



© Fotolia

# ADVANCED NURSING PRACTICE KONGRESS – TAGUNGSBAND 2015

## Förderung der Sichtbarkeit der Pflege durch APN

FH OÖ Campus Linz

20. April 2015, 13:30 bis 18:00 Uhr

21. April 2015, 9:00 bis 18:30 Uhr

„Mit Wissen Weichen stellen,  
mit Netzwerken Lösungen setzen.“

[www.fh-ooe.at/anp-kongress2015](http://www.fh-ooe.at/anp-kongress2015)



UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES  
UPPER AUSTRIA

Tagungsband

**Kongress Advanced Nursing Practice:  
„Förderung der Sichtbarkeit der Pflege  
durch APN“**

Die Verantwortung für den Inhalt der Texte liegt bei den Autoren.

Kontaktadresse:

FH OÖ Studienbetriebs GmbH

Garnisonstraße 21, 4020 Linz/Austria

[www.fh-ooe.at/anp-kongress2015](http://www.fh-ooe.at/anp-kongress2015)

Layout: Mag. (FH) Nicola Spitzer, FH OÖ, Garnisonstraße 21, A 4020 Linz

Fotos Titelseite:

Fotolia.de, Corbis und Getty Images

Linz 2015

# Vorwort

Zur Gesundheit kann und muss jeder selbst beitragen. Dieses Verständnis ist in der 5 Jahre Kongress Advanced Nursing Practice: war der Begriff ANP vor 5 Jahren weitgehend unbekannt, ist heute in der Pflegelandschaft hör- und merkbar, dass der erweiterten vertieften Pflegepraxis wichtige zukünftige Aufgaben und Rollen zugeschrieben werden (müssen). Der Ausbau der Primärversorgung, die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung, die verstärkte Übernahme von Autonomie und Verantwortung im Klinik- und im mobilen Setting sowie die Überführung der Ausbildung in ein Bachelorstudium sind sichtbare Zeichen einer zukunftsorientierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Im Zuge dieser (Um)Strukturierung sind vertiefte und erweiterte Kompetenzen unverzichtbar.

Durch die öffentlichen Diskussionen ist in der Bevölkerung das Thema Pflege vorrangig als Kostenfaktoren angekommen. Qualitätsdiskussionen als das Zukunftsthema bleiben unberührt. Sichtbarkeit ist dort notwendig, wo es gilt folgende Fragen (immer noch oder immer wieder) verstärkt in den Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung und Pflegeentwicklung zu rücken:

- Welche gesellschaftliche Aufgabe kommt der Pflege in der Versorgung der Bevölkerung zu?
- Welche Qualitätsanforderungen werden an die Pflege gestellt?
- Was darf Pflege kosten?
- Wie lassen sich die Ergebnisse/die Wirkung von Pflege messen?

Maßgeblich sind in der Beantwortung der Fragen, gelebte und sichtbare Kompetenzen der Berufsgruppe, die Übernahme von Verantwortung und vor allem aktiv Lösungen einzubringen. Ansonsten bleiben auch 2015 wesentliche Qualitätsdiskussionen aus.

Mein Dank gilt allen ReferentInnen, den PodiumsteilnehmerInnen, den Partner des Kongresses sowie der Moderatorin. Ich wünsche Ihnen ein angeregtes Lesen!

Ihre

*Silvia Neumann-Ponesch*

DGKS Mag. PhDr. Silvia Neumann-Ponesch, MAS  
Leitung Lehrgänge Gesundheit  
FH OÖ Campus Linz

---

# Inhaltsverzeichnis

---

## **Andreas Büscher**

- Wirkung von Pflege, Kompetenzen und deren Sichtbarkeit:  
ein kritischer Diskurs ..... 6

## **Jürgen Osterbrink**

- Förderung der Sichtbarkeit der Pflege durch Advanced Practice Nurses ..... 7

## **Franz Kiesel**

- Sichtbarkeit von APN in neuen Versorgungsformen am Beispiel Primary  
Health Care ..... 9

## **Friederike Stewig**

- Pflege-Ergebnisqualität und Messbarkeit von Pflege: Kontext der  
Rollenentwicklung für ANP ..... 14

## **Wolfgang Hockl**

- Erweiterter Nutzen und verringerte Kosten durch den Einsatz erweiterter  
und vertiefter Pflege im österr. Gesundheitswesen?  
(Stellungnahme Podiumsdiskussion) ..... 15

## **Josef Probst**

- Erweiterter Nutzen und verringerte Kosten durch den Einsatz erweiterter  
und vertiefter Pflege im österr. Gesundheitswesen?: Erweiterter Nutzen durch  
den Einsatz von Pflegefachkräften im Rahmen der neuen Primärversorgung  
(Stellungnahme Podiumsdiskussion) ..... 18

## **Franz Piribauer**

- Erweiterter Nutzen und verringerte Kosten durch den Einsatz erweiterter  
und vertiefter Pflege im österr. Gesundheitswesen? Neue Prozesse führen  
zu neuen Ergebnissen (Stellungnahme Podiumsdiskussion) ..... 21

## **Sigrid Pilz**

- Erweiterter Nutzen und verringerte Kosten durch den Einsatz erweiterter  
und vertiefter Pflege im österr. Gesundheitswesen?  
(Stellungnahme Podiumsdiskussion) ..... 23

## **Brigitte Schobesberger**

- Erweiterter Nutzen und verringerte Kosten durch den Einsatz erweiterter und vertiefter  
Pflege im österr. Gesundheitswesen?: Erweiterter Nutzen und verringerte Kosten durch den  
Einsatz erweiterter und vertiefter Pflege  
(Stellungnahme Podiumsdiskussion) ..... 24

## **Maria Flury**

- Advanced Nursing Practice in der pädiatrischen Onkologie ..... 26

<b>Manuela Angerer, Regina Stöbich</b>	
Interkulturalität: Eine besondere Herausforderung mit erweiterten Kompetenzen .....	28
<b>Natalie Lottersberger</b>	
Erfolgreiche Familienarbeit durch kompetenten Pflegeeinsatz .....	34
<b>Margarete Hader, Herbert Herbst</b>	
Förderung der Sichtbarkeit der Pflege durch APN .....	36
<b>Christa Tax</b>	
Pflegemanagement in der Verantwortung der Sichtbarkeit der Rolle ANP .....	39
<b>Monika Wild</b>	
Pflegemanagement in der Verantwortung der Sichtbarkeit der Rolle APN .....	44
AutorInnenverzeichnis .....	45

---

# ***Wirkung von Pflege, Kompetenzen und deren Sichtbarkeit: ein kritischer Diskurs***

*Prof. Dr. Andreas Büscher*

*Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften,  
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP),  
Caprivistraße 30 a, 49076 Osnabrück, GERMANY*

---

Die Wirkung von Pflege, pflegerische Kompetenzen und ihre Sichtbarkeit stehen in einem engen Verhältnis zueinander. Zuerst einmal ist jedoch zu fragen, gegenüber wem Sichtbarkeit hergestellt werden kann und soll. Neben den Adressaten pflegerischer Interventionen kommen dafür andere Berufsgruppen, die Gesellschaft und auch andere in Betracht. In einem zweiten Schritt ist zu fragen, wozu Sichtbarkeit hergestellt oder, wie es in einem Buch ausgedrückt wird<sup>1</sup>, warum der Pflege eine Stimme gegeben werden soll und welche Erwartungen damit in der Berufsgruppe verbunden sind.

Ausgehend von diesen Überlegungen zur Sichtbarkeit werden in dem Vortrag Ansatzpunkte zur Herstellung von Sichtbarkeit in der Pflege dargestellt. Diese zeigen sich z. B. in den Arbeiten des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) zur Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung evidenzbasierter Expertenstandards<sup>2</sup> wie in den Diskussionen um ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit im Rahmen von Langzeitpflegesystemen<sup>3</sup>, durch welches auch ein erweitertes Verständnis professionellen Pflegehandelns begründet werden kann.

Die Beispiele werden verdeutlichen, dass sich Aussagen zur Wirkung und Sichtbarkeit von Pflege sowohl innerhalb des fachlichen wie auch des gesellschaftlichen Diskurses bewähren müssen, um nachhaltige Wirkungen zu entfalten. Innerhalb des fachlichen Diskurses wird auch zu diskutieren sein, wie sich das Verhältnis zwischen genereller und erweiterter Pflegepraxis in Zukunft gestalten wird.

---

<sup>1</sup> Buresh, B., Gordon, S. (2006): Der Pflege eine Stimme geben. Was Pflegende wie öffentlich kommunizieren müssen. Bern: Huber.

<sup>2</sup> DNQP (Hg.) (2011): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Osnabrück: DNQP (abrufbar unter: <http://www.dnqp.de>)

<sup>3</sup> Wingenfeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8, Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld

---

# ***Förderung der Sichtbarkeit der Pflege durch Advanced Practice Nurses***

*Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Jürgen Osterbrink*

*Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis,  
Strubergasse 21, 5020 Salzburg, AUSTRIA*

---

Der Fokus der öffentlichen Debatte rund um die Zukunft der pflegerischen Versorgung liegt oftmals auf dem, was fehlt und nicht auf dem, was bereits da ist. Thema der Debatte sind nicht die zahlreichen pflegerischen Errungenschaften. Vielmehr sind es Themen wie z.B. der prognostizierte Fachkräftemangel sowie mangelnde Finanzierungsmöglichkeiten, die ins Zentrum der Betrachtung gerückt werden. Um die Sichtbarkeit der Pflege zu stärken, bedarf es jedoch mehr als nur die visuelle Wahrnehmung von Mängeln und Missständen.

Pflegende haben die Zeichen der Zeit erkannt und sind nun verstärkt darum bemüht, ein neues Bild der Pflege zu etablieren, indem sie beispielsweise durch umfassende Qualifizierungen ihre Kompetenzen erweitern und ein zunehmend größeres Aufgabenspektrum übernehmen. Die Entwicklungen im Bereich Advanced Nurse Practice sind ein Beispiel für die erweiterte und fortgeschrittene pflegerische Praxis, die in den letzten Jahren auch im deutschsprachigen Raum zu beobachten waren.

Es gilt nun, die politischen und strukturellen Rahmenbedingungen der wachsenden Verantwortung anzupassen und die besondere Bedeutung dieser fachlich hochqualifizierten Kräfte auch öffentlich deutlich zu machen.

In internationalen Studien (Aiken 2011, Aiken et al. 2003, Mason et al. 2005, Strömberg et al. 2003) konnte bereits belegt werden, dass zwischen höherer Qualifikation und Qualität der Pflege ein enger Wirkungszusammenhang besteht. Der Vortrag gibt einen Überblick über Beispiele aus den USA, Großbritannien und Schweden, die aufzeigen, dass Advanced Practice Nurses auf der Grundlage fundierter Fachkenntnisse eigenverantwortlich innerhalb eines klar definierten Aufgaben- und Kompetenzbereichs handeln, wodurch die Versorgungsqualität nachweislich verbessert werden konnte.

Anhand von Modellprojekten wie dem deutschen Versorgungsforschungsprojekt Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster ([www.schmerzfreie-stadt.de](http://www.schmerzfreie-stadt.de)) und der österreichischen OSiA-Studie zur Untersuchung des Schmerzmanagements in stationären Altenhilfeeinrichtungen wurden in den letzten Jahren Handlungsstrategien entwickelt, um die Rolle der Pflege im Versorgungsprozess durch höhere Qualifikation zu stärken.

Darüber hinaus wurde im Rahmen des Projekts Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster ein Handlungskonzept entwickelt, das sich auch auf die Förderung der Sichtbarkeit der Pflege durch Advanced Practice Nurses übertragen lässt. Dieses Konzept



beinhaltet die folgenden drei Aspekte:

**Fachlichkeit:** Der erste Schritt zur Erhöhung der Sichtbarkeit ist die Förderung der Fachlichkeit. Durch die Akademisierung der Pflege und umfangreiche qualifizierende Weiterbildungen erhöht sich der Kompetenzbereich der Pflegenden. Durch ihr Expertenwissen und Knowhow in spezifischen Bereichen der Pflege verfügen die Advanced Practice Nurses über solide Kenntnisse wissenschaftlicher Methoden und Fähigkeiten und setzen diese zur Verbesserung der Pflege ein. Die Pflegenden übernehmen koordinierende Aufgaben zwischen den Patienten, Angehörigen und in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und werden so zu einer wichtigen Schnittstelle im Versorgungsprozess. Eine wichtige Voraussetzung, damit die Pflegenden als hochqualifizierte Fachkräfte ihre volle Wirkung entfalten können, ist ein klar definierter Verantwortungsbereich.

