

III-135 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XVII. Gesetzgebungsperiode

B e r i c h t d e r B u n d e s r e g i e r u n g

zur EntschlieÙung des Nationalrates vom 26. April 1989,
E 113 - NR/XVII.GP., anläÙlich der Verhandlung des Berichtes
des Bundesministers für Inneres im Zusammenhang
mit den Vorgängen im Krankenhaus Lainz

samt Beilagen

Gemäß dem Auftrag des Nationalrates, die Bundesregierung möge auf der Grundlage der Arbeit einer Expertengruppe bis zum Ende des Jahres 1989 dem Nationalrat einen Bericht vorlegen, der sich mit Fragen der Betreuung alter Menschen, mit der Mediziner Ausbildung, mit den Konsequenzen der Entwicklung der modernen Medizintechnik aber auch mit dem Verhältnis von Bund und Ländern auf diesen Gebieten auseinandersetzt und Reformvorschläge enthält oder Reformansätze aufzeigt, übermittelt die Bundesregierung den beiliegenden Bericht einer Expertengruppe vom 30. Oktober 1989. Darüber hinaus ./. beehrt sich die Bundesregierung, eine vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen erarbeitete Expertise betreffend ./. ambulante (extramurale) Hilfsdienste vorzulegen.

Aus der Sicht der Bundesregierung sind hiezu die nachstehenden Bemerkungen zu treffen, wobei nach allgemeinen Bemerkungen eine Gliederung dieser Ausführungen in der Reihenfolge der in der EntschlieÙung des Nationalrates angeführten Problembereiche

- Ausbildung von Ärzten und des Pflegepersonals (siehe Seite 4);
- deren Arbeitsbedingungen und ständige psychologische Betreuung (siehe Seite 11);
- die Frage des Kontrollsystems im Spital (siehe Seite 17);
- die Probleme des Umfangs und der Notwendigkeit von Spitalsaufenthalten im Zusammenhang mit der Forcierung der Hauskrankenpflege (siehe Seite 19);

- 2 -

- die Frage der Autonomie der einzelnen Spitäler (siehe Seite 23);
- die Stellung der Alten in unserer Gesellschaft (siehe Seite 27) und
 - den ethischen Problemen im Zusammenhang mit diesen Fragen (siehe Seite 29)

erfolgt.

Allgemeines:

Wie auch der Nationalrat in seiner EntschlieÙung vom 26. April 1989 selbst hervorgehoben hat, fallen die angesprochenen Problemkreise zum Großteil in die Zuständigkeit der Länder und Gemeinden. Dies gilt beispielsweise für zahlreiche Maßnahmen auf dem Gebiet der Behindertenhilfe (vgl. VfSlg. 8831) ebenso wie für Reformen im Bereich des Gemeindesanitätsdienstes sowie für dienst- und besoldungsrechtliche Änderungen für Landes- und Gemeindebedienstete.

Aus Zweckmäßigkeitserwägungen wird im Hinblick auf seitens des Bundes zu treffende Maßnahmen im folgenden daher insbesondere auf jene Bereiche näher eingegangen, in denen kompetenzmäßig entweder dem Bund oder dem Bund gemeinsam mit den Ländern Regelungs- und teilweise auch Vollzugszuständigkeiten zukommen.

In diesem Zusammenhang ist vor allem nach der geltenden Kompetenzrechtslage darauf hinzuweisen, daß in den Angelegenheiten des Spitalswesens ("Heil- und Pflegeanstalten") gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG dem Bund bloß die Kompetenz zur Gesetzgebung über die Grundsätze zufällt, während die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung ausschließlich Sache der Länder sind; lediglich die sog. "sanitäre Aufsicht" ist eine Angelegenheit, die dem Bund gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG zur Gesetzgebung und Vollziehung übertragen ist. Es ist somit Sache der Länder, für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenanstalten zu sorgen.

- 3 -

Diese Kompetenzrechtslage macht es dem Bund unmöglich, Vollzugsdefizite in der Vollziehung durch die Länder auszugleichen, da gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG in Verbindung mit Art. 131 Abs. 1 Z 2 B-VG dem Bund (dem jeweils zuständigen Bundesminister) zwar die Möglichkeit eingeräumt ist, gegen Bescheide der Länder in den Angelegenheiten der Art. 11 und 12 B-VG (somit auch auf dem Gebiet der Krankenanstalten) Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof zu erheben, Vollziehungsdefizite im Sinne eines Unterbleibens der gebotenen Vollzugshandlungen auf Landesebene jedoch nicht verfolgt werden können.

Schließlich ist aber auch zu zahlreichen Sachgebieten, die Bundes-sache in Gesetzgebung und Vollziehung sind, darauf hinzuweisen, daß die Vollziehung in der sog. mittelbaren Bundesverwaltung erfolgt. Somit ist auch in diesem Zusammenhang eine primäre Verantwortung auf Landesebene (Landeshauptmann) gegeben.

In finanzieller Hinsicht muß angemerkt werden, daß zahlreiche der von den Experten für notwendig erachteten Maßnahmen und Reformen mit einem beträchtlichen finanziellen Mehraufwand verbunden sind. Im Hinblick darauf, daß weitere Kostensteigerungen die Finanzierbarkeit des gesamten

- 4 -

Gesundheitswesens in Frage stellen würden, kommt sämtlichen Bestrebungen, kostenintensive Einrichtungen der Akutversorgung zu entlasten größte Bedeutung zu, da die auf diese Weise einzusparenden Mittel zur Finanzierung der für notwendig erkannten Reformen herangezogen werden können.

Im einzelnen vertritt die Bundesregierung zu den vom Nationalrat aufgezeigten Bereichen und den im Expertenbericht hiezu getroffenen Feststellungen folgende Auffassung:

Zur Ausbildung von Ärzten und des Pflegepersonals:

A) Ausbildung von Ärzten:

Eine Revision der ärztlichen Ausbildung hat sowohl auf das Studium wie auch die postpromotionelle Ausbildung Bedacht zu nehmen; beide Bereiche können nicht isoliert betrachtet werden.

1. Universitäre Ausbildung:

Die Reform des Medizinstudiums wurde im Hinblick auf eine größere Handlungs- und Sozialkompetenz der Absolventen diskutiert. Diese Zielrichtung wurde durch die Vorgänge in Lainz bestätigt, wenn gleich festgestellt werden muß, daß ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Ärzteausbildung und den Mißständen nicht hergestellt werden kann. Unvorgreiflich der Ergebnisse der noch weiterzuführenden intensiven Beratungen sollten daher folgende Bereiche von einer Studienreform erfaßt werden:

a) Erweiterung der fachlichen Kompetenz der Ärzte, insbesondere im Hinblick auf psychosoziale Fähigkeiten (im Umgang mit Patienten und Kollegen) und der Fähigkeit zur Teamarbeit;

b) verstärkte Behandlung und Vermittlung ethischer Themen;

- 5 -

- c) Förderung des Übersichtswissens bzw. der Fähigkeit zur Integration;
- d) Geriatrie und Rehabilitation - verstärkte Behandlung der spezifischen Probleme alter Menschen, Behinderter und chronisch Kranker;
- e) Gestaltung einer geänderten Einführungsphase am Beginn des Studiums bzw. eines Einstiegspraktikums; Vermittlung einer Gesamtchau des medizinischen Aufgabenbereiches;
- f) Erweiterung bzw. Vertiefung der praktischen Ausbildung.

Ferner ist darauf zu achten, daß bereits während des gesamten Studiums eine erweiterte Praxisausbildung erfolgt. Dies gilt auch dafür, daß Fähigkeiten zur Teamarbeit, Managementkenntnisse und Kenntnisse der Rechts- und Standesfragen, die außerhalb des heute im Rahmen der Gerichtsmedizin angebotenen Wissens liegen, vermittelt werden.

In diesem Sinne wird daher vor allem geprüft werden, ob Professuren oder Institute für Geriatrie, Rehabilitation und Medizinrecht zu schaffen sind.

2. Postpromotionelle Ausbildung:

Zur postpromotionellen Ausbildung vertritt die Bundesregierung die Ansicht, daß die eben zur praepromotionellen Ausbildung dargestellten Überlegungen auch im Bereich der postpromotionellen Ausbildung zum Tragen kommen müssen.

Eine Verbesserung der postpromotionellen Arztausbildung durch Lehr- und Lernkontrolle bei geregelten Ausbildungsprogrammen ist anzustreben. Dies kann durch die Ausarbeitung von bzw. Umsetzung schon vorhandener Curricula geschehen, wobei die verantwortliche Position der ausbildenden Ärzte durch die Einführung eines sog. "Ausbildungspasses", nach dem in zeitlich relativ kurzen Intervallen der jeweilige aktuelle Ausbildungsstand zu dokumentieren ist, hervorgehoben wird.

Dabei wird darauf zu achten sein, daß das nach den schon heute geltenden Ausbildungsvorschriften vorgesehene Wissen unter Erweiterung um fachübergreifende Kriterien wie z.B. Fragen der Ethik, Psychologie, Psychiatrie, Notfallmedizin, Urologie, Orthopädie, Augenheilkunde, Management und Ökonomie auch tatsächlich vermittelt wird.

Die Neugestaltung und -gewichtung der Lehrinhalte der Turnusausbildung wird auch unter dem Gesichtspunkt zu erfolgen haben, daß die postpromotionelle Ausbildung den im EG-Raum bestehenden Ausbildungsnormen entspricht. Ebenso wird es vorrangiges Ziel der Turnusausbildung sein müssen, daß während der gesamten Ausbildungszeit dem Arzt die Bedeutung einer optimalen Zuwendung zum Patienten ins Bewußtsein gerufen wird.

Dem Turnusarzt ist das aktive Selbststudium dadurch zu erleichtern, daß tatsächlich in allen als Ausbildungsstätten anerkannten Krankenanstalten die erforderlichen Fachbücher und -zeitschriften, audiovisuellen Lehrmittel sowie interaktive EDV-unterstützte Lehrsysteme im ausreichenden Maß angeboten werden.

Wegen der zunehmenden Bedeutung der Versorgung der Bevölkerung auf dem Gebiet der Geriatrie mißt die Bundesregierung schließlich auch der Bemerkung der Expertengruppe, wonach die Möglichkeit geprüft werden sollte, im Rahmen der postpromotionellen Ausbildung auch Ausbildungszeiten in sog. "Pflegeheimen" zu verbringen, großes Gewicht bei.

Diesbezüglich ist auf die schon unter Allgemeines getroffenen Feststellungen zu verweisen, wonach derart bezeichnete Einrichtungen, die tatsächlich medizinische Krankenanstaltenleistungen erbringen, von der zuständigen Landesregierung als Krankenanstalt zu genehmigen wären. Damit wäre ein fachlicher Standard gesichert, der eine Anerkennung solcher Krankenanstalten (z.B.

- 7 -

Pflegeanstalten für chronisch Kranke) als Ausbildungsstätten durchaus ermöglichte. Eine pauschale Einbeziehung sämtlicher "Pflegeheime" kann jedoch nicht in Betracht kommen.

B) Ausbildung vom Pflegepersonal:

Die Bundesregierung stellt fest, daß sämtliche mit diesen Fragen befaßten Experten zu dem Ergebnis gelangt sind, daß der Krankenpflegeberuf nicht nur durch unattraktive Arbeitsbedingungen, sondern auch durch mangelndes Image und unzureichende Zugangsmöglichkeiten für diese Berufsgruppe gekennzeichnet ist. Während ersteres im Zusammenhang mit den künftig anzustrebenden Arbeitsbedingungen zu überlegen sein wird, fallen die beiden anderen Aspekte in den Bereich einer Reform der Ausbildung des Krankenpflegepersonals.

Eine Reform der Krankenpflegeausbildung wird daher zunächst bereits danach zu trachten haben, durch verschiedene Zugangsmöglichkeiten größere Personenkreise als bisher für den Krankenpflegeberuf zu interessieren. Neue Einstiegsmöglichkeiten in die Krankenpflegeausbildung könnten für Personen, die ihre Schulausbildung abbrechen (z.B. "AHS-Aussteiger"), für Maturanten sowie für Personen, die einen Berufswechsel anstreben (z.B. Angehörige der Sanitätshilfsdienste, Altenhelfer, etc.), einen Anreiz bieten, den Krankenpflegeberuf zu ergreifen. Daneben sollte die Krankenpflegeausbildung auch als eigener Bildungsweg angeboten werden.

Die Bundesregierung wird daher folgende Reform der Krankenpflegeausbildung anstreben:

1. Vorschläge zur Krankenpflege-Grundausbildung

1.1. Berufsbildende höhere Schule

Eintritt der Schüler/innen nach erfolgreich absolviertem achten Schuljahr. Die Qualität der Ausbildung soll gehoben werden, wobei auch die Verlängerung der Ausbildungsdauer und der praktischen Ausbildung am Krankenbett (wegen der damit

erforderlichen Verbindung mit einer Krankenanstalt (entsprechende Sonderregelung) sowie ein Abschluß mit Matura zu erwägen sein werden.

1.2. Kolleg oder Akademie

Aufnahmevoraussetzung ist die erfolgreich absolvierte Matura an einer anderen höheren Schule oder (im Sinne eines "zweiten Bildungsweges") die Studienberechtigungsprüfung (z.B. nach Absolvieren eines Vorbereitungslehrganges); Dauer: 2 1/2 Jahre (infolge Eintrittsalters über 18 Jahre praktische Ausbildung bereits im ersten Ausbildungsjahr).

Für die noch zu treffende Entscheidung, ob die Form eines Kollegs oder einer Akademie gewählt werden soll, wird ausschlaggebend sein, in welcher Form sich der Zugang für Berufstätige ohne höheren Schulabschluß besser regeln läßt.

1.3. Praktikum zur Erlangung der Berufsberechtigung

In beiden Modellen ist vorzusehen, daß nach Abschluß der fünf- (BHS) bzw. zweieinhalbjährigen (Akademie bzw. Kolleg) integrierten theoretischen und praktischen Ausbildung als Voraussetzung zur Erlangung der Berufsberechtigung ein bezahltes Praktikum (im Rahmen eines Dienstverhältnisses) an einer dafür geeigneten Abteilung einer Krankenanstalt absolviert wird.

Eine Abteilung ist nur dann geeignet, Praktikanten (im o.a. Sinn) aufzunehmen, wenn genügend diplomiertes Personal sowie genügend Patienten vorhanden sind und die Praktikanten an der Abteilung von pädagogisch qualifiziertem diplomierten Pflegepersonal angeleitet werden.

Für Absolventen des BHS-Modells soll das Praktikum ein Jahr, für die des Kolleg- bzw. Akademiemodells ein halbes Jahr dauern.

- 9 -

Während der Dauer des gesamten Praktikums soll über eine Fachsupervision der Praktikumsfortschritt und -erfolg wiederholt reflektiert und eingeschätzt werden.

2. Übergangsbestimmungen

Für die bereits im Dienst befindlichen, nach dem derzeit geltenden Modell ausgebildeten diplomierten Pflegepersonen sollen Übergangsbestimmungen die Gleichstellung ihres Diploms mit dem Diplom der Absolventen von BHS und Kolleg bzw. Akademie und damit eine b-wertige Einstufung ihres Gehaltes ermöglichen.

Dabei sind u.a. folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- Wird die Gleichstellung des "alten" Diploms mit dem "neuen" an das Erwerben bestimmter Zusatzqualifikationen gebunden, muß Freiwilligkeit gegeben sein: die Pflegepersonen mit "altem" Diplom können bei ihrem "alten" Diplom bleiben.
- Dienstalder (ab einem gewissen Dienstalder könnte das "alte" Diplom automatisch mit dem "neuen" gleichgestellt werden).
- Position und beabsichtigte Karriere (Pflegepersonen, die zwar schon ein gewisses Dienstalder - siehe oben - erreicht haben, aber beabsichtigen, in leitende Positionen aufzusteigen, sollten eine verpflichtende Zusatzausbildung absolvieren - das Dienstalder wäre in diesem Fall kein ausreichender Grund für eine Gleichstellung des Diploms).
- Bereits absolvierte Kurse (z.B. im Rahmen der Sonderausbildung, Weiterbildungskurse, etc.) sollen angerechnet werden.

3. Ausbildung der Hilfsdienste

Eine detaillierte Erfassung des Berufsbildes und eine genaue Ab-

grenzung zum Berufsbild des diplomierten Pflegepersonals sowie die Entscheidung, wie sich das Tätigkeitsfeld des Hilfsdienstes auch auf den ambulanten, extramuralen Bereich erstreckt, werden derzeit erarbeitet. Die Definition des Tätigkeitsbereiches des Hilfsdienstes wird daher - unbeschadet der Anordnungsbefugnis der Ärzte - vorläufig weiter spezifiziert als "einfache Hilfstätigkeiten unter Anleitung von diplomierten Pflegepersonen im Rahmen der Gruppenpflege in Krankenanstalten".

Es soll nach Möglichkeiten gesucht werden, die Ausbildung der Hilfsdienste, z.B. in Form von Fachschulen, in das Ausbildungssystem des diplomierten Pflegepersonals zu integrieren. In die Ausbildung des Hilfsdienstes sollen in verstärktem Maß allgemeinbildende Inhalte (im Sinne einer "Menschenbildung") aufgenommen werden und die Vermittlung von Qualifikationen, deren Ausübung dem diplomierten Personal vorbehalten ist, vermieden werden.

4. Fort- und Sonderausbildung

Es sollte dem Pflegepersonal auf allen Ebenen ein Anspruch auf Fortbildung eingeräumt werden.

Zur Vermittlung von Spezialkenntnissen und zur Befähigung für lehrende und mittlere leitende Pflegepersonen (z.B. für Lehrschwestern/-pfleger und Stationsschwestern/-pfleger) sollte aufbauend auf der Grundausbildung eine deutlich verbesserte Weiterbildung angeboten werden.

Die Bundesregierung hat in Aussicht genommen, zu prüfen, ob diese Verbesserung durch die Errichtung einer Akademie für Sonderausbildung erzielt werden kann.

5. Pflegewissenschaft

Die Bundesregierung geht davon aus, daß der Pflegebereich sowohl hinsichtlich des Leistungsumfanges als auch der Qualitätserfordernisse enorm an Bedeutung gewinnt, weshalb auch zu prüfen sein

- 11 -

wird, ob die Einführung eines Studienversuches "Pflegerwissenschaft" als dritte Stufe der Ausbildung für leitendes Pflegepersonal sowie für Ausbilder geschaffen werden soll.

Zu den Arbeitsbedingungen und der ständigen psychologischen Betreuung von Ärzten und Pflegepersonal:

A) Arbeitsbedingungen:

Zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Betreuung der Patienten sind zufriedenstellende Arbeitsbedingungen eine wesentliche Voraussetzung. Es liegt auf der Hand, daß überlange Arbeitszeiten einerseits eine gesundheitliche Gefährdung der Arbeitnehmer/-innen herbeiführen und andererseits die Qualität der erbrachten Leistungen negativ beeinflussen.

Die Expertenkommission hat in ihrem Bericht gravierende Mängel bei den Arbeitsbedingungen des Krankenanstaltenpersonals festgestellt.

Die schlechten Arbeitsbedingungen sind sowohl auf akuten Personalmangel, als auch auf räumliche und organisatorische Probleme zurückzuführen. Die Arbeitszeiten des Pflegepersonals sind sowohl auf Grund der personellen Situation (kein Ersatz für Karenzurlaubenden, Krankenstände, Urlaub, keine "Springerinnen") als auch durch die gestiegene Anzahl der Patienten sowie durch die Überlastung des Pflegepersonals mit delegierten Arbeiten bedingt. Dazu kommt, daß der geringe Grundlohn das Personal veranlaßt, überlange Dienstzeiten in Kauf zu nehmen.

Zur Verbesserung der Situation des Krankenpflegepersonals geht die Bundesregierung davon aus, daß sowohl gesetzliche als auch strukturelle und organisatorische Maßnahmen notwendig sind.

Als vordringliche gesetzliche Maßnahme ist die Neufassung der Sonderbestimmungen für Arbeitnehmer in Krankenanstalten im Arbeitszeitgesetz in Angriff zu nehmen. In diese Neuregelung sind alle Krankenanstalten einzubeziehen. Eine Differenzierung der

- 12 -

Arbeitszeitvorschriften nach Rechtsträgern ist schon allein aus kompetenzrechtlichen Gründen (Art. 21. Abs. 2 B-VG) und im Hinblick auf den Gleichheitssatz nicht zulässig.

Die räumliche Situation des Personals (Sozial- und Freizeiträume) läßt vor allem in älteren Krankenanstalten zu wünschen übrig. Es handelt sich zumeist um sehr kleine Räume, die in vielen Fällen ohne natürliche Belichtung sind. Es wäre daher anzustreben, die Arbeitsinspektion vor Umbauarbeiten in Krankenanstalten (auch in solchen, die bereits vor 1973 gebaut wurden) zu kontaktieren.

Nach der derzeit geltenden Rechtslage bedürfen Krankenanstalten, die nach Inkrafttreten des Arbeitnehmerschutzgesetzes (mit 1. Jänner 1973) errichtet wurden bzw. werden, einer Betriebsbewilligung gemäß § 27 des Arbeitnehmerschutzgesetzes. In diesem Verfahren werden Belange des Arbeitnehmerschutzes berücksichtigt, der Arbeitsinspektion kommt Parteistellung zu. Für Krankenanstalten, die am 1. Jänner 1973 bereits bestanden haben, besteht keine Bewilligungspflicht nach dem Arbeitnehmerschutzgesetz; es besteht lediglich die Möglichkeit, auf Antrag des Arbeitsinspektorates unter bestimmten Voraussetzungen im Einzelfall Maßnahmen aufzutragen. Hierauf wird in Zukunft bei Änderungen des Arbeitnehmerschutzgesetzes stärker Bedacht zu nehmen sein.

Bei der Anschaffung von Geräten und bei der Neugestaltung von Arbeitsvorgängen einschließlich der Verwendung von neuen Arbeitsstoffen sollten Spezialisten der Arbeitsinspektion als beratende Organe dem Entscheidungsprozeß beigezogen werden, um nicht nur den Aspekt der bestmöglichen Patientenbetreuung, sondern auch die Interessen des Arbeitnehmerschutzes zu berücksichtigen. Diese Forderung richtet sich jedoch an die Rechtsträger bzw. die Leitungen der Krankenanstalten und ist daher weitest Sache der Länder.

- 13 -

Im baurechtlichen Genehmigungsverfahren sowie in den krankenanstaltenrechtlichen Bewilligungsverfahren kommt der Arbeitsinspektion keine Parteistellung zu. Es wäre jedoch zweckmäßig, auch diesen Verfahren Vertreter der Arbeitsinspektion beizuziehen, damit bereits bei der Gestaltung des Gebäudes die Anforderungen des Arbeitnehmerschutzes berücksichtigt werden können. Diese Forderung fällt ebenso in den Wirkungsbereich der Länder.

Weiters werden die betroffenen Bundesminister für Gesundheit und öffentlicher Dienst sowie für Arbeit und Soziales prüfen, inwiefern auch in organisatorischer Hinsicht im Rahmen des Krankenanstaltenrechts dafür Sorge getragen werden kann, daß organisatorische Maßnahmen die Arbeitsbedingungen, auch im Hinblick auf die Personalsituation, schon auf der Grundlage geänderter grundsatzgesetzlicher Vorschriften verbessern könnten.

Im Hinblick darauf, daß der Bund in den Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten auf die Gesetzgebung über die Grundsätze beschränkt ist, so wäre die Landesgesetzgebung grundsatzgesetzlich zu verhalten, in den

jeweiligen Landes-Ausführungsgesetzen unter Berücksichtigung der verschiedenen Arten der in Betracht kommenden Krankenanstalten entsprechende Richtzahlen zu normieren.

Da dies den internationalen Standards und dem fachlichen Wissensstand zu entsprechen hat, ist zu erwarten, daß das im Expertenbericht vorgeschlagene Verhältnis vorgesehen wird und daß die dadurch bewirkte Vermehrung des Personals auch zur Verwirklichung der Forderung beiträgt, Personal in einem solch ausreichenden Ausmaß zu beschäftigen, daß seine dauernde Überbeanspruchung nicht die Voraussetzung für die Sicherstellung eines reibungslosen Krankenanstaltenbetriebes ist.

Darüberhinaus könnten in organisatorischer Hinsicht durch das KAG gesetzliche Vorgaben dahin erfolgen, den Trägern von Krankenanstalten die Verpflichtung aufzuerlegen, in einem ausreichenden Ausmaß Personalräumlichkeiten zur Verfügung zu stellen.

Die Arbeitsbedingungen werden auch wesentlich vom Arbeitsklima im Sinne eines kooperativen Zusammenwirkens der Angehörigen der einzelnen Berufsgruppen bestimmt. In Beachtung des grundsatzgesetzlich vorgegebenen Modells der kollegialen Führung, das aber nicht zur Verschleierung der Verantwortung führen darf, wird entweder im Rahmen der Landes-Ausführungsgesetze oder auch im Rahmen der Anstaltsordnungen sicherzustellen sein, daß in Fragen, die im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung des Patienten stehen, die Entscheidungsbefugnis des hierfür verantwortlichen Arztes unberührt bleibt. Für den Streitfall ist eine Endverantwortung auf Spitalsebene vorzusehen. Eine solche Festlegung der medizinischen Verantwortung ist auch derzeit ohnehin in einzelnen Anstaltsordnungen verankert. Dies könnte - außerhalb der dem Bund zustehenden Kompetenzen - im Bereich des Dienstrechts der Länder und Gemeinden noch dadurch unterstützt werden, daß eine Dienstpostenbeschreibung für alle Berufsgruppen vorgesehen wird. Verantwortungen im Bereich des Pflegedienstes und der Verwaltung können durch die Verantwortung des Arztes für die medizinischen Angelegenheiten jedoch nicht

- 15 -

beseitigt werden. Den einzelnen Planstellen könnte ein jeweils klar bestimmter Aufgabenbereich samt den damit gegebenen Rechten und Pflichten zur klaren Festlegung der Verantwortung zugeordnet werden.

Im Zusammenhang mit der für notwendig erachteten Verbesserung des Arbeitsklimas in den Spitälern steht auch die Forderung, die Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen und die Teamarbeit zu intensivieren. Wenngleich die Expertengruppe die Ansicht vertreten hat, daß bestimmte Anliegen nicht im Wege rechtlicher Vorschriften gesetzlich oktroyiert werden sollen, sondern nur dann erfolgreich umgesetzt werden können, wenn dies durch Überzeugung aller Beteiligten geschieht, so ist dennoch zu erwägen, eine gesetzliche Vorgabe zumindest dahin zu treffen, daß die Anstaltsordnungen der Krankenanstalten die notwendige Teamarbeit und Kooperation zu ermöglichen haben. Dies würde beispielsweise den Wunsch nach regelmäßigen Dienstbesprechungen unter Beteiligung aller in Betracht kommenden Mitarbeiter wesentlich unterstützen.

B) Ständige psychologische Betreuung von Ärzten und Pflegepersonal:

Die Bundesregierung anerkennt die von den Experten festgestellte Notwendigkeit, für eine psychologische Betreuung der Ärzte und des Pflegepersonals in den Krankenanstalten zu sorgen. Darüberhinaus folgt die Bundesregierung aber auch der Auffassung, daß eine psychologische Betreuung nicht nur für die angesprochenen Berufsgruppen einzurichten ist, sondern daß auch einer verstärkten psychologischen Betreuung der Patienten in den Spitälern ein besonderes Gewicht zukommt.

Die Bundesregierung wird daher dafür Sorge tragen, daß die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Tätigkeit von Psychologen bzw. Psychotherapeuten in den Spitälern schon im KAG geschaffen werden. Die Supervision wird durch unabhängige Psychologen bzw. Psychotherapeuten zu erfolgen haben.

- 16 -

Ein besonderes Augenmerk wird auch darauf zu legen sein, daß die psychologische Betreuung des Personals wie auch der Patienten durch entsprechend qualifizierte Psychologen bzw. Psychotherapeuten, die im Interesse der Patienten mit den Ärzten effektiv zusammenarbeiten, erfolgt. Die Bundesregierung verweist daher auf die Vorarbeiten zur Schaffung eines Psychologengesetzes, das für den Bereich der sog. klinischen Psychologie eine spezielle postpromotionelle Ausbildung in einschlägigen Einrichtungen vorsehen wird.

Eine Verbesserung in Richtung einer umfassenden Patientenbetreuung könnte nach Ansicht der Bundesregierung allenfalls auch durch eine Umsetzung des von den Experten geforderten "Stationsarztes" erfolgen. Im Sinne dieses Vorschlages der Expertengruppe wäre in jenen Krankenanstalten, deren Größe und Leistungsumfang eine intensive Kommunikation zwischen den Patienten und den Ärzten ausschließen, die Schaffung eines für die medizinischen Fragen der Patienten zuständigen "Stationsarztes" vorzunehmen. Ein für diese Angelegenheiten zuständiger Arzt würde auch einen wesentlichen Schritt in Richtung Umsetzung grundsätzlicher Patientenrechte bedeuten (z.B. Aufklärung einschließlich Einsichtnahme in die Krankengeschichte). Durch diesen Arzt könnte auch der für eine medizinische Nachversorgung bedeutende nahtlose Übergang zwischen Spitalsversorgung und Betreuung außerhalb der Krankenanstalt (z.B. durch den Hausarzt, allenfalls im Zusammenwirken mit extramuralen Diensten), verbessert und sichergestellt werden.

In Vorbereitung der für unumgänglich erachteten Aufstockung des Personals wurde die Forderung erhoben, von unabhängiger Seite unverzüglich eine Personalbedarfserhebung auf allen Ebenen vorzunehmen. Während eine solche Studie hinsichtlich des gegebenen und des künftigen Ärztebedarfes im ambulanten Sektor durch das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen bereits durchgeführt wurde, wird, um dieser Forderung Rechnung zu tragen, dem genannten Institut der weitere Auftrag erteilt werden, eine Personalbedarfsstudie auch für den stationären Bereich und alle Berufsgruppen

- 17 -

erfassend vorzunehmen. Dabei wird auch der Ausbau alternativer Versorgungseinrichtungen im Rahmen der Gesundheitssprengel (v.a. extramurale Dienste) berücksichtigt werden müssen.

Weitere, von der Expertengruppe im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen in Krankenanstalten und der psychologischen Betreuung getroffene Anregungen könnten ebenso wie die Forderung nach verbesserter Teamarbeit (siehe oben) ihren Niederschlag in den Anstaltsordnungen finden. Dies gilt beispielsweise auch für den Vorschlag, zur psychologischen Krankheitsbewältigung Gruppengespräche in geeigneten Besprechungszimmern anzubieten sowie für die Forderung, organisatorisch sicherzustellen, daß Sterbende nicht in räumlicher Nähe zu Schwerstkranken unterzubringen sind und "Notbetten" auf das absolute Minimum zu beschränken.

Gerade in diesem Zusammenhang muß abermals auf die Kompetenzrechtslage hingewiesen werden, da die auf die Grundsatzgesetzgebungskompetenz beschränkte Zuständigkeit des Bundes im Bereich der Krankenanstalten es ausschließt, allen diesen Forderungen bereits umfassend im Rahmen des KAG Rechnung zu tragen.

Zu den Kontrollsystemen in den Spitälern:

Die Bundesregierung teilt die von den Experten vertretene Ansicht, daß dieser Aufgabenbereich nur unter Einschluß der Fragen der Qualitätssicherung und der Dokumentation behandelt werden kann.

Die Bundesregierung stimmt dabei auch mit der Forderung überein, im Interesse einer Qualitätskontrolle sämtliche relevanten Betreuungsmaßnahmen zu dokumentieren, woraus sich die Notwendigkeit einer Erweiterung der Regelung über die Führung von Krankengeschichten ergibt.

Im Hinblick auf eine nahtlose Nachbetreuung durch extramurale Dienste sowie auf Überstellungen der Patienten in andere Krankenanstalten bzw. deren neuerlichen Aufnahmen in anderen Krankenanstalten wird auch Sorge dafür zu tragen sein, daß ein einheitliches Dokumentationssystem Anwendung findet. Dies würde auch die Vornahme neuerlicher Untersuchungen reduzieren, da die damit zu erhebenden Daten ohnehin bereits vorliegen und zur Verfügung gestellt werden könnten.

Das Ziel einer optimalen Dokumentation wird weiters nur dann verwirklicht werden können, wenn alle Möglichkeiten der modernen Datenverarbeitung genutzt werden.

Weiters hat der Bundesminister für Gesundheit und öffentlicher Dienst zu prüfen, organisatorische Vorschriften in das KAG oder Bestimmungen in andere Rechtsvorschriften aufzunehmen, die die von den Experten als unerläßlich angesehene Fortbildung besser als bisher ermöglichen, muß doch aus der Kritik in diesem Zusammenhang angenommen werden, daß § 11a Abs. 2 KAG, der bereits bisher vorsieht, daß "für die Fortbildung des Krankenpflegepersonals anstaltsmäßig Vorsorge zu treffen ist", dieses Ziel nur ungenügend erreicht hat.

Festzustellen ist somit aber auch in diesem Zusammenhang, daß das KAG bereits bisher den Auftrag zur Fortbildung des Krankenpflegepersonals enthält. Diese Fortbildungspflicht wird über das Krankenpflegepersonal hinaus auf sämtliche in Krankenanstalten beschäftigte Berufsgruppen zu erweitern sein.

Zur Verwirklichung einer effizienten Qualitätskontrolle folgt die Bundesregierung weiters dem von den Experten aufgezeigten Aspekt,

- 19 -

daß im Hinblick auf die erforderliche Motivierung der betroffenen Spitalsmitarbeiter qualitätssichernde Maßnahmen dann ihr Ziel verfehlen werden, wenn sie ausschließlich auf Grund obrigkeitlicher Anordnungen von krankenanstaltenfernen Behörden aufgezwungen werden.

Zu diesem Zweck hat die Bundesregierung in Übereinstimmung mit dem Expertenbericht in Aussicht genommen, auch in diesem Zusammenhang durch eine Erweiterung des im KAG festgelegten Inhaltes der Anstaltsordnung einer Krankenanstalt qualitätssichernde Maßnahmen spitalsintern (etwa durch die Bildung von Qualitätssicherungsgruppen) zu erwirken.

Im übrigen ist im Zusammenhang mit den Aspekten der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle auch auf die Ausführungen zur Autonomie der Spitäler zu verweisen (vgl. S. 27, "sanitäre Aufsicht").

Zu den Problemen des Umfangs und der Notwendigkeit von Spitalsaufenthalten im Zusammenhang mit der Forcierung der Hauskrankenpflege:

A) Organisatorischer Bereich:

Nach der gegebenen Kompetenzrechtslage sind die von diesem Bereich betroffenen Angelegenheiten gleichfalls in einem hohen Maß der Bundeskompetenz entzogen (vgl. z.B. die in den ausschließlichen Wirkungsbereich der Länder fallenden Angelegenheiten des Gemeindegemeinschaftsdienstes).

Dennoch sind Möglichkeiten für den Bund gegeben, österreichweit eine Verbesserung der alternativen Versorgung zu erreichen. So haben die Bemühungen der Bundesregierung schon in der bereits erwähnten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG ihren Niederschlag gefunden. Der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (in der Folge: KRAZAF) leistet mindestens 10% seiner Mittel (jährlich knapp 800 Millionen Schilling) für die Finanzierung von strukturverbes-

- 20 -

sernden Maßnahmen, die zur Entlastung des stationären Akutbereiches in den Krankenanstalten führen. Diese Mittel werden vom KRA-ZAF an die Länder geleistet, die die Mittel insbesondere für folgende Zwecke zu verwenden haben:

- Der Abbau von Kapazitäten in allen Bereichen der Akutversorgung von Krankenanstalten;
- Schaffung und Ausbau alternativer Versorgungseinrichtungen, insbesondere Pflegebetten, Hauskrankenpflege und mobile Dienste;
- Ausbau integrierter Versorgungssysteme, insbesondere Sozial- und Gesundheitssprengel.

Auch die finanziellen Mittel, die durch die Entlastung des stationären Akutbereiches in den Krankenanstalten und durch die entsprechende - ebenfalls in der Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung verankerte - Verringerung der Akutbetten eingespart werden, sollten in Hinkunft im extramuralen Bereich eingesetzt werden.

Neben dem Ausbau extramuraler Versorgungseinrichtungen können auch Einrichtungen wie "Pflegeheime" und dergleichen Alternativen zur Spitalsunterbringung darstellen.

Während ein Teil der auf diese Weise bezeichneten Einrichtungen ohnehin vom Begriff der Krankenanstalt i.S. des KAG erfaßt wird, indem Personen, deren geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Anstaltspflege erfordert (vgl. § 22 Abs. 3 KAG), um dort die gebotene ärztliche Behandlung oder Betreuung sowie die medizinisch erforderliche besondere Pflege zu erhalten (vgl. insbesondere "Heime für Genesende" und "Pflegeanstalten für chronisch Kranke" als Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 3 und 4 KAG), bestehen daneben weitere Versorgungseinrichtungen, die allgemein ebenso als "Pflegeheime" bezeichnet werden, ohne aber nach ihrem Anstaltszweck und den erbrachten Leistungen vom Begriff der Krankenanstalt erfaßt zu werden.

- 21 -

Zu den zuerst genannten Einrichtungen ist festzustellen, daß es allein Aufgabe der jeweiligen Landesregierung ist, im Rahmen des Krankenanstaltenrechts die erforderlichen Bewilligungen zu erteilen und, z.B. durch Vorschreibung geeigneter Auflagen oder im Zusammenhang mit der behördlichen Kontrollbefugnis, dafür zu sorgen, daß ein den medizinischen Anforderungen entsprechender Betrieb gewährleistet ist. Nach der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung kommt dem Bund keine Möglichkeit zu, Defizite der Vollziehung auf diesem Gebiet auszugleichen (vgl. schon den zweiten Absatz unter Allgemeines).

Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG weist jedoch außer den Heil- und Pflegeanstalten dem Bund auch die sog. "Volkspflegestätten" zur Gesetzgebung über die Grundsätze zu.

Da eine Prüfung der Verfassungsfrage des Inhaltes dieses Kompetenztatbestandes ergeben hat, daß die Errichtung und der Betrieb von "Pflegeheimen" jener Art, die nicht unter den Begriff einer "Krankenanstalt" subsumiert werden können, auf der Grundlage des Kompetenztatbestandes "Volkspflegestätten" geregelt werden können, wird die Bundesregierung bemüht sein, von dieser Kompetenz Gebrauch zu machen und grundsatzgesetzliche Regelungen auszuarbeiten.

Die Abgrenzung zwischen Pflegeanstalten als Krankenanstalten und der zuletzt beschriebenen Gruppe wird im Einzelfall danach vorzunehmen sein, welche Merkmale konkret überwiegen (vgl. dazu auch RADNER/HASLINGER/REINBERG, Krankenanstaltenrecht, FN 6 zu § 1 KAG).

In gesundheitspolitischer Hinsicht mißt die Bundesregierung dem Trend der Stärkung der ambulanten Versorgung größte Bedeutung bei. Dies fordert den Ausbau integrierter Versorgungssysteme, insbesondere der Sozial- und Gesundheitssprengel:

- 22 -

Eine wirksame präventive und kurative Tätigkeit kann nur durch eine bessere Integration der einzelnen Elemente - ärztliche Dienste, Hauskrankenpflege, Soziale Dienste - erreicht werden. Dezentralisierung, Patientennähe sowie Information dort, wo sie gebraucht wird, sind notwendig. Sowohl soziale wie auch räumliche Hemmschwellen für die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialdiensten sollen so abgebaut und die Aktivitäten vor allem der Prävention stärker im unmittelbaren Umfeld der Menschen entwickelt werden. Auch sollten heute häufig zu beobachtende Fehlplacierungen und Fehlleitungen von Patienten auf ihrem "Weg durch die Versorgungsinstitutionen" möglichst vermieden werden.

Zielsetzung muß daher der Aufbau einer dezentralisierten, wohnbereichsnahen Versorgung sein. Prävention und Rehabilitation sollen für einen breiten Adressatenkreis möglichst in der Wohnung oder in der Wohnumgebung gewährleistet werden. Sozial- und Gesundheitsprengel haben durch die Einbeziehung entsprechender Einrichtungen und Funktionen die Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen und Sozialen Diensten (ärztliche Versorgung, fachliche Hauskrankenpflege durch diplomiertes Krankenpflegepersonal, andere Soziale Dienste wie Heimhilfe, Nachbarschaftshilfe, Essen auf Rädern, etc.) sicherzustellen.

Die Einrichtungen eines Sozial- und Gesundheitssprengels sollen unter Beachtung der gegebenen Kompetenzverteilung in ein koordiniertes Gesamtsystem eingebunden werden, angefangen vom niedergelassenen praktischen Arzt bis hin zu Einrichtungen der stationären Alten- und Langzeitversorgung und Akutkrankenanstalten. Diese Sprengel werden einen zentralen Bereich der Gesundheitsversorgung abzudecken haben und sind demzufolge in einer Rechtsform einzurichten, die Bestandsfähigkeit, Dauerhaftigkeit und größtmöglichen individuellen Rechtsschutz einschließlich der Gewähr auf Erhalt der benötigten Leistungen gewährleistet.

Im Rahmen eines Forschungsauftrages an das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen werden die Grundlagen für eine österreichweite flächendeckende Versorgung mit Sozial- und

Gesundheitssprengeln unter Berücksichtigung vorhandener Versorgungsstrukturen erarbeitet. Gleichzeitig ist beabsichtigt, in mehreren unterschiedlichen Regionen Österreichs Pilotprojekte durchzuführen.

B) Personalsituation:

Die Bundesregierung hat darauf hinzuweisen, daß auch der geforderten und für notwendig erkannten "Forcierung der Hauskrankenpflege" eine Verbesserung der Personalsituation gegenüberstehen muß. Dies kann durch eine Verbesserung des Ausbildungsangebotes (Reform der Ausbildung der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe) einschließlich einer Kapazitätssteigerung erfolgen, sodaß nicht nur der Personalbedarf von Krankenanstalten, sondern auch der Bedarf der alternativen Versorgungseinrichtungen an qualifiziertem Personal gedeckt wird. Damit ist die materielle Zielrichtung künftiger Reformen vorgegeben, sodaß zu trachten ist, bei der Festlegung der Zahl von Ausbildungsplätzen insbesondere den Bedarf nach qualifizierten Kräften aufgrund der stark expandierenden Leistungsbereiche im ambulanten Sektor vorrangig einzubeziehen.

Die Bundesregierung anerkennt die auf Landesebene bereits bestehenden Ansätze und Bemühungen, alternative Versorgungseinrichtungen zu errichten bzw. auszubauen. Dabei geht die Bundesregierung aber auch von der Erwartung aus, daß nach der beschriebenen Verbesserung des Ausbildungsangebotes auch in ausreichendem Ausmaß qualifiziertes Personal zum Einsatz gelangt.

Zur Frage der Autonomie der Spitäler:

Auch in diesem Zusammenhang hat an der Spitze die Feststellung zu stehen, daß ein Großteil der von den Experten für erforderlich erachteten Reformen (vgl. den Expertenbericht, Pkte. V.C und V.D, "Überwindungsstrategien" und "idealtypische Krankenhausführung und Organisation"), die auch die Bundesregierung als notwendig

- 24 -

ansieht, in den Kompetenzbereich der Länder fällt bzw. überhaupt Sache des jeweiligen Krankenanstaltenträgers ist (vgl. etwa die Dezentralisierung in wirtschaftlicher und organisatorischer Hinsicht). So ist die von den Experten empfohlene strikte Abgrenzung der Kompetenzen zwischen der Krankenanstalt und deren Träger Sache des letzteren. In diesem Zusammenhang muß jedoch festgehalten werden, daß es Sache des Trägers der Krankenanstalt ist, die ihn aufgrund des Behandlungsvertrages sowie spezieller Rechtsvorschriften treffenden Pflichten zu erfüllen.

