LAZARUS

Österreichs Fachzeitschrift für Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege®

Newsletter Nr. 31-2013

(ISSN 1024-6908)

28. Jahrgang (9. Online-Jahrgang) - 12. August 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 424 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

In eigener Sache:
Sprachenvielfalt im LAZARUS PflegeNetzWerk 2
Aktuelles & Internationales 3-5
Aus Spital & Heim 6-10
BILDUNG & Veranstaltungs-Termine 11-14
BERUFSWELT DER PFLEGE 15-21
PFLEGE DAHEIM 22
Quer gedacht, Impressum 23-24
Stellenmarkt ..... 25 f.

Geschätzte Leser/innen (nach Urlaubsrückkehr) !

„Die Grenzen meiner Sprache sind die Grenzen meiner Welt“ (Wittgenstein) – immer mehr Besucher/innen auch aus nicht deutschsprachigen Ländern entdecken den GOOGLE Übersetzer auf unserer Startseite rechts oben. Der automatische Übersetzer ist nicht rasend gut, aber:

Damit können Sie unsere Doppel-Plattform in Ihrer jeweiligen Muttersprache nützen !

(Dies gilt natürlich besonders auch für Migrant/innen bei uns in Österreich).

Beispiel aus unserem Willkommenstext:
LAZARUS vernetzt und macht Österreichs Pflege Tag für Tag sichtbarer - seit 27 Jahren! Mehr als 140.000 Besucher/innen im Jahr 2012 - Danke für Ihre kritische Begleitung und aktive Mitgestaltung!

… auf Tschechisch (verbessert von unserer Leserin Dr. Eva Prochazka):

Lazarus spojuje a zviditelňuje ošetřovatelství v Rakousku každým dnem již 27 let. Více jak 140 000 lidí navštívilo tyto internetové stránky v roce 2012. Děkujeme vám za vaše kritické připomínky a aktivní tvorbu.

… auf Kisuaheli (Swahili, wird in vielen afrikanischen Staaten gesprochen):

LAZARO mtandao na kufanya Care Austria Siku baada ya inayoonekana siku - kwa miaka 27! Zaidi ya 140,000 wageni / mambo ya ndani katika 2012 - Shukrani kwa msaada wako muhimu na ushiriki hai!

… auf Rumänisch:

LAZARUS rețea și face de ingrijire Austria Zi după zi vizibil - de 27 de ani! Mai mult de 140.000 de vizitatori / interior 2012 - Vă mulțumim pentru sprijin critice și participare activă!

… auf Polnisch:

LAZARUS sieciowym i zrobić Pielęgnacja Austrii Dzień po dniu widoczne - przez 27 lat! Ponad 140.000 odwiedzających / wnętrze w 2012 - dzięki za krytyczne wsparcie i aktywnego uczestnictwa!

Vollen informativen Sprachgenuss beim Surfen wünscht

Erich M. Hofer

www.LAZARUS.at

Vorbildliche Kooperation zur Weltgesundheit:

Impfschutz für Hunderte Millionen Kinder !

Seine Vereinbarung mit „GAVI Alliance“ zur Lieferung von stark preisreduzierten Impfstoffen zum Schutz von Kindern in Entwicklungsländern gegen Pneumokokken hat das Pharmaunternehmen GlaxoSmithKline (GSK) jetzt wesentlich erweitert: In Summe sollen im Rahmen einer Marktgarantie bis zu 300 Millionen Kinder gegen Krankheiten wie Meningitis und Pneumonie, aber auch Rotaviren und Gebärmutterhalskrebs, in den kommenden 10 Jahren geschützt werden.

GSK hat 480 Mio. Impfdosen zur Versorgung von Kindern in den ärmsten Ländern der Welt mit stark preisreduzierten Impfstoffen zugesagt. Zusätzlich Werden 240 Millionen Dosen gegen Pneumokokken an Entwicklungsländer geliefert, damit können weitere 80 Millionen Kinder vor Pneumokokken-Krankheiten wie Meningitis und Pneumonie geschützt werden. Bis dato wurden mehr als 50 Millionen Dosen des Pneumokokken-Impfstoffes an GAVI-Länder wie Uganda, Mosambik, Madagaskar, Kenia, Äthiopien und Pakistan geliefert. In Zambia ist der Impfstoff Teil des nationalen Immunisierungsprogramms.

Die „GAVI Alliance“ (Global Alliance for Vaccines and Immunisation) ist eine weltweit tätige öffentlich-private Partnerschaft mit Sitz in Genf. Ihr Ziel ist es, das Leben von Kindern zu retten und die Gesundheit der Menschen zu verbessern - durch vereinfachten Zugang zu Impfungen gegen vermeidbare lebensbedrohliche Krankheiten in Entwicklungsländern. Mitglieder der Allianz sind Regierungen von Industrie- und Entwicklungsländern, die WHO, UNICEF, die Weltbank, die Bill Gates Foundation, NGOs, Impfstoffhersteller, private Unterstützer sowie Gesundheits- und Forschungseinrichtungen.

http://de.wikipedia.org/wiki/GAVI_Alliance *** www.gsk.com

Firstfeier in Innsbruck:

Ausbildungszentrum West baut um

Seit März 2013 laufen die Bauarbeiten am AZW auf Hochtouren. Am vergangenen Montag erfolgte nun im Beisein zahlreicher Festgäste die Dachgleiche für den Um- und Ausbau. Die Bauarbeiten werden ausschließlich von österreichischen Firmen durchgeführt und sollen mit Frühjahr 2014 abgeschlossen sein.

azw
Wir bilden Gesundheit

Mit der AZW-Erweiterung werden zusätzliche Unterrichts- und Praxisschulungsräume, Hörsäle sowie Aufenthaltsbereiche für die SchülerInnen und Lehrenden geschaffen – ein Plus von insgesamt rund 1.800 m² .

Die letzten Handgriffe für die Firstfeier (v.l.): TILAK-Prokurist Mag. Dr. Markus Schwab, AZW-Direktor Mag. Walter Draxl, MSc, Landesrat Univ.-Prof. Dr. Bernhard Tilg und Geschäftsführer Ing. Franz Mariacher
(Foto: AZW/Frischauf)

Trotz der langen Schlechtwetterphasen im Frühjahr und der beengten Baustellensituation konnten die Rohbauarbeiten zügig durchgeführt werden. Mit einem zünftigen Firstspruch wurden die Arbeiter am 5. August für diese hervorragende Arbeit und ihren Fleiß gewürdigt und im Anschluss daran kulinarisch verwöhnt.

www.azw.ac.at

Ambient Assisted Living (AAL) kommt in der Politik an:

„smart homes" für alte Menschen fördern!

