

20. Newsletter Advanced Nursing Practice (ANP)

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser!

Anregungen für die Lösung des drohenden Pflegepersonalmangels sind inzwischen fast schon täglich zu lesen. Und: alle sind ExpertInnen auf dem Gebiet der Problemlösung. Die Idee der längst totgeglaubten Pflegelehre wird ebenso aus der Taufe gehoben wie die Diskussion über die Pflegeversicherung. Herbert Herbst begründet in seinem Beitrag zur Pflegelehre, warum dieser Diskussion nicht Folge geleistet werden darf.

Das Thema der Heimbeatmung in Österreich von Natalie Lottersberger ist in einem Erfahrungsbeitrag kritisch dargelegt und folgt der Argumentation von Herbert Herbst: es benötigt hochqualifizierte Pflegekräfte, in diesem Beitrag für die Aufgabe der Pflege und Begleitung außerklinisch beatmeter Personen. Christoph Grubauer gibt den Impuls dafür, wie es in Oberösterreich gelingt, diese herausfordernde PatientInnengruppe zu versorgen: ein Beispiel für Rest-österreich?

Ebenso beschäftigt uns nach neun ANP-Konferenzen immer noch, was denn eine APN wirklich ist und welche Bildung sowie Bildungsinhalte sie/er zu einer APN werden lassen. Claudia Leoni-Scheiber und Silvia Neumann-Ponesch präsentieren die Diskussionsergebnisse und Empfehlungen des Forums ANP Salzkammergut für die Ausbildung und den Einsatz in die Praxis, denn wo ANP darauf steht, sollte auch ANP drinnen sein! Die Präsentationen des Kongresses finden Sie unter dem Link

<https://www.fh-ooe.at/kongresse/2019/anp-kongress/downloads/>

Dieses Thema und viele mehr wurden am 9. ANP-Kongress letzten April in Linz im Schlossmuseum diskutiert. Lesen Sie mehr vom 9. ANP-Kongress von Karin Eder unter dem Link

<https://pflege-professionell.at/at-advanced-nursing-practice-kongress-linz-2019>

Versäumen Sie auch nicht in das Programm des 6. Kongresses Integrierte Versorgung zu blicken: www.fh-ooe.at/iv2019

Viel Freude beim Lesen! Bleiben Sie mit uns im Gespräch!

Silvia Neumann-Ponesch und das Redaktionsteam

Wollen Sie uns weiter empfehlen, lassen Sie uns die Mailadresse der anzuschreibenden Person über afw@fh-linz.at wissen.

Sollten Sie unseren Newsletter nicht mehr erhalten wollen, so bitten wir ebenso um eine kurze Rückmeldung an afw@fh-linz.at.

Themen:

- » Kritisch gedacht
- » Erfahrungsbeitrag
- » Statement
- » Ausbildung
- » News und Aktuelles



Impressum:

Akademie für Weiterbildung der FH OÖ
Garnisonstraße 21, 4020 Linz/Austria
Tel.: +43 (0)50804-54210
Fax: +43 (0)50804-954210
E-Mail: afw@fh-linz.at
Web: www.fh-ooe.at/afw

Fotos: Pflegenetz, FH OÖ, Care-Ring GmbH

Die Pflegelehre – oder vom Fischen im leeren Teich

Herbert Herbst, BScN; Uniklinikum Salzburg | Landeskrankenhaus

Der Ruf nach einem Lehrberuf in der Pflege wird aus unterschiedlichen Motiven wiederkehrend von verschiedenen ProtagonistInnen des Gesundheits- und Wirtschaftssystems ausgestoßen. Auch das aktuelle Regierungsprogramm hält die „nachhaltige Qualitätssteigerung bei Pflege und Betreuung“ (BKA, 2017, S. 117) als ein erklärtes Ziel der amtierenden Bundesregierung fest. Welches Verständnis dabei über „Qualitätssteigerung“ vorherrscht, ist jedoch nicht nachvollziehbar, da gleichzeitig die Pflegelehre gefordert wurde. Auch die Wirtschaftskammer fordert immer wieder die Einführung der Pflegelehre mit dem Argument, dass dadurch der Fachkräftemangel behoben werden soll (Groß, 2018). Eine sachliche Auseinandersetzung mit dem Thema zeigt aber, dass die unkenrufartige Forderung nach dem Pflegelehrling, Pflegegesellen oder vielleicht Pflegemeister nicht zu Ende gedacht wurde.

Auch wenn eine breit geführte und mit stichhaltigen Argumenten bzw. durch Forschungserkenntnisse gestützte Diskussion zur Behebung des Fachkräftemangels sicherlich dringend erforderlich ist, muss die Sinnhaftigkeit einer einseitigen Forderung nach der Pflegelehre bezweifelt werden (Pfabigan, 2018). Die Gründe für diese Zweifel sind vielfältig und können letztendlich aufgrund der empirischen Sachlage untermauert werden.

