei der Arzneimitteltherapie älterer Menschen sensibilisieren.

Den ausführlichen Bericht finden Sie unter: www.geronto.at , die vollständige Priscus-Liste finden Sie unter: www.priscus.net .

* **

Forschungsprojekte veröffentlichen Memorandum:

Den Wert von Pflegearbeit schätzen – und endlich danach handeln!

Altenpflege wird immer wichtiger. Die Menschen, die sie leisten, sind hoch motiviert und stolz auf ihre Arbeit. Mit den Rahmenbedingungen der Pflegearbeit sieht es weniger gut aus: Bezahlung, Aufstiegsmöglichkeiten, Handlungsspielräume, zeitliche und personelle Ressourcen, betriebliche und mediale Wertschätzung – auf all diesen Feldern gibt es Defizite. Gleichzeitig wird es immer schwieriger, genügend Pflegekräfte zu finden. Fünf Forschungsprojekte haben sich mit unterschiedlichen Facetten der Pflegearbeit und ihrer Wertschätzung auseinandergesetzt und treten nun mit einem Memorandum an die Öffentlichkeit und fordern konkrete Schritte zur verbesserten Arbeitssituation der Pflege.

Dienstleistungsqualität und Wertschätzung von Dienstleistungsarbeit sind aktuelle sozialwissenschaftliche Forschungsthemen. Fünf vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Forschungsprojekte haben sich damit befasst und ein gemeinsames Memorandum (siehe unten) verfasst, das einige Forschungsergebnisse und Thesen vorstellt und daraus Forderungen an Politik, Gesellschaft, Verbände und Unternehmen ableitet.

Die Forscher stellen fest: Altenpflegekräfte begreifen ihre Arbeit als sehr sinnvoll und wichtig und sind stolz darauf. Fast 70% von ihnen wünschen sich, bis zur Rente in ihrem Beruf zu arbeiten, sofern sie das gesundheitlich schaffen. Sie leiden aber stark unter Zeitdruck, überhöhter Arbeitsintensität, Personalmangel und Effizienzdruck: Belastungen, die oft ihre Gesundheit schädigen.

In der Bevölkerung wird die Leistung der Pflegekräfte in den Einrichtungen anerkannt und wertgeschätzt. Dennoch meinen viele, es stehe zu wenig Geld für Altenpflege und damit auch zu wenig Zeit für Betreuung und Versorgung der alten Menschen zur Verfügung.

Daraus folgern die ForscherInnen: Altenpflege braucht Wertschätzung und Anerkennung, sie braucht aber auch adäquate Rahmenbedingungen. Es wird mehr Geld für die Pflege benötigt – für mehr Personal, mehr Qualifizierung und bessere Entlohnung. Auch die Handlungsmöglichkeiten der Pflegekräfte sollten erweitert werden, etwa indem sie **selbst Pflegeleistungen und Hilfsmittel verordnen können.** Auf allen Ebenen sind Schritte zur besseren Wertschätzung von Pflegearbeit nötig: in den Pflegeeinrichtungen, in der Politik, in der Öffentlichkeit. Die hohe Motivation und der engagierte Einsatz der Pflegefachkräfte dürfen nicht durch kurzfristiges Kostendenken verspielt werden.

(Quelle: ISF München - Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung e.V. , 13.10.2011)

Wegen dessen hoher Relevanz auch für Österreich bringt LAZARUS das Memorandum nachstehend im Original:
(auch online zum Download unter: www.LAZARUS.at >Download-Center >>Publikationen).

PiA Professionalisierung interaktiver Arbeit · ProWert · bis berufe im schatten · PflegeWert · DL-QUALI

Memorandum

„Den Wert von Pflegearbeit schätzen“

In der modernen Arbeitswelt ist die Wertschätzung von Beschäftigten eine Schlüsselgröße für Innovation, Dienstleistungsqualität, wirtschaftlichen Erfolg und die Zufriedenheit und Gesundheit der Beschäftigten. Vor allem im Dienstleistungssektor, in dem in Deutschland mittlerweile drei Viertel der Erwerbstätigen arbeiten, driften aber gesellschaftliche Bedeutung und gesellschaftliche Wertschätzung der Arbeit auseinander, z. B. bei Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen, im Gastgewerbe und Einzelhandel, bei Reinigungs- und Sicherheitsdienstleistungen und in Verwaltungen. In wesentlichen Bereichen des Dienstleistungssektors ist festzustellen: Eine hinreichende Wertschätzung der Arbeit findet nicht statt.

Die Folgen sind dramatisch: Ganze Branchen leiden aufgrund mangelnder gesellschaftlicher und unternehmensinterner Anerkennung an Fachkräftemangel, hoher Fluktuation und am schwachen Marktwert ihrer Dienstleistungen. Die Erbringung von Pflegefacharbeit findet unter zunehmend restriktiven Bedingungen statt. Die Beschäftigten müssen in ihrer Arbeitszeit mit weniger Personal immer mehr Aufgaben bewältigen. Durch die steigende Arbeitsbelastung fühlen sich die Pflegenden immer weniger in der Lage, qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten. Nicht zuletzt folgen aus der physischen und psychischen Belastung gesundheitliche Beeinträchtigungen bis hin zum Burnout. Darüber hinaus beziehen die Beschäftigten oftmals eine zu geringe Entlohnung.

Als Folge der beschriebenen Entwicklungen droht der Verlust der Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit ganzer Wirtschaftsbereiche. Dienstleistungsqualität hat eine wesentliche Grundlage in der Wertschätzung und Anerkennung der Beschäftigten. Dienstleistungen sind für die Gesellschaft und ihren Zusammenhalt von großer Bedeutung. Konkrete Initiativen sind erforderlich, um sie zu einem attraktiven und auskömmlichen Beschäftigungsbereich zu entwickeln.