AAL dürfe nicht nur in geförderten Neubauten ein Thema sein und nicht zu Lasten des Pflegegeldes finanziert werden, fordert die stv. Bundesobfrau des Seniorenbundes Mag. Gertrude Aubauer (Bild) als ÖVP-SeniorInnen-sprecherin im Nationalrat: "Die technische Unterstützung der Wohnumgebung Älterer muss aber **auch für bestehende Privatwohnungen und -häuser gefördert werden!**" Kein älterer Mensch sollte gezwungen sein, in einen (geförderten) Neubau umziehen zu müssen, um in den Genuss dieser für die Zukunft wirklich wichtigen Technik zu kommen.
Bei der Finanzierung dieser Sachleistungen gehen die Meinungen der Parteien derzeit noch auseinander: Während die SPÖ hierfür die ab 2014 vorgesehene jährliche Valorisierung des Pflegegeldes wieder aussetzen will, lehnt die ÖVP dies strikt ab. Aubauer: "Hände weg vom Pflegegeld! Nur die Geldleistung garantiert die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen!"

Positionspapier des Kuratoriums Deutsche Altershilfe:

Umfassende Pflegereform – möglichst rasch!

Deutschland braucht möglichst rasch eine umfassende Pflegereform, damit alle Pflegebedürftigen ihre Würde und möglichst lange ihre Selbstständigkeit behalten können. „Wir alle wissen, dass die Zahl der älteren Menschen mit körperlichen wie geistigen Einschränkungen zunimmt. Trotzdem fehlt bisher eine Reform, die die Situation der pflegebedürftigen Menschen und an der Pflege beteiligten Personen grundlegend verbessert", sagt Jürgen Gohde, Vorsitzender des KDA. Es sei fünf vor zwölf – ein Nationaler Aktionsplan müsse her…

Pflege muss vor Ort neu aufgestellt werden - sowohl von den Pflegekassen als auch von Kommunen und der Zivilgesellschaft. Versorgungsmängel in schwierigen Fällen und die „Verschiebebahnhöfe" zwischen den Sozialleistungsträgern müssen ein Ende haben. Zu diesem Schluss kommt die KDA-Arbeitsgruppe aus 25 Expert/innen, die am vergangenen Montag in Berlin ein entsprechendes Positionspapier vorgelegt hat. Darin fordern sie die rasche Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, neue Wohnformen zu fördern und der Pflege eine Bedeutung zu geben, die nicht mehr ignoriert werden kann – in den Kommunen, in der Infrastruktur sowie in den Sozialgesetzen.

Die Arbeitsgruppe hat die Probleme im derzeitigen System identifiziert. So sei das heutige Sozialrecht noch nicht ausreichend auf die Pflege ausgerichtet. Leistungen seien nicht genügend aufeinander abgestimmt, es fehle mit steigender Dramatik an Fachpflegekräften. Die Arbeitsbedingungen in der Pflege seien häufig deshalb schlecht, weil sich die Pflegenden wenig Zeit für ihre Kunden nehmen könnten. Familien müssten besser unterstützt werden, wenn sie einen Pflegefall betreuten. **Die ExpertInnen sahen faktisch keine Stellschraube im Pflegesystem, die nicht neu justiert werden müsse!** Dazu zähle auch eine deutlich bessere Finanzausstattung.

Das Gesamtkonzept sieht ein neues Leitbild für die Pflegebedürftigkeit vor. Sein Kern ist die Achtung vor Selbstbestimmung und Würde alter Menschen. Sich um das seelische Wohl der Menschen zu kümmern soll ebenso wie die medizinische Versorgung Teil der Pflege werden. Zudem fordern die Expert/innen, Prävention und Rehabilitation stärker zu nutzen und einen Rechtsanspruch auf Prävention zu verankern. Menschen müssten **vorrangig zu Hause** unterstützt werden, damit ein Umzug ins Pflegeheim hinausgezögert werden könne. Die Heime selbst sollten sich künftig in die Wohnviertel öffnen und zu Zentren für ältere Menschen werden. Zudem müssten Kommunen stärker künftig stärker entscheiden, die verschiedenen Hilfsangebote personenbezogen vernetzen und die Infrastruktur ausbauen. Wichtig ist auch eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Pflege durch Angehörige.

Positionspapier „Gute Pflege vor Ort" des KDA – Download unter:
http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10170.pdf

Immer mehr Heime rüsten um:

Elektronische Pflegedokumentation bringt kostbare Pflegezeit zurück

Obwohl die Umstellungsphase durch den Parallelablauf Alt-Neu den Führungskräften und allen Mitarbeiter/innen einige Kraft und Geduld abverlangt, lohnt sich die Mühe letztlich für alle – besonders aber auch für die BewohnerInnen: Für deren Bedürfnisse ist wieder mehr Zeit gewonnen.

Kürzlich berichtete ein vierfacher Heimbetreiber - der DRK Landesverband Nordrhein – über den erfolgreichen Abschluss der Umstellung seiner Dokumentation auf die elektronische Softwarelösung „careplan“ (Fa. Standard Systeme). Der zuständige Gesamtleiter Lutz Münstermann betonte, dass die Implementierung auf Wunsch der Mitarbeiter/innen erfolgt sei, um wieder mehr Zeit für die pflegerischen Kernaufgaben zu gewinnen. Das gesamte Führungsteam der vier Heime war von Beginn an in das Auswahlverfahren einbezogen und entschied sich nach einer Präsentation einstimmig für die „careplan“-Lösung. Es folgten Mitarbeiterschulungen, die technische Umstellung verlief weitgehend problemlos (Zentral-Server in Düsseldorf).

Die Standard Systeme GmbH (Hamburg) unterstützt derzeit mit ihren Produkten und Dienstleistungen bereits 18.000 Kunden in 8 Ländern.

Mehr Details im „careplan“-Video unter:
http://www.standardsysteme.de/webdav-transfer/videos/cp-01-pp-ra-2/careplan-video-presentation.camproj-try02.html

Kommunale Krankenhäuser kooperieren kaum:

Einzelkämpfer „kannibalisieren" einander

…und schreiben dabei Jahr für Jahr steigende Verluste. Fast überall im D-A-CH Raum ein ähnliches Bild, diesfalls am Beispiel Hessen: Der dortige Rechnungshof hat sieben öffentliche Kliniken im Rhein-Maingebiet unter die Lupe genommen und festgestellt: Die Häuser sehen sich gegenseitig als Konkurrenten (um lukrative Patienten, aber auch um Fachkräfte) und stimmen daher ihr Leistungsangebot – trotz geografischer Nähe - nicht untereinander ab. "Der halb regulierte, dennoch in Teilen wettbewerbliche Gesundheitsmarkt führt ohne eine geordnete Struktur der Leistungserbringung zu einer ‚Kannibalisierung' von benachbarten öffentlichen Krankenhäusern", heißt es in dem Prüfbericht.

Die Prüfer empfehlen, dass die Klinika ihr medizinisches Leistungsangebot stärker als bisher miteinander abstimmen. Unter Berücksichtigung der bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung sollte eine Konzentration einzelner Leistungsbereiche (Stichwort: **Kompetenzzentren**, Anm.d.Red.) erfolgen, um die Wirtschaftlichkeit zu steigern und zugleich auch die Behandlungsqualität (und Patientensicherheit) zu erhöhen, die auf Routine und Expertise, also hohen Fallzahlen beruht.

