



25 Jahre Pflegewissenschaft Impulsgeber Rudolfinerhaus

21. September 2017

Inhalt

Vorwort	
Georg Semler	5
Grußbotschaft	
Pamela Rendi-Wagner	7
Geleitwort	
Rebecca Spirig.....	9
Elisabeth Seidl im Interview	
Brigitte Sauer.....	11

Pflegewissenschaft gestern

„Eine Stätte, in welcher Ideale gesucht und verwirklicht werden“	
Ilsemarie Walter	16
Professionalisierung und Pflegewissenschaft. Zur Eigenständigkeit der Pflegeprofession.	
Barbara Dätwyler.....	22

Pflegewissenschaft heute

Etablierung der Pflegewissenschaften in Tirol - eine Rudolfinerin erinnert sich	
Christa Them.....	26
Akademisierung der Pflege - wozu?	
Elisabeth Sittner.....	29
Die Bedeutung für die Praxis: Die Sprache der PatientInnen	
Ruth Deutsch-Hohberg.....	34
Gesundheitszentren - ein Aufgabengebiet für die Pflege	
Monika Wild	37

Pflegewissenschaft morgen

Die Rolle der Pflegeforschung am Rudolfinerhaus	
Andrea Smoliner.....	40
Der mangelnde Wissenstransfer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse kritisch betrachtet	
Berta Schrems.....	42
Ein Blick in die Zukunft	
Wilfried Schnepf.....	44



Vorwort

Georg Semler

Das Rudolfinerhaus und damit auch die Pflegeausbildung am Rudolfinerhaus blicken heute auf eine über 140-jährige Tradition zurück. Die Pflegewissenschaft ist im Vergleich dazu noch sehr jung.

Ein Blick zurück in die Entstehungsgeschichte ist unumgänglich, denn nur mit dem Verständnis des Gründungsgedankens und der Anfänge des Rudolfinerhauses ist es auch möglich, diese, im Vergleich mit anderen Einrichtungen einzigartige Bedeutung der Pflege und daraus folgend der Pflegewissenschaft wie sie heute im Rudolfinerhaus verankert ist, zu verstehen.

Gegründet wurde der Rudolfiner-Verein 1875 zum Zweck „zur Erbauung und Unterhaltung eines Pavillon-Krankenhauses behufs Heranbildung von Pflegerinnen für Kranke und Verwundete“ von Gustav Jurié. Kronprinz Rudolf wurde Protektor des Vereins und Hans Wilczek Präsident.

Unter der Leitung von Theodor Billroth wurden 1882 das Rudolfinerhaus und die erste Pflegeschule Österreichs errichtet.

Billroth erkannte schon damals, wie wichtig es war, einer sich rasch entwickelnden Medizin eine entsprechend ausgebildete Pflege gegenüber zu stellen und den damals äußerst unzureichenden Stand der Krankenpflege zu reformieren.

Robert Gersuny, als Schüler und Nachfolger Billroths, trug maßgeblich zur Entwicklung der „Musteranstalt“ bei und dem praktizierten modellhaften Charakter der Pflegeausbildung.

Dem Gründungsgedanken folgend, konnte das Rudolfinerhaus in seiner langen Geschichte maßgeblich zum heutigen Bild der Pflege in Österreich beitragen und durch engagierte Persönlichkeiten aus oder im Haus immer wieder neue Impulse setzen.

Anfang 1992 gelang Frau Univ. Prof. Dr. Elisabeth Seidl ein wesentlicher Schritt in der Professionalisierung und Akademisierung der Pflege. Mit finanzieller Unterstützung des Rudolfiner-Vereins als Mitglied des Kuratoriums wurde 1992 das Forschungsinstitut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung an der Universität Linz mit einer Abteilung Pflegeforschung in Wien errichtet. Im Rahmen

der Abteilung entstanden zahlreiche Forschungsarbeiten zu pflege-relevanten Themen. Die Akademisierung der Pflege ist heute mit dem Namen Elisabeth Seidl untrennbar verbunden. Durch ihren zielgerichteten Einsatz gelang es, 2004 den Lehrstuhl für Pflegewissenschaft an der Universität Wien einzurichten.

Die Umsetzung dessen wird seit mehr als 10 Jahren im Rudolfinerhaus als evidence basierte Pflege praktiziert. Der Patient und seine Bedürfnisse stehen im Mittelpunkt – die Begleitung, Beratung und Information des Patienten erfolgt wissenschaftlich gestützt. Die pflegerische Grundausbildung wird nach wie vor durch den Campus Rudolfinerhaus, mit einzigartigem Modellcharakter, als FH-Studiengang geführt. Dabei wird Kompetenzerweiterung und -vertiefung in enger Verzahnung mit den Pflegespezialistinnen und den in der Praxis des Rudolfinerhaus tätigen Expertinnen gelebt.

Innovative Ansätze wie die Academic Practise Partnership – eine Kooperation mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien – werden seit 2015 zur Implementierung und wissenschaftlichen Evaluierung des in Österreich einzigartigen PatientenInformationsZentrum finanziell vom Rudolfiner-Verein – Rotes Kreuz unterstützt und stehen ganz im Zeichen der Patientenorientierung.

Als Vorstandsvorsitzender des Rudolfiner-Verein – Rotes Kreuz möchte ich an dieser Stelle Frau Univ.Prof. Dr. Elisabeth Seidl für ihren Weitblick, ihre Entschlossenheit die Dinge anzupacken und ihr Durchhaltevermögen in der Verfolgung ihrer Visionen danken.

Ohne Elisabeth Seidl würde die akademisierte Pflegeforschung heute nicht den Stellenwert im Österreichischen Gesundheitswesen haben, den sie sich erkämpft hat!

Dr. Georg Semler
Vorsitzender des Vorstandes
Rudolfiner-Verein - Rotes Kreuz



Sehr geehrte Damen und Herren,

Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sind täglich im Einsatz für die Gesundheit der Menschen und genießen zu recht höchstes Vertrauen bei den PatientInnen. Mir ist es ein großes Anliegen, dass diese Berufsgruppen optimale Bedingungen bei der Ausbildung und Arbeit haben und auch für die Herausforderungen der Zukunft gewappnet sind.

Univ. Prof.in Dr.in Seidl hat in diesem Bereich Großartiges geleistet und auch unzählige KollegInnen dazu motiviert, die Entwicklung der professionellen und wissenschaftlich fundierten Pflege voranzutreiben. Mittlerweile hat die Gesundheits- und Krankenpflege Institute an vier Universitäten und die entsprechenden Studienprogramme für Pflegewissenschaft etabliert. Aber auch im Hinblick auf die tertiäre Grundausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege hat Prof.in Dr.in Seidl Pionierarbeit geleistet. Es freut mich daher umso mehr, dass es mit der GuKG-Novelle 2016 gelungen ist, die Grundausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege zukünftig ausschließlich in Hochschulen anzusiedeln.

Mit herzlicher Gratulation zum Jubiläum und besten Wünschen für die Zukunft

Ihre
Dr.ⁱⁿ Pamela Rendi-Wagner, MSc
Bundesministerin für Gesundheit und Frauen



Geleitwort

Rebecca Spirig

Das Herzstück der Pflege ist die Patientenorientierung. Hochwertige Pflege zeigt sich darin, dass eine Patientin mir vor Kurzem sagte: «Ich fühle mich als Mensch wahrgenommen – mit meinen persönlichen Bedürfnissen, Werten und Interessen. Ich erlebe Respekt und erhalte eine kompetente, wirksame Pflege – dadurch geht es mir spürbar besser». Die Bedürfnisse, Präferenzen und Wünsche der PatientInnen zu kennen, ist der Schlüssel zu hochwertiger Pflege. Je besser wir wissen, was einem Menschen persönlich wichtig ist, desto mehr können wir in der Pflege auf seine Anliegen eingehen.

Das vertiefte Verstehen der Patientenbedürfnisse, spezialisiertes Wissen über bestimmte Patientengruppen, reiche klinische Erfahrung und erweiterte Fähigkeiten zählen zu den wichtigsten Kennzeichen von «Advanced Nursing Practice». Der Beitrag der «Advanced Practice Nurses» (APNs) zur Patientenorientierung ist groß. Wie Studien belegen, schätzen PatientInnen an APNs vor allem das besonders gute Verständnis ihrer Anliegen. Sie berichten, dass die Gespräche mit APNs wertvoll sind und sie von ihnen Informationen erhalten, die auf ihre persönliche Lebenssituation abgestimmt sind.

Weltweit ist belegt, dass die Patientenzufriedenheit steigt, wenn APNs zum Einsatz kommen.

Unzählige Studien weisen auf signifikant verbesserte Patientenergebnisse hin, wenn Interventionen unter der Leitung einer APN erfolgen. Wichtig ist auch, dass APNs interprofessionelle Brücken bauen und die Forschung kontinuierlich einbeziehen. Dadurch ist sichergestellt, dass PatientInnen eine Pflege auf dem aktuell besten Wissensstand erhalten. Professionell legen wir große Hoffnungen auf unsere Advanced Practice Nurses – auch, was die Herausforderungen der Zukunft betrifft.

Die Anforderungen an die Pflege werden in Zukunft weiter steigen. Patientensituationen werden zunehmend komplexer und anspruchsvoller. Um dieser Entwicklung gerecht zu werden, braucht es vertieftes pflegerisches Fachwissen, das APNs einbringen können. Von ihrer patientenorientierten Expertise kann das gesamte Behandlungsteam einen Nutzen haben. Denn APNs sind ideal vorbereitet für die Arbeit im multiprofessionellen Kontext. Dort können sie die Patienteninteressen einbringen und mit ihrem

Wissen zu FürsprecherInnen werden. Da sie die PatientInnen am besten kennen, können sie die Pflegeteams wirksam unterstützen. So ist der Einsatz von APNs für alle ein Gewinn – für PatientInnen, Pflegende sowie ÄrztInnen.

Diese Patientenorientierung, exzellente Pflegepraxis und zukunftsweisende Pflegewissenschaft haben im Rudolfinerhaus Tradition. Das renommierte Spital steht für hohe

Qualität in der Pflege sowie in der Aus- und Weiterbildung. Führende Persönlichkeiten wie Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Seidl waren Pflegedirektorinnen und haben das Rudolfinerhaus geprägt. Es ist eine beispielhafte Institution und erhält im In- und Ausland Beachtung.

Diese Festschrift ist ein eindrucksvoller Beweis dieser großartigen, bewundernswerten und lebendigen Tradition.

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Rebecca Spirig
Direktorin Pflege und MTTB
Universitätsspital Zürich

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Rebecca Spirig

Direktorin Pflege und MTTB
Universitätsspital Zürich

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Rebecca Spirig ist Direktorin Pflege und MTTB sowie Mitglied der Spitaldirektion am Universitätsspital Zürich. Ebenso ist sie Titularprofessorin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel. Nach der Ausbildung zur Pflegefachperson hat Rebecca Spirig sich u.a. zur Clinical Nurse Specialist weitergebildet.

Rebecca Spirig hat 2010 die IG SwissANP mitbegründet und einige Jahre präsiert; sie ist Verwaltungsratsmitglied des CAREUM Bildungszentrums, Präsidentin der Schweizerischen MS-Gesellschaft sowie Vorstandsmitglied der Schweizerischen Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und -leiter (Swiss Nurse Leaders/SVPL). Seit Mai 2016 ist Rebecca Spirig als erste Vertreterin der Pflege auch im Vorstand der IQM – Initiative Qualitätsmedizin. Sie ist verantwortlich für verschiedene Forschungsprojekte wie z.B. die DRG-Begleitforschung Pflege.





Elisabeth Seidl im Interview

Das Gespräch führte die frühere Ressortleiterin Innenpolitik der APA, Brigitte Sauer

Geleitet von der Überzeugung, dass das Beste für die Kranken eine hervorragende Ausbildung des Pflegepersonals ist, hat die gelernte Krankenschwester und heutige Präsidentin des Rudolfiner-Verein – Rotes Kreuz nach jahrelangen Bemühungen die Zulassung des Studiums der Pflegewissenschaft an der Universität Wien erreicht. Sie ist überzeugt, dass das derzeitige Gesundheitssystem dringend auf kleine Einheiten umgestellt werden muss. Dadurch wäre der Bedarf an teuren Spitälern und Pflegeeinrichtungen deutlich geringer und es wäre sogar eine flächendeckende vom Staat finanzierte Pflege möglich.

F(rage): Sie sind in Traunkirchen am Traunsee aufgewachsen. Warum haben Sie sich für die Krankenpflegeausbildung im Wiener Rudolfinerhaus entschieden?

Seidl: Nach der Matura bin ich 1958 in die Krankenpflegeschule im Wiener Rudolfinerhaus gegangen, weil sie schon damals österreichweit als die beste galt. Nach Abschluss der Ausbildung 1961 blieb ich und wurde nach kurzer Zeit Lehrschwester.

Eine einschneidende Erfah-

rung war für mich die einjährige Weiterbildung in Pflegepädagogik und Pflegemanagement 1968/69 in der Schweiz. Dort habe ich erstmals erlebt, mit welchem Selbstbewusstsein Pflegepersonen auftreten können und welche Möglichkeiten eine gute Organisation bietet, bei gleichzeitig hoher Patientenorientierung. Nach meiner Rückkehr habe ich versucht, diese Erkenntnisse im Rudolfinerhaus umzusetzen. Die ganze Institution war jedoch in einer schweren Krise, so dass hochqualifizierte Ausbildung dort nicht angebo-

ten werden konnte. Zudem gab es für Schülerinnen und Schwestern überlange Arbeitszeiten. 1972 bin ich deshalb als Krankenschwester auf die onkologische Station im Hanuschkrankenhaus gegangen. Dort habe ich gelernt zu verstehen, wie Sterbende auf ihrem Weg begleitet werden wollen.

F: Was hat Sie zur Rückkehr ins Rudolfinerhaus bewogen?

Seidl: 1975 hat mich das Rudolfinerhaus als Direktorin des Pflegedienstes und der Krankenpflegeschule zurück-

geholt. Bis zu meiner Pensionierung 1999 habe ich mich für hohe pflegepädagogische Standards eingesetzt.

F: Wie konnte dieser anerkannt hohe Pflegestandard erreicht werden?

Seidl: Dazu bedurfte es neben einer exzellenten Grundausbildung einer laufenden Überprüfung der Arbeitsabläufe, einer ständigen Weiterbildung und einer Anpassung an die aktuellen Forschungsergebnisse. Die von uns seit Jahren geforderte gesetzliche Verankerung des Berufsbildes der autonomen Krankenschwester mit eigenem Aufgabenbereich war 1997 ein großer Fortschritt, um den man uns in Deutschland und der Schweiz beneidet hat.

F: Warum haben Sie studiert?