Um eine solche gemeinsame Initiative, die auf eine verbesserte Wertschätzung von Pflegearbeit und eine höhere Anerkennung von Beschäftigten im Dienstleistungsbereich Altenpflege abzielt, bemühen sich folgende vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojekte:

BiS – Berufe im Schatten
DL-Quali – Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit
PflegeWert – Wertschätzung und Produzentenstolz in der Altenpflege
PiA – Professionalisierung interaktiver Arbeit
ProWert – Produzentenstolz durch Wertschätzung

Die zentralen Thesen und Ergebnisse der Projekte:

- Die Beschäftigten in der Pflege erleben eine hohe **Arbeitsbelastung**, die ihre Gesundheit oftmals beeinträchtigt. Als Belastung erlebt werden vor allem der hohe Zeitdruck, die große Arbeitsintensität und der Druck zu immer größerer Effizienz. Die Beschäftigten geraten zunehmend in Konflikt mit dem Anspruch, die pflegebedürftigen Menschen optimal zu versorgen und sich ihnen stärker zuwenden zu können.
- Auf der anderen Seite schätzen die Pflegenden ihre Arbeit, die für sie eine sinnvolle und **wichtige Tätigkeit** darstellt. In einer beispielhaften Untersuchung halten 92,4 % der befragten Pflegenden ihre Arbeit in einem (sehr) hohen Maße für sinnvoll; 89,4 % haben das Gefühl, dass ihre Arbeit in einem (sehr) hohen Maße wichtig ist. Dementsprechend erfüllt es 79,1% in einem (sehr) hohen Maße mit Stolz, in der Altenpflege tätig zu sein.[1]
- Wertschätzung erweist sich als individuell konstruiert und entsteht in einem dialogischen Prozess, der in eine **Wertschätzungskultur** im Unternehmen eingebettet sein muss. Die Generierung von Wertschätzung gelingt nur dann, wenn gemeinsame Qualitäts- und Erfolgskriterien existieren und als Maßstab angelegt werden. Führungskräfte haben diesbezüglich eine Schlüsselposition und eine besondere Verantwortung.
- Um das hohe **Anspruchsniveau** und die Komplexität von Pflegearbeit sichtbar und nach außen darstellbar zu machen und in der Wahrnehmung von Kunden, Angehörigen und Professionellen sowie in der Gesellschaft insgesamt zu verankern, ist die Versprachlichung der spezifischen Leistungen und Qualitäten von pflegerischer Interaktionsarbeit eine unverzichtbare Voraussetzung.

[1] Ergebnisse einer aktuellen Erhebung, die psychische und physische Arbeitsbeanspruchung von Mitarbeiter/innen in der stationären Altenpflege im Projekt PflegeWert mittels des Copenhagen Psychosozial Questionnaire (COPSOQ) und ergänzender pflegespezifische Fragestellungen erhebt. 1.069 verteilte Fragebögen wurden von 343 in Altenheimen tätigen Personen, davon 237 in der Pflege arbeitend, beantwortet.

- Die **gesellschaftliche Wertschätzung** hat für Pflegende eine hohe Bedeutung; hier klaffen jedoch öffentliche Berichterstattung und private Meinung deutlich auseinander. Politische Bestrebungen, qualifizierte Pflegekräfte durch Laien und angelernte Kräfte zu substituieren und eine skandalisierende Berichterstattung in den Medien prägen die öffentliche Wahrnehmung des Pflegeberufes. Interessanterweise ist die Alten- und Krankenpflege in den Augen der Bevölkerungsmehrheit aber keine „Jedermann-Tätigkeit". Dies wurde in einer aktuellen, repräsentativen Bevölkerungsbefragung ermittelt.[2] Nur 2 % meinen: „Altenpflege, das kann jeder". Damit erteilen die Befragten den Versuchen, gering Qualifizierte in großer Zahl in die Altenpflege einzubeziehen, eine Absage. Für die große Mehrheit sind Altenpfleger/-innen eine gesellschaftlich wichtige Berufsgruppe mit hoher Wertschätzung und Kompetenzerwartung.
- Offensichtlich spielt die negative **Medienberichterstattung** im Wertschätzungserleben der Beschäftigten eine viel größere Rolle als die tatsächliche Meinung der Bevölkerung. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen erleben es in besonderer Weise als wertschätzend, wenn ihre Einrichtung sich engagiert, pflegerische Arbeit in der medialen Öffentlichkeit positiv darzustellen. Pflegekräfte erkennen es an, wenn der Träger es sich zur Aufgabe macht, Diskussionen in der örtlichen Presse und Politik positiv zu beeinflussen.
- Dem Ansehen des Berufes folgt das **Ansehen von Einrichtungen** der Altenpflege selbst nicht. Nur jeder 5. Befragte der angeführten repräsentativen Studie ist der Auffassung, dass Altenheime ein hohes gesellschaftliches Ansehen genießen. Dies verweist dabei in den Augen der Bevölkerung auf arbeitsorganisatorische Mängel, die zu schlechten Arbeitsbedingungen führen, nicht zuletzt aber auch auf die finanzielle Unterausstattung dieser Dienstleistungsbereiche. Nur jeder 20. sieht in den Pflegeeinrichtungen genügend Zeit für die Betreuung und Versorgung. Und neun von zehn Befragten sind der Auffassung, dass für Altenpflege zu wenig Geld zur Verfügung steht.[3]
- Für **Anerkennung** von außen und **Stolz** auf die eigene Leistung gibt es angesichts der wahrgenommenen schlechten Arbeitsbedingungen in der Pflege einen besonderen Bedarf: *Wer unter so schwierigen Bedingungen eine so wichtige Arbeit noch einigermaßen würdig gestaltet, der verdient Anerkennung und Respekt.* Er muss dabei allerdings auch zahlreiche Opfer in Kauf nehmen.
- Im Rahmen einer Beschäftigtenbefragung[4] wurde ermittelt, dass für 71,3 % der Pflegenden ihre Arbeitsstelle eine (sehr) große persönliche Bedeutung hat. 69,2 % möchten, wenn ihr Gesundheitszustand es zulässt, den Beruf bis zum Eintritt ins Rentenalter ausüben.[5] Doch die „Performance" des Unternehmens, d. h. die **Dienstleistungsqualität**, hat einen großen Einfluss auf das Erleben von Freude und Stolz bei der Arbeit. Durch hohe Dienstleistungsqualität kann jede Einrichtung Freude und Stolz ihrer Mitarbeitenden fördern.[6]

Aus diesen Ergebnissen leiten die BMBF-geförderten Forschungsprojekte folgende Forderungen an Politik und Gesellschaft, Verbände und Unternehmen ab:

1. Politik und Gesellschaft sind gefordert, durch geeignete Maßnahmen für eine bessere Ressourcenausstattung der Pflege zu sorgen. Für eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsqualität benötigen die Pflegerinnen und Pfleger insbesondere eine bessere finanzielle Ausstattung, die für mehr Personal, eine bessere Qualifizierung sowie eine höhere Entlohnung genutzt werden kann. Zur nachhaltigen Sicherung der Pflege- und Versorgungsqualität sollte die berufliche Autonomie der Pflegeberufe gestärkt werden, indem beispielsweise eine Verordnungsfähigkeit für Pflegeleistungen und Hilfsmittel durch Pflegekräfte geschaffen oder die berufliche Selbstverwaltung etabliert wird.