Auch bei den Baumaßnahmen – derzeitiges Volumen: 470 Mio. Euro - fehlt die wechselseitige Abstimmung. Die Bauplanung müsse klinikübergreifend an Kapazitätsplanungen und Leistungskonzepten ausgerichtet werden, fordern die Prüfer und rechnen in einem Zukunftsszenario vor: Wenn die sieben Spitäler sekundäre und tertiäre Leistungsbereiche zentralisieren, wie etwa Apotheke, Sterilisation, Hygiene - in Form eines zentralen Instituts -, Medizintechnik, Labor sowie Verwaltung und sich zu Regionalverbünden zusammenschließen, könnte damit das jährliche Defizit von derzeit 79 Mio. auf zwei Mio. Euro verringert werden. Ein zusätzlicher Abbau der Überkapazitäten von 500 Betten brächte den Kliniken mittelfristig ein positives Ergebnis in Höhe von rund 12 Mio. Euro.

Während in Deutschland und in der Schweiz bislang noch bundesweite Strukturpläne fehlen – was zu teuren Über-, Unter- und Fehlversorgungsprozessen beiträgt (siehe unseren Bericht dazu im Vorheft, S. 5) - hat sich Österreich mit dem „Österreichischen Strukturplan Gesundheit – ÖSG" bereits im Jahr 2006 auf den Weg gemacht (LAZARUS berichtete ausführlich in Heft 29, siehe Link unten). Die regionalen Strukturpläne der einzelnen Bundesländer werden alljährlich aktualisiert. Eine wesentliche und vielfach vorbildliche „Antriebs"-Rolle spielen hierbei die von kirchlichen Trägern betriebenen 30 Ordensspitäler.

Unser ausführlicher Vorbericht dazu in Heft 29, S. 4 – 6 unter:
www.LAZARUS.at/nl-archiv

www.christliche-krankenhaeuser.de ***** **www.ordensgemeinschaften.at**

Krankenhausplan 2015 in Nordrhein-Westfalen:

„Geriatrisches Screening" für PatientInnen 75+ und Lücken in der Nachbetreuung schließen

Alte Menschen brauchen im Krankenhaus meist mehr Zeit, um zu genesen. Der kürzlich in Kraft getretene Krankenhausplan für NRW will eine bessere Versorgung für ältere Patienten gewährleisten. So werden diese bei der Aufnahme oft nicht auf das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes, Osteoporose und Demenz untersucht. Doch ab 2015 werden die rund 400 Krankenhäuser des größten deutschen Bundeslandes (48 Mio. Einwohner) zu einem „geriatrischen Screening" verpflichtet sein: Alle PatientInnen ab 75+ werden bei der Aufnahme nicht nur nach ihren verschiedenen Leiden und eingenommenen Medikamenten befragt, sondern auch wie gut sie zu Hause versorgt werden. Außerdem wird ihr Erinnerungsvermögen getestet, sodass eine mögliche Demenz früh erkannt wird.

Der Krankenhausplan zielt auf eine umfassendere medizinische Behandlung alter Menschen ab. Dabei sollen durch engere Zusammenarbeit mit Hausärzten, extramuralen Einrichtungen sowie mit mobilen Diensten mögliche **Lücken in der Nachbetreuung geschlossen werden.**

Weil die Zahl der alten Patienten stetig wächst, werden in den Kliniken ab 2015 außerdem zusätzlich 618 Betten aus anderen Bereichen für die Akutgeriatrie umgewidmet. Für die Umsetzung in jedem einzelnen Krankenhaus sind jetzt – unter der Oberaufsicht der Landesregierung - die regionalen Krankenhausträger, Krankenkassen und Bezirksverwaltungen zuständig. Krankenhäuser, die sich nicht an diese Vorgaben halten, riskieren ihre Zulassung.

Aufgestockt wird auch um zusätzliche 2.300 Betten für psychisch kranke Menschen jeden Alters – dagegen werden in der Chirurgie, der Inneren Medizin und auf den Geburtsstationen ab 2015 landesweit 10.000 Betten abgebaut, weil dort der Bedarf sinkt. Insgesamt müssen die rund 400 Krankenhäuser ab 2015 ihre Bettenanzahl auf 114.000 reduzieren. Dieser Prozess wurde bereits vor zehn Jahren mit Einführung der „Fallpauschalen" angestoßen: Seither zahlen die Krankenkassen nicht mehr jeden einzelnen Aufenthaltstag, sondern nur noch einen bestimmten Betrag für eine Diagnose - egal wie lange ein Patient dafür auf der Station verbleibt. Damit fehlt der Anreiz, PatientInnen länger dazubehalten. Zudem werden immer mehr Eingriffe ambulant durchgeführt, sodass stationäre Betten leer bleiben.
Eine ähnliche Entwicklung ist auch in der Schweiz (DRG) und in Österreich (LKF-System) zu erwarten bzw. bereits angelaufen.

Krankenhausplan NRW 2015 unter:
http://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/pageflip/mgepa/krankenhausplan-nrw-2015/1483#/auto-pages

Wegweisendes Urteil des Bundesgerichtshofs (DE) zu Kosten:

Kinder bei Pflege der Eltern entlastet

Müssen Kinder für die Kosten der Pflege ihrer Eltern aufkommen und dafür ihr Erspartes angreifen? Zu dieser Frage hat der Bundesgerichtshof in Karlsruhe am vergangenen Mittwoch eine Grundsatzentscheidung gefällt und die Kinder bedeutend entlastet.

Das Urteil des BGH entlastet Hunderttausende von Kindern, deren pflegebedürftige Eltern in Heimen leben. Sie müssen ihre selbst bewohnte Eigentumswohnung nicht verkaufen oder mit einer Hypothek belasten, um für den Unterhalt ihrer Eltern im Pflegeheim aufzukommen. Das Eigenheim der Kinder wird dem verwertbaren Vermögen nicht zugerechnet. Da in Deutschland knapp eine Million Pflegebedürftige in Heimen lebt, hat das Urteil große Bedeutung für deren Angehörige (Aktenzeichen: Bundesgerichtshof XII ZR 269/12).

ÖSTERREICHS GESUNDHEITSREFORM –
Hauptverband der SV-Träger sieht Masterplan 2010 erfüllt:

„Jetzt schrittweise die wohnortnahe Grundversorgung verbessern"

Die Umsetzung der Gesundheitsreform kann beginnen: Mit der politischen Einigung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung in der letzten Juniwoche 2013 wurde ein Vertrag abgeschlossen, der das Gesundheitssystem zukunfts-fit machen soll. „Wir planen eine verbesserte wohnortnahe Grundversorgung, forcieren e-Health und eine nationale Präventionsstrategie", so der Vorsitzende des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, Dr. Hans Jörg Schelling. Ermöglicht werden soll dies durch eine gemeinsam umgesetzte Effizienzsteigerung und den Abbau von Doppelgleisigkeiten.