**Öffentlichkeitsarbeit:** Im zweiten Schritt benötigt die Advanced Nursing Practice gezielte Öffentlichkeitsarbeit, um auf die Bedeutung qualifizierter Pflege aufmerksam zu machen. Dafür ist es essentiell, dass die Advanced Practise Nurses selbstbewusst ihre Interessen als topqualifizierte Versorger vertreten und so dazu beitragen, ein neues Bild der Pflege zu prägen. Vor diesem Hintergrund können Advanced Practise Nurses die öffentliche Debatte dahin gehend beeinflussen, den bisherigen defizitorientierten Fokus auf lösungsorientierten Ansätze zu verschieben.

**Netzwerkarbeit:** Im dritten Schritt geht es um die Umsetzung und Förderung aktiver Kooperation und wechselseitiger Wertschätzung zwischen den Berufsgruppen, um bestehenden Schnittstellenproblematiken entgegen zu wirken. Das durch die Kompetenzerweiterung geförderte positive Selbstverständnis und die daraus resultierende öffentliche Aufwertung führen dazu, dass Advanced Practice Nurses als gleichberechtigte Partner in der Zusammenarbeit wahrgenommen werden und ihre zentrale Position im Versorgungsprozess einnehmen können.

Die Advanced Practice Nurses stellen einen zentralen Baustein im Versorgungsprozess dar. Das oben beschriebene dreistufige Handlungskonzept verdeutlicht, dass neben der Fachlichkeit vor allem auch die Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit wichtige Komponenten für die Förderung der Sichtbarkeit der Advanced Practice Nurses sind.

## LITERATUR

Aiken, L.H. (2011). Nurses for the future. *New England Journal of Medicine*, 364:196-198

Aiken, L. H., Clark, S.P., Cheung, R.B. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *The Journal of the American Medical Association*, 290(12): 1617-1623

Mason, J. M., Freemantle, N., Gibson, J. (2005). Specialist nurse-led clinics to improve control of hypertension and hyperlipidemia in diabetes. *Diabetes Care*, January vol. 28 no. 1: 40-46

Strömberg, A., Martensson, J., Fridlund, B. (2003). Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial. *European Heart Journal*, 24: 1014-1023

---

# ***Sichtbarkeit von APN in neuen Versorgungsformen am Beispiel Primary Health Care***

*Franz Kiesl*

*Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, 4021 Linz, AUSTRIA*

---

## **EINLEITUNG**

Dreißig Jahre nach der Erklärung von Alma Ata hat die WHO im Weltgesundheitsbericht 2008 ihr damaliges Konzept von „Primary Health Care“ (Primärversorgung) wieder aufgegriffen und betont, dass die damalige Erklärung nichts an Aktualität eingebüßt habe und viel mehr nötiger sei denn je. In Zeiten von demographischem Wandel, veränderten Bedürfnissen älterer und chronisch kranker Patienten, steigenden Gesundheitsausgaben, einem zerklüfteten System zwischen ambulantem und stationärem Sektor etc. setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, dass Primärversorgung im Sinne von „Primary Health Care“ (PHC) eine zentrale Rolle in diesem Bereich einnimmt.<sup>1</sup> Darüber hinaus gibt es genügend Evidenz in der Literatur, dass eine starke Primärversorgung bessere Gesundheitsergebnisse erzielt, gerechter im Zugang sowie effektiver und effizienter in der Versorgung ist.<sup>2</sup>

Wie internationale Evaluierungen zeigen ist in Österreich die Primärversorgung derzeit unterdurchschnittlich ausgeprägt.<sup>3</sup> Die Stärkung der Primärversorgung ist daher auch ein wichtiges Anliegen der Gesundheitsreform. So sieht auch das operative Ziel 6.1.2 des Bundes-Zielsteuerungsvertrages (B-ZV) vor, multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung („Primary Health Care“) bis Mitte 2014 zu konzeptionieren und in der Folge Primrversorgungsmodelle auf Landesebene bis 2016 umzusetzen.<sup>4</sup> Das bundesweite Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung wurde am 30.6.2014 in der Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) beschlossen. Der weitere Schritt ist nun die Umsetzung des bundesweiten Primrversorgungskonzeptes auf Landesebene. In Oberösterreich wird aktuell das Konzept auf die Modellregion Enns übertragen.

---

<sup>1</sup> Schlette, S./Blum, K./Busse, R. (2009): Gesundheitspolitik in Industrieländern 11. Im Blickpunkt: Primärversorgung, Angemessenheit und Transparenz, nationale Politikstrategien, Bielefeld.

<sup>2</sup> Brouwer, W./ De Maeseneer, J./et al. (2014): Expert Panel on effective ways of investing in health. Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, European Commission.

<sup>3</sup> Kringos, D. (2012): The strength of primary care in Europe, Nivel, Utrecht, <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2012-1024-201011/kringos.pdf> (Zugriff 12.03.2015).

<sup>4</sup> Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2013), operatives Ziel 6.1.2.

## PRIMÄRVERSORGUNG (PRIMARY HEALTH CARE)

Primärversorgung nach „PHC“ ist eine moderne, wohnortnahe Gesundheitsversorgung, welches das erste Glied eines kontinuierlichen Versorgungsprozesses darstellt, in der sich ein interdisziplinäres, multiprofessionelles und integratives Primärversorgungsteam, bestehend aus Allgemeinmediziner\*innen, Dipl. Gesundheits- und Krankenschwestern-/pflegern (APN), Sozialarbeiter\*innen, Therapeuten, Hebammen und anderen Gesundheits- und Sozialberufen, umfassend und dauerhaft um Individuen und Bevölkerungsgruppen in allen Phasen von Gesundheit und Krankheit kümmert und dafür Sorge trägt, dass jede Behandlung auf der geeigneten Versorgungsebene stattfindet („best point of service“). „PHC“ umfasst dabei auch die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention, sowie die Stärkung des Selbstversorgersystems. „PHC“ ist ein umfassendes Gesundheitskonzept das weit über eine medizinische Perspektive hinausgeht.<sup>5</sup>

Im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz wird die Primärversorgung („Primary Health Care“) definiert als „die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen“.<sup>6</sup>

## PROBLEMDARSTELLUNG UND ZIELSETZUNGEN

Das österreichische Gesundheitswesen leidet vor allem unter der geteilten Zuständigkeit hinsichtlich Finanzierung und Steuerung (intramurale Bereich: insbesondere Land, extramurale Bereich: Sozialversicherung). So wie die ambulante Versorgung in Österreich derzeit organisiert ist, kommt es zu einer Fragmentierung des Gesundheitssystems. Dadurch entstehen Doppelgleisigkeiten, Doppeluntersuchungen, Qualitätsverluste bei der Betreuung der Patienten und erhöhte Krankenhauseinweisungen. Zudem ist unser derzeitiges Primärversorgungssystem medizinisch geprägt, krankheitsorientiert und besteht weitgehend aus Einzelkämpfern in der keine ausreichende Kommunikation und Kooperation zwischen den Bereichen stattfindet. Eine Verknüpfung zum Sozialbereich fehlt ebenso.<sup>7</sup>

Aufgrund der genannten Problematiken ergeben sich insbesondere folgende Zielsetzungen für die Neuausrichtung der Primärversorgung (unterteilt nach Patienten, Gesundheitsberufe und Systemsteuerung).

- Für Patienten: Verbesserung der Zugänglichkeit zur Primärversorgung (insbesondere an Tagesrandzeiten und an Wochenenden), Attraktivierung des Leistungsangebots, Verbesserung der Versorgungskoordination (Reduk-

---

<sup>5</sup> Sprenger, M. (2003): Das Sozialmedizinischen Zentrums Liebenau (SMZ) im Spiegel von Public Health und Primary Health Care.

<sup>6</sup> Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (2013), § 3 Z 7.

<sup>7</sup> Sprenger, M. (2003): Das Sozialmedizinischen Zentrums Liebenau (SMZ) im Spiegel von Public Health und Primary Health Care.

tion unnötiger Patientenwege), Stärkung von gesundheitsförderlichen und krankheitsvorbeugenden Maßnahmen, Unterstützung bei der Orientierung im Gesundheitsversorgungssystem.

- Für Gesundheitsberufe: Attraktivierung der Tätigkeitsfelder in der Primärversorgung, Arztentlastung durch andere Gesundheitsberufe (z.B. APN), Erleichterung und Unterstützung der Zusammenarbeit und Kommunikation, Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen (z.B. flexible Arbeitszeitmodelle), Weiterentwicklung von praxisbezogener Ausbildung.
- Für Systemsteuerung: Stärkung der Primärversorgung im ländlichen und städtischen Raum, Gestaltung der Honorierungsmodelle im Hinblick auf die Anforderungen der Primärversorgung, Sicherung der Qualität, Transparenz schaffen über Versorgungsabläufe und Behandlungen (Versorgungsforschung), Sicherstellung der zielgerichteten Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe (insbesondere durch Spitalsentlastung).<sup>8</sup>

## **FUNKTIONEN UND ANFORDERUNGEN EINER GESTÄRKTEN PRIMÄRVERSORGUNG**

Das bundesweite Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung sieht folgende Funktionen und Anforderungen einer gestärkten Primärversorgung vor.

- Erste Anlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem: Die Primärversorgung soll die Rolle der ersten Anlaufstellen im Gesundheitsversorgungssystem noch besser wahrnehmen als wie bisher. Insbesondere durch erweiterte Öffnungszeiten und eine gute örtliche Erreichbarkeit.
- Angebot von Gesundheitsförderung und Prävention: Primärversorgung im Sinne von „PHC“ beschäftigt sich nicht nur mit der Behandlung von Krankheiten, sondern auch mit der Förderung von Gesundheit und Prävention von Krankheiten. So sind mögliche gesundheitsförderliche und präventive Aktivitäten in der Primärversorgung etwa die Durchführung von Beratungen zur gesunden Ernährung und Bewegung, Sturzpräventionen, Suchtprävention, Stilberatungen sowie Impfungen etc.
- Umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen: Ziel der Primärversorgung ist es, akute Krankheitsgeschehen möglichst rasch einer adäquaten Behandlung zuzuführen und bei chronischen Krankheiten das Management zu optimieren. Dafür müssen die Informationsverluste horizontal und vertikal weitgehend durch eine koordinierte Versorgung reduziert werden.
- Koordinierung nach innen und außen, Informationsorganisation, Lotsenfunktion: Eine primäre Aufgabe der Primärversorgung ist es, den Versor-

---

<sup>8</sup> „Das Team und um den Hausarzt“ - Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich (2014), Wien, <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf> (Zugriff 12.03.2015).

gungsprozess zu koordinieren sowie die Beanspruchung der nachgeordneten Sektoren sinnvoll zu steuern, um eine kontinuierliche und ganzheitliche sicherzustellen.

- Mitwirkung an öffentlichen Gesundheitsaufgaben: Die Primärversorgung beteiligt sich an der Erfüllung der Ziele und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes und soll bei Bedarf ausgewählte öffentliche Gesundheitsaufgaben übernehmen (z.B. Totenbeschau, Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz, Impfungen etc.).
- Praktische Ausbildung für Gesundheitsberufe: Die neuen Primärversorgungsstrukturen sind auch Ausbildungsstätten für junge Health Professionals. Durch eine praktische und fundierte Ausbildung innerhalb der Primärversorgung sollen notwendige Kompetenzen und Qualifikationen erworben werden.
- Wissensgenerierung zum Versorgungsbedarf: Im Sinne einer kontinuierlichen Weiterentwicklung im Gesundheitswesen leisten die neuen Primärversorgungsstrukturen auch einen Beitrag zur Wissensgenerierung über den Versorgungsbedarf bzw. die Bedürfnisse und Präferenzen in der Bevölkerung (Versorgungsforschung).<sup>9</sup>

## **UMSETZUNG IN DER MODELLREGION ENNS**

Das bundesweite Primärversorgungskonzept wird aktuell in der Modellregion Enns umgesetzt. Dabei soll das Angebot in der Region Enns in einem schrittweisen Prozess von einer derzeit medizinisch geprägten Primärversorgung in Richtung einer umfassenden Primärversorgung nach „PHC“ entwickelt werden.

Durch Schaffung einer multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Gesundheitsförderung und Prävention soll kein vierter Versorgungsweg im ambulanten Sektor entstehen. Zweck ist es vielmehr, die derzeitigen ambulanten Versorgungswege neu zu strukturieren und vorhandene Bereiche sinnvoll zu bündeln. Dabei soll eine wohnortnahe Einrichtung entstehen, in der unterschiedliche Gesundheits- und Sozialberufe in einem Team zusammenarbeiten. Das Pilotprojekt in Enns ist fast ausverhandelt und wird voraussichtlich im zweiten Quartal 2016 starten.