2. Dies entlässt die Einrichtungen nicht aus der Verantwortung, durch arbeitsorganisatorische Verbesserungen und Innovationen, durch neue Karrierepfade und bessere Bezahlung die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten ihrerseits zu verbessern und dadurch auch Wertschätzung und Anerkennung für ihre Pflegekräfte zu dokumentieren. Es ist Aufgabe des Managements, eine vertrauensbasierte Führungskultur zu etablieren, die aufbauend auf einer klaren Informations- und Kommunikationsstruktur die Wertschätzung für die Mitarbeiter/-innen auf allen Ebenen fördert.

3. Die Einrichtungen der Pflege sind gefordert, für ein besseres „Selbstmarketing" zu sorgen und so auch die mediale Öffentlichkeit für differenzierte statt skandalisierte Darstellungen des Pflegealltages in Deutschland zu gewinnen.

4. Pflege ist keine „Jedermann-Tätigkeit": Alle Akteure rund um den Dienstleistungssektor Pflege sind gehalten, der Professionalität der Beschäftigten eine angemessene Wertschätzung entgegenzubringen.

5. Aktuell dominiert in der Selbstwahrnehmung der Beschäftigten (noch) die Auffassung: *Unsere Arbeit ist wichtig, sinnvoll und wir sind stolz auf das, was wir leisten.* Diesen „Kredit" sollten Einrichtungen und Verbände, Politik und Gesellschaft nicht leichtfertig durch Maßnahmen verspielen, die offensichtlich eher auf Kosteneffizienz statt auf Qualität abzielen. Denn nur, wer die Beschäftigten wertschätzt, legt die Grundlage für eine gute Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland.

[2] Befragt wurden 2.528 Bundesbürger ab 14 Jahre; Erhebungszeitraum: Mai/Juni 2010. Projekt „Berufe im Schatten".
[3] Siehe Anmerkung 2.
[4] Projekt PflegeWert, siehe oben.
[5] Zum Vergleich: In der IT-Branche sind dies nach Ergebnissen des BMBF-Projektes pragdis nur ca. 38 %.
[6] Projekt PIA.

Das Memorandum wurde erarbeitet durch die Projekte der Arbeitsgruppe „Wertschätzung in der Pflege" im Rahmen des Förderschwerpunkts „Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit", gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Europäische Union, Europäischer Sozialfonds.

Der Förderschwerpunkt wird betreut durch den Projektträger im DLR „Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen" und unterstützt durch das Metaprojekt ServProf.

GEFÖRDERT VOM Bundesministerium für Bildung und Forschung
ESF Europäischer Sozialfonds für Deutschland
EUROPÄISCHE UNION
Innovative Dienstleistungen
DLR Projektträger im DLR
SERVPROF Service-Professionalität lernen und leben

Leidvoller Dauerbrenner - nosokomiale Infektionen:

Es ist furchtbar leicht ein „Todesengel“ zu sein…

Obwohl die Ursachen für nosokomiale Infektionen längst bekannt sind und kompetente personelle (Schulung, Eigenverantwortung) und exzellente hygienetechnische Gegenstrategien zur Verfügung stehen, bringen wir das lebensbedrohlich unterschätzte Thema „Händehygiene“ nicht in den professionellen Griff. Brauchen wir eine(n) neue(n) Dr. Semmelweis? Allen Beteiligten sollte klar sein: Erreger hüpfen nicht und fliegen nicht – sie werden einfach über“tragen“…!

Säuglinge in Kinderklinik mit Darmkeim infiziert

Mehrere Babys haben sich in der Passauer Kinderklinik mit einem Darmkeim infiziert. Vier Säuglinge seien erkrankt, bei acht weiteren sei der Keim auf der Haut nachgewiesen worden, bestätigte der Leiter des Gesundheitsamtes Passau, Walter Wifling, am Freitag. **Drei Babys seien schwer erkrankt.** Es handle sich um einen Darmkeim, der in Krankenhäusern häufig vorkomme. Mehrere Antibiotika gegen ihn seien nicht mehr wirksam. Der Keim brach Wifling zufolge auf der Neugeborenen-Intensivstation aus. "Derzeit gibt es keinen Hinweis darauf, dass er sich auf andere Stationen ausbreitet", sagte er. Woher der Darmkeim komme, müssten Untersuchungen zeigen. Die Kinderklinik war zunächst nicht für eine Stellungnahme zu erreichen.

(OÖ Nachrichten, 7.10.2011)

Hygienezwischenfälle in Münchner Kliniken

In Münchner Kliniken ist es seit Januar 2010 bis August 2011 zu mehr Zwischenfällen im Zusammenhang mit Hygienemängeln gekommen als bislang bekannt. Das meldete die „Süddeutsche Zeitung“ (3.10.2011) unter Berufung auf einen Bericht von Landesarzt Andreas Zapf. Darin sei von „neun Berichten über schwere Hygienemängel“ die Rede, die u. a. Defizite bei der Medizinprodukteaufbereitung, der Personalhygiene, der Kühlung und Lagerung von Medikamenten sowie die Nichteinhaltung hygienischer Standards infolge von Personalmangel berührten. Während einige Fälle bereits öffentlich diskutiert worden seien, wären andere erst jetzt bekannt geworden.