Mit dem vorliegenden Vertrag sei der „Masterplan Gesundheit" der Sozialversicherung zur Gänze abgearbeitet. Der im November 2010 gestartete Reformdialog für ein neues Gesundheitssystem ist nun im Vertrag präzise verankert und betrifft die schrittweise Umsetzung (samt Monitoring) bis Ende 2016. Grundsatz der Reformmaßnahmen, die nun bis Ende 2016 abgearbeitet werden, ist der **Umstieg von der Einrichtungs- zur Patientenorientierung** des Gesundheitswesens in Planung, Steuerung und Finanzierung.

Neu: „Best Point of Service"

Dazu die Vorsitzende der Trägerkonferenz Ingrid Reischl: "Durch eine gemeinsame, sektorenübergreifende Planung und Steuerung des Gesundheitswesens - von den Versorgungszielen über die Versorgungsstruktur bis zur Versorgungsqualität - werden PatientInnen in Zukunft nicht mehr von einer Einrichtung zur anderen geschickt, sondern es wird einen **Best Point of Service** geben, wo Leistungen mit bester Qualität für unsere Versicherten (Patienten) und am effizientesten für das gesamte Gesundheitssystem erbracht werden". Dieser "Best Point of Service" soll eine effiziente und wohnortnahe Versorgung garantieren, die Rollen aller Akteure sind daher neu zu definieren.

Neue Basis: „Primary Healthcare" durch den Hausarzt

"Wir haben ja keinen Ärztemangel, sondern ein Verteilungsdefizit"
Der niedergelassene Allgemeinmediziner wird zum Gesundheitskoordinator, der neben der kurativen Behandlung zusätzliche Aufgaben wie etwa die Betreuung von chronischen Krankheiten (z.B. Diabetes, Herz-Kreislaufkrankheiten) auch wichtige Aufgaben in den Bereichen Vorsorge und Prävention übernimmt. "Für dieses "Primary Healthcare" werden von den Systempartnern in den kommenden Jahren gemeinsam die Grundlagen gelegt - von bundesweit geltenden Qualitätskriterien über entsprechende Maßnahmen in der Ausbildung bis hin zur Modernisierung der niedergelassenen Versorgung", so Reischl.

"Wir haben ja keinen Ärztemangel, sondern ein Verteilungsdefizit", meint Hauptverbands-Präsident Dr. Schelling.

"Wir haben auch keinen Pflegepersonalmangel, sondern ein Verteilungsproblem", meint LAZARUS.

Gemeinsam mit den Vertragspartnern hat die Sozialversicherung im Auftrag der Bundesregierung die Kassen auf einen erfolgreichen finanziellen Reformkurs gebracht. Vorsitzender Schelling: "Ich habe aber immer darauf hingewiesen, dass eine nachhaltige finanzielle Gesundung ohne Einflussmöglichkeiten auf die Ausgaben für die Spitäler, kaum möglich sein wird. Diese gleichberechtigte Mitwirkung der Sozialversicherung an der Planung und Steuerung des Spitalbereichs ist daher einer der zentralen Punkte dieses Zielsteuerungsvertrages. Es wird hier zu Effizienzsteigerungen kommen müssen, vor allem durch eine Reduktion der Bettendichte, Konzentration auf Tageskliniken sowie Reduktion der Aufenthaltsdauer".

Auch die Schwerpunktbildung zu „Kompetenzzentren" wird die Entwicklung der Spitalslandschaft nachhaltig verändern (Anm. d. Red.).

www.sozialversicherung.at

Prävention, Vorsorge und Lebensstil:

Gesundheit – vor allem ein Bildungsproblem !

Steigende Lebenserwartung, Überalterung der Gesellschaft, überschuldete Staatshaushalte, leere Versorgungskassen: Der demografische Wandel und die Finanzkrise scheinen uns vor unlösbare Probleme zu stellen. Von größter Relevanz ist dabei die Frage nach einer medizinischen Versorgung, die diesen Herausforderungen gerecht wird.

Wie bewerkstelligen wir den Aufbruch in ein transparentes, effizientes, Kosten sparendes Gesundheitswesen? Darüber diskutierten vier Experten im Rahmen einer Buchvorstellung in der Max Planck Science Gallery (Berlin). Ihre These: **Gesundheit ist vor allem ein Bildungsproblem.**

Es bedürfe einer neuen Revolution, denn trotz immenser Fortschritte habe das 20. Jahrhundert uninformierte Ärzte und Patient/innen hinterlassen. So ergab eine repräsentative Studie nach Befragung von mehr als 10.000 Personen aus neun europäischen Ländern, dass 89 % der Männer und 92 % der Frauen den Nutzen von PSA- bzw. Mammografie-Tests in der Krebsfrüherkennung um ein Zehn- oder Hundertfaches überschätzen oder gar nichts darüber wissen.

Einer anderen Studie zufolge werden in den USA wiederum jedes Jahr eine Million Kinder unnötigen CT-Untersuchungen ausgesetzt - diese sind nicht nur eine Geldverschwendung, sondern sie richten auch erheblichen Schaden an: Die etwa 70 Millionen jährlichen CTs in den USA haben aufgrund der hohen Strahlenbelastung schätzungsweise 29.000 Krebserkrankungen zur Folge…

Sieben Sünden als Ursache von mangelnder Gesundheitskompetenz

„Patienten gelten als das Problem der High-Tech-Gesundheitsversorgung: Sie sind ein unwissendes, ängstliches Volk mit ungesunden Lebensgewohnheiten und wenig Kooperationsbereitschaft“, beschrieb Gerd Gigerenzer, Direktor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung und Direktor des Harding Center für Risikokompetenz, gängige Vorurteile, die er und die beteiligten Autoren auch in ihrem Buch aufzeigen. Dabei liege das eigentliche Problem in einer mangelnden Gesundheitsbildung auf beiden Seiten der Praxisschreibtische. „Eine effiziente Gesundheitsversorgung braucht gut informierte Ärzte und gut informierte Patienten. Das Gesundheitssystem, das uns das 20. Jahrhundert hinterlassen hat, erfüllt beide Bedürfnisse nicht“, sagte Gigerenzer.

„Sieben Sünden“ seien dafür verantwortlich: profitorientierte Forschungsfinanzierung (1), irreführende Berichterstattung in medizinischen Fachzeitschriften (2), in Patientenbroschüren (3) und in den Medien (4), kommerzielle Interessenskonflikte (5), eine defensive Medizin (6) und mangelndes Verständnis der Ärzte von statistischer Evidenz (7).

Finanzkrisen und Geldknappheit als Anstoß für Investitionen – in Wissen

Finanzkrisen und Geldknappheit sind nach Auffassung der Experten aber kein zwingender Hemmschuh in der medizinischen Versorgung, sondern können im Gegenteil sogar den Anstoß zu einer Revolution des Gesundheitswesens geben, wie die Autoren sie einfordern. So entsprechen die Gesundheitsausgaben in Deutschland nach aktuellen Angaben des Statistischen Bundesamts 11,6 % des Bruttoinlandsprodukts – das sind rund 287 Milliarden Euro, wovon so gut wie nichts für die Patienteninformation, unabhängige Fortbildungen für Ärzte oder für die Statistikkompetenz eines jeden Bürgers aufgewendet wird. „Gesundheitsbildung", so Gigerenzer, „bedeutet, vorhandene Ressourcen verstärkt in Menschen und ihr Wissen zu investieren und nicht allein in Technologie, Medikamente und den Versorgungsapparat."