## **AUSBLICK**

Neben der Modellregion in Enns sollen noch zwei weitere Pilotprojekte in Oberösterreich installiert werden. Für die Pilotphase sind Zwischenevaluierungen sowie eine Endevaluierung vorgesehen. Im Falle einer positiven Evaluierung sollen die neuen

---

<sup>9</sup> „Das Team und um den Hausarzt“ - Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich (2014), Wien, <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf> (Zugriff 12.03.2015).

Primärversorgungsmodelle ausgerollt werden. Dafür ist aber die Akzeptanz der Leistungserbringer, der Bevölkerung bzw. der Patienten notwendig. Die Mitwirkung der Leistungserbringer an den neuen Primärversorgungsmodellen beruht auf Freiwilligkeit. Es besteht kein Zwang zu neuen Strukturen und es erfolgt kein Eingreifen in bestehende Verträge. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass ein Nutzen bzw. eine Win-Win Situation für alle Beteiligten entsteht.

---

# ***Pflege-Ergebnisqualität und Messbarkeit von Pflege***

## ***Kontext der Rollenentwicklung für ANP***

*Mag. Friederike Stewig*

*Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, Wien, AUSTRIA*

---

Die Qualität von Pflege hat eine Vielzahl von Dimensionen, ihre Definition ist abhängig von der jeweiligen Perspektive. Dementsprechend sind auch die Anforderungen an das Outcome von Pflege, die entsprechenden Indikatoren und ihre Messung sowie die Darstellung von Pflege-Ergebnissen heterogen. Outcome und Indikatoren zu Pflege-Ergebnisqualität sind zentral für die Messbarkeit von Pflege und bilden damit einen wichtigen Kontext für die Rollenentwicklung für ANP.

Seit einigen Jahren werden bereits internationale Initiativen forciert, die sich mit der Entwicklung von Ergebnisindikatoren in der Pflege beschäftigen. Auch in Österreich erheben österreichische Krankenanstalten, Universitäten, Vereine und Pflegeheime auf Basis von pflegerelevanten Indikatoren die Qualität der angebotenen pflegerischen Versorgungsleistungen. Diese Indikatoren-Sets sind in ihrer derzeitigen Form uneinheitlich und somit nicht direkt vergleichbar. Eine übergreifende standardisierte Erhebung von Daten mit wissenschaftlich gestützten Instrumenten zur Beurteilung von Pflege-Ergebnisqualität erfolgt bis dato nicht. Damit fehlt die Sichtbarkeit von Pflege-Ergebnisqualität.

Im Vortrag wird aus der Perspektive von Outcome-Messung/ bzw. den Ergebnissen des GÖG-Projektes zu Pflege-Ergebnisqualität“ entlang der zentralen Fragen des Kongresses Fragen und Probleme von Outcome-Messung/ Indikatoren aufgezeigt werden.

Dabei wird auch gefragt, ob Indikatoren genutzt werden können, um Beiträge der Pflege nach Außen sichtbar zu machen und um innerhalb der Gesundheitsversorgung die Beiträge einzelner Professionen zu verdeutlichen bzw. das notwendige interprofessionelle Zusammenspiel zu spezifizieren. Damit werden Indikatoren als Kontextfaktoren für ANP Tätigkeiten sichtbar. Zudem wird ein Ausblick gegeben, welche Schritte dazu beitragen können, Outcome-Messung zu einem Instrument zu machen, das hochqualifizierte Pflegekräfte ‚vor Ort‘ darin unterstützt, eine patientenorientierte Pflege weiter zu entwickeln.

## **REFERENZ**

Stewig et. Al 2013, Pflege-Ergebnisqualität, GÖG, 2013, <http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/pflegeergebnisqualitaet.pdf>

---

# **Erweiterter Nutzen und verringerte Kosten durch den Einsatz erweiterter und vertiefter Pflege im österr. Gesundheitswesen?**

**(Stellungnahme Podiumsdiskussion)**

*Dr. med. Wolfgang Hockl*

*OÖ Gesellschaft für Allgemein und Familienmedizin - OBGAM  
Lehrbeauftragter für AM an der MedUni Wien und Innsbruck,  
Sportplatzstraße 9, 4470 Enns, AUSTRIA*

---

Der ungesteuerte Zugang der Patienten zu allen Versorgungsebenen ist ein wesentliches Problem unseres aktuellen Gesundheitssystems an. Das Spital ist eine der teuersten Möglichkeiten, die Gesundheitsversorgung zu organisieren; neue Modelle einer multiprofessionellen wohnortnahen Grundversorgung (Primary Health Care) schlagen zwei Fliegen auf einen Schlag: Sie erhalten die Gesundheit und sparen dabei Kosten.

Der Hausarzt der Zukunft wird sehr häufig nicht länger als Einzelkämpfer, sondern als Teamplayer agieren. Er ist Koordinator und erste Anlaufstelle für die Patienten, bezieht aber bereits auf dieser Ebene Pflegekräfte, Psychologen, Diätologen, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter etc. mit ein. Das Kernteam soll aus Ärzten, Assistentinnen und Pflegekräften bestehen.

Die regionale Versorgung in Form von multiprofessionellen Teams ist für 85% der Patienten „best point of service“, Vorsorge sollte sowieso in diesem Setting stattfinden (lokal, regional, den Patienten oder noch besser, den Mitbürger und Noch-Nicht-Patienten dort abholen, wo er einen niederschweligen Zugang hat).

Es gibt also einen klaren Nutzen für alle Beteiligten im System, indem Patienten dort andocken, wo der Zugang schnell und unkompliziert ist. Der Strukturwandel im Gesundheitswesen erhöht den Druck die bestehenden Strukturen rasch anzupassen. Die Pflege wird dabei eine wichtige Rolle spielen.

## **REFERENZEN**

1. The John Hopkins Primary Care Policy Center – PCA-Tools, [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johnshopkins-primary-care-policy-center/pca\\_tools.html](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johnshopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html),
2. Frenkh/Chen, Education of Health Professionals for the 21st Century, Lancet, 2010
3. Aiginger K., „Herausforderungen einer alternden Gesellschaft: Schwerpunkt Reformbedarf im
4. österreichischen Gesundheitssystem WIFO 111/2011
5. Czypionka Th.et al. (2011) „Health Workforce: Status quo und neue Berufsbilder“ in Health System
6. Watch, Fachzeitschrift Soziale Sicherheit I/2011, Herausgeber HV der SV-Träger



7. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Masterplan Gesundheit: Österreichs
8. Gesundheitssystem gemeinsam zukunftssicher umgestalten, Nr.42 2011
9. Hofmarcher, M. M. (2006). Health Systems in Transition. Austria - Health system review.
10. Copenhagen, WHO Europe.
11. Kringos, D. S. (2010). „The breadth of primary care: a systematic literature review of its core
12. dimensions.“ BMC Health Services Research 10(65): 1-13.
13. Land OÖ, OÖ. GKK (2011) „NSM - Nahtstellen-Management in OÖ“, Broschüre
14. Macinko, J. (2003). „The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within
15. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–
16. 1998.“ Health Services Research 38(3): 831-865.
17. Macinko, J. (2007). „Is Primary Care Effective? Quantifying the health benefits of primary care
18. physician supply in the United States.“ International Journal of Health Services 37(1):
19. 111-126.
20. Meads G., Shaw S. (2010). „Integrated primary care in an integrated Europe“ Primary Health Care
21. Research & Development 2010 11:105-107, Cambridge University Press
22. ÖÄK (2008). Das gesundheitspolitische Konzept der österreichischen Ärztekammer.
23. ÖÄK. (2010). „Hausärzte im Zentrum.“ Retrieved 28.07., 2010, from
24. <http://www.aerztekammer.at>
25. ÖGAM (2008). „Grundsatzpapier der ÖGAM zu einer Neuorientierung des österreichischen
26. Gesundheitssystems“. [www.oegam.at](http://www.oegam.at)
27. ÖGAM und Competence Center IGV der Österr. SV (2009).“ Integrierte Versorgung. Verständnis und
28. Aspekte der integrierten Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen“, [www.oegam.at](http://www.oegam.at)
29. Starfield, B. (1979). „Measuring the attainment of primary care.“ J Med Educ 54(5): 361-369.
30. Starfield, B. (1994). „Is primary care essential?“ The Lancet 344: 1129-1133.
31. Starfield, B. (1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New
32. York, Oxford University Press.
33. eite 11 / 12 Jänner 2014
34. Starfield, B. (2002). „Policy relevant determinants of health: an international perspective.“
35. Health Policy 60: 201-218.
36. Starfield, B. (2005). „Contribution of Primary Care to Health Systems and Health.“ The Milbank
37. Quarterly 83(3): 457-502.
38. Starfield, B. (2005). „The Effects Of Specialist Supply On Populations' Health: Assessing The
39. Evidence.“ Health Affairs: 97-107.
40. Starfield, B. (2006). „State of the Art in Research on Equity in Health.“ Journal of Health
41. Politics, Policy and Law 31(1): 11-32.
42. Stigler Florian L. (2010), „The future of Primary Care in Austria“, Dissertation, School of Medicine,
43. University of Manchester
44. WHO (1978) „Declaration of Alma Ata“, International Conference on Primary Health Care in Alma Ata

45. WHO (2000). The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva.
46. WONCA Europe (2002) „Die Europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin“, deutsche
47. Übersetzung ÖGAM und SGAM. [www.oegam.at](http://www.oegam.at)
48. WONCA (2002)“ Improving Health Systems: The contribution of Family Medicine”

---

# ***Erweiterter Nutzen und verringerte Kosten durch den Einsatz erweiterter und vertiefter Pflege im österr. Gesundheitswesen?***

## ***Erweiterter Nutzen durch den Einsatz von Pflegefachkräften im Rahmen der neuen Primärversorgung (Stellungnahme Podiumsdiskussion)***

*Dr. Josef Probst*

*Generaldirektor im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger,  
Kundmanngasse 21, 1031 Wien, AUSTRIA*

---

Österreich hat anerkanntermaßen eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Das österreichische Gesundheitssystem ist für alle Menschen zugänglich. Unsere Spitäler verfügen über modernste Technologie und wir haben in Österreich weltweit die höchste Ärztlindendichte. Doch es gibt noch Verbesserungspotenzial – beispielsweise in der Spitalslastigkeit, der Betreuung chronisch Kranker und der Kleinteiligkeit des Systems. Es muss eine Neuallokation von Ressourcen geben – im Interesse der BürgerInnen, der PatientInnen und der vielen Menschen, die tagtäglich mit Ihrem höchst engagierten Arbeitseinsatz die qualitativ hochwertige Funktionstüchtigkeit des österreichischen Gesundheitswesens ermöglichen. Ein Meilenstein ist dahingehend im Jahre 2012 mit der politischen Einigung über eine Gesundheitsreform gelungen.

Ein besonders wichtiger Teil der Gesundheitsreform ist es, die Primärversorgung zu stärken und klare Linien zu ziehen, welche Versorgungsstufe welche Aufgaben hat. Heute finden wir die Situation vor, dass AllgemeinmedizinerInnen hauptsächlich in kleinen Einzelpraxen tätig sind. Das ist aber mittelfristig eine arbeitsorganisatorisch und gesellschaftspolitisch nicht mehr ausreichende Organisationsform. Es soll daher schrittweise die Primärversorgung in Zentren unter einem Dach – am Land in Netzwerken, ohne Standorte aufzugeben – mit transparenten, verbindlichen Leistungssystemen gebündelt werden. Das Kernteam soll von AllgemeinmedizinerInnen, Diplomkrankenpflegekräften und Ordinationsassistenten gebildet werden. Integriert werden sollen darüber hinaus weitere Gesundheits- und Sozialberufe. Dieses umfassende Angebot soll eine Verbesserung der PatientInnenbetreuung, vor allem in Hinsicht auf Versorgungskontinuität und PatientInnenbindung bringen und die Arbeit für die Gesundheitsberufe attraktiver machen (Das Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich ist abrufbar unter: <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf>).