Mehr MRSA-Fälle in Rheinland-Pfalz

In Rheinland-Pfalz hat sich die Zahl der mit dem multiresistenten Bakterium MRSA infizierten KlinikpatientInnen zwischen 2006 und 2009 von 340 auf 840 erhöht. Das teilte die Landesvertretung der Techniker Krankenkasse unter Berufung auf Angaben des Robert-Koch-Instituts und Daten des Verbandes der Ersatzkassen Anfang Oktober mit. Deutschlandweit seien 2006 rund 14.000 MRSA-Infektionen gemeldet worden. Multiresistente Erreger sind nach Einschätzung der Kasse jedes Jahr für bis zu 600.000 Erkrankungsfälle in Deutschland und bis zu 15.000 Todesfälle verantwortlich.

Die Zahl ist erschreckend hoch: Rund eine halbe Million Patienten infizieren sich jährlich im Krankenhaus mit zum Teil gefährlichen Erregern, viel zu oft auch mit tödlichen Folgen. Händehygiene trägt entscheidend(!) dazu bei, Krankenhausinfektionen zu vermeiden. Im Exklusivinterview steht Dr. Andreas Schwarzkopf, öffentlich bestellter und beeidigter Sachverständiger für Krankenhaushygiene, Rede und Antwort.

„Das Auge wäscht mit“ –

Wie Händehygiene vor Infektionen in Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen schützt

Herr Dr. Schwarzkopf, warum infizieren sich jedes Jahr viele Tausend Menschen im Krankenhaus mit zum Teil gefährlichen Viren und Bakterien?

Dr. Schwarzkopf: Dafür gibt es verschiedene Gründe. Naturgemäß treffen im Krankenhaus die beiden wichtigsten Faktoren für eine Infektion zusammen: Krankheitserreger in Form von Bakterien, Viren, Pilzen und seltener Parasiten und die geschwächte Abwehr der kranken Patienten. Die Gefahr einer Übertragung besteht sowohl bei den Patienten untereinander als auch über pflegerisches und ärztliches Personal sowie die angewendeten Medizinprodukte. Mangelnde Hygiene spielt dabei natürlich ebenfalls eine große Rolle.

Können Sie die größten Hygienemängel im Krankenhaus benennen?

Dr. Schwarzkopf: Zum einen mangelhaft aufbereite Medizinprodukte – nicht unbedingt chirurgische Instrumente, sondern Stethoskop, Blutdruckmanschetten, Ultraschallköpfe. Zum anderen mangelnde Händehygiene, denn die dauert Vielen „gefühlt zu lang“. Durch Personalmangel besteht Dauerstress, außerdem sind Waschplätze und vor allem Desinfektionsspender oft nicht in ausreichendem Maße vorhanden.

Sprechen wir über Händehygiene: Stimmt es, dass Krankheiten vor allem über die Hände übertragen werden? Welche Rolle spielt sie bei der Vermeidung von Krankheiten?

Dr. Schwarzkopf: Wie alle Hygieniker bin auch ich der Auffassung, dass die Händehygiene essentiell für die Hygiene ist. Denn die Erreger können weder fliegen noch hüpfen. Sie müssen sich weitertragen lassen, und das geht am bequemsten über die Hände. Von da aus ist der Weg in den Körper nicht weit – wir fassen uns alleine durchschnittlich 14 Mal am Tag an die Augen (RKI, Merkblätter für Ärzte, Keratokonjunktivitis epidemica), an Mund und Nase sehr viel häufiger. Nur die Ohren werden seltener angefasst.

Kein Wunder, dass nahezu alle bakteriellen und viralen Krankheitserreger und mancher Pilz und Parasit diesen Weg nutzen. Viel leichter ist es zu sagen, welche Erreger nicht: Legionellen, Borrelien, FSME, Tollwut, Mycobakterien,

Candida und ein paar Exoten. Deshalb ist es im Krankenhaus besonders wichtig, dass Hände regelmäßig gewaschen und desinfiziert werden.

Warum ist Händehygiene nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in Pflegeeinrichtungen besonders wichtig?

Dr. Schwarzkopf: Gemäß dem generellen demografischen Trend werden auch in Pflegeeinrichtungen immer ältere und kränkere Bewohner betreut. Ihre Abwehr ist schwächer und sie müssen häufiger ins Krankenhaus. Daher nimmt die Anzahl der mit multiresistenten Keimen besiedelten Personen zu. Händehygiene dient hier dem Selbstschutz und dem Schutz der Mitbewohner.

Wie oft und wann sollten sich Ärzte, PflegerInnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen die Hände waschen?

Dr. Schwarzkopf: Zumindest morgens (wer kann nachts schon für die Position seiner Hände einstehen), nach dem Toilettengang und vor der Nahrungsaufnahme. Für Personal gilt: Vor Arbeitsbeginn, vor Pausen, nach Pausen, nach dem Toilettengang zumindest. Vor dem Zubereiten oder Anreichen von Lebensmitteln selbstverständlich auch. Hier kann, wie in der Küche, eine Händedekontamination mit geruchsneutralen Präparaten sinnvoll sein.

Studien haben gezeigt, dass auch das medizinische Personal in Kliniken die ***Hände seltener reinigt als dies notwendig wäre****. Mit welchen Maßnahmen lässt sich die Compliance beim Händereinigen erhöhen?*

Dr. Schwarzkopf: Hier steht die Schulung von Pflegepersonal und vor allem der Ärzteschaft im Vordergrund. Denn nur wer die Abläufe bei der Infektionsübertragung versteht, kann die Motivation aufbringen, immer wieder die Hände zu waschen und zu desinfizieren. Geschult werden die Indikationen zur Händewäsche und Händedesinfektion sowie die Methodik. Dabei hat die „Eigenverantwortliche Einreibemethode“ die 6-Schritte-Methode nach EN 1500 abgelöst. Diese muss mit der Schwarzlichtlampe geschult werden, um auch die Rückseiten der Finger und die Daumen sicher zu erreichen.

Neben Schulungen ist die Infrastruktur entscheidend. Nur wo genügend leicht erreichbare Waschplätze und Händedesinfektionsmittelspender zur Verfügung stehen, gibt es kurze Wege und eine entsprechende Nutzung. Die Spender sollten einfach und hygienisch zu bedienen sein.