Seidl: Zum einen natürlich, weil ich einen hohen Bildungsgrad im Pflegebereich für enorm wichtig halte, zum andern aber auch, weil ich die höhere Bildung für mein

Anliegen wichtig fand. Ich habe von 1973 – 1978 Psychologie und Soziologie studiert. Für meine Dissertation über „Angst oder Information im Krankenhaus“ habe ich Kranke, Schwestern und Ärzte in fünf öffentlichen Wiener Spitälern zum Thema Patientenrechte befragt.

Habilitiert habe ich mich dann 1995. In meiner Arbeit ging es um Soziologie in der Pflege. Bei meiner österreichweiten Befragung von über 1.000 Pflegenden zeigte sich deutlich eine mehrheitlich eher autoritätshörige traditionsorientierte Haltung der Pflegepersonen.

F: Wann sind Sie das erste Mal mit Pflegewissenschaft in Kontakt gekommen?

Seidl: Das war 1980. Ich wurde als Referentin über meine Dissertation zum 1. Treffen der Europäischen Pflegeforschung nach Athen eingeladen. Besonders beeindruckend war ein großer internationaler Kongress für Pflegeforscherinnen 1982 in Uppsala; bekannte Persön-

lichkeiten aus den USA und Kanada waren eingeladen. Mir und den Begleiterinnen aus dem Rudolfinerhaus wurde damals klar, dass die Entwicklung der Pflegewissenschaft und -forschung seit Jahrzehnten in vielen Ländern schon weit gediehen war. Zu diesem Zeitpunkt ist mir auch die Macht der Pflegewissenschaft als Basis für eine optimale Betreuung der Kranken bewusst geworden.

F: Sie beschreiben das Jahr 1982, in dem der erste Kongress für Europäische Pflegeforscherinnen stattgefunden hat, als einen Wendepunkt in Ihrem Denken und beruflichen Handeln. Was hat sich für das Rudolfinerhaus nach diesem Datum verändert?

Seidl: Vieles hat sich geändert. Wegen des hohen Ausbildungslevels in der Krankenpflegeschule – die meisten Schülerinnen waren damals schon Maturantinnen – war bei den Pflegenden ein reflektiertes Handeln, das die Kranken im Mittelpunkt sieht, schon sehr ausgeprägt. Auch das Belegarztsystem und damit die unterschiedlichen Behandlungsmethoden der Ärzte förderten das dauernde Überlegen. Dazu gab es laufend medizintechnische Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. Die Ärzte hatten auch großes Vertrauen in die Schwestern und viele überließen ihnen manche Entscheidungen bezüglich der pflegerischen Tätigkeiten. Das war auch berechtigt, denn die neuen Ansätze in der Pflege basier-



Foto: Forschungsinstitut MMag.^a Dr.ⁱⁿ Ilse Marie Walter mit Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Seidl (v.l.n.r.), 1993

ten auf Wissen und Kenntnissen über die Kranken und waren nicht mehr Routine-tätigkeiten wie in der „funktionellen Pflege“ in der Zeit davor. Wichtig war uns, immer neue Fragen zu stellen, vor allem: „Was wissen die Kranken?“, „Was müssen sie wissen?“ – z.B. vor der Entlassung. So wurden bald die ersten Formen des Entlassungsmanagements entwickelt, das heute hohe Bedeutung hat und später auch im Gesetz verankert wurde.

Es war das Denken mit und für den Kranken, das einen Wandel in der Pflegetätigkeit und im Berufsbild ausgelöst hat, weg vom unterwürfigen Gehorchen, hin zur reflektierten, begründbaren Pflegetätigkeit. Ich konnte diese neue Haltung in einer österreichweiten Studie dann auch empirisch erfassen und publizierte sie 1990 unter dem Titel „Pflege im Wandel“.

F: Seit wann haben Sie für ein eigenes Studium der Pflegewissenschaft gekämpft?

Seidl: Mein Einsatz für ein eigenes Studium hat in den 1980er Jahren mit einem Meinungsbildungsprozess in den eigenen Reihen begonnen. Bereits 1988 haben sich die Pflegenden für eine eigene Studienrichtung ausgesprochen. Wir sind wiederholt dafür auf die Straße gegangen, und ich habe in den 15 Jahren bis zur Umsetzung mehrfach bei den zuständigen Ressortchefs um Unterstützung gebeten. Es blieb aber immer bei schö-



Foto: Univ.Prof. Dipl.Vw. Dr. Josef Dézsy, Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Seidl, Dr. Osama Hamid (v.l.n.r.), 1993

nen Worten. Auch unser Berufsverband hatte sich nicht in dem von mir erhofften Ausmaß engagiert.

F: Was waren die nächsten Schritte?

Seidl: 1992 stimmte die Universität Linz der Gründung eines „Instituts für Pflege und Gesundheitssystemforschung an der Johannes Kepler Universität Linz“ zu.

1998/99 konnte ich dann an der Universität Wien als Dozentin mit ausländischen Referentinnen eine Ringvorlesung über Pflegewissenschaft vor 170 Studierenden durchführen. Seit Herbst 1999 gibt es das Studium der Pflegewissenschaft. 2004 wurden der Lehrstuhl und das Institut für Pflegewissenschaft eingerichtet. Bis zu meiner Pensionierung als Universitätsprofessorin 2007 hat sich die Zahl der Studierenden von 40 auf 1.200 gesteigert. Davon haben 50 Prozent ihr Studium abgeschlossen – ein höherer Prozentsatz als in den meisten anderen Studienrichtungen.

F: Seit wann sind Sie wieder für das Rudolfinerhaus tätig?

Seidl: Ich wurde 2012 in den Verwaltungsrat, zuständig für den Fachbereich Pflege, bestellt. Im Juni 2015 wurde ich einstimmig als erste Frau in der 140-jährigen Geschichte des Hauses zur Präsidentin des „Rudolfiner-Verein – Rotes Kreuz“ gewählt. Es galt, den längst fälligen Modernisierungsschub im Rudolfinerhaus auf den Weg zu bringen. Nach dem Bau einer Garage wurden die Weichen für die Generalisierung des Zentralgebäudes und den Neubau des Campus gestellt. In Kooperation mit der Fachhochschule Wiener Neustadt kann man den Bachelor in Gesundheits- und Krankenpflege am Campus Rudolfinerhaus machen, darüber hinaus ist ein Masterprogramm in Ausarbeitung.

F: Gibt es etwas, wofür Sie auf Ihrem Weg zur Dozentin der Pflegewissenschaft in Österreich dem Rudolfinerhaus danken möchten?

„Unser Gesundheitssystem ist nicht mehr zeitgemäß. Von einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung kann leider keine Rede mehr sein. Mangels adäquater regionaler Versorgungseinrichtungen bleibt den Menschen oft gar nichts anderes übrig, als in die überfüllten Ambulanzen der Spitäler zu gehen oder sich ins Krankenhaus zu legen“.

Seidl: Durchaus! Im Lauf der Jahrzehnte, die ich dem Rudolfinerhaus angehörte, hat sich das Verhältnis zwischen dem Spital und mir zu einer Symbiose im Interesse der bestmöglichen Pflege für die Kranken entwickelt. Nur dank der Offenheit für Neues seitens der langjährigen Leitung des Rudolfinerhauses und des Rudolfiner-Vereins konnte ich gemeinsam mit dem überaus engagierten Pflegepersonal die hohen Pflegestandards in die Praxis umsetzen und dazu beitragen, dass der exzellente Ruf der Pflegeausbildung im Rudolfinerhaus bis in die Gegenwart erhalten blieb. Dieser erfolgreiche Weg wird mit dem Neubau des Campus fortgesetzt.

Darüber hinaus – und dafür bin ich besonders dankbar – hat die Führung des Rudolfiner-Vereins bereits Anfang der 1990er Jahre die Bedeutung der Weiterentwicklung der Bildung erkannt und es mir ermöglicht, die Institutsabteilung Pflegeforschung

am Rudolfinerhaus anzusiedeln. Diese räumliche und finanzielle Unterstützung für wissenschaftliches Arbeiten im Bereich der Pflege war Voraussetzung und Sprungbrett für die Einrichtung des Studiums der Pflegewissenschaft an der Universität Wien.

F: Parallel zu Ihrem Einsatz für die Verbesserung der Pflegeausbildung haben Sie wiederholt Änderungen in unserem Gesundheitssystem gefordert. Worin besteht das Hauptproblem?

Seidl: Seit den 80er Jahren fordere ich ein Umdenken in der Gesundheitspolitik, weil unser System nicht mehr zeitgemäß ist. Von einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung kann leider keine Rede mehr sein. Mangels adäquater regionaler Versorgungseinrichtungen bleibt den Menschen oft gar nichts anderes übrig, als in die überfüllten Ambulanzen der Spi-

täler zu gehen oder sich ins Krankenhaus zu legen. Der zunehmende Ärztemangel, vor allem in ländlichen Gebieten, macht einen grundlegenden Wandel hin zu kleineren Einheiten noch dringlicher.

F: Wie sollen diese neuen Einheiten aussehen?

Seidl: Notwendig wäre ein Netz an regionalen Versorgungseinrichtungen, in denen verschiedene Gesundheitsberufe miteinander arbeiten, um maßgeschneidert auf die Bedürfnisse der Bevölkerung eingehen zu können. Diese kleinen Zentren sollten auch mit Untersuchungsräumen ausgestattet sein und kleine chirurgische Eingriffe vornehmen können. Für die Betreuung chronisch Kranker und die Unterstützung ihrer Angehörigen sind ausreichend mobile Einheiten erforderlich. Jede Gemeinde sollte über ein Zentrum verfügen, das auch eine Tag-Nacht-Rufbereitschaft organisiert.

F: Klingt das nicht eher wie Zukunftsmusik?

Seidl: In den skandinavischen Ländern ist es längst Realität. Dort ist hochqualifiziertes Pflegepersonal der erste Ansprechpartner für die Bevölkerung. Diese Schwestern und Pfleger kennen die Menschen ihrer Gemeinde und wissen genau, was jeweils gebraucht wird. Dadurch ist es in vielen Fällen gar nicht nötig, einen Arzt einzuschalten, notwendige Spitalsaufenthalte sind

die Ausnahme und durch Tagesstätten und maßgeschneiderte Wohneinheiten für ältere Menschen bleibt die Mobilität länger erhalten. Auf diese Weise sind – anders als bei uns – teure Heime und Pflegeeinrichtungen kaum notwendig.

Diese Umstrukturierung in kleinere Einheiten beschränkt sich nicht auf die skandinavischen Länder. Entwicklungen in diese Richtung gibt es z.B. auch in Großbritannien, Frankreich, den Niederlanden oder Griechenland. In Spanien haben Krankenschwestern bereits eigene Ordinationen – auf Augenhöhe mit dem Arzt. Einer der Gründe für diese Entwicklung ist, dass man in diesen Ländern bereits vor 40 oder 50 Jahren mit der Pflegeforschung begonnen und die Bedeutung der Pflege für den gesamten Gesundheitsbereich früher erkannt hat als bei uns.

F: Lassen sich durch die-

se kleinen Einheiten positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung nachweisen?

Seidl: Eine kürzlich durchgeführte Studie zeigt, dass in vielen Ländern die Bevölkerung nicht nur länger lebt, sondern auch länger gesund bleibt, also mehr gesunde Jahre hat als früher. In Österreich ist das nicht der Fall. Da ist die Zahl der gesunden Jahre gleich geblieben und nur die Lebenserwartung gestiegen.

F: Wie sehen Sie die 24-Stunden-Pflege?

Seidl: Die meisten Menschen wollen möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. Die 24-Stunden-Pflege bietet jenen, die es sich leisten können, die Möglichkeit dazu. Es muss überwiegend auf ausländische Kräfte zurückgegriffen werden, und die Qualität der Pflege ist leider unterschiedlich. Notwendig wäre eine

flächendeckende, vom Staat finanzierte Pflege mit garantierten Pflegestandards.

F: Halten sie das für finanzierbar?

Seidl: Unser für die Menschen unbefriedigendes Gesundheitssystem ist extrem teuer. Die Umstellung auf kleine Einheiten würde den Bedarf an teuren Krankenhäusern, Heimen und Pflegeeinrichtungen drastisch reduzieren. Dadurch würden genügend finanzielle Mittel frei, um die Pflege mit öffentlichen Mitteln zu finanzieren. Die skandinavischen Länder haben bereits gezeigt, dass es machbar ist.

F: Geht eine solche Umstellung von heute auf morgen?

Seidl: Nein, das ist ein langer Weg, den wir schon in den 1980er Jahren hätten einschlagen sollen – aber besser spät als nie.

Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Seidl

Präsidentin Rudolfiner-Verein - Rotes Kreuz

Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester im Rudolfinerhaus, Wien; Pflegepädagogik und Pflegemanagement in Zürich; Studium der Psychologie und Soziologie an der Universität Wien; Dissertation zum Thema „Interaktionsprobleme des Pflegepersonals im Krankenhaus“; Habilitation „Soziologie der Pflege“, Linz; Stiftungsprofessur für Pflegewissenschaft an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Wien

Präsidentin des Rudolfiner-Vereins – Rotes Kreuz, dem Trägerverein des Rudolfinerhauses; Leiterin der Abteilung Pflegeforschung des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler-Universität Linz





Foto: Rudolf Pavillion, 1885

„Eine Stätte, in welcher Ideale gesucht und verwirklicht werden“¹

Aus der Geschichte des Rudolfinerhauses und seiner Krankenpflegeschule

Ilsemarie Walter

Wie die Beiträge in dieser Festschrift anschaulich bezeugen, sind vom Rudolfinerhaus und seiner Krankenpflegeschule viele und wichtige Impulse zur Etablierung von Pflegewissenschaft in Österreich ausgegangen. Die erste österreichische Universitätsprofessorin für Pflegewissenschaft, Elisabeth Seidl, war lange im Rudolfinerhaus tätig, und auch Hanna Mayer und Christa Them kommen aus diesem Haus. Innovationen werden von engagierten, überzeugten Menschen geschaffen, die Visionen haben;

günstige strukturelle und Umfeldbedingungen können jedoch dabei hilfreich sein. So ist auch die historische Frage legitim: Bot die Ausbildungsstätte am Rudolfinerhaus vielleicht besondere Voraussetzungen für diese Entwicklung? Tatsächlich lassen sich hier in Bezug auf die ideologische Ausrichtung einige Merkmale herausarbeiten, die bereits auf die Zeit der Gründung (1882) zurückgehen und als förderlich für eine Wissenschaftsentwicklung in der Pflege angesehen werden können.

Schwergewicht auf Bildung

Schon in den ersten Statuten des Rudolfiner-Vereins lag das Schwergewicht auf der Ausbildung. Vereinszweck war es, „das Los der Kranken und Verwundeten durch Heranbildung eines praktisch und theoretisch geschulten Pflege-Personals“ zu verbessern. Die Errichtung eines „mit besonderer Rücksicht auf die Heranbildung von Pflegerinnen eingerichteten Spitals“ war nur Mittel zur Erreichung dieses Zwecks (Rudolphiner-Verein 1879-1881). Damit war der Ru-

¹ Zitat aus Pietzcker Dominika, 1932

dolfiner-Verein seiner Zeit weit voraus, denn zu einer gesetzlich geregelten Krankenpflegeausbildung kam es in Österreich erst 1914. Mit diesem Ziel unterschied sich die Schule auch von vielen anderen späteren Gründungen. So manche Krankenpflegeschule in Österreich wurde gegründet, um dem betreffenden Krankenhaus in Zeiten des akuten „Schwesternmangels“ genügend Pflegepersonal zur Verfügung zu stellen. Kam die Schule dann zu teuer, wurde sie wieder geschlossen.