Beispielhaft kann diesbezüglich angeführt werden, dass es zwischen der Qualifikation des Pflegepersonals und der medizinisch beeinflussbaren Sterblichkeit in Gesundheitseinrichtungen einen direkten Zusammenhang gibt. Das bedeutet, je geringer die Qualifikation, desto höher ist die Sterblichkeit bei den PatientInnen (Aiken et al., 2014). Des Weiteren hat eine geringe Qualifikation des Pflegepersonals unmittelbare negative Auswirkungen auf z.B. im Krankenhaus erworbene Harnwegsinfektionen, Pneumonien oder Fehlern bei Notfällen (Needleman et al., 2002; Needman, 2011). Eine höhere Schulbildung bzw. höhere theoretische Qualifizierung bewirkt hingegen einen ressourcenschonenderen Umgang mit beruflichen Belastungen und Anforderungen im Pflegebereich (Buchegger-Traxler, 2014). Bei den Pflegeberufen handelt es sich um eine Ausbildung zu einem Beruf mit hoher psychischer und physischer Belastung. In diesem Zusammenhang weisen Seiffge-Krenke und Lohaus (2007) darauf hin, dass der Umgang mit belastenden Situationen altersabhängig ist und extreme Belastungen zu kritischen Lebensereignissen führen bzw. diese Belastungen auch im direkten Zusammenhang mit alltäglichen Anforderungen (z.B. berufliche Tätigkeit) entstehen. Beispiele für berufsbedingte Belastungen für Pflegeberufe sind u.a. die Begleitung und Versorgung von sterbenden Menschen in allen Altersstufen oder von an Demenz erkrankten Menschen mit herausforderndem Verhalten. Dadurch wird ersichtlich, dass für die Ausbildung in Pflegeberufen nicht nur eine hohe fachliche Kompetenz erforderlich ist, sondern auch ein gewisses Maß an Lebenserfahrung und persönlicher Stabilität vorausgesetzt werden muss. Aus Gründen der Belastung ist der praktische Einsatz von Pflegepersonen bereits heute erst ab dem 17. Lebensjahr möglich (GuKG, 1997). Das ehestmögliche Eintrittsalter in eine Lehre ist mit etwa 15 Jahren noch niedriger. Klein (2019) gibt diesbezüglich zu bedenken, dass dadurch in den ersten Jahren kein praktischer Einsatz der Auszubildenden möglich ist. Darüber hinaus liegt die Evidenz darüber vor, dass der Großteil aller 14-jährigen PflichtschulabgängerInnen eine weiterführende berufsbildende mittlere oder höhere Schule besuchen und nur ein Drittel einen Lehrberuf anstreben (Hofer, 2009; zitiert nach Pfabigan, 2018).



Diese Entwicklung spiegelt sich letztendlich auch in den Zahlen der Statistik Austria wider, wonach die Anzahl der SchülerInnen, die sich für einen Lehrberuf entscheiden, seit Jahrzehnten rückläufig ist (2018). Die Anzahl der offenen Lehrstellen nimmt daher stetig zu. Im Herbst letzten Jahres waren in Österreich 5.650 Lehrstellen nicht besetzt. Das bedeutet im Vergleich zu 2017 einen Anstieg um rund 18% (AMS, 2017; AMS, 2018). Sollte daher die Entscheidung für die Einführung einer Pflegelehre getroffen werden, wäre es somit eine Entscheidung dafür in leeren Teichen zu fischen. Auch würde es bedeuten, dass bis zum „Pflegegesellen“ damit gerechnet werden kann, dass diese Personen in den Jahren bis zum Lehrabschluss aufgrund von Berufsschule und Urlaub zumindest 3 Monate nicht zur Verfügung stehen. Mögliche Krankenstände sind dabei noch nicht berücksichtigt. Völlig unklar erscheint zudem auch, wie dann z.B. mit der verbindlichen Spezialisierung in gesetzlich definierten Spezialbereichen (§ 17 GuKG) umgegangen werden soll. Das gilt ebenso für einen möglichen Übertritt in ein tertiäres Bildungssystem. Problematisch wird zudem gesehen, dass die gesamte Organisation und Vertretung von Lehrberufen über die Wirtschaft erfolgt und dadurch eine weitere Ökonomisierung und Gewinnorientierung des Gesundheitswesens befürchtet wird (Klein, 2019). Ebenso ist unklar, wer in den Organisationen für die Lehrlingsausbildung tätig sein soll und wie sich die Qualität entwickelt, wenn die Pflege über die Lehre für Personen geöffnet wird, die eine grundschulische Ausbildung nur schwer geschafft haben (Rappold, Pfabigan & Brauneis, 2018). Auch die von den BefürworterInnen häufig zitierten Erfolgsmodelle der Fachangestellten Gesundheit (FaGe) in der Schweiz oder Modellprojekte aus Oberösterreich und Vorarlberg stellen sich bei näherer Betrachtung als verzerrte Darstellung von Inhalten heraus. So bleiben in der Schweiz nur etwa 26% der Ausgebildeten als FaGe tätig (Klein, 2019). Das geringe Ausbildungsniveau der FaGe kann insofern umrissen werden, als eine Berufsankennung zur Pflegeassistenz in Österreich ohne Ergänzungsausbildung nicht möglich ist (Rappold, Pfabigan & Brauneis, 2018). In den genannten österreichischen Modellprojekten gibt es hingegen lediglich eine Möglichkeit nach einer Lehre, über bereits bestehende Bildungssysteme die zusätzliche Ausbildung zur Pflegeassistenz bzw. Heimhilfe zu absolvieren (Waldhör, 2018; Klein, 2019). Sachlich betrachtet handelt es sich hierbei also auch um keinen Lehrberuf. Zudem macht Waldhör (2018) die EntscheidungsträgerInnen darauf aufmerksam, dass der Einsatz von unter 17-Jährigen gegen EU-Recht verstößt.

Auch wenn das Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflege wieder in die Liste der Mangelberufe in Österreich (BMASGK, 2018) aufgenommen wurde, besteht die Expertenmeinung, dass ein neuerlicher Pflegeberuf – auf Lehrniveau – hier sicherlich keinen positiven Effekt erzeugt (Klein, 2019). Zudem wird davon ausgegangen, dass dadurch die bereits bestehende Konkurrenz der unterschiedlichen Qualifikationszweige weiter steigt. Eine weitere Fragmentierung von Pflegehandlungen führt nicht nur zu einer enormen Verunsicherung der Bevölkerung, sondern auch zur Häufung von unerwünschten Ereignissen bzw. Pflege- und Behandlungsfehlern (ÖGKV, 2018).