Wo sollte es überall Waschstationen im Krankenhaus geben?

Dr. Schwarzkopf: Waschplätze muss es geben im Pflegestützpunkt, im unreinen Arbeitsraum, im Vorraum von Eingriffsräumen und im OP, in Untersuchungszimmern, in Sozialräumen, den Patientenzimmern und natürlich auf den Toiletten. An Waschplätzen, die auch vom Personal genutzt werden, müssen Spender für Waschlotion, Einmalhandtücher und Händedesinfektionsmittel bereit stehen. Handpflegemittel sind zusätzlich vorgeschrieben. Die Spender werden sinnvoller Weise im Pflegestützpunkt und im Sozialraum montiert.

Wie können sich die PatientInnen vor Krankenhausinfektionen schützen?

Dr. Schwarzkopf: Patienten sollten zum Selbstschutz und zum Schutz der Mitpatienten die Hände öfter waschen. Eine angenehme, hautfreundliche Waschlotion und höherwertige Einmalhandtücher bieten dafür Anreize. Denn das Auge „wäscht mit“ - und harte, faserig-graue Tücher laden nicht gerade zum Abtrocknen ein.

Wie sollten Patientenwaschräume sonst noch ausgestattet sein, um bestmögliche Hygiene zu garantieren?

Dr. Schwarzkopf: Spender für Waschlotionen sollten so beschaffen sein, dass eine Kontamination der Seife praktisch ausgeschlossen ist, eine sinnvolle Ergänzung bei Seifenspendern bieten Einwegpumpen. Seifenspender mit Armhebel zur Entnahme ohne Handberührung sind bei Patienten sinnvoll und bei Personal Pflicht (TRBA 250). Die Handtuchspender sollten eine berührungslose Handtuchentnahme durch entsprechende Entnahmeöffnungen ermöglichen. Das gesamte System sollte leicht zu reinigen und zu desinfizieren sein.

Worauf sollte bei der Reinigung der Behandlungsräume und Patientenzimmer geachtet werden?

Dr. Schwarzkopf: Auch hier gilt: Schulung des Personals ist oberstes Gebot. Hier hapert es oft und mancher Ausbruch nosokomialer Infektionen mit teilweise schweren Folgen wurde unwissentlich durch den Reinigungsdienst verursacht. Das Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main stellte bei Begehungen teilweise gravierende Mängel fest. Die Schulung nach BGR 206 „Frankfurter Modell“ hat hier messbar Abhilfe geschaffen – Geld und Zeit waren gut investiert.
Aber auch hier gilt die Forderung nach guter Infrastruktur: Intakte, funktionelle Putzutensilien, Einmaltücher in Infektionsbereichen, angemessene Schutzkleidung, verständliche Arbeitsanweisungen.

(Interview-Quelle und Fotocredits: www.tork.de , www.sca.com)

Leider ist der fachlich fundierte Inhalt des Interviews - das "gefühlt" 10.000ste zum (lebensgefährlichen) Dauerthema – trotz klarer Sprache vermutlich immer noch viel zu harmlos formuliert (und substanziell bekannt). Diese kompetente Botschaft "berührt" nicht, alarmiert die potenziellen Über-Träger/innen nicht ausreichend und ist als bloßer Appell ans Über-Ich (man tut das, man tut jenes nicht...) wohl NICHT geeignet, eine **nachhaltige Verhaltensänderung** bei potenziellen "Todesengeln" (d.h. Professionals aller Disziplinen im direkten Patientenkontakt) zu bewirken...

Alles schon mal da gewesen…
Frappant erinnert die derzeitige Situation an die historische Parallele, als der Ungarn-stämmige Wiener Gynäkologe Dr. Ignaz Semmelweis (Bild) in seiner bahnbrechenden Studie von 1847/48 die Ursache der grassierenden Kindersterblichkeit (Kindbettfieber) in einem krassen Händehygienemangel der Ärzte(!) identifizierte, aber wissenschaftlich leider nicht ernst genommen wurde (s. Kasten unten). Einziger Unterschied zur heutigen Hilflosigkeit gegenüber der v. a. durch exzessiven(!) Antibiotikaeinsatz resistent gewordenen Keimkultur im Krankenhaus: Damals starben tausende Neugeborene - heute sterben hilflose, immungeschwächte Patient/innen jeden Alters daran – nil nocere...??? (www.aktion-sauberehaende.de)

Der „Semmelweis-Reflex“, demzufolge Innovationen in der Wissenschaft eher eine Bestrafung als eine entsprechende Hono-rierung zur Folge haben, weil etablierte Paradigmen und Verhaltensmuster entgegenstehen, wurde von Robert A. Wilson geprägt (http://de.wikipedia.org/wiki/Ignaz_Semmelweis) und nach Semmelweis benannt.

* **

Das Seminar zum Thema

„Nebenbei freiberuflich“ – Neue Tätigkeit als Pflegegutachter/in?

Gemeinsam mit „Frauenlebensräume“ veranstaltet der ÖGKV speziell für jene Pflegekräfte, die sich für eine nebenberufliche Tätigkeit als PflegegutachterInnen interessieren, ein zweitägiges Seminar zu wichtigen damit verbundenen Themen der Teilzeit-Selbständigkeit, insb. jenen des Arbeits- und Steuerrechts, aber auch zur Option einer zukünftigen Tätigkeit als Pflegegutachter/in.
Zielgruppe sind ausschließlich DGKP/DGKS.
ReferentInnen: DGKS Manuela Steinmetz und DPGKP Christian Luksch.

- Termin in Wien: 9./10. November 2011
- Termin in Graz: 2./3. Februar 2012

Weitere Termine in Planung. Anmeldung und weitere Informationen auf der Homepage des ÖGKV oder direkt über office@frauenlebensraeume.at .