Da aber auch im Bereich der Krankenanstalten die verfassungsmäßigen Grundsätze von Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit gelten (vgl. z.B. die Kontrollbefugnis des Rechnungshofes gemäß § 11 Abs. 2 KAG), sind sämtliche Organisationsvorschriften des KAG unter diesem Blickwinkel zu sehen, woraus sich ergibt, daß der Landesgesetzgeber bzw. der Träger einer Krankenanstalt die gebotene Autonomie dort zu verwirklichen hat, wo dies den genannten Verfassungsgrundsätzen entspricht (der Verwirklichung von Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit dient).

Darüber hinaus kann dem Vorschlag, die Funktion der für den Pflegedienst verantwortlichen Person hauptamtlich auszuüben, durch eine Ergänzung des § 11a KAG Rechnung getragen werden. Weiters kann in einer auszuarbeitenden KAG-Novelle im Rahmen einer Änderung des § 7 leg.cit. der Vorschlag der Experten zur Diskussion gestellt werden, bei bestimmten Krankenanstalten auch die Funktion des ärztlichen Leiters der Krankenanstalt hauptamtlich auszuüben.

Der von den Experten vorgeschlagene Weg, leitende Funktionen (z.B. Pflegedienstleitung, sonstige leitende Stellen mit Mitverantwortung) auszuschreiben, kann hingegen nicht in das KAG aufgenommen werden, da es sich hierbei um Fragen des Dienstrechts, die nicht unter Art. 12 B-VG fallen, handelt. Gleiches gilt für die in Bezug auf das Personal geforderten Anreize, z.B. materieller, insbesondere besoldungsrechtlicher Art. Schließlich kommt dem Bund auch keine Möglichkeit zu, auf Personalentscheidungen seitens der Träger von Krankenanstalten Einfluß zu nehmen.

- 25 -

Die im Expertenbericht geforderte Neuregelung der Spitalsfinanzierung i.S. eines Ersatzes des derzeitigen Systems durch ein leistungsbezogenes Finanzierungssystem, das Anreize für ein betriebliches sinnvolles Verhalten bietet, veranlaßt die Bundesregierung zu folgenden Feststellungen:

Bereits in der Regierungserklärung ist verankert, daß eine zeitgemäße Verwaltung der Spitäler auf der Basis einer betriebswirtschaftlichen Kostenrechnung und von leistungsbezogenen Entgelten erfolgen soll.

Daher sieht auch die geltende wiederholt erwähnte KRAZAF-Vereinbarung vor, als ersten Schritt in Richtung einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ab 1. Juli 1990 einen wesentlichen Teil der Fondsmittel (rund 3,5 Milliarden Schilling jährlich) leistungsbezogen zu verteilen. Unter der Voraussetzung, daß sich der Bund und die Länder im Detail einigen, werden ab diesem Zeitpunkt die Träger von Krankenanstalten in diesem Bereich diagnosenbezogen bezuschußt.

Ein derartiges Finanzierungssystem stellt den stationären Krankenhausfall in den Mittelpunkt der Überlegungen und setzt Anreize, die Behandlung des stationären Krankenhauses und den damit verbundenen Leistungserstellungsprozeß in den Krankenanstalten möglichst erfolgswirksam und kosteneffektiv zu gestalten, um so die Aufenthaltsdauer der Patienten in den Krankenanstalten zu verkürzen und die derzeit feststellbare "Leistungsexplosion" in den Krankenanstalten auf ein medizinisch notwendiges Maß (etwa durch Vermeidung von Mehrfachbefundungen) einzuschränken.

Erst aufgrund des mit 1. Jänner 1989 an allen Krankenanstalten Österreichs eingeführten neuen Diagnosendokumentationssystems sind die Voraussetzungen für die Ausarbeitung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems bundesweit vorhanden.

Die Bundesregierung hat Vorsorge getroffen, daß in 21 ausgewählten Referenzkrankenanstalten die für die konkrete Ausgestaltung des leistungsbezogenen Krankenanstaltenfinanzierungssystems erforderlichen Erfassungs- und Kalkulationsarbeiten durchgeführt werden.

Auf Basis dieses Datenmaterials werden zentral im Bundeskanzleramt mit Hilfe statistischer Auswertungsverfahren kostenmäßig homogene und klinisch kohärente Diagnosenfallgruppen gebildet und anschließend entsprechend den durchschnittlichen Fallkosten unterschiedlich gewichtet.

Im 2. Quartal 1990 wird das konkret erarbeitete System einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung und die daraus resultierenden Auswirkungen auf die Finanzierungsströme im Krankenanstaltenwesen präsentiert werden.

Die Bundesregierung wird in den anschließenden Verhandlungen mit den Ländern mit Nachdruck für die Realisierung des neuen Finanzierungssystems eintreten.

Überlegungen im Zusammenhang mit einer verstärkten Autonomie der Spitäler machen es andererseits aber auch erforderlich, darauf hinzuweisen, daß schon aus Gründen einer auch künftig finanzierbaren Krankenanstaltenversorgung eine bundesweite überregionale Planung unerläßlich ist. Insbesondere die für unumgänglich erachtete Personalvermehrung wird zu einem Kostenanstieg führen. Eine weitere Steigerung der Mittel für die Krankenanstaltenfinanzierung kann jedenfalls aus der Sicht der Bundesregierung nur dann vertreten werden, wenn die jeweilige Krankenanstalt im regionalen und überregionalen Zusammenhang tatsächlich auch eine ihre Kosten rechtfertigende Versorgungsfunktion ausübt.

Die Bundesregierung teilt die Ansicht der Experten, daß allenfalls auch Schließungen einzelner Leistungseinheiten notwendig werden könnten, wobei die dadurch freiwerdenden Kapazitäten den bestehen-

- 27 -

den Spitalsversorgungseinheiten oder den aufzubauenden alternativen Versorgungseinrichtungen zugute kommen könnten (vgl. den Expertenbericht, S 22/23).

Damit im Einklang sollte bei der Entscheidung über die Verwendung von Mitteln des Bundes für die Finanzierung von Krankenanstalten den aufgezeigten Aspekten künftig verstärkte Bedeutung zukommen, zumal bei einer überregionalen Konzentration bestimmter Leistungen neben ökonomischen Zwecken auch eine Optimierung der Qualität erreicht werden kann (Expertenbericht, S 24).

Zuletzt ist im Zusammenhang mit der Autonomie von Krankenanstalten auch auf die Forderung der Experten zu verweisen, durch eine Verbesserung der Bestimmungen über die sog. "sanitäre Aufsicht" über Krankenanstalten auch eine effektive begleitende externe Kontrolle zu schaffen (vgl. den Expertenbericht, S 24).

Der Bundesminister für Gesundheit und öffentlicher Dienst hat daher in Aussicht genommen, eine Änderung des § 60 KAG in die Wege zu leiten, wobei nicht übersehen werden darf, daß solche Verbesserungen der "sanitären Aufsicht" neben der krankenanstalteninternen Qualitätskontrolle als von außen kommende Maßnahmen letztlich ebenso der Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung dienen.

Zur Stellung der alten Menschen in unserer Gesellschaft:

Ausgehend von den im Expertenbericht getroffenen soziologischen Feststellungen sieht die Bundesregierung ihre Hauptaufgabe darin, einer Ausgrenzung alter Menschen aus den gesellschaftlichen Prozessen vorzubeugen.

Dies setzt zunächst schon eine ständige Information über die gesellschaftlichen Gegebenheiten und Entwicklungen mit ihren Auswirkungen auf die Stellung der alten Menschen voraus. Aus diesem Grund werden die angesprochenen Problembereiche künftige Forschungsschwerpunkte zu bilden haben und auch Gegenstand von

Forschungsaufträgen sein. In der Folge werden hieraus Reformvorschläge und -ansätze, wie sie in der Entschließung des Nationalrates gefordert werden, abgeleitet werden können.

Weiters wird im Rahmen der Sozialgesetzgebung - und dies auch auf Landesebene - den Problemen der alten Menschen stets ein besonderes Augenmerk zuzuwenden sein.

Im Zusammenhang mit der medizinischen Betreuung weist die Bundesregierung auf die bereits in früheren Abschnitten getroffenen Feststellungen hin, wonach Geriatrie und Rehabilitation künftig schwerpunktmäßig im Rahmen der Ausbildung aller in Betracht kommenden Berufe verankert werden müssen. Die Einrichtung von Ordinariaten für Geriatrie sowie von einschlägigen Forschungsstellen und die Vergabe entsprechender Forschungsprojekte werden diese Entwicklung maßgeblich unterstützen.

Als Vorschläge für künftige Forschungsaufträge könnten - abgestimmt auf die bereits erwähnten Arbeiten des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen - beispielsweise folgende Projekte in Betracht kommen:

- Voraussetzungen und Strategien einer dezentralen Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen;
- Gesundheitsvorsorge für das Alter: Möglichkeiten - Strategien - Maßnahmen;
- Gesundheitsmanagement,
- Die soziale Dimension der Gesundheit und eines menschenwürdigen Alterns;
- Altern und Recht.

Zu der von den Experten erhobenen Forderung, in Hinkunft die Un-

- 29 -

terscheidung zwischen Behandlungs- und Pflegefall entfallen zu lassen (vgl. den Expertenbericht S. 32, Abs. 4) ist aus der Sicht der Bundesregierung schließlich festzustellen, daß ein Verzicht auf diese Unterscheidung begrifflich nicht möglich scheint. Dies deshalb, da es Pflegebedürftige (Behinderte) gibt, die nicht oder nicht mehr krank sind, weil sie keiner "Behandlung" bedürfen oder ihre Behandlung aussichtslos wäre. So lehnen es Behinderte, deren Behinderung angeboren ist, bekanntlich ab, als Kranke angesehen und behandelt zu werden. Auch im Falle der Einführung einer Pflegeversicherung müßte an der begrifflichen Unterscheidung zwischen "Behandlungs-" und "Pflegefall" festgehalten werden.

Die Bundesregierung vertritt jedoch die Ansicht, daß die in Rede stehende Unterscheidung, die auch negative psychologische Konsequenzen für die Motivation des Pflegepersonals hat, künftig für Patienten und Pflegepersonal bedeutungslos zu werden hat. Insbesondere ist sicherzustellen, daß keinerlei nachteilige Folgen hinsichtlich der Qualität der Betreuung und der finanziellen Belastung gegeben sind. Dabei bleibt allerdings die Frage offen, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmaß die Organisation und Finanzierung der Erweiterung des Anspruches auf Pflegeleistungen im Bereich der allgemeinen staatlichen Verwaltung oder im Bereich der Sozialversicherung (Selbstverwaltung) erfolgen soll.

Zu den ethischen Problemen im Zusammenhang mit diesen Fragen:

Die Bundesregierung geht davon aus, daß bei aller Technisierung und Spezialisierung des Versorgungssystems der Mensch einschließlich seiner Bedürfnisse stets als entscheidender Maßstab im Vordergrund bestehen bleiben muß. Aus diesem Grund gibt es in unseren modernen Lebenszusammenhängen einen wachsenden "Ethik-Bedarf", wofür u.a. folgende Ursachen ins Treffen zu führen sind:

1. Unser Alltagsleben, noch mehr das Geschehen im Krankenhaus, wird heute nachhaltig von den Möglichkeiten der modereren (medizinischen) Technik und bürokratischen Organisation geformt. Diese Möglichkeiten bringen für den Menschen eine Erweiterung der Lebenschancen, zugleich schmälern sie diese

aber. So besteht vor allem die Gefahr, daß durch die technische und bürokratische "Logik" der Mensch aufhört, gestaltendes Subjekt seines Lebens zu sein, sondern zum "Objekt" entfremdender Prozesse gemacht wird. So ist im Krankenhaus der leidende und sterbende Mensch mehr ein Patient, "ein Fall", denn verantwortliches Subjekt seiner Krankheit, seines Sterbens. Dies stellt eine fundamentale ethische Bedrohung des Menschen in modernen Lebenszusammenhängen dar. Alle Berufsgruppen (Ärzte, Pflegepersonal, med.- techn. Personal, seelsorgerische Betreuung und Verwaltungspersonal) sind herausgefordert, einen ethisch verantwortlichen Umgang mit den Kranken und Sterbenden zu üben bzw. zu erlernen.

Es gilt, neben der Herausforderung des ethisch verantwortlichen Umganges mit Kranken und Sterbenden eine umfassende Betrachtung des Vorganges oder Ereignisses "Krankheit" und "Tod" zu erarbeiten, wobei Interdisziplinarität ebenso im Vordergrund stehen muß, wie andererseits eine Veränderung der reduktionistischen Sicht der Medizin auf den Menschen. Es ist daher zu überlegen, ob Anthropologie jenseits von Anatomie und Physiologie das Medizinstudium von Anfang an begleiten soll. Die Errungenschaften der modernen (medizinischen) Technik erschließen darüber hinaus Handlungsmöglichkeiten, bei denen immer häufiger die Frage ansteht, ob der Mensch zu seinen eigenen Gunsten tun soll, was er technisch tun kann. Zum Schutz der Menschlichkeit vor dem Menschen braucht es wiederum ethischer Grundorientierungen.

Es gilt daher, eine wissenschaftsimmanente Ethik zu entwickeln, die den technischen Möglichkeiten medizinischer Forschung nicht erst post festum, sondern vom Anfang an zur Seite steht und ein bestimmtes "Grenzbewußtsein" erzeugt.

2. Die ethischen Anforderungen sind eine untrennbare Dimension jedes medizinischen, pflegerischen und therapeutisch-seelsorgerischen Handelns. Daher ist zunächst zu fordern, daß die Frage nach einer unseren modernen (medizinischen) Verhältnissen

- 31 -

angemessenen ethischen Orientierung die Aus- und Fortbildung aller beteiligten Berufsgruppen durchzieht. Zugleich bedarf es einer gesonderten Aufmerksamkeit für ethische Fragestellungen im Kontext moderner Medizin. Hieraus ergibt sich:

Den bereits erwähnten zu setzenden neuen Forschungsschwerpunkten kommt auch im Zusammenhang mit den Fragen der Ethik größte Bedeutung zu. Es sind Forschungsschwerpunkte (wie Gerontologie, unheilbar Kranke, Thanathologie) zu entwickeln, die interdisziplinär angegangen werden und an denen auch Ethiker und Theologen zu beteiligen sind. Dabei gilt es, sowohl die praktizierten ethischen Orientierungen zu studieren als auch wünschenswerte konkrete ethische Orientierungsmuster zu entwerfen.

Weiters ist anzustreben, daß ein Forschungsschwerpunkt, allenfalls in der Gestalt von Professuren, eingerichtet wird, in dem die Verbindung von Ethik und Medizin institutionalisiert wird. Dabei ist u.a. auf die Erfahrungen mit der Pastoralmedizin zurückzugreifen, die im Forschungs- und Lehrbetrieb der Wiener Universität eine international anerkannte Tradition darstellt.

Problematisiert wird in diesem Zusammenhang allerdings, daß eine Art "Lehrstuhlinstallierung" nach bekannten Schemata zu kurz greift. Ein Anreiz wäre die Ergänzung der derzeit umlaufenden Preise für medizinische Forschung durch Preise für Forschungen auf dem Gebiet medizinischer Ethik bzw. des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

Ein wichtiger Teilaspekt dieser Forschungsschwerpunkte ist die Entwicklung eines geeigneten didaktischen Modells zur Vermittlung ethischer Orientierungen an Personen, die im medizinischen Bereich tätig sind. Es ist erforderlich, daß sämtliche Berufs-

- 32 -

gruppen auch von der Tätigkeit, den Zielen und den ethischen Orientierungen der jeweils anderen Berufsgruppen informiert werden. Medizintechnisches Personal und Verwaltungspersonal sind im Sinne der Koordination und Kooperation miteinzubeziehen.

In diesem Zusammenhang muß allerdings auch angemerkt werden, daß die Erfahrungen gezeigt haben, daß alle sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse auf diesem Gebiet in der Praxis überhaupt nicht zu Buche schlagen, sondern einen weiteren Apparat aufblähen. Anstelle dessen wäre daher eine projektbezogene Arbeit von Medizinern, Philosophen, Theologen und Juristen bzw. Pflegepersonal an konkreten Fallstudien zu empfehlen. Humanität läßt sich durch kein didaktisches Modell vermitteln, sondern nur exemplarisch einüben; dies gilt sowohl für Lehrende als auch Lernende.

Auf die schon im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung getroffene Feststellung, ethische Themen bereits im Rahmen der prae-promotionellen Ausbildung verstärkt zu behandeln und Wissen auf diesem Gebiet verstärkt zu vermitteln, ist hinzuweisen.

3. Die aufgrund dieser Überlegungen zu den Problemen der Ethik zu setzenden Maßnahmen sind in verschiedenen Bereichen zu treffen.

So könnten bereits im Rahmen der Schuldbildung Lebensaspekte der dargestellten Art vermittelt werden. Dies könnten nicht nur Probleme des Erwachsenwerdens, sondern auch Fragen sein, die den Menschen als dynamisches Prinzip mit ständigen Veränderungen der körperlichen, psychischen aber auch der Beziehungsaspekte und des Umgangs damit betreffen. Hinzu kämen Problemstellungen der Erkrankungen, der Betreuung von Kranken, insbesondere schwerkranker Angehöriger und Sterbender. Vor allem in diesem letzten Punkt sollte auf jene Bedürfnisse der Schwerkranken und Sterbenden eingegangen werden, derer man sich im allgemeinen wenig bewußt ist.

- 33 -

Weiters wird es die noch steigende Bedeutung der Ethik erfordern, auch auf diesem Gebiet Forschungsschwerpunkte zu setzen und Forschungsprojekte durchzuführen. Dabei wäre das Augenmerk auch auf bereits existierende oder im Aufbau befindliche Institutionen im Ausland zu richten. So wurde kürzlich ein im Aufbau befindliches Institut für medizinische Ethik in Oslo bekannt.

Im Rahmen eines ethischen Forschungsschwerpunktes wäre zunächst zu untersuchen, welche impliziten ethischen Handlungsmuster in Bezug auf Altern, Kranksein, Sterben und Tod in der Bevölkerung und bei den "Experten" vorhanden sind. Es gilt zu eruieren, welches Menschenbild diese faktisch vorhandenen ethischen Handlungsmuster voraussetzen.

Besonderes Augenmerk muß der Frage nach ethischer Handlungsrelevanz zukommen, da eine Kluft zwischen dem Wissen um und der grundsätzlichen Zustimmung zu ethischen Handlungsmustern und deren Wirksamkeit in konkreten Handlungssituationen besteht.

Zu erforschen sind Wege der Vermehrung der ethischen Kompetenz in der Bevölkerung sowie bei den die Bevölkerung unterstützenden Experten. Zu klären ist, wer die - für eine pluralistische Gesellschaft geeigneten - Träger einer solchen Vermittlung ethischer Orientierungen sind. Ebenso ist die Rolle der Aus- und Fortbildung in Richtung von Effizienz und Verbesserung zu studieren.

Ethische Kompetenz wächst nicht nur durch Bewußtseinsbildung, sondern ist auch von gesellschaftlichen Strukturen (z.B. Verhältnis von Beruf und Familie, von Wohnverhältnissen, etc.) abhängig. Dem Zusammenhang zwischen gesetzlichen Strukturen und ethischer Orientierung und dessen politischer Gestaltbarkeit hat die besondere Aufmerksamkeit der Forschung zu gelten.

Aus der Sicht der Bundesregierung könnten auch die an den Kli-

- 34 -

niken und anderen Institutionen bereits bestehenden "Ethikkommissionen" eine Aufwertung erfahren. Zu der in diesem Zusammenhang angestellten Überlegung, eine Zusammenarbeit zwischen Pastoraltheologie, Medizin und Psychologie anzustreben, verweist die Bundesregierung auf die KAG-Novelle des Jahres 1988, BGBl. Nr. 282, wonach - allerdings bloß im Zusammenhang mit der Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln in Krankenanstalten - durch einen neuen § 8c KAG zur Beurteilung solcher klinischer Prüfungen eine Kommission vorgesehen wurde, der auch eine mit der Wahrnehmung seelsorge-rischer Angelegenheiten in Krankenanstalten betraute Person angehört.

Zusammenfassung:

Die Bundesregierung gelangt daher zu dem Ergebnis, daß folgende Maßnahmen seitens des Bundes gesetzt werden sollten:

Vor allem auf legislativem Gebiet können kurzfristige Maßnahmen in Angriff genommen werden. Dies gilt insbesondere für Änderungen im Bereich des Krankenanstaltenrechts, des Arbeitszeitgesetzes sowie der Ausarbeitung jener Rechtsvorschriften, durch die die beschriebenen Reformen der Arzt- und der Krankenpflegeausbildung sowie die damit zusammenhängenden Reformen der medizinisch-technischen Dienste gesetzt werden.

Weiters wird getrachtet werden, möglichst schnell die für notwendig erachteten Forschungsschwerpunkte zu setzen und spezifische Forschungsprojekte in Auftrag zu geben.

Mittelfristig kann eine Novellierung des Arbeitnehmerschutzgesetzes in Aussicht genommen werden.

Weiters werden jene Maßnahmen, die im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit der Finanzierung von Krankenanstalten stehen (z.B. leistungsorientierte, diagnosenbezogene Mittelvergabe, die die soziale Krankenversicherung derzeit noch im Wege der Pflegegebührenersätze aufwendet, verstärkter Einsatz von Mitteln für alternative Versorgungseinrichtungen), mit Nachdruck im Rahmen der

- 35 -

Verhandlungen über eine neue Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung zu vertreten sein. Dabei wird auch besonders auf den Ausbau der Hauskrankenpflege zu achten sein.

Schließlich werden die für notwendig erkannten Änderungen der prae- und postpromotionellen Ausbildung zwar unverzüglich in die Wege geleitet werden können, eine Umsetzung dieser Maßnahmen scheint wegen der Vielschichtigkeit dieser Problematik jedoch nur als mittelfristiges Ziel möglich.

Als langfristig zu verwirklichende Vorhaben sind jene Maßnahmen zu bezeichnen, die erst auf der Grundlage einschlägiger Forschungsarbeiten gesetzt werden können.

BUNDESMINISTERIUM FÜR
WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

KONSEQUENZEN
AUS DEN
VORFÄLLEN VON "LAINZ"

*ÜBERLEGUNGEN UND VORSCHLÄGE
AUS DEM BEREICH VON
WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG*

WIEN, NOVEMBER 1989

- I -

VORBEMERKUNG - EINLEITUNG

Der Nationalrat hat in seiner Sitzung am 26. April 1989 anlässlich der Verhandlungen des Berichtes des Bundesministers für Inneres im Zusammenhang mit den Vorgängen von Lainz folgende Entscheidung E 113-NR/XVII.GP angenommen:

Die Bundesregierung wird ersucht, unter besonderer Heranziehung des Bundesministers für Arbeit und Soziales, des Bundesministers für Gesundheit und öffentlicher Dienst, des Bundesministers für Wissenschaft und Forschung und des Bundesministers für Förderalismus und Verwaltungsreform, dem Nationalrat bis zum Ende des Jahres 1989 einen Bericht vorzulegen, der sich mit Fragen der Betreuung alter Menschen, mit der Mediziner Ausbildung, mit den Konsequenzen der Entwicklung der modernen Medizintechnik, aber auch mit dem Verhältnis von Bund und Ländern auf diesen Gebieten auseinandersetzt und auch Reformvorschläge enthält oder Reformansätze aufzeigt. Zur Vorbereitung dieses Berichtes soll eine Expertengruppe eingesetzt werden, die unter Berücksichtigung der Arbeitsergebnisse einer zu diesen Fragen vom Wiener Gemeinderat eingesetzten Kommission insbesondere folgenden Problemkreisen beschäftigen soll:

- II -

- o Ausbildung von Ärzten und des Pflegepersonals;
- o deren Arbeitsbedingungen und ständige psychologische Betreuung;
- o die Frage des Kontrollsystems im Spital;
- o die Probleme des Umfanges und der Notwendigkeit von Spitalsaufenthalten im Zusammenhang mit der Forcierung der Hauskrankenpflege;
- o die Frage der Autonomie der einzelnen Spitäler;
- o die Stellung der Alten in unserer Gesellschaft und
- o die ethischen Problemen im Zusammenhang mit diesen Fragen.

In Verfolg dieser EntschlieÙung und unter Bedachtnahme auf den ho. Kompetenzbereich von Wissenschaft und Forschung ist der nachstehende Bericht von einer Arbeitsgruppe (siehe Seite III) unter Vorsitz des Bundesministers für Wissenschaft und Forschung erarbeitet worden.

Der gegenständliche Bericht soll zugleich auch als Beitrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung zu obbezeichneten Bericht der Bundesregierung aufgrund der obzitierten EntschlieÙung des Nationalrates dienen.

Weiters soll angemerkt werden, daß der Bericht auf eine Zusammenfassung von Beiträgen von Mitgliedern einer Arbeitsgruppe zurückgeht; die Mitglieder dieser Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz des Bundesministers für Wissenschaft und Forschung sind nachfolgend dargestellt.

- III

MITGLIEDER

der Arbeitsgruppe des BMWF

"KONSEQUENZEN AUS DEN VORFÄLLEN IN LAINZ"

Univ. Prof. Dr. Gerhard S. BAROLIN

Vorstand der Neurologischen Abteilung des Vorarlberger Landes-
Nervenkrankenhauses Valduna und Leiter des Ludwig
Boltzmann-Institutes für Neuro-Rehabilitation und -Prophylaxe

Univ. Doz. Primarius Dr. Hans BRÖLL

Vorstand der II. Medizinischen Abteilung des Franz Josef-Spi-
tals der Stadt Wien

Dr. Andreas HELLER

Universität Wien

Univ. Prof. Dr. Peter KAMPITS

Institut für Philosophie, Grund- und Integrativwissenschaft-
liche Fakultät der Universität Wien

Rektor Univ. Prof. Dr. Thomas KENNER

Vorstand des Physiologischen Instituts der Medizinischen Fakul-
tät der Universität Graz

Pflegedirektorin Justine OSWALD

Allgemeines Krankenhaus der Stadt Bregenz

Pflegedirektorin Dr. Elisabeth SEIDL

Rudolfinerhaus

Bundesminister a.D. Dr. Kurt STEYRER

Obermedizinalrat Dr. Gerhart TUTSCH

Arztekammer

Univ. Prof. Dr. Otto WAGNER

Vorstand der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der
Barmherzigen Brüder

- IV -

Univ. Prof. Dr. Klaus ZAPOTOCZKY

Institut für Soziologie, Sozial- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Linz

Univ. Prof. Dr. Paul M. ZULEHNER

Vorstand des Instituts für Pastoraltheologie und Kerygmatik,
Katholisch-Theologische Fakultät der Universität Wien

vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung

Oberrätin Dr. Christiana DOBERAUER

Abteilung I/5

Sektionschef Dr. Wolf FRÜHAUF

Leiter der Präsidial- und Rechtssektion

Sektionschef Univ. Prof. Dr. Sigurd HÖLLINGER

Leiter der Sektion I

Mag. Anna KOLDE

Abteilung II/A/4

Ministerialrat Dr. Franz LOICHT

Abteilung Präs. 9 (Raum)

**ZUSAMMENFASSENDER KURZFASSUNG
der ÜBERLEGUNGEN und VORSCHLÄGE**

Dieser Bericht versucht, auf die aktuelle Diskussion im Gesundheitsbereich aus der Sicht von Wissenschaft und Forschung zu reagieren. Insofern werden bestimmte Schwerpunkte (I-VIII) gesetzt. Die schon seit längerem bestehende Reformdiskussion und -beratung zur Ärzteausbildung wird daher um die daraus resultierenden Aspekte angereichert.

I. AUSBILDUNG VON ÄRZTEN

1. Medizinstudium - Studienreform, insbesondere:

- 1.1. Förderung des integrativen Wissens und erweiterte Praxisausbildung während des gesamten Studiums; verstärkter Bezug zwischen Theorie und Praxis bei Reduzierung von reinem "Gedächtniswissen"; Hinführung zur selbständigen Arbeit, Unterricht möglichst in Kleingruppen; neben Lernkontrolle auch Lehrkontrolle; Kenntnisse der gesamten Gesundheitsversorgungskette und des Umweltbezuges.
- 1.2. Erweiterung der fachlichen Kompetenz der Ärzte, insbesondere im Hinblick auf psychosoziale Fähigkeiten (im Umgang mit sich selbst, Patienten und Kollegen), der Fähigkeit zur Teamarbeit und im Hinblick auf Managementkenntnisse; ärztliches Gespräch und psychotherapeutische Basisschulung.
- 1.3. Verstärkte und ständig begleitende Behandlung und Vermittlung ethischer Themen; Verbesserung der Kenntnisse in Rechts- und Standeskunde.
- 1.4. Geriatrie und Rehabilitation - verstärkte Behandlung der spezifischen Probleme mit der Versorgung alter Menschen, Behinderter und chronisch Kranker als Spezialgebiet und in allen damit befaßten Fächern.
- 1.5. Einführung eines "Präklinischen Praktikums" am Beginn des Studiums.

2. Aus- und Weiterbildung von Ärzten

- 2.1. Verbesserung der postpromotionellen Arztausbildung durch Lehr- und Lernkontrolle bei geregelten Ausbildungsprogrammen.
- 2.2. Postpromotionelle Studienprogramme.
- 2.3. Förderung der Fort- und Weiterbildung durch entsprechendes Anerkennungs-System.
- 2.4. Durchführung von entsprechenden Pilot-Studien.

II. AUSBILDUNG VON PFLEGEPERSONAL

1. Ausbildung des Pflegepersonals

- 1.1. Mehrstufige (dreistufige) Ausbildung des Pflegepersonals: Pflegehilfskraft - Diplompflegepersonal - Pflegestudium (leitendes Pflegepersonal sowie Ausbilder).
- 1.2. Spezialisierung auch im Hinblick auf Chronischkranken- und Betagtenpflege.

2. Fort- und Weiterbildung

- 2.1. Weiterbildung des Pflegepersonals auf allen Ebenen, bis hin zu universitärer Ausbildung, im besonderen für lehrendes und leitendes Pflegepersonal.
- 2.2. Gesetzliche Verankerung der Fort- und Weiterbildung durch dienstrechtliche und finanzielle Maßnahmen.

3. Studienversuch "Pflegewissenschaft"

4. Erweiterte Ausbildungsstätten und -kapazitäten für Medizin-Technische-Assistenten

III./IV. SPITALSMANAGEMENT, KONTROLLSYSTEM UND QUALITÄTSSICHERUNG IM SPITAL

1. Krankenhausorganisation

- 1.1. Verbesserung der Betriebsführung und des Managements im Spital, u.a. auch dezentralisierte Verantwortlichkeit der Krankenanstaltenführung.
- 1.2. Überprüfung des Systems der kollegialen Führung der Krankenanstalt.
- 1.3. Ausbildung für Spitalsmanagement, Schaffung von Hochschullehrgängen.

2. Qualitätssicherung

2.1. Kontrolle der Krankenanstalt, und zwar sowohl

- im Hinblick auf Ausstattung der Krankenanstalt mit Geräten und Personal, als auch
- der Leistung von Ärzten, des Pflegepersonals sowie des sonstigen Personals, und
- Patientenbehandlung, Patientenzufriedenheit und humanitäre Aspekte.

2.2. Einrichtung von krankenhausinternen und -externen Kommissionen zur Qualitätssicherung;

V. GERIATRIE UND REHABILITATION ÄLTERER MENSCHEN

1. Geriatrie und Rehabilitation als fachspezifischer (fachübergreifender) Schwerpunkt

- 1.1. in Lehre, Studium und Arztausbildung,

- 1.2. in der Forschung (Einrichtung von Ordinariaten, von Forschungsstellen sowie schwerpunktmäßige Behandlung in den einzelnen medizinischen Fächern), sowie
- 1.3. als fachspezifische Anschluß- und Einschluß-Rehabilitation - und -Geriatric.

2. Versorgungssystem Geriatric und Rehabilitation

- 2.1. Ausbau der Geriatric und Rehabilitationseinrichtungen durch Zurverfügungstellung von mehr spezifischem Personal, insbesondere für Physiotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie etc.
- 2.2. Systematische "Angehörigen-Schulung" im Sinne eines "nachgehenden Rehabilitationsdienstes".
- 2.3. Verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit der Geriatric und Rehabilitation mit Geistes-, Human- und Sozialwissenschaften.
- 2.4. Auflösung von zentralisierten "Massen-Einrichtungen" für schwerkranke und geriatricische Patienten; dezentrale Versorgungseinrichtungen; Einrichtung von Sozial- und Gesundheits-sprengeln.
- 2.5. Psychodynamisch orientierte Supervision (im Sinne einer Entlastung des Personals).
- 2.6. Möglichkeiten des Wechsels von Hauskrankenpflege und der Pflege in Pflegeeinrichtungen im Sinne einer turnusweisen Intensiv-Rehabilitation und zugleich Entlastung von pflegenden Angehörigen.

VI. ETHIK

1. Allgemein

Weiterentwicklung einer wissenschaftsimmanenten und die Forschung begleitenden Ethik für die Medizin; dies soll insbesondere in der Form entsprechender Forschungsschwerpunkte erfolgen.

- 5 -

3) Als dritter und weiterer Schwerpunkt sind die spezifischen Probleme mit der Versorgung alter Menschen, Behinderter und chronisch Kranker zu nennen. Geriatrie und Rehabilitation könnte während des Studiums als eigenes Fach oder verschiedenen klinischen Fächern zugeordnet, nach Möglichkeit institutionell unterstützt, verstärkt angeboten werden. Geriatrie und Rehabilitation müssen einerseits als fachübergreifender universitärer Schwerpunkt angestrebt werden; zusätzlich ist jedoch auf den wichtigen fachspezifischen Aspekt in Geriatrie und Rehabilitation hinzuweisen, d.h. jedes relevante medizinische Fach hat auch diese Gesichtspunkte wesentlich intensiver als bisher in sein Ausbildungsprogramm miteinzubeziehen. Weiters wird empfohlen, die Anrechnung einer Tätigkeit in Pflegeheimen auf die postpromotionelle Ausbildung zu ermöglichen. Dies könnte schon kurzfristig eine Erweiterung auf dem Ausbildungssektor sowohl inhaltlich als auch personell bewirken.

1.3 Im einzelnen ist zur Problemlage der Ausbildung von Ärzten insbesondere festzustellen:

1.3.1. Mängel:

- a) Koordinationsmängel sowohl in der Anordnung der Lehrveranstaltungen, Fortbildungs- und Ausbildungsveranstaltungen wie auch im Sinne der didaktischen Klarstellung des notwendigen Übersichtsgerüsts für den Lernenden. Überflutung mit Details statt Übersichtsbildung. Dies aus fehlender Selbstbeschränkung und fehlender Systemisierung des gesamten Lehr-, Lern- und Fortbildungsstoffes.
- b) Weitgehendes Fehlen des Hinführens zu selbständigem Arbeiten, Denken und Entscheiden. Dafür riesiges Ballast- und Gedächtniswissen. Dies betrifft Studium und postpromotionelle Ausbildung bis zum Eintritt in die akademische Karriere. Ab dann

- 6 -

wird plötzlich unvorbereitet wissenschaftliche Eigenaktivität verlangt. Eine Reihe durchaus guter Kräfte scheitern an diesem plötzlichen Bruch. Auch die Qualität mancher wissenschaftlicher Arbeiten leidet stark unter der fehlenden Grundschulung.

- c) Schlechte Gewichtung zwischen Theorie und Praxis: Zuerst Überhang der Theorie im Studium mit viel zu wenig Praxisbezug; dann Überhang der Praxis in der Turnusausbildung mit viel zu wenig ständiger Rückblendung auf Theorie und Wissenschaftlichkeit. Dies betrifft Studium und postpromotionelle Aus- und Weiterbildung. - Im Klinikbereich ist es üblicherweise anders: es werden vielfach die praktischen Belange zu Gunsten der Theorie vernachlässigt.
- d) Eine Reihe von Fach- und Sachgebieten sind "unterrepräsentiert" respektive fehlen:
- d1) Kommunikation, Gespräch, basale psychotherapeutische Zuwendung müssen mehrstufig begleitend über die ganze Ausbildung sowohl speziell als auch in den einzelnen Fächern eingebaut mitgeführt werden. Psychosomatik und Psychotherapie mit entsprechender Evaluation und ständiger Fachbegleitung sind verstärkt in die Ausbildung einzubringen.
- d2) Ethik, Rechts-, Standeskunde sind unterrepräsentiert. Die in der Gerichtsmedizin gebrachten Inhalte sind auszubauen.
- d3) Geriatric und Rehabilitation fehlen sowohl als Ordinariat als auch in der fachspezifischen Ausrichtung in den einzelnen Fächern. Gerade diese beiden Fächer sind jedoch durch die massive Veränderung der Alterspyramide eine neue wesentliche Herausforderung für die Medizin geworden.

ZU DEN ÜBERLEGUNGEN
UND VORSCHLÄGEN IM EINZELNEN

INHALTSVERZEICHNIS

I. DER ARZT

1. Ärzteausbildung unter dem Gesichtspunkt der Vorkommnisse in Lainz - zur Problemlage
2. Medizinstudium - Ziele und Reform der Medizinischen Studienordnung
3. Überlegungen zur Aus- und Weiterbildung von Ärzten

II. DAS PFLEGEPERSONAL

1. Vorschläge zur Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals
2. Studienversuch "Pflegewissenschaft"

III. SPITALSMANAGEMENT

1. Zu Fragen der Krankenhausorganisation
2. Vorschläge zur Verbesserung der Ausbildung für das Spitalsmanagement

IV. QUALITÄTSSICHERUNG IM KRANKENHAUS

V. GERIATRIE UND REHABILITATION ÄLTERER MENSCHEN

VI. HUMANITÄRE BILDUNG, ETHIK UND MORAL

1. Ethik
2. Ethische Fragen des Lebens

VII. FORSCHUNGSSCHWERPUNKTE - FORSCHUNGSaufTRÄGE

VIII. LEGISTISCHE ÜBERLEGUNGEN

- 1 -

Dieser Bericht versucht, auf die aktuelle Diskussion im Gesundheitsbereich aus der Sicht von Wissenschaft und Forschung zu reagieren. Insofern werden bestimmte Schwerpunkte (I-VIII) gesetzt. Die schon seit längerem bestehende Reformdiskussion und -beratung zur Ärzteausbildung wird daher um die daraus resultierenden Aspekte angereichert.

I. DER ARZT

1. ÄRZTEAUSBILDUNG UNTER DEM GESICHTSPUNKT DER VORKOMMNISSE IN LAINZ - ZUR PROBLEMLAGE

- 1.1 Weitgehend übereinstimmend besteht die Auffassung, daß die Ausbildung des österreichischen Arztes sowohl im präpromotionalen als auch im postpromotionellen Bereich - trotz eines neuen Studiengesetzes und einer neuen Studienordnung aus den 70iger Jahren - reformbedürftig ist. Im Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung beschäftigt sich seit fast zwei Jahren eine Arbeitsgruppe mit Vorschlägen zur Reform des Medizinstudiums. Ohne Zweifel haben die "Vorkommnisse in Lainz" die schon seit Jahren immer wieder geäußerten Kritiken, vor allem zur postpromotionellen Ausbildung, neu belebt. Dies mag auch die Erklärung sein, warum den selbstverständlichen Voraussetzungen für den ärztlichen Beruf in den verschiedenen Stellungnahmen soviel Gewicht beigemessen wird, wobei eine Reihe von modernen Betrachtungsweisen aus dem psychosozialen und dem modernen Managementbereich als Rahmenbedingungen verlangt werden. So werden als Kompetenzen des Arztes psycho-

- 2 -

soziale Eigenschaften, die Fähigkeit zur Teamarbeit und Managementkenntnisse verlangt und gefordert, sodaß die Heranbildung dieser Fähigkeiten und Kenntnisse bereits in das Studium der Medizin integriert werden soll. Ein präklinisches Praktikum soll dieser Ausbildung Rechnung tragen. Sicherlich ist die Idee, den jungen Studenten nicht überwiegend mit Leichen bzw. präparierten Knochen bis zum 7. Semester in seine künftigen Aufgaben (gegenüber dem ganzen Menschen mit Krankheit, Leiden, aber auch im sozialen Kontext) einzuführen, ein interessanter und auch wichtiger Diskussionspunkt, wobei auf historische Modelle des Altertums und Mittelalters als Beispiel hingewiesen werden kann. Es ist für den Medizinstudenten eine entscheidende Prägung seines Berufsempfindens, das Leiden und die gesundheitliche Behinderung derer kennenzulernen, die seine Hilfe benötigen und denen er bestes Wissen zur Verfügung zu stellen hat. Der Beginn mit anatomischen Schulungen entspricht dem dominierenden medizinischen Denken der Chirurgen, die soweit wie möglich alle Details des Körpers kennenlernen möchten, um Fehler zu entdecken und "mechanisch" zu beheben. Das "Zeitalter der Chirurgie" mit seiner globalen Dominanz in der Medizin wird - unbeschadet aller geradezu atemberaubender Erfolge - zunehmend ergänzt durch die Vielzahl medizinischer Disziplinen; hochqualifizierte chirurgische Kenntnisse benötigen immer mehr Wissen über die Gesamtfunktion des menschlichen Körpers. Vor allem ist es das Altern des Menschen, das einen gesamtmedizinischen Denkraum verlangt, in dem die Anatomie nicht mehr den tragenden Anteil für das ärztliche Handeln darstellt und auch die Physiologie nur mehr in einer ätiologisch abgewandelten Form verwendbar ist.

1.2 Stellt man zunächst einen Zusammenhang zwischen Ärzteausbildung und den Vorgängen im Krankenhaus Lainz in Frage, so wird ein solcher hinsichtlich des Erwerbes naturwissenschaftlichen

- 3 -

Faktenwissen sicher zu verneinen sein. In Beachtung des Berichtes der internationalen Expertenkommission der Gemeinde Wien sowie den Ereignissen in Lainz scheint es jedoch notwendig und geboten, daß der künftige Arzt während seiner Ausbildung verstärkt angeleitet wird, die ihm anvertrauten Menschen in Kenntnis umfassender Interdependenzen zu betreuen. Dabei sind insbesondere folgende Bereiche zu nennen, in denen Konsequenzen für die Ärzteausbildung zu ziehen sind:

1) Kompetenzen der Ärzte:

- a) psychosoziale Fähigkeiten (im Umgang mit sich selbst, Patienten und Kollegen)
- b) Fähigkeit zur Teamarbeit
- c) Managementkenntnisse (vor allem für leitendes Personal bzw. in der Weiterbildung)
- d) Selbständigkeit im Sinne von Entscheidungsfindung und -erarbeitung, sowohl im sachlich medizinischen wie auch im ethischen (Gewissens-) Bereich
- e) Lern-, Merk-, Arbeitsfähigkeit und Fähigkeiten zur Integration in ein tragfähiges permanentes Übersichtswissen
- f) Belastbarkeit, Ordnungsfähigkeit
- g) Gedächtniswissen

In allen diesen Bereichen sollen zunächst eine Sensibilisierung für die grundsätzlichen Probleme bzw. die prinzipielle Bedeutung des jeweiligen Bereiches Raum greifen, die theoretischen Grundlagen vermittelt und schließlich diesbezügliche praktische Fertigkeiten in Selbsterfahrung und Supervision entwickelt werden.