## **Primärversorgung neu: Pflegefachkräfte erzeugen bedeutenden Zusatznutzen**

Gerade Diplomkrankenpflegekräfte nehmen eine zentrale Rolle im Rahmen der neuen Primärversorgung ein und erzeugen auf mehreren Ebenen einen bedeutenden Zusatznutzen. Diplomierte Pflegefachkräfte werden zukünftig in die Versorgung chronisch kranker Menschen eingebunden. So könnten beispielsweise geriatrische PatientInnen von Pflegefachkräften zu Hause besucht werden, um Risikofaktoren und Versorgungsbedarf aufzuspüren. Die Diplomierten Pflegefachkräfte bringen ihre pflegerische Fachkompetenz und ihr vertieftes Fachwissen in den Primärversorgungssektor ein. Dies trägt auch zu einer Entlastung der ÄrztInnen bei, welche wiederum mehr Zeit für das Gespräch mit ihren PatientInnen haben. Behandlungsbedürftige profitieren zudem von reduzierten Wartezeiten und vermehrt von Hausbesuchen durch eine Pflegefachkraft. Für viele chronisch Kranke, meist ältere und an die Wohnung gebundene Personen, sind dies oft die einzigen regelmäßigen sozialen Kontakte.

Der Einsatz der Pflegefachkräfte in der neuen Primärversorgung bedeutet jedoch auch eine Bereicherung für den Beruf selbst, durch ein neues Aufgabengebiet, interessante Arbeitsinhalte und eine neue Arbeitsorganisation, einer Weiterentwicklung für den Pflegeberuf und durch das Arbeiten in Teams. Die besonderen Anforderungen im Rahmen der Primärversorgung neu, wie Langzeitbetreuung chronisch Kranker, Prävention und Gesundheitsförderung, Case&Care Management oder Wundmanagement, machen zudem eine Spezialisierung der Ausbildung für Pflegefachkräfte auf die neue Primärversorgung notwendig. Nachzudenken ist, ob für den Einsatzbereich von Diplompflegefachkräften in der neuen Primärversorgung eine Sonderausbildung zweckmäßig ist, die mehrere bestehende Weiterbildungen zusammenfasst. Das wäre die erste Sonderausbildung für den extramuralen Bereich.

## **Senkung der Rate der Spitalsaufenthalte als eines der wesentlichen Ziele der Gesundheitsreform**

Gerade die von hochqualifizierten Pflegefachkräften erbrachten wertvollen Leistungen tragen zur effizienten Funktionsweise und zur Stärkung der Versorgungsstrukturen in hohem Maße bei. Der Einsatz von DiplomkrankenpflegerInnen in der Primärversorgung erzeugt nicht nur eine Entlastung und Ergänzung des ärztlichen Personals, sondern kann auch einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung der Spitäler leisten und so ein adäquates und am jeweiligen Bedarf angepasstes Versorgungsangebot und eine Leistungserbringung am „best point of service“ gewährleisten.

Vor diesem Hintergrund kommt dem Begriff ACSC (Ambulatory Care Sensitive Conditions) eine zunehmende Bedeutung im Diskurs um Effizienz im österreichischen Gesundheitssystem zu. Unter ACSC versteht man potenziell vermeidbare stationäre Aufenthalte von PatientInnen mit bestimmten Diagnosen, wie etwa Asthma, COPD oder Diabetes, welche prinzipiell durch eine passende ambulante Versorgung gänzlich verhindert oder reduziert hätten werden können (Sundmacher et al. 2012, 184; Canadian Institute for Health Information 2008, 17). Österreich zählt zu den Schlusslichtern im

europäischen Vergleich, was beispielsweise die Anzahl an unnötigen Spitalsaufenthalten bei DiabetikerInnen betrifft (OECD 2012). Krankenhausaufenthalte sind, verglichen mit einer Behandlung im ambulanten Sektor bzw. mit extramuralen Angeboten, im Allgemeinen ressourcenintensiv sowie kostenaufwändiger. In Österreich betragen die Ausgaben im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung im Jahr 2012 insgesamt 13.781 Mio. Euro, was einem Anteil von rund 40% an den gesamten Gesundheitsausgaben entspricht (Statistik Austria 2014).

Durch eine zeitgerechte und adäquate ambulante Versorgung könnten die hohen Gesundheitsausgaben im stationären Bereich gesenkt und potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte reduziert werden. Neben einem Einsparungspotential hat die Vermeidung von kostenintensiven stationären Aufenthalten aber vor allem auch einen positiven Effekt auf die Gesundheit und die Lebensqualität der PatientInnen selbst: Im Spital zu liegen, wenn es medizinisch nicht nötig ist, ist schlicht nicht gesund. Diplomierete Krankenpflegekräfte werden einen ganz wichtigen Beitrag zur neuen Primärversorgung leisten. Wir freuen uns auf ihre Beteiligung und ihr Engagement.

## REFERENZEN

Sundmacher L., Busse R. (2012): Der Einfluss der Ärztedichte auf ambulant-sensitive Krankenhausfälle. In: Klauber J. et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2012: Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer, 183-202.

OECD Health Data 2012

Canadian Institute for Health Information (2008): Health Indicators 2008. Ottawa: CIHI. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HealthIndicators2008\\_ENGweb.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HealthIndicators2008_ENGweb.pdf), abgerufen am 04.11.2014.

Alexandrescu, A. (2001): Modern C++ Design: Generic Programming and Design Patterns Applied. Addison Wesley Professional, Boston. Statistik Austria (2014): Gesundheitsausgaben in Österreich, [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/), abgerufen am 04.11.2014.

---

# ***Erweiterter Nutzen und verringerte Kosten durch den Einsatz erweiterter und vertiefter Pflege im österr. Gesundheitswesen?***

***Neue Prozesse führen zu neuen Ergebnissen  
(Stellungnahme Podiumsdiskussion)***

*Franz Piribauer*

*PiCo Unternehmensberatung im Gesundheitssystem – 1070 Wien, AUSTRIA  
www.pico.at*

---

## **EINLEITUNG**

Primary Health Care (PHC), soll, wie von Herrn Direktor Kiesel zuvor sicher ausgeführt, auch in Österreich zu neuen Ergebnissen führen. Deutlich weniger Versorgungszyklen in den Spitälern, als der langjährigen Trend für die Zukunft in Österreich vorhersagt, soll PHC bringen. Was muss im Handeln der primären Versorgungsebene anders werden, damit dies tatsächlich eintritt?

## **OHNE PROZESS-RE-ORIENTIERUNG GIBT ES KEINE NEUEN ERGEBNISSE**

Die Vermittlung der Prozessorientierung im Gesundheitssystem ist einer der Schwerpunkte des Fachhochschulsystems Oberösterreichs. Nicht nur aus dem Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, sondern vor allem hier in Linz auch aus der Industrie wissen wir, nur neue Prozesse führen zu neuen Produkten, Dienstleistungen und Ergebnissen.

Welche Versorgungsprozesse müssen für PHC verändert werden? Jedenfalls prioritär jene die chronische Krankheiten, wie z.B. Diabetes sowie jene welche die Gesunderhaltung des zu versorgenden Bevölkerungssprengels betreffen. In diesen beiden Prozessfeldern soll in den anlaufenden interdisziplinären Pilotversuchen geübt, gelernt und gelehrt werden.

Wer in den PHC wird etwa die Vorsorgeuntersuchung tatsächlich so bevölkerungsorientiert ablaufen lassen, wie es nur wenige TGAM Ärzte in Tirol und eine bekannte Gruppenpraxis des Best-Health-Guide Ärztenetzwerkes nachweislich schon heute machen? Ergebnisse würden sich auf der Prozessebene hier leicht messen lassen. Wer bindet die „Gemeindeschwester“ des PHC hier zu gezielter „Health Literacy“ Arbeit in der Nachbarschaft, neben ihrer Unterstützung im Vorsorgeuntersuchungs-Prozess, wie in den Niederlanden, ein? Wie laufen diese primären und sekundären Präven-

tions-Prozesse optimal organisiert über den gesamten Lebenszyklus der Untersuchten und damit individuell maßgeschneidert ab? Das sind ganz praktische, in ihren Ergebnissen über Jahrzehnte dann für die Bevölkerung und das Gesundheitssystem hoch relevante Herausforderungen. Primary Health Care im Alltag – Evidenz Basiert auch für Österreich. Der Evidenz Rahmen liegt seit 10 Jahren offiziell vor, gelebt, umgesetzt in Prozesse, wird er nachweislich praktisch nie, zumindest in Wien.

Nicht nur im Präventionsbereich, wie am obigen Beispiel der Vorsorgeuntersuchung, brauchen die neuen Prozesse Mitarbeiter mit neuen Kompetenzen. Wie soll das Neue erworben werden? Genügen theoretische Unterweisungen? Sicher nicht, es braucht wie überall auf der Welt Trainings. Wer trainiert, wer hat selbst die Fertigkeiten, wie erworben?

Und wer organisiert das Üben, Lernen und Lehren? Oberösterreich hätte die besten Voraussetzungen aufgrund seiner FH Schwerpunkte. Vor allem deswegen hoffe ich hier auf die praktischen Konsequenzen dieses Kongresses. Wer benennt die Projekte, wer kennt die Mittel, wo liegen die Verantwortungen?

---

# **Erweiterter Nutzen und verringerte Kosten durch den Einsatz erweiterter und vertiefter Pflege im österr. Gesundheitswesen?**

**(Stellungnahme Podiumsdiskussion)**

Sigrid Pilz

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft, Schönbrunner Straße 108,  
1050 Wien, AUSTRIA

---

*„Die Gesundheitsreform bietet eine große Chance für die Pflegeberufe ihre Kompetenzen einzubringen und zu deren Gelingen maßgeblich beizutragen.“*

Mit Beschluss der Bundesgesundheitskonferenz soll die Primärversorgung in Österreich neu aufgestellt werden. Daraus ergeben sich neue Möglichkeiten für die Pflegeberufe in verantwortlicher Position in einem multiprofessionellen Team zu arbeiten. Insbesondere in der gesundheitsorientierten Betreuung chronisch kranker Menschen können Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eine zentrale Rolle übernehmen.

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wird das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als pflegerischer Teil der

gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten beschrieben. Die Gesundheits- und KrankenpflegerInnen verfügen über hohe Kompetenz in den genannten Bereichen. Die derzeitigen Strukturen verhindern allerdings teilweise, dass diese Kompetenzen in der in der intra- und extramuralen PatientInnenversorgung entsprechend gelebt werden können. Die Gesundheitsreform sieht zeitgemäße und gesellschaftlich dringend notwendige, neue Versorgungskonzepte vor. Nur durch diese wird es möglich sein, die gesteigerten Anforderungen, die sich durch die Zunahme von chronischen Erkrankungen, den demographischen Wandel und die steigende ökonomische Kluft zwischen den verschiedenen Bevölkerungsschichten an das Gesundheits- und Pflegewesen stellen, konstruktiv begegnen zu können.

Die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind gefordert, diesen Wandel im Sinne der Patientinnen und Patienten zu unterstützen.



---

# **Erweiterter Nutzen und verringerte Kosten durch den Einsatz erweiterter und vertiefter Pflege im österr. Gesundheitswesen?**

## **Erweiterter Nutzen und verringerte Kosten durch den Einsatz erweiterter und vertiefter Pflege (Stellungnahme Podiumsdiskussion)**

*Mag. B. Schobesberger, DGKS*

*Organisationsberatung, Thimiggasse 35/14,  
1180 Wien, AUSTRIA*

---

Der Begriff „Advanced Nursing Practice“ (ANP) ist insbesondere in den angelsächsischen Ländern seit mehreren Jahrzehnten bekannt.

Der International Council of Nurses (ICN) definiert die Advanced Practice Nurse als „[...] eine examinierte Pflegekraft [...], 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. (ICN,2002)<sup>1</sup>. Begünstigt wurde die Etablierung von APN Strukturen weltweit häufig durch die Faktoren: Ärztemangel und wirtschaftliche Krisenjahre.

Mit der Erarbeitung eines Positionspapieres für Advanced Nursing Practice, 2014<sup>2</sup> wurde erstmals der Begriff in Österreich deutlich definiert und die möglichen Tätigkeitsfelder aufgezeigt. Dies bewirkte u.a. auch für die Landeszielsteuerungskonzepte innerhalb der österreichischen Gesundheitsreform (2014), die Gesundheits- und Krankenpflege in verantwortungsvoller Rolle mit einzubeziehen. Berufsgruppendifkussionen überschatten derzeit die alles entscheidende Frage, ob Pflege für klar definierte Leistungen nicht effizienter und kostengünstiger eingesetzt werden könnte. Internationale Beispiele zeigen dies teilweise eindrucksvoll.

Seit zehn Jahren gibt es in Österreich erfolgsversprechende ANP-Strukturen innerhalb von Krankenhäusern, Pflegeheimen oder ambulanter Pflege, die in Zeiten von hohem Zeitdruck und engen Personalzahlen für die Beibehaltung der geforderten Pflegeoutcomequalität sorgen.