Unbestritten ist, dass „Pflegeberufe hoch und umfassend qualifizierte Personen benötigen, weil es im Umgang mit bedürftigen und insofern vulnerablen Personengruppen ein Höchstmaß an fachlicher, sozialer, kommunikativer, psychischer und ethischer Kompetenz bedarf“ (Klein, 2019, S. 2). Daher darf einer antiquarischen Vorstellung über Ausbildungsmöglichkeiten für Pflegeberufe, die sich „jeglicher validen und seriösen Meinungsbildung“ (ebd. S. 2) entzieht, nicht gefolgt werden. Es muss sicherlich noch eine breite Diskussion über den Fachkräftebedarf in der Pflege geführt, die Attraktivität der bereits bestehenden Pflegeberufe gestärkt und beworben, aber auch die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen (Implementierung der Pflegefachassistenz) umgesetzt werden, um daraus Erkenntnisse ziehen zu können. Die dargelegten Fakten dürfen dabei bei der Entscheidung rund um die Pflegelehre jedenfalls nicht ignoriert werden.



Literatur:

- Arbeitsmarktservice Österreich (AMS) (2017). *Spezialthema zum Arbeitsmarkt 2017*. Zugriff am 26.02.2019. Verfügbar unter <https://www.ams.at/arbeitsmarktdaten-und-medien/arbeitsmarkt-daten-und-arbeitsmarkt-forschung/berichte-und-auswertungen>
- Arbeitsmarktservice (AMS) (2018). *Spezialthema zum Arbeitsmarkt 2018*. Zugriff am 26.02.2019. Verfügbar unter <https://www.ams.at/arbeitsmarktdaten-und-medien/arbeitsmarkt-daten-und-arbeitsmarkt-forschung/berichte-und-auswertungen>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R. ... Seremeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
- Bundeskanzleramt (BKA) (2017). *Zusammen. Für unser Österreich. Regierungsprogramm 2017 – 2022*. Wien: Bundespressedienst.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2018). *Fachkräfte in Mangelberufen*. Zugriff am 26.02.2019. Verfügbar unter <https://www.migration.gv.at/de/formen-der-zuwanderung/dauerhafte-zuwanderung/fachkraefte-in-mangelberufen/>
- Buchegger-Traxler, A. (2014). Der Einfluss der Ausbildung auf Zufriedenheit und Berufsverbleib in der Altenarbeit in Oberösterreich. *SWS-Rundschau*, 54(3), 331-343. Zugriff am 26.02.2019. Verfügbar unter http://www.sws-rundschau.at/archiv/SWS_2014_3_Buchegger.pdf
- GuKG (1997). *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz*. BGBl. I Nr. 108/1997 idF BGBl. I Nr. 59/2018. Zugriff am 26.02.2019. Verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>
- Groß, S. (2018). *Pflegelehre ausbremsen ist grob fahrlässig*. Zugriff am 26.02.2019. Verfügbar unter <https://news.wko.at/news/vorarlberg/Pflegelehre-ausbremsen-ist-grob-fahrlaessig.html>
- Klein, A. (2019). *Pflegelehre. Eine doch nicht so smarte Chance*. Zugriff am 26.02.2019. Verfügbar unter https://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Pflege/Pflegelehre_eine_doch_nicht_so_smart_e_Chance_Dr._Klein_Expertenletter_Pflege.pdf
- Needleman, J. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045.
- Needleman, J., Mattke, S., Stewart, M. & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) (2018). *Stellungnahme des ÖGKV zum Thema Pflegelehre*. Zugriff am 26.02.2019. Verfügbar unter <https://www.oegkv.at/aktuelles/eintrag/stellungnahme-des-oegkv-zum-thema-pflegelehre/>
- Pfabigan, D. (2018). *Stellungnahme zum Thema „Pflegelehre“*. Zugriff am 26.02.2019. Verfügbar unter <https://pflege-professionell.at/at-stellungnahme-zum-thema-pflegelehre>
- Rappold, E., Pfabigan, D. & Brauneis, C. (2018). Fachkräftemangel in der Pflege. Mehr vom Gleichen wird nicht helfen. *Pflege professionell*, 17, 43-53.
- Seiffge-Krenke, I. & Lohaus, A. (2007). *Stress- und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG.
- Statistik Austria (2018). *Schulbesuch*. Zugriff am 26.02.2019. Verfügbar unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung_und_kultur/formales_bildungswesen/schulen_schulbesuch/index.html
- Waldhör, R. (2018). *Eine Pflegelehre mit 15 Jahren würde geltendes EU-Recht verletzen*. Zugriff am 26.02.2018. Verfügbar unter https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180712_OTS0157/goed-gesundheitsgewerkschaft-eine-pflegelehre-mit-15-jahren-wuerde-geltendes-eu-recht-verletzen

Einleitung

Graubereich Heimbeatmung. Für Erwachsene und junge Menschen mit außerklinischer Beatmung und komplexem Pflege- und Therapiebedarf und deren Familien werden der Alltag und die professionelle Pflege zu Hause zum Hürdenlauf und „Hütchenspiel“. Weder Qualität noch Finanzierung oder Ausbildung ist österreichweit professionell geregelt – es herrscht das Zufallsprinzip, je nach Wohnort und stationärer Unterbringung wird die Entscheidung der Heimbeatmung getroffen. Die Familien sind auf sich alleine gestellt, in den meisten Fällen gibt es keine qualitätsgesicherten Maßnahmen in der ambulanten Versorgungslandschaft.