Überlegungen, wie diese Maßnahmen konkret umgesetzt werden können, wurden im Zusammenhang mit den in Diskussion stehenden

Vorschlägen zur Studienreform Medizin erörtert. Diese nun seit fast zwei Jahren im Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung laufende Diskussion wurde durch die "Vorgänge in Lainz" in ihrer Zielrichtung zu mehr Handlungs- und Sozialkompetenz bestätigt. Hier wäre zunächst das am Studieneingang vorgesehene "präklinische Praktikum" zu nennen. Die Gestaltung dieses Praktikums ist derart vorgesehen, daß der Studierende durch einen gewissen Zeitraum hindurch sowohl in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens anwesend ist als auch seine Erfahrungen und ergänzendes Wissen in einer begleitenden Lehrveranstaltung in einer Gruppe aufarbeitet. Der Studierende wird damit am Studieneingang nicht wie bisher zunächst mit der Leiche konfrontiert werden, sondern das gesamte Spektrum medizinischer Tätigkeiten kennenlernen. Die Selbsterfahrung insbesondere auch im Hinblick auf psychosoziale Fähigkeiten und Fähigkeiten zur Teamarbeit ist damit bereits bei Studienbeginn angesiedelt.

Eines der wesentlichsten Anliegen der Studienreform ist eine Intensivierung der Praxis während des gesamten Studiums, dem jeweiligen Wissensstand des Studierenden angepaßt, wobei gegen Studienende auch eine eigene Spitalspraxis in Diskussion steht.

- 2) Ein weiterer Schwerpunkt ist die Darstellung der ethischen Themen. Hier fehlt noch ein Design über die bestmögliche erfolgsträchtige Vorgangsweise. Ethik wird daher als Forschungsschwerpunkt vorzubereiten sein. Themenstellungen der ärztlichen Ethik aus dem Umgang mit Schwerstkranken, der Gentechnologie, der Thanatologie und anderen Gebieten sind nicht einfach zu vermitteln. Möglich sind z.B. interdisziplinäre Lehrveranstaltungen, doch ist eine Sensibilisierung im Kontext mit praktischer Ausbildung von besonderer Bedeutung, z.B. als begleitender humanistischer Unterricht parallel zur Spitalspraxis.

2. Studium, Lehre und Ausbildung
Aufnahme ethischer Fragestellungen in das Medizinstudium (siehe oben I. 1.3) und in die Arztausbildung.
3. Forschungsschwerpunkt "Ethik und Medizin"
Dies soll in der Form von interdisziplinärer Zusammenarbeit erfolgen, die u.a. durch Forschungsschwerpunkte, Forschungsaufträge, sowie durch (Staats-)Preise für Leistungen in diesem Bereich gefördert werden können.

VII. FORSCHUNGSSCHWERPUNKTE - FORSCHUNGS-AUFTRÄGE

1. Allgemeines

- 1.1. Im Rahmen eines seit längerem zu erkennenden Handlungsbedarfes werden einige der gegenwärtig aktualisierten Themen wissenschaftlich (analytisch) aufzuarbeiten, in ihren Ursachen und Interdependenzen zu erforschen und darzustellen sein.
- 1.2. Seitens des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung besteht daher der Vorschlag, dies im Rahmen von Forschungsschwerpunkten und Forschungsaufträgen abzudecken, wobei durchaus an - wie bisher - in ähnlicher Form gestaltete Forschungsschwerpunkte bzw. Forschungsschwerpunktprogramme der Bundesregierung gedacht wird.
- 1.3. Forschungsaufträge können sowohl von einem als auch von zwei oder mehreren Bundesministerien vergeben werden (etwa Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung gemeinsam mit Bundeskanzleramt - Sektion Gesundheit oder Bundesministerium für Arbeit und Soziales).
- 1.4. Schließlich können und sollen Erkenntnisse und Ergebnisse derartiger Forschungsaktivitäten in entsprechende Lösungsansätze oder auch Reformvorschläge und/oder Reformansätze, wie sie in der eingangs zitierten EntschlieÙung des Nationalrates enthalten sind, münden.

2. Vorschläge für Forschungsaufträge

- 2.1. Voraussetzungen und Strategien einer dezentralen Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen.
- 2.2. Gesundheitsvorsorge für das Alter: Möglichkeiten - Strategien - Maßnahmen.
- 2.3. Gesundheitsmanagement
- 2.4. Soziale Dimension der Gesundheit und eines menschenwürdigen Alterns.
- 2.5. Altern und Recht

VIII. LEGISTISCHE ÜBERLEGUNGEN

1. Bundesgesetz über die Studienrichtung der Medizin im Hinblick auf Studienreform Medizin (siehe oben I. 1.).
2. Ärztegesetz
im Hinblick auf
 - Verbesserung der Ausbildung im Rahmen der Turnusarzt- sowie Facharztausbildung,
 - Verstärkung der Ausbildung in Ethik, Rechts- und Standeskunde,
 - Fort- und Weiterbildung.
3. Bundes-Krankenanstaltengesetz:
 - Führung und Verantwortlichkeit in der Krankenanstalt,
 - Regelung der Qualitätskontrolle und des Kontrollsystems,
 - verbesserte Wirtschaftlichkeit.
4. Landesgesetzliche Regelungen im Krankenanstalten-, Sozial- und Fürsorgebereich.

- 7 -

- d4) Andere Bereiche, wie Wissenschaftstheorie, Wissenschaftstechnik der Bearbeitung, Rhetorik, Didaktik, aber auch persönliche Entscheidungsfindung, etc. fehlen völlig.
- d5) Studienbegleitende Lehrveranstaltungen über Allgemeinmedizin sind erforderlich, ebenso wie das Wissen über die "Gesundheitsversorgungskette" und ihre Umweltbedingungen.
- 1.3.2 Als positive Fakten zur österreichischen Ausbildung hervorzuheben sind zahlreiche gute Traditionen, welche noch weiter wirken und in Teilgebieten den österreichischen Mediziner im internationalen Feld deutlich überdurchschnittlich ausgebildet erscheinen lassen. Natürlich ist das teilweise auch mit einem starken Übergewicht quantitativer Art der einzelnen Fächer verbunden, welches im Rahmen von Koordination und Straffung der Revision bedarf. Trotzdem ist es das Anliegen, einen Teil dieser hohen Qualität ohne Überforderung zu erhalten. Als Beispiel können genannt werden:
- Anatomie
 - pathologische Anatomie
 - gründliche Ausbildung in einzelnen klinischen Fächern
- 1.3.3 Während in obigen Fächern ein weitgehender Bezug zur praktischen Medizin für viele spätere Fächer besteht, haben andere Fächer einen derart hochgradigen Überhang an theoretischem Wissen, der kaum je weiterhin zum Tragen kommt und weitgehend nur als intern vorgeschaltetes Selektionsinstrument verwendet wird. Dazu als Beispiel besonders zu nennen ist die überstarke Belastung mit Chemie und Biochemie.

2. MEDIZINSTUDIUM

2.1. Zur Studienreform Medizin - Stand der Reformdiskussion:

Das Studium der Medizin wurde in den letzten Jahren verstärkter Kritik unterzogen. Dabei wurde vor allem geltend gemacht, daß der Studierende erst relativ spät in Kontakt mit Patienten kommt, daß der derzeitige Studienablauf einen integrativen Unterricht erschwert und der Studierende trotz umfangreichen Detailwissen am Ende seines Studiums nicht befähigt ist, selbständig wissenschaftlich oder praktisch tätig zu sein. Durch die erforderliche ergänzende praktische postpromotionelle Ausbildung ist die Ausbildungszeit in Österreich eine der längsten Europas. Erschwert wird die Situation überdies durch den Mangel an postpromotionellen Ausbildungsplätzen. Die strukturellen Probleme im Studienablauf sind jedoch, wie aus Berichten zahlreicher Experten des In- und Auslandes hervorgeht, in den meisten europäischen Ländern vorhanden. Die im Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung eingerichtete Arbeitsgruppe hat sich zunächst mit neuen ausländischen Studienmodellen befaßt und Experten des Auslandes vorgestellt. Zu nennen sind hier der Bericht von Prof. Dr. H. J. PAULI vom Institut für Ausbildungs- und Examensforschung der Medizinischen Fakultät Bern, Professor Dr. WIRSCHING vom Arbeitskreis Mediziner Ausbildung der Robert Bosch-Stiftung Gesellschaft m.b.H. "Murrhardter Kreis", Professor Dr. BONKE von der Rijksuniversiteit Limburg in Maastricht sowie ein Bericht über das New Pathway-System der Harvard Universität.

- 9 -

Insbesondere die vom Murrhardter Kreis aufgestellten Thesen zur Reform der ärztlichen Ausbildung deckten sich mit den von der Arbeitsgruppe erarbeiteten Vorstellungen. Demnach soll das wesentliche Ziel im Medizinstudium sein, neben den allgemeinen Grundsätzen und Zielen eines Hochschulstudiums die Absolventen dieser Studienrichtung zu einer ganzheitlichen Betrachtung des kranken Menschen heranzuführen, ihnen durch klinische Tätigkeit während der Studienzeit die Basis für eine praktisch-ärztliche Tätigkeit zu vermitteln sowie ihre Fähigkeit und ihren Willen zur Weiterbildung zu fördern.

Wesentliche Elemente des geänderten Studiums sollen die Förderung des integrativen Wissens und eine erweiterte Praxisausbildung, u.a. auch in allgemein-medizinischen Praxen, sein. Die verstärkte Integration der Fachbereiche soll durch ein geändertes Prüfungssystem gesteuert werden. Dies könnte durch Zusammenfassung von Fächern zu größeren Fachbereichen oder durch Einrichtung kommissioneller Prüfungen bewirkt werden. Die Setzung neuer Schwerpunkte soll nicht unbedingt zu einer Erweiterung des Fächerkanons führen.

Vielmehr kann rein kapazitiv eine Verbesserung des Übersichtswissens und der praktischen Ausbildung nur einhergehen mit einer radikalen Straffung und Reduzierung des basalen theoretischen Wissens bzw. des "Detailwissensballastes". - Die Unsinnigkeit des derzeit vielfach überbetonten Detailwissenssystems zeigt sich nach übereinstimmenden Erfahrungen vieler Prüfer dadurch, daß schon bei den später folgenden Prüfungen oft die basalen Kenntnisse aus den Vorprüfungen fehlen. Es wird also nur detailliert punktuell auf einen bestimmten Zeitpunkt hin gelernt. Das wichtige Übersichtswissen, welches verbleiben soll, fehlt dagegen.

Die praktische Ausbildung soll während des gesamten Studiums erfolgen und dem jeweiligen Wissensstand des Studierenden angepaßt sein. Die praktische Ausbildung soll daher mit einer Einführungspraxis - einem "präklinischen Praktikum" - beginnen. Die Gestaltung dieses präklinischen Praktikums wurde von einer eigenen Arbeitsgruppe ausgearbeitet. Bei diesem Praktikum soll der Studierende über einen gewissen Zeitraum jeden Vormittag in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens anwesend sein und am Nachmittag diese Erfahrungen und ergänzendes Wissen in einer begleitenden Lehrveranstaltung aufarbeiten.

Um zur Erfassung des Gesamtbereiches der Medizin anzuleiten, soll das Praktikum in überwiegendem Maße bei praktischen Ärzten und in nur untergeordnetem Maß an Krankenanstalten durchgeführt werden; auch die Lehrbeauftragten der begleitenden Lehrveranstaltung sollen vorwiegend praktische Ärzte sein.

Die praktischen Lehrveranstaltungen bzw. Intensivpraktika zu den einzelnen Fächern sind weiterzuführen.

Am Ende des Studiums ist eine etwa einjährige Spitalspraxis vorgesehen, die durch eine fallbezogene kommissionelle Abschlußprüfung beendet werden könnte.

An diese dadurch gewonnene erhöhte Handlungskapazität könnten die entsprechenden rechtlichen Konsequenzen gebunden werden, daß der Jungarzt in seiner nachfolgenden Ausbildung bereits mehr Möglichkeiten selbständig tätig zu sein hat, als sie derzeit gesetzlich dem Turnusarzt eingeräumt sind. Weiters wäre zu prüfen, welche weiterführenden Ausbildungszweige angeboten werden können, für die bisher das jus practicandi erforderlich ist. Eine solche Auffächerung

- 11 -

könnte auch eine verstärkte Kontrolle in der Turnusausbildung ermöglichen.

Von der Qualität dieser in das Studium verlagerten praktischen Ausbildung wird es abhängen, in welchem zeitlichen Ausmaß dadurch die postpromotionelle Ausbildung reduziert werden kann, doch müßte dies mindestens im zeitlichen Äquivalent möglich sein. Ein Studium in der Dauer von sechs Jahren mit den jeweils entsprechenden weiterführenden Ausbildungen würde den bereits beschlossenen und am 1. Jänner 1995 in Kraft tretenden Richtlinien der EG entsprechen.

Siehe hierzu in der ANLAGE 1: Reform des Medizinstudiums-Zwischenbericht der Arbeitsgruppe "Präklinisches Praktikum", als ein mögliches Modell zur Diskussion.

2.2. Wege zur Verbesserung

2.2.1. Ein praktisches Mediziner-Jahr zu Beginn der Ausbildung.

- a) Es soll kein "Pflege-Praktikum" im Sinne des Einsatzes als Hilfspfleger sein. Die Ausbildung soll vielmehr dem Kennenlernen der gesamten praktischen Arbeit am Patienten dienen einschließlich des Pflegebereiches, des Physiotherapiebereiches, des medizinisch-technischen Bereiches, etc. Der Mediziner wird dabei einerseits als ungelernte Hilfskraft eingesetzt und lernt von der Pike auf alles kennen, was er später patientengerecht einsetzen, anordnen, auch kontrollieren soll.
- b) Andererseits erfolgt dabei jedoch eine ständige seminaristische Begleitung und Bewertung. Eingebaut in diese Tätigkeit sind die Grundlagen der Kommunikationstechnik, der Gesprächstechnik und der Ethik ("Verhalten zum Patienten, zum Mitarbeiter, zum Vorgesetzten").

c) Dieses erste Jahr will erreichen:

- c1) Der Mediziner lernt die basalen Wesentlichkeiten der medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten kennen und weiß, wozu er dann vielen theoretischen Ballast auf sich nehmen muß.
- c2) Die seminaristische Bewertung in Kleingruppen ermöglicht eine Präselektion des Mediziners auf gerechterer Basis, als es derzeit etwa eine isolierte Heranziehung des Maturazeugnisses erlauben würde - Dazu wären neben den basalen pflegerischen und medizintechnischen Erfordernissen auch hochqualifizierte Leistungstests der Entscheidungsfindung, Mitarbeit an wissenschaftlichen Projekten mit jeweils Bewertung, etc. heranzuziehen.

Eine relative Gerechtigkeit wird dadurch ermöglicht, daß die Bewertungen von mehreren Bewertern durchgeführt werden. Dazu ist allerdings ein klares Lehrangebot vorzusehen (Tutorensystem). Die Lehrpersönlichkeiten sind entsprechend zu instruieren und auch zu motivieren. Sie müssen sich ihrer Verantwortung bewußt sein und wissen, daß die Bewertungen gewissenhaft zu erfolgen haben, daß aber auch sie selbst im Sinne einer rückwirkenden Lehrbeurteilung bewertet werden.

2.2.2. Der seminaristische Unterricht in Kleingruppen (Tutorensystem) soll sich - wenn möglich - durch das ganze Studium weiterziehen, wie es in den "Medical Schools" der anglo-amerikanischen Länder üblich ist. Auch im weiteren Studium ständige Rückblende zwischen Theorie und Praxis.

- 2.2.3. Ein weiteres praktisches Jahr (Beispiel: Schweiz) am Ende des Studiums vor einer endgültigen, fachübergreifenden Prüfung steht zur Diskussion.

Der Student nimmt dabei das fachübergreifende und praktisch erprobte wesentliche Wissen als besseren Gedächtnisstoff längere Zeit mit, so wie er es auch späterhin braucht. Die bisher üblichen minutiösen Detailprüfungen sollen durch die ständige begleitende seminaristische Bewertung ersetzt werden. Der Mediziner braucht am Ende seines Studiums kein isoliertes Detailwissen, sondern ein fachübergreifendes Übersichtswissen, das mehrfach in der Relation zwischen Praxis und Theorie erprobt und gefestigt wurde.

- 2.2.4. Die schon im Vorabschnitt genannten Sondergebiete Geriatrie und Rehabilitation, ebenso jedoch auch Ethik, Recht, Rhetorik, betriebswissenschaftliche, standespolitische Ausbildung und Entscheidungsfindung müssen begleitend in eigenen Seminaren mit Prüfungsqualität mehrstufig mitgeführt werden.

- 2.2.5. Der Student muß schon in den Seminaren eigenes Arbeiten, eigene Entscheidungsfindung, eigenes Referieren und eigenes komplettes Darstellen eines Themas lernen. Dies könnte letztlich in eine verpflichtende Dissertation münden. Der immer wieder gebrachte Einwand: "Es soll ja nicht jeder ein Wissenschaftler werden", ist völlig irrelevant. Es ist längst klar, daß die wissenschaftliche zusammenfassende Betrachtung eine wichtige Geistesschulung darstellt und man dabei selbst am meisten lernt.

2.2.6. In der postpromotionellen Ausbildung hat wesentlich verstärkt der Einzug wissenschaftlicher Fortbildung und Ausbildung stattzufinden.

Dort überwiegt (und auch als negativ empfunden lt. einer Reihe von Turnusärzte-Befragungen) die einseitig praktische Ausbildung ohne weitere Unterweisung, ohne weitere wissenschaftliche Fundierung.

2.3. Ermöglichung dieser Wege

2.3.1. Gewisse finanzielle Ressourcen sind dafür zu erschließen, es sei aber davor gewarnt, alles nur auf das "Finanzielle" zu schieben. Vieles kann auch in dem jetzigen System schon besser gemacht werden, unter Berücksichtigung folgender Punkte.

2.3.2. Die Motivierung zur Ausbildung muß verbessert werden; die Lehrqualifikation wird bisher zuwenig berücksichtigt.

- a) Die didaktischen und organisatorischen Leistungen sind in die Habilitationsnormen einzubeziehen anstelle des derzeitigen Übergewichts beim "Impaktfaktor".
- b) Es muß eine allgemeine quantitative Erfassung der Leistungen stattfinden. Hat man jetzt im Studiensystem eine bessere Skalierung eingeführt, müßte eine solche auch in der postpromotionellen Ausbildung möglich sein. Die Ausschaltung von persönlicher Sympathie und Antipathie soll soweit wie möglich durch mehrere Bewerter gewährleistet sein.

- 15 -

c) Einzubeziehen sind auch rückwirkende Bewertungen der Lehrinstitutionen (Lehrpersönlichkeiten) mittels verschiedener Maßnahmen:

- Vergleich der erreichten Qualifikationen der dort Hervorgegangenen;
- Rückwirkende Bewertung des Lehrpersönlichkeiten durch die Auszubildenden;
- Berichtlegung über die eigene Lehrtätigkeit in periodischen Abständen mit Gegenzeichnung durch die Auszubildenden;
- etc.

Es sei betont, daß im derzeitigen Gesetzssystem bereits die Möglichkeit besteht, Ausbildungsstellen an derartige Bedingungen zu knüpfen, nur wurde bis dato die Anerkennung der Ausbildungsstellen in der postpromotionellen Ausbildung nicht als Instrument zur Qualitätsverbesserung benützt.

2.3.3. Zu verbessern sind auch die Fortbildungsmöglichkeiten für Lehrende.

3. ÜBERLEGUNGEN ZUR AUS- UND WEITERBILDUNG VON ÄRZTEN

3.1 Zur Aus- und Weiterbildung von Ärzten ist prinzipiell folgendes anzuführen:

Der präpromotionelle und der postpromotionelle Abschnitt sind grundsätzlich als Gesamtausbildung zum Arzt zu betrachten. Mit dem Abschluß eines universitären Studiums ist der frisch promovierte Mediziner - unbeschadet aller bereits bestehenden und noch zu intensivierenden Praktikumsanteile - in keiner

Weise befähigt, eine ärztliche Tätigkeit in Eigenverantwortung zu führen. Der postpromotionelle Abschnitt der Arztausbildung ist bei einem beträchtlichen Anteil der Studierenden von der Universität völlig abgekoppelt. Ein lockeres, in keiner Weise überwachtes, unkoordiniertes Ausbildungsprogramm, das in vielen Bereichen nur Teilausbildung eines Gesamtfaches ermöglicht, wird zuwenig kontrolliert und dem Ermessensbereich der für Ausbildungsplätze zuständigen Primärärzte überlassen. Es erhebt sich hier die eindeutige Forderung, die Arztausbildung auch in seinem postpromotionellen Abschnitt als einheitliche Berufsausbildung zusammenzufassen und einer stärkeren Aufsicht und Supervision in ihrer Durchführung, Organisation und Endbeurteilung einschließlich Lehrkontrolle zuzuführen. Dies stellt keineswegs ein Novum dar, sondern entspricht weitgehend den in Einzelheiten variierenden, im Grundkonzept aber gleichen Modellen der meisten europäischen und auch außereuropäischen Länder.

Die postpromotionelle Arztausbildung ist daher zu verbessern.

3.2. Thesen zur medizinischen Ausbildung und Fortbildung in Österreich:

Vor allem ist anzustreben:

- Humanitäre Bildung Hand in Hand mit Fachbildung
- Hinführung zur selbständigen Arbeit
- Übersichtswissen vor Detailwissen

1. Verbesserung ist nötig.
2. Wissenschaftliche Tätigkeit, Ausbildung und Patientenbetreuung sind untrennbar, somit gemeinsam zu berücksichtigen
3. Lehr-Kontrolle ebenso wichtig wie Lernkontrolle
4. Ständige begleitende Lernkontrolle vor (eventuellen) Endprüfungen
5. Lehrstoff: Koordination und Straffung vor Vermehrung
6. Anerkennung durch ein "Meriten-System" für Lernen und Lehren
7. Organisatorische Fähigkeiten und menschliche Qualitäten müssen in der Qualifikation mitberücksichtigt werden.

II. DAS PFLEGEPERSONAL

1. VORSCHLÄGE ZUR AUS- UND WEITERBILDUNG DES PFLEGEPERSONALS

Im Zusammenhang mit den Vorkommnissen in Lainz hat es sich neuerlich gezeigt, wie wichtig eine qualifizierte fachliche und menschliche Ausbildung der Pflegepersonen ist. Sie kann nur gewährleistet werden durch eine strukturell verbesserte Aus- und Weiterbildung.

AUSBILDUNG - FORMELL

1.) Ausbildung des Pflegepersonals

Als eine der Verbesserungsmöglichkeiten bei der Ausbildung des Pflegepersonals ist eine dreistufige Ausbildung vorstellbar.

Erste Stufe: 2 Jahre umfassend

Maturanten steigen im 2. Jahr ein. Wer die Ausbildung nach dieser Stufe abschließt, hat die Qualifikation zur Pflegehilfskraft - SHD.

Zweite Stufe: 2 Jahre umfassend

Das erste Jahr wäre in der Folge das dritte gemeinsame und im vierten Jahr erfolgt die Spezialisierung in die Bereiche

- allgemeine Krankenpflege
- Säuglings- und Kinderkrankenpflege
- Psychiatrische Pflege
- Hauskrankenpflege
- Chronischkranken- und Betagtenpflege
- und eventuell Ausbildung zur Instrumentarin

Der Abschluß der 2. Stufe wäre die Qualifikation zu Diplompflegepersonen mit speziellen Kenntnissen für den jeweiligen Bereich.

Dritte Stufe: alle Bereiche umfassendes Pflegestudium an der Universität.

Der Lehrplan müßte ein der Ausbildungsstufe angemessenes Verhältnis zwischen Theorie und Praxis aufweisen.

Das Eintrittsalter für Nichtmaturanten soll bei 17 Jahren gehalten werden. Als Vorbildung sind mindestens 11 positiv abgeschlossene Schulstufen bzw. eine positiv abgeschlossene Berufsausbildung mit einem Jahr "Gesellenpraxis" zu fordern.

2. Fortbildung des Pflegepersonals

Es sollte gesetzlich verankert werden, daß jede Pflegeperson - außer Führungskräften - auf mindestens 5 Tage Dienstfreistellung Anspruch hat. Führungskräfte sollen je nach Führungsebene auf 10 bis 15 Tage Dienstfreistellung Anspruch haben. Ebenfalls müssen die finanziellen Mittel für die Fortbildung - nicht inkludiert die Tage der Dienstfreistellung - gesetzlich vorgeschrieben werden; z.B. 1 - 2 % des Budgets für Gehälter und Dienstgeberbeiträge.

Für die Anbieterstellung der Fortbildungen ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den Universitäten und den zahlreichen Institutionen für Erwachsenenbildung vorstellbar.

AUSBILDUNG - INHALTLICH

Um die Pflege auf der Höhe des internationalen Niveaus betreiben zu können, wird es unumgänglich sein, Krankenpflegewissenschaft und -forschung als eigene Disziplin im Fächerkanon der Universität zu institutionalisieren. Folgende Schritte sind für diesen Transformationsprozeß denkbar:

1. Grundausbildung in der Pflege

Eine qualifizierte Grundausbildung ist die Mindestvoraussetzung für die Ausübung des Pflegeberufes. Hilfskräfte sind so rasch wie möglich durch gut ausgebildetes Pflegepersonal zu ersetzen.

Kriterien für diese Ausbildung:

- a) Inhalt und Didaktik müssen den neuesten Erkenntnissen entsprechen und sind regelmäßig den Erfordernissen anzupassen.
- b) Die Normen und Richtlinien des Rates der Europäischen Gemeinschaften und der WHO, die seit Jahren vorliegen, sollen berücksichtigt werden (siehe Anhang S.I. und II. in der ANLAGE 2)
- c) Eine Zugangsberechtigung zur Universität soll geschaffen oder vorausgesetzt werden, um dieser Berufsgruppe höhere Bildungschancen zu gewährleisten und die Dropout-Quote zu senken.

2. Universitäre Ausbildung für Pflegepersonen

Die Bedeutung universitärer Ausbildung vor allem für leitende und lehrende Pflegepersonen kann folgendermaßen begründet werden:

- a) Wissens- und Aufgabenbereich der Pflege sind ständiger Reflexion zu unterwerfen. Pflege-theorien und -modelle sind als wissenschaftliche Basis der Pflege zu entwickeln und anzuwenden.
- b) Pflegeforschung als wichtiger Bereich der Pflege kann nur von akademisch gebildeten Pflegepersonen durchgeführt werden. Sie dient z.B. zum Erfassen der Zufriedenheit der Patienten, zur Überprüfung der Qualität der Pflege, zur Entwicklung neuer Pflegemethoden, zur Untersuchung der Arbeits- und Ausbildungssituation.
- c) Die Heranbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses auf dem Gebiet der Pflege ist Aufgabe der Universität.
- d) Wenn in der Grundausbildung bereits Maturaniveau angestrebt wird, soll die Ausbildung der Ausbilderinnen auf universitärer Ebene stattfinden.
- e) Eine strukturell verbesserte Weiterbildung der Führungskräfte in Bereichen wie Management, Controlling und Betriebsführung ist Voraussetzung für die Anhebung des Niveaus der Pflege.

3. Weiterbildung der Pflegepersonen auf allen Ebenen

Wegen der rasanten Entwicklung verschiedener Wissenschaftsbereiche, die mit der Pflege verknüpft sind, und des raschen

- 21 -

Wandels gesellschaftlicher Bedürfnisse gerade im Bereich des Gesundheitswesens sind verschiedene Formen der Weiterbildung notwendig:

- Kompensatorische Weiterbildung hat Defizite zu ergänzen, die in der Grundausbildung entstanden sind;
- Komplementäre Weiterbildung betrifft vor allem Spezialgebiete und hat bestimmte Zielgruppen zu erreichen, wie z.B. Expert(inn)en für geriatrische Pflege, Sterbebegleitung oder für spezielle Bereiche wie Pflege auf onkologischen oder Transplantationsabteilungen;
- Transitorische Weiterbildung muß der raschen Expansion in den einzelnen Wissensbereichen Rechnung tragen.

Solche Weiterbildungsangebote können zum Teil im außeruniversitären Bereich angesiedelt werden, z.B. in den bereits vorhandenen Akademien, zum anderen Teil sind sie vom inhaltlichen Anspruchsniveau her nur auf universitärer Ebene zu verwirklichen.

4. Auswirkungen der universitären Ausbildung

In Ländern, in denen Ausbildung zur Krankenpflege auf universitärer Ebene angesiedelt ist, sind verschiedene positive Entwicklungen festzustellen:

- Anstieg der Qualität der Pflege, Evaluierungen finden durch Forschungsprojekte statt;
- Innovation durch Pflegepersonen im präventiven und extramuralen Bereich;

- Anhebung des Bildungsniveaus in allen Bereichen der Pflegeausbildung.

Im Bereich der Pflege wurden neue Modelle entwickelt und angewendet. Der eigenständige Bereich der Pflege, das ist die patientenorientierte Begleitung, wurde aufgebaut auf dem Pflegeprozeßmodell. Es ist ein problemlösender Ansatz und besteht auf folgenden Schritten:

- Pflegebedürftigkeit und Bedürfnisse der Patienten werden erhoben (Erstgespräch).
- Erstellung eines Planes mit Pflegezielen, in welchem die dafür notwendigen Pflegehandlungen festgelegt sind.
- Die Pflege wird unter Einbeziehung der Kranken durchgeführt.
- Die Pflege wird anhand der Ziele überprüft und ausgewertet.

Das Pflegeprozeßmodell, in Österreich häufig bezeichnet mit Pflegeplanung, wurde in seinen wesentlichen Schritten auch in den meisten Wiener Krankenhäusern bereits eingeführt. Die dafür notwendige Schulung konnte jedoch wegen mangels an Expert(inn)en noch nicht überall durchgeführt werden, so daß es hier seine volle Effizienz noch kaum entfalten konnte.

Pflege wird auch als Beziehungsprozeß gesehen und verlangt von den Berufsausübenden hohe Fähigkeiten zwischenmenschlicher Kommunikation und patientenorientierter Gesprächsführung. Auf dieser Basis beruht die Organisationsform des "primary nursing", bei der jeder Patient, der in ein Krankenhaus aufgenommen wird, von einer Bezugsperson von seinem Eintritt bis zur Entlassung begleitet wird.

- 23 -

2. STUDIENVERSUCH "PFLEGEWISSENSCHAFT"

Siehe hierzu den Vorschlag für eine Studienversuch "Pflegerwissenschaft" im folgenden.

- 23/1 -

LEHRVERANSTALTUNGEN FÜR EINEN STUDIENVERSUCH "PFLEGEWISSENSCHAFT"**K o n z e p t****Dauer des Studiums: 8 Semester****Abschluß: Magistergrad**

Das Studium soll in zwei Studienrichtungen geführt werden:
Studienrichtung "Pflegermanagement" und
Studienrichtung "Pflegerpädagogik".

1. Studienabschnitt (4 Semester):**Gemeinsame Veranstaltungen:**

Rechtswissenschaftliche Grundlagen
Allgemeine Soziologie mit Übungen
Soziologische Methoden mit Übungen
Allgemeine Psychologie mit Übungen
Neuropsychologie
Psychosomatik
Statistik und Grundlagen der EDV mit Übungen
Allgemeine Pflegetheorie
Methodik der Pflegeforschung
Ethik der Pflege
Gesundheitstheorie
Gesundheitsversorgungsstruktur
lebende Fremdsprachen
Rhetorik
Medizinische Fächer nach Wahl

Veranstaltungen Studienrichtung "Pflegermanagement":

Krankenhausbetriebsführung mit Übungen
Pflegeorganisation mit Übungen
EDV im Management mit Übungen

Veranstaltungen Studienrichtung "Pflegerpädagogik":

Pädagogische Einführungsvorlesungen mit Übungen
Pädagogische Psychologie mit Übungen
Persönlichkeitsformung

Gesamtstundenanzahl: 80

- 23/2 -

2. Studienabschnitt (4 Semester):Gemeinsame Veranstaltungen:

Rechtsstruktur im Krankenhaus
 Soziologie des Krankenhauses
 Soziologie der Gesundheitskette
 Psychologie des Kranken
 Klinische Psychologie
 Kommunikation und Gesprächsführung mit dem Kranken
 EDV im Krankenhaus
 Statistik
 Spezielle Pflge-theorien
 Pflegeforschung (Projekt)
 Pflegestandards mit Übungen
 Pflegedokumentation mit Übungen
 Gesundheitserziehung mit Übungen
 Hauskrankenpflege, Altenpflege oder Onkologische Pflege nach Wahl

Veranstaltungen Studienrichtung "Pflegermanagement":

Mitarbeiterführung mit Übungen (Praktika im Krankenhaus)
 Qualitätssicherung in der Pflege mit Übungen (Praktika im Krankenhaus)

Veranstaltungen Studienrichtung "Pflegepädagogik":

Spezielle Pädagogik mit Übungen (Praktika in der Krankenpflegeschule)
 Klinischer Unterricht mit Übungen (Praktika im Krankenhaus)

Gesamtstundenanzahl: 80

PERSONAL- UND BUDGETBEDARF

Im 1. Jahr:	30 Std.	Lehraufträge	und	Gastvorlesungen
im 2. Jahr:	60 "	"	"	"
im 3. Jahr:	90 "	"	"	"
im 4. Jahr:	120 "	"	"	"

Seidl/Walter/Zapotoczky, 1989.

III. SPITALSMANAGEMENT

1. ZU FRAGEN DER KRANKENHAUSORGANISATION

Historische Entwicklung:

Die Führung des Krankenhauses erfolgte ursprünglich durch den Arzt als Leiter (KAG 1920 - monokratische Führung), dann wurde der Verwalter ebenfalls einbezogen (KAG 1957 - duale Führung), schließlich zusätzlich der Pflegedirektor (KAG 1974 - kollegiale Führung) und zuletzt in einzelnen Bundesländern bei Spitälern einer gewissen Größe zusätzlich ein technischer Direktor.

Problematik:

Durch die "kollegiale Führung" ergeben sich Probleme bei der Abgrenzung der Kompetenzen und die Notwendigkeit, einvernehmliche Einigungen herzustellen. Der Zwang, sich immer zu einigen, führt letztlich auch zu Konflikten, die nicht gelöst werden können. In diesen Fällen soll dann die Entscheidung umgehend vom zuständigen Vertreter des Krankenhausträgers getroffen werden. Hierbei handelt es sich aber meist um krankenhausexterne Personen (Stadträte, Magistratsbeamte) oder Gremien (Ausschüsse). Es hat somit die kollegiale Führung letztlich nur die Antrags- und Durchführungskompetenz, die Entscheidungskompetenz liegt bei Behörden, die über die internen Probleme des jeweiligen Krankenhauses nicht wirklich Bescheid wissen. Betriebsferne Entscheidungen sind aber zur Führung von Großbetrieben, wie es die Krankenhäuser sind, nicht die zweckmäßigste Lösung.

Ziel:

Es wäre daher zweckmäßig zu prüfen, wieder eine monokratische Führung herzustellen, nämlich einen "Krankenhausleiter" als Vertreter des Spitalserhalters und als Verantwortlichen für den Gesamtbetrieb zu bestimmen, der die Verantwortung über wesentliche Entscheidungen haben soll. Er soll an Stelle betriebsferner Politiker und Beamten die betriebliche Autonomie des Krankenhauses gewährleisten und über Finanzen und personelle Fragen rasch entscheiden können. Dieser Krankenhausleiter müßte mit entsprechendem Managementpersonal vorort tätig werden. Eine organisatorische Leitungsstruktur der Krankenhäuser in Form von Ämtern der öffentlichen Hand ist sicher nicht zielführend.

Zusammenfassung:

Zur Gewährleistung der Autonomie der Krankenhäuser sollte eine Betriebsführung im Krankenhaus durch einen bevollmächtigten Repräsentanten des Krankenhausträgers mit dem notwendigen Managementpersonal eingesetzt werden (eventuell Verankerung im KAG).

2. VORSCHLÄGE ZUR VERBESSERUNG DER AUSBILDUNG FÜR DAS SPITALS-MANAGEMENT

Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen, aber vor allem die sichtbaren Grenzen der Finanzierbarkeit lassen auch in diesem Bereich die Notwendigkeit betriebswirtschaftlichen Handelns erkennen. Die Einführung eines leistungsorientierten Finanzierungssystems, wie es immer stärker diskutiert und in kleineren Spitälern bereits versucht wird, erfordert aber neben der Entwicklung geeigneter betriebswirtschaftlicher Konzepte ebenso eine Vorbereitung der im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen. Führungskräfte im Verwaltungsbereich müssen neben ihrer fachlichen Grundqualifikation den Anforderungen eines modernen Managements entsprechen. Dies bedeutet eine stark erweiterte Ausbildung, wie sie in anderen Wirtschaftsbereichen schon längst existiert. Die unmittelbar im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen (Ärzte, Pflegepersonal, Techniker, etc.) sind ebenfalls auf diese neuen Anforderungen vorzubereiten. Die Fähigkeit zur Einsicht in betriebswirtschaftliche Abläufe, deren Notwendigkeit, Struktur und der sich daraus ergebenden Handlungsrichtlinien bedarf einer spezifischen Schulung nicht nur zur Bewältigung konkreter Handlungserfordernisse, sondern vor allem zur Erzeugung einer grundsätzlichen Akzeptanz gegenüber neuen, leistungsorientierten Verwaltungsmethoden. Die notwendige, aber enorm kostenrelevante Entscheidungs- und Handlungsautonomie des medizinischen Personals (vor allem von Ärzten) in Fragen der medizinischen Tätigkeiten am Patienten erfordert ein gesteigertes Kostenbewußtsein. Den oben kurz skizzierten Anforderungen entsprechend sind Ausbildungslehrgänge einzurichten:

1. Spezifische Schulung für leitendes Personal
2. Grundsätzliche Schulung des gesamten in einem Krankenhaus tätigen Personals mit berufsgruppenspezifischen und -übergreifenden Inhalten
3. In den jeweiligen Lehrplänen (Medizinstudium, Pflegeausbildung, etc.) sind entsprechende Ausbildungselemente einzubauen

IV. QUALITÄTSSICHERUNG IM KRANKENHAUS

Allgemeines:

"Qualitätssicherung" ist seit Jahren ein Standardthema im Rahmen medizinischer Fachkongresse, aber jetzt im speziellen etwa bei der Tagung des Verbandes der Ärztlichen Direktoren und Primärärzte Österreichs oder des Krankenhaustages (IKAL) vom 7. und 10.11.1989 in Wien. Die WHO verlangt die Einführung wirksamer Formen der Kontrolle der Qualität der Patientenbehandlung in den Gesundheitssystemen bis 1990.

Ziel:

Für jeden Patienten ist entsprechend seiner Krankheit die zweckmäßigste diagnostische und therapeutische Handlung zu treffen (die manchmal auch in der Unterlassung einer Maßnahme bestehen kann). Da angenommen werden muß, daß deutliche Unterschiede in der Qualität der Erbringung medizinischer Leistungen in den österreichischen Krankenhäusern bestehen, ist es Aufgabe einer Qualitätskontrolle Schwachstellen zu erfassen, Minimalstandards festzulegen und Verbesserungen zu ermöglichen.

Eine Qualitätskontrolle, die in verschiedenen Bereichen zu erfolgen hat:

a) Kontrolle der Ärzteausbildung:

Diese erfolgt heute konzeptlos und unkontrolliert, aufgrund von einer bestimmten Zahl von Betten, vorwiegend in den Krankenanstalten, in denen eine gewisse Zeit verbracht wird; anschließend bekommt der Arzt automatisch ein Zeugnis. Existierende "Ausbildungskommissionen" der Landesärztekammern erfüllen ihre Aufgaben nur unzureichend (offenbar ist die Ärztekammer für eine Qualitätskontrolle nur bedingt geeignet).

Möglichkeiten der Qualitätskontrollen bestehen, werden aber in der Praxis zuwenig realisiert, z.B. fehlt es an genauerer Definition der Ausbildungstätigkeit, Rotation während der Ausbildung, Abschlußprüfung, Liste der absolvierten Tätigkeiten (Operationskatalog), usw.

b) Kontrolle der Patientenbehandlung:

1.) Ausstattung der Krankenhäuser mit Geräten und Personal (Strukturqualität).

Die Ausstattung der Krankenhäuser soll entsprechend - allerdings meist fehlender - gesundheitspolitischer Vorstellungen erfolgen und muß sich nach Versorgungsstufe (Standard- oder Schwerpunkt-krankenhaus), bestehender Fachabteilung sowie anderen Schwerpunkten richten. Bei Fehlen von Ressourcen ist ein Qualitätsverlust zwingende Folge.

Die Festlegung einer Mindestausstattung war für den Österreichischen Krankenanstaltenplan vorgesehen, scheiterte aber am mangelnden Konsens, vor allem an den Kompetenzproblemen zwischen Bund und Ländern.

- 29 -

In Wien wurde die Bildung von Kommissionen zur Qualitätskontrolle schon vor Lainz beschlossen, sie begannen allerdings erst nach Lainz tätig zu werden. Krankenhausinterne Kommissionen, paritätisch besetzt, haben Mängel festzustellen und können Vorschläge machen. Es besteht dann bei der MA 17 eine übergeordnete Kommission für Qualitätskontrolle, die die vorgebrachten Wünsche nach Dringlichkeit (im Prinzip wurde diese Tätigkeit bisher von den kollegialen Führungen bzw. den Primärärzten durchgeführt) beurteilt.

Überlegenswert ist eine externe Kontrolle durch Gremien, die nicht gleichzeitig dem Krankenhaus(träger) unterstehen.

2.) Standard der Ablegung der medizinischen Leistung (Prozeßqualität)

An dieser Leistung sind Arzt, Pflegepersonal sowie sämtliche andere Mitarbeiter beteiligt. Der Standard der medizinischen Leistung ist abhängig von der Ausbildung des Personals, der Kooperation, vom Standard der betrieblichen Organisation, dem Arzt-Patientenverhältnis, der Größe des Krankenhauses und vielen anderem. Eine Kontrolle dieser Abläufe ist auf Grund von Unterlagen (Krankengeschichten) möglich, die Objektivierung jedoch nicht einfach (siehe "Causa Pesendorfer"). In den USA ist eine Kontrolle gegeben ("Second opinion", Peer review groups).

3.) Ergebnisse der ärztlichen Behandlung (Ergebnisqualität)

Diese Leistung ist für den Patienten noch immer das Wichtigste. Aufgrund der Kodierung nach ICD-9 im Rahmen der KRAZAF-Vereinbarungen können ab heuer für verschiedene Krankheiten mit oder ohne Operation, Sterblichkeit, Liegedauer, aber auch andere Daten erfaßt und beurteilt werden.

In den USA muß jedes Krankenhaus die Patienten genau informieren, wieviel Krankenbehandlungen und Operationen in den vergangenen Jahren mit welchem Erfolg oder Mißerfolg durchgeführt wurden, wobei das Krankenhaus diese Daten kommentieren kann.