Günther Jonitz, Facharzt für Chirurgie und Präsident der Ärztekammer Berlin, bewertete in diesem Zusammenhang insbesondere die Kommunikation der Pharmaindustrie als zu einseitig: „Eine saubere Informationsbasis ist das A und O für ärztliche Entscheidungen. Deshalb brauchen wir die unabhängigen Fortbildungen der Ärztekammern, die sich auf Fragen zur Bewertung von Studienergebnissen und Statistiken richten."

Ein durch bessere Methodenkompetenz erarbeitetes Wissen bei Ärzten forderte Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Professorin für chronische Krankheit und Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main: „Ob ein neues Gewinn versprechendes Medikament empfohlen wird, hängt stark von dem Medium ab, in dem es vorgestellt wird."

Der Preis der Wahrheit

Probleme in der Aufklärung von PatientInnen über Nutzen und Risiken der von einigen Experten heute bereits als Paradigmenwechsel bezeichneten „Personalisierten Medizin" beschrieb Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie am HELIOS Klinikum Berlin-Buch: „Patienten werden häufig im Internet mit unseriösen Angeboten konfrontiert, wie etwa Gentests zur Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Erkrankungen. Ohne Behebung ihres Wissensmangels, vor allem in der Epidemiologie, Statistik und medizinischen Genetik, werden Ärzte jedoch Patienten nicht adäquat beraten können über den sinnvollen Einsatz der ‚Personalisierten Medizin' – beispielsweise zur Vorhersage, Therapie und Nachsorge in der Onkologie."

Das Buch zum Thema:
Gigerenzer, Gerd., & J.A. Muir Gray (Hrsg.):
Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen. Mit einem Vorwort von Günther Jonitz. Strüngmann Forum Reports. Deutsche Erstausgabe. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (2013). ISBN: 978-3-941468-82-5.

Wundmanagement

Professionelles Wundmanagement ist eine Expertise der diplomierten-Gesundheits- und Krankenpflege geworden. Im Kurz- und Langzeit- wie auch Homecare-Bereich bedarf es Pflegepersonen, die Patient/inn/en und Angehörige beraten und versorgen können, damit diese adäquate-Unterstützung für das Leben mit einer Wunde und der Grunderkrankung erhalten. Wunden, die früher als unheilbar eingestuft wurden, zeigen bei fachgerechter Therapie beeindruckende Heilungserfolge. Als akademische Wundmanagerin bzw. akademischer Wundmanager haben-Sie die Kompetenz, eine sichere Versorgung von Menschen mit Wunden nach den aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft zu ermöglichen. Der Abschluss des Basisseminars und des Certified Program entspricht einer Weiterbildung gem. GuKG § 64 in Österreich.

Der Universitätslehrgang wird als berufsbegleitende Studienvariantein Modulform angeboten. Die Organisation des Studiums berücksichtigt-Elemente des Blended Learning und ist etwa zu zwei Dritteln als Fernstudium konzipiert.

Basisseminar
Dauer: 1 Semester, berufsbegleitend
Teilnahmegebühr: EUR 890,-

Certified Program
(für AbsolventInnen des Basisseminars)
Dauer: 1 Semester, berufsbegleitend
Teilnahmegebühr: EUR 2.590,-

Akademische/r Wundmanager/in
(für AbsolventInnen des Certified Program)
Dauer: 1 Semester, berufsbegleitend
Teilnahmegebühr: EUR 3.650,-

Beginn
9. September 2013

Zielgruppe
Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und Ärzte/Ärztinnen.

Donau-Universität Krems. Zentrum für Management im Gesundheitswesen.
Sabine Pichler | sabine.pichler@donau-uni.ac.at | Tel. +43 (0)2732 893-2644
www.donau-uni.ac.at/pflegewissenschaft

DONAU UNIVERSITÄT KREMS

HOSPIZ
NIEDERÖSTERREICH
Hospiz- und Palliative Care

12. HOSPIZENQUETE - ST. PÖLTEN

Mittwoch, 9. Oktober 2013 - Landtagssaal

NÄHE & DISTANZ

Konflikt oder Symbiose im Hospiz- und Palliativ-Bereich

PROGRAMM

8.30	Anmeldung & Willkommen mit Kaffee
9.00	Begrüßung & Statements Dr.in Brigitte Riss VHR Dr. Otto Huber Landesrätin Mag.a Barbara Schwarz *in Vertretung von LH Dr. Erwin Pröll*
9.30	Vortrag 1
10.15	PAUSE mit Kaffee/Tee & Obst
10.45	Vortrag 2
11.30	Vortrag 3
12.15	*Empfang gegeben von Landeshauptmann Dr. Erwin Pröll*
14.00	Vortrag 4
14.45	Beiträge Dr.in Nadalini
15.30	PAUSE mit Kaffee/Tee & Kuchen
16.00	Vortrag 5
16.45	Abschluss

Künstlerische Umrahmung Dr.in Angelina Nadalini

Moderation Mag. Michael Koch - ORF NÖ

Erlauben von Nähe - Wahren von Distanz - eine Gratwanderung

Univ.-Prof. Dr. Raimund Jakesz

Leiter Univ.-Klinik f. Allgemeinchirurgie, Medizinische Universität Wien/AKH - seinen persönlichen Schwerpunkt sieht er in der Betreuung onkologischer PatientInnen. Spiritualität und ganzheitliche Medizin sind dabei wichtige Aspekte

Nähe professionell leben

Mag.a Elisabeth Draxl

Krankenschwester, Ausbildungen in Palliative Care, Studium der Erziehungswissenschaften, Existenzanalytische Ausbildung
Seit den Anfängen der Hospizbewegung in Tirol im mobilen und stationären Bereich tätig. Bildungsarbeit in Lehrgängen, Universität, Kongressen und Tagungen. Seit 8 Jahren Pflegedienstleitung der Tiroler Hospizgemeinschaft

Wenn Krankheit und Tod zu nahe kommen

Dr. Traugott Roser

Evang.-Luth. Pfarrer, Professor für Praktische Theologie an der Universität Münster, langjähriger Seelsorger auf der Palliativstation des Universitätsklinikums München und Inhaber der ersten Professur für Spiritual Care an der Universität München (bis Februar 2013)

Wasch mir den Pelz - aber mach mich nicht nass

Hospiz- und Palliativarbeit im Spannungsfeld zwischen Nähe und Distanz

Prof.in Dr.in Marie-Luise Bödiker-Lange

Dipl-Psychologin und -Pädagogin zuletzt mit einem Lehrstuhl in Berlin, seit ca. 30 Jahren aktiv in der Hospizarbeit (Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Supervision, z.Z. im wissenschaftlichen Beirat der Hospiz Zeitschrift)

Mut tut gut - Klarheit schafft Nähe

Dr. Harald Retschitzegger, MSc (Palliative Care)

Palliativmediziner und Geriater, Ärztlicher Leiter der Caritas der ED Wien. Von 1998-2011 Leiter der Palliativstation im Krankenhaus Ried/OÖ. Lehrbeauftragter an der Medizinischen Universität Wien. Vizepräsident der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG)

HOSPIZ
NIEDERÖSTERREICH
Hospiz- und Palliative Care

SPARKASSE
In jeder Beziehung zählen die Menschen.