---

<sup>1</sup> Schober, M., Affara F. (2008): Advanced Nursing Practice (ANP). Deutschsprachige Ausgabe, Hans Huber, Bern.

<sup>2</sup> Neumann-Ponesch, S. (2014): Advanced Nursing Practice in Österreich. Positionspapier. Facultasverlag, Wien.

Anders zeigt sich derzeit das Bild der österreichischen Gesundheits- und Krankenpflege innerhalb der Primärversorgungseinheiten (Hausarztbene) oder Sekundärversorgungseinheiten (Facharztbene). Hier ist derzeit noch offen, ob sich der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege innerhalb der PHC`s (Primary Health Care) positionieren kann oder ob der neuen Berufsgruppe der OrdinationsassistentInnen hier eine federführende Rolle zgedacht wird.

---

# ***Advanced Nursing Practice in der pädiatrischen Onkologie***

*Maria Flury, RN, MScN,*

*Universitätskinderspital Zürich, SWITZERLAND*

---

## **EINLEITUNG**

Eine Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) ist eine Pflegefachperson welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung. Dies die Definition der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Berufsverbände aus dem Jahr 2013.<sup>1</sup> Was heisst das nun für das grösste Kinderspital der Schweiz?

Seit mehr als zehn Jahren wird Advanced Nursing Practice im Universitätskinderspital Zürich im Pflegedienst entwickelt und hat sich in verschiedenen Fachgebieten etabliert. Das Konzept orientiert sich am Modell von Hamric, Spross & Hanson (2004).<sup>2</sup>

## **ANP IN DER ONKOLOGIE**

Eine Verlagerung vom stationären zum ambulanten Setting, erhöhte Überlebensraten, aber oft mit chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen verbunden, neue Therapieformen, eine multikulturelle Patienten- und Familienpopulation, dies sind nur einige der Herausforderungen, mit denen die Pflegenden in der pädiatrischen Onkologie heute konfrontiert sind. Um den Veränderungen Rechnung zu tragen ist die Schaffung neuer Rollen und Aufgaben unumgänglich.

Im Universitätskinderspital Zürich wurde deshalb ein Advanced Nursing Practice Team für die Onkologie ins Leben gerufen und die Rolle der Pflegeexpertin ANP Onkologie geschaffen, welche dieses Team leitet. Im Zentrum der Arbeit des ANP Teams steht die Patienten- und Familienedukation. Eine der Kernaufgaben ist die Erarbeitung von evidenzbasierten Edukationsunterlagen für die Familien, aber auch für die Pflegenden der stationären und ambulanten Abteilungen.

---

<sup>1</sup> Positionspapier DBfK, ÖGKV und SBK zu ANP, © 2013

<sup>2</sup> Hamric, A. B.; Spross, J. A.; Hanson, C. M. (2004). Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach. Philadelphia: W. B. Saunders.

Die direkte Beratung der Patienten und deren Familien werden von den Pflegeberaterinnen und der Pflegeexpertin APN übernommen. Neben der Vorbereitung auf diagnostische, therapeutische und pflegerische Massnahmen steht das Symptom- und Nebenwirkungsmanagement im Zentrum. Die Unterstützung der Familie in der Bewältigung der lebensbedrohenden Erkrankung und deren Auswirkungen auf den Alltag der Familien hat einen hohen Stellenwert.

Die Pflegeberaterinnen wirken darüber hinaus auch als Bindeglieder zwischen der stationären und ambulanten Versorgung.

Die fachliche Unterstützung und Beratung der Pflegeteams in einer evidenzbasierten Onkologiepflege steht im Fokus der Pflegeexpertin APN, sei es durch die Erarbeitung einer Leitlinie oder durch die Begleitung im klinischen Alltag.

Das ANP Team übernimmt im interdisziplinären Team auch pflegerische Aufgaben im Rahmen von Therapiestudien, führt aber auch selber Evaluationsstudien zum Beispiel zum Symptommanagement durch.

---

# ***Interkulturalität: Eine besondere Herausforderung mit erweiterten Kompetenzen***

*Manuela Angerer<sup>a</sup>, Regina Stöbich<sup>b</sup>*

*<sup>a</sup> Fach- und Forschungsstelle für Migration, Integration und interkulturelle Bildung, Caritas für Menschen in Not, Steingasse 25, A-4020 Linz, AUSTRIA*

*<sup>b</sup> Fach- und Forschungsstelle für Migration, Integration und interkulturelle Bildung, Caritas für Menschen in Not, Steingasse 25, A-4020 Linz, AUSTRIA*

---

## **EINLEITUNG**

Auch im Bereich der Pflege und Betreuung ist Migration ein zunehmend bedeutender Einflussfaktor. So treffen Pflegendende in ihrem Arbeitsalltag verstärkt auf PatientInnen, KlientInnen und BewohnerInnen aus unterschiedlichen Lebenswelten. Doch auch das Pflegepersonal selbst kommt immer öfter aus vielfältigen Kulturkreisen.

Im deutschsprachigen Raum existiert vergleichsweise wenig Forschungsliteratur zur Situation von migrantischen Pflegekräften. Von der Fach- und Forschungsstelle für Migration, Integration und interkulturelle Bildung der Caritas für Menschen in Not, Linz, wurde daher ein Forschungsprojekt unter dem Titel „Zukunftsperspektive Pflege? Ausbildungs- und Arbeitssituation von MigrantInnen am Beispiel Oberösterreich“ durchgeführt.

Dieser Beitrag fokussiert auf Auszügen aus den Forschungsergebnissen, die sich vor allem auf den Arbeitsalltag von Pflegekräften mit Migrationshintergrund beziehen.

## **BESCHREIBUNG DER FORSCHUNGSARBEIT**

Ziel dieser qualitativen Forschungsarbeit war es, mehr über die Wahrnehmung der Ausbildungs- und Arbeitssituation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund zu erfahren und den Blickwinkel durch deren Perspektive zu erweitern.

Mittels eines eigens entwickelten Interviewleitfadens wurden im Zeitraum von Juni bis November 2013 20 Gespräche mit migrantischen Pflegekräften durchgeführt. Darüber hinaus wurden im Rahmen von vier ExpertInnengesprächen eine Pflegedirektorin im Bereich der Altenpflege, ein Leiter und ein Lehrgangleiter einer Schule für Sozialbetreuungsberufe sowie die Direktorin einer Ergänzungsausbildung im Rahmen des Nostriktifikationsverfahrens befragt.

# INTERKULTURALITÄT IN DER PFLEGE

## Arbeit in multiethnischen Teams

Ausgehend von der Fragestellung, welche Faktoren eine Zusammenarbeit in multiethnischen Teams erleichtern bzw. erschweren, interessierten in der Forschungsarbeit im Hinblick auf die Beziehungen der Teammitglieder untereinander vor allem die persönliche und fachliche Aufnahme von Pflegekräften mit Migrationshintergrund im Team, das Arbeitsklima und die Kommunikation im Team sowie der Umgang mit Problemen bzw. das Konfliktmanagement. Auch wie sich die Befragten im Team von Vorgesetzten und KollegInnen akzeptiert fühlen, aber auch etwaige Vorurteile oder Stereotype der KollegInnen über Menschen aus den Herkunftsländern der Befragten wurde thematisiert.

### *Akzeptanz und Anerkennung durch TeamkollegInnen*

Fast drei Viertel der Befragten erinnern sich an einen guten Einstieg im Team in ihrer jetzigen Arbeitsstelle und fühlten sich gut aufgenommen. Dieser Eindruck relativiert sich, wenn die Erfahrungen aus früheren Arbeitsstellen und Praktika hinzugenommen werden – einschließlich dieser machte fast die Hälfte der InterviewpartnerInnen (auch) negative Erfahrungen.

Gibt es Schwierigkeiten beim Einstieg, wird es von Seiten der InterviewpartnerInnen häufig auf einzelne KollegInnen, oder auch Vorgesetzte zurückgeführt. Immer wieder sprechen sie hierbei auch von Vorurteilen Einzelner gegenüber MigrantInnen im Allgemeinen, die sich in einer abwertenden Haltung ihnen gegenüber oder diskriminierenden Rede über sie u.a.m. zeigen und auswirken können.

Ein Großteil der InterviewpartnerInnen fühlt sich von KollegInnen oder auch Vorgesetzten akzeptiert. Es wird jedoch immer wieder auch davon gesprochen, dass sie sich die Akzeptanz und Anerkennung im Team im Vergleich zu ihren KollegInnen härter erarbeiten mussten.

### *Arbeitsklima*

Die InterviewpartnerInnen betonen die Bedeutung eines guten Arbeitsklimas für die Arbeitszufriedenheit und ein Großteil empfindet das Klima in ihren derzeitigen Teams als sehr positiv.

Die Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen, wie die Möglichkeit an den religiösen Feiertagen frei zu bekommen, oder die Rücksichtnahme auf Fastenzeiten und anderes mehr, wird von den InterviewpartnerInnen sehr geschätzt und trägt wesentlich zur Arbeitsmotivation bei. Diese Rücksichtnahme ist in der Praxis jedoch stark von der Bereitschaft einzelner Führungskräfte abhängig und kann sich bei einem Personalwechsel wieder völlig anders gestalten. Es empfiehlt sich positive Beispiele von Führungsstilen und –praktiken im Hinblick auf die Mitarbeit von Pflegekräften mit Migrationshintergrund auf institutioneller Ebene auszuarbeiten und zu verankern.

### *Bedeutung des Teams bei Diskriminierungserfahrungen*

Besonders auch im Falle von diskriminierenden und/oder rassistischen Aussagen seitens einzelner KollegInnen, oder auch PatientInnen/BewohnerInnen, stärkt der

Rückhalt im Team die Position von Pflegekräften mit Migrationshintergrund ganz wesentlich. NeueinsteigerInnen können jedoch meist nicht von dieser Unterstützung ausgehen und sind Diskriminierungen häufig im Alleingang ausgesetzt.

Negativen Erlebnissen in der Pflege, zum Beispiel durch verbale rassistische Übergriffe von Seiten der PatientInnen, wird häufig ein Erklärungsmodell, wie „das sagt man halt so“, zugrunde gelegt, das dazu dient, das Erlebte zuzuordnen und (besser) damit umgehen zu können. Unbewusst wird dadurch die Erfahrung durch Entpersonalisierung abgeschwächt. Eine Hypothese dazu ist, dass diese Erklärungen vom allgemeinen Sprachgebrauch übernommen werden. Zudem ist diese Verharmlosung nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen, dass es auf institutioneller Ebene kein Reglement gibt, wie mit diesen Situationen umzugehen ist.

Es empfiehlt sich, bewusstseinsbildend hinsichtlich der Akzeptanzgrenzen im Sprachgebrauch mit Teams in der Gesundheitsversorgung und Altenpflege, und den damit einhergehenden positiven Auswirkungen für einzelne KollegInnen, zu arbeiten. Dafür braucht es auch ein entsprechendes Reglement auf institutioneller Ebene, wie zum Beispiel die Schaffung von Reflexionsräumen sowie Richtlinien im Umgang mit Diskriminierungserfahrungen.

### *Sprache*

Gute Deutschkenntnisse sind eine Voraussetzung, um als diplomierte Pflegekraft eine Ausbildung abschließen zu können bzw. zu nostrifizieren. Trotzdem berichtet ein Großteil der InterviewpartnerInnen von Sprachproblemen zu Beginn ihrer Tätigkeit. Die Tatsache, dass in Oberösterreich unterschiedliche regionale Dialekte gesprochen werden und Standarddeutsch keine Umgangssprache ist, hat zur Folge, dass MigrantInnen oft gut Deutsch können, aber dennoch ihr Gegenüber nicht gut verstehen. Oftmals sehen sie die Verständigungsprobleme als ihr eigenes Defizit und empfinden den Dialekt als normal. Von Seiten des Arbeitsumfeldes werden Verständigungsschwierigkeiten häufig einseitig als schlechte Deutschkenntnisse thematisiert. Eine differenzierte Betrachtung, die Verständigungsprobleme (auch) auf den Dialekt zurückführt, findet in der Regel nicht statt.

In der Arbeit mit den PatientInnen kommt im Kontext der Sprache den multiethnischen Teams eine besondere Bedeutung zu. KollegInnen, die sich in der Erstsprache der PatientInnen/BewohnerInnen mitteilen können, werden als große Bereicherung für das Gelingen des Pflegeverlaufs wahrgenommen.