Was heißt es, nicht mehr selbstständig atmen zu können?

Es ist schwer vorstellbar: die Beatmung ob invasiv oder non-invasiv wird von Maschinen übernommen, meist sind die Nahrungsaufnahme und das Sprech- und Sprachvermögen nicht mehr möglich. Die Mobilität ist eventuell stark eingeschränkt. Für alle Aktivitäten des täglichen Lebens ist man auf physische oder technische Hilfen angewiesen.

Spätestens seit der UN-Behindertenrechtskonvention von 2008 muss es Menschen möglich gemacht werden – auch trotz ihrer Behinderung – am öffentlichen Leben teilzunehmen und den Aufenthaltsort frei zu wählen.

Auszug UN-Behindertenrechtskonvention, Artikel 19

„Selbstbestimmtes Leben und Inklusion in der Gemeinschaft“

„Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Inklusion in der Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass

- Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;
- Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, zu Hause, in Einrichtungen und sonstiger Art, einschließlich der Persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Inklusion in der Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Segregation von der Gemeinschaft notwendig ist;
- gemeindenaher Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Erfordernissen Rechnung tragen“.

Tatsächlich steigt die Zahl jener Menschen, welche auf eine maschinelle Beatmung angewiesen sind, sei es durch Krankheit oder Unfall. Insbesondere auch durch die hervorragende Entwicklung der Intensivmedizin wird die Lebenserwartung von Patienten¹ drastisch verbessert. Ansprüche der Betroffenen auf ein individuelles, selbstbestimmtes Leben werden durch die Verbesserung der intensivpflegerischen Versorgung durchführbar.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Konzept überwiegend auf eine gendergerechte Schreibweise verzichtet. Sofern nicht anders vermerkt, gelten alle Bezeichnungen (z. B. Bewohner, Patienten, Betroffene...) sowohl für Frauen als auch für Männer.



Viele dieser Patienten gelten vermeintlich als austherapiert und müssen viel zu lange auf Intensivstationen oder in weiterführenden Kranken- bzw. Pflegeanstalten verbleiben. In Österreich leben rund 400 Menschen mit invasiver Beatmung zu Hause (lt. Forum zu Hause beatmet 2017). Die tatsächlichen Zahlen können von Experten nur geschätzt werden.

In der täglichen Arbeit in der mobilen Pflege von Menschen mit außerklinischer Beatmung gibt es derzeit in Österreich keine zufriedenstellende Lösung. Wie viele Menschen österreichweit mit außerklinischer Beatmung oder durch erfolgreiches Weaning (Entwöhnung von der maschinellen Beatmung) wieder selbständig atmend leben, ist schwer zu beziffern. Eine Anfrage zu einer Statistik, wie viele Menschen in Österreich beatmet werden und wo diese Menschen versorgt werden, wurde beim Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung am 04.10.2018 gestellt. Leider wurde uns am 22.11.2018 mitgeteilt, dass derartige Zahlen beim Hauptverband nicht vorliegen. Diverse Anfragen an Firmen, die Beatmungsgeräte und Zubehör an Betroffene liefern, wurden gestellt.

Bisher gibt es nur wenige Anbieter für die Langzeitbeatmung zu Hause und in stationären Wohnrichtungen. Worüber Konsens besteht ist, dass dieses Angebot in Österreich flächendeckend ausgebaut werden muss.

Die Förderung von sozialen Kontakten, das Wiedererlangen von Selbstständigkeit und einer selbstbestimmten Lebensführung werden dadurch ermöglicht. Nicht zuletzt ist es der Wunsch der Menschen, autonom über den Wohn- und Betreuungsort sowie über die Versorgungsform entscheiden zu wollen. Volkswirtschaftlich kann von einem Gesundheitssystem mit teuren Tagsätzen für Intensivstationen auf kostengünstigere Alternativen zurückgegriffen werden. Durch die Ratifizierung dieser UN-Konvention stellt eine kostenbasierte Entscheidung gegen die freie Aufenthaltsortbestimmung des Beatmeten und freie Wahl der Versorgungsart (ambulant oder stationär) eine Diskriminierung dar, wogegen der Betroffene vorgehen kann.



Begriffsdefinitionen

Außerklinische Beatmung: hier ist die Langzeitbeatmung nach einem stationären Aufenthalt gemeint, die invasiv mit Trachealkanüle oder nicht-invasiv mit einer Sauerstoffmaske erfolgen kann.

Weaning: bedeutet die Entwöhnung von der Beatmungsmaschine, welche unter ärztlicher Aufsicht erfolgen muss. Wir bieten im ambulanten Bereich Übungen zur Erhöhung der Spontanatmungszeit, die in der Regel mit gelegentlichen ambulanten Kontrollbesuchen in der Klinik begleitet werden und im Optimalfall zur Dekanülierung (Entfernung der Trachealkanüle) führen kann. Es wird entweder auf die nicht-invasive Maskenbeatmung bei Bedarf umgestellt oder es erfolgt ein vollkommener Verzicht auf maschinelle Beatmung. Weiters erfolgt ein Schlucktraining, um die Fähigkeit wieder orale Nahrung zu sich nehmen zu können, zu fördern und von der Sondennahrung wieder weg zu kommen.

Es erfolgen Maßnahmen zum Muskelaufbau für die Mobilisation durch MOTO-MED Trainingsgeräte.

Es werden Trainingsmaßnahmen für die Wiederherstellung oder zur Förderung der kognitiven Fähigkeiten durchgeführt.