Ziel:

Analog zu Maßnahmen in nahezu sämtlichen anderen westlichen und auch östlichen Ländern sollen krankenhauserinterne und -externe Kommissionen zur Qualitätssicherung in den Spitälern errichtet werden. Aufgabe dieser Kommission ist die stichprobenweise Überprüfung der Ausstattung der Krankenhäuser, des Standards der medizinischen Leistungserbringung, der Ergebnisse der ärztlichen Behandlung und letztlich auch ökonomischer Gesichtspunkte (stichweise Überprüfung von Daten, auf Grund derer die Honorierung für den KRAZAF erfolgt). In solchen Kommissionen sollen Vertreter des zuständigen Bundesministeriums, der Länder, der Kammern und vor allem der wissenschaftlichen Fachgesellschaften sein. Diese Kontrollgruppen wären besonders bei Einführung eines leistungsorientierten Finanzierungssystems, wie vorgesehen, zu errichten. Gelegentliche Kontrollen durch den Rechnungshof ergeben zu einseitig ökonomische Bewertungen. Vertreter können aber in die Kontrollgruppen einbezogen werden.

Schließlich muß auch die sanitätsbehördliche Aufsicht über Krankenanstalten in ihrem gegenwärtig schon bestehenden gesetzlichen Rahmen als ein Element der Qualitätssicherung effektuiert werden.

V. GERIATRIE UND REHABILITATION ÄLTERER MENSCHEN

Zur Verbesserung der Situation von Geriatrie und Rehabilitation in Österreich.

1. Präambel und Initialfestlegung

1.1. Aktualität:

Die moderne dramatische Verbesserung der Akutmedizin bedingt eine ständige Zunahme des Durchschnittsalters mit gleichzeitiger Zunahme längerfristig überlebender Behinderter. Demoskopische Untersuchungen lassen eine Weiterentwicklung in diese Richtung erwarten. Damit ergibt sich auch in der Rehabilitation ein immer größerer Schwerpunkt im Bereich der Alters-Rehabilitation (neben den Gebieten Unfall- und Kinder-Rehabilitation). Es scheint daher berechtigt, über Geriatrie- und Rehabilitation gemeinsam zu referieren; im folgenden ist überwiegend die geriatrische Rehabilitation angesprochen.

Der Anlaßfall "Lainz" hat die zunehmende Problematik in das öffentliche Blickfeld gerückt und den unmittelbaren Anlaß für akute und vermehrte Befassung mit einem sich bereits über Jahre immer mehr aktualisierenden Problem gegeben.

1.2 Abgrenzungsfragen:

Sowohl Geriatrie als auch Rehabilitation sind Integrationsfächer, d.h.: sie haben einerseits einen fachspezifischen Schwerpunkt, der in eine Reihe von anderen medizinischen Fächern hineinreicht

und andererseits einen fachübergreifenden Schwerpunkt, der die gemeinsamen Kriterien fachübergreifend betrifft. Parallelen ergeben sich zur:

- Arbeitsmedizin,
- Notfallmedizin,
- Radiologie,
- Pädiatrie,
- Sportmedizin.

Definition: Unter Geriatric (synonym Presbyatrie) versteht man die Lehre von den Krankheiten des alten Menschen. Neben der Alterskunde im engeren Sinn ist für die Forschung noch die Gerontologie von Bedeutung, die das gesamte Gebiet des Alters umfaßt und sich mit dem Menschen in seinen verschiedenen Lebensaltern befaßt.

Rehabilitation bedeutet "mit Behinderungen bestmöglich leben lernen". Es geht dabei also nicht mehr um die sogenannte "Heilung", sondern um Optimierung der Lebensqualität bei bestehenbleibendem Defektverstand. Es sind dabei neben den medizinischen Gesichtspunkten vor allem auch psychologische und pädagogische wahrzunehmen.

Eine sinnvolle Neuorganisation kann also zweistufig erfolgen, nämlich

- a) einerseits im Sinne von fachspezifischer Anschluß-Rehabilitation bzw. Einschluß der Geriatric; und
- b) andererseits im Sinne von eigenen Ordinariaten des Sonderfaches, welche sinnvollerweise aus einer Fach-Anschluß-Rehabilitation bzw. Fach-Einschluß-Geriatric hervorgehen, aber dann verstärkt auch die fachübergreifenden Belange wahrzunehmen haben.

- 33 -

In Österreich bestehen fachspezifische Anschluß- und Einschluß-Rehabilitationen und -Geriatrien teilweise an verschiedenen Fachabteilungen, jedoch mit sehr unterschiedlichem Entwicklungsstand. Eigene Ordinariate fehlen für beide Fächer; die Probleme der Geriatrie und Gerontologie werden derzeit nur in Ansätzen von verschiedenen Teildisziplinen der Medizin wahrgenommen.

2. Versorgungssystem/Ist-Stand, Soll-Stand

2.1. Die fachspezifische Anschluß-Rehabilitation ist systematisch in den Leistungskatalog der entsprechenden Abteilungen einzubeziehen; dies insbesondere im Raum- und Personalkonzept. Apparaturen sind dafür weniger notwendig, dafür jedoch Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, sowie entsprechende Räumlichkeiten für Durchführung der betreffenden Maßnahmen. Dies fehlt heute in Österreich fast ubiquitär bzw. es sind nur ungenügende Ansätze gegeben.

2.2. Es ist vermehrte Beachtung auf die "Mitversorgung" der Angehörigen zu legen. Fachgerechte Arbeitskapazität ist dafür bereitzustellen. Die systematische Angehörigen-Schulung ist derzeit in Österreich weitgehend unüblich. Im "Modell Vorarlberg" des "nachgehenden Rehabilitationsdienstes" (Barolin) ist sie seit 10 Jahren verwirklicht und kann modellhaft herangezogen werden. Es ergibt sich daraus

- a) Verbesserung der Lebensqualität für den Invalidisierten im Rahmen des Familienzusammenhangs;

b) Einsparung von Pflegebetten plus Verkürzung der Krankenhaus-Aufenthaltsdauer.

Eine wesentlich breiter angelegte "Rehabilitations-Mentalität" könnte daraus resultieren. Sie ist unserer technisierten Gesellschaft mit sich ständig lockerndem Familienzusammenhalt weitgehend verlorengegangen im Sinne einer Medizin, die vom Sozialsystem automatisch und ohne Eigenleistung "übergestülpt" bzw. "geliefert" wird. Längerfristige, auch propagandistische und erzieherische Maßnahmen sind hier vonnöten.

- 2.3. Verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Fächern Soziologie, Psychologie und Pädagogik. Dies muß einerseits in der Auftragserteilung an die betreffenden Abteilungen, andererseits jedoch in entsprechenden Stellenplänen bzw. konsiliarartigen Verträgen fixiert werden.
- 2.4. Vor allem (und das kam schon in vielfachen Bearbeitungen zum "Fall Lainz" heraus) ist eine adäquate Stellenplanversorgung vorzusehen (sowohl im Sinne zahlenmäßiger Aufstockung des Personals wie auch durch entsprechende Einbeziehung neuer Berufsgruppen, wie insbesondere Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, etc.). - Es ist darauf hinzuweisen, daß diesbezüglich in Österreich ein skurriler Disporporz herrscht. Man nimmt nämlich aufgrund eines Numerus clausus in den betreffenden Schulen nur etwa 1/5 bis 1/10 der Bewerber auf. Vielfach studieren dann die in diesen Schulen nicht Aufgenommenen Medizin (!), denn dort gibt es keinen solchen Numerus clausus. Die Ausbildungsplätze und der Einsatz jener Kräfte müßten drastisch erweitert werden. - Daß auch die Pflegestellen wesentlich vermehrt gehören, ist ebenfalls inzwischen bekannt geworden.

- 35 -

2.5. All das wird nur Platz greifen können, wenn man die riesigen Massierungen schwerstkranker und geriatrischer Patienten in Pflegestationen einer an allen Fachstationen obligat verordneten fachspezifischen Anschluß-Rehabilitation auflöst. Jede derartige Massierung führt zu massivem Qualitätsverlust bis zu Aggression und Tötung. Dies wurde wörtlich 1985 bereits von Petzold zitiert ("Mit alten Menschen arbeiten", Pfeifer-Verlag München). Die jetzt mehrfach ventilerte Idee einer Personalrotation birgt aber auch Probleme in sich: durch die Rotation des Personals wird eher noch weniger Kompetenz und noch weniger persönliche Zuwendung zu erreichen sein. Dann wird ein derartig massiertes geriatrisches Institut nur eine ungeliebte Durchgangsstation sein, wo man möglichst rasch wieder weg will.

Die einzige wirkliche Lösung ist Anschluß-Fach-Rehabilitation. - Beispiel: In der Neurologischen Abteilung des Vorarlberger Landeskrankenhauses Valduna liegt der schwere Schlaganfall-Patient neben dem jugendlichen Ischias-Patienten etc. Es erfolgt nie eine völlig einseitige Überlastung und Ausrichtung des Personals auf schwerstkranke geriatrische Patienten.

2.6. Die psychodynamisch orientierte Supervision *) wurde jetzt für Wien eingeführt; im obzitierten Vorarlberger Landeskrankenhaus gibt es dazu bereits Vorerfahrung.

*) Es muß klargestellt werden, daß es zweierlei Arten von Supervision gibt. Die hier angesprochene ist die psychodynamisch orientierte Supervision im Sinne der Entlastung. - Davon abzugrenzen ist die didaktische Supervision (welche jedoch hier nicht gemeint ist), etwa wenn psychotherapeutische Tätigkeiten von einem älteren und erfahreneren Psychotherapeuten überprüft und mit dem Ausbildungskandidaten besprochen werden.

Derartige Gesprächsmöglichkeiten mit außerhalb der Hierarchie stehenden kompetenten Persönlichkeiten sind zu begrüßen, werden jedoch erst dann greifen können, wenn obige organisatorische Maßnahmen stattgefunden haben, sonst schlägt Supervision ins Gegenteil um - wie bereits aus einem Wiener Spital zu hören war; nämlich, daß die durchgeführte Supervision eine "Horrorvision" darstellt. Dies ist dadurch verständlich, daß sich das Personal in einen ständigen zeitlichen und persönlichen Engpaß gedrückt fühlt, der in einem Gespräch nur in Verzweiflung ausbricht oder kalmiert werden kann. Eine echte Problemlösung (oder Besserung) kann hier ohne organisatorische Umstrukturierungen nicht stattfinden.

3. Organisationsgrundlagen

- 3.1. Neben Angehörigen-Schulung, nachgehendem Rehabilitationsdienst sowie den im Vorabschnitt angeführten vermehrten Möglichkeiten für Physiotherapie, Ergotherapie, etc. im Krankenhaus, sind eine Reihe weiterer organisatorischer Notwendigkeiten anzuführen.
- 3.2. Die Pflegegeldregelung muß eine stärkere Motivation für Heimpflege und Nachbarschaftshilfe ergeben.
- 3.3. Periodische Aufnahmsmöglichkeiten von zu Hause Gepflegten müssen systemisiert werden, nicht nur (wie bisher meist) unter dem Vorwand einer akuten Verschlechterung nolens volens durchgeführt. Der Patient erhält die Möglichkeit einer turnusweisen Intensiv-Rehabilitation in einer Institution und die pflegenden Angehörigen können sich urlaubsmäßig gleichzeitig einmal von ihm "erholen". Dies ist ebenfalls ein Bestandteil der vermehrten Befassung mit den Angehörigen im Sinne einer wichtigen psychohygienischen Maßnahme für diese, welche die Pflegebereitschaft zu erhöhen imstande ist.

- 3.4. Kontinuierliche Ausbildung, Beratung und Unterstützung ist den Angehörigen von chronisch kranken bzw. alten und hilflosen Patienten anzubieten. Auch damit wird die Bereitschaft der Pflege im Familienrahmen weitgehend erhöht.

Der Wiener Soziologe Univ.Prof. Dr. Rosenmayr hat eindrucksvoll dargestellt, daß man bei allen institutionalisierten Hilfestellungen jedoch vorsichtig zu Werke gehen muß, da immer mit einem reziproken Rückgang der Eigeninitiative zu rechnen ist. Hier gilt es, ein ständiges flexibles Gewichtungssystem einzurichten.

4. Lehre - Ausbildung - Forschung

- 4.1. Die fachübergreifenden Ordinariate für Rehabilitation und/oder Geriatrie haben unter anderem die Fragen der Alterspsychologie, Pathopsychologie und Epidemiologie zu behandeln; weiters Fragen der Dokumentation, der Verlaufsforschung (einschließlich physiologischem und psychologischem Entwicklungsprofil für den Lebensverlauf), Evaluations- und Effizienzforschung, flächendeckende Erhebungen, etc. Zusätzlich soll ein kontinuierliches Einstrahlen in die unterschiedlichen fachspezifischen Anschluß-Rehabilitation bzw. eine ständig integrative Zusammenarbeit mit diesen bestehen.
- 4.2. In den Spezialfächern (etwa Kardiologie, Neurologie, Pädiatrie, etc.) ist der rehabilitative Schwerpunkt im Lehrzielkatalog verstärkt herauszustreichen, im Vorlesungsprogramm und im Forschungsprogramm verstärkt zu betonen.

- 4.3. Dies ist nur möglich, wenn die Wissenschaftlichkeit von Rehabilitation und Geriatrie auch entsprechend anerkannt wird, die akademische Karriere auch auf diesen Gebieten möglich ist. Derzeit ist derjenige, der sich damit befaßt hat, noch das "Stiefkind" der akademischen Karriere, denn damit kann man heute in Österreich akademisch so gut wie nicht reüssieren.
- 4.4. Wichtig ist (wie schon in der Praxis) die Zusammenarbeit auch in Lehre und Forschung mit anderen (nicht-medizinischen) Gebieten, insbesondere Soziologie, Sozialarbeit, Psychologie und Pädagogik. Dies bedarf neben der Beachtung im Versorgungssystem auch der entsprechenden wissenschaftlichen Koordination.
- 4.5. Zu betonen wäre schließlich, daß es in einigen Ländern auch bereits Lehrstühle oder Professuren für Rehabilitationspsychologie gibt; auch daran ist zu denken, bzw. die spezielle Widmung eigener Abteilungen oder eigener Arbeitskräfte an unseren bestehenden Kliniken und Instituten zu fordern.
- 4.6. Weitere Fächer der Medizin, die derzeit universitär nicht etabliert sind, die jedoch in höheren Lebensabschnitten zunehmend an Bedeutung erlangen:
- ° Rheumatologie: im Gegensatz zu den allermeisten europäischen Ländern existiert derzeit in Österreich noch keine einzige Professur für Rheumatologie. In Innsbruck hatte das derzeit vakante Institut für Physikalische Medizin auch die Zusatzbezeichnung Rheumatologie; die neue Struktur des klinischen Bereiches der Medizinischen Fakultät Wien sieht eine eigene klinische Abteilung für Rheumatologie vor.

Im Hinblick auf den enormen sozialmedizinischen und sozial-ökonomischen Aspekt der Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises und auch wegen des Begriffes der Europareife der Österreichischen Medizin ist die Etablierung dieses Fachgebietes auf universitärem Boden auch praktisch notwendig. Im Rahmen der Hauptvorlesung und des Prüfungsstoffes der Inneren Medizin werden rheumatische Erkrankungen in Ansätzen gelehrt, was jedoch, wenn man die Lehrbücher der Inneren Medizin vergleicht, nur eine untergeordnete Bedeutung besitzt.

Es wird Aufgabe sein, der Rheumatologie in Forschung und Lehre an den medizinischen Fakultäten auch in unserem Land in Zukunft verstärkt Rechnung zu tragen.

Zusammenfassend sind somit folgende Maßnahmen (nur gemeinsam und nie isoliert) als zielführend anzusprechen:

1. Verbesserter Personalschlüssel Hand in Hand mit besseren Ressourcen hinsichtlich Ausstattung, etc. Aktive Förderung und Propagierung in der Ausbildung medizinischer Hilfsberufe im Gegensatz zur derzeit künstlichen Restriktion.
2. Strukturveränderungen
 - a) im Sinne von mehr Kommunikation,
 - b) im Sinne von klareren und besseren Kompetenzen,
 - c) im Hinblick auf nachstehendes:
3. Motivationsverbesserung
 - a) durch neue Maßnahmen im Personal,
 - b) durch verstärkte Einbeziehung und bessere Möglichkeiten im familiären Bereich der Betroffenen.
 - c) Hilfestellung durch Supervision kann dabei nie im System selbst liegen, sondern muß von außen kommen.
4. All dies hat Hand in Hand zu gehen mit einer komplexen Umstrukturierung des Ausbildungs- und Fortbildungssystems
 - a) beim Mediziner,
 - b) beim Hilfspersonal.
5. Dem übergeordnet muß gleichzeitig mit der Förderung einer eigenständigen suffizienten Berichtlegung auch ein suffizienter von außen kommender Kontrollmechanismus sein.

5. Literatur

BAROLIN G. S., W. ODER: Bausteine einer neurologischen Rehabilitationssystematik unter besonderer Berücksichtigung der Schlaganfall-Rehabilitation (in BAROLIN, Rehabilitation 1986, Enke-Verlag, Stuttgart) wurde im Rahmen eines Forschungsauftrages des österreichischen Gesundheitsministeriums veröffentlicht, enthält auf 73 Druckseiten plus 23 Seiten Zusatz-Erhebungen eine konkrete Sammlung über alle relevanten Daten, Forschungsergebnisse, Ansichten und Literatur.

VI. HUMANITÄRE BILDUNG - ETHIK - MORAL

1. ETHIK

1.1 Es gibt in unseren modernen Lebenszusammenhängen einen wachsenden "Ethik-Bedarf". Dafür stehen u.a. folgende Gründe:

- a) Unser Alltagsleben, noch mehr das Geschehen im Krankenhaus, wird heute nachhaltig von den Möglichkeiten der modernen (medizinischen) Technik und bürokratischen Organisation geformt. Diese Möglichkeiten bringen für den Menschen in diesen Lebensbereichen eine Erweiterung der Lebenschancen, zugleich schmälern sie diese: Es besteht vor allem die Gefahr, daß durch die technische und bürokratische "Logik" der Mensch aufhört, gestaltendes Subjekt seines Lebens zu sein, sondern zum "Objekt" entfremdender Prozesse gemacht wird. So ist im Krankenhaus der leidende und sterbende Mensch mehr ein Patient, "ein Fall", denn verantwortliches Subjekt seiner Krankheit, seines Sterbens. Dies stellt eine fundamentale ethische Bedrohung des Menschen in modernen Lebenszusammenhängen dar. Alle Berufsgruppen (Ärzte, Pflegepersonal, Krankenhausseelsorger und Verwaltungspersonal) sind herausgefordert, einen ethisch verantwortlichen Umgang mit den Kranken und Sterbenden zu üben bzw. zu erlernen.

Es gilt, neben der Herausforderung des ethisch verantwortlichen Umganges mit Kranken und Sterbenden eine umfassende Betrachtung des Vorganges oder Ereignisses "Krankheit" und "Tod" zu erarbeiten, wobei Interdiszi-

- 42 -

plinarität ebenso im Vordergrund stehen muß wie eine Veränderung der reduktionistischen Sicht der Medizin auf den Menschen. Mit anderen Worten: es gilt zu überlegen, ob Anthropologie jenseits von Anatomie und Physiologie das Medizinstudium von Anfang an begleiten soll (siehe dazu auch oben unter I.2. Ziele und Reform der Medizinischen Studienordnung).

- b) Die Errungenschaften der modernen (medizinischen) Technik erschließen darüber hinaus Handlungsmöglichkeiten, bei denen immer häufiger die Frage ansteht, ob der Mensch zu seinen eigenen Gunsten tun soll, was er technisch tun kann. Zum Schutz der Menschlichkeit vor dem Menschen braucht es wiederum ethische Grundorientierungen.

Es gilt, eine wissenschaftsimmanente Ethik zu entwickeln, die den technischen Möglichkeiten medizinischer Forschung nicht erst post festum, sondern von Anfang an zur Seite steht und ein bestimmtes "Grenzbewußtsein" erzeugt.

- 1.2 Die ethischen Anforderungen sind eine untrennbare Dimension jedes medizinischen, pflegerischen und therapeutisch-seelsorgerlichen Handelns. Daher ist zunächst zu fordern, daß die Frage nach einer, unseren modernen (medizinischen) Verhältnissen angemessenen ethischen Orientierung auch die Aus- und Fortbildung aller beteiligten Berufsgruppen durchzieht. Zugleich bedarf es einer gesonderten Aufmerksamkeit für ethische Fragestellungen im Kontext moderner Medizin. Aus diesen Überlegungen folgt praktisch:

- 43 -

- a) Es sind Forschungsschwerpunkte (wie Gerontologie, unheilbar Kranke, Thanathologie) zu entwickeln, die interdisziplinär angegangen werden und an denen auch Ethiker und Theologen zu beteiligen sind. Dabei gilt es, sowohl die praktizierten ethischen Orientierungen zu studieren als auch wünschenswerte konkrete ethische Orientierungsmuster zu entwerfen.
- b) Weiters ist anzustreben, daß ein Forschungsschwerpunkt, eventuell in der Gestalt von Professuren, eingerichtet wird, in dem die Verbindung von Ethik und Medizin institutionalisiert wird. Dabei ist u.a. auf die Erfahrungen der Pastoralmedizin zurückzugreifen, die im Forschungs- und Lehrbetrieb der Wiener Universität eine international anerkannte Tradition darstellt.

Problematisiert wird in diesem Zusammenhang allerdings, daß eine Art "Lehrstuhlinstallierung" nach bekannten Schemata zu kurz greift. Ein Anreiz wäre die Ergänzung der derzeit umlaufenden Preise für medizinische Forschung durch Preise für Forschungen auf dem Gebiet medizinischer Ethik bzw. des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

- c) Ein wichtiger Teilaspekt der unter a) und b) genannten Forschungsschwerpunkte ist die Entwicklung eines geeigneten didaktischen Modells zur Vermittlung ethischer Orientierungen an Personen, die im medizinischen Bereich tätig sind. Es ist erforderlich, daß die einzelnen

Berufsgruppen (Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger auch über die Tätigkeit, die Ziele und ethische Orientierungen der jeweils anderen Berufsgruppen informiert werden. Medizintechnisches Personal und Verwaltungspersonal sind im Sinne der Kooperation und Koordination miteinzubeziehen.

In diesem Zusammenhang muß allerdings auch angemerkt werden, daß die Erfahrungen gezeigt haben, daß alle sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse auf diesem Gebiet in der Praxis überhaupt nicht zu Buche schlagen, sondern einen weiteren Apparat aufblähen. An Stelle dessen wäre daher projektbezogene Arbeit von Medizinern, Philosophen, Theologen und Juristen bzw. Pflegepersonal zu empfehlen und an konkreten Fallstudien zu arbeiten. Humanität läßt sich durch kein didaktisches Modell vermitteln, sondern nur exemplarisch einüben; dies gilt sowohl für Lehrende als auch Lernende.

- d) Lehrveranstaltungen (Seminare, dem Studium vorausgestellte bzw. berufs begleitende Praktika) zur medizinischen Ethik/Pastoralmedizin sind in die Ausbildung von Ärzten, Theologen sowie Pflegepersonal verbindlich (möglichst als Pflicht-Prüfungsfach) aufzunehmen.

Im Medizinstudium müßten Lehrveranstaltungen über die einschlägigen Probleme eingeführt werden, die unbedingt mit der Praxis kombiniert sein müssen und ausführliche Diskussionen zulassen; in diesem Zusammenhang sind Frontalvorlesungen über medizinische Ethik erfahrungsgemäß als wenig sinnvoll anzusehen. Man sollte neben fachlichen Praktika auch die Begleitung von Patienten durch Studenten möglichst zwingend vorschreiben.

- 45 -

Die derzeitigen Erfahrungen mit freiwilligen Vorlesungen und Seminaren, etwa an der Universität Graz betreffen:

- 1) Patientenbegleitung
- 2) den Wert des Lebens in der Medizin
- 3) Balint-Gruppen
(Zu den an diesen Veranstaltungen mitarbeitenden Kollegen gehören: Prof. Pieringer, Prof. List, Prof. Kurz, Dr. Ladenhauf, Dr. Wesiack, Dr. Wolkinger). Die einschlägigen Erfahrungen wurden auch im Rahmen der Kommissionen für die Reform des Medizinstudiums zur Kenntnis gebracht.

1.3 Maßnahmen:

Man muß aufgrund der Dringlichkeit und auch aufgrund der Durchführbarkeit zwischen kurzfristigen und längerfristigen Maßnahmen unterscheiden.

An kurzfristigen Maßnahmen sind vorstellbar: an allen Schulen das Fachgebiet "Lebensschulung" einführen, in dem folgende Aspekte des Lebens, soweit sie nicht im sogenannten "Sexkoffer" enthalten sind, diskutiert werden: Geburt, Probleme des Erwachsenwerdens; der Mensch als dynamisches Prinzip mit ständiger Veränderung der körperlichen, psychischen, aber auch Beziehungs-Aspekte und Umgang damit; Erkrankungen, Betreuung von Kranken, wie verhält man sich im Spital und beim Arzt? Betreuung schwerkranker Angehöriger, welche Möglichkeiten der Hauskrankenpflege sind heute verfügbar? Sterben und Erbschaftsprobleme, Betreuung von Sterbenden.

Vor allem in diesem letzten Punkt soll auf jene Bedürfnisse der Schwerkranken und Sterbenden eingegangen werden, deren man sich im allgemeinen wenig bewußt ist.

Langfristige Maßnahmen sind Forschungsprojekte einerseits zur Verbesserung der Pflege von Schwerstkranken, andererseits zur Verbesserung der Hauskrankenpflege. Um diese Forschungsprojekte effizient durchzuführen und um die Ergebnisse auch in die Realität überzuleiten, sollte man "Koordinationsinstitute" einrichten.

Es sollen ähnliche bereits existierende oder im Aufbau befindliche Institutionen im Ausland besucht und studiert werden. Kürzlich wurde ein im Aufbau befindliches Institut für medizinische Ethik in Oslo bekannt; dieses Institut scheint aufgrund der gegebenen Schilderung genau jene Aufgaben zu haben, die angesichts der gegenwärtigen Probleme in Österreich gelöst werden müssen.

Die bislang etwas stiefmütterlich behandelten und im wesentlichen kompetenzlosen Ethik-Kommissionen an Kliniken und anderen Institutionen sollen aufgewertet werden. Man muß für derartige Kommissionen - so wie dies international der Fall ist - eine Zusammenarbeit zwischen Pastoraltheologie, Medizin und Psychologie (und eventuell auch anderen Fachgebieten) erreichen.

In Spitälern ist eine gewisse Kontrolle über die Qualität der Betreuung einzuführen; dies muß auch durch externe Prüfer garantiert werden (siehe hiezu auch IV. Qualitätssicherung). An jeder größeren Spitalseinheit ist eine "Betreuung der Betreuer" einzurichten. Möglichkeiten dazu sind:

- a) Psychotherapeutisch speziell ausgebildete Personen, die von außen kommen und eine Einzelsupervision machen können. Diese können aus dem psychologischen oder medizini

- 47 -

schen Bereich, jedoch obligat mit zusätzlicher psychotherapeutischer Sonderausbildung kommen.

b) Einführung von Balint-Gruppen.

c) Diese Supervisionsinstitutionen und Personen müssen gezielt einer "Supervision der Supervision" unterworfen sein. Gerade dabei muß ein besonders strenger und kritischer Maßstab angewendet werden, um nicht mit derartigen Neueinführungen wertvolles Terrain statt dazuzugewinnen zuzuschütten. - Hinzuweisen ist darauf, daß soweit bekannt ist, Univ.Prof. Dr. Strotzka in Wien derzeit ein derartiges System aufzubauen versucht.

Siehe dazu auch die Anmerkungen im Abschnitt Qualitätssicherung und im Abschnitt Rehabilitation und Geriatrie.

VII. FORSCHUNGSSCHWERPUNKTE - FORSCHUNGSAUFGÄBE

1. ALLGEMEINES

Im Rahmen eines seit längerem zu erkennenden Handlungsbedarfes für Gesellschaft und öffentliche Einrichtungen ebenso wie für die Wissenschaft sind einige der durch die "Vorfälle von Lainz" aktualisierte Themen wissenschaftlich (analytisch) aufzuarbeiten und in ihren Ursachen und Interdependenzen zu erforschen und darzustellen.

Das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung schlägt daher vor, dies im Rahmen von Forschungsschwerpunkten und Forschungsaufträgen abzudecken, wobei durchaus an - wie bisher - in ähnlicher Form gestaltete Forschungsschwerpunkte bzw. Forschungsschwerpunktprogramme der Bundesregierung gedacht ist. (Man denke etwa in diesem Zusammenhang z.B. an die "Forschungsinitiative - Kampf gegen das Wald-Sterben" oder Energieforschung, etc.).

Forschungsaufträge können sowohl von einem als auch von zwei oder mehreren Bundesministerien vergeben werden (etwa Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung gemeinsam mit Bundeskanzleramt - Sektion Gesundheit und/oder Bundesministerium für Arbeit und Soziales).

Schließlich können und sollen Erkenntnisse und Ergebnisse derartiger Forschungsaktivitäten in entsprechende Lösungsansätze oder auch Reformvorschläge und/oder Reformansätze, wie sie in der eingangs zitierten EntschlieÙung des Nationalrates enthalten sind, münden.

2. FORSCHUNGSSCHWERPUNKTE

FORSCHUNGSVORHABEN "ETHISCHE KOMPETENZ"

2.1. Vor diesem Hintergrund (siehe die unter VI, 1. festgelegten Überlegungen) zeichnet sich folgender Forschungsschwerpunkt ab:

- a) Zu untersuchen ist zunächst, welche impliziten ethischen Handlungsmuster in Bezug auf Altern, Kranksein, Sterben

- 49 -

und Tod in der Bevölkerung und bei den "Experten" vorhanden sind. Es gilt zu eruieren, welches Menschenbild diese faktisch vorhandenen ethischen Handlungsmuster voraussetzen.

- b) Besonderes Augenmerk muß die Frage nach ethischer Handlungsrelevanz bekommen, da eine Kluft zwischen dem Wissen um und der grundsätzlichen Zustimmung zu ethischen Handlungsmustern und deren Wirksamkeit in konkreten Handlungssituationen besteht.
- d) Zu erforschen sind Wege der Vermehrung der ethischen Kompetenz in der Bevölkerung sowie bei den die Bevölkerung unterstützenden Experten. Zu klären ist, wer die - für eine pluralistische Gesellschaft geeigneten - Träger einer solchen Vermittlung ethischer Orientierungen sind. Ebenso ist die Rolle der Aus- und Fortbildung zu studieren: ihre Effizienz, deren Verbesserung.
- e) Ethische Kompetenz wächst nicht nur durch Bewußtseinsbildung, sondern ist auch von gesellschaftlichen Strukturen (z.B. Verhältnis von Beruf und Familie, von Wohnverhältnissen, etc.) abhängig. Dem Zusammenhang zwischen gesetzlichen Strukturen und ethischer Orientierung und dessen politischer Gestaltbarkeit gilt besondere forschersische Aufmerksamkeit.

2.4. Sterben im intra- und extramuralen Bereich:

Die einseitige negative Berichterstattung und die Skandalisierung über die Vorkommnisse im Krankenhaus Lainz machen deutlich, wie wichtig und dringend eine differenzierte und

objektivierende Studie zum Thema Sterben in Institutionen ist. Da nach wie vor die Mehrheit der Bevölkerung in Krankenhäusern und Altesheimen respektive Pensionistenheimen stirbt, muß den Institutionen als Ort eines humanen Sterbens besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Die in jeder entsprechenden Institution stattfindenden Handlungen und Aktivitäten im Bereich des Sterbens müssen auf ihre "Effizienz", d.h. ihre Situationsgerechtigkeit (Dienstplan, Personal, strukturelle Zwänge, Kooperation etc.) und ihre Zielsicherheit (menschenswürdiges, authentisches Sterben und psychosozialen Unterstützungen) untersucht werden; d.h. die faktische "soziale Organisation des Sterbens" in verschiedenen Spitälern könnte aus der Perspektive der vorhandenen Berufsgruppen erhoben werden.

Dazu braucht es eine Ergänzung dieses Ist-Zustandes durch die Erfahrungswelt der Betroffenen, in diesem Fall der Angehörigen. Erst auf diesem Boden wird es möglich sein, Desiderate für Ausbildung, Kompetenzerwerb und berufsübergreifende Kooperationen zu formulieren und sie in entsprechende Trainings umzugießen.

In einem zweiten Schritt müssen die Kooperationsmöglichkeiten mit den extramuralen Diensten geprüft werden. Es braucht sicherlich eine berufsübergreifende Kooperation zwischen den Institutionen und lokal gebundenen sozialen Diensten. Wie solche berufsübergreifende Zusammenarbeit aussehen kann, wird Gegenstand weiterer Untersuchungen sein müssen.

Die Erfahrungen aus der internationalen Hospiz-Bewegung sind bei solchen Überlegungen zu berücksichtigen.

3. VORSCHLÄGE FÜR FORSCHUNGS-AUFTRÄGE

3.1 Erarbeitung von Voraussetzungen und Strategien einer dezentralen Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen

(Hinweis: Als Anti-These zu zentralen, relativ großen und als nicht sehr menschenwürdig empfundenen Altersheimen).

Insbesondere unter Berücksichtigung von

- dezentralen Pflege- und Versorgungsmodellen,
- Pflege und Betreuung im Wohnbereich, etwa auch im Zusammenwirken mit anderen Sozial- oder Kommunikationseinrichtungen, wie etwa
 - Bezirkszentren,
 - Pensionistenheimen,
 - dezentralen Krankenanstalten der Standardversorgung,
 - Pflege im Wohnbereich, aber auch
- im Hinblick auf koordinierte Kostenträgerschaften (aus der unterschiedlichen Trägerschaft von Krankenanstalten, Sozial- und Fürsorgeeinrichtungen, Pensionistenheimen, etc. sowie der Sozialversicherung, ergeben sich auch Probleme der Zuständigkeit für die Pflege alter Menschen).

Erarbeitung eines Modells, welches eine bestmögliche, menschenwürdige Behandlung der betroffenen Personen ("Patient", Angehörige und Betreuungspersonen) mit der Forderung nach wirtschaftlich günstigen Kosten in Einklang bringt.

- Zur Erarbeitung des Modells soll eine wissenschaftliche Durchleuchtung der in Österreich unterschiedlichst organisiert und unterschiedlich benannten Pflegeeinrichtungen sowie "Hauskrankenpflege" und deren Auswirkung auf
- das Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung
 - die Versorgung vor und nach Akuterkrankungen
 - die Einweisungspraktiken in Akutspitäler und Pflegeheime
 - die Versorgung chronischkranker, behinderter und betagter Mitmenschen innerhalb des Familienverbandes
 - Erhaltung und Förderung einer weitgehend selbständigen Lebensweise für Alleinstehende im eigenen Wohnbereich, bei chronischen Erkrankungen, Behinderungen und im Alter durchgeführt werden.

3.2. Gesundheitsvorsorge für das Alter - Möglichkeiten, Strategien, Maßnahmen, als ein interdisziplinäres Forschungsprojekt.

Möglichkeiten der Vorsorge für ein gesundes Altern, individuelle wie gesellschaftliche Optionen, Maßnahmen und Aktionen hiezu.

3.3. Gesundheitsmanagement:

Auf dem Hintergrund der von der WHO formulierten Perspektiven Gesundheit 2000 braucht es in Österreich dringend Initiativen, durch welche die Kooperation der verschiedenen Gesundheitsberufe möglicher wird. Normalerweise erfolgt die wissenschaftliche und berufliche Sozialisation monodisziplinär. Wichtige Kompetenzen werden nur rudimentär vermittelt: Interdisziplinarität, berufsübergreifende Handlungsfähigkeit, etc.

Das Ziel eines Forschungsprojektes "Gesundheitsmanagement" besteht darin, eine optimale Kooperation der Gesundheitsberufe zu ermöglichen. Dafür müssen die Ressourcen der einzelnen Berufssegmente erhoben werden. Es gilt, Möglichkeiten zu eruieren, wie sie miteinander vernetzt werden können. Schließlich braucht es Modelle und Implementierungs- bzw. Beratungsstrategien, um eine gedeihlichere Kooperation sicherzustellen.

In einem Forschungsprojekt könnten die verschiedenen Ressourcen im Gesundheitsbereich (Verwaltung, Bildung, Sozialversicherung, Politik etc.) erhoben werden. Mit dem Ziel, die öffentliche Gesundheitsprävention zu optimieren, müßte zunächst eine Indikatorenforschung ("was sind Indikatoren für Gesundheit?") forciert werden. Erst auf der Basis eines homogeneren Gesundheitsverständnisses (Statistik, Demographie, Epidemiologie, etc.) werden brauchbare politische Optionen zu fällen sein.

Aus einer solchen Vorarbeit könnten auch berufsspezifische Bildungsmodelle entwickelt und in Kooperation mit der WHO eine institutionalisierte Form des Kompetenzerwerbs im Gesundheitsmanagement nach internationalen Vorbildern realisiert werden.

3.4. Forschungsprojekt "Soziale Dimension der Gesundheit und eines menschenwürdigen Alterns"

unter besonderer Berücksichtigung

- individueller Eigenvorsorge und Eigenverantwortung (auch Lebensweise),

- Bildungs- und Aufklärungsmaßnahmen sowie -strategien und
- einer sinnvollen Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen.

3.5. "Altern und Recht"

Das Thema von "law and aging" ist in der westlichen Welt stark präsent. Die Frage, wie Recht auf die Überalterungsphänomene mit allen Implikationen reagieren soll, wird weltweit diskutiert. Für Österreich ergibt sich ein nach Zielbereichen geordnet breites Material, das allerdings großräumig und gründlich aufzuarbeiten ist, für eine Rechtspolitik für ältere Menschen.

Die bisherigen Einstellungsmuster gegenüber dem Altwerden waren:

1. Passivierung
2. Desintegration und Isolation
3. Instiutionalisierung
4. Bürokratisierung
5. Regulierung des Curriculums

Die neue Umsorgephilosophie baut sich bzw. muß dies inskünftig tun, um folgende Postulate herum auf:

1. Aktivierung anstatt Passivierung
2. Integration statt Isolation
3. Normalisierung statt Institutionalisierung,
Hospitalisierung und Klientelisierung
4. Flexibilisierung und Mobilierung statt Bürokratisierung
5. Komplimentäre Professionalisierung anstatt typisierter Regulierung.

VIII. LEGISTISCHE ÜBERLEGUNGEN

1. **Bundesgesetz vom 14.2.1973 über die Studienrichtung Medizin, BGBl Nr. 123/1973 i.d.g.F.** - im Hinblick auf die geplante Studienreform Medizin (siehe oben I.)

2. **ÄRZTEGESETZ** - Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1984), BGBl Nr. 373/1984 i.d.g.F.
 - Verstärkung der Ausbildung in Ethik, Rechts- und Standeskunde im Rahmen der postpromotionellen Ausbildung;

 - Verbesserung der Ausbildung im Rahmen der Turnus-Arzt-Ausbildung (mit Qualitätssicherung und Kontrolle) sowie

 - Verbesserung der Facharztausbildung mit geregelterm Lehr- und Ausbildungsprogramm mit Qualitätssicherung (allenfalls mit Facharztausbildungs-Prüfung(en));

 - Regelungen für Fort- und Weiterbildung;

3. **KRANKENANSTALTENGESETZ** - Bundesgesetz über Krankenanstalten (Krankenanstaltengesetz - KAG)

Neuregelungen im Hinblick auf
 - Führung und Verantwortlichkeit in der Krankenanstalt
 - Qualitätssicherung und das Kontrollsystem
 - verbesserte Wirtschaftlichkeit

4. Gesetzliche Regelungen in Krankenanstalten, im Sozial- und Fürsorgebereich:

Im Hinblick auf die geltende verfassungsrechtliche Kompetenzlage in den Angelegenheiten des Spitalswesens und des Sozial- und Fürsorgewesens sind auch die in Frage kommenden landesgesetzlichen Bestimmungen der österreichischen Bundesländer sowohl im Hinblick auf notwendige Veränderungen im Bundeskrankenanstaltengesetz (siehe oben) als auch im Hinblick auf verschiedene im Bericht angeführte Maßnahmen überprüfen und gegebenenfalls abzuändern.

ANLAGE 1

MIT KOSTEN

REFORM DES MEDIZINSTUDIUMSZWISCHENBERICHT DER ARBEITSGRUPPE "PRÄKLINISCHES PRAKTIKUM" (PP)¹

am 28. Juni 1989

Die Arbeitsgruppe hat in vier Sitzungen (24. April, 27./28. Mai, 7. Juni und 21. Juni 1989) das folgende vorläufige Konzept für ein PP erarbeitet. Es ist vorgesehen, dieses Konzept unter Einbeziehung des Besprechungsergebnisses der Sitzung mit Herrn Bundesminister Dr. Busek am 28. Juni 1989 bis Ende Oktober/Mitte November 1989 in einer endgültigen Form vorzulegen.

Die Erarbeitung erfolgte unter dem Vorsitz von Katschnig vorwiegend durch Lischka, Kolle, Sonneck, Wisiak, Hasiba, sowie Barnerth und Doberauer. An einzelnen Sitzungen nahmen darüber hinaus teil: Kunze, Trummer, Eisenmenger-Pelucha.

Parallel zu dieser Arbeitsgruppe tagten a) eine ministerielle Arbeitsgruppe zur eventuellen Einführung eines präpromotionellen Spitalsjahres, b) die Studienkommissionen (bzw. eine von ihr beauftragte Kommission) der drei medizinischen Fakultäten mit dem Schwerpunkt "Reform des ersten Studienabschnittes". Eine Koordination mit diesen anderen Arbeitsgruppen konnte trotz personeller Überschneidungen wegen der kurzen Zeit nicht wahrgenommen werden.

Das folgende vorläufige Konzept für ein "Präklinisches Praktikum" gliedert sich in sechs Abschnitte:

1. GRÜNDE FÜR DIE EINFÜHRUNG EINES PP	9.2
2. LEHR-/ERFAHRUNGSINHALTE	9.3
3. ORGANISATION UND ZEITLICHER ABLAUF	9.4-5
4. PERSONAL	9.6-7
5. MÖGLICHE PRAKTIKUMSPLÄTZE	9.8
6. KOSTEN	9.9

¹ Diese Bezeichnung wird möglicherweise geändert. Mögliche Alternativen: "Einstiegspraktikum", "Einführungspraktikum", o.ä.

1. GRÜNDE FÜR DIE EINFÜHRUNG EINES PP

- 1.1. Mehr Praxis und Erwerben von mehr Handlungskompetenz im Medizinstudium insgesamt ist wünschenswert (Anwesendsein in einer praktischen Situation; Handlungen einüben). Je früher der Kontakt mit der Praxis erfolgt (also z.B. während eines PP im ersten Studienjahr), desto besser. Es ist aber anzustreben, daß der Praxiskontakt während des gesamten Studiums vorhanden ist - das PP soll kein Alibi für die Praxisorientiertheit des Studiums insgesamt werden.
- 1.2. Die helfende Motivation, die gerade zu Beginn des Studiums noch in hohem Maße vorhanden ist, soll erhalten werden; sie geht heute im Verlauf des Studiums verloren (empirische Befunde in Willi, 1986; siehe Beilage). Folge: ein Teil der Studenten bricht das Studium ab, viele derer, die weitermachen, erfahren eine Motivationsänderung. Ein frühzeitiger Kontakt mit der praktischen Berufssituation kann allenfalls auch zu einer Motivationsklärung beitragen.
- 1.3. Es soll frühzeitig ein Rahmen geschaffen werden, in dem das Wissen, das im Laufe des Studiums erworben wird, eingebaut werden kann. Im Sinne einer Aufhebung der Beschränkung der Vorklinik auf Gesundheit und der Klinik auf Krankheit soll auch der ganzheitliche Aspekt zum Tragen kommen, u.a. etwa auch in der Integration somatischer und psychosozialer Komponenten.
- 1.4. Es soll frühzeitig vermittelt und praktisch erlebt werden, daß Aufgaben im Gesundheitswesen nur durch Kooperation gelöst werden können (Kooperation mit anderen Kollegen und anderen Berufsgruppen; Verständnis für Abläufe soll gefördert werden).