Krankmachende Arbeitsbedingungen eliminieren und individuelle Gesundheitspotenziale erschließen: Das Projekt „Balance – Betriebliche Gesundheitsförderung für und mit MitarbeiterInnen“ wurde vor zwei Jahren gestartet und hat viel positives Echo in der Belegschaft hervorgerufen. Um die vielen Inhalte und Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Caritas festzuhalten und einen Überblick über den Projektablauf zu geben, wurde gemeinsam mit der FH St. Pölten eine filmische Projektdokumentation geschaffen, die im Web zu sehen ist unter: http://dl.dropbox.com/u/2794920/Caritas%20Balance.wmv

* **

2. Symposium

“Freiberuflichkeit in der

Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich“

Mittwoch, 9. November 2011, 10.00 – 16.00 Uhr

Ort: Institut für Ethik und Recht der Medizin

Spitalgasse 2 - 4, Hof 2.8, Universitätscampus / Altes AKH, 1090 Wien

ONLINE Anmeldung: office@forum-freiberufliche-pflege.at

www.forum-freiberufliche-pflege.at

Veranstalter: Forum Freiberufliche Pflege & ARGE Freiberufliche Pflege im ÖGKV

Berufsverband KINDER KRANKEN PFLEGE Österreich

Herbsttagung des Berufsverbandes BKKÖ – Rückblick:
Individuelle Strategien & Selbstreflexion

Von den jugendlichen Persönlichkeitsentwicklungsstörungen bis zu Leitfäden bei ausgewählten Krankheitsbildern im psychiatrischen Bereich erhielten rund 150 TeilnehmerInnen Ende September in Linz nicht nur fundierte Fachinformation sondern auch Lösungsvorschläge für den pflegerischen Alltag. Fordernde, „auffällige" Jugendliche sind kein neues Phänomen - das Unverständnis ihrer Umgebung folgt Struwwelpeter, Max und Moritz aus den Kinderbüchern bis weit ins 20. Jahrhundert. Zwar werden die Strafen (Wegsperren, körperliche Züchtigungen) merklich milder - seit 1989 ist Gewalt in der Erziehung in Österreich verboten - und so gilt es heute, einen entspannteren und lösungsorientierten Zugang zu dieser Problematik zu vermitteln.

Von Seiten der Medizin gab es umfangreiche Informationen zu den Störungen der Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter sowie den Bedingungen und Risikofaktoren für die Entstehung einer manifesten psychischen Störung wie dem Borderline-Syndrom in einer Lebensphase, in der Krisen vorprogrammiert sind. Frühe Diagnose und konsequente Begleitung helfen den meisten Jugendlichen aus dieser Phase zurück in die Normalität.

Die Symptomtrias bei ADHS - erhöhte Ablenkbarkeit, Störung der Impulskontrolle und Störung der Aktivität - muss vor Schuleintritt in mehreren Lebensbereichen und mindestens 6 Monate lang präsent sein, um die Diagnose zu rechtfertigen. Trotz mittlerweile guter Therapiemöglichkeiten können Komorbiditäten und Langzeitverläufe allerdings oft nicht geklärt werden, berichtete Dr. Klinglmair (LFK Linz). Für den Pflegealltag wichtig ist v.a. eine Reflexion des eigenen Zugangs zu Konflikt und Gewalt, Normalität und Andersartigkeit – erst dann kann man den betroffenen (jugendlichen) Patienten auf gleicher Ebene und hilfreich begegnen, so der Soziologe Mag. Rohm.

Ein „Pflegetrio" aus dem Wagner Jauregg Spital (Höller, Jacubetz, Wöger) stellte einen pflegerischen Leitfaden zur Betreuung von Borderline-PatientInnen vor und erläuterte dessen Eckpunkte im alltäglichen stationären Umgang: Betrachtung statt Bewertung, Erarbeiten von Notfallhilfen und positiven Verstärkern, Förderung von Stresstoleranz und wertschätzender Umgang miteinander. Über den Alltag der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie informierten weiters DGKP Hartl und DGKS Preuner (LFK Linz) mit Hilfe des „Professionellen Deeskalationsmanagements": In 7 Stufen werden dabei Jugendliche in Krisensituationen mit präventiven, empathischen und kommunikativen Techniken begleitet.

Bindungsproblematik als häufige Ursache für Störungen der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen klang in fast allen Vorträgen an und wurde von der klinischen Heilpädagogin Mag. Wiesinger (WJKH Linz) erläutert. Frühkindliche Bindung als Fundament im Haus der Persönlichkeit ist Voraussetzung für gesunde körperliche und emotionale Entwicklung. - Besonders leicht erreicht man Kinder und Jugendliche innerhalb ihrer Peergroup (AltersgenossInnen), weiß das Österr. Jugendrotkreuz aus vielen Jahren der außerschulischen Jugendarbeit wie zB. AIDS-Prävention oder Telefonbetreuung, zu berichten (Details unter: www.kinderkrankenpflege.at).

Krisen-Modell wird jetzt Dauerleistung:

Bildungskarenz – Fragen & Antworten

Das derzeitige Modell der Bildungskarenz (seit 1998, ab 2008 stark verbessert) wäre eigentlich mit Ende 2011 ausgelaufen, wurde aber jetzt von der Bundesregierung am vergangenen Dienstag als dauerhafte Regelung beschlossen. Der erleichterte Zugang zur Bildungskarenz bietet neue berufliche Möglichkeiten und Chancen für Veränderungsfreudige und Lernwillige.

Wer die gegenwärtige Krise zur Weiterbildung nützt, zählt zu den Gewinner/innen von morgen: Jede/r ArbeitnehmerIn die mindestens sechs Monate (früher: 3 Jahre) beim selben Arbeitgeber beschäftigt ist, kann die Bildungskarenz für die Dauer von mindestens zwei Monaten bis maximal einem Jahr in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist die Teilnahme an einer Weiterbildung im Umfang von mindestens 20 Wochenstunden. Seit 2008 wird die (erleichterte) Bildungskarenz in Österreich immer beliebter, nahezu 7.000 Personen haben diese im Vorjahr bereits in Anspruch genommen.

Auch finanziell wurde die Bildungskarenz attraktiver gemacht: Das „Weiterbildungsgeld“ wird nun als „fiktives Arbeitslosengeld“ vom AMS bezahlt und vom jeweiligen Bundesland unterstützt (Bildungsgeld-plus), was auch Personen mit geringem Einkommen eine Höherqualifizierung erleichtert. Wenn Sie mit Ihrem Dienstgeber eine Bildungskarenz oder eine „Freistellung gegen Entfall der Bezüge“ auf Grundlage des Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetzes (AVRAG) oder nach gleichartigen bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen vereinbart haben, können Sie Weiterbildungsgeld beim AMS beantragen.