INFO Landesverband Hospiz NÖ
2340 Mödling, Parkstraße 4/11
T: 02236/860 131 F: DW 99
E: office@hospiz-noe.at
www.hospiz-noe.at

KOSTEN € 65,-- Tagungsgebühr

Menschen mit Demenz im Krankenhaus:

Neue Wege gehen !

LAZARUS berichtete in Heft Nr. 20-2013 vom 27. Mai (S. 5 - 6) über neue Ansätze zum erfolgreichen und auch wirtschaftlich sinnvollen Umgang mit Demenzbetroffenen im Akutkrankenhaus (Download: www.lazarus.at/nl-archiv): Seit Einführung des neuen Behandlungskonzepts bekommt am St. Franziskus Hospital (Münster. DE) nicht mehr jede/r zweite, sondern **weniger als jeder zehnte(!) Patient** über 65 ein Delir. Außerdem können die PatientInnen im Schnitt vier bis fünf Tage früher(!) nach Hause, das spart viel Geld und Zeit auf allen Seiten. Der personelle Mehraufwand der persönlichen Betreuung durch zusätzlich eingestellte AltenpflegerInnen lohnt sich also auch finanziell – durch deutlich verringerte Komplikationsraten und raschere Genesung !

Quelle: SWR2 impuls, 30.04.2013 (mit Audio-Download mp3) unter:
http://www.swr.de/swr2/wissen/postoperatives-delir/-/id=661224/nid=661224/did=11332724/4dpmxd

Heute berichten wir von weiteren positiven Ansätzen im deutschen Sprachraum:

Menschen mit Demenz im Krankenhaus:

Perspektiven der Pflegenden?

Die Behandlung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus stellt alle Beteiligten vor große Herausforderungen. Auch Pflegende sind besonderen Belastungen ausgesetzt und stoßen nicht selten an ihre Grenzen. Das neu erschienene Themenheft „transferplus“ stellt aktuelles Fachwissen und (inter-) nationale Praxisbeispiele zur Versorgung von demenziell erkrankten Patient/innen im Krankenhaus vor.

Wenn demenziell veränderte Menschen im Krankenhaus behandelt und betreut werden müssen, bedeutet das für sie selbst, aber auch für ihre Angehörigen und für das Pflegepersonal eine besondere Belastung. **Oftmals fehlen nicht nur Zeit und demenzspezifische Kenntnisse**, sondern auch übergreifende Konzepte, um die Pflege dieser

PatientInnen im Stationsalltag angemessen bewältigen zu können. Die neue Ausgabe des Themenheftes transferplus zeigt an Modellprojekten und neuen Forschungsergebnissen zum Thema „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ beispielhaft auf, welche Veränderungsprozesse für Pflegende und ihre Einrichtungen möglich und notwendig sind.

Das Heft beinhaltet Beiträge des Symposiums „Demenz im Krankenhaus: Perspektiven der Pflegenden“, das das Institut g-plus am Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke am 3. Mai 2013 in Witten veranstaltete, unterstützt von der Robert Bosch Stiftung. Auch eine Zusammenfassung des Diskussionsforums „Welt-Café“, die die Diskussionen und den Austausch der Veranstaltungsteilnehmer abbildet, ist enthalten – und zeigt damit praxisnah, welche Ideen und Anregungen für „demenzfreundlichere“ Krankenhäuser sich Pflegende im Klinikalltag wünschen.

Download im LAZARUS PflegeNetzWerk unter:
www.lazarus.at/img_uploads/4674-transferplus_DEMENZIMKH_Juli-2013.pdf

Das Themenheft „Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Perspektiven der Pflegenden“ erscheint im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung geförderten Programms „Internationales Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz“ am g-plus - Zentrum im internationalen Gesundheitswesen, Dept. für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke. Mit dem Programm werden Vertreter aller Berufsgruppen unterstützt, die sich beruflich für eine bessere Versorgung von Menschen mit Demenz einsetzen. Im Rahmen des Programms werden ein- bis mehrwöchige Hospitationen und Fort- und Weiterbildungen sowie kurzzeitige Auslandsaufenthalte für Studierende finanziell, organisatorisch und inhaltlich unterstützt.
Neben der Förderung freier Hospitationsthemen liegt in der aktuellen Programmphase ein Fokus auf den Themenbereichen „Demenz in der Kommune“ und „Demenz im Krankenhaus“. Zu diesen Themen sollen in besonderem Maße Hospitationen initiiert und neue Erkenntnisse nach Deutschland gebracht und umgesetzt werden. Außerdem sollen verstärkt Fachkräfte aus der Altenpflege für eine Teilnahme an dem Förderprogramm gewonnen werden.
Bewerbungen können jeweils bis zum Ende eines Quartals eingereicht werden. Die letzten beiden Bewerbungstermine sind der 30.09.2013 und der 31.12.2013 (Weitere Informationen: www.g-plus.org).

LAZARUS INSTITUT

DGKS Lea Hofer-Wecer (re.), langjährige Leiterin der Österreich-weit ersten Kompetenzstelle für Demenzkranke und deren Angehörige, bietet im Rahmen des LAZARUS - Instituts seit Jahren höchst erfolgreiche Fortbildungstage zum Thema „Alte Menschen im Krankenhaus“ in allen Bundesländern an.

Anfragen per e-Mail an: institut@lazarus.at

Tagung:

Fachkarriere in der Pflege

Termin: 19. September 2013 von 10:00 Uhr bis 15:00 Uhr
Veranstalter:
Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, Gesundheit Österreich GmbH - GÖG
Ort: AK Bildungszentrum, Theresianumgasse 16-18, 1040 Wien

Eintritt frei

Sind die Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege noch zeitgemäß? Können sie mit den geänderten Bedürfnissen einer alternden Gesellschaft noch mithalten? Warum scheiden 50 % der SchülerInnen zwischen positiv absolvierten Bewerbungsverfahren bis zum Ende des ersten Ausbildungsjahres wieder aus? Was hat die wahlweise Überführung der Ausbildung des gehobenen Dienstes in den Hochschulbereich seit dem Jahr 2008 gebracht?