2. LEHR-/ERFAHRUNGSEINHALTE

- 2.1. Einführung in das Medizinstudium ("Orientierung im Medizinstudium"). Hier sollen sowohl allgemeine Perspektiven als auch konkrete Fragen behandelt werden (z.B.: Erläuterung der Struktur des Studiums; Wie studiere ich richtig? Welche Lernbehelfe gibt es? Wie benutze ich Bibliotheken? Wie arbeite ich in einer Gruppe?)
- 2.2. Kennenlernen von
 - a) Diensten und Einrichtungen
 - des Gesundheitswesens und der Krankenversorgung
 - sozialen Diensten und Einrichtungen
 - anderen Diensten und Einrichtungen (die z.B. mit "komplementären" therapeutischen Verfahren, wie Akupunktur etc. arbeiten) und
 - b) Selbsthilfeaktivitäten
- 2.3. Kennenlernen der Berufe, die in den unter 2.2. genannten Diensten und Einrichtungen tätig sind (z.B. Krankenpflege, Sozialarbeit, Physiotherapie, praktischer Arzt, Betriebsarzt etc.)
- 2.4. Kennenlernen der spezifischen Rollensituationen im Gesundheitswesen und in der Krankenversorgung
 - a) Erleben der Rolle des professionellen Helfers im medizinischen/psychosozialen Bereich
 - b) Erfahrung der Probleme der Betroffenen
 - c) Interaktion zwischen professionellem Helfer und Betroffenen ("Arzt-Patient-Beziehung")
- 2.5. Kennenlernen verschiedener Aspekte des Gesundheitsverhaltens/ Krankheitsverhaltens/Inanspruchnahmeverhaltens/Hilfesuchverhaltens, auf dem Hintergrund des spezifischen sozialen Kontextes (Familie, Arbeit, Freunde, Bekannte)
- 2.6. Ethische, rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen professioneller Hilfe im Gesundheitswesen und in der Krankenversorgung (z.B. Fragen der Verantwortung, Sozialversicherung etc.)
- 2.7. Exemplarisches Aufzeigen der Praxis ärztlicher Entscheidungsfindung (Problem- und Patientenorientierung, Berücksichtigung von Laienwissen etc.). Die unter 2.2. - 2.6. genannten Themen sollen an Modellfällen illustriert werden, wobei auch diagnostische und therapeutische Maßnahmen andiskutiert werden und Fragen des Laienverständnisses derartiger Entscheidungen besprochen werden sollen.
- 2.8. Die Beschäftigung mit den bisher genannten Lehr-/Erfahrungsinhalten sollte dem Studenten die Möglichkeit bieten, seine Motivation zum Medizinstudium zu überprüfen.

3. ORGANISATION UND ZEITLICHER ABLAUF

3.1. Allgemeine Struktur

Die Lehrinhalte sollen vermittelt werden durch

a) personliche Erfahrung in einem Praktikum im engeren Sinn:

Anwesenheit in einer der Dienste und Einrichtungen des Gesundheitswesens der Krankenversorgung oder der psychosozialen Betreuung, die am Praktikum mitwirken. Zweck: Erleben der praktischen Situation und üben praktischer Handelns (dies kann notgedrungen nur beispielhaft erfolgen). Dieses Praktikum im engeren Sinn ist nur sinnvoll bei einer gewissen zeitlicher Ausdehnung (mehrere Stunden am Tag durch einige Wochen) und sollte nicht nach dem Muster einer Exkursion in eine Einrichtung gestaltet werden.

b) eine Lehrveranstaltung "Praxisbegleitung" mit

- Wissensvermittlung (s. 2. Lehr-/Erfahrungsinhalte des PP) und
- Bearbeitung und Vertiefung der im Praktikum gewonnenen persönlichen Erfahrung - z.B. durch Erstellen von Protokollen, die von den Studenten über ihre praktische Tätigkeit ausgearbeitet werden und Diskussion darüber (z.B. mit Beschreibung der Dienste und Einrichtungen, ihrer Struktur, Arbeitsweise und Beziehung zu anderen Diensten und Einrichtungen, Kritik daran; Beschreibung der eigenen Tätigkeit und Reflexion darüber; problemorientierte Fallbeschreibung).

Aus den unter 1. genannten Gründen für die Einführung eines PP ergibt sich, daß dieses PP im ersten Studienjahr stattfinden muß. Es zeigt sich auch, daß aufgrund der Studienpläne an den drei Medizinischen Fakultäten ein PP nur im ersten Studienjahr ohne größere Schwierigkeiten unterzubringen ist. Wegen der Unterschiede der Studienpläne in Wien, Innsbruck und Graz sind an den einzelnen Fakultäten vermutlich unterschiedliche Lösungen vorzusehen. Auch wegen der verschieden großen Erstinskribentenzahlen in Wien (Annahme für 1992: 800), Graz (400) und Innsbruck (300) werden unterschiedliche Lösungen erforderlich sein.

Im Prinzip sind zwei praktische Lösungen möglich:

- eine Blocklösung und
- eine Lösung nach dem Muster traditioneller wöchentlich stattfindender Lehrveranstaltungen.

Die Blocklösung ist wegen der kontinuierlichen Erfahrungsmöglichkeit einer Praxissituation vermutlich im allgemeinen vorzuziehen, doch ist hier sicherlich auf die die Praxisplätze anbietenden Dienste und Einrichtungen Rücksicht zu nehmen und eine Abstimmung mit den anderen Lehrveranstaltungen des ersten Studienabschnittes nötig. Bei stationären Praktikumsplätzen ist vermutlich nur die Blocklösung sinnvoll durchführbar, während bei Praxisplätzen in ambulanten und mobilen Diensten auch eine Organisation nach dem Muster der traditionellen wöchentlich stattfindenden Lehrveranstaltungen denkbar ist. Da bei der Bearbeitung der Praktikumserfahrung in kleinen Gruppen (siehe unten 3.2.) aber möglichst viele verschiedene Praxissituationen gleichzeitig vertreten sein sollen, ist es vermutlich nicht möglich, eine Mischung zwischen beiden Systemen zu realisieren. Im folgenden wird als Beispiel ein konkreter Vorschlag für eine Blocklösung dargestellt.

3.2. Beispiel für ein PP als Blockveranstaltung

- a) Das Praktikum findet als ganztägige Blockveranstaltung während vier aufeinanderfolgender Wochen statt. Voraussetzung: Abstimmung mit anderen Lehrveranstaltungen und Prüfungen (etwa nach dem derzeit von Professor Platzer in Innsbruck praktizierten System). Außerdem erscheint es angebracht, zugunsten dieser verstärkten Praxisorientierung im ersten Studienabschnitt eine entsprechende Reduktion der Stundenanzahl theoretischer Fächer vorzunehmen.
- b) Der praktische Teil findet im Ausmaß von 4 Stunden vormittags in einer der Einrichtungen und Dienste, die Praktikumsplätze anbieten (und die maximal 1/2 bis 1 Stunde von der Medizinischen Fakultät entfernt sein sollen), statt. In diesen Einrichtungen müssen professionelle Bezugspersonen für die Studenten vorhanden sein. Es ist darauf zu achten, daß nicht zu viele Studenten gleichzeitig an ein und derselben Praktikumsstelle tätig sind.
- c) Die Aufarbeitung der praktischen Erfahrungen und die Wissensvermittlung erfolgen in Kleingruppen jeden Nachmittag im Ausmaß von 3 (2 ?) Unterrichtsstunden. Diese Zeit soll drei Viertel zur Bearbeitung der am Vormittag gemachten praktischen Erfahrungen und zu etwa einem Viertel zur Vermittlung von Lehrinhalten genutzt werden.
- d) Für eine Gruppe von maximal 10 Studenten ist jeweils ein Hochschullehrer als Praktikumsbegleiter zuständig, dessen Aufgabe es ist, mit den Studenten deren praktische Erfahrungen aufzuarbeiten und das entsprechende Wissen zu vermitteln. Studenten ein und derselben Praktikumsgruppe sollten, um den Erfahrungsbereich einer Gruppe breit zu streuen, in möglichst unterschiedlichen Einrichtungen tätig sein. In Wien werden vermutlich pro Studienjahr 80 Gruppen zu betreuen sein, in Graz 40, in Innsbruck 30.
- e) Für die Praktikumsbegleiter/innen ist eine entsprechende Vorbereitung notwendig (s. 4.1.3). Praktikumsbegleiter/innen sollten zumindest einmal im Semester zu einem Erfahrungsaustausch zusammenkommen.

Es kann notwendig sein, von diesem Schema abzuweichen:

Beispiel 1: Praktische Ärzte in einem vom Studienort weiter entfernten Gebiet bieten eine Praktikumsmöglichkeit an und besorgen auch die Wissensvermittlung und Bearbeitung der praktischen Erfahrungen. In diesem Fall mußte eine Gruppe von Studenten für vier Wochen am entsprechenden Ort wohnen. (Praktikumsmodell im Rahmen des Lehrauftrages für Allgemeinmedizin an der Universität Graz.)

Beispiel 2: Es erweist sich als sinnvoll, daß das Praktikum über einen längeren Zeitraum hinweg an bestimmten Tagen stattfindet (z.B. Mitfahren bei der Rettung, Sozialsprengel Zirl). In diesem Fall mußte die Praktikumsbegleitung anders organisiert sein.

3.3. Gültige Absolvierung des PP

Ein PP ist gültig absolviert durch Bestätigung der Anwesenheit an einem Praktikumsplatz im vorgesehenen zeitlichen Ausmaß und durch positive Beurteilung des Erfolges der Teilnahme an der Lehrveranstaltung "Praxisbegleitung". Diese erfolgt durch Beurteilung von Anwesenheit und Mitarbeit. Bei negativer Beurteilung ist das gesamte Praktikum zu wiederholen.

4. PERSONAL

4.1. Allgemeine Struktur

4.1.1. Professionelle Bezugspersonen an den jeweiligen Praktikumsplätzen

Diese professionellen Bezugspersonen haben die Funktion einer Anleitung und Beaufsichtigung der Praktikanten. Diese Tätigkeit der professionellen Bezugspersonen erfolgt ehrenamtlich.

4.1.2. Praktikumsbegleiter/innen

Die Bearbeitung der an Praktikumsplätzen erworbenen Erfahrungen erfolgt in der Lehrveranstaltung "Praxisbegleitung", die durch "Praktikumsbegleiter/innen" abgehalten wird. Praktikumsbegleiter/innen sollen aktuell praktisch medizinisch tätige Ärzte sein (who can does - who can't teaches), und zwar Assistenzärzte an Kliniken und Ärzte mit Eigenberechtigung (z.B. praktische Ärzte). Es erscheint wichtig, daß diese "Praktikumsbegleiter/innen" über allgemeinmedizinische Handlungserfahrung verfügen. Nur in Ausnahmefällen sollte es sich um Nicht-Ärzte handeln.

4.1.3. Entwicklung, Evaluation, Ausbildung, Supervision, Qualitätskontrolle

Für die Entwicklung der Unterrichtsprogramme, die Ausbildung und Supervision der Praktikumsbegleiter/innen, die Evaluation der Lehrveranstaltungen und für Kontakte zu Diensten und Einrichtungen und deren Qualitätskontrolle (z.B. gegen Mißbrauch der Studenten als Arbeitskraft für nicht sinnige Tätigkeiten), sowie für die Administration des PP ist an jeder Fakultät eine institutionelle Verankerung zu schaffen.

Vermutlich ist ein Fakultätsinstitut nach § 83 UOG, das als Praxisbegleitinstitut (PBI) fungiert, für diese Aufgaben am geeignetsten. Ein derartiges Fakultätsinstitut erscheint für diese Aufgabe u.a. deshalb besonders geeignet, weil es der integrativen Zielsetzung des PP am ehesten gerecht werden kann. Allenfalls könnte ein derartiges Institut auch für die Organisation der ins Auge gefaßte "präpromotionellen Spitalspraxis" herangezogen werden.

Personalbedarf:

2 A-Dienstposten an jeder Fakultät = 6 A-Dienstposten = oS 2.4 Mio
1 C-Dienstposten an jeder Fakultät = 3 C-Dienstposten = oS 0.8 Mio

Gesamtkosten oS 3.2 Mio
=====

4.2. Personalbedarf für das unter 3.2. genannte Beispiel eines Blockpraktikums

Für das unter 3.2. dargestellte Modell sind unter der Annahme von 1.500 Erstinskribenten in ganz Österreich in jedem ersten Studienjahr 150 Studentengruppen à 10 Studenten jeweils durch 4 Wochen zu betreuen.

Es sind drei Varianten für die personelle Abdeckung der Lehrveranstaltung Praktikumsbegleitung denkbar:

4.2.1. Variante 1: Abdeckung durch neue Dienstposten:

Annahme: von jedem Dienstposten werden 4 Gruppen/Jahr abgedeckt (außerdem Mitarbeit in 4.1.3 und Grundtätigkeit in entsprechend eingeschränktem zeitlichen Ausmaß im Rahmen einer der Kliniken der Fakultät).

IBK	30 Gruppen	-	7 1/2 Dienstposten	à	4 Praktika
Graz	40 Gruppen	-	10 Dienstposten	à	4 Praktika
Wien	80 Gruppen	-	20 Dienstposten	à	4 Praktika
öst.	150 Gruppen	-	37 1/2 Dienstposten	à	4 Praktika

Kosten: öS 13.5 Mio/Jahr
=====

4.2.2. Variante 2: Abdeckung durch Lehraufträge:

Berechnungsbasis: 15 Stunden pro Woche durch 4 Wochen = 60 Stunden pro Semester = Lehrauftrag à 4 Stunden pro Semester und Studentengruppe

Innsbruck	30 Gruppen	à	4 Stunden	=	120 Stunden Lehraufträge	=	20 Lektore
Graz	40 Gruppen	à	4 Stunden	=	160 Stunden Lehraufträge	=	27 Lektore
Wien	80 Gruppen	à	4 Stunden	=	320 Stunden Lehraufträge	=	53 Lektore
österreich	150 Gruppen	à	4 Stunden	=	600 Stunden Lehraufträge	=	100 Lektore

*) unter der Annahme, daß etwa die Hälfte der Lektoren 1 Gruppe, die Hälfte 2 Gruppen pro Studienjahr betreuen

Kosten: ca. öS 10 Mio/Jahr
=====

4.2.3. Variante 3: Abdeckung durch Lehraufträge und Dienstposten

Mischung aus Varianten 1 und 2 etwa im Ausmaß von zwei Drittel Dienstposten und einem Drittel Lehraufträge.

Für den Fall, daß eigene Dienstposten geschaffen werden können, würde es sich empfehlen, diese Dienstposten Kliniken zuzuordnen, die bereit sind, diese Dienstposten mit Ärzten zu besetzen, die gleichzeitig am PP mitwirken und deswegen auch dem Fakultätsinstitut nach § 83 UOG zugeordnet sind.

Im Falle der Variante 3 hatte man insofern eine flexible Lösung, als zusätzlich zu der Widmung von Dienstposten für Assistenzärzte für dieses Praktikum ein Drittel des Volumens über Lehraufträge vergeben werden könnte, so daß auch Ärzte von außerhalb und unter Umständen besonders qualifizierte nichtärztliche Personen nach Begutachtung durch das Fakultätsinstitut nach § 83 UOG ebenfalls als Praktikumsbegleiter/innen tätig werden könnten (z.B. praktisch tätige klinische Psychologen - dies sollte jedoch vermutlich nur die Ausnahme sein).

5. MÖGLICHE PRAKTIKUMSPLÄTZE

In Frage kommen Praktikumsplätze in Diensten und Einrichtungen, in denen der Student möglichst alle Lehrinhalte (s. 2.2. bis 2.6.) erleben kann. Es sollen vorwiegend Praktikumsplätze in Diensten und Einrichtungen, in denen Angehörige von Gesundheitsberufen tätig sind, geschaffen werden, aber auch Plätze in ausgewählten anderen Diensten und Einrichtungen, die vom PBI anerkannt werden (s. Qualitätskriterien unter 4.2.). Es sollen schwerpunktmäßig Dienste und Einrichtungen herangezogen werden, die nicht Krankenhausstationen entsprechen (maximal 20 % aller Praktikumsplätze sollen an Krankenhausstationen sein; mehr als 20 % der Praktikumsplätze sollen bei niedergelassenen praktischen Ärzten und Kinderärzten sein). Innerhalb einer Praktikumsgruppe sollen möglichst viele verschiedene Typen von Praktikumsplätzen vertreten sein.

Beispiele für Praktikumsplätze:

- a) "stationärer" Bereich: Krankenhausstationen (maximal 20 %), Pflegeheime, Altenheime, Rehabilitationszentren, Wohnheime für Behinderte
- b) ambulanter/teilstationärer Bereich: Ambulatorien, Ambulanzen, Tageskliniken, Tagesstätten, Behindertenwerkstätten, Dialysestationen, niedergelassene praktische Ärzte/Kinderärzte (mindestens 20 %), andere niedergelassene Ärzte, Gesundheitsamt, Sozialsprengel, Beratungsstellen, Schulärzte, Betriebsärzte
- c) mobile Dienste: Rettung, Notarztwagen, Kranken- und Behindertentransport, ärztlicher Notdienst, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern, Heimhilfen

In Innsbruck wurde von der Fakultätsvertretung Medizin eine Aktion durchgeführt, in der Studenten persönlich bei Institutionen vorsprachen und sich erkundigten, ob Studenten für ein Praktikum aufgenommen wurden. In Graz wurde eine ähnliche Aktion ebenfalls über die Fakultätsvertretung Medizin durchgeführt. In beiden Fällen zeigte sich, daß es vermutlich nicht sehr schwer sein wird, Praktikumsplätze aufzutreiben. In Wien erfolgt die Befragung postalisch durch die Fakultätsvertretung Medizin, jedoch sind bis jetzt keine Antworten eingelangt. Vermutlich wird man auch hier persönlich vorsprechen müssen.

Offene Fragen:

Was soll ein Student in diesem Praktikum tun? (Vorschlag: vorwiegend patienten-/kundenbezogene Tätigkeiten).

Was darf ein Student in diesem Praktikum tun? (Vorschlag: Unter Anleitung und Aufsicht nur solche Tätigkeiten, die in den Aufgaben- und Verantwortungsbereich der beaufsichtigenden Person fallen; z.B. keine medizinischen Handlungen in einer Beratungsstelle).

Was muß ein Student nach Aufforderung durch eine anleitende und beaufsichtigende Person tun? (noch zu klären; Modell Zivildienst?)

6. KOSTEN

- 6.1 Praktikumsbegleiter/-innen (aktuell praktisch medizinisch tätige Ärzte die jeweils einer Gruppe von 10 Medizinstudenten durch vier Wochen im Praktikum "begleiten"). Kosten - zwischen OS 10 und OS 13.5 Mio/Jahr.
- 6.2 Fakultätsinstitut nach § 83 (Praxisbegleitinstitut - PBI) mit folgenden Aufgaben:
- o Ausarbeiten von Lehrinhalten und schriftlichen Unterlagen, Videofilmen, interaktiven Videoprogrammen
 - o Vorbereitung und Supervision der Praktikumsbegleiter/innen (ware für die Praktikumsbegleiter/innen durch Lehraufträge - Vorbereitung und Nachbereitung - abgedeckt)
 - o Ausarbeitung von Richtlinien für die Beurteilung des Erfolges der Teilnahme
 - o Evaluation und Verbesserung der Lehrveranstaltungen
 - o Kontakt zu Diensten und Einrichtungen, die Praxisplätze anbieten, inkl. Qualitätskontrolle
 - o Organisation und Administration
- Kosten: Personal OS 3.2 Mio/Jahr.
Zuzüglich Kosten für Räume und Betrieb des Instituts.
- 6.3 Reisekosten für Studenten (innerhalb des Universitätsortes vermutlich kein Problem; außerhalb des Universitätsortes?)
- 6.4 Kosten für Einbindung von "Gästen", die über ihr Gebiet berichten (Krankenpfleger, Sozialarbeiter, Selbsthilfegruppenmitglieder, Arbeitsmediziner, Sozialmediziner, praktische Ärzte...)
- 6.5 Haftpflichtfragen sind zu beachten (Schaden, den Student erleidet; Schaden, der durch Student entsteht)

H. Katschnig

A n h a n g

1. Aus den Richtlinien des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 27. Juni 1977 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Tätigkeiten der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind (77/453/EWG; Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften, Nr. L176/8 u. L176/9 v.15.7.1977):

"Die Ausbildung ...umfaßt mindestens

- a) eine 10jährige allgemeine Schulausbildung, deren erfolgreicher Abschluß durch ein von den zuständigen Behörden oder Stellen eines Mitgliedstaats ausgestelltes Diplom, Prüfungszeugnis oder durch einen sonstigen Befähigungsnachweis bzw. durch ein Zeugnis über eine bestandene Aufnahmeprüfung von gleichwertigem Niveau für die Schulen für Krankenpflege bestätigt wird;
- b) eine spezielle Vollzeit-Berufsausbildung, die sich auf die Fächer des im Anhang enthaltenen Ausbildungsprogramms erstrecken muß und drei Jahre oder 4600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung umfaßt."

2. Aussagen der Weltgesundheitsorganisation:

"Krankenschwestern sollten ausgebildet werden in und Zugang haben zu den obersten Bildungseinrichtungen eines Landes." (Symposium on Higher Education in Nursing, Kopenhagen, 1973 - EURO 4408, zit.nach Gerda Kaufmann, Empfehlungen der WHO zur Ausbildung lehrender und leitender Pflegepersonen, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 1/1984, S.3-5).

"Das Diplom oder der akademische Grad, welche den Krankenpflegestudenten nach Abschluß des Studiums verliehen werden, sollten dem Status von Diplomen und akademischen Graden der anderen Studenten gleichgestellt sein." (Conclusions and Recommendations of Meetings on Nursing in the European Region of WHO since 1950, Unveröffentlichtes Arbeitspapier, zit.nach Gerda Kaufmann, a.a.O.).

"Forschung sollte so durchgeführt werden, daß die Krankenpflege als eigenständige Gesundheitsdisziplin gegenüber anderen Disziplinen abgehoben wird." (Nursing Services, EURO Reports and Studies 22, zit. nach Gerda Kaufmann, a.a.O.).

"Die Forschung zur Verbesserung der Pflegepraxis im Sinne des vorher Gesagten sollte gefördert werden durch Festlegung einer Forschungspolitik und durch geeignete finanzielle Maßnahmen. Für diese Forschung sollten menschliche Ressourcen in effizienter Weise eingesetzt und die Forschungsergebnisse evaluiert sowie in die Praxis umgesetzt werden. Die Pflegenden sollten ebenfalls in den Forschungsprozeß einbezogen werden." (Wiener Deklaration über das Pflegewesen im Rahmen der europäischen Strategie "Gesundheit für alle", Europäische Pflegekonferenz 21.-24.Juni 1988 in Wien, Punkt VI).

- II -

Recommendations der WGO "To Educational Institutions: ... Shift academic reward systems and provide career opportunities so as to acknowledge and encourage career academic commitments to primary health care..." (Empfehlungen der WGO, zitiert nach International Nursing Review 35, 5, 1988, S.141).

"Im Pflegebereich Auszubildende sollten eine höhere Schulbildung ... abgeschlossen haben; der Abschluß soll dem entsprechen, der für den Besuch einer Universität oder ähnlichen Lehranstalten erforderlich ist." (Wiener Deklaration über das Pflegewesen im Rahmen der Europäischen Strategie "Gesundheit für alle", Europäische Pflegekonferenz 21-24.Juni 1988 in Wien, Resolution 4; Vgl.dazu Entwurf Empfehlung 3, Rev.I,23.6.88: "Für die Heranbildung einer solchen allgemein einsetzbaren Pflegeperson ist es empfehlenswert, daß Kandidaten für die Krankenpflegeausbildung über einen höheren (sekundären) Schulabschluß verfügen und die Zulassungsvoraussetzungen für ein Universitäts- oder sonstiges Hochschulstudium besitzen").

Die Mitgliedstaaten wurden eindringlich gebeten,

1. die Universitäten und andere Hochschulen dazu aufzufordern, die sozialen und sachlichen Konzepte der 'Gesundheit für alle' in die Aus- und Weiterbildungsgänge aller Studenten und Graduierten aufzunehmen und die breite Öffentlichkeit mit diesen Konzepten vertraut zu machen;
2. die Universitäten bei dem Versuch zu unterstützen, die Aus- und Weiterbildungsgänge der Gesundheitsberufe und angrenzender Fachbereiche auf die 'Gesundheit für alle' auszurichten.

Außerdem erging an die Universitäten die Anregung:

1. den Studenten und Graduierten der Gesundheitsberufe und benachbarter Fachbereiche eine Aus- und Weiterbildung zu bieten, die sie fachlich und gesellschaftlich auf die gesundheitlichen Bedürfnisse der Menschen vorbereitet, denen sie dienen sollen;
2. biomedizinische, technologische, soziale, wirtschaftliche und verhaltensorientierte Forschungsvorhaben durchzuführen, die eine Voraussetzung für die Vorbereitung und Durchführung von Strategien für die 'Gesundheit für alle' darstellen ..."
(WHA37.31 von 1984, zitiert nach Pflege-/Hebammenwesen, Kurzer Leitfaden zum Pflegewesen in der WGO, -S.7-8).

3. Aus den Richtlinien des ICN (International Council of Nurses):

"Der Internationale Krankenpflegeverband fordert internationale Organisationen und Staatsregierungen dringend auf, die Expertise von Krankenpflegepersonen zu erkennen und sie im Rahmen von Entscheidungsfindung und Planung von Gesundheitsdiensten einzusetzen." (zit. nach Österr. Krankenpflegezeitschrift, 4/87, S. 123).

I N H A L T

	Seite
Einleitung.....	1
I. Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonal.....	5
A) Ausbildung von Ärzten.....	5
B) Ausbildung von Pflegepersonal.....	8
II. Arbeitsbedingungen und ständige psychologische Betreuung von Ärzten und Pflegepersonal.....	12
A) Arbeitsbedingungen.....	12
B) Psychologische Betreuung (einschl. Supervision)	13
C) Legistischer Handlungsbedarf.....	16
D) Sonstige Maßnahmen.....	16
III. Kontrollsysteme im Spital (einschl. Qualitäts- sicherung und Dokumentation).....	18
A) Allgemeines, Ist-Zustand.....	18
B) Qualitätssicherung.....	20
C) Umsetzung, Handlungsbedarf.....	21
1. Legistischer Handlungsbedarf.....	22
2. Organisatorischer Handlungsbedarf.....	24
IV. Die Probleme des Umfangs und der Notwendigkeit von Spitalsaufenthalten im Zusammenhang mit der Forcierung der Hauskrankenpflege.....	29
A) Organisatorischer Bereich.....	29
B) Personalsituation.....	33

V. Die Frage der Autonomie der einzelnen Spitäler	35
A) Definition von Zielen der Krankenanstalten.....	35
B) Schwachstellenanalyse.....	36
C) Überwindungsstrategien.....	38
D) Idealtypische Krankenhausführung und Organisation.....	40
VI. Die Stellung der Alten in unserer Gesellschaft	42
1. Tendenzen der Abwertung des Altenstatus.....	43
2. Tendenzen der Aufwertung des Altenstatus.....	44
VII. Ethische Probleme.....	49
A) Prinzip Person.....	49
B) Prinzip Qualität.....	53
C) Prinzip Subsidiarität.....	54
D) Prinzip Solidarität.....	56

30.10.1989

E x p e r t e n b e r i c h t

zur Entschließung des Nationalrates vom 26. April 1989,
E 113 - NR/XVII.GP., anlässlich der Verhandlung des Berichtes
des Bundesministers für Inneres im Zusammenhang mit den Vorgängen
im Krankenhaus Lainz

Der Nationalrat hat in der genannten Entschließung die Bundesregierung ersucht, unter besonderer Heranziehung des Bundesministers für Arbeit und Soziales, des Bundesministers für Gesundheit und Öffentlicher Dienst, des Bundesministers für Wissenschaft und Forschung und des Bundesministers für Föderalismus und Verwaltungsreform, dem Nationalrat bis zum Ende des Jahres 1989 einen Bericht vorzulegen, der sich mit Fragen der Betreuung alter Menschen, mit der Mediziner Ausbildung, mit den Konsequenzen der Entwicklung der modernen Medizintechnik aber auch mit dem Verhältnis von Bund und Ländern auf diesen Gebieten auseinandersetzt und auch Reformvorschläge enthält oder Reformansätze aufzeigt. Zur Vorbereitung dieses Berichtes sollte eine Expertengruppe eingesetzt werden, die sich unter Berücksichtigung der Arbeitsergebnisse einer zu diesen Fragen vom Wiener Gemeinderat eingesetzten Kommission insbesondere mit folgenden Problemkreisen beschäftigen sollte:

1. Ausbildung von Ärzten und des Pflegepersonals;
2. deren Arbeitsbedingungen und ständige psychologische Betreuung;
3. die Frage des Kontrollsystems im Spital;
4. die Probleme des Umfangs und der Notwendigkeit von Spitalsaufenthalten im Zusammenhang mit der Forcierung der Hauskrankenpflege;
5. die Frage der Autonomie der einzelnen Spitäler;

-2-

6. der Stellung der Alten in unserer Gesellschaft und
7. den ethischen Problemen im Zusammenhang mit diesen Fragen.

Im Hinblick auf die überwiegende Zuständigkeit der Länder und Gemeinden in diesem Bereich sollten dieser Expertengruppe auch Vertreter dieser Gebietskörperschaften beigezogen werden.

Hierauf wurde vom führend zuständigen Bundesminister für Gesundheit und Öffentlicher Dienst unter Beiziehung der Bundesminister für Arbeit und Soziales, für Wissenschaft und Forschung sowie für Föderalismus und Verwaltungsreform eine Expertengruppe eingesetzt, der folgende Mitglieder angehörten:

Univ. Prof. DDr. FELLINGER (Präsident des Obersten Sanitätsrates)

Univ. Prof. HR Dr. NEUMAYR (Ludwig Boltzmann Forschungsstelle für Geriatrie)

Univ. Prof. Dr. PELIKAN (Ludwig Boltzmann Institut für Medizinsoziologie)

Univ. Prof. Dr. ROSENMAYR (Vorstand des Institutes für Soziologie der Universität Wien, Ludwig Boltzmann Institut für Sozialgerontologie und Lebenslaufforschung)

Univ. Prof. Dr. SPIEL (Vorstand der Univ. Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes und Jugendalters)

Univ. Prof. Dr. SCHMIDT-LAUBER (Ev. Oberkirchenrat A.u.H.B.)

Univ. Prof. Prim. Dr. TRAGL (Vorstand der I. Med. Abteilung im Kaiser-Franz-Josef-Spital der Stadt Wien)

Univ. Prof. Dr. VIRT (Kath.-theolog. Fakultät der Universität Wien)

Dr. KRAJIC (Ludwig Boltzmann Institut für Medizinsoziologie)

Mag. SCHAFFENBERGER (Ludwig Boltzmann Institut für Medizinsoziologie)

Prim. MR Dr. TEUBL (Österr. Ärztekammer)

-3-

- Prim. i.R. Dr. AIGNER (Vorsitzender der Internationalen
Gesellschaft für Sterbebegleitung und
Lebensbeistand)
- Dr. HOFER (Präsident des Berufsverbandes österr. Psychologen)
Univ. Doz. Dr. WIMMER-PUCHINGER (Berufsverband österr.
Psychologen, Ludwig Boltzmann
Institut für Geburtenregelung und
Schwangerenbetreuung)
- OR Dr. WIDAUER (Psychologisches Labor der Landesnervenklinik
Salzburg)
- SenR Dkfm. Dr. INGRUBER (Österr. Städtebund, Verwaltungsdirektor
des a.ö. Krankenhauses der Stadt
St. Pölten)
- Dir. SCHRENK (Österr. Städtebund, Pflegedirektorin des
a.ö. Krankenhauses der Stadt St. Pölten)
- Vizebgm. KIEFER (Österr. Gemeindebund)
- Chefarzt Prim. Dr. KASPAR (Verbindungsstelle der Bundesländer,
Chefarzt der MA 17 der Stadt Wien)
- HR Dr. KRALIK (Verbindungsstelle der Bundesländer, Abt. Landes-
anstaltendirektion des Amtes der OÖ Landesreg.)
- Dr. MÜLLER (Verbindungsstelle der Bundesländer, Abt. Landes-
anstaltendirektion des Amtes der OÖ Landesreg.)
- Mag. KRIEGL (Österr. Krankenpflegeverband)
- Pflegedir. GÖSSWEINER (Österr. Krankenpflegeverband)
- Pflegevorst. HÄUSSLE (Gewerkschaft der Gemeindebediensteten)
- Vors. HABLE (Gewerkschaft öffentlicher Dienst)
- Schuloberin PRIBERNIG (Fachgruppenvereinigung im ÖGB)
- Fr. ZEHETGRUBER (Österr. Krankenpflegeverband)
- Lehrpfl. DORFMEISTER (Österr. Krankenpflegeverband)
- Dipl. rad. techn. MARCHL (Dachverband der gehobenen med.-techn.
Dienste Österreichs)
- Sr. SESSING (Österr. Bischofskonferenz)
- Fr. STÖCKLER (Pro Senectute Österreich)
- Vertreter des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswe-
sen
- Vertreter der Bundesministerien für Arbeit und Soziales sowie für

-4-

Wissenschaft und Forschung

Vertreter des Bundeskanzleramtes, Sektionen V
(Verfassungsdienst) und VI (Volksgesundheit)

Die Auswahl dieser Mitglieder erfolgte unter Wahrung des vom Nationalrat gestellten Auftrages, namhafte Experten sowie Vertreter der für die Spitalsangelegenheiten zuständigen Gebietskörperschaften und Institutionen beizuziehen. Überdies war bei der Auswahl der Experten darauf Bedacht zu nehmen, daß die Ergebnisse der vom Wiener Gemeinderat eingesetzten Expertenkommission Berücksichtigung finden konnten.

Nach der Konstituierung der Expertengruppe erfolgte eine Teilung in zwei Arbeitskreise, wobei der Arbeitskreis 1 die Fragen der Ausbildung von Ärzten und des Pflegepersonals, deren Arbeitsbedingungen und ständige psychologische Betreuung, die Frage des Kontrollsystems im Spital sowie die Frage der Autonomie von Krankenanstalten zu behandeln hatte. Ein zweiter Arbeitskreis wurde zu den Fragen der Probleme des Umfangs und der Notwendigkeit von Spitalsaufenthalten im Zusammenhang mit der Forcierung der Hauskrankenpflege, der Stellung der Alten in unserer Gesellschaft und den ethischen Problemen im Zusammenhang mit diesen Fragen eingesetzt.

Die Themen des Arbeitskreises 1 wurden in zahlreichen Arbeits-sitzungen von eingesetzten Arbeitsgruppen aufbereitet und die gesamten Beiträge schließlich vom Arbeitskreis 1 diskutiert und nach Endredaktion angenommen. Ebenso legte der Arbeitskreis 2 einen Bericht zu den ihn betreffenden Fragen vor. Der gesamte Bericht der Expertengruppe wurde schließlich im Plenum am 24. Oktober 1989 erörtert und angenommen.

Im einzelnen führten die Experten zu den vom Nationalrat aufgeworfenen Problembereichen aus:

I. Ausbildung von Ärzten und des Pflegepersonals:

A) Ausbildung von Ärzten

Wenngleich ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Ausbildung von Ärzten und den Vorfällen im Krankenhaus Lainz nicht besteht, so ist es dennoch im Lichte der zentralen Bedeutung des Arztes auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung geboten, auch diesen Bereich in die Betrachtung miteinzubeziehen.

Aufgrund der erwähnten Bedeutung des Arztes scheint es erforderlich, bereits im Rahmen der universitären Ausbildung dafür Sorge zu tragen, daß der künftige Arzt verstärkt angeleitet wird, die ihm anvertrauten Menschen in Kenntnis umfassender Interdependenzen zu betreuen. Dabei sind insbesondere folgende Schwerpunkte zu nennen, in denen Konsequenzen für die Ärzteausbildung zu ziehen wären:

- psychologische Fähigkeiten (im Umgang mit Patienten und Mitarbeitern),
- Fähigkeit zur Teamarbeit,
- Managementkenntnisse (v.a. im Hinblick auf Leitungsfunktionen).

In allen diesen Bereichen sollten zunächst eine Sensibilisierung für die grundsätzlichen Probleme bzw. die prinzipielle Bedeutung des jeweiligen Bereiches einsetzen, die theoretischen Grundlagen vermittelt und schließlich diesbezügliche praktische Fertigkeiten in Selbsterfahrung und Supervision entwickelt werden.

Überlegungen, wie diese Maßnahmen konkret umgesetzt werden können, wurden im Zusammenhang mit den in Diskussion stehenden Vorschlägen zur Studienreform Medizin erörtert. Diese nun seit fast zwei Jahren im Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung laufende

-6-

Diskussion wurde nach Ansicht der Expertengruppe durch die Vorgänge in Lainz in ihrer Zielrichtung zu mehr Handlungs- und Sozialkompetenz bestätigt.

In diesem Zusammenhang wäre zunächst das am Studienbeginn vorgesehene "präklinische Praktikum" zu nennen. Die Gestaltung dieses Praktikums ist so vorgesehen, daß der Studierende durch einen gewissen Zeitraum sowohl in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens anwesend ist als auch seine Erfahrungen und ergänzendes Wissen in einer begleitenden Lehrveranstaltung in einer Gruppe aufarbeitet.

Um diesem umfassenden Vorhaben gerecht werden zu können, sollte nach Ansicht der Expertengruppe das präklinische Praktikum bloß zu einem Teil in Krankenanstalten selbst zu absolvieren sein. Dabei wäre aber dafür zu sorgen, daß die Einführung eines präklinischen Praktikums nicht zu Lasten des in Krankenanstalten tätigen Personals führt.

Der Studierende würde damit schon am Studienbeginn das gesamte Spektrum medizinischer Tätigkeiten kennenlernen. Die Selbsterfahrung insbesondere auch im Hinblick auf psychosoziale Fähigkeiten und Fähigkeiten zur Teamarbeit wären damit zweckmäßigerweise bereits an den Studienbeginn gesetzt. Die Expertengruppe unterstützt das Anliegen der Studienreform nach Intensivierung der Praxis während des gesamten Studiums, dem jeweiligen Wissensstand des Studierenden angepaßt. Dabei ist auch eine Spitalspraxis gegen Ende des Studiums zu erwägen.

Außer Streit hat zu stehen, daß ein präklinisches Praktikum nur dann seinen Zweck erreichen kann, wenn durch personelle Vorkehrungen dafür Vorsorge getroffen ist, daß die Inhalte des Praktikums auch tatsächlich vermittelt werden können.

-7-

Ferner sollte im Rahmen des Medizinstudiums Gelegenheit geboten werden, Kenntnisse über die einschlägigen berufsspezifischen Rechtsgrundlagen zu erlangen. Die derzeit im Rahmen der Gerichtsmedizin angebotenen Lehrinhalte sind nach Ansicht der Expertengruppe nicht ausreichend genug, um das erforderliche Wissen über die Rechte und Pflichten der im Gesundheitsbereich tätigen Personen - v.a. der Ärzte - zu vermitteln.

Ein weiteres zentrales Thema ist die Darstellung der Ethik bereits im Rahmen des Studiums der Medizin. Ethische Themen sollten dabei nicht nur als Vorlesung, sondern praxisbezogen aufbereitet werden, was insbesondere durch begleitenden Unterricht parallel zur Spitalspraxis erfolgen könnte.

Darüberhinaus sollte nach Ansicht der Expertengruppe der Bereich der Ethik auch als Forschungsschwerpunkt vorbereitet werden.

An dritter Stelle sind die spezifischen Probleme der Versorgung alter Menschen, Behinderter und chronisch Kranker zu nennen. Geriatrie und Rehabilitation könnten während des Studiums als eigenes Fach oder verschiedenen klinischen Fächern zugeordnet, nach Möglichkeit institutionell unterstützt, verstärkt angeboten werden.

Schließlich ist zu betonen, daß die eben dargestellten Gesichtspunkte sinngemäß auch im Zusammenhang mit der postpromotionellen Ausbildung Beachtung finden müßten. Dabei sollte auch die Möglichkeit geprüft werden, ob und in welchem Rahmen eine Tätigkeit in Pflegeheimen auf die postpromotionelle Ausbildung angerechnet werden könnte. Dies könnte schon kurzfristig sowohl eine inhaltliche Erweiterung auf dem Ausbildungssektor wie auch eine Verbesserung der personellen Situation bewirken. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Ausführungen unter Punkt 4 und die dort geforderte Intensivierung von Aus- sowie von Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Geriatrie zu verweisen.

-8-

B) Ausbildung von Pflegepersonal

Aus der Sicht der Expertengruppe wurde einhellig die Ansicht vertreten, daß sowohl Aus- wie Fortbildung im Bereich der Krankenpflege nicht mehr zeitgemäß sind und daher einer grundlegenden Reform bedürfen. Dies hat nicht nur dem Ziel einer qualitativen Verbesserung dieser Ausbildung zu dienen, sondern auch dem Zweck, durch eine Aufwertung der Ausbildung eine entsprechende Anhebung des Ansehens der diesen Beruf Ausübenden zu erreichen.

Krankenpflege-Grundausbildung:

Die zur Zeit geltende Regelung ist ungünstig:

Die Voraussetzung der zehn absolvierten Schulstufen für den Ausbildungsbeginn hat für Pflichtschulabgänger zur Folge, daß die fehlenden zwei Jahre mangels Angebotes an zweijährigen Fachausbildungen, die als sinnvolle Vorbereitung für die Krankenpflege-Grundausbildung gewertet werden können, "irgendwie überbrückt" werden (die Absolvierung des Polytechnikums und anschließende Teilnahme am 1. Ausbildungsjahr der Krankenpflege-Grundausbildung ist eine auf Wien beschränkte Möglichkeit). Alle anderen Schüler/innen (3-jährige Fachschulen, AHS, etc.) werden vor die Entscheidung gestellt, die begonnene Ausbildung abzubrechen.

Darüberhinaus hat sich die Tätigkeit der Krankenpflegepersonen zu einer hochqualifizierten und professionellen Arbeit entwickelt, die die Gesamtheit der Bedürfnisse des Menschen in die Pflege miteinbezieht, sodaß eine entsprechende umfassende Ausbildung erforderlich ist.

Aus diesen Gründen schlägt die Expertengruppe folgende zwei Modelle für die Ausbildung des Pflegepersonals vor:

1. Eine berufsbildende Höhere Schule:

Eintritt der Schüler/innen nach absolvierten 8. Schulstufe; Dauer der Ausbildung: 5 Jahre; Abschluß: berufsbezogene Matura und ein Praktikumsjahr, bezahlt, im Schulstatus, das als praktische Ausbildung mit einer praktischen Abschlußprüfung zu verstehen ist, die die Berufsberechtigung erteilt.