Bei der Versorgung ist die engmaschige Zusammenarbeit der ambulanten Pflegefachkräfte mit niedergelassenen Lungenfachärzten, Neurologen sowie einem therapeutischen Team von Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden und dem stationären Umfeld bei Entlassung und Wiederaufnahme erforderlich.

Mobile Palliativteams sind auf Anfrage leider nicht zuständig, die Normalstationen behalten ebenfalls keine beatmeten Patienten ohne Sitzwache. Daher werden bei ungeplanten Aufnahmen Klienten auf der Intensivstation aufgenommen, auch bei Routineeingriffen, was kostenintensiv und ineffektiv ist, weil teure Intensivbetten blockiert sind, und diese Menschen auch mit geeigneter Sitzwache auf einer Normalstation untergebracht werden könnten nach z.B. einem chirurgischen Eingriff.

Umfangreiche Symptomatik

Neben „Case Management Intensiv“ ist vor allem die Symptomkontrolle bei zum Großteil neurologischen Patienten wesentlich. Es muss ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass der beatmete Patient immer auch ein palliativer Patient ist, da er/sie ohne Beatmung bereits verstorben wäre. Die psychosoziale Komponente für die Familien wird auch von Professionalisten völlig unterschätzt. Auch kulturelle Unterschiede sind zu verzeichnen. So ist z.B. nur 1% der Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)-Patienten in Österreich beatmet. In Deutschland hingegen sind es knapp 10%, in Japan sogar 50%. In der Pathogenese können gleichzeitig auch Herzkreislaufkrankungen und Stoffwechselerkrankungen mit auftreten, sowie eine unerkannte Frontallappendemenz oder Störungen des autonomen Nervensystems. Daher kommt der rechtzeitigen Patientenverfügung im frühen Stadium eine große Bedeutung zu. Das „Hütchenspiel“ beginnt schon bei der elektiven Aufnahme. Beatmung auf Wunsch – nicht wirklich erwünscht – von Seiten der Professionalisten. Immer wieder gibt es Rückmeldungen vonseiten der Patienten, dass hier massiver Druck auf die Familien ausgeübt wird, um eine Langzeitbeatmung bei neurologischen Erkrankungen zu vermeiden. Daher kommt der Palliation, speziell in der Neurologie, ein großer Stellenwert zu.

Zuständigkeiten werden dann spätestens bei der Entlassung aus dem Spital völlige Zufallsprinzipien. Weder der Versicherer noch der Sozialhilfeträger fühlen sich hier einheitlich zuständig für die Kontrolle der Leistung, Finanzierung und Bereitstellung von Human Ressourcen. Lediglich die Gerätschaft ist sozialversicherungstechnisch geklärt, aber das ist auch schon alles. Dass Beatmungsparameter auch zu Hause überprüft und von einem niedergelassenen Facharzt eingestellt werden können, ist auch vielen Menschen nicht bewusst. Immer wieder kommt es zu neuerlichen Krankenhausaufenthalten des langzeitbeatmeten Menschen, welche immer eine enorme Stresssituation darstellt für den/die Betroffene(n) und Risiken birgt. Beatmung invasiv bedeutet palliativ, auch wenn dieses niemand wirklich sehen und hören will. Das Prinzip „Wegschauen“ wird hier von Seiten der Gesundheits- und Sozialbehörden erfolgreich weiter aufrecht erhalten. Es wäre eine Regelung nach dem Vorbild der Deutschen Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) für Zuständigkeiten, Curricula und Standards für die Sicherheit in der Betreuung auch für die Symptomkontrolle wünschenswert.

Alternativen zum Krankenhaus

Das Prinzip der Wohngemeinschaften beschäftigt uns auch, Einheiten zu errichten als Alternative zum herkömmlichen Krankenhaus.

Das Raumkonzept orientiert sich am „Regelwerk Wohngemeinschaft“ – Betriebliche und bauliche Standards werden von der Wiener Spitalsverordnung vorgegeben (Wien). Die Räume sollten neben der für die pflegerische und medizinische Betreuung notwendigen Infrastruktur eine angenehme, wohnliche Atmosphäre für ein erfülltes Leben schaffen. Insbesondere Wohngemeinschaften bieten soziale Einbindung und gemeinsame Aktivitäten des alltäglichen Lebens, ohne dabei privates Wohnen (eigenes Zimmer) aufgeben zu müssen.

Da es sich bei der Zielgruppe sowohl um voll- als auch teilbetreute Intensivpatienten handelt, ist besonderes Augenmerk auf die Möglichkeit zu legen, die Zimmer und Wohnbereiche (vor allem in der Langzeitpflege) möglichst individuell zu gestalten. Von technischer Seite müssen alle Räumlichkeiten mit ausreichender Technologie ausgestattet und versorgt sein, für den Notfall muss die Versorgung mit Notstrom sichergestellt sein.



Sauerstoffversorgung ist bei allen Pflegeplätzen gewährleistet. Bei den beatmeten Menschen erfolgt ein permanentes Monitoring, dadurch ist die sofortige Intervention der ständig anwesenden Pflegefachkraft gewährleistet. Im Falle eines Sauerstoffabfalls oder Defekt des Sauerstoffgerätes wird über eine Notrufanlage ein Alarm ausgelöst. Sprachcomputer, Cough-Assists und Beatmungsgeräte samt Wärmepumpe werden individuell für den Klienten von Seiten der Industrie gewartet und bereitgestellt.