Vor allem in den Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen sind die MitarbeiterInnen mit Demenzerkrankungen der BewohnerInnen konfrontiert, die dazu führen können, dass sich diese nur mehr in der Erstsprache oder einer vor der deutschen erlernten Sprache, ausdrücken können. Der Zusammensetzung von multiethnischen Teams, die möglichst viele Sprachen abdecken können, kommt besonders auch im Hinblick auf die demografischen Entwicklungen und der Zunahme des Anteils an älteren MigrantInnen in der Bevölkerung eine wesentliche Rolle zu.

### *Anpassungsleistungen*

Häufig wird in den Interviews eine hohe Bereitschaft deutlich, sich so weit als möglich

an die von der dominanten Mehrheit geprägte Arbeitskultur anzupassen und nicht aufzufallen. Diese Haltung verhindert das Thematisieren von unterschiedlichen Interessen, differenten Zugangsweisen in der Pflege sowie das Ausdrücken von Gefühlen und von Sichtweisen im Team (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002: 59).

### **Interkulturalität und Kompetenzen**

Die zunehmende ethnische, kulturelle, sozioökonomische und religiöse Diversität stellt Pflegekräfte vor vielfältige Herausforderungen. „Nicht nur in der interkulturellen Kommunikation, sondern gerade in der sozialen Interaktion im Rahmen von Pflegehandlungen werden – auf beiden Seiten – so manche gewohnte Grenzen überschritten.“ (Binder-Fritz 2013: 13) Lebensweltliche Prägungen beeinflussen das Setting der Pflegesituationen, beispielhaft sind ein ungewohntes, durch die Sozialisation im jeweiligen Lebensumfeld geprägtes geschlechtsspezifisches Rollenverständnis, andere Konzepte von Gesundheit und Krankheit sowie unterschiedliche Haltungen zu Nähe und Distanz zu nennen (vgl. Binder-Fritz 2013: 13). Um die Herausforderungen im Pflegealltag gut bewältigen zu können, ist die Entwicklung und Förderung der Kultursensibilität von Pflegekräften zentral. Kultursensibles Pflegehandeln bedeutet sensibel auf die vielfältigen Prägungen von Menschen zu reagieren, unterschiedliche Normen, Verhaltensweisen, Bedürfnisse und Erfordernisse wahrzunehmen und gleichzeitig die Grenzen der eigenen Handlungsmöglichkeiten zu erkennen (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002: 81).

Spontan beschreiben die interviewten Pflegekräfte vor allem ihre Sprachkenntnisse als besondere Fähigkeit. Immer wieder werden sie, vor allem in Krankenhäusern, für Übersetzungen in der Pflege von PatientInnen herangezogen. Im Bereich der Altenpflege stellen sie häufig eine wichtige Bezugsperson für BewohnerInnen, die kaum Deutsch sprechen, dar.

Aufgrund der Forschungsergebnisse lässt sich die Tendenz erkennen, dass die vielseitigen Fähigkeiten der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, häufig auch von diesen in ihrer Selbstwahrnehmung, auf die Sprachkenntnisse reduziert werden. Werte wie Offenheit und Respekt gegenüber älteren Menschen, der gelebte und gewohnte Umgang mit Menschen anderer Ethnien, Religionszugehörigkeiten und sozialen Schichten, die Präsenz in der Begleitung von Sterbenden aufgrund unterschiedlicher (kultureller) Zugänge zu Sterben und Tod, positive Haltungen und Lebenseinstellungen und andere interkulturelle Kompetenzen bedürfen einer besonderen Wertschätzung und Anerkennung. Diese Potentiale sind vorhanden und hilfreich in der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen und doch besteht wenig Bewusstsein darüber in den Institutionen bzw. auch für die Bedeutung dieser in der Teamarbeit. Auch von den Pflegekräften selbst werden sie häufig „nur nebenbei erwähnt“, im Sinne von „das hat man halt einfach“.

Mehr als die Hälfte der InterviewpartnerInnen werden in ihren Institutionen, überwiegend in den Krankenanstalten, als (Laien-)DolmetscherInnen eingesetzt. In der Regel reagiert das Team positiv auf diese Dienstleistungseinsätze, auch in anderen Abtei-



lungen/Stationen, da jede/r Einzelne Verständnis für die schwierige Situation und die Kommunikationsprobleme in der Pflege von PatientInnen/BewohnerInnen hat. Eine Weiterbildung oder eine Zusatzausbildung für die Dolmetschtätigkeiten wurde von keiner/keinem InterviewpartnerIn besucht. Im Allgemeinen besteht wenig Bewusstsein über die Notwendigkeit von Weiterbildungen für (Laien-)DolmetscherInnen, weder von Seiten der Institutionen noch von den Betroffenen selbst. Letzteren sind in der Regel auch die Konsequenzen bei Übersetzungsfehlern und Haftungsfragen nicht bewusst. Der Einsatz als SprachvermittlerIn scheint meist, wie auch von Trummer und Novak-Zezula angeführt, „unsystematisch und ohne geeignete strukturelle Rahmenbedingungen und klare Prozessdefinitionen“ (Trummer/Novak-Zezula 2013: 29) zu erfolgen.

Maßnahmen zur entsprechenden Weiterbildung von MitarbeiterInnen mit Sprachkompetenzen sind anzuraten. Es braucht das Bewusstsein in den Institutionen im Bereich der Gesundheitsversorgung und Altenpflege, Pflegekräfte mit Migrationshintergrund als Ressource für den interkulturellen bzw. kultursensiblen Öffnungsprozess zu erkennen und wertzuschätzen und die Bereitschaft, für das Nutzen der vorhandenen Potentiale entsprechende Maßnahmen zu setzen.

Um den Blick auf die vielseitigen Potentiale im Team zu stärken und Handlungsspielräume aller Teammitglieder zu erweitern, empfiehlt sich die Anwendung des Konzeptes der interkulturellen Teamentwicklung (vgl. Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002: 62-79; Oldenburger 2010: 30-36). Zentrale Elemente dieses Konzeptes sind die gegenseitige Anerkennung und Gleichwertigkeit der Teammitglieder, die Kommunikationsgestaltung im Team und die Entwicklung von Problem- und Konfliktlösungskompetenzen.

Abschließend ist festzuhalten, dass Pflege heute mit dem Spannungsfeld umzugehen zu lernen hat, einerseits (migrantischen) MitarbeiterInnen Rückhalt zu geben und andererseits auf die Bedürfnisse (migrantischer) PatientInnen/BewohnerInnen einzugehen. An dieser mehrfachen Pluralitätsfähigkeit der Institutionen ist noch vielerorts zu arbeiten.

Die Fach- und Forschungsstelle ist ein Projekt der Caritas für Menschen in Not. 2014 wurde dieses Projekt durch den Europäischen Integrationsfonds, das Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres sowie das Land Oberösterreich kofinanziert.

## REFERENZEN

Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (2002): Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung. Köln. Online unter: <http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Themen/Pflege/handreichung.pdf> (15.1.2015).

Binder-Fritz, Christine (2013): Kultursensible Pflege und transkulturelle PatientInnenbetreuung in Österreich: Erfahrung – Konzepte – Perspektiven. In: Harold, Barbara (Hg.): Wege zur transkulturellen Pflege – mit Kommunikation Brücken bauen. Wien: facultas, S. 13-34.

Friebe, Jens (2006): Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierung in Nordrhein-Westfalen. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Bonn. Online unter: [http://www.big-essen.de/fileadmin/bigdata/PDF\\_Dateien/friebe06\\_01.pdf](http://www.big-essen.de/fileadmin/bigdata/PDF_Dateien/friebe06_01.pdf) (17.6.2014).

Oldenburger, Jenny (2010): Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im interkulturellen Team als Ressource für eine erfolgreiche kultursensible Altenpflege. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.

Trummer, Ursula / Novak-Zezula, Sonja (2013): Dringend benötigt. In: Das Österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ, 54. Jg., H. 3/2013, S. 28-30. Online unter: [http://de.c-hm.com/Migrant\\_Nurses\\_%C3%96KZ\\_3\\_2013.pdf](http://de.c-hm.com/Migrant_Nurses_%C3%96KZ_3_2013.pdf) (17.6.2014).

---

# ***Erfolgreiche Familienarbeit durch kompetenten Pflegeeinsatz***

*Natalie Lottersberger*

*Malteser Care-Ring GmbH, Ferstelgasse 6/9, 1090 Wien, AUSTRIA*

---

## **EINLEITUNG**

Durch die familienorientierte Fachpflegearbeit wird erstmals nicht nur der Fokus auf den pflegebedürftigen Menschen gelegt, sondern sein gesamtes familiäres Gefüge beobachtet und in die Fallführung eingebunden.

## **WAS BEDEUTET FAMILIENARBEIT IM CASE MANAGEMENT**

Da das Case Management schon alleine von der Komplexität des Handlungsumfeldes aus gesehen mehr Komponenten in die Gestaltung des Pflegealltags einbeziehen muss, wird der Familienarbeit in diesem Zusammenhang größte Aufmerksamkeit geschenkt. Entgegen der reinen Versorgung von einem Menschen mit bestimmten Symptomen oder einem Krankheitsbild, wird der Prävention auf der Beziehungsebene große Bedeutung geschenkt.

Der Zusammenhang von familiären und familienähnlichen Beziehungen soll im Laufe der Begleitung erkannt, gestärkt und evaluiert werden.

## **Fallarbeit**

- Fallarbeit generell

Fallarbeit wurde bislang vorwiegend im Kontext der sozialen Arbeit erlebt und soll immer einen generalistischen Ansatz verfolgen. Das setzt voraus, dass die Pflegefachkraft nicht nur über das notwendige Wissen in der Gesprächsführung verfügt und soziale Zusammenhänge erkennt, sondern auch insbesondere, dass ein maximales Wissen über den Fall (Fallgeschichte, Biographie und spezielles Wissen über die Erkrankung) vorliegt.

- Fallarbeit familienorientiert

Familienorientierte Fallarbeit setzt somit an einem Basiswissen über Familien – und Beziehungsmuster an unter der Betrachtung des Einzelnen und die Wirkung der Menschen und deren Krankheitsgeschichte zueinander.

Wir unterscheiden angelehnt an die Sozialkapitalforschung drei Ebenen in der allgemeinen und familienorientierten Fallarbeit.

1. die Mikro-Ebene der persönlichen Nahebeziehungen. Dazu gehören Menschen, die einem sehr vertraut sind und denen man viel oder alles anvertrauen würde. Das betrifft meist nicht mehr als eine Handvoll Menschen.
2. die Meso-Ebene der größeren Gruppen und Einheiten. Das ist ähnlich wie ein „erweiterter Bekanntenkreis“ – Menschen, die einem persönlich nicht ganz nahe stehen, die jedoch zum wichtigen sozialen Netzwerk gehören.
3. die Makro-Ebene der nicht mehr durch persönlichen Kontakt verbundenen großen Sozietäten. Das betrifft die Einbindung in ein größeres Ganzes und bezieht sich auch auf spirituelle Aspekte - etwa das Gefühl, einer bestimmten Religion anzugehören, Europäer/in, Weltbürger/in zu sein.

## **SOZIALKAPITALFORSCHUNGSANSATZ**

Familiengefüge hat auch mit einem Wert an Sozialkapital zu tun. Durch Krankheit oder gesundheitliche Einschränkungen verlieren nicht nur Menschen den sozialen Zusammenhalt in einer Gesellschaftsform sondern es werden ganze Familien zum Teil isoliert und benachteiligt. Nicht nur durch den Verlust der Erwerbstätigkeit auf Grund von Pflege eines nahestehenden Menschen, sondern auch durch den eigenen Verlust von persönlichen Resilienzen, der Vorstellung über den Verlauf des eigenen Lebens und damit der gesamten Lebensplanung. Durch die dauernde Belastung ist eine weiterführende Lösung dieser Problematik nicht in Sichtweite und somit kommt es zum Zusammenbruch in der sozialen Einbindung, in der eigenen Gesundheit und auch auf der Beziehungsebene.

Daher ist es notwendig, Familien rechtzeitig zu unterstützen und die positive Wertschöpfung aus der Pflegebeziehung zu generieren. Ziel ist eine „Optimalbelastung“ zu erreichen unter der Berücksichtigung aller relevanten Faktoren auf fachlicher und professioneller Ebene.

## **REFERENZEN**

Gehmacher, E. (2009): Informationen zum Thema 'Sozialkapital', BOAS, Wien.