Häufig gestellte Fragen zum Thema:

Besteht für mich ein Rechtsanspruch auf Bildungskarenz?
Muss der Dienstgeber einverstanden sein?
Darf man während der Bildungskarenz geringfügig beschäftigt sein?
Kann ich während der Bildungskarenz Teilzeit arbeiten?
Wo bin ich versichert?
Kann ich die Bildungskarenz teilen (z. B. heuer 2 und im nächsten Jahr 3 Monate)?

Kann ich meine Ausbildung auch im Ausland machen und trotzdem in Österreich Weiterbildungsgeld beziehen?
Habe ich nach BK Anspruch auf Arbeitslosengeld?
Welche Leistung kann ich nach dem Weiterbildungsgeld beanspruchen?
Habe ich während und nach der Bildungskarenz einen Kündigungsschutz?
u. v. a.

Ab sofort finden Sie alle Antworten auf Ihre Fragen zur Bildungskarenz sowie das Antragsformular zum Download im PflegeNetzWerk-Österreich unter: www.LAZARUS.at >Download-Center >>Downloads.

SOZIALE DIENSTE
ADVENTMISSION
GEMEINNÜTZIGE GMBH

ENDLICH IN WIEN !!

Nicht nur für DGKP! - Interdisziplinär, auch für Heimhilfe ,Pflegehilfe:

GRUNDKURS: Psychobiographisches Pflegemodell nach Prof. E. Böhm

Diese Fortbildung wird in Zusammenarbeit mit dem ENPP veranstaltet.
Ein Abschluss mit ENPP-Zertifikat ist nun möglich.

Ausbildungsumfang: 100 Stunden Theorie und 24 Stunden Projektarbeit.

Wir veranstalten im Jahr 2012 zwei Kurse, bitte entscheiden Sie sich für einen der beiden Kurse, ein Wechseln zwischen den Kursen ist nicht vorgesehen.

Termine (kein Wochenende!)

	Kurs1	Kurs2
Teil 1	14.+15.3.2012	11.+12.4.2012
Teil 2	4.+5.4. 2012	2.+3.5.2012
Teil 3	8.+9.+10.5.2012	12.+13.+14.6.2012
Teil 4	5.+6.6.2012	19.+20.9.2012
Teil 5	12.+13.9.2012	9.+10.10.2012
Teil 6 und Abschluss	18.10.2012	14.11.2012

Kosten je Teilnehmer: 1020€ inkl. MwSt / Anzahlung 120€ bei Anmeldung, Rest bei Kursbeginn.

Stornobedingungen:
Ab 1 Woche vor Kursbeginn volle Kursgebühr, ab 6 Wochen vor Kursbeginn halbe Kursgebühr fällig.

Anmeldeprozedur:
1. Schriftliche Bewerbung einsenden
2. Kurzes Gespräch und in der Folge dann Zusage durch uns
3. Einzahlen der Anzahlung sichert dann einen Kursplatz

Bewerbungen senden Sie bitte (mit Angabe Ihrer absolvierten Ausbildung) an unser Bildungszentrum

1020 Wien, Handelskai 388/7/4/2 bz@sdadv.at Tel 01/31 99 333-61

10 nach 10 - Montessori für Demenzkranke

Ein Buch für Angehörige, Freunde und Betreuer

Hella Klein: 10 nach 10 - Montessori für Demenzkranke.
Renate Göschl Verlag 2011. ISBN 978-3-902625-22-9

„Die Diagnose Demenz erhielt ich sieben Jahre vor dem Tod meines Mannes. Ich kannte die Krankheit nicht, weder die Symptome am Anfang, den Verlauf, noch das Ende.
Ich machte viele Fehler, ich konnte sein Tun nicht verstehen. Das war nicht mehr mein Mann, er war nicht mehr der liebevolle Partner, der Freund und fürsorgliche Kamerad. Das gemeinsame Planen und Absprechen unseres Lebens war nicht mehr gegeben.“

Hella Klein, Montessori-Pädagogin und jetzt auch Montessori-Therapeutin für SeniorInnen, versuchte möglichst schnell Informationen über diese Krankheit zu bekommen, um ihrem Mann und danach vielen anderen Demenz- oder SchlaganfallpatientInnen zu helfen, trotz ihrer Krankheit wieder ein Stück Lebensqualität und Lebenssinn zu finden.

Hella Klein verwendet für ihre ehrenamtliche Arbeit mit den PatientInnen klassisches Montessori-Material, findet aber durch ihren einfühlsamen Umgang mit ihnen auch immer wieder neue Methoden und Wege, sie wieder für kleine Tätigkeiten im Alltag, zum Sprechen oder für Spiele zu motivieren.

Erhältlich überall im Buchhandel oder direkt im Online-Shop: www.rgverlag.com

Wahre Worte sind nicht angenehm,
angenehme Worte sind nicht wahr.

Laotse

(chin. Philosoph, Begründer des Taoismus, 480 – 390 v.Chr.)

© www.zitate.eu

LAZARUS® ist seit über 900 Jahren die älteste Pflege-"Marke" überhaupt - sie gab den Lazaretten dieser Welt in vielen Sprachen ihren Namen.

LAZARUS PflegeNetzWerk

Österreichs führendes PflegeNetzWerk - AustroCare®
und bereits 38 Partner kooperieren für IHREN Erfolg.

... join our network – now.

www.LAZARUS.at

Wir vernetzen Österreichs Pflege!

Tages-aktuell online:
Job-Börse und Fort-/Weiterbildungs-Anzeiger

Speziell für Ihre eiligen Angebote:
24 Stunden-TopService!

Empfehlen

Vernetzen wir uns jetzt noch weiter - auch im Web 2.0 –
Besuchen Sie uns: facebook.com/LAZARUS.PflegeNetzWerk.Oesterreich

Impressum

Eine sonnige Herbstwoche wünscht

®

LAZARUS

Erich M. Hofer
Gründer, NetzWerk-Moderator & Chefredakteur

Unsere nächste Wochen-Ausgabe erscheint am 23. Oktober 2011 (online).