2. Fachausbildung für Maturanten:

Dauer: 3 Jahre, davon das letzte halbe Jahr als bezahltes Praktikum. Für Berufstätige mit Lehre oder 4-jähriger Ausbildung, Schulabbrecher aus AHS und BHS und ähnliche Gruppen soll ein Vorbereitungslehrgang den Zugang zu dieser Fachausbildung ermöglichen.

Die beiden Modelle ermöglichen den Zugang für unterschiedlichste Gruppen von Interessenten/innen für die Krankenpflege-Grundausbildung, was angesichts des großen Bedarfs an Pflegepersonal von hervorragender Bedeutung ist.

Die Absolventen der Krankenpflege-Grundausbildung sollen unabhängig vom gewählten Ausbildungsgang gleiche Bezahlung erhalten.

Für die bereits im Dienst befindlichen diplomierten Pflegepersonen ohne Matura sollen Übergangsbestimmungen (z.B. nach dem Vorbild der Kindergärtnerinnen-Ausbildung) eine Gleichstellung (insbesondere in dienst- und besoldungsrechtlicher Hinsicht) mit den Diplomierten mit Matura ermöglichen.

Die Leitung der Schulen soll bei beiden Modellen ausschließliche Kompetenz des Pflegepersonals sein.

-10-

Sanitätshilfsdienst und diplomiertes Personal:

Davon ausgehend, daß qualitativ hochstehende Pflege "ganzheitlich" ausgeführt wird, d.h., daß alle Pflegeaktivitäten sich am Patienten als Individuum mit allen seinen Bedürfnissen orientieren, und nicht an einem Krankheitsbild, ist die Aufteilung der Pflege in eine Grund- und Behandlungspflege und deren Delegation an verschiedene Berufsgruppen abzulehnen. In diesem Sinn ist dem Pflegesystem der Gruppenpflege der Vorzug zu geben, da es die Durchführung bzw. Zuweisung von möglichst vollständigen Handlungsabläufen gestattet. In diesem System versorgt eine gleichbleibende Gruppe von Pflegepersonen eine überschaubar kleine Anzahl von Patienten möglichst über die gesamte Zeitspanne ihrer Pflegebedürftigkeit. Dies bietet günstige Voraussetzungen für eine optimale Pflegeorganisation: Die Anzahl der Patienten ist überschaubar, kontinuierliche Beziehungen sind herstellbar, die Entwicklung der Patienten ist gut nachvollziehbar.

Daraus ergeben sich nach Ansicht der Experten folgende Überlegungen zur Ausbildung und beruflichen Position des Sanitätshilfsdienstes:

Die Organisation und Durchführung ganzheitlicher Pflege erfordert gut ausgebildete Pflegepersonen. Es ist daher wünschenswert, die Zahl der diplomierten Pflegepersonen in Relation zur Zahl der Nichtdiplomierten zu erhöhen (für den intramuralen Bereich wäre etwa eine Schlüsselzahl von 80:20 günstig). Langfristig sollte eine Versorgung der entsprechenden Bereiche ausschließlich mit diplomierten Pflegepersonen angestrebt werden.

Um den gegenwärtigen Pflegebedarf zu decken, ist die Einstellung von Hilfspersonal unerlässlich, seine Ausbildung sollte daher verbessert werden. Die Kompetenzen der Hilfsdienste sollten jedoch nicht in Form eines Tätigkeitskataloges, sondern im Sinne einer "unselbständigen Tätigkeit unter Anleitung einer diplomierten

-11-

Pflegeperson" definiert werden. Damit fiele die Entscheidung über den Tätigkeitsbereich des Sanitätshilfsdienstes sowohl intra- als auch extramural ausschließlich in die Hände des diplomierten Personals. Dieses kann nach Einschätzung der Pflegebedürfnisse eines zu betreuenden Menschen und der vorhandenen Ressourcen bestimmte Tätigkeiten an den Sanitätshilfsdienst delegieren.

Für Angehörige des Sanitätshilfsdienstes soll eine Ausbildung zum Diplom im zweiten Bildungsweg angeboten werden.

Weiterbildung:

Aufbauend auf der Grundausbildung sollte zur Vermittlung von Spezialkenntnissen und zur Befähigung für lehrende und mittlere leitende Pflegepersonen (z.B. Lehrschwestern/-pfleger und Stationschwestern/-pfleger) eine deutlich verbesserte Weiterbildung angeboten werden.

Hiefür schlägt die Expertengruppe die Errichtung einer Akademie für Sonderausbildung vor.

Im Zusammenhang mit Fragen der Weiterbildung ging die Expertengruppe auch davon aus, daß für die Pflege chronisch Kranker bzw. alter Menschen - sowohl stationär als auch extramural - keine neue Sparte des Krankenpflegefachdienstes geschaffen werden soll. Dies würde nicht nur die für notwendig erachteten Rotationsmöglichkeiten des Personals behindern, sondern auch die Gefahr einer Diskriminierung des Personals und der Patienten in sich bergen.

Vielmehr soll aufbauend auf der Krankenpflege-Grundausbildung den Besonderheiten der Pflege chronisch Kranker bzw. alter Menschen sowohl im Rahmen stationärer wie auch extramuraler Betreuung durch eine Sonderausbildung Rechnung getragen werden.

-12-

Für die Funktion als Pflegedirektor/in und für die Schulleitung soll in einer weiteren Stufe eine universitäre Ausbildung angeboten werden. Diese Kenntnisse könnten in einem neu zu errichtenden Studienzweig "Pflegewissenschaft" vermittelt werden.

II. Arbeitsbedingungen und ständige psychologische Betreuung von Ärzten und Pflegepersonal:

A) Arbeitsbedingungen

Grundsätzlich ist zu betonen, daß zufriedenstellende Arbeitsbedingungen der Arbeitnehmer in Krankenanstalten eine wesentliche Basis für qualitative Aspekte der Patientenbetreuung und der psychosozialen Aspekte der Patientenbetreuung sowie der Teamkoordination und -kooperation darstellen.

Unerläßliche Voraussetzung für zufriedenstellende Arbeitsbedingungen ist eine Bereitstellung des erforderlichen Personals auf allen Ebenen einer Krankenanstalt. Dies kann nur durch Aufstockung des derzeit nur ungenügend vorhandenen Personals erfüllt werden (vgl. auch den Bericht der Wiener Expertenkommission, S. 21). Wird auf diese Weise das Personal vermehrt, so kommt die dadurch gegebene Verbesserung des Arbeitsklimas unmittelbar auch den betroffenen Patienten zugute. Auch ist es nur dadurch möglich, die schon derzeit bestehenden Gesetze, z.B. auch im Zusammenhang mit der Abgrenzung der einzelnen Berufsgruppen sowie den diesen vorbehaltenen Tätigkeiten, einzuhalten. Dabei wird im Rahmen einer durchzuführenden Bedarfserhebung weiters mitzuberücksichtigen sein, inwiefern ausgebildetes, derzeit aber nicht den Beruf ausübendes Personal durch verbesserte Arbeitsbedingungen, wie z.B. auch die Möglichkeit von Teilzeitbeschäftigung, wieder für eine Mitarbeit in den Spitälern zurückgewonnen werden kann.

Im Zusammenhang mit dieser Forderung nach Verbesserung des Arbeitsklimas und Schaffung familienfreundlicher Arbeitsbedingungen gilt es, die bestehenden arbeitsrechtlichen Vorschriften

-13-

(insbesondere Arbeitszeit- und Arbeitsruhegesetz) unter diesen Gesichtspunkten zu prüfen, weiters aber auch sicherzustellen, daß Vorschriften zum Schutz von Arbeitnehmern für alle Bediensteten in allen Krankenanstalten in gleicher Weise zur Anwendung kommen. Eine Differenzierung der Anwendbarkeit von Arbeitnehmerschutzvorschriften nach unterschiedlichen Rechtsträgern von Krankenanstalten ist abzulehnen. Das Ziel sollte dabei sein, daß als Regelfall auch für das in Krankenanstalten beschäftigte Personal auf der Grundlage der maßgeblichen Bestimmungen eine 40-Stunden-Woche mit durchgehenden freien Wochenenden erreicht wird. Die Expertengruppe übersieht dabei nicht, daß aufgrund der Besonderheiten des Krankenanstaltenbetriebes Vorsorge für Wochenend-, Feiertags- und Nachtdienste getroffen werden muß. Dafür ist jedoch, wie bereits festgestellt, Personal in solch ausreichendem Ausmaß zu beschäftigen, daß eine dauernde Überbeanspruchung des vorhandenen Personals nicht die Voraussetzung für die Sicherstellung eines reibungslosen Krankenanstaltenbetriebes ist.

B) Psychologische Betreuung (einschließlich Supervision)

Die Expertengruppe vertritt die Ansicht, daß neben der in der Entscheidung des Nationalrates erwähnten ständigen psychologischen Betreuung von Ärzten und Pflegepersonal auch die psychologische Versorgung der Patienten ein zentrales Anliegen darstellt.

Bei der Untersuchung der Erfordernisse einer psychologischen Betreuung sind zunächst folgende Grundbedürfnisse der Patienten in Krankenhäusern hervorzuheben:

- das Grundbedürfnis medizinisch richtig behandelt zu werden;
- das Grundbedürfnis nach Ruhe und Vertrautheit;
- das Grundbedürfnis nach Zuwendung;
- das Grundbedürfnis nach Aufklärung;
- das Grundbedürfnis, als eigenverantwortliche Person behandelt und respektiert zu werden.

-14-

Diese Grundbedürfnisse erklären sich daraus, daß

- bei Patienten oftmals unrealistische Vorstellungen über die medizinischen Möglichkeiten bestehen;
- bei vielen Patienten, die unter chronischen (unheilbaren) Krankheiten leiden, nicht nur ein spezifischer medizinischer Eingriff entscheidend ist, sondern auch eine auf die menschlichen Bedürfnisse eingehende Krankenpflege und deren Modalitäten;
- Informationsbedürfnisse im Spitalsalltag oft unterschätzt werden;
- Lebensform und -rhythmus im Krankenhaus einschneidend verändert werden und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten praktisch oftmals drastisch eingeschränkt wird.

In der Anamnesegestaltung, im diagnostischen Gespräch und in der operativen Vorbereitungsphase sollte auf diese psychologischen Prozesse Bedacht genommen werden. Zu verweisen ist auch darauf, daß eine strukturelle Einbindung von Psychologen in das Krankenhausteam in einigen europäischen Ländern wie beispielsweise Holland, England, Schweden, Finnland und Dänemark aber auch in den USA gegeben ist.

Ein weiterer Aspekt nach einer qualitativen Verbesserung der Patientenbetreuung stellt die Forderung nach Patientenschulung (z.B. Diabetespatienten) dar.

Neben dieser psychologischen Betreuung der Patienten sind die erforderliche psychologische Beratung und Schulung des Personals (in Aus- und Fortbildung) sowie die Supervision der stationären Teams als weitere Notwendigkeiten zu erwähnen.

Forderungen nach einer systematischen Verankerung des Funktionsbereiches "Supervision" entsprechen einem Nachziehen und Realisieren längst erkannter Zusammenhänge von Teamkooperation und Interaktion mit dem Patienten, d.h. einer regelmäßigen Reflexion der Arbeitsbedingungen und Arbeitsbeziehungen als berufs begleitende Maßnahme.

-15-

Supervision als spezifische Form einer Teambberatung hat daher zum Ziel, die von den Supervisanden eingebrachten Problemsituationen besser wahrzunehmen, zu erkennen und zu diagnostizieren, um für ihn selbst und im Sinne der Teamarbeit günstigere Konfliktlösungsstrategien zu entwickeln.

Die Dringlichkeit einer zu diskutierenden formalisierten Supervision leitet sich aus folgenden Überlegungen ab:

- spezifische Berufsrolle der Helfer;
- gruppenspezifische Konfliktmomente;
- emotionelle Belastung durch ständige Verantwortung, Konfrontation mit chronischem Leiden, Tod und Hilflosigkeit, wobei die Reaktionsbildungen seitens des betreuenden Personals im Hinblick auf bewußte und unbewußte Anteile zu beachten sind;
- informeller Austausch der Gruppenprozesse, der Gefahren der Problemverschiebung (z.B. Agression, Depression) in sich birgt.

Für die Realisierung der Supervision werden folgende Bedingungen dringlich empfohlen:

- Unabhängigkeit des Supervisors von der Institution der Supervisanden;
- hierarchische Funktionen und Supervisionsfunktionen können nicht gleichzeitig von ein und der selben Person wahrgenommen werden;
- Autonomie und Weisungsungebundenheit des Supervisors;
- Schweigepflicht des Supervisors;
- vertragliche Bestellung des Supervisors mit einer Mindestdauer von einem Jahr.

Um die Qualifikation des Supervisors zu gewährleisten, sollten Grundkriterien einer qualifizierten Aus- und Fortbildung festgelegt sein.

-16-

Schließlich sind auch modellbegleitende Effektivitätsstudien als flankierende Maßnahmen zu psychologischer Betreuung und Supervision zu fordern.

C) Legistischer Handlungsbedarf

- Von den arbeitszeitrechtlichen Regelungen müssen unabhängig vom Rechtsträger alle Krankenanstalten erfaßt werden. Die arbeitszeitrechtlichen Vorschriften sollten den unter A) dargestellten Bedürfnissen des in Krankenanstalten beschäftigten Personals Rechnung tragen.
- Die Möglichkeiten zu Maßnahmen aus dem Gesichtspunkt des Arbeitnehmerschutzes sollten in Bezug auf jene Krankenanstalten verbessert werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Arbeitnehmerschutzgesetzes bereits bestanden haben.
- Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen für die Tätigkeit von Psychologen in Krankenanstalten. Als Grundsätze sollte dabei gelten, daß hauptberuflich angestellte oder konsiliariter tätige Psychologen in einem Maß beschäftigt werden, wie es der Funktion der Krankenanstalt, der Bettenanzahl und der Patientenfrequenz entspricht. Der im Krankenhaus tätige Psychologe muß in fachlicher Hinsicht einem Konsiliararzt vergleichbar sein. Für Supervision im Sinne einer psychologischen Betreuung und emotionellen Entlastung des Personals sollte ein entsprechend vorgebildeter Psychologe, der nicht in der entsprechenden Abteilung tätig ist bzw. diesem Team nicht angehört, herangezogen werden.

D) Sonstige Maßnahmen

Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen schlägt die Expertengruppe im Übrigen folgende sonstige Maßnahmen, die zum Teil auch in anderen Zusammenhängen getroffenen Vorschlägen entsprechen, vor:

- Verbesserung der Ausbildung des Krankenpflegepersonals und der med.-techn. Dienste.
- Bei Aufnahme in ein Dienstverhältnis sollten Persönlichkeitskriterien besser berücksichtigt werden.

-17-

In regelmäßigen Abständen sollten verbindlich vorgeschriebene Stationsbesprechungen abgehalten werden.

Die Personalsituation bedarf einer deutlichen Verbesserung. Dazu wäre von unabhängiger Seite unverzüglich eine Personalbedarfserhebung durchzuführen. Das Personal hat auf allen Ebenen (Ärzte, Pflegepersonal, med.-techn. Dienste, Hebammen, Psychologen, Verwaltungs- und Betriebspersonal, u.a.) dem tatsächlichen Bedarf angepaßt zu werden, um dadurch eine Entlastung vor allem des Pflegepersonals zu erreichen. Dafür wird auch eine bedarfsgerechte Erhöhung der Ausbildungskapazitäten in den Ausbildungseinrichtungen vorzunehmen sein. Zur Entlastung des Pflegepersonals sollten Schreibkräfte (zumindest eine Schreibkraft für zwei Stationen) eingestellt werden.

Leitende Funktionen (z.B. Pflegedienstleitung, sonstige leitende Stellen mit Mitverantwortung) müßten ausgeschrieben werden.

Über Mißstände sowohl auf dem Gebiet des technischen Arbeitnehmerschutzes als auch des Verwehrensrechtes sollte in stärkerem Maße als bisher die Arbeitsinspektion informiert werden, um gezielte Erhebungen als Grundlage für die erforderlichen Maßnahmen zu schaffen.

Prüfung der Möglichkeiten, die Besetzung von Posten mit Führungsfunktionen wieder rückgängig machen zu können.

Arbeitsplatzbeschreibung mit exakter Kompetenzabgrenzung.

Eine räumliche Konzentration von Schwerstkranken und Sterbenden sollte nach Möglichkeit vermieden werden.

Die Rotation des Personals sollte, insbesondere, wenn sie vom Personal gewünscht wird, erleichtert werden.

Es sollte versucht werden, schrittweise von der Funktionspflege zur Gruppenpflege überzugehen.

Die Bezahlung des Pflegepersonals hat sich verstärkt an den Kriterien von Ausbildung und erbrachten Leistungen zu orientieren (leistungsgerechte Entlohnung).

Dem Personal sollten im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Möglichkeiten in stärkerem Maße als bisher Mitsprachemöglichkeiten

-18-

bei der Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsvorgänge sowie der sonstigen Arbeitsbedingungen (v.a. Arbeitszeit) eingeräumt werden.

- Sozialräume sollten in ausreichender Anzahl vorgesehen und öko-psychologisch gestaltet werden. Die räumliche Ausgestaltung wird häufig als besonders motivationshemmend empfunden, wobei Anlaß zu besonderer Kritik völlig einsehbare Diensträume von Ärzten und Krankenpflegepersonal geben. Es wären auch Räume für Nicht-raucher vorzusehen. Das Personal sollte in die Gestaltung dieser Räume eingebunden werden.
- Die Meinung der Arbeitsinspektoren hat ein wesentliches Entscheidungskriterium darzustellen, da neben der bestmöglichen Betreuung der Patienten auch der Schutz der Arbeitnehmer zu berücksichtigen ist.
- Um berufsbedingte Unfälle und Krankheiten zu vermeiden, sollten gemäß den schon bestehenden Arbeitnehmerschutzvorschriften die Arbeitnehmer in stärkerem Maß vor der Aufnahme ihrer Tätigkeit auf die in der Krankenanstalt bestehenden Gefahren für das Leben und die Gesundheit und über die zur Abwendung dieser Gefahren bestehenden oder anzuwendenden Schutzmaßnahmen in verständlicher form unterwiesen werden.

III. Kontrollsysteme im Spital (einschl. Qualitätssicherung und Dokumentation):

A) Allgemeines, Ist-Zustand:

Aus den in den Krankenanstalten gegebenen verschiedenen Funktionsebenen resultieren entsprechende Verantwortungsbereiche, die jeweils eine besondere Ausgestaltung von Kontrollmechanismen erfordern. Diese Funktionsebenen und Verantwortungsbereiche werden im wesentlichen repräsentiert durch

-19-

- Ärztliche Leitung der Krankenanstalt,
- Ärztliche Leitung der leistungserbringenden Organisationseinheit (insbesondere Abteilungsleiter/in),
- Eigenverantwortlichkeit des unmittelbaren ärztlichen Leistungserbringers,
- Leitung des Pflegedienstes der Krankenanstalt,
- verantwortliche Leitung des Pflegedienstes auf der Ebene der leistungserbringenden Einheiten,
- Eigenverantwortlichkeit des unmittelbaren Erbringers von Pflegeleistungen,
- Leitung der Verwaltung,
- Träger der Krankenanstalt.

Die daran anknüpfenden Kontrollsysteme sind in interne und externe zu unterscheiden.

Die interne Kontrolle gliedert sich streng in die Bereiche von medizinisch-ärztlichen Leistungen, pflegerischer Leistungen und sonstiger nichtärztlicher Leistungen. Im Rahmen der Erbringung medizinisch-ärztlicher Leistungen geht dabei die Expertengruppe davon aus, daß unbeschadet der den Ärzten mit ius practicandi zukommenden selbständigen eigenverantwortlichen Tätigkeit dem verantwortlichen ärztlichen Leiter der Leistungseinheit der Krankenanstalt Leitungs- und Kontrollrechte zustehen, die auch medizinische Belange umfassen.

Eine spitalsinterne alle Funktionsebenen integrierende Gesamtkontrolle ist nicht gegeben.

Eine externe Kontrolle kommt den Krankenanstaltenträgern sowie den staatlichen Aufsichtsbehörden (Ombudseinrichtungen, staatliche Aufsicht einschließlich sanitärer und wirtschaftlicher Aufsicht) zu. Eine weitere externe Kontrolle kann in der Umsetzung der bestehenden Patientenrechte erfolgen, was entweder im Gerichts- oder Verwaltungsweg geschehen kann. Bei den Landesärztekammern sind außerrechtliche Schiedsstellen eingerichtet.

-20-

Kontrollsysteme verfolgen insgesamt den Zweck, eine optimale Erbringung von Gesundheitsleistungen sicherzustellen. Neben den rein medizinischen Belangen ist dabei insgesamt auch auf das Wohlbefinden des Patienten Bedacht zu nehmen.

B) Qualitätssicherung:

Dieses durch die beschriebenen Kontrollsysteme retrospektiv verfolgte Ziel muß auch durch prospektiv ausgerichtete Maßnahmen der Qualitätssicherung auf der Grundlage internationaler Standards erreicht werden. Maßnahmen einer institutionalisierten Qualitätssicherung werden in Österr. Krankenanstalten derzeit nur vereinzelt gesetzt.

Die Expertengruppe vertritt die Auffassung, daß der Qualitätssicherung bereits primäre Bedeutung für jedes Gesundheitsversorgungssystem zukommt. Deshalb muß Qualitätssicherung auch oberstes Ziel bei der Erbringung von Leistungen der Krankenanstaltenversorgung sein.

Qualitätssicherung hat dabei auf den Ebenen von

- Struktur = Struktur der Gesundheitsversorgung (Gebäude, Ausstattung, Geräte, Personal, Hotelleistung, Vorschriften, Qualifikationen, etc.)
- Prozeß = Aktivitäten in der Gesundheitsversorgung (diagnostische Prozeduren, therapeutische und pflegerische Maßnahmen, also alle Aktivitäten der psychischen und physischen Patientenbetreuung) und
- Ergebnis = outcome of medical care (Charakteristika von Patienten, Personal, Problemen als Ergebnis der Versorgung)

zu erfolgen.

-21-

Verbindliche internationale Standards sind derzeit nur teilweise vorhanden. Es wird daher sicherzustellen sein, daß nunmehr in diese Richtung Bestrebungen intensiviert und kontinuierlich fortgesetzt werden, um laufend im Rahmen der täglichen Arbeit zu aktuellen konkreten wissenschaftlichen Standards zu gelangen. Dieser Prozeß sollte auf allen Ebenen (einzelne Krankenanstalten, Länder und Bund) ablaufen.

Ausgangspunkt einer Qualitätssicherung kann dabei nur eine genaueste Dokumentation sämtlicher Vorgänge der Erbringung der verschiedensten Leistungen an und für den Patienten sein.

Die Umsetzung der Qualitätssicherung in den einzelnen Leistungseinheiten muß derart gestaltet sein, daß ein zielgerichtetes Handeln der Leistungserbringer ermöglicht wird. Dadurch soll gewährleistet sein, daß Qualitätssicherung nicht nur eine Vermeidung von Fehlleistungen bewirkt, sondern das Qualitätsniveau ständig den sich ändernden Bedürfnissen anpaßt. Die mitverantwortliche Einbeziehung aller im Gesundheitsversorgungsprozeß Tätigen ist dabei die Grundvoraussetzung. In gleicher Weise muß auch dem Patienten im Rahmen seiner Patientenrechte die Möglichkeit einer aktiven Teilnahme angeboten werden.

Die Expertengruppe legt Wert auf die Feststellung, daß Qualitätssicherung nicht durch ökonomische Ziele gefährdet werden darf.

C) Umsetzung, Handlungsbedarf:

Unter dem Blickwinkel von Versorgungsgerechtigkeit, Akzeptanz und Durchsetzbarkeit ist davon auszugehen, daß bestimmte Maßnahmen durch normative Akte vorzugeben, während andere Maßnahmen nur auf der Basis kollegialen Zusammenwirkens umzusetzen sind.

-22-

1. Legistischer Handlungsbedarf:

Die Expertengruppe vertritt die Ansicht, daß Kontrolle und Qualitätssicherung nur auf der Grundlage genauester Dokumentation erfolgen können. Diese Dokumentation hat nicht nur die rein medizinisch gesetzten Maßnahmen, sondern auch alle relevanten Betreuungsmaßnahmen (pflegerische Leistungen, medizinisch-technische Leistungen, psychologische Leistungen) genau zu umfassen. Die durch § 10 KAG normierte Pflicht zur Führung von Krankengeschichten stellt dies nicht im ausreichenden Maß sicher. Mindeststandards müssen rechtlich verbindlich vorgegeben werden.

Über die Notwendigkeit des Einsatzes der modernen Technik der Datenverarbeitung besteht kein Zweifel. Dabei sind Kompatibilität und einheitliche Dokumentationsrichtlinien anzustreben.

Die Qualität hochwertiger Leistungen und Qualitätssicherung können weiters nur bei entsprechender personeller Ausstattung der Leistungseinheiten erreicht werden. Dies gilt für alle Leistungsebenen. Die durch die rapide Technisierung bedingten steigenden Kosten im Bereich der Sachleistungen, denen tendenziell mit Einsparungen am Personalsektor entgegenzuwirken versucht wird, dürfen nicht zu einer mangelhaften Versorgung der Patienten führen.

Um eine rigorose Einhaltung der bestehenden Vorschriften, die die Erbringung bestimmter Leistungen entsprechend qualifiziert ausgebildeten Angehörigen bestimmter Berufsgruppen vorbehalten, sicherzustellen, sollten personelle Mindestausstattungsanforderungen für alle Leistungseinheiten und Leistungsebenen vorgegeben werden.

Die Expertengruppe übersieht dabei nicht, daß dies in den verschiedensten Bereichen nicht unbeträchtliche Personalvermehrungen bei allen Berufsgruppen bedingen kann. Sofern eine solche Personalvermehrung nicht erreicht werden kann, müßte ins Auge gefaßt werden, eine Schließung der betreffenden Leistungseinheit vorzu-

-23-

nehmen, wobei die dadurch freiwerdenden Kapazitäten den bestehenden Spitalsversorgungseinheiten oder auch teilweise erst aufzubauen-enden alternativen Versorgungseinrichtungen zugute kommen könnten.

Der steigende Bedarf an qualifiziertem Personal sollte auch zu einer Ausweitung der Ausbildungskapazitäten im Bereich der Schulen für Krankenpflege sowie im Bereich der medizinisch-technischen Dienste (v.a. gehobene med.-techn. Dienste) führen, wobei die Absolventen dieser Schulen dann auch in ausreichendem Ausmaß für Einrichtungen außerhalb der Spitäler zur Verfügung stünden. Als Beispiel ist in diesem Zusammenhang auf den hohen Bedarf an qualifizierten Physiotherapeuten und Ergotherapeuten zu verweisen, deren Einsatz gerade auf Pflegeabteilungen besonderes Gewicht zukommt.

In diesem Zusammenhang ist ferner darauf hinzuweisen, daß konsequente Qualitätssicherung eine Intensivierung und einen Ausbau der Ausbildung aller in Betracht kommenden Berufsgruppen erfordert. Dies gilt insbesondere auch für die während der Ausbildung zu vermittelnden medizinpsychologischen und psychosozialen Aspekte. Die gebotene qualitativ hochwertige Ausbildung kann nur auf der Grundlage einer leistungsfähigen Infrastruktur vermittelt werden.

Weiters ist es für alle in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen unerlässlich, über den Fachbereich hinausgehende notwendige Kenntnisse von Menschenführung, Gruppendynamik, Organisationsbelangen, etc. zu erlangen. Kenntnisse auf diesen Gebieten sollten bereits während der Ausbildung vermittelt werden und ausnahmslos Voraussetzung für die Betrauung mit Leitungsfunktionen sein.

Darüber hinaus sollte eine berufsbegleitende Fortbildung für sämtliche in den Krankenanstalten und im Gesundheitsbereich beschäftigte Personen ausdrücklich normiert werden.

-24-

Wesentliche Mängel sind nach Ansicht der Expertengruppe auch in der derzeitigen Ausgestaltung der sanitären Aufsicht über Krankenanstalten zu erkennen. Während das Hauptgewicht qualitätssichernder Maßnahmen primär im krankenanstalteninternen Bereich liegen soll, bedarf es doch einer begleitenden krankenanstaltenexternen Kontrolle dahin, daß die sanitätsrechtlichen Vorgaben einschließlich der darin enthaltenen, auf eine Qualitätssicherung zielenden Bestimmungen, auch bei größtmöglicher Autonomie der Spitäler eingehalten werden. Auf eine strikte Trennung zwischen Krankenanstaltenträger und den die sanitäre Aufsicht ausübenden Behörden ist Bedacht zu nehmen. Nicht zuletzt hat eine derartige externe Kontrollfunktion auch Auswirkungen in qualitativer Hinsicht.

Schließlich geht die Expertengruppe bei der durch das Krankenanstaltenrecht gegebenen funktionellen Einteilung in Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten davon aus, daß bestimmte Versorgungsleistungen nach überregionalen Kriterien bestimmten Krankenanstalten vorbehalten sein sollten. Dies verhindert nicht nur eine gefährliche Streuung der Qualität, sondern dient auch einer ökonomischen Optimierung.

2. Organisatorischer Handlungsbedarf:

Neben den bereits geforderten Verbesserungen im Bereich von Aus- und Fortbildung sowie der Dokumentation bedarf es auch in rein organisatorischer Hinsicht zahlreicher Verbesserungen. In diesem Zusammenhang sind zunächst erforderliche Impulse zur Motivation aller Beteiligten zu setzen. Herausragende Bedeutung erlangen dabei die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Intensivierung der Kommunikation sowie eine Aufwertung der Teamarbeit.

Die Expertengruppe teilt die im Bericht der Wiener Expertenkommission geäußerte Ansicht, daß die komplexe Problematik der Arbeitssituation des Pflegepersonals die Ursache für eine auffal-

-25-

lend kurze Verweildauer im Beruf, für die oftmals resignierte Haltung der Pflegekräfte und damit schließlich auch für eine bisweilen unzureichende Pflegequalität ist.

Daneben sind auch die Möglichkeiten der Supervision hervorzuheben. Die Expertengruppe hat festgestellt, daß mangelnde Kommunikation und Teamarbeit zwischen allen am Leistungsprozeß Beteiligten rasch zu einer sehr großen Demotivation führt, was wieder ursächlich für Fehlleistungen gesehen werden kann. Besonderes Gewicht kommt dabei der Frage zu, wie die einzelnen Entscheidungsprozesse am Krankenbett ablaufen. Berichtslinien zwischen den einzelnen Berufsgruppen sollten nicht nur hierarchisch durch vertikale Kommunikation gegeben sein, es sollte auch für eine unmittelbare Kommunikationsstruktur zwischen den einzelnen Berufsgruppen in horizontaler Hinsicht gesorgt werden. Es sind daher durch interne organisatorische Maßnahmen Vorkehrungen zu treffen, die die gebotene interdisziplinäre Zusammenarbeit v.a. auch auf der unmittelbaren Leistungsebene fördern.

Solche Maßnahmen können sein:

- Regelmäßige Dienstbesprechungen zur Erörterung und Koordination behandlungsrelevanter Maßnahmen; dabei ist es unerlässlich, daß alle Beteiligten (auch nichtärztliches Personal) ihre Erfahrungen und Empfehlungen einbringen können.
- Zur Behandlung der Fragen der Qualitätssicherung sind interdisziplinäre Qualitätssicherungsgruppen einzurichten.
- Supervisionsgruppen sind einzurichten, wobei auf berufsgruppenspezifische Bedürfnisse einzugehen ist.
- Dem Patienten soll die Möglichkeit eingeräumt werden, vermehrt mit allen am Leistungsprozeß Beteiligten zu kommunizieren. In diesem Zusammenhang ist beispielsweise ein für medizinische Fragen des Patienten zuständiger Stationsarzt, der zu keinen Tätigkeiten außerhalb der Station (OP, Ambulanz) herangezogen werden darf, zu fordern. Daneben könnte dieser Stationsarzt auch Kontakte zu vorhandenen extramuralen Diensten herstellen, um im

-26-

Fälle der Entlassung eines Patienten einen (auch in medizinischer Hinsicht) nahtlosen Übergang zu einer Betreuung außerhalb der Krankenanstalt zu erreichen.

- Neben diesem Stationsarzt sollen vermehrt auch fachspezifische Ärzte am Nachmittag zur Verfügung stehen. Bei Bedachtnahme auf das Arbeitszeitgesetz erscheint es der Expertengruppe nicht sinnvoll, die Blockarbeitszeit zu verlängern. Es muß daher in einigen Bereichen ein Tagesschichtdienst bzw. ein Nachmittagsdienst eingerichtet werden.
- In Gruppengesprächen könnten die verschiedensten Aspekte von Therapie, Nachsorge, psychischer Krankheitsbewältigung, etc. erörtert werden (Steigerung der Patientenorientierung). Daneben wären aber auch Einzelgespräche anzustreben, wofür die Bereitstellung von geeigneten Besprechungszimmern unerlässlich scheint.
- Auf der Grundlage einer genauen Dokumentation wird den Dienstübergaben auf allen Ebenen besonderes Augenmerk zukommen.

Im Rahmen der zu setzenden organisatorischen Maßnahmen wird im Sinn einer Steigerung der Versorgungsqualität für den Patienten auch auf die Einhaltung der bestehenden Richtlinien in Bezug auf Raumangebot zu achten sein (z.B. absolute Minimierung der Verwendung von "Notbetten").

Hinsichtlich der zu steigernden Motivation ist weiters darauf hinzuweisen, daß auch die für Patienten so wichtigen Leistungen im Zusammenhang mit Gesprächsführung und Organisation vermehrt für den Verlauf einer Karriere Bedeutung erlangen sollten. Allein wissenschaftliche Leistungen sollten für den Verlauf einer Karriere nicht von entscheidender Bedeutung sein.

Weiters ist auch im Zusammenhang mit den Organisationsfragen die Bedeutung der Fortbildung aller Berufsgruppen hervorzuheben.

-27-

Zu all diesen Organisationsfragen vertritt die Expertengruppe jedoch die Ansicht, daß obrigkeitliche Anordnungen, etwa auch durch entsprechende Rechtsvorschriften, häufig kein geeignetes Mittel sind, die für notwendig erkannten Verbesserungen zu erreichen. Vor allem verbesserte Kommunikation und Supervision können nur aufgrund von Überzeugung, Akzeptanz und freiwilliger Mitarbeit sinnvoll verwirklicht werden. Dies schließt freilich nicht aus, daß im Rahmen der Anstaltsordnungen grundsätzlich die Möglichkeit zu den beschriebenen Maßnahmen eröffnet wird. Auch Qualitätssicherung sowie die dafür notwendigen spitalsinternen Qualitätssicherungsgruppen (-zirkel) werden ihr Ziel verfehlen, wenn sie ohne Akzeptanz allein aufgrund zwingender Rechtsvorschriften eingerichtet würden. Eine Förderung überregionaler Auswertungsmöglichkeiten, etwa durch die Bereitstellung von EDV-Kapazitäten sowie von Experten, Software, etc. ist demgegenüber anzustreben.

Aus den gleichen Erwägungen sind nach Ansicht der Expertengruppe auch andere Formen obrigkeitlicher Steuerung, wie etwa zentrale Aufsichtskommissionen, kein geeignetes Instrument für Verbesserungen.

Unter Anerkennung der Bedeutung der Förderung von Kommunikation, Information und Motivation kommt der Einrichtung der Kollegialen Führung einer Krankenanstalt besonderes Gewicht zu. Diese horizontale Kommunikation sollte - wie schon erwähnt - auch über die obersten Führungsebenen hinaus auf tiefer gelegenen Leistungsebenen ebenso vorgesehen sein.

-28-

Die Expertengruppe teilt daher nicht die in jüngster Zeit verschiedentlich geäußerte Kritik an diesem Führungsmodell. Hervorzuheben ist aber, daß die Aufgabe der Kollegialen Führung darin besteht, Entscheidungen zur Führung der Krankenanstalt zu treffen. Davon ist die eigenverantwortliche Entscheidung eines Arztes im Einzelfall zu unterscheiden. So schließt es etwa die Kollegiale Führung keineswegs aus, daß dem zuständigen verantwortlichen Arzt (z.B. Abteilungsleiter) die Erteilung der notwendigen ärztlichen Anordnungen an die Angehörigen der anderen Berufsgruppen zusteht. Sollte dies in einzelnen Krankenanstalten ausgeschlossen sein (etwa durch entsprechende Anordnungen, die in der jeweiligen Anstaltsordnung enthalten sind), so wären entsprechende Korrekturen vorzunehmen.

Daneben sind die bestehenden Vorschriften über die Mitbestimmung (z.B. nach dem Arbeitsverfassungsgesetz) zu wahren.

IV. Die Probleme des Umfangs und der Notwendigkeit von Spitalsaufenthalten im Zusammenhang mit der Forcierung der Hauskrankenpflege:

Die Expertengruppe hat zu diesem Problemkreis die Situation alter Menschen im stationären, semistationären und extramuralen Bereich untersucht und folgende Verbesserungen sowohl in organisatorischer als auch in personeller Hinsicht für notwendig erachtet.

A) Organisatorischer Bereich:

Bei der stationären Unterbringung soll nicht primär das Alter des Patienten entscheidend sein, sondern der Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf. Ziel der stationären Betreuung im Krankenhaus muß es jedenfalls sein, den Patienten in die Lage zu versetzen, sobald als möglich wieder nach Hause entlassen werden zu können.

Die Betreuung im stationären Bereich sollte in überschaubaren Einheiten und unter Bedachtnahme auf eine ganzheitliche Betreuung, insbesondere auch unter Einbeziehung der psychosozialen Situation, erfolgen. Der Multimorbidität des Patienten muß durch eine multidisziplinäre personelle Ausstattung Rechnung getragen werden.

Bezüglich der medizinischen Betreuung alter Menschen im weiteren Sinn (durch Arzt, Krankenschwester, aber auch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, etc.) muß sichergestellt sein, daß diese Leistungen unabhängig vom Ort der Erbringung quantitativ und qualitativ in gleicher Weise in Anspruch genommen werden können. Derzeit haben alte Menschen nicht immer den gleichen Zugang zur Krankenbehandlung und Rehabilitation wie junge und berufstätige Menschen.

Die ärztliche Behandlung und Betreuung des betagten Patienten können weder in der häuslichen Pflege noch im Krankenhaus voneinander getrennt werden. Sie sind eine Einheit und müssen als solche betrieben werden. Deshalb sind in der stationären, medizinischen

-30-

Betreuung älterer Menschen die Übergänge von Akutabteilung und geriatrisch-rehabilitativen Abteilung zur Abteilung für Kurzzeitpflege, zur Übergangspflege, zum Tagesheim und schließlich zum Pflegeheim fließend zu gestalten. Dazu sollte im stationären Bereich die Kommunikation zwischen den genannten Abteilungen hergestellt und verbessert werden. Anzustreben ist nicht nur die funktionelle Einheit von Akutstation, Rehabilitationsabteilung, Tagesheim und Pflegeheim, sondern am besten ihre Einrichtung innerhalb eines organisatorischen Verbandes eines Krankenhauses. Damit könnte das schriftliche oder telefonische Aviso eines Patienten durch die persönliche Übergabe des Patienten von Arzt zu Arzt und von Pflegepersonal zu Pflegepersonal erfolgen.

Um die Aufwertung eines Teiles der bisherigen Pflegeheime zu ermöglichen, muß ihnen zunächst der Fürsorgestatus genommen werden. Weiters müssen die räumlichen Voraussetzungen zur Wahrung der Intimsphäre und Identität der Pfléglinge geschaffen werden. Darüberhinaus ist das Image der Pflegeheime zu fördern, um sowohl den Vorstellungen der Patienten wie auch dem Berufsbild der Bediensteten Rechnung zu tragen.

Die Regionalisierung der stationären Behandlung und Versorgung besitzt für den betagten Patienten einen ebenso hohen Stellenwert wie die Regionalisierung der ambulanten Betreuung alter Menschen durch die mobilen sozialen Dienste, aber auch durch Übergangspflege und Tagesheim. Sie besitzt für die Betagten, die in der Regel in ihrem Bezirk verwurzelt sind, auch im Hinblick auf eine allfällige verminderte körperliche Mobilität große Bedeutung. Sie erleichtert daneben den Kontakt nicht nur zu den Familienangehörigen, sondern auch zu Freunden und Bekannten, die überwiegend aus derselben Gegend bzw. demselben Bezirk stammen.

-31-

Unter Bedachtnahme auf die Forderung nach Regionalisierung sollten ausreichende Möglichkeiten zur geriatrisch-rehabilitativen Behandlung vorhanden sein. Auch der Ersatz von Akutbetten durch Pflegebetten und die Einrichtung von Tagesheimen soll unter dem Gesichtspunkt der Regionalisierung erfolgen.

Selbst für den verwirrten und desorientierten Patienten ist der Aufenthalt in seinem Heimatbezirk und in seinem Regionalspital der erste Schritt zur Gesundung. Doch selbst wenn eine solche nicht zu erreichen ist, werden Besuche von Verwandten oder Angehörigen im zuständigen Regionalspital eher möglich und in jedem Fall erleichtert.

Da man davon ausgehen kann, daß die meisten Pflegesituationen innerfamiliär bewältigt werden, ist eine systematische Stützung dieser helfenden Angehörigen notwendig, obwohl bzw. gerade deswegen, weil sich diese Hilfe- und Pflegeleistungen nach außen "unsichtbar" abspielen und bei Angehörigen vielfach Skepsis gegenüber solchen Angeboten vorherrscht. Dazu gehört:

(a) Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige. Solche müßten drei Themen behandeln:

- * Aussprache über die zu bewältigende Situation;
- * Information über verschiedene, insbesondere psychogeriatrische Krankheitsbilder;
- * Information über Koordination mit sozialen Dienstleistungen als Entlastung.

(b) Einrichtung von Ferienbetten in geeigneten Einrichtungen, z.B. in Pensionistenheimen, bzw. temporäre soziale Dienstleistungen während desurlaubes. Diese Einrichtungen gibt es im Prinzip, werden aber nicht sehr propagiert;

(c) Schaffung von Tageskliniken und Ausbau von Tageszentren.

(d) Die Basler Versuche, Angehörige in Spitälern bei der Langzeit-

-32-

pflege unter Anleitung vom geschulten Pflegepersonal mitarbeiten zu lassen, sollten unter österreichischen Verhältnissen repliziert werden, um Erfahrungen zu sammeln.

Die Einrichtung von Hospizmodellen und Palliativstationen wäre sowohl finanziell als auch mit begleitender wissenschaftlicher Forschung zu fördern. Für den Einsatz in Hospizen bzw. für die Nachbetreuung (etwa von Tumorpatienten) könnten ehrenamtliche Helfer bzw. Selbsthilfegruppen zur Unterstützung des qualifizierten Pflegepersonals eingebunden werden.

Vorrangiges Ziel ist jedoch im Hinblick auf die Zunahme der Pflegebedürftigkeit in der Altenbevölkerung die Förderung jener Dienste, die eine Betreuung und Pflege alter Menschen - wo immer dies möglich ist - in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung ermöglichen bzw. die Schaffung der entsprechenden Voraussetzungen.

Eine der wesentlichsten Voraussetzungen hierfür ist die Übernahme der Hauskrankenpflege als Pflichtleistung der Sozialversicherung. Weiters sollte die Unterscheidung zwischen "Behandlungs- und Pflegefall", die auch negative "psychologische" Konsequenzen für die Motivation des Pflegepersonals hat, wegfallen.