Programm-Download unter:
http://media.arbeiterkammer.at/wien/PDF/VA_Einaldungen/Einladung19092013_Internet.pdf

Online-Anmeldung unter:
http://wien.arbeiterkammer.at/service/veranstaltungen/Fachkarriere_in_der_Pflege.html

1998–2013 15 LAZARUS PflegeNetzWerk 15 JAHRE ONLINE

Kostenfreie Anzeige unterstützt vom LAZARUS PflegeNetzWerk
www.lazarus.at

Self Service: Im Online-Veranstaltungskalender können Sie Ihre Kongresstermine selbst eintragen !

PFLEGE DAHEIM

Positionspapier des Weltbundes der Krankenpflege:

ICN fordert sichere Personalbemessung

Personalbemessung in der Pflege ist ein Thema, das politisch wenig Aufmerksamkeit genießt. Für Deutschlands Spitäler beispielsweise wurde ab 1996 die Pflege-Personalverordnung ersatzlos gestrichen! Ohne gesetzliche Vorgaben wurden daraufhin zehntausende Stellen im Pflegebereich abgebaut - mit gravierenden Folgen. Die chronische Unterfinanzierung führte zu einer erheblichen Diskrepanz zwischen Pflegebedarf und zur Verfügung stehenden Personalressourcen. Der ohnehin drohende Fachkräftemangel habe sich auf diese Weise zusätzlich verschärft, Arbeit in der Pflege mache zunehmend krank. Das teilte der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) in der Vorwoche in Berlin mit.

Dies habe ICN zum Anlass genommen, in einem Positionspapier eine „Reihe unverzichtbarer Grundprinzipien" für angemessene Personalbesetzungen aufzustellen. Eine solche beinhalte etwa auch ein leistbares Arbeitsvolumen, eine kommunikative und unterstützende Arbeitsplatzkultur, eine gute Anleitung und angemessene Schulung, ein geeignetes Niveau sowie Mix von Qualifikationen. Im Papier wird zudem davor gewarnt, dass beschränkte Ressourcen sich direkt auf **Patientensicherheit und Versorgungsqualität** auswirken können. Zudem empfiehlt ICN, bei der Personalbemessung die Mitarbeiter/innen einzubinden.

Das Positionspapier in deutscher Übersetzung (Johanna Knüppel, DBfK) auf den Folgeseiten oder zum Download unter:
http://www.dbfk.de/download/download/ICHRN_Sichere-Personalbemessung_-deutsch_2013-08-06.pdf

Kommentar

… und noch ein Positionspapier. Diese und „Offene Briefe" zum Thema Pflege haben derzeit Hochsaison. Und weiter..? Gibt es konkrete Schritte, etwa weltweite Aufrufe zu Kampfmaßnahmen der Pflegenden? Solche würden die Welt in NUR 48 STUNDEN massiv zum Wohle der anvertrauten Patient/innen verändern, die PolitikerInnen aller Parteifarben das Fürchten lehren und ihnen vor Augen führen WAS WIRKLICH WICHTIG IST.

Sonst bleiben Papiere und Briefe bloß eine politische „Gähn"-Nummer…

Erich M. Hofer

ICHRN Policy Statement

Sichere Personalbemessung: Grundsätze

Professionelle Pflege ist wesentliches Element einer sicheren und effektiven Gesundheitsversorgung. Sichere Personalbemessung bedeutet, dass jederzeit während des Versorgungsverlaufs eine angemessene Anzahl Pflegefachpersonen und andere Mitarbeiter zur Verfügung stehen. Diese müssen einen geeigneten Mix an Qualifikationen, Fähigkeiten und Erfahrungen mitbringen um sicherzustellen, dass der Pflegeleistungsbedarf der Patienten erbracht und gefahrlose Arbeitsbedingungen gewährleistet werden können. Sichere Personalbemessungsniveaus sind unmittelbar verknüpft mit...

- ***besseren Patienten-Outcomes und Patientenzufriedenheit;***
- ***besserer Anleitung und Betreuung für Pflegefachpersonen, unterstützende Helfer und das gesamte therapeutische Team;***
- ***gesteigerte Mitarbeiterbindung und –gewinnung sowie Nachhaltigkeit der Belegschaft;***
- ***höhere Kosteneffizienz im Gesundheitssystem.***

International betrachtet ist es wichtig zu verstehen, dass Gesundheitsversorgung auf ganz verschiedenen Wegen erfolgt. Weltweit arbeiten Pflegefachpersonen Seite an Seite mit unterschiedlichsten Arten von Gesundheitsdienstleistern und innerhalb diverser Modelle der Personalbemessung und Leistungserbringung. Wenn auch das Umfeld der Versorgung variiert, die Notwendigkeit einer sicheren Personalbemessung bleibt.

Weil es zur Sicherstellung guter Qualität und Nachhaltigkeit in der Pflege unerlässlich ist, sichere Personalbemessung zu gewährleisten, bekräftigt ICN die folgenden Schlüsselprinzipien, die sichere Personalbemessungsniveaus unterstützen:

- Sichere Pflege muss bei Personalbemessungs-Entscheidungen im Gesundheitswesen hohe Priorität behalten.
- Sichere Personalbemessung impliziert das Erbringen von Pflegeleistung, ohne dass Patienten/Klienten oder Pflegepersonal gefährdet werden.
- Sichere Personalbemessungs-Level müssen die Fähigkeiten, Erfahrungen und das Wissen abbilden, die notwendig sind, um dem Patientenbedarf zu entsprechen; sie müssen gleichzeitig die Schweregrade von Erkrankungen berücksichtigen.
- Sichere Personalbemessung beinhaltet eine Reihe von Faktoren wie beispielsweise ausreichend verfügbares Personal, geeignetes Niveau und Mix von Qualifikationen, leistbares Arbeitsvolumen für sowohl Teams wie auch jeden einzelnen Mitarbeiter, kommunikative und unterstützende Arbeitsplatzkultur mit hoher Priorität auf Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz, gute Anleitung, angemessene Schulung, gute

International Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva
Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41 (22) 908 0101
E-Mail: icn@icn.ch
Website: www.icn.ch

Arbeitsplatzgestaltung sowie das Vorhalten geeigneter Arbeitsmittel und -räume.