Modellhafter Charakter der Ausbildung und der Pflege

Das Interesse Theodor Billroths, des Gründers und ersten Direktors des Rudolfinerhauses, und seines Nachfolgers Robert Gersuny, der zunächst Primarius und von 1894 bis 1924 Direktor war, an einer optimalen Pflege ging jedoch weit über das eigene Krankenhaus hinaus. Spital und Schule sollten eine „Musteranstalt“ zur Ausbildung von Pflegerinnen sein, in der sie fundiertes Wissen erwerben und auch „alle Erleichterungen kennen lernen“ konnten, „die man den Kranken gewähren kann.“ (Gersuny 1905, S. 3). Endziel war, den Kranken bei der Bewältigung der Krankheit zu helfen – es ging also um das, was wir heute „Patientenorientierung“ nennen.

Zu der Idee der „Musteranstalt“ gehörte nicht nur der angestrebte Vorbildcharakter, sondern es war zum Beispiel daran gedacht,

dass Pflegerinnen in Gruppen im Auftrag des Mutterhauses ganze Stationen oder auch kleinere Krankenhäuser übernehmen sollten, wo sie „zu Kernpunkten für neue Pflegerinnenschulen werden“ könnten (Billroth 1881). Im Laufe der Jahrzehnte wurden immer wieder im Rudolfinerhaus ausgebildete Pflegerinnen Oberinnen in anderen Krankenhäusern oder Schulen; so war etwa Sylva Macharová von 1923 bis 1932 Leiterin der beiden Krankenpflegeschulen, der deutschen und der tschechischen, am Allgemeinen Krankenhaus in Prag. Andere bauten Fürsorgeeinrichtungen auf oder waren in nationalen oder internationalen Berufsverbänden tätig. Dabei war die Tatsache hilfreich, dass die Schwesternschaft der Rudolfinerinnen in Form eines Mutterhauses organisiert war (Kleibel 1996); viele Pflegenden, die anderswo in leitender Stellung waren, blieben im Verband und in Kontakt mit dem Rudolfinerhaus. Allerdings brachte die Mutterhausform auch restriktive Züge mit sich, die bis zum Heiratsverbot gingen und später nur mühsam abgebaut werden konnten.

Mitarbeit ausgebildeter Krankenpflegerinnen an wichtigen Stellen

Auffallend ist auch, dass sich bereits im 1875 von Gustav Jurié gegründeten „Verein zur Heranbildung von Pflegerinnen für Kranke und Verwundete“, dem Vorgänger des „Rudolfiner-Vereins

- Rotes Kreuz“ nicht nur auf Wohltätigkeit bedachte Damen befanden, sondern dass einige von ihnen auch als ausgebildete Krankenpflegerinnen Erfahrung aus dem Ausland hatten. Marie Miller von Aichholz (1844-1887), mit einer Krankenpflegeausbildung in Großbritannien, war Gründungsmitglied des Vereins. Sie sprach und korrespondierte mit Florence Nightingale über die Möglichkeiten der Gründung der Ausbildungsstätte und besuchte Krankenpflegeschulen in Großbritannien, Deutschland und Holland, um sich über die neuesten Entwicklungen auf diesem Gebiet zu informieren. Kathinka von Rosen (1837-1919), die eine Pflegeausbildung am Augusta Hospital in Berlin absolviert und eine vielfältige Berufserfahrung in leitenden Stellungen hatte, verfasste mehrere Schriften über die Organisation der Pflegeausbildung.

Für die Erziehung und Ausbildung der Pflegerinnen forderte Billroth eine „für ihren Beruf begeisterte Oberin“ und für die praktische Ausbildung „sich aus Neigung opfernde Ärzte“ (Billroth a.a.O.). Sowohl von der Oberin als auch von den Ärzten wird hier Idealismus vorausgesetzt, doch entspricht die Wortwahl sicherlich nicht dem damaligen Klischee von der „sich aufopfernden“ Frau und Krankenschwester im Gegensatz zum männlichen Arzt. Besonders gut dürfte es dem ärztlichen Direktor Robert Gersuny gelungen sein, mit der Oberin zusammenzuarbeiten, denn Alice

„Die Entwicklung von Pflegewissenschaft und -forschung in Österreich ist eng mit der Person Elisabeth Seidls und mit der Geschichte des Rudolfinerhauses verknüpft.“

Pietzcker, eine Schweizerin, die von 1918 bis 1938 Oberin im Rudolfinerhaus war, schrieb im Jahr 1932: „Es ist Gersunys Verdienst auch bei der Wahl seiner Mitarbeiter, der leitenden Ärzte und der Oberin, ... der Letzteren eine Stellung eingeräumt zu haben, die sie instand setzte, ihren Einfluss auf alle Gebiete, welche die Schwestern-, Schul- und Spitalsangelegenheiten betreffen, auszudehnen. Er war von der richtigen, freilich nicht allgemein üblichen Einsicht bestimmt, daß eine große Verantwortung nur durch ebenso große Vorrechte tragbar werde.“ (Pietzcker 1932, S. 24)

Visionen und Ausrichtung auf die Zukunft

In diesem Zusammenhang schreibt Pietzcker. „... wenn das Rudolfinerhaus geworden ist, wie es sich heute darstellt, als eine Stätte in welcher Ideale gesucht und verwirklicht werden“, dann sei es Gersuny und Billroth zu danken (Pietzcker, a.a.O.). Im Jahr 1932, in welchem diese stolzen und anspruchsvollen Worte über das Selbstverständnis des Rudolfinerhauses und seiner Ausbildungsstätte geschrieben wurden, gab es viele

Kontakte mit fortschrittlichen Pflegeeinrichtungen im Ausland, Rudolfinerinnen hatten Fortbildungskurse beispielsweise am Bedford College in London absolviert, man orientierte sich an internationalen Vorbildern und Leitlinien. Pietzcker konnte nicht wissen, dass bereits sechs Jahre später mit dem „Anschluss“ Österreichs an Deutschland und dem Zweiten Weltkrieg eine folgenschwere Zäsur auch für die österreichische Pflege folgen würde (Seidl 1998).

Es steht außer Frage, dass in den hier angeführten Zitierten Grundsätze und Zielvorstellungen zum Ausdruck kommen und die Realität im Laufe der Zeit nicht immer dem Ideal entsprach. Aber genau um diese Haltung geht es hier. Es geht um eine Grundeinstellung, die Raum zur Entfaltung bietet und Innovationen nicht nur zulässt, sondern wenn möglich auch fördert. Es geht um eine Atmosphäre, in der Neues in der Pflege geschaffen werden kann. Diese Grundeinstellung war bei der Gründung des Rudolfinerhauses präsent und sie galt immer wieder in Zeiten des Aufschwungs. So konnte auch Elisabeth Seidl an diese Tradition anknüp-

fen, als sie 1975 die Direktion der Pflege und der Krankenpflegeschule im Rudolfinerhaus übernahm.

Beginn der Akademisierung der Pflege in Österreich

Die Entwicklung von Pflegewissenschaft und -forschung in Österreich ist eng mit der Person Elisabeth Seidls und mit der Geschichte des Rudolfinerhauses verknüpft. Eine ausführliche Analyse dieses langwierigen Prozesses kann im Rahmen dieses Beitrags nicht geleistet werden, die folgenden „Eckdaten“ sollen jedoch eine Orientierungsmöglichkeit bieten.

In der Mitte der 1970er Jahre war in Österreich – im Gegensatz zu einigen anderen europäischen Ländern, vor allem Großbritannien – selbst der Begriff „Pflegewissenschaft“ weitgehend unbekannt. Es stieg jedoch die Zahl der Pflegepersonen – besonders solcher, die an Krankenpflegeschulen unterrichteten – die wissenschaftliche Bildung anstrebten und in Ermangelung eines facheinschlägigen Studiums andere Fächer wie Pädagogik oder Psychologie studierten. So hatte auch Elisabeth Seidl nicht nur 1968/69 eine einjährige Weiterbildung an der Kadernschule in Zürich besucht, sondern 1973 auch ein Studium der Psychologie und Soziologie begonnen, das sie 1978 mit einer Dissertation über die Rechte der PatientInnen im Krankenhaus abschloss. Im Jahr 1980 präsentierte sie ihre

Arbeit auf einem Treffen der internationalen Forschungsgemeinschaft „Workgroup of European Nurse Researchers“ (WENR) in Athen. In der Folge kamen immer wieder sehr wertvolle Impulse für die österreichische Pflege von der WENR. Im Jahr 1985 fand das jährliche Treffen dieser Organisation zusammen mit der WHO in Wien statt. Krankenschwestern aus dem Rudolfinerhaus konnten von 1982 an immer wieder Kongresse der WENR in verschiedenen Ländern Europas besuchen.

Diverse Arbeitskreise, an denen führende Persönlichkeiten aus der Pflege, der Politik und der Wissenschaft teilnahmen, beschäftigten sich mit der Möglichkeit der Akademisierung der Pflege in Österreich. Der erste interdisziplinäre Arbeitskreis fand 1988 bis 1989 statt und wurde vom Rudolfiner-Verein unterstützt und finanziert (Seidl 1993, S.89). Im Jahr 1995 ließ Wissenschaftsminister Scholten eine „Arbeitsgruppe zur Prüfung einer eventuellen Akademisierung im Pflegebereich“ errichten. 1988 veranstaltete der Verein der Wiener Pflegedienstleiter ein Symposium „Pflegeberuf und Universität“, bei dem klar wurde, dass leitende und lehrende Pflegepersonen aus ganz Österreich der Akademisierung der Pflege zustimmten. Bedeutende Pflegewissenschaftlerinnen aus dem Ausland wie Lisbeth Hockey, Hilde Steppe oder Miriam Hirschfeld unterstützten die Bemühungen.

Anfang 1992 konnte ein erster entscheidender Durchbruch erfolgen: Die Errichtung eines Forschungsinstituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung an der Universität Linz mit einer Abteilung Pflegeforschung in Wien. Erster Leiter des Instituts war Klaus Zapotoczky, Leiterin der Abteilung Pflegeforschung Elisabeth Seidl. Die Finanzierung der Abteilung erfolgte durch ein Kuratorium, zu dessen Mitgliedern auch der Rudolfiner-Verein gehörte, der auch die Räumlichkeiten zur Verfügung stellte. Im Rahmen der Abteilung entstanden zahlreiche Forschungsarbeiten zu pflegerelevanten Themen, die ihren Niederschlag in einer Buchreihe fanden. Parallel dazu wurden die Bemühungen um die Errichtung eines pflegewissenschaftlichen Studiums fortgesetzt, unter anderem mit dem Ziel, Pflegepersonen zu befähigen, in kreativer Weise an der notwendigen Umgestaltung des österreichischen Gesundheitssystems mitzuwirken. Ideen, die heute in aller Munde – aber leider noch kaum verwirklicht – sind, waren dabei schon vor ca. 30

Jahren richtungsweisend. So sagte beispielsweise Elisabeth Seidl im Jahr 1988 in ihrer Begrüßungsansprache am oben erwähnten Symposium: „Ich habe ein Bild vom morgigen Gesundheitssystem: Ich sehe, dass nicht nur in den Krankenhäusern ... die Kranken wirklich sagen können, was sie befürchten und wünschen, und berücksichtigt werden, sondern dass auch außerhalb der Krankenhäuser ein ganzes Netz von Gesundheits- und Beratungszentren entstehen wird. Dort werden gut ausgebildete Personen aus verschiedenen Berufsgruppen partnerschaftlich zusammenarbeiten ...“ (Seidl 1988, S.9).

Im Rudolfinerhaus selbst hat Elisabeth Seidl mit einem guten Team von Leiterinnen eine qualitativ hochstehende und moderne Pflege eingerichtet, die laufend internationale Entwicklungen berücksichtigte. Die Schülerinnen des Rudolfinerhauses wurden in die Durchführung kleiner Forschungsprojekte einbezogen und konnten auf diese Weise die Grundlagen der Pflegeforschung erlernen.

Fotos: UnterstützerInnen





Foto: Ringvorlesung 1998/99

Im Jahr 1999 kam der zweite Durchbruch in Richtung Akademisierung der Pflege: An der Universität Wien wurde ein 8-semesteriges „Individuelles Studium Pflegewissenschaft“ etabliert, das mit dem Magistertitel abschloss. Einzelheiten zur Errichtung dieses Studiengangs können bei Ekkehard Weber, dem die Pflegewissenschaft viel verdankt, nachgelesen werden (Weber 2000). Vorangegangen war im Herbstsemester 1998/99 eine Ringvorlesung, die auch von außerordentlichen HörerInnen besucht werden konnte. Der Ansturm der Pflegepersonen – besonders aus dem Bereich der Leitenden und Lehrenden – auf diese Vorlesung und ihr Interesse daran waren enorm.

2004 wurde der Lehrstuhl für Pflegewissenschaft an der Universität Wien er-

richtet, ein Jahr darauf das Institut für Pflegewissenschaft. Die erste Professorin und Vorständin des Instituts war Elisabeth Seidl, die sich 1995 an der Universität Linz in Soziologie der Pflege habilitiert hatte. Die Zahl der Studierenden des „Individuellen Studiums Pflegewissenschaft“ hatte inzwischen sprunghaft zugenommen; im Jahr 2006 waren es dann schon mehr als tausend Personen. Vorbereitungen auf ein Regelstudium wurden getroffen.

Im Jahr 2007 übernahm Hanna Mayer die Leitung des Instituts an der Universität Wien. Das „Individuelle Studium Pflegewissenschaft“ lief 2013 aus, da alle Studien nach dem sogenannten „Bologna-Prozess“ umgestaltet werden mussten. Insgesamt haben 588 Studierende das Studium mit dem

Magistertitel abgeschlossen, 28 weitere Personen mit dem Bachelorgrad. Derzeit gibt es an der Universität Wien ein Master- und ein Doktoratsstudium Pflegewissenschaft. Inzwischen werden solche Studiengänge auch an der Medizinischen Universität Graz, der UMIT (Hall in Tirol) und der Paracelsus-Universität in Salzburg angeboten. In Hall in Tirol war die Pflegewissenschaftlerin Christa Them einige Jahre Rektorin der Universität.

Die Gründung des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung an der Universität Linz vor 25 Jahren, die einen wichtigen Meilenstein in dieser Entwicklung darstellt, ist uns heute ein Grund zum Feiern. Die Vorbereitungen zur Akademisierung der Pflege reichen – wie gezeigt wurde – noch weiter zurück.