Gehmacher, E. (2009): Sozialkapital – Chancen und Grenzen der Methodik, SWS-Rundschau (49. Jg.) Heft 1/ 2009 : 103–109

---

# **Förderung der Sichtbarkeit der Pflege durch APN**

*Margarete Hader, Herbert Herbst*

*SALK - Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken BetriebsgesmbH Landeskrankenhaus | Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinische Privatuniversität Müllner Hauptstraße 48 | 5020 Salzburg, AUSTRIA*

---

## **EINLEITUNG**

Die allgemein bekannten demografischen Entwicklungen und der damit verbundene Bedarf an hochqualifiziertem Pflegepersonal sind in der Gesundheitsversorgung bereits seit geraumer Zeit keine unbekanntenen Variablen mehr. Nicht nur Pressemeldungen weisen darauf hin, dass Österreich auf einen Mangel von Pflegepersonen hinsteuert, sondern auch in diesem Zusammenhang beauftragte Untersuchungen<sup>1</sup>. Gleichzeitig wird der Ruf nach der gesetzlich schon längst verankerten Evidenz basierter Pflegepraxis immer lauter und es entstehen Ansätze von Advanced Practice Nursing auf der Basis dieser Grundlage. Inwieweit diese Entwicklung die Sichtbarkeit der Pflege fördern kann, soll am Beispiel der Salzburger Landeskliniken (SALK) dargestellt werden.

## **VOM ANORDNUNGSEMPFÄNGER ZUR MEISTERHAFTEN PFLEGEPERSON**

Auch wenn es heute vielleicht noch immer Personen gibt, die an einem tradierten Bild der Pflege festhalten wollen, gehört dieses Bild der Vergangenheit an. Weltweit gesehen nehmen Pflegepersonen in der Gesundheitsversorgung eine nicht mehr wegzudenkende Rolle ein, und sind zunehmend darauf fokussiert, dass diese neuen Rollen offiziell anerkannt und angemessen vergütet werden.<sup>2,3</sup>

Die bereits eingeleitete Entwicklung der Pflege in Österreich in Richtung des international bereits üblichen Advanced Practice Nursing fördert in erster Linie die Versorgungsqualität. Dabei zeigt die Datengrundlage, dass unter anderem die Mortalität sowie unerwünschte Ereignisse in Krankenhäusern im unmittelbaren Zusammenhang

---

<sup>1</sup> Rottenhofer, I., Zsivkovits, J., Schuchter, P. (2013): Pflegepersonalprognose Salzburg Gesundheits- und Sozialbereich. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien.

<sup>2</sup> Sermeus, W., Aiken, L., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A., Bruyneel, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L., Zikos, D. (2011): Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. In: BMC Nursing 2011, 10/6, S. 1-9. <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/6> (26.03.2015).

<sup>3</sup> Schober, M., Affara, F. (2008): Advanced Nursing Practice (ANP). (Hg.) Spirig, R., de Geest, S. Verlag Hans Huber, Bern.

mit der Qualifikation der Pflegenden stehen.<sup>4</sup> Aber auch die Erhöhung der PatientInnenzufriedenheit<sup>5</sup>, Beeinflussung der Verweildauer<sup>6</sup> oder die Senkung von Komplikationsraten<sup>7</sup> sind bereits erwiesen. Lundberg<sup>8</sup> und Berchthold<sup>9</sup> sehen zudem auch den wirtschaftlichen Nutzen als bestätigt. Letztendlich zeigen diese Wirkungen bereits eindeutig die Sichtbarkeit der Pflege auf.

## **EIN MODELL, DAS SICHTBAR MACHT**

Das Karrieremodell für Pflegenden an den SALK entspricht einem klassischen Modell und stellt demnach eine schematische und vereinfachte grafische Darstellung dar.<sup>10</sup> Dabei sieht es eine stufenweise und organisationsbezogene Entwicklungsmöglichkeit vor, die von der Pflegehilfe bis zum Doktor der Pflegewissenschaft reicht.<sup>11</sup> Hier steht zwar auch grundsätzlich die bereits erwähnte Versorgungsqualität im Fokus, zudem bildet es sehr transparent Laufbahnmöglichkeiten für Pflegepersonen innerhalb der Organisation ab. Zur Vollständigkeit muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Ansätze von Advanced Practice Nursing in Österreich, insbesondere durch die aktuelle rechtliche Grundlage, mit dem internationalen Kompetenz- und Verantwortungsbereich noch nicht vergleichbar

sind. Dennoch zeigen Pflegefachexpert/inn/en innerhalb dieser pflegerischen Handlungsfelder ausgezeichnete und vertiefte Fachkompetenz und machen damit die Pflege nicht nur innerhalb der eigenen Disziplin sondern interdisziplinär sowie gegenüber den Endnutzer/inne/n der Gesundheitsdienstleistung nutz- und sichtbar. Dadurch wird erkennbar, wie aus einem abstrakten Bild eines Modells die tatsächlichen Auswirkungen und somit die Pflege sichtbar werden.

## **PFLEGEFACHEXPERT/INN/EN AN DEN SALK**

Die Pflegepraxis umfasst Handlungsfelder in denen das Grundwissen nicht mehr aus-

---

<sup>4</sup> Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, S., Leibson, C., Stevens, S., Harris, M. (2011): Nursing Staffing and Inpatient Hospital Mortality. In: The New England Journal of Medicine, 364/11, S. 1037-1045.

<sup>5</sup> Rosery, S., Spirig, R. (2009): Pflege und Therapie am Unispital Basel: In 6 Stufen zur Karriere. In: Competence, 9, S. 16-17.

<sup>6</sup> Bartholomeyczik, S. (2007): Kurze Verweildauer im Krankenhaus – die Rolle der Pflegenden. In: Pflege & Gesellschaft, 12/2, S.135-149.

<sup>7</sup> Blegen, M. Goode, C., Spetz, J., Vaughn, Th., Park, S. H. (2011): Nurse Staffing Effects on Patient Outcomes: Safety-Net and Non-Safety-Net Hospitals. In: Medical Care, 49/4, S. 406-414.

<sup>8</sup> Lundberg, V. (2008): Magnet Environments for Professional Nursing Practice. In: Hughes, Ronda (Hg.): Patient Safety and Quality. An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, S. 69-90.

<sup>9</sup> Berchtold, R. (2009): Konzept Pflegeentwicklung. Positionierung, Zusammenarbeit, Vernetzung. Chur: Kantonsspital Graubünden.

<sup>10</sup> Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H., Mayer, H. (2008): Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

<sup>11</sup> Herbst, H. (2014): Herausforderung bei der Einführung eines Karrieremodells. In: Plessl-Schorn (Hg.) (2014): Karriere in der Pflege genug Platz für alle? Gestaltungsmöglichkeiten beruflicher Laufbahnen. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

reichend und ein vertieftes Fachwissen erforderlich ist. An den SALK werden Pflegepersonen dieser Tätigkeitsfelder entweder stationsintern (z. B. Kinaesthetics Peer Tutoring) oder stationsübergreifend (z. B. Diabetesberatung) eingesetzt. Die Pflegenden dieser Kompetenzstufen leisten einen wesentlichen Beitrag, um die Pflegequalität auch in der direkten Zusammenarbeit mit den PatientInnen positiv zu beeinflussen und machen damit die Pflege – als Person und Kompetenz – nicht nur sichtbar, sondern vor allem auch begreifbar. Wie diese Sichtbarkeit gehen kann, zeigt auch die Tatsache, dass an den SALK eine Pflegefachexpertin damit beauftragt wurde, das Wundmanagement aufzubauen.<sup>11</sup>

## **ZUSAMMENFASSENDE AUSBLICK**

Um den Anschluss an die internationale Entwicklung in der Gesundheitsversorgung nicht zu verlieren, ist es notwendig, in Österreich den Weg der Akademisierung von Pflegenden mit direktem Praxisbezug weiter zu verfolgen. Dies gelingt in der Regel am besten dann, wenn der Nutzen des Handelns sichtbar gemacht wird. Dazu werden Pflegefachexpert/inn/en einen wesentlichen Beitrag leisten.

Das Karrieremodell Pflege an den SALK zeigt mit der strategischen Implementierung von Pflegefach- expert/inn/en eine Möglichkeit, wie Kompetenzerweiterung gefördert werden kann. Damit leistet das Modell nicht nur einen Beitrag zur Sichtbarkeit der Pflege, sondern dass diese als wertvoller Teil des Gesundheitssystems geschätzt wird und durch gute Ausbildung Karrieremöglichkeiten eröffnet werden können.

---

# ***Pflegemanagement in der Verantwortung der Sichtbarkeit der Rolle ANP***

*DKKS Christa Tax, MSc*

*LKH Univ. Klinikum Graz, Auenbruggerplatz 1, 8036 Graz, AUSTRIA*

---

## **EINLEITUNG**

Der zunehmend spürbare Fachkräftemangel sowie der „Kampf um kluge Köpfe“ erfordern in der Pflege eine Neuausrichtung und Optimierung bisheriger Strukturen. Auch die aktuellen und zukünftigen Anforderungen an den Pflegeberuf sind mehr denn je einem Wandel unterworfen. Diskussionen rund um die Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, die angestrebte Ausbildungsreform sowie die Erarbeitung neuer Rollenbilder bedingen die zunehmende Fokussierung auf eine Kompetenzorientierung innerhalb der Pflege. Dazu benötigt es aber auch eine Veränderung der Aufgabenprofile und Kompetenzen der Pflegepersonen selbst. (Rottenhofer et al. 2012, Petek et al., 2011, Winkler et al., 2006)

## **PERSONALENTWICKLUNG ALS AUFGABE DER ZUKUNFT**

Vor allem der Mangel an beruflichen Weiterentwicklungsmöglichkeiten jenseits von Management und Lehre vermindert derzeit die Attraktivität des Pflegeberufs. Hier kann von Seiten des Pflegemanagements angesetzt werden, um Fachkräfte in der Pflege zukünftig zielgerichtet zu entwickeln und als Wissensträger im Unternehmen zu halten. (Görres & Blom, 2011).

Bereits jetzt fehlen qualifizierte Pflegekräfte in Österreich und die Situation spitzt sich durch die demografische Entwicklung bis 2020 immer weiter zu. In Anbetracht der steigenden Anforderungen an den Pflegeberuf und des wachsenden Bedarfs an Pflege ist es wesentlich, die Potentiale der Pflegenden im Unternehmen zu bewahren und zu fördern. Es stellt sich für Verantwortliche zunehmend die Frage, welche Qualifizierungsangebote und Maßnahmen zur Personalgewinnung und -bindung künftig benötigt werden. (Tewes & Stockinger, 2014).

Aufgrund der Erkenntnisse aus der Literatur und den Erfahrungen der Führungskräfte wird am LKH Univ. Klinikum Graz viel in die Personalentwicklung im Pflegebereich investiert.

### **Möglichkeiten systematischer Personalentwicklung**

Systematische Personalentwicklung beinhaltet neben geeigneten Maßnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels auch die kontinuierliche Steigerung der Qualifi-



zierung der Pflegekräfte sowie Entwicklung und Förderung der Beschäftigten. (Tewes & Stockinger, 2014; Lüthy & Ehret, 2014; Kolb, 2010) Um eine hohe Führungs- und Fachqualität im Unternehmen zu gewährleisten, kann eine gezielte Nachfolgeplanung hilfreich sein. Dem drohenden Rückgang des Fach- und Führungskräftenachwuchses wiederum kann mit Hilfe von Laufbahn- und Karrieremöglichkeiten für künftige und bestehende MitarbeiterInnen begegnet werden. (Tewes & Stockinger, 2014; Kolb, 2010)

Am LKH Univ. Klinikum Graz hat die gezielte Nachwuchsplanung in der Führungskarriere einen hohen Stellenwert und ist bereits gelebte Praxis. Die Fachkarriereplanung wird nun in den nächsten Jahren systematisch im Rahmen des erarbeiteten Fachkarrieremodells für Pflegeberufe am LKH Univ. Klinikum Graz etabliert. Dies ist am LKH Univ. Klinikum Graz vor allem auch dem Umstand geschuldet, dass der hohe medizinische Spezialisierungsgrad die Pflege fordert, entsprechende Kompetenzen anzubieten. Basis für die Etablierung dieser Fachkarriere bilden das Kompetenzmodell für Pflegeberufe des ÖGKV sowie das Modell der Kompetenzentwicklung in der Pflege nach Patricia Benner.(Petek et al., 2011, Benner, 1994)

Mit Hilfe dieser Strategien im Kompetenzmanagement können vorhandene MitarbeiterInnenfähigkeiten sichtbar und effektiv nutzbar gemacht sowie zusätzlich benötigte Kompetenzen weiter entwickelt oder erworben werden (Kolb, 2010).