Zielgruppe

Die Zielgruppe sind atmungsbeeinträchtigte Menschen, bei denen durch schwerwiegende Erkrankungen oder Traumata (z. B. Muskeldystrophie, neurologische Krankheitsbilder) hochkomplexer Pflegebedarf gegeben ist und zusätzlich einer der folgenden Punkte zutrifft:

- a) Die pflegenden Angehörigen brauchen für eine bestimmte Zeit Entlastung, um sich von der Betreuung ihres Angehörigen zu erholen. (Tage- oder Wochen-Kurzzeitbetreuung)
- b) Seitens der Behörden wird eine Gefährdung festgestellt und der pflegebedürftige Mensch muss vorübergehend sein Zuhause verlassen. (Krisenwohnung)
- c) Die Versorgung, Pflege und Betreuung des beatmeten Menschen kann zu Hause nicht (mehr) ausreichend gewährleistet werden.
- d) Der beatmete Mensch möchte in einer Wohngemeinschaft selbstbestimmt und sicher leben. (lt. UN-Behindertenrechtskonvention Artikel 19)

Fehlende Leistungsangebote

Was kommt nach der Intensivstation? Manche Erkrankungen erfordern eine vorübergehende oder dauerhafte Beatmung über eine Trachealkanüle. Für die Pflege zu Hause oder in einer Wohngemeinschaft sind qualifizierte und zusätzlich ausgebildete Pflegefachpersonen notwendig.

Diese müssen notfallmedizinisch geschult sein und die Beatmungsmaschine, sowie das Kanülenmanagement inklusive dem Wechsel der Kanüle exakt beherrschen.

Die Familien benötigen Tag- und Nachtdienste, von einzelnen Entlastungseinsätzen bis zu 365 Tagen im Jahr. Diese Leistungen fehlen gänzlich. Fallweise in manchen Regionen gibt es einzelne Anbieter, diese zertifizieren sich zum Teil bei der DIGAB oder werden gar nicht von einer öffentlichen Behörde überprüft. Zusätzlich für die Bereichsleitung Beatmungspflege muss eine der folgenden Qualifikationen vorliegen:

- Qualifikation in der außerklinischen Beatmung durch z. B. eine medizinisch-pflegerische Fachgesellschaft oder einen pflegerischen Berufsverband mit mindestens 120 Stunden
- Weiterbildung zum Atmungstherapeuten (Umfang der Weiterbildung mindestens 600 Stunden innerhalb von 2 Jahren),
- Abgeschlossene Sonderausbildung Basisausbildung in der Intensivpflege, Kinderintensivpflege, Anästhesiepflege und Pflege bei Nierersatztherapie
- Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivbereich, Intermediate Care-Stationen, außerklinische Intensivpflege) über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mindestens 19,5 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre.



Mitarbeiter mit abgeschlossener dreijähriger Ausbildung haben eine Zusatzqualifikation in der außerklinischen Beatmung durch strukturierte Einarbeitung in die Beatmungspflege, Weiterbildungen für die Beatmungspflege, schwerpunktmäßig in den Bereichen Grundlagen der Beatmungspflege, Trachealkanülenmanagement, Sekretmanagement, Notfallmanagement, Hygienemanagement, Gerätemanagement **innerhalb 12 Monaten nach Beginn der Tätigkeit** zu absolvieren intern oder extern nach Vorlage der DIGAB für Basiskurs 120 Stunden oder Expertenkurs 200 Stundenausbildung z.B. eine medizinisch-pflegerische Fachgesellschaft oder einen pflegerischen Berufsverband mit mindestens 120 Stunden nachzuweisen.

Alle in der Versorgung tätigen Mitarbeiter müssen vor selbständiger Aufnahme der Tätigkeit:

- im Umgang mit den in der Versorgung eingesetzten Geräten ausreichend geschult und eingewiesen sein (Checkliste),
- nach strukturierter Einarbeitung fachlich in der Lage sein, die Versorgung und Krankenbeobachtung der Bewohner durchzuführen (Einarbeitungsplan, Biografie, med. Anamnese),
- soweit erforderlich, in der Kommunikation mit Wachkomapatienten geschult sein,
- fachlich in der Lage sein, in Notfallsituationen angemessen zu reagieren (Notfallkonzept).

Literatur

EWERS Michael, SCHÄFFER Doris (2005): Case Management in Theorie und Praxis, Hans Huber Verlag, Bern

KOLLEKTIVVERTRAG der Sozialwirtschaft Österreich (SWÖ-KV), Stand 1. Februar 2018, Herausgeber: Sozialwirtschaft Österreich, Apolllogasse 4/8, 1070 Wien

KROHWINKEL Monika (2013): Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs - Forschung, Theorie und Praxis, Hans Huber Verlag, Bern

ÖGCC [Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management] 2016: Grundlagenpapier. Online abrufbar unter <http://oegcc.at/die-oegcc/grundlagenpapier/> (23.10.2018)

UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION - Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und Fakultativprotokoll – Neue deutsche Übersetzung, Herausgeber: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, 2016



Links

<http://www.digab.de/informationen/positionspapier/> Stand 23.10.2018

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung
Positionspapier zur aufwendigen ambulanten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung nach Intensivtherapie (ambulante Intensivpflege)

<http://www.beatmungspflegeportal.de/> Stand 23.10.2018

STATEMENT

Regelung der Heimbeatmung in OÖ – ein Vorzeigemodell für Österreich?