Literatur

Billroth Theodor (1881): 12. Vereins-Publication des Rudolphiner-Vereins vom 22.2.1881.

Gersuny Robert (1905): Ein Vermächtnis Theodor Billroths. Neue Freie Presse, Morgenblatt, 28.1.1905, S.1-3.

Kleibel Veronika (1996): Leben in einer Schwesterngemeinschaft. Ein Beitrag zur Geschichte des Rudolfinerhauses. In: Seidl Elisabeth/Hilde Steppa (Hrsg.): Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich. Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 bis 1950. Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern, S.156-191.

Pietzcker Dominika (1932): Die Pflegerinnenschule des Rudolfinerhauses. In: Wiener Medizinische Wochenschrift: „50 Jahre Rudolfinerhaus in Wien 1882 – 1932. Verlag Moritz Perles, Wien, S. 20–38.

Rudolphiner-Verein (1879-1881): Vereins-Publicationen, Neue Folge, Wien.

Seidl Elisabeth (1988): Begrüßung. In: Elisabeth Seidl (Hrsg.): 1. Symposium Pflegeberuf und Universität. Wilhelm Maudrich, Wien, S. 7-9.

Seidl Elisabeth (1993): Von der Idee zur Institutionalisierung eines universitären Forschungsinstituts – ein langer Weg. In: Seidl Elisabeth (Hrsg.): Betrifft: Pflegewissenschaft. Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin. Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern, S.75-95.

Seidl Elisabeth (1998): „DRK-Billrothschwesternschaft“ im Nationalsozialismus. Das Rudolfinerhaus in Wien aus zeitgeschichtlicher Perspektive. In: Seidl Elisabeth/Ilsemarie Walter (Hrsg.): Rückblick für die Zukunft. Beiträge zur historischen Pflegeforschung. Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern, S.143-168.

Walter Ilsemarie (2012): Miller von Aichholz, Marie (1844-1887). In: Kolling Hubert (Hrsg.): Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. „Who was who in nursing history“, Band 6, hpsmedia, Hungen, S.201-202.

Walter Ilsemarie (2015): Rosen, Kathinka von (1837-1919). In: Kolling Hubert (Hrsg.): Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. „Who was who in nursing history“, Band 7, hpsmedia, Hungen, S. 233-235.

Weber Ekkehard (2000): Pflegewissenschaft als neues Lehrangebot an der Universität Wien. In: Kozon Vlastimil/Seidl Elisabeth: Pflegewissenschaft – Aufbruch in Österreich. Facultas, Wien, S. 29-36.

Autorin:

MMag.^a Dr.ⁱⁿ Ilsemarie Walter

MMDr.in phil., Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester

Studium der Psychologie, Soziologie, Geschichte und Übersetzungswissenschaft an der Universität Wien; 1976 – 1992 Lehrerin an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule des Rudolfinerhauses; 1992 – 2010 Tätigkeit in der Pflegeforschung am Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Universität Linz; 2000 – 2008 Lehrbeauftragte an der Universität Wien



gestern



Foto: Diplomfeier, 1984

Professionalisierung und Pflegewissenschaft. Zur Eigenständigkeit der Pflegeprofession.

Barbara Dätwyler

25 Jahre Pflegewissenschaft in Österreich: zu Recht ein Jubiläum zum Feiern. Denn das sind nicht Jahre, die einfach so vergangen sind. Es sind Jahre voller Anstrengung, Arbeit, voller Engagement, Vor- und Rückschritte, voller Zuversicht und Enttäuschungen, Debatten, geführt von Personen, die der Pflegeprofession verpflichtet sind.

Historisch basiert der Beruf Pflege auf wissenschaftlichen Grundlagen. Denn erst die Kenntnis von Sepsis und Asepsis sowie die Entdeckung der Narkose im späten 19. Jahrhundert ließ die konfessionsunabhängige sogenannte freie Berufskran-

kenpflege als bürgerlichen Frauenberuf entstehen. Zusammen mit der modernen Medizin hat sich dieser von allem Anfang an beliebte und geachtete Beruf entwickelt. Wissenschaft und Wissenschaftlichkeit waren den Pflegenden nie fremd, sondern im Gegenteil ein zentrales Element in der Berufsausübung. Beispielsweise Verbandwechsel, Flüssigkeitsbilanzen, Medikamentenabgabe und vieles mehr sind ohne wissenschaftliche Kenntnisse nicht vorstellbar.

Also 140 Jahre wissenschaftsbasierte Pflege und wir feiern 25 Jahre Pflegewissenschaft?

Krankenpflege, zumal die professionell ausgeübte, war nie nur und nie vorwiegend medizinische Assistenz. Nur wurde die gesamte außerordentlich diversifizierte Tätigkeit der Pflegenden formal und gesellschaftlich unter der medizinischen Hilfsfunktion subsumiert.

Lassen wir eine Pflegenden sprechen, Mitte der 1940er Jahre:

«Und das war ja noch die Zeit, bevor man Antibiotika hatte. Und das war dann ein Aufwand, die Kinder, die Lungenentzündung hatten, was man da nicht alles anwenden musste; mit Senfwickel, mit Inhalierapparat, mit Sauer-

„Professionalisierung der Pflege impliziert theoretische Rahmen, wissenschaftliche Fundierung und damit Forschung. Dass die Pflegeprofession nicht mit medizinischem Wissen abgedeckt ist, war den Krankenschwestern immer klar.“

stoff. Man trug sie umher, die Lage musste man wechseln ... und das zwei, dreimal am Tag. Manchmal hatten wir Kinder, die nicht gut atmeten, die man in der Nacht, wenn es kühl war, draussen hatte. Oder Herzpatientlein, da spritzte man halt nicht gerade Beruhigungsmittel, die trug man halt umher. Ich hatte ein Büblein, das war so ein paar Monate alt, das begann immer am Abend, wenn alle abgetreten waren, zu weinen. Das steigerte sich dann halt auch – ja, das trug ich eine halbe Stunde bis eine Stunde umher draussen, bis es ruhig wurde. Dann legte man es ins Bett und liess es draussen, ja, einige Stunden, weil es frische Luft hatte. Sie wurden dann auch ruhiger. Das Umhertragen tat ihnen schon gut. Da verging die Zeit schon. Und mit diesen Senfwickeln, die man machte, das brauchte Zeit.»¹

Ganzheitliche Pflege und Betreuung also rund um die Uhr. Auch Reinigung der

Räume, Sterilisieren der Instrumente, Blumenpflege, Diätküche, Narkose, Operationsdienst und vieles mehr gehörten zu den Aufgaben der notwendigerweise intern lebenden Krankenschwestern bis weit ins 20. Jahrhundert.

In meiner Dissertation „Professionalisation in Nursing: the Swiss Case“² konnte ich aufzeigen, wie die Professionalisierung der Pflege anfing: Die Pflegenden selbst begannen, ihr vielfältiges

Berufsfeld zu strukturieren. Führungsstarke Pflegepersönlichkeiten reflektierten, organisierten und systematisierten die Pflegepraxis und -ausbildung nach Inhalten, Funktionen und Rollen. Die Veränderungen mussten oft gegen Widerstand durchgesetzt werden.

Viele hervorragende Persönlichkeiten trieben die Entwicklung der professionellen Pflege voran. 1950 wurde in der Schweiz die „Rotkreuz-Fortbildungsschule für Krankenschwestern“, später Kaderschule für die Krankenpflege des Schweizerischen Roten Kreuzes“, gegründet. Die Schule wurde zu einem Ort der Innovation, des nationalen und internationalen Austausches, kurz: der Professionalisierung der Pflege.

Professionalisierung hat immer einen wissenschaftlichen Bezug. Professionalisierung der Pflege impliziert



Foto: Stationsstützpunkt 1982

1 Dätwyler, B., Meier, M., Menzi-Kuhn, C., Lang-Studer, B., Böheim, R. (1999). Erlebte Geschichte der Pflege zwischen 1930 und 1970 in der Schweiz: ein Beitrag zur historischen Pflegeforschung. Direktion Pflege, Medizinisch-technische und Medizinisch-therapeutische Bereiche, Inselspital Bern, Interview 0602 37ff

2 Daetwyler, B. (2007). Professionalisation in Nursing: The Swiss Case. Thesis submitted to the University of Nottingham for the Degree of Doctor of Philosophy. Nottingham, UK

theoretische Rahmen, wissenschaftliche Fundierung und damit Forschung. Dass die Pflegeprofession nicht mit medizinischem Wissen abgedeckt ist, war den Krankenschwestern immer klar. Insofern aber die berufliche Pflege historisch und im gesellschaftlichen Bild von der Medizin abgeleitet wurde, passt eine wissenschaftlich basierte, eigenständige Pflegeprofession nicht ins Konzept. Der Begriff „Pflegerwissenschaft“ war lange in weiten Kreisen ein Reizwort. Der Weg bis zur heute selbstverständlichen Förderung von pflegewissenschaftlichen Projekten war für die Mitglieder aus der Pflege nicht ohne Steine, aber schliesslich erfolgreich.

Der Weg dahin war vielfältig, vielschichtig, spannend und spannungsvoll. Den Erfolg verdanken wir vielen unserer Kolleginnen vom Anfang der Berufspflege bis heute.

Das oben angeführte Zitat stammt aus einem grossen gemeinsamen Forschungsprojekt, welches Dr. Hilde Steppe und ich anlässlich des ersten WENR-Kongresses 1988 in Frankfurt beschlossen und 1991 zusammen mit Professor Dr. Elisabeth Seidl und unseren Arbeitsgruppen gestartet haben mit dem Titel „Internationales Forschungsprojekt zur Sozialgeschichte der Pflegeberufe. Interviews aus Deutschland, Österreich und der Schweiz“. Der frühe Tod von Hilde Steppe

liess das Projekt unvollendet zurück. In Österreich und der Schweiz wurden die Ergebnisse separat publiziert. Die unzähligen Interviews ermöglichten uns tiefe Einsicht in die Entwicklung der Berufspflege in unseren Ländern und damit ganz konkret in die Professionalisierung bis hin zur Pflegewissenschaft.

Darf ich mit einem Blick in die Zukunft schliessen?

Die Pflegewissenschaft ist kein Statuskriterium der Berufspflege, sondern stellt einen Aspekt der Professionalisierung dar. Im deutschsprachigen Raum wird Professionalisierung meistens mit Akademisierung gleichgesetzt, was ich als irreführend erachte. In der angelsächsischen berufssoziologischen Theorie,

an die ich mich halte, steht nicht der Status akademisch – nicht akademisch im Zentrum, sondern die Funktion einer bestimmten Profession in einem bestimmten Staat zu einer bestimmten Zeit. Professionen sind Berufsgruppen mit spezifischer, spezialisierter Fachexpertise, welche die Gesellschaft existentiell benötigt, und welche deshalb vom Staat mittels Diplom legitimiert werden für ihre Tätigkeit. Die Professionen sind unabhängig in Forschung und Lehre und ethisch verpflichtet, ihre Arbeit im Sinne und zugunsten der Klienten / Patienten *lege artis* auszurichten. Zwischen Staat, Wirtschaft und Professionen besteht je eine distanzierte Verbindung.

Der Professionsstatus eines Berufes ist nichts Stabiles. Das Zusammenspiel der Be-

„Wenn Prozesse optimiert, Profile geschärft, skills und grades neu definiert werden, besteht die Chance für mehr Professionalität und Effizienz. Wenn gleichzeitig aber zu wenig personelle und finanzielle Ressourcen eingesetzt werden, steuern wir weg von Professionalisierung, hin zu Funktionalisierung und Deprofessionalisierung mit gravierenden Qualitätseinbussen, weil die Ganzheitlichkeit der professionellen Funktion verloren geht.“

3 Ebd.Interview 0502 21

rufe in einer Gesellschaft kann man sich wie ein Mobile vorstellen, das infolge neuer Entwicklungen, fortschreitender Arbeitsteilung, gesellschaftlicher, politischer und wirtschaftlicher Prozesse in ständiger Bewegung ist. Manche Professionen gewinnen, andere verlieren an Bedeutung.

Angewandt auf die Profession Pflege heisst das heute, erstens: In den westlichen Ländern haben diejenigen Staaten mit dualem Bildungssystem, also Deutschland, Österreich und Schweiz, die Bedeutung einer evidenzbasierten Pflege erkannt. Entsprechende Studiengänge wurden eingerichtet. In den Ländern, welche nur das Bologna-System kennen, gibt

es a priori nur den universitären Weg.

Zweitens registrieren wir eine zunehmende Durchdringung der professionellen Arbeit durch Ökonomie und Betriebswirtschaft. Das gilt für alle Professionen. Wenn Prozesse optimiert, Profile geschärft, skills und grades neu definiert werden, besteht die Chance für mehr Professionalität und Effizienz. Wenn gleichzeitig aber zu wenig personelle und finanzielle Ressourcen eingesetzt werden, steuern wir weg von Professionalisierung, hin zu Funktionalisierung und Deprofessionalisierung mit gravierenden Qualitätseinbußen, weil die Ganzheitlichkeit der professionellen Funktion verloren geht.

Deshalb müssen die Professionen das Gleichgewicht zwischen ihrer professionellen Dienstleistung, dem Staat und der Wirtschaft aktiv verteidigen. Als Patient und Patientin möchte niemand von einem Arzt oder einer Pflegenden betreut werden, die ihre Arbeit primär nach Lukrativität oder Sparpotential ausüben.

Erleben wir gerade schmerzlich, dass unser Professionalisierungsprozess durch politische und wirtschaftliche Entwicklungen gefährdet ist? Dieses Jubiläum, unser Berufsstolz und unsere berufliche und wissenschaftliche Kompetenz sollen uns helfen, die Herausforderungen von heute und morgen zu bewältigen.

Autorin:

Dr.ⁱⁿ Barbara Dätwyler

PhD, RN, Berufsschullehrerin Pflege

Studium an der University of Nottingham PhD; 1973 - 1997 Lehr- und Forschungstätigkeit an der Schule für Krankenpflege Lindenhof; 1987 - 1997 Unterrichts- und Vortragstätigkeit an verschiedenen Krankenpflegesschulen; Fortbildungsgängen und Weiterbildungsveranstaltungen; 1998 - 2001 Forschungsbeauftragte der Direktion Krankenpflege im Inselspital Bern; 2002 - 2013 Präsidentin des Schweizer Berufsverbandes für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), Sektion Bern, Schweiz





Foto: UMIT, Hall

Etablierung der Pflegewissenschaften in Tirol - eine Rudolfinerin erinnert sich

Christa Them

Als Absolventin der Krankenpflegeausbildung am Rudolfinerhaus Anfang der 1980er Jahre kam ich bereits zu Ausbildungsbeginn mit der Pflegeforschung in Kontakt. Unsere damalige Oberin Dr.ⁱⁿ Elisabeth Seidl und unsere Lehrschwester Dr.ⁱⁿ Ilsemarie Walter unterrichteten das Fach 'Pflegeforschung' – dieser Unterricht war immer freitagvormittags und stellte für mich ein Highlight im wöchentlichen Stundenplan dar. Das Fach wurde mit einem kleinen Forschungsprojekt, einem Thema aus der Pflegepraxis, abgeschlossen. Schon damals begeisterte mich die praktische Pflegeforschung, welche uns mit großem Bezug zum täglichen Pflegealltag vermittelt wurde.