Eine weitere wesentliche Voraussetzung ist das Vorhandensein und Funktionieren anderer persönlicher Hilfen. Vor allem ist - insbesondere auch in finanzieller Hinsicht - eine entsprechende soziale Betreuung (Essen auf Rädern, Heimhilfe, Familien- und Nachbarschaftshilfe etc.) sicherzustellen. Unbedingt notwendig ist jedenfalls ein koordinierter Einsatz der qualifizierten Hauskrankenpflege mit anderen sozialen Diensten.

Besonders wichtig ist die Erhaltung der eigenen Wohnung während eines notwendig werdenden Aufenthalts in einer teilstationären oder stationären Einrichtung. Ist ein Aufenthalt in privater Umgebung nicht möglich oder von dem betreffenden Menschen vielleicht auch nicht erwünscht, sollten entsprechende "Heime" zur Verfügung

-33-

stehen. In einem solchen Fall ist die Absicht des Patienten, seinen Haushalt aufzulösen, nach Möglichkeit zu unterstützen. Auf jeden Fall muß dem alten Menschen die tatsächliche Entscheidungsfreiheit über seinen Aufenthalt belassen werden.

B) Personalsituation:

Wesentlich erscheint die unbedingte Notwendigkeit der Vermehrung von qualifiziertem Personal in allen Bereichen der stationären Akut- bzw. Rehabilitativbetreuung, aber auch im semistationären Bereich sowie im Rahmen der Betreuung im Wohnbereich oder in "Heimen" (etwa durch eine der Ausbildungsqualität angemessene Entlohnung).

Anforderungen hinsichtlich Quantität und Qualität der verschiedenen Mitglieder des Betreuungsteams sind sowohl für Krankenanstalten (Akutabteilung, geriatrisch-rehabilitative Abteilung) als auch für semistationäre Einrichtungen bzw. ambulante Dienste und auch "Heime" festzulegen. Bei der Berechnung des Pflegepersonalbedarfes sollte - wie im Modell "Schweizer Wegleitung" (vgl. Anhang) - die Pflegeabhängigkeit des Patienten berücksichtigt werden.

Die Besonderheiten der Krankheitsabläufe verlangen eine besondere Ausbildung der Krankenpflegepersonen ebenso wie der Ärzte und der sonstigen im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe im geriatrischen Bereich sowohl in der Grundausbildung als auch in der Fort- und Weiterbildung. Die derzeit bereits im Rahmen der Turnusausbildung zum praktischen Arzt oder Facharzt in den einzelnen Ausbildungskatalogen vorgesehene "Bedachtnahme auf geriatrische Probleme" wäre daher zu intensivieren und müßte auch in der Fort- und Weiterbildung Eingang finden. Darüberhinaus wäre eine praktische Ausbildung in Pflegeanstalten für chronisch Kranke erforderlich. Dies gilt analog für die Ausbildung der Krankenpflegepersonen und

-34-

der sonst im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe. Weiters ist die Ausbildung sowie die Fort- und Weiterbildung vor allem auch in psychosozialer Hinsicht zu verbessern und vermehrt anzubieten.

Angehörige des Sanitätshilfsdienstes müssen unter Anleitung des diplomierten Personals stehen (vgl. dazu S. 10 unten und S. 11 oben). Für die Sanitätshilfsdienste wird eine theoretische und praktische Ausbildung vor dem Einsatz am Krankenbett für notwendig erachtet.

Die Tätigkeitsbereiche der einzelnen Mitglieder des Betreuungsteams sind möglichst klar festzulegen und abzugrenzen. Teamarbeit einschließlich Supervision ist durch entsprechende organisatorische Maßnahmen regelmäßig zu fördern, auf Führungsstrukturen kann dabei nicht verzichtet werden.

In der ambulanten Betreuung alter Menschen dürfen krankpflegerische Tätigkeiten nur von diplomierten Pflegepersonen durchgeführt werden. Für die Hauskrankenpflege muß der Grundsatz gelten, daß eine in diesem Bereich tätige Krankenpflegeperson zumindest genauso kompetent sein soll wie eine im stationären Bereich Tätige.

Im Rahmen der Hauskrankenpflege sollte der Patient von seinem Hausarzt und einer diplomierten Krankenpflegeperson besucht und gemeinsam die medizinischen und pflegerischen Notwendigkeiten festgelegt werden.

Die in ambulanten sozialen Hilfsdiensten in der Altenbetreuung Tätigen sollten über die erforderlichen medizinischen und psychologischen Kenntnisse verfügen, um den Arzt bzw. die diplomierte Krankenschwester/pfleger - sofern dies notwendig ist - verständigen zu können.

V. Die Frage der Autonomie der einzelnen Spitäler:

A) Definition von Zielen der Krankenanstalten:

Grundsätzlich soll sich jede Tätigkeit in einem Betrieb an dessen Zielen orientieren. Nach der Zielkonzeption lassen sich Betriebe grundsätzlich in zwei Gruppen einteilen, in erwerbs- und bedarfswirtschaftliche Betriebe.

Im erwerbswirtschaftlichen Betrieb stellt die Erzielung von Gewinn oder Einkommen im Regelfall das oberste betriebliche Ziel dar. Beim bedarfswirtschaftlichen Betrieb ist das Hauptziel die Deckung eines kollektiven Bedarfes. Außer einer in Bezug auf die Bettenanzahl relativ kleinen Gruppe von privaten, nicht öffentlichen Krankenanstalten, die nach erwerbswirtschaftlichen Kriterien geführt wird, sind die österreichischen Krankenanstalten zum Überwiegenden Teil in den bedarfswirtschaftlichen Bereich einzuordnen.

Beim erwerbswirtschaftlichen Betrieb gehört die Definition der konkreten betrieblichen Zielsetzung zu den wichtigsten Aufgaben der Betriebsführung, genauso wie die Festlegung der Betriebspolitik, d.h. der "Marschroute", die durch den Betrieb einzuschlagen ist, um die gesteckten Ziele zu erreichen.

Zweifellos hat die Definition von Zielen bei Krankenhäusern des bedarfswirtschaftlichen Bereiches nicht mindere Bedeutung. Auch hier sollte der Grad der Zielerreichung ein Beurteilungskriterium für den Erfolg der Betriebsführung darstellen.

Die Leistungen des Krankenhauses haben unter Beachtung der humanitären und ethischen Grundforderungen zum Wohl des Patienten und zur Abdeckung der Bedürfnisse des Patienten zu erfolgen. Das bedarfswirtschaftliche Krankenhaus hat dabei im Rahmen der genannten Grundforderungen die Bedarfsdeckung seines Einzugsbereiches mit

-36-

jenen Leistungen der Gesundheitsversorgung, die in qualitativ gleicher Weise nicht von anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens erbracht werden können, sicherzustellen.

Das Oberziel der Bedarfsdeckung ist unter wirtschaftlichen Bedingungen zu erbringen.

B) Schwachstellenanalyse

Eine Analyse der heutigen Situation der österreichischen Krankenanstalten zeigt eine Reihe von Schwachstellen auf:

1. Krankenhäuser werden häufig als ein Teil der öffentlichen Verwaltung und nicht als Betrieb gesehen. Dies führt dazu, daß Krankenanstalten "verwaltet" und nicht "geführt" werden. Die Führung des Krankenhauses als komplexer hochsensibler Dienstleistungsbetrieb verlangt kurzfristige Entscheidungen, die durch unzureichende Kompetenzen bisher selbst oft nicht möglich sind. Viele Entscheidungen fallen vielmehr durch betriebsferne Organe der Rechtsträger, bei denen das Verständnis für konkrete betriebliche Zusammenhänge fehlt. Dies führt auch dazu, daß Rationalisierungsmöglichkeiten, z.B. die Ausgliederung von Leistungen, gemeinsame Nutzung von Geräten, etc., meist nicht ausreichend geprüft oder genutzt werden können.

2. Dem Personalbereich des Dienstleistungsbetriebes Krankenhaus kommt in vielfacher Weise, insbesondere hinsichtlich der Qualität der erbrachten Leistungen, besondere Bedeutung zu. Dieser Bereich entzieht sich aber häufig den Entscheidungen der Krankenhausführung. Personalentscheidungen sind im Regelfall den Organen des Rechtsträgers vorbehalten. Die Krankenhausleitung hat meist geringe Mitsprachemöglichkeiten bei Personaleinstellungen, was oft zu schlechter Personalqualität führt und zu Problemen mit der Effizienz der eingesetzten Mittel.

-37-

3. Motivierende Faktoren für das Personal fehlen häufig. Belohnungen sind meist ebensowenig üblich wie Sanktionen. Das Leistungsprinzip fehlt als betrieblicher Steuerungsfaktor weitgehend.

4. Eine qualifizierte Krankenhausführung ist nur möglich, wenn die Führungsorgane Führungswissen und Führungsqualitäten aufweisen. Besetzungen mit qualifizierten, entsprechend ausgebildeten Führungskräften scheitern häufig am Gehaltsschema des öffentlichen Bereiches oder an Einstufungsproblemen im Zusammenhang mit Hierarchien zwischen Trägern und Krankenanstalten.

Findet man im wirtschaftlichen Bereich der Spitäler immer häufiger betriebswirtschaftlich ausgebildete und mit dem notwendigen Führungswissen ausgestattete Führungskräfte, so bestehen in den anderen Bereichen der Kollegialen Führung der Spitäler in dieser Beziehung zum Teil noch große Probleme. Vor allem die ärztliche Leitung ist hier anzuführen. Ärztliche Leiter von Krankenanstalten, meist in ihrer medizinisch-fachlichen Qualifikation unbestritten, weisen in den seltensten Fällen Führungswissen oder zumindest eine betriebswirtschaftliche Basisbildung auf. Die meist nebenberuflich wahrgenommene Funktion des ärztlichen Direktors verhindert eine effiziente Übernahme der Führungsaufgabe.

5. Schwachstellen findet man auch im Bereich der Investitionen sowie beim Einkauf von Gebrauchs- und Verbrauchsgütern. Auch hier sind Entscheidungen häufig dem Rechtsträger vorbehalten. Starre Vorschriften im öffentlichen Bereich verzögern Entscheidungen und führen zu Unwirtschaftlichkeit. Wertgrenzen, jenseits derer der Rechtsträger entscheidet, sind häufig sehr niedrig angesetzt, was zur Verkomplizierung von Abläufen führt. Oft werden betriebsferne Einkaufsabteilungen beim Rechtsträger tätig, die nicht immer die Notwendigkeit des Betriebes zu erkennen vermögen.

-38-

Veraltete Budgetvorschriften führen dazu, daß Apparate und Gegenstände angekauft werden, die nicht notwendig sind, führen aber auch dazu, daß Ausgaben getätigt werden, um Budgetansätze auszuschöpfen, bzw. Mittel zu verbrauchen, da sie nicht in andere Abrechnungsperioden übertragen werden können (vgl. dazu auch den "Offenen Brief" in der Österr. Krankenhaus-Zeitung 1989, S. 402).

C) Überwindungsstrategien:

1. Ein klares und eindeutiges auf das Gesundheitswesen abgestimmtes Zielsystem ist für Krankenhäuser zu schaffen, an dem sich die betrieblichen Entscheidungen orientieren können.

2. Kompetenzen zwischen Träger und Krankenhaus müssen eindeutig abgegrenzt werden. Die Krankenhausführung ist mit entsprechenden Kompetenzen auszustatten. Strategische Entscheidungen sollten dem Rechtsträger vorbehalten bleiben. Operative und taktische Entscheidungen sind von der Krankenhausführung zu treffen, weil dafür Detailkenntnis erforderlich ist, die sich wieder positiv auf die Entscheidungsqualität auswirkt. Entscheidungen können dadurch auch rascher entsprechend der Notwendigkeiten des Krankenhausbetriebes getroffen werden.

Nach Möglichkeit sollte eine organisatorische und wirtschaftliche Verselbständigung von Krankenhäusern erfolgen.

3. Zwischen Kompetenz und Verantwortung der Krankenhausführung ist Übereinstimmung herzustellen.

4. Neben der für die wirtschaftlichen Angelegenheiten verantwortlichen Person (Verwaltungsdirektor/in) sind auch der ärztliche Leiter (ärztlicher Direktor/in) der Krankenanstalt und der Leiter des Pflegedienstes (Pflegedirektor/in) voll in die wirtschaftliche Gesamtverantwortung für das Krankenhaus

-39-

miteinzubeziehen. Damit wird erreicht, daß sich diese mit Fragen der Wirtschaftlichkeit identifizieren und Forderungen nur nach Abstimmung mit den finanziellen Möglichkeiten stellen.

Im Hinblick auf die umfassende Aufgabenstellung der für den Pflegedienst verantwortlichen Person sollte die Funktion des verantwortlichen Leiters (Oberin) des Pflegedienstes stets hauptamtlich ausgeübt werden. Darüber hinaus sollte aber auch bei bestimmten Krankenanstalten die Funktion des verantwortlichen ärztlichen Leiters hauptamtlich wahrgenommen werden. Ausschlaggebend werden hierfür beispielsweise Art und Funktion der Krankenanstalt oder ihre Größe nach der Zahl der vorhandenen Betten sein.

5. Die Organisation der Betriebsführung soll so erfolgen, daß Mitarbeiter auch Mitgestaltungsmöglichkeiten haben und nicht nur Ausführende sind.

6. Anreize materieller oder ideeller Art sollten bereitgestellt werden, um auch im bedarfswirtschaftlichen Krankenhaus des öffentlich-rechtlichen Bereiches beim Personal wirtschaftlichen Verhalten zu fördern. Daneben sollten aber auch die für ein positives Arbeitsklima erforderlichen Sozial- und Humanleistungen nicht durch ein allzu starres und striktes System unmöglich gemacht werden.

7. Führungskräfte im Krankenhaus sollten in Zukunft in erster Linie aufgrund ihrer Führungsfähigkeiten bestellt werden. Für die entsprechende Aus- und Weiterbildung ist zu sorgen.

8. Was für die Führungskräfte gilt, sollte im weiteren auch für das übrige Personal gelten. Personalbesetzungen sollten nur aufgrund der für die Aufgaben notwendigen Qualifikationen erfolgen. Fortbildungsmöglichkeiten müssen angeboten werden.

-40-

9. Eine Neuregelung der Spitalsfinanzierung erscheint dringend notwendig. Das heutige System sollte durch ein leistungsbezogenes ersetzt werden, das Anreize für betrieblich sinnvolles Verhalten bietet.

D) Idealtypische Krankenhausführung und Organisation:

Das moderne Krankenhaus ist ein Betrieb, dessen Aufgabenstellung einen hohen Grad an Eigenverantwortung erfordert und dessen Ablauf in den verschiedenen Bereichen nicht so vom Träger vorgegeben werden kann wie im bürokratischen Bereich der Hoheitsverwaltung. Eigenverantwortung und Eigendynamik verlangen ein besonderes Maß an organisatorischer und wirtschaftlicher Eigenständigkeit, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben optimal und rationell erfüllen soll. Dies aber unabhängig von der Rechtsform des Krankenhauses.

Die Betriebsführung sollte damit den Organen der Krankenhausführung vollverantwortlich überlassen werden. Die Krankenhausführung ist in den betrieblichen Entscheidungen im Rahmen des vorgegebenen Versorgungsauftrages autonom. Im Detail sind der Krankenhausleitung folgende Kompetenzen eigenständig zu übertragen:

1. Planung, Organisation und Kontrolle im Behandlungs-, Pflege- und Versorgungsbereich innerhalb der vom Träger festgelegten Ziele.

2. Personalmanagement im Rahmen einer mittel- und langfristigen Personalplanung sowie auf Basis des durch den Träger beschlossenen Dienstpostenplanes.

3. Vermögens- und Sachverwaltung im Rahmen des durch den Rechtsträger vorgegebenen Budgetrahmens.

-41-

4. Finanzgebarung innerhalb des vom Rechtsträger vorgegebenen Budgets.

5. Public Relations.

Dem Rechtsträger kommen in diesem Modell folgende Funktionen zu:

1. Grundsatzentscheidungen über Zielsetzung in Bezug auf Diagnostik, Therapie und Pflege.

2. Grundsatzentscheidungen über die bauliche und technische Infrastruktur.

3. Grundsatzentscheidungen über die Betriebsorganisation, d.h., die Aufbau- und Ablauforganisation in Diagnostik, Therapie, Pflege, Versorgung, Verwaltung, Informations- und Rechnungswesen. Der Kompetenzverteilung innerhalb der Anstaltsleitung kommt dabei vorrangige Bedeutung zu.

4. Grundsatzentscheidungen im Personalwesen, die mittel- und langfristige Personalplanung, d.h. Besetzung der Krankenhausleitung, der Primariate, Genehmigung des Stellenplanes.

5. Grundsatzentscheidungen im Bereich der Investitionen, im Bereich des Finanzwesens durch Beschluß eines Budgets.

6. Kontrolle der Krankenhausleitung in Form von Dienstaufsicht und Erfolgskontrolle, Kontrolle auf Einhaltung der Grundsatzentscheidungen, des Stellenplanes, des Budgets, der Einhaltung des Versorgungsauftrages.

Damit sind strategische Entscheidungen beim Rechtsträger, der damit die langfristige Entwicklung des Krankenhauses steuern kann. Taktische und operative Entscheidungen liegen voll verantwortlich bei der Betriebsführung des Krankenhauses und

-42-

ermöglichen das aufgrund der Besonderheiten von Krankenhausbetrieben rasche Reagieren, sichern aber aufgrund des vorhandenen betrieblichen Wissens auch die Qualität der Entscheidung.

VI. Die Stellung der alten Menschen in unserer Gesellschaft

A. Die gesellschaftliche Stellung der Alten kann nur als steter Wandlungsprozeß gesehen werden; sie ist niemals eindeutig und einheitlich, sondern auch geschichtlich voller innerer Spannungen und Widersprüche. Es werden daher für den begrenzten Bereich hochentwickelter Industriegesellschaften Tendenzen benannt, die einer Abwertung und Aufwertung des Altenstatus förderlich sind. Eine genaue Beschreibung und Darstellung wird aufgrund einer vom Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank geförderten Untersuchung erarbeitet, deren erste Ergebnisse für Österreich bereits vorliegen. *)

Zuerst werden die Tendenzen, die in hochentwickelten Industriegesellschaften auf eine Abwertung des gesellschaftlichen Altenstatus hindrängen, sodann solche, die einer Aufwertung förderlich sind, benannt.

*) Leopold Rosenmayr, Älterwerden. Erleben, Gestalten, Ertragen (Gerontologische Untersuchungen zu existentiellen Entscheidungen). Wien: Atelier Verlag 1989.

1. Tendenzen der Abwertung des Altenstatus

1.1 De-Institutionalisierung der Familie und Singularisierung

Die Selbstverständlichkeit der Stützung Älterer durch Familienmitglieder schwächt sich ab. Die Kritik an institutionalisierten Beziehungen zwischen den Geschlechtern und Generationen in der Familie nimmt zu und damit auch das In-Frage-Stellen von vor allem langdauernder Betreuung und Pflege durch die Familie.

Die Steigerung der Ansprüche auf psychische "Bedürfnisbefriedigung" führt schon in der Jugend und im mittleren Alter zu erhöhter Wandlungs- und Trennungsbereitschaft. So entsteht gesellschaftliche Unsicherheit in den persönlichen und privaten Beziehungen. Die Wertunsicherheit durch ideologisch-gesellschaftlichen Pluralismus begünstigt Bindungsfestigkeit nicht. Dies führt zu weiterer Verknappung familiärer Ressourcen für die Älteren. Dazu kommen Tendenzen der Singularisierung, der gesellschaftlich legitimierten und bis in die Konsumstrukturen z.T. sogar begünstigten Vereinzelung (Haushaltsmaschinen, Zulieferung, Supermärkte und Dienste verschiedener Art ermöglichen stärker Einzel-Personen-Haushalte auch für Alte). Singularisierung wirkt nicht solidaritätsfördernd oder -herausfordernd.

1.1.1 Innovationsdynamik und soziale "Veraltung"

Die Innovationsdynamik, vor allem auf den Gebieten des Informationswesens und der Technologie, trägt in verschiedenen beruflichen Sparten, aber auch im Alltag, insgesamt dazu bei, daß wer nicht umlernt und neu zulernt, kulturell "veraltet", d.h. in verschiedenen Lebensvollzügen nur mehr teilweise mitwirkungsfähig ist. Traditionalismus im Verhalten hilft

-44-

nicht weiter, die Berufung auf Traditionen läuft Gefahr, denjenigen zu entwerten, der sich stark auf sie stützt und beruft.

1.1.2 Idol "Jugendlichkeit"

Auf fast allen Gebieten körperlicher Leistung und Selbstdarstellung setzen weiterhin die Werte, die von Phasen der Jugendlichkeit abgeleitet sind, den Maßstab. Die Ästhetik - je mehr sie mit Erotik verknüpft ist, umso intensiver - ist so gut wie vollends auf Jugendlichkeit abgestimmt. Eine Allianz aus Technologie und Alltags-Ästhetik baut Hürden gegen die Aufwertung höheren Alters. Die teilweise aufwertenden Bemühungen um körperliche Agilität und "Fitness" bei den Älteren tendieren dazu, das Idol der Jugendlichkeit zu verstärken, statt eine eigene altersbejahende Grundeinstellung zu finden. Worin liegt eine gesellschaftlich und individuell tragfähige, "altersbejahende" Grundeinstellung? In welcher Form von Verzicht? Ist überhaupt "Verzicht" oder ist nicht eher Einschränkung auf Grund von irreversiblen Entwicklungen die angemessene Reaktion? Je weniger die Alten sich einschränken, ein ihrem Lebenszustand angemessenes, nicht-resignatives Verhalten finden, desto weniger werden sie sich dem Strom der Abwertung widersetzen können.

2. Tendenzen der Aufwertung des Altenstatus

Durch die Verlängerung der durchschnittlichen Schulbildung und Berufsvorbildung einerseits und der Pensionierungsphase andererseits, also der Zeiten vor und nach der Berufsarbeit, entstehen ökonomisch-gesellschaftliche Gewichtsverlagerungen.

-45-

2.1 Umgewichtungen vom Berufsstatus auf den Freizeitstatus

Einstellungen hinsichtlich der (Berufs)-Arbeit ändern sich, indem z.B. die Zentralität der Berufsarbeit im Lebenslauf eingeschränkt wird. Interessenfokus und Status werden in abnehmendem Maße durch Berufsarbeit definiert.

Nicht-im-Beruf-Sein ist heute weniger ein Makel als in Sozial- und Kulturepochen, da der Beruf der vorwiegende Status-Zuweiser war. Die Verbindungen zwischen Glückserwartung einerseits, Beruf und Leistung andererseits werden allgemein entscheidend gelockert.

Die zunehmende Lebenserfüllung außerhalb des Berufes erhöht die soziale Akzeptanz der Nicht-Berufstätigen. Gelebte Standards von Freizeit und Konsum beginnen die Berufsqualifikation als gesellschaftlichen Maßstab zu überholen. Die soziale Geltung macht sich in abnehmendem Maße am Beruf, eher an der "conspicuous consumption" fest. Wer Geld ausgeben kann und dies sichtbar, zählt, wer etwas erwirbt, zählt nur dann, wenn dies deutlich (finanziell) sichtbar wird.

Durch die stärkere Gewichtung anderer als beruflicher Aktivitäten im gesamten Lebenszusammenhang dürfte der Übergang vom Beruf in die Pension sozialpsychologisch erleichtert werden. Neuere Studien zeigen, daß ein beträchtlicher Anteil von Älteren neue "konviviale" Aktivitäten aufzugreifen, bzw. im Leben bereits erprobte "persönlichkeitsnahe" Tätigkeiten auszuführen im Stande ist. Die Abwertung nachberuflichen Lebens wird dadurch abgeschwächt. Dies sollte aber nicht dazu verleiten, ältere Menschen frühzeitig aus dem Berufsleben hinauszudrängen.

2.2 Schützen und Bewahren als "neue Werte" im ökologischen Bezug - Vorreiter von Umwertung in Humanbeziehungen zu den Alten?

-46-

Der Vorstellungskreis des Schützens und Bewahrens, der durch die ökologische Bewegung in das politische System eingebracht wurde, dürfte den Alten zugute kommen, wenngleich dies theoretisch und politisch noch zu wenig zur Geltung kommt. Historisch war Makrobiotik (sowohl in der klassischen chinesischen Kultur, die sich auf den Taoismus stützte, als auch in Ansätzen europäischer Romantik) sowohl die Kenntnis der Rückführung des Lebens auf naturnahe Lebensweisen als auch Weisheit zur steten verbessernden Entwicklung des Lebens.

Das Ideal der Reinerhaltung von Wasser und Luft und die Baum- und Tierliebe werden vorderhand im politischen Kampf leichter akzeptiert als die Anerkennung geschaffener Werte durch frühere Generationen oder gar Schutz und Bewahren schwieriger, "pflegeaufwendiger" alter Menschen. Trotzdem scheint sich der Gedanke des Schützens auch außerhalb streng konservativer Grundhaltungen stärker durchzusetzen.

Soziale Anerkennung des Schutzes könnte künftig auch eine Erweiterung der Toleranz gegenüber sozialen und ökonomischen Randsituationen und Randstellungen bringen. Vermutlich wird sich dies als soziale Aufwertung der Alten auswirken. Bahnt sich trotz Weiterbestehens eines Technologie- und Jugendkultes eine sozial nicht ganz unbedeutende Akzeptanz von Schwachheit an und damit ein verstärktes Eingehen auf die Alten? Bei biologisch-psychischer Schwäche, aber bei potentieller Stärke durch Wissenskomplexität (nicht einfach Häufung von Wissen!) und Entscheidungsstärke, könnten die "neuen Alten" gesellschaftlich stützend und entlastend wirken.

2.3 Komplexe Vernunft und Beratungsfähigkeit als Formen von "Altersweisheit"

-47-

Die zunehmende Kritik der auf instrumentelles Denken beschränkten Rationalität begünstigt komplexe Vernunftformen. Diese aber tolerieren ein hohes Maß von innerer Spannung und wechselseitiger Relativierung einzelner Einsichtskomponenten.

Eine komplexe Vernunft kennt andere Wachstums- und Entfaltungsmomente als jene, die vor allem den Wandel von Informatik und Technologie beflügelt. Die komplexe Vernunft schließt Denkweisen und Inhalte ein, die auf individuell (oder in Gruppen gemeinsam) erworbener Lebenserfahrung beruhen.

Als Beratungswissen z.B. für Krisensituationen, vermag komplexe Vernunft überall dort wirksam zu werden, wo lebendige Beziehungen Voraussetzung für ihre Verwendung sind. Die zu erwartende gesellschaftliche Aufwertung der "komplexen Vernunft" darf als Begünstigung des Altenstatus gesehen werden. Der ältere Mensch erscheint in seinem, ihn besonders auszeichnenden Wissen, nicht mehr auf allen Bahnen des Vergleichs mit den jüngeren Generationen als "überholt". Können die alten Menschen sich so als "Generalisten" spezialisieren?

Alte Menschen vermitteln eher Merkzeichen für die Erduldung und zum Teil für die Versöhnung von Widersprüchen im Dasein. Werden die Grenzen der Steuerbarkeit von Leben und Biographie bewußt, gewinnen so die integrativen Kapazitäten gegenüber Widersprüchlichem und Ungelöstem und gegenüber verbleibendem Leid an Ansehen und Wert.

2.4 Revisionskapazität und "späte Freiheit" geben dem Alter innere Lebendigkeit

Der menschliche Lebenslauf bietet Chancen der Realisierung von mehreren, voneinander verschiedenen Selbstbildern. Spielräume "später Freiheit" begünstigen die Zubilligung einer multiplen Persönlichkeitskonstellation an sich selbst und

-48-

andere. Wandlung verliert so traumatische (Neben-) Wirkungen. Dies verbessert die Voraussetzungen für eine erhöhte Ausschöpfung von Kapazitätsreserven.

Auch wird sich in den kommenden Jahrzehnten die gesellschaftlich-kulturelle Toleranz gegenüber Positionswechseln, "Rücknahmen" und Änderungen erhöhen, was den sozialen und moralischen Spielraum im Alter vermutlich erweitern wird.

Änderungsfähige ältere Menschen, die ihre Verantwortung nicht gleichgültig verkommen lassen, andererseits aber nicht an der eigenen Strenge sich selbst gegenüber und den Tendenzen der Selbstbestrafung durch neurotische Überich-Strukturen scheitern, tragen zur gesellschaftlichen Aufwertung des Altersstatus bei.

B. Viele Untersuchungen in Soziologie, Psychologie, Politologie oder Meinungsforschung werden als punktuelle, als Studien von Einstellungen zu einem bestimmten Zeitpunkt, geplant und als solche abgeschlossen. In dieser Hinsicht sollte eine wichtige Änderung bei der theoretischen Konzeption und der Ausarbeitung von Untersuchungen und Erhebungsinstrumenten eintreten und so vorgegangen werden, daß eine spätere Wiederholung von zumindest einigen Elementen der Untersuchung bei identischen Personen möglich wird. So könnten sich dann Gleichbleiben und Veränderungen lebenszyklischer und generationsspezifischer Art ermitteln lassen. Eine solche spätere Untersuchung vermag nämlich zu zeigen, wie sich das Bild vom Alter einerseits mit dem eigenen Alter (lebenszyklisch) wandelt und wie andererseits neue Generationen durch veränderte Lebensgewohnheiten auf ihr Älterwerden geschichtlich anders Einfluß nehmen und sich darin von früheren (heute Älteren) Generationen unterscheiden.

-49-

Studien sollten daher so angelegt werden, daß eine spätere Fortführung im Sinne von Längsschnittuntersuchungen (Longitudinalstudien) prinzipiell möglich wird. In der Lebenslauf- und Altersforschung haben solche Longitudinaluntersuchungen im Ausland in den letzten Jahrzehnten wertvolle Ergebnisse erbracht. Bei künftigen Ansätzen größerer Projekte der Altersforschung (und nicht nur dieser) sollte in Österreich auf die Möglichkeit späterer Fortführung zu Vergleichszwecken Bedacht genommen werden.

Ein "Bericht über die Lage alter Menschen in Österreich" sollte in periodischen Abständen in Auftrag gegeben werden, um ihn der neuen, an diesem Problemkreis arbeitenden Generation von Wissenschaftern, anzuvertrauen.

Unbedingt notwendig ist eine verstärkte kurz- und langfristige Altersforschung. Diese muß denselben Stellenwert wie etwa die medizinische Forschung erhalten.

VII. Ethische Probleme

Alle Bemühungen, älteren, kranken und sterbenden Menschen in unserer Gesellschaft bessere Lebensbedingungen zu schaffen, müssen sich von ethischen Grundsätzen leiten lassen. In diesen werden Zielvorstellungen für eine ganzheitliche Humanisierung des Lebens in Sollensaussagen aufgeschlüsselt.

A) Prinzip Person

Zur Bewältigung des menschlichen Lebens gehört in erster Linie dessen Annehmen in allen seinen Facetten und Phasen. Zu diesem Leben gehören auch Krankheit, Alter, Leiden und Sterben. In unserer Gesellschaft werden solche Erfahrungen aber weithin ausgeblendet. Der Mensch wird wesentlich über Lei-

-50-

stung, Erfolg, Kraft und Gesundheit definiert. Dieser Bewußtseins- und Verdrängungsvorgang führt zu einer halbierten Sichtweise des Menschen. Auf diese Weise kann das Leben nicht gelingen.

Zum Glücken des Lebens gehört auch wesentlich die grundsätzlich gleiche Achtung der Würde eines jeden Menschen, die gebietet, ihn immer auch um seiner selbst willen zu achten und ihn niemals bloß anderen Interessen zu unterwerfen; denn ein Leben kann nicht gelingen ohne Bezug auf das Leben des anderen, auch und gerade wenn dieser Mitmensch krank, hilfsbedürftig oder alt ist und keine "Leistung" mehr erbringt.

Die Behandlung und Pflege sehr alter und/oder geistig und körperlich schwer behinderter und/oder unheilbar kranker Menschen verlangt nicht nur hohen Einsatz an Wissen und technischen Möglichkeiten, sondern auch die Fähigkeit zur Zuwendung aus sittlich guter und tragfähiger Motivation. Wenn es nicht gelingt, dieser gesellschaftlichen Tendenz der Verdrängung von Alter, Leiden und Sterben bereits bei der Jugend gegenzusteuern, bleiben Reformbemühungen vermutlich wenig wirksam. Maßnahmen, die Voraussetzungen dafür schaffen, alte und junge Menschen zusammenzubringen sowie junge Menschen in kompetenter Weise an der Pflege Alter und Sterbender zu beteiligen, dienen diesem Ziel.

Dem gesellschaftlichen Trend zur Versachlichung im Umgang mit alten, kranken und sterbenden Menschen und in diesem Sinn zu einer gewissen Entpersonalisierung sollte auf diese Weise begegnet werden. Es zählt ja weiterhin nur das, was wir machen können, wir werden zunehmend hilfslos gegenüber dem, was schicksalhaft über uns kommt. Wenn medizinisch bei Sterbenden nichts mehr zu machen ist, bleibt der Sterbende weitgehend allein, wo kein "Erfolg" mehr zu erzielen ist, ziehen sich die Behandelnden und die Angehörigen vielfach zurück. Die Gelegenheit zur Sterbebegleitung durch Angehörige oder sonst

-51-

nahestehende Menschen sollte im Krankenhaus auch organisatorisch vorgesehen werden. Da der Tod auf vielfältige Weise seine Vorboten mitten im Leben vorausschickt, bedarf es einer Auseinandersetzung mit dem Sterben bereits mitten im Leben.

Die Fortschritte der modernen Medizin haben bewundernswerte Möglichkeiten der Lebensrettung und Lebensverlängerung geschaffen. Früher nicht bekannte Entscheidungssituationen aber werfen nicht selten die Frage auf: Soll und darf die Medizin in jedem Fall alles, was sie kann? Das Sterben des Menschen rückt immer mehr in die Perspektive der Verfügbarkeit. Viele Menschen haben Angst, durch den Einsatz der Intensivmedizin an einem menschenwürdigen Sterben gehindert zu werden. Bisweilen kann der Verzicht auf eine oder das Absetzen einer nur mehr das biologische Leben erhaltende Maßnahme ethisch vertreten werden, gerade um den Menschen in gemeinsamer Ergebung in Würde sterben zu lassen. Der Bereitschaft, im Sterben das Leben unwiderruflich zu lassen, steht der Trend der Verfügbarkeit und Machbarkeit in unserer Gesellschaft entgegen. Der Tod aber widersteht dieser Leitidee.

Es besteht die Gefahr, daß immer mehr Menschen im Sog dieses Trends durch Selbsttötung oder Verlangen nach Tötung ihrem Sterben sozusagen zuvorkommen wollen, wenn sie schon keine Herrschaft über den Tod erringen können. Abgesehen davon, daß bei der schwer durchschaubaren Vielschichtigkeit menschlichen Wünschens der Sinn eines solchen Verlangens unsicher bleibt und unabsehbares Mißtrauen in die pflegenden Berufe die Folge wäre, wäre eine solche aktiv tödliche Verfügung über den Menschen zutiefst inhuman. Eine Tötung auf Verlangen würde den Menschen nämlich daran hindern, seine letzte wichtige Lebensaufgabe wahrzunehmen, sich vielleicht erstmals mit dem zurückliegenden Leben zu versöhnen, dieses als Ganzes anzunehmen und in gelöster Weise zu sterben. Wer um diese Aufgabe weiß, auch das Sterben ethisch zu bestehen, wird dem da und dort hörbaren Slogan von "Tötung aus Mitleid", der in der

-52-

Geschichte schon zu den von gesellschaftlichen Gruppen verordneten Massenmorden an Behinderten und Alten geführt hat, entschieden und unbedingt widerstehen. Vom Mitleid, in dem die eigene Angst vor dem Leiden und Sterben durch Verschiebung auf den Patienten abgewehrt wird, ist das auf die Person des leidenden Mitmenschen bezogene Mitleiden durch hilfreiche und einfühlsame Begleitung gut zu unterscheiden. Der Wunsch nach Tötung ist ja meist ein Hilferuf und nicht selten ein Zeichen einer gestörten Beziehung zur Mitwelt. Reife ~~mit~~menschliche Zuwendung macht einen solchen Wunsch unnötig.

Wir leben heute länger und wir sterben länger. Wir haben deshalb die Aufgabe, uns auf unser längeres Leben einzustellen, unser Dasein vom Ende her zu planen. Unsere gesamte Gesellschaft steht vor der Notwendigkeit, Hilfen bereit zu stellen, die verlängerte Lebensspanne mit Sinn und Aufgaben zu erfüllen. Unserem Leben sind zusätzliche Jahre gegeben, wir müssen nun diesen Jahren Leben geben.

Jeder Mensch stirbt in einer bestimmten Weise unvollendet. Dieses Leben unwiderruflich hingeben zu müssen stellt den Sterbenden aber vor die Frage, worauf und worauf hin er gelebt hat. Es stirbt wohl kaum einer ohne irgendeine Hoffnung. Die damit angesprochene religiöse Dimension gehört zum vollen und ganzen Menschsein, sowohl in individueller wie menschheitlicher Sicht. Eine um volle Menschlichkeit bemühte Sorge um kranke, alte und sterbende Menschen sollte in umfassender Weise auch dieser sinnstiftenden Dimension Rechnung tragen. Für die Sterbenden stellt sich diese Frage ebenso wie im Blick auf die Motivation der heilenden und pflegenden Berufe. Die chronische psychische Dauerbelastung bei dem Personal, erst recht auf Stationen mit Langzeitkranken, erfordert eine solide Persönlichkeitsbildung, die nicht allein durch eher technisch-handwerkliche oder naturwissenschaftliche Ausbildungsvorgänge abgedeckt werden kann.

-53-

Altsein und Kranksein dürfen nicht von vornherein gleichgesetzt werden. Alte Menschen sollen nach Maßgabe ihrer Möglichkeiten auch aktiv an gesellschaftlichen Aufgaben beteiligt werden. Werden sie aber krank oder hilfsbedürftig, dann haben sie den Anspruch auf qualitativ gleiche Behandlung und Rehabilitation wie junge und berufstätige Menschen.

B) Prinzip Qualität

Das mögliche "Mehr" an Wissen und Können bedingt nicht automatisch ein "Mehr" an Menschlichkeit. Technische Hochmedizin und qualifizierte Pflege müssen menschlich und kommunikativ sein. Das bedeutet auch, daß die Pflege ausbildungsmäßig verbessert werden muß.

Zu einer guten fachlichen Ausbildung der heilenden und pflegenden Berufe sollte die Bildung zur Teamfähigkeit und kommunikativen Kompetenz sowie eine verstärkte Orientierung in ethischen und religiösen Fragen auch im Sinne von Toleranz gegenüber Minderheiten hinzukommen. Da dies für das berufliche Ethos von Bedeutung ist, wird - unabhängig von dem durch die geforderte Integration der Ausbildung in der Krankenpflege in das österreichische Schulwesen bereits bestehenden Religionsunterricht - die Einführung eines entsprechenden Unterrichtsfaches für alle Formen der Krankenpflegeausbildung gefordert, das allerdings nicht konfessionell ausgerichtet ist. Zur Besorgung des Unterrichtes sind die Religionsgemeinschaften heranzuziehen (seitens der Bischofskonferenz liegt bereits ein Lehrplanentwurf vor). Im Rahmen der Ausbildung soll das Pflegepersonal die Aufgaben des Spitalseelsorgers und die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Spitalseelsorger und Pflegepersonal kennenlernen, für die religiösen Anliegen des Patienten sensibilisiert werden und über die besonderen Dienste der Kirchen Bescheid wissen.

-54-

Interdisziplinäre Forschungen über die Stellung der Alten und Sterbenden in unserer Gesellschaft sind dringend nötig.

In der Ausübung ihres Berufes sind alle Berufsgruppen vor Überbeanspruchung zu schützen und ihr Einsatz so zu organisieren, daß ausreichend Zeit für das Gespräch im therapeutischen Team und mit dem Patienten bleibt. Regelmäßige Teambesprechungen der verschiedenen Berufe können den Informationsfluß, das fachliche Können, die Motivation und die Kooperation verbessern und so jenes Vertrauen schaffen, ohne das weder dem Patienten menschlich gedient noch Arbeitszufriedenheit erreicht werden kann. Je mehr Vertrauen und Ethos, desto weniger Kontrolle ist nötig.

Die Kommunikation mit dem Patienten leidet aber nicht nur unter Zeitmangel, sondern auch an der Unbeholfenheit, ein wahrhaftiges und hilfreiches Gespräch zu führen. Für die Möglichkeiten psychologischer Bildung und Begleitung ist innerhalb der Dienstzeit die Voraussetzung zu schaffen (Supervision und Weiterbildung). Ebenso ist für die menschlichen Probleme und Krisen, die mit der grundsätzlichen Motivation der pflegenden Berufe zusammenhängen, im selben Rahmen das Gespräch mit dem Seelsorger zu gewährleisten. Nur wer reif ist, sich ehrlich mit dem eigenen Sterben mitten im Leben auseinanderzusetzen, ist auch fähig, Sterbende wahrhaftig zu begleiten und ihre letzte wichtigste Lebensaufgabe zu verstehen.

C) Prinzip Subsidiarität

Auch bei der Sorge um alte, kranke und sterbende Menschen soll das sozialetische Prinzip der Subsidiarität ernst genommen werden:

-55-

Was der einzelne Mensch oder untergeordnete Gemeinwesen leisten können, soll von der übergeordneten, größeren Gemeinschaft und ihren Institutionen unterstützt, nicht aber ihrer Eigenkompetenz zugeführt werden. Soweit wie möglich sollen medizinisch-pflegerische Entscheidungen dort getroffen werden, wo sie ihre Auswirkungen haben unter Bedachtnahme auf eine optimale Kooperation mit dem informierten und mündigen Patienten. Dies setzt voraus, daß auf allen Ebenen überschaubare und menschengerechte organisatorische Einheiten mit klaren Kompetenzen geschaffen werden.

Spitalsaufenthalte sollten auf ein notwendiges und vernünftiges Minimum beschränkt werden und alle jene Dienste und Einrichtungen gefördert werden, die eine gedeihliche Pflege zum umfassenden Wohl des Patienten in seiner gewohnten Umgebung ermöglichen. Das Wohl des Patienten und das Gemeinwohl legen gleichermaßen eine Differenzierung der institutionellen Einrichtungen gemäß den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen nahe. Auf die Wünsche des Patienten und auf die Behandlungsnotwendigkeit sollte - soweit sinnvoll und möglich - vor allem Rücksicht genommen werden.

Nach dem Grundsatz, daß Vorbeugen besser als Heilen ist, müßte vorrangig die Gesundheitsvorsorge ausgebaut werden. In den Institutionen sind Stationen für die akute Heilbehandlung und für die Rehabilitation sowie Langzeiteinrichtungen in gleicher Qualität zu schaffen. Eine optimale Kooperation zwischen diesen Einrichtungen ist zu gewährleisten.

Darüber hinaus verdienen die Hilfen bei der Entlassung aus der stationären Behandlung, die Übergangspflege und semistationäre Einrichtungen ein besonderes Augenmerk, wenn dieses Ziel erreicht werden soll.