Christoph Grubauer; Heimbeatmung OÖ

Bezugnehmend auf den Artikel zuvor erscheint in OÖ die Betreuung von heimbeatmeten PatientInnen gut geregelt, die Finanzierung gesichert und die Durchführung flächendeckend und qualitätskontrolliert. Pflegepersonen mit ausschließlich Ausbildung zur Intensivpflegefachperson, eine Vorgabe der Sanitätsdirektion, sind in der Heimbeatmung in OÖ im Einsatz. Die Pflege von Menschen mit außerklinischer Beatmung erfolgt in OÖ durch eine mobile Versorgungseinheit, das vom Kompetenzzentrum Heimbeatmung OÖ mit seinem Expertenteam geleitet wird. 24-Stunden-Bereitschaft ist für die KlientInnen garantiert. Ein ausgearbeiteter Schulungskatalog sowie verschiedene Leitlinien und Monitoringhilfen regeln Betreuung und Pflege. Eine Koordinationsstelle stellt die Kommunikation zwischen den Gesundheitseinrichtungen und den Betroffenen her. Die engmaschige Zusammenarbeit von Pflegefachkräften, niedergelassenen LungenfachärztInnen, NeurologInnen, IntensivmedizinerInnen sowie therapeutische Teams von Ergo- und PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen und dem stationären Umfeld bei Entlassung und Wiederaufnahme ist seit Juni 2016 gängige Praxis.

Gut versorgte KlientInnen nehmen in OÖ von Intensivpflegenden begleitet am öffentlichen Leben teil. Sie besuchen Konzerte, gehen ins Kino oder Restaurant. Sogar der Schul- und Kindergartenbesuch wird dadurch möglich.

Das Bundesland OÖ ist 2011 von Seiten der EU für ihre Versorgungsstruktur heimbeatmeter KlientInnen ausgezeichnet worden (EPSA European Public Sector Award).

Kontakt: Christoph Grubauer, Leiter Heimbeatmung OÖ
Mail: office@heimbeatmung-ooe.at



AUSBILDUNG

Nicht überall wo „Advanced“ draufsteht, ist „Advanced“ drinnen!

Mag. PhDr. Silvia Neumann-Ponesch, MAS; Akademie für Weiterbildung der FH OÖ
Claudia Leoni-Scheiber, MSc, MScN, PhDc; Freie Dozentin

(Auszug aus dem Referat vom 3.4.2019, 9. ANP-Kongress, Linz)

„Advanced“ ist hype, zumindest muss dieser Eindruck entstehen, wenn die vielen erst kürzlich ins Leben gerufenen Hochschullehrgänge betrachtet werden. Eine vertiefte Betrachtung dieser zeigt allerdings, dass das Verständnis ein sehr unterschiedliches sein kann und nicht immer die vom ICN empfohlene Absicht trifft.

Der Begriff selbst ist – so wie jeder Begriff – zuerst einmal wertfrei und bedeutet so viel wie „at a higher, more difficult level“, „modern and well developed“, „highly developed or difficult“ oder „using the most modern methods, technologies, ...“ (Cambridge English Dictionary, 2019) und kann für viele Zwecke verwendet werden.

Im Jahr 2014 erschien in 2. Auflage in Anlehnung an den ICN das ANP-Positionspapier Österreich (Neumann-Ponesch et al., 2014). Darin sind die Charakteristika von ANP beschrieben: Spezialisierung, Erweiterung und Fortschritt.

Die spezialisierte, vertiefte klinische **Praxiskompetenz** beruht im Handlungsfeld der Advanced Practice Nurse auf Basis:

- einer bestimmten **Krankheit** (z.B. Demenz, Herzinsuffizienz, Mammacarcinom, ...)
- einer bestimmten **Alterskohorte** (z.B. Kinder und Jugendliche, der alte Mensch, ...)
- eines **Phänomens** (z.B. Schmerz, Wunde, ...) oder
- eines ausgewählten **Settings** (z.B. Familie, Schule, Dialyse, Intensivstation, ...).

Das Forum ANP Salzkammergut¹, das sich die Entwicklung von ANP in Österreich zur Aufgabe macht, formulierte bei seinem letzten Treffen Empfehlungen für die Ausbildung zur Advanced Practice Nurse:

Advanced Practice Nurses in Österreich verfügen zukünftig über

- eine fachliche Spezialisierung über die Grundausbildung hinaus
- eine mehr als fünfjährige Berufserfahrung (in *einem* Fachbereich)
- einen direkten PatientInnen-, KlientInnen-, BewohnerInnenbezug und
- erweiterte wissenschaftliche Kompetenzen.

Diese Kompetenzen werden an hochschulischen Bildungseinrichtungen (Niveau 2, GuKG, 2016) erworben. Die Ausbildung hat mindestens **90 ECTS** zu umfassen und mindestens **40%** der Ausbildung bilden das **klinische Fach (= Spezialisierung/Erweiterung)** ab. Basierend auf den beiden Niveaus der Spezialisierungen (§ 70a. GuKG, 2016) sind die Umfänge der Ausbildungsinhalte – grob gegliedert in Grundhaltung, Spezialisierung und Wissenschaft – in der Abbildung 1 dargestellt.



	Spezialist/in für ...		APN	(nach GuKG, 2016)
	Zertifikat 30 ECTS	Diploma 60 ECTS	Master ab 90 ECTS	
Grundhaltung	▶			Mind. 40 % des Curriculums ANP
Spezialisierung	▶			
Wissenschaft	▶			

Abbildung 1: Unterscheidung „Spezialist/in für...“ und „APN“ nach dem Forum ANP (2018)

Anspruch der Ausbildung muss sein, sich dabei über eine Vertiefung/Spezialisierung in **einer** der identifizierten **Rollen** über **eine** der **Populationsschwerpunkte** (Familie/Individuum über die Lebensspanne, Neonatologie, Frauengesundheit, psychische Gesundheit, ...) wenn möglich mit hoher Evidenz zu erarbeiten (APRN Joint Dialogue Group Report, 2008, S. 6, 11).