Schon die ersten Berufsjahre als diplomierte Krankenschwester in öffentlichen Krankenhäusern verdeutlichten mir den hohen Bedarf an Pflegeforschung, da damals keine Evidenz zu Pflegehandlungen und –maßnahmen vorlag. Nach Rückkehr ins Rudolfinerhaus als Lehrschwester Mitte der 1980er Jahre wurde mein Wunsch, ein universitäres Studium berufsbegleitend zu absolvieren, seitens meiner Vorgesetzten, Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Seidl unterstützt. Wie viele Berufskolleginnen zu diesem Zeitpunkt, entschied ich mich für das Studium der Pädagogik an der Universität Wien, da ein Studium der Pflegewissenschaft Ende der 1980er Jahre im deutschsprachigen Raum noch nicht möglich war. Die Zeit als

Lehrschwester an der Krankenpflegeschule Rudolfinerhaus und als Studentin der Pädagogik an der Uni Wien prägte meine weitere berufliche Karriere wesentlich. 1991 bewarb ich mich für die Position einer Direktorin des Fachbereichs Pflege am Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe in Innsbruck, in welchem zum damaligen Zeitpunkt ca. 1.000 Personen eine Ausbildung im Pflegebereich absolvierten. Ich erinnere mich noch, dass der ausgezeichnete Ruf einer Rudolfinerin, wie ich eine war, seitens einiger Mitglieder der Hearingkommission entsprechend hervorgehoben wurde – und meiner Meinung nach auch maßgeblich zu meiner Bestellung als Direktorin beigetragen hat.

Mein weiteres berufliches Glück war, dass meine neuen Vorgesetzten in Tirol die Zeichen der Zeit für die Weiterentwicklung der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich erkannten, und ich ausgezeichnete berufliche Rahmenbedingungen vorfand, mein Magister- und folgend auch das Doktoratsstudium der Pädagogik zu absolvieren und abzuschließen. Anschließend konnte ich mit einem Habilitationsverfahren der Pflegewissenschaft an der Uni Halle Wittenberg im Jahr 1998 beginnen, welches ich mit der Venia Docendi im Fach Gesundheitswissenschaft mit besonderer Berücksichtigung der Pflegewissenschaft im Jahr 2003 erfolgreich an der neu-

gegründeten Privatuniversität UMIT in Hall in Tirol abschloss. Rasch im Anschluss an meine Verleihung der Venia wurde an der UMIT eine pflegewissenschaftliche Abteilung angesiedelt. Im Laufe der Jahre wurde daraus ein eigenständiges Institut, an welches ich 2005 als ordentliche Professorin für Pflegewissenschaft und Gerontologie“. Zeitgleich gelang es, erstmals in Österreich, ein konsekutives pflegewissenschaftliches Studienangebot vom Bachelor- bis zum Doktoratsstudium einer Akkreditierung zuzuführen. 2007 folgte das „Kombistudium Pflege“, welches das Bachelorstudium der Pflegewissenschaft mit der gleichzeitigen pflegerischen Diplombildung verbindet. Seit 2007 wird das „Kombistudium

„Für mich unzufriedenstellend in diesem Kontext ist jedoch, dass der Gesetzgeber öffentliche und private Universitäten vom möglichen Angebot an Bachelorstudiengängen der Pflegewissenschaft mit der Verleihung der Berufsberechtigung zum gehobenen Dienst für GuKP ausgeschlossen hat, zumal an vier österreichischen Universitäten auf fast 15-jährige existente universitäre pflegewissenschaftliche Fachexpertise verwiesen werden kann. Im Diskurs mit Berufskolleg/inn/en auf internationaler Ebene stößt diese gesetzliche Regelung auf so manches Unverständnis“.

Pflege“ an einer Vielzahl von GuKP-Schulen in Österreich und Bayern angeboten. Die inhaltlichen Schwerpunkte, welche die UMIT im Rahmen des Kombistudiums Pflege verantwortet sind: Forschungsgeleitete GuKP; Kooperation und Vernetzung; Wissenschaft und Forschung. Bis dato haben etwas mehr als 600 Personen das „Kombistudium Pflege“ an der UMIT erfolgreich abgeschlossen. Ich sehe das „Kombistudium Pflege“ als maßgeblichen Wegbereiter für die komplette Akademisierung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuKP, zumal ähnliche Kombiprogramme folgend auch an der PMU Salzburg und der Medizinischen Universität Graz angeboten wurden und meiner Ansicht nach die wissenschaftliche Expertise von Absolvent/inn/en in der

Pflegepraxis spürbar zu nachhaltigen Veränderungen im pflegerischen Berufsalltag geführt hat. Da die GuKG-Novelle (2016) ein Auslaufen bestehender dreijähriger Ausbildungen zum gehobenen Dienst für GuKP vorsieht (alle Ausbildungen sind künftig auf Fachhochschulniveau angesiedelt), werden die Kombiprogramme in den nächsten Jahren enden, an der UMIT wird dies im Jahr 2021 der Fall sein.

Für mich unzufriedenstellend in diesem Kontext ist jedoch, dass der Gesetzgeber öffentliche und private Universitäten vom möglichen Angebot an Bachelorstudiengängen der Pflegewissenschaft mit der Verleihung der Berufsberechtigung zum gehobenen Dienst für GuKP ausgeschlossen hat, zumal an vier österreichischen Uni-

versitäten auf fast 15-jährige existente universitäre pflegewissenschaftliche Fachexpertise verwiesen werden kann. Im Diskurs mit Berufskolleg/inn/en auf internationaler Ebene stößt diese gesetzliche Regelung auf so manches Unverständnis.

Aber mit politischer Unterstützung ist es in Tirol gelungen, der Ausgrenzung von Universitäten vom Bachelorstudium der Pflegewissenschaft mit Verleihung der Berufsberechtigung zur Ausübung von Tätigkeiten im Gehobenen Dienst für GuKP damit zu begegnen, dass die Fachhochschu-

le Gesundheit am Standort Innsbruck und die UMIT im Rahmen eines Kooperations-Programmes einen ab Herbst 2018 neuangebotenen Fachhochschulstudiengang Pflege inhaltlich gemeinsam verantworten werden. Im Sinne einer gelebten Vernetzung einer Fachhochschule (mit Fokus praxisorientierter Wissenschaft) und einer Privatuniversität (mit Fokus Wissenschaftsorientierung) sehe ich den sich aktuell in Akkreditierung befindenden Fachhochschulstudiengang Pflege als innovatives Pflegeausbildungskonzept für ganz Österreich.

Rückblickend haben die fast 40 Berufsjahre im Pflegebereich mir eines gezeigt: Stillstand im Pflegebereich gibt es nie. Ständig ist man mit neuen Themen konfrontiert. Bewegen bzw. verändern kann man persönlich nur etwas, wenn man ein Teamplayer ist, sich gegenseitig respekt- und würdevoll begegnet, eine gewisse Frustrationsschwelle mitbringt und – FREUDE AM PFLEGE-BERUF hat. Dieser Grundstein wurde im Rahmen meiner Ausbildung am Rudolfinerhaus gelegt.

Autorin:

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Them

Leiterin Department Pflegewissenschaft und Gerontologie
UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften,
Medizinische Informatik und Technik

Univ.-Prof. Dr. Christa Them absolvierte die Diplompflegeausbildung am Rudolfinerhaus in Wien. 1991 wurde sie zur Direktorin des Fachbereichs Pflege am AZW für Gesundheitsberufe, Innsbruck, ernannt. Berufsbegleitend absolvierte sie das Magister- und Doktorat-Studium der Erziehungswissenschaften und habilitierte 2003 zur Universitätsdozentin für das Fach Gesundheitswissenschaften unter Berücksichtigung der Pflegewissenschaft. Seit 2006 ist sie Inhaberin des Lehrstuhls für Pflegewissenschaft an der UMIT. Von Jänner 2010 bis September 2014 war sie als Rektorin und Geschäftsführerin der UMIT tätig. Seit Oktober 2014 hat Univ.-Prof. Dr. Them wieder die Leitung des Departments für Pflegewissenschaft und Gerontologie an der UMIT inne.





Foto: Campus Rudolfinerhaus Bachelorfeier 2012

Akademisierung der Pflege – wozu?

Bildungsangebote auf tertiärem Niveau – Bachelor- und vertiefende Masterprogramme als ein Beitrag zu nachhaltigen Antworten auf gegenwärtige Fragen des Gesundheitswesens

Elisabeth Sittner

„Die Krankenschwestern von der Hochschule“ war der Titel eines Kurierartikels vom 17. Mai 2014, andere österreichische Tageszeitungen folgten mit ähnlichen Meldungen. Die Artikel thematisierten allesamt, dass die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich in Zukunft universitären Charakter haben soll:

„Künftig werden all jene, die im so genannten ‚gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege‘ arbeiten wollen, eine Fachhochschule besuchen müssen, was Matura-niveau voraussetzt“ (Kurier, 17. Mai 2014).

Dieser Errungenschaft gingen entsprechende Anstrengungen und Entwicklungen voran. 2008 ist es gelungen, die Fachhochschul-ausbildung für die Gesundheits- und Krankenpflege im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz als Ausbildungsoption zu verankern. (Rottenhofer; Stewig 2012, S. 241). Das Rudolfinerhaus leistete auch hier Pionierarbeit: Seit 2010 führt der Campus gemeinsam mit der Fachhochschule Wiener Neustadt in einer sehr gelungenen Kooperation den sechssemestrigen Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege.

Anhebung der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege auf tertiäres Niveau

Seit 2011 arbeiten akademisch ausgebildete Pflegepersonen in der Praxis und sind, wie die Studierenden in ihren Praktika auch, immer wieder mit der Frage „Akademisierung wozu?“ konfrontiert. Wie lässt sich diese Frage beantworten? Was „bringt“ Akademisierung tatsächlich, was ist von ihr zu erwarten und welche Kompetenzen haben AbsolventInnen eines Bachelorstudiums aufzuweisen?

Ingrid Darmann-Finck, Professorin am Institut für Public Health und Pflegeforschung in Bremen, sagt, dass von der Akademisierung der Pflegeausbildung Impulse für die Professionalisierung der Pflege erwartet werden können. Zum einen, so Darmann, werde mit der akademischen Ausbildung ein Professionsmerkmal erfüllt, zum anderen sollten Pflegende durch ihr Studium „eher in der Lage sein, (...) sich ‚auf eine methodisch kontrollierte und nach expliziten Geltungskriterien bewährte erfahrungswissenschaftliche Wissensbasis (zu) berufen‘ und dieses Wissen im Arbeitsbündnis mit dem Klienten anzuwenden“ (Oevermann 1997, zit. n. Darmann-Finck und Darmann-Finck 2012, S. 217).

Dieser Kompetenzzuwachs, aus dem sich eine Anhebung der Pflegequalität ableiten lässt, wird im Studium konsequent gefördert. BachelorabsolventInnen verfügen über vergleichsweise höhere Kompetenzen in den Bereichen Problemlösung, Nutzung der Ergebnisse wissenschaftlicher Studien und Kommunikation (Darmann-Finck 2012, S. 217). Erklärtes Ziel es, durch die Akademisierung der Ausbildung Pflegepersonen zu befähigen, ihr Handeln anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse zu reflektieren und Versorgungsmöglichkeiten kritisch auf Evidenzbasierung zu überprüfen (Schwermann & Ostermann, 2013, S. 276).

Neben dieser inhaltlichen Beantwortung der Frage „Akademisierung der Pflege,

wozu?“ kann zur Argumentation auch der deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe herangezogen werden, der mit der Etablierung von Studiengängen sehr treffend „eine Entwicklung hin zur europäischen Normalität“ realisiert sieht (Darmann-Finck, 2012, S. 216-217).

Was in anderen Ländern bereits seit langem umgesetzt ist, konnte in Österreich erst in den letzten Jahren etabliert werden. Damit ist nun endlich etwas gelungen, was lange Jahre angestrebt und konsequent mit großer Kraft, Begeisterung und Ausdauer verfolgt und vorbereitet wurde. Unbedingt genannt werden müssen in diesem Zusammenhang die großen Leistungen von Frau Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Seidl. Sie war und ist Motor dieser Entwicklungen – und zwar nicht nur im Rudolfinerhaus, sondern österreichweit.

Auch wenn der Nutzen einer akademischen Ausbildung heute und zukünftig nicht vollständig empirisch nachweisbar sein wird, so kann auf Basis recherchierter Literatur ein positiver Zusammenhang mit dem sogenannten „Patienten-Outcome“ als gesichert angesehen werden, wodurch eine empirische Grundlage für eine Argumentation zu Gunsten der Akademisierung der Grundausbildung in der Pflege vorliegt (Darmann-Finck 2012, S. 228-229). Diesen positiven Zusammenhang thematisiert unter anderem Stefan Görres, Professor für Gerontologie und Pflegewissenschaft an der Universität Bremen.

Er sagt dazu in einem Interview von 2012:

„Internationale Studien (belegen) einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Wissensstand der Pflegekräfte und dem Patienten-Outcome. Je mehr Bachelor- und Master-Absolventen in einer Abteilung vorhanden sind, desto geringer ist die Komplikationsrate, beispielsweise im Hinblick auf Harnwegsinfekte, Pneumonien oder Thrombosen“ (Görres, 2012, S. 1023).

Beachtliche Ergebnisse für unser Gesundheitssystem und für PatientInnen, da es einen großen Unterschied macht, ob man nach einer Operation gesundet nach Hause gehen kann oder eine Sekundärerkrankung erleidet, wie eben beispielsweise eine Thrombose, eine Pneumonie oder eine Harnwegsinfektion, die im Übrigen auch letal enden können.

Ergebnisse, die uns Anbieter von Bildungsprogrammen sicher sein lassen dürfen, mit Studiengängen, wie dem am Campus Rudolfinerhaus geführten Bachelorstudiengang, auf dem richtigen Weg zu sein und ein Modell entwickelt zu haben, das auf die Zukunft ausgelegt ist. Das in jedem Fall. Betrachtet man allerdings die Herausforderungen, vor die unser Gesundheitssystem aktuell gestellt ist, wird rasch klar, dass eine Ausbildung auf Bachelorniveau einen ersten Schritt darstellt, es aber zwingend notwendig ist, weiterführende Programme auf tertiärem Niveau zu ent-

wickeln und zur Umsetzung zu bringen.

Advanced Nursing Practice (ANP) – Masterprogramme zur inhaltlichen Vertiefung und zur Kompetenzerweiterung in der Pflege

Die demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen in Österreich erfordern neue Versorgungskonzepte und -strukturen im Gesundheitswesen. Diese Konzepte sollen den primären Fokus von der Akutversorgung weg auf die Versorgung chronisch erkrankter Menschen legen und auf einen langjährigen Pflegebedarf ausgerichtet sein (ÖGKV, 2013, S.1).