### **Die Rolle der Führungskräfte und des Managements bei der Personalentwicklung**

Führungskräfte übernehmen bei der systematischen Personalentwicklung eine Schlüsselfunktion. Vorgesetzte agieren als Mentor und Coach und als Beobachter in wichtigen beruflichen Situationen (Jochmann, 2008 in Tewes & Stockinger, 2014) und sind für die Führung und Förderung der MitarbeiterInnen verantwortlich (Kolb, 2010). Im Zuge von MitarbeiterInnengesprächen können Ziele und Aufgaben sowie Entscheidungs- und Handlungsspielräume sowie künftige Entwicklungsperspektiven oder auch individuelle Karriereziele definiert werden. (Tewes & Stockinger, 2014; Kolb, 2010)

Hier können wir in der Praxis am LKH Univ. Klinikum Graz bereits auf viele positive Erfahrungen zurückblicken. Im Rahmen der jährlichen MitarbeiterInnengespräche werden durch Führungskraft und MitarbeiterIn gemeinsam Ziele festgelegt und gezielt Förderstrategien besprochen. Führungskräfte müssen fähig sein, die individuellen Potentiale ihrer MitarbeiterInnen zu entdecken und zu fördern. Zudem können Führungskräfte Gestaltungsmöglichkeiten und Freiräume für ihre MitarbeiterInnen, etwa durch die Teilnahme in Projekt- oder Arbeitsgruppen schaffen. Dies hat auch einen positiven Einfluss auf die Potentialentfaltung bei den MitarbeiterInnen. (Tewes & Stockinger, 2014)

Zudem hat sich der am Klinikum Graz entwickelte Standard zur Förderung zukünftiger Führungskräfte im mittleren und oberen Management (Tax, 2009) in der Praxis sehr bewährt. Die FörderkandidatInnen werden hier zielgerichtet auf die Anforderungen, die an eine Führungskraft am LKH Univ. Klinikum Graz gestellt werden, vorbereitet und können durch das im Konzept beinhaltetete Mentoring durch erfahrene Führungskräfte

schrittweise in ihre neue Rolle hineinwachsen.

Führungskräfteentwicklung am LKH Univ. Klinikum Graz ist gelebte Praxis nun ist der nächste Schritt die Fachkräfteentwicklung zu forcieren und zu etablieren.

### **Die Rolle der APN als Zukunftsmodell in der fachlichen Entwicklung**

Die allmähliche Ausbreitung von Advanced Practice Nurses (APN) in unterschiedlichsten Bereichen der pflegerischen Praxis auch in Österreich eröffnet neue Möglichkeiten der Karriere innerhalb des Pflegeberufs. Advanced Nursing Practice kann Pflegende befähigen, erweiterte Rollen einzunehmen und neue Handlungsfelder zu erschließen. (Schober & Affara, 2008)

Konzepte, wie die Rollenentwicklung von APN, die die Entwicklung und Förderung von Pflegepersonen mit langer Berufserfahrung und hochentwickelten Kompetenzen fördern, können zudem die Qualität der PatientInnenversorgung erhöhen und dazu beitragen, dass hochqualifizierte, erfahrene Pflegepersonen ihrem Beruf treu bleiben (Benner, 1994).

Mit der Etablierung der Rolle der Advanced Practice Nurse werden fachliche Karriere-möglichkeiten aufgezeigt und Karrieren innerhalb der Pflege werden möglich. Zudem kann die Implementierung der Rolle der Advanced Practice Nurse in der Praxis als Förderung der Kompetenzentwicklung im Zuge des Personalmanagements und der Personalentwicklung angesehen werden (Tewes & Stockinger, 2014).

Auch hier wird am LKH Univ. Klinikum Graz bereits intensiv daran gearbeitet, diese neue und wichtige Rolle in die Praxis zu implementieren. An der Univ. Klinik f. Neurologie werden im Zuge einer Pilotierung zwei Pflegepersonen gezielt in Richtung APN aufgebaut. Beide Pflegepersonen haben ein Masterstudium in Gesundheits- und Pflege-wissenschaften mit dem Schwerpunkt Pädagogik absolviert und vertiefen sich gerade in die Themenbereiche „Pflege bei Demenz“ und „Pflege bei Schlaganfall“. Sie werden in Zukunft AnsprechpartnerInnen für MitarbeiterInnen, PatientInnen und Angehörige sein und als ExpertInnen zielgerichtete Konzepte und Strategien entwickeln, implementieren und evaluieren.

### **Aufgabe des Pflegemanagements bei der Etablierung von APN Rollen in der Praxis**

Dieser Prozess der Entwicklung und Implementierung von Advanced Practice Nurse Rollen ist genauso komplex dynamisch wie die Advanced Practice Nurse Rolle selbst. Hier ist das Management aktiv gefordert, auch geeignete Instrumente für eine nachhaltige Implementierung von APN Praxisrollen anzuwenden.

Eine Möglichkeit hierzu bietet das PEPPA Rahmenkonzept (PEPPA = participatory, evidence- based, patient- centred process, for ANP role developement, implementation, and evaluation). Das Konzept sieht die aktive Einbindung von allen beteiligten Stakeholdern in den Prozess vor und ermöglicht es, den Bedarf und die Ziele für eine klar definierte Advanced Practice Nurse Rolle gemeinsam zu erarbeiten. (Bryant-Lukosius & DiCenso , 2004).

Das Pflegemanagement hat hierbei eine zentrale Schlüsselrolle. Die im Prozess erarbeiteten Rahmenbedingungen (bspw. Zeitressourcen, Räumlichkeiten, Arbeitsmaterial, Änderungen in den Prozessabläufen,...) müssen zur Verfügung gestellt und eine laufende Evaluierung und ggf. Anpassung des Konzeptes muss gewährleistet sein.

Zudem ist es sinnvoll, die Implementierung solch einer gänzlich neuen Rolle in der Pflege durch eine qualifizierte interne oder externe Person begleiten zu lassen. Dies erfordert vom Management das absolute Bekenntnis zu diesem neuen Konzept, da gerade in der Anfangszeit auch viele Ängste und Gegenstimmen berücksichtigt und überzeugt werden müssen (Bryant-Lukosius & DiCenso , 2004).

Um diese Strategien auch wirksam umzusetzen bedarf es interner und externer Instrumente. Interne Instrumente haben zum Ziel, die MitarbeiterInnenzufriedenheit und die Leistungsbereitschaft zu steigern und beim Personal eine Identifikation mit dem Arbeitgeber zu erreichen (bspw. Work - Life Balance, arbeitnehmerInnenorientierte Führungskultur, leistungsgerechte Entlohnung, Einschulungskonzepte, Karriere- und Weiterbildungsmöglichkeiten...). Externe Maßnahmen zielen vor allem darauf ab, die Vorzüge der jeweiligen Institution als Arbeitgeber hervorzuheben und zu vermarkten. (Haubrock, 2012)

Auch hier wird am Klinikum bereits aktiv daran gearbeitet, alte Strukturen zu hinterfragen und neue, zukunftsweisende Konzepte in die Praxis zu integrieren. Im Zuge der Pilotierung an der Univ. Klinik f. Neurologie wird beispielsweise die Pflegeorganisation in Richtung Primary Nursing umgestaltet. Dies bietet für PatientInnen und MitarbeiterInnen völlig neue Perspektiven. Auch die Führungskräfte werden aktiv dabei unterstützt, sich ihrer neuen Rolle bewusst zu werden und ihre Leadershipfähigkeiten weiterzuentwickeln. Um diese Initiativen auch nach außen sichtbar zu machen, wird gerade intensiv an der Gestaltung von professionellem PR Material gearbeitet.

All diese Prozesse benötigen vor allem eines: Zeit und Mut, Neues auszuprobieren und vielleicht auch mal zu scheitern. Dennoch ist zukünftig Praxisentwicklung, wie sie durch die Implementierung von APN initiiert wird mehr denn je Aufgabe des Pflegemanagements. Und Praxisentwicklung funktioniert nur in Verbindung mit gezielter Personalentwicklung. (Haubrock, 2012) Somit ist Personalentwicklung die Aufgabe der Zukunft im Pflegemanagement am LKH Univ. Klinikum Graz.

## REFERENZEN IM TEXT

Benner P., 1994, Stufen zur Pflegekompetenz – From Novice to Expert. Aus dem Englischen übersetzt von Wengenroth M. Verlag Hans Huber, Bern.

Bryant-Lukosius D., DiCenso A., 2004, A Framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. In: Journal of Advanced Nursing, 48 (5), S. 530-540.

Görres S., Blom S., 2011, Wie versorgen wir die Patienten von morgen? In: Die Schwester der Pfleger 50. Jahrg. 10/11.

Haubrock M., 2012, Sozioökonomische Herausforderungen für die Pflege. In: Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe Lösungsansätze, Strategien, Chancen. Bechtel P., Smerdka-Arhelger I. (Hrsg.), Springer - Verlag, Wien Heidelberg.

Kolb M., Burkart B., Zundel F., 2010, Personalmanagement. Grundlagen und Praxis des Human Resources Managements.2.Auflage. Gabler Verlag Wiesbaden.

- Lüthy A., Ehret T., 2014, Krankenhäuser als attraktive Arbeitgeber Mitarbeiterkultur erfolgreich entwickeln. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Manley K., 2009, Transformationale Kultur: Eine Kultur der Effektivität. In: McCormack B., Manley K., Garbett R. (Hrsg.), 2009, Praxisentwicklung in der Pflege. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Frei I. A., Spirig R., Hans Huber Verlag, Bern.
- Manley K., McCormack B., 2009, Praxisentwicklung: Ziel, Methodologie, Begleitung (Facilitation) und Evaluation. In: McCormack B., Manley K., Garbett R. (Hrsg.), 2009, Praxisentwicklung in der Pflege. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Frei I. A., Spirig R., Hans Huber Verlag, Bern.
- McCormack B., Manley K., Garbett R. (Hrsg.), 2009, Praxisentwicklung in der Pflege. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Frei I. A., Spirig R., Hans Huber Verlag, Bern.
- Petek C. et al., 2011, Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. Im Auftrag des ÖGKV Landesverband Steiermark. Wien.
- Rottenhofer I. et al., Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.), 2012, Gesundheits- und Krankenpflege Evaluation der Ausbildungsbereiche Kontext und Bedarfsanalyse. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien.
- Schober M., Affara F., 2008, Advanced Nursing Practice (ANP). Hrsg.: Spirig, de Geest, Hans Huber Verlag, Bern.
- Spirig R. et al., 2011, Der Weg zur Exzellenz. In: Krankenpflege, 1041.
- Springer Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Wissensmanagement. Online im Internet: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55427/wissensmanagement-v8.html>. [2014-11-20]
- Tax C., 2009 Standard zur Förderung zukünftiger Führungskräfte im mittleren und oberen Management. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Tewes R., Stockinger A. (Hrsg.), 2014, Personalentwicklung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.
- Winkler P. et al., Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.), 2006, Pflegebericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien.

---

# ***Pflegemanagement in der Verantwortung der Sichtbarkeit der Rolle APN***

*Mag. Monika Wild, MSc*

*Österreichisches Rotes Kreuz, Wiedner Hauptstraße 32, 1041 Wien, AUSTRIA*

---

## **KURZSTATEMENT**

Die mobile Pflege und Betreuung kennzeichnet sich dadurch aus, dass in diesem Arbeitsbereich/Setting Personen mit vielen verschiedenen Erkrankungen und Pflege-diagnosen betreut werden. Das bedeutet, es werden unterschiedliche Experten mit erweiterter Pflegekompetenz benötigt und der Einsatz von APN's wäre notwendig und wünschenswert. Internationale Studien (vg. Jokiniemi et al., 2012; Newhouse et al., 2011; Laurant, 2009) belegen, dass durch den Einsatz von APN's in verschiedenen Bereichen eine höhere Ergebnis- und Pflegequalität erzielt werden kann, aber diese Ergebnisse können nicht 1:1 für Österreich umgelegt werden. Dies erschwert die Sichtbarkeit und die Verhandlungen mit dem Auftraggeber Land, insbesondere in Zeiten knapper Ressourcen.

---

## ***AutorInnenverzeichnis***

---

Angerer Manuela .....	28
Büscher Andreas .....	6
Flury Maria .....	26
Hader Margarete .....	36
Herbst Herbert .....	36
Hockl Wolfgang .....	15
Kiesl Franz .....	9
Lottersberger Natalie .....	34
Osterbrink Jürgen .....	7
Pilz Sigrid .....	23
Piribauer Franz .....	21
Probst Josef .....	18
Schobersberger Brigitte .....	24
Stewig Friederike .....	14
Stöbich Regina .....	28
Tax Christa .....	39
Wild Monika .....	44



# HAGENBERG | LINZ | STEYR | WELS

Wir bedanken uns bei unseren Patern & Sponsoren



UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES UPPER AUSTRIA