-56-

Wo immer dies möglich ist, sollten aber vorrangig die Voraussetzungen für die Pflege daheim geschaffen und dieses Anliegen im Bewußtsein der Bevölkerung besser verankert werden. Die Pflege daheim vermeidet das ungewohnte und häufig gefürchtete Anstaltsmilieu. Allerdings müßten in erster Linie die finanziellen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß die Sozialversicherung nicht nur die teuren Krankenhauskosten, sondern, wo dies nötig ist, auch die Kosten der extramuralen Betreuung übernimmt. Nach dem Subsidiaritätsprinzip sollten hierbei private Initiativen wie Hospizbewegung, Selbsthilfegruppen, Animationsgruppen usw. besonders gefördert werden. Es bedarf auch Beratungs- und Sozialstellen ("Gesundheits- und Sozialsprengel") und ambulanten Betreuungsteams (Ärzte, Pflegekräfte, mobile Therapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger usw.) zur umfassenden Behandlung und Betreuung sowie Information und Unterstützung der Angehörigen, die ihre kranken Familienmitglieder daheim pflegen können. Ein finanzieller Ausgleich in angemessener Höhe bei längerfristigem Pflegeeinsatz eines Familienmitgliedes wäre gerecht.

Die Qualitätskontrolle der professionellen Hauskrankenpflege obliegt der übergeordneten Gemeinschaft nach dem Grundsatz, daß die Ausbildung der Aufgabe zu entsprechen hat. Privatinitiativen und soziale Dienste dürfen nicht als Konkurrenten, sondern müssen als oft unentbehrliche Ergänzung und Ermöglichung der beruflichen Hauskrankenpflege angesehen werden und bedürfen einer optimalen Unterstützung und Koordination.

D) Prinzip Solidarität

Angesichts der Gefahr der Entsolidarisierung der Gesellschaft gegenüber ihren alten Menschen bedarf es einer erneuten Bewußtseinsbildung über die wechselseitigen Aufgabenverschränkungen der Generationen. Nicht nur am Beginn des Lebens braucht der Mensch die dauerhafte Nähe wichtiger Bezugspersonen.

-57-

sonen, sondern auch am Ende. So wie die Eltern sich für ihre Kinder in der Frühphase ihres Lebens einsetzen sollen, müssen sich auch die Kinder für ihre Eltern engagieren, damit diese ihren Lebensabend menschenwürdig gestalten und in Würde sterben können.

In unserer Gesellschaft hat Gesundheit einen hohen Stellenwert. Für kranke, alte und sterbende Menschen ist aber wenig Platz, sie werden vielfach abgeschoben. Die Verantwortung und Zuständigkeit für diese Menschen wird auf andere abgewälzt. Vor diesem Hintergrund besteht die gesellschaftliche Minimalleistung darin, wenigstens jene personellen und institutionellen Voraussetzungen zu schaffen, damit die Gesundheitsberufe in den Institutionen ihre Aufgaben so gut wie möglich erfüllen können.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



EXPERTISE

"Ambulanter (extramuraler) Hilfsdienst (ExHD)"

Neuregelung der Ausbildung für Pflege- und Hilfsberufe im extramuralen Bereich

Mag. Riki Ebner
Mag. Jan Pazourek

unter Mitarbeit von
Dipl.Ing. Gerhard Fülöp

Wien, im Oktober 1989

INHALT

Vorbemerkung

1. Gegenwärtige Situation
2. Überblick über die zukünftige Gesamtregelung bezüglich der Hilfs- und Pflegeberufe im ambulanten Bereich
3. Ausbildungsformen im benachbarten Ausland
4. Bedarf
5. Rekrutierungspotentiale für den ambulanten Hilfsdienst
6. Ökonomische Absicherung der Ausbildungsteilnehmer
7. Ökonomische Rahmenbedingungen
8. Ausbildungsplan
9. Leistungsabgrenzung
10. Ausbildungsträger
11. Übergangsregelungen
12. Legistische Verankerung
13. Weitere Vorgangsweise

Literatur

- 2 -

Vorbemerkung

Ausgehend von der Diskussion um die Sinnhaftigkeit der Einführung des Berufes des "Altenpflegers" konstituierte sich am ÖBIG eine informelle Expertengruppe, bestehend aus Vertretern interessierter Interessens- und Berufsvereinigungen, um die zukünftige Neuregelung der Ausbildung sowie der Tätigkeitsfelder der Berufe im Bereich der ambulanten Versorgung von hilfs- und pflegebedürftigen Personen zu beraten. Die vorliegende Expertise legt die Grundzüge der neuen Berufsgruppe des "ambulanten (extramuralen) Hilfsdienstes (ExHD)" fest und betrachtet sie im Gesamtgefüge der Berufe im ambulanten Hilfs- und Pflegebereich. Über diese Grundzüge konnte in den Expertenbesprechungen weitestgehend Konsens erzielt werden.

1. Gegenwärtige Situation

Neben diplomierten Krankenschwestern/pflegern sind zahlreiche unterschiedlich ausgebildete und bezeichnete Kräfte im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung von kranken und/oder behinderten Menschen tätig. Beispielhaft werden einige Ausbildungsformen für "Berufe", die auf diesem Gebiet tätig sind, aufgezählt:

Trägerorganisation	Bezeichnung	Ausbildungsdauer
Ö RK	Pflegehelferin	30 Std. (1 Wo.)
ÖRK	Heimhelferin	4 Wo. (1 M.)
Verein Wiener Sozialdienste	Heimhelferin	137 Std. (1 M.)
Krankenanstalten	Stationsgehilfe	185 Std. (1,5 M.) (inkl. Praxis = 7,5 M.)
Kongr. d. Barmh. Schw. d. Hl. Vinzenz v. Paul in Zams/Bregenz	Alten- und Chronischkrankenpfl.	18 M.
Schule f. Pflegerinnen v. Betagten u. Chron.kranken, Dornbirn (Verein d. Altenpflegerinnen)	Altenpfleger	2800 Std. (18 M.)

- 3 -

• Schule für Altenpflege, LKH Hochzirl	Altenpfleger	2825 Std. (18 M.)
Fachschulen für Altdienste der Caritas (Wien, Graz, Innsbruck, Klagenfurt)	Altenhelfer	2600 - (24 M.) 2800 Std.
BFI Graz *)	Altenbetreuer	12 - 14 M.
Linzer Volkshilfe + BFI Linz *)	Altenbetreuer	76 Wo. (18 M.)

Die mit *) gekennzeichneten Ausbildungsformen sind neu und wurden noch nicht veranstaltet.

Diese erwähnten ambulanten Dienste agieren in Österreich ohne rechtliche Verankerung. Im Rahmen einer von der Stadt Wien eingesetzten Arbeitsgruppe "Hauskrankenpflege" hat das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen kürzlich eine Erhebung über Organisation und Leistungsspektrum der Hauskrankenpflege und anderer extramuraler Dienste in Wien durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, daß diese Dienste in der Praxis auch Tätigkeiten übernehmen, die der Diplomkrankenschwester vorbehalten sind.

So werden beispielsweise Nierenkatheterpflege sowie Sondenpflege und -ernährung vom Sanitätshilfsdienst (SHD) und von der Altenhilfe, Kolostomie- und Stomapflege vom SHD, von Alten- und Heimhelferinnen und Harnkatheterpflege vom SHD, von Alten- und Heimhelferinnen bzw. überhaupt von Kräften ohne Qualifikation durchgeführt.

Diese Entwicklung wurde durch den Umstand herbeigeführt, daß österreichweit ein eklatanter Personalmangel im extramuralen Bereich zu beklagen ist. Nicht ausreichend oder gar nicht qualifizierte Kräfte müssen Dienste verrichten, die laut Gesetz dem Krankenpflegefachpersonal vorbehalten sind.

Eine Lösungsmöglichkeit für dieses Problem ist, den Berufsstand "ambulanter Hilfsdienst" einzuführen, der einerseits die für die Praxis notwendige Ausbildung erhält und andererseits berechtigt ist, Tätigkeiten zur Unterstützung der Le-

bensaktivitäten ("Grundpflege") auszuführen. (Zur Leistungsabgrenzung siehe Kapitel 9.)

Unseres Erachtens ist es sinnvoll, für die breiten Leistungsbereiche, für die keine diplomierte Kraft notwendig ist (zum Bedarf siehe Kapitel 4.), eine neue Berufsgruppe anzusiedeln, die durch ihr bedarfsadäquates Ausbildungsniveau bei gleichzeitiger Vermeidung von Überqualifikation sowie durch den relativ wenig zeitintensiven Ausbildungsgang erhoffen läßt, Personal in ausreichender Zahl rekrutieren zu können.

Außerdem besteht durch die oben skizzierte uneinheitliche Vielfalt an Ausbildungsgängen und die mangelhafte gesetzliche Verankerung dieser Ausbildungen sowie der Tätigkeitsfelder und -befugnisse ein eminenter Handlungsbedarf in Hinblick auf eine umfassende Neuregelung in diesem Bereich, der auch in zahlreichen Besprechungen mit Vertretern aus diesen Berufsgruppen festgestellt werden konnte.

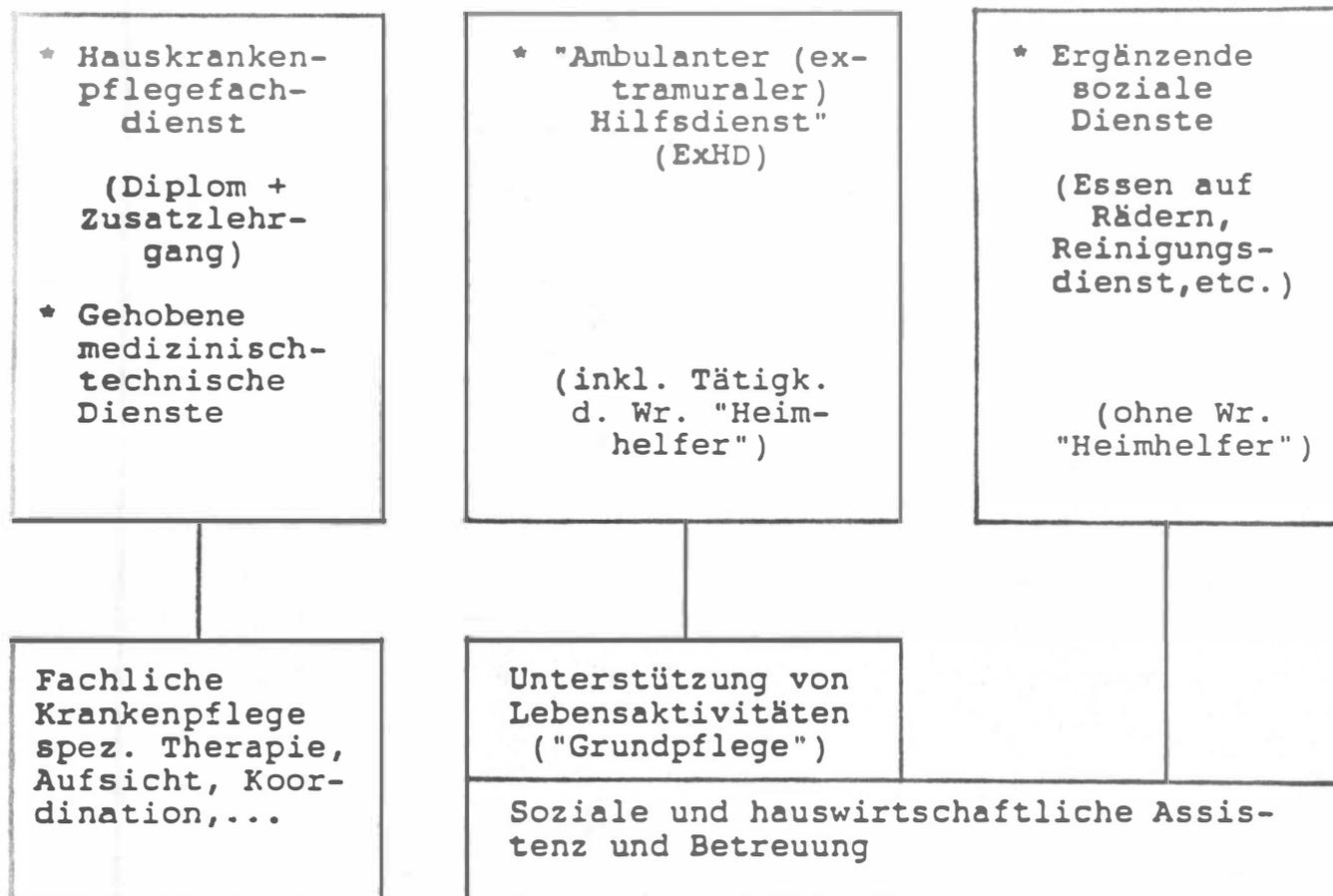
2. Überblick über die zukünftige Gesamtregelung bezüglich der Hilfs- und Pflegeberufe im ambulanten Bereich

Das Ziel der (Ausbildungs-)Neuregelungen in den Hilfs- und Pflegeberufen ist die Sicherung der extramuralen Betreuung bedürftiger (alter) Menschen sowie die Lösung der gegenwärtigen Unklarheiten über die Ausbildung und Einsatzmöglichkeiten im Bereich der ambulanten sozialen Dienste.

Die Grundsätze der Neuregelungsbemühungen lauten:

- Fachliche (Haus-)Krankenpflege soll nur durch diplomierte Kräfte erfolgen.
- Alle Berufsgruppen sollen die gesetzliche Berechtigung erhalten, alle jene Leistungen zu erbringen, für die sie ausgebildet wurden.

Die zukünftige ambulante Pflege und soziale Betreuung bedürftiger Menschen ruht auf drei Säulen:



Diese drei Personalgruppen sollten - im Bedarfsfalle gemeinsam mit einem Arzt - ein Team bilden. Die Leistungsbereiche dieser drei Gruppen ergänzen einander und ermöglichen so bedarfsadäquate Einsatzkombinationen und Aufsichts- bzw. Delegationsformen.

Folgende Aus- und Fortbildungsmaßnahmen werden empfohlen:

Für diplomierte Pflegekräfte sollen Fortbildungskurse für den Bereich der ambulanten (Alten-)Pflege angeboten werden.

- 6 -

Die Hauptschwerpunkte dieser Zusatzlehrgänge für bereits diplomiertes Personal bilden "Besonderheiten der extramuralen Pflege" sowie "Umgang mit verwirrten (dementen) alten Menschen". Zur Erarbeitung von Richtlinien für Fortbildungskurse dieser Art wurde bereits eine Arbeitsgruppe im Bundeskanzleramt/Sektion VI eingerichtet.

Von der Schaffung einer (vierten) Fachrichtung "Geriatric" im Rahmen der Diplomausbildung wird abgesehen.

Für den "ambulanten (extramuralen) Hilfsdienst (ExHD)" ist die Schaffung eines Ausbildungscurriculum sowie die legislative Verankerung der Ausbildung, des Berufes und der Tätigkeitsfelder vorzusehen.

Die ExHD-Ausbildung sollte in einem "theoretischen" und einem "praktischen" Teil absolviert werden. Der "theoretische" Ausbildungsteil erstreckt sich über eine Dauer von ca. 6 Monaten, der "praktische" Teil im Anschluß daran über ca. 10 Monate.

Auswahl und Vermittlung der Ausbildungsinhalte sollen besonders praxisorientiert und lebensnahe erfolgen.

Den für den ambulanten Hilfsdienst ausgebildeten Kräften soll die Möglichkeit offen stehen, in den stationären Hilfsdienst überzuwechseln.

Eine institutionelle Vielfalt in der Trägerschaft der Ausbildung ist anzustreben (Rotes Kreuz, Caritas, Volkshilfe, Berufsförderungsinstitute, etc.).

Die ExHD-Ausbildung richtet sich in erster Linie an die Zielgruppen der Berufswiedereinsteiger sowie der Frauen nach der Familienphase.

Die Ausbildungsteilnehmer sollen während der 6-monatigen theoretischen Ausbildung durch die Arbeitsmarktverwaltung

unterstützt werden und während der anschließenden Praktika schon Gehälter beziehen. Dadurch ist die materielle Absicherung der Ausbildungsteilnehmer gewährleistet.

Die ExHD-Ausbildung ist so konzipiert, daß keine "überqualifizierten" Kräfte produziert werden. Fachliche Krankenpflege ist und bleibt Aufgabe von diplomierten Kräften. Eine Überqualifikation der ambulanten Helfer würde folgende Gefahren bergen:

- Berufsfrustration durch ein unangemessen empfundenenes praktisches Tätigkeitsfeld (z.B. hauswirtschaftliche Verrichtungen) mit der Folgewirkung einer hohen Berufsfluktuation;
- Es könnte keine quantitativ "breite Basis" an Interessenten und Absolventen erzielt werden;
- Rivalitäten und Abgrenzungsschwierigkeiten mit bzw. zu diplomiertem Personal wären abzusehen;
- Die Kosten für unverhältnismäßig qualifiziertes Personal wären zu hoch.

Parallel zur Einrichtung und Regelung der Ausbildung zum ambulanten Hilfsdienst (ExHD) könnte die schon lange geforderte Reform der Sanitätshilfsdienst (SHD)-Ausbildung erfolgen.

3. Ausbildungsformen im benachbarten Ausland

Als Vergleich wollen wir Ausbildungsformen aus dem benachbarten Ausland erwähnen. In der BRD wurde zwischen den Ländern eine Rahmenvereinbarung über die Ausbildung und Prüfung von diplomierten Altenpflegern geschlossen, die mindestens 1400 Std. Theorie und 1000 Std. Praxis vorschreibt. Folgende Unterrichtsbereiche sind vorgesehen:

- Allgemeiner und berufskundlicher Bereich
- Gerontologischer Bereich

- Medizinisch-pflegerischer Bereich
- Sozialpädagogisch-beratender Bereich

Diese diplomierten Altenpfleger sind dem diplomierten Krankenpflegepersonal gleichgestellt. Das damit einhergehende hohe Ausbildungs- und Qualifikationsniveau konnte den eklatanten Personalmangel im extramuralen Bereich nicht beheben, sondern hat ihn im Gegenteil eher verschärft. Dennoch werden Überlegungen für eine Verlängerung der Ausbildung auf 3 Jahre angestellt.

In der Schweiz dauert die Ausbildung zur (zum) "KrankenpflegerIn" 2,5 Jahre. Sie wird vom Schweizerischen Roten Kreuz veranstaltet, findet in der Schule für praktische Krankenpflege, Kantonsspital St. Gallen, statt und sieht 711 Theoriestunden vor.

4. Bedarf

Nach Berechnungen des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen leben in Österreich ca. 330.000 pflege- bzw. hilfsbedürftige Personen. Rund 25 % dieser Personen sind in so hohem Maße pflegebedürftig, daß sie im Prinzip Leistungen benötigen, die nur diplomierte Kräfte erbringen können und sollen. Ca. 75 % dieser Personen benötigen Leistungen, die theoretisch durch den ambulanten Hilfsdienst erbracht werden könnten, ohne eine diplomierte Pflegekraft ständig beiziehen zu müssen. Diese sehr approximative Schätzung zeigt, daß ambulantes Hilfspersonal in der Relation 3:1 gegenüber diplomierten Hauskrankenschwestern benötigt wird. Das ÖBIG ermittelte in seiner Studie über "Hauskrankenpflege in Österreich" einen Bedarf an 1.555 vollzeitig beschäftigten diplomierten Hauskrankenschwestern für das gesamte Bundesgebiet. In Anlehnung an diese Modellrechnung kann der Bedarf an ambulanten Hilfskräften (ExHD) auf österreichweit 4.500 geschätzt werden.

5. Rekrutierungspotentiale für den ambulanten Hilfsdienst

Aufgrund des großen Bedarfs an Fachkräften für den ambulanten Hilfsdienst ist es notwendig, von vornherein Augenmerk darauf zu legen, daß sich genug Berufsanwärter finden, ausbilden lassen und möglichst lange den Beruf ausüben. Außerdem sollen die Anwärter die für diesen physisch und psychisch belastenden Beruf notwendige persönliche Reife mitbringen. Das Ergebnis dieser Überlegungen war, Frauen nach der Familienphase und Berufswiedereinsteigerinnen als Zielgruppe zu definieren. Jüngere Anwärter sollen jedoch nicht ausgeschlossen werden.

Der ambulante Hilfsdienst soll möglichst attraktiv gestaltet werden nach dem Motto "Familienfreundliche flexible (Teilzeit-)Arbeit in Wohnbereichsnähe". Ein modernes Werbekonzept soll möglichst viele Frauen (und auch Männer) veranlassen, diesen verantwortungsvollen Beruf zu wählen.

6. Ökonomische Absicherung der Ausbildungsteilnehmer

Da die Zielgruppe für die Ausbildung zum ambulanten Hilfsdienst primär Frauen im 2. Bildungsweg sind, ist die "Unterhaltsfrage" ein wichtiger Punkt (wiewohl die Ausbildung natürlich auch jungen Leuten offen steht). Es müssen nicht nur die Kosten der Ausbildung getragen werden, auch die Teilnehmer selbst benötigen während der Ausbildungszeit ein Einkommen.

Eine Möglichkeit der Finanzierung wäre, daß die theoretische Ausbildung (rund 6 Monate) von der Arbeitsmarktverwaltung gestützt wird. Während der praktischen Ausbildung könnten bereits Gehälter bezogen werden, wie dies derzeit beispielsweise schon in der Ausbildung zum Sanitätshilfsdienst der Fall ist.

7. Ökonomische Rahmenbedingungen

Ein hohes Ausbildungsniveau bringt hohe Personalkosten mit sich, die schwer finanziert werden können. Außerdem können Kompetenzschwierigkeiten in der Abgrenzung zum diplomierten Krankenpflegepersonal auftreten. Das "optimale" Ausbildungsniveau liegt somit zwischen möglichst adäquater Ausbildung und möglichst geringen Kosten, d. h. die Ausbildung muß so kurz wie möglich und so lang wie notwendig sein. Eine möglichst praxisnahe Ausbildung ist hier angezeigt, um die notwendigen Qualitätskriterien erfüllen zu können.

Keinesfalls sollen minderqualifizierte Billigkräfte herangezogen oder diplomiertes Krankenpflegepersonal ersetzt werden. Der chronische Mangel an diplomiertem Krankenpflegepersonal kann durch die Einführung einer neuen Berufsgruppe nicht beseitigt werden. Die zum ambulanten Hilfsdienst ausgebildeten Kräfte sind relativ "billige" Arbeitskräfte bei gleichzeitig adäquater Qualifizierung.

8. Ausbildungsplan

Der Ausbildungsplan sieht für den theoretischen Teil maximal 6 Monate, für den praktischen Teil 6 - 10 Monate vor. Die theoretischen Kurse, die insgesamt 500 - 600 Unterrichtseinheiten beinhalten, finden in Blöcken statt, sodaß Quereinsteiger die Möglichkeit haben, jeweils in sich abgerundete Kursteile zu absolvieren. Die praktische Ausbildung erfolgt in verschiedenen stationären Bereichen sowie schwerpunktmäßig im ambulanten Bereich. Sie wird von regelmäßigen Besprechungs- und Supervisionseinheiten begleitet (3 UE/Woche).

Als Voraussetzung für das SHD-Diplom sind gegenwärtig 6 Monate Praxis im stationären Bereich vorgesehen. Dieser Umfang wird in der Ausbildung zum ambulanten Hilfsdienst nicht erreicht. Dennoch kann vom ambulanten auf den stationären Sek-

tor umgestiegen werden: Da in den theoretischen Teil die Ausbildung für Stationsgehilfinnen integriert ist, kann eine Angehörige des ambulanten Hilfsdienstes, wenn sie in den stationären Bereich überwechselt, nach insgesamt 6 Monaten stationärer Praxis die SHD-Berechtigung bekommen. Damit ist gewährleistet, daß Kräfte des ambulanten Hilfsdienstes sowohl im extramuralen als auch in stationären Bereich eingesetzt werden können.

Folgende Unterrichtsschwerpunkte sind geplant:

1. Theorie

- o Berufskundliche Ausbildung ca. 40 UE
 - Grundzüge des Sanitäts-, Arbeits- und Sozialversicherungsrechtes und der Sozialhilfe
 - Spezielle Berufskunde
 - Berufs- und Institutionenkunde
 - Methoden der Sozialarbeit

- o Soziale Ausbildung ca. 180 UE
 - Gesprächsführg., Konfliktlösg., Beratungsgespr.
 - Umgang mit alten, kranken, hilfsbedürftigen M.
 - Umgang m. verwirrten Personen u. Sterbenden
 - Animation und Freizeitgestaltung

- o Pflegerische Ausbildung ca. 280 UE
 - Erste Hilfe
 - Gesundheits- und Krankheitslehre
 - Krankenbeobachtung
 - Hygiene
 - Grundpflege einschließlich einfacher Geräte-, Verbands- und Arzneimittellehre
 - Umgang mit Bewegungsbeeinträchtigten
 - Ernährungslehre
 - Strahlenkunde und Strahlenschutz

o Hauswirtschaftliche Ausbildung	ca. 40 UE
- Haushaltsführung	
- Handwerklich-technische Hilfestellungen	
	<hr/>
	ca. 540 UE
	=====

2. Praxis

o Supervision und Praxisbegleitung	ca. 120 UE
o Praktika	
- Stationär:	
Interne Abteilung	1 M.
Chirurgie	1 M.
Pflegeheim	2 M.
- Ambulant:	<hr/>
	6 M.
	ca. 10 M.
	=====

9. Leistungsabgrenzung

Für die Abgrenzung der Leistungsbereiche des ExHD gelten die schon eingangs erwähnten Grundsätze:

- Fachliche Krankenpflege soll nur durch diplomierte Kräfte erfolgen.
- Alle Berufsgruppen sollen das tun dürfen, wofür sie ausgebildet wurden.

Im folgenden sollen Leistungsbereiche des ambulanten Hilfsdienstes angeführt werden. Als auf jeden Fall nicht erlaubte Tätigkeiten sollen beispielhaft das Setzen von Kathetern, Blutabnahmen jeder Art sowie das Verabreichen von Injektionen und Infusionen erwähnt sein.

Hauswirtschaftliche Leistungen:

Einkäufe erledigen
Kochen
Abwaschen
Wohnungsputz
Betten machen
Wäsche waschen
Ordnung und Sauberkeit

Unterstützung von Lebensaktivitäten:

Ernährung/Flüssigkeitszufuhr
Hilfeleistung beim Essen
Hilfe beim An- und Ausziehen
Hilfe beim Gehen/Aufstehen
Hilfe bei der Körperpflege
Mund- und Zahnhygiene
Hand-, Fuß- und Haarpflege
Hilfe bei Reinigungsbädern
Leibschüssel/Urinflasche

Unterstützung des bettlägerigen Patienten:

Bei Bettlägerigkeit aus Krankheit nur auf Anordnung eines Arztes und /oder einer diplomierten Pflegekraft.

Vollbad, Ganzwaschung
Haarwäsche, Fuß-, Handbad
Bettwäschewechsel
Wechsel der Kleidung
Lageveränderung bzw. Lageverbesserung durch Hilfsmittel
Einfache Mobilisierungsmaßnahmen
Anwendung von Wärmeflaschen, Dunstthermophor
Einreibungen, Eisbeutel

- 14 -

Instand- und Bereithaltung von Pflegeutensilien:

Bettschüssel, Urinflasche
Zahnbürste, Seife, Kamm
Prothesen und Prothesenschale
Bettgitter, Infusionen
Sonstige Utensilien

Soziale Betreuung:

Gespräch und Kommunikation
Herstellung von Verbindungen zu Sozialeinrichtungen/Anforderungen von Sozialdiensten

Sonstige Leistungen:

Besorgung von Medikamenten
Berichterstattung an Ärzte, diplomierte Pflegekräfte

10. Ausbildungsträger

Bei gleichzeitiger Vorgabe eines bindenden Ausbildungsplanes steht einer Vielfalt der Ausbildungsträgerschaft nichts im Wege. Die auch schon bisher in der Aus- und Fortbildung von Personal im sozialen Dienstleistungssektor engagierten Vereinigungen und Institutionen, vor allem jene der freien Wohlfahrtspflege, sollen für die Durchführung der Ausbildung für den ambulanten Hilfsdienst gewonnen werden.

11. Übergangsregelungen

Da es gegenwärtig schon mehr als 700 "Altenhelfer", "Altenpfleger", "Altenbetreuer", etc. gibt (siehe Kapitel 1), müssen Übergangsregelungen für diese Kräfte zur Eingliederung in die zukünftige Berufsregelung geschaffen werden. Hierzu empfehlen sich zwei parallel zu beschreitende Wege:

- Die nachträgliche Anerkennung ausgewählter Ausbildungsgänge;
- Die Einsetzung von staatlichen Anrechnungskommissionen, die nach Bedarf zusammentreten, um die Ausbildung und Berufspraxis von Bewerbern aus dem sozialen Dienstleistungsbereich individuell zu bewerten und die eventuell noch erforderlichen Ausbildungsteile festzulegen.

Der sechsmonatige theoretische Teil der ExHD-Ausbildung soll in zwei (eventuell drei) Blöcke geteilt werden, an deren Beginn einschlägig vorgebildete Personen nach Kommissionsbescheid in den Ausbildungsgang quereinsteigen können.

12. Legistische Verankerung

Die Ausbildung sowie die Tätigkeitsfelder des ambulanten Hilfsdienstes sollen im Krankenpflegegesetz verankert werden, was gleichzeitig mit einer eventuellen Reform der SHD-Ausbildung durchgeführt werden könnte. Die Regelung der Rechte und Pflichten des ambulanten Hilfspersonals soll sowohl in arbeitsrechtlicher als auch in sanitätsrechtlicher Hinsicht in Abstimmung mit den entsprechenden Bestimmungen für den Krankenpflegefachdienst legistisch verankert werden.

Hierbei sind die oben erwähnten 2 Grundsätze zu beachten:

- Krankenpflege sollen nur diplomierte Kräfte durchführen.
- Alle Berufsgruppen sollen das tun dürfen, wofür sie ausgebildet sind.

13. Weitere Vorgangsweise

Als weitere Vorgangsweise zur Verwirklichung des "ambulanten Hilfsdienstes (ExHD)" empfiehlt sich

- die Erarbeitung von Gesetzesreformvorschlägen samt der Ausarbeitung der Übergangsregelungen im Rahmen des Ressorts und
- die Einsetzung einer Expertengruppe zur Erarbeitung eines Curriculums für den ambulanten Hilfsdienst.

Literatur

Altenpfleger/Altenpflegerin.

Blätter zur Berufskunde 2- IV A 13, 3. Auflage 1980, 27 S.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

(BAGFW) e.V., Bonn:

Qualifizierung der Altenpflegeausbildung.

= Altenpflege 12(1987)8

Dier, K. H.; Mentzel, R.:

Altenpfleger.

= Aktuelle ärztl. Berufskunde, Ergänzungsnr. 23/1985

(Sonderbeilage der Zeitschr. "Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin")

Kurzporträt der Schule für spitalexterne Krankenpflege.

= Krankenpflege Nr. 10/1984, S. 34 f.

Rahmenvereinbarung über die Ausbildung und Prüfung von Altenpflegern und Altenpflegerinnen (Beschluß der Arbeits- und Sozialministerkonferenz vom 18. 7. 1985, Beschluß der Kultusministerkonferenz vom 9. 11. 1984).

= Altenpflege 10(1985)9

Staatlich anerkannte Altenpflegehelfer.

= Altenpflege 11(1986)2

ANFORDERUNGEN HINSICHTLICH QUANTITÄT UND QUALIFIKATION DER PFLEGEPERSONEN IN KRANKENANSTALTEN UND PFLEGEHEIMEN/STATIONEN

Dorfmeister, A.; Kriegl, M.; Pichler, F.;

Akademie für höhere Fortbildung in der Krankenpflege, Mödling

Zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs im stationären Bereich sind im deutschsprachigen Raum nachstehende Verfahren in Verwendung. In vorliegender Unterlage werden die Verfahren charakterisiert und kommentiert.

ASPEKT QUANTITÄT

1. Berechnungsmethode "Deutsches Krankenhausinstitut (DKI)"

Ausgangspunkt für die Personalbedarfsberechnung ist ein vorgegebener durchschnittlicher Pflegeminutenwert pro Patient, der aufgrund von arbeitsanalytischen Untersuchungen (überwiegend Selbstaufschreibung) - die nicht mehr nachvollziehbar sind - festgelegt wurde (1967 mit nachfolgenden Korrekturen aufgrund der Arbeitszeitverkürzung).

Die Pflegeminutenwerte sind je nach Fachbereich unterschiedlich, jedoch für alle Patienten eines bestimmten Fachbereiches gleich (siehe Tab.1).

Mitberücksichtigt - im Sinne einer Senkung des Pflegeminutenwertes - wird der Organisationsgrad des Krankenhauses (z.B. Vorhandensein von Hol- und Bringdienst, Zentralsterilisation, etc.).

Die Autoren betonen, "... der für die Betreuung der Langzeit- und Chronischkranken notwendige Pflegezeitaufwand entspricht dem in der Normalpflege " (EICHORN, 1975, S.416).

Tab.1: Anhaltzahlen (Pflegeminuten) für einzelne Pflegeeinheiten (DKI)

	Pflegeminuten pro Patient und Tag	
	bei konventioneller Organisation	bei optimaler Organisation
Normalpflegeeinheit	112 Minuten*	101 Minuten*
Frühgeboreneneinheit	190 Minuten*	175 Minuten*
Kinder- u. Säuglingseinheit	145 Minuten*	126 Minuten*
Neugeboreneneinheit	90 Minuten*	
Intensivpflegeeinheit	175 - 350 Minuten**	
Intensivtherapieeinheit	525 - 700 Minuten**	

*Der Tag wird mit 16 Stunden angenommen (z.B. 6 - 22 Uhr). Die Berechnung des Personalbedarfes für den Nachtdienst wird nach anderen Gesichtspunkten durchgeführt.

**Hier ist der Nachtdienst bei der Berechnung inkludiert.

2. Berechnungsmethode "Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)"

Der Ausgangspunkt für die Pflegepersonalbedarfsberechnung ist gleich wie bei der Methode "DKI". Im Gegensatz zum "DKI" berücksichtigt die "DKG"-Methode jedoch zusätzliche wesentliche Faktoren (Verweildauerverkürzung, Mehrfacherkrankungen, Alter). Diese Zusatzberechnungen (1969) sind jedoch nicht nachvollziehbar.

Da weitere Faktoren berücksichtigt werden, ist auch der Pflege Minutenwert pro Patient und Tag höher (siehe Tab.2).

Tab.2: Anhaltzzahlen (Pflegeminuten) für einzelne Pflegeeinheiten (DKG)

	Pflegeminuten pro Patient und Tag	
	bei konventioneller Organisation	bei optimaler Organisation
Normalpflegeeinheit	119 Minuten [*] (1)	108 Minuten [*] (1)
Frühgeboreneneinheit	197 Minuten [*]	182 Minuten [*]
Kinder- u. Säuglingseinheit	152 Minuten [*]	133 Minuten [*]
Neugeboreneneinheit	9,7 Minuten [*]	
Intensiv- - Überwachung pflege - Behandlung	von 294 Minuten ^{**} (1) bis 700 Minuten ^{**} (1)	

^{*}Der Tag wird mit 16 Stunden angenommen (z.B. 6 - 22 Uhr).
Die Berechnung des Personalbedarfes für den Nachtdienst wird nach anderen Gesichtspunkten durchgeführt.

^{**}Hier ist der Nachtdienst bei der Berechnung inkludiert.

(1): Zuschlag wegen Altersstruktur/Mehrfacherkrankung von 10 Minuten.

3. Berechnungsmethode "Schweizer Wegleitung"

Ausgangspunkt für diese Personalbedarfsberechnung ist die ermittelte Pflegeabhängigkeit jedes einzelnen Patienten in der jeweiligen Pflegeeinheit. Anhand von pflegerelevanten Variablen in einer Checkliste werden Patienten drei verschiedenen Abhängigkeitskategorien zugeordnet, für welche jeweils Rahmenzeitwerte zur Durchführung der erforderlichen Pflege errechnet wurden. Die Methode erlaubt sowohl eine differenzierte Pflegebedarfsermittlung für eine bestimmte Einheit als auch eine Anwendung von Anhaltzzahlen, die durch ein großangelegtes, nachvollziehbares Forschungsprojekt (1965) gesichert wurden.

- 3 -

Die Autoren der Berechnungsmethode betonen, daß die Methode derzeit nur für Akutspitäler (Abteilung für Innere Medizin und Chirurgie) gültig ist. Eine Anwendung auf andere Fachbereiche ist prinzipiell möglich, erfordert jedoch eine Adaptierung der Variablenliste zur Erfassung der Pflegeabhängigkeit der Patienten.

Die unterschiedlichen Auswirkungen der einzelnen Methoden auf die Pflegepersonalermittlung sollen anhand eines fiktiven einfachen Beispiels illustriert werden.

BEISPIEL FÜR PFLEGEPERSONALBEDARFSBERECHNUNG

Beschreibung einer Internen Station

Systemisierte Betten: 30

Durchschnittsbelag: 95 % = 28,5 Patienten

konventionelle Organisation

2 Nachtdienste

Kategorie 1: 0 % = 0,000 Patienten

Kategorie 2: 71 % = 20,235 Patienten

Kategorie 3: 29 % = 8,265 Patienten

Mehrfacherkrankungen, Altersstruktur (Zuschlag)

Berechnung nach der Schweizer Wegleitung

Abhängigkeitskategorie 3: 8,265 x 175 Min. = 1446,375 Min.

Abhängigkeitskategorie 2: 20,235 x 90 Min. = 1821,150 Min.

Abhängigkeitskategorie 1: 0 x 26 Min. = 0,000 Min.

Konstanter Zuschlag für
Tätigkeiten, die nicht
direkt beim Patienten
durchgeführt werden

(indirekte Pflege): 28,5 x 75 Min. = 2137,500 Min.

5405,025 Min.

d.s. 90,084 Std.

Pflege/Tag

- 4 -

- Berechnung der Pflege pro Jahr:
90,084 Std. x 365 = 32880,66 Std.
- Personalbedarf für die Pflege:
32880,66 Std.: 1600 = 20,55 Personen

Berechnung nach dem DKI

- Tagdienst:

$$\frac{112 \cdot 28,5 \cdot 6,3}{60 \times 32} = \frac{20109,6}{1920} = 10,474 \text{ Personen}$$

- Nachtdienst:

$$\frac{2 \cdot 9 \cdot 7}{32} = \frac{126}{32} = 3,938 \text{ Personen}$$

Gesamt = 14,412 \sim 14,5 Personen

Berechnung nach dem DKG

- Tagdienst

$$\frac{\overbrace{119+10}^{129} \cdot 28,5 \cdot 6,3}{60 \times 32} = \frac{23161,95}{1920} = 12,064 \text{ Personen}$$

- Nachtdienst

$$\frac{2 \cdot 8,5 \cdot 7}{32} = \frac{119}{32} = 3,719 \text{ Personen}$$

Gesamt = 15,783 \sim 16 Personen

Gesamtüberblick über die 3 Berechnungsarten

Abteilung	Syst.Betten	Auslastung	Berechnung nach Schw.Wegleitung	Berechnung nach DKI	Berechnung nach DKG
Interne Station	30	95 %	Personen 20,5	Personen 14,5	Personen 16,0

ASPEKT QUALIFIKATION

Jedes der vorher beschriebenen Verfahren zur Ermittlung des Bedarfs an Pflegepersonen sieht vor, daß in einem zweiten Schritt die Zahl des unterschiedlich qualifizierten Personals errechnet wird.

Der empfehlende prozentuelle Anteil an diplomierten Pflegepersonen ist verschieden, er reicht von 60 % bis 100 %.

Ausschlaggebend ist einerseits der Grad der Organisation der Anstalt, d.h. je besser die Organisation ist desto weniger Hilfskräfte sind vorzusehen. Andererseits stellen die fachlichen Anforderungen an die Pflegepersonen einen Einflußfaktor dar, indem z.B. auf Intensivstationen meist ausschließlich dipl. Pflegepersonen eingesetzt werden sollen.

Der Einsatz unterschiedlich qualifizierter Pflegepersonen hat auch eine betriebswirtschaftliche Dimension. In einer Untersuchung am Chikago-Rush Presbyterian St. Luke's Medical Center (1) wurde nachgewiesen, daß Hilfskräfte in der Pflege sich auf die Personalkosten insofern negativ auswirken, als durch die notwendige Einschulung, Anleitung, Aufsicht und Kontrolle die Kosten gegenüber jenen Abteilungen, die kaum Hilfskräfte verwenden, enorm ansteigen. Selbstverständlich muß aber vorgesorgt werden, daß dipl. Pflegepersonen nicht berufsfremde Arbeiten ausführen müssen (Botengänge, Reinigungsarbeiten, Administration, u.s.w.), dafür sind entsprechende Dienste außerhalb des Pflegeberufes vorzusehen.

(1) In: ICN-Socio-Economic News Nr. 38

KOMMENTAR ZU DEN BERECHNUNGSVERFAHREN

Zur Ermittlung der erforderlichen Zahl von Pflegepersonen stehen mehrere Berechnungsmethoden zur Verfügung.

Das Resultat dieser Berechnungen ergibt die notwendige Gesamtzahl der Pflegepersonen. Erst in einem zweiten Vorgang wird die Zahl der diplomierten Pflegepersonen und der Stationsgehilfen festgelegt.

Den Methoden liegt jeweils eine mehr oder weniger nachvollziehbare Erhebung zugrunde, bei der der Bedarf des einzelnen Patienten an Pflege ermittelt wurde.

Der Hintergrund jeder Methode ist verschieden, einzelne, für den Pflegepersonalbedarf wesentliche Aspekte (Pflegeabhängigkeit der Patienten, Alter bzw. Mehrfacherkrankungen, Verweildauer Verkürzungen) werden in unterschiedlichem Ausmaß berücksichtigt.

Die Methoden führen zwangsläufig zu unterschiedlichen Ergebnissen und somit zu unterschiedlichen Personalkosten.

Die Vermutung liegt nahe, daß bei Spitalerhaltern hauptsächlich Berechnungsmethoden mit niedrigeren Ergebnissen eine größere Akzeptanz besitzen. Dieser Umstand führt auf lange Sicht jedoch zu einem System der Minimalversorgung. Berechtigte Ansprüche der Gesellschaft ("Humanes Krankenhaus", "Optimale Pflege") können hierbei nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Als einzige Methode geht die Schweizer Wegleitung auf die sich ändernde Patientenstruktur in den einzelnen Fachbereichen (steigender Anteil älterer Patienten und Patienten mit Mehrfacherkrankungen, sprich höhere Pflegeabhängigkeit) ein.

Die Tatsache, daß in Österreich die Berechnungsmethode "Schweizer Wegleitung", welche eine relativ höhere Pflegepersonalzahl ergibt, kaum angewendet wird, während die Berechnungsmethode "Deutsches Krankenhausinstitut-DKI", mit einer vergleichsweise geringen Personalzahl, weitestgehend Anerkennung findet, wäre im Hinblick auf die pflegerische Zielsetzung der Krankenhäuser zu hinterfragen.

Literatur:

Eichhorn, Siegfried:

Krankenhausbetriebslehre - Theorie und Praxis des
Krankenhausbetriebes

W. Kohlhammer Verlag, 1967, 1. Auflage
1975, 3. Auflage

Exchaquet, N.F., Züblin, L.:

Wegleitung zur Berechnung des Pflegepersonalbedarfs für
Krankenstationen in Allgemeinspitälern

Herausgegeben von der Studie über das Pflegewesen in der
Schweiz, Choisystraße 1, 3008 Bern.

Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)
zur Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst des Kranken-
hauses, in:

Fachzeitschrift "das Krankenhaus" 1/1986.