Die Zunahme chronischer Erkrankungen, ein steigender langjähriger Pflegebedarf und die Notwendigkeit einer Neugestaltung unseres Gesundheitswesens sind Anstoß für eine Erweiterung und Vertiefung der Rolle der Pflege im Sinne einer Advanced Nursing Practice. Durch diese Entwicklung, die aus dem angloamerikanischen Raum kommt und in eini-

gen Ländern Europas bereits umgesetzt wird, kann ein Beitrag dazu geleistet werden, nachhaltige Lösungen für Fragen zu erarbeiten, die sich aktuell im Gesundheitswesen stellen; dies in enger Zusammenarbeit mit anderen Berufen – allen voran der Medizin.

Was bedeutet nun Advanced Nursing Practice und welche Kompetenzen sind von einer derart ausgebildeten Pflegeperson – einer Advanced Practice Nurse – zu erwarten?

Übersetzt man Advanced Nursing Practice, so bedeutet dies „erweiterte, vertiefte Pflegepraxis“. Nach dem Modell von Hamric wird ANP als „die Anwendung einer erweiterten Auswahl praktischer, theoretischer und forschungsbasierter Kompetenzen auf Phänomene, die von PatientInnen in einem speziellen klinischen Bereich innerhalb des großen Fachgebiets der Pflege erlebt werden“ (Hamric, 2005; zit. n. Schober & Affara, 2008, S. 60) bezeichnet. Hamric verlangt damit von Pflegekräften spe-

zielles Wissen aus Theorie, Praxis und Forschung innerhalb eines abgrenzbaren pflegerischen Bereichs, um der Advanced Nursing Practice gerecht zu werden.

Der International Council of Nurses (ICN) definiert „Advanced Practice Nurse“ als „eine examinierte Pflegefachkraft mit Grundausbildung (...), die Expertenwissen erworben hat, komplexe Entscheidungen treffen kann und über klinische Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis verfügt, wobei deren Merkmale vom Kontext und/oder Land bestimmt werden, in dem die Pflegekraft ihre Arbeitserlaubnis erworben hat. Als Zugangsvoraussetzung wird ein Mastertitel empfohlen“ (ICN, 2002; zit. n. Schober & Affara, 2008, S. 51).

Merkmale der Pflegepraxis umfassen die Fähigkeit, Forschung, Studium und klinisches Management zu verbinden, Case Management, die ausgeprägte Fähigkeit, Assessments durchzuführen und Entscheidungen – auch ethische Entscheidungen – zu treffen, des Weiteren ausgeprägte klinische Kompetenzen, die Fähigkeit, Angehörige anderer Gesundheitsberufe zu beraten und als erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen zu fungieren.

Mit der Erweiterung und Vertiefung der Rolle der Pflege kommt es zu einer Kompetenzerweiterung, wodurch der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich zunehmend an Bedeutung ge-



Foto: Campus Rudolfinerhaus

winnt. Die Möglichkeiten und Aufgaben der Pflege, welche im Rahmen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes in Österreich bestehen, sollen zukünftig zur Gänze ausgeschöpft werden. In der 2016 verabschiedeten Novellierung wurde das Aufgabengebiet der Pflege weiter ausgebaut.

Basierend auf diesen Entwicklungen hat sich die Bildungslandschaft in der Pflege in Deutschland, der Schweiz und – mit einiger Verzögerung – nun auch in Österreich verändert. Verschiedene Hochschulen haben den Bedarf einer erweiterten, vertieften Pflegepraxis erkannt und bieten Masterprogramme auf dem Gebiet ANP an.

Ausblick

Wie zu Beginn des Beitrags ausgeführt, hat die Anhebung der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege auf tertiäres Niveau in

Österreich 2008 ihren Anfang genommen. In der Folge erwerben nun Studierende einen ersten akademischen Abschluss. Es kann davon ausgegangen werden, dass durch diese Entwicklung, die sich rasch fortsetzt, die Zahl derer, die ihrem Interesse folgend ein Masterstudienprogramm anschließen möchten, stetig steigt. Auch ist bei den traditionell ausgebildeten Pflegepersonen eine hohe Bildungsaffinität zu erkennen. Dabei zeigen beide Gruppen, AbsolventInnen akademischer Programme und die bereits seit längerem in der beruflichen Praxis stehenden Pflegepersonen, bei weitem nicht nur Interesse an Weiterbildungen in den Bereichen Management und Lehre, die aktuell in Österreich einen großen Anteil der Bildungsangebote ausmachen, vielmehr wird zunehmend großes Interesse an Weiterbildungsangeboten verbalisiert, die auf eine fachliche, also inhaltliche

Vertiefung fokussieren. Ein wesentliches Ziel der Anbieter ist dabei auch, Studierende in solchen weiterführenden Programmen auf die zunehmende Komplexität und die sich ständig wandelnden Anforderungen des Arbeitslebens vorzubereiten und durch den Prozess des lebenslangen Lernens langfristig zu gewährleisten, dass PatientInnen nach dem jeweils aktuellen Wissensstand betreut werden.

Professionalisierung in der Pflege stellt keinen Selbstzweck dar. Von ihr ist mit Sicherheit eine positive Veränderung der gegenwärtigen Situation im Gesundheitswesen zu erwarten, PatientInnen dürfen auf eine Verbesserung ihrer Lebensqualität hoffen. In diesem Sinne ist dem österreichischen Gesundheitswesen zu wünschen, dass die beschriebenen Entwicklungen rasch – in jedem Fall rascher als bisher – voranschreiten.

Literatur

- Darmann-Finck, I. (2012): Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. *Pflege & Gesellschaft*, 17. Jg, H3, S. 216-231.
- Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz: Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK. Zugriff am 06.04.2016 unter http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/Positionspapier-ANP-DBfK-OEGKV-SBK-01-2013-final.pdf.
- Görres, S. (2012): Interview: Pflegeausbildung. „Wir brauchen eine Vollakademisierung“. *Die Schwester Der Pfleger* 51. Jahrg. 10, S. 1022-1025.
- Kurier (17. Mai 2014), österreichische Tageszeitung: Die Krankenschwestern von der Hochschule, S. 21.
- Rottenhofer, I.; Stewig, F. (2012): Perspektiven der Pflege in Österreich. Differenzierung, Professionalisierung und Akademisierung. *Padua*, 7 (5), S. 241-245.
- Schober, M. & Affara, F. (2008). *Advanced Nursing Practice (ANP)*. Bern: Huber.
- Schwermann, M.; Ostermann, R. (2013): Der Studiengang „Pflege dual“ an der Fachhochschule Münster. Ein reflective practitioner in einem multidisziplinären Team. *Pflegezeitschrift*, Jg. 66, Heft 5, S. 274-277.

Autorin:

Mag.^a Elisabeth Sittner

Direktorin, Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege am Campus Rudolfinerhaus

Ausbildung zur Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege am Rudolfinerhaus, Wien; Diplomierung 1991; Studium der Erziehungswissenschaft mit Fächerkombination Medizin und Soziologie an der Universität Wien; Sponsion zur Mag.^a phil. 2002

Direktorin am Campus Rudolfinerhaus, Wien, und Studiengangsleitung des Bachelorstudienganges Gesundheits- und Krankenpflege, der am Campus Rudolfinerhaus in Kooperation mit der Fachhochschule Wiener Neustadt durchgeführt wird. Arbeitsschwerpunkte sind die Professionalisierung der Pflege, Pflege im historischen und feministischen Kontext und Gerontologische Pflege mit Schwerpunkt auf Menschen mit Demenz.





Die Bedeutung für die Praxis

Die Sprache der PatientInnen

Ruth Deutsch-Hohberg

Viele Untersuchungen haben bereits gezeigt, dass die Sprache der PatientInnen und die Sprache der im Gesundheitswesen tätigen Personen oft nicht dieselbe ist.

Fast jede Patientin/jeder Patient erlebt den Krankenhausaufenthalt als einen Ausnahmezustand – sei es aufgrund der Abklärung von Krankheitssymptomen, angesichts eines Therapiebeginns, oder etwa der Vorbereitung einer Operation wegen, deren Ausgang noch Unsicherheiten birgt. Diese Situationen erfordern zumeist absolutes Vertrauen in Personen, die einem zwar Sicherheit zu vermitteln bemüht sind, aber letztendlich liegt es an der Patientin/am Patienten selbst, ob sie/er sich compliant zeigt, dem ganzen Prozess zustimmt und sich in die

Obhut des Pflegepersonals begibt.

Umso wichtiger ist die Sprache der begleitenden Fachpersonen, das empathische Eingehen auf Sorgen und Ängste sowie das entgegengebrachte, wertschätzende Verständnis für die Belange der PatientInnen. Dies stellt eine große Herausforderung an die Interaktion dieser so wichtigen Zweckgemeinschaft dar.

In den letzten Jahrzehnten hat sich auf diesem Gebiet sehr viel verändert: Untersuchungen und Forschungsergebnisse insbesondere der Pflegewissenschaft zeigen, welch enorme Bedeutung die Kommunikation zwischen Pflege/Medizin und PatientIn darstellt, da diese Verständigung im Rahmen von

hochtechnisierten Abläufen im Krankenhaus oft intransparent ablaufen kann.

Wie also müsste die ideale Sprache aussehen, um in der teilweise bestehenden Anonymität und Sprachlosigkeit unserer Krankenhäuser den kranken Menschen zu erreichen – ein Sprachgebrauch auf Augenhöhe, abgestimmt auf die Patientin/den Patienten, ohne sie/ihn dabei zu überfahren?

Worte, Gestik und Mimik dienen zur verbalen und nonverbalen Verständigung, aber sie haben auch Heilungscharakter. Wie wirkt Sprache heilend? Welche Voraussetzungen braucht es, damit sowohl Sprechen als auch Schweigen mit der Patientin/dem Patienten gelingen? Ich erinnere mich

an die Erzählung einer sehr jungen Kollegin, die ihre ersten Erfahrungen mit einem verzweifelten Patienten sammelte, und schließlich einsehen musste, dass hierbei fundierte Argumentation in fachlicher Terminologie völlig inadäquat und unangebracht gewesen wäre – in jenem Fall bedurfte es primär zweier Dinge: Zeit und Ruhe. Für das Sammeln einzelner Gedanken des Patienten und für das Finden der richtigen Worte, um mögliche Unsicherheiten und Ängste artikulieren zu können. Das Erleben, wie eine Situation sich im Moment verändern kann, nämlich das Gelingen einer Wendung, die dem Patienten Erleichterung verschaffte und infolge das gemeinsame

Erarbeiten der Fragen an den Arzt ermöglichte, prägten diese junge Frau. Dies demonstriert eine Sprache unter den Aspekten von Verständnis und Vertrauen.

Viktor Frankl hat gezeigt, dass man schwierige Sachverhalte verständlich machen kann, ohne deshalb oberflächlich werden zu müssen. Die Kranken sind davor zu bewahren, ihr wahres „Sein“, zu verbiegen und zu verraten.¹ Studien der Pflegewissenschaft haben die Bedeutung von Empathie in der Pflege untersucht und diese als wichtige Voraussetzung für eine therapeutische, pflegerische Beziehung belegt.² Meiner Ansicht nach, kann Ähnliches sehr gut vom

Umgang mit Demenzzkranken abgeleitet und auch im Kontakt mit PatientInnen im Akutkrankenhaus umgesetzt werden.

Allerdings zeigt ein Querschnitt einschlägiger Studien zur Empathie von Pflegepersonen beträchtliche Defizite und einen hohen Lernbedarf auf diesem Gebiet auf.³ Eine sehr wichtige und spannende Thematik für alle im Gesundheitswesen tätigen Personen und eine Problematik, die in der Lehre und Praxis des Rudolfinerhauses seit jeher einen großen Stellenwert eingenommen hat, welche auch in Zeiten der Veränderungen stets berücksichtigt und an junge Menschen weitergegeben werden muss.

1 Lukas (2002), S. 66

2 Bischoff-Wanner (2002), S.15-16; Seidl & Walter (2012), S. 87

3 Reynolds & Scott (2000), S. 223-234; Reynolds et al. (1999), S. 1177-1185; Seidl & Walter (2012), S. 90

Literatur

Bischoff-Wanner, C. (2002). Empathie in der Pflege: Begriffserklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells. Bern: Hans Huber.

Lukas, E. (2002). Lehrbuch der Logotherapie: Menschenbild und Methoden (2. Aufl.). München: Profil Verlag.

Reynolds, W.J., Scott, B. & Jessiman, W.C. (1999). Empathy has not been measured in clients' terms or effectively taught: a review of

the literature. Journal of Advanced Nursing, 30 (5), 1177-1185.

Reynolds, W.J. & Scott B. (2000). Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? Journal of Advanced Nursing, 31 (1), 226-234.

Seidl, E. & Walter, I. (2012). „Wenn man mich fragt...“: Eine Untersuchung zur Lebensqualität demenzkranker Menschen im Pflegeheim. Klagenfurt: Hermagoras.

Autorin:

Ruth Deutsch-Hohberg, MAS

Pflegedirektorin Rudolfinerhaus

Ausbildung

Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege am Rudolfinerhaus; Abschluss Universitätslehrgang Gesundheitsmanagement (Akademische Gesundheitsmanagerin); Abschluss Universitätslehrgang Gesundheitsmanagement (MAS); Abschluss des viersemestrigen Lehrgangs der Logotherapie und Existenzanalyse

Tätigkeitsbereich

Pflegedirektorin und Mitglied der Geschäftsführung der Rudolfinerhaus Privatklinik GmbH seit Mai 2009





Gesundheitszentren – ein Aufgabengebiet für die Pflege

Monika Wild

Im Zuge der Gesundheitsreform 2013 wurde mit der Etablierung eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung auch die Stärkung der Primärversorgung der in Österreich lebenden Menschen vereinbart.

Die Eckpunkte der Primärversorgung wurden in der B-ZV (2013) wie folgt festgelegt:

- Primärversorgung ist die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung.
- Sie soll den Versorgungs-

prozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung.

- Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.

Ein wichtiger Baustein dieser neu konzipierten Primärversorgung ist die Schaffung von multiprofessionellen Teams, die entweder in einem Gesundheitszentrum an einem Standort oder in vernetzten Einzelstandorten zusammenarbeiten werden. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen als Mitgliedern im Kernteam kommt hier zukünftig eine zentrale und wichtige Rolle zu.