- Bestrebungen, sichere Personalbesetzungslevels zu erreichen, sollten gesteuert und begründet sein durch aktuelle Evidenz bezüglich der Verknüpfung von Personalbemessung, Patienten-Outcomes, Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung. In Betracht zu ziehen sind darüber hinaus Daten zu
  - Patienten-Outcomes
  - Komplikationsraten
  - Patientenzufriedenheit
  - Effektiver Anleitung und Beratung
  - Gewinnung, Bindung und Nachhaltigkeit des Personals
  - Auswirkungen des Einsatzes von Aushilfspersonal.
- Beschränkte Budgets und Ressourcen können sich direkt auswirken auf Sicherheit und Qualität der Patientenversorgung. Die Folgen einer Änderung der Personalkosten dürfen nicht isoliert von anderen kurz- und langfristigen Ergebnissen eingeschätzt werden.
- Sowohl die Beurteilung, ob vorhandene Personalbemessung als sicher gelten kann, als auch das Entwickeln von Strategien und Mechanismen zu ihrer Sicherstellung sollten mit uneingeschränkter Beteiligung der Mitarbeiter und ihrer Vertretungen durchgeführt werden.
- Pflegefachpersonen müssen die Kompetenz erhalten, weitere Aufnahmen zu stoppen, wenn Situationen mit ungenügender Personaldecke entstehen.
- Änderungen der Personalbemessung sollten nur dann vorgenommen werden, wenn sie gleiche oder bessere Patienten-Outcomes, Kosteneffizienz und eine höhere Produktivität versprechen.
- Alle Veränderungen der Personalbemessung müssen begleitet werden durch eine Verlaufsbeobachtung und eine Evaluation, die Auswirkungen und aufgetretene Effekte erfasst. Obwohl vor allem die Auswirkungen bei Patienten-Outcomes unverzichtbar sind, müssen ebenso die Folgen für die Belegschaft und die Arbeitsplätze in den Blick genommen werden.
- Die Festsetzung sicherer Personalbemessungs-Niveaus muss selbstverständlich auch die erforderlichen Zeitressourcen für Aufgaben neben der direkten Patientenversorgung berücksichtigen (u.a. Management und Beratung, andere administrative Tätigkeiten, Transportdienste, Reinigungsarbeiten usw.).
- Sicherheit in der Personalbemessung hängt davon ab, was und wie gut sich unterschiedlich qualifizierte Mitarbeiter einbringen. Aus diesem Grund müssen die individuellen Rollen und Verantwortlichkeiten aller Mitarbeiter und Berufsgruppen ebenso beachtet werden wie die Art und Weise, wie sie zusammenarbeiten.
- Die gewählten Strategien und Mechanismen für eine sichere Personalbemessung sollten kontext-spezifisch sein. Sie müssen lokale Bedarfe und Gegebenheiten ebenso berücksichtigen wie die Anforderungen der Bevölkerung an eine Gesundheitsversorgung, aber auch Faktoren wie die derzeitige Struktur der Leistungserbringung, verfügbare Ressourcen, Ausbildungsplätze und Versorgungskapazitäten.
- Direkte Lohnkosten sind als Maß für finanzielle Auswirkungen von Personalbemessungsentscheidungen ungeeignet. Die finanziellen Folgen einer Änderung bei klinischen Outcomes (z.B. Mortalität, lange Verweildauern, hohe Wiederaufnahmequoten), Personalkosten (u.a. Kosten für Personalbeschaffung, Fluktuation, Krankheitsausfall, Aushilfspersonal) und Produktivität sollten ebenso bilanziert werden bei jeder Kosten-Nutzen-Analyse.

- Sichere Personalbemessung muss darüber hinaus vor Ort anzuwendende Gesetzgebung und Regulierung, Standards, Leitlinien und Instrumente einbeziehen.

Etliche publizierte Studien haben die positive Korrelation zwischen einem höheren Level pflegerischer Versorgung mit besseren Patienten-Outcomes nachgewiesen. Pflegefachpersonen in ihren Funktionen als Manager und Führungskräfte haben eine wichtige Rolle bei allen Überlegungen hin zu sicherer Personalausstattung. Dies betrifft auch ihren Beitrag zu Arbeitsplatz-Diskussionen hinsichtlich betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz, Qualitätssteigerung und Organisationsmanagement, aber auch durch eine starke Interessenvertretung und Fürsprache innerhalb des Unternehmens wie auch der Gesellschaft.

Mehr Informationen darüber, was Pflegefachpersonen tun können, um sichere Personalbemessung zu fördern, findet sich im Handbuch zum Internationalen Tag der Pflegenden 2006:Sichere Personalausstattung sichert Leben. (http://www.dbfk.de/download/download/IND-2006-KIT-deutsch-2006-03-15.pdf) .

ICN bedankt sich bei den Mitgliedern des ICN International Workforce Forum für ihre wertvolle Beratung und Unterstützung in der Erstellung dieses Positionspapiers.

ICHRN (International Centre for Human Resources in Nursing); 2013

Übersetzt von Johanna Knüppel, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V., Berlin.

Konzept des Kuratoriums Deutsche Altershilfe:

Lebensqualität für Ältere in Kommunen erhöhen

Das KDA hat einen Ansatz entwickelt, mit dem Städte und Gemeinden ihre Wohngebiete so gestalten können, dass Menschen im Alter und bei Pflegebedarf in ihrer Umgebung wohnen bleiben können.

Peter Michell-Auli, Ursula Kremer-Preiß: Quartiersentwicklung – KDA-Ansatz und kommunale Praxis Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2013. ISBN 978-3-940054-37-1

Fast alle Menschen wünschen sich, selbstbestimmt und in Würde zu altern und dabei im gewohnten Umfeld zu bleiben. Doch häufig fällt dies schwer, wenn sie pflegebedürftig werden. Das KDA hat nun einen Ansatz entwickelt, der Kommunen dabei unterstützt, Wohnviertel für eine älter werdende Bevölkerung zu gestalten. Das Gesamtkonzept stärkt die Zusammenarbeit aller Akteure in einem Sozialraum, die Unterstützung für ältere Menschen anbieten.

Beim Ansatz des KDA geht es nicht darum, einzelne Leistungen und Angebote zu optimieren. Stattdessen sollen die Lebensräume in ihrer Gesamtheit an die Bedürfnisse der älteren Menschen angepasst werden. „Für eine erfolgreiche Umsetzung derartiger Konzepte müssen **alte und junge** Menschen beteiligt werden“, fordert Ursula Kremer-Preiß, Sozialwissenschaftlerin und Leiterin des KDA-Bereichs Wohnen und Quartiersgestaltung. Menschen aller Altersgruppen sollten sowohl in die Bedarfsermittlung als auch in die Gestaltungsprozesse einbezogen werden.
Das Zielsystem und das Managementkonzept des KDA werden nun in einer Publikation umfassend und handlungsorientiert dargestellt und anhand von zahlreichen **Praxisbeispielen** erläutert.

Bestellmöglichkeit unter:
www.kda.de

Die Pflege ist ihren Namen nicht Wert ?
Wohin steuert unsere Gesellschaft eigentlich,
wenn die Pflege selbst zum "Pflegefall" wird ..???

http://www.youtube.com/watch?v=cNV_vrBtW1E&feature=player_embedded#at=18

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.**

LAZARUS PflegeNetzWerk

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!

Tages-aktuell informiert ?

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

Auf ein Wiederlesen freut sich

Erich M. Hofer
Gründer & NetzWerk-Moderator

Die nächste Online-Wochenausgabe erscheint am 19. August 2013.

Jede/r Interessent/in kann sich selbst im PflegeNetzWerk www.LAZARUS.at KOSTENLOS in der 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 wöchentlich, wird an Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens, an einschlägige Bildungseinrichtungen, Bundes- und Länderbehörden, Medien sowie Einzelpersonen im In- und Ausland per e-Mail 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® , LAZARUS Pflege-TV© und AustroCare®

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

Anhang: Stellenmarkt