Dementsprechend bilden (Master-)Ausbildungen mit Schwerpunkten des Pflegemanagements, der Pflegepädagogik, der Pflegewissenschaft oder der Pflegeberatung keine Berufsbilder einer zukünftigen Advanced Practice Nurse ab. Ebenso spezifiziert die Kategorie „chronisch“ und „akut“ nicht im Sinne einer APN-Qualifizierung. Fazit des Forum ANPs Salzkammergut: Den heutigen Angeboten an Masterlehrgängen mangelt es großteils zum jetzigen Zeitpunkt an der vertieften Fachexpertise; sie ähneln mehr pflegewissenschaftlichen Studiengängen als einer fundierten APN-Ausbildung.

Der Qualifizierungsbedarf von Pflegenden sowie deren Nutzen für PatientInnen und KlientInnen sowie für Gesundheits- und Sozialorganisationen mag im Sinne von Ann Hamric somit gut überlegt werden, denn

„To be an APN is not a batch of honour. It is a responsibility in clinical nursing practice with the goal to benefit patients and their families. It is necessary that you shall be well educated and prepared for it.“ (Hamric, ANP-Symposium zhaw, 19.1.2011)

References:

Cambridge English Dictionary,

<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/advanced>, 30.3.2019

Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education, July 2008,

https://www.ncsbn.org/Consensus_Model_for_APRN_Regulation_July_2008.pdf, 30.3.2019

Neumann-Ponesch et al., Advanced Nursing Practice in Österreich.

Positionspapier, 2014, Facultas

¹ ... ist eine **Initiative** mit dem Ziel, ANP in Österreich bekannt zu machen und zu implementieren. Das Forum besteht aus einer Personengruppe aus sechs Bundesländern mit **VertreterInnen** des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), einer Landesregierung, der Arbeiterkammer, mehrerer Kliniken, mehrerer NGO's, einer Hochschule und der ANDA.

NEWS UND AKTUELLES

LEHRGANG

„Academic Care Management“

Anmeldeschluss: 30.06.2019

Start: 25. September 2019, 2 Semester (60 ECTS)

Abschluss: Academic Care ManagerIn

Informationen und Anmeldung: www.fh-ooe.at/cm



MASTERLEHRGANG

„Interkulturelles Pflegemanagement“

Master Pflegedienstleitung (Gleichhaltung GuKG aktuelle Fassung §17.(7)2.a)

Start in Linz: Jänner 2020, 5 Semester (120 ECTS)

Abschluss: Master of Advanced Studies – MAS

Start in Wien/Linz: September 2020, 3 Semester (70 von 120 ECTS)

Verkürzte Variante für Pflegende mit einer Ausbildung §64 GuKG Basales und Mittleres Pflegemanagement

Abschluss: Master of Advanced Studies – MAS

Der Masterlehrgang schließt durch die Anrechnung der Lehrveranstaltungen des Basalen und Mittleren Pflegemanagement mit 120 ECTS ab und führt somit zur Befähigung **Pflegedienstleitung:** Gleichhaltung GuKG aktuelle Fassung §17.(7)2.a) für Führungsaufgaben (referenziert auf §72 GuKG)

Zertifikat Interkulturalität (18 ECTS)

Informationen und Anmeldung: www.fh-ooe.at/ikm



LEHRGANG

„Academic Advanced Nursing Practice“

Start: Oktober 2020, 4 Semester (90 ECTS)

Abschluss: Academic Advanced Practice Nurse

- >> Pflege von Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen (Schwerpunkte: Demenz, Delir)
- >> Wund- und Stomamanagement
- >> Pflege von Menschen mit Herzinsuffizienz
- >> ANP für Versorgungssysteme und Netzwerkarbeit
- >> Familiengesundheits- und gemeindeorientierte Pflege (Family/Community Nursing)
- >> Interkulturelle Pflege

Certified Programme

in oben genannten Spezialbereichen jeweils 40 ECTS

Start: Oktober 2020

Umfang: 40 ECTS (gemeinsam mit den Studierenden des Lehrgangs ANP)

Informationen und Anmeldung: www.fh-ooe.at/anp



KONGRESS

6. Kongress Integrierte Versorgung: „den Menschen verpflichtet“

12. November 2019, Schlossmuseum Linz

Informationen und Anmeldung: www.fh-ooe.at/iv2019

Redaktionsteam:

Mag. Beate Czegka, MAS
Pflegemanagement

Herbert Herbst, BScN
Pflegepraxis

Mag. Claudia Kastner-Roth
Pflegeentwicklung

Claudia Leoni-Scheiber, MSc MScN PhDc
Pflegewissenschaft und -entwicklung

Juliane Lippoldt, BSc.
Lektorat

Natalie Lottersberger, Bac
Schnittstellenmanagement

Mag. PhD. Silvia Neumann-Ponesch, MAS
Hochschulbildung

Mag. Mag. Dr. Elisabeth Rappold
Pflegeentwicklung

Mag. Paul Resetarics, MSc.
Gesundheitspolitik

Reinhard Schmidt, MAS, MSc.
Gesundheits- und Sozialmanagement

Mag. Dr. Berta Schrems
Pflegewissenschaft

Maria Caroline Skala, BSc.
ANP-Berufsentwicklung

Harald Titzer, BSc.
Pflegepraxis

Esther Trampusch, BSc.
Pflegepraxis

Mag. Andrea Voraberger
Pflegemanagement und Berufspolitik

Wir sind an Ihren Ideen interessiert

Schreiben Sie uns: afw@fh-linz.at