Durch die Etablierung multiprofessioneller sog. Primär-

versorgungseinheiten oder Gesundheitszentren sollen für die PatientInnen folgende Ziele erreicht werden:

- Verbesserung des Zugangs zur Primärversorgung insbesondere auch an Tagesrandzeiten und an Wochenenden
- Attraktivierung des Leistungsangebots in der Primärversorgung z. B. durch Angebote zur Gesundheitsförderung
- Verbesserung der Versorgungskoordination zur Reduktion unnötiger Patientenwege zwischen unterschiedlichen diagnostisch und therapeutisch tätigen Einrichtungen
- Kontinuitätsgewährleistung und Koordination

der Betreuung insbesondere auch für chronisch Erkrankte, für Kinder und Jugendliche sowie für die ältere Bevölkerung

- Stärkung der Integration von gesundheitsförderlichen und krankheitsvorbeugenden Maßnahmen in der Primärversorgung
- Unterstützung der PatientInnen bei der Orientierung im Gesundheitsversorgungssystem und im damit verbundenen Sozialbereich (vgl. Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich, 2014).

Diese geplanten Gesundheitszentren sollen einerseits den PatientInnen eine umfassendere Gesundheitsversorgung außerhalb des Krankenhauses bieten, andererseits sind sie ein neues Handlungsfeld für die Gesundheits- und Krankenpflege.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage: Welche konkreten Aufgaben werden von der Pflege zukünftig in diesen Primärversorgungszentren übernommen? Hier wird es wahrscheinlich regionale Unterschiede geben, da sich die Aufgaben des Gesundheitszentrums nach dem jeweiligen Versorgungsauftrag richten werden. Dieser Versorgungsauftrag wird bei der Etablierung von Gesundheitszentren mit den Krankenkassen ausverhandelt und orientiert sich am Regionalen Strukturplan Gesundheit.

Unabhängig davon könnten aber auf Basis des Berufsbildes von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und der beschriebenen Zielsetzungen von Gesundheitszentren von den Mitgliedern dieser Berufsgruppe folgende Aufgaben übernommen werden:

- Mitwirkung bei med. diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei der akuten Versorgung
- Mitwirkung bei der Verlaufskontrolle bei komplexen Fällen
- Wundmanagement, Mitwirkung beim Schmerzmanagement
- Mitwirkung beim Medikamentenmanagement
- Mitwirkung bei telemedizinischer Versorgung und integrierten Versorgungsprogrammen
- Schulung und Anleitung im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen (z.B. in Bezug auf Hilfsmittel/Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung) im Lebensumfeld
- Beratung und Unterstüt-

zung insbesondere in Bezug auf Sturz- und Dekubitusprophylaxe, Demenz, Fehl- bzw. Mangelernährung

- Hausbesuche bei geriatrischen Personen zur Risikoevaluierung (präventive Hausbesuche)
- Unterstützung im Selbstmanagement (medizinisch, sozial, emotional) / Anleitung zur Selbstversorgung, Motivation/ Empowerment
- Koordination bedarfsspezifischer erforderlicher Leistungen von Gesundheits- und Sozialberufen bzw. Diensten (Case- und Caremanagement)

Ein wichtiger zu klärender Aspekt ist die Frage der Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitszentren, Medizinischer Hauskrankenpflege und der sog. Sozialen Hauskrankenpflege. Viele der oben angeführten Tätigkeiten werden derzeit von der Hauskrankenpflege erbracht. Hier sind dringend Kriterien erforderlich, wann die Leistungserbringung, z. B. ein Verbandwechsel, in das Versorgungsspektrum von Ge-



sundheitszentren und wann in das Spektrum mobiler Pflegedienste fällt. Da es für beide Sektoren unterschiedliche Financiers, Zuständigkeiten und Regelungen wie z.B. die Kostenbeteiligung von PatientInnen gibt, muss dies rasch gelöst werden.

Durch die Etablierung multiprofessioneller Gesundheitszentren ergibt sich auch die Chance der Gesundheitsförderung und Prävention einen größeren Stellenwert zu geben. Die Gesundheits- und Krankenpflege könnte in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle überneh-

men. Zusammenfassend lässt sich sagen: Für Pflegekräfte gibt es zukünftig nicht nur ein neues „Arbeitssetting“ sondern es kommen auch neue fachliche Aufgaben sowie Chancen, das bestehende Handlungsfeld zu erweitern und zu vertiefen auf die Pflege zu.

Autorin:

Mag.^a Monika Wild, MAS MSc

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester; Studium der Pädagogik und Fächerkombination und Pflegewissenschaft an der Karl-Franzens-Universität Graz; Hochschullehrgang „Gesundheitsförderung Internationales Training für Projektentwicklung“ am IFF; Universitätslehrgang „Gesundheitsmanagement“ an der Donauuniversität Krems; Universitätslehrgang „Nursing Science“ an der Donauuniversität Krems

Ab Mai 1993 Leiterin der Gesundheits- und Sozialen Dienste des Österreichischen Roten Kreuzes und seit 1. Juli 2017 Leiterin des Bereiches Einsatz und Gesundheit; Lektorin an mehreren Universitäten und Fachhochschulen; Mitglied des Gesundheits- und Krankenpflege Beirats im Gesundheitsministerium; Stv. Obfrau der Österreichischen Gesellschaft für Case- und Caremanagement; seit 2010 Mitglied des Obersten Sanitätsrates





Foto: Sitzung Stationsleitung, 2014

Die Rolle der Pflegeforschung am Rudolfinerhaus

*Andrea Smoliner, Beatrix Balasko,
Marie Christine Theuer, Margareta Leitner*

Die Pflege am Rudolfinerhaus wird im In- und Ausland für ihre außergewöhnliche Qualität geschätzt. Das Erfolgsgeheimnis: ein wissenschaftlich basiertes Konzept, das sich permanent den sich ändernden pflegerischen Anforderungen anpasst, und eine Stabstelle, die für Fragen der Pflegeentwicklung und pflegerischen Qualitätssicherung verantwortlich zeichnet.

Evidence-based Nursing

Seit 2006 wird im Rudolfinerhaus nach dem Konzept Evidence-based Nursing (EBN) gearbeitet, um den gesetzlichen und gesellschaftlichen Ansprüchen zu entsprechen, die eine Pflege und Betreuung gemäß dem letzten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse fordern.

Im Rudolfinerhaus wird EBN als eine Denk- und Arbeitsrichtung verstanden, die problem- und handlungsorientiert von der konkreten Praxissituation ausgeht und ihre Entscheidungsfindung auf verschiedene Wissensquellen stützt: Forschung, klinische Erfahrung, Patientensituation und lokaler Kontext.

Die Zielsetzung von EBN ist, den PatientInnen eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Pflege basierend auf wissenschaftlich erwiesenem Wissen anzubieten. Die im Rudolfinerhaus umgesetzte Pflegephilosophie der patientenorientierten Pflege (Bezugspflege) sowie die vorhandenen Strukturen wie zum Beispiel die Pflegebibliothek oder der Pflegear-

beitskreis bieten dafür gute Rahmenbedingungen.

Die Praxisumsetzung des Konzepts EBN im Rudolfinerhaus umfasst folgende Aspekte:

1. Erarbeitung von hausinternen Pflegestandards und Patienteninformationsunterlagen anhand von Forschungswissen und Erfahrungswissen der Pflegenden unter Miteinbezug der PatientInnen,
2. Forschungsanwendungsprojekte, um wissenschaftlich erwiesene Maßnahmen in die Praxis zu transferieren und zu implementieren und
3. Bearbeitung von Praxisfragen anhand von Forschungsliteratur.



Academic-Practice-Partnership

Eine weitere Initiative des Pflegebereichs des Rudolfinerhauses ist die seit 2015 bestehende Academic-Practice-Partnership (APP) mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien.

Während das Institut für Pflegewissenschaft die notwendige Forschungsinfrastruktur und wissenschaftliche Expertise bietet, um Studien qualifiziert durchführen zu können, entwickelt der Pflegebereich des Rudolfinerhauses gemeinsam mit dem Campus Rudolfinerhaus die notwendigen Inhalte. Oberstes Ziel der Partnerschaft ist die Optimierung und Weiterentwicklung des pflegerischen Angebots.

Aktuelle Forschungsprojekte im Rahmen dieser Partnerschaft sind:

1. Entwicklung, Implementierung und wissenschaft-

liche Evaluierung des PatientenInformations- & Beratungszentrums (PIZ) am Rudolfinerhaus. Das PIZ läuft seit Oktober 2015 bereits sehr erfolgreich.

2. Medikamentenselbstmanagement im Alltag (ein vom Wissenschaftsministerium gefördertes Responsible Citizen Science and Open Innovation Kooperationsprojekt).

Allianz für Responsible Science

Im Jahr 2016 ist der Pflegebereich des Rudolfinerhauses der vom Wissenschaftsministerium initiierten Allianz für Responsible Science beigetreten. Responsible Science, im EU-Kontext auch als „Responsible Research and Innovation“ (RRI) bezeichnet, bindet die Zivilgesellschaft aktiv in Forschungs- und Innovationsprozesse ein, um aktuelle Herausforderungen effek-

tiver und im Einklang mit den Werten, Erwartungen und Bedürfnissen der Gesellschaft bewältigen zu können.

Ziel dieser Allianz ist, dass die Partnerinstitutionen (derzeit 38 Institutionen aus Wissenschaft, Forschung, Bildung und Praxis) ein Kompetenznetzwerk bilden und einen gemeinsamen Kommunikations- und Entwicklungsprozess starten, der der Stärkung, kritischen Reflexion und Weiterentwicklung von Responsible Science in Forschung, Lehre und gesellschaftlichem Engagement dient.

Pflege ist ein Auftrag der Gesellschaft an eine Berufsgruppe, und somit sind die Angehörigen dieser Berufsgruppe für den „State of the Art“ der angebotenen Leistungen verantwortlich. Die Pflegeforschung ist ein nicht mehr wegzudenkender Aspekt der Pflege, denn beim „Wissen, dass ...“ im Gegensatz zum „Glauben, dass ...“, wird das Ergebnis nicht dem Zufall überlassen, sondern eine Pflege angeboten, die nachgewiesener Weise das beste Ergebnis für die PatientInnen bringt.

Autorinnen:

Stabstelle Pflegeentwicklung am Rudolfinerhaus

Auf Initiative von Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Seidl wurde 1998 die Stabsstelle Pflegeentwicklung im Rudolfinerhaus ins Leben gerufen. Unter der Leitung von Dr.ⁱⁿ Andrea Smoliner, MNS verfolgt das Team bestehend aus vier Pflegespezialistinnen unter anderem folgende Ziele:

- Entwicklung der Pflege im Rudolfinerhaus entsprechend den aktuellen fachlichen und gesellschaftlichen Anforderungen
- Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege

Pflegespezialistinnen (Foto v.l.n.r.):

Maria Christine Theuer, Dr.ⁱⁿ Andrea Smoliner, MNS, Margareta Leitner, BScN, Mag.^a Beatrix Balasko



Der mangelnde Wissenstransfer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse kritisch betrachtet

Berta Schrems

Die Pflegewissenschaft in Österreich kann dank des unermüdlichen Einsatzes der Pionierinnen auf viele Erfolge verweisen. Beklagt wird nun auch nicht mehr die zögerliche Etablierung der Pflegewissenschaft, sondern der mangelnde Transfer des Wissens, das sie produziert. Dass es sich dabei um kein exklusives Problem der Pflege handelt, wird mit der jungen Disziplin der Implementierungswissenschaft unterstrichen.

Das Problem der geringen Durchdringung der Praxis mit wissenschaftlichen Erkenntnissen findet sich in zahlreichen Veröffentlichungen zu den Themen Evidence-based nursing und Theorie-Praxis-Transfer

(Breimaier et al. 2011; Curtis et al. 2017; Haslinger et al. 2015; Meyer/Köpke 2012). Diesen Erkenntnissen liegen drei unausgesprochene Annahmen zugrunde, die es kritisch zu reflektieren gilt.

Die erste Annahme ist, dass es ein Maß für die Durchdringung der Pflegepraxis mit wissenschaftlichem Wissen gibt. Dass fundiertes Wissen zur Qualität der Versorgung beiträgt, sei unbestritten, die Suche nach Kriterien für eine gute Durchdringung ist jedoch von wenig Erfolg gekrönt. Solange nicht deutlich ist, wann eine Durchdringung ausreichend ist, kann auch nicht von einer geringen Durchdringung gesprochen werden.

Eine zweite Annahme ist, dass Pflegewissenschaft Evidence-based nursing (EBN) bedeutet. EBN ist ein ganzheitliches Konzept und umfasst mehrere Wissensquellen. Der Wissenstransfer aus der Pflegewissenschaft in die Praxis ist nur ein Teil von EBN, dies wird bei der Frage, wie evidenzbasiert die Pflege arbeitet, oft vergessen (Greenhalgh/Wieringa 2011; Mackey/Bassendowski 2017).

Die dritte Annahme ist, dass die Kluft zwischen Theorie und Praxis überwunden werden muss. Theorie und Praxis sind jedoch zwei unterschiedliche Kategorien (Larsen et al. 2002). In der Wissenschaft gilt das Prinzip der Verallgemeinerbarkeit, in der Praxis hingegen das

der Individualisierung und Entwicklung personalisierter Gesundheitsstrategien (Han 2016). Für die Theorie- und Praxisverknüpfung ist damit die Kluft unabdingbar, denn nur dann kann eine praktische Situation vor dem

Hintergrund allgemeiner Erkenntnisse oder Regeln verstanden werden. Dazu ist ein gutes Verständnis von Forschung sowie reflexives und fallorientiertes Arbeiten nötig. Mit der Ausbildung im tertiären Bereich sind

die Grundlagen gelegt. Am Leben erhalten kann man sie jedoch nur mit einer konstruktiven Zusammenarbeit von Wissenschaft, Politik und Management.

Literatur

Breimaier, H.E./Halfens, R.J.G./Lohrmann, C. (2011): Nurses' wishes, knowledge, attitudes, and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. In: *Journal of Clinical Nursing* 20/11-12, S. 1744-1756.

Curtis, K./Fry, M./Shaban, R. Z./Considine, J. (2017): Translating research findings to clinical nursing practice. In: *Journal of clinical nursing* 26/5-6, S. 862-872.

Greenhalgh, T./Wieringa, S. (2011): Is it time to drop the 'knowledge translation' metaphor? A critical literature review. In: *Journal of the Royal Society of Medicine* 104/12, S. 501-509.

Han, C. J. (2016): A Concept Analysis of Personalized Health Care in Nursing. In: *Nursing forum* 51/1, S. 32-39.

Haslinger, E. /Lang, G./G., Müller (2015): Einfluss und Zusammenhang von Einstellung, Verfügbarkeit und institutioneller Unterstützung auf die Anwendung von Forschungsergebnissen in der pflegerischen Praxis - Ergebnisse einer explorativen quantitativen Querschnittstudie. In: *Pflege* 28/3, S. 145-155.

Larsen, K./Adamsen, L./Bjerrgaard, L./Madsen, J. K. (2002): There is no gap 'per se' between theory and practice: Research knowledge and clinical knowledge are developed in different contexts and follow their own logic. In: *Nursing Outlook* 50/5, S. 204-212.

Mackey, A./Bassendowski, S. (2017): The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice. In: *Journal of Professional Nursing* 33/1, S. 51-55.