Jede/r Interessent/in kann sich selbst im PflegeNetzWerk www.LAZARUS.at KOSTENLOS in die Newsletter-Adressliste eintragen bzw. abmelden.

Impressum:
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 und wird kostenlos per e-Mail an Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens, an einschlägige Bildungseinrichtungen, Bundes- und Länderbehörden, Medien sowie an Einzelpersonen im In- und Ausland versandt und steht (nur online) unter www.LAZARUS.at **zum freien Download** zur Verfügung.

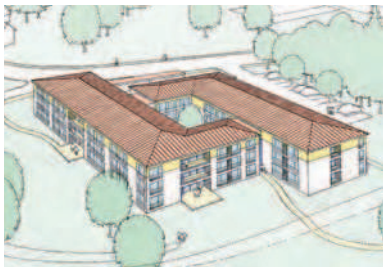
Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen benannten Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Eine Haftung kann dennoch nicht übernommen werden, jede/r ist für die sorgfältige Prüfung der Informationen u. weiterführenden Links selbst verantwortlich. Alle Texte und Daten sind 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®, www.lazarus.at® , PFLEGE DAHEIM® und Austro*Care®

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

Anhang: Stellenmarkt

PFLEGEHEIM AFRITZ AM SEE
GEMEINSAM VITAL



Ihre Karrierechance als

Pflegedienstleitung (m/w)

zur Verstärkung unseres Teams in Afritz am See (Bezirk Villach-Land in Kärnten)

Das Pflegeheim Afritz ist ein Haus der Gesundheit & Pflege Unternehmensgruppe.

Wir suchen für unser Pflegeheim, welches im Jänner 2012 eröffnet wird, eine qualifizierte und engagierte Pflegedienstleitung (m/w).

Unsere Einrichtung soll nach dem Hausgemeinschaftsmodell geführt werden und umfasst 6 Hausgemeinschaften für 75 Bewohner und zusätzlich 6 Kurzzeitpflegebetten.

Was wir erwarten:

- Diplom der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege
- Abgeschlossene Sonderausbildung für Führungskräfte gemäß § 72 GuKG
- Verantwortungsbewusstsein und wirtschaftliches Denken
- Fachliche, persönliche und soziale Kompetenz
- Freude am Umgang mit alten Menschen

Wir bieten Ihnen:

- eine langfristige Perspektive in Festanstellung
- eine interessante, verantwortungsvolle Tätigkeit
- interne Weiterbildungsmöglichkeiten
- Entlohnung nach BAGS-KV

Weitere interessante Stellenangebote finden Sie auf www.gesundheit-pflege.at

Wenn Sie diese Herausforderung annehmen möchten,
freuen wir uns auf Ihre Bewerbung via E-Mail an: bewerbung@gesundheit-pflege.at

Gesundheit & Pflege Verwaltungsverbund GmbH
z.H. Frau Ulrike Stadler, LLB. oec
+43 (0)662 430 351-17
Sterneckstraße 33
5020 Salzburg

www.pflege-afritz.at

SOZIALE DIENSTE
ADVENTMISSION
GEMEINNÜTZIGE GMBH
1020 WIEN, HANDELSKAI 388 / 2 / 6 / 2

Wir sind seit fast 40 Jahren im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung tätig und betreiben gleichzeitig in Wien:

DAS **BILDUNGSZENTRUM für MOBILE PFLEGE und BETREUUNG**

Dafür suchen wir eine **engagierte Lehrkraft** mit Unterrichtspraxis

Aufgabenbereich:

- Unterrichtstätigkeiten in:
  - Berufsausbildung zur HeimhelferIn
  - Berufsausbildung zur PflegehelferIn
  - Fort- und Weiterbildungen im Sozialbereich
- Mitgestalten und Mitweiterentwickeln unseres Bildungszentrums inkl. Stellvertretung unserer Ausbildungsleitung
- Weitere Aufgaben im Bereich Qualitätssicherung

Wir bieten:

- Angestellten-Teilzeit-Dienstverhältnis mit zu vereinbarender Wochenstundenzahl
- Entlohnung über BAGS-KV (je nach Berufserfahrung, ...):
  z.B. bei 20 Wochenstunden ab 1500,00 € brutto monatlich,
- besonders gutes Betriebsklima, ...

Bewerbungen bitte schriftlich an unsere Geschäftsleitung

h.kopa@sdadv.at - Tel 01/31 99 333-71

Diplomierte psychiatrische Gesundheits- u. KrankenpflegerInnen bzw.
Allgemeine Gesundheits- u. KrankenpflegerInnen mit psychiatrischem Zusatzdiplom

pro mente reha GmbH Sonnenpark Neusiedlersee in Rust
Ärztliche Leitung Prim. Dr. Paul Kaufmann

Der Sonnenpark Neusiedlersee ist eine Rehabilitationseinrichtung für Menschen mit psychischen Erkrankungen.
Aufgrund einer erfreulichen Stundenerweiterung ist es uns möglich ab sofort unser Pflegeteam, sowohl auf Vollzeit- als auch Teilzeitbasis, zu erweitern.

Wir suchen KollegInnen mit:

- Kommunikations- und Teamfähigkeit, hohes Maß an Selbstreflexion
- Einfühlungsvermögen und Abgrenzungsfähigkeit

Dienstform:

Teilweise 24-Stunden-Dienste, Nacht-Bereitschaftsdienste, wochentags und am Wochenende

Wir bieten:

Supervision, Weiterbildung, Integration in ein engagiertes Team und sehr gute interdisziplinäre Zusammenarbeit, Entlohnung nach BAGS-Kollektivvertrag (Verwendungsgruppe 7, Vordienstzeiten werden bei der Einstufung berücksichtigt), Mindestgehalt brutto € 1931,30 (für 38 WoStd.)

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns über Ihre Bewerbungsunterlagen bis spätestens Ende Okt. 2011, die Sie bitte an folgende Adresse richten:

pro mente reha
Sonnenpark Neusiedlersee
z.H. Mag. Richard Potzmann
Mörbischer Straße 5
7071 Rust
richard.potzmann@reha-sonnenpark.at