Meyer, G./Köpke, S. (2012): Wie kann der beste pflegewissenschaftliche Kenntnisstand in die Pflegepraxis gelangen? In: *Pflege & Gesellschaft* 17/1, S. 36-44.

Autorin:

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Berta Schrems, M.A., Priv. Doz.

Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung; Soziologie- und Philosophiestudium; Weiterbildungen in Personal- und Organisationsentwicklung sowie Qualitäts- und Projektmanagement

Freiberuflich tätig in Lehre, Beratung und Forschung mit den Schwerpunkten Pflegediagnostik und Fallarbeit, Wissenschaftstheorie und Qualitätsmanagement; Privatdozentin der Universität Wien; Mitherausgeberin der PFLERGE - Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe; Mitglied des Gesundheits- und Krankenpflegebeirats des Bundesministeriums für Gesundheit





Foto: Fotolia

Ein Blick in die Zukunft

Wilfried Schnepf

Seit nunmehr über 20 Jahren beschäftige ich mich mit den Bedürfnissen von Familien, die von Krankheit und Pflegebedürftigkeit betroffen sind sowie mit der Bewältigung von chronischer Krankheit überhaupt. Settingspezifische Aspekte standen zu Anfang meiner wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesen Themen nicht im Vordergrund, sie sind erst durch die veränderten Arbeitsbedingungen und Wirklichkeiten, in denen man den Eindruck hat, es ginge darum, die Pflegeberufe „runter zu wirtschaften“ oder gar abzuschaffen. „Bei Visite sind mehr Ärzte anwesend, als PflegerInnen, es ist unerträglich.“ Diese Aussage einer Stationsleitung verdeutlicht die Dramatik der Pflege in Deutschland: in Akutbereichen haben wir einen Anstieg an Ärzten zu verzeichnen und einen wahrlichen Pflegenotstand.

Unter solchen Bedingungen mit Familien zu arbeiten ist kaum mehr möglich. Aber wir sollten nicht verzagt sein, sondern uns fragen, wie wir Familien besser auf das vorbereiten können, was sie bei einem Krankensein erwarten und welche Rolle sie in der Versorgung ihrer Angehörigen haben. Ein Beispiel hierfür ist die an der Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft jüngst vorgelegte Doktorarbeit von Brigitte Seliner aus Zürich. Es ging um eine „Advanced Practice Nurse Intervention für Eltern von Kindern mit chronisch komplexer Mehrfachbehinderung während eines Spitalaufenthaltes“ empirisch zu entwickeln. Die Arbeit reagiert auf zwei Tatsachen, nämlich auf die hohe Arbeitsbelastung von PflegerInnen, den Zeitmangel, selbst in der Schweiz und auf

die Zunahme von Kindern mit komplexen Mehrfachbehinderungen. Es macht Sinn, Eltern auf das vorzubereiten, was sie erwartet, aber die Arbeit zeigt auch, dass eine gute Vorbereitung alleine nicht ausreicht, wenn dann die Prozesse in der Klinik nicht stimmen.

Ein Thema, dem wir schon in der Akutklinik Aufmerksamkeit widmen müssen, ist die Übernahme der Rolle des pflegenden Angehörigen. Familienmitglieder werden zumeist „selbstverständlich, ohne darüber nachzudenken, weil man Familie ist“ zu pflegenden Angehörigen. Ich bin sehr froh, dass es gegenwärtig gerade auf dem Gebiet der Angehörigenpflege im Akutkrankenhaus viele vielversprechende Forschungen zu komplexen Interventionen gibt, die sich entweder auf eine spezifische Problematik beziehen, wie z.B. Schlagan-

fall oder auf die neue Rolle generell. Hier sei das Projekt „Familie Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ von Kollegin Katharina Gröning (2016) von der Universität Bielefeld genannt. 2014 wurden über 43.500 Angehörige aus Nordrhein-Westfalen erreicht. Derzeit liegen Analysen von 2.280 Fragebögen vor, das Profil der Angehörigen konnte beschrieben werden und aufgrund qualitativer Befragungen wurde deutlich, „wie“ Angehörige lernen und wie sie auf ihre Rolle vorbereitet werden können.

Diese Beispiele lassen sich ohne Probleme ergänzen, wie etwa Projekte, die sich mit der Rolle von Familien bei der Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus beschäftigen, Bedürfnisse von Familien mit einem Migrationshintergrund und Bedürfnisse von Familien im Zusammenhang mit „Palliativ Care.“ Es ist mir wichtig diese Beispiele anzuführen, weil ich mir selbst Mut damit machen möchte: auch wenn es derzeit nicht danach aussieht, so lohnt es sich mit Familien aus pflegewissenschaftlicher Sicht zu arbeiten. Dies ändert nichts an der Forderung, die Arbeitsbedingungen für PflegerInnen im Akutkrankenhaus schnellstmöglich zu verbessern, was bislang trotz aller Versprechungen der Gesundheitspolitik nicht eingetreten ist.

Ein weiteres Thema, das ich seit 2001 kontinuierlich verfolge, ist die Etablierung von „Familiengesundheitspflege,

Family Nursing“ in Deutschland. Ausschlaggebend war die WHO Ministerkonferenz seinerzeit in München und die Überzeugung, dass diese neue berufliche Rolle geeignet ist, Familien bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit zu unterstützen. Nach 16 Jahren arbeiten am Konzept der „Family Health Nurse“ stelle ich fest, dass wir es nicht geschafft haben, das Modell in der Breite einzuführen. In Österreich ist das Modell nie aus dem Stadium der curricularen Entwicklung herausgekommen und in Deutschland stellen nahezu alle Anbieter die Weiterbildung ein, da es an Interessenten mangelt. Das verwundert mich auch nicht, denn es ist nie gelungen, das Modell im Kontext aller Versorgungsangebote zu etablieren. Offensichtlich passt es in Deutschland in „Nischen“ wie Gesundheitsamt und Jugendamt, wo traditionell keine PflegerInnen tätig sind, nicht aber in Versorgungsangeboten, die nach starren Gesetzen und Regelungen finanziert werden. Dies ist umso bedauerlicher, weil wir wissen, welchen positiven Beitrag gerade FamiliengesundheitspflegerInnen bei der Unterstützung von Familien leisten. Die Lehren, die wir ziehen können sind eindeutig: Public Health Versorgungskonzepte, wozu Family Health Nursing gehört, lassen sich nicht einfach in Deutschland implementieren.

Ein positiver Effekt sollte allerdings nicht übersehen werden: durch die permanente Auseinandersetzung

mit diesem Versorgungskonzept ist viel Wissen entstanden, das wir sehr wohl nutzen können. Die Entscheidung an der Universität Witten/Herdecke im Masterstudiengang „Familienorientierte Pflege“ als einen Schwerpunkt anzubieten hat sich gelohnt. Studierende beschäftigen sich selbstverständlich mit „Familiensystemik, Genogrammen, Familieninterventionen, etc.“ Dies führt zu neuen Fragestellungen und auch zu neuen Antworten, die wir dringend benötigen, wenn es um die Erweiterung der beruflichen Rolle geht, die so dringend erforderlich ist. Wie schnell es zu neuen beruflichen Rollen kommen kann, wenn die Politik es will, zeigt sich am Konzept der frühen Hilfen. Hier sind insbesondere „Familienhebammen“ und die pädiatrische Pflege gefordert, die die „Frühen Hilfen“ als neues Versorgungskonzept neu gestalten müssen. Hier kommt übrigens „Family Nursing“ über die Hintertür, denn „Frühe Hilfen“ kann man nicht ohne Wissen über „Family Nursing and Midwifery“ gestalten. Für die Hebammen und die Kinderkrankenpflege stellen sich ganz neue Herausforderungen, die es zu untersuchen gilt, womit wir im Ph.D/Doktoranden Kolleg Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke auch begonnen haben (Schlüter-Cruse, Martina „Zur Anbindung der Regelversorgung von Hebammen in die Netzwerke Früher Hilfen – eine Betrachtung aus Hebammenperspektive“ und Kimmerle, Birte „Die Rolle der Familien-Gesundheits-

und Kinderkrankenpflege in den Netzwerken der Frühen Hilfen). Offensichtlich ist es nicht einfach, berufsgruppenübergreifend zu kooperieren.

Schauen wir uns an, wie Familien außerhalb des Akutkrankenhauses bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit geholfen wird, dann handelt es sich zumeist um Hilfen, die sich aus entsprechenden Gesetzen ableiten lassen. In Österreich und Deutschland ist es die Hauskrankenpflege, die finanziert wird, allerdings nicht im vollen Umfang, sondern bezogen auf bestimmte Leistungen, die, so wissen wir, häufig nicht dazu geeignet sind, den Anforderungen und Bedürfnissen zu entsprechen und beispielsweise Überlastung der Angehörigen zu vermeiden. Im Grunde handelt es sich einzig um die Frage, wer berechtigt ist, bestimmte Leistungen zu beziehen und nicht um die Frage, was eigentlich von wem getan werden muss, damit die Pflegebedürftigkeit im häuslichen Bereich gut bewältigt werden kann. In Österreich und Deutschland ist versäumt worden, Gemeindepflege zu entwickeln, wie wir sie zum Beispiel aus Skandinavien kennen. In Deutschland hat der Vorläufer der „ambulanten Pflege“, nämlich die „Sozialstation“ nie wirklich das Potential entfalten können, das ursprünglich gedacht war. Die Restriktionen waren zu hoch und die Grenzen der Sektoren Gesundheit und Soziales waren unüberwindbar. Dass wir nun auf einmal über neue Versorgungskon-

„Wir müssen den engen Fokus auf das Akutkrankenhaus überwinden und gleichzeitig für Arbeitsbedingungen sorgen, die es uns möglich machen wieder das zu tun, was unsere gesellschaftliche Aufgabe ist, nämlich zu pflegen. Unser Blick auf pflegerische Phänomene wird sich erweitern vom „Patienten“ hin zu seinen Nächsten, seiner Familie“.

zepte wie etwa „Hospital at home, Community Care, Medizinische Versorgungszentren (MVZ)“ nachdenken hat weniger mit der Einsicht in die Kompetenzen der pflegerischen Berufsgruppen zu tun, sondern entweder geht es um Kosten oder um die bedrohte medizinische Grundversorgung. Es geht also um Versorgungskonzepte, die im hohen Maße der medizinischen Versorgung von Menschen dienen. Somit haben wir es automatisch mit der Medizin zu tun, die nahezu „genetisch“ die Auffassung vertritt, dass ÄrztInnen das Sagen und die Deutungshoheit haben, so als sei es ein Naturgesetz. Es wird für pflegerische Berufsgruppen ganz sicher nicht einfach werden, sich im Verteilungskampf um Mittel, gegenüber den Machtansprüchen der Ärzte und einer Gesundheitspolitik, der in Sachen Pflege nicht zu vertrauen ist, zu behaupten. Was mich mit Blick auf diese Entwicklung so erstaunt, ist die Weigerung von Gesundheitspolitik und Medizin in Deutschland und

Österreich anzuerkennen, dass in anderen Ländern die Versorgung von Pflegebedürftigen und ihren Familien tatsächlich besser gelingt, als vor der eigenen Haustür. Ich habe diese Verweigerung europäische Standards umzusetzen nie wirklich verstanden, auf Dauer wird sie auch nicht bestehen bleiben können.

Was also sind die Herausforderung in der Zukunft? Es gilt die Akademisierung und Professionalisierung der Pflege als Disziplin und Gesundheitsberuf voranzutreiben. Wir dürfen uns niemals auf unseren Erfolgen ausruhen. Erst wenn es „normal“ ist, dass von einer Stationsleitung erwartet wird, dass sie einen Masterabschluss hat, haben wir etwas erreicht, worüber wir uns freuen können. Wir müssen den engen Fokus auf das Akutkrankenhaus überwinden und gleichzeitig für Arbeitsbedingungen sorgen, die es uns möglich machen wieder das zu tun, was unsere gesellschaftliche Aufgabe ist, nämlich zu pflegen. Unser Blick auf pflege-

rische Phänomene wird sich erweitern vom „Patienten“ hin zu seinen Nächsten, seiner Familie. Wir werden den Blick für die ambulante Versorgung schärfen müssen, denn es geht um mehr als die klassische und unverzichtbare Hauskrankenpflege. Wir werden unsere berufliche Rolle weiter entwickeln, wir werden in der primären Gesundheitsversorgung medizinische Leistungen erbringen, die bislang Hausärzte erbracht haben. Wir werden künftig in „Medizi-

nischen Versorgungszentren“ mit Ärzten und anderen Gesundheitsberufen arbeiten. Wir werden neue Aufgaben übernehmen, wie in den „Frühen Hilfen“ und der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen. Ob es zu einer Wiederbelebung von Community Care kommt, oder ob darunter einzig die Übernahme von Hausarztstätigkeiten verstanden wird, werden wir sehen.

Meine große und verehrte Lehrerin Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ mult.

Ruth Schröck hat vor vielen Jahren bei der Beschreibung dessen, was Pflege ist festgestellt, dass die Pflege des kranken Menschen in allen Zeiten und in allen Kulturen als eine individuelle Tat angesehen wurde. Weil Pflege so wichtig ist, hat sie ihren Platz im Reigen der wissenschaftlichen Disziplinen. Dass dies auch in Österreich der Fall ist, verdanken wir unter anderem „25 Jahre Pflegewissenschaft“ am Rudolfinerhaus. Hierzu gratuliere ich.

Literatur

Gröning, Katharina; Seifen, Stephan; von Kamen, Ruth (2016): Familiäre Pflege im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung, in: Projekt „Erstellung einer NRW-spezifischen Übersicht zur Gesamtsituation pflegender Angehöriger (NRW-SÜPA), Abschlussbericht, Universität Witten/Herdecke.

Seliner, Brigitte (2017): Entwicklung und Evaluation einer Advanced-Practice-Nurse-Intervention für Eltern von Kindern mit chronisch komplexer Mehrfachbehinderung während eines Spitalaufenthaltes. Dissertation zur Erlangung des Grades eines Philosophical Doctor (PhD), Universität Witten/Herdecke.

Autor:

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

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



IMPRESSUM

Herausgeber: Rudolfiner-Verein - Rotes Kreuz
Billrothstraße 78, 1190 Wien

Vorstand: KR Dr. Georg Semler,
Dr. Martin Leixnering, KR Sissy Mayerhoffer

Konzept, redaktionelle u. grafische Produktion:
Mag. Markus Brodnik,
Ruth Deutsch-Hohberg, MAS,
Martina Gartner,
Barbara Martinuzzi, BSc,
Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Seidl,
Mag.^a Elisabeth Sittner

Fotos: Fotolia, Rudolfinerhaus, Katharina Schiffl,
Anna Rauchenberger, Campus Rudolfinerhaus,
UMIT

Die Verwendung von redaktionellen Inhalten
ist nur mit ausdrücklicher schriftlicher
Genehmigung durch den Herausgeber gestattet.

Druck- und Satzfehler vorbehalten.